

# Pandemiberedskap

*En komparativ studie av åtgärder mot smittsamma sjukdomar*



**LUNDS**  
UNIVERSITET

## Abstract

In light of the ongoing pandemic, Covid-19, questions are raised about how well prepared countries have been. There are discussions that many countries have been poorly prepared, for example with regard to emergency storage of medical equipment and hospital care facilities. This may be due to various factors. An interesting aspect to investigate is whether the structure of a country's political system could be decisive for how well-prepared countries were before the pandemic.

Preparing for a pandemic involves a short-term cost and thus a long-term investment in future crisis management. According to existing science and research, discussions about whether democracies are capable of being long-term in their decisions are being raised. One idea used to explain this is that there is a connection between the structure of a country's political system and its incentive to make decisions that generate long-term benefits. Studies have shown that when it comes to policy changes that are associated with short-term costs and long-term benefits, reform capacity is often higher in power-sharing systems than in power-concentration systems. This study aims to illustrate this phenomena by investigating how countries acted during the inter-pandemic period after the swine flu (2009) to prepare for a potential pandemic. To achieve the purpose, a comparative study will be applied. The countries surveyed in the study's empirical section are the United Kingdom (with power concentrated institutions) and Finland (with power-sharing institutions).

Through the exercise of the Hypothetico-deductive method, and a case study for each case, this study has found that Finland implemented more reforms and updates in its pandemic plan, than the United Kingdom, during the interpandemic period after the swine flu. There are differences between the countries pandemic preparedness, and actions taken after the 2009 pandemic, although to a limited extent.

*Keywords: Pandemic planning, Crisis management, Inter-pandemic period, Electoral systems, Power concentration institutions, Power sharing institutions, Policy myopia, H1N1-influenza pandemic, Finland, United Kingdom.*

# Förkortningar

EC = European Commission (Europeiska Kommissionen)

ECDC = European Centre for Disease Prevention and Control

EU = European Union (Europeiska Unionen)

EPRR = Emergency, Preparedness, Resilience and Response

CEAPI = The Committee on Ethical Aspects of Influenza Pandemic

DH = The Department of Health UK

NHS = National Health Service (United Kingdom National Health Service)

NHS CB = National Health Service Commissioning Board

PHE = Public Health England

SHM= Social- och hälsovårdsministeriet Finland

WHO = World Health Organization (Världshälsoorganisationen)

WHO GISRS = Global Influenza Surveillance and Response System

WHO PIP = World Health Organization Pandemic Influenza Preparedness

# Innehållsförteckning

<b>1. Inledning</b>	<b>3</b>
1.1 Problemdiskussion	3
1.2 Syfte och frågeställning	5
1.3 Avgränsningar och urval	6
<b>2. Teori och tidigare forskning</b>	<b>12</b>
<b>3. Metod och material</b>	<b>16</b>
3.1 Hypotetisk-deduktiv metod	16
3.2 Operationalisering	17
3.3 Material	21
<b>4. Analys</b>	<b>23</b>
4.1 Storbritannien	23
4.2 Finland	28
4.3 Komparativ analys	33
<b>5. Slutsats och diskussion</b>	<b>37</b>
<b>6. Referensförteckning</b>	<b>40</b>

# 1. Inledning

## 1.1 Problemdiskussion

Det är lite mer än ett decennium sedan världen senast drabbades av en pandemi. Influensapandemin H1N1 från 2009, även kallad svininfluensan, var det första stora influensautbrottet på 2000-talet och var känd för sin snabba globala spridning. Trots ansträngningar för att isolera och kontrollera spridningen av viruset resulterade svininfluensan i att miljoner människor smittades. På grund av svårigheter att få prov från drabbade individer, särskilt i utvecklingsländer, var det svårt att beräkna exakta globala siffror. Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) uppskattas antalet dödsfall ha varit mellan 284 500 och 575 400 (World Health Organization 2011).

Den 10 Augusti 2010 deklarerade WHO:s International Health Regulations (IHR) Emergency Committee ett slut på svininfluensapandemin. Pandemin 2009 lät global och nationell pandemiberedskap testas på allvar. Detta avslöjade kritiska luckor i beredskapen inklusive riskbedömning, hälsovårdssystem, utplacering av pandemivaccin och acceptans bland allmänheten. Mot bakgrund av dessa lärdomar uppmanade Världshälsoorganisationen (WHO) och European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) sina medlemsländer att uppdatera och avancera sina beredskapsplaner för pandemier och har publicerat de riktgivande rekommendationer för hur detta kan göras (World Health Organization 2011).

Pandemiberedskap avser förberedelser inför utbrottet av en pandemi, det vill säga en världsomfattande spridning av en ny form av influensavirus (Folkhälsomyndigheten 1). Svårigheten inom pandemiberedskap är att det i princip är omöjligt att förutspå när nästa pandemi inträffar och utvecklas. Dock är det av central betydelse hur länder agerar under en interpandemisk fas (perioden mellan två pandemier) för hur väl nästa pandemi hanteras. I ljuset av den pågående pandemin (2020), Covid-19, väcks frågor om hur väl förberedda länder har varit. Det råder diskussioner om att många länder har varit och är dåligt förberedda, exempelvis vad gäller beredskapslager av medicinsk utrustning och vårdplatser på sjukhus, inför corona. Detta kan bero på olika faktorer. En intressant aspekt att undersöka är om det finns något i det politiska systemets struktur som kan tänkas vara avgörande för hur väl förberedda länder var inför corona. Förberedelser inför en pandemi innebär en

kostnad och således en långsiktig investering i framtida krishantering. Inom statsvetenskapen förs en diskussion om huruvida demokratier klarar av att vara långsiktiga i sina beslut. En idé som används för att förklara detta är det finns ett samband mellan strukturen för ett lands politiska system och dess incitament att fatta beslut som genererar långsiktiga fördelar.

Att undersöka denna aspekt i relation till situationen med corona-pandemin vore mycket intressant, men med hänsyn till att det i dagsläget är en pågående pandemi finns det inget färdigt facit för utfallet. Detta gör det svårt att bedöma hur väl förberedda länder varit inför corona. Ett annat intressant perspektiv att undersöka är hur länder agerade efter svininfluensan (2009) för att vara förberedda inför nästa pandemi och om det politiska systemet var en avgörande faktor.

För att undersöka detta kommer en komparativ studie att tillämpas. De länder som undersöks i studiens empiriska del är Storbritannien och Finland. Detta eftersom länderna har olika politiska system med avseende på vilket valsysteem som tillämpas och hur regeringar bildas. Uppsatsens relevans motiveras utifrån både ett inom- och utomvetenskapligt perspektiv. Uppsatsens forskningsproblem påvisar en inomvetenskaplig relevans, vilket framgår av tidigare forskning. Dock finns det få verk som undersöker maktfördelning i relation till krisberedskap, i synnerhet pandemiberedskap, och således existerar det en 'kunskapslucka' (Esaiasson et. al 2017, s. 32-33). Problemets relevans begränsas dock inte till den inomvetenskapliga domänen. Uppsatsen anses relevant med hänsyn till rådande omständigheter med Covid-19 och diskussionen om nivån på den befintliga pandemiberedskapen. Att undersöka sambandet mellan olika politiska system och pandemiberedskap påvisar således en utomvetenskaplig relevans (Teorell & Svensson 2007, s.18-19; Esaiasson et. al 2017, s. 32-33).

## 1.2 Syfte och frågeställning

Studiens problemformulering är: genomför maktkoncentrerade politiska system mindre eller större satsningar inom pandemiberedskap än maktdelade politiska system. Dock innebär problemformuleringen en hög abstraktionsgrad och konkretiseringar bör tillämpas. Syftet med studien blir således att undersöka skillnaden mellan två politiska system i deras satsningar inom nationell pandemiberedskap. Mer specifikt kommer syftet tillgodoses genom en komparativ studie mellan Storbritannien och Finland, det vill säga ett maktkoncentrerat system respektive ett maktdelningssystem. För att pröva detta samband och tillgodose syftet kommer studien belysa följande frågeställning:

*Genomförde Finland mindre eller större satsningar på pandemiberedskap än Storbritannien efter Svininfluensapandemin 2009?*

Hypotesen är att Finland, ett typiskt maktdelningssystem, genomförde större satsningar inom nationell pandemiberedskap efter svininfluensapandemin. Argumentet för detta är att maktdelningssystem tenderar att främja gemensamma intressen och långsiktiga investeringar oavsett vilket parti som har makten. Detta argument grundas på studiens teoretiska ansats som bygger på slutsatser från tidigare forskning om politiska system och beslutsfattande om långsiktiga investeringar. Ambitionen är även att på en högre abstraktionsgrad föra en mindre diskussion om huruvida institutioner och politiska systemets struktur spelar en avgörande roll för den politik som förs.

### 1.3 Avgränsningar och urval

En viktig distinktion är den mellan policy outputs och policy outcomes, det vill säga de policys som skapas respektive effekterna av en policy. Eftersom studien behandlar hur länder agerade och avancerade sin krisberedskap efter svininfluensapandemin undersöker denna studie enbart så kallade policy outputs (Böhmelt, et. al 2015, s.1284) Anledningen till detta är att det ännu inte går att konstatera policy outcomes, det vill säga vilket land som varit bäst förberedda och som klarade Covid-19 bäst. Att studera policy outputs kräver att en särskild aspekt finns i åtanke: skillnaden mellan politikers retorik, ambitioner och faktiska policy outputs. Det är allmänt känt att politiker har ett intresse av att visa sig handlingskraftiga av diverse anledningar, exempelvis att bli omvalda. Således finns det en risk att policyförändringar utlovas men aldrig faktiskt genomförs.

Det finns flera faktorer som kan tänkas vara avgörande för ett lands pandemiberedskap, men denna studie ämnar undersöka detta utifrån en särskild dimension: maktfördelning. Maktfördelning som fenomen kan i sin tur tillämpas och studeras i relation till olika sammanhang och perspektiv. Mer specifikt kommer denna studie undersöka maktfördelning med avseende för de relevanta ländernas valsystem. Ett valsystem är den övergripande utformningen av ett lands representationssystem på såväl nationell som subnationell nivå och är av central betydelse för hur mandatet fördelas mellan partierna (Gallagher 2017, s.174-175). Det finns två huvudkategorier för valsystem: majoritetsval och proportionella val (Caramani 2017, s. 234). Studien avgränsas till två länder: Storbritannien och Finland, som representerar majoritetsval respektive proportionella val.

