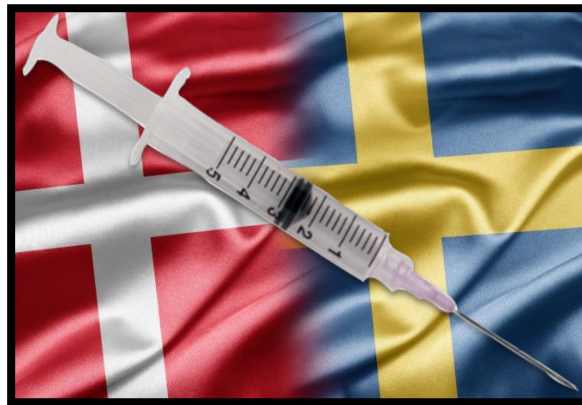


UNIVERSITETET I BERGEN
Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap

Masteroppgave



Virus til besvær?

**Case-studie av Danmarks og Sveriges valg av vaksinasjonsstrategi
under svineinfluensapandemien i 2009**

Silje Christine Røgenes

Høst 2013

Forord

Arbeidet med masteroppgaven har vært utrolig lærerikt og givende, men har samtidig også bydd på utfordringer. Det er likevel gjerne av utfordringer man lærer mest.

Det er mange som fortjener en takk for støtte og bidrag under arbeidet. Først vil jeg takke min veileder Harald Sætren, som har veiledet meg fra start til slutt av masteroppgaven. Det jeg vil trekke frem som spesielt talende for hans veiledningsevner er hans evne til å alltid sørge for at jeg var både inspirert og beroliget – etter at jeg før veiledning ofte var stresset. Dette er etter min mening kjennetegnet på en eksepsjonelt god veileder, og jeg er utrolig takknemlig for hans hjelp. Jeg vil også takke for nyttige og lærerike innspill fra forskningsseminaret ”Politisk organisering og flernivåstyring”, med en spesiell takk til Per Lægred.

En stor takk går også til mine informanter fra Regionhovedstaden, Statens Serum Institut, Sundhedsstyrelsen og professor Foss Hansen (København Universitet) i Danmark, og informantene fra Myndigheten för samhällsskydd och beredskap i Sverige.

Jeg vil også gjerne takke vennene mine for at de har stilt opp for meg. En helt spesiell takk går til min vennine Andrea Lode som har vært en helt uvurderlig støtte og ressurs i arbeidet med oppgaven.

Jeg vil takke hele min familie, og svigerfamilie, for motivasjon og tålmodighet det siste året. En spesiell takk går til mine foreldre Thomas og Myrna som alltid har støttet meg i mine valg.

Men mest av alt vil jeg takke min fantastiske forlovede Thomas som har vært min største støtte og samarbeidspartner gjennom hele arbeidet med oppgaven. Uten hans hjelp og støtte hadde ikke denne oppgaven blitt en realitet.

Med vennlig hilsen

Silje Christine Røgenes

Haugesund, den 13. desember 2013

¹ Forsidebilde fra Colourbox

Innholdsfortegnelse:

Forord	i
Innholdsfortegnelse:	ii
Forkortelsesliste	v
1 Innledning:	1
1.1 Studiens tema, problemstilling og forskningsspørsmål:	2
1.2 Begrunnelse for problemstillingen:	3
1.3 Tidligere forskning:	5
1.4 Oversikt over oppgavens oppbygning:	6
2 Teoretisk rammeverk:	8
2.1 Organisasjonsteoretisk tilnærming:	8
2.2 Stats- og forvaltningstradisjoner:.....	10
2.3 Policy-style:	13
2.4 Beskrivende og forklarende teori:	16
2.4.1 Krise og krisehåndtering:	16
2.4.2 Samfunnssikkerhet:	21
2.4.3 Flernivåstyring og governance:.....	22
2.4.4 Spesialisering og samordning:	25
2.5 Forklarende teoretiske perspektiv:.....	26
2.5.1 Det instrumentelle perspektivet:.....	27
2.5.2 Det historisk-institusjonelle perspektiv:.....	30
2.5.3 Samspillet mellom perspektivene:	33
3 Metode:	35
3.1 Forskningsstrategier og metodisk tilnærming:	35
3.2 «Most similar system design»:	37
3.3 Datagrunnlag:	38
3.3.1 Kvalitativ dokumentanalyse:.....	39
3.3.2 Semistrukturerte intervju:.....	42

3.4	Datakvalitet:.....	48
3.4.1	Reliabilitet:.....	48
3.4.2	Validitet:.....	49
3.4.3	Muligheter for generalisering:.....	50
4	Kontekst:	52
4.1	Stats- og forvaltningstradisjoner:.....	52
4.1.1	Danmark:.....	52
4.1.2	Sverige:.....	58
4.2	Policy-style:.....	61
4.2.1	Danmark:.....	61
4.2.2	Sverige:.....	63
4.3	Involverte aktører, roller og offisielt ansvar:.....	65
4.3.1	Danmark:.....	65
4.3.2	Sverige:.....	67
5	Kriseshåndtering:	70
5.1	Kriseerkjennelse:.....	71
5.2	Beslutningsfasen - iverksetting:.....	74
5.2.1	Vaksinasjonsavtaler med GlaxoSmithKline:.....	75
5.2.2	Beslutningsprosessen frem mot valg av vaksinasjonsstrategier:.....	77
5.2.3	Risiko- og prioriteringsgrupper:.....	88
5.2.4	Beslutninger knyttet til operasjonell vaksinerings og avslutning:.....	95
5.3	Læringseffekter og endring i ettertid:.....	96
6	Sentrale funn og avsluttende kommentarer:	105
6.1	Innledning teoretiske perspektiv:.....	105
6.1.1	Tolkning i lys av de teoretiske perspektivene:.....	106
6.1.1.1	I forkant av valg av vaksinasjonsstrategi:.....	106
6.1.1.2	Prosessen frem mot valg av vaksinasjonsstrategi:.....	110
6.1.1.3	Evaluerings og læring i etterkant:.....	114

6.1.1.4	Perspektivenes komparative forklaringskraft:	116
6.2	Studiens hovedfunn i lys av problemstillingen:	118
6.2.1	Forvaltningstradisjoners forklaringskraft:	118
6.2.2	Policy-style – samlet vurdering:	121
6.3	Tidligere forskning og implikasjoner:	122
6.4	Veien videre for ny forskning:	123
Litteraturliste		i
Bøker		i
Tidsskrift		vi
Aviser		vii
Offentlige dokumenter		viii
Offentlige dokument Danmark		ix
Offentlige dokument Sverige		xii
Øvrige kilder		xvii
Vedlegg		xix
A.	Intervjuguide Danmark	xix
B.	Intervjuguide Sverige	xxii
C.	Samtykkeskjema Danmark	xxv
D.	Samtykkeskjema Sverige	xxvii
E.	Relevante lover:	xxix
	Danmark:	xxix
	Sverige:	xxxii
F.	Organisasjonskart Danmark	xxxiii
G.	Organisasjonskart Sverige	xxxiv
H.	WHO-pandemifaser:	xxxv
I.	Influenzapandemi 1976	xxxvii
J.	Oversikt over vaksinasjon i Danmark	xxxix
K.	Oversikt over vaksinasjon i Sverige	xl
L.	Tidslinje	xli

Forkortelsesliste

ECDC - Det Europeiske Senter for Forebyggelse og kontroll med sykdommer (eg. European Center for Disease Control)

GOARN - Global Outbreak Alert and Response Network

GSK - GlaxoSmithKline

MSB – Myndigheten för samhällsskydd och beredskap

MSSD - Most similar system design

SOU – Statens Offentliga Utredningar (Sverige)

SSI – Statens Serum Institut

WHO – World Health Organization

Språk og begreper:

Departement (norsk, svensk) – Ministerium (dansk, svensk)

Direktorat (norsk) – Styrelser (dansk, svensk)

Fylke (norsk) – Amt (dansk) län (svensk)

1 Innledning:

Fredag 24.april 2009 holdt WHO (heretter betegnet som WHO) en pressekonferanse der de informerte om en mulig influensapandemi-utvikling av et virus som fikk betegnelsen H1N1. Bakgrunnen for pressekonferansen var flere meldinger fra Mexico om influensa- og lungebetennelsestilfeller. Mexico sendte første varselmelding allerede 18.mars og innen 24.april var antallet smittede allerede oppe i over 882 tilfeller med 62 registrerte dødsfall (WHO 2009 B). 23.april 2009 blir det bekreftet at det er H1N1-viruset som har smittet flere influensasyke personer i Mexico (Hine 2010). Smitten spredde seg deretter etter all sannsynlighet fra Mexico til USA. Innen 24.april kunne også USA melde om 7 bekreftede og 9 mistenkte smittetilfeller i statene ved grensen til Mexico (WHO 2009 B).

De fleste smittede opplevde milde influensasymptomer, men dødstallene var høye på de hardere rammede tilfellene (WHO 2009 B). WHO uttrykte i den første pressekonferansen bekymring for de store antall smittede, den raske spredningen og et uvanlig smittemønster sammenlignet med den «vanlige sesonginfluensaen».² Den vanlige sesonginfluensaen er et virus som smitter mellom mennesker, og rammer som oftest eldre og veldig unge.

Svineinfluensaen startet derimot som et virus som smittet mellom svin, derav kallenavnet «svineinfluensa», og kan karakteriseres som en atypisk smitte som spredde seg raskt.

Smittemønsteret var også ulikt vanlig influensa i forhold til risikogrupper ved at svineinfluensaen rammet en mye større andel av befolkningen enn den vanlige sesonginfluensaen. Mange smittede kombinert med uvanlig mange dødsfall blant unge voksne gjorde at den ble beskrevet som å ha en større risiko enn vanlig sesonginfluensa (WHO 2009 B). Alle medlemslandene i WHO ble samme dag som pressekonferansen også varslet om utviklingen gjennom varslingsystemet Global Outbreak Alert and Response Network (heretter betegnet som GOARN).³ (WHO 2011b)

Utover våren oppgraderes stadig alvorlighetsgraden på viruset. 11 juni 2009 erklærer WHO at verdenssamfunnet nå står ovenfor en pandemi. Erklæringen av pandemi medfører at flere europeiske land innkjøpsavtaler om vaksinedoser med legemiddelfirmaer automatisk trer i kraft. Danmark og Sverige har innkjøpsavtale med legemiddelfirmaet GlaxoSmithKline og

² Man opererer med tre ulike typer av influensavirus, A, B og C, der virustype A inneholder «sesong-influensa». (WHO 2009 A)

³ GOARN er et varslingsystem som ble opprettet i 2000 av WHO, der formålet er å sikre rask varslings og økt samarbeid mellom medlemslandene ved eventuelle internasjonale helsetrusler. (WHO 2011b)

må etter avtalen bestemme seg for vaksinasjonsstrategi innen kort tid. Danmark vurderer pandemien til å representere kun en mindre fare for hovedparten av den danske befolkningen, men iverksetter vaksinerings av et fåtall risiko- og prioritetsgrupper. Sverige anser derimot pandemien for å kunne representere en fare for hele befolkningen, og iverksetter derfor allmenn vaksinasjon. I løpet av 2009/2010 har Danmark totalt vaksinert cirka 6 % av befolkningen, mens Sverige har vaksinert cirka 60 %. (Staten Serum Institut 2010, Wik 2010)

Jeg vil i min studie tilstrebe å gi en forklaring på hvorfor to forholdsvis like land, som Danmark og Sverige, kan velge to helt ulike vaksinasjonsstrategier for den samme pandemien. Dette bringer meg videre til neste underkapittel der jeg vil redegjøre nærmere for valg av problemstilling og fokusområde.

1.1 Studiens tema, problemstilling og forskningsspørsmål:

En problemstilling skal fungere som en rettesnor og gi en oversikt over hvilke nøkkelaspekter som skal vektlegges og besvares i oppgaven. Min problemstilling er som følger:

En komparativ analyse av Danmark og Sverige: Hvordan kan to forholdsvis like land med tilgang på samme informasjon velge to så ulike vaksinasjonsstrategier under krisehåndteringen av svineinfluensapandemien i 2009?

For å ytterligere presisere min problemstilling har jeg satt opp noen forskningsspørsmål. Hensikten med forskningsspørsmålene er å konkretisere ytterligere enn problemstillingen, hva og hvilke ting jeg ønsker å forske på. Samtidig er intensjonen at forskningsspørsmålene samlet vil kunne gi en forklaring på problemstillingen. Begge forskningsspørsmålene vil være veiledende for meg i forhold til Danmark og Sverige under svineinfluensapandemien i 2009:

- Hvordan kan historisk-institusjonelle forhold som stats-, og forvaltningstradisjoner ha påvirket landenes valg av vaksinasjonsstrategi?
- Hvilke policy-style særtrekk har landene i håndteringen og valg av vaksinasjonsstrategi?

Forskningsspørsmålene gir etter min vurdering et godt utgangspunkt for å få en større forståelse av både hvilke stats- og forvaltningstradisjoner som kan være bakgrunn for blant annet organisering av forvaltning, men samtidig også hvilke forvaltningssedvaner og politisk kultur som kan ha påvirket landenes krisehåndtering. Valg av komparativ inngangsvinkel vil også kunne gi mulighet for en dypere forståelse av hvordan ulike typer

forvaltningsoppbygning og politisk kultur kan medføre ulikhet i håndteringen av den samme krisen.

Min forskningsstrategi kan derfor sies å være todelt, der jeg søker å både beskrive og forklare. Det første forskningsspørsmålet søker etter å beskrive hvordan stats- og forvaltningstradisjoner kan påvirke, og forklare om hvorvidt dette påvirket, landenes beslutningsprosesser knyttet til mitt aktuelle tema; valg av vaksinasjonsstrategi. Det andre forskningsspørsmålet søker derimot å beskrive i hvilken grad landenes policy-style særtrekk kan sies å ha vært representert. Siden krisehåndteringen av svineinfluensapandemien utgjør mitt ”bakteppe” for å se på disse faktorene ser jeg det som relevant å sikre en bredere forståelse for krisehåndteringen som helhet og tilknyttede sentrale begreper. Jeg vil derfor redegjøre for krisehåndteringen som helhet i begge land, men med en gjennomgående vektlegging av de hendelser jeg vurderer som mest relevant sett opp mot besvaring av problemstillingen og forskningsspørsmålene. I hovedtrekk vil derfor den beskrivende delen fokusere på landenes stats- og forvaltningstradisjoner, policy-style, krisehåndtering, flernivåstyring og governance, spesialisering og samordning. For å svare på oppgavens forklarende del vil jeg derimot benytte meg av to organisasjonsteoretiske perspektiv; det instrumentelle og det historisk-institusjonelle perspektiv.

Studien er lagt opp som et kvalitativt case-studie med bruk av to datainnsamlingsmetoder; kvalitative semistrukturerte intervjuer og kvalitativ dokumentanalyse. Datagrunnlaget fra dokumentanalysen består i hovedsak av offentlige dokumenter fra Danmark og Sverige med vekt på planverk knyttet til beredskap og krisehåndtering utgitt i forkant av krisen, og evalueringer og endringer i eksisterende planverk i etterkant av krisen. Jeg har ellers gjennomført enkelt- og gruppeintervjuer i både Danmark og Sverige hos aktørene; Sundhedsstyrelsen, Statens Serum Institut (heretter betegnet som SSI), Regionhovedstaden, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (heretter betegnet som MSB) og professor Hanne Foss Hansen ved København Universitet.

1.2 Begrunnelse for problemstillingen:

Min problemstilling er utformet for å tilfredsstille kravene man kan stille til en samfunnsvitenskapelig problemstilling. Som første krav skal problemstillingen ha et fokus på et samfunnsmessig interessant og viktig forhold. Jeg vurderer mitt tema som både samfunnsnyttig og nyskapende ved at jeg har satt fokus på potensielle påvirkningsfaktorer som ikke har vært like sentrale i kriselitteraturen tidligere og samtidig kombinert disse i en

komparativ studie. En økt forståelse for hvilke faktorer som påvirker, eller ikke påvirker, to lands beslutningsprosess i en krise vil kunne bidra til økt innsikt som kan være nyttig for også fremtidige forskning (Grønmo 2004).

Det andre kravet gir føring på at problemstillingen må være nyskapende i den form at det gis rom for ny forskning. Jeg har brukt mye tid på å orientere meg innenfor forskningslitteratur innenfor både krise og forvaltning for å sikre studiens egenart. Jeg mener det i mindre grad foreligger forskning som kobler disse to fagområdene sammen, og anser derfor at mitt tema tilfredsstillende dette kravet. Det siste kravet medfører at problemstillingen ikke kun skal føre veien videre til ny forskning, som forrige krav, men også ha et grunnlag i tidligere forskning. Problemstillingen skal på denne måten videreutvikle og føre tidligere forskning videre, og på denne måten eventuelt bekrefte eller revidere eksisterende forskning (Grønmo 2004). Dette kravet mener jeg er tilfredsstillende ved min teoretiske tilnærming der jeg tar utgangspunkt i allerede eksisterende forskning, men forsøker å gi en nyskapende vri for å belyse nye forklaringsfaktorer.

Min studie retter søkelyset mot hvordan to forholdsvis like land, som Danmark og Sverige å representere, kan velge to så ulike vaksinasjonsstrategier basert på den samme informasjonen? For å besvare dette spørsmålet har jeg fokusert på hvordan historisk institusjonelle forhold som stats-, og forvaltningstradisjoner kan ha påvirket landenes valg av vaksinasjonsstrategi. Danmark og Sverige representerer to ulike forvaltningstradisjoner, vest- og østnordiske, som danner bakgrunn for utvikling og organisering av landenes forvaltning i dag. Forvaltningstradisjonene vil derimot ikke gi innsikt i hvordan normer og sedvaner kan påvirke behandlingen av saker i forvaltningen. Jeg vurderte det derfor som relevant å trekke inn policy-style som forenklet kan sies å beskrive landenes ”standardmåter” å håndtere saker på. Hovedforskjellen mellom Danmark og Sverige innenfor policy-style kan ses i dimensjonen mellom reaktiv og proaktiv. Danmark er vurdert som mer reaktiv, noe som medfører at beslutninger ofte først tas noe skjer. Sverige er derimot vurdert som mer proaktiv, og vil derfor ofte forberede og ta en beslutning i forkant av at noe skjer.

Mitt hovedfokus i denne studien er derfor å besvare om hvorvidt forvaltningstradisjoner eller policy-style kan forklare hvordan Danmark og Sverige valgte to veldig ulike vaksinasjonsstrategier for den samme pandemien?

1.3 Tidligere forskning:

I forhold til problemstillingen og forskningsspørsmålene vil jeg kort trekke frem relevant tidligere forskning som har vært en ressurs for valg av min studie. Siden min studie er en komparativ analyse av Danmark og Sverige har jeg tilstrebet å skape et mangfold i forhold til hvilken tidligere forskning jeg har brukt som ressurs og inspirasjon, der jeg har forsøkt å inkludere forskning fra både Norge, Danmark og Sverige. Selv om det kan argumenteres for at forskningen ville gitt tilsvarende resultatet uavhengig av landopprinnelse, kan likevel fokusområder være påvirket av nasjonale tendenser.

I forhold til forskning fra Danmark vil jeg spesielt trekke frem Knudsen (1993) som i sin forskning aktualiserte hvorfor to forholdsvis like land, Danmark og Sverige, valgte to ulike løsninger for å bekjempe aids-problematikken på 1980-tallet. Mens Danmark iverksatte frivillig testing og tiltak, valgte Sverige å lovmessig pålegge testing ved tvilstilfeller. Knudsen argumenterer for at ulikhetene kan ses som en konsekvens av lands "tradisjoner" som er blitt til gjennom en historisk utvikling (Knudsen 1993).

I forhold til forskning fra Sverige vil jeg spesielt legge vekt på en rapport av Lindblom (1997) der han har forsket på om hvorvidt det vil være formålstjenlig å skifte til ministerstyre i Sverige, ved å se på hvordan ministerstyret fungerer i Danmark og Norge. Konklusjonen i rapporten er at ministerstyret har en lav forklaringskraft for forskjeller relatert til politiske beslutninger mellom landene (Lindblom 1997). Ernström (2005) har bygget videre på Lindbloms forskning med en oppgave om Sverige kontra Danmark og Norges håndtering av tsunamien i 2004 med vekt på ministrenes handlingskraft. Resultatet ble i stor grad likt (Ernström 2005).

Siden jeg valgte krisehåndteringen av svineinfluensapandemien som mitt "bakteppe" i studien vil jeg kort trekke frem noe av den viktigste forskningen knyttet opp til krise og krisehåndtering. Med tanke på at min studie gikk på krisehåndtering av en pandemi har jeg sett nytteverdi i å sette meg inn i tidligere pandemier for å få et bredere oversiktsbilde over hvilke særskilte utfordringer en pandemi kan medføre. Her vil jeg spesielt trekke frem Neustadt og Fineberg (2004) som har skrevet om svineinfluensapandemien i 1976, som altså gir et bilde over første gang viruset utviklet seg til pandemi (Neustadt og Fineberg 2004). Med tanke på dens kobling til svineinfluensapandemien i 2009 har jeg valgt å redegjøre nærmere for denne i vedlegg I.

I forhold til krise blir det naturlig å trekke frem Boin et al (2005, 2008) som har skrevet et stort antall bøker og artikler om kriseproblematikk, deriblant også et arbeid innenfor faseinndeling av krisehåndtering (Boin et al 2005, Boin et al 2008). Ellers er mye av litteraturen på krise som jeg har benyttet meg av knyttet tett opp mot Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap ved Universitetet i Bergen, derav flere tidligere masteroppgaver om krise. De fleste masteroppgavene er case-studier av en bestemt krise som deretter blir satt i en større sammenheng, eller koblet til relevante sidetemaer. Jeg vil trekke frem Byrkjedal-Bendiksen (2012) sin oppgave om krisehåndteringen av svineinfluensaen i Norge som spesielt relevant (Byrkjedal-Bendiksen 2012). I tillegg til masteroppgaver fra Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap har jeg også tatt inspirasjon fra Ulvens (1992) masteroppgave om den britiske stats policy-styles forklaringskraft opp mot petroleumsindustrien, og Furberg (1997) masteroppgave om Danmark og Norges policy-style i forhold til miljøforvaltning (Ulven 1992, Furberg 1997).

Jeg vil i kapittel 6 trekke frem deler av forskningen presentert her for å vurdere i hvilken grad min studies resultater samsvarer med den tidligere forskningens resultater.

1.4 Oversikt over oppgavens oppbygning:

Masteroppgaven består av totalt 7 kapitler, derav også inkludert dette kapitlet.

I **kapittel 2** presenterer jeg det teoretiske rammeverket for min oppgave. Jeg begynner kapitlet med å redegjøre for stats- og forvaltningstradisjoner som påvirker hvordan de formelle institusjonelle trekkene er formet i hvert land. Jeg trekker deretter inn policy-style, som derimot vektlegger bruk av normer og sedvaners rolle i håndtering av saker. Kapitlet presenterer deretter en oversikt over relevant teori knyttet til krise og krisehåndtering. Dette leder kapitlet videre inn i en drøfting av sentrale begreper knyttet til temaet; flernivåstyring og «governance» og spenningsfeltet mellom samordning og spesialisering. Jeg vil tilslutt redegjøre for mine to forklarende teoretiske perspektiv; det instrumentelle og det historisk-institusjonelle perspektivet med en drøfting av egne empiriske forventinger.

I **kapittel 3** går jeg gjennom de metodologiske forskningsstrategiene og min metodiske tilnærming. Min forskningsstrategi er ”most similar system design” og jeg har derfor valgt å legge opp studien som en komparativ case-studie. Jeg fortsetter deretter kapitlet med å redegjøre for datagrunnlaget; semistrukturerte intervju og dokumentanalyse. Kapitlet avsluttes med en presentasjon og drøfting av hva som sikrer god datakvalitet.

I **kapittel 4** gir jeg en oversikt over konteksten for oppgaven, noe som skal gi en bedre bakgrunnsforståelse for oppgavens tema før videre lesning. Jeg vil blant annet presentere informasjon knyttet til landenes forvaltning, stats- og forvaltningstradisjoner og policy-style. Jeg gir deretter en kort introduksjon til landenes syn på samfunnssikkerhet før jeg avrunder kapitlet med å gi en oversikt over de mest sentrale nasjonale aktørene involvert i krisehåndteringen fra hvert land.

I **kapittel 5** vil jeg gi en innføring i landenes krisehåndtering. Mitt mål med dette kapitlet er ikke å redegjøre for alle aspekter ved krisehåndteringen i begge land, men derimot gi et innblikk i prosessen rundt valget av vaksinasjonsstrategiene og hvordan dette påvirket den videre krisehåndteringen.

I **kapittel 6** vil jeg presentere de sentrale funnene i studien og gi mine avsluttende kommentarer. For å tolke funnene vil jeg bruke mine to teoretiske perspektiv, kombinert med policy-style og forvaltningstradisjoner. Jeg vil også kort drøfte hvordan funnene samsvarer med tidligere forskning, og mulighetene for videre forskning.

2 Teoretisk rammeverk:

Theories make facts useful by providing us with a framework for interpreting them and seeing their relationships to one another (Manheim, Rich, Willnat og Brians 2006: 15).

Jeg vil her presentere det teoretiske rammeverket for min oppgave. Jeg vil først redegjøre for institusjonell teori som jeg ser som tilhørende inn i en organisatorisk tradisjon. I dette vektlegger jeg stats- og forvaltningstradisjoner, som har betydning for hvordan de formelle institusjonelle trekkene er formet i hvert land. Forvaltningssystemet representerer forvaltningsstrukturen, men ikke nødvendigvis normer eller sedvane i forhold til behandling av saker. Jeg anser det derfor som relevant å trekke inn policy-style som vektlegger bruk av normer og standardmåter for å håndtere saker, og som derfor utgjør et forklaringstilskudd til førstnevnte.

Jeg vil deretter fortsette med å gi en oversikt over beskrivende og forklarende teori. Med tanke på at min oppgave forsker på en krise ser jeg det som essensielt å gi en oversikt over krise og krisehåndtering som grunnlag for forståelse av oppgavens tema. I dette ligger en drøfting av krise og krisehåndtering på mer generell basis, samt nærmere hvordan myndigheter kan håndtere en krise. For å forenkle forståelse av en krises forløp introduserer jeg også sekvensielle krisefaser som samlet kan ses som en forenkling av en prosess. Fra drøftingen av krise som trussel mot samfunn og samfunnsoppgaver ser jeg det som relevant med en kort drøfting av begrepet samfunnsikkerhet. Dette leder meg deretter inn i problematikken rundt sentrale begreper relevant knyttet til mitt tema; som flernivåstyring og «governance» og spenningsfeltet mellom samordning og spesialisering. Jeg vil tilslutt redegjøre for mine to forklarende teoretiske perspektiv; det instrumentelle og det historisk-institusjonelle perspektivet. Perspektivene blir supplert med egne empiriske forventninger, både generelle forventninger og mer kategorisk basert på hvert enkelt land og krisefasene. Samlet sett utgjør dette mitt teoretiske utgangspunkt og referansegrunnlag for oppgaven videre.

2.1 Organisasjonsteoretisk tilnærming:

Siden jeg teoretisk vektlegger institusjoner i stor grad er det essensielt at oppgaven gir en innføring i hvordan institusjoner påvirkes av sine omgivelser og erfaringer (March og Olsen 1989). Institusjonsteori har historisk sett vært en viktig grunnstein i statsvitenskapelig forskning, men har samtidig ikke vært fritatt verken kritikk, reaksjoner eller endringer. Noe av

årsaken kan være at ulike fagdisipliner har definert og brukt begrepet ulikt. For å gi en bakgrunnsforståelse før drøfting vil jeg gi en kort introduksjon til begrepene organisasjon, institusjon og institusjonalisering.

En organisasjon kan ses et verktøy for å nå visse mål eller utføre en jobb. Organisasjoner er tilpasningsdyktige, og blir påvirket både internt fra medlemmene, men også fra ytre press fra omgivelsene. Organisasjoner kan over tid utvikle seg til å bli institusjoner. Definerings av institusjoner blir dermed en sentral del. Institusjoner blir av Scott (1995) definert som: (...) *multifaceted systems incorporating symbolic systems—cognitive constructions and normative rules— and regulative processes carried out through and shaping social behavior* (Scott, 1995: 33). Institusjoner kan dermed ses som langvarige og motstandsdyktige ved at de har: *attained a high degree of resilience* (Scott 1995: 48). Jeg har likevel valgt å forholde meg til Hall (1992) sin definisjon av institusjoner som: (...) *the formal rules, compliance procedures, and standard operating practices that structure the relationship between individuals in various units of the polity and economy* (Peter Hall, som sitert i Longstreth et al 1992: 2). Denne definisjonen dekker mitt temaområde godt. For å illustrere forholdet mellom organisasjon og institusjon kan man sammenligne det med et hus, der grunnmuren er organisasjonen mens dekkverket er de institusjonelle trekkene. Begge deler er ledd i husets oppbygning, men med ulike karakteristikk (Selznick 2011).

Normene og verdiene i en institusjon kan være mer utfordrende å endre drastisk over tid, selv om nye situasjoner kan kreve nye måter å vurdere og håndtere saker på. Eksempelvis vil en krise ofte kunne kreve tiltak som ikke vanligvis ligger i organisasjons oppgaveportefølje. Krisen kan derfor gi mulighet for større frigjøring fra det institusjonaliserte rammeverket, men organisasjonen vil likevel fortsatt være preget av de samme rammene (Christensen, Læg Reid, Roness og Røvik 2009, Thelen 2003, 1999).

From an institutional perspective we would, in sum, expect responses to external events and proposed reforms to be influenced by the matching of the events/ reforms and the identity, history and internal dynamic of an institution (Olsen 1992: 257).

Endringer som samsvarer med en institusjons normer og verdier vil derfor lettere resultere i en tilpasning og aksept for forandring i en institusjon (Christensen et al. 2009). Om det blir en endring eller ikke er noe som må ses an i forhold til hver enkelt sak. March og Olsen (1989) redegjør: *It involves trying to specify the conditions under which the sequential branches of history turn back upon on each other and the conditions under which they diverge* (March og Olsen 1989: 56). I forhold til svineinfluensaen som krise vil jeg tro at en kombinasjon av at krisen var forventet sammen med at krisen viste seg å ikke være så ”farlig” medfører at

sjokket for organisasjonene ikke er stort nok til at det ligger til rette for en radikal frigjøring fra rammeverket. Organisasjonen kan også være hemmet av en motvilje mot omstilling og avstand fra organisasjons vanlige rutiner. Dette kalles ofte for historisk ineffektivitet, og medfører at organisasjonene ikke vil kunne være like effektive (Christensen et al. 2009 og Thelen 2003, 1999).

2.2 Stats- og forvaltningstradisjoner:

Når man skal drøfte et lands forvaltningstradisjon vil det ofte være nyttig med et visst historisk tilbakeblikk for å se hvilke prosesser og hendelser som har formet den forvaltningstradisjonen som er gjeldende i dag. Forvaltningstradisjon kan sies å være et utslag av statstradisjon, og det kan derfor være relevant å trekke linjene tilbake til landenes statstradisjon for å forstå utviklingen av forvaltningstradisjonen. Statstradisjon er likevel et utfordrende begrep siden begrepet statstradisjon har blitt sett som å ha flere ulike betydninger. Statstradisjon blir av Dyson beskrevet som: (...) *state tradition serves to depersonalize public power in a dual sense, seeing it as distinct from both ruler and ruled* (Dyson 2009: 1). For å vise mangfoldet i bruk av begrepene vil jeg trekke frem Perez-Diaz som derimot omtaler statstradisjon som: (...) *clusters of institutions and cultural practices that constitute a set of expectations about behavior* (Perez-Diaz 1993:7). Dyson (2009) trekker frem at ved å definere begrepet stat ulikt fra land til land vil man risikere å deretter beskrive/kontekstualisere en statstradisjon etter ulike karaktertrekk – noe som ses som uheldig (Dyson 2009). Jeg velger å forholde meg til førstnevnte definisjon, og legger til grunn at Danmark og Sveriges statstradisjon vil gi utslag i de to forskjellige forvaltningstradisjonene jeg vil redegjøre for senere i underkapittelet. Fra forklaringen av statstradisjon trekker jeg linjene videre til forvaltningssystemene i Norden. De nordiske landenes forvaltningssystem kan historisk trekkes historisk tilbake til to forvaltningssystemer; vestnordisk og østnordisk.

Vestnordisk forvaltningstradisjon:

Danmark (og Norge) regnes for å tilhøre den vestnordiske forvaltningstradisjonen. Denne tradisjonen kjennetegnes av en hierarkisk oppbygget ministerstyrt sentralforvaltning der politisk valgte statsråder har politisk styring av den underliggende forvaltningen. Statsråden kan derfor instruere forvaltningen uten at regjeringen som kollektiv må stille seg bak enhver beslutning. Dette kalles en monistisk styringsform (Dyrdal 2004, Lægreid og Pedersen 1999). Jørgensen (2002) refererer til forvaltningstradisjonen som en: (...) *ministerial absolutism – (...) within the law* (Jørgensen 2002: 75).

En direkte konsekvens av ministerstyret er at Danmark har etablert et høyt antall departementer, sammenlignet med andre europeiske land. Dette henger sammen med en tro på at ministerstyret er avhengig av at departementene ikke blir for store til at det er mulig for en minister å gjennomføre ledelse og ha oversikt i praksis (Knudsen 1993). Ministrene i Danmark har tradisjonelt hatt en stor grad av autonomi i sin utførelse av embetet (Knudsen 1993). Den økte autonomien gir en signaleffekt ikke kun i forholdet mellom minister og departement, men også i forhold til statsministeren. Statsministeren har en mindre grad av kontroll over ministrene enn tilsvarende i Sverige. Bakgrunnen for dette er både en høy grad av autonomi i en ministers styring av departement, kombinert med at det er utviklet en tradisjon for at ministrene hovedsakelig står til ansvar for Folketinget⁴ – ikke regjeringen eller statsministeren (Knudsen 1993). Knudsen (1993) peker på at: *Ministrene og Folketinget har altså her erstattet enevældets konge* (Knudsen 1993: 139). Statsrådene må derimot føye seg etter statsministeren når det gjelder antall ministre som skal utnevnes og fordeling av arbeidsoppgavene mellom departementene. Danmark har utviklet en sedvane for at statsministeren alene har myndighet innenfor disse avgjørelsene (Jørgensen 2002).

Økt autonomi medfører også at ministrene vil alene bli stilt mer til ansvar når situasjonen krever det (Knudsen 1993). Eksempelvis vil en minister kunne bli stilt til ansvar i retten ved eventuelle grove feil i arbeidsutførelsen (Lindblom 1997). Ministerens rolle og betydning i enkeltsaker blir også større, enn i mange andre land med ministerstyre, fordi Danmark (og Norge) ikke har forvaltningsdomstoler. Dermed kan ministre i utgangspunktet være nødt til å ta stilling til alle forvaltningssaker innenfor sitt fagområde, saker som i Sverige ville blitt behandlet av en forvaltningsdomstol eller tilsvarende (Knudsen 1993). Selv om ministerstyre legger opp til at de fleste avgjørelser i departementet skal tas av ministeren blir i praksis mye av arbeidsoppgavene delegert nedover i forvaltningen. Forvaltningsaktørene kan likevel sies å ha en mindre selvstendig rolle til fordel for ministeren, som leder av forvaltningen, enn det ville være tilfelle om ministerstyre ikke hadde vært praktisert (Jørgensen 2002).

Østnordisk forvaltningstradisjon:

Sverige tilhører derimot den østnordiske forvaltningstradisjonen. Hovedforskjellen er at det er regjeringen som kollektivt som er ansvarlig for de statlige forvaltningsmyndighetene, ikke den enkelte statsråd. Dette kalles en dualistisk styringsform. Fravær av ministerstyre medfører at statsrådene ikke kan gripe inn i en forvaltningsmyndighets vanlige arbeid uten særlov av den

⁴ Det danske parlamentet.

samlede regjeringen – noe som sjelden har blitt gitt. Denne styringsformen kalles dualistisk (Statskonsult 2001). Når fravær av ministerstyre i Sverige drøftes blir det ofte ikke skilt mellom de to ulike typene ministerstyrer. Sverige praktiserer et forbud mot både det som kalles vertikalt og horisontalt ministerstyre (Wockelberg 2003). Vertikalt ministerstyre: (...) *sker gentemot förvaltningen, medan horisontellt ministerstyre syftar på kompetensfördelningen inom regeringen* (Wockelberg 2003: 21). For oversiktens skyld vil jeg kun differensiere mellom de to typene når det ses relevant. I praksis er det derimot noen forvaltnings- og politikkområder der trekk fra ministerstyre likevel praktiseres. Eksempelvis har forsvarsministeren mulighet til enkelte beslutninger med stående mandat fra statsministeren, i tillegg til at utenrikspolitikken deler noen av de samme trekkene. Dette kan ses som unntak fra regelen (Wockelberg 2003).

I Danmark vil ministrene, som leder av forvaltningen, gi et klart bilde til hvem som styrer forvaltningen i hvert departement. Dette er derimot mer komplekst i Sverige. Ved at man praktiserer et kollektivt regjeringsansvar i Sverige innebærer dette også at fokuset ikke kun kan ligge på hvem som bekler ministerpostene i regjeringen, men også på arbeidet innad i regjeringen (Wockelberg 2003).

Forvaltningsaktørene kan sies å ha en mer selvstendig rolle ved fravær av ministerstyre. Samtidig har den svenske regjeringen kompensert for en mindre kontroll ved at: (...) *styrning genom legala instrument fått relativt stor omfattning* (...) (Molin, Månsson og Strömberg 1973: 355). Eksempler på dette kan være i forhold til innføring av lover eller regler som regulerer nærmere et bestemt politisk område, ofte knyttet til offentlige bidrag eller tjenester (Molin et al. 1973).

Forvaltningstradisjonenes største forskjell ligger altså som presentert i om hvorvidt man praktiserer ministerstyre eller ikke. I Danmark vil det derfor være statsråden som sitter med ansvaret for forvaltningen som er underlagt, mens det i Sverige vil være regjeringen samlet som kollektivt sitter med ansvaret. Dette medfører at man får et veldig ulikt fokus på hvem som må ta ansvar, eller ikke ta ansvar, i håndtering av saker. I Danmark vil statsrådets rolle være å både instruere forvaltningen, og eventuelt ta ansvaret ved feil. I Sverige vil det derimot være sett som et grovt overbrudd om en statsråd i for stor grad selvstendig instruerer forvaltningen, siden forvaltningen i større grad kan ses som autonome. Ansvaret vil derfor også ligge kollektivt på regjeringen ved eventuelle feil. Disse forskjellene kan danne bakgrunn for forskjeller i krisehåndteringen av svineinfluenzaen, og vil dermed være et viktig fokus videre.

2.3 Policy-style:

Policy-style er et mangfoldig begrep i den forstand at begrepet kan defineres og brukes på ulike måter. Jeg vil derfor gi en kort drøfting av begrepet som ledd i min operasjonalisering av begrepet, altså gi en oversikt over hvordan jeg har tenkt å bruke begrepet og hvilken forståelse jeg legger til grunn for å komme frem til svar på min problemstilling.

Policy-style som begrep:

Intensjonen med policy-style er å finne ut om land har en form for ”standard operating procedures” eller norm som styrer hvordan de lager og håndhever politikk. Innsikt i dette kan gi forklaringskraft for hvordan beslutninger blir tatt, og i hvilken grad ulike faktorer er relevant i beslutningsprosessen (Richardson 1982). Jørgensen (2002) argumenterer for at: (...) *neither culture, contextual conditions nor institutional systems act – collective and individual actors do* (Jørgensen 2002: 15). Policy-style representerer derfor: (...) *actor orientations, courses of action and impact on policy formation* (Jørgensen 2002: 235). Policy-style tilfører på denne måten derfor en måte å vurdere normer eller sedvane i tillegg til andre faktorer når det gjelder forståelse av hvordan beslutninger blir tatt.

Policy-style kan ikke forklares på gruppe- eller enkeltnivå, men er derimot noe som ligger integrert i organisasjonen. Metaforisk sett kan det sammenlignes med en ryggmargsrefleks, det kommer automatisk. Samtidig er det viktig å være klar over at policy-style ikke har til hensikt å redegjøre for alle variabler som kan påvirke politikktutforming på alle felt, men derimot gi et helhetsbilde av hvordan man kommer til en beslutning med basis i en forståelse av et lands policy-style. På mange måter kan policy-style ses som en form for politisk ”arv” som da vil være unik for hvert land, eventuelt med unike variasjoner nedover i systemet (Richardson 1982, Furberg 1997). Policy-style blir ofte brukt for å beskrive en aggregert nasjonal karakteristikk. Dette betyr likevel ikke at et lands policy-style nasjonalt nødvendigvis er representert i alle landets sektorer eller i alle aktørers handlinger. Ulike sektorer kan representere ulike særtrekk i forhold til policy-style, og dette er nettopp noe av utfordringen med bruk av policy-style innenfor flere sektorer (Richardson 1982, Furberg 1997).

Richardson (1982) definerer policy-style som: *We see policy-style as different systems of decision-making, different procedures for making societal decisions. By policy-style we perhaps, more clumsily, really mean policy-making and implementation style* (Richardson 1982: 2). Denne definisjonen er ganske bred i sin tolkning. Definisjonen inkluderer både politikktutforming, men også policy execution. En slik måte å se policy-

style på medfører at man må ha opparbeidet seg god innsikt i landets institusjoner for å kunne bedømme hvordan policy-stylen kan påvirke nye saker eller situasjoner som oppstår (Richardson 1982).

Anton (1969) har argumentert for at fokuset ikke kun bør ligge på en avgjørelse i seg selv, men også på strukturen som en avgjørelse tas i. Det kan ses som et skifte fra fokus på avgjørelse til systemet av avgjørelser. I dette ligger det en vektlegging på forholdet mellom aktørene involvert. Forholdet mellom aktørene kan være preget av normer eller prosedyrer som medvirker til at man enten får en fastholdelse eller en endring av forholdet (Anton 1969).

Teoriene som omhandler policy-style kan deles inn i to ulike grupper, der den ene gruppen: (...) *emphasizes policy formation (politics) as the primary determinant, and sees policy contents as a dependent variable* (Jørgensen 2002: 16). Med dette som utgangspunkt vil den nasjonale policy-stylen til henholdsvis Danmark og Sverige være en forklaring for hvordan politikken blir utformet. Den andre gruppen vektlegger: (...) *structural features in problems solving (policy) in certain fields, implying that conditions in the environment give each sector a specific policy style* (Jørgensen 2002: 16-17). Med dette som bakgrunn blir det mindre relevant å drøfte en nasjonal policy-style siden forklaringsfaktorene hovedsaklig ligger på et mer sektorspesifikt nivå. Jeg vurderer policy-style til å være det som påvirker politikktutforming ved at sedvaner, normer og kultur blir institusjonalisert. Mitt syn samsvarer derfor mest med den første gruppen, og det er dette synet jeg velger å legge til grunn for min oppgave.

Operasjonalisering av policy-style:

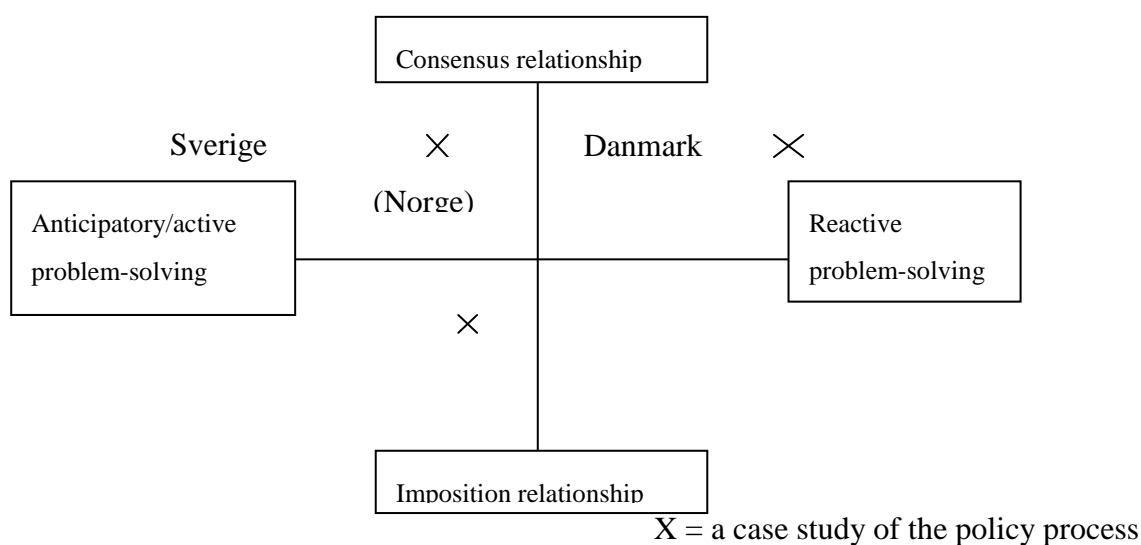
Med bakgrunn i drøftingen av policy-style vil det være formålstjenlig med en operasjonalisering av hvordan jeg vil skille de ulike egenskapene knyttet til policy-style. En klargjøring av egen forståelse av begrepet i en operasjonalisering vil belyse klarere de momentene jeg er ute etter å forske på.

Richardson (1982) trekker frem to dimensjoner for å kategorisere ulike trekk knyttet til policy-style. Den første dimensjonen går på en stats måte å ta beslutninger på, og hvordan de går inn i en beslutningsprosess. Her skiller man mellom to ytterpunkter;

Incrementalist – with conflict over values, analysis at the margins, mutual adjustment, a premium placed on consultation and agreement, successive limited comparisons, low coercion, `managerial` change, and so on.

Rationalist – central authority, high coercion ability, limited conflict over values, wide search for options, clear objectives, a possibility of radical change, and so on
(Richardson, Gustafsson og Jordan 1982: 12).

Bruk av begrepene incrementalist og rationalist kan medføre en videre drøfting av hva som egentlig kan regnes for å være rasjonalistisk, men dette er en sidediskusjon jeg velger å ikke forfølge videre. Den andre dimensjonen går derimot mer på hvilke aktører som er involvert i en beslutnings- og implementeringsprosessene, og med hvilken rolle og posisjon. Er det en intensjon om at andre aktører, eksempelvis interessegrupper, skal involveres i prosessene og ha en innvirkning? Eller er det i større grad en avgjørelse som tas uten andre aktørers påvirkning? Tar myndighetene en aktiv eller reaktiv rolle? (Richardson 1982) Richardson, Gustafsson og Jordan (1982) velger å spisse policy-style definisjonen på ytterpunktene incrementalist og rationalist ytterligere etter disse to dimensjonene: (...) *the interaction between (a) the government's approach to problem-solving and (b) the relationship between government and other actors in the policy process* (Richardson, Gustafsson, Jordan 1982). Dette kan også oppsummeres i figuren:



(Adaptert fra figur 1.1. fra Richardson, Gustafsson og Jordan 1982: 13)

Distinksjonen mellom konsensus kontra opposisjon omtaler problemløsning, mens distinksjonen mellom reaktiv kontra aktiv går på forholdet mellom samfunn og politikk. Samlet sett utgjør disse to dimensjonene en forenklet måte å forstå og kategorisere land inn i 4 ulike ”typer” policy-style landene kan sies å ha som nasjonalt særtrekk (Richardson 1982, Jørgensen 2002). I forhold til dimensjonen mellom konsensus kontra opposisjon, altså på forholdet mellom aktørene involvert, virker Danmark og Sverige å være forholdsvis like ved at begge ligger nærmere konsensus enn opposisjon. Denne dimensjonen er derfor mindre

interessant, ved at landene kommer ut forholdsvis likt. Den andre dimensjonen som går på aktiv kontra reaktiv, altså tilnærmingen til problemløsning, er derimot det som skiller landene fra hverandre. Sverige blir vurdert som klassisk proaktiv/forventende, mens Danmark blir sett som mer reaktiv og der flere beslutninger virkes å tas når ting skjer – ikke i forkant.

Sistnevnte dimensjon blir derfor en klar prioritet i forhold til å vurdere forklaringskraft i form av min problemstilling, siden forskjellens kjerne ligger i forholdet mellom ytterpunktene proaktiv/forventende og reaktiv.

2.4 Beskrivende og forklarende teori:

Med tanke på at min oppgaves bakteppe er krisehåndteringen av svineinfluensapandemien ser jeg det som relevant å gi en nærmere innsikt i teorier knyttet til krise og krisehåndtering. Med tanke på oppgaveverktøy vil jeg også redegjøre for sekvensielle krisefaser som jeg vil bruke i oppgaven for å forenkle forklaringen av en krisehåndteringsprosess. Jeg følger deretter opp med en drøfting og problematisering av teoretiske begrep som knyttes til oppgavens tema og omfang.

2.4.1 Krise og krisehåndtering:

Det finnes mange ulike måter å definere og eksemplifisere krisebegrepet og jeg vil derfor gi en oversikt og drøfte noen av dem før jeg operasjonaliserer hvilken forståelse jeg legger til grunn i min oppgave.

De ulike definisjonene av krise skiller seg i hovedsak ofte fra hverandre i forhold til hvor og hvem krisen man definerer rammer og påvirker. Eksempelvis vil en politisk krise ramme annerledes enn en personlig krise. The Institute for Crisis Management velger derfor å definere krise som: *En markant afbrydelse, der ansporer til omfattende dækning i nyhedsmediene og offentlig granskning, som afbryder organisations normale aktiviteter* (The institute for Crisis Management som sitert i Frandsen og Johansen 2008: 78). Denne definisjonen fokuserer på publisering og offentlig debatt og granskning som noen kjennetegn, i tillegg til at hendelsen markant vil avbryte den vanlige rutinen. Pandemien vil helt klart ha flere av denne definisjonens karakteristikk, spesielt med bakgrunn i medias omfattende dekning av krisen og samfunnsdebatten rundt håndteringen. Samtidig medførte også pandemien et avbrudd i den vanlige hverdagen for befolkningen ved at den gav restriksjoner, medførte for mange sykdom, og gjorde ellers en inngripen i mange organisasjoners og arbeidsplassers daglige virke. Hermann (1969) definerer derimot krise som:

A crisis is a situation that (1) threatens high-priority goals of the decision-making unit, (2) restricts the amount of time available for response before the decision is transformed, and (3) surprises the members of the decision-making unit by its occurrence (Hermann 1969: 414).

Her blir ledelsen, ledelse og avgjørelse satt i et større fokus, samtidig med at tidsaspektet spiller en sentral rolle. Denne definisjonen deler mye av de karakterstikkene som kjennetegner krisen som pandemien skapte, spesielt med tanke på overraskende oppstått og behov for raske beslutninger. En definisjon som derimot har en mer generell og samfunnsfokusert tilnærming er: *Crisis refers to serious threat to basic social, institutional and organizational interest and structures* (Rosenthal, Hart og Kouzmin 1991 som sitert i Boin, Hart, Stern, Sundelius 2005: 326). Denne definisjonen på krise samsvarer også godt med hvordan man vil beskrive kjennetegnene til pandemien. Pandemien representerte en trussel mot samfunnet som helhet og flere samfunnsfunksjoner.

Med bakgrunn i mangfoldigheten i krisebegrepet ser jeg det som nødvendig med en nærmere forankring i forhold til hvilke(n) definisjon jeg legger til grunn for min oppgave, og dermed også hvordan jeg vil forholde meg til krisebegrepet. Jeg vurderer det slik at Boin et al (2005) sin definisjon av krise vil være den mest dekkende for min oppgave og fokusområde:

We speak of a crisis when policy makers experience a serious threat to the basic structures or the fundamental values and norms of a system, which under time pressure and highly uncertain circumstances necessitates making vital decisions (Boin et al 2005: 2).

Denne definisjonen er forholdsvis «bred» i forhold til at den dekker det jeg anser som noen av de mest relevante karakteristikkene til krise generelt. I motsetning til de andre definisjonene referert vurderer jeg det altså som at denne definisjonen dekker hele krisebegrepet. Det som kan trekke ut fra denne definisjonen er nøkkelordene; trussel, usikkerhet og behov for rask handling. Trussel-aspektet peker på en krise som trussel for samfunnet som helhet og/eller dets verdier. Eksempelvis vil en naturkatastrofe medføre en trussel i forhold til bosituasjon og økning i vold, og en pandemi kan være en trussel for folks helse (Boin et al 2005). Pandemien forårsaket som kjent en betydelig økning i risiko for sykdom og potensielt dødsfall. En krise vil også derfor graderes i alvorlighetsgrad etter antall mennesker den påvirker. Dette var tydelig ved svineinfluensaen ved at pandemien ble regulert på de ulike alvorlighetsgradene, pandemifasene til World Health Organization (Heretter betegnet WHO), etter smitteantall og smittens utbredelse.

Samtidig trenger ikke en krise direkte berøre mange mennesker for å være oppfattet som en stor krise, trusselen om at man kan bli berørt kan være nok i seg selv. Her vil også

usikkerheten spille en stor rolle. I en krise vil man ikke kunne vite svaret på alle spørsmålene, eksempelvis i forhold til hva som vil skje, eller konsekvensene. Denne usikkerheten koblet med behov for rask handling gir ofte en presset situasjon for ledere. I vanlige saker vil man ofte ha mulighet for å analysere mulige løsninger, kartlegge forholdene og vurdere ulike forslag. I en krise vil behovet for rask handling overskride normale prosedyrer, og en avgjørelse må tas på mer usikker grunn (Boin et al 2005).

Pandemier kategoriseres ofte inn under kategorien «wicked problems», og jeg ser det derfor som relevant å utdype kriseteorien i lys av nettopp «wicked problems». ”Wicked problem” ble først introdusert av Churchmann (1967) som omtalte det som sosiale problemer som er vanskelig å løse på bakgrunn av faktorer som stadig endrede informasjon og forhold, stor grad av usikkerhet og et omfang som krever at et stort antall personer er involvert (Churchmann 1967). I tillegg kan eventuelle løsninger: (...) *often turn out to be worse than the symptoms* (Churchmann 1967: 141). Eksemplifisert ved debatten vedrørende om svineinfluensavaksinen medførte mer skade enn nytte. På grunn av ”wicked problems” sitt omfang og påvirkning vil krisehåndteringen ofte kreve en koordinert innsats mellom flere ulike sektorer og aktører i samfunnet. (...) *they cross the established boundaries of a traditionally sector-organized state, creating extraordinary management challenges* (Rykkja 2009: 10). Dette ble også tydelig under pandemien ved at aktører var nødt til å raskt finne grunnlag for samarbeid, uavhengig av vanlig virke. En evaluering av et ”wicked problem” er regnet for å være utfordrende med bakgrunn i både dets komplekse natur og nevnte omfang av aktører. *They are composed of inter-related dilemmas, issues, and other problems at multiple levels society, economy, and governance. These interconnections—systems of systems—make wicked problems so resilient to analysis and to resolution* (Horn og Weber 2007: 1). Pandemiens store nedslagsfelt for påvirkning og inngripen medfører derfor at det kan være mer utfordrende å evaluere. Med tanke på refererte faktorer her vil jeg klart regne pandemien for å tilhøre inn under ”wicked problem”. Samspillet mellom Boin`s definisjon av krise og referert teori knyttet til ”wicked problems” vil utgjøre det beste grunnlaget for en operasjonalisering av krisebegrepet.

