

Indhold

1. Indledning.....	1
2. Metode og teori	2
3.0 Analyser af beslutningsprocesserne	2
3.1 Diskursen <i>kvalitet frem for nærhed</i> - udformning af beslutningsgrundlaget.....	4
3.2 Vil Regionen sætte en ny diskurs?.....	6
3.3 Eksperternes diskurs satte dagsordenen	7
3.4 Region Syddanmarks plan for akutområdet.....	7
3.5 Kontrollen af Regionernes planer	8
4.0 Konklusion og vurdering.....	9
5.0 Perspektivering	10
Litteraturliste	11

1. Indledning

Regionerne skal samle og samordne de tidligere amters sundhedsvæsen. Sundhedsstyrelsen skal gennemgå de enkelte specialer og fastsætte anbefalinger og krav til specialeplanlægningen. "Akutberedskabet er det første område, som blev gennemgået, bl.a. fordi store ændringer her vil få konsekvenser for gennemgangen af de fleste andre specialer samt for de fysiske rammer" (Regeringens ekspertpanel 2008). Den landdækkende plan for bygning og ombygning af hospitaler omfatter investeringer til mindst 25 mia. kr. Både samordningen af sundhedsvæsenet og en investeringsplan, er store og vigtige beslutninger i kategorien ikke-programmerede beslutninger (Pedersen 2005, 47). Det er beslutninger, der har stor betydning for sundhedsvæsenet i Danmark. Viden om beslutningsprocessen kan give viden om effekten af strukturreformens ændrede arbejdsdeling mellem Regionerne og Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen var ansvarlig for at udforme det planlægningsgrundlag, som regionerne fik som ramme for deres planlægning af det akutte område i den enkelte region. Det akutte område omfatter: fælles akutmodtagelser og traumecentre på sygehusene, præhospital indsats, alarm 112 og vagtlægeordning.

Regeringens ekspertpanel udsendte deres vurdering af regionernes sygehusplaner i november 2008 (Regeringen 2008). Panelet vurderede, at Region Syddanmarks plan om en *fælles akutmodtagelse* i Svendborg ikke lever op til Sundhedsstyrelsens planlægningsgrundlag. I Svendborg opstod en protestgruppe, som kæmper for at Svendborg Sygehus kan få en *fælles akutmodtagelse*. Midt i juletravlheden blev der arrangeret et fakkeloptog i Svendborg, som også Regionsrådsformand Carl Holst deltog i. "Det er vigtigt at holde fast i, at vi har en god sag og gode argumenter, sagde regionsrådsformand Carl Holst (V), da fakkeltoget sluttede ved parkeringspladsen foran Svendborg Sygehus" (Dyssel 2008).

Jeg har med udgangspunkt i uenigheden omkring *fælles akutmodtagelse* i Svendborg og gennem en analyse af beslutningsprocessen valgt at undersøge, hvordan planlægningsforudsætningerne og definitionerne formes, herunder hvilken rolle Region Syddanmark har haft i forløbet.

Opgavens problemformulering: **Hvorfor er det ikke lykkedes for Region Syddanmark at sikre en fælles akutmodtagelse i Svendborg? Det undersøges med en analyse**