Enligt den konstitutionella doktrinen i Storbritannien består parlamentet av: kronan (the Crown), överhuset (House of Lords) och underhuset (House of Commons). I praktiken är makten dock helt koncentrerad till underhuset och framför allt till kabinettet, det vill säga den politiska majoritetens bildade grupp (NE 6). I Storbritannien är det majoritetsval, i enmansvalkretsar, som förekommer. Detta innebär att landet delas in i så kallade enmansvalkretsar. Den kandidat som får flest röster i en valkrets (så kallad relativ majoritet) vinner mandatet, utan att nödvändigtvis ha majoritet bland väljarna som helhet. Majoritetsval främjar tvåpartisystem eftersom



de mindre partierna ofta missgynnas i den här typen av valsystem (Caramani 2017, s. 234-235; NE 5). De två partierna som länge har dominerat i Storbritannien är de konservativa respektive Labour-partiet. Storbritannien är ett typiskt maktkoncentrerat politiskt system (NE 5).

I kontrast till detta förekommer proportionella val i Finland. Detta innebär att antalet kandidater som väljs från ett parti står i proportion till antalet röster partiet fått i valet i jämförelse med andra. Exempelvis: om partiet får 25 procent av de avgivna rösterna, får de också cirka 25 procent av mandaten. Däremot är presidentvalet inte proportionellt utan ett direkt personval (Justitieministeriet 2020, s. 10). Dock kommer detta inte utgöra ett problem för studien eftersom presidenten idag inte är lika avgörande för finsk inrikespolitik. Proportionella valsystem tenderar att leda till flerpartisystem och gynna mindre partier (Caramani 2017, s. 235; Gallagher 2017, s. 176-178). I sin doktorsavhandling *A Case of Surplus Majority Government: The Finnish Rainbow Coalition* skriver Ann-Cathrine Jungar (2002) att Finland har en lång historia av så kallade "oversized coalitions" och är i den meningen ett typiskt maktdelningssystem. Jungar genomför en fallstudie som undersöker varför "surplus majority governments" bildas. Resultatet av studien är att partiernas strategiska egenskaper bäst förklarar koalitionen "surplus size", eftersom deltagande i regeringen genererar större möjligheter att realisera mål, till exempel: politik, röster och framtida mål och reformer (Jungar 2002, s. 78-79).

Storbritannien är ett typiskt maktkoncentrerat politiskt system och koalitionsregeringar är någonting som sällan uppstår. Däremot fick inget parti majoritet i underhuset vid valet 2010. Detta resulterade i att det konservativa partiet, som då hade blivit största parti, bildade regering med Liberaldemokraterna. Detta var den första koalitionsregeringen i Storbritannien sedan 1945 (Lee 2011, s. 3-4). Dock påverkar detta inte studiens analys eller slutsats i särskilt stor utsträckning. Anledningen till detta är att tillfälligheten att det var en koalitionsregeringen inte förändrar den politiska risken och konkurrensen mellan partier inom majoritetsvals-system. Detta är någonting som kommer presenteras och diskuteras vidare i kapitel 2 i anknytning till Lindvalls (2017) bok, *Reform Capacity*.

Urvalet baseras även på strategiska urvalstekniker, närmare bestämt method of difference som även kallas Most similar systems design (se Tabell 1). Urvalslogiken

bygger på att likheterna mellan analysenheterna maximeras och att analysenheterna väljs med avseende på den oberoende variabelns värde, det vill säga valsystem. (Teorell & Svensson 2007, s. 80, 82-83). Method of difference anses lämplig eftersom studiens övergripande syfte kräver att den oberoende variabeln, "valsystem" isoleras från inverkan av andra potentiella förklaringsfaktorer för ett lands krisberedskap.

	Analysenhet 1	Analysenhet 2
Oberoende variabel a	a	a
Oberoende variabel b	b	b
Oberoende variabel c	c	c
Oberoende variabel x	x	inte x
Beroende variabel y	y	inte y

*Tabell 1: Illustration av 'Method of difference' (= Most similar systems design)*

Ett problem med urvalslogiken är kravet på homogena analysenheter, eftersom det i praktiken är princip omöjligt att ta hänsyn till alla potentiella förklaringsfaktorer. (Teorell & Svensson 2007, s. 227; Esaiasson et. al 2017, s. 103). Dock kan problemet delvis hanteras genom att konstanthålla så många andra variabler som möjligt. Denna studie kommer ta hänsyn till alternativa förklaringsfaktorer som anses relevanta för nationell pandemiberedskap (se Tabell 2).

De alternativa förklaringsfaktorer som studien tar hänsyn till är (Se Tabell 2): 1) om länderna är medlemsstater i EU; 2) om länderna implementerat WHO PIP-programmet; 3) Pandemins karaktär och allvarlighet; 4) utgångsläget för respektive lands pandemiplan vid inträffandet av pandemin 2009.

	Storbritannien	Finland
EU-medlemskap	Ja *	Ja
WHO PIP	Ja	Ja
Pandemis allvarlighet	Ja	Ja
Pandemiplan	Ja	Ja
Majoritetsval	Ja	Nej
Pandemiberedskap	?	?

Tabell 2: Tillämpning av *Method of difference* (= *Most similar systems design*)

\* Under tidsperioden som denna studie avser undersöka var Storbritannien fortfarande en del av EU.

EU-medlemskap anses vara en relevant förklaringsfaktor eftersom EU har gemensamma riktlinjer inom krisberedskap för sina medlemsländer. Ett exempel på detta är: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) syftar till att stärka Europas försvar mot infektionssjukdomar. Huvudfunktionerna med ECDC täcker ett brett spektrum av aktiviteter, bland annat: övervakning av nya sjukdomar och spridning, vetenskaplig rådgivning samt riktlinjer för pandemiberedskap (ECDC 1). Under den interpandemiska perioden 2009-2019 ingick båda länderna som medlemsstater i EU och således kan denna variabel hållas konstant.

År 2011 skapade WHO ett gemensamt ramverk för pandemiberedskap: *Pandemic influenza preparedness (PIP): Framework for the sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits*. Syftet med detta ramverk är att förbättra beredskapen och responsen mot pandemisk influensa samt stärka skyddet mot influensan. Strategin för detta är att förbättra och stärka WHO:s globala övervaknings- och responssystem för influensa ("WHO GISRS"). Målsättningen är att samtliga medlemsländer ska skapa ett rättvist, transparent och effektivt system för att, på lika villkor: 1) dela kunskap om H5N1 och andra influensavirus med human pandemisk potential; och 2) skapa tillgång till vacciner och ta del av diverse fördelar. WHO uppmuntrade samtliga medlemsländer att snabbt införa detta ramverk i den nationella pandemiberedskapen (WHO PIP 2011, s. 3-6). Både Storbritannien och Finland är medlemsländer i WHO och har implementerat ramverket (PIP) i den nationella pandemiberedskapen.

En pandemis allvarlighetsgrad kan ha stor inverkan på hur ett land anpassar och uppdaterar sin pandemiberedskap. Svininfluensan 2009 kategoriseras som en mild pandemi i relation till exempelvis: Spanska sjukan, Asiaten och Hongkonginfluensan. Både Storbritannien och Finland upplevde relativt milda konsekvenser av svininfluensan (UK National Health Service 2019; Social- och hälsovårdsministeriet 2012). Därtill är det även viktigt att ta hänsyn till utgångsläget för respektive lands pandemiberedskap, det vill säga den aktuella planen vid inträffanden av pandemin 2009 och som uppdaterats under den interpandemiska perioden. Om länderna hade haft olika nivå av beredskap hade det exempelvis kunnat generera godtyckliga och missvisande resultat. I det här fallet hade både Storbritannien och Finland i princip samma nivå inom pandemiberedskap som utgångsläge. Detta kommer illustreras i studiens empiriska undersökning som visar hur länderna avancerat sin pandemiberedskap.

## 2. Teori och tidigare forskning

Studiens teoretiska ramverk bygger på befintliga teorier och diskussioner inom statsvetenskaplig forskning och litteratur. Därmed kommer studien inte utveckla en egen teori.

Definitionen av en kris är: en händelse som drabbar stora delar av samhället och som kan hota grundläggande värden samt viktiga samhällsfunktioner. En kris är oväntad och någonting bortom det vanliga och vardagliga. Det är ett tillstånd som inte kan hanteras med normala resurser och kräver organisering på flera nivåer i samhället (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap 1). I masteruppsatsen *Disasters by Design: A Disaggregated Study of the Ethnic and Institutional Determinants of Natural Disaster Vulnerability*, undersöker Busch (2012) regeringars förmåga att reagera effektivt på en kris, eller mer specifikt en naturkatastrof. Busch skriver att förmågan delvis beror på tidigare investeringar som gjorts inom beredskap för detta, men att den faktiska skadan av en naturkatastrof beror på en kombination av två faktorer: å ena sidan långsiktig politik och å andra sidan kortsiktiga svar (Busch 2012; Lindvall 2017, s. 12). Detta torde även gälla för hantering av pandemier. I fallet med pandemier relaterar kortsiktig politik till hur länder agerar under en pandemi, medan långsiktig politik relaterar till hur ett land förbereder sig inför en potentiell framtida pandemi. I denna studie kommer pandemiberedskap således kategoriseras som en långsiktig investering.

Att satsa på pandemiberedskap innebär kortsiktiga kostnader, med en potentiell långsiktig fördel. Problemet med en pandemi är att det enda förutsägbara tycks vara dess oförutsägbarhet. Detta beror på att en pandemi kan ha olika karaktär och nivåer av allvarlighetsgrad, vilket gör det svårt att på förhand göra en bedömning av vilken typ av beredskap som är nödvändig (och effektiv) för att hantera en framtida pandemi. Detta innebär att investeringar i pandemiberedskap kan utgöra en politisk risk för ett parti, eftersom det är osäkert om den kommer generera någon nytta förrän pandemin väl inträffar. I sin bok *Governing for the Long Term: Democracy and the Politics of Investment*, skriver Alan Jacobs (2011) om den här typen av problem. Jacobs skriver att demokratisk politik, som kännetecknas av regelbundna val med korta intervall, vanligtvis drabbas av ett fenomen som kallas politisk myopi (politisk närsynthet). Detta

fenomen innebär att politiker är fast beslutna om att förbli i tjänsten och således investerar i reformer som genererar kortsiktiga fördelar, men ignorerar de framtida konsekvenserna. Med hänsyn till detta blir “the politics of when” en avgörande faktor i hur väljare röstar och därmed hur politiker agerar (Jacobs 2011, s. 5). Jacobs argumentation för detta är att väljare - och därmed regeringar - i första hand bryr sig om de omedelbara vinsterna och ignorerar dess långsiktiga kostnader. Därmed gör Jacobs två antaganden om politik i demokratiska stater: 1) tidpunkten för policyer effekter spelar roll för hur väljare röstar och således för den politik som förs, och 2) de kortsiktiga fördelarna dominerar de långsiktiga resultaten (Jacobs 2011, s. 15-16).

Jacobs lyfter frågan om långsiktighet på en generell nivå. I kontrast till detta skriver Besley och Perssons (2011) i sin bok, *Pillars of prosperity: The Political Economics of Development Clusters*, att olika politiska system är olika bra på att agera långsiktigt. Författarna förklarar detta med olika politiska institutioners sammanhållningsförmåga. Mer specifikt innebär detta att politiska institutioner som ger en relativt stor representation av valförlorare (exempelvis proportionella valsysteem) tenderar att främja gemensamma intressen och långsiktiga investeringar, oavsett vilket parti som har makten (Besley & Persson 2011, s.18).