Faser i et kriseforløp:

Boin et al (2005) presenterer fem faser for krisehåndtering som samlet kan ses som en forenkling av en prosess:

1. Erkjennelsesfasen: Det er omtrent umulig å beregne når en krise inntreffer, samtidig som det er utfordrende å beregne krisens omfang og utbredelse selv etter at den har inntruffet. Ved starten av en krise må derfor ledere tilstrebe å få oversikt, og erkjenne at det har oppstått

en krise som må takles (Boin et al 2005). Erkjennelsesfasen kan sies å ha startet i Danmark og Sverige når de mottok det første offisielle varselet fra WHO om at man stod ovenfor en ny pandemi. Danmark og Sverige var nødt til å vurdere om de tolket informasjonen tilsvarende som WHO, og eventuelt igangsette krisevarsling internt til de aktuelle aktørene.

2. Beslutningsfasen – iverksetting: Når man har erkjent at man står ovenfor en krise må det følgelig også mobiliseres til handling for å imøtekomme krisen. Dette krever at ledere må ta stilling til saker og spørsmål de vanligvis ikke vil møte. Samtidig krever en krise ofte en samlet innsats fra flere aktører som igjen krever samarbeid rundt avgjørelser og handling – uten at samarbeidsklimaet nødvendigvis vil være signifikant forskjellig fra vanlig tilstand (Boin et al 2005). Beslutningsfasen er en langvarig fase i den forstand at størsteparten av krisehåndteringen kan sies å være konsentrert rundt beslutningstaking. For oversiktens skyld har jeg valgt å kategorisere fasens start som når man iverksetter tiltak etter at man har erkjent krisen. For Danmark og Sverige sin del kan man derfor si at dette startet etter at de erkjente at man stod ovenfor en pandemi, og derav en krise, og frem til det man definerer som kriseavslutningsfasen.

3. Meningsdannelse - kommunikasjon: Når en krise inntreffer vil ofte befolkningen bli bombardert med ulike former for informasjon. Det vil derfor fort danne seg et behov for informasjon kommunisert fra lederne. Det kan være utfordrende for lederne å gi et helhetsbilde av en situasjon som er både uventet og ofte kaotisk. I tillegg vil ikke nødvendigvis befolkningen stole på at lederne er på «deres» side – noe som gjør informasjonsbehovet tvetydig. Spenningsforhold fra en vanlig situasjon forsvinner ikke automatisk i en krisesituasjon; eksempelvis manglende tillit til politiske ledere (Boin et al 2005).

Selv om denne fasen er tredje fase i måte å kategorisere et kriseforløp kan den sies å være en del av hele krisehåndteringen. Kommunikasjonsbehovet vil være tilstede fra første stund, og kan ikke på samme måte plasseres et visst sted i et kriseforløp. Denne fasen vil derfor være en integrert del av hele kriseforløpet i Danmark og Sverige. Samtidig vil det være naturlig at informasjonsbehovet er størst i erkjennelses- og beslutnings/iverksettingsfasen.

Erkjennelsesfasen er ofte preget av uro og usikkerhet blant befolkningen om hva man står ovenfor, mens beslutnings/iverksettingsfasen vil generere spørsmål knyttet til risiko og valgmuligheter i forhold til tiltak som iverksettes. Eksempelvis medførte både avgjørelsen om massevaksinering i Sverige og om begrenset vaksinering i Danmark et stort press fra befolkningen rundt spørsmål knyttet til vaksineringen.

4. Kriseavslutning: Det er ofte vanskelig å avgjøre når en krise er over, dette avhenger i stor grad av krisen i seg selv. Kriser kan deles inn i to ulike typer. Den første typen kalles «de hurtig brennende» og er typisk naturkatastrofer. Disse skjer fort og ofte voldsomt, men tiltak kan fort bli satt inn – noe som ofte svekker videre effekt. Den andre typen er de «langvarige» som kjennetegnes ved politiske eller sosiale saker der man ikke får avsluttet krisen for alle parter, eller krisen utløser nye former for krise (Boin et al 2005). I forhold til kriseavslutningen i Danmark og Sverige vil jeg sette denne i begge land til selve vaksineringsavslutningen. Vaksineringsavslutningen markerte myndighetenes avslutning av krisehåndteringen ved at risikobildet ble nedskalert, og senere tiltak var mer ledd i avslutning av krisehåndteringen.

5. Læring: Siste fasen omhandler de lærings-, og evalueringsprosesser man må gjennom i etterkant etter håndteringen av en krise. Dette er viktig for å avdekke eventuelle svakheter ved krisehåndteringen, fremme samarbeid mellom de ulike aktørene, og sikre en bedre forberedelse neste gang en krise inntreffer (Boin et al 2005). Læringsfasen består ofte av en evalueringsrapport som blir utarbeidet i ettertid for å skildre erfaringer for å oppnå læringseffekt. Sverige gav ut en offisiell evalueringsrapport, mens Danmark valgte å ikke gi ut en offisiell evalueringsrapport. Årsaken til Danmarks manglende rapport vil jeg drøfte ytterligere i analysekapittelet.

Fasene vil samlet utgjøre mitt utgangspunkt for å forklare forløpet av svineinfluensapandemien i Danmark og Sverige, og samtidig de ulike hendelsene og tiltakene som ble satt inn for å imøtekomme utfordringene som pandemien forårsaket. Dette gir meg også mulighet for å eventuelt bruke fasene for å kategorisere datamaterialet jeg innhenter i forhold til når ting skjedde og hvilken prioritering krisehåndteringen hadde på det gjeldende tidspunktet.

Type krise:

For å lettere kunne sammenligne kriser kan man klassifisere kriser etter hvilke konsekvenser de får for samfunnet og hvilke grenser kriser bryter. I forhold til svineinfluensapandemien vil jeg klassifisere den som både en agendasettende og en grenseoverskridende krise (Boin et al 2005, Ansell, Boin og Keller 2010). En agendasettende krise har en sterk symbolsk effekt ved at den setter søkelyset på en i større grad ukjent- eller uaktualisert trussel, noe som igjen kan åpne opp for større press for endring i etterkant av krisen (Boin, t`Hart, Stern, Sundelius 2005).

Pandemien oppfyller også kriteriene for å bli betegnet som en grenseoverskridende krise med bakgrunn i begrepets tre dimensjoner: politiske grenser, funksjonelle grenser og tid. I forhold til kryssing av politiske grenser kan en pandemi på mange måter klassifiseres som det ideelle eksempelet – en pandemi tar ikke hensyn til grenser. Pandemien krysset de vertikale politiske grensene ved å involvere store deler av de offentlige aktørene på flere nivå, og de horisontale politiske grensene ble krysset ved at pandemien spredde seg på flere land og kontinent. Grenseoverskridende kriser regnes som mer utfordrende ved kryssing av begge de politiske grensene. Pandemien krysset også flere funksjonelle grenser ved den rammet flere ulike sektorer. Kryssing av funksjonelle grenser kan medføre utfordringer i en krisehåndtering siden ulike sektorer kan ha ulike måter å håndtere saker på som kan være vanskelig å koordinere sammen, spesielt under tidspress. Pandemien kan heller ikke sies å ha hatt en klar begynnelse eller slutt. Virusets spredning uavhengig av om det ble etter kriteriene regnet for å være en pandemi og dermed en krise. Forberedelsene for krisehåndteringen startet dermed i forkant av at det ble erklært en pandemi. Avslutningen av krisen er også vanskelig å tidfeste endelig med bakgrunn i at avslutningen ikke betyr at viruset er borte, men derimot at det ikke utgjør en stor trussel lenger (Ansell, Boin og Keller 2010).

2.4.2 Samfunnssikkerhet:

Med bakgrunn i gjennomgangen av måter å definere og kategorisere forløp av kriser, der fokuset ligger på kriser som trussel mot et samfunn og samfunnsoppgaver ser jeg det som relevant med en kort drøfting av begrepet samfunnssikkerhet. Jeg vurderer landenes syn på samfunnssikkerhet som et ledd i planverket, og derfor en medvirkende forklaringskraft i forhold til forståelse av krisehåndteringen.

Danmark:

Danmark opererer med seks prinsipper som skal være gjennomgående for alt samfunnssikkerhetsarbeid. Det første prinsippet er sektorprinsippet som innebærer at den eller de aktørene som i en normal situasjon har ansvar skal fortsette med dette ansvaret også under en krisesituasjon. Likhetsprinsippet presiserer at organisasjonsstrukturen ikke skal endres mer enn eventuelt nødvendig i en krise. Nærhetsprinsippet stadfester at arbeidsoppgaver skal løses på lavest mulig nivå. Handlingsprinsippet går derimot mer på beredskapssetablering ved en krise intensjonen er å heller ha en for høy beredskap enn motsatt i en uoversiktlig situasjon, men at man er åpen for justering etter hvert som situasjonen blir klarere.

Fleksibilitetsprinsippet går på bruk av ressurser under en krise og ressurser må kunne tilpasses etter krisen spesifikke behov. Det siste prinsippet er samarbeidsprinsippet som fremholder

viktigheten av å ta i bruk muligheter til å samarbeide med andre aktører både i forbindelse med planlegging og krisehåndtering (Beredskapsstyrelsen 2012).

Sverige:

Sverige har i sin serie *Riskhantering i ett samhällsperspektiv – Samhällsplanering* (Räddningsverket 1998) redegjort for de tre prinsippene, ansvars-, likhets-, og nærhetsprinsipp, som Sverige styrer etter i forhold til krisehåndtering. Også Sverige vektlegger at de nevnte faktorene kommer tidlig inn i planleggingsarbeidet ved en krisesituasjon, slik at man har de beste forutsetninger for å takle krisen etterpå. Samtidig mener de at man bør vurdere nøye om aktører som har hatt ansvar innenfor det området der krisen rammer skal fortsette med dette ansvar under krisen. De peker på det personlige følelsesmessige engasjementet som aktører kan ha som kan forårsake en motstand mot eventuelle radikale forandringer (Räddningsverket 1998). Sistnevnte vil kunne stride mot mange land sitt ansvarsprinsipp der ansvaret skal i en krisesituasjon være i de samme hender som ved en normal situasjon.

Samlet sett virker Sveriges prinsipper å bære store likhetstrekk til de første tre prinsippene til Danmark. Hovedforskjellen virker å være at det første prinsippet i Sverige kalles ansvarsprinsippet i motsetning til sektorprinsippet i Danmark. Danmark har i tillegg tre ekstra prinsipper, handlings-, fleksibilitets-, og samarbeidsprinsippet. Det virker likevel å være en stor grad av likhet mellom landenes prinsipper for samfunnssikkerhet.

2.4.3 Flernivåstyring og governance:

Flernivåstyring kommer fra det engelske begrepet «multi-level governance», og er et begrep som har fått stadig større betydning innen studie av offentlig politikk. Flernivåstyring kan defineres som:

(...) et system av kontinuerlig forhandling mellom «nye» beslutningstakere på ulike territorielle nivåer – overnasjonalt, nasjonalt, regionalt og lokalt – fremkommet gjennom omfattende prosesser av institusjonell utvikling og beslutningsmessig omfordeling (Marks (1993) som sitert i Aars og Helgøy 2008: 13).

Mens «multi-level» henviser til gjensidig avhengighet mellom aktører vertikalt, blir begrepet «governance» brukt for å beskrive en økt gjensidig avhengighet mellom offentlige og ikke-offentlige aktører horisontalt. Den horisontale dimensjonen kan ses som overgangen mellom governance og government (Aars og Helgøy 2008). Jeg vil derfor begynne med å redegjøre for begrepet governance ytterligere før begrepet danner bakgrunn for min påfølgende drøfting av flernivåstyring.

Governance er et flertydig begrep. Generelt skiller man ofte mellom den tradisjonelle betydningen som går på statens styringskapasitet ovenfor et samfunn, ofte kalt statsstyring. Dette er til forskjell fra den nye versjonen, «new governance», som har et bredere fokus på andre aktører involvert i statens styringsprosesser, ofte kalt nettverksstyring (Hill og Hupe 2009). Pollitt og Bouckaert (2004) definerer governance som: (...) *the processes and institutions, both formal and informal, that guide and restrain the collective activities of a group. Government is the subset that acts with authority and creates formal obligations* (Pollitt og Bouckaert 2004: 10). Fokuset ligger dermed ikke på å analysere den formelle strukturen i seg selv, men heller hvordan ting fungerer innad i strukturen. O'Toole vektlegger også hvordan aktører samhandler innad i strukturen i sin definisjon: *The conceptualization of governance is designed to incorporate a more complete understanding of the multiple levels of action and kinds of variables that can be expected to influence performance* (O'Toole (2000) som sitert i Hill og Hupe 2009: 15). Dette fokuset gjør governance interessant med tanke på å forstå og få oversikt over det store mangfoldet av institusjoner og samtidig relasjonen mellom disse institusjonene (Hill og Hupe 2009).

Den refererte teorien på governance omhandler i stor grad governance sett opp mot organisasjoner og institusjoner. Rhodes (1996) har vært en forkjemper for å belyse andre aktørers likeverdige rolle i prosessene rundt nettverksstyring og beslutningstaking. Rhodes (1996) definerer governance som: (...) *self-organizing, interorganizational networks* (Rhodes 1996: 660). I dette ligger en forståelse av at governance ikke kun innbefatter statlige aktører, men derimot består av statlige, offentlige og private aktører som opererer delvis autonomt fra statlig kontroll. Nettverket forutsetter en interaksjon mellom medlemmene regulert i egne interne regler som medlemmene godkjenner (Rhodes 1996). Som siste ledd i governance-drøftingen vil jeg trekke frem Kjær (2004) som bruker governance med bakgrunn i mer politiske vurderinger og definerer det som: (...) *rammene for og styringa av politiske spilleregler* (Kjær 2004: 11). Jeg velger derfor å anse Kjær sin definisjon for å være mest dekkende for mitt bruk med bakgrunn i dens fokus på politiske vurderinger.

Flernivåstyring medfører en større kompleksitet ved å utfordre mer tradisjonelle ansvars- og styringsrelasjoner, enn om man kun har en aktør. Eksempelvis fra å være en sentralisert stat som eneste aktør til å heller opptre mer som en forvalter av samarbeid eller en forhandler mellom flere aktører i en styringsprosess. Flere aktører, og på ulike nivå og innenfor ulike sektorer vil kunne gi en større grad av kompleksitet enn en sterk aktør alene. De ulike aktørenes samarbeid og samtidig en viss avhengighet av hverandre på tvers av sektorer og

nivå kan ses som et premiss for forvaltningspolitikken. Økt samarbeid kan være ses som positivt, men samtidig kan uenigheter mellom aktørene føre til konflikt (Aars og Helgøy 2008). *En løsning på problemet kan være at flernivåstyringen over tid gjennomgår en institusjonaliseringsprosess* (Ansell og Vogel 2006, som sitert i Aars og Helgøy 2008: 91). Jo høyere grad av institusjonalisering i flernivåstyringen, jo mer forutsigbart og stabilt vil det også være. Dette skyldes at institusjonalisering medfører en definering av hva som er passende valg i ulike situasjoner (Aars og Helgøy 2008). Dette deler visse likhetstrekk til drøftingen av policy-style som gir føringer på hvordan sedvane og skikker påvirker hvordan saker kan behandles. Det finnes ellers ikke et enkelt svar på hvordan et nettverk kan bli institusjonalisert siden det finnes flere viktige momenter i denne sammenheng, eksempelvis knyttet til struktur, samhandling, og informasjonsbehandling.

Flernivåstyring vil også være interessant ved at den gir mulighet til å studere krisehåndteringen på mer enn et nivå, og dermed kunne gi en mer helhetlig oversikt over de ulike aktørenes påvirkning og rolle. Krisehåndteringen av svineinfluensaen var preget av et stort mangfold av aktører der disse aktørene hadde føringer fra regelverk som var både regionale, nasjonale og internasjonale. Nettopp denne kompleksiteten i styringsforhold er et av hovedkarakteristene ved flernivåstyring. Dette er også viktig med bakgrunn i at: (...) *offentlige beslutninger i økende grad treffes i skjæringsflaten mellom ulike forvaltningsnivå* (Aars og Helgøy 2008: 13). Komparativ forskning på krise og flernivåstyring med bakgrunn i en helsepolitisk sak har vært gjenstand for forskning tidligere, eksempelvis ved forskning på matkontroll som reguleringsfelt sett opp mot saken rundt kugalskap fra midten av 1990-tallet i flere land (Rykkja i Fimreite, Lango, Lægreid og Rykkja 2011). Et annet eksempel er Knudsens (1993) arbeid knyttet til kartlegging av årsaker til hvorfor Danmark og Sverige har håndtert sykdommen AIDS forskjellig fra hverandre (Knudsen 1993). Begge eksempler tar opp en helserelatert sak med fokus på blant annet komparativ metode, krise og flernivåstyring. Eksemplene referert gir kun et lite innblikk i sammenlignbar forskning, men gir likevel et klart bilde av at flernivåstyring kan studeres sammen med krisehåndtering innenfor helserelaterte saker.

I min oppgave ligger mitt fokus klart på den nasjonale krisehåndteringen, representert ved de mest relevante aktørene underlagt helsedepartementene i hvert land. Jeg har likevel valgt å knytte inn erfaringer fra både departementsnivå og delvis også regionalt nivå der det ble vurdert som relevant. Eksempelvis har jeg valgt å trekke inn regionsnivået i Danmark, noe jeg vurderte som relevant siden regionene styrer sykehusene og store deler av helsevesenet.

Perspektivet om flernivåstyring blir derfor en relevant del av oppgaven, selv om hovedfokus ligger på et nivå.

2.4.4 Spesialisering og samordning:

Fra drøfting av flernivåstyring er det en naturlig overgang til drøfting av balanseforholdet mellom spesialisering og samordning som også er et av de klassiske problemene innenfor offentlig forvaltning. Spesialisering som begrep representerer økt spesialisering innenfor ulike fagområder, arbeidsoppgaver eller tilsvarende for å utføre oppgaver best mulig. Samordning derimot vektlegger samarbeid mellom aktører – et behov som økes med økning i spesialisering (Christensen, Egeberg, Larsen, Lægreid og Roness 2007).

Samordning er i seg selv et begrep med flere betydninger. Vertikal samordning vil innenfor offentlig politikk ofte dreie seg om samordning mellom forvaltningsnivå på ulike nivå. Eksempelvis mellom et departement og underliggende aktører. Horisontal samordning er derimot samordning mellom aktører på samme nivå. Eksempelvis mellom to sektorer innenfor samme departement. Samordning er ikke nødvendigvis kun positivt, men kan være både en positiv og negativ kraft i en organisasjon. Negativ samordning brukes som begrep når viljen til å bli samordnet er svakere enn ønsket om å samordne, og aktørene blir enige om en minimumsordning der man ikke skal ødelegge for hverandre. Positiv samordning er mer holistisk, og legger mer vekt på integrering og samarbeid mellom aktørene (Christensen et al. 2007).

Kettl (2003) har introdusert begrepet betinget samordning, der han argumenterer for at samordningen må være situasjonsbestemt og tilpasses etter hvilke utfordringer hver enkelt krise byr på. Krisene skiller seg ofte fra hverandre på mange områder, og dette gir derfor en ekstra utfordring i forhold til samarbeidet mellom aktørene involvert i krisehåndteringen. Krisenes mangfoldige natur medfører også at eventuelle planverk i forkant av krisen kan ha en mer begrenset verdi, siden ingen planverk kan redegjøre for alle mulige scenarioer. Kriser er jo i seg selv uberegnelige. I tillegg til at det er utfordrende å planlegge i forkant av en krise vil det med samme årsak være utfordrende å oppnå læringseffekt i ettertid. Sannsynligheten for at en tilsvarende krise vil skje vil trolig være liten (Kettl 2003).

Spesialiseringssprinsippet går på at man spesialisere etter ulike faktorer som eksempelvis geografi, sektor eller formål. Horisontal spesialisering går på hvordan oppgaveporteføljen, og derav spesialiseringsformen, blir fordelt via organisasjonsstrukturer. Eksempelvis om helsevern skal skilles ut i en egen gruppe eller integreres i allerede eksisterende gruppe innad i

et forvaltningsapparat. Et annet eksempel på horisontal spesialisering kan være ved en eventuell splitting av organisasjoner innenfor det samme forvaltningsnivået, eksempelvis etter en krise der håndteringsspørsmålet har vært debattert. Vertikal spesialisering dreier seg derimot om fordeling av oppgaver mellom ulike nivåer i et hierarki. Eksempelvis mellom regjeringen og departement. Et annet eksempel kan være ved en økning av fristilling og ansvar fra et departement til en underliggende aktør som også vil være et uttrykk for vertikal spesialisering (Christensen et al. 2007).

I tillegg vil man skille mellom et geografisk- og et funksjonelt spesialiseringsprinsipp. Et geografisk spesialiseringsprinsipp: (...) betyr at et styringssystem er inndelt i enheter med et gitt geografisk nedslagsfelt (Aars og Helgøy 2008: 15). Eksempel på dette kan være lokalstyrer. Det funksjonelle spesialiseringsprinsippet sier derimot: (...) at det opprettes enheter med svært avgrenset jurisdiksjon – gjerne bare knyttet til en enkelt oppgave (Aars og Helgøy 2008: 15). Eksempelvis kan man innenfor statsforvaltningen i Sverige se eksempler på begge spesialiseringsprinsipp. Lokalt selvstyre er et eksempel på det geografiske-, mens det funksjonelle spesialiseringsprinsipp dominerer statsforvaltningene gjennom sektororganiseringen (Aars og Helgøy 2008).

Jeg har i de siste to underkapitlene presentert og drøftet ulike definisjoner og måter å se på krise- og krisehåndtering. I tillegg har jeg drøftet pandemiers tilhørighet innenfor krisekategorien wicked problems og hvilken betydning dette kan ha for måter å se på krise. Samlet sett mener jeg derfor at jeg har dekket de momenter ved krise- og krisehåndtering med sidetemaer som er av interesse.

2.5 Forklarende teoretiske perspektiv:

Teorier presentert tidligere har i stor grad vært beskrivende eller klassifiserende. Jeg vil derfor her presentere den forklarende teorien i form av to perspektiver. Jeg har valgt å bruke to perspektiv fordi et perspektiv alene ikke nødvendigvis vil kunne belyse alle sider ved saken og det er derfor formålstjenlig å benytte seg av to perspektiv. Perspektivene vil fungere utfyllende, og slik danne et nyansert bilde av Danmark og Sveriges håndtering av svineinfluensaen.

Jeg har i min oppgave valgt å bruke det instrumentelle-, og det historisk-institusjonelle perspektivet, og vil redegjøre for disse i underkapitlene under. Ved bruk av perspektivene vil jeg gjøre en analyse av organisering og funksjon av styringsverket i landene. Dette blir gjort med bakgrunn i at: *Grunnlaget for politikk og regulering antas å finne i prosesser der*

organisatoriske og administrative strukturer former og balanserer ulike hensyn, ulik kunnskap og maktforhold (Aars og Helgøy et al 2008: 74). Den institusjonelle tilnærmingen tar utgangspunkt i: (...) *at institusjoner har vesentlig betydning for hvordan organisasjoner fungerer* (March og Olsen 1989, som sitert i Aars og Helgøy 2008: 74).

Det blir derfor relevant å se på forvaltningens rolle og påvirkning på politikkområdet. For å klargjøre dette kan det være interessant å se på hvordan politikkområdet er strukturert i forhold til hvem som styrer og styringsform, relasjoner mellom aktørene, styrkeforhold mellom aktørene og handlingsrommet de opererer i. Dette kan være opplysende i forhold til å kunne påvise eventuelle endringer som konsekvens av krisen. Det interessante med krise og krisehåndtering er at de kan være bakgrunn for at endringer skjer, men kan samtidig ikke forklare hvordan endringen har skjedd. Analysene vil derfor fokusere på å kaste lys over eventuelle endringer mellom nivåene, vertikale og/eller horisontale endringer, endringer i myndighetenes styringskapasitet, og mellom myndighetene og andre aktører (Aars og Helgøy 2008).

2.5.1 Det instrumentelle perspektivet:

Innenfor det instrumentelle perspektivet ses organisasjoner som redskaper eller instrumenter for å oppnå konkrete mål (Christensen et al. 2009). Organisasjoner fungerer som et middel for å få gjennom tjenester, skaffe varer eller tilsvarende. Dette innebærer samtidig at det er organisasjonene som betraktes som verktøyet som brukes for å nå målet og at de derfor legger premissene for aktørene – ikke omvendt. Dette krever at en organisasjon er effektiv for å kunne beholde legitimiteten, siden legitimitet og grad av vellykkethet i utførelsen av oppgavene er tett knyttet til hverandre. Offentlige organisasjoner har som intensjon å utføre en oppgave som samfunnet prioriterer (Christensen et al 2009).

Et viktig aspekt ved det instrumentelle perspektivet er troen på at offentlige organisasjoner og dens medlemmer handler formålsrasjonelt. Formålsrasjonalitet innebærer at man tar en avveining mellom de alternativene man har tilgjengelig ut fra kriterier som mulige konsekvenser og/eller virkemidler – og valget preges deretter av denne vurderingen. Valg blir dermed ikke tatt tilfeldig, men er resultat av en rasjonell avveining av hva som vil være mest effektiv for å oppnå det man ønsker. Dette leder oss til begrepet rasjonalitet. Rasjonalitet kan deles inn i en fullstendig- og en begrenset rasjonalitet. En krisehåndtering, som krisehåndteringen av pandemien vil vanskelig kunne kobles til en fullstendig rasjonalitet. Fullstendig rasjonalitet kjennetegnes av at alle alternativ, hensyn og konsekvenser er redegjort

for. Krise i seg selv er i stor grad uberegnelig, og det vil uansett være vanskelig for en aktør å være forberedt på alle mulige situasjoner. Begrenset rasjonalitet er derimot når avgjørelsen blir tatt med bakgrunn i hva man regner for å være det beste alternativet med den informasjonen man besitter (Christensen et al 2009). Selv om noen av forventningene i dette perspektivet vil være sammenfallende i begge land, ser jeg noen forskjeller mellom hva jeg forventer av hver av landenes krisehåndtering. Formålsrasjonalitet vil være sentralt i både Danmark og Sverige, men jeg vil tro at landene skiller seg på enkelte punkt i forhold til praktiseringen og bruk av formålsrasjonaliteten. Instrumentaliteten kan også være en gjenkjennelig faktor ved at en organisasjonsstruktur er bygget opp rundt en nytte-nødvendighets tankegang som igjen legger føringer for medlemmenes handlingsrom. Det formålsrasjonelle kan dermed både gjenspeiles i strukturutformingen av en organisasjon, samt virkningene av dette.

Forventninger med bakgrunn i det instrumentelle perspektivet:

Med det instrumentelle perspektivet som bakgrunn vil fokuset ligge på de formålsrasjonelle handlinger og konsekvenslogikk. Formålsrasjonelle handlinger er en form for problemløsning som har til hensikt å minske avstand mellom status og det man ønsker å komme, kortere fortalt som å ta det veivalget som er mest effektivt for å nå ditt mål. I forhold til pandemien ligger dermed fokuset på å først finne ut hva som er problemet, før dette danner bakgrunn for vurdering av mulige alternativer med vektning av konsekvenser før beslutning.

Formålsrasjonalitet kan være ledd i strukturutformingen av en organisasjon, og man skiller da mellom enten en hierarkisk- eller en forhandlingsvariant. Dette kan relateres til landenes forvaltningstradisjoner som gjenspeiles i blant annet utforming og ansvarsrelasjoner i departement, regjering og underlagt forvaltning.

Jeg forventer at det vil være forskjeller mellom landene knyttet til tidsbruk og forberedelser. Tidsbruk og forberedelser vil ha betydning for hvilket grunnlag man vurderer alternativene og konsekvensene på. Jeg forventer at Danmark har hatt mindre fokus på planverk i forkant av krisen, noe som vil kunne medføre et lengre tidsbruk på å utarbeide alternativer med mulige konsekvenser. Denne forventningen har sin bakgrunn i policy-styles dimensjon om proaktiv/forventende og reaktiv, der Danmark regnes for å være reaktiv. Som reaktiv vil forberedelser derfor være mindre vektlagt og avgjørelsene tas i større grad når en krise inntreffer. Sverige som i motsetning var plassert som proaktiv/forventende vil ha utarbeidet et stort planverk i forkant som både vil redegjøre for alternativer og gi klare retningslinjer for hvordan disse skal utføres. Sverige vil med dette stille med en fordel i forhold til Danmark,

ved at forberedelsene danner et bedre grunnlag for en vurdering. Begrenset rasjonalitet henviser til at den beste avgjørelsen blir tatt med bakgrunn i den informasjonen man besitter. Uavhengig av forberedelser forventer jeg i dette perspektivet at både Danmark og Sverige vil operere med begrenset rasjonalitet som forutsetning. Begge land vil trolig være nødt til å bruke tilsvarende tid på å finne ut hvilken utfordring man står ovenfor. Det ligger jo i krisens natur å være uberegnelig, og det vil derfor være lite realistisk at noen av landene hadde detaljerte planer for den eksakte situasjonen man stod ovenfor.

Med tanke på at studien tidligere har presentert Boin sine fem faser som en måte å organisere et kriseforløp vil jeg for oversiktens skyld knytte mine videre forventninger til disse fasene. I både kriseerkjennelses- og beslutningsfasen vil man forvente at en kombinasjon av formelle strukturer og eksisterende planverk har spilt en viktig rolle. Planverket vil være såpass detaljert og omfattende at det vil ved en pandemi igangsette automatiske prosedyrer, og ansvar og arbeidsoppgaver vil allerede være fordelt på de ulike aktørene. En krise er i seg selv uberegnelig, og det vil derfor være behov for vurderinger og avgjørelser som ikke nødvendigvis kan knyttes opp til et eksisterende planverk. Jeg forventer at aktørene har en viss tilpasningsevne til endringene som kan komme underveis i krisehåndteringen, eksempelvis i forhold til nye risikofaktorer knyttet til vaksiner. Ved slike situasjoner vil jeg forvente at avgjørelsene tas med bakgrunn i (begrenset) rasjonelle vurderinger, at man velger det beste alternativet med den informasjonen man har tilgjengelig til enhver tid. Pandemien utviklet seg fort og det var derfor behov for raske tiltak for å minimere spredning, noe som kan ha medført at beslutninger ble tatt uten all tilgjengelig informasjon. Mål-middel vurderinger vil også være et sentralt moment i forhold til avgjørelser, men også knyttet til samarbeid med andre aktører. Viktigheten av det eksisterende planverket vil trolig medføre at de føringer som er lagt vil være gjenspeilet i den faktiske krisehåndteringen.

I meningsdannelses- og kriseavslutningsfasen forventer jeg at aktørene vil legge vekt på de (begrenset) rasjonelle vurderingene som ligger bak eventuelle avgjørelser som tas i krisehåndteringen i kombinasjon med de strukturelle begrensningene som må tas med. Eksempelvis vil jeg forvente at det legges vekt på de medisinskfaglige rådene på det tidspunkt i forhold til vaksiner i kombinasjon med en begrenset tilgang på vaksiner. Kriseavslutningsfasen vil eksempelvis tiltrå når myndighetene ikke lenger ser på pandemien som en trussel, eller når man avslutter offentlige vaksinerings tiltak begrunnet i en kost-nytte vurdering.

Jeg vil også anta at den siste krisefasen; læring, blir viktig. Om noe har sviktet under krisehåndteringen blir det viktig å evaluere for så å endre rutinene for å sikre bedre håndtering ved neste krise. Jeg forventer derfor at Danmark og Sverige evaluerer krisehåndteringen og de tiltak som ble satt i verk for å oppnå bedre håndtering ved en eventuell ny krisehåndtering.

2.5.2 Det historisk-institusjonelle perspektiv:

Det finnes flere ulike måter å definere det historisk-institusjonelle perspektivet på. Longstreth, Steinmo og Thelen (1992) velger å: (...) *work with a definition of institutions that include both formal organizations and informal rules and procedures that structure conduct* (Longstreth et al 1992: 2). Dette betyr at man inkluderer normer og uformelle regler innenfor organisasjoner. Politiske aktører blir sett som både aktører som er passive og aktive aktører som skaper historie, og politiske saker: (...) *are mediated by the institutional setting in which "they" take place* (Longstreth et al 1992: 2). Politiske saker blir dermed påvirket av de institusjonelle rammene sakene tilhører, rammer som aktørene har vært med på å skape (Longstreth et al 1992). Longstreth et al (1992) argumenterer videre for at innenfor det historisk-institusjonelle perspektivet vil det være interessant med: (...) *the whole range of state and societal institutions that shape how political actors define their interests and that structure their relations of power to other groups* (Longstreth et al 1992: 2). Institusjoner er dermed både formelle organisasjoner og uformelle normer og regler som former handling etter en institusjonell kontekst (Longstreth et al 1992).

Historisk institusjonalisme vektlegger historien som et verktøy for å forstå nåtiden. North (1990) oppsummerer dette som:

History matters. It matters not just because we can learn from the past, but because the present and the future are connected to the past by the continuity of a society's institutions. Today's and tomorrow's choices are shaped by the past. And the past can only be made intelligible as a story of institutional evolution (North 1990: 7).

Dette vil bety at en organisasjons tidligere valg, eksempelvis tidligere krisehåndteringer, har en indirekte betydning for organisasjonens videre veivalg. Det er med denne bakgrunn relevant å trekke inn begrepet stivhengighet som er en sentral del av det historisk institusjonelle perspektivet. Stivhengighet legger spesielt vekt på en organisasjons normer og verdier fra organisasjonens begynnelse, siden dette gir føringer på videre utvikling. Forhistorien har derfor stor betydning. De tidligere valgene gir dermed et utgangspunkt for videre valg, noe som medfører et mindre endringsorientert og mer predikerbart handlingsrom. Aktører vil nemlig ofte bruke de samme «stiene», noe som medfører at organisasjonen er

stabil og forutsigbar. Samtidig medfører det at endring skjer langsomt. Dette er spesielt relevant i forhold til krise, der det ofte er forventet at endringer skjer raskt for å imøtekomme utfordringene krisen medfører. En krise kan medføre at en organisasjon vil finne feil i sin planlegging eller håndtering i forkant, noe som vil være interessant i forhold til læringsfasen etter krisen – og dermed eventuell organisasjonsendring som konsekvens. Stiavhengighet gir også den fordel at det gir mer stabile og forutsigbare rammer i forhold til en organisasjons verdier og normer (Christensen et al. 2009).

”Stien” jeg legger til grunn i denne oppgaven er at historisk institusjonelle forhold som stats-, og forvaltningstradisjoner kombinert med nasjonale policy-style særtrekk vil legge grunnlaget for hvordan Danmark og Sverige håndterte svineinfluensaen i 2009. Forutsetningen i historisk institusjonalisme er jo at historien ”omkodes” til bruk i institusjonene, og min oppgave vil derfor med basis i denne forutsetningen forsøke å predikere og forklare landenes håndtering. Min forventning er at de nasjonale kjennetrekke fra de to refererte variablene vil bli gjenspeilt i krisehåndteringen, og at forskjeller på disse variablene gir forklaring på hvorfor to forholdsvis like land håndterte samme krise forskjellig (March og Olsen 1989).

Det historisk-institusjonelle perspektivet kan dermed ses som en motsetning til det instrumentelle perspektivet. I det instrumentelle perspektivet handler aktørene ut fra en «konsekvenslogikk», mens i det historisk-institusjonelle perspektivet vil aktørene handle ut fra «passende logikk». En passende logikk tar hensyn til de verdier og normer som en organisasjon har, og aktørene tar hensyn til disse ved valg av handling. Aktørene velger derfor handling med stor vekt på hva som vil være «riktig» i forhold til institusjonens normer, samt «stiavhengighet» (Christensen et al. 2009).

Forventninger med bakgrunn i det historisk-institusjonelle perspektivet:

Med bakgrunn i det historisk-instrumentelle perspektivet har jeg en forventning om at tidligere krise- og krisehåndtering i Danmark og Sverige kan ha vært en bakgrunn for hvordan svineinfluensaen ble håndtert. Tidligere erfaringer kan ha etablert forvaltningstradisjoner med ulike måter å organisere arbeidet på under en krisehåndtering. Dette kan igjen ha ført til at beslutninger ble tatt med bakgrunn i denne «tradisjonen», og ikke nødvendigvis med bakgrunn i en vektning av hvilke alternativ som ville ha vært mest effektiv. Dette kan eventuelt også forklare eventuelle forskjeller mellom eksisterende planverk i forkant av pandemien og den faktiske håndteringen. Sedvane og skikker kan dermed ha hatt en større påvirkning på krisehåndteringen enn det planverket skisserer.

I eventuell kombinasjon med forvaltningstradisjoner forventer jeg også at policy-style har en klar påvirkning på krisehåndteringen. Mens forvaltningstradisjoner går på strukturelle aspekter er policy-style mer orientert rundt kultur og sedvane som vil påvirke krisehåndteringen.

Forvaltningstradisjonen vil legge rammene for hvem som sitter med ansvaret for krisehåndteringen og der ansvaret er plassert vil det kunne gi mer informasjon om hvilke aktører som er involvert i den mer utvidede ansvarsrekken. I Danmark der statsråden sitter med ansvar for den underlagte forvaltning vil jeg forvente at krisehåndteringen hovedsakelig er håndtert av en statsråd og statsrådets departement med underliggende aktører. Jeg forventer også at statsråden vil være involvert i hovedbeslutningene, siden ansvaret ligger hos statsråden. På policy-style siden vil jeg forvente at krisehåndteringen har en reaktiv natur, det vil si at hovedparten av avgjørelsene tas først når ting skjer. Til tross for at det nok er utarbeidet planverk i forkant vil jeg forvente at dette planverket er såpass generelt at det gir et vidt beslutningsrom under krisehåndteringen. Beslutningene vil da bære preg av å være mer impulsive, og vil være mer utfordrende å spå i forkant. Jeg tror uavhengig at beslutningene som tas vil i hovedsak bære preg av enighet mellom de involverte aktørene. Et mindre fokus på planverk vil også kunne påvirke eventuelle evalueringer i etterkant, og det er godt mulig at man velger å nedprioritere evalueringer til fordel for annet arbeid.

I Sverige derimot, der regjeringen som kollektivt styrer sammen, vil jeg forvente at mye av arbeidsoppgavene vil være fordelt på ulike departement med deres underliggende aktører. Jeg forventer også at de fleste beslutningene tas av regjeringen kollektivt, men at deler av arbeidet kan være mer representert i arbeidsoppgavene til enkelte statsråder. Bakgrunn for denne forventningen ligger i at et kollektivt ansvar gir både rom for å fordele ansvaret i større grad, samtidig som at ansvaret vanskeligere lar seg plassere et sted. I forhold til policy-style har jeg en forventning om at Sverige vil være mer reaktive og forberedende. Dette vil kunne gi utslag i form av en detaljert og innholdsrikt planverk utarbeidet i forkant av krisen inntreffer. Planverket vil også legge føringer for hvordan krisehåndteringen utføres, og vil følges i stor grad. Jeg forventer også at Sverige vil evaluere grundig i etterkant, og eventuelt forbedre planverket før eventuelle nye kriser. Samlet sett vil derfor forvaltningstradisjoner og policy-style kunne forklare mye av hvordan landene utfører sin krisehåndtering med bakgrunn i en historisk arv og utvikling av både struktur og sedvaner innad i strukturen.

I forhold til Boins krisefaser, forventer jeg at aktørene i kriseerkjennelses- og beslutningsfasen går tilbake til tidligere erfaringer, i dette tilfellet med krisehåndtering av pandemier, og disse erfaringene vil igjen legge grunnlaget for krisehåndteringen. Dette kalles for stivhengighet

og er kjennetegnet av at nettopp forhistorien har en viktig betydning for nye vurderinger. En slik måte å håndtere en krise kan medføre at man feilvurderer både krisen og det behovet som skapes, noe som kan slå ut både positivt og negativt avhengig av tidligere erfaringer. Det vil også bli lagt vekt på en passende logikk som innebærer at man gjør det som regnes som «passende» ut fra verdier og normer, i motsetning til avgjørelser tatt med bakgrunn i rasjonelle vurderinger. Danmark og Sverige har erfaring med tidligere pandemier, selv om de ikke forekommer ofte, men pandemiene varierer i både alvorlighetsgrad og kjennetegn. Med bakgrunn i det historisk institusjonelle perspektivet forventer jeg derfor at eventuelle feilvurderinger kan være begrunnet i tidligere krisehåndteringer, stivhengighet, og passende logikk.

I meningsdannelses- og kriseavslutningsfasen forventer jeg som i de første to fasene at fokus ligger på hva som er sett som passende, tidligere erfaringer, kultur og sedvane i motsetning til rasjonelt begrunnede vurderinger. Jeg forventer derfor at kommunikasjon eksternt til media og befolkningen i stor grad vil være basert på rutiner. Samtidig vil jeg forvente at aktørene har en økt symbolbruk for å både stadfeste sin posisjon og samtidig sikre samhold under krisen. Krisen vil bli avsluttet i henhold til kriterier for avslutning brukt under andre pandemier.

I læringsfasen forventer jeg at de involverte aktørene gjør tilpasninger for å sikre det som er sett som passende internt i organisasjonen, i kombinasjon med eventuelle syn på hva som er passende sett fra omgivelsene. Eksempelvis vil det i en pandemi være mye oppmerksomhet fra befolkningen og media sin side som kan påvirke oppfatningen om hva som er passende. En krise kan imidlertid medføre et ”sjokk” i organisasjonen som endrer de institusjonaliserte rutinene og sedvanene som har påvirket krisehåndteringen, noe som kan føre til etablering av nye sedvaner og ”stier”.

2.5.3 Samspillet mellom perspektivene:

Det instrumentelle og det historisk-institusjonelle perspektivet representerer to ulike måter å forstå hvordan offentlige organisasjoner fungerer. Samtidig er det sjelden at man kan vise til at aktørene i en organisasjon har handlet utelukkende ut fra verdier og momenter presentert i et (eksklusivt) perspektiv. Situasjonen er derimot ofte preget av et samspill mellom perspektivene i bakgrunn av de ulike hensynene som aktørene må ta i en offentlig organisasjon. Det ene perspektivet utelukker ikke det andre. Dette medfører at man må være bevisst på egenskapene til begge perspektivene, og så analysere i hvilken grad disse representerer en forklaringskraft alene og som del av et samspill.

I det instrumentelle perspektivet vektlegges det at aktørene handler ut fra en konsekvenslogikk; der man tar en rasjonell avveining av de ulike alternativene ut fra eventuelle konsekvenser og virkninger. I det historisk-institusjonelle perspektivet vil derimot aktørene handle ut fra passende logikk; en organisasjons verdier, normer og sedvane vil her påvirke hva som blir det ”riktige” valget (Christensen et al. 2009). Med bakgrunn i den store kompleksiteten i hvordan offentlige organisasjoner fungerer vil det sjelden være tilfelle at et perspektiv fyller hele rollen som forklaringsfaktor. Eksempelvis kan tidligere erfaring med pandemier danne grunnlag for det man mener er passende, samtidig som det tilfredsstillende krav for å tilhøre innenfor konsekvenslogikk. De ulike momentene som perspektivene trekker frem vil derfor i ulik grad påvirke offentlige organisasjoner i de avgjørelser som tas og hvordan de drives. Perspektivene vil derfor utfylle hverandre, og samlet gi en bedre forståelse av hvordan offentlige organisasjoner fungerer.

3 Metode:

Doing scientific work is not copying methodological blueprints written up in textbooks, but applying research methods in the complex politics of the social world (Greenwood og Levin 1998: 69).

Jeg vil i dette kapittelet begynne med å presentere de metodologiske forskningsstrategiene og min metodiske tilnærming for studien. I dette vil jeg redegjøre for valget av en kvalitativ komparativ case-studie med bakgrunn i forskningsstrategien most similar system design. Deretter går jeg over til mitt neste tema som gir oversikt over datagrunnlaget, og dermed også presenterer datainnsamlingsmetodene. Jeg vil tilslutt drøfte nærmere noen prinsipper for å måle, og sikre, at man får en god datakvalitet. Samlet sett skal kapittelet gi en oversikt over de metodiske valgene og prioriteringene tatt for min studie.

Mitt utgangspunkt i dette kapittelet er valget av en kvalitativ vinkling, siden jeg ser det som mest formålstjenlig for å besvare problemstillingen. Kvantitative metoder ville gitt meg verdifull informasjon i forhold til andre momenter knyttet til temaet, men ville samtidig ikke gitt meg den samme dybden jeg ser som nødvendig. Kvalitative metoder vil gi meg nettopp muligheten for å gå i dybden siden kvalitativ metode: *tar i større grad sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle* (Dalland 2007: 84). Samtidig får jeg mulighet for justering av fokuset underveis for å kunne maksimere innhenting av relevant data. *Triangulation is supposed to support a finding by showing that independent measures of it agree with it or, at least, don't contradict it* (Miles og Huberman 1984: 234). Ved å kombinere to metoder, metodetriangulering, vil også dette gi en større spennvidde av tilgjengelig materiale og et best mulig utgangspunkt for å få tak i tilstrekkelig og relevant informasjon.

3.1 Forskningsstrategier og metodisk tilnærming:

Jeg har valgt å legge opp min studie som en kvalitativ komparativ case-studie. For å starte med case så eksisterer det ikke en universaldefinisjon, og det finnes flere ulike måter å forstå og definere case-studier. Som et eksempel definerer Gerring (2004) case-studier som: *An intensive study of a single unit for the purpose of understanding a larger class of units* (Gerring 2004: 342). Jeg følger derimot Yin (1989) som definerer case-studier som:

(...) an empirical inquiry that investigates a contemporary phenomenon within its real-life context, especially when the boundaries between phenomenon and context are not clearly evident; and in which multiple sources of evidence are used (Yin 1989: 23).

Dette fordi fokuset ligger på å studere ett eller få enkelttilfeller inngående for å forsøke å finne sammenheng i en hendelse, til forskjell fra å forsøke å finne en overrepresentasjon av gjentakelser (Andersen 1997a). Min problemstilling etterspør en mer helhetlig dybdeforståelse av krisehåndteringen i Danmark og Sverige med mulighet for bruk av både kvantitative og kvalitative data. Et case-studie vil med dens generelle art legge godt til rette for et stort nedslagsfelt (Grønmo 2004). I tillegg til et stort nedslagsfelt gir også case-studier mulighet for å bruke alle data som er tilgjengelig - noe som medfører at metodetriangulering blir enda viktigere.

Grønmo (2004) argumenterer for at forskjellen mellom case-studie og komparative case-studier er at mens case-studier omfatter en enhet, omfatter komparative case-studier analyse av minst to enheter (Grønmo 2004). Det kan drøftes om hvorvidt dette blir en forenklet definisjon, siden det i metodelitteraturen er debatt rundt antallet enheter et case-studie kan ha. Hovedforskjellen ligger i om man sammenligner to caser, eller om man fokuserer mer dyptgående på en case alene. Siden jeg ønsker å sammenligne samme hendelse i både Danmark og Sverige vil dette utgjøre en komparativ case-studie. Lijphart (1971) argumenterer for at komparative case-studier utgjør et godt metodisk utgangspunkt:

(...) because they allow the establishment of relationships among a few variables while many other variables are controlled. (...) can reduce considerably the number of operative variables and study their relationships under controlled conditions without the problem of running out of cases (Lijphart 1971: 687).

Lijphart (1971) resonnerer over forutsetter bruk av most similar design som jeg bruker i min studie, og som jeg vil komme mer tilbake til. Samtidig peker Lijphart (1971) på at case-studier har en svakhet i forhold til «small N» og et stort antall variabler. «N» refererer til antallet enheter (utvalg) man forsker på, i mitt tilfelle to land. Hvis man har et lavt antall «N» kan dette forhindre muligheten til å trekke solide slutninger på grunn av utfordringen med skjevt utvalg («selection bias») (Landman 2008). Eksempelvis ville det vært en styrke om jeg i tillegg til oppgavens bredde hadde inkludert en eventuell ekstra pandemi som sammenligningsgrunnlag, eventuelt målt flere pandemier som foregikk samtidig. Dette vil være for ambisiøst for min oppgave, men kunne vært en styrke i en større forskningssammenheng. Flyvbjerg (2006) er et eksempel på et annet synspunkt i spørsmålet om liten "N". Flyvbjerg (2006) legger vekt på at case-studier er misforstått og har formulert 5 punkter i debatten rundt casestudier. Det punktet jeg vil trekke frem er det som går på generalisering av case-studier: *Casestudiet er nyttig til både generering og test av teser, men er ikke begrenset til disse forskningsaktiviteter*" (Flyvbjerg 2006: 153). Flyvbjerg fremhever

med dette at det er mulighet for generalisering fra en enkelt case, men at det avhenger av casen i seg selv og hvordan casen er valgt (Flyvbjerg 2006).

3.2 «Most similar system design»:

Med bakgrunn i at jeg ønsker å sammenligne to forholdsvis like land; Danmark og Sverige med antatt ulikt utfall på det som skal forklares, vil det være nyttig med en forskningsstrategi som tar hensyn til, og drar fordeler til likhetene mellom landene. Jeg har allerede redegjort for komparativ case-studie som metode, men vil her introdusere en forskningsstrategi som kan ses som et tillegg. «Most similar system design» (heretter betegnet som MSSD) har sin bakgrunn i John Stuart Mill (1893) sin ”method of difference” (Lijphart 1971). Landman (2008) definerer MSSD som:

MSSD seeks to compare political systems that share a host of common features in an effort to (...) identify the key features that are different among similar countries and which account for the observed political outcome (Landman 2008: 70).

Hovedkarakteristikkene til MSSD er derfor å sammenligne to eller flere forholdsvis like land for på den måten å redusere antallet potensielle variabler, og det som ikke kan utelukkes vil derfor i prinsippet være koblet til det fenomenet man studerer (Mill 1893). Tranøy (1993) definerer det som at: *designet etterstreber likhet på kontrollvariablene for å unne isolere den kritiske forskjellen i verdi på de operative variablene* (Tranøy 1993: 25). MSSD forutsetter derfor valg av land med stor grad av likheter på flest mulig bakgrunnsfaktorer, bortsett fra de som antas å være relevante årsaksfaktorer. Et av disse er geografisk plassering siden dette ofte gir en indikasjon på at landene deler mange likheter knyttet til eksempelvis historie, religion, kultur med mye mer (Heidar 2004). MSSD (...) *is particularly suited for those engaged in area studies* (Przeworski og Teune 1970: 33). Danmark og Sverige har flere likheter innenfor sosioøkonomiske, kulturelle, politiske og språklige variabler. Heidar (2004) kaller disse likhetstrekkene for en felles: *«Nordic-ness», a commonality founded on shared history along with the linguistic, religious and political homogeneity of the Nordic- and particularly the Scandinavian – countries* (Heidar 2004: 263). Danmark og Sverige anses derfor som godt kompatible med MSSD.

Ragin (1987) argumenterer videre for at i studier med få land er det naturlig ikke å velge land tilfeldig, men heller: *carefully select for the purpose of the study* (Ragin 1987: 15). Valget av Danmark og Sverige er derfor ikke kun valgt på bakgrunn i bruk av MSSD, men er også begrunnet i deres forskjeller knyttet til krisehåndteringen av svineinfluensaen. Samtidig er det

en klar metodisk fordel knyttet til landenes språk, geografisk tilgjengelighet og strukturelle likheter; som har forenklet datainnsamlingen.

Ved at jeg forsker på samme hendelse i to land vil jeg lettere kunne teste teorien opp mot empirien. Å forske på en hendelse i et land vil gi svar på det landets håndtering, men samtidig være mer utfordrende å generalisere til flere lands håndtering. Å forske på samme hendelse i to land vil derimot gi et bedre grunnlag for å finne fellestrekk i forhold til håndteringen – og dermed gi bedre generaliseringsgrunnlag (Przeworski og Teune 1970). Przeworski og Teune (1970) oppsummerer dette i:

The criteria of generality and parsimony imply that the same theories must be evaluated in different systemic settings and that social science theories can gain confirmation only if theories formulated in terms of the common factors constitute the point of departure for comparative research (Przeworski og Teune 1970: 22).

Ved at jeg forsker på to land, Danmark og Sverige, vurderer jeg det derfor som å gi et bedre grunnlag for å kunne teste teorien opp mot empirien.

3.3 Datagrunnlag:

Forskningsstrategiene komparativ case-studie og MSSD gir ikke entydige svar på det operative nivået i forhold til hvilke typer kilder som skal brukes, innsamling av data, med mer. Jeg vil derfor stadfeste nærmere hvilke datainnsamlingsmetoder jeg legger til grunn. Studiens empiriske data kommer fra henholdsvis to datainnsamlingsmetoder; kvalitative semistrukturerte intervjuer og dokumentanalyse.

Min primærkilde vil være intervjuer, siden dette er informasjon jeg selv har samlet inn (Ringdal 2001). Min sekundærkilde er dokumentanalysen, med bakgrunn i at informasjon herfra vil være bearbeidet og samlet inn utenom og uavhengig av min studie (Ringdal 2001). Dokumentanalysen vil gi meg oversikt over blant annet offisiell forvaltnings- og helsepolitikk, dokumenter utgitt under krisen, og evalueringsrapporter. Samtidig vil dokumentanalysen vanskelig kunne belyse de menneskelige aspektene ved håndteringen eller aspekter som ikke lar seg uttrykke i rapportform. I Danmark var det også mer sparsomt med offentliggjort dokumentasjon. Intervjuene vil derfor utgjøre et viktig tilskudd til ellers tilgjengelig skriftlig dokumentasjon som inngår som ledd i dokumentanalysen. Samlet sett trenger jeg både primær- og sekundærdataene i min oppgave, og disse vil derfor komplementere hverandre.

I forhold til utvalg av data kan man i hovedsak skille mellom statistisk- og teoretisk sampling. Statistisk sampling innebærer at man velger ut et visst representativt utvalg som skal representere et større utvalg. Eksempelvis spørreskjema på et representativt utvalg av de som vaksinerte seg

mot svineinfluensaen, basert på å få dekket inn et visst mangfold på kriterier som alder, geografisk tilhørighet med mye mer. Dette ville gitt oss en pekepinn på eksempelvis hvorfor folk har valgt å vaksinere seg, og kan representere alle som har vaksinert seg som helhet uten at man trenger å bruke spørreskjema på alle. Teoretisk sampling vil si at man samler inn, koder og analyserer dataene samtidig og at etter hvert som teorien blir mer og mer tydelig påvirker teorien i stadig større grad datainnsamlingen (Strauss og Glaser 1967). I utgangspunktet har strategien min flere likhetstrekk med teoretisk samling, spesielt i forhold til at teorien har påvirket datainnsamlingen etter hvert. Jeg har blant annet inkludert enkelte aktører senere i prosessen etter hvert som jeg så at de først inkluderte aktørene ikke belyste alle de relevante aspektene i tilstrekkelig grad. Et annet klart eksempel er mitt valg om å prioritere flere intervjuer i Danmark etter hvert som jeg innså at det var færre offentlige dokumenter tilgjengelig i Danmark enn i Sverige. Samtidig forutsetter forskningsstrategien MSSD bruk av et bestemt utvalg av land, noe som har gitt klare føringer på valg av nettopp Danmark og Sverige. Teoretisk og metodisk vil det derfor være mer riktig å kalle strategien for en strategisk sampling.

