

En sygehusplan bliver til

– en analyse af magt i
beslutningsprocessen for en
ny sygehusstruktur i Region
Sjælland



Et scient.adm. speciale skrevet af
Tine Hamilton Bæth & Morten Velsing Nielsen

Vejleder: Eva Sørensen
Roskilde Universitet

Forår 2012

Standardforside til projekter og specialer

Til obligatorisk brug på alle projekter på:

- Internationale udviklingsstudier
- Global Studies
- Erasmus Mundus, Global Studies – A European Perspective
- Offentlig Administration
- Socialvidenskab
- EU-studies
- Scient. Adm.(Lang Forvaltning)

Udfyldningsvejledning på næste side.

Projekttitle: En sygehusplan bliver til – en analyse af magt i beslutningsprocessen for en ny sygehusstruktur i Region Sjælland		
Udarbejdet af (Navn(e)):	Projektets art:	Modul:
Tine Hamilton Bæth	Speciale	K4
Morten Velsing Nielsen	Speciale	K4
Vejleders navn: Eva Sørensen		
Afleveringsdato: 23. marts 2012		
Antal normalsider: 100 (I sidetallet indregnes: forord, indholdsfortegnelse, indledning, problemformulering, teori, metode, analyse, konklusion, litteraturliste, tabeller, figurer og billeder men ikke appendiks)		
Tilladte normalsider jvt. de udfyldende bestemmelser: 80-100 (Se det tilladte antal sider for dit fag på næste side)		

OBS!

Hvis du overskrider de tilladte antal normalsider kan dit projekt afvises indtil 1 uge efter aflevering af censor og/eller vejleder

Abstract

This study examines how power is exercised in the interaction between regional and state actors in the decision-making process for a new hospital plan of Region Sealand. The new hospital plan is the most substantial decision that has been made since the creation of the regions in 2007, and shows how cooperation works between the state and the new regional authorities. The thesis focuses on the power games between the many actors in the decision-making process. It is explained how Region Sealand creates its first hospital plan in 2007, and how a new one is shaped, when the first plan is rejected by the state government.

To examine this decision-making process, the study develops a model for how power can be analysed in political processes. This ensures that focus is given to the many attributes of power, each of which explains different parts of the process. It is argued that political decision-making processes are best understood as many separate but interdependent decisions. For the analysis, 11 decisions are chosen, which when combined give a complete picture of the process. The empirical work consists of 12 semi-structured interviews with actors from all levels and analysis of several key documents. This data forms the foundation for analysing how different forms of power affect the decision-making process.

The study shows how different actors influence the decision-making process through different forms of power. The state government, which has the power to decide the overall framework of the decision making process, chooses to distribute some power to gain legitimacy for the process. This gives other actors influence, and experts, particularly from the National Board of Health and the Juhl-committee, benefit from this. The institutional framework of the process secures the perceived legitimacy of the prominent role of such experts. The study shows how the debate within Region Sealand is mainly focusing on the closing of local hospitals, and not on the best solutions for the region as a whole. This contradicts the state government's wish to centralise and specialise, which makes any kind of negotiation difficult. As a result Region Sealand has to make their decision within a very strict state government framework. The study thereby shows how different perspectives on power can be used to illustrate, how actors and structures affect the decision-making process.

Resumé

Dette speciale undersøger, hvordan magt udøves i samspillet mellem region og stat i beslutningsprocessen for sygehusstrukturen i Region Sjælland. Beslutningsprocessen er den mest omfattende siden regionernes dannelse i 2007, og belyser, hvordan samarbejdet foregår mellem aktører på det regionale og statslige niveau. Fokus er på det omfattende spil om magt, der foregår mellem de mange aktører i beslutningsprocessen. Det forklares, hvordan Region Sjællands første sygehusplan fra 2007 er blevet formet, og hvordan en ny skabes, da den første sygehusplan senere bliver kasseret af regeringen.

For at undersøge problemstillingen udvikles en model for, hvordan man kan forstå magt i politiske beslutningsprocesser. Hermed åbnes op for de mange forskellige facetter af magt, som hver især kan forklare forskellige dele af processen. Der argumenteres for, at processen bedst forstås gennem adskilte beslutninger, og der udvælges 11 centrale beslutninger. På baggrund af 12 interviews med aktører fra alle repræsenterede niveauer, samt vigtige dokumenter, undersøges herefter, hvordan forskellige former for magt har påvirket beslutningsprocessen.

Specialet viser, hvordan aktører og strukturer får indflydelse på beslutningsprocessen gennem forskellige former for magt. Regeringen, som har den overordnede magt til at sætte rammerne for processen, vælger at uddele kompetencer i håb om at skabe en legitim og konfliktfri beslutningsproces. Dette bliver andre aktøres mulighed for indflydelse, og især eksperter fra Sundhedsstyrelsen og Juhl-udvalget formår, med regeringens støtte, at fylde dette rum. De institutionelle rammer for processen sikrer, at eksperternes fremtrædende rolle ses som legitim. Specialet viser, hvordan debatten internt i Region Sjælland er præget af ønsker om at beskytte de lokale sygehuse, og ikke argumenter om regionens bedste. Regeringens ønske om centralisering og specialisering står i skarp kontrast til Region Sjællands argumenter om nærhed, hvilket gør forhandlinger vanskelige. Regeringen definerer derfor et begrænset råderum, som Region Sjælland skal træffe deres beslutning indenfor. Hermed viser specialet, hvordan forskellige magtforståelser kan anvendes til at belyse, hvordan aktører og strukturer har påvirket beslutningsprocessen.

1. Indledning	3
1.1 Problemfelt.....	3
1.2. Problemformulering.....	5
1.3 Operationalisering af problemformulering.....	5
1.4 Afgrænsning.....	5
1.5 Forskning på feltet.....	6
1.6 Valg af teori.....	7
1.7 Kapiteloversigt.....	8
2. Magt og beslutningsprocesser	10
2.1 Teorier om magt i policyanalyser.....	11
2.1.1 Teori om magt i policyprocesser – magtens tre dimensioner.....	12
2.1.2 Rational-choice teori.....	15
2.1.3 Netværksteori.....	16
2.1.4 Institutionel teori.....	17
2.1.5 Mod en samlet magtforståelse.....	18
2.1.6 Delkonklusion – fire forståelser af magt.....	21
2.2 Teorier om beslutningsprocesser.....	23
2.2.1 Fasemodeller.....	23
2.2.2 Garbage-can.....	24
2.2.3 Strømme af problemer, policy og politik.....	25
2.2.4 Opdeling af beslutningsprocessen.....	26
2.2.5 Delkonklusion – teorier om beslutningsprocesser.....	27
2.3 Operationalisering af teori.....	27
3. Metodologi og præsentation af case	32
3.1 Metodologi.....	32
3.1.1 Casestudie som undersøgelsesdesign.....	33
3.1.2 Specialets validitet, reliabilitet og generaliserbarhed.....	34
3.2 Valg af case.....	35
3.3 Valg af empiri.....	36
3.4 Valg af beslutninger.....	38
3.5 Valg af aktører.....	39
3.6 Præsentation af case.....	42
3.7 Tidslinje.....	45

4. Analyse af magt i beslutningsprocessen for sygehusstrukturen	46
4.1 Første analysedel – Hvordan udøves magt i beslutninger?	46
4.1.1 Regeringsgrundlaget – nye værdier præsenteres	46
4.1.2 Strukturreformen – nye institutioner dannes	49
4.1.3 Sundhedsloven af 2005 – Sundhedsstyrelsen får nye kompetencer	51
4.1.4 Sygehusplan 2007 – en kamp om lokale sygehuse.....	55
4.1.5 Nedsættelsen af Juhl-udvalget – et mellemlid introduceres.....	59
4.1.6 Juhl-udvalgets afvisning af 2007-planen – en kold dukkert til Region Sjælland	62
4.1.7 Første forsøg med at få en ny sygehusplan vedtaget – manglende politiske alliancer	66
4.1.8 Bestilling af de to rapporter – en ”objektiv” vurdering	69
4.1.9 Valg til regionerne 2009 – nye alliancer.....	72
4.1.10 Valget af de fire høringsscenarier – en hurtig beslutning	74
4.1.11 Den endelige beslutning – et kompliceret kompromis	77
4.2 Anden analysedel – Hvordan har magt påvirket beslutningsprocessen?	82
4.2.1 Første magtforståelse – økonomisk og juridisk magt.....	82
4.2.2 Anden magtforståelse – forhandlet magt.....	84
4.2.3 Tredje magtforståelse – institutionel magt	85
4.2.4 Fjerde magtforståelse – diskursiv magt	87
4.2.5 Magt og beslutningsfaser	89
5. Konklusion	91
6. Litteraturliste	96
Bilag 1 – Interviewpersonernes CV	100
Bilag 2 – Interviewguide.....	102
Bilag 3 – Individualisering af specialet	104
Bilag 4 – Oversigt over empiri.....	106

1. Indledning

1.1 Problemfelt

Vedtagelsen af en ny sygehusstruktur i Region Sjælland har været en omdiskuteret beslutning. Borgergrupper har været på barrikaderne, og folketingspolitikere har stillet en skarp kritik af lukningerne af de mindre sygehuse. Beslutningen har ikke bare splittet partierne i regionsrådet internt. Nogle politikere har valgt at forlade deres parti, ja, faktisk helt at forlade politik.

Med strukturreformen har de nye regioner fået hovedansvaret for driften af sygehuse inden for et råderum defineret af staten. I dette råderum kæmper regionernes politikere om at definere holdbare løsninger, og for at sætte deres præg på den politiske dagsorden. Det handler om at tilegne sig magt og indflydelse, hvilket er en udfordring, når magt udøves mellem flere politiske niveauer. Specielt forholdet mellem region og stat bliver udfordret, da strukturreformen opsætter nye rammer for samarbejdet. Det er derfor interessant at se på, hvilke kompetencer regionerne reelt er blevet tildelt efter strukturreformen, og hvordan regionerne håndterer deres kompetencer i en konkret beslutningsproces. Dette speciale undersøger beslutningsprocessen for den nye sygehusstruktur i Region Sjælland. En proces, som få har fuldstændigt overblik over, men som mange aktører har gjort deres for at få indflydelse på.

Samtidig med strukturreformen beslutter den tidligere regering, at der skal ske en omfattende reform af sygehusvæsenet, og en kvalitetspulje på 25 milliarder bliver nedsat til at supplere regionernes egne midler. Regionerne har ansvaret for den daglige drift af de danske sygehuse, men har ikke kontrol over de økonomiske puljetildelinger, som i stedet ligger hos staten. Pengene til en ny sygehusstruktur skal altså komme fra regeringen. Samtidig har Sundhedsstyrelsen stået for at udarbejde faglige anbefalinger for processen, som også spiller en vigtig rolle, når komplicerede valg skal træffes. Under disse rammer skal regionsrådsmedlemmerne i den enkelte region blive enige om en ny organisering af sygehusstrukturen. Kampen om at definere den nye sygehusstruktur er derfor en case, der tydeligt illustrerer strukturreformens nye inddeling af den offentlige sektor og de nye magtforhold niveauerne i mellem (Togeby et al. 2003:117).

Før 2007 eksisterede der tre klart defineret myndighedsniveauer, men efter strukturreformen er der lagt op til en mere flydende struktur. Staten anses for at være blevet væsentlige stærkere i den nye struktur, blandt andet fordi de råder over økonomiske og politiske rammesætninger, som for eksempel indkrævning af skatter (E. Sørensen, Sehested, og Reff 2011:68). Dette har betydning for

samarbejdet mellem region og stat. Samtidigt er kompetence- og ansvarsfordelingen noget uklar i den regionale offentlige styring, og regionalpolitikkerne er derfor i høj grad nødt til at samarbejde og gå i tæt dialog med andre aktører, hvis de vil opnå indflydelse og resultater (E. Sørensen et al. 2011:16). Region Sjælland var en af de regioner, hvor beslutningen om en ny sygehusstruktur skabte stor uenighed. Flere i regionsrådet argumenterede for, at Region Sjællands specielle geografi kræver en speciel hensynstagen, som generelle reformer ikke tager hensyn til. Region Sjælland er geografisk mere opdelt end andre regioner, og flere byer ligger tæt på København, hvilket betyder, at der er nem adgang til sygehuse uden for regionen. Der er derfor mange forskellige hensyn, som skal vægtes i beslutningsprocessen.

De strukturelle ændringer sætter ikke bare rammerne for regionernes udarbejdelse af sygehusplaner, de forandrer også samarbejdet mellem de forskellige aktører. Hermed opstår der nye magtforhold, hvor aktørernes rolle og identitet skal defineres på ny. Regionernes arbejde med sygehusplanerne sker ud fra mange forskellige anbefalinger og krav, som måske, måske ikke, kan påvirkes gennem forhandlinger. Netop de mange formelle og uformelle forhandlinger gør dette emne spændende. De fortæller samtidigt, at de ellers tydelige rammer ikke altid skal forstås som definitive. Vi finder det spændende at arbejde med, hvordan magt påvirker disse forhold. Regionerne har fået til opgave at vedtage en ny sygehusstruktur, men mange aktører uden reel beslutningskompetencer forsøger at påvirke processen. Magtteorien har længe beskæftiget sig med politisk autoritet, men hvordan kan vi forstå magt, når kravene til samarbejde bliver flydende, og forhandlinger bliver afgørende for det endelige resultat.

Dette speciale undersøger, hvordan forskellige aktører forsøger at udøve indflydelse i en offentlig beslutningsproces, hvor staten definerer de overordnede rammer. Reformen af sygehusstrukturen giver et unikt indblik i den nye magtfordeling, der er skabt efter strukturreformen. Vi har specifikt valgt Region Sjælland, fordi regionsrådets konflikt mellem lokale hensyn og de statslige rammer her er særligt tydelig. Specialet undersøger derfor, hvordan forskellige magtforståelser kan identificeres, og hvilke magtforhold der gør sig gældende mellem region og stat. Magt og beslutningsprocesser bliver derfor udgangspunktet for vores undersøgelse af Region Sjællands arbejde med at udforme nye sygehusplaner. Ovenstående diskussion udmunder i følgende problemformulering:

1.2. Problemformulering

Hvordan har forskellige former for magt påvirket beslutningsprocessen for en ny sygehusstruktur i Region Sjælland?

1.3 Operationalisering af problemformulering

Vi har ovenover redegjort for vores problemstilling om hvordan en offentlig beslutningsproces, påvirkes gennem forskellige magtformer. Denne operationalisering forklarer, hvordan vi vil besvare vores problemformulering. Vi vil hovedsagligt have fokus på samspillet mellem region og stat i denne beslutningsproces, hvor forskellige politiske niveauer er repræsenteret. I specialet vil det regionale niveau omfatte regionsrådets medlemmer, dets administrative personale samt Danske Regioner. Det statslige niveau dækker i specialet regeringen og ministerier herunder Sundhedsstyrelsen, såvel som det af regeringen nedsatte ekspertudvalg (Juhl-udvalget).

Vi vil for at svare på vores problemformulering inddrage relevant teori om magt og politiske beslutningsprocesser. Magt er et særdeles komplekst begreb og svært analyserbart. For at tilpasse forståelsen af magt til konteksten for Region Sjællands beslutningsproces, udvikler vi i vores operationalisering af teorien en model, som er udgangspunktet for vores efterfølgende analyse. Operationaliseringen klarlægger, hvordan vi identificerer magt i vores analyse gennem begreber, som knytter forskellige magtforståelser sammen med beslutningsprocessen.

Vi har valgt at undersøge vores emne som et casestudie. Dette giver muligheden for at komme i dybden med en enkelt proces, og er ikke begrænset til en bestemt metode for empiriindsamlingen. Således har vi som empirisk grundlag udført 12 interviews samt analyseret vigtige lovtekster og rapporter. Dette giver en kvalitativ indsigt i de mange lag i beslutningsprocessen. Ud fra gennemlæsning af vores interviews udvælges 11 beslutninger. I første del af analysen undersøger vi hvordan magt udøves i hver beslutning, mens vi i anden del af analysen analyserer, hvordan forskellige forståelser af magt påvirker den samlede proces.

1.4 Afgrænsning

Specialet har følgende afgrænsninger i forhold til beslutningsprocessen og valget af aktører, som præciserer vores hovedfokus. Metodeafsnittet vil uddybe specialets til- og fravalg.

Dette speciale vil ikke undersøge implementeringen af beslutningen, som først lige er begyndt. Vi er kun interesseret i, hvordan emnet er kommet på dagsordenen, og hvordan den efterfølgende beslutning er påvirket af strukturer og aktører. Det betyder, at vores analyse spænder fra, da VK-

regeringen kom til magten i 2001, og frem til Region Sjælland træffer deres endelige beslutning om en ny sygehusstruktur i marts 2010.

Vi har også valgt at fokusere på bestemte aktører. Vores primære aktør er regionsrådet i Region Sjælland samt de forskellige politiske og administrative niveauer, der påvirker deres beslutninger. Især det statslige niveau er vigtigt her, mens kommunerne spiller en mindre rolle. Vi fravælger derfor eksterne aktører, som for eksempel virksomheder og interesseorganisationer. Denne afgrænsning er begrundet af vores interesse for samspillet mellem forskellige offentlige institutioner samt af vores interviewpersoners beskrivelse af centrale aktører. Dette uddybes i metoden, hvor vi argumenterer for vores valg af aktører.

1.5 Forskning på feltet

Vi vil her kort forklare vores teoretiske position i forhold til enkelte centrale tekster om magtteori og regioners planlægning i en dansk sammenhæng. Udgangspunktet for dette speciale er teoretisk at operationalisere magt i en offentlig beslutningsproces, mens vi empirisk undersøger sygehusplanlægning i en regional sammenhæng. Vi er opmærksomme på, at vi arbejder videre med forskning indenfor disse felter, og vi har til hensigt at placere os indenfor feltet og vise, hvordan dette speciale adskiller sig fra den øvrige forskning.

Dansk forskning om magt og beslutningsprocesser

Vi vil i vores teori tage udgangspunkt i pluralisternes magtforståelse. Pluralisterne beskriver magt i konkrete beslutningsprocesser, men tager samtidig højde for den kritik, tilgangen har fået. Dette ser vi som nødvendigt for at kunne undersøge de komplekse institutionelle sammenhænge, som politikere arbejder under i dag. Dette speciale vil således ikke udvikle en ny teori om magt, men i stede bygge videre på eksisterende teorier om magt. Herved skabes en samlet model, som omfatter de mange måder magt udøves på i en beslutningsproces.

Magt er et centralt emne i forskning om politiske processer både i Danmark og i udlandet. I en dansk sammenhæng er de fleste studier af magt inspireret af Robert A. Dahl (2005) og de efterfølgende pluralister, som for eksempel den danske magtudredning (Togeby et al. 2003). Magtudredningen konkluderede, at Danmark er et sundt demokrati, idet fordelingen af magt er spredt på flere aktører. Kritikere af magtudredningen har i højere grad fokuseret på magtkoncentrationen hos eliten inspireret af for eksempel C. Wright Mills (1956). Et eksempel på dette er Heine Andersens (2004) kritik af magtudredningen. Hvor pluralisterne lægger stor vægt på aktørernes rolle, lægger kritikerne mere vægt på de samfundsstrukturer, som opretholder eliternes

magt. Vi ønsker at arbejde med samspillet mellem strukturer og aktører, og ser derfor vores tilgang som et alternativ til ovenstående debat. Inspirationen til at arbejde med magt på en ny måde er især kommet fra ”*Rationalitet og Magt*” (Flyvbjerg 1991) samt ”*Magtens nye ansigt*” (Bang, Dyrberg, og Hoff 2005), som begge lader sig inspirere af en poststrukturalistisk tilgang.

Forskning om planlægning i regionerne

På trods af at regionerne kun har eksisteret i relativt få år, er der allerede gennemført en del forskning om regionernes opgavevaretagelse. Mest relevant for dette speciale er den forskning om Region Sjælland, som er udført af et hold forskere fra Roskilde Universitet. De har gennemgået styring i regionerne på en række forskellige områder herunder sygehusplanerne, som de mener, eksemplificerer en ny form for styring. ”*Sygehusplanerne er interessante, fordi deres tilvejebringelse viser, hvordan pluricentrisk styring er blevet et grundvilkår i sundhedspolitikken, hvor ingen aktør har magten alene*” (E. Sørensen et al. 2011:80).

Sørensen, Sehested og Reff (2011) argumenterer for, at der er i dag er behov for et nyt styringsbegreb. Et begreb, der skal indeholde den komplekse interaktionsproces, der foregår mellem de forskellige politiske niveauer. *Pluracentrisk styring* er et begreb der dækker situationer, hvor kontekstafhængighed og flydende rammer for de involverede aktører skaber en irrationel proces, hvor alle aktører forsøger at sætte rammerne for samarbejde (E. Sørensen et al. 2011:17–18). Deres undersøgelse berører kun begyndelse af den beslutningsproces, som dette speciale behandler, men siger lidt om, hvorfor denne case er særlig interessant. Dette speciale vil således arbejde videre med, hvordan vi kan forstå en case, hvor magt er fordelt mellem mange aktører. I stedet for styring arbejder vi med magt som teoretisk grundlag. Hvor styringsteori især har fokus på aktørernes strategiske overvejelser, om hvilken rolle forskellige grupper skal spille i processen, så fokuserer magtteorien mere på de skjulte og ubevidste måder, hvorved aktører opnår indflydelse. Selvom mange af problemstillingerne overlapper, giver dette en anden vinkel på beslutningsprocessen. Følgende diskussion har ført til, at vi har valgt magtteori og beslutningsproces teori som det teoretiske udgangspunkt for dette speciale.

1.6 Valg af teori

Vi har valgt at arbejde med teorier omhandlende magt og beslutningsprocesser. Indenfor begge emner er der en omfattende mængde materiale, og valget af teorierne har derfor været afhængigt af deres sammenhæng til vores kontekst. Samtidig har vores empiriske materiale gjort det nødvendigt at inddrage bestemte dele af teorierne, for at opnå den bedst mulige forklaringskraft. Processen for

valg af teori har således været abduktiv. Inden empiriindsamlingen er blevet gennemført, har vi sat os grundigt ind i det teoretiske område, og først bagefter valgt de konkrete teorier til vores analyse. Hermed kommer vores analysestrategi til at afspejle den viden, vi har fået i vores empiriindsamling. For at være tro mod vores empiri har det samtidigt været nødvendigt at inddrage flere forskellige teorier i et samlet analyseapparat. Dermed har vi en pragmatisk videnskabsteoretisk tilgang til anvendelsen af teorier, hvor valget af teori hænger sammen med deres forklaringskraft i den pågældende case (Creswell 2009:10–11).

Hvor teorierne om magt hjælper os med at gå i dybden med problemstillingen, har teorierne om beslutningsprocesser til formål at forklare sammenhængen i processen. Teorier om magt spiller den mest centrale rolle i vores undersøgelse og valget af teorier omhandlende magt, har derfor krævet mest omtanke. Ved at samle forskellige teorier om magt i en samlet model, kan vi forklare forskellige dele af beslutningsprocessen. Denne forståelse af magt som inkluderer mange forskellige facetter, vil ofte blive kritiseret for ikke at sætte grænser for, hvad der er magt. Hermed skelnes ikke klart mellem magt og indflydelse. Vi er opmærksomme på denne kritik, men ønsker ikke at afgrænse magt til en kort definition. En åben definition af magt giver mulighed for at lade empirien tale, og derved bevæger vi os væk fra rene teoretiske diskussioner af magt. Specialet udvikler altså ikke en teori om magt, men operationaliserer et svært analyserbart begreb for konkret at kunne undersøge, hvordan magt udøves i en politisk beslutningsproces.

1.7 Kapiteloversigt

Kapitel 1 - Indledning

I dette første kapitel præsenteres vores problemstilling gennem problemfelt og problemformulering. Herefter beskrives kort, hvordan vi vil undersøge problemstillingen, hvilke afgrænsninger vi har foretaget, samt hvordan specialet er opbygget. Ved at beskrive anden forskning på feltet, samt vores valg af teori, har vi argumenteret for, hvordan vores teoretiske ståsted adskiller sig fra anden forskning.

Kapitel 2 – Magt og beslutningsprocesser

I Kapitel 2 udvikler vi en model til at undersøge magt i beslutningsprocessen for sygehusstrukturen i Region Sjælland. Først beskrives forskellige tilgange til magt i en politisk kontekst, og derefter beskrives teorier, der arbejder med beslutningsprocesser. Med dette udgangspunkt udvikles en model, der inkluderer både aktørers handlen og strukturelle perspektiver på magt i

beslutningsprocesser. Der argumenteres for, at forskellige forståelser af magt kan samles i en samlet analysemodel bestående af fire forskellige forståelser. Samtidigt argumenterer vi for, at en offentlig beslutningsproces i dag bedst forstås som mange adskilte beslutninger og ikke som klart inddelte faser. Kapitlet afsluttes med en operationalisering, som konkretiserer den teoretiske model, så den kan anvendes til at analysere vores empiri.

Kapitel 3 – Metodologi og præsentation af case

Kapitlet begynder med specialets metodologi. Her beskrives, hvorfor vi har valgt at anvende et casestudie som vores projektdesign og specialets validitet, reliabilitet og generaliserbarhed diskuteres. Herefter beskrives vores valg af case og empiri. Her argumenterer vi for, hvad der gør denne case god til at illustrere den teoretiske problemstilling, samt hvilke fordele og ulemper det har at anvende interviews som den primære empiri og dokumenter som supplement. Til sidst præsenteres vores case og dens aktører. Her beskrives udvælgelsen af aktører samt de 11 beslutninger, der ses som de mest betydningsfulde for vores beslutningsproces, og som vil være strukturerende for vores analyse.

Kapitel 4 – Analyse af magt i Region Sjællands beslutningsproces

I analysen undersøger vi, hvordan forskellige former for magt har påvirket de udvalgte beslutninger, som til sammen omfatter hele beslutningsprocessen. Analysen er opdelt i to dele, som har fokus på henholdsvis, hvordan magt udøves i de enkelte beslutninger, og hvordan magten påvirker den samlede beslutningsproces. Første del af analysen er kronologisk opbygget, og begynder med regeringsgrundlaget fra 2001, der fastsætter det værdimæssige grundlag for de kommende sygehusreformer, og slutter med Region Sjællands endelige beslutning om sygehusstrukturen i marts 2010. Herved beskrives både de strukturelle rammer, som regionen har arbejdet indenfor, samt de politiske kampe om de enkelte beslutninger i processen. Anden del af analysen viser, hvordan forskellige magtforståelser har haft betydning for beslutningsprocessen. Denne del vil være opbygget ud fra de fire magtforståelser defineret i kapitlet om magt og beslutningsprocesser.

Kapitel 5 – Konklusion

I det afsluttende kapitel sammenfattes specialets konklusioner.

2. Magt og beslutningsprocesser

”The study of the policy process is essentially the study of the exercise of power in the making of policy, and cannot therefore disregard underlying questions about the sources and nature of that power” (M. Hill 2009:25).

I det følgende afsnit vil vi udvikle vores analysestrategi på baggrund af teorier om magt og beslutningsprocesser. Det undersøges med andre ord, hvordan man kan forstå magt i en offentlig beslutningsproces. Teorierne vil blive operationaliseret, så de fungerer som konkrete analyseværktøjer. Vores case omhandler en kompliceret beslutningsproces der foregår mellem flere politiske niveauer og med mange forskellige aktører. Vi ønsker i specialet at belyse dette indviklede sammenspil, og målet med teoriafsnittet er derfor at udvikle en model, der kan indfange flest mulige facetter af processen. Teoriafsnittet er opdelt i to dele omhandlende henholdsvis magt og beslutningsprocesser. Dette teoriafsnit afsluttes med en operationalisering, hvor vi beskriver, hvordan vi vil anvende teorierne til at undersøge magt i en offentlig beslutningsproces.

Første del omhandler sammenhængen mellem magt og politik. Her udvikles fire forskellige forståelser af magt på baggrund af forskellige tilgange til policyanalyse, samt en kritik af tilgangenes magtforståelse. Først præsenteres magt som en vigtig del af en policyanalyse. Magt er en del af alle policyanalyser, men i mere eller mindre direkte grad. Den første tilgang der præsenteres indeholder teorier, der forholder sig direkte til begrebet magt. I de tre næste tilgange er magt mere implicit, men de kan stadig tilføje elementer til en samlet forståelse af magt. Efterfølgende diskuterer vi, hvordan tilgangenes magtforståelser er anvendelige i en analyse af offentlige beslutningsprocesser. For at medtænke den kritik teorierne har været udsat for, tilføjes en ekstra forståelse, nemlig den diskursive magt. Teorierne sammentænkes i delkonklusionen til fire indbyrdes afhængige forståelser af magt.

I anden del præsenteres teorier om beslutningsprocesser. Først beskriver vi teorier som opdeler beslutningsprocesser i klart inddelte faser og efterfølgende diskuterer vi, hvordan man går ud over modellerne for at opnå en dybere forståelse af den politiske proces. Vi argumenterer for, at beslutningsprocesser sjældent foregår lineært, og at de med fordel kan ses som mange adskilte beslutninger, der følger hinanden.

Til sidst operationaliseres teorierne i et samlet analyseredskab. Dette afsnit viser, hvordan teorierne gøres anvendelige i empiriske analyser.

2.1 Teorier om magt i policyanalyser

Dette afsnit undersøger, hvordan teorier om policyanalyse forstår magt. Grundlæggende kan policyanalyser opdeles i deskriptive analyser af, hvordan en politik er blevet til (analysis of policy) og normative analyser af, hvilken slags politik er ønskelig at gennemføre (analysis for policy) (M. Hill 2009:5). En analyse af magt i beslutningsprocesser fokuserer således på de deskriptive elementer. Michael Hill (2009) samler de deskriptive teorier om policyanalyse under fire tilgange. Denne kategorisering vil strukturere vores beskrivelse af magt i policyanalyser:

- 2.1.1 Teori om magt i policyprocesser
- 2.1.2 Rational-choice teori
- 2.1.3 Netværksteori
- 2.1.4 Institutionel teori

Hvor teorierne under den første tilgang forholder sig direkte til magt, er magtbegreberne mere implicite i de andre tilgange. Det betyder ikke, at deres magtopfattelse er mindre interessant. Alle tilgangene er anvendelige til at skabe en model, som giver en kompleks forståelse af magt i en offentlig beslutningsproces. I afsnit 2.1.5 vil de fire tilgange blive diskuteret for at opnå en samlet magtforståelse. Her vil tre magtforståelser blive udpeget på baggrund af teorierne. Som svar på den kritik der eksisterer af magtforståelserne, vil en diskursiv magt blive tilføjet som en fjerde og sidste forståelse. Allerførst præsenteres sammenhængen mellem magt og politik.