Tankar som dessa återfinns i kapitlet *Future-oriented Reforms* i Lindvalls bok *Reform Capacity* (2017). Lindvall argumenterar att politiska system som karaktäriseras av maktodelning har högre reformkapacitet vad gäller investeringsrelaterade policyförändringar som är förknippade med kortsiktiga kostnader men långsiktiga fördelar än i maktkoncentrerade politiska system. Anledningen till detta är, enligt Lindvall, att investerings-liknande reformer ofta associeras med en större politisk risk i maktkoncentrerade politiska system med en så kallad “winner-takes-it-all political competition”. Enligt Lindvall kan således maktodelning delvis betraktas som en lösning på problemet med politiska aktörers “short-term bias” (Lindvall 2017, s.113). Likt Jacobs (2011) argumenterar Lindvall att politiska beslutsfattare är motvilliga till att satsa på reformer som genererar kortsiktiga kostnader men långsiktiga fördelar är att en framtida regering kan anta politiska förändringar som inte är gynnsamma för det nuvarande politiska partiet som styr. Detta skulle innebära att den nuvarande regeringen betalar för en reform, men inte får ta del av fördelarna (Lindvall 2017, s.114).

I uppsatsen *Crises, Investments and political institutions* av Andersson och Lindvall (2018) studerar författarna hur regeringar, med olika politiska system, svarar på kris- och investeringsrelaterade problem (Andersson & Lindvall 2018, s. 412). Slutsatsen är att regeringar i system med koncentrerad politisk makt hanterar kriser mer effektivt än politiska system med delad makt. I kontrast till detta är regeringar i system med delad politisk makt mer benägna att att göra långsiktiga investeringar. Sammanfattningsvis menar författarna att majoritetsvals system förknippas med effektivare krishantering, medan proportionella system förknippas med bättre långsiktig politik (Andersson & Lindvall 2018, s. 411). Författarna kallar detta för "crisis- management failures and investment failures" och beror på "commitment problems", det vill säga politiska aktörers oförmåga att agera sig i framtida politik (Andersson & Lindvall 2018, s. 412). Den mest avgörande slutsatsen för uppsatsen och dess argumentation är den konstitutionella strukturen i ett land innebär "trade-offs": institutioner som är särskilt effektiva vad gäller omgående beslut, som exempelvis krishantering, är ofta mindre effektiva vad gäller att lösa långsiktiga politiska problem och vice versa (Andersson & Lindvall 2018, s. 411).

Sammanfattningsvis belyser den tidigare forskningen fascinerande perspektiv på sambandet mellan politiska system och regeringars förmåga att fatta långsiktiga beslut. Den dominerande slutsatsen inom befintlig forskning är att maktdelningssystem är bättre vad gäller långsiktiga investeringar och beslut, medan maktkoncentrerade system har en fördel vad gäller kortsiktiga beslut. Uppsatserna som presenterats ovan kommer appliceras för att underbygga studiens hypotes, som presenteras i nästkommande kapitel. Studien kommer även hänvisa till tidigare forskning för att nyansera analys och slutsats.

I det inledande kapitlet konstaterades studien har flera målsättningar. En är att, på en högre abstraktionsgrad, undersöka om institutionernas utformning medför specifika egenskaper och spelar roll för den politik som förs. I inledningen till sin uppsats *The Institutional Foundations of Democratic Government* skriver Moe och Caldwell (1994): "Most everyone believes that institutions matter. But exactly how they matter, and how one might choose among them, remains something of a mystery" (Moe & Caldwell 1994, s. 171). Moe och Caldwell's uppsats illustrerar hur institutioner spelar roll för regeringens struktur och prestation. Slutsatsen är att varje demokratisk

institutionell form genererar en egen politisk dynamik och författarna myntar konceptet “package deals” (Moe & Caldwell 1994, s. 172). Moe och Caldwell's slutsatser anses vara relevanta för studiens slutsatser och diskussion institutioners betydelse för den politik som förs.



### 3. Metod och material

#### 3.1 Hypotetisk-deduktiv metod

Studien utgår från befintliga teorier om politiska system och effekten för beslut om långsiktiga investeringar. Genom att utgå från dessa är förväntan att att Finland genomför större satsningar efter Svininfluensapandemin än Storbritannien. Detta är ett exempel på hur en hypotes härleds från en teori, den så kallade hypotetisk-deduktiva metoden. Metoden introducerades av Karl Popper och beskrivs som en kombination av induktion och deduktion eftersom forskningsprocessen både utgår från välkända grundantaganden (deduktion) empiriska observationer (induktion), utan från en hypotes (även kallat teori) (Hollis 2002, s.75-76). Eftersom teorin påvisar att politiska system som präglas av maktodelning har större incitament att agera långsiktigt, och således satsa på pandemiberedskap, blir studiens hypotes:

*Hypotes: Finland genomförde större satsningar inom pandemiberedskap, under den interpandemiska perioden efter svininfluensapandemin 2009, än Storbritannien.*

För att hypotesen ska bekräftas måste specifika empiriska konsekvenser uppfyllas. Empiriska konsekvenser är konsekvenser som i regel ska kunna observeras om hypotesen är sann (Teorell & Svensson 2007, s.49-50). De empiriska konsekvenser som ingår i undersökningen är: att Finland genomför satsningar i enlighet med de rekommendationer som etablerats av European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), i samråd med Världshälsoorganisationens (WHO) regionala kontor i Europa. Dessa rekommendationer kommer presenteras i avsnitt 3.2.

Konsekvenserna kommer undersökas genom en fallstudie av Storbritannien och Finland. Därtill kommer även en komparativ analys att genomföras. Syftet med fallstudien är att undersöka hur respektive land agerade efter svininfluensan 2009 för att uppdatera sin pandemiberedskap (Teorell & Svensson 2007, s. 82). Därefter görs en jämförelse mellan utfallen för Finland och Storbritannien i syfte att dra slutsatser om studiens hypotes. Den komparativa analysen ämnar jämföra hur Storbritannien och Finland agerat inom de fem förbättringsområdena: beredskap inom vården,

beredskapslager, vaccin-strategi, riskanalys och flexibilitet. Om de empiriska konsekvenserna, för respektive fall, stämmer överens med hypotesen stärks teorins förklaringskraft och vice versa.

Viktigt att betona är att denna slutsats inte ämnar klargöra normativt hur nationell pandemiberedskap bör utformas. Studien tar enbart hänsyn till om länderna uppdaterat sina respektive pandemiplaner i enlighet med rekommendationer av WHO och European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC).

En viktig aspekt att ha i åtanke är att en teori aldrig kan bekräftas helt och hållet. Detta beror på att det finns obestämt många observationssatser som kan härledas ur teorin varav någon potentiellt sett kan vara falsk. Detta kallas för induktionsproblemet (Teorell & Svensson 2007, s. 49-50). Studiens intensiva upplägg innebär att kravet på reliabilitet, det vill säga att den tillämpade mätmetoden ska leda till samma resultat vid upprepade tillämpningar, kan bli lidande (Teorell & Svensson 2007, 55-57). Givet att studiens mätning endast omfattar två analysenheter, Storbritannien och Finland, kan det inte säkerställas att mätmetoden leder till samma resultat vid upprepade tillfällen (Teorell & Svensson 2007, s. 283). Det finns exempelvis en risk att resultatet hade blivit annorlunda om två andra analysenheter hade jämförts. Förhoppningen är att studiens tillämpning av typiska fall och urvalslogiken *method of difference*, åtminstone i så god mån som möjligt, kan kompensera för detta.

### 3.2 Operationalisering

Hur kan pandemiberedskap operationaliseras och mätas? Denna studie kommer utgå från rekommendationer av European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) som skapades i samråd med Världshälsoorganisationens (WHO) regionala kontor för Europa (ECDC 1, s. 1). Trots att det fanns avancerade nationella pandemiplaner vid tidpunkten för svininfluensapandemin 2009 så fanns det brister i pandemiberedskapen. I dokumentet, *Guide to revision of a national pandemic influenza preparedness plans: Lessons learned from the 2009 A(H1N1) pandemic*, presenteras tretton rekommendationer för nationell pandemiberedskap som baseras på lärdomar från svininfluensapandemin 2009. Operationaliseringen kommer i första hand fokusera på generella rekommendationer och inte specifikt de som handlar om svininfluensans

egenskaper. Anledningen till detta är att det finns en potentiell risk de åtgärder och förberedelser som gjordes efter svininfluensan inte nödvändigtvis har en koppling till andra pandemier, som exempelvis Covid-19. Efter svininfluensan (2009) var ECDC och WHO eniga om att följande områden var kritiska under pandemin och i behov av förbättring, vilka även kommer ligga till grund för operationaliseringen av begreppet pandemiberedskap: beredskapslager, vaccin-strategi, riskanalys och beredskap inom hälso- och vårdsektorn (se Tabell 3). Dock överlappar många av förbättringsområdena varandra i flera avseenden.

Förbättringsområde	Innebörd	Indikatorer
<i>Beredskap inom vården</i>	Förberedelser inom vården och bland vårdpersonal utifall brist på personal skulle råda under en pandemi.	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Skyddsutrustning</li> <li>○ Rekrytering</li> <li>○ Lokal beredskap</li> </ul>
<i>Beredskapslager</i>	Ett förråd av produkter som lagras för att kunna användas vid nationell kriser eller krissituationer.	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Skyddsutrustning</li> <li>○ Läkemedel</li> <li>○ Pre-pandemivaccin</li> </ul>
<i>Vaccin-strategi</i>	Strategi för hur vaccin ska tillverkas, levereras och distribueras.	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Prioritering</li> <li>○ Reserveringsavtal</li> <li>○ Inköp av vaccin</li> </ul>
<i>Riskanalys</i>	Analys och beräkning av potentiella risken för en pandemi och omfattning av riskgrupper i samhället	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Utvärderingar</li> <li>○ WHO:s analys</li> <li>○ Ledande riktlinjer</li> </ul>
<i>Flexibilitet</i>	Nya beredskapsplaner ska anpassas för pandemier med olika allvarlighet.	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ska genomsyra i princip alla delar</li> <li>○ ta hänsyn till olika scenarion</li> </ul>

Tabell 3: Indikatorer för åtgärder inom nationell pandemiberedskap

Det första förbättringsområdet är: **beredskap inom hälso- och vårdsektorn**. Under en pandemi kommer vården att uppleva en betydande ökning av antalet av patienter med framförallt andningsbesvär (utöver det vanliga antalet sjuka personer). Samtidigt som detta sker insjuknar även sjukvårdspersonal som blir frånvarande från jobbet. Detta innebär att det kommer att finnas en alltför stor efterfrågan på sjukvårdstjänster med potentiellt färre sjukvårdspersonal tillgänglig för att leverera dessa tjänster. Det kan uppstå en situation där det blir nödvändigt att avskriva icke-kritiska patienter (oavsett om de insjuknat i pandemi och inte) för att frigöra resurser för svårt sjuka patienter och även avbryta planerade icke-brådskande behandlingar. Lärdomen från svininfluensapandemin 2009 är att även en relativt mild pandemi kan bli överväldigande för sjukvården. Ytterligare en lärdom från pandemin 2009 var att belastningen inom vården kan variera mycket beroende på var man befinner sig. Rekommendationen är således att förberedelser inom pandemiberedskap även bör genomföras på lokal nivå (ECDC 2, s.11).