3.3.1 Kvalitativ dokumentanalyse:

Problemstillingen avgjør hvilke data som er nødvendig i en undersøkelse. Min problemstilling etterspør informasjon knyttet til stats- og forvaltningstradisjoner og nasjonal policy-style noe som etter min vurdering medfører et naturlig valg av kvalitativ metode og kvalitative datainnsamlingsverktøy. Fokuset mitt er rettet mot å oppnå større kunnskap om hvordan de ulike aktørene opptrådte, hvilke valg de tok når, og hva som var bakgrunn for deres valg. Dette fordrer et behov for større grad av nærhet til kilden, og samtidig fleksibilitet i datainnsamlingen. Valg av en kvalitativ vinkling utelater ikke bruk av kvantitative data, men gir en klar pekepinn på vektlegging av kvalitative data.

Grønmo (2004) argumenterer for at kvalitativ dokumentanalyse: (...) *bygger på systematisk gjennomgang av dokumenter med sikte på kategorisering av innholdet og registrering av data som er relevante for problemstillingen i den aktuelle studien* (Grønmo 2004: 187).

Hovedgrunnlaget for datainnsamling er derfor gjennom kategorisering og bearbeiding av dokumenter, og datainnsamlingen kan foregå parallelt med dataanalysen. Selve dokumentene kan prinsipielt foreligge i mange ulike former, men i mitt tilfelle var det i omtrent utelukkende i form av skriftlige kilder. De fleste kildene er utgitt fra aktører innenfor den danske og svenske forvaltningen. Det metodiske hovedarbeidet har vært å systematisk gjennomgå dokumentene for så å kategorisere og foreta kontekstuelle og kildekritiske vurderinger.

Utvalg og tilgang:

Utvelgning av datamaterialet er, som ved alle metoder, essensielt i en dokumentanalyse. Hvilke dokumenter som blir valgt er derfor noe jeg har hatt et veldig bevisst og godt vurdert forhold til. Intensjonen har vært å velge dokumenter i forhold til både tema og prioriteringer reflektert i problemstillingen. En av fordelene ved dokumentanalyse er muligheten for revurderinger av kriterier for utvelgelse av dokumenter underveis. Av kriterier har jeg eksempelvis tilstrebet å inkludere alle beredskapsplaner fra alle de offentlige aktørene involvert, både på kommunalt, regionalt og nasjonalt nivå. Dette ble etter hvert revidert til kun å gjelde de aktørene jeg anså som mest relevant i krisehåndteringen, nasjonalt og delvis regionalt. Et sentralt ønske har også vært å forsøke å innhente tilsvarende informasjon i begge land, noe som vil gi et bedre sammenligningsgrunnlag. Samtidig har landene ikke nødvendigvis den samme strukturen i forhold til verken organisering av beredskap, eller hva de har vektlagt i forhold til eksempelvis offentliggjøring av dokumenter. Mål og faktisk resultat har derfor ikke alltid samsvart i forhold til intensjonen ved begynnelsen av arbeidet.

Fra Danmark blir det mest relevante kildematerialet; de offisielle beredskapshåndbøkene, nasjonale strategier og veiledninger i tillegg til instruksjoner og pressemeldinger utgitt under pandemien. Alle disse dokumentene er tilgjengelige på aktørenes hjemmesider, der spesielt Sundhedsstyrelsens sider er sentrale. Informantene har lagt vekt på at dette er dokumenter som har vært i bruk under krisehåndteringen, noe som gir meg grunnlag for å sette fokus på dem i min dokumentanalyse. Siden Danmark offisielt ikke har evaluert krisehåndteringen i etterkant ser jeg det som spesielt relevant å trekke linjer mellom planverket i forkant av pandemien mot de retningslinjer og veiledninger som ble utgitt under pandemien. Mye av det offisielle planverket innenfor beredskap er revidert i etterkant av pandemien. Planverket utgitt i etterkant er i hovedsak utenfor mitt hovedfokusområde, delvis fordi det vil være utfordrende å vite hvilke endringer som skyldes erfaringer fra pandemien.

Det mest relevante kildematerialet fra Sverige blir mye tilsvarende som i Danmark. Sverige har utgitt en beredskapsrapport, flere proposisjoner og instruksjoner underveis i pandemien, i tillegg til en evalueringsrapport i etterkant (Socialstyrelsen og MSB 2011). Dokumentene har jeg funnet tilgjengelig på aktørenes hjemmesider, samt i den svenske regjeringens arkiv. Informantene fra MSB har fortalt at de har brukt egne rapporter og planer under krisehåndteringen. Det er derimot mer utfordrende å vite i hvor stor grad de andre aktørene har brukt egne planer uten intervjuer, men deler av dette blir referert til i den nasjonale

evalueringsrapporten. Evalueringsrapporten er i hovedsak det som skiller landenes planverk fra hverandre, siden Danmark ikke har en offisiell evalueringsrapport. Fordelen i Sverige er derfor at evalueringsrapporten lettere gir mulighet for å trekke paralleller mellom planlagt og utført krisehåndtering.

Vurdering av metode:

Dokumentanalyse gir som metode en stor grad av fleksibilitet, ved mulighet for justeringer underveis siden utvelgelse av dokumenter kan fortsette i datainnsamlingen. Samtidig medfører denne egenskapen at metoden er mindre forutsigbar. Det har derfor vært viktig å ha et kontinuerlig fokus på hvilke kriterier jeg legger til grunn for utvelgelse av dokumenter, uavhengig av revideringer underveis. Jeg vil drøfte noen av disse kriteriene under.

Dokumentanalyse gir også den fordel at kildene er konstante; i den grad at de ikke vil bli påvirket av min datainnsamling eller analysering. Alle dokumentene jeg har brukt har allerede vært offentliggjort i skriftlig eller elektronisk form, og jeg har derfor ikke hatt noen innvirkning (Grønmo 2004). Eneste delvise unntak fra dette er at noe av materialet jeg har fått i hende ikke har vært offentlig tilgjengelig tidligere, med bakgrunn i at det regnes som til mer intern bruk for den aktuelle aktøren. Dette utgjør ikke en utfordring siden jeg har vært veldig bevisst på å synliggjøre om kildene har vært offentlig tilgjengelig eller ikke.

Dokumentanalyse er ellers mer utsatt for at forskerens perspektiv vil innvirke på utvalg av og/eller tolkning av dokumentene. Jeg har derfor forsøkt å være bevisst på hvilke dokumenter som vil være relevant, ofte sammenlignet tilsvarende fra begge land, og hatt et kritisk øye for bakgrunn for eksklusjon av dokumenter. Dokumenter har eksempelvis blitt ekskludert om de går utenfor mitt fokusområde, eksempelvis på den mer lokale krisehåndteringen.

En annen utfordring har vært å sikre at dokumentene er troverdige og fra sikre kilder (Grønmo 2004). I forhold til autensitet i dokumentene har dette ikke utgjort en stor utfordring, siden størsteparten av dokumentene er offisielle utgivelser fra den danske- og svenske stat. Derimot har det vært en større utfordring at mye av dokumentasjonen er innenfor emner jeg ikke besitter like stor kompetanse i. Eksempelvis har det vært en utfordring å gå gjennom materiale som går på temaer som epidemiologi, smittespredning, viruslære, med mer. Jeg har derfor benyttet meg av ekspertkonsultasjoner, eksempelvis medisinsk kompetanse, i forhold til å øke forståelsen for de medisinskfaglige vurderingene.

En annen utfordring har vært at jeg har hatt mindre kjennskap til det danske og svenske forvaltningssystemet i utgangspunktet, noe som jeg ser som en naturlig konsekvens siden det

er andre land enn mitt eget. Det har derfor krevd en betydelig innsats for både å kartlegge systemet, få oversikt over hvilke aktører som er sammenlignbare med aktørene fra det andre landet, og samtidig forholde seg til en delvis utfordring i språkforståelse. Jeg vurderer det slik at min forberedelse i forkant har vært tilstrekkelig til at jeg hele tiden har hatt kontroll og opprettholdt oversikt, men det har likevel vært en stor utfordring i mitt arbeid.

Kvalitativ dokumentanalyse vil i mitt tilfelle dra nytte av kilder som landenes offisielle forvaltnings- og helsepolitikk, dokumenter utgitt under krisen, og evalueringsrapporter i etterkant som noen eksempler. Med tanke på mitt ønske om dybdekunnskap om Danmark og Sveriges krisehåndtering, med spesielt fokus på forvaltning, vurderer jeg det derfor slik at kvalitativ dokumentanalyse vil være en god datainnsamlingsmetode.

3.3.2 Semistrukturerte intervju:

Ved valg av type intervjumetode var det en rekke valgmuligheter mellom ytterpunktene fast strukturerte til mer terapeutiske intervju. Med tanke på mitt tema vurderte jeg det som mest formålstjenlig med en metode som lot meg i en viss grad få muligheten til å styre intervjuet på de områdene jeg ønsket å belyse, samtidig som at jeg ikke ønsket å binde informantene til ferdig formulerte svaralternativer. Semistrukturerte intervju er en blanding mellom formelle og uformelle intervju. Metoden kjennetegnes av at man har forberedt spørsmål og temaer i intervjuguide i forkant av intervjuet, samtidig som spørsmålene ikke er bundet til spesifikke svar. Intervjuguiden blir derfor mer en veiledning i intervjuet, og dette gir fleksibilitet og rom for både intervjuer og intervjuobjektet til å påvirke intervjuprosessen underveis (Grønmo 2004). Dette var en metode som gav meg det beste grunnlaget for å få belyst de aspektene jeg var ute etter i intervjuprosessen.

Utvalg og tilgang til informanter:

Kriteriet for valg av informanter til intervjuene var at de representerte sentrale forvaltningsnivå som var involvert i den nasjonale krisehåndteringen av svineinfluensaen. Informantene må ha hatt en rolle i krisehåndteringen innenfor sin organisasjon. Med tanke på at studien tar opp flernivåstyring var det viktig at jeg fikk dekket flere forvaltningsnivåer på de samme spørsmålene. Med dette som bakgrunn var det i utgangspunktet mest formålstjenlig med et strategisk utvalg av informanter, det vil tilsa at utvalget er basert på spesifikke vurderinger og ikke tilfeldig. Dette var likevel en strategi som ikke var fullstendig gjennomførbar i mitt tilfelle siden det, spesielt i Danmark, ikke alltid var offentlig kjent hvilke navngitte personer som jobbet mest sentralt med svineinfluensaen blant de ulike aktørene.

Noen av informantene ble dermed rekruttert via snøballutvelging. Snøballutvelging er kjennetegnet ved at man får henvisning eller tips til flere informanter fra første kontaktperson (Grønmo 2004). Dette utviklet seg som tilleggsstrategi underveis ved at aktørene jeg kontaktet henviste meg videre. På mange måter kan det ses som både en tilleggsstrategi og en forutsetning siden jeg i flere tilfeller sendte en e-mail til en felles kontaktadresse hos aktøren – og ikke en bestemt kontaktperson. Snøballutvelging gjorde det både enklere for meg å få tilgang til de riktige informantene, samtidig som aktørene fikk en medbestemmelse i prosessen.

Behovsprøving av intervjuer:

Jeg hadde i utgangspunktet et ønske og intensjon om å ha lik vektlegging og i størst mulig grad tilsvarende intervjuer i både Danmark og Sverige. Resultatet er likevel at jeg har intervjuet flere, og lengre, i Danmark. Dette ble etter hvert et veldig bevisst valg om prioritering ut fra hva jeg vurderte som mest formålstjenlig sett opp mot ressurs-, kostnads-, og tidshensyn. Det ble fort veldig tydelig at det var en stor forskjell i tilgjengelig informasjon om krisehåndteringen mellom landene, både offisielt fra hvert enkelt land og omtale av landene i internasjonale rapporter. Sverige virket å være aktiv i publisering av materiell, og mye var gjort tilgjengelig for offentligheten. Danmark virket derimot litt mer lukket, og jeg fant betydelig mindre informasjon. Som et paradoks var det et motsatt inntrykk jeg satt igjen med i forhold til arbeidet med å få booket intervju. I Danmark var de fleste aktørene positive til intervju, og behjelpelige med de praktiske forberedelsene. I Sverige var det derimot utfordrende å få svar fra de aktørene jeg kontaktet, og de fleste svarte negativt på min henvendelse. Det er viktig for meg å understreke at MSB som jeg fikk positivt svar fra derimot var veldig engasjert og positive til min forespørsel. De tilhørte derimot unntaket blant aktørene i Sverige. Etter hvert ble det også et klart spørsmål om prioritering i forhold til både egen ressursbruk og kostnader. Mitt hovedinntrykk var at informasjonen tilgjengelig i Danmark var mindre tilfredsstillende i forhold til mitt bruk, og at flere intervjuer var nødvendig. I Sverige derimot var behovet for intervjuet mindre, men jeg valgte å gjennomføre et gruppeintervju for å styrke min oppgaves sammenligningsgrunnlag.

Enkeltintervju kontra gruppeintervju:

Jeg valgte å gjennomføre enkeltintervjuer i Danmark, og intervjuet informantene separat fra hverandre. I Sverige derimot gjennomførte jeg et gruppeintervju med alle informantene samlet. Enkeltintervju og gruppeintervju har begge sine fordeler og ulemper.

Fra min side opplevdes det som enklere og mer forutsigbart å avholde enkeltintervjuer. Enkeltintervjuene gav raskt et innblikk i informantens rolle og ekspertise i krisehåndteringen, noe som ga en naturlig inngangsportale til videre spørsmål. Jeg kunne derfor enkelt følge opp spørsmål og få et inntrykk av informantens synspunkt på de ulike temaene. Samtidig gav enkeltintervjuene liten mulighet for sammenligning av erfaringer og oppfatninger, noe som ble spesielt merkbart hos de aktørene der jeg kun hadde en informant.

Gruppeintervjuet bar i motsetning til enkeltintervjuene preg av en større mangfoldighet i forhold til bakgrunn, synspunkter og erfaringer som konsekvens av at det var flere informanter samtidig. Et gruppeintervju utfordrer informantene til å: *vurdere eget syn i relasjon til hvordan andre opplever den hendelsen eller situasjonen som er tema for diskusjonen* (Dalland 2007: 166). Dette ble fort synlig under gruppeintervjuet ved at informantene drøftet og utvekslet erfaringer med hverandre – ikke kun med meg som intervjuer. Selv om det er positivt at metoden belyste ulike meninger mellom informantene gav dette også en ekstra utfordring ved å skape en tidvis mer spent stemning under intervjuet. Denne spenningen ble mindre merkbar utover i intervjuet, noe som kan forklares som at under et gruppeintervju vil: *individuelle synspunkter ha en tendens til å tones ned, og vi får frem hva gruppen som helhet mener* (Jacobsen 2000: 142).

Informantenes interaksjon med hverandre i gruppeintervjuet krevde også en større grad av kontroll og styring av gruppeintervjuet fra min side, i motsetning til i enkeltintervjuene. Større grad av kontroll var blant annet et virkemiddel for at intervjuet ikke skulle gli for mye over i metodekonseptet ”fokusgruppe” som har hovedkjenntrekk for: *(...) the explicit use of group interaction to generate data* (Kitzinger og Barbour 1999: 4). Som intervjuer holdt jeg derfor kontroll over intervjuet selv om jeg tillot mer styringsrom til informantene. I tillegg til behov for økt kontroll opplevde jeg det også som mer utfordrende å holde kontroll over hver enkelt informants samlede synspunkter for å lettere kunne både ivareta et helhetsbilde, men samtidig også i forhold til oppfølgingsspørsmål.

Samlet sett opplevde jeg gruppeintervjuet som mer oppstykket sammenlignet med enkeltintervjuene. Dette er nok naturlig med tanke på intervjuets omstendigheter, men samtidig et viktig moment i forhold til vurderingen av datamaterialet.

Informanter:

I Danmark har jeg i forbindelse med studien intervjuet tre informanter knyttet direkte til krisehåndteringen, i tillegg har jeg intervjuet en professor knyttet til dansk forvaltning.

Informantene er anonymisert i forbindelse med deres navn, kjønn og stilling, men ikke på deres organisasjonstilhørighet. For å skille mellom informantene i oppgaven vil jeg henvide til informantene med aktørnavnet og deretter eventuelt nummer om jeg har intervjuet flere fra samme aktør, eksempelvis ”Informant Sundhedsstyrelsen A”.

Informant A og B representerer Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen hadde en ledende rolle i den danske krisehåndteringen, og det var derfor en stor styrke at jeg fikk mulighet til å intervju to informanter fra samme organisasjon separat. Begge informantene hadde en sentral rolle i Sundhedsstyrelsen sin krisehåndtering, både internt og i den større krisehåndteringen på sentralt plan. Informant SSI representerer Statens Serum Institut, og informanten hadde også en sentral rolle under pandemien i 2009. SSI jobbet tett med Sundhedsstyrelsen, og representerer i stor grad både de helsefaglige vurderingene og rapporteringen gjort under pandemien. Disse tre informantene representerte samlet alle de mest sentrale aktørene knyttet til krisehåndteringen, og utgjorde en informasjonsressurs i tillegg til annet skriftlig materiale tilgjengelig.

I tillegg til å dekke de rent krisehåndteringsmessige delene av oppgaven ønsket jeg også å få en større innsikt i Danmark sitt forvaltningssystem. Jeg valgte derfor å intervju Hanne Foss Hansen som er en professor i statsvitenskap ved Universitetet i København. Foss Hansen underviser innenfor nasjonal forvaltning, og har i tillegg en rekke andre fokusområder som offentlig organisasjon, reformer, forvaltningspolitikk, med mye mer. (København Universitet 2013) Foss Hansen var en viktig bidragsyter i å få større innsikt i forvaltningstradisjoner og oppbygning i Danmark. Samtidig gir intervjuet med Foss Hansen en større tyngde til oppgavens drøfting av dansk forvaltning, ved at jeg ikke kun inkluderer egen forståelse.

I Sverige intervjuet jeg 3 informanter (betegnet Informant MSB A-C), alle knyttet til MSB der alle informantene jobbet med krisehåndteringen under svineinfluensapandemien, men med litt ulike oppgaver. MSB hadde en sentral rolle i Sveriges krisehåndtering, og hadde en klar kommunikasjons- og planleggingsrolle i krisehåndteringen. Planleggingsrollen refererer hovedsaklig til forberedelse i forkant av pandemiutbruddet ved utarbeidelse av planverk for både egen del og bidrag til andre aktører. Under krisehåndteringen var MSB også en sentral aktør i forhold til kommunikasjon og informasjon mellom aktørene involvert i krisehåndteringen på sentral og regionalt nivå og mot befolkningen. (MSB 2013)

Gjennomføring og etterarbeid:

Alle intervjuene varte i lengde fra en til to timer. Intervjuene fant sted hos de aktuelle organisasjonene der informantene jobbet; Sundhedsstyrelsen, SSI, København Universitet og MSB. Stedene for intervjuene ble foreslått av informantene, og alle foregikk på enten et kontor eller møterom i tilknytning til informantenes arbeidsplass. Jeg tror det gav en trygghet for informantene at de var i kjente omgivelser i tillegg til at det gav en bonuseffekt ved at informantene kunne innhente eventuell ekstra informasjon fra kollegaer eller arbeidsplassen ved behov. Fra min side var det rent praktisk en god ordning at informantene kunne stille med møtelokale, siden jeg kun var tilreisende til landene.

Med bakgrunn i både eget ønske fra enkelte informanternes side og for å forenkle tilgang til informanter har jeg valgt å anonymisere flertallet av informantene i en slik grad at kun deres organisasjonstilknytning er gjort kjent. Informantene er informert om at de vil representere sin organisasjon i sine uttalelser, og alle informantene har i ettertid godkjent alt materiale jeg har brukt fra intervjuene. Personvernet til informantene er også ivaretatt ved at all informasjon knyttet til identifisering av informantene er kodet og ellers kun tilgjengelig for undertegnende. Den siste informanten i Danmark, Foss Hansen, har derimot vært en ressurs mer rettet mot den danske forvaltningen og forskning på feltet, og er av den årsak ikke anonymisert. Alle intervjuene ble etter informantenes samtykke tatt opp på digitalt opptaksutstyr med en reserve opptaker i tilfelle tekniske utfordringer. Samtykkeskjema til hvert land er vedlagt som vedlegg C og D.

Intervjuene var delvis strukturert rundt to detaljerte intervjuguider. Intervjuguidene var utarbeidet og sendt til informantene i god tid før avreise til landene, noe som gav informantene bedre mulighet til både vurdering av min forespørsel og forberedelse til eventuelt intervju. Siden organisasjonene hadde veldig ulik rolle i krisehåndteringen kombinert med forskjeller i informantenes rolle, utarbeidet jeg delvis forskjellige intervjuguider til både de ulike informantene og for hvert land. Intervjuguidene var delt inn i ulike kapitler ut fra både tematikk, hendelsesforløp og avgrensede spørsmål til hver enkelt organisasjon. Jeg sørget for å ha med meg kopier av intervjuguidene til hvert intervju. Intervjuet med den siste informanten i Danmark, Foss Hansen, ble i stor grad gjennomført likevel uten bruk av intervjuguide. Dette skyldes at intervjuguidene i stor grad var basert på elementer i krisehåndteringen, noe som var mindre viktig i dette intervjuet. Intervjuguidene til hvert land er vedlagt som vedlegg A og B.

Intervjuguide er i utgangspunktet et godt verktøy for å gi et visst element av struktur i en intervjusituasjon. Samtidig gir en intervjuguide mulighet for forberedelse, både for intervjuer og informant. Forberedelse vil kunne resultere i mer gjennomtenkte svar, men samtidig er risikoen også høyere for at informanten eventuelt unngår utfordrende spørsmål eller gir mer ”innøvde” svar på spørsmålene. Jeg opplevde at intervjuguidene i stor grad var positiv for begge parter. Selv om intervjuguidene kun var ment som veiledende gav den trygge rammer og et naturlig forløp i intervjuet. Det at intervjuguidene kun var veiledende gav informantene en større grad av medbestemmelse, samtidig som at alle temaene ble tatt opp kronologisk etter både krisefasene og de faktiske hendelsene.

I forhold til vurdering av den gitte informasjonen fra informantene vurderer jeg denne som både dekkende og god i forhold til det jeg var ute etter. Informantene stilte forberedt, ved at de fleste både hadde lest gjennom sin egen organisasjons materiale rundt krisehåndteringen og tatt med seg egne kopier før intervjuet. Selv om flere brakte med seg dokumenter til intervjuet opplevde jeg ikke at de leste ensidig opp fra disse, men derimot at dokumentene ble brukt som en referanse når informantene ikke husket spesifikk informasjon som dato, antall, navn eller tilsvarende. Mitt inntrykk er derfor at informantene var både forberedt og åpne. Til tross for mitt inntrykk av åpenhet fra informantene var det enkelte dokumenter som ikke ble frigitt til mitt bruk. Dette var kun tilfelle i Danmark der jeg opplevde at enkelte informanter refererte til dokumenter som ikke var offentlig tilgjengelige. Jeg bad selvsagt om tilgang til dokumentene, men informantene hadde enten ikke hadde myndighet til eller ønsket ikke å gi meg tilgang. Dokumentene omhandlet for det meste rutiner eller statistikk rundt tilknyttede aspekter av krisehåndteringen, ikke direkte krisehåndteringen. Jeg ser det som positivt at informantene fortalte meg om dokumentene, til tross for at de ikke er tilgjengelige, slik at jeg får et bredest mulig bilde av hver aktørs arbeid innenfor krisehåndteringen. Det er relevant å stille spørsmålstegn ved hvorfor ikke alle dokumentene er gjort offentlig tilgjengelige.

Et siste relevant aspekt som påvirket intervjusituasjonen var helt klart språk. Det faktum at jeg som intervjuer snakket et annet språk enn informantene utgjorde en ekstra utfordring for begge parter. Selv om norsk, dansk og svensk har sine klare likhetstrekk gav språket et ekstra arbeidsmoment i forhold til både forståelse, ordbruk og flyt under samtalen. Jeg forsøkte å bruke en del tid i forkant av intervjuene på å sette meg inn i spesielt relevante begreper knyttet til mitt tema, men også språkene generelt. Jeg følte likevel at språkutfordringene til tider påvirket flyten i samtalen, ved at jeg måtte bruke mer konsentrasjon på å forstå enkelte ord eller begreper istedenfor å ha et mer ensidig fokus på innholdet i samtalen. Mitt inntrykk er

likevel at intervjuene ble vellykkede, og jeg fikk det var ute etter av informasjon. I ettertid har jeg valgt å oversette de sitatene jeg har brukt fra informantene til norsk, for å både forenkle eget arbeid og for å minske risikoen for feilstaving av ord eller begrep. Informantene er gjort kjent med dette og har forhåndsgodkjent egne sitater etter oversettelse.

Vurdering av metode:

Når det gjelder størrelsen på utvalget kan det drøftes om jeg burde ha hatt flere informanter. Samtidig er det viktig å sørge for en viss balanse i forhold til egne ressurs-, og tidskrav. Jeg vurderte det som mest formålstjenlig å prioritere Danmark i forhold til intervjuer med bakgrunn i mindre (offentlig) tilgjengelig materiale enn i Sverige. I Danmark fikk jeg dekket de viktigste aktørene som var involvert i den nasjonale krisehåndteringen, samtidig som at jeg fikk muligheten til å intervjuer en informant i Danmark vedrørende de mer teoretiske implikasjonene. I Sverige fikk jeg intervjuet flere informanter fra en av de viktigste aktørene involvert i den nasjonale krisehåndteringen. Dette gir samlet et veldig godt helhetsbilde, og jeg tror ikke en økning i informanter ville gitt en ytterligere forståelse av fenomenet.

3.4 Datakvalitet:

I datainnsamlingen produserer man og henter inn de data som trengs for å belyse den valgte problemstillingen. For at vi skal få belyst problemstillingen på en god måte er det derfor avgjørende at kvaliteten på dataene vi henter inn er så god som mulig (Grønmo 2004). I den anledning vil jeg kort drøfte to kvalitetskriterier; validitet og reliabilitet. Eksempelvis vil det i forhold til intervjuene mine være viktig at informantene er ærlige, og ikke gir tilfeldige svar på mine spørsmål. Dette går på om datamaterialet er pålitelig. Samtidig er det viktig at det jeg spør etter og valg av informantene gjenspeiler det jeg er ute etter å måle som påvirker validiteten. Enhver forskning bør sette seg som mål å ha en høy grad av reliabilitet og validitet, uten at man har som mål å oppnå en absolutt grad på noen av kriteriene. *To attain absolute validity and reliability is an impossible goal for any research model* (LeCompte & Goetz 1982: 55).

3.4.1 Reliabilitet:

Reliabilitet refererer til datamaterialets evne til å gi pålitelige data, og om hvorvidt resultatene er nøyaktige og konsistente. Dermed vil høy reliabilitet bety at (...) *uavhengige målinger skal gi tilnærmet identiske resultater, det vil si at målene har små målefeil* (Halvorsen 2008: 68). Ved lav reliabilitet kan variasjoner i kildematerialet skyldes hvordan man har gjennomført

datainnsamlingen, eller trekk ved undersøkelsen. For å imøtekomme dette har jeg nøye vurdert ulike alternativer for utforming av undersøkelsesopplegget, kildebruk og utvalg.

Omgivelsene man bruker i en studie kan ha en påvirkning på muligheten til etterprøving i ettertid. Med tanke på at svineinfluensapandemien er avsluttet ser jeg ingen grunn for at min studie ikke kunne blitt gjentatt under tilnærmet de samme forholdene. Dette er også tilfelle siden det pågår et delvis parallelt forskningsprosjekt i Danmark, noe som er en klar indikator på at min studie kan gjentas. Forskningsprosjektet: *Are Disasters Really Managed for Voter Approval? The Crucial Case of Pandemic Mass Vaccination* (Ministeriet for forskning, innovation og videregående utdannelse 2012) drives fra Roskilde Universitet. Formålet for prosjektet er å forske nærmere på hvilke faktorer som styrer de demokratiske land i Europa sin krisehåndtering av pandemier med særlig fokus på vaksinasjonsstrategier og landene Danmark, Nederland og Sverige (Ministeriet for forskning, innovasjon og videregående utdannelse 2012). Forskningsprosjektet er nylig igangsatt og prosjektet har derfor ikke nytteverdi for mitt prosjekt. Det er likevel interessant at et forskningsprosjekt skal forske på mye av de samme problemstillingene jeg gjør, og på den måten repeterer deler av mitt fokus på et senere tidspunkt.

Jeg har tilstrebet å være veldig bevisst på hvilken rolle jeg har hatt som forsker, og kontinuerlig reflektert i forhold til den påvirkning jeg eventuelt har hatt på forskningsprosessen. Et eksempel på dette er intervjuene jeg foretok. Det kan være både lett og fristende å styre dette i for stor grad mot de svarene man ”ønsket”. Jeg forsøkte derfor å være veldig bevisst på at den styringen jeg hadde var basert på struktur i intervjuet, tidskrav og ellers mer inngående spørsmål. Jeg gav aldri uttrykk for hva som var ”riktig” svar eller mine egne meninger i forhold til krisehåndteringen eller andre tema. Dette ville skadet reliabiliteten til studien.

Samlet sett må reliabilitet ha et sentralt fokus siden det vil være utfordrende å basere en studie på eller trekke gode konklusjoner ut fra et datamateriale som ikke kan anses som pålitelig (Grønmo 2004). Det er utfordrende å måle reliabiliteten til en studie. Jeg vurderer det likevel som at min studie har tilfredsstillende reliabilitet med tanke på både de grep jeg har tatt og vurderingene gjort i forkant av studiene.

3.4.2 Validitet:

Validitet dreier seg om datamaterialets gyldighet for de problemstillingene som skal belyses (Grønmo 2004: 220). Validitet kan også sies å betegne: *samsvaret mellom den teoretiske*

definisjonen av en variabel og den operasjonelle definisjonen som styrer datainnsamlingen (Hellevik 1997: 285). Litt enklere fortalt vil validitet være et mål for om mitt undersøkelsesopplegg og datainnsamling måler det jeg vil måle.

For å sikre en høy grad av validitet i min studie har jeg på forhånd nøye vurdert flere aspekter knyttet til utforming og gjennomføringen av studien. Jeg har gjort en grundig vurdering av blant annet flere metoder for å finne de rette til mitt bruk, mens jeg samtidig har sett på ulike muligheter for vinklinger av mitt tema. Utvelgelsen av informantene har også hatt en viktig rolle, og jeg har tilstrebet at de har vært både pålitelige og representative for det jeg ønsket besvart. Jeg har under hele studien gjort grundige vurderinger og hatt en klar kommunikasjon på hva som danner bakgrunnen for mine valg.

King, Keohane og Verba (1994) argumenterer for at det er: *(...) easiest to maximize validity by adhering to the data and not allowing unobserved or unmeasurable concepts get in the way* (King et al 1994: 25). Et fokus på hva man ønsker å måle, og begrensningene som ligger i dette er derfor viktig. Dette gjør også at forskningen får høyere validitet ved at: *(...) leseren kan følge med gjennom hele forskningsprosessen* (Postholm 2010: 170). En av utfordringene med validitet er at det er utfordrende å måle validitet i en studie. Jeg mener likevel at min studie tilfredsstillende de krav som er satt med tanke på både de metodemessige valgene jeg har tatt, og dataen som er samlet inn som ledd i studien.

Reliabilitet og validitet kan ut fra drøftingen over utfylle hverandre. Reliabilitet fokuserer målrettet på påliteligheten til datamaterialet. Validitet har derimot et bredt fokus på sammensetning av elementer i datainnsamlingen og deres potensiale for å måle det man ønsker å måle (Grønmo 2004). En høy grad av begge vil derfor gi de beste forutsetningene for *god* og pålitelig forskning.

3.4.3 Muligheter for generalisering:

En vanlig kritikk mot case-studier er utfordringen med å statistisk generalisere, å kunne generalisere fra et lite til et større utvalg, med bakgrunn i egenskaper ved både utvelgelse og antall i utvalget (Yin 2009). Eksempelvis vil jeg vanskelig kunne trekke slutninger om vanlige danskere syn på krisehåndteringen ut fra intervjuene med de danske offentlig ansatte. Statistisk generalisering har heller ikke vært mitt ønske med denne studien, siden min hovedintensjon har vært å skaffe dybdekunnskap om relasjoner mellom variablene og de faktiske hendelsene.

Derimot er det aktuelt med analytisk generalisering. Analytisk generalisering deler flere likhetstrekk med begrepene teoretisk generalisering og teoretiske slutninger som begge går på i hvor stor grad man kan bruke studiens resultater for å generalisere til andre tilsvarende hendelser (Kvale 1997, Gomm, Hammersley og Foster 2000). Analytisk generalisering blir derimot av Yin (2009) beskrevet som: *A previously developed theory is used as a template with which to compare the empirical results of the case study* (Yin 2009: 38). Tidligere teori blir dermed brukt som sammenligningsgrunnlag for egne funn for å bekrefte eller avkrefte tidligere teorier. Dette vil eventuelt være nyttig for å både forstå og forklare hva som påvirker og former en senere krisehåndtering av tilsvarende case. Selv om min hovedhensikt med studien ikke er å generalisere ser jeg det som nyttig at muligheten for generalisering er tilstede. Uavhengig av denne drøftingen vil styrken og troverdigheten til en generalisering være forbeholdt vurderingen av hvert enkelt tilfelles samlede teoretiske og empiriske forankring.

4 Kontekst:

Kontekstkapittelets formål er å utstyre leseren med relevant og nødvendig bakgrunnsinformasjon for å både bedre forstå oppgavens tema, men også videre drøfting i analysekapittelet.

Jeg har som tidligere diskutert valgt en historisk institusjonell tilnærming for å forstå valg av vaksinasjonsstrategi under svineinfluensapandemien i Danmark og Sverige, med særlig vekt på statsforvaltning, forvaltningstradisjoner og policy-styles. I den anledning ser jeg det derfor som essensielt å gi en oversikt over bakgrunnsinformasjon knyttet til stats- og forvaltningstradisjoner og policy-style i begge land. Jeg vil begynne med å gi en kort introduksjon til Danmark og Sveriges nåværende forvaltning med vekt på sentrale kjennetegn og prosedyrer som igjen danner bakgrunn for en videre oversikt over statstradisjonene som utslagsgiver for forvaltningstradisjonene. Jeg vil deretter presentere kjennetegnene til begge lands policy-style.

Jeg vil også gi en nærmere oversikt over samfunnssikkerhetsprinsippene i begge land. Dette vil lede meg til en presentasjon av de mest sentrale aktørene involvert under krisen med oversikt over deres ansvar og rolle i krisehåndteringen. Jeg har ellers vedlagt en oversikt over aktuelle lover som regulerer forhold knyttet til krisehåndteringen i begge land i vedlegg E.

4.1 Stats- og forvaltningstradisjoner:

Statsforvaltning kan defineres som den utøvende makten i en stat, der forvaltningen skal utføres i henhold til landets grunnlov og andre regulerende regelverk. I både Danmark og Sverige vil man kunne dele statsforvaltningen i to nivåer med ulik oppgave- og ansvarsportefølje; sentralt og regionalt. Sentralt nivå består av politisk ledelse med nasjonalforsamling, regjering og departementer med underliggende aktører. Det regionale nivået kan ses som delvis autonome under statsforvaltningen sentralt og har oftest et mer begrenset ansvar for tjenester til innbyggerne på sitt regionale nivå (Klausen 1997). Fra grunninnføringen i statsforvaltningen vil jeg redegjøre for det jeg anser som de viktigste historiske hendelsene knyttet til landenes statstradisjon.

4.1.1 Danmark:

Folketinget er det lovgivende parlamentet i Danmark og består av representanter fra lokale valgkretser som sitter for 4 år om gangen. Representanter fra parti(er) fra Folketinget danner

etter valget eller regjeringsskifte, en regjering med en statsminister. Statsministeren utøver tilsyn med ministrene. Dette er likevel ikke et krav med grunnlag i gjeldende lovgivning, men heller en sedvane støttet av en riksrettsdom i 1910 (Christensen 1997). Regjeringen står til ansvar for Folketinget. Folketinget kan derfor med flertall uttrykke mistillit til regjeringen samlet, enten med bakgrunn i regjeringens handlinger, en enkelt ministers handlinger eller et kollegialt ansvar til en enkelt minister. Dette medfører samtidig at forvaltningen må stå til ansvar for den politiske ledelsen, og man har flere institusjoner som ivaretar denne oppgaven (Christensen, Christiansen og Ibsen 2011).

På lokalt og regionalt nivå har man 2 nivåer som er folkevalgte; regionene og kommunene. Det som er litt unikt ved Danmarks oppbygning er at regionene og kommunene er likestilte hierarkisk. *There is no system of subordination between the regions and the municipalities, as they possess different tasks and responsibilities* (Kommunernes Landsforening 2009: 4).

Danmark regionale nivå består av 5 regioner og styres gjennom et folkevalgt regionsråd på 41 medlemmer per region. Regionenes hovedformål er å produsere et godt helsetilbud for kommunene i regionen og har derfor ansvar for blant annet sykehusene. Samtidig har regionene kontroll og ansvar for en rekke andre institusjoner som kommunene deretter kan benytte seg av for et vederlag (Christensen et al. 2011). Regionene er samlet organisert gjennom interesseorganisasjonen Danske Regioner (Danske Regioner 2012).

I tillegg til regionene har man 98 kommuner. Kommunene er offisielt underlagt Folketinget, men samtidig velges det lokalt representantene i de ulike kommunestyrene. Kommunene har også et visst ansvar for helsetilbud, men har samtidig en oppgaveportefølje bestående av blant annet skole, eldrepleie, vei, miljø med mye mer (Christensen et al. 2011). I motsetning til sentralt nivå der man med ministerstyre har et mer stillingsbasert ansvar har man i regionene og kommunene derimot et kollektivt ansvar samlet i enten et regions- eller kommuneråd. Dette kollektive ansvaret gir likevel mulighet for opprettelse av en leder i rådene, men det er en klar fordeling av ansvar til kollektivet som helhet (Christensen et al. 2011).

Statstradisjon som utslagsgiver for forvaltningstradisjon:

I forbindelse med Danmarks statstradisjon ser jeg det som relevant å trekke de historiske linjene tilbake til eneveldet, som i Danmark (-Norge) var mellom 1660-1849 (Dyrvik 1999). Jeg har valgt å fokusere på eneveldstiden med påfølgende overgang og utvikling av parlamentarismen fordi dette legger grunnlaget for mye av dagens oppbygning i Danmark. Min intensjon er ikke å gi et helhetlig historisk overblikk over Danmarks historie, heller trekke frem deler for å belyse dagens situasjon. De historiske trekkene koblet til statstradisjon

gir dermed et bedre innblikk i bakgrunnen for utviklingen av Danmarks forvaltningstradisjon i dag.

Eneveldet ble innført i Danmark(-Norge) i 1660 ved et statskupp, og kjennetegnes i korte trekk av at kongen gis all makt – på bekostning av adelen (og folket) (Dyrvik 1999). Kongen ble sett som å representere staten, og statsapparatet som kongens instrumenter (Aarebrot 2013). Det danske (-norske) eneveldet var preget av et sterkt hierarki med kongen som selvsagt leder, og kongen innførte en del endringer for å forsterke sin posisjon. Kongen erstattet blant annet Rigsrådet, som før hadde hatt reel makt, med et nytt kongelig råd som kun var rådgivende. Underlagt rådet var statsadministrasjonen som var delt i en militær og en sivil del, og der ens medlemmer kan ses som en forløper for dagens ministere (Nationalmuseet 2013a). Til tross for at all makt formelt lå hos kongen var ikke dette reelt i praktisk, og noen begrensede arbeidsoppgaver og ansvar ble delegert nedover i hierarkiet. Makten ble også gradvis forskjøvet nedover i hierarkiet ved en rekke endringer i sentraladministrasjonen, blant annet innføring av spesialisert administrasjon under kongelig kontroll, og økt bruk av kollegium av rådgivere for blant annet representanter i riksrådet. Disse tendensene ble forsterket frem til 1814 når Danmark måtte avstå fra sitt krav på Norge, til Sverige, som ledd i oppgjøret etter Napoleonskrigen (Dyrvik 1999). Folkets krav på demokrati økte, og kongen valgte etter hvert å innfri deler av kravene ved å innføre en begrenset form for parlamentarisme som overførte makt og arbeidsoppgaver til det som i dag kalles Folketinget (Nationalmuseet 2013b). Eneveldet regnes som offisielt over ved innføring av ministerialreformen i 1848 med påfølgende godkjenning av ny grunnlov i 1849 (Foss Hansen og Beck Jørgensen 2009, Nationalmuseet 2013b). Nøkkeltrekkene i Danmark kan sies å ha vært en vektlegging av en sentralisering av ansvar og arbeidsoppgaver hos regenten i motsetning til et mer kollegialt preget styre, til tross for visse delegeringer nedover i hierarkiet. Denne tendensen virker å være gjeldende også ved situasjoner der krigføring kunne medført en ytterligere delegering fra regenten – men den danske ”tradisjon” virker derimot heller å være at regenten skal forsvare Danmark fra hovedstaden.

Forvaltningstradisjon:

Danmark har i dag et kombinert ministerialsystem med ministerstyre som har sine røtter fra nettopp ministerialreformen fra 1848 (Foss Hansen og Beck Jørgensen 2009).

Ministerialsystem innebærer at: *den øverste forvaltning er opdelt i et antal ministerier (departementer), hvis chefer er politisk udvalgte ministre* (Meyer 1970: 43). De fleste land som praktiserer et ministerialsystem kombinerer dette med ministerstyre, med eksempelvis

Sverige og Finland som unntak. Finland har likevel ikke et konstitusjonelt fritak for ministerstyre slik tilfellet er i Sverige (Bruun 1997). Ministerstyre vil si at: *den pågældende minister har den øverste myndighet med hensyn til beslutninger, der træffes inden for hans område* (Meyer 1970: 43). Et ministerstyre innebærer dermed en todeling av roller og ansvar for ministrene. De skal både være politikere, men samtidig er de ansvarlig for administrering av ministeriet (Foss Hansen og Beck Jørgensen 2009).

Bakgrunn for skiftet i 1848 var basert på kritikk av eneveldets forvaltningssystem. Man mente det var for lite handlekraftig, og altfor preget av kollegiale bånd (Foss Hansen og Beck Jørgensen 2009). Reformen medførte et maktskifte til fordel for ministrene under prinsippet ”*om den politisk ledede forvaltning og lederens totale ansvarliggjørelse.*” (Foss Hansen og Beck Jørgensen 2009: 40) Man ønsket også i større grad å kunne se ansvarsforholdene klart, samtidig som at det ble fordelt over flere representanter. På dette grunnlag ble ministerstyre innført (Lægreid og Pedersen 1999). Ved innføringen ble det forutsatt at man fikk et reelt ministerstyre, og ikke kun et symbolsk skifte. Det ble derfor vektlagt at ministeriene ikke ble større enn at ministerstyre kunne fungere i praksis. I tillegg ble departementsjefenes ansvar karakterisert som kontinuiteten i ministeriet i motsetning til ofte skiftende ministre, og med arbeidsoppgaver knyttet til å sikre de formelle krav og orden. Med denne fordelingen var intensjonen at ministerstyre skulle gjennomføres i praksis (Meyer 1970). Inndelingen av forvaltningen i 1848 var inspirert av andre land, deriblant også Norge som allerede hadde ministerstyre på denne tiden (Lægreid og Pedersen 1999).

I praksis kan man derimot stille spørsmål i hvor stor grad ministerstyre ble gjennomført. Det har blitt opprettet flere mer eller mindre selvstendige direktorat under ministeriene og det er utstrakt bruk av intern delegasjon. I tillegg er departementssjefer myndiggjort til å ta visse avgjørelser på vegne av sine respektive ministre. Samtidig medførte ministerialreformen en klar rollefordeling mellom ministeren og departementet. Departementets rolle er å fungere som ministerens sekretariat og maktfordelingen medfører at ministeren i prinsippet kan velge å ikke inkludere departementet i en avgjørelse eller eventuelt gå imot departementets innstilling. Ministeren har råderett i forhold til i hvor stor grad departementet involveres i de ulike sakene, og på hvilken måte. Makten er dermed klart i favør av ministeren i forhold til departementet. I praksis blir det en balanse mellom å både kanalisere mye av henvendelsene til ministeren gjennom departementssjefen, og samtidig være åpen for at henvendelser kan komme gjennom andre kanaler. Tendensen har vært at man i større grad har fått en overgang fra et personlig ministerstyre til i større grad et departementsstyre (Meyer 1970).

De endringene jeg har redegjort for så langt fant sted i stor grad før 1970-tallet, men det har skjedd en del endringer også siden den tid. Endringene kan ses i form av blant annet organisering og praksis. Av rent formelle trekk finner man færre endringer, dette er kanskje spesielt relevant for danske grunnloven siden den: *indeholder kun få bestemmelser, der eksplisitt vedrører den offentlige forvaltning. Det har derfor været viktig (...) at systematisere den faktiske praksis* (Andersen 1995: 42). Jeg vil derfor trekke frem det jeg anser som de viktigste endringene siden 1970-tallet.

Ministeriumene i Danmark er organisert forskjellig fra hverandre. Noen er organisert i form av en enhet med eventuelt flere ministre under samme ministerium. Andre har en minister, men til gjengjeld flere direktorat. Størrelse, arbeids- og kompetanseoppgavene til departementet varierer også veldig. En hovedtendens fra 1960-1970-årene er at det virker å være større rom for forskjeller og dermed mindre vekt på likhet i organisering (Foss Hansen og Beck Jørgensen 2009). Danske ministerier har historisk sett ikke vært organisert under en felles enhetlig organisasjonsmodell. Ministeriene er derimot organisert ut fra idealer om mangfold, heterogenitet og pragmatisme i organisasjonsutforming i motsetning til idealet om standardisering. Et av nøkkelementene i forskjeller var størrelse på ministerens ledelsesgruppe. På den ene siden vektla man at ministeren burde ha tilgang til styring av hele forvaltningen, eksempelvis ved at representanter fra forvaltningen deltok i en styringsgruppe på toppnivået. En slik praksis er en klar vridning til økt vektlegging av forvaltningsansvaret. På den andre siden ble det etter hvert satt mer fokus på en mer faglig enhetsstyring, som i større grad vektlegger ministerens rolle som politiker (Lægreid og Pedersen 1999).

Et annet nøkkelement i forskjeller i organisasjonsutformingen var ministeriets utforming, som grovt sett kan deles inn i to ytterpunkter. På den ene siden finner man en modell der ministeriet skal ha et departement som har ansvar for mer overordnede spørsmål, mens alle administrative oppgaver bør utføres av et underlagt direktorat. På den andre siden trekkes departementet frem som fortrinnsvis den eneste aktøren i et ministerium. Det argumenteres for at direktorat bør unngås både for å ikke risikere forskyvning av makt, samtidig som at det legges vekt på at direktorater kan medføre uønskede separate institusjonelle normer. Med vekt i disse to nøkkelementene virker det klart at det utledede hovedspørsmålet er hvordan man skal forvalte temaene politikk og administrasjon, og eventuelt hvordan man forvalter et skille. Er politikk best løst ved å ta for seg hvert enkelt problem med hjelp av de riktige nøkkelpersonene nær ministeren? Eller bør politikken ligge til grunn i en slik grad at man i større grad har de verktøy og rutiner inne for at man ikke trenger å nøye vurdere hvert enkelt

problem, og dermed minimere behov for nøkkelpersoner i nær tilknytning til ministeren?

Dette er spørsmål som er aktuelle den dag i dag. (Lægreid og Pedersen 1999)

Man har også noen former for byråkratisk autonomi som utgjør unntaket fra regelen om fullt ministerstyre i praksis. Dette er ikke klare linjer eller grenser, men heller mer et kjennetegn på en aktør som har fått delegert kompetanse uten den samme form for kontroll eller tilsyn fra et departement eller en minister (Christensen et al. 2011). Byråkratisk autonomi kan deles inn i 3 dimensjoner; finansiell, organisatorisk, og rettslig autonomi. Et eksempel på en blanding mellom de to siste kan være i form av opprettelsen av et forum der det kan være vanskelig å skille mellom fagpersoner og interesseaktører. En rettslig autonomi kan eventuelt ses ved at et forum har myndighet til å ta avgjørelser innenfor en bestemt type saker, uten at ministeren eller departementet kan gripe ytterligere inn (Christensen et al. 2011).

Ministerstyret innebærer at ministrene både er politikere og ansvarlig for administrering av ministeriet. Disse to rollene kombinert legger i utgangspunktet et grunnlag for at en ministers utdanningsbakgrunn i tillegg til personlige styrker kan få stor innvirkning på arbeidet og styringen av et ministerium. Dette har likevel vist seg å ha hatt en begrenset innvirkning siden tendensen viser at ministrene i større grad er valgt med bakgrunn i politikk enn deres utdanningsbakgrunn. Utdanningsbakgrunnen har derfor ikke hatt samme relevans for ministeriet de velges til å styre. Dette kombinert med en stor utskiftning av ministrene medfører at byråkratene sitter med mye av både den faglige og kontinuitetsmessige kunnskapen, og det kan derfor stilles spørsmål ved hvor mye dette påvirker styringen av ministeriet (Foss Hansen og Beck Jørgensen 2009).

De siste årene har rollefordelingen mellom ministrene og embetsverket, spesielt vedrørende departementssjefene, vært under debatt. Stridens kjerne er om hvorvidt man har fått en for sterk politisering av departementssjefene på bekostning av ministerens faktiske råderett. Bakgrunnen for tendensen til politisering virker ikke å være basert i at departementssjefene har utnyttet sin stilling for å få mer makt, men derimot at ministerrollen har blitt utvidet både faglig og oppgavemessig i en slik grad at omfattende delegering virker uunngåelig (Knudsen og Poulsen 2012). Dette kan ikke sies å være et nytt fenomen. Tidligere forskning har konkludert med at representanter fra store organisasjoner i Danmark har vektlagt sterkere kontakten med embetsverket enn med ministrene eller Folketingsrepresentantene (Damsgaard, Andersen, Buksti, Kristensen 1984). Spørsmålet er derfor om ministerstyret i dagens form har behov for en revidering? Som svar på dette har det blitt drøftet om en ordning med viseministere, utpekt av den enkelte minister, kan bidra til en styrkning av ministerens rolle.

En ordning med viseminister vil være bedre enn eksempelvis en ordning med statssekretærer siden en viseminister vil gå inn under ministeransvaret og dermed kan stilles til ansvar for Folketinget (Knudsen og Poulsen 2012).

4.1.2 Sverige:

Sverige kan sies å ha en form for tredeling av forvaltningen. På det nasjonale nivået er det nasjonalforsamlingen, Riksdagen, som er det politiske beslutningsorganet (Regeringskansliet 2012c). Riksdagen består av 349 folkevalgte representanter, ledamöter, fra ulike partier. Ved skifte av regjering foreslår en talsmann en statsministerkandidat som det stemmes over i Riksdagen, den nye statsministeren setter så sammen en regjering bestående av det som blir ministre (Regeringskansliet 2012d). Regjeringen er, etter kongen, landets øverste leder (Statskonsult 2001). Regjeringen, og Riksdagen, har underlagt seg et Regeringskansli som består av alle departementene og andre statlige myndigheter. Regeringskansliets oppgave er blant annet å få iverksatt de politiske beslutningene tatt i Riksdagen og støtte Riksdagens virke. (Regeringskansliet 2012c)

På det regionale nivået har man delt Sverige inn i 21 län som ledes av Länsstyrelser. Länsstyrelsen er en statlig regional myndighet. Länsstyrelsen har som formål å fungere som bindeleddet mellom de ulike nivåene; både mot det statlige og det lokale nivået. Länsstyrelsen er spesielt viktig i forhold til relasjonen mot regjeringen. Sjefene for länsstyrelsene, kalt landshövdingar, blir derfor utnevnt av regjeringen. Länsstyrelsene har ansvar for en rekke oppgaver knyttet til sitt regionale område; deriblant krisehåndtering og enkelte helseoppgaver. I tillegg til Länsstyrelser har man på regionalt nivå 20 landsting, i tillegg til at Gotlands kommune skjøtter landstingets oppgaver i tillegg. Landstingene ledes av folkevalgte, kalt landstingsfullmäktige, i tillegg til utnevnte Landstingsstyrelser som koordinerer arbeidet i Landstingene. Størsteparten av både budsjett og arbeidsoppgaver til Landstinget er relatert til oppgaver knyttet til helse. Länsstyrelsene og landstingene fordeler seg likt innenfor de regionale områdene (unntak Gotland) og utgjør derfor samlet det regionale nivået i Sverige. I forhold til ansvarsforholdet mellom det regionale og det lokale nivået er ikke dette kun avgrenset etter geografiske prinsipper. Samfunnsoppgaver som krever mye ressurser over store områder, eksempelvis enkelte helseoppgaver, vil kunne utgjøre et regionalt i motsetning til lokalt ansvarsområde (Regeringskansliet 2012b).

På lokalt nivå er Sverige delt inn i 290 kommuner. Hver kommune har en folkevalgt forsamling bestående av kommunfullmäktige. De kommunfullmäktige tar beslutninger

angående kommunens arbeid og virke og har i tillegg mandat til utnevning av medlemmer til eventuelle nämnder som kan ses som nødvendige for å gjennomføre oppgaver under kommunens ansvarsområde. Nämndene kan ha en rekke arbeidsoppgaver, både i forhold til iverksetting av tiltak, overvåkning, saksforberedelser til mer praktisk rettede oppgaver. Det store spekteret av arbeidsoppgaver medfører at nämndene ofte har andre aktører underlagt seg igjen, eksempelvis ulike sakskontorer. De kommunfullmäktige velger også medlemmer til Kommunstyrelsen. Kommunstyrelsen kan ses som det mest sentrale lokale forvaltningsapparatet, og leder kommunen innenfor en rekke ansvarsområder (Regeringskansliet 2012a).