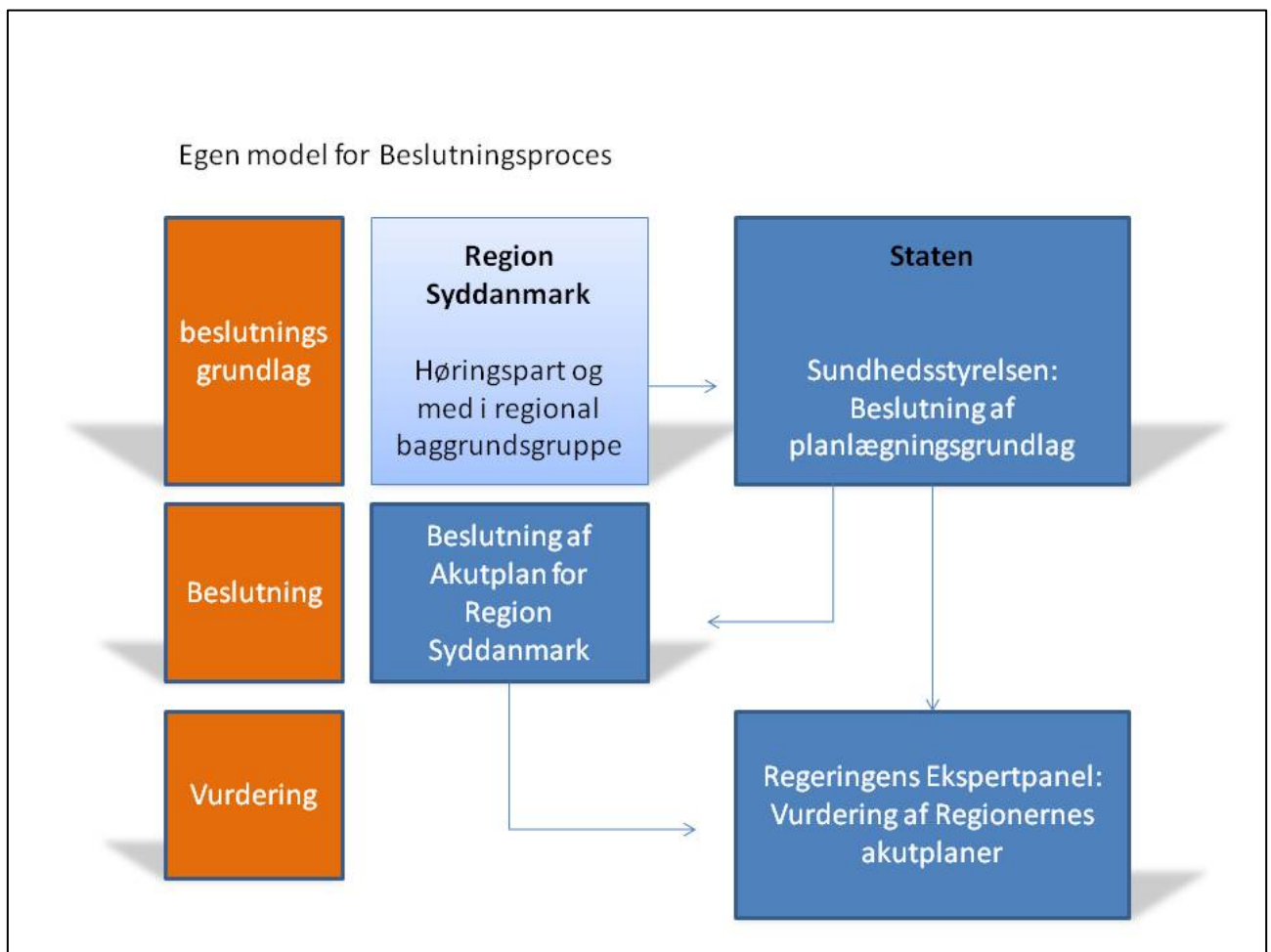
af de beslutningsprocesser, der førte frem til Sundhedsstyrelsens planlægningsgrundlag, Region Syddanmarks akutplan og Ekspertpanelets vurderingsgrundlag.

2. Metode og teori

Jeg vil analysere udvalgte sundhedspolitiske beslutninger og beslutningsprocesser om akutområdet i Region Syddanmark fra perioden december 2006 til december 2008. Jeg vil anvende to analysemetoder, hvor jeg inddrager begge metoder i et sideløbende analyseforløb. Den ene metode er en samfundsvidenskabelig metode baseret på analyse af beslutningsprocessen, som det beskrives af Professor og Sundhedsøkonom Kjeld Møller Pedersen, der som den første har skrevet en samlet beskrivelse af de særlige mekanismer der gør sig gældende for sundhedspolitisk beslutningstagen i Danmark (Pedersen 2005). Den anden metode er en humanistisk metode baseret på diskursanalyse, således som jeg har udledt metoden af udvalgte tekster. Professorerne og Antropologerne Cris Shore og Susan Wright, har bidraget til forståelse af moderne politik dannelse. Om hvad tekster kan anvendes til skriver de: "They can be treated as ... or as rhetorical devices and discursive formation that function to empower some and silence others" (Shore og Wright 1997, 15). Sociolog og Professor Nikolas Rose og Professor Peter Miller bidrager blandt andet til forståelse af forholdet mellem politikerne og eksperterne i en artikel fra *The British Journal of Sociology* (Rose og Miller 1992).