Policyanalyse er studiet af en politik. I en *offentlig* beslutningsproces skal policy forstås som politisk handlen udført af offentlige aktører, altså repræsentanter fra staten, den legitime magt i landet (M. Hill 2009:14). Public policy kan hermed defineres som: “[...] *whatever governments choose to do or not to do*” (Dye 1981:1).

I studiet af en offentlig beslutningsproces foregår der ofte kampe på flere politiske niveauer, og mange forskellige aktører influerer på de beslutninger, der tages (M. Hill 2009:4). For at forstå hvordan en beslutning formes, er det vigtigt at fokusere på de magtkampe, som skaber den konkrete politik. Dette kræver indsigt ikke bare i aktørerne der udkæmper kampene, men også i de rammer der arbejdes indenfor.

”[...] *the notion of public policy refers to the power games in a specific institutional context played out between various public actors who make a concerted effort to resolve a collective problem in collaboration with or in opposition to para-state and private actors*” (Knoepfel et al. 2011:23).

Der er altså en tæt sammenhæng mellem magt og politik, og en gennemgribende undersøgelse af en offentlig beslutningsproces kræver indsigt i både de formelle og uformelle strukturer. Hermed opnås en større indsigt i de rammer, som både muliggør og begrænser aktørernes arbejde.

”The problem with focusing purely on agency, as classical pluralist found, is that it underplays the importance of the political and economic structures, which favour some interests above others, determine the nature and extent of agency engagement and shape the expressed views and opinions of actors” (Hodgson og Irving 2007:100).

Dette citat påpeger, at politiske valg ikke kun er et facit af individuelle kampe, men også påvirket af for eksempel demografiske, sociale og økonomiske faktorer, som de offentlige institutioner må forholde sig til, og som derfor vil indvirke på, hvordan de offentlige institutioner vil organisere sig (M. Hill 2009:44). Magt er altså en uløselig del af politik. I det efterfølgende vil der være fokus på, hvordan forskellige magtforståelser kommer til udtryk i teorier om policyanalyser.

2.1.1 Teori om magt i policyprocesser – magtens tre dimensioner

For at forstå hvordan en politik formes af forskellige aktører, må man kigge på de magtformer, som påvirker relationerne mellem aktørerne. Magt er et udtryk ofte brugt i daglig tale men uden nogen klar definition. De mange forskellige forsøg på at gøre magt til et teoretisk begreb, har skabt en omfattende litteratur, der fokuserer på vidt forskellige aspekter af magt. Dette afsnit tager afsæt i pluralisternes teori om aktørers indflydelse i politiske processer. Det vises, hvordan magt kan ses fra forskellige vinkler gennem Steven Lukes’ (2005) debat fra 1974 om magtens tre dimensioner.

- magtens første dimension inspireret af Robert A. Dahl
- magtens anden dimension inspireret af Peter Bachrach og Morton S. Baratz
- magtens tredje dimension udviklet af Steven Lukes

I Dahls analyse ”Who Governs” (2005) kigger han nærmere på konkrete, politiske beslutningsprocesser for at anskueliggøre, hvilke aktører der har haft indflydelse på processen. Helt i tråd med Dahl ønsker vi ikke at udforme en selvstændig magtteori, men konkret at kunne anvende magt som analytisk redskab.

Dahl tager i sin undersøgelse udgangspunkt i en offentlig institution, New Haven Kommune i USA, hvor han beskriver, hvem der har magten i et demokratisk system. Bogen beskriver forskellige aktørers ressourcer, og de institutionelle rammer som gør ressourcerne anvendelige. Bogen

indeholder ikke et decideret magtbegreb, men Dahl har allerede tidligere formuleret følgende: “*My intuitive idea of power, then, is something like this: A has power over B to the extent that he can get B to do something that B would not otherwise do*” (Dahl 1957:202–203).

Fokus er på synlige magtkampe og på, hvilke aktører der udøver magt over andre aktører i en specifik beslutningsproces. Konklusionen er, at kun et antal begrænsede aktører er involveret i beslutningsprocessen, nemlig en snæver gruppe af politiske ledere. Selvom det er en politisk elite, der sidder på magten, kan Dahl vise, at denne elite med tiden inkluderer flere grupperinger i befolkninger, og at ingen gruppe kan styre alene. Der er altså brug for alliancer og strategisk anvendelse af ens ressourcer (Dahl 2005). Hvor Dahls praktiske tilgang giver flere gode redskaber til at analysere magt, kan den mangle en anelse kompleksitet, især i forhold til at beskrive de komplekse politiske strukturer, som eksisterer i dag. Dahl er efterfølgende blevet kritiseret for, at hans definition af magt udelader væsentlige sider af magtudøvelse, som ikke udspiller sig i hans forklarende citat ovenover. Dette fører os videre til Bachrach og Baratz, der argumenterer for, at Dahl mangler at kigge udover den konkrete beslutningsproces, for at kunne indfange den kamp, der foregår om at sætte dagsordenen.

Bachrach og Baratz (1962) sympatiserer med Dahls umiddelbare forståelse af magt, men tilføjer en ekstra dimension. De mener, at Dahl har for stor fokus på de synlige magtprocesser, som omhandler konkrete beslutninger. For dem handler politik ikke kun om beslutninger, men også om ”*non-decisions*”. Her arbejdes med den indirekte magt, som udspiller sig uden for de konkrete beslutningsprocesser, og som finder sted inden og efter selve processen på beslutningsdagsordenen og den efterfølgende implementering (Bachrach og Baratz 1962). Derfor er der behov for at kigge nærmere på, hvordan emner kommer (eller ikke kommer) på beslutningsdagsordenen, og efterfølgende at sikre om beslutningen reelt bliver implementeret. Det argumenteres for, at magt ofte udføres ved at undgå, at beslutninger kommer på dagsordenen, hvilket i sig selv er en slags beslutning. Det kan faktisk ofte være at foretrække for magthaverne, da man dermed undgår en åben konflikt. Hermed flyttes fokus i analysen af magt fra kun at handle om beslutningsarenaer, til også at omhandle det magtspil der foregår uden for de officielle møder. Det forklares således:

”[...] *power is also exercised when A devotes his energies to creating or reinforcing social and political values and institutional practices that limit the scope of the political process to public consideration of only those issues which are comparatively innocuous to A*” (Bachrach og Baratz 1962:948).

Selvom Bachrach og Baratz hovedargument handler om dagsordenfastsættelse, kan det ses, at de bevæger sig længere i deres forståelse af magt, end deres umiddelbare argument antyder. Netop kampen om værdier og institutionelle praksisser er vigtig i den videre teoretiske diskussion, om hvordan man kan analysere magt.

Steven Lukes forsøger i sin bog at bygge videre på disse magtperspektiver. Lukes mener, at man må gå endnu længere for at forstå alle magtens ansigter. Selvom han langt hen ad vejen kan følge Bachrach og Baratz, mener han, at de ligesom Dahl, fokuserer for meget på en aktiv handlen samt observerbar konflikt (Lukes 2005:26). Ifølge Lukes kan vi ikke udelukke, at der er en konflikt, selvom der bliver taget en beslutning i enighed. Således er det ikke nok bare at kigge på valget af dagsorden, man må nærmere forstå, hvordan hver enkelt aktør har taget sin beslutning, da man ellers ikke kan udelukke, at manipulation og autoritet har været afgørende. Lukes har især fokus på, hvordan værdier formes. "[...] *A may exercise power over B by getting him to do what he does not want to do, but he also exercises power over him by influencing, shaping or determining his very wants*" (Lukes 2005:27).

Hermed bevæger Lukes sig over mod en mere skjult magt, som kræver, at man undersøger, de interesser et individ har, når det ikke er påvirket af magt, hvilket Lukes kalder "reelle interesser". Her går han væk fra den snævre forståelse af interesser, man for eksempel finder hos rational-choice teoretikerne, da han erkender, at fælleskabet vil påvirke ens interesser. I stedet forsøger han at skabe et nyt interessebegreb ud fra en hypotetisk situation, hvor individet ikke er påvirket af fælleskabet (Lukes 2005:28). Grunden til at Lukes vil undersøge dette, er, at han holder fast i tankegangen om, at magt er noget der udføres over folk mod deres vilje. I den anden udgave af Lukes' *Power a radical view* gør han begrænsningerne i denne tilgang tydelige i hans refleksion over sit oprindelige essay: "*What is clear is that the underlying concept here defined is not "power" but rather the securing of compliance to domination*" (Lukes 2005:109). For at undersøge aktørers oprigtige interesser, er man nødt til at undersøge, hvordan interesserne er tvunget ned over aktørerne, men dette referere mere til en undersøgelse af fysisk og psykisk tvang end politisk magt. En sådan undersøgelse er ikke nødvendig for at forstå, hvordan magt virker i samspillet mellem aktører, netværk og institutioner.

På trods af dette tilføjer Lukes stadig en masse til debatten om magt. Især gør han begrænsningerne i de tidligere opfattelser tydelige. Magt er mere end bare de kampe, der foregår mellem aktører, da

disse altid vil være begrænsede af nogle overordnede rammer. Opdelingen mellem magtens tre dimensioner giver en idé om, hvor den politiske magt kan findes:

- i kampen om beslutninger
- i kampen om dagsordenfastsættelse
- i kampen om værdier og autoritet

Vi har i det forgående diskuteret, hvorfor der er behov for flere forskellige vinkler, for at forstå de forskellige måder magt influerer en beslutningsproces på. I det følgende beskrives andre tilgange til policyanalyse, samt hvilke magtforståelser der ligger implicit i disse analysetilgange.

2.1.2 Rational-choice teori

Rational-choice teorien forstår politik som bestående af individer, der udelukkende handler ud fra individuelle ønsker og interesser. Der henvises til en økonomisk konkurrencesituation, som der for eksempel eksisterer på et marked og denne tankegang overføres til en politisk proces. Rational-choice teorien kan forstås som et supplement, hvor fokus er på de subjektive interesser, politiske aktører kan have med ind i en beslutningsproces (Hill 2009:91). Anthony Downs (1957) udvikler denne tankegang til en teori om politik som en markedsplads, hvor politikerne kæmper om folks stemmer. Inspirationen kommer fra økonomi og matematik, og teorien gør det således muligt at lave kalkulationer over, hvilken politik der giver flest stemmer. Rational-choice teorien har senere udviklet sig i en mere institutionel retning, da teorien tidligere har haft svært ved at forklare den relative stabilitet i det politiske liv, og at folk nogle gange stemmer anderledes end deres umiddelbare interesser (Hall og Taylor 1996). Teorien fokuserer nu mere på folks strategiske handlen, og forsøg på at sikre deres interesser på lang sigt. ”[...] *one of the great contributions of rational choice institutionalism has been to emphasize the role of strategic interaction in the determination of political outcomes*” (Hall og Taylor 1996:945).

Rational-choice teori har ikke kun forsøgt at forklare, hvordan aktører handler. Teorien har også givet inspiration til nye former for styringsmekanismer. En række nye styringsmekanismer er samlet under betegnelsen New Public Management (NPM), som deler flere grundlæggende præmisser med rational-choice teori (Kaboolian 1998:191). Den centrale tese i NPM er, at den offentlige sektor er ineffektiv, og at der derfor er brug for nye styringsmekanismer, der kan sikre, at de personer der udfører arbejdet, udfører det så effektivt som muligt (Farnham et al. 1996:26). Ved at indføre forskellige former for økonomistyring forsøger man at sikre den optimale udnyttelse af

medarbejdernes ressourcer. Denne udvikling har givet teorien en større udbredelse, men rational-choice teori har stadig svært ved at forklare menneskelig handlen, som ikke foregår ud fra økonomiske rationaler og målsætninger, hvilket giver både teorien og de nye styringsmekanismer en række begrænsninger (Christensen og Lægreid 2002:18–19).

Traditionelt har rational-choice teorien fokuseret på aktørers handlen, men teorien har langsomt udviklet sig til også at omfatte, hvordan institutionelle rammer kan sikre en økonomisk effektiv handlen hos alle aktører. Disse nye former for styringsmekanismer kan ses som en form for magt, hvor aktørernes adfærd styres gennem økonomiske incitamentsstrukturer. Fokus er altså på den strategiske anvendelse af de institutionelle rammer. Hvad rational-choice teorien ikke fokuserer på, er de uformelle institutionelle rammer, som også spiller en stor rolle i politiske beslutningsprocesser.

2.1.3 Netværksteori

Indenfor netværksteoretiske policyanalyser er der fokus på de sociale sammenhænge, aktørerne indgår i. Netværksteori forsøger at opløse den forældede triangel med stat, civilsamfund og marked, og forklarer, hvordan netværkene mellem de tre institutioner påvirker forhold, forståelser, arbejdsgange, ideologier og linker aktører sammen i en forståelse mod en strukturalistisk placering i samfundet (Hill 2009:57). Netværksteori omhandler altså, hvordan de forskellige aktører agerer i en organiseret beslutningsproces, og hvordan de opnår et bestemt organisationsdesign, og dermed mindre konflikt og mere effektive processer og policy. Denne tilgang bevæger sig væk fra den pluralistiske forståelse af magt, over til en mere konstruktivistisk forståelse af magt, som formes i samspil aktørerne imellem (Hill 2009:59).

Netværksteorien indeholder en relationel forståelse af magt, hvor det bliver vigtigt, hvilke relationer og sociale sammenhænge aktører har og handler under, og hvilke alliancer de er med til at skabe. Dermed kan en forståelse af magt belyse, hvor aktørernes indbyrdes forhold og evne til at formidle politiske budskaber og resultater bliver signende for processens udvikling (Sørensen, Sehested og Reff 2011:37). Netværksteorien har i de senere år fokuseret på, hvordan staten organiserer beslutningsprocesser gennem styringsnetværk. Teorier om styringsnetværk fokuserer mere direkte på de former for styring, som foregår i netværkene. Her vil staten, som dominerende aktør, præge netværket mellem stat og andre aktører. De netværk som staten dominerer, er med til at påvirke forståelsen af magt i netværksteorien til en mere forhandlet magt aktørerne imellem (Sørensen et

al. 2011:67–68).

Selvstyring er en effektiv styringsform, og især reguleret selvstyring bruges i den offentlige sektor. Her bliver der fastsat regler for, hvem der skal træffe en afgørelse, og på hvilken måde det skal ske. Fritz W. Scharpf argumenterer for, hvordan selvstændige, men selvstyrede aktører, handler ”i skyggen af hierarki”. Scharpf pointerer, at en konstruktion af de institutionelle designs, de ydre rammer, kan motivere de selvstyrende aktører til at agere på en bestemt måde. Han påstår altså, at aktører med selvstændig handlekraft, vil kunne påvirkes gennem rammesætning sat af en dominerende aktør (Scharpf 1997:12–13). Samtidigt argumenterer Scharpf for, at styringsnetværk med en styrende stat vil forsøge at påvirke aktøradfærd via forhandlingsbaseret interaktion. På denne måde vil netværk i en offentlig beslutningsproces knytte aktører sammen om et fælles mål, hvor der forhandles om indflydelse og ejerskab over processen. De usikre netværk gør, at aktører vil forhandle, når de ser en mulighed for det, men hvis en uenighed opstår, vil staten automatisk fungere som styrende i denne form for styringsnetværk (Scharpf 1994:38).

Netværksteori kan være behjælpelig til at analysere de kampe, der er mellem aktører, samt de overordnede rammer for samarbejde, som ofte defineres af staten. De uklare handlerum og den dynamiske proces de politiske niveauer imellem, gør teorien aktuel. Samtidig gør teorien opmærksom på, at de mange nye netværk ikke betyder, at hierarkiet med staten øverst nødvendigvis er forsvundet.

2.1.4 Institutionel teori

Hvor rational-choice teorier sætter aktørens individuelle overvejelser i centrum, fokuserer ny-institutionel teori på de rammer, der begrænser og muliggør aktørernes handlemuligheder. Her skal institutioner ikke kun forstås som formelle regler og lovgivning, men også som de normer og erfaringer der er med til at skabe den menneskelige ageren (M. Hill 2009:70). March and Olsen, som har spillet en væsentlig rolle i den nyere udvikling af teorien, definerer institutioner som:

”An institution is a relatively stable collection of rules and practices, embedded in structures of resources that make action possible – organizational, financial and staff capabilities, and structures of meaning that explain and justify behavior – roles, identities and belongings, common purposes, and causal and normative beliefs” (March og Olsen 2004:5).

Institutioner skal forstås som en videreformidling af normer og værdier, som udmunder i en ”logic of appropriateness” (March og Olsen 1989:22–24). I en institution vil en bestemt adfærd blive set

som den mest passende, og dette påvirker, hvordan vi opfatter og løser problemer. For at undersøge dette, må man se beslutningsprocesser i en organisatorisk kontekst, hvor både aktører og strukturer har indflydelse på, hvilke beslutninger der bliver taget undervejs (M. Hill 2009:69). Det er nødvendigt at have øjnene åbne for de institutioner, der tages for givet, og som derfor ikke er åbenbare eller synlige. Hermed flytter institutionelle teoris forståelse af magt sig væk fra strategiske aktørers interessevaretagelse, og over på de formelle og uformelle regler og rammer som beslutningsprocesser foregår indenfor. Denne magt kan både være meget tydelig og autoritær, men den kan også foregå mere skjult gennem indlæringsprocesser.

”The rules may be imposed and enforced by direct coercion and political or organizational authority, or they may be part of a code of appropriate behavior that is learned and internalized through socialization of education” (March og Olsen 1989:22).

Især den magt der skabes gennem indlejringen af normer og værdier er interessant. Den tilføjer noget nyt til de magtformer, som allerede er diskuteret, og giver et forslag til, hvordan man kan undersøge de emner, som Lukes mener, er underrepræsenteret i tidligere magtteorier.

2.1.5 Mod en samlet magtforståelse

Magtteorier har mange forskellige vinkler og fokus. Afgørende for teoriernes fokus er det spørgsmål, de stiller. For at nå frem til en samlet forståelse af magt, er det nødvendigt at diskutere fordele og ulemper ved de forskellige tilgange. Hermed opnås en forståelse af, hvordan teoriene kan spille sammen, samt hvilken relevans de har for en undersøgelse af magt i en offentlig beslutningsproces. Kritikken af de præsenterede tilgange fører frem til tilføjelsen af en ekstra forståelse af magt, den diskursive magt.

Lukes idé om at magt har forskellige dimensioner, og derfor kan analyseres ud fra forskellige perspektiver, er med til at give et komplekst billede af magt. Med dette metodiske greb åbner Lukes op for, at magt frem for alt skal ses som et analytisk redskab. Der hvor Lukes’ tilgang har begrænsninger, er i dens forsøg på at føre magten tilbage til enkelte aktører, som besidder magt. Dette gør teorien blind for samspillet mellem aktørerne og institutioner, samt den positive betydning det har for individer, at institutionelle rammer fører dem sammen. Især i en undersøgelse af en offentlig beslutningsproces kan dette være problematisk, da en sådan ofte vil indeholde stærke institutioner. Det er her både netværksteori og institutionelle teorier har deres force. De formår i højere grad at beskrive det udviklede sammenspil mellem de mange aktører. En af grundene er, at

de ikke er så interesseret i, hvem der har magt, men i stedet hvordan det sociale sammenspil skaber alliancer, normer og værdier. Der er altså brug for at stille et anderledes spørgsmål. Både Dahl og Lukes tager udgangspunktet i spørgsmålet: Hvem har magt? Dette spørgsmål tvinger forskeren til at føre al magt tilbage til enkelte aktører. Ifølge Foucault kan man lære meget af, i stedet at spørge: Hvordan virker magt?

”To approach the theme of power by an analysis of "how" is therefore to introduce several critical shifts in relation to the supposition of a fundamental power. It is to give oneself as the object of analysis power relations and not power itself [...]” (Foucault 1982:788).

En bevægelse væk fra pluralisternes spørgsmål om, hvem der har magt, er ikke nødvendigvis en distancering fra aktørerne. I stedet er den en erkendelse af, at ikke alle interesser er personlige, men at de i lige så høj grad er påvirket af det fælleskab, som man er omgivet af. Denne forskel er tydelig hos March & Olsen som skelner mellem en ”logic of consequences” og en ”logic of appropriateness” i individers handlen (March og Olsen 1984:37–38). Det er således ikke enten-eller men både-og.

”There are two conventional stories of democratic politics. The first story sees politics as a market for trades in which individual and group interests are pursued by rational actors. It emphasizes the negotiation of coalition and 'voluntary' exchanges. The second story is an institutional one. It characterizes politics in a more integrative fashion, emphasizing the creation of identities and institutions as well as their structuring effects on political life” (March og Olsen 1996:248).

Hvis vi accepterer, at påvirkninger af fælleskabets normer er en form for magt, giver dette mulighed for at møde noget af den kritik, som Lukes har af de to første magtdimensioner, uden at skulle undersøge en hypotetisk situation, hvor individet ikke er påvirket af magt. Hermed bliver magt i højere grad en form for indflydelse, end den tvang som Lukes primært fokuserer på.

Institutionalisterne giver ideer til, hvordan man kan forstå magt i fællesskaber, hvor bestemte normer og værdier er centrale for individers handlen (Lukes 2005:81). Ved at tage disse aspekter med kan diskussionen af magt udvides.

”Hermed bevæger diskussionen sig fra det situationsspecifikke til det, der betinger situationer, altså fra en simpel kausal forståelse af, hvem der kan få deres vilje i forhandlinger, til hvem og hvad der systematisk favoriseres i politiske processer” (Bang, Dyrberg og Hoff 2005:56).

Hermed bliver de institutionelle rammer betydningsfulde for at forstå de politiske magtkampe. Udover at de udgør nogle meget faste rammer i form af lovgivning, så indeholder de også normer og værdier, som er nødvendige, når en bestemt politik skal legitimeres. På den måde bliver de en del af det strategiske spil mellem aktørerne. Politiske beslutninger søger altid at opnå legitimitet ud fra formelle eller uformelle institutionelle rammer.

”In pluralistic, democratic political systems with wide political consensus the range of acceptable strategies is narrowed by beliefs and habits rooted in traditions of legality, constitutionality, and legitimacy that are constantly reinforced by a great variety of social processes for generating agreement on and adherence to political norms” (Dahl 2005:225).

Dahl beskriver her en række af de institutionelle rammer, som har betydning i politiske beslutningsprocesser, men der foregår også en konstant kamp for at ændre dem. Forskellige diskursteorier har i længere tid forsøgt at beskrive, hvordan vores forståelse af fænomener ændrer sig over tid, og hvordan dette påvirker vores handlinger. Det bliver derved interessant at kigge udover de umiddelbare institutioner og se, hvilken forståelse der deles mellem institutioner.

Det øgede fokus på de diskursive elementer af politik, hænger sammen med en generel øget fokus på sproget i samfundsfaglige analyser. Især er disse analyser kritiske overfor tidligere teories primære fokus på effektiviteten af en bestemt politik, og derved manglende forståelser for de bagvedliggende normative elementer (Fischer 2003:11-17). Kritikken af de tidligere magtformer og udviklingen af nye diskursive forståelser henter især inspiration hos Michel Foucault (Foucault 1982) samt Ernesto Laclau & Chantal Mouffe (2001). Inddragelsen af en diskursiv magt til at analysere politik giver mulighed for at undersøge, hvilke præmisser der er udgangspunktet for aktørernes argumenter.

”This power makes us understand certain problems in certain ways, and pose questions accordingly. It thereby limits the range of alternative policy options, and enables us to take on others” (Diez 1999:603).

Som Thomas Diez beskriver, kan den diskursive magt forme aktørers opfattelse af bestemte fænomener. Især bliver kampen om at definere og meningsudfylde begreber en vigtig form for magt. Når først en bestemt forståelse af et begreb bliver alment accepteret, og der derved ikke bliver sat spørgsmålstejn ved det, vil dette påvirke den generelle forståelse af de politiske processer. Et begreb har derved ikke en bestemt essens eller mening, men er bundet til andre begreber i et net, der

skaber en samlet forståelse. Nogle begreber er mere åbne for meningsudfyldelse end andre, hvilket gør dem centrale i de politiske debatter (Laclau og Mouffe 2001). Det er altså centralt, at sproget ikke bare er neutralt, men i sig selv er et billede på kampe om magt, hvor bestemte forståelser skaber narrative fortællinger om, hvad der er godt og dårligt; rigtigt og forkert.

”The language of politics is not a neutral medium that conveys ideas independently formed; it is an institutionalized structure of meanings that channels political thought and action in certain directions” (Connolly 1993:1).

For William Connolly er sproget afgørende for, hvordan vi handler i politik. En diskursiv magt kan derved fjerne åbenlyse konflikter, og gøre en bestemt forståelse accepteret af de relevante aktører. Selvom denne forståelse hermed ses som en selvfølgelighed, betyder dette ikke nødvendigvis, at der eksisterer en fuldstændig enighed, og muligheden for fremtidige konflikter vil dermed være til stede. Den diskursive magt kan herved tilføje noget til de andre magtforståelser om, hvordan sproget kan belyse mere eller mindre skjulte kampe om at definere, hvad der er rigtig og forkert. Vi kan nu definere fire forskellige forståelser af magt.

2.1.6 Delkonklusion – fire forståelser af magt

Teorier om politik indeholder hver deres forståelse af, hvordan magt påvirker de politiske processer. Steven Lukes har forsøgt at samle forskellige forståelser af magt, men hans teori har svært ved at indfange de institutionelle aspekter af magt, som er centrale i andre teorier om politiske processer. Magtspillet mellem aktørerne hænger altså uløseligt sammen med de institutionelle rammer, der arbejdes indenfor. Denne delkonklusion sammenholder teoriernes forskellige magtforståelser i fire punkter, som tilsammen giver et nuanceret udgangspunkt for at analysere magt i en offentlig beslutningsproces.

1. Magtforståelse - Økonomisk og juridisk magt

I Robert A. Dahls beskrivelse af politiske beslutningsprocesser er det især den juridiske magt til at træffe beslutninger samt de økonomiske ressourcer til at underbygge, der er essentielle for at opnå indflydelse. Disse magtformer giver ikke bare en direkte indflydelse på beslutningsarenaen, de har også ofte en længerevarende betydning som strukturerende for fremtidige beslutninger. Rational-choice teorien har givet inspiration til en række nye former for styringsmekanismer. Hermed kan den økonomiske og juridiske magt udnyttes til ikke bare at sætte de overordnede rammer, men også påvirke aktørernes daglige adfærd. Gennem økonomisk incitamentsstyring forsøger man at opnå

den mest optimale udnyttelse af aktørernes ressourcer. Dette giver nye muligheder for regeringen til at præge arbejdsgangene i den offentlige sektor, og derved holde tæt kontrol med de resultater, der opnås.

2. Magtforståelse – Forhandlet magt

Denne magtforståelse omhandler den strategiske anvendelse af alliancer, netværk og viden.

Bachrach og Baratz mener, at meget magt foregår bag kulisserne, hvor forskellige aktører forsøger at påvirke de aktører med den juridiske beslutningskompetence. Dette sker gennem dagsordenfastsættelsen, hvor det besluttes, hvilke emner der skal behandles. Her er det nogle andre ressourcer, der har betydning. Information og ekspertviden kan her spille en stor rolle i at påvirke beslutninger. Det er altså især embedsmænd og eksperter, der kan formå at udnytte denne magt, selvom andre aktører også spiller en rolle. Netværksteorien har i det senere år sat stor fokus på den relationelle magt, der præger de forhandlinger, der sker bag kulisserne. Forskellige former for styringsnetværk er kommet i fokus og Scharpf har vist, hvordan disse netværk arbejder i ”*skyggen af hierarki*”. Evnen til at skabe bekendtskaber, alliancer og netværk er her afgørende for at opnå indflydelse.

3. Magtforståelse - Institutionel magt

Selvom ressourcer er en vigtig forudsætning for magt, kan man ikke sætte lighedstegn mellem ressourcer og magt. Dahl snakker om ressourcer som en potentiel mulighed for indflydelse (Dahl 2005:271). For at udnytte ens ressourcer kræver det en strategisk anvendelse, som tager hensyn til de institutionelle rammer, der arbejdes indenfor i den specifikke sag. Magtteorier understreger altså, at succesfulde strategier må forholde sig til uformelle regler, normer og værdier. Det er netop her, at den institutionelle teori tilføjer noget nyt til de eksisterende magtteorier. De institutionelle rammer kan både have en positiv og negativ effekt for den indflydelse, man opnår. March og Olsen belyser, at folk handler ud fra en ”logic of appropriateness”, og at de uformelle rammer derfor får stor betydning. Fokus er altså på den strategiske anvendelse af de normer og værdier, som folk har til fælles. Dette går godt i tråd med Dahls idé om, at anvendelse af ressourcer er begrænset af forskellige slags traditioner.

4. Magtforståelse – Diskursiv magt

Steven Lukes understreger kampen om værdier som en central magt, men formår ikke at udvikle en magtforståelse, der kan analyseres empirisk. Derfor finder denne fjerde forståelse inspiration i teorier om diskursiv magt. De institutionelle rammer skabes ofte igennem en bestemt forståelse af et

område, men forståelser varer ikke evigt. Teorier om diskursiv magt lægger vægt på den kamp, der er om at meningsudfylde centrale politiske begreber, for at skabe en alment accepteret forståelse. Denne fælles forståelse af et område kommer ikke af sig selv, men skabes gennem kampe om at definere rigtigt og forkert. Politikere forsøger konstant, gennem såkaldt værdipolitik, at ændre befolkningens holdninger til de mere overordnede samfundsstrukturer. Der er altså en kamp om den overordnede forståelsesramme, som politiske reformer skal placeres indenfor. Dette er en kamp om at ændre de institutionelle rammer, som legitimerer bestemte beslutninger.

2.2 Teorier om beslutningsprocesser

For at forstå hvilken rolle magt spiller for offentlige beslutninger, er det nødvendigt at have en forståelse for den proces, det indvirker på. Hvor vores magtteori skal belyse, hvordan de enkelte beslutninger bliver taget, kan teorier om beslutningsprocesser sige noget om selve processen, det vil sige sammenhængen mellem beslutningerne. Vi vil starte med at beskrive en klassisk forståelse af beslutningsprocesser som opdelt i fasemodeller og derefter diskutere, hvordan man kan bevæge sig hen imod en mere kompleks forståelse af beslutningsprocessen. Cohen, March og Olsens garbage-can model samt Kingdons model om strømme af problemer, policy og politik viser nogle af de problemstillinger, som fasemodellerne har vanskeligt ved at forklare. Slutteligt argumenterer vi for, at en model, hvor mange adskilte beslutninger fører frem til en større beslutning, giver den bedste struktur for en nuanceret forståelse af beslutningsprocesser.