Statstradisjon som utslagsgiver for forvaltningstradisjon:

I forbindelse med Sveriges statstradisjon ser jeg det som mest relevant å trekke de historiske linjene tilbake til først Vasa, deretter Oxienstierna før jeg trekker linjene videre forbi noen historiske høydepunkter sett i forhold til forvaltningsutvikling. Gustav Vasa regnes som den svenske nasjonalstatens grunnlegger og ble konge i 1523. Vasa forsøkte å reformere den svenske staten, både på nasjonalt og lokalt nivå. Vasa kan sies å ha mislykket i å bygge opp en sterk sentralforvaltning, forvaltningen var i stor grad styrt og avhengig av kongen. Derimot ble den lokale statsforvaltningen betydelig styrket og utvidet i Vasas regjeringstid. Utover på 1600-tallet er det spesielt Axel Oxienstierna som er den dominerende i forhold til forming av Sveriges forvaltning. Oxienstierna har rollen som rikskansler under kong Gustaf Adolf regjeringstid fra 1611-1632, men blir formynder for arvtaker dronning Christina når kongen dør. Selv om den svenske varianten av rikskansler kan ses som en forløper for utenriksministerrollen er det i praksis Oxienstierna som styrer landet i dronning Christinas regjeringstid (Premfors 2000).

Oxienstierna formet sentralforvaltningen, og militærmakten, til å fungere mer uavhengig av regenten. Departementene ble sett som politiske instrumenter for regenten, mens de ytre etater (styrelsene) var instrumenter for staten – ikke regenten (Aarebrot 2013). Embetsmannsstaten kan dermed sies å bli institusjonalisert under Oxienstiernas tid. Adelen var som kollektiv fremdeles mektig med deler av deres tidligere myndighet fremdeles institusjonalisert i styresettet, men forvaltningsendringene medførte en klar svekkelse i deres stilling. Sentralforvaltningen har fått en sterk stilling, spesielt sammenlignet med sentralforvaltning i flere andre sammenlignbare europeiske land – også Danmark (Premfors 2000).

Utviklingen frem til 1720-tallet er preget av blant annet en stadig større institusjonalisering av den særpregede svenske statsstrukturen dualismen, gjenspeilet i et sterkt og selvstendig

embetsverk kombinert med små departement – uten innslag av ministerstyre. Eliten blant embetsmennene som i utgangspunktet forsøkte å etablere en høyadelig embetsmannsdominans må endre strategi for å imøtekomme Riksdagen, og politikerrollens, stadig økende betydning. Riksdagen utøver stor kontroll over embetsverket, noe som er interessant sett opp mot det faktum at flertallet av Riksdagens representanter var nettopp embetsmenn. I 1809 får man en ny grunnlov, ”Regeringsform” som fokuserer mer på forholdene mellom de statlige organene på bekostning av fokuset på forholdet mellom stat og borgerne. Sverige var med dette det første europeiske landet med en grunnlov som stadfestet styreformens grunnlovsfestet kongedømme som skulle bli det dominerende styresettet på 1800-tallet i mange europeiske land. I 1865 ble rekrutteringen til Riksdagen endret fra stender til et tokammerssystem. Stender står for en befolkningsinndeling med adelige, geistlige og tredjestanden, og endringen til et mer generelt tokammerssystem basert på mindre ekskluderende kriterier inkluderte dermed større deler av befolkningen. Inkluderingen av rekrutteringsgrunnlaget fortsatte videre kombinert med en stadig utvidelse av stemmerett. Tokammerssystemet ble også beholdt helt frem til 1970 når man innførte en felles Riksdag (Premfors 2000). Av nøkkeltrekk ved Sveriges historie vil jeg trekke frem vektleggingen av kollegiale avgjørelser, uavhengig av endringer i hvem som har vært inkludert i kollegiet. Selv ved en sterk ledelse av regenten, eller formynder for regenten, har det vært innslag av delegering og deler av beslutningsprosessen kan sies å ha blitt drøftet i et kollegium. Delegeringen har vært spesielt tydelig når regenten har vært nødt til å reise fra Sverige i forbindelse med krigføring. Med bakgrunn i nevnte momenter har det vært debattert i hvilken grad Sverige kan sies å ha vært et enevelde eller ikke.

Forvaltningstradisjon:

I motsetning til i Danmark har Sverige dermed et fravær av ministerstyre. *I Sverige ledes derimot eksekutivmakten kollektivt av regjeringen* (Statskonsult 2001: 80). Regjeringen som består av statsministeren og statsrådene har sin makt definert i en av Sveriges fire grunnlover/RF: *1:6 Regeringen styr riket* (Statskonsult 2001: 80). Regjeringen samlet styrer derfor over forvaltningsmyndighetene, derav departementene. Intensjonen kan man se i reglementet for «Samrådsformer i Regeringskansliet» (1997) § 1: *Denna ordning grundar sig på uppfattningen i vårt parlamentariska system att alla beslut av regeringen skall vara uttryck för värderingar som omfattas av regeringen i dess helhet* (Statskonsult 2001: 81). Det legges derfor vekt på at makten over forvaltningsmyndighetene skal ligge hos både den aktuelle

forvaltningsmyndighet og regjeringen samlet, og derav en svekking av makten til den enkelte minister.

De ulike departementene i Sverige utgjør samlet et stabsorgan ved navn «Regeringskansliet» ledet av statsministeren der de ulike departementene hver for seg er underenheter.

Regjeringen har sin rolle overfor forvaltningsmyndighetene beskrevet i RF 12: 2 som: *Under regeringen lyder (...) och andra statliga förvaltningsmyndigheter som inte enligt denna regeringsform eller annan lag är myndigheter under riksdagen* (Kungörelse (1974:152) om beslutad ny regeringsform: 12: 2). Den enkelte minister kan derfor ikke gripe inn i de ulike forvaltningsmyndighetenes daglige arbeid, og forvaltningsmyndigheten har ingen plikt til å adlyde ministeren (Statskonsult 2001). Dette er nedfelt i RF 12: 1: *Ingen myndighet, inte heller riksdagen eller en kommuns beslutande organ, får bestämma hur en förvaltningsmyndighet i ett särskilt fall ska besluta i ett ärende som rör myndighetsutövning* (Kungörelse (1974:152) om beslutad ny regeringsform: 12: 2). Ministrene er likevel ikke uten myndighetsområde og har en viktig rolle i forhold til føringer for budsjett, rammeverk og politisk retning, men det er altså regjeringen som legger rammene for forvaltningsmyndighetene. Regjeringens rolle i forhold til embetsverket medfører også at den svenske regjeringen har en betydeligere høyere møtefrekvens enn sine motparter i de andre europeiske landene (Statskonsult 2001). Foss Hansen oppsummerer den svenske forvaltningen som: *Mye mer systematisk og strukturert og stabilt over tid (...) kanskje langsommere* (Informant Foss Hansen).

4.2 Policy-style:

Med bakgrunn i oppgavens intensjon om å undersøke policy-style eventuelle forklaringsrelevans i forhold til krisehåndteringen av svineinfluensapandemien ser jeg det som nyttig med en grunninnføring i landenes sentrale kjennetegn innenfor nasjonal policy-style. Mitt utgangspunkt er de nasjonale og ikke de sektorspesifikke policy-stylene. Samtidig vil jeg belyse og drøfte mine funn opp mot det jeg betegner som landenes nasjonale policy-style, eventuelle sektorspesifikke avvik fra nasjonal policy-style blir dermed likevel ivaretatt og belyst i drøftingen.

4.2.1 Danmark:

Innenfor litteratur på dansk forvaltning bruker man ikke alltid det eksakte begrepet policy-style, men det blir derimot omtalt en form for: *nationale administrative og politiske tradition*

(Marcussen og Ronit 2003: 246). Denne tradisjonen representerer de fleste karaktertrekkene som begrepet policy-style innbefatter. Eksempelvis brukes tradisjonsbegrepet som et nasjonalt karaktertrekk, men det tas likevel høyde for variasjoner innenfor de ulike politikkområdene (Marcussen og Ronit 2003). Et annet sammenlignbart begrep til policy-style er: *The Danish model (...)* (Andersen 1997b: 160). Den danske modellen refererer til hvordan dansk forvaltning i hovedsak håndterer saker.

Som hovedtrekk kan Danmark sies å være: (...) *characterized by decentralization, equally balanced by compromise and deliberation* (Jørgensen 2002: ix). Desentralisering betyr at det regionale og kommunale nivået har fått delegert betydelige ansvar og arbeidsoppgaver fra det nasjonale nivået, noe som medfører økt selvstyre. Eksempelvis ligger ansvar for store deler av helsesektoren, deriblant sykehusdrift, inn under de danske regionene. På mange måter opererer Danmark litt forenklet etter samme prinsipp som innenfor samfunnssikkerhet, en intensjon om å plassere ansvar og oppgaver på lavest mulig nivå. *The Danish model emphasizes public control and responsibility at local level* (Andersen 1997b: 160).

Jørgensen (2002) skiller mellom to modeller for å forklare inkludering av aktører i politikken, der den ene fokuserer på konkurranse- og den andre på samarbeid mellom aktørene.

Jørgensen (2002) plasserer Danmark som: (...) *closer to the cooperative or deliberative model (...)* (Jørgensen 2002: 250) Dette samsvarer med min vurdering av Danmark på den ene policy-style dimensjonen som nærmere konsensus enn opposisjon. Danmark har en lang historisk tradisjon for å vektlegge samarbeid og å gi rom for at alle meninger og interesser får ta del i den politiske debatten. Jørgensen (2002) kaller dette for en: (...) *Danish culture of cooperation and compromise* (Jørgensen 2002: 42). Det politiske samarbeidsklimaet har som hovedregel vært veldig godt. I likhet med Sverige er det heller ikke politisk betent å utrede politiske saker, forskjellen ligger heller i at Danmark ikke gjør dette i like stor grad. Danmark vektlegging av samarbeid er ikke bare en strategi i hverdagen, men er også en viktig del av krisehåndteringene (Jørgensen 2002). Jørgensen (2002) kaller de politiske strategiene under en krise for: (...) *war of manoeuvre instead of a war of positions. (...) Ideological trench wars are rare; compromises based on realistic pragmatism are made instead* (Jørgensen 2002: 42). Selv i en krisesituasjon har derfor de politiske partiene i Danmark vektlagt samarbeid og en pragmatisk konfliktløsning i fellesskap, noe som samsvarer med at Danmark har en; (...) *long historical traditions for joint decision making* (Jørgensen 2002: 239).

Til tross for at eneveldstiden i dag kun er del av Danmarks historie er det enkelte forvaltningstrekk som ennå deler visse likhetstrekk med perioden. Danmark har selv i dag

forholdsvis lite åpenhet rundt eget forvaltningsarbeid. Dette betyr ikke at offentligheten ikke har innsyn, men det er en vesentlig forskjell mellom eksempelvis Danmark og Sverige på dette punktet. Noe av bakgrunnen for disse forskjellene ligger i den rent praktiske forvaltningsorganiseringen i Danmark, men man skal samtidig heller ikke undervurdere Danmarks tidligere historie i forhold til oppbygning av en kultur som fremhever i mindre grad åpenhet rundt offentlige prosesser. Et eksempel på systemets påvirkning er at mye av forvaltningsdokumentene går via ministerne, noe som gir en smalere informasjonskanal for blant annet opposisjonen i Folketinget. Embetsverkets ”kontroll” over dokumentene kan også medføre en styrkning av embetsverket på bekostning av Folketinget. Av kulturelle faktorer kan den danske kulturen om mindre innsyn medføre en ytterligere forsterkning av ”hemmeligholdet” enn det lovverket krever – og dermed opprettholde dagens situasjon (Busch 1988, Knudsen 1993).

4.2.2 Sverige:

Sveriges policy-style har gjennomgått endringer for å tilpasse seg samfunnets utvikling. Det er likevel noen grunnprinsipper som virker å være mindre foranderlige i forhold til svensk policy-style. Anton (1969) vektla 3 prinsipper som han mente best beskrev det svenske politiske systemet og dets virke:

Extraordinarily deliberative, involving long periods of time during which more or less constant attention is given to some problem by well trained specialists. It is rationalistic, in that great efforts are made to develop the fullest possible information about any given issue, including a thorough review of historical experiences as well as the range of alternatives suggested by scholars in and out of Sweden. It is open, in the sense that all interested parties are consulted before a decision is finally made. And it is consensual, in that decisions are seldom made without the agreement of virtually all parties to them (Anton 1969:94. Min understreking).

Samlet sett fremholdte han at dette utgjorde en form for ”fasit” på Sveriges politiske kultur, derav også deres nasjonale policy-style. Dette bekreftes i stor grad av informant Foss Hansen som trekker frem at Sverige har en: (...) *legalistisk, utredningssystematisk og tung forvaltningskultur* (Informant Foss Hansen). De tre nøkkelordene fra denne ”fasiten” kan derfor sies å være deliberativ, rasjonalistisk, og konsensus. Deliberativ peker på Sveriges tradisjon for å legge stor vekt på planlegging, redegjørelser og utredninger av politiske saker. Planverket er en viktig del av forberedelser, og utredninger i forkant av beslutningstaking er en naturlig del av forberedelsene i forkant av beslutningstakingen. Som eksempel til sammenligning kan man trekke frem den norske politiske debatten rundt nordområdene der det til og med er sterk debatt rundt om hvorvidt man bør utrede alternativene. I Sverige er

utredninger en mer selvsagt del av forberedelsene før avgjørelse, og de politiske debattene er derfor mer konsentrert rundt alternativene – ikke veien til å finne alternativene. Rasjonalistisk peker på at vektleggingen ligger på rasjonelle vurderinger, noe som også kan trekkes mot at fagekspertise har en større andel i beslutningene enn kun politiske vurderinger. Konsensus som siste nøkkelord peker på et samarbeid og en inkludering av aktører i beslutningsprosessen, og vektleggingen av konsensus i Sverige samsvarer med policy-style dimensjonen der Sverige plasseres nærmere konsensus enn opposisjon. Det er ikke avgjort at alle saker nødvendigvis vil kunne passe inn i dette mønsteret, men heller at flertallet vil gjøre det.

Det har skjedd noen endringer siden 1960-tallet som jeg mener i spesielt stor grad kan ha påvirket Sveriges policy-style. Et av disse er en endring av hvilken type personale som besitter ulike stillinger og med hvilken kompetanse som bakgrunn. Den strenge fordelingen av politiske beslutninger og oppgaver til politikerne, og administrative og byråkratiske beslutninger til de som besitter slike stillinger har blitt mindre viktig i Sverige. Politikerne er mer involvert i administrative avgjørelser og kan lettere gå over i slike stillinger fra en politisk stilling. På samme måten går det også andre veien. Dette går også på organisasjonsnivå, eksempelvis ved at interesseorganisasjoner gjerne er representert ved parlamentet eller at politikere engasjerer seg i forskningsgrupper (Ruin 1982).

Svensk politikk er ellers preget av en stor vekt på å komme frem til kompromisser. Partene forsøker ofte i størst mulig grad å tilstrebe åpen holdning til standpunkt, spesielt tidlig i en vurderingsfase. Tengström (1999) argumenterer for at Sverige har en karakteristisk policy-style preget i hovedsak av nettopp av konsensus-bygging (Tengström 1999). Frontene mellom partene i politikken er derfor ikke like prinsipielle og fastlåste i et synspunkt, eventuelt er deres standpunkt i større grad ”forkledd” i form av smidigere formuleringer. Forskning har også hatt en viktig rolle i politiske saker i form av utredninger før beslutninger tas, og forskning har derfor en aktiv rolle i den politiske debatten. Samlet sett medfører målet om kompromiss og samarbeid, kombinert med ønske om bidrag fra forskningen, ofte at flere politiske saker er langtekkelige (Ruin 1982). Dette er kombinert med en stor åpenhet i forhold til å gi innsyn i offentlige dokumenter til både befolkning og andre interessenter. *The Swedish policy process had traditionally been one of the most open systems (...)* (Ruin 1982: 162).

4.3 Involverte aktører, roller og offisielt ansvar:

Krisehåndteringen av svineinfluensaen medførte en involvering av en lang rekke aktører. Jeg har i metodekapittelet redegjort for kriterier for valg av aktører. Jeg vil derfor her gi en nærmere beskrivelse av de ulike aktørens rolle og ansvar i krisehåndteringen.

4.3.1 Danmark:

Jeg vil her kort redegjøre for de aktører jeg har inkludert i min studie fra Danmark i hierarkisk rekkefølge med vekt på deres rolle i forhold til de andre aktørene og ansvar i forbindelse med krisehåndteringen. For en oversikt over de danske aktørene i organisasjonskart, se vedlegg F.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse:

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har ansvar for opprettholdelse, ivaretagelse og videreføring av oppgaver relatert til både helse og helsemessig beredskap. Ministeriet skal sørge for at regjeringen til enhver tid er informert om utvikling, og skal bistå både faglig og ressursmessig innenfor sitt kompetanseområde. Oppgaveporteføljen innbefatter blant annet politiske og økonomiske rammer, lovgivning, veiledninger, overvåkning med mye mer. En del av denne oppgaveporteføljen er delegert til underliggende mer spesialiserte aktører, derav blant annet Sundhedsstyrelsen og SSI. Ved utbrudd av en pandemi vil Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse ha en mindre sentral rolle i forhold til de operative beslutningene, men har samtidig en viktig rolle i forhold til kommunikasjon med både de underliggende aktørene og oppover i systemet. Ministeriet blir derfor en viktig brikke i forhold til spesielt politikernes signaler og beslutninger som skal iverksettes videre (Sundhedsstyrelsen 2013, del 1).

Sundhedsstyrelsen:

Sundhedsstyrelsen er hierarkisk underlagt Ministeriet for sundhed og forebyggelse. Som helsefaglig myndighet ivaretar Sundhedsstyrelsen en rekke oppgaver knyttet til overvåkning, forvaltning, tilsyn og rådgivning innenfor helseperspektivet (Sundhedsstyrelsen 2013, del 1). Ved et utbrudd av en pandemi vil Sundhedsstyrelsen være en viktig aktør i forhold til både avgjørelser, planlegging og iverksetting av tiltak. Sundhedsstyrelsen er hovedansvarlig for pandemiplanen og en rekke veiledninger og instruksjoner til beslutningstakere. På mange måter fungerer Sundhedsstyrelsen som koordinator mellom de ulike aktørene involvert i helsefaglige vurderinger og oppgaver, noe som kommer klart til uttrykk i forbindelse med en krisehåndtering av pandemi. Sundhedsstyrelsen vil ved en pandemi være ansvarlig for å ta stilling til spørsmålet rundt vaksinasjon, og eventuelle etableringer av risikogrupper for enten

prioritet eller eksklusiv tilgang til vaksiner. Dette henger delvis sammen med Sundhedsstyrelsens tilsynsansvar for legemiddelberedskap, primære helsetjenester og sykehusberedskap (Sundhedsstyrelsen 2013, del 1).

Sundhedsstyrelsen er også sentral i forhold til en rekke informasjons- og pressefunksjoner. Informasjonsbehovet til befolkning og presse kan ved en pandemi bli en sentral del av krisehåndteringen. Sundhedsstyrelsen har derfor ansvar for å både koordinere informasjonsstrømmer mellom de ulike aktørene involvert i krisehåndteringen, samt informasjonstiltak rettet eksternt. Informasjonstiltak kan innefatte opprettelse av hjemmeside med informasjon om pandemien, informasjonstelefon (samarbeid med SSI), pressemeldinger og pressemøter, bekjentgjøringer, med mye mer (Sundhedsstyrelsen 2013, del 1).

Statens Serum Institut:

SSI er en statlig virksomhet, organisatorisk plassert under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, med faglig ansvar for hovedsaklig beredskap og overvåkning av smittsomme sykdommer. SSI har en viktig rolle i forbindelse med overvåkning og rapportering i forkant av og under en pandemi både nasjonalt og internasjonalt. SSI er blant annet ansvarlig for opprettholdelse av kontakt med "Early Warning Response System" som er EUs formelle kommunikasjonssystem for smittsomme sykdommer, og har en døgnbemannet beredskap for å imøtekomme dette. Samtidig er SSI kontaktperson i forbindelse med Danmarks forpliktelser knyttet til WHO's "International Health Regulation", som har til hensikt forebygging, risikovurdering, og kontroll i forbindelse med smittsomme sykdommer. SSI har også et samarbeid med European Centre for Disease Control i forbindelse med overvåkningsdata. European Centre for Disease Control er et organ under EU og jobber for å samlet styrke medlemslandenes beredskap ved eventuelle smittsomme sykdommer, blant annet ved kontinuerlig overvåkning med hensikt i å kunne varsle tidlig (Sundhedsstyrelsen 2013, del 1).

I tillegg til eksterne rapporteringsforpliktelser har SSI også en rekke arbeidsoppgaver rettet mot, eller i samarbeid med, Sundhedsstyrelsen under en pandemi. Som kontaktpunkt for flere aktører internasjonalt i forhold til temaer knyttet til smittsomme sykdommer har SSI ansvar for å formidle informasjon videre til Sundhedsstyrelsen og ellers være en faglig rådgiver innenfor disse temaene. På mange områder trer SSI frem i en konsentrert medisinskfaglig rådgivende rolle, i kombinasjon med det ansvar som ligger på organisasjonen i forhold til rapportering og overvåkning (Sundhedsstyrelsen 2013, del 1).

4.3.2 Sverige:

Jeg vil tilsvarende som i Danmark redegjøre kort for hvilke aktører jeg har inkludert fra Sverige i hierarkisk rekkefølge, og hvilken rolle og ansvar hver enkelt aktør har i forhold til krisehåndteringen. For en oversikt over de svenske aktørene i organisasjonskart, se vedlegg G.

Socialdepartementet:

Socialdepartementet er et av 12 departement i Sverige, og ledes av socialministeren. I Sverige er det ikke nødvendigvis kun en minister per departement, og Socialdepartementet består i tillegg av ytterligere tre statsråder med ulik faglig vektlegging; socialförsäkring, civil- och bostad og barn- och äldre (Regeringskansliet 2012f). Fagområdet for departementet gjenspeiles i stor grad i de faglige temaene for ministrene. Ved en eventuell krisehåndtering vil Socialdepartementet, i likhet med alle de andre departementene, ha ansvar for de fagområder av krisehåndteringen som de vanligvis har ansvar for. Socialdepartementet har likevel innført en sedvane der både krisehåndtering og beredskapsforberedelser i stor grad delegeres ned til Socialstyrelsen. Det ble dermed Socialstyrelsen som i stor grad overtok krisehåndteringen kort tid etter varselet fra WHO (Socialstyrelsen 2009a).

Socialstyrelsen:

Socialstyrelsen er en forvaltningsmyndighet som er underlagt Socialdepartementet, og har sektoransvar innenfor en rekke områder knyttet til helse, smittevern, sosialtjenester og andre tilknyttede helseområder (Förordning med instruktion för Socialstyrelsen 2009).

Socialstyrelsens oppgaver reguleres i et årlig skriv sendt fra Riksdagen og regjeringen, der det fremgår hvilke oppgaver og ansvar som eventuelt videreføres og eventuelle redegjørelser for endringer (Socialstyrelsen 2013). Det årlige reguleringskrivet sikrer den svenske regjeringen en viss kontroll over Socialstyrelsen, en praksis som gjøres med flere offentlige aktører i Sverige.

Innenfor oppgaveporteføljen til Socialstyrelsen ser jeg det som spesielt relevant å trekke frem konkrete oppgaver knyttet til krisehåndteringen. Socialstyrelsen har i oppdrag å sørge for en nasjonal kompetanse innenfor katastrofemedisin og kriseberedskap, et oppdrag som løses både internt og ved ekstern finansiering til kunnskapssentre. Formålet er å være forberedt til eventuelle kriser som kan oppstå, og opprettholde et kontinuerlig fokus på forberedelse og eventuell håndtering som kan bli nødvendig (Förordning med instruktion för Socialstyrelsen 2009). Socialstyrelsen er med dette oppdraget ansvarlig for alle de involverte nasjonale aktørenes samordning innenfor smittevernsarbeidet, og har en rapporteringsplikt om arbeidet

til den svenske regjeringen. Socialstyrelsen er også det svenske kontaktpunkt i forbindelse med internasjonalt arbeid knyttet til smittevern. Mye av informasjonen fra WHO knyttet til pandemivarsler og håndtering blir derfor rutinemessig først formidlet til Socialstyrelsen (Socialstyrelsen og MSB 2011).

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap:

MSB er organisatorisk underlagt Forsvarsdepartementet, men arbeidsoppgavene reguleres i et årlig reguleringsbrev fra regjeringen. MSB jobber med beredskap av ulykker, kriser og sivilt forsvar gjennom varierte oppgaver som kunnskapsoppbygning, tilsyn, øvelser med mye mer. MSB arbeider både opp mot nasjonale, regionale og lokale aktører (MSB 2011a, 2011b). MSB definerer sine arbeidsoppgaver ved en pandemi til hovedsakelig å være konsentrert rundt to oppgaver; støtte samordningen mellom aktørene involvert i krisehåndteringen og pandemiberedskap. Pandemiberedskap går på arbeidet med å sørge for at offentlige og private aktører har utviklet en beredskap i forkant av en pandemi, slik at man sørger for at funksjoner opprettholdes i best mulig grad ved en pandemi. Samordningsoppgaven er todelt; den første delen omhandler informasjon og samordning mellom offentlige aktører involvert i krisehåndteringsarbeidet, mens den andre delen går på å sikre at befolkningen får den informasjonen de behøver under en krisesituasjon (MSB 2013).

Smittskyddsinstitutet:

Smittskyddsinstitutet ligger underlagt Socialdepartementet og er en: *nasjonell kunnskapsmyndighet med ansvar för smittskyddsfrågor med ett brett folkhälsoperspektiv* (Smittskyddsinstitutet 2013b: 10). Smittskyddsinstitutet har sine hovedarbeidsoppgaver knyttet opp mot epidemiologi, som forenklet betyr forekomst av sykdommer. De viktigste oppgavene i deres oppgaveportefølje er knyttet til overvåkning nasjonalt og internasjonalt og faglig rådgivning for andre statlige aktører - spesielt opp mot Socialstyrelsen. I forhold til en pandemisituasjon vil Smittskyddsinstitutets oppgaver være å først forsøke å evaluere hvilket virus man står ovenfor og risikoen forbundet med en pandemi med det eksakte viruset. Deretter blir det faglig rådgivning til de andre aktørene involvert i krisehåndteringen, kombinert med arbeid knyttet til diagnostikk. I etterkant av en pandemi vil fokuset ligge på evaluering for å ha et best mulig grunnlag for en eventuell ny pandemi på et senere tidspunkt. (Socialstyrelsen og MSB 2011, Förordning (2010:604) med instruktion för Smittskyddsinstitutet)

Det er tydelig at det er en rekke aktører i begge land som har hatt ansvar og arbeidsoppgaver knyttet til krisehåndteringen. Jeg har i hovedsak hatt fokus på de nasjonale aktørene, selv om også andre aktører har vært involvert i krisehåndteringen i større eller mindre grad. Jeg vil i det neste kapitlet presentere krisehåndteringen, og dermed belyse aktørenes faktiske rolle.

5 Krisehåndtering:

Knowing is not enough, we must apply. Willing is not enough, we must do (Johann Wolfgang Von Goethe, som sitert i Rohde, Fritze, Martin, Smith og Stalpers 2011).

Dette kapittelet vil se nærmere på Danmarks og Sveriges krisehåndtering av svineinfluensaen. Mitt mål nå er ikke å beskrive landenes krisehåndtering i detalj, heller ikke alle aktørene involvert. Mitt mål er derimot å studere om og hvordan stats- og forvaltningstradisjoner og policy-style kan ha hatt en påvirkning på landenes valg av vaksinasjonsstrategi, som ledd i krisehåndteringen av svineinfluensapandemien. Min gjennomgående prioritet ligger derfor på å studere prosessen rundt valg av vaksinasjonsstrategiene og de konsekvenser som dette gav for videre krisehåndtering. I dette vil jeg vektlegge de involverte sentrale nasjonale aktørene. Min prioritet vil reflekteres i de aspektene ved krisehåndteringen jeg vil referere til.

Jeg har i teorikapittelet gjennomgått Boin's (2005) fem faser for krisehåndtering. Selv om kriser ikke er identiske i forhold til hvordan de utspiller seg vil de likevel kunne sies stor grad å følge et mønster i forhold til utvikling – som illustrert i faseinndelingen. Til tross for at mitt fokus ikke ligger på den samlede krisehåndteringen vurderer jeg det derfor som nyttig å bruke noen av fasene for å både kategorisere kronologisk, og forenkle drøftingen av de relevante aspektene knyttet til min oppgave. Fasene representerer ikke klare skiller i krisehåndteringen, men glir derimot inn i hverandre. Jeg har derfor valgt å gjøre noen endringer for å imøtekomme mitt mer spissede fokus i problemstillingen. Jeg vil derfor kun redegjøre for de fasene som ses som relevante opp mot mitt fokus i oppgaven – valg av vaksinasjonsstrategi. De fasene som ikke separeres som eget underkapittel er kriseavslutning og meningsdannelse-kommunikasjonsfasen. De momenter som ses relevante fra kriseavslutningsfasen vil bli inkludert i beslutning-iverksettingsfasen. Meningsdannelse-kommunikasjonsfasen betrakter jeg derimot som en integrert og gjennomgående del av alle fasene, ikke en separat del av en krisehåndtering. Aktuelle momenter knyttet til meningsdannelse-kommunikasjonsfasen vil jeg derfor redegjøre for underveis i alle de presenterte fasene. Jeg vil ellers for oversiktens skyld referere til hvert land separat under hvert underkapittel om hver fase. Kapittelet avsluttes med mine sluttbetraktninger rundt krisehåndteringen i begge land. For tidslinje med oversikt over de viktigste hendelsene, se vedlegg L.

5.1 Kriseerkjennelse:

Kriseerkjennelse er ifølge Boin et al (2005) en spesielt vanskelig fase for beslutningstakerne. Bakgrunn for dette er blant annet at det kan være utfordrende å sette et klart tidspunkt for når man kan si at man står ovenfor en krise og dermed når man skal igangsette tiltak. En krise vil ofte ikke skape et distinkt skille mellom normal- og krisesituasjon, men derimot gradvis eskalere. Eskaleringen er et spesielt synlig karaktertrekk ved pandemier, ved at antall smittede gradvis stiger. Beslutningstakerne må etter hvert ta stilling til om man står ovenfor en krise. Å erkjenne at man står ovenfor en krise betyr at man er nødt til å vurdere og igangsette tiltak. Tiltak krever i utgangspunktet et mest mulig klart bilde over hvilken situasjon eller problem man står ovenfor. I en krise vil informasjonen tilgjengelig derimot ofte være preget av usikkerhet, og situasjonsbildet kan være forvirrende og uforutsigbart. Dette gir beslutningstakerne et usikkert utgangspunkt, og kan medføre at man tar feil beslutning om videre krisehåndtering (Boin et al. 2005).

Svineinfluensapandemien kan sies å ha vært en ventet krise, i den forstand at WHO forventet at en verdensomspennende pandemi ville finne sted innen rimelig tid. Bakgrunnen for en slik forventning kan delvis forklares i at influensa har regelmessige epidemier hvert år, og det skal derfor mindre til for at en litt hissigere variant kan utvikle seg til å bli en pandemi. En pandemi kan kort forklares som en epidemi som sprer seg over store deler av verden, der epidemi er et utbrudd av en sykdom som smitter raskt mellom mennesker (WHO 2009 B). Pandemier kan på mange områder sies å skille seg litt ut i forhold til kriseproblematikk. For det første er pandemier ikke et nytt fenomen, som eksempelvis noen av klimautfordringene kan sies å være, men derimot en utfordring menneskene alltid har vært nødt til å takle. For det andre kan man forvente at en pandemi vil inntreffe med jevne mellomrom, man forventer ikke tilsvarende på ulykker. Tidligere trodde man at pandemier repeterte tidligere pandemier, og at man på den måten kunne predikere en pandemi med 10-11 års mellomrom. Dette har man gått bort fra, men grunnantakelsen om at pandemier kan repeteres er riktig. Svineinfluensaen er en repetisjon av en svineinfluensapandemi fra 1976, men repetisjonen er tilfeldig og ikke del av et repeterende mønster (Neustadt og Fineberg 2004).

Når det stilles en forventning til at noe skal inntreffe blir det også mer naturlig å planlegge og forberede seg i forkant. Eksempelvis ble det spådd at utbruddet av den neste pandemien ville medføre konsekvenser for store deler av samfunnslivet – derav også folks helse. To av forkjemperne bak denne teorien skrev før pandemiens utbrudd artikkel i tidsskriftet *Expert reviews in Vaccines* der de fremholdte at: *Pandemic influenza will cause huge morbidity,*

mortality and economic disruption when it next emerges (Sambhara og Stephenson 2009: 375). Slike syn var en av årsakene bak flere lands valg av vaksinasjonsstrategi. En slik forutseelse kunne blitt en realitet ved svineinfluensapandemien. Samtidig bygger forutseelsen på flere forutsetninger som falt bort kort tid etter at pandemien hadde brutt ut, eksempelvis knyttet til dødelighet som man raskt kunne beregne ut fra de første landene (Mexico, USA) som fikk pandemien (Ulvestad 2012). Rosenthal, Boin og Comfort (2001) argumenterer for at pandemier endres ved tre nøkkelvariabler: *variations in the viruses, changes in the host, and changes in the environment* (Rosenthal, Boin og Comfort 2006: 273). Når dødelighetsstatistikkene ble markant lavere enn forventet, som vil representere en endring, burde dette hatt en betydning for landenes vurdering av vaksinasjonsspørsmålet – uten at det fikk det (Ulvestad 2012). Dette gir et klart bilde av at premissene for valg av vaksinasjonsstrategi ikke nødvendigvis kun var begrunnet i faglige argumenter ut fra situasjonens karakter – men at eventuelle andre forhold ved krisen eller aktørene involvert kan ha hatt innvirkning på valget.

Jeg vil her gi en oversikt over hvordan og når Danmark og Sverige erkjente at man stod ovenfor en pandemi – og derav at en krise var startet.

Danmark:

Danmark fikk første varslingsmelding om pandemien gjennom varslingsystemet GOARN 24.april og varslingsmeldingen ble i Danmark først registrert av en av legene som jobber med smittsomme sykdommer på SSI (WHO 2011b, Informant Sundhedsstyrelsen A). Det er interessant at varselet først blir sendt til SSI som kun er underlagt Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse som sitter med det faktiske ansvaret. Informanten fra Sundhedsstyrelsen understreker likevel at SSI ivaretar overvåkingen på oppdrag fra Sundhedsstyrelsen. At varsler derfor først sendes til SSI som så varsler Sundhedsstyrelsen er i henhold til avtalen mellom aktørene. Bakgrunn for avtalen er at SSI som faglig ekspert vil være bedre utrustet til å vurdere de medisinske aspektene ved trusselvurderinger, mens Sundhedsstyrelsen ivaretar beslutningene som må tas i forhold til tiltak og den operative krisehåndteringen. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse ble ellers informert om varslingsmeldingen (Informant Sundhedsstyrelsen A).

Når varselet ble sendt fra SSI ble det først mottatt av den vakthavende ved Sundhedsstyrelsen som informerer den faglige lederen av beredskapsgruppen ved Sundhedsstyrelsen. Allerede samme dag sendte Sundhedsstyrelsen ut melding til de akuttmedisinske koordinasjonssentralene i regionene med beskjed om varslingsmeldingen fra WHO, og annen relevant informasjon som var tilgjengelig på det tidspunktet. Regionene fikk deretter ansvaret med å

varsle videre alle underlagte aktører i helsevesenet, deriblant alle sykehusene og andre helseinstitusjoner (Informant Sundhedsstyrelsen A). SSI iverksatte deretter arbeidet med å skaffe seg oversikt og nærmere kjennskap til svineinfluensaen kort tid etter WHO's varsling (Informant SSI). 24. april representerer derfor første varslingsdato, i tillegg til at man kan argumentere for at de videre handlingene gjort med bakgrunn i varselet viser til at Danmark også erkjente en potensiell krise samme dag.

Sverige:

Sverige ble i likhet med Danmark varslet om mulig pandemiutvikling gjennom WHO's varslingsystem GOARN 24.april 2009 (WHO 2011b). Allerede dagen etter ble det avholdt et ekstraordinært møte mellom ledere fra Smittskyddsinstituttet, Socialstyrelsen og MSB. (Svenska Dagbladet 2009) Socialdepartementet delegerte få dager etter pandemivarselet krisehåndteringsansvaret til Socialstyrelsen. Socialstyrelsen har ansvar for å koordinere smittevernsarbeidet både i Sverige og fungerer som kontakt til internasjonale fora; som WHO og EU. Som ledd i dette arbeidet utvikler de nasjonale strategier, vurderer vaksinebehov og ytterligere tiltak for å forhindre spredning av smittsomme sykdommer. Med denne oppgaveporteføljen er Socialstyrelsen en sentral del av alle helserelaterte krisehåndteringer i Sverige (Regeringskansliet 2012e, Socialstyrelsen og MSB 2011). Socialstyrelsen valgte raskt å trekke inn Smittskyddsinstituttet og MSB for å samarbeide om krisehåndteringen (Smittskyddsinstituttet 2011). Aktørene hadde separate definerte roller i krisehåndteringen. Smittskyddsinstituttet har det faglige ansvaret i forhold til smittsomme sykdommer, og har oversikt og overvåker smittsomme sykdommer i Sverige. Med bakgrunn i denne kompetansen utgjorde de en ressurs i forhold til de medisinskfaglige vurderingene, og overvåkning av pandemiens utvikling (Regeringskansliet 2012e). MSB jobber derimot mer generelt med krise og krisehåndtering – ikke nødvendigvis kun helserelaterte kriser. De fungerte i stor grad som en koordinator mellom de ulike nivåene (nasjonalt, regionalt, lokalt) og satt med dybdekunnskap om krisehåndtering i en større skala (Smittskyddsinstituttet 2011). Socialstyrelsen hadde derimot en ledende, og derav også koordinerende, rolle i krisehåndteringen og mellom de involverte aktørene. Socialstyrelsen var i jevnlig kontakt med Socialdepartementet om utviklingen, men det var klart Socialstyrelsen som ledet krisehåndteringen (Sundhedsstyrelsen 2009f).

Med bakgrunn i at WHO's varsling 24.april var på en fredag ble mesteparten av arbeidet først iverksatt den påfølgende uken (Socialstyrelsen 2009f). Det er likevel noen unntak.

Smittskyddsinstituttet innkalte sin interne influensagruppe til møte samme dag som WHO's

varsling for å drøfte situasjonen. Influensagruppen til Smittskyddsinstitutet har regelmessige møter, uavhengig av eventuelle pandemier, for å drøfte spørsmål knytte til influensa og tiltak for å motvirke eller imøtekomme smitte. I dette tilfellet ble det en ekstraordinær innkalling i forbindelse med WHO's varsel (Ripe 2010). De som deltok på møtet var representanter fra flere avdelinger i Smittskyddsinstitutet, deriblant fra: *Avdelningen för virologi, Avdelningen för epidemiologi, Tjänsteman i beredskap och informationssektionen* (Ripe 2010: 11).

Krisehåndteringen fra Smittskyddsinstitutet sin side kan med dette sies å ha startet. I Socialstyrelsen regnes 25.april for krisestart, og først da iverksettes Socialstyrelsens interne kriseplaner. Socialstyrelsen starter arbeidet med å varsle relevante aktører om varselet og starte arbeidet med å få bedre oversikt over situasjonen man stod ovenfor (Magnusson 2010). MSB regner 28.april som start på krisen, siden det var fra denne datoen krisestaben (kalt kjernegruppen) igangsatte sitt arbeid (Informant MSB A).

Med bakgrunn i at Sverige iverksatte informasjonsinnhenting og tiltak som kan sies å høre inn under krisetiltak virker det klart at Sverige har erkjent at man står ovenfor en krise (Sundhedsstyrelsen 2009f). I tillegg kan flere av tiltakene iverksatt ses som å tilhøre inn under den svenske regjeringens definisjon av krise. Den svenske regjeringen definerer krise som:

(...) en händelse som drabbar många människor och stora delar av samhället och som hotar grundläggande värden och funktioner. Kris är ett tillstånd som inte kan hanteras med normala resurser och organisation. En kris är oväntad, utanför det vanliga och vardagliga. Att lösa krisen kräver samordnade åtgärder från flera aktörer (Regeringskansliet 2010: 8. Min understreking).

Det virker klart at pandemivarselet var uventet, men varselet ble likevel tolket som at en videre utvikling ville kunne medføre en trussel mot befolkningen. Det ble raskt koblet inn en rekke aktører for å håndtere situasjonen og for å få et større ressursgrunnlag å jobbe med. Ut fra den svenske regjeringens definisjon av krise virker det derfor å være klart at varselet fra WHO ble oppfattet som å representere en krise – og kriseerkjennelse er derfor oppnådd.

5.2 Beslutningsfasen - iverksetting:

Beslutningsfasen henger nøye sammen med den forrige presenterte fasen; erkjenningsfasen. Når man har erkjent at man står ovenfor en krise vil det bli behov for å vurdere og igangsette tiltak for å hanskes med krisen. Tiltakene vil samsvare med hvordan man har definert krisen i erkjenningsfasen, og dermed henger definering og operasjonalisering av en krise tett sammen. En krise er ofte kjennetegnet av at informasjonen er usikker og utilstrekkelig i starten av krisen. Om tiltak blir tatt på et usikkert grunnlag vil det være spesielt interessant å vurdere om

hvorvidt beslutninger blir justert etter hvert som det kommer inn mer informasjon (Boin et al. 2005).

Samordning og koordinering representerer nøkkelord i denne fasen. Det vil i en krisehåndtering ofte være mange aktører involvert, derav kan aktører som vanligvis ikke har en tett samhandling bli tvunget til å samarbeide tettere under krisehåndteringen. Dette kan være utfordrende med tanke på at ulike aktører kan ha ulike verdier som kan komme i konflikt med hverandre. En effektiv krisehåndtering er ikke kun avhengig av en sterk og effektiv ledelse, men også at beslutninger som gjøres blir akseptert og deretter implementert av de andre aktørene involvert. Konteksten rundt krisehåndteringen og aktørenes samhandling og koordinering er derfor nøkkelaspekter ved vurdering innenfor beslutningsfasen (Boin et al. 2005).

5.2.1 Vaksinasjonsavtaler med GlaxoSmithKline:

For å gi en lett forståelig oversikt over hendelsene innenfor beslutningsfasen har jeg valgt å dele opp i temaer i kronologisk rekkefølge. Jeg starter med å gi en bedre oversikt over hvilke bindende forhold som lå til grunn for landenes valg av vaksinasjonsstrategi – innkjøpsavtalen med GlaxoSmithKline (heretter betegnet som GSK). Uavhengig av landenes egne preferanser var de under pandemien bundet til innkjøp av en viss mengde vaksinedoser, og dette påvirket sannsynligvis landenes videre valg av vaksinasjonsstrategi. Fra vaksineavtalene går jeg videre til å redegjøre for den mer helhetlige beslutningsprosessen frem mot valg av endelig vaksinasjonsstrategi. Siden begge land valgte en strategi der vaksiner, uavhengig av vektlegging, var en viktig del ser jeg nærmere på hvilke grupper landene har prioritert for vaksiner. Tilslutt vil jeg redegjøre for aspekter knyttet til operasjonell vaksiner, og avslutningen av denne. For nærmere oversikt over WHO's pandemifaser, se vedlegg H.

Danmark:

Folketinget fornyet i 2006 sin innkjøpsavtale av vaksiner med legemiddelfirmaet GSK, og den nye avtalen var gjeldende frem til 2012. Innkjøpsavtalen trer først bindende i kraft, for begge parter, når WHO erklærer overgang til den mest alvorlige pandemifasen, fase 6. Kontrakten innebærer fra GSK sin side at de forplikter seg til å levere et visst antall av vaksineproduksjonen til Danmark ved en eventuell erklæring fra WHO om pandemi med alvorlighetsgrad innenfor fase 6. Danmark får på denne måten en sikret plass blant de første i ”innkjøpskøen”, og er sikret en større medbestemmelse i vaksineutviklingen (Folketinget 2009 A).

Selv om avtalen uten ytterligere forhandlinger blir innkjøpsbindende for Danmark ved fase 6 har Danmark sikret seg rett til noen revideringer av avtalen ved en eventuell pandemi. Den helt klart viktigste revideringen går på fastsetting av antall vaksinedoser innenfor en allerede avtalt spennvidde, som i 2006 ble avtalt til å være mellom 2,3 og 4,6 millioner doser. Dette betyr at Danmark kan velge innenfor denne spennvidden i forhold til hvor mange millioner doser de ønsker å bestille (Folketinget 2009 A). Danmarks innkjøpsavtale har blitt trukket frem som mer fleksibel enn det mange andre europeiske land hadde med GSK, blant annet fra norsk side (Direktoratet for Samfunnssikkerhet og Beredskap 2009). Innkjøpsavtalen med GSK hadde en kostnad på 53 millioner danske kroner for avtalen i seg selv, ikke inkludert eventuelt bruk av avtalen ved innkjøp av vaksiner (Folketinget 2009 A).

Disse betingelsene danner grunnlaget for de forpliktelsene Danmark hadde forhåndsbundet seg til i forkant av pandemien. Det mest interessante aspektet ved innkjøpsavtalen ligger i spennvidden på 2,3 til 4,6 millioner sett opp mot Danmarks befolkningstall⁵ på ca 5.5 millioner i 2009 (Folketinget 2009 A, Danmark Statistik 2013). De ble i avtalen beregnet for at flere vaksiner krever to doser for tilstrekkelig virkning, i tillegg til at SSI beregnet et vaksinesvinn på rundt 15 % (Folketinget 2009 A). Dette innebærer at det allerede i innkjøpsavtalen, til tross for spennvidde, var lagt opp til vaksinerings av kun en begrenset del av befolkningen - ikke allmenn vaksinasjon.

Sverige:

Allerede i april 2006 fikk Socialstyrelsen etter delegering fra den svenske regjeringen i oppdrag å forsøke fremforhandle en vaksineavtale ved et eventuelt utbrudd av en pandemi, i samarbeid med Sveriges Kommuner og Landsting og Stockholms läns landsting.

Socialstyrelsen fikk ansvar for garantidelen av avtalen, mens Sveriges Kommuner og Landsting og Stockholms läns landsting skulle sikre levering og fordeling av vaksinene. I november 2007 ble det tegnet en avtale mellom Socialstyrelsen og legemiddelfirmaet GSK som trer bindende i kraft for begge parter ved eventuell erklæring av pandemifase 6 av WHO (Socialstyrelsen og MSB 2011).

Socialstyrelsen hadde i likhet med de danske aktørene valgt å fremforhandle noen egne justeringer i den originale innkjøpsavtalen. Fra Socialstyrelsens side ble det under forhandlingene lagt stor vekt på en prosedyre som heter ”mock-up procedyre”. ”Mock-up

⁵ Eksakt innbyggertall første kvartal i 2009 var 5.511 451 millioner. (Danmark Statistik 2013)

procedure er en måte å få forhåndsgodkjenning på en delvis utviklet vaksine. Denne kan så fullføres ved utbrudd av pandemi og spare tid på godkjenning”. GSK forpliktet seg etter forhandlinger til å arbeide for at en eventuell vaksine som leveres til Sverige er godkjent innenfor ”mock-up procedure”. I tillegg valgte også Socialstyrelsen å sikre seg en valgmulighet for innkjøp av vaksiner innenfor en spennvidde på fra 9 til 18 millioner doser. Landstinget må ta en beslutning innen 10 dager etter WHO's erklæring av pandemifase 6 om eventuell justering av innkjøpsantallet, ellers gjelder det høyeste tallet. Bakgrunn for den eksakte spennvidden er et ønske om å sikre mulighet for beregning av enten en eller to doser per innbygger (Socialstyrelsen og MSB 2011).

Under forhandlingene ble det også fra GSK sin side fremforhandlet enkelte endringer i vilkårene. Den viktigste endringen fra GSK sin side omhandler den såkalte hemmelighetsklausulen. Hemmelighetsklausulen innebærer at Socialstyrelsen kun får mandat til å formidle enkelte hovedavtalevilkår til befolkningen, og store deler av avtalen ble dermed unntatt offentlighet. GSK begrunnet hemmelighetsklausulen i eget behov for beskyttelse av forretningshemmeligheter. Hemmelighetsklausulen opphører uten varsel 2 år etter avtaleinngåelsen, i november 2009 (Socialstyrelsen 2010a). Innkjøpsavtalen med GSK hadde en kostnad på 248,4 millioner svenske kroner for avtalen i seg selv, ikke medberegnet eventuelt bruk av avtalen og derav innkjøp av vaksiner (Socialstyrelsen og MSB 2011).

Innkjøpsavtalen medfører at Sverige måtte forholde seg til at de var bundet av innkjøp av vaksiner uavhengig av egen vurdering når WHO erklærte pandemifase 6. Det er derfor interessant at Sverige allerede ved innkjøpsavtalen tar et valg om at avtalen må baseres på innkjøp av minst en vaksinedose per person, men med beregning for to doser per person (Socialstyrelsen og MSB 2011). Sveriges befolkningstall⁶ i 2009 var på ca 9,3 millioner (Statistiska Centralbyrån 2013), noe som medfører at spennvidden gir en omtrentlig dekning for en eller to doser for hele befolkningen. På dette grunnlag virker det klart at Sveriges strategi ved avtaleinngåelsen med GSK var allmenn vaksinasjon, men at det ble lagt mulighet for vurdering for av om en dose var tilstrekkelig eller ikke ut fra hvilket virus man stod ovenfor.

5.2.2 Beslutningsprosessen frem mot valg av vaksinasjonsstrategier:

Danmark:

⁶ Eksakt innbyggertall i Sverige i 2009 var 9.340 682. (Statistiska Centralbyrån 2013)

Kort tid etter at krisen var erkjent i Danmark startet arbeidet med å få oversikt over hvilken trussel man stod ovenfor, og hvordan man best kunne imøtekomme denne ved ulike tiltak. Svineinfluensaviruset rammet Mexico og USA 4-6 måneder før den ble registrert i Europa, noe som medførte at WHO allerede satt på nyttige data i forhold til første vurdering av trusselnivå. Hovedkarakteristikkene ble oppfattet fra SSI til å være at influensaen var mild med lav dødelighet, basert på deres vurdering av tilgjengelige data. Dette er interessant sett opp mot WHO som var mer negativt i sine predikasjoner. (Informant, SSI)

Den største risikogruppen virket ikke å være eldre, som er normalt på sesonginfluensa, men derimot personer med underliggende risikofaktorer.⁷ Det var på dette tidspunktet ikke et entydig svar i forhold til hvordan viruset rammet barn, og SSI iverksatte derfor arbeid for å avklare dette raskt. SSI karakteriserer perioden mellom første varslingsdato 24.april og 27.april som en kritisk periode. Pandemien er på den tiden i pandemifase 4. Pandemifase 4 betyr at det er stadfestet at smitten ikke kun går fra dyr til menneske, men også mellom mennesker. Basert på dette blir det fra SSI sin side påpekt at det blir enda viktigere å sikre mulighet for eksakt påvisning av svineinfluensaviruset til metodisk diagnostikk⁸ for å overvåke videre utvikling. Eksakt påvisning av svineinfluensaviruset blir mulig fra rundt 27.april (Informant SSI).

Sundhedsstyrelsens interne beredskapsplan gir føring på at man i en eventuell pandemi-situasjon skal opprette en krisestab hos Sundhedsstyrelsen (Beredskapsstyrelsen 2010). Krisestaben ble derfor opprettet i Sundhedsstyrelsen den 27.april. Krisestaben bestod av sentrale aktører internt kombinert med representanter fra de desentrale embedslege-enhetene, (daværende) Legemiddelstyrelsen og annet internt støttepersonell. Beredskapsgruppen utgjorde til enhver tid en sentral del av krisestaben. Krisestaben satt den første måneden lokalisert i det samme arbeidsrommet, dette er regnet som rutine ved begynnelsen av en krisehåndtering. Formålet er å sikre et tettere samarbeid og en god informasjonsflyt ved at alle de mest sentrale aktørene i krisehåndteringen innad i Sundhedsstyrelsen sitter samlet. Etter den første måneden ble det bestemt at medlemmene i krisestaben kunne returnere til sine normale arbeidsplasser, men arbeidet med krisehåndteringen skulle ikke trappes ned (Informant Sundhedsstyrelsen A, Beredskapsstyrelsen 2010). Krisestaben hadde flere verktøy til rådighet, der spesielt en intern beredskapsplan (krise og kommunikasjonsplan), samt en

⁷ Underliggende sykdommer refererer til sykdommer av en større alvorlighetsgrad. Se Danmark under underkapittel 5.2.3 for nærmere beskrivelse av hvilke sykdommer som er inkludert.

⁸ Metodisk diagnostikk innebærer mulighet for å skille svineinfluenza fra andre typer influensa.

håndbok om helseberedskap som stod sentralt i starten av krisehåndteringen.

Beredskapsplanen var kun tilgjengelig for Sundhedsstyrelsen, men håndboken hadde noen bilag om pandemisk influensa som informanten vektlegger at gav blant annet beskrivelse av hvilke oppgaver hver enkelt aktør er ansvarlig for i en pandemisituasjon, og hvilke tiltak som må prioriteres. Disse bilagene ble raskt sendt ut til de relevante aktørene, før krisestaben startet arbeidet med en mer konkret veiledning tilpasset den eksakte pandemisituasjonen (Informant Sundhedsstyrelsen A).

Krisestaben samarbeidet også tett med pandemigruppen. Pandemigruppen er en rådgivningsgruppe for Sundhedsstyrelsen som møtes vanligvis 1-2 ganger i året under ledelse av Sundhedsstyrelsens direktør. (Informant Sundhedsstyrelsen A) Pandemigruppens medlemmer er eksperter på fagfelt knyttet til krise- og krisehåndtering av pandemier, og det innkalles derfor også medlemmer etter behov (Beredskabsstyrelsen 2010). Sundhedsstyrelsen innkalte pandemigruppen til sitt første møte raskt etter første varslings, og møteaktiviteten ble intensivert til totalt 3 møter under selve pandemien. Møtedeltakerne var blant annet leger fra SSI og Sundhedsstyrelsen, infeksjonsspesialister, Arbeidstilsynet, Politiet, Beredskabsstyrelsen, med flere (Informant Sundhedsstyrelsen A). For å oppsummere kort så er krisestaben en intern gruppe i Sundhedsstyrelsen som først blir etablert ved en krise men som så jobber kontinuerlig med krisehåndteringen. I motsetning er pandemigruppen en fast gruppe som møtes jevnlig hvert år for å drøfte de mer prinsipielle spørsmålene knyttet til pandemiforberedelser, planer, med mye mer (Beredskabsstyrelsen 2010).