Det andra förbättringsområdet är: **beredskapslager**. Ett beredskapslager är ett förråd av produkter som lagras för att kunna användas vid nationell kriser eller krissituationer. Förutom begränsad personal kommer andra resurser att bli knappa, bland annat: sjukvårdsmateriel, förbrukningsmaterial, skyddsutrustning till personal samt antivirala läkemedel, pre-pandemiska vaccin och antibiotika. Lärdomen från pandemin 2009 var att utdelningen av den här typen av material måste bli mer effektiv. Det rekommenderas även att samtliga länder ser över sina lokala och centrala beredskapslager (ECDC 2, s.10).

Det tredje förbättringsområdet är: **vaccin-strategi**. Under en pandemi strävar länder i regel efter att vaccinera ett så stort antal människor som möjligt inom en kort tidsperiod. Med hjälp av dagens teknik för att producera influensavacciner tar det ungefär sex månader från början av en pandemi för att utveckla, tillverka och leverera de första leveranserna av ett vaccin. Hur pandemivaccinet levereras och distribueras bestäms delvis i enlighet med ländernas vaccin-strategi. En vaccin-strategi handlar även om vilka grupper som ska prioriteras och i vilken ordning detta ska ske. Exempel på några grupper som brukar prioriteras är: riskgrupper och sjukvårdspersonal vid frontlinjen. Lärdomen från pandemin 2009 är att en pandemi kan slå olika hårt mot olika grupper i samhället. I fallet med svininfluensan var det många unga - med

underliggande sjukdomar - som drabbades och gravida kvinnor. Därmed är det av stor betydelse att vaccin-strategier anpassas till olika scenarion (ECDC 2, s. 5, 9). Vidare måste ett land även ta hänsyn till uppköp av olika vacciner. Det finns två olika typer av pandemivaccin: pre-pandemivaccin och pandemi-specifika vacciner. Det förstnämnda är vacciner som produceras i förväg och är utformad för att skydda mot en stam av influensavirus som experter bedömer kan vara en potentiell orsak till en framtida pandemi. Graden av skydd från ett sådant vaccin beror på hur lik den pandemiska virusstammen är den stam som används för att framställa vaccinet. I kontrast till detta utvecklas pandemi-specifika vacciner för att skydda mot en specifik pandemi (WHO 2).

Det fjärde förbättringsområdet är: **riskanalys**. Pandemiplaner redogör för åtgärder som potentiellt kan genomföras i syfte att minska antalet smittade och dödlighet under en pandemi. För att avgöra vilka åtgärder som ska implementeras i strategin krävs en kontinuerlig analys och bedömning av den totala risken av en potentiell pandemi och dess olika stadier. Lärdomen från 2009 var att många länder utgick från "reasonable worst-case scenario", det vill säga ett rimligt värsta scenario. Detta orsakade förvirring kring när, om och hur länder skulle börja agera. Därmed är det viktigt att länder anpassar sin handlingsplan efter olika stadier av en pandemi och baserar detta på en riskanalys av flera olika scenarion (ECDC 2, s. 5).

Det femte förbättringsområdet är: **flexibilitet**. Flexibilitet är inte en självständig "key area" som presenteras i rapporten av WHO och ECDC, men genom att läsa rekommendationerna är det tydligt att i princip hela analysen genomsyras av att flexibilitet är ett viktigt förbättringsområde. Exempelvis med hänsyn till följande citat:

But when confronted with a milder pandemic than was expected, even the better prepared countries experienced gaps in their surveillance and healthcare systems. Their planning assumptions were not flexible enough, they faced difficult communications and logistics issues with respect to pandemic vaccines, and often failed to establish effective communication lines with front-line healthcare responders (Ibid, s.1).

Svininfluensapandemin (2009) var avvikande från planeringen. Detta resulterade i att många länder upplevde svårigheter att ställa om och agera proportionerligt med andra förutsättningar än planerat (World Health Organization 2011). Således är det av stor

betydelse att länderna tar hänsyn till detta i uppdateringen av pandemiberedskapen. Därmed innebär det inte nödvändigtvis så att det land som bunkrar upp med mest material eller spenderar mer är det land som har bäst förutsättningar att hantera nästa pandemi. Att exempelvis minska på lager är också en godtagbar strategi förutsatt att det kan motiveras i relation till landets behov.

Risken med operationaliseringen är den eventuellt inte ger en heltäckande bild av ländernas pandemiberedskap. Det finns exempelvis andra viktiga områden som kontinuitetsplaner för viktiga samhällsfunktioner som skola, elförsörjning och vatten. Dock är dessa områden inte specifika för pandemiberedskapen utan snarare för den allmänna krisberedskapen. WHO och ECDC:s rekommendationerna utgör generella riktlinjer avsedda för pandemiberedskap och anses vara lämpliga för studiens syfte.

### 3.3 Material

Det material som kommer tillämpas i uppsatsens empiriska del är källor som visar hur Finland och Storbritannien agerat efter svininfluensapandemin (2009). Till följd av studiens tidsmässiga begränsning krävdes avgränsningar sett till material. Studiens huvudmaterial utgörs av respektive lands uppdaterade pandemiplaner efter svininfluensapandemin 2009. Respektive lands pandemiplan har en spridning som beskriver olika områden inom pandemiberedskap. Genom att analysera den här typen av material ämnar studien undersöka hur länderna avancerat sin pandemiberedskap baserat på externa utvärderingar samt rekommendationerna från ECDC och WHO. Som framgår i operationaliseringen behandlas områdena: beredskapslager, vaccin-strategi, riskanalys, beredskap inom hälsosektorn och flexibilitet. Därtill kommer även kompletterande dokument i form av: policydokument, utvärderingar, lagar och relevanta aktörers hemsidor att inkluderas. Syftet med detta är att skapa en mer heltäckande bild av respektive lands pandemiberedskap. Materialets tidsmässiga spridning utgör den interpandemiska perioden (2010-2019) efter pandemin 2009.

Storbritanniens uppdaterade plan är: *UK Influenza Pandemic Preparedness Strategy (2011)*. Detta dokument beskriver regeringens strategiska strategi för att svara på en influensapandemi och tar hänsyn till erfarenheterna och lärdomarna i influensapandemin H1N1 (2009) och de senaste vetenskapliga bevisen. Dock är detta

dokument inte en fullständig representation av landets pandemiberedskap, utan skall läsas med följande kompletterande dokument: *Health and Social Care Influenza Pandemic and Response (2012)*, *Arrangements for Health Emergency Preparedness, Resilience and Response From April 2013 (2012)* och *The Health and Social Care Act 2012*. Det sistnämnda avser den lag som innebar betydande förändringar i hälso- och sjukvårdssystemet i England från april 2013. I detta dokument beskrivs bland annat arrangemangen för akut beredskap. Vidare kommer även ett utdrag ur *The 2009 Influenza Pandemic: An independent review of the UK response to the 2009 influenza pandemic*, att inkluderas. Dokumentet är en utvärdering av Storbritanniens aktuella pandemiplan innan 2009 och efterfrågades av regeringen.

Finlands uppdaterade pandemiplan är: *Nationell beredskapsplan för en influensapandemi (2012)*. Dokumentet är publicerat på svenska. Syftet med dokumentet är att utgå från lärdomar från pandemin 2009 och styra beredskapen för en influensapandemi inom hälso- och sjukvården samt att stödja beredskapen inom andra förvaltningsområden. Detta dokument kompletteras med: *Rapport av arbetsgruppen för att utreda behovet av materiell pandemiberedskap (2013)*. De viktigaste delarna av dokumentet är översatt till svenska. Vidare kommer studien även använda utdrag ur *Lagen om smittsamma sjukdomar 1227/2016* eftersom Finlands pandemiberedskap till stor del styrs av denna. Alla citat som används för att återge Finlands ståndpunkt i frågan om krisberedskap är på förhand översatta till svenska. Egen översättningen har inte förekommit.

Ovanstående presentation av material påvisar ett strategiskt urval (Esaiasson et. al 2017, s.225- 226). Materialet tillgodoser närhets- och samtidigthetskravet. Däremot finns det en risk att materialet har tendentiösa inslag. Tendens innebär att berättaren medvetet återger en avsiktligt tillrättalagd berättelse eftersom denne har intresse av det (Esaiasson et. al 2017, s. 294-296). Som tidigare konstaterat är det allmänt känt att politiker eller ett parti har ett intresse av att visa sig handlingskraftiga. Graden av tendens är ofta svår att fastställa (Esaiasson et. al 2017, s. 296), men för att balansera mot en risk av tendens är det viktigt att skilja mellan retorik i dokumenten och faktiska policy outputs.

## 4. Analys

### 4.1 Storbritannien

I Storbritannien är den ledande domänen för pandemiberedskap The Department of Health (DH), även om flera statliga avdelningar är involverade med hänsyn till pandemiers oförutsägbara effekter (UK Government 2017).

Före utbrottet av svininfluensapandemin var den vägledande strategin för pandemiberedskap: *Pandemic Flu – A national framework for responding to an influenza pandemic* (2007). Enligt den officiella utvärderingen av hur Storbritannien hanterade pandemin 2009 står det (Dame Deirdre Hine 2010): “The majority of the evidence as a result of this process leads me to judge that overall, the UK response was highly satisfactory” (Dame Deirdre Hine 2010, s. 1). Trots att Storbritanniens svar på pandemin 2009 var effektivt så finns det goda skäl att, baserat på lärdomar, sträva efter att förbättra pandemiberedskapen (Dame Deirdre Hine 2010, s. 3). I likhet med WHO och ECDC:s rekommendationer betonar utvärderingen vikten av flexibilitet i pandemiberedskapen. Dame Deirdre Hine skriver: “As highlighted throughout this report, flexible and clear plans are essential to the smooth running of a response to an emergency” (Ibid, s.12) och att:

The Department of Health, working with others through the revision of the National Framework, should explore a more flexible, evidence-based approach to triggering actions during a pandemic than the current WHO phases and UK alert levels. In particular, this work should ensure that clear guidance is set out to enable the rapid adjustment of the prophylaxis policy as more is learned about the nature of the virus. Work to revise the National Framework should be concluded no later than March 2011 (Ibid, s.11).