2.2.1 Fasemodeller

Policyanalyser er ofte struktureret ud fra et antal faser, selvom det kan variere, hvor mange faser der er tale om. De fleste tager udgangspunkt i tre overordnede faser, nemlig dagsordenfastsættelse, beslutningsfase og implementeringsfase. En mere udbygget model præsenterer beslutningsprocessen som en policy-cirkel. Her inddeles policyanalyse i faser. I første fase viser et problem sig, derefter defineres problemet. Herefter bliver alternative løsninger identificeret, en evaluering af mulige løsninger fremstilles, der vælges en løsning, og denne løsning implementeres. I sidste fase evalueres den endelige løsning. Denne policy-cirkel indeholder forskellige forsimplede faser, som har til hensigt at belyse, hvordan en beslutningsproces kan opdeles (Parsons 1995:77–78). Edward Elgar Parsons argumenterer for, at som den offentlige sektor udvikler sig, bliver policy-cirklen urealistisk, idet den giver et forsimplet billede af en beslutningsproces. Der er i højere grad brug for at medtænke information, strategisk opførsel og ressourcer. Cirklen indfanger heller ikke, at faserne kan bytte plads. Det er ikke længere sådan, at dagsordenfastsættelse altid

begynder cirklen, og at den afsluttes af implementering og evaluering. Desuden kritiseres opdelingen af processen i faser for ikke at belyse, hvordan flere forskellige niveauer alle influerer processen (Parsons 1995:78–79).

Disse fasemodeller gør det muligt at koncentrere sig om specifikke temaer i en klart afgrænset fase. Dermed gøres processen mere overskuelig, men udviklingen af fasemodellerne bliver en ”top-down” anskuelse af policyprocessen, og har svært ved at indfange ”bottom-up”-forståelsen. Fasemodellerne tillægger ikke aktører og deres kontekst nogen særlig betydning, når en beslutningsproces skal analyseres, og for at indfange dette aspekt er man nødt til at inddrage anden teori (Knoepfel et al. 2011:36).

På trods af, at fasemodeller ofte strukturerer policyanalyser, har flere studier vist, at man ikke længere klart kan opdele faserne (Hupe og M. J. Hill 2006:13–19). Således er der flere eksempler på politik, der implementeres, uden at problemet er klart defineret. Inddeling af en beslutningsproces i faser giver mening, hvis man vil beskrive en specifik, afgrænset fase, men da vi også vil beskrive de institutionelle rammer, aktører og deres kontekst, bliver det mere vanskeligt.

2.2.2 Garbage-can

En videreudvikling fra fasemodellerne er garbage-can teorien udviklet af Michael D. Cohen, James G. March og Johan P. Olsen. Denne teori skal anvendes til at forklare, hvordan beslutningsprocesser foregår i nye, komplekse sammenhænge præget af diffuse handlingsforløb. Beslutningsprocesserne er i dag kendetegnet ved en kaoslignende situation, hvor aktørernes adfærd er kaotisk, konfliktfyldt og ikke mindst strategisk (Cohen, March, og Olsen 1972:2). Før argumenterede man for, at bestemte organisatoriske enheder hørte til på bestemte politiske niveauer, og at bestemte niveauer havde bestemte problemer knyttet til sig. Denne rationelle og hierarkiske opdeling af problemer og interesser passer langt fra ind i de nutidige organisatoriske enheder. I dag kan en beslutningsproces været vendt så meget på hovedet, at man starter med at have en løsning uden at have et klart defineret problem (Cohen et al. 1972:3). En beslutningsproces, der er præget af en garbage-can situation, er en proces, hvor nogle problemer har en løsning knyttet til sig, mens andre ikke har. Løsninger flyder rundt, og venter på at finde et problem, de kan knytte sig til. Aktørerne vil derfor putte den løsning eller det problem, som de identificerer, ned i den skraldespand som er relevant og ledig. Der lægges altså vægt på, at problemer og løsninger mere eller mindre tilfældigt knyttes sammen i beslutningsprocesser, hvor forskellig viden, komplekse regler og flydende grænser er til stede. Dermed kendetegnes beslutningsprocessen ikke som rationel

(Cohen et al. 1972:3–4). Aktørerne spiller altså en væsentlig rolle her. De leder efter arbejde, og præger dermed processen ved at hoppe ind og ud af beslutningsprocessen, mens de på nogle tidspunkter bruger mange ressourcer på processen, og på andre tidspunkter få eller ingen. Dette medfører, at aktørerne i en garbage-can situation kun kender deres egen arbejdsopgave på det specifikke tidspunkt, og har svært ved at danne sig et klart overblik over hele beslutningsprocessen. Det medvirker til, at garbage-can situationers outcome ofte er præget af et miks af problemer, løsninger, aktørers deltagelse og ressourcer på givne tidspunkter (Cohen et al. 1972:1).

2.2.3 Strømme af problemer, policy og politik

Teoretiker John Kingdon bygger videre på garbage-can-teorien. Han forklarer, at garbage-can teorien især er egnet til at beskrive offentlige beslutningsprocesser, fordi aktører her ofte har forskellige og modsatrettede holdninger, de er ofte tvunget til at handle uden at have konkretiseret deres præferencer, deres deltagelse i processen svinger tidsmæssigt, og de kender sjældent alle aktørers præcise arbejdsopgaver (Kingdon og Thurber 2010:85).

Kingdon kritiserer fasemodellerne, og pointerer svaghederne ved denne opdeling. Her antages det, at der først er et problem, en beslutningsproces og derefter en løsning. Som Cohen, March og Olsen forklarer, er der i dag ikke en naturlig, kronologisk rækkefølge, og Kingdon forklarer, at individuelle, forskellige strømninger i højere grad influerer på beslutningsprocessen (Kingdon og Thurber 2010:78). Derfor er der i højere grad brug for at have fokus på de strømninger, der indvirker på den offentlige beslutningsproces. Det kan være svært at finde en fast struktur i en offentlig beslutningsproces, i stedet flyder separate strømninger gennem organiseringen af den pågældende beslutningsproces. Kingdon forklarer, at han identificerer tre strømninger: problemstrømmen, policystrømmen og den politiske strøm. Aktører observerer problemer (problemstrømninger), de tænker på alternativer og løsninger (policystrømmen), og de engagerer sig i politikken, så den kan ændres (den politiske strøm). Problemstrømningerne indeholder de problemer, der kommer på den politiske dagsorden, men også de problemer som ikke formår at blive dagsordenfastsættende. Policystrømningerne er et miks af alle aktørers ideer til alternative muligheder og løsninger, og de politiske strømninger er den politiske aktivitet, som aktørerne samles omkring. De tre strømninger opfattes som individuelle og uafhængige, og policystrømningerne kan altså dominere en organisation, uden at problemstrømningerne har været til stede. Da de tre strømninger tænkes som uafhængige, er løsninger her ikke nødvendigvis udtænkt af et bestemt problem. Dette medfører, at problemer og løsninger i visse situationer finder sammen

tilfældigt. Ifølge Kingdon skal de tre strømninger være til stede og sammenkobles, hvis et emne skal på den politiske dagsorden (Kingdon og Thurber 2010:86–87).

Kingdon argumenterer for, at der ikke længere findes en rationel, hierarkisk beslutningsproces, hvor én aktør definerer et problem, og derefter et mål, som skal nås for at finde en løsning. De aktører der influerer på en beslutningsproces, vil altid være unikke, og derfor også præge en beslutningsproces på en bestemt måde (Kingdon og Thurber 2010:78). Kingdon er altså med til at påpege, at offentlige beslutningsprocesser i dag er mere komplekse, og at både struktur og aktør må medtænkes, hvis forløbet og udformningen af en beslutningsproces skal forstås.

2.2.4 Opdeling af beslutningsprocessen

Som ovenover beskrevet, kritiserer en række teoretikere dermed fasemodellerne for at se beslutningsprocesser som hierarkiske og rationelle. Gennem diskussioner og studier har de vist, hvordan sammenhængen mellem problemer og løsninger ofte er mere tilfældig, end fasemodellerne foreslår, eksempelvis at implementeringen kan begynde, før den endelige beslutning er taget. Dette komplicerer forståelsen af beslutningsprocesser. Paul Pierson argumenterer for, at den økonomiske teori kan være behjælpelig til at forstå, hvordan politiske beslutningsprocesser opbygges og påvirkes. Han finder her inspiration i begrebet ”path-dependency”. Begrebet beskriver sammenhængen mellem ens investering og ens mulighed for at ændre den vej, man har valgt at gå. Hver en lille investering i en bestemt retning, vil gøre det sværere at ændre sin taktik og investere i noget nyt. Man er derfor påvirket af de tidligere valg, man har truffet, når en ny beslutning skal træffes. Dette mener Pierson også kan overføres til politiske beslutninger. Ligesom en økonomisk investering, koster politiske beslutninger ofte både tid og penge, og der vil derfor være en tendens til, at omkostninger for at ændre retning vil øges for hver beslutning, der træffes (Pierson 2000:251). Pierson argumenterer dermed for, at en beslutningsproces er påvirket af mange adskilte beslutninger, der definerer de institutionelle rammer for, hvilke valg aktørerne kan træffe. Modsat fasemodellerne har hver beslutning ikke en bestemt rolle i processen, hvilket skaber en mindre lineær forståelse af processen. Således kan mindre beslutninger om implementering tages samtidig med beslutninger om dagsordenfastsættelsen. Path-dependency er særligt brugbar til analyse af beslutningsprocesser, fordi man er nødt til at medtænke institutionernes historie, hvilket vil sige at have fokus på tidligere begivenheder, der kan have været med til at forme regler, normer og politiske strukturer på det valgte område. Hermed er fokus både på aktørernes muligheder for at træffe valg, men også den sti af tidligere beslutninger, som skaber et net af politiske strukturer. I

stedet for én rationel beslutning, påvirker mange større eller mindre beslutninger en beslutningsproces, og disse må identificeres for at forstå, hvilke valg og beslutninger der har haft størst betydning (Pierson 2000:265).

Ligeledes kan der i en beslutningsproces differeres mellem store beslutninger (B) og de, ofte mindre beslutninger der træffes undervejs (b). De store beslutninger er som ofte det endelige resultat på en langstrakt proces. De store beslutninger fjerner ofte fokus fra de mange mindre beslutninger, som måske er mindre synlige, men har haft betydelig indvirkning på B. De mindre beslutninger er ofte truffet af andre aktører, men viser sig ofte at have indflydelse på processen og dermed på, hvordan resultatet bliver formet. For at ikke at have et for snævert syn på B, som kan betegnes som toppen af isbjerget, er man derfor i dag nødt til at ophugge en beslutningsproces, for at få hele isbjerget med og have fokus på de mindre b'er, som former processen undervejs (E. Sørensen 2006:152).

2.2.5 Delkonklusion – teorier om beslutningsprocesser

Beslutningsprocesser har traditionelt været beskrevet som havende et bestemt antal faser, der forekom i en bestemt rækkefølge. Flere og flere teorier om beslutningsprocesser sætter spørgsmålstegn ved denne forståelse, da undersøgelser viser, at beslutningsfaser ofte hverken er hierarkiske eller rationelle. I stedet er de karakteriseret ved en flydende proces, hvor strømme af problemer og løsninger farer rundt, og tilfældige sammenhænge udgør det endelige resultat. Kaotiske arbejdsgange med strategisk handlende aktører og forskellige ressourcer spiller i dag ind på, hvordan en beslutningsproces skal forstås.

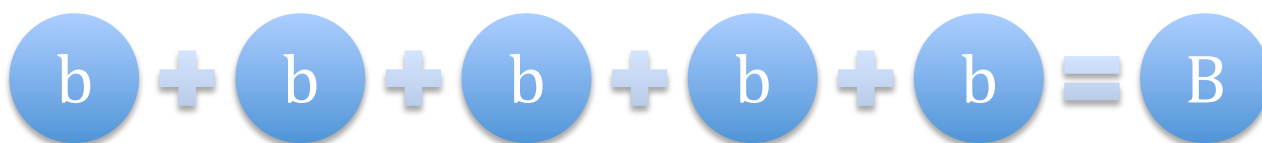
En alternativ måde at se beslutningsprocesser på, er som mange adskilte beslutninger, som påvirker hinanden. Dette giver mulighed for en åben fortolkning af hver enkelt beslutnings rolle for processen, men understreger samtidig sammenhængen til tidligere beslutninger. Dette giver et godt udgangspunkt for at opnå en yderligere forståelse af beslutningsprocesser end den, som faseinddelingen kan give. I stedet for at anskue beslutningsprocesser som kronologiske og rationelle, er en offentlig beslutningsproces i dag mere langstrakt, og mange faktorer ender med at have indflydelse på processen.

2.3 Operationalisering af teori

I det følgende vil vi operationalisere vores teori i en konkret analysestrategi. Formålet er at gøre teorierne om magt og beslutningsprocesser til konkrete analyseværktøjer, som kan anvendes for at

få en nuanceret forståelse af magt i netop vores case. Da vores case er et komplekst sammenspil af aktører og institutioner, alle med varierende ressourcer, vil vores analysestrategi afspejle dette.

For at give det bedst mulige billede af den proces som vores interviewpersoner beskriver, har vi valgt at se processen som mange adskilte beslutninger. Dette giver mulighed for at se den unikke betydning af hver enkelt beslutning for den samlede proces, og giver samtidig en ramme for analysen. Analysen vil derfor opbygges ud fra de mange beslutninger.



Hver beslutning (b) indeholder magt, og påvirker i større eller mindre grad den endelige beslutning (B). Vi vil derfor bruge de fire forståelser af magt til at undersøge, hvordan magt har påvirket hver enkelt beslutning. Følgende operationalisering af vores magtforståelser viser, hvordan de gøres anvendelige i analysen.



Figuren ovenover er et billede på forståelsen af magt i dette speciale. De fire forskellige forståelser af magt arbejder sammen i et komplekst sammenspil for at forklare, hvordan magt præger de

enkelte beslutninger. Vi arbejder med en bred forståelse af magt, som ligger til grund for analysen. De forskellige forståelser kan ikke klart adskilles, men repræsenterer forskellige dele af magts egenskaber. Derfor vil den samme beslutning ofte indeholde flere former for magt, og magtformerne vil mikses på forskellige tidspunkter i processen. Formålet med de brede kategorier er derfor ikke at definere beslutninger som en bestemt form for magt, men i stedet at åbne op for de forskellige former for magt, der påvirker beslutningerne. De fire forståelser er beskrevet i hver deres bold. Hver af boldene er en del af den store samlede cirkel, som er et billede på vores samlede operationalisering. Efter hver forklaring vil vi knytte nogle nøgleord til hver magtforståelse, som skal fungere som et konkret analyseværktøj. Vi kan derfor læse vores empiri igennem med nøgleordene in mente og diskutere, hvilke magtforståelser der træder frem hvornår.

1. Økonomisk og juridisk magt

Magten til at træffe en politisk beslutning er essentiel i al politik. Denne magtforståelse knytter sig til den synlige magt, som politikere har både til at tage officielle beslutninger og til at fordele økonomiske ressourcer. I vores case er denne magt som udgangspunkt delt mellem regeringen og regionsrådet. Lovgivningen på området er determinerede for det handlerum, som regionsrådspolitikerne er underlagt i beslutningsprocessen, og får derigennem stor betydning. Lovgivningen er dog ofte uklar og ikke alt kan på forhånd defineres i lovgivningen, hvilket giver rum for fortolkning. Brugen af nye former for styringsmekanismer er en anden måde, hvorpå der kan opnås en vis kontrol over beslutningsprocessen. Gennem økonomisk incitamentsstyring kan aktørerne påvirkes til at handle ud fra bestemte principper, hvorved ikke bare rammerne fastsættes, men også aktørernes konkrete handling styres.

Nøgleord: økonomiske ressourcer, beslutningskompetence, lovgivning.

2. Forhandlet magt

Lovgivningen på sygehusområdet beskriver ofte, at beslutninger skal træffes gennem forhandlinger, og de overordnede rammer for regionerne forhandles mellem Danske Regioner og regeringen. I alle disse forskellige forhandlinger er det ofte den strategiske anvendelse af netværk, alliancer og viden, som kan sikre, at en bestemt gruppe opnår indflydelse. Forhandlingerne er på den måde påvirket af de ressourcer, aktørerne besidder. At sige at politikkerne træffer beslutninger fuldstændigt frit, ville altså være at negligere det pres, som er fra mange forskellige sider. Forhandlingerne åbner op for, at

nye aktører kan præge dagsordenen. Selve dagsordenfastsættelse af bestemte emner, er væsentlig for denne forståelse, da den kan sikre, at kun et begrænset antal spørgsmål bliver diskuteret. Nogle aktører har bedre adgang til at præge dagsordenen gennem ekspertviden, og ofte kan det være at fortrække, da man dermed undgår de konflikter, politiske debatter som beslutninger ofte kan skabe.

Nøgleord: Dagsordenfastsættelse, alliancer, sociale sammenhænge, netværk, ekspertviden.

3. Institutionel magt

Vores case indeholder mange aktører, men også flere forskellige institutioner med forskellig styrke. En spændende egenskab ved det regionale niveau i Danmark er, at regionerne ikke som staten og kommunerne har en lang, historisk baggrund, og derfor ikke på samme måde kan betegnes som en institution med indforståede begreber, værdier og handlemønstre. Samtidig skal al politik legitimeres. Politikere er kun valgt for en bestemt periode, og det er derfor nødvendigt, at deres beslutninger ikke ødelægger deres politiske legitimitet, både i forhold til deres samarbejdspartnere og befolkningen, hvilket ofte sker med henvisning til almene værdier og normer. På den måde får de institutionelle rammer deres egen betydning for, hvordan politikerne handler. Bestemte normer og værdier kan ofte diktere hvilke meninger, der skal have størst vægt i en debat. Her har anerkendelsen af bestemte ressourcer, samt forskellige aktørers autoritet også betydning.

Nøgleord: Institutioner, normer, regler, værdier, arbejdsgange, legitimitet.

4. Diskursiv magt

Politiske reformer skal legitimeres, og omfattende ændringer kræver derfor også en ændring i den forståelse, der eksisterer af et område. Den diskursive magt knytter sig derved til, hvilke værdier aktører knytter til det gode sygehusvæsen, og hvordan dette ændrer sig over tid. Hvilke begreber beskriver et godt sygehusvæsen, og hvilke argumenter bliver ikke længere accepteret som relevante i debatten. I vores analyse vil vi derfor undersøge, hvordan centrale begreber anvendes, og hvordan de knyttes sammen i en positiv eller negativ forståelse af reformprocessen. Herved bliver det tydeligt, hvilke præmisser de enkelte aktører taler ud fra. Mange af de centrale begreber i diskussionen er åbne begreber, og det er derfor op til de enkelte aktører at knytte begreberne til en bestemt forståelse. Dette kan for eksempel være begreber som nærhed, tryghed, centralisering,

specialisering, kvalitet og regional udvikling. I analysen vises, hvordan disse begreber bliver knyttet sammen af de enkelte aktører, og hvilke der bliver set som mest centrale.

Nøgleord: Meningsudfyldelse af begreber, italesættelse af værdiændringer, forståelsen af sygehusvæsenet.

Denne operationalisering har konkretiseret, hvordan teorierne kan anvendes til at undersøge magt i en konkret beslutningsproces. Med definitionen af de fire magtforståelser har vi vist, hvordan et svært definerbart begreb som magt, kan gøres anvendelig til en analyse af en offentlig beslutningsproces. Dermed kan vi i vores analyse diskutere, hvordan forskellige beslutninger er påvirket af de fire forskellige former for magt og endeligt vurdere, hvilke magtformer der har været mere eller mindre betydelige på specifikke tidspunkter. Vores fire magtforståelser skal ses som indbyrdes afhængige og derfor forstås i en sammenhæng. Vi er opmærksomme på, at de fire magtforståelser empirisk ofte vil forekomme i kombinationer, hvorved der opstår en hybrid af flere forståelser.

3. Metodologi og præsentation af case

I dette speciale undersøger vi hvordan magt påvirker en offentlig beslutningsproces. Vi har gennem hele processen truffet vigtige valg, der har påvirket vores arbejde og resultat. Dette afsnit omhandler disse valg og endvidere en diskussion af, hvad de valg har medført. Vi argumenterer både for valg af metode, og præsenterer vores casestudie. Først beskrives vores metodologi, det vil sige vores valg af casestudie som undersøgelsesdesign, samt specialets validitet, reliabilitet og generaliserbarhed. Dette afsnit uddyber vores begrundelse for valg af casestudie som undersøgelsesdesign, og beskriver hvilke muligheder og begrænsninger dette valg har. Herefter beskrives de valg, som har haft størst betydning for processen. Det drejer sig om valg af case, hvor egenskaberne for vores konkrete case belyses samt valg af empiri, hvor vi forklarer, hvordan vi har produceret vores empiri. Sidste del af afsnittet omhandler de metodiske overvejelser, der knytter sig til undersøgelsen af vores beslutningsproces. Her præsenteres, hvordan vi har udvalgt de centrale beslutninger og aktører. Afsnittet afsluttes med en præsentation af vores case og de 11 udvalgte beslutninger. Dette har til formål at give læseren overblik over beslutningsprocessen inden analysen begynder.

3.1 Metodologi

I de to følgende afsnit vil vi beskrive vores metodologiske overvejelser omkring casestudie som undersøgelsesdesign og en mere generel vurdering af dette speciales validitet, reliabilitet og generaliserbarhed. Når vi diskuterer vores metodologi, er det med udgangspunkt i socialkonstruktivistiske betragtninger. Vi forsøger ikke at fremstille en endegyldig sand viden om Region Sjællands konkrete beslutningsproces, men søger, at afklare hvilke sociale konstruktioner der opnås om selve processen. Vi er opmærksomme på, at vores resultater kun er et billede på én virkelighed, og at virkeligheden anskues afhængigt af den, der ser. Derfor er den specifikke kontekst vigtig for at kunne medtænke både aktører og strukturelle faktorer, og vores sociale kontekst afdækkes i vores præsentation af case. For at kunne afdække denne sociale kontekst i dybden, og dermed få et indblik i de vidensforståelser der ligger her, er vi nødt til at spørge ind til sociale aktøres verdensopfattelser. Dette betyder, at vi anskuer vores resultater som kontekstspecifikke og ikke endegyldige (Berger og Luckmann 1966:13-17). Et eksempel på, hvordan vores videnskabsteoretiske udgangspunkt påvirker vores undersøgelse, er forståelsen af interesser. Vi kan således ikke acceptere Lukes' idé om, at aktører har iboende eller reelle interesser, som kan undersøges empirisk. Den sociale kontekst vil til hver en tid forme aktørers

interesser, og det er derfor med dette udgangspunkt kun muligt at undersøge, hvordan interesser forandres over tid.

3.1.1 Casestudie som undersøgelsesdesign

Vi har valgt, at undersøgelsen af vores problemstilling er designet som et casestudie. Et casestudie kan defineres som: *”a strategy of inquiry in which the researcher explores in depth a program, event, activity, process, or one or more individuals”* (Creswell 2009:13).

Et casestudie er altså defineret ved at gå i dybden med én bestemt proces. Fordelen ved udførelsen af et casestudie er, at man får et indgående kendskab til den proces, man undersøger. Casestudier er ikke begrænset til en bestemt kvantitativ eller kvalitativ metode, men kombinerer ofte forskellige metoder. Herved kan metoderne vælges ud fra, hvad der er mest passende til problemstillingen. Det der kendetegner et casestudie er, ifølge Bryman (2004:50), at det undersøger et fænomens unikke egenskaber. Det er altså denne grundighed, der kan åbne op for casen helt specielle kendetegn, som bliver fremhævet som casestudiets force, men af flere også ses som en svaghed. Casestudier bliver således ofte kritiseret for at producere en viden, som ikke kan generaliseres (Bryman 2004:52).

Fortalere for casestudiet mener, at dette er en misforståelse. Kritikken hænger sammen med, at et casestudie ofte beskriver én bestemt kontekst på ét bestemt tidspunkt. Dette begrænser, ifølge Bent Flyvbjerg, ikke mulighederne for at kunne generalisere studiet under visse forudsætninger. Han argumenterer for, at det netop er den kontekstafhængige viden, der er mest værdifuld. Afgørende for Flyvbjerg er, at udvælgelsen af casen er reflekteret i forhold til den problemstilling, man arbejder med. Hvis dette er velovervejet, giver casestudiernes grundighed unikke muligheder for at generalisere over tid og sted (Flyvbjerg 1991, 2010). Vi mener derfor, at et casestudie kan give et omfattende indblik, der også kan have en bredere relevans, så længe man er reflektiv om sine valg og studiets begrænsninger.

Flere undersøgelser af regionale beslutningsprocesser vælger et komparativt design, hvor flere regioner sammenlignes. Hermed sættes fokus på de enkelte regioners strategiske evner til at påvirke de statslige rammer. Vi går i dybden med udformningen af beslutningsprocessen i Region Sjælland, og de specielle forhold der har haft betydning her. Vores case giver derfor ikke mulighed for at vurdere, hvordan beslutningsprocessen i Region Sjælland har været sammenlignet med andre regioner.

3.1.2 Specialets validitet, reliabilitet og generaliserbarhed

Speciales validitet omhandler sammenhængen mellem opgavens empiri og konklusion. Er det materiale, der er indsamlet, dækkende til at underbygge de konklusioner der drages? (Bryman 2004:28). Vi ønsker at svare på en problemstilling om, hvordan magt udøves i en bestemt beslutningsproces. Dette er en omfangsrig problemstilling, som kræver flere afgrænsninger samt en præcision af, hvordan magt kan undersøges empirisk. Med dette in mente giver vores speciale kendskab til, hvordan forskellige former for magt kommer til udtryk i en konkret beslutningsproces, samt hvordan dette kan undersøges empirisk. Vi mener, at empiriindsamling giver et godt grundlag for de konklusioner, vi drager, men er klar over, at vi arbejder med et omfattende felt, hvor dette speciale kun kan dække et lille område. Vores konklusioner er bakket op af forskellige interviewpersoner, og de interviewede dækker over alle væsentlige partier, politiske og administrative niveauer samt geografiske tilhørsforhold. Det vil sige, at materialet repræsenterer de centrale variationer i populationen. Vi har desuden primært snakket med politikere og embedsmænd højt placeret, som har førstehåndskendskab til de forhandlinger og aftaler, der er udarbejdet gennem processen. Alt dette er med til at give et indgående kendskab til casen. Vi har desuden kigget på lignende forskning foretaget på RUC over samme beslutningsproces og derved tjekket, at vores konklusioner ikke modsiges i tidligere rapporter.

Specialets reliabilitet dækker over, om en gentagelse af studiet ville opnå samme resultater. Her fokuseres især på, om det, der måles, er stabilt, og således ikke er forskelligt på forskellige tidspunkt (Bryman 2004:28). Vores studie er primært bagudskuende, det vil sige, at vi undersøger en proces, der har fundet sted. Vi forsøger således ikke at argumentere for, at en ny reform af sygehusstrukturen ville foregå på samme måde. Desuden forsøger vi at måle magt, hvilket ikke er et parameter, der kan måles helt præcist. Når det er sagt, så drager lignende studier ikke konklusioner der modsiger vores, hvilket tyder på, at projektets reliabilitet er forholdsvis god.

Generaliserbarhed fokuserer på, i hvor høj grad et studie kan generaliseres. Vores beslutningsproces er unik i dens kombination af beslutninger og aktører, og vil ikke direkte kunne generaliseres til andre politiske beslutningsprocesser. Det betyder ikke, at vores resultater kun er interessante i denne sammenhæng. Vores case er således et godt eksempel på opgave- og magtfordeling mellem det regionale og statslige niveau. Selvom andre politiske processer vil foregå anderledes, kan casen sige noget generelt om samarbejdet mellem forskellige institutioner, og derfor få en bredere anvendelse end kun sygehuspolitiske problemstillinger. Som Flyvbjerg mener vi, at det er i de små

detaljer, at mange interessante aspekter kommer frem, som ofte viser sig at have genklang over forskellige områder. Specialet vil således kunne åbne op for generelle overvejelser om, hvordan styring foregår i den offentlige sektor mellem region og stat, og kan samtidig sige noget om regionernes mulighed for at påvirke en beslutningsproces.

3.2 Valg af case

Vi har valgt beslutningsprocessen for en ny sygehusstruktur i Region Sjælland som vores case. Som vi har understreget i vores problemfelt, er denne case god til at illustrere de nye magtforhold, som er opstået mellem region og stat efter strukturreformen. Desuden har casen en række andre egenskaber, som gør, at den er værd at gå i dybden med.

Der er flere måder at kategorisere typer af cases. Man snakker således om den kritiske case, den ekstreme case og den afslørende case, men langt de fleste cases er udvalgt, fordi de er gode til at illustrere en bestemt problemstilling (Bryman 2004:51). Således er vores case udvalgt, fordi den kan illustrere magtforhold mellem de politiske niveauer. Beslutningsprocessen for ændringerne i Region Sjællands sygehusstruktur har flere unikke kendetegn, da regionen har en række specielle forhold, som gør, at den adskiller sig fra de andre regioner. Et eksempel kunne være regionens beliggenhed ved siden af hovedstaden og derved nogle af landets største sygehuse. Hermed kan casen ses som en ekstrem case, men det er ikke det, der gør den relevant for vores problemstilling. Den er udvalgt, fordi den er eksemplarisk til at vise de komplekse magtforhold mellem region og stat i en konkret beslutningsproces. Denne beslutningsproces foregår over en længere periode, og har været ekstremt omdiskuteret. Selvom dette kan siges om alle regionerne, så har diskussionen i Region Sjælland markeret sig som en af de mest konfliktfyldte, da regionen, modsat de andre regioner, ikke har en "hovedstad" med et stort sygehus, og derfor ikke ét naturligt hovedsygehus. Derudover har processen indeholdt mange forskellige aktører. Disse facts betyder, at der findes et omfattende materiale om processen, samt at den kan ses fra mange vinkler. De mange aktører har alle forskellige indbyrdes forhold, som hver især illustrerer forskellige former for magt. Casen indeholder samtidig en masse mindre beslutninger, hvor aktørerne forsøger at få indflydelse. Casen kan altså både vise, hvordan aktørerne handler for at påvirke beslutningerne, og hvilken betydning de mange kampe har fået for den endelige beslutning.