27.april 2009 hadde Sundhedsstyrelsen sin første pressekonferanse angående svineinfluensaen. Her ble det kommunisert en strategi om å forsøksvis forhindre smittespredning til Danmark, og eventuelt igangsette tiltak for å sikre minst mulig spredning av smitte – om nødvendig. Det ble derfor igangsatt arbeid med å identifisere personer med symptomer, teste dem og eventuelt behandle og isolere dem. Samtidig ble personer som kunne ha vært utsatt for smitte gitt forebyggende behandling (Beredskabsstyrelsen 2010). Sundhedsstyrelsen innså raskt at spørsmål fra befolkningen ville øke i forbindelse med både spørsmål rundt pandemien. Det ble derfor satt i gang en kontaktsentral med et eget telefonnummer og egen mailadresse der befolkningen kunne ta kontakt for å få svar på sine spørsmål. Kontaktsentralen var kontinuerlig bemannet under pandemien, i starten med 9-10 ansatte fra ulike avdelinger i Sundhedsstyrelsen til enhver tid. Etter hvert ble kontaktsentralen bemannet med medisinske studenter. (Informant Sundhedsstyrelsen A)

Allerede 1.mai ble det første smittetilfellet i Danmark laboratoriebekreftet som svineinfluensaen på SSI. SSI hadde en todelt rolle i forhold til påvisning av smittetilfeller under pandemien. De skulle både fungere som en ressurs for å få bekreftet tilfeller av svineinfluensaen, og samtidig ha en veiledende rolle slik at diagnostikken også kunne gjøres ved sykehusenes egne mikrobiologiske avdelinger. SSI sendte derfor 12.mai ut veiledning og kontrollprøver av viruset til alle landets sykehus, slik at man kunne diagnostisere også lokalt (Informant SSI). Sundhedsstyrelsen opererte tidlig i pandemien med en strategi om å forsøke å forhindre smittespredning til Danmark, eventuelt sikre at eventuell smitte ikke ble spredd videre. Etter at det første smittetilfellet ble registrert 1.mai ble det likevel raskt klart at videre smittespredning var uunngåelig. Strategien ble derfor endret til å forsøke å minimere skadeeffekter på utvalgte risikogrupper – gjennom vaksinerings av risiko- og prioritetsgrupper (Beredskapsstyrelsen 2010).

11.juni oppgraderer WHO pandemien til å være i pandemifase 6, og innkjøpsavtalen med GSK blir automatisk bindende. I forhold til fastsetting av antall doser man skulle kjøpe inn fra GSK er det Sundhedsstyrelsen som formelt har avgjørelsesmyndighet, men SSI var en viktig faglig samarbeidspartner i forhold til avgjørelsen (Informant Sundhedsstyrelsen A, Informant SSI). Innkjøpsavtalen med GSK innebar at Danmark måtte kjøpe minst 2,3 millioner doser, men hadde samtidig rett til å øke doseantallet opp til maksimum 4,6 millioner (Socialstyrelsen og MSB 2011). Basert på beregninger av antall som tilhørte risikogruppene ble det enighet mellom SSI og Sundhedsstyrelsen om at det ville være mest riktig å kjøpe inn 3,1 millioner doser. Dette blir anbefalt til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (Informant Sundhedsstyrelsen A og Informant SSI). Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse slutter seg til Sundhedsstyrelsen og SSI sin vurdering. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har ikke myndighet til å godkjenne ekstrabevilgninger til bruk for innkjøp av vaksinedosene, men må få det godkjent i Folketinget. Med tanke på ministerstyret som gir stor myndighet til ministeren representerer dette et område der ministeren derimot må forholde seg til godkjenning i Folketinget. Den 19.juni 2009 la derfor Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, ved daværende Minister for Sundhed og forebyggelse Jakob Axel Nielsen, frem en redegjørelse for Finansudvalget der de redegjorde for merkostnader knyttet til innkjøp og vaksinerings som et tiltak for å imøtekomme de helsemessige utfordringene som svineinfluensapandemien kunne medføre (Folketinget 2009 A). Det er ikke uvanlig at en dansk minister må forelegge en sak for godkjenning for Finansutvalget, om det dreier seg om forpliktelser eller investeringer over 100 millioner danske kroner. Det ble i forbindelse med

pandemien søkt om en ekstrabevilgning på 338 millioner danske kroner. Dette inkluderte innkjøp, distribusjon, vaksiner og håndterings- og oppbevaringsutgifter av vaksiner. Av dette beløpet stod innkjøp av vaksiner for den største utgiften med et kostnadsoverslag på 161,7 millioner danske kroner. Det ble beregnet innkjøp av 3,1 millioner doser. Denne redegjørelsen ble godkjent av Finansudvalget 25.juni (Folketinget 2009 A).

Sverige:

I de første ukene etter WHO's første varslings, 24.april, legges mye av grunnlaget for Sveriges krisehåndtering. Det etableres et formalisert samarbeid mellom aktørene involvert i krisehåndteringen, og de første tiltakene iverksettes.

Noe av det første som skjer er at Socialstyrelsen innkaller til (telefon)møte i den nasjonale pandemigruppen 28.april, 4 dager etter første varsel. Den nasjonale pandemigruppen består av representanter (generaldirektørene) fra Socialstyrelsen, MSB, Smittskyddsinstitutet, Arbetsmiljöverket, Läkemedelsverket, Sveriges Kommuner och Landsting og Länsstyrelserna. I tillegg til de faste medlemmene innkalles Rikspolisstyrelsen, Jordbruksverket, Statens Veterinärmedicinska Anstalt, Livsmedelsverket og Statens Räddningsverk ved behov (Magnusson 2010, Sundhedsstyrelsen 2009f). Den nasjonale pandemigruppen bestod også av ulike undergrupper som jobber med mer spesialiserte oppgaver, eksempelvis knyttet til informasjon og kommunikasjon, medarbeidere med fagkompetanse for de ulike oppgavene fra hver aktør møtes for å drøfte og implementere ut fra beslutningene som ble tatt på den nasjonale pandemigruppen. Socialstyrelsen hadde ansvar for disse undergruppene, men MSB hadde ansvar og arbeidsoppgaver knyttet opp til informasjon til befolkningen. (Informant MSB A, Informant MSB B). Det første møtet i den nasjonale pandemigruppen hadde en todelt funksjon; formidle informasjon og skaffe oversikt, samtidig som at det ble etablert avtale mellom aktørene om å tilstrebe å avholde to møter i måneden ut 2009. (Socialstyrelsen og MSB 2011)

Opplysningene som kommer frem under møtet i den nasjonale pandemigruppen fører til at MSB iverksetter sine kriseplaner samme dag, og forbereder seg på en krisehåndtering. Til tross for at MSB starter krisehåndteringen først 28.april har arbeidet med å skaffe oversikt og informasjon om virusets bevegelser påbegynt allerede for flere uker siden, og 28.april representerer derfor heller en start på den mer praktiske krisehåndteringen (Informant MSB B). Et av de første tiltakene MSB iverksetter er å innkalle til en todagers konferanse samme dag for alle som inngår i nätverket för Tjänsteman i Beredskap. Nätverket för Tjänsteman i Beredskap består av representanter fra de fleste myndighetene som driver med

krisehåndtering, i tillegg til länsstyrelsene. Formålet med konferansen var å samkjøre informasjon mellom aktørene, og sikre at alle jobbet etter de samme målene. I begynnelsen av pandemien var situasjonen uoversiktlig med mye informasjon tilgjengelig. Det ble derfor prioritert å sørge for at alle aktørene satt med det samme oversiktsbildet, i tillegg til å legge et grunnlag for aktørenes samarbeid rundt krisehåndteringen (MSB 2009).

29.april holder Socialstyrelsen den første pressekonferansen angående varselet fra WHO der de redegjør for den aktuelle pandemisituasjonen for presse og media. Mye er ennå uavklart, men det virker klart at Socialstyrelsen erkjenner at man står ovenfor en pandemi (Magnusson 2010). Det blir formidlet at beregninger viser at 25 % av den svenske befolkningen vil kunne bli smittet av svineinfluensaen (Socialstyrelsen og MSB 2011).

Socialstyrelsen vektlegger de neste to ukene å fokusere på å publisere informasjon og planer til både befolkningen og offentlige steder. Av de viktigste publikasjonene vil jeg trekke frem de kliniske retningslinjene for minimering av smitte som sendes ut til blant annet helseinstitusjoner, i tillegg til den nasjonale kommunikasjonsplanen for pandemi som begge blir publisert 30.april. I tillegg blir det sendt ut informasjon om tiltak knyttet til smittehindring til flyplasser og båthavner 2.mai. Med tanke på at smitterisikoen på dette tidspunktet ses som størst ved at reisende kan ta med seg smitte fra utlandet inn til Sverige er det helt klart et strategisk grep å iverksette innsats mot flyplasser og båthavner der man har utenlandstrafikk (Sundhedsstyrelsen 2009f, Magnusson 2010). Selv om formålet er veldig forskjellig med publikasjonene viser bredden i tema og målgruppe at man innser at man står ovenfor en større krisehåndtering som krever en større og bredere innsats. Socialstyrelsen er veldig klar i sin kommunikasjon om at deres krisehåndteringsstrategi er å forhindre smittespredning til Sverige (Socialstyrelsen og MSB 2011).

Selv om det var et utstrakt samarbeid mellom partene i krisehåndteringen ble mye arbeid også gjort internt. Socialstyrelsen iverksatte daglige telefonmøter med representanter fra de andre nasjonale aktørene i krisehåndteringen, i tillegg til representanter fra de regionale nivåene (Sundhedsstyrelsen 2009f). Smittskyddsinstituttet intensiverte møtevirksomheten i influensagruppen under pandemien, fra daglige møter frem til midten av mai da man gikk over til ukentlige møter. Smittskyddsinstituttet avholdt også flere personalmøter for alt personell under pandemien for å gi personell som ikke var direkte knyttet til krisehåndteringen en oversikt over status og tiltak iverksatt. I tillegg til interne møter deltok Smittskyddsinstituttet i regelmessige møter med representanter fra Sveriges kommuner och landsting, länsstyrelse, landsting og informasjonsutvekslingsmøter med Socialdepartementet

(Ripe 2010). Jeg velger å belyse den interne møtevirksomheten for å synliggjøre at krisehåndteringen ikke nødvendigvis kun er isolert til de felles foraene som aktørene deltok i under krisehåndteringen. De fleste aktørene iverksatte intern møtevirksomhet og tiltak knyttet til krisehåndtering med bakgrunn i interne fora som var eksisterende i forkant av pandemien.

I tillegg til oppstart av utstrakt møtevirksomhet i både pandemigruppen og interne møter hos de fleste aktørene blir det iverksatt grep for å informere befolkningen over hvilken utfordring man står ovenfor, og samtidig kunne gi svar på eventuelle spørsmål. Nettsiden www.krisinformation.se som er en felles informasjonsside fra myndighetenes side blir oppdatert med utfyllende informasjon om pandemien, blant annet gjennom en spørsmålsside (Sundhedsstyrelsen 2009f). Spørsmålssiden består av over 300 spørsmål med svar, et verktøy som trekkes frem av MSB som essensielt for å motvirke overbelastning med spørsmål fra befolkningen (Informant MSB A). I tillegg blir det i samarbeid mellom Smittskyddsinstitutet, Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Arbetsmiljöverket, MSB og länsstyrelsene opprettet et eget telefonnummer 4. mai der befolkningen kunne henvende seg direkte ved eventuelle spørsmål (Smittskyddsinstitutet 2009, Sundhedsstyrelsen 2009f). Dette medførte at presset fra befolkningen på de involverte aktørene ble redusert i tillegg til at befolkningen fikk færre og mer målrettede kanaler å henvende seg til med spørsmål.

I begynnelsen av mai skjer det en utvikling i forhold til Sveriges dialog med GSK. GSK velger å tilby Sverige en utvidelse av innkjøpsavtalen. Avtaleforslaget innebærer at Sverige får kjøpe 9 millioner vaksinedoser mer enn det den opprinnelige innkjøpsavtalen inkluderer. Avtalen vil i motsetning til den originale innkjøpsavtalen tre i kraft uavhengig av om WHO erklærer pandemi eller ikke. Det som oppfattes som det avgjørende for at avtalen ble sett som et godt alternativ er GSK sitt løfte om at de vil eventuelt endre vaksinedosene om det ikke skulle bli en svineinfluensapandemi i 2009. Endring av vaksinedosene vil medføre at de kan brukes ved en eventuell ny pandemi på et senere tidspunkt. (Hedbom 2009) Vaksinedosene har en begrenset holdbarhet, så det er likevel et sjansespill i forhold til om man får brukt vaksinedosene, og eventuell gevinst vaksinering vil gi. Regeringen gir likevel myndighet til Socialstyrelsen om å gå inn i forhandlinger om en ny avtale, og tegne avtale på vegne av regeringen så fremt forhandlingene går bra (Socialstyrelsen 2009g). Sjef for Socialstyrelsens Smittskyddsenhet, Tegnell, uttaler i den anledning at: *För att Sverige verkligen ska köpa vaccinet krävs att regeringen tar ytterligare ett beslut, men den avsiktsförklaring som finns nu är hyfsat bindande* (Hedbom 2009). Tegnell argumenterer for at avtalen vil medføre at Sverige står: (...) *bättre rustade mot en eventuell pandemi jämfört med idag. Vi kan redan nu*

börja agera för att skydda befolkningen, trots att vi ännu inte vet säkert om den här influensan blir en pandemi (Tegnell, Socialstyrelsen 2009g). Selv om dokumentene knyttet til dette ikke er offentlig tilgjengelig har jeg fått bekreftet fra Socialstyrelsen at de fremforhandlet en ny tilleggsavtale med GSK helt frem til et avtaleforslag var klar for signering. Socialstyrelsen signerte aldri avtalen siden avtaleforslaget var klart på samme tidspunkt som den originale innkjøpsavtalen tredde i kraft – og det ble derfor vurdert som lite formålstjenlig å binde seg til en ny avtale i tillegg. (Holmström 2013)

Etter at det første smittetilfellet i Sverige blir registrert 6.mai⁹ stiger antallet smittede kontinuerlig (Sundhedsstyrelsen 2009f). Socialstyrelsen fokuserer derfor sitt arbeid på å iverksette tiltak som kan forhindre videre smittespredning. Et av de første tiltakene iverksatt fra Socialstyrelsen side er å sørge for at pandemien blir inkludert på listen over allmennfarlige sykdommer i Smittskyddslag (smittevernslov) med virkning fra 15.mai 2009. Smittskyddslag regulerer ansvarsforhold og bestemmelser knyttet til tiltak for å forhindre smittespredning av smittsomme og allmennfarlige sykdommer. Inkludert i dette er også muligheten for iverksetting av ekstraordinære tiltak under spesielle situasjoner, eksempelvis karantene (Smittskyddslag 2004).

Den aller viktigste endringen som inkludering i Smittskyddslagen gir er meldeplikt om alle potensielle smittetilfeller via et elektronisk rapporteringssystem fra Smittskyddsinstituttet. Dette gav Smittskyddsinstituttet mulighet for kontinuerlig overvåkning i en mye større grad enn før (Socialstyrelsen og MSB 2011). Smittskyddsinstituttet hadde også et annet viktig verktøy for overvåkning av svineinfluensaen. Smittskyddsinstituttet driver i samarbeid med det Karolinska Institutet en frivillig rapportering av luftveisinfeksjoner fra representanter fra befolkningen som er et verktøy for å overvåke forekomst og spredning av influensa i befolkningen. Deltakerne blir valgt ut fra en statistisk representativ del av befolkningen og består vanligvis av omtrent 11.000 deltakere. Under svineinfluensapandemien var deltakerantallet nærmere 5000-5500, uten at det er redegjort for hvorfor antallet var lavere under pandemien. Under svineinfluensapandemien gav dette verktøyet likevel viktige data som ble brukt for å kartlegge smittespredning – og var derav også var bakgrunnsledd i vurderingen av tiltak for å imøtekomme pandemien (Smittskyddsinstituttet 2013a).

Utover i mai måned jobber Socialstyrelsen videre med en strategi der informasjon og kommunikasjon kan ses som nøkkelelementer. Det blir gitt ut mer konkrete hygieneråd til

⁹ Andre smittetilfelle registrert 10.mai, tredje smittetilfellet 16.mai. (Sundhedsstyrelsen 2009f)

befolkningen 18.mai, og formålet er fremdeles å hindre videre smittespredning ved å få befolkningen til å bidra aktivt. Sosialstyrelsen gir også ut skriftlige anbefalinger til helseapparatet for hvordan man best mulig skal imøtekomme de utfordringer som økning i smittetilfeller vil kunne bringe med seg (Magnusson 2010). Disse anbefalingene blir stadig fornyet, etter hvert som det kommer ny informasjon (Sosialstyrelsen og MSB 2011). I tillegg vektlegges det å revidere egne pandemiplaner i tilfelle situasjonen forverrer seg, eksempelvis blir en revidert pandemiplan offentliggjort 25.mai (Magnusson 2010). Sverige forbereder seg på dette tidspunktet for en forverring i smittetilfeller. Vaksinerer blir på dette tidspunktet et relevant tiltak for å forhindre videre smittespredning.

Når WHO erklærer pandemifase 6 11.juni trer Sveriges innkjøpsavtale med WHO automatisk i verk. Landstinget gis mulighet for å justere antall doser mellom 9-18 millioner med 10 dagers svarfrist (Sosialstyrelsen og MSB 2011). På denne tiden er debatten stor mellom sentrale aktører fra Sosialstyrelsen, Smittskyddsinstituttet og (lokale) smittevernsleger. Tilleggsavtalen blir på dette tidspunkt lagt bort av Sosialstyrelsen. Jeg vil kort belyse de ulike synspunktene ved å trekke frem eksempler mellom sentrale aktører. Smittevernslege i Uppsala Sylvan, som representerte et synspunkt blant (lokale) smittevernsleger, skrev 16.juni 2009 til sjef for Sosialstyrelsens Smittskydds-enhet Tegnell:

Det är aldrig bra att fatta ett beslut på dåligt underlag.(...) Jag tycker att man bör besinna sig något innan man går in i ett så kostsamt och osäkert projekt. (...) Har vi ett handlingsutrymme? (Sylvan, som sitert i Hanson og Atterstam 2012)

Sylvan viser til at til tross for at innkjøpsavtalen med GSK medfører et krav om innkjøp av vaksiner er det ikke nødvendigvis formålstjenlig å igangsette en massevaksinasjon – iallefall ikke før nærmere rasjonell vurdering. Sylvan fremholder at Sverige kan ha blitt utsatt for en mildere variant enn de scenarioene som pandemiplanene kan være designet for, og at tiltakene derfor må gjenspeile dette. Sylvan får negativt svar fra Tegnell (Hanson og Atterstam 2012). Tegnell skriver samme dag til Smittskyddsinstituttets generaldirektør Carlson: *Vad säger du? Visst pratade vi om detta innan du slutade? SoD¹⁰ är helt tydliga med att politiskt finns här ingen återvändo* (Tegnell som sitert i Hanson og Atterstam 2012). Budskapet er klart; strategien som velges må holdes fast ved, og innkjøpsavtalen er en forutsetning for valg av strategi. Carlson svarer 17.juni 2009: *Håller med. Jag tror att smittskyddsläkarna måste inse att detta är affärer och politik snarare än sjukvård (...) den typ av rörelsefrihet som efterfrågas finns ju inte* (Carlson som sitert i Hanson og Atterstam 2012).

¹⁰ SOD står for Sosialdepartementet.

Beslutningen i Sverige blir som forventet almann vaksinasjon og det blir bestilt inn 18 millioner vaksinedoser – jamfør opprinnelig anbefaling om 2 vaksinedoser per person. Selv om strategien er almann vaksinasjon ses det nødvendig med en prioritering for vaksiner, spesielt i starten av vaksineringen i form av risiko- og prioritetsgrupper. Risiko- og prioritetsgruppene i Sverige er i stor grad tilsvarende som i Danmark, med unntak av at Sverige valgte å ikke inkludere ”nøkkelpersonell” som prioritet. Risiko- og prioritetsgruppene var lite kontroversielle, noe som trolig delvis skyldes at formålet kun var å gi fortrinn i køen – ikke utelukke de som ikke ble inkludert i gruppene.

Beslutningen tas tilslutt av Socialstyrelsen som 22. juni sender bestilling på 18 millioner doser til GSK. Bestillingstallet tar høyde for vaksiner av hele befolkningen med to doser.

Avtalen med GSK gav i utgangspunktet ingen klare retningslinjer for mengde eller tidspunkt som vaksinen skulle leveres (Socialstyrelsen og MSB 2011). Socialstyrelsen avtaler med GSK at levering av vaksinedosene vil starte i slutten av september, men vil ikke bli levert samlet i en leveranse som tidligere ønsket fra Socialstyrelsen (Sundhedsstyrelsen 2009f). Derimot er det beregnet at leveransene vil bli delt opp i leveranser på rundt 0,7-1,4 millioner doser i uken over 3-6 måneders tid – frem til hele bestillingen på 18 millioner vaksinedoser er levert.

(Socialstyrelsen 2009b) Bakgrunnen for at levering først kan skje fra slutten av september ligger ikke kun på rent produksjonsmessige årsaker, men er også begrunnet i prosessen rundt godkjenning av den eksakte vaksinen mot svineinfluensaviruset (mock-up procedyre). Både den europeiske legemiddelsmyndigheten EMEA og Svenska Läkemedelsverket er involvert i arbeidet med godkjenning av vaksinen (Socialstyrelsen 2009b).

Utover høsten 2009 intensiveres debatten i Sverige vedrørende beslutningen om

vaksinasjonsstrategi, etterhvert som pandemien viser seg å være mildere enn forventet.

Carlson (Smittskyddsinstitutet) og Tegnell (Socialstyrelsen) er derimot klare på at riktig beslutning er tatt. *Det finns all anledning att ha respekt för influensan. Den är aggressivare och drabbar yngre* (Carlson som sitert i Hanson og Atterstam 2012). Tegnell understreker ved å argumentere for at: (...) *influensan ibland kan utvecklas och bli mer elakartad. Därför är det viktigt att kunna erbjuda vaccin till hela befolkningen* (Socialstyrelsen 2009e). En av de fremste kritikerne er Gøran Stiernstedt fra SKL som fremholder at: *Detta kommer att gå till historien som en av våra medicinska tragedier*, (Stiernstedt, som sitert i Atterstam 2012b) Striden står om hvorvidt strategien bør være ”føre var” selv om tegn kan tyde på at pandemien er mild, eller at man bør beregne for de tendenser man ser – ikke de man frykter.

I tillegg til argumentene knyttet til politisk premisser eller medisinske avveininger ble også økonomien et viktig aspekt i argumentasjonen rundt vaksinasjonsstrategi. Et av verktøyene som Sverige bruker i vurderingen av nye tiltak i helsevesenet er en beregning av kost-nytteeffekt ved navn "Quality-Adjusted Life-Year" (heretter betegnet som QALY) QALY beregner kostnaden relatert til eventuell helsegevinst ved ulike tiltak man får ved de ulike tiltakene, og terskelverdien man setter vil gi indikasjon på om tiltaket har en større gevinst sett i forhold til utgifter. QALY er et verktøy som brukes internasjonalt, ikke kun i Sverige, men jeg har valgt å trekke det frem under Sverige siden det har vært en sentral del av argumentasjonen bak Sveriges beslutninger under pandemien. Selv om det er mulig at Danmark også kan ha brukt dette som verktøy har jeg ikke funnet det i verken planverket eller hørt noe om det fra informantene. Det er viktig å presisere at QALY beregnes kun på sykdomsrelatert livskvalitet og tar ikke hensyn til andre samfunnsøkonomiske utgifter, eksempelvis knyttet til kollaps av infrastruktur, osv. Det eksisterer ikke en fast terskelverdi, men i de fleste tilfeller blir den oppgitt å ligge rundt 500.000-600.000 tusen svenske kr/år. Når QALY ble brukt for beregning i vaksinasjonsdebatten ble terskelverdien, før eventuelle bivirkninger som narkolepsi var kjent, beregnet til å være rundt 1 300 000 svenske kr/år. Tatt i betraktning "vanlig" terskelverdi virker det å være klart at vaksinasjon ikke ville være det beste alternativet rent samfunnsøkonomisk. Det blir likevel i ettertid argumentert for at QALY kunne ved tidligere oppstart av vaksinasjon gitt en beregning som er mer i samsvar med "vanlig" terskelverdi i Sverige. Bakgrunn for denne påstanden ligger i argumentasjonen om at vaksineringsen i Sverige startet for sent, og at antall smittede allerede var høyt. Ved en eventuell tidligere start på vaksineringsen mener man at antall smittede trolig ville vært lavere, og dermed gitt en større gevinst i forhold til beregning av QALY (Socialstyrelsen og MSB 2011).

Det er interessant at Sverige, uavhengig av om det var lønnsomt eller ikke, har valgt å trekke inn økonomi som en såpass viktig faktor i argumentasjonen bak deres valg av vaksinasjonsstrategi. De fleste land så på vaksinasjonsdebatten som valget om en mer "føre var"-strategi og vaksineringsen ble på mange måter kun sett som mer eller mindre "kun" en utgiftspost. Sverige skiller seg dermed ut i forhold til disse vurderingene. Samtidig som at QALY viser at massevaksinasjon ville vise seg å ikke være kostnadseffektiv viser andre

beregninger¹¹, basert på krisehåndteringens ledeses situasjonsforståelse, at massevaksinering vil lønne seg rent økonomisk. De forventede kostnadene for massevaksinering av hele befolkningen ble beregnet til å koste 8,9 milliarder svenske kroner. Kostnadene for å ikke vaksinere, medberegnet krav stilt i innkjøpsavtalen, ble beregnet til 12,9 milliarder SEK (Socialstyrelsen og MSB 2011). Det er interessant å se at selv i forhold til de økonomiske aspektene virker det å være uenighet rundt hvilket alternativ som var mest formålstjenlig.

Samlet sett har jeg drøftet Sveriges syn på vaksinasjonsdebatten i forkant av valget. Rent medisinskfaglig virker det å være uenighet mellom Smittskyddsinstitutets ledere og flere av smittevernlegene regionalt og lokalt. Spørsmålet om vaksinasjon eller ikke var derfor ikke ensidig klart i forhold til de medisinske aspektene. Derimot virker debatten mellom de faglige aktørene å være mer preget av en fastlåst situasjon i forhold til innkjøpsavtalen, og en holdning om at de politiske vurderingene måtte ha dominans i forhold til valget. I forhold til verktøy som QALY virker det å være klart at massevaksinasjon ikke var det beste alternativet i forhold til rent samfunnsøkonomiske hensyn. Samlet sett virker det derfor å være lite rom for forhandlinger i Sverige, og en i stor grad fastlåst situasjon med bakgrunn i en lite fleksibel innkjøpsavtale med GSK.

5.2.3 Risiko- og prioriteringsgrupper:

Til tross for at Danmark og Sverige hadde en innkjøpsavtale med GSK, og dermed hadde en leveringsprioritet, ble begge land forespeilet en ventetid før de første leveringene ville finne sted. Sverige måtte i tillegg ta stilling til om leveringene skulle skje i puljer over en lengre tidsperiode eller samlet når alle vaksinene var ferdig siden de hadde et høyt bestillingsantall. Med bakgrunn i at vaksineleveringen ville ta tid, og gå over en lengre tidsperiode, ble spørsmålet om hvem som skulle få vaksinen først en del av krisehåndteringen i begge land. Når det gjelder risikogrupper, er dette utelukkende basert på medisinske kriterier som gir enkelte personer en større risiko for alvorligere sykdom eller komplikasjoner ved eventuelt smitte. Samtidig opererte ikke landene med kun risikogrupper, men valgte også å prioritere andre personer basert på andre kriterier enn rent medisinske. Eksempelvis personer i arbeid med risikogruppene, eller personer knyttet til å vedlikeholde samfunnsfunksjoner. Disse betegnes ikke som del av en risikogruppe, men derimot som en prioritetsgruppe.

¹¹ Beslutningsanalytisk studie med bruk av beslutningstråd med bakgrunn i telefonintervjuer av Annika Linde fra Smittskyddsinstitutet, Johan Giesecke fra ECDC og Anders Tegnell fra Socialstyrelsen. (Socialstyrelsen og Myndigheten för samhällsskydd och beredskap 2011)

Danmark:

Det første smittetilfellet ble registrert allerede 1.mai 2009, og markerte samtidig en overgang mellom to krisehåndteringsstrategier. Strategien om å forhindre videre smittespredning ble ansett som uoppnåelig, og den nye strategien ble derfor fokusert på tiltak som skulle minimere skadeeffekter på utvalgte risikogrupper (Beredskabsstyrelsen 2010). Det mest sentrale virkemiddelet i den nye strategien var vaksinerings. Både SSI og Sundhedsstyrelsen trekker frem at de raskt ble enige om at de ønsket å kun vaksinere deler av befolkningen.

Sundhedsstyrelsen vurderte pandemien som å være i en middel-case scenario, dette vil si at det kun er de med underliggende sykdommer som bør vaksineres. Resten av befolkningen ville kunne tåle å bli smittet av pandemien. Dette var en strategi som Sundhedsstyrelsen var klar på at kunne endres om pandemien viste seg å være kraftigere enn forventet på det tidspunktet (Informant Sundhedsstyrelsen A). SSI vektla dataene de hadde fått fra USA, England og New Zealand i forkant av at pandemien nådde Danmark, og mente derfor at det mest formålstjenlige ville være å vaksinere de med underliggende sykdommer. I likhet med Sundhedsstyrelsen blir det vurdert om viruset kan endre karakter, og om dette kan endre deres faglige innstilling til vaksinasjonsspørsmålet. Samtidig peker SSI på at eventuelle endringer i virusets egenskaper også vil kunne medføre at vaksinen kan bli ubrukelig – og at det derfor må ses som to mer separate strategier i forhold til vaksinasjonsspørsmålet (Informant SSI).

Sundhedsstyrelsens plan for nasjonale strategier og rammer i forbindelse med en pandemi legger føringer på at man i en pandemisituasjon skal prioritere enkelte grupper ovenfor andre, om man ikke har eller får inn alle vaksinene samtidig. Befolkningen skal da *”vaccineres i en prioritert rekkefølge etter anbefaling fra Sundhedsstyrelsen. Anbefalingene vil afhænge af pandemiens alvor og hvilke befolkningsgrupper, der er særlig udsatte.”* (Sundhedsstyrelsen 2006: 40) I Sundhedsstyrelsens beredskapsplan fra 2006 er det beskrevet en vaksinasjonsliste i prioritert rekkefølge:

- *Personer i den definerede risikogruppe (900.000) Risikogruppen defineres når karakteristika for pandemien kendes.*
- *Sundhedspersonale, primær/sekundærsektor (91.000)*
- *Støttepersonale, øvrige myndigheter (67.000)*
- *Personale i sociale institutioner og foranstaltninger (222.000)*
- *Personer i transportvirksomhed, post og telekommunikation (107.000)*
- *Personer i udvalgte, vigtige funktioner i det private (199.000)*
- *Resten af befolkningen*

(Sundhedsstyrelsen 2006: 41)

Beredskapsplanen danner utgangspunkt for hvordan Sundhedsstyrelsen så på spørsmålet om vaksinerings, og prioritering av de ulike risikogruppene før pandemien. Beredskapsplanens

formål er ikke å fungere som endelig fasit for enhver krise, men derimot legge de store linjene for hvordan man bør og kan legge opp krisehåndteringen (Sundhedsstyrelsen 2006). Det er i den anledning interessant at allerede i beredskapsplanen ligger det en klar prioritering i forhold til vaksinerings. Risikogruppen står først på listen, men defineringen av kriteriene for medlemskap i gruppen er ikke klargjort med bakgrunn i at dette kan variere veldig etter hvilken pandemi man står ovenfor. Etter risikogruppen kommer det grupper basert på andre kriterier, eksempelvis knyttet til spesifikke yrkesgrupper og støttepersonale. Mye av bakgrunnen for de neste gruppene er personell som jobber med eller i nærheten av risikogruppene, eller knyttet til drift av viktige funksjoner i samfunnet (Sundhedsstyrelsen 2006). Det mest interessante er at hele den danske befolkningen er inkludert som siste prioritet, noe som gir en indikasjon på at det ikke er bestemt om hvorvidt man bør vaksinere alle eller kun enkeltgrupper ved en pandemi. Prioriteringen er satt, men ikke om hvorvidt alle bør inkluderes ved en eventuell vaksinerings.

Fra drøftingen av beredskapsplanens forespeilede risikogrupper trekker jeg linjene til hvordan Sundhedsstyrelsen valgte å legge opp risikogruppene i 2009. Sundhedsstyrelsen prioriterte tre risiko- og prioritetsgrupper i befolkningen som fikk tilbud om vaksinasjon vederlagsfritt. Disse tre kategoriene har lagt ulike kriterier til grunn for hvem som tilhører gruppen, og mye av beregningene på antall kom fra den refererte pandemiplanen (Sundhedsstyrelsen 2009 C, D, Informant Sundhedsstyrelsen A). Den første risikogruppen er basert på helsemessige kriterier. Her har man vurdert at enkelte helsemessige kroniske sykdommer kan medføre en ekstra stor belastning og risiko for ytterligere sykdom og skade ved eventuell smitte av svineinfluensa. Intensjonen er derfor å gi disse en ekstra beskyttelse ved vaksinerings, og dermed forsøke å forhindre de mest alvorlige totalvirkningene av en eventuell smitte. Denne gruppen er den samme som får anbefalinger mot ”vanlig” sesonginfluensa, men myndighetene har spesifisert denne gruppen ytterligere for å klargjøre tydeligere hvem som tilhører i risikogruppen. Blant kriteriene kan man finne eksempelvis hjerte- og karsykdommer, kols, sykkelig overvekt og graviditet med flere. Det ble den 29.09.09 beregnet at rundt 750 000 tilhørte denne gruppen (Sundhedsstyrelsen 2009 C, D). I beredskapsplanen beregnet man at risikogruppen ville bestå av rundt 900.000, noe som skiller seg fra beregningene presentert under pandemien (Sundhedsstyrelsen 2006). Samtidig var beredskapsplanens beregninger justerbar etter pandemiens alvorlighetsgrad og karakteristikk, og det kan derfor være naturlig at antallet er lavere siden SSI og Sundhedsstyrelsen oppfattet pandemien som mild.

Den første prioritetsgruppen har en viss tilknytning til risikogruppen ved at den inkluderer hovedsakelig helse- og pleiepersonell som gjennom sitt arbeid vil komme i kontakt med personer tilhørende risikogruppen. I tillegg til en intensjon om å skåne pasienter som regnes som ekstra sårbare for svineinfluensaen, har vaksineringsen av denne gruppen også en intensjon om å forhindre smittespredning for en gruppe som har høyere risiko for å bli smittet gjennom sitt arbeid. Selv om helse- og pleiepersonell utgjør størsteparten av denne gruppen har man også inkludert annet støttepersonell, eksempelvis kjøkkenansatte, som har jevnlig kontakt med medlemmer i risikogruppen. Det ble den 29.09.09 beregnet at 264 430 ansatte tilhørte i denne gruppen (Sundhedsstyrelsen 2009 B, D). I forhold til beredskapsplanen er det utfordrende å vurdere hvilke grupper eller deler av grupper som spesifikt er innenfor kriteriene satt i den første prioritetsgruppen. Beredskapsplanen er for generell i sin omtale av gruppene til at det er mulig å dra en klar parallell i forhold til antall. Den eneste gruppen som klart tilhører denne gruppen er den andre gruppen i beredskapsplanen (helsepersonell) med et referert medlemstall på 91.000, samtidig er det klart trolig at deler av de andre gruppene også vil falle inn under prioritetsgruppens kriterier. Forskjellen mellom beregnet antall i beredskapsplanen og faktisk antall er derfor ikke mulig å klart vurdere opp mot hverandre.

Den siste prioritetsgruppen skiller seg fra de andre ved at den har kriterier som ikke er basert på smittespredning eller skåning av helserelevante risikogrupper. Gruppen består av ansatte innenfor det som betegnes som nøkkelansatte i kritiske samfunnsfunksjoner. Dette inkluderer først og fremst politiske funksjoner som departementene (ministeriene) og enkelte direktorat, men også enkelte funksjoner på kommunalt basis som brann- og redningspersonell, avfallshåndtering med mer. Det ble den 29.09.09 beregnet at 94 395 ansatte tilhørte denne kategorien (Sundhedsstyrelsen 2009 A, D). I likhet med den første prioriteringsgruppen finner man heller ikke denne prioriteringsgruppen igjen som en separat gruppe i beredskapsplanen. Derimot kan man trekke frem flere grupper eller deler av grupper i beredskapsplanen som tilhørende inn under denne prioriteringsgruppen, og det er derfor utfordrende å direkte vurdere beregning av antall i beredskapsplanen opp mot faktisk antall. Med tanke på de refererte risiko- eller prioritetsgruppene ble det totalt anslått behov for vaksineringsen av 1.108 825 dansker (Sundhedsstyrelsen 2009 A, B, D).

Sverige:

Sveriges første strategi var, tilsvarende som i Danmark, å forsøke å hindre at smitten kom til Sverige. Dette ble endret etter at det første bekreftede smittetilfellet ble registrert i slutten av april 2009 (Smittskyddsinstytutet 2011). Socialstyrelsen, Smittskyddsinstytutet og MSB hadde

en felles pressekonferanse 20. august der de redegjorde for hvilke anbefalinger de samlet hadde kommet frem til i forbindelse med innkjøp av vaksiner for Landstinget. Sosialstyrelsen presenterte i tillegg sine anbefalinger i forhold til prioritet i forbindelse med vaksinasjonsprosessen. Hovedbudskapet var at alle burde vaksinere seg, med et tentativt unntak for barn¹² frem til eventuell vaksinegodkjenning for barn på et senere tidspunkt (Sosialstyrelsen 2009b).

Med bakgrunn i at vaksineleveransene ble beregnet til å bli spredd over 3-6 måneder, med start i slutten av september, ble det fra Sosialstyrelsens side sett behov for prioriteringer av hvilke grupper i samfunnet som burde bli vaksinert først (Sosialstyrelsen 2009b).

Sosialstyrelsens nasjonale plan for pandemisk influensa fastsetter en prioriteringsliste ved en pandemi:

1. *om möjligt minimera smittans utbredning,*
2. *skydda dem som löper störst risk för att drabbas av allvarliga komplikationer eller att dö till följd av den pandemiska influensan,*
3. *upprätthålla en god hälso- och sjukvård, övrig samhällsviktig verksamhet och effektiv bekämpning av pandemin,*
4. *skydda de grupper i befolkningen som löper störst risk för att smittas,*
5. *förhindra spridning av influensan till allmänna medicinska risk-grupper.*

(Sosialstyrelsen 2009a: 25)

Prioriteringslisten første gruppe omtaler en prioritering om minimering av smittespredning. Dette er lite konkret i forhold til hvem det er myntet på av medlemmer, men forteller heller at listen kan ses som veiledende under forutsetningen av at minimering av smittespredning er overordnet. Det andre punktet henviser derimot til en risikogruppe med vektlegging av de som vil få alvorlige komplikasjoner av smitte. Dette er den eneste gruppen som er direkte medisinsk begrunnet i forhold til alvorlige komplikasjoner ved smitte, og denne gruppen kalles derfor for en risikogruppe. De senere gruppene er begrunnet i andre hensyn enn rent medisinske, og jeg velger derfor å kategorisere de som prioriteringsgrupper. Den tredje gruppen inneholder flere kategorier personell, både knyttet til samfunnsviktige funksjoner og helsepersonell. Formålet med vaksinerings av helsepersonell er nært knyttet til risikogruppen, ved at man tilstreber å minimere smittespredning ved å vaksinere de som behandler risikogruppen. I tillegg kan helsepersonell regnes for å ha en høyere risiko for å bli smittet gjennom sitt arbeid, noe som kan medføre behov for prioritet for vaksinerings. I tillegg til helsepersonell inneholder gruppe tre også en beskrivelse av øvrig samfunnsviktige

¹² Barn regnes her som under 18 år. (Sosialstyrelsen 2009b)

virksomheter som er mindre konkret. Ut fra resten av planen vurderer jeg det som å hovedsaklig være virksomheter som er sentrale i krisehåndteringen av en eventuell pandemi og virksomheter som er sentrale for å opprettholde de viktigste samfunnsfunksjonene i samfunnet. Gruppe fire og fem kan sies å være mer oppsummerende for resten av den svenske befolkningen (Socialstyrelsen 2009a).

Prioriteringslisten til Sverige bærer i helhet preg av å være veldig generelt formulert og åpen for tolkning. Dette står i skarp kontrast til Danmarks planverk der det er tydelig beskrivelse av hver gruppes kriterier med vurdering av antall medlemmer. Dette utgjør derfor en stor forskjell mellom landene. Utfordringen ved å ha en generelt formulert liste som Sverige hadde er at det kan medføre et behov for nærmere drøfting og avklaring mellom aktørene hva man legger i prioriteringslisten ved en pandemi, og at nytteverdien på den måten blir redusert. Ved at gruppene var såpass generelle er det heller ikke mulig å vurdere om hvorvidt massevaksinasjon var forhåndsplanlagt. Den nasjonale planen som helhet bærer derimot preg av å legge til rette for en massevaksinasjon (Socialstyrelsen 2009a).

Fra å drøfte hva Sverige hadde forutsett som løsning i forkant av pandemien trekker jeg linjene videre til hvordan Sverige faktisk valgte å legge opp prioriteringer under pandemien. Med bakgrunn i at vaksineleveransene ble beregnet å bli spredd utover en lengre tidsperiode ble det raskt sett behov for en prioritering for vaksinerings for at de viktigste gruppene skulle bli vaksinert så fort som mulig. Risikogruppen var første prioritet for vaksinerings.

Hovedparten av de som ble presentert som tilhørende risikogruppe kan klassifiseres som alvorlig syke og/eller kronikere.¹³ (Socialstyrelsen 2009b) Det ble likevel satt som et tilleggspremiss for risikogruppetilhørighet at medlemmene var over 6 måneder gamle. Barn under 6 måneder ble ikke inkludert fordi man anså informasjonen til å være utilstrekkelige i forhold til vaksinens virkning på så små barn, og eventuelle bivirkninger (Socialstyrelsen 2009c). Selv om det i anbefalingene ikke ble kommunisert en øvre aldersgrense for tilhørighet i risikogruppen er det nevnt en grense på 65 år i enkelte dokument fra Socialstyrelsen (Nylén 2010). Om hvorvidt den øvre aldersgrensen ble praktisert er litt usikkert. Det ble også presisert at det kunne for noen av gruppens medlemmer være behov for en vurdering av nytte

¹³ Prioritet for vaksinerings for sykdommene: Kronisk lungesykdom, , kronisk hjertesykdom, nevromuskulære sykdommer, nedsatt immunforsvar, ekstrem fedme, kronisk lever/nyresvikt, diabetes og alvorlig astma. (Socialstyrelsen 2009b)

kontra risiko, og at eventuelle antivirale legemidler kunne være et annet alternativ. Gravide ble også regnet for å tilhøre i risikogruppen, uavhengig av tidspunkt i svangerskapet (Socialstyrelsen 2009c). Risikogruppen samsvarte i stor grad med referert risikogruppe i den nasjonale planen, men er ved pandemien konkretisert ytterligere (Socialstyrelsen 2009a).

I tillegg til risikogruppen ble det også i Sverige prioritert å vaksinere personell som i sitt arbeid vil komme i kontakt med risikogruppen; helsepersonell i kommunene, og sykehuspersonale. Her ble det gitt større mandat til egne vurderinger internt i helseforetakene. Socialstyrelsen anbefalte likevel at foretakene burde prioritere personell som var essensielle for å opprettholde de viktigste funksjonene i den daglige driften, samt personell tilhørende avdelinger som ville tåle dårlig en eventuell økning i sykefravær (Socialstyrelsen 2009c). Prioritering av helsepersonell er klart referert som prioritet i den nasjonale planen, men i motsetning ble det ikke prioritert personell fra andre samfunnsviktige funksjoner. Det er derfor ikke samsvar mellom den nasjonale planen i forkant og den faktiske prioriteringen under pandemien. Samtidig kan det argumenteres for at alle ble ivaretatt etter hvert siden Sverige massevaksinerte befolkningen, og behovet for prioritering sank utover høsten når leveringen av vaksinene tok seg opp (Socialstyrelsen 2009a).

Til tross for oppretting av risiko- og prioritetsgrupper var hovedbudskapet klart; Landstinget burde legge til rette for at alle svensker kunne vaksineres på sikt. Anders Tegnell, sjef for Socialstyrelsens smittevernsenhet, poengterte viktigheten av at: (...) *landstingen organiserar och prioriterar så att även andra har möjlighet att vaccineras så snart som möjligt* (Socialstyrelsen 2009b). Ved å vaksinere bredt mente Tegnell at: *Då har vi störst chans att bromsa smittspridningen* (Tegnell, i Socialstyrelsen 2009b). 15. oktober 2009 ble anbefalingene om risikogrupper revidert, men ingen av endringene medførte noen markante forskjeller. Eksempelvis ble det gjennomført endringer i logistikken, i tillegg til nærmere avklaringer av hvilket helsepersonell som kunne brukes som vaksinasjonspersonell. Risikogruppene ble derfor i hovedsak stående uforandret (Socialstyrelsen 2009d). Bakgrunn for risikogruppene var derfor ikke å ekskludere for vaksinasjon, men derimot en prioritering basert på hvem som hadde størst behov først og personalet som jobbet med medlemmer av disse gruppene – i tillegg til å begrense smittespredning. Dette er til forskjell fra Danmark der risikogruppene i utgangspunktet ble laget for å gi et rammeverk over hvilke personer som skulle få tilbud om vaksine – ikke som en prioritet i ”køen”.

5.2.4 Beslutninger knyttet til operasjonell vaksinerings og avslutning:

Danmark:

Bakgrunn for at det ble valgt å bestille inn 3,1 millioner doser er hovedsakelig begrunnet i antall personer beregnet i risiko- og prioritetsgruppene kombinert med et forventet svinn. Risiko- og prioritetsgruppene ble som tidligere drøftet beregnet å bestå av 1.108 825 personer, og det var i bakgrunn av dette alene behov for 2.217 650 doser for å dekke to doser per person (Sundhedsstyrelsen 2009 A, B, D). SSI forventet ellers et vaksinesvinn på opp mot 15 % med bakgrunn i blant annet leveringsmåte og forpakning (Folketinget 2009 A). Behovet for antall doser med disse beregningene blir derfor 2.682 650 doser. Dette samsvarer ikke helt med innkjøpsantallet på 3,1 millioner, men det var samtidig knyttet stor usikkerhet til beregning av antallet i risiko- og prioritetsgruppene. Overskuddet av doser sett i forhold til beregningene kan derfor ses som en forsikring om at man skal dekke behovet.

Selve den operasjonelle vaksinasjonen ble utført av de praktiserende fastlegene og deres lokaliteter i Danmark, og vaksinene ble levert med en kjølebil fra SSI. Bakgrunn for denne ordningen er at SSI mente det var sikrere å bruke det vanlige helsesystemet, istedenfor å opprette en ekstraordinær ordning som ikke var utprøvd på forhånd (Informant SSI). Det er også nedfelt i Sundhedsstyrelsens nasjonale strategi ved en pandemi at man skal fortrinnsvis bruke de praktiserende legene, men at ved eventuelle massevaksinasjoner kan man bruke både private vaksinasjonsfirmaer og leie andre lokaler i tillegg (Sundhedsstyrelsen 2006: 41). Dette er en forskjell fra Sverige der man brukte både annet helsepersonell til selve vaksinerings, og samtidig andre lokaliteter enn kun fastlegekontorene. Det er likevel mer i henhold til hvordan Danmark ut fra planverket ville gjort det om de hadde gått for en massevaksinasjon. Danmark vaksinerte totalt ca 6 % av befolkningen. For oversikt over eksakte vaksinasjonstall med fordeling på risiko- og prioritetsgruppene, se vedlegg J.

Sverige:

Sverige måtte etter hvert gi opp sin strategi om å forhindre videre smittespredning, etter hvert som antallet smittede økte. Strategien ble offisielt endret 15. juli, og den nye strategien var preget av et ønske om å forsøke å minske skadeeffektene. Vaksinerings ble dermed en sentral del av den nye strategien, i tillegg til at vaksinerings ble trukket frem som et tiltak for å forhindre en økning i smittetilfeller som Smittskyddsinstitutet forventet ville komme tidlig på høsten (Socialstyrelsen og MSB 2011). Socialstyrelsen forbereder seg derfor ytterligere for vaksinerings ved å gi ut anbefalinger om allmenn vaksinasjon i juli, og gir i tillegg ut særskilte

råd om hvilke grupper som bør vaksineres til det regionale nivå 20. august (Magnusson 2010). I ettertid viste det seg at man ikke fikk en smittetopp tidlig på høsten som forventet, men derimot en mindre forventet økning på slutten av høsten. Alvorlighetsnivået er dermed lavere enn forventet. Bakgrunn for endring i smittemønsteret viste seg å være funn av et annet virus¹⁴ som medførte endringer i forventet smittemønster (Socialstyrelsen og MSB 2011).

Med bakgrunn i større kunnskap om pandemiviruset og en lavere alvorlighetsgrad enn tidligere forventet blir det utover høsten 2009 klart at en vaksinedose er tilstrekkelig for de aller fleste, med unntak av enkelte i risikogruppen. Sverige gikk derfor i dialog med GSK om å redusere ordren sin, fortrinnsvis til 9 millioner doser. GSK godtok ikke en så stor reduksjon i bestillingsantallet, men bestillingsantallet ble redusert med 25 prosent (totalt 6.582 500 doser). I tillegg lovt GSK lengre holdbarhet for deler (adjuvansen) av vaksinen, og gav Landstinget mulighet å endre eventuelle restlagre av vaksinen (bytting av antigen) for annen bruk for en forhåndsbestemt kostnad (Socialstyrelsen og MSB 2011).

Samlet sett ble den endelige bestillingen, med referert bestillingsendring, 11. 417 500 vaksinedoser til en total kostnad av 869 110 200 svenske kroner. I tillegg til dette hadde innkjøpsavtalen i seg selv en garantiavgift på 248 400 000 svenske kroner som gjaldt uavhengig av om avtalen ble brukt eller ikke (Socialstyrelsen og MSB 2011). Samlet kostnad blir derfor 1.117 510 200 svenske kroner, ikke medregnet kostnader knyttet til den operasjonelle vaksineringsen.

Sverige vaksinerte totalt 62,9 % av befolkningen med en vaksinedose, derav ble cirka 10 % vaksinert med to vaksinedoser (Wik 2010). Sverige hadde dermed det høyeste vaksineringsstallet mot svineinfluensapandemien i Europa. Til tross for vaksineringsen ble det totalt laboratorie-bekreftet cirka 11.000 antall smittede med 30 registrerte dødsfall i 2009 (Socialstyrelsen og MSB 2011). For videre oversikt over vaksinasjonstall med fordeling på risiko- og prioritetsgruppene, se vedlegg K.

5.3 Læringseffekter og endring i ettertid:

I etterkant av en krise stilles det ofte mange forventninger til myndighetene, utenom avslutning av den faktiske krisehåndteringen. Det forventes at myndighetene utreder

¹⁴ Funn av rhinovirus ("vanlig" forkjølelsesvirus) ble bekreftet tidlig høst 2009 av mikrobiologisk avdeling ved det Karolinska Sykehuset i samarbeid med Smittskyddsinstitutet. Forskning har fastslått at dette viruset medførte endringer i forventet spredning av svineinfluensaen. (Socialstyrelsen og Myndigheten för samhällsskydd och beredskap 2011)

krisehåndteringen for å avdekke utfordringer som kan jobbes videre med, og deretter forbereder tiltak for å sørge for at en tilsvarende krise helst ikke hender igjen (Drennan og McConnell, 2007). Boin et al. (2005) vektlegger mye av det tilsvarende i sin beskrivelse av sentrale momenter for å oppnå optimal læringseffekt; nemlig at aktørene involvert bør undersøke egen krisehåndtering, vurdere hvordan denne er gjennomført, og eventuelt utrede alternative løsninger for å imøtekomme utfordringene de ser i krisehåndteringen (Boin et al. 2005). Samtidig avdekker en krise ofte utfordringer som ikke enkelt kan løses av et enkelt tiltak eller av en aktør, men derimot utfordringer som må ses som del av et mer komplekst system – ikke en enkeltsvikt i et system (Boin, McConnell og t'Hart 2008). Boin et al. (2008) oppsummerer denne utfordringen som: (...) *the politics of the postcrisis phase create dynamics that make learning a difficult enterprise* (Boin et al. 2008: 309).

Et viktig poeng når det gjelder drøfting av læring og endring, er at læring er en prosess som ikke nødvendigvis forutsetter endring. Jeg velger likevel å fokusere på de endringene som jeg anser som forutsatt av læring, og vil forsøke å belyse om lærings- og endringsprosessene er preget av formelle eller uformelle trekk. For å gjøre skillet mellom læring og endring klarere har jeg valgt å begynne med hvert lands læring, og deretter fokusere på endringene læringen deretter medførte. Jeg vil ikke redegjøre for alle endringene i hvert land, men derimot heller trekke frem de mest sentrale blant de nasjonale aktørene involvert i krisehåndteringen. I tillegg vil jeg kort redegjøre for det som kan betegnes som et internasjonalt prosjekt rundt innkjøp av vaksiner, et prosjekt som er begrunnet i læringsutbytte fra pandemien. Dette vurderer jeg å være interessant å belyse med bakgrunn i at både Danmark og Sverige henviser til prosjektet som bakteppe for manglende endring nasjonalt.

Læring – Danmark:

Sundhedsstyrelsen ønsket i etterkant av pandemien en nasjonal evaluering av krisehåndteringen for å sikre et mer formalisert uttrykt læringsutbytte med tanke på fremtidige krisehåndteringer. Sundhedsstyrelsen viser til at de avventet oppstart av en nordisk fellesevaluering, og forberedte seg til å bidra og delta i denne - men disse planene gikk ikke videre. Sundhedsstyrelsen bad derfor om en ekstern evaluering av krisestyringen fra Beredskapsstyrelsen (Informant Sundhedsstyrelsen A). Sundhedsstyrelsen vektlegger at det ikke er vanlig med eksterne evalueringer, fordi: *Evaluering er litt sårbart i Danmark, for det er litt belastende å evaluere hverandre. Følsomt* (Informant Sundhedsstyrelsen A).

Krisehåndteringen ble likevel regnet for å være så omfattende at det ville være gunstig med en ekstern evaluering, for å sikre bedre læringseffekt. Samtidig blir det trukket frem at det kan

være uheldig at samme aktør som var sentral i krisehåndteringen, Sundhedsstyrelsen, skal evaluere egen innsats (Informant Sundhedsstyrelsen A). Beredskapsstyrelsen gav videre ansvaret for evalueringen til det nyetablerte Institut for Beredskabsevaluering (Institut for beredskapsvaluering 2009). Det ble i anledning evalueringen innhentet informasjon, foretatt intervjuer og gitt tilgang til alt materiale fra Sundhedsstyrelsen for flere år siden. Til tross for start i arbeidet har det ikke blitt utgitt noen evaluering, men informanten fra Sundhedsstyrelsen informerer om at evalueringsarbeidet er igangsatt igjen. Det er ikke bestemt om evalueringen vil bli offentliggjort, eller om den kun vil bli tilgjengelig internt for Sundhedsstyrelsen og Beredskapsstyrelsen (Informant Sundhedsstyrelsen A). Det kan klart stilles spørsmål ved prioriteringen av evalueringen når det kan gå flere år etter krisehåndteringen før evalueringen skikkelig igangsettes. En evaluering såpass lenge etter medfører også at nytteeffekten av de personlige erfaringene blir mer begrenset. Til tross for mangel på ekstern evaluering har Sundhedsstyrelsen likevel iverksatt tiltak i ettertid med bakgrunn i egne erfaringer, og læringseffekt kan sies å være oppnådd – om enn litt begrenset.