3. Analyser af beslutningsprocesserne

Beslutningsprocessen omkring en *fælles akutmodtagelse* i Svendborg kan opdeles i tre dele (figur 1), som har en logisk rækkefølge (Pedersen 2005, 34). *Beslutningsgrundlaget*: fra Sundhedsstyrelsen udsender udkast til planlægningsgrundlag (Sundhedsstyrelsen 2006) og frem til Sundhedsstyrelsen beslutter planlægningsgrundlaget (Sundhedsstyrelsen 2007). *Beslutning*: fra planlægningsgrundlaget og frem til Regionen beslutter en akutplan (Region Syddanmark 2007b). *Vurdering før implementering*: fra Regeringens ekspertpanel blev nedsat og frem til udgivelse af ekspertpanelets vurderinger (Regeringens ekspertpanel 2008). Der er tale om forskellige beslutningsniveauer. Sundhedsstyrelsen er en statsinstitution, med reference til sundhedsministeriet. Sundhedsstyrelsen træffer beslutning om planlægningsgrundlaget. Regions Syddanmark beslutter placering af *fælles akutmodtagelser* på baggrund af planlægningsgrundlaget. Regeringens ekspertpanel har reference til Regeringen, men er nedsat efter aftalen mellem Regeringen og Danske Regioner.



Figur 1 (egen model)

3.1 Diskursen *kvalitet frem for nærhed* - udformning af beslutningsgrundlaget

Beslutningsgrundlag er første del af Pedersens model (Pedersen 2005, 35). Sundhedsstyrelsen er ansvarlig for processen der fører frem til planlægningsgrundlaget. En kompetence Sundhedsstyrelsen fik med Sundhedsloven (Regeringen 2005, § 207 -209). Region Syddanmark har repræsentanter i en regional baggrundsgruppe, som er med til at udarbejde materialet. Herefter afgiver Regionen et høringssvar. For at udarbejde sit høringssvar beslutter Regionen at igangsætte en høringsrunde.

Sundhedsstyrelsens oplæg *gennemgang af akutområdet*, er udarbejdet med bistand fra en ekspertgruppe samt fra den tværgående regionale baggrundsgruppe. Derefter har Det rådgivende udvalg for specialeplanlægning rådgivet Sundhedsstyrelsen (Sundhedsstyrelsen

2006). Ekspertgruppen består af repræsentanter for de lægelige selskaber, samt repræsentanter fra Regionerne, og enkelte andre interessenter. Ekspertterne fremhæves i det skriftlige materiale.

"Ekspertgruppen og Sundhedsstyrelsen har således på grund af manglende valid dokumentation på de fleste områder måttet formulere krav og anbefalinger, som er baseret på sundhedsfaglige og organisatoriske vurderinger samt på sund fornuft mere end på videnskabelig dokumentation" (Sundhedsstyrelsen 2006, 15).

Sundhedsstyrelsen definerer i sit oplæg begrebet *fælles akutmodtagelse* og opstiller en række normative krav. Det er en fysisk lokalitet der er på én matrikel. Alle patienter visiteres enten via alarm 112 eller via praktiserende læge/vagtlægeordning (Sundhedsstyrelsen 2006, 30). En række specialer har speciallæger i *tilstedeværelsesvagt*. Dette krav betyder, at der skal være ansat et vist antal speciallæger inden for hvert af specialerne. Sundhedsstyrelsen peger på, at dette krav hænger sammen med færre sygehuse med *fælles akutmodtagelse*:

"Disse krav om tilstedeværelse af læger fra flere specialer og adgang til diagnostiske faciliteter døgnet rundt peger sammenholdt med den generelle vanskelighed med at sikre tilstrækkeligt personale med de krævede kvalifikationer og kompetencer i retning af færre akutte modtagelser for at sikre rekruttering og hensigtsmæssig udnyttelse af kvalifikationer og ressourcer" (Sundhedsstyrelsen 2006, 17).

Regionerne skal placere de *fælles akutmodtagelser*, så der er et vist befolkningsgrundlag for det pågældende sygehus. "... et befolkningsgrundlag på 200 - 400.000 er nødvendigt for at sikre et tilstrækkeligt volumen med henblik på at opnå erfaring hos den enkelte speciallæge..." (Sundhedsstyrelsen 2006, 34).