Fordi regionerne kun har eksisteret i relativ kort tid, er rammerne for deres samarbejde med staten kun i begrænset grad undersøgt. Denne beslutningsproces er således den mest omfattende som

regionerne har gennemgået siden deres opståen, og det er derved første gang at samarbejdet med staten for alvor skal afprøves.

3.3 Valg af empiri

Specialets empiri består primært af 12 kvalitative interviews. Dette bliver suppleret af en række rapporter samt enkelte lovtekster. Der er fordele og ulemper ved primært at basere analysen på samtaler med interviewpersoner, som selv har været dybt involveret i beslutningsprocessen på forskellige niveauer. Det er derfor nødvendigt at diskutere, hvordan vi har grebet vores interviews an og med hvilke værktøjer, vi vil læse vores empiri.

Vi har valgt at udføre semistrukturerede forskningsinterviews, fordi vi gerne har villet have vores interviewpersoner til at snakke om en specifik beslutningsproces, samtidigt med at vi har været åbne for eventuelle nye temaer og vinklinger, som vores interviewpersoner har pointeret som centrale. Her spørges interviewpersoner om deres oplevelse af et bestemt emne, og dermed kommer interviewpersonernes egne perspektiver i fokus (Kvale og Brinkmann 2009:18–19). Til at strukturere vores interviews har vi haft en interviewguide, der skulle hjælpe os til at huske at spørge til bestemte emner og tidspunkter i beslutningsprocessen. Som vi arbejdede os igennem vores interviews, kunne vi også henviser tilbage til tidligere interviewpersoners påstande om beslutningsprocessens forløb og dermed tydeliggøre, hvor vores interviewpersoner havde forskellige opfattelser og holdninger. Undervejs, som vi fik et dybere kendskab til beslutningsprocessen, har vi ændret vores interviewguide, så den hele tiden var up-to-date med den seneste viden, vi havde tilegnet os. Samtidigt har vi haft forskellige interviewguides i forhold til hvilke aktører, vi skulle snakke med. En til politikere, en til embedsmænd etc. Det vil sige, at guiden var dynamisk og tilpasset interviewpersonernes individuelle positioner. Et eksempel på vores interviewguide er vedlagt som bilag 2. Lydfiler, transskriberinger og interviewguide for hver interviewperson er vedlagt specialet på en CD.

En af fordelene ved disse semistrukturerede forskningsinterviews er, at vi her benytter en forskningsmetode, som giver os adgang til vores interviewpersoners grundlæggende oplevelse af et bestemt emne. Vi formår at opnå en viden om en proces fra aktører, som selv har været involveret i beslutningsprocessen, og derfor kan fortælle os deres umiddelbare indtryk og opfattelse af hændelsesforløbet. Det hjælper os som forskere med at indfange de mange forskelle og typer, der snakkes om indenfor et fænomen, frem for at forsøge at opnå fastlagte kategoriseringer (Kvale og Brinkmann 2009:47).

En af ulemperne ved at udføre kvalitative forskningsinterviews er, at vi snakker med eksperter på området. Den viden, der konstrueres i en unik samtale situation, er formet af menneskers ønsker, holdninger og meninger (Kvale og Brinkmann 2009:54). Dermed skal vi have i mente, at nogle af vores interviewpersoner kan have deres egen dagsorden for interviewet. Dette kom tydeligt frem gennem flere interviews. Hver person har således deres egen historie og vinkel på processen. Vi ser ikke dette som en ulempe, da vi netop er interesseret i deres vinkler, men det giver en begrænsning i generaliserbarheden for specialiets konklusioner, som vil være præget af de historier, de fortæller. Samlet set ser vi flest fordele ved at anvende interviews som metode til at undersøge magt i beslutningsprocesser, da en undersøgelse af magt kræver indblik i de mange uformelle kampe mellem aktører. Ved at have flere personer til at beskrive de samme beslutningsprocesser, har vi langsomt kunne få et større og større indblik, men dette betyder ikke, at vi når frem til en egentlig sandhed om, hvordan beslutningsprocessen er foregået.

Vi har informeret samtlige af vores interviewpersoner om muligheden for at få deres citater, som vi bruger dem i analysen, tilsendt, så de efterfølgende har kunnet godkende vores tolkning af deres påstande. Dette har de fleste takket ja til, mens enkelte ikke fandt det nødvendigt at tjekke, hvordan de ville blive citeret. Dermed sikres det, at vores interviewpersoner deltager frivilligt, og at de kan stå inde for, hvordan vi bruger deres citater (Kvale og Brinkmann 2009:89). Enkelte interviewpersoner har ønsket små ændringer i citater, som kunne gøre forståelsen mere tydelig, uden at dette ændrede på citaternes indholdsmæssige substans. Dette har vi efterkommet, da vi ligesom interviewpersonerne ikke har et ønske om, at citaterne kan misforstås. Ingen har ønsket citater slettet fra specialiet.

Vi har transskriberet samtlige vores interviews, så vi efterfølgende har kunnet gøre transskriberingerne til genstand for vores meningsanalyse. Inden vi begyndte vores analyse, har vi således kodet vores transskriberede interviews med tal. Efter første gennemlæsning af empirien har vi udvalgt 11 beslutninger, som vi kodede med et tal fra et til 11 med en cirkel om. Derefter har vi knyttet hvert citat til en eller flere magtformer med et tal fra et til fire med en firkant om. Derfra har vi kunnet skrive vores analyse ud fra tekstafsnit, der var knyttet både til en beslutning og en magtform, nogle gange flere beslutninger og/eller flere magtforme. Dermed får vi hurtigt et overblik over mange siders transskribering, og kan sammenligne udsagn og opfattelser (Kvale og Brinkmann 2009:223–225).

Som supplerende materiale har vi anvendt rapporter, mødereferater og lovtekster. Hvor interviews er gode til at opnå indsigt i den uformelle del af beslutningsprocessen, så hjælper dokumenterne med at få klarlagt de formelle rammer for processen. En del af kommunikationen mellem aktørerne i beslutningsprocessen foregår gennem officielle dokumenter. I disse tilfælde spiller dokumenter en central rolle i beslutningsprocessen. De kan altså både sige noget om den formelle beslutningskompetence samt den officielle kommunikation mellem aktørerne. Dette giver et godt supplement til vores interviews, som ofte fremhæver den uformelle kontakt mellem aktørerne, og derved åbner op for den magt, der udøves gennem netværk og alliancer.

3.4 Valg af beslutninger

Som nævnt tidligere kan beslutninger inddeles i en række faser, som forklarer forskellige dele af processen. Denne model har modtaget en del kritik, for ikke at indfange hele kompleksiteten i en beslutningsproces, og vi finder det derfor mere optimalt at forstå processen som mange adskilte beslutninger. Vores forståelse af magt betyder, at vi lægger stor vægt på at definere de rammer, som beslutningen er truffet indenfor. Vi ønsker at inddrage beslutninger, som ikke direkte har været en del af processen for regionsrådets endelige beslutning, men som har fået direkte indflydelse på de institutionelle rammer, og derfor også været med til at forme beslutningen. Derfor finder vi det operationelt, ikke at se beslutningen som en beslutningsproces med et antal faser, men i stedet at se på de mange mindre beslutninger, der har været med til at forme den endelige beslutning. Således ser vi heller ikke den endelige beslutning som endelig i den forstand, at den ikke vil blive ændret. Den efterfølgende implementeringsfase har allerede skabt nye beslutninger, der har påvirket den. Den er således kun endelig i den forstand, at den er afslutningen på den proces, som vi metodisk har valgt at afgrænse specialet til.

Inden selve arbejdet med sygehusplaner begynder i Region Sjælland, går der nogle baggrundsbeslutninger forud. Disse baggrundsbeslutninger er blevet truffet på et tidligere tidspunkt og på et andet politisk niveau, men har haft indflydelse på, hvordan de organisatoriske rammer omkring regionernes struktur er blevet formet og dermed påvirket, hvordan Region Sjælland fik udformet deres endelige sygehusplan. Vi har derfor valgt at starte vores analyse ved regeringsskiftet i 2001, fordi der her sker en ændring i, hvordan man omtaler organiseringen af den offentlige sektor, med fokus på effektivisering og en nytænkning af styringsmekanismer. Vores analyse kommer derfor til at bestå af elleve beslutninger, som i mere eller mindre grad har påvirket beslutningsprocessen i Region Sjælland. Vi vil ved hver beslutning vise, hvordan aktørerne har

spillet sammen, samtidig med at vi vil analysere, hvordan hver beslutning har indvirket på det samlede forløb. Vi har særligt fokus på samarbejdet niveauerne i mellem, og med regionen som omdrejningspunkt undersøges, hvordan samarbejdet har fungeret i praksis.

De 11 beslutninger er udvalgt ud fra læsning af dokumenter samt vores interviews. De fleste beslutninger havde vi derfor udpeget på forhånd, og er af vores interviewpersoner blevet bekræftet som vigtige. Enkelte er først kommet frem gennem vores interviews, og har været vigtige for flere af vores interviewpersoner. Nogle beslutninger har en meget konkret karakter, mens andre i højere grad må betragtes som principbeslutninger. Grunden til at vi inddrager principbeslutninger, er, at vi mener, at kampen om den diskursive magt også spiller en væsentlig rolle for beslutningsprocesser. Alle 11 beslutninger er beskrevet i vores præsentation af case.

3.5 Valg af aktører

Mange aktører har været involveret i denne beslutningsproces, og vi vidste fra begyndelsen, at vi måtte begrænse os. Samtidig ønskede vi at være åbne overfor, hvad vores empiri kunne fortælle. Vi har derfor brugt snowball-metoden til at vælge vores interviewpersoner (Bryman 2004:100–102). Først udførte vi et informantinterview med forsker Anne Reff Pedersen, samt interviews med enkelte regionsrådspolitikere. Gennem disse interviews fik vi kendskab til nye personer, som har spillet en central rolle i beslutningsprocessen.

Vores udgangspunkt var en interesse for de politiske aktører, og i forbindelsen med indsamlingen af vores empiri, blev det hurtigt klart, at nogle aktører havde været mere synlige end andre. Dette har givet en række naturlige afgrænsninger. Således beskæftiger vi os ikke med interesseorganisationer, da vi på baggrund af vores empiri ikke mener, at de har spillet en central rolle. Lægeforeningen har været aktiv, men de har repræsenteret synspunkter, som andre mere magtfulde aktører også har fremført, så som regeringen, Juhludvalget og Sundhedsstyrelsen. Dermed har de ikke kunne præge debatten. En anden aktør, som vi har fundet ud af, ikke havde betydelig indflydelse, var Kommunernes Kontaktråd (KKR). Vi har både snakket med deres nuværende og tidligere formand, og begge har sagt, at der ikke var nogen samlet debat om emnet mellem de 17 kommuner. Det betyder ikke, at det kommunale niveau ikke har haft betydning, hvilket vi kommer tilbage til i vores analyse. De sidste aktører, som vi har valgt ikke at beskæftige os med, er borgerne og medierne. Der har i to omgange været høringer, og derudover har der også været en omfattende debat i medierne, hvor borgerne har kunnet udtrykke sig. Intet i vores empiri tyder på, at dette har haft en stor betydning, men det kan selvfølgelig ikke udelukkes, at en så voldsom debat har haft betydning.

Flere interviewpersoner fortæller, at de har fået ubehagelige mails, men ingen peger på dette som noget, der ændrede deres eller andres holdning, og derved påvirkede processen. Vi har derfor valgt at afgrænse os fra den opgave det ville være at vurdere den generelle befolknings indflydelse. Dette betyder, at specialet koncentrerer sig om en række politiske og administrative aktører. Vi har snakket med følgende aktører, som også kan ses i figuren på næste side.

Regeringen (den tidligere VK-regering 2001-2011): Daværende sundhedsminister Jakob Axel Nielsen (C) og folketingsmedlem Louise Elholm (V).

Sundhedsstyrelsen: Tidligere planlægningschef Lone de Neergaard.

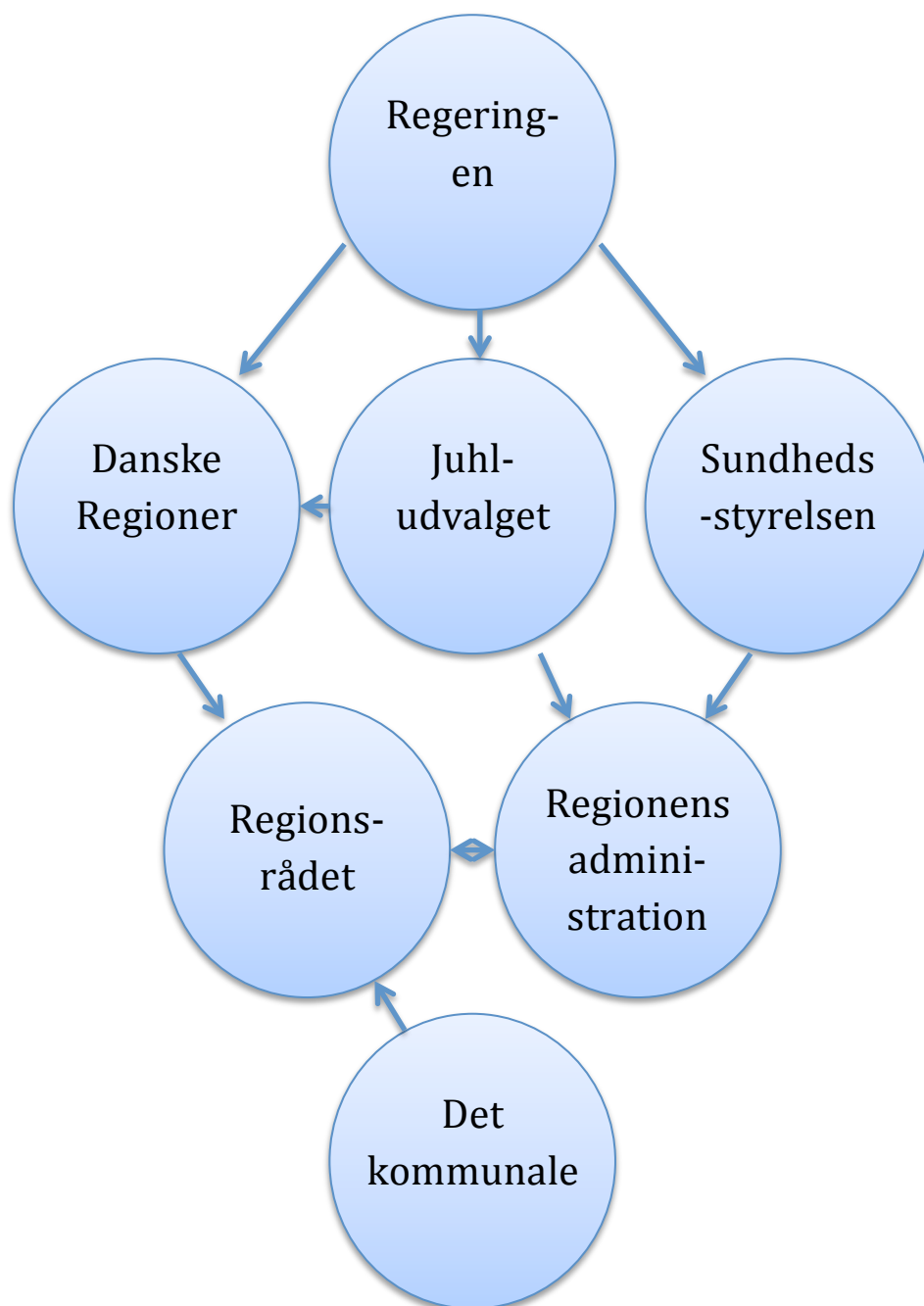
Juhludvalget: Professor i sundhedsøkonomi Kjeld Møller Pedersen.

Region Sjællands administration: Konstitueret planlægningschef Charlotte Bøll Larsen.

Regionsrådet: Tidligere regionsrådsformand i Region Sjælland Kristian Ebbensgaard (V). Nuværende regionsrådsformand Steen Bach Nielsen (S) og næstformand Jens Stenbæk (V), som begge stemte for den endelige beslutning. Regionsrådsmedlemmer Kate Sørensen (S) og Skjold de la Motte (F), som stemte imod.

Danske Regioner: Ebbensgaard var næstformand i Danske Regioner og efterfølgende har både Bach Nielsen og Stenbæk siddet med i Danske Regioner undervejs i beslutningsprocessen.

Kommunerne: Borgmester i Vordingborg og formand for Kommunernes Kontaktråd (KKR) Henrik Holmer (S). Desuden er Stenbæk tidligere formand for KKR.



Vi har interviewet personer fra alle aktørerne i figuren, men med hovedfokus på regionsrådet. Vi er lykkedes i at opnå både en partipolitisk og en geografisk fordeling af vores interviewpersoner, hvilket belyses yderligere i bilag 1 med interviewpersonernes CV. En række personer har afslået at tale med os på grund af travlhed. Selvom disse personer havde været interessante at snakke med, har vi sørget for at andre personer dækker samme vinkel. Alle aktører er derfor repræsenteret og de centrale aktører af flere interviewpersoner. Det giver flere sider til historien om, hvordan denne beslutning er blevet til. Figuren giver overblik over de aktører, som vi har interviewet, samt de mest

hyppige kontaktflader. Pilene afspejler altså, at der har været kontakt mellem aktørerne gennem beslutningsprocessen, hvilke uddybes i analysen.

3.6 Præsentation af case

Inden vi går i gang med vores analyse, vil vi her kort beskrive lidt om baggrunden og de vigtigste begivenheder i forløbet. Dette skal give overblik over beslutningernes rolle i processen.

I foråret 2010 bliver det besluttet, at Region Sjællands fremtidige sygehuse skal placeres i Køge, Holbæk, Slagelse og Nykøbing Falster, med Køge som det nye hovedsygehus i regionen. Processen for denne beslutning begynder langt tidligere. Det første regionsråd bliver valgt i november 2005, men allerede på dette tidspunkt er overvejelserne om en ny sygehusstruktur debatteret grundigt. Kort efter at den nye VK-regering kommer til magten, bliver der som en del af regeringsgrundlaget i 2002 nedsat et udvalg. Udvalget skal se på fremtidens sundhedsvæsen, og bliver opkaldt efter dets formand, sundhedsøkonom Kjeld Møller Pedersen. I 2003 kommer udvalget med flere forskellige forslag til en reorganisering af sygehusvæsenet, hvor et bud indeholder en regionsinddeling, inspireret af hovedstadens sygehusfælleskab (H:S). På dette tidspunkt har et medlem forladt udvalget, nemlig Johannes Due, som skal være formand for strukturkommissionen. Kjeld Møller Pedersen selv bliver senere en del af Juhl-udvalget, som skal fordele de økonomiske midler mellem de nye regioner. Hermed bliver udvalgets arbejde videreført på flere fronter, i første omgang ved at give inspiration til strukturkommissionen.

En reform af sygehusene var altså en vigtig baggrund for strukturkommissionens arbejde (Christiansen og Klitgaard 2008:49). Den nye struktur, skabt i et forlig mellem regeringen og Dansk Folkeparti, betyder, at regionerne kun kommer til at beskæftige sig med regional udvikling og sundhed, og at regionerne skal finansieres af kommunerne og staten. Regionen får hermed få og ikke klart afgrænsede opgaver. Som en del af reformerne blev sundhedsloven også ændret til at afspejle den nye opgavefordeling. Hermed får Sundhedsstyrelsen ansvaret for placeringen af specialer på landets sygehuse, samt for at nedsætte ekspertgrupper, der skal udarbejde retningslinjer for de kommende sygehusplaner.

Da de første regionspolitikere begynder deres arbejde med at opbygge de nye regioner i januar 2006, er en større reformproces undervejs. En ny sygehusplan er noget af det første på dagsordenen, og i februar 2007 kan Region Sjællands administration fremlægge tre mulige scenarier for en ny sygehusplan. De tre scenarier har følgende akutstruktur:

Scenarie A: Fire akutsyge i Slagelse, Holbæk, Køge og Nykøbing F., samt to specialesygehuse i Roskilde og Næstved.

Scenarie B: Fire akutsygehuse i Nykøbing F., Køge, Holbæk og Slagelse, to specialesygehuse i Slagelse og Køge

Scenarie C: Fem akutsygehuse i Nykøbing F., Næstved, Slagelse, Holbæk, Roskilde, samt Køge som specialesygehus.
(Region Sjælland 2007a:28–35).

I juni 2007 kan regionsrådet i Region Sjælland præsentere scenarie A som deres nye sygehusplan. Kun et regionsrådsmedlem fra Enhedslisten stemte imod planen. Pengene til planen skal komme fra regeringen, og de vælger i oktober samme år at nedsætte et ekspertudvalg med Erik Juhl som formand. Juhl-udvalget skal komme med forslag til, hvordan regeringens kvalitetspulje på 25 milliarder skal fordeles mellem regionerne. Regeringens kvalitetspulje skal suppleres med 15 milliarder fra regionernes egne midler. Konklusionen på Juhl-udvalgets arbejde kommer i november 2008, og de er ikke tilfredse med den plan, som Region Sjælland har lavet. Region Sjælland bliver nu bedt af regeringen om at lave en sygehusplan med ét hovedsygehus og maksimalt tre andre akutsygehuse.

Nu begynder en heftig debat, og til at kvalificere deres beslutning vælger Region Sjælland at bede to eksterne konsulentfirmaer om at undersøge de forskellige sygehusbyggeriers økonomi, samt tilgængeligheden ved forskellige beliggenheder for et hovedsygehus. I november 2009 er der for anden gang valg til regionerne, og den tidligere regionsrådsformand fra Venstre bliver skiftet ud med en Socialdemokrat. Det nye regionsråd samler nu fire løsningsforslag, som bliver sendt i høring. Udover de skriftlige høringssvar afholder man offentlige høringer i Roskilde og Næstved. De fire scenarier som bliver sendt til høring er følgende:

- 1. Scenarie:** Hovedsygehus i Roskilde, akutsygehus i Slagelse, Køge, Nykøbing F, samt nærsygehus i Næstved og Holbæk.
- 2. Scenarie:** Hovedsygehus i Køge, akutsygehus i Slagelse, Holbæk og Nykøbing F, samt nærsygehus i Næstved og Roskilde.
- 3. Scenarie:** Hovedsygehus i Ringsted, akutsygehus i Roskilde og Nykøbing F., samt nærsygehus i Slagelse, Holbæk, Næstved og Køge.
- 4. Scenarie:** Hovedsygehus i Næstved, akutsygehus i Roskilde, Holbæk og Nykøbing F., samt nærsygehus i Køge og Slagelse

I marts 2010 bliver beslutningen om at placere hovedsygehuset i Køge truffet, og efterfølgende fordeler regeringen de 25 milliarder kroner. Flere politikere mener, at Region Sjælland stadig har fået en for lille del af de økonomiske midler, på trods af at de har udarbejdet en ny sygehusplan, der lever op til de faglige krav. Debatten fortsætter derfor.

Denne forløbsbeskrivelse giver et overblik over den proces, som vi nu vil dykke nærmere ind i. Beskrivelsen viser allerede omridset til de konflikter, der er opstået i denne case, men ikke hvorfor politikere ligefrem har valgt at forlade politik på grund af denne beslutningsproces. Her er det nødvendigt at komme nærmere ind på aktørerne, deres samarbejde og de rammer, som de arbejder indenfor. Som vi allerede nu kan se, giver vores case en unik mulighed for at følge en omdiskuteret beslutningsproces fra forskellige vinkler.

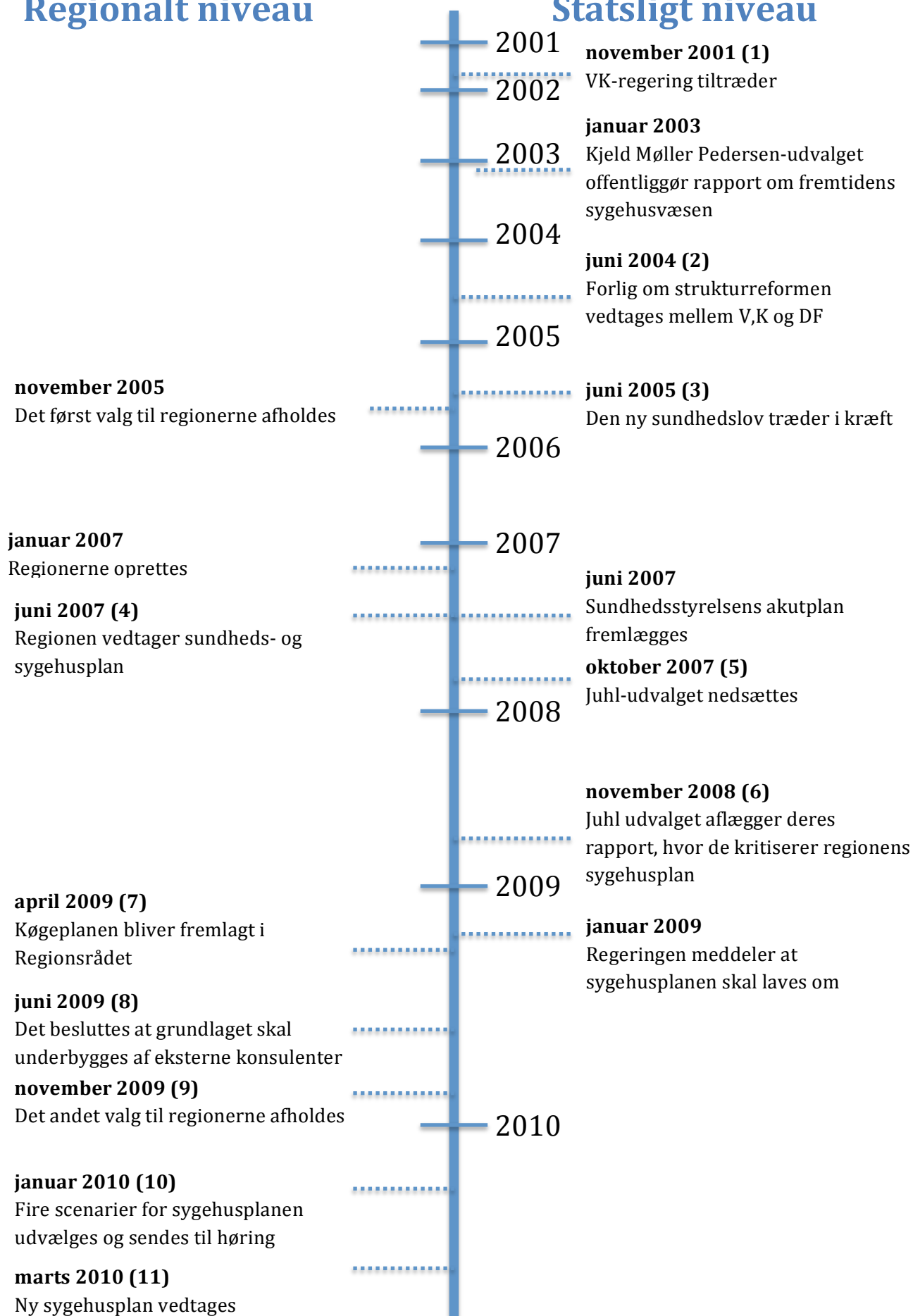
Vi har valgt at analysere følgende beslutninger, som også kan ses i tidslinjen på næste side:

1. Regeringsgrundlaget – nye værdier præsenteres
2. Strukturreformen – nye institutioner dannes
3. Sundhedsloven af 2005 – Sundhedsstyrelsen får nye kompetencer
4. Region Sjællands sygehusplan af 2007 – en kamp om lokale sygehuse
5. Nedsættelsen af Juhl-udvalget – et mellemlid introduceres
6. Juhl-udvalgets afvisning af sygehusplan 2007 – en kold dukkert til Region Sjælland
7. Første forsøg på at vedtage en ny sygehusplan – manglende politiske alliancer
8. Bestilling af konsulentrapporter – en ”objektiv” vurdering
9. Valg til regionerne i 2009 – nye alliancer
10. Valget af de fire høringsscenarier – en hurtig beslutning
11. Den endelige beslutning – et kompliceret kompromis

3.7 Tidslinje

Regionalt niveau

Statsligt niveau



4. Analyse af magt i beslutningsprocessen for sygehusstrukturen

I specialets analyse vil vi knytte vores empiri sammen med vores teorier om beslutningsprocesser og magtforståelser. Vi vil analysere, hvordan magt bliver udøvet i samarbejde mellem region og stat. I vores operationalisering har vi knyttet nøgleord til hver af de fire magtforståelser. På denne måde har vi i undersøgelsen af vores empiri kunne kæde vores nøgleord til tidspunkter i beslutningsprocessen, for at undersøge hvornår synlige og ikke-synlige magtkampe har trådt frem. Analysen er opdelt i to dele. I første analysedel analyseres magtudøvelsen i hver enkelt beslutning, som har ledt frem til den endelige beslutning om den fremtidige sygehusplan for Region Sjælland. Beslutningerne vil blive analyseret kronologisk og ved hver beslutning vises, hvordan beslutningen bliver taget, hvilke aktører der er involveret, og hvordan magt påvirker resultatet. Den kronologiske opbygning underbygger aktørernes historier, og fremhæver derved det empiriske materiale. Anden analysedel vil se på, hvilke magtforståelser der har haft størst betydning for den samlede beslutningsproces. Denne del vil være opbygget ud fra de fire magtforståelser, som er defineret i operationaliseringen. Her vil det blive vurderet, hvilken indflydelse de forskellige magtforståelser har haft for processen, samt sammenhængen mellem magtforståelserne. Tilsammen giver de to analysedele et nuanceret billede af, hvordan magt påvirker en offentlig beslutningsproces.

4.1 Første analysedel – Hvordan udøves magt i beslutninger?

Vores analyse af beslutninger vil tage udgangspunkt i de 11 udvalgte beslutninger. Vi vil her, ved hjælp af vores nøgleord, analysere for hver beslutning, hvilke magtforståelser der har haft betydning for beslutningsprocessen. Gennemgangen af hver beslutning afsluttes med en opsummering, der fremhæver de væsentligste pointer, som tages med videre til anden analysedel, hvor de fire magtforståelser vil blive diskuteret.

4.1.1 Regeringsgrundlaget – nye værdier præsenteres

Da den nye regering kommer til magten i 2001, er det med et ønske om at reformere den offentlige sektor, og især sygehusreformer er højt på dagsordenen. Vi kan her identificere den diskursive magt, da VK-regeringen begynder en kamp om, at den offentlige sektor skal effektiviseres gennem en centralisering af blandt andet sygehusstrukturen. Denne kamp skal gøre centralisering alment accepteret, som en nødvendighed for en mere effektiv offentlig sektor, og dermed skabe bred opbakning til regeringens projekt.