Endring - Danmark:

Av endringer i etterkant er de viktigste knyttet til den interne beredskapsplanen og personellressurser. Sundhedsstyrelsen har, med hjelp fra Beredskapsstyrelsen, revidert sin interne beredskapsplan. Erfaringen fra pandemien var at den interne beredskapsplanen var for omfattende og detaljert, og nytteverdien ble derfor vurdert som begrenset. *Det var kanskje litt for mange ledd i den planen* (Informant Sundhedsstyrelsen B). Den interne beredskapsplanen er revidert og er derfor forenklet fra 5-6 ulike beredskapsnivåer til 3, og gjort mer forståelig. De ulike beredskapsnivåene representerer Sundhedsstyrelsens egen vurdering av krisenivå og gir føringer på tilgang og bruk av personellmessige ressurser internt. Første nivå representerer informasjonsberedskap, andre nivå møteberedskap og tredje nivå betyr at krisestaben etablerer seg på kriserommet (Informant Sundhedsstyrelsen A). Endringene har resultert i en intern beredskapsplan som er: *Blitt mer presis og konkret* (Informant Sundhedsstyrelsen A).

I tillegg til endringer i den interne beredskapsplanen er det gjort endringer internt for å sikre at Sundhedsstyrelsens krisestab har tilgang på større personellressurser ved en eventuell ny pandemi. Litt av utfordringen til Sundhedsstyrelsen, ved krisestaben, var utilstrekkelig tilgang på personell som hadde erfaring eller opplæring innenfor krisehåndtering. Deler av Sundhedsstyrelsens personell hadde i forkant av pandemien frivillig meldt seg til å være del av kriseberedskapen, og hadde mottatt opplæring for denne oppgaven. Når pandemien inntraff ble det fort klart at personellberedskapen var for liten i forhold til behovet. Det ble derfor et

stort press på hovedsaklig de ansatte i krisestaben, men også beredskapspersonellet. For å illustrere, krisestaben satt samlet i kriserommet i sammenhengende 9 måneder. Det ble beskrevet at: *(...) noen av de overveielsene over å sitte i så lang tid i krisestab, det var nok vi ikke så forberedt på* (Informant Sundhedsstyrelsen B). Fokuset i ettertid har derfor vært å involvere en større andel av personellet i opplæring i krisehåndtering for på den måten å opparbeide seg en større kompetanse- og erfaringsressurs blant personalet. Ved en eventuell ny pandemi kan derfor en større andel av personellet brukes som ressurs i krisehåndteringen. Dette vil minske belastningen på spesielt krisestaben (Informant Sundhedsstyrelsen A). Hovedinntrykket fra Sundhedsstyrelsen er likevel at de var fornøyd med egen krisehåndtering, og at de refererte endringene representerer mindre justeringer. Ved en eventuell ny pandemi svarer informanten fra Sundhedsstyrelsen at strategien ville: *(...) vært det samme. Da ville vi visst hva vi skulle gjøre. Vi ville brukt de erfaringene vi har* (Informant Sundhedsstyrelsen A).

SSI vektlegger også at krisehåndteringen ses som vellykket, og at det derfor ikke vil bli foretatt store endringer i etterkant. *Jeg synes vi er virkelig gode til å treffe beslutninger i en krisesituasjon* (Informant SSI). Et av områdene som likevel er under vurdering etter pandemien er om hvorvidt Danmark bør fornye eller søke en ny innkjøpsavtale med GSK eller et annet legemiddelfirma. Her vektlegger informanten fra SSI behovet for en større vektlegging av fleksibilitet ved inngåelse av en eventuell ny avtale. Ved forhandlingene i 2006 ble det fra politisk hold i stor grad fokusert på å sikre krav på et høyt antall vaksinedoser (Informant SSI). Informanten fra SSI trekker frem behovet for fleksibilitet også i forhold til nedre grense: *Viktig at de ikke kun forsøkte å se hvor mye de kunne få, men også hvor lite* (Informant SSI). Ønsket om fleksibilitet henger derfor nøye sammen med avtalt spennvidde for innkjøp av doser i en eventuell ny vaksineavtale. I forhold til dagens status avventer ennå SSI utviklingen av en eventuell internasjonal innkjøpsavtale, men har klargjort for eventuell anbudsrunde om Danmark vil igjen gå inn i en nasjonal innkjøpsavtale med et legemiddelfirma (Informant SSI). Med bakgrunn i at vaksineringsen ikke ble ansett som nødvendig for hele befolkningen, kun enkelte grupper, danner kanskje dette bakgrunnen for at Danmark har valgt å ikke prioritere fornyelse eller inngåelsen av en ny innkjøpsavtale. Fokuset virker å ligge på andre tiltak, og vaksineringsen utgjør på dette tidspunkt ikke hovedstrategien for en fremtidig krisehåndtering av en pandemi i Danmark.

Hovedinntrykket fra Danmark er at lærings- og endringstrekkene virker å være preget av mer uformelle rutiner – en form for ”ad hoc” fremgangsmåte. Den nasjonale evalueringen er et godt eksempel på dette. Evalueringsoppdraget ble fra Sundhedsstyrelsen gitt til en ekstern

aktør, Institut for Beredskabs evaluering, med bakgrunn i at Sundhedsstyrelsen ønsket en mer uavhengig evaluering. Dette bryter allerede med det som Sundhedsstyrelsen betegner som ”vanlig” evaluerings praksis. Etter hvert virker det som om evalueringen delvis ble glemt hos både Sundhedsstyrelsen og Institut for Beredskabs evaluering i lang tid før evalueringsarbeidet for kort tid siden ble satt i gang igjen. Med bakgrunn i dette eksempelet virker det klart at fremgangsmåten er mer preget av enkeltvurderinger – enn formaliserte rutine.

Læring - Sverige:

I forhold til læringsutbytte fra bruk av planverk under pandemien så trekker de ulike aktørene frem ulike behov ut fra erfaringene pandemien har gitt. Landstingene¹⁵ trekker frem et behov for å utarbeide inngående massevaksinasjonsplaner som kan komplementere de vanlige pandemiplanene. Dette har sin klare bakgrunn i Landstingenes erfaringer fra pandemien. Landstingene måtte, som tidligere redegjort for, bestemme seg innen 10 dager for innkjøp av et antall vaksinedoser innenfor en spennvidde mellom 9-18 millioner doser når WHO erklærte pandemifase 6. I tillegg til dette hadde Landstingene veldig kort frist på seg for å organisere de logistiske utfordringene knyttet til massevaksinering av i utgangspunktet så store deler av befolkningen som mulig. Landstingene har derfor trukket frem at disse beslutningene burde i større grad burde ha vært bedre utredet og mer detaljert planlagt i forkant av WHO's varsling (Socialstyrelsen og MSB 2011). Spesielt de logistiske utfordringene kunne vært løst ved en mer strømlinjeformet organisering.

Socialstyrelsen har også sett behovet for en nærmere nasjonal massevaksinasjonsplanlegging, i tillegg til den eventuelle styrkingen av Landstingenes planer. Socialstyrelsen vektlegger i likhet med Landstingene et behov for ytterligere klargjøring av de rent logistiske og praktiske relaterte oppgavene knyttet til en pandemi. Planverket ble sett som å gi gode forutsetninger for størsteparten av krisehåndteringen, men ble for svakt i forhold til planlegging av de mer operative oppgavene. Socialstyrelsen så også behov for en evaluering av hele krisehåndteringen på nasjonalt nivå for å vurdere mer helhetlig hvilke grep som kan tas for å sikre en bedre krisehåndtering på et senere tidspunkt (Socialstyrelsen og MSB 2011).

Hovedlærdommen i etterkant av pandemien er likevel knyttet til inngåtte vilkår i innkjøpsavtalen med GSK. Socialstyrelsen trekker blant annet frem at det var uheldig at innkjøpsavtalen med GSK hadde en taushetsklasse som medførte at Socialstyrelsen kun hadde

¹⁵ Landstingene utgjør med Länsstyrelsene det regionale nivået.

mulighet til å formidle deler av avtalevilkårene til befolkningen. Dette medførte et stort press på Socialstyrelsen under pandemien siden debatten rundt hvilke vilkår Sverige var bundet til i avtalen med GSK i stor grad var preget av usikkerhet og mangel på klare svar. Først 2 år etter inngåelse av innkjøpsavtalen, i november 2009, hadde Socialstyrelsen lov å offentliggjøre større deler av avtalevilkårene (Socialstyrelsen 2010a). Socialstyrelsen valgte likevel å ikke publisere alle avtalevilkårene, og var delvis restriktive. Socialstyrelsen vektlegger også et behov for større fleksibilitet i en eventuell ny innkjøpsavtale med GSK:

Utifrån idag nyvunnen kunskap bör ett framtida avtal vara mer flexibelt med möjlighet till successiva beställningstidpunkter, möjlighet till omförhandling vid nya förutsättningar och med utgångspunkt på behandling för att uppnå ett bra skydd i stället för att förutsätta två doser per person (Socialstyrelsen 2010a: 2-3).

Socialstyrelsen virker å være klar på at åpenhet og fleksibilitet må vektlegges sterkt i eventuelle kommende forhandlinger om en ny innkjøpsavtale med legemiddelfirma.

Fleksibiliteten de etterspør går spesielt på muligheten for justering av antall vaksinedoser, deriblant mulighet for egen faglig vurdering av behov – ikke automatisk utløsning av avtale etter WHO's pandemifaser. Flexibiliteten de etterspør ønsker de å kombinere med en økt åpenhet rundt eventuelle avtalevilkår etter deres vurdering av hva som bør offentliggjøres – ikke nødvendigvis kun etter legemiddelfirmaets ønske (Socialstyrelsen 2010a, Socialstyrelsen og MSB 2011).

Socialstyrelsen vektla også en annen utfordring i etterkant av pandemien, nemlig at til tross for at de støtter ansvarsfordelingen fortsetter slik den var, så burde ansvarsfordelingen i større grad forankres i planverket (Socialstyrelsen og MSB 2011). Poenget med ansvarsfordelingen peker delvis på det faktum at det offisielt er den svenske regjering og regeringskansliet som er ansvarlig for krisehåndteringen, mens det i praksis ofte er Socialstyrelsen og MSB som sitter med det operative ansvaret. Dette bør derfor eventuelt synliggjøres tydeligere i planverket.

Endring:

Jeg har redegjort for det jeg anser som de viktigste læringseffektene aktørene vektla i ettertid av pandemien. Dermed blir det interessant å vurdere hvilket utslag læringseffektene har gitt i forhold til endringer i etterkant. Oversikten over endringer er mindre enn læringsfasen, noe som er et utslag av at enkelte endringer kommer som resultat av flere læringseffekter.

Socialstyrelsen hadde en ledende rolle under krisehåndteringen av pandemien, og det er derfor naturlig at de i etterkant av pandemien hadde en ledende rolle i mye av arbeidet med forslag til endring (Socialstyrelsen og MSB 2011).

Socialstyrelsen trekker frem at de spesielt så et endringspotensiale i forhold til flere av vilkårene i innkjøpsavtalen med GSK. Med bakgrunn i dette valgte Socialstyrelsen å gå i dialog med GSK i forsøk på å reforhandle enkelte av avtalevilkårene, spesielt relatert til gjenstående beholdning av vaksinedoser. Representanter fra Landstingene ble også inkludert i dialogen med GSK, siden vaksinedosene i hovedsak var lagret hos de ulike Landstingene (Socialstyrelsen og MSB 2011). Socialstyrelsen og Landstinget satt igjen totalt igjen med et lager av cirka 6,5 millioner vaksinedoser etter at vaksineringsen var avsluttet (Socialstyrelsen 2010a). Socialstyrelsen og Landstinget valgte derfor å tegne en tilleggsavtale med GSK i mai 2010 der de sikret seg to videre bruksalternativer for restlageret av vaksinedoser. Det første alternativet var å bytte virusstammen på vaksinedosene mot eventuelle nye virusstammer – i tilfelle det skulle komme en ny pandemi eller svineinfluensaviruset endrer seg i en slik grad at virusstammen måtte ”oppdateres”. Det andre alternativet var å bytte ut adjuvansen om den nåværende skulle bli for gammel for videre bruk. Mens GSK i avtalen ville ha et vederlag for eventuelt bruk av det første alternativet, godtok GSK å selv dekke kostnader forbundet med det andre alternativet – begrenset 3 år frem i tid (Socialstyrelsen 2010b).

Socialstyrelsen trakk etter pandemien også frem behovet for en nærmere evaluering av den nasjonale krisehåndteringen. Dette ble realisert når den svenske regjeringen i mars 2010 gav Socialstyrelsen og MSB evalueringsoppdraget 3.mars 2010 ble evalueringsrapporten lansert, i en rapport bestående av en hoveddel og resultatet av 7 delprosjekter (Socialstyrelsen og MSB 2011). Socialstyrelsen oppdaterte i 2012 også de nasjonale pandemiplanene, og introduserte et oppdatert planverk delt i tre: *Beredskapsplanering för pandemisk influensa, Kommunikationsplanering för pandemisk influensa, Beredskapsläkemedel – tillgång och tillgänglighet* (Socialstyrelsen 2012). Lanseringen av nytt planverk ble ikke utelukkende godt mottatt, men skapte derimot nytt liv i en debatt som foregikk i pressen rundt Socialstyrelsens valg i krisehåndteringen. Hovedvekten av kritikken mot Socialstyrelsen under pandemien gikk på usikkerhet rundt vilkårene i Socialstyrelsens innkjøpsavtale med GSK, men i etterkant av pandemien ble kritikken derimot mer fokusert på det som ble oppfattet som Socialstyrelsens manglende vilje til å drøfte krisehåndteringen. *Det mest uppseendeväckande är den enorma tystnaden runt den svenska pandemikampanjen* (Oden i Gherseti og Oden 2010). Agneta Holmström fra Socialstyrelsen, sjef for enhet för hälsoskydd och smittskydd, uttalte som svar på kritikk i etterkant av pandemien:

Vi måste få en organisation för att hela tiden kontinuerligt följa utvecklingen under en pandemi, och kunna förändra och ompröva. (...) Och denna typ av beredskap håller på att byggas upp på Socialstyrelsen (Atterstam 2013).

Til tross for disse løftene fra Socialstyrelsen var det kritikere som mente at Socialstyrelsen ikke prioriterte arbeidet i etterkant nok, og at det var behov for andre tiltak enn evalueringen og de oppdaterte pandemiplanene. En av disse kritikerne var Göran Stiernstedt, sjef for vård och omsorg ved Sveriges Kommuner och landsting. Stiernstedt har vært en av de sterkeste kritikerne av Sveriges håndtering av pandemien helt siden pandemien brøt ut. Stiernstedt mente at:

Det är väl bra med planer. (...) Men det absolut viktigaste är att tillsätta en oberoende grupp som granskar hela kampanjen, vad som hände, vilka som beslutade och varför det blev som det blev (Göran Stiernstedt, Medisinsk ansvarlig hos Sveriges Kommuner och Landsting¹⁶, Atterstam 2013).

Stiernstedt har vært en av de fremste forkjemperne for en uavhengig evaluering, og har ment at Socialstyrelsen og MSB evaluering av eget arbeid ikke er tilfredsstillende. Samtidig har Stiernstedt trukket frem behovet for at en evaluering også tar høyde for andre lands valg av krisehåndtering. *Det viktigaste vi måste göra nu är att jämföra utfallet av olika vaccineringsstrategier i olika länder (Atterstam 2012a).* Socialminister Göran Hägglund har svart på Stiernstedts kritikk med å fastholde at: *Socialstyrelsen har uppdraget och ska ta hänsyn till de erfarenheter som man fick under pandemin (Atterstam 2013).* Debatten er derfor i stor grad preget av å være fastlåst i forhold til vurdering av både tidligere iverksatte tiltak og det videre arbeidet for å sikre et best mulig grunnlag før neste krisehåndtering.

Både underveis og i etterkant av pandemien har mye av fokuset vært på mulige bivirkninger på svineinfluensavaksinene, spesielt Pandemrix som Sverige brukte. Sverige valgte derfor, som første land i EU, å publisere oversikter over bivirkninger i forbindelse med Pandemrix og antivirale medisiner. Oversiktene er laget med bakgrunn i Läkemedelsverkets overvåkning av eventuelle bivirkninger, et system der både helseinstitusjoner og privatpersoner kunne melde inn bivirkninger. Sverige sikret med dette en løpende oversikt over aktuelle bivirkninger. Oversikten de opparbeidet seg dannet så grunnlaget for en videre etterforskning av Pandemrix og sykdommen narkolepsi. Etterforskningen foregikk fra februar 2011 frem til sommeren samme år, og resultatene ble offentliggjort høsten 2011 (Socialstyrelsen og MSB 2011). Sverige har internasjonalt blitt trukket frem som et foregangsland i forhold til åpenheten rundt kartleggingsdata av bivirkninger etter svineinfluensavaksineringen – en kontrast til kritikken mot lite åpenhet rundt andre forhold av krisehåndteringen.

¹⁶ Landstingene utgjør med Länsstyrelsene det regionale nivået.

Samlet sett virker det jeg anser som Sveriges hovedtrekk vedrørende læring og endringer i etterkant av pandemien å være preget av en form for formell rutine. Evalueringsansvaret ble kort tid etter pandemien i hovedsak gitt til Socialstyrelsen og MSB, de samme aktørene som også var sentrale i krisehåndteringen. Endringene i pandemi- og beredskapsplanene kan også ses som del av en rutine, siden tilsvarende planverk uavhengig av ”mangel” på kriser har vært oppdatert med jevne mellomrom. Sverige virker dermed å ha en form for ”fasit” for evaluering, noe som virker i stor grad å være formalisert i planverk og rutiner. Et annet trekk som virker formalisert er åpenhet rundt både planverk og evalueringer. Det er likevel et klart unntak når det gjelder innkjøpsavtalen med GSK. Socialstyrelsen hadde etter avtalevilkårene med GSK restriksjoner på offentliggjøring av store deler av avtalen frem til november 2009, men Socialstyrelsen har også valgt å evaluere innkjøpsavtalen internt i ettertid uten at det har blitt gitt innsyn. Socialstyrelsen har trukket frem et behov for større fleksibilitet i en eventuell ny innkjøpsavtale, blant annet knyttet til mulighet for offentliggjøring av avtalevilkårene, noe som kan være utfordrende å forsvare når Socialstyrelsen selv velger å evaluere for lukkede dører.

Internasjonalt:

Selv om internasjonale læringseffekter ikke er sentral i min oppgave vil jeg gi en kort redegjørelse for de tiltak internasjonalt som er linket til Danmark og Sverige nasjonale krisehåndtering. Et av de viktigste tiltakene i denne forbindelse knytter seg til et forslag drøftet i EU om felles innkjøp (joint procurement) av pandemivaksine og antivirale midler. Formålet er å sikre at alle medlemslandene skal få samme tilgang ved en eventuell pandemi, men innkjøp skal fremdeles basere seg på frivillighet. Tiltaket er presentert med basis i erfaringer fra svineinfluensaen. Under svineinfluensaen var det markante forskjeller mellom de europeiske landene i forhold til hvilke avtalevilkår de fikk med legemiddelfirmaene, også uavhengig av innkjøpsavtaler. Forslaget legger opp til at alle medlemsland skal få mulighet til å kjøpe vaksiner og medisiner til å dekke en viss prosentdel av befolkningen, men at man også kan avtale videre dekning utover den første dekningen etter ønske. Både Danmark og Sverige har stilt seg i utgangspunktet positive til initiativet, så lenge det er basert på frivillighet fra medlemslandene. Trolig vil et eventuelt slikt tiltak bli en viktig faktor i forhold til Danmark og Sveriges vurdering av videre innkjøpsavtaler med legemiddelfirmaer. Verken Danmark eller Sverige har i dag en gjeldende innkjøpsavtale, til tross for at begge land har trukket frem det positive i sikkerheten som den gjeldende avtalen gav under svineinflusapandemien (Folketinget 2010).

6 Sentrale funn og avsluttende kommentarer:

Jeg har i kontekst-, og krisehåndteringskapittelet beskrevet forutsetningene som lå til grunn for krisehåndteringen i tillegg til den faktiske krisehåndteringen i begge land. I dette kapittelet vil jeg derimot diskutere sentrale trekk i forhold til de teoretiske perspektivene. Jeg vil også se nærmere på studiens hovedfunn med formål om å besvare problemsstillingen og forskningsspørsmålene. Tilslutt vil jeg drøfte min studie opp mot tidligere forskning, og gi noen avsluttende kommentarer for hvilke områder som kunne vært interessante for videre forskning.

6.1 Innledning teoretiske perspektiv:

Jeg har valgt å bruke to organisasjonsteoretiske perspektiv, et instrumentelt og et historisk-institusjonelt, for å belyse og forklare landenes krisehåndtering - med vekt på valg av vaksinasjonsstrategi. Perspektivene ble presentert og drøftet i kapittel 2, og det henvises derfor til dette kapittelet for nærmere utredning. Det er viktig å merke seg at jeg har kombinert policy-style og det historisk-institusjonelle perspektivet. Policy-style deler flere likhetstrekk med det historisk-institusjonelle perspektivet, og jeg vurderer det derfor som formålstjenlig å bruke disse samlet for å belyse i størst mulig grad hvordan disse kan forklare valg av vaksinasjonsstrategi i landene.

Jeg har valgt å drøfte relevante momenter fra hvert lands krisehåndtering samlet, istedenfor å separerer det i egne avsnitt. Bakgrunn for dette er å sikre en større komparativ forståelse av forskjeller og likheter mellom landene i tillegg til forklaringskraften til perspektivene. Perspektivene vil ellers ikke nødvendigvis gjensidig utelukke hverandre, men kan derimot komplementere hverandre ved å kaste lys over ulike årsaker for handling.

Jeg har i teori- og krisehåndteringskapittelet brukt modifiserte krisefaser som et verktøy for å kategorisere krisens hendelsesforløp. Med tanke på at min problemsstilling har et spisset fokus på valg av vaksinasjonsstrategi, ikke hele krisehåndteringen, vurderer jeg det som mest formålstjenlig å ikke bruke krisefasene som verktøy i dette kapittelet. Dette valget gir meg mulighet til å i større grad vurdere i hvilken grad ulike beslutninger og valg bør belyses og drøftes ytterligere, uten den samme bindingen til vektlegging av hvilken krisefase de tilhører.

6.1.1 Tolkning i lys av de teoretiske perspektivene:

Hovedtrekkene til det *instrumentelle* perspektivet kan i hovedtrekk oppsummeres som at organisasjoner anses som redskaper eller instrumenter som kan brukes for å oppnå bestemte mål. Fokuset ligger derfor på formålsrasjonelle handlinger som kjennetegnes av at valg tas med bakgrunn i en rasjonell kalkulasjon mellom tilgjengelige alternativer ut fra kriterier som mulige virkemiddel, konsekvenser og eventuelt med hensyn til regler knyttet til beslutning. Det rasjonelle kan også gjenspeiles i organiseringen og de formelle strukturene, noe som vil begrense og forme handlingsrommet for organisasjonens medlemmer (Christensen, Læg Reid, Roness og Røvik 2009).

Det *historisk-institusjonelle* perspektivet legger derimot vekt på organisasjoners normer og uformelle regler, og fremhever at handling blir påvirket av de institusjonelle rammene. *Historisk-institusjonalisme* vektlegger også historien som et verktøy for å forstå det som skjer i dag. En organisasjons normer og verdier fra tidligere vil nemlig legge føringer for videre valg ved at aktørene ofte vil bruke de samme ”stiene” (Christensen et al 2009). I forhold til policy-style vil jeg analysere om hvorvidt landenes policy-style særtrekk kan sies å ha vært tilstede i krisehåndteringen. Policy-style særtrekkene til Danmark er i hovedtrekk preget av mer reaktive trekk, mens Sverige derimot er mer preget av proaktive trekk. Begge land vektlegger konsensus.

6.1.1.1 I forkant av valg av vaksinasjonsstrategi:

Med bakgrunn i det *instrumentelle perspektivets* fokus på formålsrasjonalitet blir det viktig å vurdere hvilket utgangspunkt landene hadde i forhold til beredskap og planverk knyttet til krisehåndtering, siden dette vil påvirke landenes beslutningsgrunnlag, både i forhold til tilgjengelig tid og alternativer. Jeg forventer at en kombinasjon av formelle strukturer og eksisterende planverk har spilt en viktig rolle i starten av krisen. Jeg forventer også ut fra det instrumentelle perspektivet at begge land har forankret sine strategier og tiltak for krisehåndtering og smittevern i gjeldende planverk og lover (Christensen et al 2009).

I det *historisk-institusjonelle perspektivet* forventer jeg derimot at tidligere krisehåndtering vil ha større påvirkning for hvordan de håndterer denne krisehåndteringen. Tidligere håndtering vil da ha etablert sedvaner for hvordan man forholder seg til en krisehåndtering, og dette vil veie tyngre enn å rasjonelt vurdere alternativer skissert i planverket. Dette vil eventuelt også forklare om det er et misforhold mellom eksisterende planverket i forkant av pandemien og den faktiske håndteringen. I det *historisk institusjonelle* perspektivet forventer jeg også at

aktørene forholder seg i større grad til det som regnes som ”passende”, ut fra hvordan man har håndtert lignende situasjoner tidligere (Christensen et al 2009). I forhold til *policy-style* så forventer jeg at Danmark er preget av en mer reaktiv natur, noe som vil gi utslag i et planverk som gir stort handlingrom kombinert med at beslutninger først tas når ting skjer. I Sverige forventer jeg derimot en mer proaktiv innstilling, der planverket er fylldig med grundige føringer og beslutninger blir tatt raskt når det er tegn til krise.

Både Danmark og Sverige har klare interne rutiner og prosedyrer for hvilken aktør som har i oppgave å være mottaker av smittevarslinger fra WHO, og hvordan denne informasjonen skal håndteres videre. Ved at første varslingsaktør i begge land er aktører med medisinskfaglig kompetanse (SSI, Smittskyddsinstituttet) medfører dette at varselet raskt kan bli faglig vurdert i forhold til trusselnivå. Rutiner og prosedyrer vil være nødvendig for å sikre at uavhengig av hvem som er på jobb hos aktørene vil varselet bli håndtert likt. Det at man har formet fastsatte rutiner for behandling av varslinger etter et gitt mønster kan på mange måter tolkes som en innebygd rasjonalitet som er formalisert i rutiner – et klart trekk på *instrumentell* fremgangsmåte.

WHO første varsel om mulig pandemi ble sendt via meldesystemet GOARN 24.april. I Danmark ble WHO's varsel først mottatt hos SSI, som igjen varslet Sundhedsstyrelsen. Til tross for at Sundhedsstyrelsen fikk videreformidlet varselet samme dag valgte de likevel å avvende situasjonen frem til 27.april før krisestaben iverksatte sitt hovedarbeid, med bakgrunn i blant annet at varslingen ble mottatt på en fredag. Til tross for at utgangspunktet for varslingen i Danmark virket å være en *instrumentell* fremgangsmåte, jamfør drøftingen over, mener jeg håndteringen av varselet også bærer preg av *historiske-institusjonelle* trekk ved bruk av stivhengighet. Sundhedsstyrelsen brukte tidligere erfaringer med håndtering av smittsomme sykdommer som et utgangspunkt for første respons på varselet, og de tidligere erfaringene med smittsomme sykdommer har i hovedsak ikke medført et stort tidspress for rask handling. Dermed ble beslutningen om å avvende tatt med bakgrunn av tidligere erfaring, istedenfor en vurdering av hvilken reaksjonsmåte som ville være mest formålstjenlig. I Danmarks tilfelle vurderer jeg det derfor som at både det instrumentelle og historisk-institusjonelle perspektivet har forklaringskraft. Sundhedsstyrelsens reaksjon samsvarer også med min forventning om Danmarks *policy-style* som mer reaktiv. Det reaktive trekket kommer klart frem når et varsel ikke medfører raske handlinger, men derimot en avventing av videre utvikling.

I Sverige ble varslingen formidlet til Smittskyddsinstitutet som samme dag innkalte sin interne influensagrupper for et ekstraordinært møte. Dagen etterpå samlet representanter fra Smittskyddsinstitutet, Socialstyrelsen og MSB seg til et krisemøte for å drøfte videre strategi. Sveriges reaksjon på varselet bekrefter det *instrumentelle perspektivet* forklaringskraft. Varselet ble raskt fanget opp og prioritert. Alle fakta var ikke kjent, og det ble derfor iverksatt flere tiltak for å samle inn informasjon og sikre en rasjonell vurdering av de aktuelle alternativene for videre håndtering. Sveriges *policy-style* som mer proaktiv er også tydelig tilstede ved at man til tross for at det ”kun” var utstedt et varsel velger å igangsette arbeid for å gjøre seg forberedt for en eventuell ytterligere utvikling. Lægreid (1990) argumenterer for at Sverige har en sterk tradisjon: *med eit effektivt og handlekraftig statsapparat med stor iverksettingskapasitet* (Lægreid 1990: 220).

Til tross for samme varsel og varslingstidspunkt ble likevel krisens alvorlighetsgrad i starten vurdert ulikt mellom landene, noe som medførte forskjellige reaksjoner på varselet. En annen interessant slutning er at i begge land ble varselet først mottatt av aktører som hierarkisk sett er underlagt de som sitter med det offisielle ansvaret – nemlig Ministeriet for sundhed og forebygging i Danmark og regjeringen i Sverige. I Sverige kan dette delvis forklares av det årlige reguleringsbrevet som hver aktør får fra regjeringen, der relaterte oppgaver er integrert. Det kan likevel stilles spørsmål til om det i forhold til slike helsefaglige kriser er etablert en institusjonalisert sedvane om fast delegering av krisehåndteringsoppgaver til underlagte aktører. At varselet går til en aktør med helsefaglig kompetanse, og ikke den med det offisielle ansvaret, kan delvis forsvares og forstås ut fra et standpunkt om å sikre faglig forståelse for hva et slikt varsel innebærer. Samtidig er den videre krisehåndteringen også preget av den samme tendensen, nemlig at aktørene involvert ikke sitter med det offisielle ansvaret.

Fra varslingen velger jeg å trekke linjene videre til plan- og lovverket i hvert land. Begge land hadde et omfattende plan- og lovverk knyttet til krisehåndtering, derav også pandemier. Lovverket er strengt regulert i forhold til regelverk for offentliggjøring, og var derfor lett tilgjengelig i begge land. I forhold til planverket var det derimot større forskjeller mellom landene. I Danmark var det likevel en klar vektlegging av interne beredskapsplaner, både nasjonalt og som rådgiver for andre aktørers beredskapsplaner, noe som har resultert i at færre planer var offentliggjort. Mindre vekt på offentliggjøring er et trekk som historisk sett har kjennetegnet mye av Danmarks forvaltning på flere politikkområder. At planverket knyttet til krise følger denne ”trenden” ser jeg som en stivhengighet, og dermed et *historisk-*

institusjonelt trekk. Mindre åpenhet rundt planverket medfører at det er mer utfordrende å få innsikt i beslutningsprosessen og derav kunne sammenligne forholdet mellom planverk og faktisk håndtering. Dette danner bakgrunn for at jeg valgte å vektlegge et større antall informantintervju i Danmark. Det planverket som var offentliggjort var derimot preget av en begrenset rasjonalitet, et *instrumentelt* trekk, ved en mer begrenset informasjonstilgang. Planverket som var offentliggjort mener jeg derfor bærer preg av både det *instrumentelle*- og det *historisk-institusjonelle* perspektiv, men vektleggingen av interne ikke offentliggjorte planer er derimot preget av sistnevnte perspektiv. Sett i forhold til Danmarks *policy-style* forventet jeg at planverket ville være såpass generelt utarbeidet at handlingsrommet for når beslutninger skulle tas var stort, noe som vil være i henhold til en mer ”ad-hoc” innstilling til beslutninger. Dette var i stor grad tilfellet.

I motsetning til Danmark utgjorde interne beredskapsplaner kun en mindre del av planverket i Sverige, og det meste var offentlig tilgjengelig. Det er likevel et viktig unntak i forhold til Socialstyrelsens håndtering rundt innkjøpsavtalen med GSK, som jeg vil komme drøfte ytterligere senere. Flere av de svenske aktørene involvert i krisehåndteringen hadde også egne interne planer i tillegg til de nasjonale krisehåndteringsplanene. Til forskjell fra Danmark virket derimot de interne planene i større grad å fungere som et supplement, og vektleggingen var dermed ikke markant. Sett i forhold til Sveriges *policy-style* forventet jeg at en mer proaktiv innstilling der planverket i stor grad la utfyllende føringer for krisehåndteringen. Dette var kun delvis riktig. Sveriges planverk var innholdsrikt og gav inntrykk av å være utarbeidet med henblikk på å redegjøre for store deler av det en krisehåndtering kan medføre. Samtidig var planverket også preget av begrenset rasjonalitet. En krise er jo i seg selv uberegnelig, og det vil derfor være behov for justeringer ut fra en vurdering av situasjonen man står ovenfor. Sveriges planverk var derfor etter min vurdering i henhold til det *instrumentelle perspektivets* vektlegging av (begrenset) rasjonalitet.

Forskjellen mellom landene lå dermed på hvordan informasjonen rundt planverkene ble sett og behandlet blant aktørene i forhold til vektlegging av interne eller offentlige planer. Begge lands planverk bærer preg av en generell utforming, noe som kan ses som naturlig i en krise siden det ikke er mulig å utrede for alle mulige scenarioer. Planverket i begge land var derfor i stor grad utformet som en veiledende ressurs, i tillegg til at bruken av planverket i stor grad gjenspeilet dette. Forklaringsfaktor for handlingsrommene i planverket vurderer jeg i Danmark å være mer preget av stivhengighet, mens Sveriges planverk bærer preg av en begrenset rasjonalitet.

6.1.1.2 Prosessen frem mot valg av vaksinasjonsstrategi:

I det *instrumentelle perspektivet* forventer jeg at aktørene vektlegger formelle strukturer i kombinasjon med formålsrasjonelle handlinger. Ved formålsrasjonelle handlinger forventer jeg derfor at aktørene rasjonelt vurderer alternativene til vaksinasjonsstrategi og velger det alternativet som ligger nærmest ønsket tilstand eller mål. Jeg forventer også at aktørene vil kunne tilpasse seg eventuelle endringer i situasjonen, eksempelvis knyttet til endring i trusselnivået til viruset. Veien frem til landenes valg av vaksinasjonsstrategi kan bli forhindret ved å ha for mange alternativer å vurdere, og det er her de formelle strukturene kommer inn. De formelle strukturene gir et utgangspunkt for hvordan man fordeler arbeid og roller ved å tilføre rutiner, hierarki og klare roller for hver enkelt - i kombinasjon med omgivelsene (Christensen et al 2009).

I det *historisk-institusjonelle perspektivet* forventer jeg at aktørene handler med bakgrunn i tidligere valg, stivhengighet, noe som også vil kunne legge en begrensning på hvilke alternativer som vurderes. Samtidig må det tas høyde for at noen av alternativene på vaksinasjonsstrategi representerer områder der landene har en mer begrenset erfaringsbakgrunn – spesielt i forhold til allmenn vaksinasjon. Jeg forventer derfor at vektlegging av stivhengighet i beslutningsprosessen kombineres med bruk av en passende logikk som innebærer at man tar et valg som regnes som samsvarende med organisasjonens normer og verdier. Passende logikk vil også være viktig i forhold til kommunikasjonen i beslutningsprosessen, kombinert med en økt symbolbruk for å sikre samhold og klare roller mellom involverte aktører (Christensen et al 2009). På *policy-style* siden er min forventning at begge land vektlegger samarbeid (konsensus) mellom involverte aktører høyt, og felles enighet er idealet. Samtidig forventer jeg en forskjell i forhold til når beslutningen om vaksinasjonsstrategi tas, der Sverige vil være i forkant og Danmark i etterkant av at innkjøpsavtalen blir bindende.

Utgangspunkt og valg av vaksinasjonsstrategi – innkjøpsavtalene med GSK:

Verken Danmark eller Sverige kunne velge vaksinasjonsstrategi uhindret av eksterne bindinger, men måtte derimot forholde seg til at de hadde bundet seg til en innkjøpsavtale som ville kunne bli utløst av en tredjepart – WHO. Det hadde helt klart vært interessant å fått en dypere innsikt i beslutningsprosessen bak inngåelsen av innkjøpsavtalene for å vurdere hvilke(t) perspektiv som ville være mest dekkende som forklaringskraft. Med tanke på oppgavens fokus velger jeg istedenfor å forholde meg til innkjøpsavtalene slik de lå, og vil

heller se nærmere på landenes vurderinger rundt de valgmulighetene de hadde inkludert i innkjøpsavtalen.

I forhold til landenes samspill og kommunikasjon med media hersket det en spesielt stor forskjell mellom landene i begynnelsen av krisehåndteringen. Årsaken til forskjellene kan hovedsakelig spores tilbake til forskjeller i åpenhet rundt innkjøpsavtalen. Sundhedsstyrelsen og SSI valgte allerede fra starten å være åpen rundt hovedvilkårene i innkjøpsavtalen, og svarte på spørsmål rundt dette på pressekonferanser. Jeg vurderer det som om deres mediastrategi kan forklares som en hybrid mellom *instrumentelle*- og *historisk-institusjonelle* trekk, men med vekt på sistnevnte. Mediastrategiene var i stor grad bundet opp til allerede eksisterende rutiner og planer knyttet til tidligere erfaringer med større hendelser. Dette ble i tillegg koblet opp til en økt symbolbruk der aktørene var klare på hvilken organisatorisk tilhørighet de representerte, og forsøkte med dette å styrke og stadfeste klart egen posisjon. Et klart eksempel på symbolbruk var blant annet at ledere i krisehåndteringen valgte å offentliggjøre egen vaksinasjon for å styrke legitimiteten i argumentasjonen om valg av vaksiner. De trekk jeg har skissert så langt er klart historisk-institusjonelle trekk. De *instrumentelle* trekkene kommer derimot frem ved vektleggingen av de medisinsk-faglige vurderingene som legitimering for valg av vaksinasjonsstrategi og prioriteringen av risiko- og prioritetsgrupper. Prioritering for vaksiner vil jeg komme tilbake til. Sett i forhold til Danmarks *policy-style* forventet jeg at mediastrategien ville bære preg av mindre åpenhet. Danmarks åpenhet kan tolkes som et pragmatisk trekk der strategien er å skape tillit til vaksinasjon hos befolkningen ved å ha en åpen og informasjonsrik dialog med media.

Socialstyrelsen valgte derimot en mer lukket linje, og unngikk i stor grad å svare konkret på spørsmål rundt vilkårene i innkjøpsavtalen. Dette hemmeligholdet medførte stor debatt og mye spekulasjoner, noe som ytterligere økte da Socialstyrelsen i mai offentliggjorde oppdraget fra den svenske regjeringen om å gå inn i dialog med GSK om en eventuell tilleggsavtale. Selv om denne dialogen ikke medførte signering av en ny avtale representerer dette en videreføring av Socialstyrelsens mediastrategi; lukkede forhandlinger og lite offentliggjøring. I ettertid har det blitt kjent at Socialstyrelsen hadde i (den originale) innkjøpsavtalen bundet seg til hemmelighold av deler av avtalevilkårene i 3 år – altså frem til november 2009. Socialstyrelsens mediahåndtering bar i korte trekk preg av en målrettet styring fra Socialstyrelsens side, og informasjonen frigitt var i stor grad på deres vilkår. Dette blir blant annet trukket frem av en informant fra MSB:

Socialstyrelsen hadde en veldig streng oppfatning (...) det var ikke var rom for ulik presentasjon av informasjon (...) Vi i Myndigheten för samhällsskydd och beredskap hadde et litt annet syn (...) kan være godt å synliggjøre at de ulike myndighetene har forskjellige roller og syn på informasjon (Informant MSB B).

Socialstyrelsen er uenig i MSB, og samkjører i stor grad hvilket felles budskap som presenteres. Her mener jeg det *instrumentelle* perspektivet har høy forklaringsfaktor. Selv om mindre åpenhet kan sies å være et brudd på en stivhengighet ser jeg andre *historisk-institusjonelle* trekk. Socialstyrelsen kan sies å ha brukt en stor grad av symbolbruk i et forsøk på å styrke egen legitimitet, og derav skape trygghet for at de var kapable til å ta vurderingene rundt vaksinasjonsspørsmålet. Jeg vurderer derfor Socialstyrelsens mediastrategi til, i likhet med de danske aktørene, å inneholde både *instrumentelle* og *historisk-institusjonelle* trekk – men med motsatt vektlegging. Min forventning knyttet til Sveriges *policy-style* var at de svenske aktørene ville være veldig åpen i sin kommunikasjon med media. Årsaken til at dette ikke samsvarer kan delvis knyttes til avtalevilkårene om hemmelighold, men samtidig mener jeg Socialstyrelsens mediahåndtering representerer et avvik fra Sveriges *policy-style*.

Innkjøpsavtalene utløses – valg av spennvidde, deltakelse, prioritering og revideringer:

Da WHO erklærer den siste pandemifasen 11.juni 2009 blir Danmark og Sveriges innkjøpsavtale med GSK automatisk bindende. Landene må derfor bestemme seg for antall vaksinedoser ut fra den avtalte spennvidden, samt om hvorvidt man faktisk ønsker å bruke vaksinedosene. Da landene etterhvert velger innkjøpsantall og at man ønsker å vaksinere blir spørsmålet hvem man ønsker å vaksinere, og eventuell prioritering i ”køen”. Utover sommer/høsten oppdateres informasjonsbildet, og debatten rundt vaksinasjonsstrategi får en ny giv.

I Danmark var det i motsetning til Sverige, forholdsvis lite debatt rundt både innkjøpsavtalen og de videre beslutningene som tatt med bakgrunn i at innkjøpsavtalen ble bindende. Sundhedsstyrelsen og SSI bestemte seg i fellesskap raskt for vaksinasjonsstrategi. Ut fra aktører involvert i krisehåndteringen ellers, med unntak av Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, er det ikke noen aktører jeg mener ble bevisst utelatt i denne beslutningen. Informantene fra Sundhedsstyrelsen og SSI trekker frem at det var stor enighet rundt valget, og begge aktører baserte avgjørelsen bak samme argumentasjon; *Rasjonalet bak vårt valg var faglig, rent faglig* (Informant, SSI). *Det var en rent faglig overveielse* (Informant, Sundhedsstyrelsen A). Med faglig henvises det til medisinsk-faglig, og denne prioriteringen kommer også tydelig frem i både planverk og intervjuer. I motsetning blir det lagt liten vekt på politiske prioriteringer, derimot virker politikerne kun å bli involvert når det er strengt

nødvendig. Eksempelvis i forhold til godkjenning av de økonomiske kostnadene knyttet til innkjøp av vaksinene i Folketinget. Lite inkludering av politiske interesser i vurderingene kan derimot ikke sies å være en begrensning i deltakelsesrett, men derimot en gjensidig forståelse hos partene om at krisehåndteringen best løses av Sundhedsstyrelsen og SSI – med medisinskfaglig vektlegging. Etter kort drøfting blir det bestemt å bestille inn totalt 3,1 millioner doser for å vaksinere enkelte risiko- og prioritetsgrupper under forutsetning av at normalt friske personer som ikke var tilknyttet en av disse gruppene ville tåle en sykdomsperiode. Risikogruppen er basert på mer allmenne medisinske kriterier, tilsvarende som i Sverige. Prioritetsgruppene er derimot ansatte tilknyttet i deres arbeid til risikogruppen, eller ansatte i nøkkelposisjoner. Det er definitivt sistnevnte gruppe det var knyttet mest meningsytringer til, men selv her var debatten nesten fraværende.

Den danske beslutningsprosessen var i hovedtrekk preget av en begrenset rasjonalitet, ved at valget måtte tas i forkant av at all informasjon var tilgjengelig. Det kan likevel argumenteres for at det var et ”rent” rasjonelt valg å ta en beslutning basert på begrenset rasjonalitet, siden det å søke en fullstendig oversikt ville medført at beslutningsbehovet ikke lenger var aktuelt. Sundhedsstyrelsen og SSI bestemte seg raskt for strategi, en strategi i stor grad basert på hovedtrekk fra planverket, og arbeidet etter den tid var basert på å redusere avstanden til ønsket mål – formålsrasjonelle handlinger. Jeg vurderer derfor det *instrumentelle* perspektivet til å ha høy forklaringsfaktor.

I forhold til Danmarks *policy-style* vil jeg trekke frem det jeg oppfatter som en veldig pragmatisk holdning fra Sundhedsstyrelsen og SSI i beslutningsprosessen. Pragmatismen kan sies å henge sammen med Danmarks særpreg som mer reaktiv, der flere beslutninger virkes å tas da ting skjer – ikke i forkant. Istedenfor å vektlegge å ta beslutninger eller forberede seg for hendelser som kan komme blir det i større grad vektlagt å heller ta stilling til situasjonene da de inntreffer. Dette betyr ikke at Danmark nødvendigvis er uforberedt, men forberedelsene vil være færre og mindre detaljerte enn land som er mer proaktive – som Sverige.

I krisehåndteringskapittelet presenterte jeg deler av en debatt vedrørende valg av vaksinasjonsstrategi mellom sentrale personer i Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet og (lokale) smittevernsleger. Debatten belyser det jeg mener er en overgang fra en rasjonelt kalkulert avgjørelse ved inngåelse av innkjøpsavtalen, der målet var beskyttelse av befolkningen, til å resultere i en beslutning som virker mer preget av vektlegging av en hierarkisk struktur for beslutningstaking. Dette blir tydeliggjort ved hvilke aktører som blir inkludert i Socialstyrelsens valg av endelig vaksineringsstrategi; Smittskyddsinstitutet og

Läkemedelsverket – derav en begrensning i deltakelsesretten. Sett i forhold til den videre krisehåndteringsarbeidet der MSB er en sentral aktør virker grunnlaget for å ikke inkludere MSB i beslutningsprosessen uklart.

Sveriges *policy-style* er kjennetegnet av et stort fokus på blant annet konsensus, eksemplifisert som: (...) *formalisert og større diskusjons- og dialogsystem, der alle høres og inndras før man beslutter* (Informant Foss Hansen). Begrensningen i deltakelsesrett og lite åpenhet strider derfor etter min vurdering mot Sveriges *policy-style*. Verken Socialdepartementet eller regjeringen kan ellers sies å ha hatt en aktiv rolle i beslutningsprosessen, noe som er interessant sett opp mot hvor ansvaret for beslutningene lå. Ansvarsforholdet blir også trukket frem av MSB: *også i kriseperspektiv, kun er regjeringen som kan gjøre prioriteringer* (Informant MSB 2). Beslutningsprosessen bærer i helhet preg av et forutbestemt forløp som ikke er åpent for ny vurdering, dette er i utgangspunktet ikke en rasjonell vurdering. Samtidig mener jeg at Socialstyrelsen hadde i (den originale) innkjøpsavtalen bundet seg til avtalevilkår som gav liten handlefrihet, og at de ønsket å sikre kontroll over debatten og med dette minimere avstanden til ønsket resultat – altså en formålsrasjonell handling. Jeg vurderer det derfor som at det *instrumentelle* perspektivet har høy forklaringsfaktor.

6.1.1.3 Evaluering og læring i etterkant:

I det *instrumentelle* perspektivet forventer jeg at at aktørene vektlegger evaluering av krisehåndteringen, og eventuelle revideringer av annet planverk for å legge forholdene best mulig til rette for læringsutbytte i forkant av en eventuell ny krise.

I det *historisk-institusjonelle* perspektivet forventer jeg at aktørene tilpasser læring og endring ut fra hva de regner som ”passende” i både omgivelsene og organisasjonen.

Den operative krisen kan ikke sies å ha et tydelig skille for avslutning. Min vurdering er krisen ble avsluttet da pandemien høsten/vinter 2009 gikk over i en post-pandemisk fase, noe som etter hvert trigget en avslutning av vaksineringsen i begge land. I etterkant av krisen ble det, spesielt i Sverige, stilt forventninger til de involverte aktørene om å utrede krisehåndteringen for å avdekke utfordringer som kan utbedres – og dermed sikre læringseffekt.

I Danmark ble det bestemt at krisen hadde vært av et såpass stort omfang at det ville være nødvendig og nyttig med en evaluering. Sundhedsstyrelsen valgte først å avvente oppstart av en nordisk felles-evaluering, som etter hvert ble avlyst, før Beredskapsstyrelsen fikk oppdraget. Beredskapsstyrelsen har per dags dato ikke fullført evalueringen, etter at

evalueringen ble ”glemt” i lang tid. Lav vektlegging av evaluering i etterkant av en krise er ikke et nytt trekk, men derimot et historisk særpreg på Danmarks forvaltning. Det er derfor ikke en standardisert norm som automatisk trer i kraft ved en sak eller hendelse. At denne tendensen også ses etter denne krisehåndteringen vurderer jeg derfor å representere stivhengighet. Til tross for at Sundhedsstyrelsen kan sies å ha brutt med ”stien” ved å be om evaluering viser det lave oppfølgingsfokus fra Sundhedsstyrelsen, og manglende levering fra Beredskapsstyrelsen, at evalueringen hadde liten prioritet. Det *historisk-institusjonelle* perspektivet har derfor høy forklaringskraft. Sundhedsstyrelsens valg samsvarer også godt med Danmarks *policy-style* trekk som mer reaktiv. Det reaktive trekket medfører en mindre vektlegging på utredninger og evalueringer siden beslutninger i større grad tas med basis i en vurdering av situasjonen man står ovenfor, med dertil mindre vekt på planverk og evalueringer fra tilsvarende situasjoner.

I etterkant av krisen var det i Sverige knyttet stor forventning til eventuelle evalueringer av både valg av vaksinasjonsstrategi, og innkjøpsavtalen. Den svenske regjeringen delegerte i etterkant av krisen evalueringsoppdraget for krisen til Socialstyrelsen og MSB. Med tanke på kritikken rettet mot (hovedsaklig) Socialstyrelsen under krisehåndteringen er det litt overraskende at evalueringsoppdraget gis til samme aktør, og ikke til en aktør som ikke var så direkte involvert i krisehåndteringen. Evalueringen problematiserer også kun i mindre grad valg av vaksinasjonsstrategi, og argumentasjonen er i stor grad preget av en bekreftende holdning til det valget som ble tatt. Eksempelvis er deler av evalueringen basert på en kvalitativ undersøkelse der flere sentrale ledere i krisehåndteringen gir sitt syn på hva som ville være riktig avgjørelse. Evalueringen virker derfor å være preget av kun den ene siden av debatten.

Socialstyrelsen varslet etter press fra media også at de ville evaluere innkjøpsavtalen. Denne evalueringen har aldri blitt offentliggjort. Evalueringen av innkjøpsavtalen ser jeg som et ledd i en rasjonell kalkulasjon for å dempe støyen og skape arbeidsro, men samtidig sikre en utsettelse av vurdering av kritikk til etter evalueringen. Et videre kalkulert trekk fra Socialstyrelsens side tror jeg var deres beslutning om å ikke offentliggjøre evalueringen, noe som kan være basert på at evalueringen avdekker svakheter i Socialstyrelsens arbeid med innkjøpsavtalen. På denne måten formet Socialstyrelsen i stor grad hvilken informasjon som ble eller ikke ble formidlet under krisehåndteringen. Det er utfordrende hvilket perspektiv som har størst forklaringskraft på Sveriges evaluering og læring i etterkant, med bakgrunn i at mye ikke er offentliggjort eller kan ses som å kun representere deler av debatten. Det

instrumentelle perspektivet gis forklaringskraft i forhold til evalueringene som skal være et verktøy for å sikre bedre håndtering neste gang, samt strategien vedrørende evalueringen av innkjøpsavtalen. Samtidig har Sverige brutt med tidligere institusjonaliserte sedvaner i forhold til offentliggjøring og åpenhet, noe som kan gi grobunn for en ny måte å håndtere slike saker på – og dermed utviklingen av en ”ny” sti. Dette gir det *historisk-institusjonelle* perspektivet forklaringskraft. Socialstyrelsens valg om evalueringer samsvarer godt med Sveriges policy-style som proaktiv, i et ledd i det å være enda bedre forberedt før neste krise, men hemmeligholdet kan derimot sies å være et brudd på Sveriges policy-style. Jeg vurderer det derfor som at begge perspektiv har forklaringskraft i denne delen av krisehåndteringen, og at håndteringen kun delvis samsvarer med Sveriges policy-style.

6.1.1.4 Perspektivenes komparative forklaringskraft:

Jeg har i min studie valgt en utfyllende forskningsstrategi der jeg har benyttet meg av to perspektiver; et instrumentelt- og et historisk-institusjonelt. Fordelen ved å bruke en utfyllende forskningsstrategi er at det øker forklaringspotensialet, og synliggjør samtidig forskjeller mellom perspektivenes forklaringskraft. (Christensen et al 2004) Tabellen gir oversikt over perspektivenes forklaringskraft i Danmark og Sveriges krisehåndtering etter kategorier presentert i sentrale-funn kapittelet:

	I forkant av valg av vaksinasjonsstrategi:		Proessen frem mot valg av vaksinasjonsstrategi:		Evaluering og læring i etterkant
	Varsling	Plan- og lovverk	Kommunikasjon og media	Valg av vaksinasjonsstrategi	Evaluering og læring
Danmark/Sverige:					
Instrumentelt perspektiv	Middels/ Høy	Middels/Høy	Middels/Høy	Høy/Høy	Lav/Middels
Historisk-institusjonelt perspektiv	Middels/ Lav	Middels/Lav	Høy/Middels	Lav/Lav	Høy/Middels

I forkant av valg av vaksinasjonsstrategi:

Begge land kan sies å ha fastsatte rutiner for behandling av smittevarsler, noe som var tydelig tilstede når WHO først varslet om mulig pandemi. Vektleggingen av de formelle rutineene gir i det *instrumentelle* perspektivet høy forklaringskraft. I Danmark har jeg likevel valgt å dele forklaringskraften mellom det *instrumentelle*- og det *historisk-institusjonelle* perspektivet med

bakgrunn i Sundhedsstyrelsens vektlegging av tidligere erfaringer som bakgrunn for videre håndtering etter at varselet ble mottatt. I Sverige iverksatte man derimot flere tiltak for å forsikre seg om at uavhengig av utvikling ville man være forberedt. I forhold til lov- og planverket i Danmark gir jeg begge perspektiv lik forklaringskraft. I Sverige var størsteparten av planverket offentliggjort med klare trekk av begrenset rasjonalitet, og det instrumentelle perspektivet har høy forklaringskraft.