I *The UK influenza pandemic preparedness strategy* (2011) är en viktig målsättning: “Put in place plans to ensure a response that is proportionate to meet the differing demands of pandemic influenza viruses of milder and more severe impact, rather than just focusing on the “worst case” planning assumptions” (DH Pandemic Influenza Preparedness Team 2011, s.8). I den föregående pandemiplanen hade Storbritannien inte tagit hänsyn till att pandemiers olika karaktär, utan enbart baserat beredskapen på



erfarenheter från allvarligare pandemier som: Spanska sjukan, Asiaten och Hongkonginfluensan (Department of Health 2007, s.19). Den nya målsättningen reflekterar således ambitioner om en mer flexibel beredskapsplan , vilket även återfinns i följande utdrag:

Influenza pandemics are intrinsically unpredictable. Plans for responding to a future pandemic should therefore be flexible and adaptable for a wide range of scenarios, not just the “reasonable worst case”. During a pandemic, the assumptions on which to base the response will be updated in the light of emerging evidence about the range of likely scenarios at the time (DH Pandemic Influenza Preparedness Team 2011, s14).

Mot bakgrund av pandemiers oförutsägbarhet innehåller den nya planen tre vägledande principer som ligger till grund för den nya pandemiberedskapen: Försiktighet, Proportionalitet och Flexibilitet. Den första punkten, försiktighet, innebär att samtliga svar på ett nytt influensavirus bör ta hänsyn till risken att det kan vara allvarligt. Därmed måste pandemiberedskapen ta hänsyn till att en influensapandemi potentiellt kan orsaka allvarliga symptom hos individer och omfattande störningar i samhället. Den andra punkten, propornalitet, innebär att svaret på en pandemi varken bör vara mer eller mindre än nödvändigt i förhållande till riskerna. Därmed måste beredskapen utformas med hänsyn till olika scenarion och grad av allvarlighet. Pandemiplaner måste även utformas med förmågan att kunna anpassas när nya bevis framkommer under pandemins verkan. Den sista punkten handlar om flexibilitet och innebär att det bör finnas en konsekvent, brittisk strategi, för svaret på en ny pandemi men med lokal flexibilitet för att ta hänsyn till olika lokala mönster (Great Britain. DH Pandemic Influenza Preparedness Team 2011, s. 19-20). Målsättningen är att pandemiplanen ska utgöra en översiktlig “UK-wide” handlingsplan för att möta en ny pandemi. Detta innebär att den lokala beredskapen ska anpassas till allmänna riktlinjer och samtidigt möjliggöra en balans mellan nationella beslut och prioriteringar, och lokal operationell flexibilitet vid inträffandet av en pandemi.

Vad gäller beredskap inom vården och riskanalys så är rekommendationen att sjukvården fortsätter förbereda sig för att upp till 30 procent av patienter som

uppvisar symptom behöver bedömning och behandling via primärvården, förutsatt att majoriteten av symtomatiska fall inte behöver direkt hjälp från vårdpersonal. Vidare bör sjukvården anta att mellan 1 till 4 procent av de symtomatiska patienterna kommer att behöva sjukvård. Det beror på hur allvarlig sjukdomen orsakad av pandemin är. Dock bör sjukvården räkna med en sannolikt ökad efterfrågan av intensivvård. Antalet dödsfall beräknas uppgå till 2,5 procent om ingen behandling visar sig vara effektiv. Dock poängterar dokumentet att siffrorna kan förväntas minska med effekterna av åtgärder. Med hänsyn till dessa rekommenderas hälso- och sjukvård på lokal nivå förbereda sig för att utöka kapaciteten men i samma utsträckning som tidigare (UK Government 2017; Great Britain. DH Pandemic Influenza Preparedness Team 2011).

Storbritannien utökade inte sitt beredskapslager efter svininfluensan 2009, utan valde att upprätthålla det befintliga eftersom det anses tillräckligt även vid en utbredd och allvarlig pandemi. För att säkerställa tillräckliga nivåer av antibiotika i en pandemi, kommer regeringen upprätthålla sin lagring. Dessa kommer göras tillgängliga om det finns tydliga bevis på brist i leveranskedjan under en pandemi. Detsamma gäller för lagring av skyddsutrustning till personal inom hälso- och sjukvården. Vad gäller materiell beredskap i form av exempelvis: andningsskydd och annan skyddsutrustning så ges ingen specifik information, mer än att det finns ett lager för detta och att detta endast avser användning inom vården (Great Britain. DH Pandemic Influenza Preparedness Team 2011, s.16, 42).

Vaccin-strategin i Storbritannien är i princip densamma som tidigare. Regeringen har ett begränsat utbud av H5N1-vaccin (avsedd för fågelinfluensan) som potentiellt kan erbjuda ett visst skydd i händelse av ett ökat hot om en ny pandemi som härrör från samma typ av virus. Dock finns det ingen garanti eller kunskap om vaccinets effektivitet förrän en ny pandemi uppstår. Regeringens policy är att dessa vacciner, förutsatt att de är användbara, skulle prioriteras för skydd av sjukvårdspersonal i frontlinjen och personer i riskgrupper (Ibid, s. 42). Dock ges ingen definition av riskgrupper.

The Committee on Ethical Aspects of Influenza Pandemic (CEAPI) i Storbritannien har tidigare övervägt användning och prioritering av vaccin. Slutsatsen var att den lämpligaste vaccin-strategin bör vara situationsanpassad, det vill säga att

det beror på omständigheterna inklusive vad som kan uppnås med mängden tillgängligt vaccin vid den specifika tidpunkten som det blir aktuellt att ta beslut om vaccin och prioriteringar. Mot bakgrund av erfarenheterna under svininfluensan 2009 förblir detta CEAPI:s syn (Ibid, s. 43-44). Vad gäller uppköp av pandemi-specifika vacciner som beredskapsåtgärd diskuterar regeringen möjligheten att säkra nya avtal med tillverkare av pandemi-specifika vaccin. Detta i syfte att pandemi-specifikt vaccin ska finnas tillgängligt så snart det utvecklats (Ibid, s. 42 - 43). Dock ges ingen uppföljning av detta.

Det kompletterande dokumentet *Health and Social Care Influenza Pandemic and Response (2012)* bygger till stora delar på samma information som återfinns i *The UK influenza pandemic preparedness strategy (2011)*, fast i relation till hälso- och sjukvård. Den främsta uppdateringen, som även lyfts i beredskapsplanen (2011), är att indikatorerna för åtgärder i Storbritannien för en framtida pandemi har reviderats. I samband med pandemin 2009 publicerade WHO ett vägledningsdokument och en övergripande handlingsplan för hur en pandemi bör hanteras i olika stadier: "Interpandemic phase", "Alert phase", "Pandemic phase" och "Transition phase". I vägledningsdokumentet föreslog WHO åtgärder som kan genomföras vid de olika stadierna. Enligt Storbritanniens nya beredskapsplan är vägledningsdokumentet mer användbart på en global nivå för att beskriva spridning av en pandemi och informera om globala beslut, exempelvis i relation till vaccinproduktion och när den ska påbörjas. WHO har reviderat sin vägledning, men enligt de nya beredskapsplanen i Storbritannien är de nya WHO-faserna inte tillämpliga som ett planeringsverktyg inom enskilda länder. Storbritannien var ett av de första länderna som drabbades av svininfluensan 2009. Det var först långt in i Storbritanniens infektionsvåg som WHO förklarade starten på pandemin. Användningen av WHO:s faser på lokal nivå, som tidigare rekommenderats, visade sig vara förvirrande och begränsande. Med hänsyn till detta valde Storbritannien att avvika från Världshälsoorganisationens (WHO) faser för att beskriva den globala pandemin. Storbritannien har istället skapat egna indikatorer som ska vara vägledande i pandemiberedskapen och hanteringen: Detection, Assessment, Treatment, Escalation and Recovery (Ibid, s.26). Målsättningen är att den egna definitionen av faserna ska förenkla beredskapen och hanteringen på lokal nivå. I dokumentet beskrivs faserna tillsammans med lämpliga åtgärder i olika

pandemiska scenarier som varierar från “Low”, “Moderate” till “High” (Ibid, s. 5). I kontrast till WHO:s rekommenderade faser är Storbritanniens faser inte numrerade. Anledningen till detta är att händelseförloppet under en pandemi inte är linjärt. Storbritanniens faser är konstruerade så att de överlappar varandra. Syftet är att detta ska underlätta identifiering av den fas olika lokala områden befinner sig i och hur de ska agera därtill.

I *Arrangements for Health Emergency Preparedness, Resilience and Response From April 2013*, som publicerades i mars 2012, beskrivs det hur planeringen kring nödsituationer kommer att fungera inom hälso- och sjukvården efter ändringar genom inrättandet av “The Health and Social Care Act 2012” (Shirley-Quirk 2012, s. 6). Lagen är den mest omfattande omorganiseringen för National Health Service (NHS), den statliga organisation som ansvarar för sjukvården, sedan det grundades 1948. Viktigt att poängtera är att lagen inte är specifikt avsedd för pandemiberedskap. Dock är målsättningen att lagen ska garantera att hälsosektorn kan ge ett effektivt svar vid inträffandet av nödsituationer och vid utbrott av smittsamma sjukdomar. Dock kommer analysen enbart ta hänsyn till de förändringar som, enligt min mening, relaterar mest till rekommendationerna från WHO och ECDC.

En förändring är att The Health and Social Care Act 2012 uppdaterar och utökar statssekreterarens befogenheter under en nödsituation. Statssekreteraren kommer att ansvara för akuta åtgärder, med stöd av Chief Medical Officer (CMO) och Department of Health och med en direkt siktlinje till frontlinjen genom NHS CB och PHE. Department of Health (DH), som Department of State, stöder statssekreteraren vid fullgörandet av sitt ansvar för att säkerställa ett ansvarsfullt svar. Institutionen, DH, kommer att fortsätta att ha ett politiskt ansvar för EPRR över hela hälsosystemet (Shirley-Quirk 2012, s. 7-8). En annan förändring som genomfördes var att National Health Service Commissioning Board (NHS CB) och Public Health England (PHE) ska samarbeta på alla nivåer (lokal och nationell nivå) för att säkerställa konsekvent nationell beredskap inom hälso- och sjukvård (Shirley-Quirk 2012, s. 7). Vidare målsättning med lagändringen är:

The arrangements should strengthen conditions at local levels with the UK's existing civilian resilience and rescue structures and also support effective responses to the full spectrum of incidents and outbreaks at the sub-level. (Shirley-Quirk 2012, s. 7)

I samband med förändringarna ges lokala myndigheter skyldighet att skapa beredskapsplaner för att säkerställa skydd för den lokala befolkningens hälsa. Lokala myndigheter och direktörer för folkhälsa förväntas även samarbeta med NHS CB och PHE för att planera och förbereda inför nödsituationer (Shirley-Quirk 2012, s. 10 - 11).