Diskursen om *fælles akutmodtagelser*, indeholder ovenstående kæde af argumenter, der alle peger i retning af færre sygehuse. Tilsammen udgør de *det sammenhængende argument* som kan samles under overskriften "kvalitet frem for nærhed". "Der er imidlertid blandt de politiske partier bag sundhedsloven enighed om, at for at nå målet, må kvalitet hvor nødvendigt gå frem for nærhed. Dette bakkes op af en faglig indstilling fra en række videnskabelige selskaber" (Sundhedsstyrelsen 2006, 12).

Diskursen er, at kvalitetsniveau defineres som tilstedeværelse af speciallæger hele døgnet, det er dyrt og kræver mange speciallæger, som der er for få af, derfor skal de nye *fælles akutmodtagelser* samles på færre sygehuse. Samling på færre enheder, skal også ske for at sikre, at speciallægerne får rutine, med det argument at "øvelse gør mester" (Sundhedsstyrelsen 2006,

4). Argumentet er, at det nye kvalitetsniveau kun opnås, hvis man går på kompromis med nærheden:

"... et befolkningsunderlag af denne størrelse er en forudsætning for, at tilstedeværelse/rådighed af de nævnte nødvendige diagnostiske og kliniske specialer og faciliteter er optimalt benyttet, både ud fra en sundhedsfaglig, personalemæssig og økonomisk betragtning" (Sundhedsstyrelsen 2006, 34).

3.2 Vil Regionen sætte en ny diskurs?

Det var ovenstående diskurs Regionsrådet i Region Syddanmark skulle forhold sig til frem til høringsfristen i marts 2007. I høringssvaret fra Region Syddanmark fremhæves det, hvordan tilstedeværelse af speciallæger vil være et kvalitetsløft i forhold til i dag. Regionsrådet er kritisk over for kravet om færre enheder med et vist befolkningsunderlag. "Regionsrådet noterer sig, at der ikke er stærk faglig evidens for anbefalingen om et befolkningsunderlag på mellem 200.000 – 400.000 indbyggere." (Region Syddanmark 2007a, 2). Regionsrådet er ikke enig i, at centralisere på færre sygehuse med fælles akutmodtagelse, da de ikke tror på, at der vil være stordriftsfordele (Region Syddanmark 2007a, 3). Regionsrådet mener, at kvalitetsniveauet med tilstedeværelse af speciallæger er det rigtige, men påpeger at det vil give problemer, fordi der skal bruges flere speciallæger. "... speciallæger døgnet rundt vil medføre et ressourceproblem i forhold til anvendelse af "knappe speciallægeressourcer", med heraf øgede udgifter til speciallæge-dækningen i vagttiden" (Region Syddanmark 2007a, 3).

Regionsrådet vil have speciallæger døgnet rundt, men vil ikke samle aktiviteterne på færre og større enheder, og problematisere at døgndækningen giver ressourceproblemer i forhold til antal speciallæger. Regionsrådet angiver ikke, hvad Sundhedsstyrelsen skal ændre i oplægget for at imødekomme disse hensyn.

Der var en lille kattelem for helt lokale problemer. "Der er i alle regioner områder, hvor geografiske eller andre lokale forhold nødvendiggør specifikke løsninger, som skal beskrives i regionens sygehus-/sygehusplan" (Sundhedsstyrelsen 2006, 34). Netop denne formulering henviser Region Syddanmark også til, men efter høringsrunden blev denne formulering ændret, og i det endelig planlægningsgrundlag står: "I alle regioner er der særligt tyndt befolkede områder med ø- eller ølignende geografi, der kan nødvendiggøre specifikke løsninger..." (Sundhedsstyrelsen 2007, 34).

Min analyse af Regionens høringsvar viser, at Regionen ikke aktivt forsøger at sætte en ny diskurs: Regionen kommer ikke med bud på andre kernebegreber eller kriterier for planlægningen. Man forsøger ikke at få ændrede eller supplerende begreber ind i forhold til *fælles akutmodtagelser*. Og endelig forsøger man ikke at sætte en ny dagsorden vedrørende geografisk lighed eller betydningen af nærhed.