Prosesen frem mot valg av vaksinasjonsstrategi:

Danmark hadde en mediastrategi som var basert på tidligere erfaringer, stiavhengighet, og basert på dette ble mye informasjon delt med media. Det *historisk-institusjonelle* perspektivet har derfor høy forklaringskraft. Samtidig hadde Danmark også instrumentelle trekk ved deres vektlegging av medisinskfaglige vurderinger for valg av vaksinasjonsstrategi og risiko- og prioritetsgrupper, og det *instrumentelle* perspektivet er sett som å ha middels forklaringskraft. I Sverige var situasjonen i stor grad omvendt fra Danmark. Sveriges mediastrategi kan ses som mer lukket, og Socialstyrelsen styrte i stor grad hvilket budskap som skulle formidles. Dette gir det det *instrumentelle* perspektivet høy forklaringskraft. Samtidig kan man se klare trekk av økt symbolbruk fra Socialstyrelsens side for å styrke egen legitimitet, noe som gir det *historisk-institusjonelle* perspektivet middels forklaringskraft.

Den danske beslutningsprosessen vedrørende vaksinasjonsstrategi var preget av begrenset rasjonalitet, noe som er ”forståelig” i en krisesituasjon. Beslutning om strategi ble raskt tatt, og det videre arbeidet var preget av formålsrasjonelle handlinger. Det *instrumentelle* perspektivet gis derfor høy forklaringskraft i Danmark. I Sverige var valg av vaksinasjonsstrategi preget av hierarki i beslutningstakingen med elementer av begrensninger i deltakelsesrett. Bakgrunnen for dette mener jeg ligger i bindinger i innkjøpsavtalen, og at de svenske aktørene derfor forsøkte å komme frem til forutbestemt mål – og derav formålsrasjonell handling. Jeg vurderer derfor tilsvarende som i Danmark, at det *instrumentelle* perspektivet har høy forklaringskraft.

Evaluering og læring i etterkant:

I Danmark vurderer jeg det som om det *historisk-institusjonelle* perspektivet har høy forklaringskraft. De danske aktørene vektla evaluering lavt i etterkant av krisehåndteringen. Dette ser jeg som en form for stiavhengighet med bakgrunn i at lav vektlegging av evalueringer er et historisk særpreg i Danmarks forvaltning.

I Sverige er det mer utfordrende å vurdere perspektivenes forklaringskraft siden mye av planverket i etterkant enten ikke er offentliggjort, eller er preget av kun en side i debatten. Det *instrumentelle* perspektivet kan likevel sies å ha forklaringskraft i forhold til vektlegging av evalueringer for å forbedre håndtering til neste gang. Det *historisk-institusjonelle* perspektivet har forklaringskraft i forhold til Sveriges ”brudd” med å være åpen, noe som kan skape en ny ”sti”.

6.2 Studiens hovedfunn i lys av problemstillingen:

Min problemstilling var: Hvordan kan to forholdsvis like land med tilgang på samme informasjon velge to så ulike vaksinasjonsstrategier under krisehåndteringen av svineinfluensapandemien i 2009? Min forskningsstrategi har vært todelt, både beskrivende og forklarende. I det første forskningsspørsmålet var min intensjon å både beskrive og forklare hvordan stats- og forvaltningstradisjoner kan ha påvirket Danmark og Sveriges beslutningsprosess på valg av vaksinasjonsstrategi. Mitt andre forskningsspørsmål søkte å beskrive om og i hvilken grad Danmark og Sveriges policy-style var representert i valg av vaksinasjonsstrategi. Jeg vil her kort trekke frem de viktigste momentene knyttet til forskningsspørsmålene, og på den måten besvare problemstillingen.

6.2.1 Forvaltningstradisjoners forklaringskraft:

Med tanke på drøftingen av perspektivenes og policy-styles forklaringskraft vurderer jeg det som nyttig med en tilsvarende drøfting av forvaltningstradisjonenes forklaringskraft:

Allerede fra varselet om mulig pandemi ble sendt ut fra WHO 24.april ble det tydelig at det offisielle ansvaret ikke samsvarte med hvilke aktører som håndterte den faktiske krisehåndteringen. Dette var tydelig allerede fra starten av krisen da varselet fra WHO 24. april ble først mottatt av to direktorat/styrelser; henholdsvis SSI (Danmark) og Smittskyddsinstituttet (Sverige). Det kan på mange måter virke logisk at varselet fra WHO blir sendt til to aktører som sitter med en faglig kompetanse til å forstå varselet og dens betydning i sin helhet, men det strider mot det offisielle ansvaret. Varselet blir så fulgt opp av en krisehåndtering som utføres av flere direktorat i samarbeid i begge land. I Danmark regnes SSI og Sundhedsstyrelsen som de viktigste aktørene i krisehåndteringen, begge direktorat underlagt Ministeriet for sundhed og forebyggelse. Ministeriet for sundhed og forebyggelse holdt et overoppsyn, men var ellers lite aktiv i krisehåndteringen. I Sverige var det tilsvarende Socialstyrelsen og MSB med støtte fra Smittskyddsinstituttet som var de mest sentrale

aktørene i krisehåndteringen. Sosialstyrelsen og Smittskyddsinstituttet er underlagt Sosialdepartementet, MSB er underlagt Försvarsdepartementet. Den svenske regjeringen og Sosialdepartementet overvåket krisehåndteringen på lik linje som i Danmark, men var i praksis lite involvert. Direktoratene (styrelser) er etablert for å blant annet avlaste ministeriet, en praksis som utføres ved at ministeriet delegerer visse arbeidsoppgaver til direktoratet. Til tross for delegering av arbeidsoppgaver ligger ansvaret fremdeles hos ministeriet (departementet), direktoratet utfører arbeidsoppgavene på vegne av ministeriet (departementet) – og ministeren.

Slutningen jeg trekker ut fra drøftingen over er at de aktørene som har det offisielle ansvaret, den svenske regjeringen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, virket å innta en mer passiv ”overvåker-rolle” til fordel for bruk av delegering ned til underlagte direktorater. Automatikken i arbeidsfordelingen mellom aktørene vitner om en delegering som i stor grad virker institusjonalisert. Dette gjør det også mer utfordrende å vurdere forvaltningstradisjonenes påvirkning på krisehåndteringen. For å belyse forvaltningstradisjoners betydning har jeg derfor undersøkt annen forskning på feltet.

Lindblom (1997) har forsket på hvordan ministerstyret fungerer i praksis, i Danmark og Norge, med den hensikt å besvare om det vil være formålstjenlig å skifte til ministerstyre i Sverige. Lindblom konkluderer i sin studie med at forskjellene mellom det svenske systemet med mer selvstendige embetsverk (øst-nordiske) og Danmark og Norges (vest-nordiske) system med ministerstyre har mindre betydning som forklaring for forskjeller relatert til politiske beslutninger mellom landene. For å konkretisere studiens resultater viser de at i forhold til politiske beslutninger med ansvar det medfølger var forskjellene på det vertikale nivået mellom Danmark (og Norge) og Sverige minimale, mens på det horisontale nivået var forskjellene større (Lindblom 1997, Ernström 2005). I teorikapittelet presenterte jeg vertikalt- og horisontalt ministerstyre som forenklet kan defineres som at vertikalt ministerstyre: *sker gentemot förvaltningen, medan horisontellt ministerstyre syftar på kompetensfördelningen inom regeringen* (Wockelberg 2003: 21). Rent praktisk ville det være naturlig å tenke seg at man ville se store forskjeller mellom en dansk eller norsk minister som har større enkeltansvar kontra en svensk minister der regjeringen som kollektiv står ansvarlig. Bakgrunn for de små forskjellene blir presentert som å ha to forklaringsfaktorer. Første forklaringsfaktor er at det sjelden gir store konsekvenser for en dansk eller norsk minister som gjør feil eller håndterer en sak dårlig (Lindblom 1997, Ernström 2005). Christensen (1995) argumenterer for at debatten vedrørende ansvarsfordeling knyttet opp mot ministerstyret i Danmark i for stor

grad er preget av en tro på det kan kaller en: *”parlamentarisk guldalder” hvor det politiske ansvar var effektivt, og ministre rask væk blev fjernet af Folketinget fra deres poster, når der dukkede tvivlsomme sager op* (Christensen 1995: 452).

Til tross for at Folketinget har mulighet til å tvinge en minister til å fratre sin stilling viser historien oss at dette ikke har skjedd i moderne tid. Det finnes derimot en rekke saker i det som kan betegnes som ”gråområdet”, der ministre har fratredd sitt verv frivillig eller etter press når håndteringen av en sak har skadet regjeringen som helhet. Selv om dette heller ikke er vanlig er det et potensiale for at noen av disse ”gråområde”-sakene kunne ha utviklet seg videre frem til Folketinget hadde tatt affære – om ministerene ikke hadde trukket seg (Lindblom 1997, Ernström 2005). I forhold til ansvarsfordeling mellom ministeren og direktorat skiller Danmark og Norges ministerstyre seg fra hverandre, siden det i Norge er mer vanlig at direktoratene kommuniserer klarere at avgjørelsene er tatt av dem – ikke på vegne av ministeren. I Norge vil det også være mer akseptert at Stortinget drøfter arbeidsfordelingen i et ministerium, noe Folketinget tilsvarende ikke ville gjort. Med bakgrunn i disse momentene vil det være mer utfordrende for en dansk minister å fraskrive seg ansvar for en beslutning eller en sak som et direktorat har håndtert, enn tilsvarende i Norge (Lindblom 1997).

Den andre forklaringsfaktoren er knyttet opp mot tilgjengelig tid for en minister – noe som uavhengig av ministerens innsats ikke vil være tilstrekkelig for å opparbeide seg et detaljbilde over alle aktuelle saker til enhver tid (Lindblom 1997, Ernström 2005). Dette underbygges av Knudsen (1995): *(...) om det så ikke var på tide helt at oppgive et ministeransvarligheds-princip, der i grunden bygger på en fiktion om, at ministern selv klarer alle ekspeditioner* (Knudsen 1995: 56). Ernström (2005) introduserer begrepet: *indirekt vertikalt ministerstyre* (7) for å beskrive hva som trolig er praksis i Danmark og Norge. Indirekte vertikalt ministerstyre innebærer at ministeren kan formidle beslutninger til en medarbeider som igjen kan sørge for at beslutningen blir tatt under dekke av ministerens forhåndsgodkjenning, eventuelt sikre at en medarbeider mer selvstendig kan ta beslutninger på vegne av ministeren vurdert ut fra hvordan ministeren ville reagert i sakene (Ernström 2005).

For å vurdere nærmere i hvilken grad forvaltningstradisjonene kan påvirke eller legge forutsetninger for en krisehåndtering ville det vært aktuelt å sett nærmere på en krise der den påfølgende delegeringen ned til direktorat ikke var så markant. Jeg er ikke den første som har koblet sammen krise og forvaltningstradisjoner. Ernström (2005) har undersøkt om Sveriges fravær av ministerstyre har påvirket de involverte ministerenes handlingskraft ved

krisehåndteringen av tsunamien i 2004, vurdert opp mot Danmark og Norges som har ministerstyre. Kort fortalt er resultatet tilsvarende som Lindblom (1997) forskning, nemlig at ministerstyre eller fravær av det i liten grad kan forklare krisehåndteringen. Derimot trekkes utydelige lederfunksjoner og ufullstendige rutiner frem som årsak for ulik håndtering mellom Sverige og Danmark og Norge (Ernström 2005). I mitt tilfelle er det utfordrende å trekke klare konklusjoner da begge land valgte mer eller mindre automatisk å delegere storparten av krisehåndteringen til underlagte aktører, helt fra første varslingstidspunkt. Jeg utelukker med dette ikke at forvaltningstradisjonene kan ha stor påvirkning på hvordan saker behandles i Danmark og Sverige, men derimot at krisehåndteringen av svineinfluensapandemien var sterkere preget av andre faktorer enn forvaltningstradisjonene.

6.2.2 Policy-style – samlet vurdering:

Min samlede vurdering er at både Danmark og Sverige kan sies å ha hatt klare policy-style særtrekk representert i krisehåndteringen og valg av vaksinasjonsstrategi, men at det var markante forskjeller i styrken og innslagshyppighet av policy-style særtrekkene mellom landene. Danmark vurderer jeg som i stor grad ha vist klare trekk fra egen policy-style med et lett gjenkjennelig fokus på konsensus og en vektlegging av en mer reaktiv (pragmatisk) innstilling under hele håndteringen.

I Sveriges tilfelle var inntrykket mer blandet. Sveriges policy-style har i likhet med Danmark en vektlegging på konsensus, men er ellers preget av en mer proaktiv innstilling. Under håndteringen var det klare trekk fra Sveriges policy-style, konsensus og proaktiv, men flere steder under krisehåndteringen ble det også tatt valg som er helt eller delvis i strid med policy-stylen. Et godt eksempel på dette er Sveriges mediahåndtering rundt innkjøpsavtalen som jeg vurderer som mindre åpen. Årsak til liten åpenhet kan delvis forklares i avtalevilkårene i innkjøpsavtalen som innebar et krav fra GSK om hemmelighold vedrørende deler av avtalen. Avtalevilkårene kan ha lagt så sterke føringer for hvordan håndteringen skulle utføres at det overstyrte hvordan Socialstyrelsen ”vanligvis” ville håndtert situasjonen. Dermed ble det et brudd på policy-style. I forhold til den videre krisehåndteringen kan det argumenteres for Socialstyrelsens handlinger ikke nødvendigvis var like bundet opp til avtalevilkårene, og dermed representerte et mer ”bevisst” valg. Samtidig kan de videre handlingene også ses som en måte å gjøre ”det beste” ut av et utgangspunkt som avtalevilkårene i stor grad la opp til. For å svare endelig på dette spørsmålet ville det etter min vurdering krevd innsikt i de eksakte avtalevilkårene – som ikke er offentliggjort. Samlet sett

vurderer jeg det derfor som at Sveriges policy-style særtrekk kun i middels grad kan sies å ha vært representert under krisehåndteringen.

6.3 Tidligere forskning og implikasjoner:

Det er naturlig at man sjekker nøye hvilken forskning som allerede eksisterer på et felt for å sikre at man både kan tilføre noe nytt til forskningen – og samtidig trekke veksler på tidligere forskning. Jeg presenterte i innledningskapittelet tidligere relevant forskning som inspirerte mitt valg av tema, og jeg vil derfor her følge opp med å kort drøfte hvilken relevans min studie har opp mot enkelte av forskningsbidragenes konklusjoner.

Knudsen (1993) har i sin forskning drøftet den historiske utviklingen av lands ”tradisjoner” og ”arvet” kultur. Til tross for at svineinfluensapandemien viste seg å ikke være optimal for å se på forvaltningstradisjoners påvirkning, ser jeg klare likhetstrekk mellom det Knudsen definerer som ”arvet kultur” og policy-style (Knudsen 1993). Min studie har vist at policy-style særtrekk var tilstede i begge land, men med forskjeller mellom landene, noe som bekreftet videre Knudsens (1993) forskning.

Lindbloms (1997) har i sin studie undersøkt hvordan ministerstyret fungerer i Danmark og Norge som basis for sammenligning mot Sveriges system. Jeg har i min studie valgt å utelukke forvaltningstradisjoner som forklaringskraft på krisehåndteringen av svineinfluensaen, men anerkjenner samtidig at mitt studie ikke har hatt et nedslagsfelt som gir mulighet for å trekke en bredere konklusjon om forvaltningstradisjoner generelle påvirkning – eller ikke. Det eneste jeg med berettiget mandat kan trekke ut fra sammenligningen mellom min studie og Lindblom (1997) er det som ser ut til å være en mer eller mindre institusjonalisert utstrakt bruk av delegering (Lindblom 1997). Med dette som bakgrunn vil en påfølgende konsekvens etter min vurdering være at forvaltningstradisjonenes har mindre betydning. Her må det likevel mer forskning til for å trekke mer klare entydige konklusjoner.

Av masteroppgaver som har inspirert mitt arbeid trakk jeg spesielt frem Byrkjedal-Bendiksens (2012) oppgave om svineinfluensaen i Norge, samt Ulven (1992) og Furberg (1997) som begge skrev masteroppgave om policy-style knyttet opp til henholdsvis petroleumsindustrien og miljøforvaltning (Byrkjedal-Bendiksen 2012, Ulven 1992, Furberg 1997). Til tross for delvise likheter mellom min studie og temaene i de tre masteroppgavene var forskjellene likevel for store til at jeg vurderer det som klokt å trekke noen konklusjoner. En komparativ analyse av min studie opp mot de andre masteroppgavens resultater ville krevd et mer samsvarende fokus på forklaringsfaktorer og valg av land.

I starten av dette underkapittelet fremla jeg at forskning bør ha som formål å både trekke veksler på tidligere forskning, og samtidig tilføre noe nytt. Med bakgrunn i min redegjørelse over vil jeg argumentere for at min studie har trukket veksler på tidligere forskning. Jeg har også tilstrebet å tilføre forskningen noe nytt ved å belyse krise og krisehåndtering med andre forklaringsfaktorer enn jeg har sett brukt tidligere, og ved å introdusere en komparativ vri med to land. Dette leder meg til hva jeg vurderer som interessant vei videre for ny forskning.

6.4 Veien videre for ny forskning:

Et interessant tema for videre forskning hadde vært å sett nærmere på bruk av delegering i Danmark og Sverige, og i hvilken grad dette påvirker beslutningsprosessene i politiske saker. Min utfordring med denne studien i forhold til forvaltningstradisjonene var basert på nettopp delegeringen, og det ville derfor vært interessant med videre forskning på hvordan dette eventuelt påvirker forskjellene mellom et land som har ministerstyre (Danmark) og et land som ikke har det (Sverige).

Det kunne også vært veldig interessant med en komparativ studie der man så nærmere på styringsforholdet mellom WHO og medlemslandene under en krisesituasjon. For å aktualisere dette var det under svineinfluensapandemien knyttet stor debatt til samspillet mellom WHOs rolle som rådgiver for medlemslandene, rollen som utslagsgiver for flere lands automatiske innkjøpsavtaler, og samarbeidet med legemiddelindustrien. Det er i den anledning interessant at det ennå er uenighet knyttet til svineinfluensaens dødelighet, eksemplifisert ved en ny studie som konkluderer med at svineinfluensaen var opptil 10 ganger med dødelig enn tidligere beregnet (Risberg 2013). Jeg har tidligere i oppgaven også presentert det danske forskningsprosjektet som forsker på hvilke faktorer som styrte Danmark, Nederland og Sveriges valg under krisehåndteringen av svineinfluensapandemien. Forskningsprosjektet har ikke hatt noen nytteverdi for min studie, med bakgrunn i senere oppstart. På lang sikt vil det derimot kunne bidra med å belyse andre forklaringsfaktorer for å få et enda mer helhetlig bilde over hva som forårsaket ulike valg (Ministeriet for forskning, innovation og videregående utdannelser 2012). Potensialet for nye inngangsvinkler innenfor tilsvarende tema som min studie er derfor etter min vurdering stort.

Litteraturliste

Bøker

Aars, Jacob og Ingrid Helgøy (red) (2008): *Flernivåstyring og demokrati*. Bergen: Fagbokforlaget

Andersen, Svein (1997a): *Case-studier og generalisering, forskningsstrategi og design*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Andersen, Mikkel Skou (1997b): «Denmark» i M. Jänicke and H. Weidner (red.) *National Environmental Policies. A comparative study of capacity-building : with a data appendix, international profiles of change since 1970*. Berlin: Springer Verlag, 157-173

Andersen, Niels Åkerstrøm 1995: *Selvskabt forvaltning. Forvaltningspolitikens og centralforvaltningens udvikling i Danmark 1900-1994*. København: Nyt fra Samfundsvidenskaberne.

Boin, Arjen, Paul t`Hart, Eric Stern og Bengt Sundelius (2005): *The politics of Crisis Management- Public Leadership Under Pressure*. Cambridge: Cambridge University Press

Boin, Arjen, Allan McConnell og Paul t`Hart (2008): *Governing after crisis. The politics of investigation, accountability and learning*. Cambridge: Cambridge University Press

Busch, Lars (1988): *Folketingets kontrol med forvaltningen*. København: Gads Forlag

Christensen, Jens Peter (1997): *Ministeransvar*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag

Christensen, Jørgen Grønnegård, Peter Munk Christiansen og Marius Ibsen (2011): *Politik og forvaltning*. København: Hans Reitzels Forlag

Christensen, Tom, Morten Egeberg, Helge Larsen, Per Lægreid og Paul Roness (2007): *Forvaltning og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget

Christensen, Tom, Per Lægreid, Paul Roness og Kjell Arne Røvik (2009): *Organisasjonsteori for offentlig sektor. Instrument, kultur, myte*. Oslo: Universitetsforlaget

Dalland, Olav (2007): *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Damsgaard, Erik (red), J. Goul Andersen, Jacob A. Buksti og Ole P. Kristensen (1984): *Dansk demokrati under forandring*. København: Schultz Forlag

Drennan, Lynn og Allan McConnell (2007): *Risk and crisis management in the public sector*. New York: Routledge

Dyrvik, Ståle (1999): *Norsk historie 1625-1814*. Oslo: Det Norske Samlaget

Dyson Kenneth (2010): *The state tradition in western Europe*. Colchester: ECPR Press

Fimreite, Anne Lise, Peter Lango, Per Læg Reid og Lise Rykkja (2011): *Organisering, samfunnssikkerhet og krisehåndtering*. Oslo: Universitetsforlaget

Foss, Hanne Hansen og Torben Beck Jørgensen (2009): «Den danske forvaltningsmodel og globaliseringens utfordringer» i Martin Marcussen og Karsten Ronit (red.) *Globaliseringens utfordringer. Politiske og administrative prosesser under pres*. Danmark: Hans Reitzels Forlag, 36-64.

Frandsen, Finn og Winni Johansen (2008): *Krisekommunikation*. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur

Gomm, Roger, Martyn Hammersley og Peter Foster (2000): *Case Study Method*. London: SAGE Publications Ltd

Greenwood, Davydd, og Morten Levin (1998): *Introduction to Action Research - Social Research for Social Change*. London: SAGE Publications Ltd

Grønmo, Sigmund (2004): *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmstad & Bjørke AS

Halvorsen, Knut (2008): *Å forske på samfunnet: en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS

Heidar, Knut (2004): *Nordic politics: comparative perspectives*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Hellevik, Ottar (1997): «Validitet» i Øyvind Østerud, Kjell Goldmann og Mogens Pedersen (red.) *Statsvitenskapelig leksikon*. Oslo: Universitetsforlaget AS: 285
- Hermann, Charles (1969): *Crisis in foreign policy: A Simulation Analysis*. Indianapolis: Bobbs-Merrill.
- Hill, Michael og Peter Hupe (2009): *Implementing Public Policy*. London: SAGE Publications Ltd
- Jacobsen, Dag Ingvar (2000): *Hvordan gjennomføre undersøkelsen? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høgskoleforlaget
- Jørgensen, Henning (2002): *Concensus, cooperation and conflict: the policy-making process in Denmark*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing Ltd
- King, Gary, Robert Keohane og Sidney Verba (1994): *Designing Social Inquiry – Scientific Inference in Quantitative Research*. New Jersey: Princeton University Press
- Kitzinger, Jenny og Rosalind Barbour (1999): *Developing focus group research. Politics, theory and practice*. London: SAGE Publications Ltd
- Kjær, Anne Mette (2004): *Governance*. Cambridge: Polity Press
- Klausen, Kurt Klaudi (1997) «Statsforvaltning» i Øyvind Østerud, Kjell Goldmann og Mogens Pedersen (red.) *Statsvitenskapelig leksikon*. Oslo: Universitetsforlaget AS: 260
- Knudsen, Tim (1993): *Den danske stat i Europa*. København: Jurist- og Økonomforbundets forlag.
- Knudsen, Tim (1995): *Dansk statsbygning*. København: Jurist- og Økonomforbundets forlag
- Kvale, Steinar (1997): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam
- Landman, Todd (2008): *Issues and methods in comparative politics*. London/New York: Routledge/Taylor & Francis Group
- Larson, Magali Sarfatti (1977): *The rise of professionalism: a sociological analysis*. Berkeley: University of California Press

Longstreth, Frank, Sven Steinmo og Kathleen Thelen (1992): *Structuring politics. Historical institutionalism in comparative analysis*. Cambridge: Cambridge University Press

Lægred, Per og Ove Pedersen (red) (1999): *Fra opbygning til ombygning i staten. Organisationsforandringer i tre nordiske lande*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag

Manheim, Jarol, Richard Rich, Lars Willnat, og Craig Leonard Briens (2006): *Empirical Political Analysis: Research Methods in Political Science*. New York: Pearson-Longman.

March, James og Johan Olsen (1989): *Rediscovering institutions. The Organizational Basis of Politics*. London: Collier MacMillan Publishers.

Marcussen, Martin og Karsten Ronit (2003): *Internationaliseringen af den offentlige forvaltning i Danmark. Forandring og kontinuitet*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.

Meyer, Poul (1970): *Offentlig forvaltning*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Miles, Matthew og Michael Huberman (1984): *Qualitative data analysis: a sourcebook of new methods*. Beverly Hills/California: SAGE Publications Ltd

Mill, John Stuart (1893): *A system of logic: ratiocinative and inductive: being a connected view of the principles of evidence and the methods of scientific investigation*. London: Longmans Green

Molin, Björn, Lennart Månsson og Lars Strömberg (1973): *Offentlig förvaltning. Stats- och kommunalförvaltningens struktur och funktioner*. Stockholm: Albert Bonniers Förlag AB

Neustadt, Richard og Harvey Fineberg (2004): «The Epidemic That Never Was: Policy-Making and the Swine Flu Scare» i Robert Yin (red.) *The Case Study Anthology*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications Ltd.

North, Douglass (1990): *Institutions, Institutional Change and Economic Performance Political Economy of Institutions and Decisions*. Cambridge: Cambridge University Press

Perez-Diaz, Victor (1993): *The Return of Civil Society*. Cambridge, MA: Harvard University Press

Pollitt, Christopher og Geert Bouckaert (2004): *Public Management Reform. A Comparative Analysis*. New York: Oxford University Press

Postholm, May Britt (2010): *Kvalitativ metode, en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasesstudier*. Oslo: Universitetsforlaget

Premfors, Rune (2000): *Den sterke demokratien*. Finland: WSOY, bokdivisjonen

Przeworski, Adam og Henry Teune (1970): *The logic of comparative social inquiry*. New York: Wiley-Interscience

Ragin, Charles (1987): *The comparative method: moving beyond qualitative and quantitative strategies*. Berkeley California: University of California Press

Richardson, Jeremy (red.) (1982): *Policy styles in Western Europe*. London: George Allen & Unwin Publishers Ltd.

Ringdal, Kristen (2001): *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskaplig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget

Rosenthal, Uriel, Arjen Boin og Louise Comfort (red.) (2001): *Managing crisis. Threats, Dilemmas, Opportunities*. Springfield: Charles C Thomas Publisher Ltd|

Ruin, Olof (1982): «Sweden in the 1970s: Policy-Making Becomes More Difficult» i Jeremy Richardson (red.) *Policy Styles in Western Europe*. London: George Allen & Unwin Publishers Ltd., 141-167

Scott, William Richard (1995): *Institutions and Organizations*. Thousand Oaks, CA, SAGE Publications Ltd

Selznick, Philip (2011): *Leadership in Administration: A Sociological Interpretation*. Louisiana: Quid Pro LLC

Strauss, Anselm og Barney Glaser (1967): *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New York: Aldine

Tengström, Emin (1999): *Towards Environmental Sustainability? A Comparative Study of Danish, Dutch and Swedish Transport Policies in a European Context*. Wiltshire: Ashgate.

Thelen, Kathleen (2003): «How Institutions Evolve» i James Mahoney og Dietrich Rueschemeyer (red.) *Comparative Historical Analysis in the Social Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press, 208-240

Yin, Robert (1989): *Case study research: design and methods*. London: SAGE Publications, Inc.

Wockelberg, Helena (2003): *Den svenska förvaltnings-modellen. Parlamentarisk debatt om förvaltningen roll i styrelseskicket*. Uppsala: Statsvetenskapliga föreningen.

Tidsskrift

Aavitsland, Preben (2005): «Influensa – ikke én, men tre sykdommer» *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 125 (21): 2915

Ansell, Chris, Arjen Boin og Ann Keller (2010): «Managing Transboundary Crises: Identifying the Building Blocks of an Effective Response System» *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 18 (4): 195-207

Anton, Thomas (1969): «Policy-making and political culture in Sweden» *Scandinavian Political Studies*, 4 (A4): 88-102

Churchman, C. West (1967): «Wicked problems». *Management Science*, 14 (4): B141-B142

Christensen, Jens Peter (1995): «Ministeransvar» *Politica*, 27 (4): 450-462

Flyvbjerg, Bent (2006): «Five Misunderstandings About Case-Study Research» *Qualitative Inquiry*, 12 (2): 219-245

Gerring, John (2004): «What is a case study and what is it good for?» *American Political Science Review*, 98 (2): 342-354

Kettl, Donald F. (2003): «Contingent Coordination: Practical and Theoretical Puzzles for Homeland Security» *The American Review of Public Administration*, 33 (3): 253-277

LeCompte, Margaret D., og Judith Preissle Goetz (1982): «Problems of reliability and validity in ethnographic research» *Review of Educational Research*, 52 (1): 31-60

Lijphart, Arend (1971): «Comparative Politics and the Comparative Method». *The American Political Science Review*, 65 (3): 682-693

Læg Reid, Per (1990): «Reformer og institusjonelle bindingar: Ein analyse av personaldemokratiske reformer i offentleg sektor i Sverige og Norge» *Statsvetenskapelig Tidsskrift*, 93 (3): 213-222

Rhodes, R. A. W. (1996): «The New Governance: Governing without Government» *Political Studies*, 44 (4): 652-667

Sambhara, Suryaprakash og Iain Stephenson (2009): «Moving influenza vaccines forward» *Expert Review of Vaccines*, 8 (4): 375-377

Thelen, Kathleen (1999): «Historical institutionalism in comparative politics» *Annual Review Political Science*, 2:369-404.

Tranøy, Bent Sofus (1993): «Komparativ metode – Mellom ideografiske og nomotetiske idealer» *Sosiologi i dag*, 23 (4): 17-40

Ulvestad, Elling (2012): «Vaksinasjonsforskning på tomgang» *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 132 (15): 1730

Aviser

Atterstam, Inger (2012a): «Massvaccinering räddade sex liv» artikkel i *Svenska Dagbladet*, 15.02.

Atterstam, Inger (2012b): «Medicinsk tragedi med ett absurt slut» artikkel i *Svenska Dagbladet*, 18.02.

Atterstam, Inger (2013): «Ny pandemiplan efter hård kritik» artikkel i *Svenska Dagbladet*, 31.03.

Gale, Jason og John Lauerman (2009): «WHO Tweaks Pandemic Label to Avoid Swine Flu Panic» artikkel på *Bloomberg*, 03.06. Sist hentet 11.12.13 fra:
<http://www.bloomberg.com/apps/news?pid=newsarchive&sid=ay7hxxrfAcIU&refer=healthcare>

Hanson, Matilda E. og Inger Atterstam (2012): «Läkarna måste inse att detta är politik och affärer» artikkel i *Svenska Dagbladet*, 12.02.

Hedbom, Petra (2009): «Sverige rustar för vaccinköp» artikkel i *Läkemedelsvärlden*, 19.05.

Risberg, Tor (2013): «Svineinfluensaen ti ganger mer dødelig enn antatt» artikkel på *NRK*, 29.11. Sist hentet 11.12.13: <http://www.nrk.no/livsstil/flere-dode-av-svineinfluensa-1.11384994>

Svenska Dagbladet (2009): «Svenskt möte om ny influensa» artikkel, 13.12.13.

Offentlige dokumenter

Direktoratet for Samfunnssikkerhet og beredskap (2009): *Ny influensa A (H1N1) 2009. Gjennomgang av erfaringene i Norge*. Sist hentet 11.12.13 fra: <http://www.dsb.no/Global/Publikasjoner/2010/Rapporter/PandemiRapport.pdf>

Hine, Dame Deirdre (2010): *The 2009 Influenza Pandemic – An independent review of the UK response to the 2009 influenza pandemic*. Sist hentet 11.12.13 fra: http://www.dhsspsni.gov.uk/the2009influenzapandemic_acc.pdf

NOU 2012: 2. *Utenfor og innenfor. Norges avtaler med EU. Utredning fra utvalg oppnevnt av Utenriksdepartementet 7. januar 2010 (Europautredningen)* Utenriksdepartementet. Sist hentet 11.12.13 fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/ud/dok/nou-er/2012/nou-2012-2/12/5.html?id=669522>

World Health Organization (2009a): *Influenza (Seasonal)*. Informasjonsside. Sist hentet 23.11.2012 fra: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/en/index.html>

World Health Organization (2009b): *Influenza-like illness in the United States and Mexico*. Sist hentet 23.11.2012 fra: http://www.who.int/csr/don/2009_04_24/en/index.html

World Health Organization (2009d): *Pandemic Influenza Preparedness and Response. A WHO guidance document*. Sist hentet 11.12.13 fra: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547680_eng.pdf

World Health Organization (2009e): *Current WHO phase of pandemic alert for Pandemic (H1N1) 2009*. Sist hentet 11.12.13 fra: <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/phase/en/>

World Health Organization (2011a): *Standardization of terminology of the pandemic A(H1N1)2009 virus*. Informasjonsside. Sist hentet 23.11.2012 fra: http://www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/terminology_ah1n1pdm09/en/index.html

World Health Organization (2011b): *Pandemic Influenza A (H1N1) Donor Report*. Sist hentet 11.12.13 fra:

http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/h1n1_donor_032011.pdf

Offentlige dokument Danmark

Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab samt uddannelse af ambulancepersonale m.v. (2006). Sist hentet 30.04.13. fra:

<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=10235>

Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab mv. (2011) Sist hentet 30.04.13. fra:

<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=139180>

Beredskabsloven (2004) Historisk. Sist hentet 30.04.13. fra:

<https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=6365>

Beredskabsloven (2009) Gjeldende. Sist hentet 30.04.13. fra:

<https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=123670>

Beredskabsstyrelsen (2010): *National Sårbarhedsrapport 2009*. Sist hentet 11.12.13 fra:

<http://brs.dk/viden/publikationer/Documents/NSR2009.pdf>

Beredskabsstyrelsen (2012): *Beredskab i Danmark*. Sist hentet 11.12.13 fra:

<http://brs.dk/beredskab/idk/Pages/BeredskabiDanmark.aspx>

Danmarks Statistik (2013): *FOLK1: Folketal den 1. i kvartalet efter kommune, køn, alder, civilstand, herkomst, oprindelsesland og statsborgerskab*. Sist hentet 11.12.13 fra:

<http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/selectvarval/saveselections.asp>

Danske regioner (2012): *Regionerne – Kort fortalt*. Sist hentet 11.12.13 fra:

<http://www.regioner.dk/~media/Filer/Om%20regionerne/Regionerne%20-%20kort%20fortalt%202011.ashx>

Epidemiloven (1979) Historisk. Sist hentet 30.04.13. fra:

<https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=46874>

Epidemiloven (2009) Gjeldende. Sist hentet 30.04.13. fra:

<https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=126093>

Folketinget (2009a): *Tilslutning til at afholde merudgifter til vaccination mv. i forbindelse med en eventuel A(H1N1) epidemi*. Aktstykke nr. 37. Hentet 01.02.2013 fra:

http://www.ft.dk/RIpdf/samling/20091/aktstykke/aktstk37/20091_aktstk37.pdf

Folketinget (2010): *Samlenotat vedrørende rådsmøde (beskæftigelse, socialpolitik og forbrugerbeskyttelse) den 6.-7. december 2010 – sundhedspunkterne* Europaudvalget 2010.

Rådsmøde 3053 - beskæftigelse m.v. Bilag 2. Sist hentet 11.12.13 fra:

<http://www.ft.dk/samling/20101/raadsmoede/528181/bilag/2/921583/index.htm>

Institut for beredskapsvurdering (2009): *Årsrapport 2009 Institut for beredskapsvurdering*.

Sist hentet 11.12.13 fra:

<http://brs.dk/viden/publikationer/Documents/Institut%20for%20Beredskabsevaluering%20-%20Aarsrapport%202009.pdf>

Kommunernes Landsforening (2009): *The Danish Local Government System*. Sist hentet

11.12.13 fra: http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_38221/cf_202/Background_Paper_-_Local_Government_in_Denmark.PDF

Lægemiddeloven (2005) Historisk. Sist hentet 30.04.13. fra:

<https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=10187>

Lægemiddeloven (2013) Gjeldende. Sist hentet 30.04.13. fra:

<https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=146586>

Ministeriet for forskning, innovation og videregående uddannelser (2012): *Bevillinger fra Det Frie Forskningsråd / Samfund og Erhverv til Individuelle postdocstipendier i efteråret 2012*.

Sist hentet 11.12.13 fra: <http://fivu.dk/forskning-og-innovation/tilskud-til-forskning-og->

[innovation/hvem-har-modtaget-tilskud/2012/2012b/bevillinger-fra-det-frie-forskningsrad-samfund-og-erhverv-til-individuelle-postdocstipendier-i-efteraret-2012504d9d24aa004d1897cdf19df47cc20c](http://www.forskningsradet.dk/innovation/hvem-har-modtaget-tilskud/2012/2012b/bevillinger-fra-det-frie-forskningsrad-samfund-og-erhverv-til-individuelle-postdocstipendier-i-efteraret-2012504d9d24aa004d1897cdf19df47cc20c)

Staten Serum Institut (2010): *Epi-Nyt. Overvågning og forebyggelse af smitsomme sygdomme*. Sist hentet 13.12.13 fra: <http://www.ssi.dk/Aktuelt/Nyhedsbreve/EPI-NYT/2010/Uge%2023%20-%202010.aspx>

Sundhedsloven (LOV nr. 546 af 24. juni 2005) LBK nr 95 af 07/02/2008 Historisk. Sist hentet 30.04.13. fra <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=114054&exp=1>

Sundhedsloven (2010) Gjældende. Sist hentet 30.04.13. fra: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=130455>

Sundhedsstyrelsen (2006): *Beredskab for pandemisk influenza. National strategi og rammer for planlægning i sundhedsberedskabet*. Sist hentet 11.12.13 fra: <http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/PUBL2006/CFF/PANDEMIBERED/PANDEMIPLAN2006.PDF>

Sundhedsstyrelsen (2009a): *Vaccination mod influenza A (H1N1). Tabel over nøglepersoner i kritiske funktioner, total*. Sist hentet 21.01.2013 fra: http://www.sst.dk/~media/Sundhed%20og%20forebyggelse/Smitsomme%20sygdomme/Influenza/Vaccination_lister/Tabel_vaccination_noeglepersoner_total.ashx

Sundhedsstyrelsen (2009b): *Vaccination mod influenza A (H1N1). Tabel sundheds- og plejepersonale*. Sist hentet 21.01.2013 fra: http://www.sst.dk/~media/Sundhed%20og%20forebyggelse/Smitsomme%20sygdomme/Influenza/Vaccination_lister/sundhedspersonale_vaccination_liste20090929.ashx

Sundhedsstyrelsen (2009c): *Vaccination mod influenza A (H1N1) v i almen praksis. Anbefalinger for vaccination af personer i risiko for alvorlig sygdom på grund af A (H1N1) v infektion*. Sist hentet 21.01.2013 fra: http://www.sst.dk/~media/Sundhed%20og%20forebyggelse/Smitsomme%20sygdomme/Influenza/Vaccination_lister/Risikogrupper_liste.ashx

Sundhedsstyrelsen (2009d): *Influenza A (H1N1). Pressemøde. Sundhedsstyrelsen, 29. september 2009*. Sist hentet 21.01.2013 fra:

http://www.sst.dk/~media/Sundhed%20og%20forebyggelse/Smitsomme%20sygdomme/Influenza/Vaccination_lister/pressemoede_influenza.ashx

Sundhedsstyrelsen (2011): Vejledning om planlægning af sundhedsberedskab, VEJ nr. 9164 (2011) Sist hentet 30.04.13 fra:

<http://www.sst.dk/publ/Publ2011/BOS/Sundhedsberedskab/VejlPlanlBeredsk.pdf>

Sundhedsstyrelsen (2013): *Beredskab for pandemisk influenza, del 1: National strategi og fagligt grundlag*. Sist hentet 11.12.13 fra:

<http://www.sst.dk/publ/Publ2013/01jan/PandemiBeredskabDel1.pdf>

Offentlige dokument Sverige

Förordning (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen. (2009) Sist hentet 11.12.13 fra:

http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Forordning-20091243-med-ins_sfs-2009-1243/

Förordning (2010:604) med instruktion för Smittskyddsinstitutet (2010). Sist hentet 11.12.13 fra: <http://www.riksdagen.se/sv/Dokument->

[Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Forordning-2010604-med-inst_sfs-2010-604/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Forordning-2010604-med-inst_sfs-2010-604/)

Ghersetti, Marina og Tomas A. Oden (2010): *Pandemin som kom av sig. Om svininfluensan i medier och opinion*. Sist hentet 27.11.13 fra:

<https://www.msb.se/RibData/Filer/pdf/25720.pdf>

Kungörelse (1974:152) om beslutad ny regeringsform.(1974) Sist hentet 23.11.12. fra:

http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Kungorelse-1974152-om-beslu_sfs-1974-152/#K12

Lag (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa (2006). Sist hentet 12.12.13 fra: <http://www.riksdagen.se/sv/Dokument->

[Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-20061570-om-skydd-mot-i_sfs-2006-1570/?bet=2006:1570](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-20061570-om-skydd-mot-i_sfs-2006-1570/?bet=2006:1570)

Lag (2012:453) om register över nationella vaccinationsprogram (2013). Sist hentet 12.12.13 fra: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2012453-om-register-ove_sfs-2012-453/?bet=2012:453

Lindblom, Anders (1997): *Ministern och makten. Hur fungerar ministerstyre i praktiken?* Finansdepartementet, Statens offentliga utredningar, 1997: 54

Magnusson, Mikael (2010): *Den nya influensaen A (H1N1). Hanteringen på myndighetsnivå.* Sist hentet 11.12.13 fra:

<https://www.msb.se/Upload/konferenser/varkonferens2010/Mikael%20Magnusson%20-%20Socialstyrelsen.pdf>

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2009): *Sverige ökar beredskapen med anledning av den nya influensan A (H1N1).* Sist hentet 11.12.13 fra:

<https://www.msb.se/sv/Start1/Nyheter-fran-MSB/Nyhetsarkiv/Nyhetsarkiv-2009/Sverige-okar-beredskapen-med-anledning-av-den-nya-influensan-A-H1N1/>

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2011a): *Vision, verksamhetsidé och värdegrund.* Sist hentet 11.12.13 fra: <https://msb.se/sv/Om-MSB/Sa-arbetar-MSB/Vision-verksamhetside-och-vardegrund/>

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2011b): *MSB:s uppdrag.* Sist hentet 11.12.13 fra: <https://msb.se/Templates/Pages/Page.aspx?id=7624&epslanguage=sv>

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2013): *MSB:s uppgifter med anledning av den nya influensan (svininfluensan).* Internt notat fra MSB.

Nylén, Gunnar (2010): *Influensadag SMI. Strategier inför hösten.* Sist hentet 11.12.13 fra: http://www.smi.se/upload/smidadag/influensa/SOS_influensa%20strategier-nylen.pdf

Personuppgiftslag (1998:204). Sist hentet 11.12.13 fra:

http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204/

Regeringskansliet (2010): *Samhällets krisberedskap - stärkt samverkan för ökad säkerhet.*

Regeringens Skrivelse 2009/10:124. Sist hentet 11.12.13 fra:

<http://www.regeringen.se/content/1/c6/14/48/78/dc07e004.pdf>

Regeringskansliet (2012a): *Den lokala nivån – kommuner*. Sist hentet 23.11.12. fra:

<http://www.regeringen.se/sb/d/505/a/3038>

Regeringskansliet (2012b): *Den regionala nivån - län och landsting*. Sist hentet 23.11.12. fra:

<http://www.regeringen.se/sb/d/505/a/3035>

Regeringskansliet (2012c): *Det offentliga Sverige*. Sist hentet 23.11.12. fra:

<http://www.regeringen.se/sb/d/505>

Regeringskansliet (2012d): *Nationell nivå - riksdag och regering*. Sist hentet 23.11.12. fra:

<http://www.regeringen.se/sb/d/505/a/3033>

Regeringskansliet (2012e): *Smittsamma sjukdomar i Sverige*. Sist hentet 23.11.12 fra:

<http://www.regeringen.se/sb/d/14855>

Regeringskansliet (2012f): *Socialdepartementets organisation*. Sist hentet 11.12.13 fra:

<http://www.regeringen.se/sb/d/1474/a/159024>

Ripe, Fredric (2010): *Internutvärdering av arbetet kring den nya influensan på*

Smittskyddsinstitutet april 2009 till april 2010. Sist hentet 11.12.13 fra:

<http://www.smittskyddsinstitutet.se/upload/Publikationer/internutvardering-av-arbetet-kring-den-nya-influensan-pa-smittskyddsinstitutet.pdf>

Räddningsverket (1998): *Riskhantering i ett samhällsperspektiv – Samhällsplanering*. Sist

hentet 23.11.12 fra: <https://www.msb.se/RibData/Filer/pdf/11443.pdf>

Smittskyddsinstitutet (2009): *Influensarapport, vecka 18 (27/4 - 3/5), 2009*. Sist hentet

11.12.13 fra:

<http://www.smittskyddsinstitutet.se/publikationer/veckorapporter/influensarapporter/sasongen-20082009/influensarapport-vecka-18-2009/>

Smittskyddsinstitutet (2011): *The Influenza A (H1N1) 2009 Pandemic in Sweden, 2009-2010*.

A report from the Swedish National Influenza Centre. Sist hentet 05.02.13 fra:

http://www.smittskyddsinstitutet.se/upload/Publikationer/The-Influenza-A-H1N1-2009-Pandemic-in-Sweden-2009-2010_2011-15-1.pdf

Smittskyddsinstitutet (2013a): *Sjukrapport information*. Sist hentet 11.12.13 fra:

<https://www.sjukrapport.se/faq.aspx#2>

Smittskyddsinstitutet (2013b): *Årsredovisning 2012*. Sist hentet 11.12.13 fra:

<http://www.smittskyddsinstitutet.se/upload/Publikationer/Arsredovisning-for-2012-2013-101-1.pdf>

Smittskyddsförordning (2004:255). Sist hentet 12.12.13 fra:

http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Smittskyddsforordning-200425_sfs-2004-255/

Smittskyddslag (2004) Sist hentet 11.12.13 fra:

<http://rkrattsdb.gov.se/SFSdoc/04/040168.PDF>

Socialstyrelsen (2009a): *Nationell plan för pandemisk influensa – med underlag för regional och lokal plassering*. Sist hentet 23.11.12 fra:

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8369/2009-126-148_2009126148.pdf

Socialstyrelsen (2009b): *Rekommendationer om influensavaccination klara*. Sist hentet 11.12.13 fra:

<http://www.socialstyrelsen.se/pressrum/nyhetsarkiv/rekommendationerominfluensavaccinationklara>

Socialstyrelsen (2009c): *Rekommendationer för vaccination mot den nya pandemiska influensan A(H1N1) 2009*. Sist hentet 11.12.13 fra:

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8528/2009-130-14_rev6.pdf

Socialstyrelsen (2009d): *Reviderade rekommendationer om den nya influensan A(H1N1)*. Sist hentet 11.12.13 fra:

<http://www.socialstyrelsen.se/pressrum/nyhetsarkiv/revideraderekommendationeromdennyainfluensanah1n1>

Socialstyrelsen (2009e): *Landstingen förbereder inköp av vaccin mot A(H1N1)*. Sist hentet 11.12.13 fra:

[http://www.socialstyrelsen.se/pressrum/nyhetsarkiv/landstingenforberederinkopavvaccinmota\(h1n1\)](http://www.socialstyrelsen.se/pressrum/nyhetsarkiv/landstingenforberederinkopavvaccinmota(h1n1))

Socialstyrelsen (2009f): *The National Board of Health and Welfare*. Sist hentet 11.12.13 fra:

[http://www.nordhels.org/global/Nordhels/konferenser/Danmark_2009/Past%20year%20pandemi%20i%20Sverige%20\(Ingrid%20Nilsson\).pdf](http://www.nordhels.org/global/Nordhels/konferenser/Danmark_2009/Past%20year%20pandemi%20i%20Sverige%20(Ingrid%20Nilsson).pdf)

Socialstyrelsen (2009g): *Sverige kan få tillgång till prepandemiskt vaccin*. Sist hentet 11.12.13 fra:

<http://www.socialstyrelsen.se/pressrum/nyhetsarkiv/sverigekanfatillgangtillprepandemisktvaccin>

Socialstyrelsen (2010a): *Sammanfattning av Socialstyrelsens rapport. Uppföljning av garanti- och leveransavtalet om pandemivaccin*. Sist hentet 11.12.13 fra:

<http://www.socialstyrelsen.se/pressrum/nyhetsarkiv/Documents/Sammanfattning%20av%20Uppfoljning%20garantiavtal.pdf>

Socialstyrelsen (2010b): *Sveriges tillgång till pandemivaccin säkrat*. Sist hentet 11.12.13 fra:

<http://www.socialstyrelsen.se/pressrum/pressmeddelanden/sverigestillgangtillpandemivaccinsakrat>

Socialstyrelsen og Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2011): *Influenza A (H1N1) 2009. Utvärdering av förberedelser och handtering av pandemin*. Sist hentet 23.11.12 fra:

http://www.smittskyddsinstitutet.se/upload/27157/Pandemi_2009_inl_K3.pdf

Socialstyrelsen (2012): *Flexibilitet centralt i pandemiberedskapen*. Sist hentet 11.12.13 fra:

<http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2012december/flexibilitetcentraltipandemiberedskapen>

Socialstyrelsen (2013): *Våra uppdrag*. Sist hentet 11.12.13 fra:

<http://www.socialstyrelsen.se/omsocialstyrelsen/varaupdrag>

Wik, Olof (2010): *Vaccinationstäckning, säsongsinfluensan*. Sist hentet 11.12.13 fra:

<http://www.smi.se/upload/smidad/influensa/influensavaccintackning-wik.pdf>

Øvrige kilder

Aarebrot, Frank (2013): *Direktoratificeringen og administrasjon a la mode (hvis det blir tid)*.

Slides presentert ved Forvaltningskonferanse i Oslo 19.11.13. Sist hentet 11.12.13

fra: <http://www.difi.no/filearchive/19.11.-kl.-10.45.-frank-aarebrot.pdf>

Best Practice (2012a): *Influenza Infection, Aetiology*. Sist hentet 23.11.12 fra:

<http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/6/basics/aetiology.html>

Best Practice (2012b): *Influenza Infection, Classification*. Sist hentet 23.11.12 fra:

<http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/6/basics/classification.html>

Byrkjedal-Bendiksen, Øyvind (2012): *Svineinfluensaen – En varslet krise*. Masteroppgave.

Bergen: Universitetet i Bergen, Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap

Dyrdal, Morten (2004): *Europeisering av tilsynsmyndigheter i Norge og Sverige*. Bergen:

Rokkansenteret. Rokkansenteret notat, nr. 04/04

Ernström, Göran (2005): *Ger ministerstyre en effektivare krishantering? Lärdomar från tsunamikatastrofen 2004*. Studentoppgave. Sist

hentet: <http://lup.lub.lu.se/lup/download?func=downloadFile&recordOid=1327953&fileOid=1327954>

Furberg, Kai R (1997): *Offentlige tillatelser til industriutslipp – En sammenliknende studie av dansk og norsk policy style*. Masteroppgave. Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for statsvitenskap

Holmström, Agneta (2013): *Spørsmål angående masteroppgave*. Mailkorrespondanse, Socialstyrelsen

Horn, Robert E. og Robert P. Weber (2007): *New Tools for Resolving Wicked Problems: Mess Mapping and Resolution Mapping Processes*. Hentet 23.11.12 fra:

http://robertweber.typepad.com/strategykinetics/New_Tools_For_Resolving_Wicked_Problems_Exec_Summary.pdf

Knudsen, Tim og Birgitte Poulsen (2012): *Politiserede mandariner. Er tiden løbet fra det danske ministerstyre?* Sist hentet 12.12.13

fra: <http://www.dm.dk/da/FagligtForum/AdmOrgPol/Artikler/OverbelastedeMinistre>

København Universitet (2013): *Institut for Statskundskab, ansatte*. Sist hentet 13.12.13 fra:
<http://polsci.ku.dk/ansatte/detaljer/?id=91164>

Nationalmuseet (2013a): *Enevældens statsadministration*. Sist hentet 27.11.13 fra
<http://natmus.dk/historisk-viden/danmark/enevaelde-1660-1848/den-enevaeldige-stat/enevaeldens-statsadministration/>

Nationalmuseet (2013b): *Nationalstaten: Den frie forfatning – Grundloven*. Tilgjengelig fra:
<http://natmus.dk/historisk-viden/danmark/nationalstaten-1848-1915/>

Rohde, C., D. Fritze, D. Martin, D. Smith og J. Stalpers (2011): *A culture collections' voice at the United Nations*. Sist hentet 11.12.13 fra:
http://www.gbrcn.org/fileadmin/gbrcn/media/downloads/A_culture_collections_voice_at_the_UN-Biosecurity_CoC_report.pdf

Rykkja, Lise Hellebø (2009): *Coordinating "Wicked Issues": The County Governor's Role in Norwegian Internal Security*. Bergen: Rokkansenteret. Working Paper 12/09

Statskonsult (2001): *På kryss eller tvers? Departementsstrukturen i Nederland, Storbritannia, Sverige, Finland og Danmark*. Rapport. Sist hentet 23.11.12. fra:
http://www.difi.no/statskonsult/publik/bokhefteveil/kryss_tvers/kryss_tvers.pdf

Ulven, Thomas (1992): *Statlig tilbaketrekking fra petroleumsindustrien som uttrykk for endring av den britiske stats policy-style. Petroleum, privatisering og liberalisering*. Masteroppgave. Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for statsvitenskap

Vedlegg

A. Intervjuguide Danmark

1. Innledning:

- 1.1. Navn:
- 1.2. Stilling og arbeidsplass:
- 1.3. Tidligere erfaring med pandemi- og/eller krisehåndtering:
- 1.4. Rolle i håndteringen av svineinfluensapandemien:
- 1.5. Varighet av engasjement i krisehåndteringen:
- 1.6. Eventuelt fortsatt involvert i krisehåndtering?:

2. Organisasjon (profesjon), forutsetninger og planverk i forkant av krise:

- 2.1. Hvor mange ansatte er det i din organisasjon? Hvilken profesjon tilhører de fleste i din organisasjon? Er profesjonssammensetningen annerledes i ledelsen?
- 2.2. Hvordan er din organisasjons rolle i forhold til de andre organisasjonene dere samarebeider mye med? Hvordan er forholdet mellom politisk ledelse og ekspertise/byråkrater? Er det annerledes ledelsesstruktur i kriser?
- 2.3. Har du og/eller din organisasjon noen erfaring med tidligere krisehåndteringer? Har noen av dem eventuelt vært helserelevante krisehåndteringer?
- 2.4. Har din organisasjon øvd på krisehåndteringer? Har dere regelmessige øvelser?
- 2.5. Har dere noen beredskapsplaner knyttet til kriser? Er beredskapsplanene godt kjent, og er de sett som et viktig verktøy?
- 2.6. Er andre aktører involvert i beredskapsarbeidet/beredskapsplanene?
- 2.7. Hva føler du er din organisasjons rolle i en krise? Hva ser du som din organisasjons sterke og svake sider i en krise?