## 4.2 Finland

Pandemiberedskapen i Finland styrs av Social- och hälsovårdsministeriet (SHM) samt lagen om smittsamma sjukdomar (Social- och Hälsovårdsministeriet 2020).

I maj 2010 gav SHM pandemisektionen vid delegationen för smittsamma sjukdomar i uppdrag att uppdatera den nationella pandemiberedskapen. Uppdateringen gjordes även mot bakgrund av att Världshälsoorganisationen (WHO) uppmanat sina medlemsländer att uppdatera sin pandemiberedskap samt publicerat anvisningar samt rekommendationer till stöd för hur dessa uppdateringar ska genomföras (Social- och Hälsovårdsministeriet 2012). I augusti 2012 publicerades *Nationell beredskapsplan för en influensapandemi*. I likhet med den tidigare beredskapsplanen (2006) utgör den nya planen allmänna riktlinjer och handlingsstrategier. Den nya uppdaterades med beaktande av de nationella och internationella erfarenheterna som genererats i samband med svininfluensapandemin 2009. Mot bakgrund av detta beslutades det att mer detaljerade riktlinjer kommer göras på basis av tillgänglig information om en pandemis karaktär när den väl inträffat (Social- och Hälsovårdsministeriet 2012, s. 3). De viktigaste ändringarna och uppdateringarna inom pandemiberedskapen i Finland är:

- Revidering av lagen om smittsamma sjukdomar utlovades.
- Finland ändrade kriterier för lagen om obligatorisk lagring.
- Utvärdering av olika scenarion och behov.
- Plan om att ingå vaccin-avtal med EU.

Lagen om smittsamma sjukdomar syftar att förebygga spridningen av smittsamma sjukdomar samt negativa effekter för människor och samhället. I den nya beredskapsplanen (2012) utlovades en revidering av lagen (Social- och hälsovårdsministeriet 2014; Social- och hälsovårdsministeriet 2012, s. 148). Förslaget var att den läkare som ansvarar för området om smittsamma sjukdomar ska få en starkare roll i kommunen. Vidare bör även regionförvaltningsverket och sjukvårdsdistriktet också utse en läkare som ansvarar för smittsamma sjukdomar. Förslaget motiverades med att beredskapen inför en pandemi skulle effektiviseras genom att klargöra arbetsfördelningen på olika förvaltningsnivåer. Målsättningen med detta är att få både större expertis och befogenhet att snabbt vidta åtgärder i förebyggandet av smittsamma sjukdomar och hantering av pandemier. År 2016 reviderades lagen om smittsamma sjukdomar. Den 1 mars 2017 trädde den nya lagen i kraft och ersatte den tidigare lagen om smittsamma sjukdomar (Social- och hälsovårdsministeriet 2016). Enligt den nya lagen ansvarar kommunen för beredskap och bekämpningen av smittsamma sjukdomar och pandemier. Den nya lagen innebär även att läkare som är specialiserade inom smittsamma sjukdomar får mer beslutanderätt både i kommunerna och vid regionförvaltningsverken (Social- och hälsovårdsministeriet 2012, s. 149-150).

I Finland råder en lag som omfattar obligatorisk lagring av läkemedel (lag 979/2008). Lagen syftar till att trygga tillgången på läkemedel i situationer där den normala tillgången på läkemedel i landet försvåras. Detta görs genom så kallade beredskapslager. Lagen tillämpas av exempelvis: läkemedelsfabriker, verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården, Institutet för hälsa och välfärd och importörer av läkemedelspreparat. Myndigheterna som är ansvariga och övervakar verkställandet av skyldigheten är: Fimea Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet och Försörjningsberedskapscentralen. Den sistnämnda

myndigheten betalar ersättning, åt läkemedelsfabriker och importörer, för de kostnader som lagen förorsakar (Fimea 1). I samband med att den nya beredskapsplanen (2012) utfärdades såg man över de läkemedelsgrupper som omfattas lagen. Detta resulterade i att lagrens storlek minskades och principerna för bestämmande av hälso- och sjukvårdsenheternas skyldighet att lagra läkemedel ändrades. Detta gjordes mot bakgrund av lärdomar från pandemin 2009 (Social- och hälsovårdsministeriet 2012, s. 95-96).

Under en influensapandemi är behovet av personal inom vården stort. Därmed är det viktigt att arbetstagare, som löper risk att bli smittade i sitt arbete, skyddas. Detta kan göras genom exempelvis: användning av andningsskydd och annan skyddsutrustning. I den nya versionen av beredskapsplanen presenterades inte någon uppskattning över nödvändiga volymer för de materiella anskaffningarna inom vården. Eftersom revideringen av lagen om smittsamma sjukdomar kräver att kommuner ansvarar för beredskap, med nationella riktlinjer i beaktande, upplevdes det svårt att göra en uppskattning av det materiella behovet utan riktlinjer och riskanalys. Under vintern 2012-2013 efterfrågades ministeriet att utgående från konsekvenserna av influensapandemin 2009-2010, samt befintlig forskning och riskanalys för pandemier, göra en nationell uppskattning för regionala anskaffningsbehov av materiell beredskap, bland annat: andningsskydd till personal. Som svar på detta utnämnde Social- och hälsovårdsministeriets pandemiavdelning en arbetsgrupp av sakkunniga för denna uppgiften den 29 januari 2013. Arbetsuppgiften för gruppen var bland annat att uppskatta skyddsbehovet hos personal inom vården och ge anskaffningsförslag för nivån på materiell beredskap. Dock hörde varken vaccin, vaccinering eller skaffandet av skyddsutrustning för befolkningen till gruppens arbetsuppgifter. Rekommendationen definierar enbart uppskattningen av behovet av att skydda personalen, samt presenterar den legislativa grunden för vårdpersonalens säkerhet inom hälso- och sjukvården. Rapporten betonade dock att svininfluensan 2009 var en mild pandemi. Om en framtida pandemi tar ett betydligt allvarligare uttryck ska personalen skydda sig noggrannare och ta alla möjliga smittvägar i beaktande (Pandemisektionen vid delegationen för smittsamma sjukdomar, SHM089, 2013).

EU-koordination i vaccinanskaffning i pandemisituationer har varit en viktig fråga för Finland. Under det inofficiella hälsoministermötet i Bryssel (2010) konstaterade Finlands (dåvarande) omsorgsminister Paula Risikko:

Vi måste allvarligt överväga om vi gemensamt med medlemsländerna och kommissionen kunde uppgöra ett avtal om gemensamma förhandsanskaffningar eller alternativt linjera principer för anskaffningsavtal. Jag önskar att kommissionen i fortsättningen stärker sin roll i denna fråga (Risikko 2010; Social- och Hälsovårdsministeriet 2010).

Risikko menar att målsättningen med ett sådant avtal och förhandsplanering är att vaccin ska finnas tillgängligt för riskgrupper i alla EU-medlemsländer. Tanken är att när dessa riskgrupper väl är vaccinerade, kan länder som vill skaffa vaccin till den övriga befolkningen göra det (Social- och Hälsovårdsministeriet 2010). Det Risikko refererar till är så kallade: reserveringsavtal för vaccin. Genom detta kan ett land säkerställa leveranstiden och priset för vaccinet på förhand genom att ingå ett reserveringsavtal med tillverkaren, men utan ett sådant avtal är både tillgången och prisnivån på vaccinet osäkert. Genom avtalet förbinder sig tillverkaren att leverera vaccindoser i avtalsenlig ordning allteftersom produktionen av vaccinet framskrider. Reserveringsavtalet blir bindande när hotet om en ny pandemi är uppenbart. Under åren 2011-2012 har EU-kommissionen planerat ett frivilligt avtalssystem för medlemsstaterna gällande reservering och upphandling av pandemivacciner. I den nya beredskapsplanen står det (Social- och Hälsovårdsministeriet 2012, s. 92-93):

Finland strävar efter att i samband med att följande pandemi bryter ut ha ett giltigt avtal (på nationell nivå eller på EU-nivå) som gör det möjligt att skaffa pandemivaccin för hela befolkningen (Social- och hälsovårdsministeriet 2012, s. 93).

SHM:s förslag till statsbudgeten innefattar en årlig reservavgift för pandemivaccinleveranser (Social- och hälsovårdsministeriet 2012, s.93). Dessa ambitioner relaterar till förbättringsområdena: flexibilitet, beredskap inom vården och vaccin-strategi. Frågan är då: Hur blev utfallet? Finland valde att delta i det europeiska



projektet: The European Joint Action on Vaccination. Projektet lanserades den 4 september 2018 och syftet är att förbättra den europeiska befolkningens vaccinationsskydd. Utöver att förbättra den allmänna tilltron till vaccin, stötta forskning inom området och stärka samordningen inom EU i bekämpningen av smittsamma sjukdomar, så syftar projektet även till att förbättra samordningen mellan länderna vid anskaffning av vaccin (SHM 2). Vad gäller Finlands vaccin-strategi finns det enligt den nya beredskapsplanen inga grunder att prioritera vissa grupper framför andra innan information om en pandemis karaktär finns tillgänglig.

En pandemis svårighetsgrad och den risk som de utgör för olika åldersklasser kan variera mycket. Det är därför omöjligt att på förhand utarbeta en allmängiltig vaccinationsplan, men det är ändå skäl att göra upp en preliminär beredskapsplan framför allt för en medelmåttig och svår pandemi. Den slutgiltiga vaccinationsordningen kan slås fast precis innan vaccinationerna ska inledas. Det viktigaste är att bestämma vad man vill uppnå med vaccinationerna, dvs. på vilka grunder vaccinationerna ska inriktas. (Social- och hälsovårdsministeriet 2012, s.124)

Detta påvisar att Finland tillämpar en mer flexibel vaccin-strategi än tidigare. Dock skrivs det att målsättningen är att säkerställa kontinuitet i hälso- och sjukvården. Därmed anses det befogat att personal som vårdar infektionspatienter vaccineras först. Detta motiveras vidare med att dessa arbetstagare, givet sin arbetsmiljö, är mer utsatta (Social- och hälsovårdsministeriet 2012, s. 124-125).

### 4.3 Komparativ analys

Lärdomarna från svininfluensapandemin 2009 resulterade i en annorlunda syn på pandemiberedskap för respektive land. Ländernas uppdaterade pandemiplaner proklamerar tydligt målsättningen för beredskapen. Överlag är bedömningen att båda länderna har tagit hänsyn till rekommendationerna från WHO och ECDC. Däremot finns det skillnader mellan länderna hur det har gjorts och i vilken utsträckning. I tabellen nedan redovisas resultatet för respektive land.