3.3 Eksperternes diskurs satte dagsordenen

Efter høringsrunden besluttede Sundhedsstyrelsen planlægningsgrundlaget, der på de væsentligste punkter er enslydende med udkastet (Sundhedsstyrelsen 2007). Regionerne skal lave planer for det akutte område som betyder, at kvalitet går forud for nærhed, der skal være tilstedeværelse hele døgnet af speciallæger, der skal være færre enheder og disse enheder skal have et befolkningsunderlag på 200.000-400.000 indbyggere. De bemærkninger Region Syddanmark havde afgivet, har ikke givet anledning til ændringer i grundlaget. En mulig analyse af forløbet er, at eksperterne har forsvaret deres position i kraft af deres særlige rolle i forhold til politikerne. Således som det beskrives af Rose og Miller, kan eksperterne komme til at styre politikken i stedet for politikerne, fordi de danner lukkede kredsløb, som sikrer, at indflydelsen sker fra eksperterne til politikerne og ikke omvendt. "Experts have the capacity to generate what we term enclosures: relatively bounded locales or types of judgment within which their power and authority is concentrated, intensified and defended" (Rose og Miller 1992, 188). Kravene og den grundlæggende diskurs er fastholdt. Regionsrådet bidrager selv til at bekræfte eksperternes diskurs, idet de fremhæver hvor godt det er med tilstedeværelse af speciallæger døgnet rundt. "... dette er en rimelig forventning, borgerne kan have til et akutmodtagende sygehus i dagens Danmark. Efter Regionsrådets opfattelse vil dette være en væsentlig kvalitetsforbedring i forhold til den nuværende akutmodtagelse..." (Region Syddanmark 2007a, 1). Dagsordenen er sat og diskursen får yderligere autoritet i løbet af processen, således som Shore og Wright beskriver det. "Policies enable this to happen by setting a political agenda and giving institutional authority to one or a number of overlapping discourses" (Shore og Wright 1997, 18).

3.4 Region Syddanmarks plan for akutområdet

Planlægningsgrundlaget indgår i beslutningsgrundlaget for Region Syddanmarks planlægning af akutområdet. *Akutplanen* blev besluttet af Regionsrådet og metoden var

beslutningsforhandlinger (Pedersen 2005, 64). Da referater fra Regionsrådet er beslutningsreferater, inddrager jeg ikke selve forhandlingen i analysen. Resultatet af beslutningsforhandlingerne var *akutplanen*, der indeholder en beslutning om *fælles akutmodtagelse* i Svendborg. Regionsrådet følger Sundhedsstyrelsens anbefaling af, hvad en fælles akutmodtagelse er. "Intern medicin, ortopædkirurgi, kirurgi og anæstesi skal have speciallæger i tilstedeværelsesvagt døgnet rundt. Speciallægerne vil befinde sig i den fælles akutte modtagelse, klar til at modtage de akutte patienter, straks de indbringes" (Region Syddanmark 2007b, 8). Regionsrådet argumenterer for en særlig løsning vedrørende befolkningsunderlaget og en *fælles akutmodtagelse* i Svendborg.

"På Fyn er Svendborgs naturlige befolkningsunderlag under Sundhedsstyrelsens anbefalinger. På Fyn lægges der imidlertid op til en udveksling af patienter på hovedfunktionsniveau mellem Odense Universitetshospital og Svendborg Sygehus... Udvekslingen indebærer samtidig, at akutmodtagelsen på Svendborg Sygehus får et underlag på 200.000 indbyggere. Konsekvensen af dette er, at akutte patienter på Midtjylland herunder i dele af Odense ikke køres til nærmeste akutsygehus" (Region Syddanmark 2007b, 14).

Det interessante i en diskursanalytisk sammenhæng er, at Regionens argumentation for en særlig løsning for den *fælles akutmodtagelse* i Svendborg ikke lægger op til at ændre på vurderingskriterierne i planlægningsgrundlaget, men i stedet forsøger at tilpasse sig planlægningsgrundlagets ramme.

3.5 Kontrollen af Regionernes planer

Danske Regioner indgår aftale med Regeringen om økonomien for Regionerne. I disse økonomiaftaler indgår der ofte andre elementer omkring Regionerne end økonomi. I aftalen om Regionernes økonomi for 2008, indgik en aftale om Regeringens ekspertpanel (Danske Regioner 2007). Beslutningstypen er en aftale, og beslutningsniveauet kan placeres hos Regeringen, da der er tale om, at Danske Regioner er medinddraget i udformningen af aftalens indhold. "Juridisk har aftalen en uklar stilling, idet Folketinget ikke er involveret, ligesom konsekvenserne for Finansloven først indarbejdes senere, men sundhedspolitisk er der tale om en stadig vigtigere begivenhed" (Pedersen 2005, 38).