Regeringsgrundlaget ”Vækst, velfærd – fornyelse” foreligger i november 2001, og allerede her bebuder den nye regering nye tider. Danmark står overfor kommende udfordringer, som den offentlige sektor kun kan klare, hvis den nytænkes og omorganiseres.

”Der er behov for at tænke nyt. Det forrige århundredes løsninger kan ikke løse alle fremtidens udfordringer. Mennesket skal sættes frem for systemer. Der skal være mod og evne til at forpligte sig til synlige og målbare resultater” (VK-regeringen 2001).

VK-regeringen italesætter behovet for at tænke nyt. Dette skal ske gennem en kombination af centralisering og decentralisering. For det første skal meget foregå decentralt tæt på borgerne, men samtidig skal der effektiviseres gennem en centralisering, der kan formindske den offentlige administration. Derfor er den centrale struktur i fokus. Det centrale argument hos regeringen er, at centraliseringen er nødvendig for at skabe den bedst mulige kvalitet. Folketingsmedlem Louise Schack Elholm (V) udtaler: *”Så det man ønskede, det var at man sikrede, at man fik en højt kvalificeret behandling, uanset hvor du kom på sygehuset henne. Men det satte også et krav til, at der skulle være færre sygehuse”* (Elholm 2011:1).

Reformeringen af de danske sygehuse kommer nu for alvor på dagsordenen. Ventelisterne skal nedbringes, og frit-valgordningen skal sikre patienten den bedste behandling, hvad enten det er på et offentligt eller et privat sygehus. Til at give grundig vejledning nedsætter regeringen som en del af regeringsgrundlaget et rådgivende udvalg, bestående af lægefaglige og økonomiske eksperter, som skal: *”[...] stille forslag om reformer og ændringer af sundheds- og (især) sygehusvæsenets struktur”* (Indenrigs- og Sundhedsministerens rådgivende udvalg 2003:158). Formanden for dette udvalg bliver sundhedsøkonom Kjeld Møller Pedersen (KMP-udvalget).

Med nedsættelsen af udvalget åbner regeringen så småt op for deres planer om en reformering af sygehusvæsenet. Helt afgørende er sygehusvæsenets styring, og derved også magtforholdet mellem de politiske niveauer. Samtidig understreger regeringen troen på, at eksperter kan udarbejde de mest optimale løsninger. Pedersen fortæller om hvilke overvejelser KMP-udvalget i 2001 havde for den optimale struktur af sygehusvæsenet: *”Vi vidste simpelthen, at der var nogen af de daværende amter, der var blevet for små til, at kunne have et tilstrækkeligt specialiseret sygehusvæsen”* (Pedersen 2011:1).

Ekspertene understreger her, at specialisering og centralisering er vejen frem i sygehusvæsenet. De forsøger hermed at skabe en generel forståelse for de nødvendige reformer. KMP-udvalget går

forud for den senere strukturkommission, som arbejder videre med den centrale omlægning af de gamle amter, og påpeger, at den daværende struktur fungerer som en barriere for et nyt, specialiseret sygehusvæsen. Et argument, som bliver centralt i VK-regeringens arbejde med at omstrukturere den offentlige sektor. KMP-udvalget havde en antagelse om, at de nye enheder skulle have lov til at udskrive skat. Pedersen mener, at skatteudskrivningen har en vigtig betydning for styrkeforholdet mellem region og stat.

”Så blev hele sundhedsvæsenet jo skattefinansieret, og dermed at staten jo så kunne få langt mere at sige, end de ville have haft, hvis det havde været skattefinansieret i betydelig grad ud fra for eksempel seks til otte regioner” (Pedersen 2011:2).

Uden regionernes mulighed for at indkræve skat flyttes økonomisk magt over til staten, som kommer til at stå for den primære finansiering af sygehusvæsenet. Dermed får staten en øget indflydelse på, hvilke midler regionerne har på sygehusområdet, og hvordan de skal fordeles. Gennem ønsket om en ny ansvarsfordeling i det offentlige, kommer strukturreformen og den mere centrale politiske struktur for alvor ind i VK-regeringens politiske projekt. En ny kompetencefordeling skal skabe en bedre organisering, som kan opfylde regeringens politiske ønsker, og derved opnå en bedre kvalitet. Hermed er der sat en dagsorden for det kommende arbejde. Vores interviewpersoner kommer også ind på regeringens ønske om en ny central struktur. Nuværende regionsrådsformand Steen Bach Nielsen (A) er fra starten opmærksom på regeringens forsøg på at definere en ny offentlig organisering.

”Altså Folketinget og regeringen havde jo lagt, hvad skal man sige, de retningslinjer [...] Der var ingen tvivl om, at Folketinget ønskede en centralisering. Det var ikke mig, der ønskede en centralisering” (S. B. Nielsen 2011:8).

Bach Nielsen er opmærksom på, at han har haft ansvaret for en beslutningsproces, som bygger på en ideologi, han ikke er enig i. Som ny formand i regionsrådet, får han ansvaret for Region Sjællands nye sygehusstruktur, men det er VK-regeringen, der ønsker en centralisering, ikke ham. Politisk står han derfor overfor en udfordring, da han skal udforme en ny plan for centralisering af sygehusstrukturen, men samtidig ønsker at tage afstand fra den øgede centralisering. Vi kan her identificere, at den diskursive kamp om at centralisering skal blive alment accepteret, er i gang.

Region Sjællands næstformand Jens Stenbæk (V) og tidligere formand for Kommunernes Kontaktråd (KKR) understreger forandringerne i forståelsen af den danske sygehusstruktur.”[...] og

de der helt små sygehuse som Korsør, Vordingborg, Faxe, dem havde man erkendt, at dem var tiden løbet fra, så der var ikke den store kommunale modstand mod det” (Stenbæk 2011:2).

Begge citater viser politikernes bevidsthed om, at man bevæger sig mod en centralisering af sygehusvæsenet. Dette på trods af at Bach Nielsen ikke deler dette synspunkt. Stenbæk påpeger, at accepten af den nødvendige centralisering af sygehuse også har nået det lokale niveau, hvor man må erkende, at de små sygehuse ikke længere har deres berettigelse. Der er en generel anerkendelse af sammenhængen mellem centralisering og kvalitet, som kan ses som en diskursiv magt.

En kamp om diskursiv magt begyndes

De første skridt i den omfattende reform af sygehusstrukturen i Danmark bliver taget da VK-regeringen kommer til magten i 2001. Allerede i regeringsgrundlaget bliver en række ideer præsenteret, som får betydning for de følgende ti års politik, hvor strukturreformen bliver et af regeringens centrale projekter for en ny offentlig sektor. VK-regeringen omtaler centralisering som løsningen til at gear den offentlige sektor til fremtidens udfordringer. Dette er en form for diskursiv magt, hvor de definerer en samlet fortælling for problemer og løsninger for den offentlige sektor. Reformen af sygehusstrukturen er her højt prioriteret, og de begrundes og legitimeres gennem et ekspertudvalg, der giver regeringen tæt kontakt med ledende eksperter på området. Hermed begynder VK-regeringens kamp for at skabe en ny forståelse af den offentlige sektor og en almen accept af centralisering på sygehusområdet. Næste skridt bliver dannelsen af regionerne.

4.1.2 Strukturreformen – nye institutioner dannes

Strukturreformen reformerer ikke bare det politiske Danmarkskort, den skaber også en hel ny opgavefordeling mellem de politiske niveauer. Beslutningen om, hvordan der opkræves midler til regionerne, får stor betydning for den kommende magtfordeling mellem stat og region. Især den økonomiske og juridiske magt er i fokus her. Staten træder ind i forreste række med strukturreformen, og organiserer det kommende arbejde mellem kommune, region og stat. Samtidigt får staten øget økonomisk magt, da regionerne ikke kan udskrive skat, og derfor er afhængig af statens tildeling af økonomiske midler.

1. januar 2007 træder regeringens strukturreform i kraft og regionerne bliver dannet. Hermed kulminerer flere års arbejde med at skabe en ny opgavefordeling i den offentlige sektor. VK-regeringen bygger arbejdet med strukturreformen allerede 1. oktober 2002, hvor strukturkommissionen nedsættes til at komme med ideer til udviklingen af den offentlige sektors

fremtidige organisering. Ideen med strukturkommissionens arbejde er ifølge tidligere regionsrådsformand Kristian Ebbensgaard (V), at man kan øge kvaliteten ved at centralisere: *”Det var så i forbindelse med kommunalreformen, at man blandt andet brugte den argumentation, at man skulle have nogle større enheder, for at man så kunne [...] have en kritisk masse og mere ekspertise”* (Ebbensgaard 2011:1).

Dette knyttes af Elholm sammen med de historiske ændringer der er sket, hvor flere mennesker flytter mod byerne, hvilket også har haft betydning for kvaliteten.

”Vi har så oplevet en periode, hvor der er sket en urbanisering, hvor at folk er flyttet ind til storbyerne, og hvor det har været svært at skaffe læger ud til de regionale sygehuse og de lokale sygehuse, og det har betydet, at der har været meget stor forskel i kvaliteten af de behandlinger, man har fået forskellige steder” (Elholm 2011:1).

En bedre kvalitet er altså det centrale mål, og dette skal opnås gennem en samling af de små enheder. Regeringen forsøger at opnå en generel holdningsændring til det offentliges rolle, og sammenhængen mellem kvalitet og sygehusenes størrelse. Der kan identificeres en kamp om den diskursive magt, som begyndte med regeringsgrundlaget. Strukturkommissionens arbejde ender ud med et nyt danmarkskort, og et helt nyt politisk niveau bliver indført. Det regionale niveau ser dagens lys, og den primære opgave for de fem nye regioner bliver at tilrettelægge Danmarks nye sygehusstruktur. Organiseringen af sundhedsvæsenet skal, ligesom regionens andre opgaver, ske i samarbejde med stat og kommune.

”Kapitel 1, § 4. Regioner og kommuner skal i et samspil med de statslige myndigheder og i dialog med brugerne sikre en stadig udvikling af kvaliteten og en effektiv ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet gennem uddannelse, forskning, planlægning og samarbejde m.v.” (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2010).

Hvor amterne havde ansvar for hele sundhedsområdet, skal regionerne nu i højere grad til at arbejde sammen med kommunerne, der får en langt større rolle at spille på sundhedsområdet. En lang række af regionens opgaver skal altså ske i forhandlinger med kommune og stat, og fordelingen af opgaver bliver derfor mere upræcis. Selvom kommunerne får mere ansvar, gælder dette ikke reformer af sygehusene, som stadig er en opgave primært varetaget af region og stat. Ifølge Ebbensgaard er opgaverne for de nye regioner klart defineret.

”Der har opgavefordelingen sådan set været klar, at det har været regionernes ansvar med de forudsætninger, der i øvrigt er lagt fra statens side. Så det vil sige, kommunerne vil nok sige, at de ikke har haft voldsomt indflydelse på det” (Ebbensgaard 2011:29).

Ansvar for udarbejdelsen af sygehusplaner lægger altså hos regionerne, men det er staten der sætter rammerne. Formanden for KKR Henrik Holmer bekræfter kommunernes begrænsede rolle i reformer af sygehusstrukturen: *”Deltog vi i en debat? Det gør vi nok, ja. Men vi deltager ikke i en beslutningsproces”* (Holmer 2011:1).

Også Stenbæk fortæller, at opgavefordelingen har været tydelig, men at det stadig har taget tid at anerkende de nye betingelser. *”På den måde har vores opgave egentlig været klar, hvad det er for nogle rammer, vi skulle arbejde indenfor. Det der bare var spørgsmålet, det var at erkende de vilkår”* (Stenbæk 2011:12).

Selv om opgavefordelingen mellem stat og region har været klar, har det altså taget tid for regionsrådspolitikerne at vænne sig til de nye vilkår. I de tidligere amter havde man en mere direkte indflydelse på fordelingen af midler, og nu lægges der op til mere forhandling mellem niveauerne. For at regionsrådspolitikerne kan sikre noget af den indflydelse, man havde i de tidligere amter, må de derfor tænke anderledes og mere strategisk med henblik på forhandlingerne. Netop dette bliver en udfordring for de nyvalgte regionsrådspolitikere.

En ny magtfordeling mellem de politiske niveauer

Med strukturreformen kobles problemerne med samarbejdet om sygehuse på tværs af amter (problemstrømmen), med ønsket om en mere central struktur i Danmark (policystrømmen). De nye regioners hovedopgave bliver at skabe en ny sygehusstruktur i Danmark. Dette skal ske i et samarbejde med staten, som sætter retningslinjerne for processen, mens kommunernes indflydelse er begrænset til at forsøge at påvirke den offentlige debat. Organiseringen under strukturreformen tildeler staten en øget økonomisk magt på sygehusområdet. Det bliver nu regionernes opgave at erkende de nye vilkår og forstå, at de er nødt til i højere grad at forhandle og argumentere sig til magt. Staten har altså effektivt sat nogle rammer for det kommende samarbejde med regionerne. Men staten er ikke færdig med at definere fordelingen af kompetencer.

4.1.3 Sundhedsloven af 2005 – Sundhedsstyrelsen får nye kompetencer

Dette afsnit omhandler sundhedsloven fra 2005, som både giver nye kompetencer til Sundhedsstyrelsen samt skaber en række udvalg, som skal komme med anbefalinger til

sygehusplanlægningen. Med den nye sundhedslov får Sundhedsstyrelsen ansvar for, hvilke specialer der skal placeres på hvilke sygehuse. Samtidigt forsøger Sundhedsstyrelsen at være garant for en faglig enighed om specialefunktionernes betydning for lægernes arbejdsgange. Sundhedsstyrelsens anbefalinger ender med at få stor betydning for sygehusplanerne. Sundhedsstyrelsen forsøger at skabe konsensus om, at specialisering af læger skaber et godt sygehusvæsen. Vi kan primært identificere en diskursiv magt, men også den forhandlede magt er synlig, da Sundhedsstyrelsens anbefalinger endnu ikke er cementeret som krav, regionerne skal følge.

Den nye sundhedslov fastsætter rammerne om specialeplanlægningen i den nye sygehusstruktur. Sundhedsstyrelsen får nu tildelt det overordnede ansvar for specialeplanlægningen, som skal foregå i samarbejde med *"et rådgivende udvalg for specialeplanlægning"* (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2005).

Med den nye lovgivning har Sundhedsstyrelsen nu magt til at fastsætte kravene for fordelingen af specialer på landets sygehuse. Det eneste forbehold er, at et rådgivende udvalg først skal høres, og Sundhedsstyrelsen selv, har formandskabet for udvalget. På dette tidspunkt har eksperter i Sundhedsstyrelsen længe ønsket en revurdering og samling af specialer, for at øge ekspertisen hos de enkelte læger. Den nye sundhedslov opfattes derfor af Sundhedsstyrelsens planlægningschef Lone de Neergaard, som et positivt skridt i denne retning. *"Der gik mange og talte om og diskuterede, fagfolk, politikere og så videre, og så kom jo rent faktisk sundhedsloven, som jo virkelig flyttede fokus"* (Neergaard 2011:3).

Sundhedsstyrelsen nedsætter herefter Den Regionale Baggrundsgruppe for Specialeplanlægning, der primært består af administrative og sundhedsfaglige repræsentanter fra regionerne og Sundhedsstyrelsen selv. I juni 2007 fremsætter Sundhedsstyrelsen og Den Regionale Baggrundsgruppe for Specialeplanlægning akutrapporten *"Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen"* (herefter akutrapporten). Akutrapporten opstiller forskellige anbefalinger, for den mest optimale organisering ved at samle akutfunktionerne på færre sygehuse, og ved at anbefale et befolkningsunderlag for fælles akutmodtagelse på 200.000-400.000 indbyggere (Sundhedsstyrelsen og Den Regionale Baggrundsgruppe 2007:8). På nuværende tidspunkt er der et væsentligt mindre befolkningsgrundlag til akutsygehuse, og det er derfor en omfattende reform. *"Et væsentligt mål med rapporten er bl.a., at der skal ske en samling*

af antallet af akutmodtagelser på sygehusene til omtrent det halve” (Sundhedsstyrelsen og Den Regionale Baggrundsgruppe 2007:1).

Sundhedsstyrelsen formår succesfuldt at knytte patientgrundlaget og specialisering. En akuttæge skal således have et patientgrundlag med mindst 200.000 indbyggere for at få den nødvendige træning i alle slags operationer. Specialisering kræver, at lægen jævnligt får træning i de samme operationer, og hovedprincippet er, at *”øvelse gør mester”* (Neergaard 2011:3). Det er op til Sundhedsstyrelsen og regionerne i samarbejde at sørge for, at anbefalingerne bliver fulgt.

Sundhedsstyrelsen skal ifølge lovgivningen høres, når nye sygehusplaner udarbejdes i regionerne (Sundhedsstyrelsen og Den Regionale Baggrundsgruppe 2007:1). I implementeringsfasen er der således et tæt samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og Region Sjællands administration: *”Der var jo kontinuerlig kontakt imellem Sundhedsstyrelsen og vores folk”* (Ebbensgaard 2011:11).

Ifølge Neergaard har dette samarbejde, givet Region Sjælland indflydelse på specialeplanlægningen. *”Der er bestemt kommet kommentarer både fra de videnskabelige selskaber og fra regionerne, som har været yderst fornuftige og rigtigt, som er blevet taget til efterretning”* (Neergaard 2011:6).

Samtidigt giver Neergaard udtryk for, at Sundhedsstyrelsen siger fra overfor Region Sjælland, når der er fagligt belæg for det: *”[...] nu er de for langt fra målet, og det må vi jo give udtryk for”* (Neergaard 2011:6).

Der er ingen tvivl om, at Sundhedsstyrelsens nye position giver dem et stærkt udgangspunkt for at sikre at deres faglige grundlag slår igennem i sygehusplanerne. Samtidig lykkedes det at præge hvilke emner, der bliver centrale i debatten om den nye sygehusstruktur. Mange af politikerne har accepteret Sundhedsstyrelsens faglige argumenter, og er klar over, at sygehusvæsenet bevæger sig mod en øget specialisering. *”Hvis du ikke ser tilstrækkelig mange blindtarmsbetændelser [...] eller de der særlige canceroperationer og -behandlinger – så bliver du ikke dygtig nok”* (Holmer 2011:4).

Politikerne viser ikke bare forståelse overfor tankegangen om specialisering af læger, de anvender også Sundhedsstyrelsens sprogbrug. *”Tankegangen om at øvelse gør mester [...], der skal være et eller andet volumen for at vi hele tiden kan specialisere, vi kan have forskning og så videre”* (Stenbæk 2011:2).

Denne proces er altså påvirket af diskursiv magt, som især fremføres af Sundhedsstyrelsen. Det er lykkedes, at gøre forståelsen om at specialiseringen af sygehusvæsenet er en nødvendighed for at sikre en høj kvalitet til alment accepteret. Baggrunden for den store enighed om specialisering skyldes ifølge daværende sundhedsministeren Jakob Axel Nielsen (C) en generel faglig konsensus. ”Den faglige konsensus blandt sygeplejersker, læger og systemfolk, den har været enorm omkring det begreb, der hedder: øvelse gør mester” (J. A. Nielsen 2011:1).

Ifølge Neergaard strækker den konsensus sig også til regionsrådet, men spørgsmålet er bare, hvordan man prioriterer det i forhold til andre politiske hensyn. ”Altså det der med at samle ting, er der også grundlæggende enighed om, problemet er bare, når vi lige når til mig, der bor lige her, så kan man godt nogle gange synes et eller andet, andet” (Neergaard 2011:6).

Ud fra forudsætningerne om specialisering, skal Region Sjælland udforme deres første sygehusplan i 2007. Ifølge Axel Nielsen skiller Region Sjælland sig ud i denne proces, ved ikke at følge den faglige agenda sat af Sundhedsstyrelsen. ”Der er flere regioner, der arbejder fuldstændigt med efter den dagsorden. Region Sjælland er så den, der ikke gør” (J. A. Nielsen 2011:1).

Axel Nielsen argumenterer for, at Region Sjælland er den region, som ikke arbejder ud fra den faglige dagsorden sat af Sundhedsstyrelsen, og som er støttet af regeringen. At bryde den konsensus der er skabt mellem Sundhedsstyrelsen og regeringen, skal vise sig at være svært.

Det faglige grundlag for sygehusplanerne

Med sundhedsloven giver regeringen Sundhedsstyrelsen nye kompetencer til at få direkte indflydelse på fordelingen af specialer på sygehusene. Hermed bliver dele af sygehusplanlægningen centraliseret og Sundhedsstyrelsen får beslutningskompetence på en vigtig del af sygehusstrukturen. Samtidig bliver der nedsat en gruppe, som skal se på fordelingen af akutfunktioner, hvor de administrative chefer fra regionerne får mulighed for at argumentere sig til indflydelse. Gruppen giver en række anbefalinger, som skal implementeres af regionerne, men det er uklart, om kravene er til forhandling. Der er altså endnu ikke klarhed om magtfordelingen mellem de forskellige niveauer. Sundhedsstyrelsen forsøger samtidig at skabe konsensus om, at specialisering er svaret på de problemstillinger, som sygehusvæsenet står overfor. Gennem en diskursiv magt forsøger de at gøre deres ekspertviden til den alment accepterede. Den overordnede tvivl om kompetencer og ansvar, gør det muligt for Region Sjælland selv at definere deres første sygehusplan.

4.1.4 Sygehusplan 2007 – en kamp om lokale sygehuse

Mange faktorer spiller ind, da Region Sjælland skal udarbejde deres sygehusplan frem mod 2020 i foråret 2007, men det er især spørgsmålet om lukningen af de små sygehuse, der er højt på dagsordenen. Her kommer lokale alliancer til at spille en stor rolle for udformningen af sygehusplanen, og for at opnå enighed må man derfor tænke decentralt. Sundhedsstyrelsen kommenterer undervejs planerne, men Region Sjælland holder fast i, at regionens geografiske og demografiske situation er mere afgørende end Sundhedsstyrelsens faglige anbefalinger. Dette skal vise sig, at få konsekvenser for holdbarheden af planen. Den primære magt i denne beslutning er den diskursive magt, som vi kan identificere i den kamp mellem Region Sjælland og regeringen, hvor Region Sjælland vil diskutere deres specielle forhold og kommende udfordringer, mens regeringen nægter at indgå dialog.

Den første store opgave de nye regioner står overfor, er den nye sygehusstruktur, og arbejdet begynder med det samme. Den daværende regionsrådsformand har en klar tilgang til opgaven:

”Jeg havde så en filosofi, som jeg stadig ikke har fortrudt, men som gjorde livet besværligt for mig. Jeg sagde: jeg vil sådant set hellere lave en plan for, hvad der skal bestå, og hvor vi vil satse, frem for at have en plan, hvor vi starter med at sige: vi skal nedlægge sygehuse i randområderne, med al den ballade det vil give” (Ebbensgaard 2011:6).

Region Sjællands regionsrådsformand vælger at fokusere på, hvilke sygehuse der skal bevares, i stedet for mere tydeligt at forklare, hvor der skal nedskæres og lukkes. Denne tilgang til sygehusstrukturen er tydelig i Region Sjællands 2007-plan. Ebbensgaard tilkendegiver, at denne holdning, gjorde livet besværligt for ham, især når planen skulle forklares til andre aktører. Mange af regionsrådsmedlemmerne har været borgmestre, siddet i kommunalbestyrelse, og flere sidder stadig i det lokale byråd sideløbende med deres deltidsstilling i regionsrådet. Dette påvirker ifølge regionsrådsmedlem Skjold de la Motte (F) regionsrådspolitikernes holdninger til sygehusplanerne, samt deres evne til at tænke regionalt. *”Hele den her snak om hovedsygehuse, hvor sygehusene skal ligge, der var synspunkterne jo langt hen ad vejen farvet af, hvor man boede henne” (Motte 2011:4).*

Dette får også betydning for partidisciplinen, da alliancer nu bliver dannet ud fra geografiske tilhørsforhold og ikke parti. Stenbæk gør opmærksom på, hvad der deler partierne i regionsrådet.

”Det har været, hvor man kom fra [...] Vi må prøve at skabe et kvalificeret flertal med dem der ikke

havde så meget i klemme derhjemme. Så måtte vi accepterer, at der var nogen, der måtte stå af (Stenbæk 2011:7).

Lokalinteresser spiller derfor en stor rolle, da den regionale sygehusstruktur skal behandles. Der er en tendens til, at regionsrådspolitikerne tænker på deres hjemstavn, og hvordan sygehusstrukturen vil påvirke netop deres område. Stenbæk havde gerne set, at politikerne formåede at tilgodese hele befolkningens interesser. *”Jeg var lidt skuffet over, at man ikke ligesom formåede at hive sig lidt op og så sige, hvad har fremtiden brug for”* (Stenbæk 2011:9).

Ifølge Stenbæk mangler regionsrådsmedlemmerne forståelse for, hvad der er det bedste sygehusvæsen i Danmark på lang sigt. Også Axel Nielsen finder det fortvivlende, at regionspolitikere ikke kunne sætte sig ud over deres tilhørsforhold: *”Der har været meget sognerådspolitik”* (J. A. Nielsen 2011:8).

Det tyder på, at regionspolitikere ikke formår at tænke overordnet. Region Sjælland er en ny institution, som endnu ikke har fundet en fælles forståelse for, hvad det vil sige at repræsentere et regionalt niveau. Det er ud fra denne debat, præget af lokale hensyn, at administrationen skal komme med forslag til forskellige scenarier for en sygehusplan i februar 2007. Administration er i en svær situation, hvor de skal balancere mellem politikernes ønsker på den ene side, og de faglige anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen på den anden. Oplægget indeholder tre scenarier for en ny sygehusstruktur, og lægger stor vægt på de særlige betingelser og udfordringer som Region Sjælland har. Region Sjælland argumenterer for at andelen af ældre vil stige, at der er store forskelle mellem områderne internt i regionen, og skriver at: *”regionen har i modsætning til andre regioner, ikke nogen naturlig metropol”* (Region Sjælland 2007a:9).

Argumenterne skal retfærdiggøre, at de scenarier Region Sjælland opstiller, ikke følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger for samling af specialer, samt patientgrundlaget til akutsygehuse. Inden et endeligt valg kan træffes, skal regionsrådet, som følge af sundhedsloven: *”indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning”* (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2005).

Regionens administrative oplæg til sygehusplaner sendes derfor til høring i Sundhedsstyrelsen, som kommer med kommentarer, inden en beslutning skal på dagsordenen i regionsrådet. Dette sker i april 2007, hvor Sundhedsstyrelsen blandt andet kommenterer, at Region Sjælland afviger fra en række anbefalinger i Sundhedsstyrelsens akutrapport (Sundhedsstyrelsen 2007:2). På trods af at der er flere forskellige scenarier, er Sundhedsstyrelsen meget kritisk overfor dem alle. Udover at

scenarierne ikke lukker nok sygehuse, så er det især fordelingen af de lægefaglige specialer på flere sygehuse, som bliver set som problematisk.

”Som udgangspunkt bør regionsfunktioner kun varetages på ét sygehus, og endvidere bør forskellige regionsfunktioner i Region Sjælland samles på samme sygehus for at sikre den sundhedsfaglige kvalitet og udnyttelse af akutberedskab og tværgående specialer”
(Sundhedsstyrelsen 2007:4).

På dette tidspunkt er det ikke et krav, at Sundhedsstyrelsens kommentarer skal følges, og Region Sjælland kan derfor modstå det faglige pres, som Sundhedsstyrelsen lægger. Gennem det administrative oplæg forsøger Region Sjælland, at argumentere for at deres specielle geografi skal give dem ret til at bibeholde en decentral struktur. Tidligere sundhedsminister Jakob Axel Nielsen beskriver, hvordan Region Sjælland forsøger at komme i dialog.

”Jeg tror, de havde regnet med, at de kunne komme i en dialog, og sige: at deres specielle forhold og vi har nogle meget store, geografisk afstande, og jeg ved ikke hvad, en australier ville i hvert fald grine sig selv ihjel” (J. A. Nielsen 2011:2–3).

Ministeren lægger her stor afstand til Region Sjællands tilgang til udarbejdelsen af deres første sygehusplan. Selvom dele af arbejdet foregår i en dialog med regeringen, er det ikke alle emner der er til forhandling. Region Sjælland må konstatere, at deres argumenter ikke lægger indenfor rammerne af de emner, der diskuteres i forhold til sygehusplanerne.

Kritikken fra Sundhedsstyrelsen får i første omgang ingen konsekvenser og Region Sjælland vedtager den 7. juni 2007 deres første sygehusplan (herefter sygehusplan 2007). Det er et stort set enigt regionsråd der godkender planen. På dette tidspunkt er der stadig tvivl om, hvorvidt Sundhedsstyrelsens bemærkninger skal tolkes som anbefalinger eller krav. Konstitueret planlægningschef i Region Sjælland udtaler:

”[...] man havde jo pejlemærkerne i forhold til akutrapporten fra Sundhedsstyrelsen, men de var endnu ikke så konkrete i forhold til de faglige anbefalinger til sammensætningen af et akutsygehus, så derfor regnede man med, at man kunne gennemføre 07-planen” (Larsen 2011:2).

Retningslinjerne fra Sundhedsstyrelsen er klare, men regionsrådet vurderer ikke, at det er nødvendigt at følge dem: *”Sundhedsstyrelsen kommenterede også vores plan, og vi havde så en*

oplevelse af, at vi behøvedes jo ikke nødvendigvis at være enige med Sundhedsstyrelsen” (S. B. Nielsen 2011:2).

Region Sjælland vedtager altså en sygehusplan, som ikke følger retningslinjerne fra Sundhedsstyrelsen, men som har opbakning fra et næsten enigt regionsråd. Sygehusplan 2007 bliver til på et tidspunkt, hvor der er usikkerhed om Sundhedsstyrelsens indflydelse. På trods af kritik fra Sundhedsstyrelsen var der stadig en stolthed i regionsrådet over deres plan, og derfor er mange skuffede, da man senere må ændre den: *”Man er hoppet helt fra den gamle sygehusplan, som var rigtig god” (Motte 2011:17).*

Sygehusplan 2007 er populær i regionsrådet, og Region Sjællands betingelser ses som velargumenteret internt, men medlem af Juhl-udvalget Pedersen er ikke imponeret over, at det lykkedes regionsrådet at opnå enighed om planen: *”det er jo let at blive enige, hvis man ikke ændrer noget” (Pedersen 2011:3).*

Pedersen giver udtryk for, at Region Sjælland ikke har fuldført den opgave, de er blevet stillet. De har ikke formået at ændre tilstrækkeligt i deres sygehusplan, for derved at fremtidssikre regionens sygehuse. Der er på dette tidspunkt stor uenighed mellem de faglige eksperter og regionsrådet samt usikkerhed om, hvem der bestemmer hvad.