	Storbritannien	Finland
<i>Beredskap inom vården</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ “The Health and Social Act 2012” inrättades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ “Lagen om smittsamma sjukdomar” reviderades</li> <li>○ Riskanalys inom hälso- och sjukvård</li> </ul>
<i>Beredskapslager</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ingen förändring</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Riskanalys</li> <li>○ Minskade kriterier för obligatorisk lagring</li> </ul>
<i>Vaccin-strategi</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ingen förändring</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Preliminär strategi</li> <li>○ EU vaccin-projekt</li> </ul>
<i>Riskanalys</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fler scenarion och faser ingår i riskanalys</li> <li>○ Oförändrad riskanalys inom vården</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fler scenarion ingår i riskanalys</li> <li>○ Riskanalys inom hälso- och sjukvård</li> </ul>
<i>Flexibilitet</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Genomgående</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Genomgående</li> </ul>

*Tabell 4: Indikatorer för åtgärder inom nationell pandemiberedskap: Tillämpad*

Båda länderna genomförde omfattande reformer med avseende för **beredskap inom vården**. Storbritannien inrättade "The Health and Social Care Act 2012", som i stora drag innebar omorganisering av vården, mer makt till statssekreteraren och mer befogenhet för lokala allmänläkare i händelse av en krissituation. Finland reviderade "Lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016)", vilket bland annat innebär att lokala enheter (sjukhus, hälsovårdscentraler och kommuner/samkommuner) inom hälso- och sjukvård får större befogenheter inom pandemiberedskap, med beaktande av nationella riktlinjer. Likheten mellan dessa reformer är att båda syftar till att skapa mer befogenhet för aktörer på lokal nivå inom ramen för pandemiberedskap. En skillnad är att Finland genomförde en reform specifikt avsedd för pandemiberedskap och smittsamma sjukdomar, medan Storbritannien reformerade hela hälsosektorn.

Vad gäller **riskanalys** för **beredskap inom hälso- och sjukvården** så uppmanade Storbritannien hälso- och sjukvården att fortsätta förbereda för att upp till 30 procent av patienter som uppvisar symptom behöver bedömning, samt att mellan 1 till 4 procent av de symptomatiska patienterna kommer att behöva sjukvård, ökad efterfrågan av intensivvård och att antalet dödsfall uppgår till 2,5 procent. Denna riskanalys och bedömning är i linje med den som presenterades i den aktuella pandemiplanen innan 2009. Dock ger Storbritannien inga riktlinjer om hur den materiella beredskapen ska anpassas till detta. I kontrast till detta presenterar Finland en riskanalys som tar hänsyn till flera scenarion inom hälso- och sjukvården. Detta gäller även för de riktlinjer till anskaffning av material som presenteras i: *Rapport av arbetsgruppen för att utreda behovet av materiell beredskap*. Dock betonade Finland vikten av att ta hänsyn till att svininfluensapandemin 2009 genererade relativt milda konsekvenser. Därmed är det av stor betydelse att fortsatt förbereda inför allvarligare pandemier.

I fråga om **beredskapslager** var det enbart Finland som genomförde ändringar. Efter erfarenheter från pandemin 2009 valde Finland att minska kriterierna inom ramen för lagen om obligatorisk lagring (lag 979/2008 och förordning 1114/2008). Detta innebar att de parter som enligt lagen förpliktas lagra specifika läkemedel, nu kunde minska detta lager. I kontrast till detta gjorde Storbritannien bedömningen att regeringens befintliga lager är tillräckligt.

Det var enbart Finland som uppdaterade sin **vaccin-strategi**. Dock hade Storbritannien redan från början en relativt situationsanpassad vaccin-strategin. I den nya pandemiberedskapen påvisade Finland ett mer flexibelt tänk för vaccin-strategi än tidigare. Trots svårigheter att på förhand konstruera en allmängiltig vaccin-strategi, skapade Finland en preliminär strategi baserat på befintliga antaganden om pandemier och landets målsättning med pandemi. Uppdateringen skiljer sig inte drastiskt mot landets tidigare vaccin-strategi eller Storbritanniens befintliga strategi vid denna tidpunkt. Att båda länderna tillämpar en situationsanpassad vaccin-strategi är i enlighet med lärdomen från 2009: att en pandemi kan slå olika hårt mot olika grupper i samhälle. Detta innebär att båda länderna följt rekommendationerna från ECDC och WHO. Vidare valde Finland att delta i The European Joint Action on Vaccination, som bland annat innebär att leverans och priser för pandemivaccin säkerställs. Utifrån det som går att utläsa från materialet så är Storbritannien inte en del av reserveringsavtalet som upprätthålls av The European Joint Action on Vaccination.

Båda länderna anpassade sin ledande **riskanalys** och påvisade ett mer **flexibelt** tankesätt inom ramen för pandemiberedskap. Lärdomen från 2009 var att många länder utgick från “reasonable worst-case scenario”, vilket orsakade förvirring inom krishanteringen. WHO och ECDC rekommenderade att anpassa handlingsplaner och riktlinjer efter olika stadier i en pandemi. Båda länderna betonar svårigheten i att förutspå en pandemis egenskaper och grad av allvarlighet. För att underlätta problemet utgår båda länderna från generella antaganden om pandemier. Dessa antaganden baseras på befintlig forskning och erfarenheter från tidigare pandemier. Länderna betonar även vikten av en nationell beredskapsplan med utrymme för lokal flexibilitet i uppdateringen. Dock implementeras detta på olika sätt. Storbritannien omdefinierar WHO:s faser, medan Finland ändrar sin lagstiftning för att underlätta flexibilitet på lokal nivå.

En anmärkningsvärd skillnad mellan länderna är hur den nya pandemiberedskapen ska implementeras. Finland omarbetar sin pandemiberedskap för i princip alla förbättringsområden, förutom beredskapslager. I kontrast till detta ges ett intryck av att Storbritannien snarare ändrar allmänna riktlinjer för hur olika nivåer i samhället ska agera när pandemin väl inträffar. Ett exempel på detta är de tre

vägledande principer: Försiktighet, Proportionalitet och Flexibilitet. Dock ges ingen plan för hur dessa ska implementeras i beredskapen rent praktiskt. I kontrast till detta genomför Finland i större utsträckning faktiska policy förändringar och reformer.

## 5. Slutsats och diskussion

Analysen visar att Finland genomförde flest reformer och uppdateringar inom nationell pandemiberedskap under den interpandemiska perioden efter svininfluensan 2009. För att återkoppla till studiens frågeställning, vilken följer: *Genomförde Finland mindre eller större satsningar på pandemiberedskap än Storbritannien efter Svininfluensapandemin 2009?*, så bekräftar resultatet studiens hypotes: *Finland genomförde större satsningar inom pandemiberedskap, under den interpandemiska perioden efter svininfluensapandemin 2009, än Storbritannien.* Däremot är det viktigt att poängtera att det inte är en markant skillnad mellan länderna i detta avseende. Båda länderna beaktade (åtminstone delar av) rekommendationerna från WHO och ECDC.

För att återkoppla till studiens problemformulering: *genomför maktkoncentrerade politiska system mindre eller större satsningar inom pandemiberedskap än maktdelade politiska system?*, så visar resultatet att maktkoncentrerade politiska system genomför mindre satsningar inom pandemiberedskap än maktdelade politiska system. Däremot dras denna slutsats med viss reservation för att enbart två fall ingår i studien. Att Storbritannien genomförde mindre satsningar inom pandemiberedskap innebär inte nödvändigtvis att maktdelade politiska system är sämre rustade för att hantera en pandemi än det andra. I kontrast till detta anser jag att det snarare är ett tecken på att länderna agerar olika, men i enlighet med det politiska system som återfinns i landet.

I studiens inledande kapitel konstaterades ambitionen att, på en högre abstraktionsgrad, föra en diskussion om huruvida politiska systemets struktur spelar en avgörande roll för den politik som förs. Den uppdaterade pandemiberedskapen proklamerar tydligt ländernas mål inom ramen för pandemiberedskap. I analysen konstaterades en anmärkningsvärd skillnad mellan länderna i hur pandemiberedskapen implementeras. Närmare bestämt: att Finland omarbetar sin pandemiberedskap inom i princip alla förbättringsområden, förutom beredskapslager, och i kontrast till detta ändrar Storbritannien allmänna riktlinjer. Vidare anses det även existera en skillnad mellan länderna i målsättningen med pandemiberedskapen. Utöver det allmänna målsättningen att förbereda inför en pandemi och motverka negativa effekter, tycks länderna ha olika syn på pandemiberedskap. Storbritanniens uppdateringar uppfattas i stora drag mer som riktlinjer för hur en pandemi ska

hanteras när den väl inträffar. I kontrast till detta avser Finlands uppdateringar både beredskap innan pandemin samt riktlinjer för hur en pandemi ska hanteras när den väl inträffar. Ett exempel på detta med avseende för förbättringsområdet beredskap inom vården. Båda länderna genomför reformer som innebär att lokala enheter får mer befogenhet. Dock görs det på olika sätt. Storbritanniens reform främst får en funktion när en pandemi väl inträffar, medan Finlands reform innefattar befogenhet för pandemiberedskapen. En tolkning av resultatet är att länderna agerar strategiskt enligt de förutsättningar som det politiska systemet medför.

Då Finland har en lång historia av “oversized coalitions” innebär det att många parter är inblandade i politiska beslut. Detta innebär att beslutsprocessen kan bli mer tidskrävande och under en pandemi är detta inte fördelaktigt. En potentiell förklaring till varför Finland genomförde fler satsningar inom pandemiberedskapen kan vara att beslutsprocessen underlättas om det redan finns riktlinjer som stadgas i lagar och andra reformer. I kontrast till detta är Storbritannien ett maktkoncentrerat politiskt system. Förutsatt att maktkoncentrerade politiska system är bättre på att föra kortsiktig politik, borde Storbritannien ha god förmåga att agera snabbt och således proportionerligt med en pandemi när den väl inträffar. Givet denna förmåga kan en förklaring till att Storbritannien genomförde mindre satsningar vara att incitamentet för långsiktiga investeringar inom pandemiberedskap minskar. För att återkoppla till Moe och Caldwells (1994) koncept om politiska system som “package deals”, så kan ovanstående tolkning och reflektion påvisa att det politiska systemet möjligen medför förutsättningar som i sin tur formar den politik som förs. Detta skulle innebära att den politik som förs inte nödvändigtvis styrs direkt av det politiska systemet i sig, utan att agenterna som befinner sig inom det agerar i enlighet med förutsättningar som finns tillgängliga.

Ett område för vidare forskning är diskrepansen mellan policy outputs och policy outcomes. En intressant förlängning av studien vore att studera policy outcomes, förslagsvis i relation till hur Covid-19, och undersöka vilket land som hanterade pandemin bäst. Därtill vore det även intressant att komplettera en göra en extensiv studie för att undersöka om samma resultat genereras när fler analysenheter ingår i undersökningen. Förutsatt att studiens slutsats bekräftas i ett större sammanhang, vore det även intressant att undersöka det paradoxala faktum att

maktkoncentrerade system är bättre på krishantering än maktdelningssystem trots att maktdelningssystem är bättre på att genomföra långsiktiga investeringar och således reformer med avseende för pandemiberedskap.