3. Erkjennelsesfasen – fra utbrudd til krisestatus:

- 3.1. Når mottok dere første melding om at det var en pandemitrusel og hvordan ble denne oppfattet? Hvilken aktør/fora var utslagsgivende i forhold til når din organisasjon anerkjente tilstedeværelsen av en pandemi?

- 3.2. Er det noen aktører som vanligvis har en spesiell påvirkningsrolle for din organisasjon i forhold til slike varsler? Vil et varsel fra noen av disse aktørene medføre en automatisk fastsettelse av krise?

4. Beslutningsfasen – iverksetting:

- 4.1. Hvilken aktør skal ha ansvar og ledelse i en helsemessig krise? Ble denne myndigheten eventuelt delegert?
- 4.2. Hvilke aktører var involvert i de første fasene av krisehåndteringen?
- 4.3. Forklar nærmere etablering av eksempelvis krisestab, Pandemigruppe, osv?
- 4.4. Hvilken profesjon representerte de fleste tilstede på møter? Hvilket organisatorisk nivå kommer deltakerne fra?
- 4.5. Når ble første beslutning tatt i forhold til krisen? Hva ble prioritert først av tiltak?
- 4.6. Ble det eventuelt automatisk iverksatt noen beslutninger ut fra beredskapsplanene?

5. Beslutningsfasen – vaksinasjonsstrategi:

- 5.1. Hvilken prioritet hadde valg av vaksinasjonsstrategi? Ble dette drøftet lenge før avgjørelse?
- 5.2. Var det stor enighet knyttet til avgjørelsen om vaksinasjonsstrategi eller bakgrunnen denne ble tatt på?
- 5.3. Hvilke aktører var involvert i forhold til beslutningen om vaksinasjonsstrategi? Var det stor forskjell i styrkeforholdet mellom aktørene involvert i valgene, og var dette en dominerende faktor som påvirket avgjørelsene som ble tatt?
- 5.4. Hvem tok den endelige beslutningen? Hvor viktig var/er din organisasjon i forhold til denne krisen?
- 5.5. Var det uenighet i forhold til noen momenter knyttet til vaksinasjonsstrategi?
- 5.6. Var det stor debatt rundt valg av å ha risikogrupper, og hvem som skulle tilhøre i disse?
- 5.7. Ble det vurdert andre vaksinasjonsstrategier?
- 5.8. Fryktet man de helsemessige konsekvensene av avgjørelsen?
- 5.9. Var det stor offentlig debatt mellom politikerne i forhold til avgjørelser knyttet til krisehåndteringen?
- 5.10. Fulgte dere nøye med på hvilke beslutninger de andre landene og internasjonale fora tok, og hadde dette påvirkning på deres avgjørelser?

- 5.11. Spilte Norge og Sverige sine valg noen rolle? Samarbeidet Danmark med andre land, eller utvekslet informasjon i forbindelse med håndteringen?
- 5.12. Hadde pressen en viktig rolle, eller fungerte de mer som informasjonsgiver?
- 5.13. Hvilken aktør hadde ansvar for informasjon til media og befolkningen?
- 5.14. Var beslutningsgrunnlaget, i forhold til informasjon om pandemitrusselen, ansett som tilfredsstillende i forhold til avgjørelsene som måtte tas?

6. Beslutningsfasen – innkjøpsavtale med GlaxoSmithKline:

- 6.1. Ble denne innkjøpsavtalen drøftet mye i forkant av avtaleinngåelsen?
- 6.2. Påvirket innkjøpsavtalen avgjørelsen om valg av vaksinasjonsstrategi? Hadde informasjon fra GlaxoSmithKline noen påvirkning på krisehåndteringen? Hadde dere reagert annerledes eller tatt andre valg uten innkjøpsavtalen?
- 6.3. Har det blitt mer debatt rundt innkjøpsavtalen i etterkant av pandemien?

7. Læringsfasen:

- 7.1. Hvordan samsvarte din organisasjons beredskap med den faktiske krisehåndteringen? Hvordan fungerte ansvarsfordelingen, og ble eventuelle beredskapsplaner fulgt? Sterke og svake sider?
- 7.2. Har håndteringen av svineinfluensaen og valg av vaksinasjonsstrategi ført til noen endringer innenfor din organisasjon? Hva består eventuelt disse endringene av?
- 7.3. Flere europeiske land har gitt ut en evaluering i etterkant av pandemien. Hva er bakgrunn for deres avgjørelse om å ikke gi ut en tilsvarende evaluering? Er det eventuelt gjort en intern vurdering?
- 7.4. I forhold til det dere har lært om andre lands håndtering ville dere gjort noe annerledes ved en tilsvarende krise i dag? Ville dere valgt samme vaksinasjonsstrategi i et tilsvarende scenario i dag?
- 7.5. Har man i etterkant av pandemien sett behov for endring av hvilke profesjonsgrupper som er representert i krisehåndteringen? Bør politikerne være mer representert, eller bør fagekspertise være mer representert? Ser du krisehåndteringen som et politisk-tema eller et faglig tema?

B. Intervjuguide Sverige

1. Innledning:

- 1.1. Navn:
- 1.2. Stilling og arbeidsplass:
- 1.3. Tidligere erfaring med pandemi- og/eller krisehåndtering:
- 1.4. Rolle i håndteringen av svineinfluensapandemien:
- 1.5. Varighet av engasjement i krisehåndteringen:
- 1.6. Eventuelt fortsatt involvert i krisehåndtering?:

2. Organisasjon (profesjon), forutsetninger og planverk i forkant av krise:

- 2.1. Hvor mange ansatte er det i din organisasjon? Hvilken profesjon tilhører de fleste i din organisasjon? Er profesjons sammensetningen annerledes i ledelsen?
- 2.2. Hvordan er din organisasjons rolle i forhold til de andre organisasjonene dere samarbeider mye med? Hvordan er forholdet mellom politisk ledelse og ekspertise/byråkrater? Er det annerledes ledelsesstruktur i kriser?
- 2.3. Har du og/eller din organisasjon noen erfaring med tidligere krisehåndteringer? Har noen av dem eventuelt vært helse relaterte krisehåndteringer?
- 2.4. Har din organisasjon øvd på krisehåndteringer? Har dere regelmessige øvelser?
- 2.5. Har dere noen beredskapsplaner knyttet til kriser? Er beredskapsplanene godt kjent, og er de sett som et viktig verktøy?
- 2.6. Er andre aktører involvert i beredskapsarbeidet/beredskapsplanene?
- 2.7. Hva føler du er din organisasjons rolle i en krise? Hva ser du som din organisasjons sterke og svake sider i en krise?

3. Erkjennelsesfasen – fra utbrudd til krisestatus:

- 3.1. Når mottok dere første melding om at det var en pandemitrusel og hvordan ble denne oppfattet? Hvilken aktør/fora var utslagsgivende i forhold til når din organisasjon anerkjente tilstedeværelsen av en pandemi?
- 3.2. Er det noen aktører som vanligvis har en spesiell påvirkningsrolle for din organisasjon i forhold til slike varsler? Vil et varsel fra noen av disse aktørene medføre en automatisk fastsettelse av krise?

4. Beslutningsfasen – iverksetting:

- 4.1. Hvilken aktør skal ha ansvar og ledelse i en helsemessig krise? Ble denne myndigheten eventuelt delegert?
- 4.2. Hvilke aktører var involvert i de første fasene av krisehåndteringen?
- 4.3. Ble det satt ned noen egne krisegrupper?
- 4.4. Hvilken profesjon representerte eventuelt de fleste tilstede på møter? Hvilket organisatorisk nivå kom eventuelt deltakerne fra?
- 4.5. Når ble første beslutning tatt i forhold til krisen? Hva ble prioritert først av tiltak?
- 4.6. Ble det eventuelt automatisk iverksatt noen beslutninger ut fra beredskapsplaner?

5. Beslutningsfasen – vaksinasjonsstrategi:

- 5.1. Hvilken prioritet hadde valg av vaksinasjonsstrategi? Ble dette drøftet lenge før avgjørelse?
- 5.2. Var det stor enighet knyttet til avgjørelsen om vaksinasjonsstrategi eller bakgrunnen denne ble tatt på?
- 5.3. Hvilke aktører var involvert i forhold til beslutningen om vaksinasjonsstrategi? Var det stor forskjell i styrkeforholdet mellom aktørene involvert i valgene, og var dette en dominerende faktor som påvirket avgjørelsene som ble tatt?
- 5.4. Hvem tok den endelige beslutningen? Hvor viktig var/er din organisasjon i forhold til denne krisen?
- 5.5. Var det uenighet i forhold til noen momenter knyttet til vaksinasjonsstrategi?
- 5.6. Ble det vurdert andre vaksinasjonsstrategier?
- 5.7. Fryktet man de helsemessige konsekvensene av avgjørelsen?
- 5.8. Var det stor offentlig debatt mellom politikerne i forhold til avgjørelser knyttet til krisehåndteringen?
- 5.9. Fulgte dere nøye med på hvilke beslutninger de andre landene og internasjonale fora tok, og hadde dette påvirkning på deres avgjørelser?
- 5.10. Spilte Norge og Danmark sine valg noen rolle? Samarbeidet Sverige med andre land, eller utvekslet informasjon i forbindelse med håndteringen?
- 5.11. Hadde pressen en viktig rolle, eller fungerte de mer som informasjonsgiver?
- 5.12. Hvilken aktør hadde ansvar for informasjon til media og befolkningen?

- 5.13. Var beslutningsgrunnlaget, i forhold til informasjon om pandemitrusselen, ansett som tilfredsstillende i forhold til avgjørelsene som måtte tas?

6. Beslutningsfasen – innkjøpsavtale:

- 6.1. Ble innkjøpsavtalen drøftet mye i forkant av avtaleinngåelsen?
- 6.2. Påvirket innkjøpsavtalen avgjørelsen om valg av vaksinasjonsstrategi? Hadde informasjon fra Legemiddelfirma noen påvirkning på krisehåndteringen? Hadde dere reagert annerledes eller tatt andre valg uten innkjøpsavtalen?
- 6.3. Har det blitt mer debatt rundt innkjøpsavtalen i etterkant av pandemien?

7. Læringsfasen:

- 7.1. Hvordan samsvarte din organisasjons beredskap med den faktiske krisehåndteringen? Hvordan fungerte ansvarsfordelingen, og ble eventuelle beredskapsplaner fulgt? Sterke og svake sider?
- 7.2. Har håndteringen av svineinfluensaen og valg av vaksinasjonsstrategi ført til noen endringer innenfor din organisasjon? Hva består eventuelt disse endringene av?
- 7.3. I forhold til det dere har lært om andre lands håndtering ville dere gjort noe annerledes ved en tilsvarende krise i dag? Ville dere valgt samme vaksinasjonsstrategi i et tilsvarende scenario i dag?
- 7.4. Har man i etterkant av pandemien sett behov for endring av hvilke profesjonsgrupper som er representert i krisehåndteringen? Ser du krisehåndteringen som et politisk-tema eller et faglig tema?

C. Samtykkeskjema Danmark

Haugesund, 22.05.2013

Forespørsel om å delta på intervju i forbindelse med masteroppgave:

Mitt navn er Silje Røgenes. Jeg studerer for tiden på masterstudiet i Administrasjon og organisasjonsvitenskap (statsvitenskap) ved Universitetet i Bergen i Norge. Jeg jobber nå med den avsluttende masteroppgaven der jeg ønsker å undersøke hva som ligger bak avgjørelsene knyttet til valg vaksineringsstrategi under svineinfluensapandemien i 2009 i Danmark og Sverige. For å finne ut av dette vil jeg se nærmere på om og eventuelt i hvilken grad forvaltningstradisjoner og policy style kan forklare valg av vaksinasjonsstrategi.

Som ledd i å besvare masteroppgaven ønsker jeg derfor å intervju mellom 6-8 personer fra ulike forvaltningsnivå i Danmark, der minst to representerer samme nivå. Alle intervjuobjektene er over 18 år og jobber i det offentlige. Spørsmålene vil omhandle bakgrunn for avgjørelser knyttet til vaksinasjonsstrategi, organisering, aktører og andre momenter knyttet til policy style, forvaltningsstradisjoner og generell krisehåndtering. Dette vil kunne belyse bakgrunn for valg av vaksinasjonsstrategi, og vektlegging av ulike faktorer.

Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater under intervjuet. Alle intervjuene vil i utgangspunktet gjennomføres i Danmark og ha en varighet på rundt en time. Eventuelt vil et eller flere intervju kunne gjennomføres via Skype, som er en programvare for kommunikasjon over nett.

Det er helt frivillig å la seg intervju, og det er fullt mulig å trekke seg når som helst uten nærmere forklaring. Alle opplysningene vil anonymiseres, og det skal ikke være mulighet for å kjenne igjen enkeltpersoner i oppgaven. Organisasjonstilknytning vil derimot være referert i oppgaven. All innsamlede data vil også bli slettet etter at frist for sensur og ettersjekk har utløpt, og da senest 1.juli 2014.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Det er vurdert som ikke nødvendig å melde dette til tilsvarende institusjon i Danmark, siden masteroppgaven er ledd i en utdanning på et norsk universitet.

Om det skulle være spørsmål knyttet til samtykke, oppgavens innhold eller andre momenter kan jeg nås på mailadressen "sro040@student.uib.no" eller telefonnummer (+0047) 986 80 699. Min veileder Harald Sætren ved Institutt for Administrasjon og organisasjonsvitenskap ved Universitetet i Bergen kan nås på enten mailadressen "Harald.Satren@aorg.uib.no" eller telefonnummer (+00 47) 55 58 21 68.

Jeg vil ta med en kopi av denne samtykkeerklæringen til hvert intervju, og håper alle intervjukandidatene kan signere denne før intervjuets start.

Mvh

Silje Røgenes

Samtykkeerklæring:

Jeg bekrefter med dette å ha mottatt skriftlig informasjon om masteroppgaven, i form av intervjuguide og generell presentasjon, og melder meg villig til å bli intervjuet.

Signatur Stilling

Organisasjon Telefonnummer

Vedlegg:

Intervjuguide

D. Samtykkeskjema Sverige

Haugesund, 22.05.2013

Forespørsel om å delta på intervju i forbindelse med masteroppgave:

Mitt navn er Silje Røgenes. Jeg studerer for tiden på masterstudiet i Administrasjon og organisasjonsvitenskap (statsvitenskap) ved Universitetet i Bergen i Norge. Jeg jobber nå med den avsluttende masteroppgaven der jeg ønsker å undersøke hva som ligger bak avgjørelsene knyttet til valg vaksineringsstrategi under svineinfluensapandemien i 2009 i Danmark og Sverige. For å finne ut av dette vil jeg se nærmere på om og eventuelt i hvilken grad forvaltningstradisjoner og policy style kan forklare valg av vaksinasjonsstrategi.

Som ledd i å besvare masteroppgaven ønsker jeg derfor å intervju mellom 4-6 personer fra ulike forvaltningsnivå i Sverige, der minst to representerer samme nivå. Alle intervjuobjektene er over 18 år og jobber i det offentlige. Spørsmålene vil omhandle bakgrunn for avgjørelser knyttet til vaksinasjonsstrategi, organisering, aktører og andre momenter knyttet til policy style, forvaltningsstradisjoner og generell krisehåndtering. Dette vil kunne belyse bakgrunn for valg av vaksinasjonsstrategi, og vektlegging av ulike faktorer.

Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater under intervjuet. Alle intervjuene vil i utgangspunktet gjennomføres i Sverige og ha en varighet på mellom en og to timer. Eventuelt vil et eller flere intervju kunne gjennomføres via Skype, som er en programvare for kommunikasjon over nett.

Det er helt frivillig å la seg intervju, og det er fullt mulig å trekke seg når som helst uten nærmere forklaring. Alle opplysningene vil anonymiseres, og det skal ikke være mulighet for å kjenne igjen enkeltpersoner i oppgaven. Organisasjonstilknytning vil derimot være referert i oppgaven. All innsamlede data vil også bli slettet etter at frist for sensur og ettersjekk har utløpt, og da senest 1.juli 2014.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Det er vurdert som ikke nødvendig å melde dette til tilsvarende institusjon i Sverige, siden masteroppgaven er ledd i en utdanning på et norsk universitet.

Om det skulle være spørsmål knyttet til samtykke, oppgavens innhold eller andre momenter kan jeg nås på mailadressen "sro040@student.uib.no" eller telefonnummer (+0047) 986 80 699. Min veileder Harald Sætren ved Institutt for Administrasjon og organisasjonsvitenskap ved Universitetet i Bergen kan nås på enten mailadressen "Harald.Satren@aorg.uib.no" eller telefonnummer (+00 47) 55 58 21 68.

Jeg vil ta med en kopi av denne samtykkeerklæringen til hvert intervju, og håper alle intervjukandidatene kan signere denne før intervjuets start.

Mvh

Silje Røgenes

Samtykkeerklæring:

Jeg bekrefter med dette å ha mottatt skriftlig informasjon om masteroppgaven, i form av intervjuguide og generell presentasjon, og melder meg villig til å bli intervjuet.

Signatur Stilling

Organisasjon Telefonnummer

Vedlegg:

Intervjuguide

E. Relevante lover:

Offentlige myndigheter har ofte forankret mye av premissene for hvordan og hvem som skal håndtere en krise i lover, forskrifter eller planverk. Dette gir en forutsigbarhet i forhold til ansvar og arbeidsoppgaver under en pandemi, samtidig som det gir bedre forutsetninger for beredskap i forkant. Merk at jeg bevisst har valgt å vise til de lover, forskrift eller planverk som var gjeldende i forkant og under svineinfluensapandemien, men at jeg i slutten av hver omtale viser til eventuelle endringer i etterkant.

Danmark:

Det er en rekke lover som trer i kraft i forhold til Danmarks krisehåndtering, i tillegg til ytterligere regelverk og veiledninger hos de aktuelle aktørene. Under gir jeg en mer detaljert oversikt over det jeg anser som de viktigste i denne henseende i prioritert rekkefølge:

Sundhedsloven, LOV nr. 546 af 24. juni 2005. Sundhedsloven er en omfattende lov som dekker store deler av det danske helsevesenets oppgaveportefølje. Sundhedsloven gir blant annet instruks i forhold til hvilke oppgaver og ansvar de ulike aktørene i helsevesenet har, oversikt over rettigheter til pasienter, ytelser og tilskudd, med mye mer. Loven gir oversikt over de ulike oppgavene og ansvaret som ligger på flere statlige aktører innenfor helse, både regionale (regionene, kommunene) og nasjonale aktører; Sundhedsstyrelsen, SSI, samt enkelte yrkesgrupper (leger). Den mest relevante paragrafen i forhold til svineinfluensapandemien er § 210 som omtaler det organisatoriske ansvaret på regionalt nivå i forhold til planlegging og gjennomføring av tiltak knyttet til nødvendig behandling i en krisesituasjon. § 210 stk. 4 gir også Ministeren for Sundhed og Forebyggelse en mulighet for inn gripen i dette arbeidet – ved behov (Sundhedsloven 2005). Sundhedsloven (2005) ble, under svineinfluensapandemien, fornyet som Sundhedsloven LBK nr 913 av 13/7 2010 (Sundhedsloven 2010).

Epidemiloven, Lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme, LOV nr. 114 af 21. marts 1979. Denne loven gir bestemmelser vedrørende blant annet tiltak for å motvirke spredning og innførsel av smittsomme sykdommer, i tillegg til forhold knyttet til de regionale epidemikommisjonenes virke. Influensa er i utgangspunktet ikke ansett som en allment smittsom sykdom, men loven gir Ministeren for Sundhed og Forebyggelse mulighet til å inkludere influensaen i enkelte smittevernstiltak etter innstilling fra Sundhedsstyrelsen (Epidemiloven 1979). Epidemiloven (1979) ble fornyet under svineinfluensapandemien som Epidemiloven LBK nr. 814 av 27/8 2009 (Epidemiloven 2009).

”Beredskabsloven LBK nr. 137 af 1. marts 2004” setter rammene for Beredskabsstyrelsens og redningsberedskabets arbeid og virke. To paragrafer i kapittel 5, som regulerer beredskapsarbeid i offentlig sektor, er av spesiell relevans for min oppgave. Paragraf 24 omtaler enhver ministers ansvar for både forberedelse og planlegging slik at alle samfunnsfunksjoner under ministerens ansvarsområde opprettholdes ved en krisesituasjon. Paragraf 27 går derimot på ministrenes myndighet til å både gripe inn i, og veilede, amtkommuners og kommuners beredskapsarbeid. (Beredskabsloven 2004) Beredskabsloven ble, under svineinfluensapandemien, fornyet som Beredskabsloven LBK nr 660 av 10/6 2009 (Beredskabsloven 2009).

Lægemiddeloven, LOV nr. 1180 af 12. december 2005, er en lov som regulerer forhold knyttet til legemidler. I forhold til pandemien blir de mest relevante temaene fra denne loven aspekter knyttet til forsyning, informasjon og tilgang på legemidler (Lægemiddeloven 2005).

Lægemiddeloven (2005) ble etter svineinfluensapandemien erstattet av Lægemiddeloven LBK nr 506 af 20/04/2013 (Lægemiddeloven 2013).

Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet og det præhospitalt beredskab samt uddannelse af ambulancepersonale m.v. BEK nr. 977 af 26. september

2006. Denne tar for seg krav og forventninger til regionene og kommunene knyttet til en helse-relatert beredskap (Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet og det præhospitalt beredskab samt uddannelse af ambulancepersonale 2006). Denne har i likhet med de andre refererte lovene blitt endret i etterkant av svineinfluensapandemien, og den gjeldende versjonen er: Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet og det præhospitalt beredskab mv., BEK nr. 1150 av 9/12-2011 (Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet og det præhospitalt beredskab 2011).

Vejledning om planlægning af sundhedsberedskab, VEJ nr. 9164 (2011) har blitt utgitt fra Sundhedsstyrelsen i etterkant av pandemien, men blir inkludert med bakgrunn i at det refereres til veiledningen i et senere kapittel. Veiledningens rolle er å være en ressurs i forbindelse med planlegging av beredskap, for regioner og kommuner (Sundhedsstyrelsen 2011).

Sverige:

Jeg vil her gi en oversikt over det mest sentrale planverket og veiledninger som danner bakgrunn for Sveriges krisehåndtering i prioritert rekkefølge.

Hälso- och sjukvårdslag 1982:763 er en lov som har til hensikt å sikre befolkningen tilstrekkelig og kvalitetssikrede helse- og omsorgstjenester. Loven går ikke direkte på smittsomme sykdommer, men gir derimot en oversikt over blant annet de større linjene i forhold til ansvar og arbeidsoppgaver regionalt (Landstinget) kontra lokalt (kommunene) (Sveriges Riksdag 1982).

Smittskyddslagen 2004:168 gir oversikt over vilkår for smittsomme sykdommer og ulike tiltak for å motvirke smittespredning. Smittskyddslagen gir rapporteringsplikt for helsepersonell ved mistanke eller funn av smittetilfeller blant de sykdommene som er inkludert i listen som smittefarlig sykdom. Den svenske regjeringen har mandat i Smittskyddslagen kapittel 9, § 2, til å inkludere nye smittsomme sykdommer til listen, svineinfluensaen ble inkludert 15.mai 2009. I ytterste konsekvens gir loven mulighet for bruk av tiltak som karantene, obligatoriske helsekontroller med mer (Smittskyddslag 2004, Socialstyrelsen 2009a).

Smittskyddsförordning 2004:255 er en tilleggsforskrift til Smittskyddslagen og tar mer detaljert for seg blant annet elementer knyttet til ansvar for ulike smittevernsarbeidsoppgaver på primært nasjonalt nivå. Loven tar også for seg mer detaljert rundt helsepersonells plikt til å melde fra ved mistanke om eller bekreftet smitte av en rekke navngitte virus/sykdommer listet i det første vedlegget (Smittskyddsförordning 2004:255).

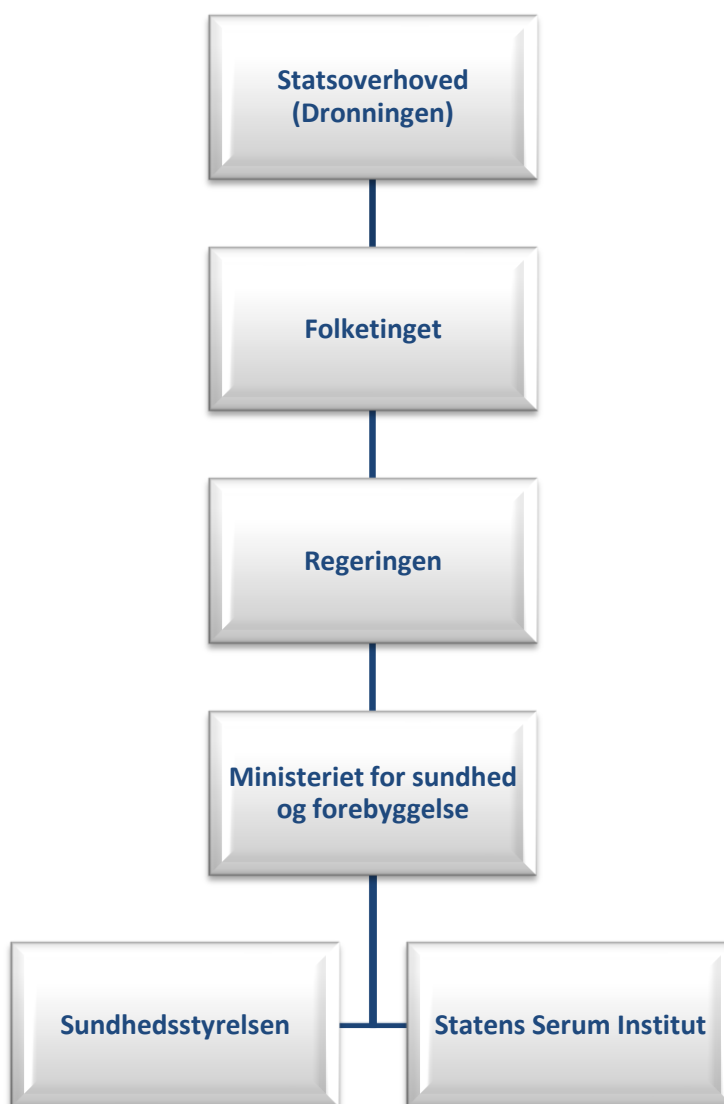
Lag 2006:1570 om skydd mot internationella hot mot människors hälsa kan ses som en utvidelse av Smittskyddslagen ved at den utvider fullmaktene til tiltak mot smittsomme sykdommer. Derimot er det WHO som har varslingsrollen i forhold til utløsning av loven, mens det er Socialstyrelsens oppgave å iverksette tiltak. Mye av tiltakene beskrevet er en forsterkning av tiltak fra Smittskyddslagen, men tiltakene er i stor grad rettet mot transportmidler og reisende – derav internasjonal smittetrussel (Lag (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa, Socialstyrelsen 2009a).

Jeg vurderer det som relevant å kort nevne en lov som i utgangspunktet ikke forelå under pandemien under bakgrunn av at loven delvis har sin bakgrunn i erfaringer fra pandemien. Lag (2012:453) om register över nationella vaccinationsprogram gir Smittskyddsinstitutet myndighet til å registrere alle vaksinasjoner i et register som skal brukes til kvalitetssikring,

statistikk, evaluering, kontroll av immunitetsdekning og forskning (Lag (2012:453) om register över nationella vaccinationsprogram). Loven er koblet opp mot Sveriges lov om personvern (Personuppgiftslag 1998:204). I en eventuell ny pandemi vil loven gi bedre forutsetninger for vurdering av immunitet i befolkningen sett opp mot vaksineringsspørsmålet, samtidig som en eventuell vaksineringsprogram lettere vil kunne overvåkes (Lag (2012:453) om register över nationella vaccinationsprogram).

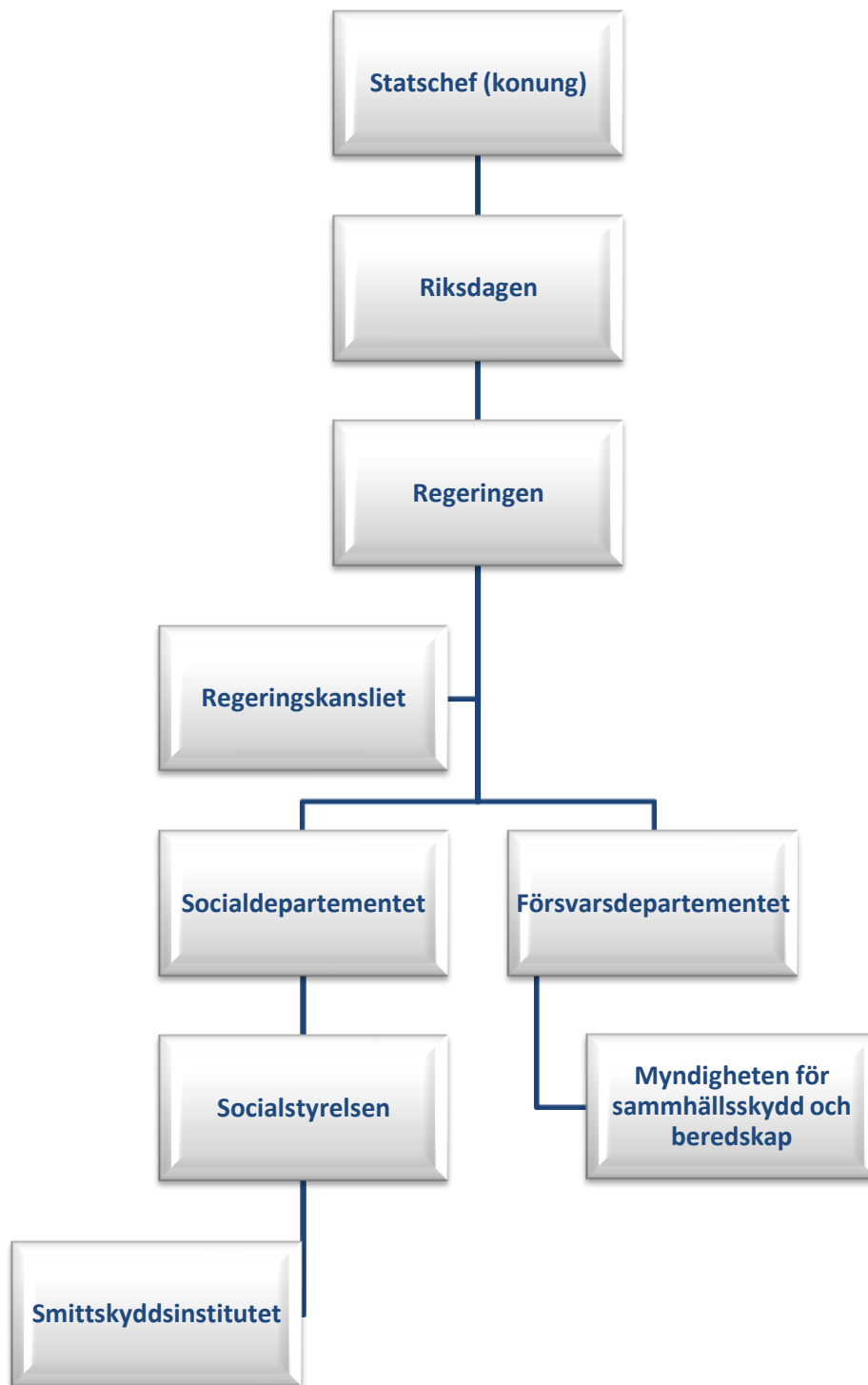
Bakgrunnen for at de refererte lovene i Sverige ikke er erstattet av nye lover, som i Danmark, har sin bakgrunn i at Sverige i større grad reviderer lovene – istedenfor å erstatte dem. Enkelte av de svenske refererte lovene har blitt endret siden 2009, men ingen av endringene vurderes som direkte relevant til mitt tema. Jeg har derfor valgt å ikke inkludere dem i oversikten

F. Organisasjonskart Danmark



Hierarkisk relasjon mellom offentlige aktører i Danmark

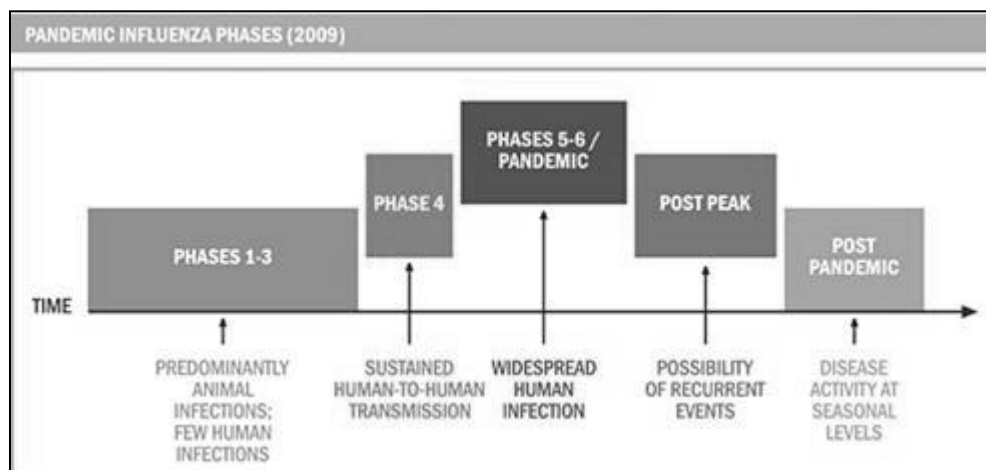
G. Organisasjonskart Sverige



Hierarkisk relasjon mellom offentlige aktører i Sverige

H. WHO-pandemifaser:

WHO hadde i april 2009 slutført et arbeid med revidering av egne planer knyttet til forberedelse for pandemi. En sentral del av forberedelsene var kategorisert ut fra 6 pandemifaser, altså en faseinndelt vurdering av beredskap mot influensapandemi. (WHO 2009 D) Pandemifasene kan ses som ledd i en gradvis prosess:



(Adaptert fra WHO 2009 D)

Pandemifase 1 er kjennetegnet av at man kjenner til virus som sirkulerer blant dyr, men at det ikke er kjent at dyr kan smitte mennesker. Dette er derfor kun en teoretisk vurdering av potensiale for en pandemi på dette tidspunkt. (WHO 2009 E)

I **pandemifase 2** er det derimot bekreftet at virus fra dyr har medført infeksjon hos mennesker, og det er derfor en større trussel for utvikling av pandemi. (WHO 2009 E)

I **pandemifase 3** ligger premisset om smitte fra dyr til mennesker fremdeles fast, i tillegg til at det kan være rapportert om smitte mellom mennesker som lever tett på hverandre.

Hovedforskjellen fra pandemifase 2 til 3 er likevel at man ser en begrenset smitteeffekt til grupper av mennesker, et smitemønster som kan utvikle seg videre. (WHO 2009 E)

Pandemifase 4 er kjennetegnet av smitte mellom mennesker i en så stor grad at det ses som sannsynlig at det kan føre til større smitteutbrudd. Det er ikke nødvendigvis starten på en pandemi, men sannsynligheten er ikke ubetydelig. (WHO 2009 E)

Pandemifase 5 er karakterisert av smitte mellom to mennesker registrert i minst to land, og denne fasen er et klart signal om forberedelse for potensiell pandemi. Pandemifase 6 er kjennetegnet av at smitten også har spredd seg til andre verdensområder enn først rapportert i pandemifase 5. (WHO 2009 E)

Pandemifase 6 kan ses som en erklæring av en pandemi, men det er likevel store forskjeller mellom karakteristikene til hver enkelt pandemi. Etterhvert som det blir lavere rapporteringer av tilfeller og smittenivåene nærmer seg normalområdet bruker man betegnelsen post-pandemisk periode. (WHO 2009 E)

Post-pandemisk periode betyr at man ikke lenger regner viruset for å representere en pandemi, men at man anerkjenner at det ennå blir registrert tilfeller som ledd i en mer normalisert influensasyklus. (WHO 2009 E)

Utfordringen for WHO var å sikre en effektiv varsling, samtidig som man unngikk å skape panikk blant medlemslandene.

The agency, having spent the past five years alerting the world to the dangers of a pandemic, is now looking for a way to declare one without causing panic. (...) has to navigate a delicate path between raising alarm about a virus that in most cases causes little more than a fever and a cough, and underestimating a bug that could kill millions. (Gale, Jason, John Lauerman 2009)

Det verserer mange ulike navn på både selve influensaen og pandemien i 2009; både i media og innenfor fagmiljøer. Mye av forvirringen kan skyldes en manglende forståelse av begrepene som brukes og bakgrunnen for disse. Eksempelvis står begrepet influensa ikke for en sykdom, men derimot tre; sesonginfluensa, pandemisk influensa og fugleinfluensa/hønsepest. (Aavitsland 2005) Når det gjelder den pandemiske influensaen i 2009 er nok det navnet som er mest kjent for allmennheten: «svineinfluensa». Denne betegnelsen er knyttet til at viruset i utgangspunktet kun smittet fra gris til gris. Offisielt fikk viruset som utløste pandemien i 2009 betegnelsen H1N1.¹⁷ WHO anerkjente etter hvert behovet for en ytterligere avklaring i forhold til navneproblematikken, og valgte derfor i 2011 å endre det offisielle virusnavnet til A(H1N1)pdm09 der siste ledd står for pandemi 2009. (WHO 2011a) For å utelukke eventuelle forvirringer velger jeg å bruke det mer kjente navnet «svineinfluensaen» i min oppgave.

¹⁷ Influenzavirus får navn etter hvilke proteiner de har på overflaten. Proteinene i H1N1 sin viruskappe er haemagglutinin (heretter betegnet som H) som er delt inn i tre typer, H1 til H3, og neuraminidase (heretter betegnet som N) som er delt inn i to typer N1 og N2. Et virus kan ha ulike kombinasjoner av H og N. Disse forskjellene mellom sammensetning av H og N betyr også forskjell i virulens (evne til å lage sykdom), siden de ulike kombinasjonene gir ulik effekt. Virusnavnet A H1N1 vil derfor bety at viruset er en type A virus med proteinene H1 og N1. (Best Practice 2012 A, Best Practice 2012 B)

I. Influensapandemi 1976

For å øke forståelsen av krisehåndtering av svineinfluensapandemien i 2009 er det interessant å trekke noen historiske linjer til andre relevante krisehåndteringer av pandemier. Historien kan kaste lys over bakgrunn for krisehåndtering også i dag, siden tidligere erfaringer kan utløse både nye rutiner og tiltak som ennå er gjeldende. I den forbindelse anser jeg det som relevant og nyttig med en kort redegjørelse for tidligere krisehåndtering av pandemi utløst av det samme viruset.

I 1976 ble det oppdaget alvorlige tilfeller av influensa i en treningsleir for soldater i USA. Viruset ble isolert og forsøkt identifisert av amerikanske myndigheter (CDC), og det ble påvist svineinfluensavirus i flere av prøvene. Påvisning av svineinfluensaviruset var en overraskelse for myndighetene, siden de regnet med at årsaken var det mer velkjente Victoria-influensaviruset. Svineinfluensaviruset viste seg å ha en høyere mortalitet for yngre barn og voksne, noe som ikke samsvarer med sesonginfluensa. Den økte mortaliteten var en konsekvens av at eldre mennesker hadde vært utsatt for et tilsvarende virus, som svineinfluensaen, i sine yngre dager noe som hadde medført at anti-stoffer var produsert. I tillegg til høyere mortalitet var det også uvanlig at viruset ikke kun smittet fra dyr til menneske, men også mellom mennesker. Myndighetene fryktet også at virusets proteiner, kalt antigener, var forskjellig fra det vanlige influensaviruset. En forskjell i antigener vil kunne føre til det man kaller en antigenic shift, som innebærer at eventuell ”oppspart” beskyttelse fra tidligere influensainfeksjoner ikke vil gi beskyttelseeffekt. Pandemier og antigenic shift var trodd å ha en tett kobling ved at: (...) *leading experts assumed that pandemics follow antigenic shifts as night follows day* (Neustadt og Fineberg 2004: 5).

I tillegg til teoriene om antigenic shift trodde man at pandemier i realiteten repeterte tidligere pandemier i historien. Influensavirus ville etter denne teoriens syn kun ha et begrenset antall ulike oppbygninger, noe som medførte et behov for repetisjon av tidligere virusoppbygninger. Repetisjonene kunne komme med lange mellomrom, men det ble predikert at man ville få en pandemi med rundt 10 års mellomrom. Det ble spekulert i om svineinfluensapandemien i 1976 var en repetisjon av en pandemi i 1918-1919. Denne informasjonen er viktig med tanke på at man med basis i denne troen forberedte og planla for krisehåndtering med basis i dette scenarioet (Neustadt og Fineberg 2004). For å trekke en parallell til situasjonen i 2009 hadde WHO allerede før pandemiens utbrudd sendt ut varslinger om at en pandemi kunne være aktuell innen rimelig tid og at forberedelser var nødvendig, men det ble igangsatt lite nytt for å imøtekomme dette varselet i Danmark og Sverige.

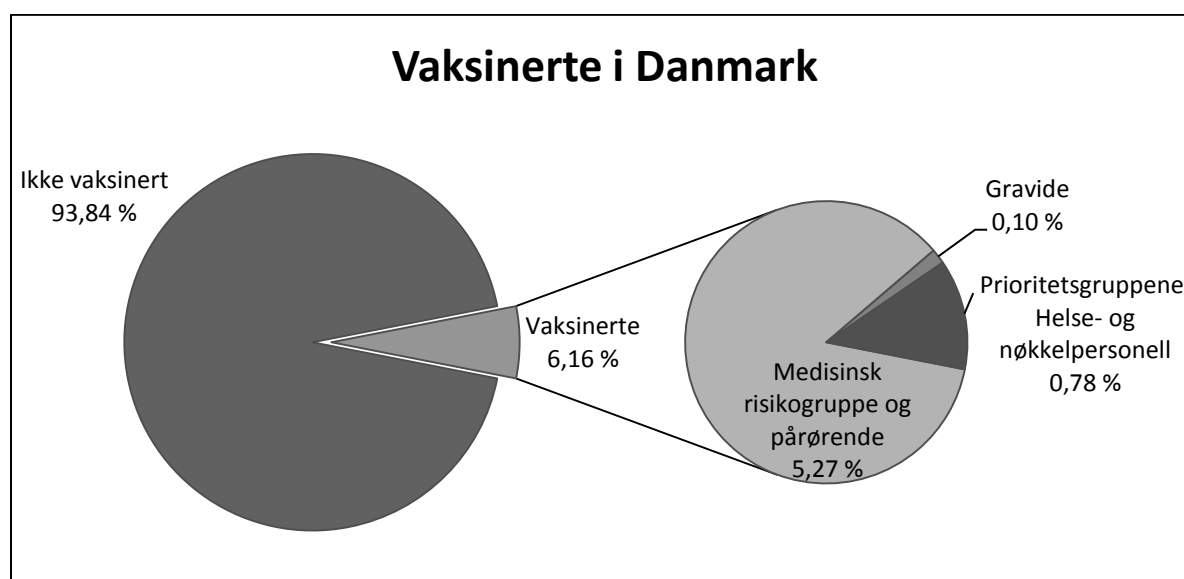
Samlet sett medførte amerikanske myndigheters vurdering av svineinfluensapandemien i 1976 at man så et behov for drastiske tiltak for å beskytte befolkningen. Hovedtiltaket var å igangsette en massevaksinering. Målsetningen for vaksinasjonsdekning lå på nærmere 100 % av befolkningen. Totalt ble rundt 40 millioner mennesker vaksinert i løpet av rundt 10 uker. Vaksinasjonskampanjen ble overraskende stoppet etter at man oppdaget at vaksinasjonen medførte en betydelig økt risiko for utvikling av en alvorlig nevrologisk sykdom med basis i autoimmunitet ved navn Guillain-Barre syndrom. Vaksinasjonskampanjen var uten sidestykke for sin tid i både størrelse og målsetninger om vaksinasjonsdekning. Det var kun frykten om meldte bivirkninger som stoppet vaksinasjonskampanjen, og uavbrutt hadde vaksinasjonsdekningen ellers vært betraktelig høyere (Neustadt og Fineberg 2004).

Selv om disse teoriene ikke lenger kan ses som relevante i dag er svineinfluensapandemien i 2009 på mange måter en repetisjon av svineinfluensapandemien i 1976. Det er viktig å merke seg at mange virus aldri dør ut når en pandemi regnes som avsluttet. Selv nå 4 år etter svineinfluensapandemien i 2009 er svineinfluensaviruset fremdeles i virke. Derimot regnes det ikke lenger som å være del av en pandemitrussel. Dette betyr at det eksisterer en risiko for at man kan få en ny svineinfluensapandemi i fremtiden (Neustadt og Fineberg 2004).

Vaksinasjonskampanjen etterlot seg også en arv av uoppgjorte spørsmål og temaer som vil være interessante og relevante ved spørsmål om massevaksinasjon i dag. Det viktigste spørsmålet relaterer seg til vurdering og oppfatning av risiko og bivirkninger ved vaksiner som nødvendigvis ikke er utprøvd i tilstrekkelig grad. Vaksinasjonsspørsmålet kommer ofte opp i en hastepreget situasjon, og risikoen kan derfor bli vurdert annerledes enn normalt. Samtidig er det relevant å se på hvilke yrkesgrupper som har foretatt vurderingene knyttet til vaksinasjonsspørsmålet, eksempelvis forholdet mellom politikere og medisinske fagfolk. En krise kan medføre endringer i ansvarsrelasjoner, sammen med mer hastepregede beslutninger (Neustadt og Fineberg 2004).

J. Oversikt over vaksinasjon i Danmark

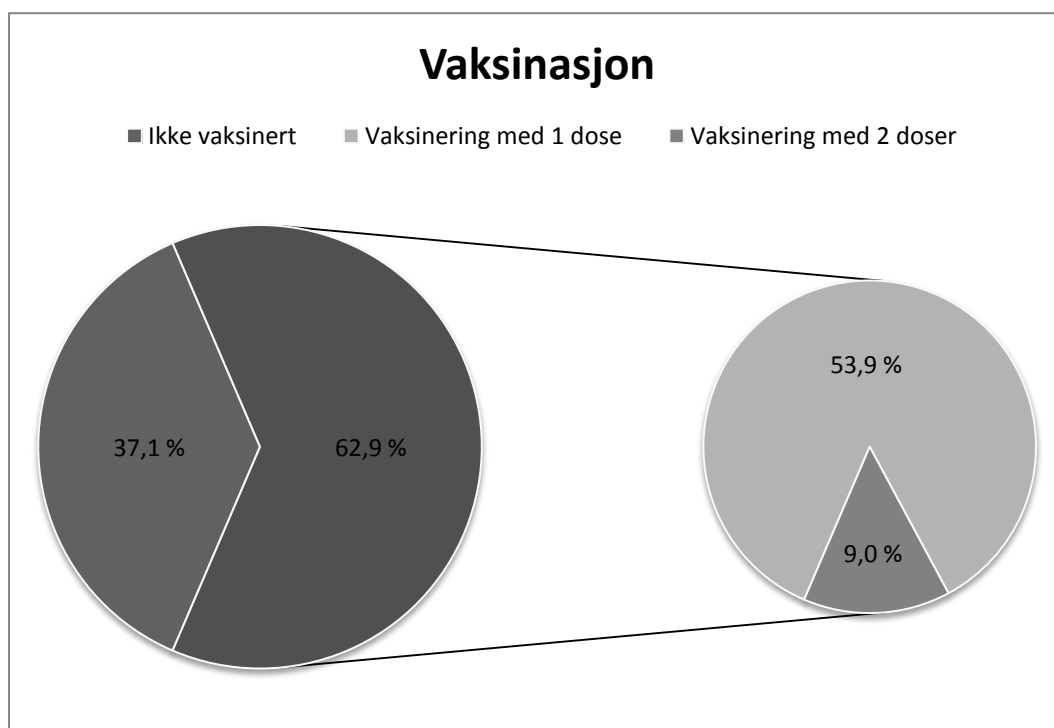
	Antall	%
Befolkning	5 511 451	100,00 %
Ikke vaksinert	5 171 936	93,84 %
Totalt antall vaksinerte	339 515	6,16 %
--Kronisk syke	286 568	5,20 %
--Gravide	5 780	0,10 %
--Kontakter av immunsupprimerte	4 073	0,07 %
--Helsepersonell og nøkkelpersonell	42 859	0,78 %



Tallmateriale fra kilder: SSI 2010, Danmark Statistik 2013.

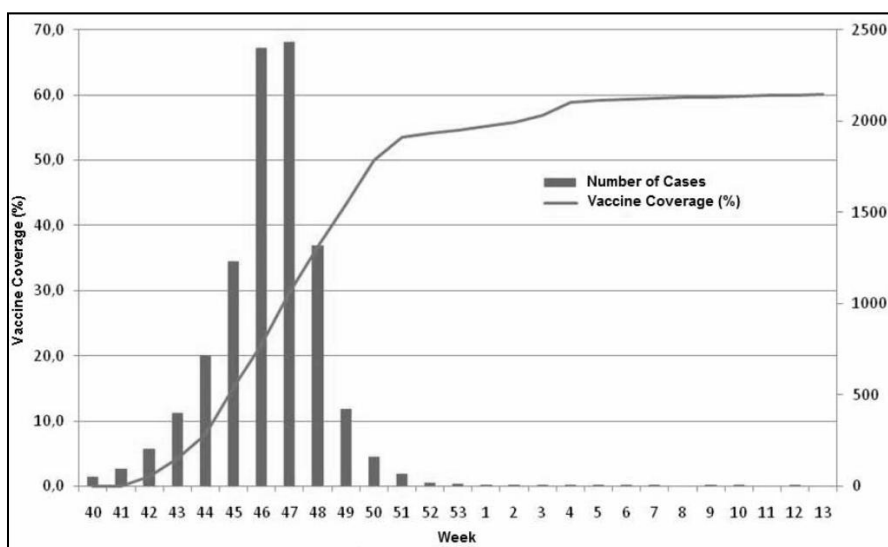
K. Oversikt over vaksinasjon i Sverige

	Antall	%
Befolkning	9 340 682	100,0 %
Ikke vaksinert	3 465 393	37,1 %
Vaksinering med 1 dose	5 034 628	53,9 %
Vaksinering med 2 doser	840 661	9,0 %
Totalt vaksinert	5 875 289	62,9 %



Tallmateriale fra kilder: Wik 2010, Statistiska Centralbyrån 2013.

Vaksinasjonsdekning kontra laboratoriebekreftede smittetilfeller oktober 2009 ut mars 2010:



(Adaptert fra Ripe 2011: 34)

L. Tidslinje

Dato	Land	Hva skjedde
24. april 2009	Felles	Første varsel fra WHO om utbrudd av svineinfluensa, basert på tilfeller i USA og Mexico.
	Danmark	Første varsling fra WHO, via GOARN, registreres på Statens Serum Institut. Statens Serum Institut varsler Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen varsler videre de medisinske koordinasjonssentralene i regionene.
	Sverige	Første varsling fra WHO via GOARN. Socialdepartementet delegerer kort tid etter varselet krisehåndteringsansvaret til Socialstyrelsen – som går i samarbeid med Smittskyddsinstitutet og Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. Første influensagruppemøte i Smittskyddsinstitutet.
25. april 2009	Sverige	Ekstraordinært møte mellom Smittskyddsinstitutet, Socialstyrelsen og Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.
26. april 2009	Felles	WHO anser situasjonen for å være en: (...) <i>public health emergency of international concern</i> .
27. april 2009	Felles	WHO melder overgang fra pandemifase 3 til pandemifase 4. Det første europeiske dødsfallet av svineinfluensa registreres i Storbritannia.
	Danmark	Intern krisestab opprettet i Sundhedsstyrelsen. Første pressekonferanse.
28. april 2009	Sverige	Første telefonmøte i den svenske nasjonale pandemigruppen. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap iverksetter krisehåndteringsarbeidet i samarbeid med Socialstyrelsen.
29. april 2009	Felles	WHO erklærer pandemifase 5.
1. mai 2009	Danmark	Første smittetilfelle bekreftet i Danmark. Strategien om å forhindre videre smittespredning oppgis til fordel for en strategi om å minimere skadeeffekter på utvalgte risikogrupper.
4. mai 2009	Sverige	Arbeidsgruppe for krisehåndtering nedsettes hos Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. Felles linje for henvendelser rundt pandemien åpnes.
5. mai 2009	Sverige	Andre møte i den nasjonale pandemigruppen.
6. mai 2009	Sverige	Første smittetilfelle bekreftet i Sverige.
12. mai 2009	Danmark	Veiledning og kontrollprøver sendes til alle sykehus for å kunne diagnostisere lokalt.
15. mai 2009	Sverige	Sverige inkluderer svineinfluensaen på listen over almenntfarlige sykdommer (Smittskyddslagen).
Mai	Sverige	Sverige, ved Socialstyrelsen, publiserer anbefalinger for helsesektoren i forbindelse med håndtering av svineinfluensaen. (revidert høsten 2009)

Dato	Land	Hva skjedde
11. juni 2009	Felles	WHO oppjusterer situasjonen til, siste, pandemifase 6.
	Danmark	Danmarks innkjøpsavtale med GSK aktiveres.
	Sverige	Sverige innkjøpsavtale med GSK aktiveres.
19. juni 2009	Danmark	Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse legger frem forslag om ekstrabevilgning i forbindelse med innkjøp av vaksiner for Finansudvalget (Folketinget) Godkjent 25.juni.
15. juli 2009	Sverige	Sverige gir opp å forhindre smittespredning.
29. september 2009	Danmark	Pressekonferanse med presentasjon av 3 risiko- og prioritetsgrupper som får tilbud om vaksinerings.
1. mars 2010	Sverige	Myndigheten för samhällsskydd och beredskap avslutter sin arbeidsgruppe for krisehåndtering.
Mai 2010	Sverige	Socialstyrelsen tegner en tilleggsavtale med GSK vedrørende eventuelle endringer av vaksinedelene for fremtidig bruk. (virusstamme og adjuvans)
Vår/sommer 2010	Felles	Sverige er et av de første landene som rapporterer økning i diagnostisering av narkolepsi, og det spekuleres i mulig kobling mellom vaksinerings og sykdommen narkolepsi.
10. august 2010	Felles	WHO erklærer pandemien for å være avsluttet, og den prepandemiske fasen starter. Dette betyr ikke at viruset ikke er aktivt, men derimot at det ikke lenger er grunnlag for å kalle det en pandemi.
Oktober 2010	Sverige	Socialstyrelsen utførte, etter oppdrag fra regjeringen, en vurdering av GSK og innkjøpsavtalen under svineinfluensaen.
Februar 2011	Sverige	Socialstyrelsen og Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, publiserer evalueringsrapport av den svenske krisehåndteringen.