Nærhed kontra specialisering

Den nye region står ikke kun overfor en stor udfordring i skabelsen af en ny sygehusplan, regionen skal også danne egne arbejdsgange og udvikle fælles værdier. Der er et stolt regionsråd, der i juni 2007 med stor enighed kan vedtage deres første sygehusplan, på trods af kritik fra Sundhedsstyrelsen. De nyvalgte regionsrådspolitikere har primært fokus på at forsvare sygehuse i deres eget område, hvilket gør det svært at lukke sygehuse. Planen bemærker sig ved meget få ændringer i strukturen, og ved ikke at nedlægge sygehuse. Dette forsvares gennem argumenter om Region Sjællands specielle geografi, som gør det svært at leve op til kravene fra Sundhedsstyrelsen. Her forsøger Region Sjælland at forhandle sig til en øget indflydelse over deres sygehusplan, men deres argumenter accepteres ikke. Regeringen og Sundhedsstyrelsen har i tæt samarbejde formået at skabe et hegemoni om specialisering, der knyttes til et godt sygehusvæsen. Region Sjælland forsøger, at komme på banen ved hjælp af diskursiv magt, men det er tydeligt, at regeringen ikke ønsker at indgå dialog. Dermed bliver det svært for Region Sjælland at præge debatten på dette

tidspunkt. Nu begynder ventetiden. Regeringen skal godkende, at planen skal have midler, men det sker ikke med det samme. Først skal et ekspertudvalg vurdere sagen.

4.1.5 Nedsættelsen af Juhl-udvalget – et mellemed introduceres

I sommeren 2007 føres afgørende forhandlinger mellem regeringen og Danske Regioner om regionernes økonomi, og det besluttet her, at der skal skabes en struktur for beslutningsprocessen om regionernes sygehusplaner. Den nye struktur indeholder en ny aktør, nemlig et ekspertudvalg, som skal vise sig at få stor betydning. Her er der fokus på statens juridiske magt, da regeringen kommer til at styre og forme en beslutningsproces. Samtidigt træder institutionel magt frem, da eksperternes fremtrædende rolle i beslutningsprocessen ses som naturlig.

I forbindelse med aftalen om Juhl-udvalgets nedsættelse aftaler regeringen og Danske Regioner følgende:

”For at understøtte ændringer i sygehusvæsenet, der øger kvalitet og produktivitet, er der enighed om, at regionernes fremtidige investeringer skal ske i overensstemmelse med en række overordnede principper” (Regeringen og Danske Regioner 2007:17).

Med aftalen lægges rammerne for sygehusplanerne endeligt fast, og den får derfor afgørende betydning for de kommende beslutninger i regionen. Enigheden mellem regeringen og Danske Regioner skaber et fælles ståsted, som binder de enkelte regioner til at følge aftalen. I aftalen bliver det cementeret, at: *”Sundhedsstyrelsens krav skal følges og dens anbefalinger bør efterleves”* (Regeringen og Danske Regioner 2007:17).

Aftalen flytter hermed magt til Sundhedsstyrelsen, da deres anbefalinger nu bliver udgangspunkt for den forhandlede konsensus. Samtidig besluttet det, at der skal nedsættes et ekspertudvalg, som skal vurdere de sygehusplaner, som bliver fremlagt af regionerne. Dette ekspertudvalg får overlæg Erik Juhl som formand, og bliver herefter døbt Juhl-udvalget. I økonomiaftalen mellem regeringen og Danske Regioner står der, at ekspertpanelet skal vurdere de konkrete strukturelle anlægsprojekter, og at det skal ske: *”på baggrund af dialog med de enkelte regioner om de konkrete projektforslag og antagelserne heri”* (Regeringen og Danske Regioner 2007:6).

Der lægges gennem aftalen vægt på, at Juhl-udvalgets vurderinger skal ske i samarbejde med regionerne. I praksis foregår dette gennem en begrænset kontakt med det administrative niveau,

hvilket regionsrådet ikke har været tilfreds med. Således siger formanden: ”[...] vi har aldrig haft møder med dem, de har aldrig interesseret sig for, hvad vi mener” (S. B. Nielsen 2011:3).

Dialogen med det politiske niveau bliver nedprioriteret, hvilket ikke er en tilfældighed. Nedsættelsen af Juhl-udvalget var for regeringen både et ønske om at sikre faglighed, men også at afpolitiserer en allerede anspændt debat. ”Det gjorde vi for at få ekspertisen ind over, og ligesom afpolitiserede det. Jeg tror faktisk, det var rigtigt klogt, at man gjorde det på den måde” (J. A. Nielsen 2011:3).

Ved at nedsatte et ekspertudvalg til at træffe de svære beslutninger undgår regeringen, at skulle diskutere hver enkelt lille beslutning, og får samtidig holdt regionerne fast på de faglige forudsætninger. På den måde formår regeringen at fastsætte dagsordenen for, hvilke emner der skal diskuteres, og hvilke emner der bedst er overladt til eksperterne.

”Regeringen lænende sig jo op ad Erik Juhl-udvalget, og holdt dermed også armslængde, fordi det var regionernes eget ansvar, at få lavet nogle sygehusplaner. De sygehusplaner, skulle laves ud fra forudsætninger om kvalitet og befolkningsunderlag, og da de ikke kom, jamen så fik de ikke nogen penge” (J. A. Nielsen 2011:2).

Regeringen kan ikke diktere udformningen af sygehusplanerne, men de kan udnytte deres økonomiske magt til ikke at støtte visse sygehusplaner. Denne magt bruger de til at holde regionerne fast på de rammer, der er aftalt med Danske Regioner.

Politikerne har alle en personlig holdning til Juhl-udvalgets indflydelse i vores beslutningsproces. Elholm ser deres nedsættelse som en naturlig del af processen for at skabe det bedst mulige sygehusvæsen.

”Politikere kan jo have mange politiske holdninger, men vi ved jo ikke, hvordan vi skaber det bedst mulige sygehus. Det er jo en faglig proces, og derfor er der brug for nogle faglige personer, som kan tage fat på det her” (Elholm 2011:2).

For Elholm har politikerne ikke den nødvendige viden til selv at træffe denne beslutning. Generelt ser tilhængerne af Juhl-udvalget den rigtige ekspertviden som afgørende, når det kommer til at indrette og udvikle sundhedsvæsenet. Her må politiske holdninger og lokale hensyn ikke stå i vejen for at skabe de nødvendige forbedringer. Flere af regionsrådspolitikerne har en anden mere kritisk holdning til Juhl-udvalget.

”Jeg har ikke på noget tidspunkt sat spørgsmålstegn ved deres ekspertise i Juhl-udvalget, men de har arbejdet ud fra nogle bestemte forudsætninger og nogle bestemte krav fra regeringen [...] de får det jo til at glide lettere ned, for man kan henvise til ekspertpanelet” (Motte 2011:5–6).

Skjold de la Motte (SF) er ikke enig i de forudsætninger Juhl-udvalget arbejder ud fra, og ser derfor kritisk på deres anbefalinger. Han har dog generelt forståelse for, at regeringen nedsætter Juhl-udvalget. Modsat forstår regionsrådsformanden ikke meningen med nedsættelsen af Juhl-udvalget, som han ser om et demokratisk problem.

”Jeg var imod det. Jeg gjorde i Danske Regioner meget opmærksom på, at jeg synes det var en dårlig ide. Jeg synes, det var i den grad fremmed for dansk kultur, dansk demokrati og dansk måde at praktisere tingene på. Altså, en ting er, at en regering skal selvfølgelig have nogle rådgivere, men dem havde de jo i Sundhedsstyrelsen [...] Hvorfor de har gjort det, det må du spørge dem om” (S. B. Nielsen 2011:3).

Regionsrådsformanden ser Sundhedsstyrelsen som eksperterne på området, og har ingen forståelse for, at endnu en gruppe eksperter skal have indflydelse på processen. Alle er bevidste om Juhl-udvalgets position i det politiske spil. Kjeld Møller Pedersen, som er medlem af Juhl-udvalget, udtaler, at de på en række områder har fungeret som mellemlid: *”Jeg ved ikke om de giver os ære for det, men det er klart [...], at på mange områder der har vi jo været budbringere” (Pedersen 2011:5).*

Juhl-udvalget har været garant for, at regionerne har fulgt Sundhedsstyrelsens retningslinjer. Dette har samtidigt kompliceret regionernes muligheder for direkte forhandlinger med regeringen. Region Sjælland har ikke alene kunne lægge et offentligt pres på regeringen, i høj grad fordi Juhl-udvalget har fungeret som armslængde mellem de to niveauer.

Magt uden beslutningskompetence

Aftalen mellem regeringen og Danske Regioner fastlægger en struktur for beslutningsprocessen. Juhl-udvalget skal på baggrund af Sundhedsstyrelsens anbefalinger give anbefalinger til regeringen om, hvordan midlerne skal fordeles mellem regionerne. Nedsættelsen af Juhl-udvalget har for regeringen flere formål. For det første skal de sikre, at de faglige retningslinjer bliver fulgt, men samtidig skal deres nedsættelse hjælpe til at afværge politiske konflikter. Ved at få et ekspertudvalg til at træffe de svære afgørelser, er det nemmere for regeringen at komme igennem med de omfattende reformer. Juhl-udvalget opnår derfor indflydelse på processen, på trods af at de ikke

besidder beslutningskompetencer. Mange ser positivt på udvalgets faglige input, men for udvalgets kritikere besværliggør de en dialog om sygehusplanerne. På trods af kritikken sætter få spørgsmålstegn ved Juhl-udvalgets input og argumenter. Der kan derfor identificeres en institutionel magt, hvor eksperter argumenter vægtes højest i beslutningsprocessen.

4.1.6 Juhl-udvalgets afvisning af 2007-planen – en kold dukkert til Region Sjælland

I november 2007 begynder Juhl-udvalget deres arbejde med at vurdere regionernes sygehusplaner. Dette sætter regionens eget arbejde i stå, mens man venter på den afgørende vurdering. Regeringen skal ikke nødvendigvis følge udvalgets anbefalinger, men de ser flere fordele i at følge deres udtalelser. Derfor får Juhl-udvalgets vurdering, og de retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen som lægger til grund for vurderingen, nu afgørende betydning. Samtidig forsøger regionen at komme i dialog om deres plan, men det skal vise sig svært at præge de rammer, som er lagt af regeringen og Danske Regioner. Vi identificerer hermed primært Juhl-udvalgets økonomiske magt, idet de ikke tildeler penge til de sygehusbyggerier, der ikke følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Samtidigt bliver det tydeligt, at Sundhedsstyrelsen har formået at etablere en forståelse af, at specialisering giver de bedste sygehuse.

I november 2008 udkommer Juhl-udvalgets vurdering af regionernes sygehusplan, som giver en hård kritik af Region Sjællands 2007-plan. ”*Ekspertpanelet vurderer, at Region Sjællands sygehusplan er væsentligt mere kortsigtet og mindre ambitiøs end de øvrige regioner*” (Regeringens ekspertpanel 2008:17).

Især manglen på lukningen af de små sygehuse, samt spredningen af de specialiserede behandlinger mellem Roskilde og Næstved Sygehus, bliver kritiseret af Juhl-udvalget. De anbefaler derfor, at Region Sjælland udarbejder en mere langsigtet og bæredygtig sygehusplan, hvor de specialiserede behandlinger er samlet på ét af akutsygehuses (Regeringens ekspertpanel 2008:18). Hermed har Region Sjællands sygehusplan 2007 fået sin endelige afvisning og Sundhedsstyrelsens anbefalinger bliver cementeret som nødvendige at følge. Pedersen uddyber Juhl-udvalgets begrundelse således: ”[...]fordi at de [Region Sjælland] i første sygehusrunde, så at sige, [...], ikke gik særligt hårdt til værks, og jo i en vis forstand valgte at se bort fra Sundhedsstyrelsens retningslinjer” (Pedersen 2011:3).

Juhl-udvalget har ikke lavet nogen selvstændige undersøgelser, men mener ikke, at Region Sjællands plan lever op til de faglige krav nedsat af Sundhedsstyrelsen, og vælger kun at give penge

til Region Sjællands psykiatriplan, men ikke til sygehusbyggeri. Dette sker i en faglig konsensus med regeringen, som ikke ønsker at være dem, der skrotter Region Sjællands plan. *”Vi holdt fast i Juhl-udvalget, og det var sagligt fornuftigt, men det var da også klart, det var da det letteste. Men det var også sagligt, og det var måden at tvinge store forandringer igennem på”* (J. A. Nielsen 2011:3).

For Axel Nielsen er Juhl-udvalget den mest saglige måde at skabe forandringer på, men det er også måden at legitimere omfattende reformer. Regionsrådet er klar over, at deres plan ikke lever fuldt op til Sundhedsstyrelsens krav, men de er stadig overraskede over den måde, som planen bliver afvist af Juhl-udvalget og indirekte af regeringen, på. *”Det skabte jo en del panik, den måde de underkendte den på. Det var sådan ved at sige: I får ikke nogen penge, og det er jo virkelig et argument, der har en ganske stor effekt”* (S. B. Nielsen 2011:2).

For regionsrådsformanden er dette ikke en legitim måde at anvende magt på, fra regeringens side. Selvom det er klart, at regeringen sidder på den økonomiske magt, mener Bach Nielsen, at der skulle have været mulighed for dialog. Der er i Region Sjælland en tydelig utilfredshed med denne del af processen. Larsen beskriver forløbet. *”Jeg kan godt forstå, at man kan anskue det som lidt problematisk, at man har en politisk forsamling, som vedtager en plan, og året efter får de at vide: det holder ikke, om igen”* (Larsen 2011:13).

Der er en undren over den måde processen foregår på og den manglende accept af regionsrådets beslutning. Regionen forsøger nu at komme i forhandlinger med både Juhl-udvalget og regeringen.

”Jeg synes, det er helt utilgiveligt, at det ekspertpanel som regeringen havde ønsket, at det ikke interesserede sig for, hvad det var for nogle begrundelser vi havde, altså havde drøftet det med os [...] Hvis nogen skulle forhandle, så skulle det være regeringen, men de har heller ikke ønsket at drøfte det med os” (S. B. Nielsen 2011:3).

Hverken Juhl-udvalget eller regeringen ønsker at forhandle direkte med regionsrådet, til stor frustration for den nuværende formand. Selvom forhandlinger er begrænsede, så lykkedes det i flere af de andre regioner at finde frem til alternative løsninger.

”Hvis jeg skal vurdere lidt, så synes jeg Sygehus Syd – Sønderjylland har lavet nogle, egentlig nogle udmærkede modeller, og Sygehus Midt, og sådan set også Nord, har en mere differentieret, end man har i Region Sjælland, hvor man har fuldt Sundhedsstyrelsen og Juhl-udvalget til punkt og

prikke. Der har de altså lavet nogle mellemløsninger, som de har fået godkendt” (Motte 2011:16–17).

Det viser, at planerne ikke kun er styret oppefra, men at nogle aktører formår at påvirke de umiddelbare anbefalinger fra Juhl-udvalget. Motte er skuffet over, at Region Sjælland ikke formår at påvirke planerne i højere grad. Men der er ingen gode råd til Region Sjælland, da deres sygehusplan fra 2007 bliver afvist.

”Det er Juhl-udvalget der så siger, den plan kan vi ikke acceptere. De var så grove, at de lod vær’ med at give anvisninger, det gjorde de jo i Vestjylland, det gjorde de jo i Syd og for den sags skyld også i Nord” (Ebbensgaard 2011:9).

Den daværende regionsrådsformand ser det som en forskelsbehandling. Han ser det som uretfærdigt, at Region Sjælland ikke får en bedre forklaring, og derved et bedre udgangspunkt for at debattere en ny plan, som alle ser som acceptabel. Axel Nielsen omtaler, hvordan regeringen forsøgte at forklare, hvilke planer der kan opfylde retningslinjerne.

”[...] hvor jeg hviskede dem [Region Nordjylland] i ørerne og så sige: jamen, det her, det er det, vi giver jer, fordi det er det eneste, vi har haft mulighed for at tage stilling til. Men kommer der noget andet, jamen så ændre vi også vores indstilling” (J. A. Nielsen 2011:9).

Regeringen er altså åben for forskellige alternativer, så længe de er velunderbygget og generelt opfylder de faglige krav. Der er derfor mulighed for at forhandle sig til indflydelse. Selvom andre regioner får rådgivning om, hvordan de kan forbedre deres planer, så er det ikke helt så nemt for Region Sjælland, hvilket Axel Nielsen indrømmer: *”Der var vi nok noget mere hårde i filten, fordi der var afstanden for lang”* (J. A. Nielsen 2011:9).

Afstanden mellem den første plan og de retningslinjer der er fremsat, er ifølge Axel Nielsen for lang til, at kompromiser og gode råd kan fremsættes, og derfor vælger regeringen altså at understrege de oprindelige retningslinjer. Det viser, at dialogen mellem Region Sjælland og regeringen ikke er så konstruktiv som i andre regioner. Axel Nielsen understreger således, at det kommer som en overraskelse for regionsrådet, at deres argumenter om demografiske og geografiske forhold ikke er til debat. *”[...] at vi så valgte at holde fast i spillereglerne, frem for at lave politik på gammeldags manér, det kom altså som et chok for dem”* (J. A. Nielsen 2011:5).

Den tidligere sundhedsminister forklarer, at politik på gammeldags maner, hvor politiske processer er præget af mange personlige forhandlinger, er forældet. Fagligheden er i højsædet, og der er derfor ikke brug for den samme grad af dialog. Også Juhl-udvalget er overraskede over, at regeringen ikke i højere grad ønsker at debattere emnet, og sætte deres eget præg på de anbefalinger, som Juhl-udvalget kommer med.

”[...] Regeringen har jo valgt at følge samtlige af vores indstillinger, som jeg plejer at sige lidt spøgende, ned til komma-, stave- og punktumfejl [...] Det er jo nok ikke udtryk for, at vi sidder i dyb visdom, det er nok mere udtryk for at det er så kompliceret et puslespil, at der er ingen der rigtigt tør røre ved det” (Pedersen 2011:9).

Regeringen vælger at følge Juhl-udvalgets indstillinger, og som Pedersen pointerer, så tror han ikke, at det er fordi, de er eksperter, men snarere fordi sygehusstrukturen er et anspændt politisk emne. Regeringen vælger derfor, at overgive noget af den økonomiske magt til Juhl-udvalget, og opnår derved faglig legitimitet om den samlede struktur. Det bliver sværere for regionspolitikkerne, at indgå dialog om den enkelte sygehusplan. Ebbensgaard forsøger at komme i dialog med sundhedsministeren, men Axel Nielsen frygter, at det vil gå ud over kvaliteten af sygehusplanerne.

”Så havde Kristian [Ebbensgaard] lige pludselig fået en indflydelse, der havde givet dårligere sygehuse, og jeg havde reduceret min egen indflydelse. Min indflydelse var størst ved at sige: ved du hvad, vi følger spillereglerne. Dem har vi lavet med Danske Regioner” (J. A. Nielsen 2011:10–11).

Axel Nielsen vil ikke diskutere Region Sjællands sygehusplan med Ebbensgaard, og er opmærksom på, at det vil kunne mindske hans indflydelse på processen. I stedet vælger han stringent at følge aftalen med Danske Regioner, og Region Sjællands decentrale struktur bliver sendt til tælling. Juhl-udvalget vælger stadigvæk at give et mindre beløb til udbygningen af akutafdelingen på Slagelse Sygehus i første ombæring. Hermed kan implementeringen af dele af sygehusplan 2007 begynde, på trods af at der ikke endnu er vedtaget en endelig beslutning. Ebbensgaard ser dette som en uofficiel godkendelse af den akutplan, der var tilknyttet Region Sjællands første sygehusplan 2007. *”På det tidspunkt, hvor de i øvrigt ikke godkender vores plan, men indirekte der godkender de vores placeringer af vores akuthospitaler” (Ebbensgaard 2011:9).*

Denne del af beslutningsprocessen viser, at dele af implementeringsfasen begynder, inden en endelig beslutning for den samlede sygehusstruktur er taget. Det er tydeligt, at beslutningsprocessen

derfor ikke følger en gammeldags fasemodel, men at tilfældige hændelser betyder, at begyndelsen med at udbygge og modernisere Slagelse Sygehus nu kan gå i gang. Arbejdet med at udvikle akutstrukturen er altså begyndt, hvilket ifølge Ebbensgaard har stor betydning, da en ny plan skal vælges.

Beslutningsprocessens hierarki defineres

Beslutningen om afvisningen af Region Sjællands første sygehusplan sker gennem Juhl-udvalget. Regeringen vælger at give Juhl-udvalget magt til at påvirke beslutninger, mod at ekspertudvalget kan give planerne en faglig legitimitet. Juhl-udvalgets anbefalinger følges til punkt og prikke for at undgå omfattende forhandlinger, og de eventuelle konflikter det kunne medføre. Uden nogen som helst beslutningskompetence får Juhl-udvalget derfor betydning for beslutningsprocessen. Det er regeringen der reelt styrer denne del af beslutningsprocessen via Juhl-udvalget, da de altid har mulighed for at gå imod udvalgets anbefalinger. I begyndelsen af processen var muligheden for forhandling og samarbejde præget af usikkerhed, men med Juhl-udvalgets hårde afvisning af Region Sjællands sygehusplan er hierarkiet defineret. Dem der får en skjult indflydelse gennem Juhl-udvalgets beslutninger, er Sundhedsstyrelsen, da Juhl-udvalgets hovedopgave er at sørge for, at deres faglige retningslinjer er fulgt. Hermed er det lykkedes Sundhedsstyrelsen at skabe konsensus om deres faglige krav.

4.1.7 Første forsøg med at få en ny sygehusplan vedtaget – manglende politiske alliancer

Efter Juhl-udvalget har valgt ikke at tildele Region Sjælland penge til sygehusplan 2007, er der brug for at tænke nyt. Administrationen og regionsrådsformanden er efter afvisningen hurtigt klar med en ny plan, men regionsrådet er ikke klar til at vedtage den. Det er ikke lykkedes at skabe de nødvendige politiske alliancer, og den kommende valgkamp gør politikerne nervøse for at vælge side. Især den forhandlede magt præger denne beslutning, hvor politiske alliancer skal indgås, men beslutningen er også påvirket af det pres regionsrådspolitikkere og administratorer mærker fra Juhl-udvalgets deadline for screening.

I foråret 2009 fremlægger Ebbensgaard en ny sygehusplan:

”[vi] prøvede at fortælle Juhl-udvalget: Ja, vi vil gerne samle noget mere i Køge, men vi vil gerne bibeholde så meget som muligt i Roskilde og Næstved, og så var det, at få det skrevet på en måde så man kunne tilgodese Juhl-udvalget, nu gør de det ude på Sjælland, og samtidig undgå at der går fuldstændig borgerkrig i Roskilde og Næstved” (Ebbensgaard 2011:10).

Juhl-udvalget har anbefalet, at Region Sjælland skal have ét hovedsygehus, hvilket sætter regionsrådsformanden i en svær situation. Meget tegner for at Køge bliver det nye hovedsygehus, hvilket vil fjerne betydelig sygehusaktivitet på Region Sjællands to største sygehuse i Roskilde og Næstved. Denne beslutning kan skabe en svær politisk situation. Det er derfor en balancegang for regionsrådsformanden både at følge kravene fra Juhl-udvalget, og samtidig tilfredsstille det regionale bagland. Det viser sig hurtigt, at Ebbensgaards fremlagte plan ikke har opbakning i regionsrådet. ”*Forud for det her, prøvede man faktisk, at lave et forslag, som politikerne skulle forholde sig til med Køge [...], men det var der ikke gehør for*” (Larsen 2011:5).

Planen får ikke politisk opbakning af Socialdemokraterne, samt af enkelte personer på højrefløjen. Socialdemokraterne vil gerne støtte en ny plan, men deres krav er, at det er fremlagt af en enig højrefløj. ”*[...] kravet var, at de [højrefløjen] skulle være enige alle sammen, så ville de godt bakke beslutningen op. Det var jo lidt nemt, det vidste de [Socialdemokraterne] godt, der kom man aldrig til*” (Stenbæk 2011:11).

På grund af, at enkelte regionspolitikere altid vil stemme imod lukningen af deres lokale sygehus, kan man ikke samle en enig politisk fløj. På den måde låser Socialdemokraterne beslutningsprocessen fast, ved at sætte sig over i hjørnet og vente på en enig højrefløj. Grunden til at Socialdemokraterne ikke vil støtte op om en ny sygehusplan, skyldes at de ikke helt har accepteret, at sygehusplan 2007 er død. ”*Da regeringen skrev til os, at de havde kasseret vores plan [...], hvis vi havde accepteret beskeden, så kunne det have gået hurtigere*” (S. B. Nielsen 2011:12).

På trods af, at både Sundhedsstyrelsen og Juhl-udvalget nu har afvist Region Sjællands sygehusplan 2007, nægter Socialdemokraterne at indgå nye forhandlinger. Den sygehusplan som Ebbensgaard fremlægger, er forberedt af administrationen i samarbejde med regionsrådsformanden, og bliver først fremlagt, da der kommer et politisk pres. Ebbensgaards fremlagte sygehusplan ligner til forveksling den plan, som bliver vedtaget i foråret 2010, men der eksisterer ikke de nødvendige politiske alliancer.

”*I slutningen af marts måned 2009, der blev der meget politisk tumult om konsekvenserne af en ny plan, nu ville de vide, hvad det var vi arbejdede med. Det var så fair nok. Det førte så frem til at i april, der kommer det forslag [...], strengt taget det forslag som bliver vedtaget i sommeren 2010*” (Ebbensgaard 2011:11).

Det er tydeligt, at Ebbensgaards plan på dette tidspunkt ikke er gået igennem den nødvendige politiske forberedelse, som kræves for, at politikerne kan følge ejerskab over den, og nogle regionsrådspolitikere er derfor ikke klar til at kassere den gamle plan. Der er visse krav, der skal opfyldes, for at kunne danne succesfulde alliancer i sygehusdebatten.

”Hvis man vil have nogle alliancepartnere i en sygehusdebat, så skal man altså danne alliancer inden man kommer med forslaget, og ikke komme og præsentere noget, og så sige: Vi har præsenteret det, og vi synes jo det var en god idé, at I var med. Så får man i hvert fald ikke noget ejerskab til det” (Holmer 2011:2).

Gennem politiske alliancer, kan der opnås en betydelig indflydelse, men det kræver en gennemført strategi. Manglen på alliancer gør beslutningsprocessen fastlåst og langstrakt.

Regionsrådet kan ikke komme frem til en løsning, men der må træffes en form for beslutning. Der er en følelse af, at man bliver nødt til at vise, at man arbejder på sagen. Hvis Region Sjælland ikke fremlægger en plan inden Juhl-udvalgets deadline, og ikke følger de krav, som er opstillet, vil regeringen ikke tilgodese Region Sjællands sygehusbyggeri. Denne økonomiske magt lægger pres på regionsrådet. For at sikre at de faglige krav overholdes, skal regionens nye sygehusplan indsendes til Sundhedsstyrelsens kommende screeningsrunde. Dette tidspres er tydeligt i oplægget fra administrationen til et af de sidste møder inden sommerferien 2009:

”Det ville være fordelagtigt, hvis regionen kunne have en skitse til et projekt med i denne screeningsrunde, således at Region Sjælland ligesom de andre regioner tilkendegiver, at der er et projekt på vej” (Region Sjælland 2009a).

Ligesom administrationen ser regionsrådsformanden situationen som meget seriøs. *”Hvis man i juni ikke havde gjort noget, men bare havde sagt, at man ikke kan finde ud af det, så havde de taget pengene”* (Ebbensgaard 2011:25).

Ebbensgaard sidder på dette tidspunkt også som næstformand i Danske Regioner og forhandler regionernes økonomi. Han er derfor fuldt opmærksom på regeringens krav. For at nå Sundhedsstyrelsens screeningsrunde og tilkendegive overfor regeringen, at Region Sjælland er i gang med en ny sygehusplan, må regionsrådet nu i arbejdstøjet. Det konstante pres holder regionsrådet i kort snor. SF beslutter, at man vil støtte arbejdet mod en ny sygehusplan, hvilket skaber et nyt flertal i regionsrådet. Derfor vedtages i sommeren 2009 en principbeslutning om, at

der skal udarbejdes en ny plan, der følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Principbeslutningen indeholder ikke en ny sygehusplan, men nogle retningslinjer for det kommende arbejde, som kan indsendes til Sundhedsstyrelsen til godkendelse. Samtidig besluttes det, at der skal bestilles eksterne konsulentrapporter, der kan kvalificere den nye plan. Så selvom Socialdemokraterne vælger at stemme blankt, kan Regionsrådet lige inden sommerferien 2009 beslutte følgende:

"[...] at der udarbejdes en analyse, der skal give grundlag for en beslutning om udmøntningen af dette perspektiv, herunder give grundlaget for beslutning om størrelse, funktioner (ud over regionsfunktioner) og placering, idet det forudsættes at det nye regionsråd træffer den endelige beslutning i starten af 2010" (Region Sjælland 2009b).

Da man ikke kan opnå en faglig enighed om en konkret sygehusplan, bliver regionsrådet nu enige om beslutningsprocessens resterende forløb. Dette omtaler regionsrådsformanden som et "hjørnespark". "Så blev det til, at i juni, og det er så det sidste møde lige op til sommerferien, hvor vi så får lavet den nødløsning med hjørnesparket på den her proces" (Ebbensgaard 2011:11).

Regionsrådsformanden havde håbet at få en ny sygehusplan igennem, men må som en sidste udvej før valget ty til en alternativ løsning. Gennem den principelle beslutning får det første regionsråd en vis indflydelse på den efterfølgende proces, men den indflydelse er stadig langt fra den, de ville have opnået, hvis de nødvendige politiske alliancer var blevet skabt, og en ny sygehusplan vedtaget.