Danske Regioner og Regeringen aftaler at nedsætte ekspertpanelet, og at panelets vurderingsgrundlag svarer til Sundhedsstyrelsens endelige grundlag for akutplanlægningen. Aftalen bekræfter, at Regionerne ikke frit kan planlægge, idet deres fremtidige investeringer

skal følge nogle principper. Helt centralt for principperne står, at Sundhedsstyrelsens anbefalinger skal følges "... herunder bl.a. at befolkningsgrundlaget for fælles akutmodtagelser (hovedfunktionsniveau) udgør 200.000-400.000 indbyggere" (Danske Regioner 2007, 17). Region Syddanmark har som medlem af Danske Regioner medindflydelse på de aftaler Danske Regioner indgår. Hvordan Region Syddanmark har forholdt sig til denne del af aftalen via Danske Regioner, har jeg udeladt af min analyse, da der ikke foreligger offentlige referater af Danske Regioners møder.

Ekspertpanelet har vurderet Regionernes akutplaner, ud fra de samme kriterier som udgjorde Regionernes planlægningsgrundlag. Panelet vurderer, at Region Syddanmarks plan på en række punkter ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Ifølge panelet skal der ikke etableres en *fælles akutmodtagelse* på Svendborg Sygehus. Konstruktionen med et optageområde langt inde i Odense Kommune vurderes ikke farbar og vil under alle omstændigheder kunne udhule grundlaget for Odense Universitetshospital (Regeringens ekspertpanel 2008, 16). Panelet foreslår Regeringen, at man anvender økonomisk magt overfor Region Syddanmark, idet de indstiller til Regeringen: "at det i forhold til et endeligt tilsagn vedr. Odense Universitetshospital forudsættes, at der ikke etableres en fælles akutmodtagelse i Svendborg" (Regeringens ekspertpanel 2008, 16).

Hele processen omkring nedsættelse af Ekspertpanelet bekræfter min analyse af eksperternes store rolle, og at diskursen fastholdes igennem hele forløbet. Heller ikke Danske Regioner har tilsyneladende andre forslag til kriterier for planlægningen.

4. Konklusion og vurdering

Eksperternes diskurs satte en dagsorden fra begyndelsen af processen. Eksperterne spiller en fremtrædende rolle, både i Sundhedsstyrelsen og ekspertgruppen, og senere Ekspertpanelet. Regionsrådet havde i sin høringsrunde inddraget faglig ekspertise og fremhæver dette i deres hørings svar. "På baggrund af den faglige høring i Region Syddanmark, kan Regionsrådet..." (Region Syddanmark 2007a, 1). Min vurdering er, at en væsentlig årsag til, at Regionen mislykkes med at sikre en *fælles akutmodtagelse* i Svendborg er, at eksperternes diskurs er så magtfuld og nærmest hegemonisk, at den modstand Regionsrådet forsøger sig med, slet ikke er tilstrækkelig til at ændre på diskursen. Diskursanalysen peger videre på, at Regionen enten ikke har villet eller formået at ændre de grundlæggende rammer (planlægningsgrundlaget) for beslutningen, men har i stedet forsøgt at tilpasse ønsket om en *fælles akutmodtagelse* i Svendborg

til de fra statslig side fastlagte rammer. Det er endvidere min vurdering, at fordelingen af kompetencer mellem Sundhedsstyrelsen og Regionerne betyder, at politikerne ikke har fuld kontrol over hele den politiske proces. Ifølge Pedersen (Pedersen 2005, 69), er tilbagespring i processen normalt forekommende, hvilket betyder at hvis Regionsrådet selv havde kontrol med beslutningsgrundlaget, så kunne den politiske beslutning herom genoptages, hvis *den mulige forhandlingsbeslutning* ikke svarede til planlægningsgrundlaget. Denne mulighed eksisterede ikke, når grundlaget var besluttet et andet sted.

Resultatet af beslutningsprocessen er, at Regionsrådet og Ekspertpanlet, som begge havde Sundhedsstyrelsens planlægningsgrundlag som grundlag, kommer frem til to forskellige konklusioner vedrørende *fælles akutmodtagelsen* i Svendborg. Regionsrådet havde muligheder for at påvirke diskursen, men afgav et høringssvar hvor synspunkterne var modstridende. De kom ikke med forslag til helt andre kriterier, der skulle indgå i planlægningsgrundlaget. De foreslog f.eks. ikke at *geografisk lighed* eller *flere mulige kvalitets niveauer for akutmodtagelser* (ex. speciallæger i rådighedsvagt i stedet for tilstedeværelse hele døgnet) skulle indgå. Svagheden ved ovenstående ex. post vurdering er, at den som ex. post vurdering meget nemt kan virke som en efterrationalisering (Pedersen 2005, 69).