Sammanfattningsvis har studiens syfte, problemformulering, frågeställning och hypotes tillgodosetts. Vad gäller vidare forskning är jag övertygad om att forskningsområdet, i synnerhet pandemiberedskap, rymmer fler intressanta upptäckter som uppmuntrar vidareutveckling på ett såväl inomvetenskapligt som utomvetenskapligt plan.

Antal ord: 9976



## 6. Referensförteckning

Andersson, Per - Lindvall, Johannes, 2018. "Crises, investments, and political institutions". *Journal of Theoretical Politics*, 30:4, 410–430.

Besley, Timothy - Persson, Torsten, 2011. *Pillars of prosperity: The Political Economics of Development Clusters*. Princeton: Princeton University Press.

Busch, Rune. 2012. "Disasters by Design: A Disaggregated Study of the Ethnic and Institutional Determinants of Natural Disaster Vulnerability." Master's thesis, University of Oslo.

Böhmelt, Tobias - Marit Böker - Hugh Ward. 2015. "Democratic Inclusiveness, Climate Policy Outputs, and Climate Policy Outcomes", *Democratization* 347(July): 1–24.

Caramani, Daniele (2017). "Party Systems" i *Comparative politics* av red. Caramani, Daniele, 2017. United Kingdom: Oxford University Press

Dame Hine, Deirdre - (2010). *The 2009 Influenza Pandemic: An independent review of the UK response to the 2009 influenza pandemic*. United Kingdom: Crown Copyright .

Department of Health (DH) (2007). *Pandemic Flu – A national framework for responding to an influenza pandemic*. Hämtad: 2020-05-07

Department of Health (DH) & Pandemic Influenza Preparedness Team (2012). *Health and Social Care Influenza Pandemic and Response*. Hämtad: 2020-05-10

Department of Health (DH) Pandemic Influenza Preparedness Team (2011). *UK Influenza Pandemic Preparedness Strategy*. Hämtad: 2020-05-07.

ECDC 1 = European Centre for Disease Prevention and Control (EDCD, an agency of the European Union (EU)). “About us”. Hämtad: 2020-05-16

Länk: <https://www.ecdc.europa.eu/en/about-ecdc>

ECDC 2 = European Centre for Disease Prevention and Control (EDCD), an agency of the European Union. “EDCD - technical report”, “Guide to revision of a national pandemic influenza preparedness plans: Lessons learned from the 2009 A(H1N1) pandemic”, 2017.

Esaiasson, Peter - Giljam, Mikael - Oscarsson, Henrik - Towers, Ann - Wängnerud, Lena, 2017. *Metodpraktikan: Konsten att studera samhälle, individ och marknad*. Femte upplagan. Stockholm: Norstedts juridik.

Fimea 1 = Fimea: Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet. “Övervakning”, “Obligatorisk lagring”. Hämtad: 2020-05-16.

Länk: [https://www.fimea.fi/web/sv/overvakning/obligatorisk\\_lagring](https://www.fimea.fi/web/sv/overvakning/obligatorisk_lagring)

Folkhälsomyndigheten 1 = Folkhälsomyndighetens hemsida, “Smittskydd & beredskap”, “Pandemiberedskap”. Hämtad: 2020-04-18.

Länk: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/krisberedskap/pandemiberedskap/>

Gallagher, Michael, 2017. “Elections and referendums” i *Comparative Politics* av red. Caramani, Daniele, 2017. United Kingdom: Oxford University Press

Hollis, Martin, 2002. *The Philosophy of the Social Science*. Cambridge University Press.

Jacobs, Alan, 2011. *Governing for the Long Term: Democracy and the Politics of Investment*. Cambridge University Press: New York.

Jungar, Ann-Cathrine, 2002. *A Case of Surplus Majority Government: The Finnish Rainbow Coalition*. Nordic Political Science Association: Scandinavian Political Studies is the property of Wiley-Blackwell. Scandinavian Political Studies, Vol. 25 - No. 1, 2002.

Justitieministeriet (2020). *Valsystemet i Finland: Översikt*. Helsingfors: Justitieministeriet (Justitieministeriets publikationer, Verksamhet och förvaltning 2020:2).

Lee, Simon, 2011. "We Are All in This Together': The Coalition Agenda for British Modernization" i *The Cameron—Clegg Government: Coalition Politics in an Age of Austerity*, (red.) Lee, Simon & Matt Beech. London: Palgrave Macmillan, a division of Macmillan Publishers Limited 2011.

NE 6 = Nationalencyklopedins hemsida, "Storbritannien", "Statsskick och politik". Hämtad: 2020-04-27

Länk:<https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lang/storbritannien#statsskick-och-politik>

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap 1 = MSB:s hemsida: säkerhetspolitik.se. "Krisberedskap", "Vad är en kris?". Hämtad: 2020-04-20.

Länk: <https://www.sakerhetspolitik.se/Krisberedskap/Vad-ar-en-kris/>

Lagen om smittsamma sjukdomar 1227:2016. Lagen om smittsamma sjukdomar. Helsingfors: Social- och Hälsovårdsministeriet.

Lindvall, Johannes 2017. "Future-oriented Reforms" i *Reform Capacity*, Oxford University Press, Oxford.

Moe, Terry M., and Michael Caldwell. 1994. "The Institutional Foundations of Democratic Government." *Journal of Institutional and Theoretical Economics* 150(1):171–95.

Pandemisektionen vid delegationen för smittsamma sjukdomar (2013). Social- och hälsovårdsministeriet. *Rapport av arbetsgruppen för att utreda behovet av materiell beredskap* (SHM089:01/2010). Hämtad: 2020-05-08.

Shirley-Quirk, Helen (2012). *Arrangements for Health Emergency Preparedness, Resilience and Response From April 2013*. UK Government Publications. United Kingdom: Crown Copyright.

SHM 1 = Social- och Hälsovårdsministeriets hemsida. “Europeiska kommissionen föreslår intensifierat samarbete kring bekämpning av hälsohot”. Hämtad: 2020-05-16  
Länk:[https://stm.fi/sv/artikeln/-/asset\\_publisher/euroopan-komissio-ehdottaa-yhteistyon-tiivistamista-terveysuhkien-torjunnassa](https://stm.fi/sv/artikeln/-/asset_publisher/euroopan-komissio-ehdottaa-yhteistyon-tiivistamista-terveysuhkien-torjunnassa)

SHM 2 = Social- och Hälsovårdsministeriets hemsida. “Finland deltar i ett brett sameuropeiskt vaccinationsprojekt”. Hämtad: 2020-05-17  
Länk:[https://stm.fi/sv/artikeln/-/asset\\_publisher/suomi-mukana-laajassa-yhteiseurooppalaisessa-rokotushankkeessa](https://stm.fi/sv/artikeln/-/asset_publisher/suomi-mukana-laajassa-yhteiseurooppalaisessa-rokotushankkeessa)

Social- och hälsovårdsministeriet (2007). *Nationell beredskapsplan för en influensapandemi*. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriets publikationer

Social- och Hälsovårdsministeriet (2010). “Nyhet”, “Minister Risikko: Mer EU-koordination i vaccinanskaffning”. Hämtad: 2020-05-15  
Länk:[https://stm.fi/sv/artikeln/-/asset\\_publisher/minister-risikko-mer-eu-koordination-i-vaccinanskaffning](https://stm.fi/sv/artikeln/-/asset_publisher/minister-risikko-mer-eu-koordination-i-vaccinanskaffning)

Social- och Hälsovårdsministeriet (2012). Social- och Hälsovårdsministeriets officiella hemsida. Pressmeddelande. “Nationell beredskapsplan för influensapandemi: uppdatering har blivit färdig”. Hämtad: 2020-05-08.

Länk:[https://stm.fi/sv/artikeln/-/asset\\_publisher/nationell-beredskapsplan-for-influensa-pandemi-uppdateringen-har-blivit-fardig](https://stm.fi/sv/artikeln/-/asset_publisher/nationell-beredskapsplan-for-influensa-pandemi-uppdateringen-har-blivit-fardig)

Social- och Hälsovårdsministeriet (2012). *Nationell beredskapsplan för en influensapandemi*. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriets publikationer.

Social- och hälsovårdsministeriet (2014). Pressmeddelande. “Utkast till ny lag om smittsamma sjukdomar går på remiss”. Hämtad: 2020-05-07.

Länk:[https://stm.fi/sv/artikeln/-/asset\\_publisher/luonnos-uudeksi-tartuntatautilaiksi-lahtee-lausunnoille](https://stm.fi/sv/artikeln/-/asset_publisher/luonnos-uudeksi-tartuntatautilaiksi-lahtee-lausunnoille)

Social- och hälsovårdsministeriet (2016). Pressmeddelande. “Reviderad lag om smittsamma sjukdomar träder i kraft den 1 mars 2017”. Hämtad: 2020-05-08.

Länk:[https://stm.fi/sv/artikeln/-/asset\\_publisher/uusi-tartuntatautilaki-tulee-voimaan-1-3-2017](https://stm.fi/sv/artikeln/-/asset_publisher/uusi-tartuntatautilaki-tulee-voimaan-1-3-2017)

Social- och Hälsovårdsministeriet (2020). Social- och Hälsovårdsministeriets officiella hemsida, “Pandemi”. Hämtad: 2020-05-06.

Länk: <https://stm.fi/sv/beredskapsarenden/pandemi>

Teorell, Jan – Svensson, Torsten, 2007. *Att fråga och att svara. Samhällsvetenskaplig metod*. Malmö

UK Government (2017). “Public safety and emergencies”, “Emergencies: preparation, response and recovery”. Hämtad: 2020-05-07

Länk: <https://www.gov.uk/guidance/pandemic-flu#history>

UK National Health Service (2019) = National Health Service (NHS) official website. “Swine flu (H1N1)”. Hämtad: 2020-05-12.

Länk: <https://www.nhs.uk/conditions/swine-flu/>

WHO 1 = World Health Organization, “Emergencies preparedness, response”, “Surveillance recommendations for Member States in the post-pandemic period”.

Hämtad: 2020-04-22

Länk:[https://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/surveillance\\_post\\_pandemic\\_20100812/en/](https://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/surveillance_post_pandemic_20100812/en/)

WHO 2 = World Health Organization, “Immunization, Vaccines and Biologicals”, “Questions and answers on pandemic influenza vaccine” Hämtad: 2020-05-14

Länk:[https://www.who.int/immunization/newsroom/PI\\_QAs/en/](https://www.who.int/immunization/newsroom/PI_QAs/en/)

World Health Organization (2011). “Communicable diseases”, “Influenza”, “Pandemic Influenza”, “Pandemic Preparedness”. Hämtad: 2020-05-11

Länk:<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/influenza/pandemic-influenza/pandemic-preparedness>

WHO PIP 2011 = World Health Organization, Pandemic Influenza Preparedness (2011). *Pandemic influenza preparedness (PIP): Framework for the sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits*. Publication of the World Health Organization.