Regionsrådet begynder at mærke presset

Det første forsøg med at præsentere Køge-modellen og opnå en løsning inden valget mislykkedes. På trods af det pres der bliver lagt af administrationen, er der ikke de nødvendige politiske alliancer, og man er hos Socialdemokraterne ikke klar til at kassere den gamle plan. For at undgå at processen virker fastlåst, træffes en principbeslutning om, at der skal arbejdes på en ny sygehusplan. Dette sker for at sikre legitimitet omkring det arbejde regionsrådet udfører. Overfor regeringen, er det nødvendigt at vise, at man arbejder på en ny plan. Da det ikke er muligt at træffe beslutningen om, hvordan planen skal se ud, må man i stedet prøve at underbygge det faglige grundlag for en fremtidig beslutning. Dette skal primært ske gennem eksterne konsulentrapporter.

4.1.8 Bestilling af de to rapporter – en "objektiv" vurdering

Da der ikke er et flertal for at træffe beslutning om en ny sygehusplan, vælger man i stedet, at bede eksterne konsulenter komme med deres anbefalinger til en ny plan. For dem der støtter den allerede fremlagte plan, hvor hovedsygehuset er placeret i Køge, bliver de nye rapporter et vigtigt argument.

For modstanderne er rapporternes argumentation svag og forudsætningerne politiske.

På dette tidspunkt i beslutningsprocessen bliver eksperter endnu engang inddraget for at kvalificere den kommende beslutning. Der er en tydelig institutionel magt omkring ekspertviden. I Region Sjællands proces om sygehusplanlægning bliver der ikke stillet spørgsmålstejn ved, at eksperternes argumenter tit vægtes højere end politikernes.

Som en del af det ”hjørnespark” man laver i sommeren 2009, hvor en beslutning om sygehusstrukturen bliver udskudt til efter et valg, bliver det besluttet, at grundlaget for en ny sygehusplan skal kvalificeres. Derfor bestiller administrationen to uvildige konsulentrapporter. Rapporterne omhandler tilgængelighed (udarbejdet af COWI) samt økonomien i forskellige byggerier (udarbejdet af CuraVita). Selvom man vedtager at bestille rapporterne inden sommerferien, bliver de først færdige i december 2009, og derved efter den forestående valgkamp. *”Det var ikke tilfældigt at de kom efter valget, det var der en stiltiende aftale om, og det lå i hjørnesparket i juni”* (Ebbensgaard 2011:25).

Da de to konsulentrapporter først bliver kendt efter valget, kommer deres indholdet ikke til at præge dagsordenen under valget. Dette er en del af et taktisk spil. Præsentationen af de to rapporter i december tilgodeser dem, som ikke ønskede at tage stilling til placeringen af sygehuse midt i et valg. Samtidigt er det til stor utilfredshed for dem, som gerne ville have rapporterne frem, for at kunne diskutere nye alternative sygehusplaner. *”Der var jo mange gisninger om, man nu gik sådan og syltede det, og holdte de her oplysninger hen til efter et valg”* (Stenbæk 2011:4).

Stenbæk, som først bliver en del af regionsrådet efter valget, og dermed ikke var en del af ”hjørnesparket” fra det tidligere regionsråd, er frustreret over rapporternes sene udgivelse.

De to konsulentrapporter bliver færdige i december 2009. Rapporterne bliver dermed fremlagt, lige inden det nye regionsråd er konstitueret. Under valgkampen åbnes der op for mange nye forslag, og rapporterne får dermed en vigtig rolle, når scenarierne igen skal afgrænses. Den afgående regionsrådsformand kan i december fremlægge rapporterne, der ifølge ham: *”cementerede, at Køge det var stedet”* (Ebbensgaard 2011:12).

Selvom det ikke lykkedes Ebbensgaard at samle et flertal for en ny sygehusplan, så er det forarbejdet fra det første regionsråd og de to konsulentrapporter, der, ifølge Ebbensgaard, ender med at cementere Køge som hovedsygehus.

Regionsrådet træffer den overordnede beslutning om, at rapporterne skal bestilles, men det er administrationen, der bestemmer, hvilke områder der skal undersøges. Dette skaber uklarhed blandt regionsrådspolitikerne om, hvem der præcist ønskede rapporterne bestilt. Nogen mener, at det er en beslutning truffet af administrationen, mens andre lægger vægt på, at det er et politisk ønske. Der er ligeledes uenighed om, hvorvidt rapporterne påvirker diskussionen om hovedsygehusets placering i regionsrådet.

”Jeg tror, det havde været svært at gennemføre debatten, og få en så relativ hurtig beslutning, og det var det jo faktisk, hvis man ikke havde haft det bagvedliggende analysemateriale i rapporterne til at illustrere, hvad de forskellige forslag til placering af hovedsygehuse indebar i forhold tilgængelighed og anlægsøkonomi” (Larsen 2011:7).

Region Sjællands administration får gennem bestillingen af rapporterne mulighed for at præge dagsordenen for den efterfølgende debat, hvilket flere politikere tillægger stor betydning. Der er en uklarhed om, hvorfor rapporterne er blevet bestilt og af hvem, som afspejler den generelt splittede holdning til rapporternes værdi. *”Det er klart, at sådan en rapport den bliver jo modtaget med glæde i den del af regionen, hvor man bliver begunstiget af den, og den bliver anfægtet, der hvor man ikke gør”* (S. B. Nielsen 2011:5).

Opbakningen til rapporterne varierer, afhængigt af hvilket område man er fra. Hermed formår rapporterne ikke at samle regionsrådet. Ingen anfægter konsulentfirmaernes uvildighed. Det helt store spørgsmål er, de forudsætninger der er lagt til grund for rapporterne. *”Man kan jo lave alle mulige beregninger, man skal bare lægge de rigtige forudsætninger i, hvis man vil have et bestemt resultat, og det gjorde man”* (Motte 2011:5).

Forudsætningerne er valgt af administrationen, og for Motte repræsenterer rapporterne derfor deres udlægning af sagen. Den store diskussion af dette spørgsmål afspejler en mere generel diskussion af hvilke kriterier, der er centrale i at træffe en kvalificeret beslutning. Regionsrådsmedlem Kate Sørensen (A) udtaler: *”Jeg havde også gerne set, at man havde inddraget netop det der, hvis vi snakker 2020, hvor bør det så ligge, for at vi understøtter uddannelse og regional beskæftigelse og så videre bedst muligt”* (Sørensen 2011:2).

Med rapporterne bliver tilgængelighed det væsentligste punkt på dagsordenen, mens andre emner bliver tilsidesat. Generelt er der opbakning til konsulentrapporternes konklusioner og uvildighed. Administration understreger at det ikke er muligt at undersøge alle faktorer.

”Man er jo nødt til at skære den et eller andet sted [...] og det er der så nogle, der synes, at det er måske politisk, men altså sådan rent praktisk, så kan man jo ikke tage alt med, og de foretagede til og fravalg skete på et sagligt grundlag” (Larsen 2011:8).

Administration har gennem valget af, hvilke emner der skal undersøges, en væsentlig magt over dagsordenen, men sundhedsministeren har forinden gjort klart, hvilke typer af undersøgelser, der vægtes af regeringen. Flere regionsrådspolitikere forsøger at tage andre emner op, men de emner der er grundigt undersøgt gennem rapporterne, kommer naturligt til at fylde mest i debatten.

Magt til at sætte dagsordenen

Regeringen lægger vægt på, at de nye sygehusplaner er fagligt underbygget, og derfor ender alle regioner ud i, at bestille rapporter om tilgængelighed og økonomi. De eksterne konsulentrapporter fungerer som en naturlig del af beslutningsprocessen, og på trods af at nogle regionsrådspolitikere vil diskutere regional vækst og arbejdskraft, kommer konsulentrapporternes temaer til at være dominerende i debatten. Det er interessant, hvordan vedtagelsen af konsulentrapporterne i Region Sjælland er en del af et taktisk spil. Man vælger, at rapporterne først skal komme efter en valgkamp, for at undgå at blive presset til at vælge side inden valget. Rapporternes konklusioner bliver efterfølgende centrale argumenter, for dem der i forvejen er for Køge-modellen, men virker ikke til at have haft den store effekt på kritikerne, som nemt kan pege på svagheder i rapporternes forudsætninger. For dem bygger rapporterne på politiske valg, som skal give visse emner en større vægt i debatten om sygehusplanen. Efter valgkampen bliver især tilgængelighedsrapporten fra COWI et væsentligt argument i placeringen af hovedsygehuset i Region Sjælland, men alt fremstår stadig åbent, da valgkampen begynder i efteråret 2009.

4.1.9 Valg til regionerne 2009 – nye alliancer

Et halvt år før at Region Sjælland skal træffe deres endelige beslutning om sygehusstrukturen, er der valg til regionsrådet. Valget er i november 2009 og ansøgninger til Juhl-udvalget skal sendes inden 1. juni 2010. På trods af at regionsrådet skal til at træffe beslutningen om sygehusstrukturens fremtid, er der ikke specielt stor offentlig interesse for valgkampen. Valgkampen bliver derfor især vigtig for den politiske situation internt i Region Sjælland. Udskiftningen af regionsrådsmedlemmer giver mulighed for at få åbnet op for den fastlåste situation, og regionspolitikere kan derved forme nye alliancer og vælge alternative ståsteder. Den forhandlede magt er derfor central.

Modsat den efterfølgende debat om sygehusplaceringer, var der ikke stor offentlig interesse for valgkampen. Dette skyldes blandt andet at politikerne er tilbageholdende med at fremlægge nye løsninger.

”Der er mange, der ikke interesserer sig for regionen og regionsvalget, og så tror jeg også, at der var rigtig mange, der ikke havde troet det der med, at de der store sygehuse de kendte, lige pludselig kunne [...] mere eller mindre blive fjernet fra jordens overflade” (Sørensen 2011:6).

Ingen af partierne ønsker at komme med et bud på en ny model for sygehusstrukturen, og derved afsløre hvilke sygehuse, der skal lukkes ned. Herved kommer regionsrådspolitikerne til at bestemme dagsordenen i valgkampen, og vælgerne får ikke mulighed for at tage stilling til forskellige alternativer. Man er bange for, at det vil koste stemmer at vælge side i debatten. Den manglende interesse hænger sammen med, at politikerne har valgt at udskyde debatten om forskellige alternative sygehusplaner. En debat som på grund af Juhl-udvalgets deadline skal afsluttes i foråret 2010, under et halvt år efter valget. Alt dette sker på trods af at modellen med Køge som hovedsygehus allerede har været fremlagt og diskuteret i regionsrådet. Især de politikere, som ikke var en del af det første regionsråd, er frustreret over at dette ikke kommer frem i valgkampen.

”I valgkampen var der ikke nogen, der fremlagde: jamen det er Køge. Altså havde man nu et eller andet sted kunnet sige, jamen det er det, der tegner sig, så tror jeg godt nok, det havde været anderledes” (Sørensen 2011:6).

Både før og efter valget er det tydeligt at mange politikere ser denne plan som det bedste alternativ, men i valgkampen virker alt åbent, og en reel debat om løsninger mangler. Valgkampen kommer stadig til at vende op og ned på mange ting. På begge fløje skal der skiftes ud i toppen, og der er interne diskussioner om, hvilke positioner man skal tage i sygehusdebatten. Socialdemokraterne må i sidste øjeblik vælge en ny formand, og går til valg på at støtte 2007-planen, på trods af at den er blevet afvist af Juhl-udvalget. Deres udgangspunkt er at sige til vælgerne, at:

”Vi vil kæmpe for den plan vi har lavet, og vi gik jo så ud i den valgkamp der kom, og sagde at hvis nu regeringen fik en ordentlig øretæve, så ville de måske lytte lidt mere til os” (S. B. Nielsen 2011:2).

For Socialdemokraternes formand er det regeringens projekt, at 2007-planen skal laves om, og valgkampen kommer til at handle om støtten til regeringens reformer. Venstre er sikre på, at sygehusplan 2007 er urealistisk at gennemføre, efter at Juhl-udvalget ikke har tildelt Region Sjælland nogle penge. Partiet er derfor klar over, at der er brug for en ny sygehusplan, men man kan ikke blive enige om en plan, som alle i gruppen kan støtte. Venstre går derfor til valg på at ændre den gamle plan, uden at kunne sige, hvad der skal komme i stedet.

”Socialdemokratiet går så til valg på at fastholde den nuværende, altså 2007 planen. Alle andre går til valg på, at vi er nødt til at lave en ny sygehusplan. Det der så sker, det er jo så, at Steen Bach er nødt til, for at få formandsposten, at skifte holdning på valgaftenen og undsige den politik han er gået til valg på, og sige: nu laver vi en ny sygehusplan” (Stenbæk 2011:11).

Under forhandlingerne på valgnatten vælger Socialdemokraterne at gå væk fra den decentrale struktur, de er gået til valg på, hvilket er kravet for, at de kan få støtte fra SF. Derved kan Bach Nielsen blive ny regionsrådsformand. Dette giver helt nye muligheder for forlig.

Socialdemokraterne, som tidligere blokerede en aftale, arbejder nu for, at de skal have æren for, at en ny aftale bliver indgået.

Mellem ideologi og indflydelse

Valgkampen til regionerne giver det endelige dødstød til den første sygehusplan 2007, som Socialdemokraterne ellers har støttet til fulde. En egentlig valgdebat om sygehusplanerne med befolkningen i Region Sjælland kommer der aldrig, da ingen tør sige at der måske er lukninger af sygehuse på vej. Dette på trods af at meget tegner for den plan, som er fremlagt i regionsrådet kort inden valget. Hermed bruger politikerne deres magt til at sætte dagsordenen for valgdebatten og derved undgå ubehagelige spørgsmål om sygehusplanerne. For Socialdemokraterne bliver valgnatten et valg mellem indflydelse og politik. For at få formandsposten må der laves nye alliancer, som også betyder en ny socialdemokratisk politik. Dette giver samtidig mulighed for en alliance på tværs af midten styret af den nye regionsrådsformand Steen Bach Nielsen og Venstres nye formand Jens Stenbæk. Den nye formand for regionsrådet skal nu samle et flertal om en ny plan, som er langt fra den, hans parti har støttet hidtil.

4.1.10 Valget af de fire høringsscenarier – en hurtig beslutning

Regionsrådet i Region Sjælland har nu travlt med at fremstille en ny sygehusplan, som kan samle et politisk flertal. Valget har skabt store forandringer i regionsrådet, men der er ikke meget tid til at

lære hinanden at kende. Efter valgkampen er der blevet åbnet op for flere scenarier, men nu skal feltet for sygehusplaner på to dage indsnævres til fire scenarier, som kan leve op til anbefalingerne fra Juhl-udvalget og Sundhedsstyrelsen. En proces, der for nogen, udspiller sig meget hurtigt og uden hensyn til, at mange af de nye regionsrådsmedlemmer gerne vil diskutere de to eksterne rapporter på ny. Tidspresset skyldes fristen for Juhl-udvalgets fordeling af midler, og dette får indvirkning på Region Sjællands proces for at køre en ny sygehusplan i stilling. Vi kan identificere at regionsrådspolitikerne forskellige ressourcer spiller ind på deres mulighed for at få overblik og indflydelse på den sidste del af beslutningsprocessen. Især bliver magten til at sætte dagsordenen væsentlig, fordi de nyvalgte regionsrådspolitikere ikke formår at præge debatten på samme måde, som de allerede siddende regionsrådsmedlemmer.

Ikke alle politikerne synes, der var nok tid til at indsnævre feltet ind til fire scenarier, der skulle sendes i høring. Det er især de nye regionsrådspolitikere, som gerne ville have mere tid til diskussion. ”*Det var en proces, der gik for hurtigt. Der var vi lidt pressede af det der med, hvornår ansøgningerne skulle være fremme*” (Sørensen 2011:5).

De nye politikere bliver smidt ind midt i en omfattende proces, og der er ikke lang tid til Juhl-udvalgets deadline i juni 2010. Mængden af materiale er en udfordring for de regionsrådspolitikere, som ikke kender de tidligere debatter og beslutninger.

”*Vi havde ikke fået et eneste stykke papir ud på forhånd, så det var noget af en chokoplevelse [...] Vi fik præsenteret modellerne den ene dag, og så skulle vi træffe principbeslutning den anden dag, inden vi tog hjem*” (Motte 2011:10).

Manglen på tid og muligheder for forberedelse, gør de nye regionsrådspolitikere utilfredse med processen. Her har de erfarne politiske ledere og administration stor magt over den dagsorden der bliver sat. Motte er så utilfreds med processen, at han synes, hans parti skulle have forladt den. ”*Det er en beslutningsproces, der er meget lidt demokratisk. Der burde vi jo have pakket vores grej og taget hjem igen, og sige: Det vil vi ikke være med til*” (Motte 2011:11).

Administration og de ledende regionsrådspolitikere står for at lede processen. Det vigtigste grundlag for politikernes diskussioner er de to konsulentrapporter, som er grundigt beskrevet i det materiale, der bliver udleveret. Der bliver udtrykt ærgrelse over, at der ikke bliver mulighed for at åbne nye diskussioner om grundlaget for beslutningen:

”Jeg ved at man på det tidspunkt talte om, [...] skal vi inddrage det der med det regionale udviklingsperspektiv, men det valgte man fra, og vist nok fordi man var bange for, at det netop ville bringe en masse, om jeg så må sige, lokale byråd op på barrikaderne” (Sørensen 2011:5).

I denne udvælgelse sker der en skarp opdeling af relevante og ikke relevante emner, som skal blive udgangspunkt for den kommende høring. Især de erfarne politikere får her muligheden for at forhandle sig til indflydelse, da tiden til at finde nye alliancer er minimal, mens de nye finder det svært at balancere de mange faktorer og scenarier. Der udvælges nu fire scenarier, som bliver sendt i høring, inden den endelige beslutning skal træffes. Scenarierne bygger primært på regionens seks største sygehuse, og opfylder stort set Sundhedsstyrelsens krav til akutsygehuse. Som det eneste akutsygehus har Nykøbing F. ikke det anbefalede patientunderlag på mindst 200.000 indbyggere.

Alle kommunerne kommer med høringssvar, og nogle arbejder også på at få indflydelse på den løbende proces. Da 2007-planen bliver afvist af Juhl-udvalget kommer langsomt flere nye scenarier i spil, og Region Sjællands 17 kommuner ser det som deres chance for at få indflydelse.

Kommunerne er ikke i stand til at arbejde sammen om en fælles indvirkning på beslutningsprocessen. Alligevel formår nogle kommuner at finde sammen. Ni kommuner¹ finder sammen om det sygehusforslag, der støtter akutsygehus i Holbæk, Slagelse, Nykøbing Falster og hovedsygehus i Køge (Sorø Avis 2010). Holmer påpeger, at denne alliance får stor betydning for opbakningen til dette scenarie.

”Der er nogen, der har lavet et lobbyarbejde og en konstellationsdannelse, kommunerne der i virkeligheden samler ni kommuner, der handler om Køge og Slagelse, som de vigtigste hospitalsbyer [...] det er jo i virkeligheden det, der i sidste ende, vil jeg tro, ender op med at få afgørende betydning for, hvordan man lander de her sygehuse” (Holmer 2011:3).

På trods af, at kommuner ikke har direkte indflydelse på beslutningsprocessen, kommer den politiske alliance mellem de ni kommuner til at betyde, at der i baglandet er støtte til regionsrådspolitikerne om Køge som hovedsygehus. Fordi mange af regionsrådspolitikerne har tætte bånd til det kommunale niveau, har alliancen betydning for dem, der stadig har et ben i den kommunale lejr.

Feltet indsnævres

Processen for at indsnævre feltet til fire høringssvar er til stor frustration for de politikere der på

¹ Køge, Sorø, Slagelse, Kalundborg, Holbæk, Odsherred, Greve, Solrød og Stevns Kommune.

grund af mangel på information og tid, ikke har en chance for at sætte sig grundigt ind i det omfattende materiale. Dette efterlader en stor magt til at sætte dagsordenen hos de politiske ledere, som kender stoffet grundigt på forhånd. Politikernes ressourcer spiller altså en stor rolle i denne beslutning. Ligeledes får det betydning for beslutningsprocessen, at ni kommuner finder sammen om at støtte en fælles akutstruktur. Denne politiske alliance betyder, at borgmestre og byråd i de ni kommuner, nu har et fælles udgangspunkt for en ny sygehusstruktur i regionen.

4.1.11 Den endelige beslutning – et kompliceret kompromis

Juhl-udvalgets deadline for ansøgninger nærmer sig, og det er derfor blevet tid til, at regionsrådet skal træffe den endelige beslutning. De sidste tre måneder inden beslutningen vedtages i marts 2010 bliver intense med stadige debatter om regional vækst og placeringen af sygehuse i forhold til Region Hovedstaden. Magten til at sætte dagsordenen bliver afgørende for, hvilke emner der diskuteres. Vi identificerer ligeledes den institutionelle magt, da både de givne præmisser fra staten og den lokale kamp om nærhed træder frem.

Socialdemokraterne har under valgkampen kæmpet for at holde 2007-planen i live. Efter den dramatiske valgnat får Bach Nielsen nye prioriteter. Nu gælder det om at samle regionsrådet om en ny sygehusplan: ”[...] *det vigtigste det var sådan set at få 2/3 deles flertal. At gøre det der overbevisende. Jeg ville være meget ked af, at lave en plan der hed 21/20. Derfor var min ambition et 2/3 deles flertal*” (S. B. Nielsen 2011:7).

Som regionsrådsformand føler Bach Nielsen nu et stor ansvar for, at en beslutning bliver truffet med et overbevisende flertal, også selvom denne beslutning strider mod den plan, Socialdemokraterne tidligere har kæmpet for. De institutionelle rammer for arbejdet fordrer, at formanden bliver set som ansvarlig for at skaffe et flertal, samtidigt med at han vil blive kritiseret, hvis det ikke lykkedes. Det vil sige, at regionsrådsformanden får kredit for et beslutningsresultat, som han tidligere var imod.

Regionsrådspolitikerne diskuterer fortsat akutstrukturen for de fire sygehuse, og de anbefalede patientgrundlag kommer til at have stor betydning for, hvor man kan placere hovedsygehuset. Sundhedsstyrelsen har med akutrapporten fra 2007 skabt en forståelse omkring et patientgrundlag for akutsygehuse på mindst 200.000 indbyggere. Netop dette bliver vigtigt i processen, fordi regeringen vælger, at befolkningsgrundlaget skal følges i samtlige sygehusplaner: ”*Men det*

vigtigste, og der mener jeg heller ikke, vi har gået på kompromis, det er befolkningsunderlaget” (J. A. Nielsen 2011:4).

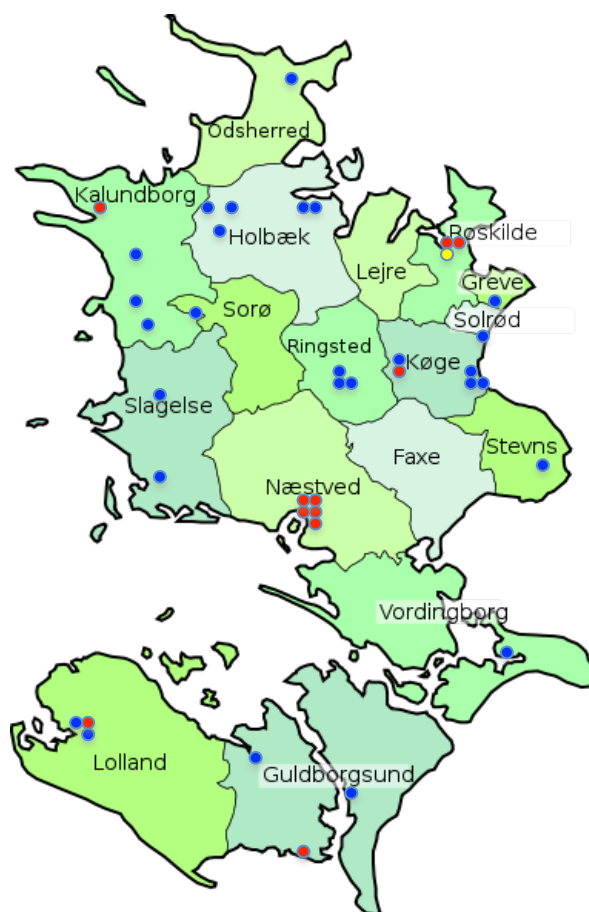
For at få det geografiske puslespil til at gå op, får Region Sjælland dog dispensation, da Nykøbing F. akutsygehus ikke understøtter patientgrundlaget på mindst 200.000 indbyggere. Region Sjælland har nu skåret tilstrækkeligt i akutsygehuse fra seks til fire, og regeringen og Juhl-udvalget vurderer altså, at placeringen af et akutsygehus i Nykøbing F. kan støttes, på trods af det snævre patientgrundlag. På denne måde får Region Sjælland en lille indrømmelse fra regeringens side, selv om sundhedsministeren udtalelse viser noget andet.

Men når det kommer til placeringen af de fire akutsygehuse, så er det stadig den lokale nærhed der spiller en central rolle for regionsrådspolitikerne.

”Jeg var for så vidt ligeglad med, eller principielt ligeglad med, om det blev Køge eller Næstved der blev hovedsygehus. Men da Køge indebar lukning af Nakskov og Kalundborg, så kunne jeg af gode grunde kun vælge det andet alternativ, nemlig Næstved-alternativet” (Motte 2011:11).

Køge-modellens akutstruktur bevirker, at nogle regionsrådspolitikere stemmer imod. Vi kan hermed se, at nogle bestemte værdier og normer stadig har betydning hos de regionsrådspolitikere, der har tilknytning til deres hjemstavn. Den institutionelle magt træder frem, idet der handles ud fra principper og værdier, som er bundet i det lokale område som politikerne kommer fra.

Figuren til højre viser den geografiske fordeling af stemmerne for den endelige beslutning med Køge som hovedsygehus. De blå prikker viser, at personer med bopæl her, stemmer for, røde stemmer imod, og gul undlader at stemme. Vi kan se, at dem der stemmer imod beslutningen bor i de områder, som mister sygehusaktivitet. Mens dem der stemmer for, bor i de områder, hvor sygehusaktiviteten vil blive bevaret eller øget.



Køge-modellen bliver kritiseret for at ligge for tæt på Region Hovedstaden. På den måde argumenterer nogle regionsrådspolitikere for, at der ikke bliver taget højde for, at Region Sjælland og Region Hovedstadens sygehuse ligger tæt på hinanden, og dermed påvirker hinandens patientgrundlag, rekruttering og vækst.

”Hvis man lader vær’ med at se på regionsgrænsen, så er der faktisk nogle sygehuse, der ligger meget tæt op ad hinanden, og det samme gør sig jo gældende for Region Sjælland og Region Hovedstaden. Og det var jo også det, der var pointen for mange af os, at vi sagde: hvis I nu lige løfter blikket, og kigger ind i Region Hovedstaden, så ligger der faktisk nogle sygehuse meget tæt på Køge” (Sørensen 2011:5).

Her argumenteres for en opløsning af regionsgrænserne, hvis ikke Region Sjællands hovedsygehus skal ligge klods op ad Region Hovedstadens mange sygehuse. Det er meget selektivt, hvilken rolle dette spiller i debatten. I de to konsulentrapport er Region Hovedstaden således en sort plet på kortet, mens nærheden mellem regionerne på andre tidspunkter bliver fremhævet som væsentlig for at der kan rekrutteres kvalificeret arbejdskraft. Nærheden til Region Hovedstaden ses altså både som noget positivt og negativt, og argumenterne bruges selektivt til at fremhæve forskellige pointer. Den institutionelle magt kan her identificeres, da regionsrådspolitikerne ikke diskuterer ud fra et fælles udgangspunkt om det er relevant at inddrage Region Hovedstaden. Det bliver usikkert om det hele Sjælland, eller kun Region Sjælland der diskuteres, og på denne måde får aktører nemt ved at præge dagsordenen ved nogle gange at medtænke forholdet regionerne imellem, hvis det fremmer specifikke pointer.

Denne debat fylder meget i Region Sjælland, men den overordnede organisering af beslutningsprocessen har stadig stor betydning, når Region Sjælland skal træffe deres endelige beslutning. Staten har nedsat nogle meget faste rammer, og sammen med Danske Regioner er der opnået enighed omkring, hvilke krav der skal følges. På den måde opstår der et snævert handlerum, som kommer til at indvirke på den endelige beslutning. “[...] man kan sige, ’10 planen er jo svar på nogle givne præmisser med et relativt lille råderum” (Larsen 2011:13).

Region Sjællands konstituerede planlægningschef forklarer her, at sygehusplan 2010 bliver til indenfor det handlerum og med de spilleregler, som regeringen aftaler med Danske Regioner. Larsen belyser, at præmisserne har været givne på forhånd, og at Region Sjællands muligheder for at diskutere og forhandle den endelige sygehusplan har været minimale. På den måde har staten

effektivt formået at styre regionerne i en ensliggørelse af sygehusplanlægningen. Ifølge regionsrådsformand Bach Nielsen har denne beslutningsproces aldrig formået at knytte regionerne og staten sammen i et konstruktivt samarbejde.

”[...] regionerne føler, at staten har villet dirigere for meget. Og staten synes, at regionerne pylre for meget [...] brokker sig for meget [...] Altså, der tror jeg ikke, [...] at man fandt hinanden i en balance, og når Venstre på et tidspunkt alligevel, i valgkampen, beslutter sig for, at foreslå regionerne nedlagt, så tror jeg det hænger sammen med, at man ikke fandt den balance” (S. B. Nielsen 2011:12).

Regionsrådsformand Bach Nielsen peger her på, at der ikke har været en balance i forholdet mellem region og stat, som alle er tilfredse med. Den endelige beslutning er i høj grad præget af de rammer, som staten sætter for regionernes råderum. Regeringens juridiske og økonomiske magt er dermed indvirkende på især sygehusplan 2010, hvor deadlines præger, at en relativ langstrakt beslutningsproces hurtigt må afsluttes. Vores interviewpersoner har mange forskellige opfattelser, når de skal reflektere over, hvem eller hvad der har haft størst indflydelse på den endelige beslutning. Flere peger på Juhl-udvalget og Sundhedsstyrelsen, som meget betydningsfulde for resultatet, mens for eksempel Motte påpeger, at: *”[...] Sundhedsstyrelsen og Juhl-udvalget var kun redskaber for regeringens politik, men det har de sørme fulgt meget loyal” (Motte 2011:17).*

Den siddende regering kommer hermed, ifølge Motte, til at have den største indflydelse på den endelige beslutning. Regeringen har i 2007 allerede siddet på magten i seks år, og fra deres første regeringsgrundlag har det været tydeligt, at en større reformering af den offentlige sektor var ønsket. Sørensen som i januar 2010 bliver medlem af regionsrådet peger på, at valget af temaer for diskussionen har haft størst indflydelse på den endelige beslutning.