5. Perspektivering

Nærværende analyse viser, at den nye arbejdsdeling mellem Regionerne og Sundhedsstyrelsen giver nogle ændrede betingelser for de politiske beslutningsprocesser. Det har betydning for hvordan Regionsrådene arbejder, og det er nødvendigt, at Regionsrådenes medlemmer forstår politikdannelsen, også den del af processen der foregår uden for Regionsrådet. Forståelsen af hvordan de forskellige delprocesser hænger sammen, og hvem der har kompetencen til at træffe beslutning er måske selvfølgelig, men som nærværende opgave viser helt afgørende for forløbet. Eksperternes magt og evne til at sætte dagsordenen i sundhedsvæsenet, er et andet vilkår for det regionale demokrati. Regionsrådenes politikere skal på længere sigt finde måder at arbejde med udvikling af politik, som sikre at det er de folkevalgte der har magten. På nuværende tidspunkt ved vi ikke om det vil lykkes Regionsrådet, at overbevise Regeringen om, at der skal være en *fælles akutmodtagelse* i Svendborg, selv om den ikke vil kunne leve op til planlægningsgrundlaget. På baggrund af min analyse finder jeg det meget lidt sandsynligt.

Litteraturliste

Danske Regioner. *Aftale om regionernes økonomi for 2008.* Danske Regioners hjemmeside, 10. juni 2007.

<http://www.regioner.dk/Aktuelt/Nyheder/Nyheder%202007/Nyheder%20juni%202007/Oekoaftale2008.aspx> (senest hentet eller vist den 6. Marts 2009)

Dyssel, Hans-henrik. Svendborg brænder for sygehuset. In: *Fyns Amtsavis*, 18. november 2008.

<http://www.faa.dk/article/100499:Fyn---Oeer---Svendborg-braender-for-sygehuset> (senest hentet eller vist den 6. marts 2009)

Pedersen, Kjeld Møller. *Sundhedspolitik. Beslutningsgrundlag, beslutningstagen og beslutninger i sundhedsvæsenet.* Odense, Syddansk Universitetsforlag, 2005.

Regeringen. *Sundhedsloven.* www.retsinfo.dk. juni 2005. (senest hentet eller vist den 05. marts 2009).

Regeringens ekspertpanel. *Regionernes investerings- og sygehusplaner - screening og vurdering.*

Sundhedsministeriets hjemmeside, 27. november 2008.

http://www.sum.dk/IMEVEREST/Publications/imdk%20x2D%20dansk/Publikationer/20081211164605/CurrentVersion/Ekspertpanelets_screening_nov_2008.pdf (senest hentet eller vist den 6. Marts 2009).

Region Syddanmark. *Region Syddanmarks hørings svar til Sundhedsstyrelsens gennemgang af akutberedskaber.* Region Syddanmarks hjemmeside, 5. marts 2007a.

<http://www.regionsyddanmark.dk/wm211228> (senest hentet eller vist den 6. marts 2009).

Region Syddanmark. *Fremtidens Sygehuse i Region Syddanmark, Akutplan.* Region Syddanmarks

hjemmeside, 20. december 2007b. <http://www.regionsyddanmark.dk/wm229991> (senest hentet eller vist den 6. Marts 2009).

Rose, Nikolas og Miller, Peter. Political power beyond the State: problematics of government.

In: *The British Journal of Sociology*, Issue No. 2, volume no. 43, 1992, 173-205.

Shore, Chris og Wright, Susan. Policy. A new field of anthropology. In Shore, Cris; Wright,

Susan: *Anthropology of Policy. Critical perspectives on governance and power.* London & New York,

Routledge, 1997, 3-29.

Sundhedsstyrelsen. *Gennemgang af Akutberedskaber.* Sundhedsstyrelsens hjemmeside, 20. december 2006. (http://www.sst.dk/publ/Publ2006/PLAN/Akutberedskab/Akutberedskab_hoer.pdf (senest hentet eller vist den 6. Marts 2009)).

Sundhedsstyrelsen. *Styrket Akutberedskab - planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen.* København, Sundhedsstyrelsen, 2007.