”[...] der har været dem, der har lagt så stor vægt på, hvor hurtigt man kan køre med en ambulance, og det med: tror vi, eller tror vi ikke på, at vi kan tiltrække læger til Køge. Så jeg vil mere sige, at de to dagsordenspunkter har haft størst indflydelse” (Sørensen 2011:10).

Sørensen peger her på, at nogle aktører har været dygtige til at få bestemte emner på dagsordenen. Især konsulentrapporten fra COWI om tilgængelighed er kommet til at præge den endelige debat. Ud over Sørensen peger andre på COWI som havende størst indflydelse på den endelige beslutning. Gennem den dagsordenssættende magt har aktører formået at dominere dagsordenen, samtidigt med, at andre temaer som regional vækst ikke har formået at komme på dagsordenen. Når den

samlede beslutningsproces skal evalueres, er det klart at resultatet af den endelige beslutning har påvirket synet på, om processen har været mere eller mindre vellykket. Tidligere sundhedsminister Axel Nielsen er meget tilfreds med hele processen.

”[...] det var en god måde at gøre det på. Det er noget man kan lære af, når man skal have store og svære beslutninger igennem, og de skal foregå sagligt og fagligt korrekt. Så jeg er meget stolt af det forløb, vi gennemførte og at vi magtede, at stå på mål for al det kritik” (J. A. Nielsen 2011:11).

Han henviser her til, at Juhl-udvalgets nedsættelse med det økonomiske ansvar var et strategisk, vellykket træk som gav processen faglig tyngde. Desuden reflekterer han over, at beslutningsprocessen har været udsat for meget kritik, men at den faglige vinkel har været en legitim måde, at kunne feje kritikken af banen på. Flere af vores interviewpersoner forklarer, at de synes processen har været rigtig god og flot, og har generelt et godt indtryk af den samlede proces. Andre betegner processen som OK, og især de regionsrådspolitikere som startede deres arbejde i januar 2010 synes, at det har været en kludret proces, der gik for hurtigt. Også konstitueret planlægningschef fra Region Sjællands administrationen kommenterer: *”Det havde ikke skadet den faglige analyse- og planlægningsproces, at den var blevet trukket et halvt år” (Larsen 2011:12).*

Der er altså hos nogle et indtryk af en forhastet proces, hvor flere havde set, at der havde mere tid til dialog og forhandling. Samtidigt er den overordnede forståelse, en tilfredshed med processens forløb, og mange giver udtryk for, at processen både har været god, svær og kompliceret. Vi kan altså identificere, at aktørerne generelt har en forståelse af, at ikke alle kan blive tilfredse i en så omfattende beslutningsproces, og at man må gå på kompromis på nogle punkter.

Det endelige valg træffes

Regionsrådet vælger den 16. marts 2010 at stemme for en ny sygehusstruktur i Region Sjælland, hvor hovedsygehuset placeres i Køge, som også får akutmodtagelse. De lokale hensyn influerer fortsat på beslutningsprocessen, indenfor de snævre rammer som er fastsat af staten. Især magt til at sætte dagsorden påvirker, hvilke emner regionsrådspolitikerne diskuterer i vinter/forår 2010 op til den endelige beslutning. Manglen på en institutionel ramme for diskussionen betyder at forholdet til Region Hovedstaden bliver inddraget, når aktørerne ser det fordelagtigt for deres argumenter. Samtidigt lægger Juhl-udvalgets deadline pres på regionsrådspolitikerne, for at træffe en beslutning, hvis de ønsker penge til en ny sygehusplan. Når der reflekteres over processen, mener regionsrådspolitikerne generelt, at det er utilfredsstillende at regeringen ikke har villet forhandle

mere om rammerne. Men for regeringen var dette den eneste måde at få så omfattende reformer igennem på. Vi vil i den efterfølgende analyse af, hvordan magt har påvirket beslutningsprocessen, argumenterer for, at mange aktører har fået indflydelse på den endelige beslutning på hver deres måde.

4.2 Anden analysedel – Hvordan har magt påvirket beslutningsprocessen?

Første del af vores analyse har kronologisk gennemgået de beslutninger og debatter, der har ledt frem til den endelige beslutning. Her har vi vist, hvordan forskellige aktører, gennem forskellige former for magt, har forsøgt at påvirke enkelte beslutninger. I denne anden analysedel vil vi diskutere, hvordan magt har formet den samlede beslutningsproces. Denne del vil være struktureret ud fra de fire magtforståelser defineret i operationaliseringen. Det vises, hvordan de forskellige former for magt har påvirket beslutningsprocessen på forskellige tidspunkter, og hvilken betydning dette har for den samlede proces. Flere af de fire magtforståelse forekommer i vores empiri i kombinationer, og denne analysedel vil derfor gå nærmere ind i sammenhængen i mellem dem. De fire magtforståelser skal altså ikke forstås som fire individuelle og fastlåste kategorier, men som fire forståelser der gensidigt påvirker hinanden, og finder sted i samme situationer. Analysedelen afsluttes med en diskussion af, i hvilke faser hver magtforståelse har størst betydning. Hermed tegnes et samlet billede af, hvornår og hvordan magtforståelserne spiller ind på beslutningsprocessen.

4.2.1 Første magtforståelse – økonomisk og juridisk magt

Den første magtforståelse omhandler aktørernes beslutningskompetencer samt ansvar for økonomiske ressourcer. Vores undersøgelse viser, at den denne magt i udgangspunktet er fordelt mellem regeringen og Region Sjælland. Det er regeringen, der nedsætter de overordnede rammer for beslutningsprocessen, og regionsrådet der tager den endelige beslutning. Dette virker umiddelbart ligetil, men flere ting komplicerer, hvordan regeringen vælger at varetage deres beslutningskompetence over dele af beslutningsprocessen. Beslutninger om omfattende reformer kan nemt skabe konflikter, hvis de ikke er legitimeret i accepterede normer og værdier. Derfor vælger regeringen at uddele beslutningskompetencer til eksperter, i håb om at dette kan skabe et fagligt grundlag for beslutningsprocessen, og samtidig mindske en anspændt politisk debat. Både institutionelle rammer og strategiske hensyn spiller derfor ind på beslutningen. Gennem Sundhedsloven af 24. juni 2005 får Sundhedsstyrelsen ansvaret for fordelingen af specialer på sygehusene. En proces som har direkte indvirkning på, hvordan regionen kan fordele de

specialiserede behandlinger mellem sygehusene og derved også den samlede sygehusstruktur. Her begrænser regeringen tilsyneladende både sin egen og regionernes beslutningskompetence. Dette sker som en del af et taktisk spil. I vores case sætter regeringen specialisering og centralisering på dagsordenen, en dagsorden som Sundhedsstyrelsen længe har ønsket fremsat. På denne måde er uddelegeringen af kompetencer til Sundhedsstyrelsen, en mulighed for regeringen for at sikre en bestemt dagsorden og legitimitet om processen. Regeringen opgiver således ikke fuldstændigt sin beslutningskompetence, hvilke den forsatte diskussion vil vise.

Den økonomiske magt er kendetegnet ved økonomiske ressourcer, og dermed hvilke aktører der har beslutningskompetence over de økonomiske midler. Med strukturreformen sikres regeringen en økonomisk magt, blandt andet fordi regionerne ikke udskriver skat, og dermed er afhængig af økonomiske midler fra kommunerne og staten. Den endelig fordeling af ansvar sker gennem forhandlinger mellem regeringen og Danske Regioner, og her vælger man at lade Juhl-udvalget være afgørende for fordelingen af midler. Dette har blandt andet til formål, at mindske de synlige konflikter mellem regeringen og regionerne. Hermed får Juhl-udvalget afgørende betydning for fordelingen af de økonomiske ressourcer, uden at udvalget besidder nogen former for beslutningskompetence. Regeringen følger samtlige af udvalgets anbefalinger og dermed cementeres de retningslinjer, som oprindeligt er udarbejdet i Sundhedsstyrelsen. Uddelegeringen af beslutningskompetencer sker derfor i håb om at sikre institutionel magt over beslutningsprocessen i form af alment accepterede ekspertvurderinger.

På trods af at beslutningskompetencer uddeles til eksperter (Sundhedsstyrelsen og Juhl-udvalget), har regeringen stadig stor indflydelse på at sætte rammerne for beslutningsprocessen. Regeringen former beslutningsprocessen ved at styre, hvilke aktører der skal inddrages til hvilket formål og hvornår. At eksperterne får så stor indflydelse på processen, sker udelukkende på regeringens initiativ. På denne måde efterlades nogle meget faste rammer, som regionerne skal arbejde indenfor. Det betyder ikke, at regionerne har været uden muligheder for at påvirke udformningen af sygehusstrukturen. Da de først havde erkendt de rammer, der var sat op, havde de faktisk frit spil til at placere de tre-fire sygehuse, som rammerne tillod. Selve placeringen af hovedsygehuset var også op til Region Sjælland, men her begrænsede de økonomiske rammer mulighederne. Det ændrer ikke ved, at Region Sjælland faktisk har haft en væsentlig indflydelse på, hvordan regionens sygehusstruktur er udformet. Meget tyder endda på, at det var muligt for regionerne, til en vis grad, at forhandle om rammerne, men dette har krævet en strategisk udnyttelse af alliancer og netværk.

4.2.2 Anden magtforståelse – forhandlet magt

Den første magtforståelse forklarer den mere officielle opgavefordeling mellem aktørerne i beslutningsprocessen. Men rammen for enkelte beslutninger undervejs i processen har ofte vist sig at være løst defineret, og derfor har strategiske forhandlinger været væsentlige for, hvilke aktører der har kunnet forhandle sig til magt i beslutningsprocessen. Desuden har kampen om at sætte dagsordenen været betydningsfuld for, hvilke emner der blev forhandlet om og diskuteret. I debatterne har politikernes ressourcer været afgørende for deres muligheder for at påvirke forhandlingerne. På samme måde har den ekspertviden, som udvalg og administration besidder, vist sig betydningsfuld, når en dagsorden skal vælges.

Ressourcer i form af viden og alliancer spiller en vigtig rolle, når forhandlinger om dagsordenen finder sted. Da Region Sjællands første sygehusplan fra 2007 bliver kasseret, forsøger regionsrådet at komme i dialog med både Juhl-udvalget og regeringen. Daværende regionsrådsformand Ebbensgaard kontakter Sundhedsministeren for at forklare regionens særlige demografiske og geografiske forhold. Det skal vise sig, at der fra regeringens side ikke ønskes dialog, og der henvises til Juhl-udvalgets afvisning af regionens sygehusplan. Region Sjælland forsøger altså at indgå forhandlinger med det statslige niveau, for at opnå forhandlet magt, men dette mislykkedes på trods af, at andre regioner opnår en dialog. Sundhedsministerens forklaring er, at Region Sjællands plan er for langt fra de retningslinjer der er sat, og en dialog derfor ikke er realistisk, før et bedre forslag kommer frem.

I det daværende regionsråd er situationen fastlåst, hvilket det første forsøg med at få Køge-modellen vedtaget er et godt eksempel på. Der eksisterer ikke de nødvendige politiske alliancer, så forhandlinger om en ny plan kan begynde. Dette skyldes blandt andet at Socialdemokraterne ikke vil erkende, at sygehusplan 2007 er urealistisk at gennemføre, indenfor de rammer der er sat. Efter valget til regionerne i november 2009 opstår et nyt flertal, og nye alliancer kan skabes, ligesom regionsrådspolitikerne nu legitimt kan skifte holdning. Dermed åbnes op for en ny situation, hvor de nye politiske alliancer betyder, at en endelig beslutning kan træffes relativt hurtigt. Det taktiske spil før valget spiller altså en afgørende rolle for, at regionsrådet ikke kan bevæge sig videre og dermed få et bedre udgangspunkt i forhandlingerne med regeringen. Det er længe uklart for Region Sjælland, om rammerne for samarbejdet med regeringen er til forhandling. Det viser sig, at rammerne har været til forhandling, men at forhandlinger har været begrænset til mindre afvigelser. Præcis hvordan disse afvigelser er defineret, har i høj grad været op til regeringen og

Sundhedsstyrelsen at definere. I sidste ende lykkedes det Region Sjælland at få accepteret et akutsygehus i Nykøbing F., og derved får de lov til at bryde de ellers faste rammer.

Magt i form af dagsordenfastsættelse har også stor indflydelse på beslutningsprocessen internt i Region Sjælland. Da det gamle regionsråd ikke kan blive enige om en ny plan, beslutter de i stedet at tage en principbeslutning samt bestille eksterne konsulentrapporter. Dette får stor betydning for den dagsorden, som det nye regionsråd skal arbejde ud fra. Region Sjællands administration vælger de emner, som de to konsulentrapporter skal behandle. Emnerne er dog ikke valgt fuldstændigt frit, da regeringen allerede har fremhævet hvilke undersøgelser, der vil blive tilgodeset i debatten. Det prioriteres at rapporterne skal undersøge tilgængelighed og økonomi. En række mindre beslutninger har hermed lagt pres på den dagsorden, der skal diskuteres af det nye regionsråd i januar 2010.

Fra de nye regionsrådspolitikere træder ind, til de fire høringssvar skal vælges, går to dage. Under tre måneder senere har Region Sjælland en ny sygehusplan. Der er blandt regionsrådsmedlemmerne stor opdeling i deres ressourcer i forhold til tid og information. Nye medlemmer føler sig magtesløse over mængden af omfattende og svært materiale, og som deltidspolitikere tager sygehusplanlægning al deres tid. Diskussionerne omfatter tilgængelighed og økonomi, selv om nogle regionsrådspolitikere ønsker at diskutere regional vækst og udvikling. Hos de politiske ledere i Region Sjælland, som kender stoffet grundigt, benytter man sig af den dagsordenfastsættende magt ved at styre og organisere de næsten tre måneder og hurtigt samle et 2/3 deles flertal. Grunden til at processen er så presset, er fordi, at Juhl-udvalgets deadline for ansøgninger nærmer sig, og deres økonomiske magt influerer derfor på Region Sjællands afsluttende debatter. Magten om at sætte den politiske dagsorden kan altså tilskrives flere aktører, som har haft indflydelse på beslutningsprocessen i større eller mindre grad undervejs i forløbet.

4.2.3 Tredje magtforståelse – institutionel magt

Aktørers handlerum er ikke kun påvirket af økonomi, lovgivning og deres evner til at handle strategisk i netværk og forhandlinger. Denne beslutningsproces indeholder nogle institutionelle rammer der gør, at visse aktørers argumenter forstærkes, mens andres ikke godtages som valide. På nationalt plan har det været et dilemma, i hvor høj grad visse beslutninger skulle tages blandt faglige eksperter eller regionale politikere. På regionalt plan har dilemmaet været i hvor høj grad, lokale interesser skulle vægtes. Disse diskussioner viser nogle af de uformelle normer og værdier, som har sat rammen for beslutningsprocessen.

Regeringen vælger, at visse beslutninger skal tages af faglige eksperter, og samtidig er eksperternes faglighed med til at danne en institutionel ramme for processen. Således er den også styrende for debatterne i regionsrådet, og en egentlig debat om politiske værdier bliver aldrig central.

Sundhedsstyrelsens argumenter om specialisering bliver oplevet som en nødvendighed for at fremtidssikre kvaliteten af det danske sygehusvæsen. Dermed opnår Sundhedsstyrelsen indflydelse på rammerne for den endelige sygehusstruktur, som regionerne konkret skal udarbejde.

Sundhedsstyrelsen bliver dermed en væsentlig aktør i den politiske diskussion om indretning af sygehuse, og deres ekspertviden anfægtes ikke på noget tidspunkt af hverken folketings- eller regionsrådspolitikere. Der er altså en generel opfattelse af, at ekspertviden og faglige argumenter vægter tungere end politiske holdninger, der er påvirket af parti, værdier og geografi. Det forekommer naturligt, at følge eksperternes råd og ingen anfægter Sundhedsstyrelsens faglighed i beslutningsprocessen. At kunne henvise til eksperter på området gør, at regeringen undgår, at politikere vil lave *sognerådspolitik* i en beslutningsproces, hvor større reformer skal gennemføres.

På samme måde får nedsættelsen af Juhl-udvalget betydning for de institutionelle rammer, der præger beslutningsprocessen. I denne beslutningsproces kommer regeringens og regionernes forventninger til en offentlig beslutningsproces på prøve. Regeringen indsætter efter aftale med Danske Regioner Juhl-udvalget som mellemlid mellem stat og region i beslutningsprocessen, og bruger dermed Juhl-udvalget til at skabe legitimitet, når de økonomiske midler skal fordeles. Regionsrådspolitikerne har forskellige meninger om, hvordan dette mellemlid fungerer i en demokratisk proces, og der foregår her en kamp om hvilke værdier, der har størst betydning. Det bliver for eksempel fremhævet, at Juhl-udvalgets forudsætninger er præget af regeringens politik, og nogle opfatter udvalget som regeringens forlængede arm. Det ændrer ikke ved, at selv modstandere af regeringens nedsættelse af Juhl-udvalget anerkender udvalgets faglighed, og derved accepterer deres rolle som eksperter. Dette på trods af at Kjeld Møller Pedersen udtaler, at Juhl-udvalget ikke kan ses som eksperter i sygehusbyggeri. Den institutionelle magt påvirker altså, at Juhl-udvalget, på trods af de delte meninger om deres nedsættelse, bliver set som en legitim og vigtig aktør i beslutningsprocessen.

Vores analyse viser den tydelige rolle lokale interesser spiller, når det kommer til lukning af sygehuse og placering af hovedsygehuset i Region Sjælland. I denne debat er det tydeligt, at der mangler en regional tankegang. Enten snakkes der om hvordan beslutningsprocessen påvirker Hr. Jensen fra Odsherred, ellers snakkes om, hvordan beslutningsprocessen skal ses som et led i

Danmarks fremtidige sygehusvæsen. Det regionale niveau mangler, og regionsrådspolitikerne har ikke en opfattelse af at have fælles værdier, normer og arbejdsgange. Derimod italesætter de, hvordan deres lokalområde vil blive ramt af placeringen af hovedsygehuset i Køge. Ingen sætter ord på, hvad det er det regionalt bedste. Dermed udøves den institutionelle magt i de bagvedliggende strukturer for beslutningsprocessen.

Den institutionelle magt har derfor haft indflydelse på, hvor højt eksperternes argumenter vægtes. Samtidig har den manglende institutionelle ramme på det regionale plan skabt et hul i debatten, som er blevet udfyldt af lokale og nationale interesser.

4.2.4 Fjerde magtforståelse – diskursiv magt

Den diskursive magt er en af de mere skjulte magtforståelser. Her har vi analyseret den diskursive magt gennem sproget, og gennem bestemte argumenter, hvor bestemte emner går fra at være omdiskuterede til at blive alment accepteret. I vores case kredser den diskursive magt især om begreberne centralisering, specialisering og lokal nærhed, som bliver anvendt af forskellige aktører til at beskrive den optimale sygehusstruktur.

Da VK-regeringen kommer til magten i 2001, sker der en ændring i, hvordan velfærdsstaten omtales, og hvilke mål velfærdsstaten skal opnå. Kvalitet bliver stadig fremhævet som vigtigt, men dette knyttes nu tæt sammen med en mere effektiv, offentlig sektor. Samtidigt skal de offentlige institutioner være nær borgerene, og decentralisering bliver ofte fremhævet som en vigtig værdi. Centralisering er altså ikke et mål i sig selv, men et middel til at opnå effektivitet i en sektor, som af regeringen betegnes som meget ineffektiv. Denne holdningsændring kommer til udtryk i flere reformer, hvor strukturreformen er den mest omfattende. Her bliver argumentet for alvor udfoldet og afprøvet gennem en omfattende centralisering af den offentlige sektor. Sammenlægningen af kommunerne og afskaffelsen af amterne bliver den første test for, om regeringens argumenter vil blive accepteret. Sygehusplanerne lægger i direkte forlængelse af disse reformer, og mange af argumenterne er de samme. At en ny regering har en anderledes politik, er ikke i sig selv noget specielt eller et tegn på magt. Der, hvor den diskursive magt får betydning, er i generelle holdningsændringer i befolkningen og blandt relevante aktører. I beslutningsprocessen for sygehusstrukturen bliver den hermed tydelig i, hvordan regionsrådspolitikerne forholder sig til de nye forhold.

På trods af at regionerne er skabt som en del af en centraliseringsdebat, vedtager det første regionsråd i Region Sjælland en decentral sygehusplan, der beholder de fleste strukturer fra de

gamle amter. Sygehusplan 2007 er udformet af et enigt og Venstreledet regionsråd, og på trods af centraliseringsdebatten, er der på dette tidspunkt i Region Sjælland ikke et ønske, om yderligere centralisering af sygehusstrukturen. Da regeringen lægger et økonomiske pres på Region Sjælland for at ændre deres første sygehusplan, sker der dog også langsomt en holdningsændring blandt regionsrådspolitikerne. I 2009 kommer så det første forsøg med at få valgt en mere central sygehusplan i Region Sjælland, men der er endnu ikke et flertal i regionsrådet, der kan stemme for planen, og først i 2010 kan flertallet for den centrale sygehusplan findes. Nu er der til gengæld 2/3 deles flertal og stor enighed om nødvendigheden af centralisering. Socialdemokraterne støtter nu den centrale plan, og deres formand for regionsrådet tilkendegiver, at tiden er løbet fra den gamle sygehusplan. Denne holdning bakkes op af flere andre interviewpersoner, som understøtter, at den nye plan fremtidssikrer Region Sjællands sygehusvæsen. Argumentet om effektivitet er ikke nok til at begrunde reformen. Kvalitet er stadig det mest væsentlige argument om regeringens reformer, og derfor må centraliseringstiltagene også have en faglig begrundelse.

Sundhedsstyrelsen har længe ønsket en øget specialisering indenfor det lægefaglige område, der kan sikre, at den enkelte læge har grundig erfaring med de operationer, der udføres. Vores analyse viser at også andre aktører er påvirket af denne tankegang. Sundhedsministeren og flere både folketings-, regions- og kommunalpolitikere taler ud fra en tankegang, og fremhæver det som et væsentligt argument for en centralisering af sygehusstrukturen. Det er ikke bare argumenterne de har til fælles, det samme ordbrug går igen i mange af vores interviews. "*Øvelse gør mester*" har for alvor vundet ind, når det diskuteres om Danmarks fremtidige sygehusvæsen skal have større, centrale enheder med et vist patientgrundlag under sig. Regeringen og især Sundhedsstyrelsen med deres lægefaglige eksperter har formået at etablere en stærk diskurs, da de har fået alle til at kunne argumentere for en nødvendig specialisering af de danske læger.

Som modpol til regeringens ønske om centralisering og specialisering, argumenteres der for, at lokal nærhed skal være et centralt argument i debatten. Den lokale nærhed bliver et argument for, at sygehuse bør ligge tæt på borgerne, da det giver tryghed, og det sikrer arbejdskraft, udvikling og vækst. Disse argumenter fremføres især i debatten om den første sygehusplan 2007, hvor den daværende regionsrådsformand foretrækker, at pege på hvor der skal udvikles, fremfor hvor der skal nedlægges. Dette udmunder i et stort set enigt regionsråd, der står sammen om den decentrale struktur, med flere sygehuse end Sundhedsstyrelsen anbefaler. Diskussionen forsvinder, som beslutningsprocessen bevæger sig fremad, og efter erkendelsen af at sygehusplan 2007 skal laves

om, står argumenterne for den lokale nærhed i skyggen af argumenterne for øget centralisering og specialisering. Argumenterne om regionens demografiske og geografiske udfordringer, som blev fremlagt i forbindelse med sygehusplan 2007 synes nu forældede. Juhl-udvalget og regeringen accepterer ikke dette argument som legitimt, og langsomt mindskes dets betydning i debatten. Da nye regionsrådspolitikkere kommer ind i januar 2010, forsøger de forgæves at trække argumenterne tilbage i debatten. Region Sjælland formår ikke at sætte præg på de overordnede retningslinjer for et godt sygehus. Her står regeringen stærkt, og de retningslinjer som er udarbejdet i samarbejde med Danske Regioner er styrende for debatten. Havde Region Sjælland opnået en politisk alliance med andre regioner eller Danske Regioner, kunne argumentet måske have fået mere vægt i debatten.

4.2.5 Magt og beslutningsfaser

For at afrunde, hvordan magt har påvirket beslutningsprocessen, vil vi her diskutere, hvorvidt visse magtforståelser tilhører bestemte faser i beslutningsprocessen. Som vi argumenterede for i vores teori, kan beslutningsfasen ikke opdeles i klart adskilte faser. Vores analyse viser, at Region Sjælland allerede er begyndt at implementere omstruktureringer på flere sygehuse, inden den endelige beslutning er truffet. Ifølge den tidligere regionsrådsformand har dette været med til at skabe et pres for en gennemførelse af sygehusplan 2010, som minder om den plan, han selv fremlagde allerede i 2009. Dette er et godt eksempel på den kritik, som har været af ældre teorier om beslutningsfaser, der definerer faserne som klart adskilte. Samtidig viser det, på hvilken måde beslutninger er afhængige af tidligere beslutninger på, hvilket er beskrevet i teorier om ”*path dependency*”. Der er altså god grund til at overveje, hvordan forskellige faser i beslutningsprocessen opdeles. Vores fire magtforståelser er ikke knyttet til bestemte faser i beslutningsprocessen, men fremkommer skiftevis mikset ind mellem hinanden. På trods af dette så er der stadig tendenser, der viser, at nogle magtforståelser er vigtigere i bestemte dele af processen.

Den første magtforståelse sætter de overordnede rammer for processen og er derfor mest tydelig i begyndelsen. Når først disse rammer er klart defineret mister den sin rolle, som noget der skal diskuteres og forhandles. I beslutningsprocessen for sygehusstrukturen kommer den endelige bekræftelse af kompetencefordeling rimeligt sent, og indtil da sker der derfor forhandlinger om kompetencefordelingen. Det er tydeligt, at regeringen ser fordele i ikke at definere dette klart fra begyndelsen. Derfor er der en vekselvirkning mellem de to første magtforståelser i begyndelsen, indtil de overordnede rammer er lagt fast. Det er samtidigt her, at de diskursive kampe om magt begynder. Sideløbende med at de overordnede rammer fastlægges, bliver det diskuteret, hvad der er et godt sygehusvæsen. Her bliver en række argumenter prioriteret som de vigtigste, og disse bliver

fremhævet i vigtige beslutninger, som for eksempel aftalen mellem regeringen og Danske Regioner om nedsættelsen af Juhl-udvalget. På det regionale niveau tager det tid, før disse rammer indfinder sig, og valgkampen i 2009 afspejler denne forvirring. Men da de nye politikere begynder i 2010, er både beslutningskompetencer og prioriteringen af argumenter på plads. Den institutionelle magt er den sværeste at fremhæve som tilhørende beslutninger eller faser i processen. Hvor de tre andre forståelser fokuserer på beslutninger, forhandlinger og forandringer, fokuserer den institutionelle magt på processens træghed og underliggende normer og værdier. Vi har derfor haft med en meget langstrakt proces at gøre, hvor de forskellige magtforståelser har været særligt til stede på nogle bestemte tidspunkter i beslutningsprocessen. Ovenstående analysedele fører til følgende konklusioner.

5. Konklusion

Idéen til dette speciale udsprang i en undren over, hvordan magt bliver udøvet i beslutningsprocesser, hvor flere politiske niveauer forsøger at få indflydelse. Vi fandt det i den sammenhæng interessant at se på Region Sjællands håndtering af processen for implementeringen af en ny sygehusstruktur. Beslutningen om en ny sygehusstruktur er den hidtil vigtigste beslutning, taget af de nye regioner, og vil få stor betydning mange år fremover både for borgere, politikere og faglige eksperter. Hermed kan processen sige noget om forandringer efter strukturreformen, og samtidig noget mere generelt om samarbejdet mellem region og stat. Vores case er et eksempel på en proces, hvor dette samarbejde bliver presset til det yderste, og hvor mange forskellige magtformer derfor træder tydeligt frem. På baggrund af denne undren tager specialet udgangspunkt i følgende problemformulering:

Hvordan har forskellige former for magt påvirket beslutningsprocessen for en ny sygehusstruktur i Region Sjælland?

Specialets teoretiske gennemgang har undersøgt, hvordan man kan forstå magt i offentlige beslutningsprocesser. I en gennemgang af forskellige teorier om policyanalyser har vi udpeget tre magtforståelser. Dette er gennem en kritisk vurdering blevet udvidet til fire, for hermed også at inddrage diskursive elementer af magt. Vi argumenterer samtidig for, at politiske beslutningsprocesser i dag foregår på en kompleks og ofte lidt tilfældig måde, og at man derfor ikke kan opdele en beslutningsproces i klart adskilte faser. I stedet præsenteres en model som kigger på beslutningsprocessen, som mange adskilte beslutninger med hver sin betydning for processen. Alt dette bliver samlet i en operationalisering, hvor teorier om magt og beslutningsprocesser konkretiseres til at kunne anvendes i en empirisk analyse. Operationaliseringen viser, hvordan man kan udpege forskellige magtforståelser empirisk, samt diskuterer de mix af forskellige former for magt, som vil fremkomme i konkrete analyser. Magtforståelserne skal derfor ikke ses som klart adskilte, men i stedet som forskellige vinkler, der ofte kan fremkomme samtidig.

Undersøgelsen af vores problemstilling er designet som et casestudie, fordi det giver muligheden for at komme i dybden med en omfattende problemstilling. Gennem 12 interviews belyser vi i dette speciale, hvordan samspelet har været mellem de mange aktører, som har haft betydning for beslutningsprocessen. Dette er suppleret med de officielle dokumenter, der har været med til at sætte rammerne for processen. Hermed skaber empirien mulighed for at se processen fra forskellige

vinkler. Både dokumenter og interviews er den empiriske baggrund for at analysere de 11 konkrete beslutninger, som er udvalgt som de mest centrale i beslutningsprocessen.

Med dette udgangspunkt valgte vi at opdele vores analyse i to dele. I første del har vi analyseret hvordan de enkelte beslutninger træffes, og hvilke aktører og magtformer der har været fremtrædende. Hvor empirien sætter rammen for den første analysedel, er den anden analysedel struktureret ud fra de fire magtforståelse, som vi definerer i operationalisering af teorien. I denne analysedel samler vi op på, hvordan forskellige forståelser af magt kan bidrage til at belyse magtudøvelsen i den konkrete beslutningsproces.

Vi giver i dette speciale et bud på, hvordan magt kan analyseres i en offentlig beslutningsproces. Ved at inddrage fire magtforståelser har vi via vores nøgleord kunnet identificere både synlige og ikke-synlige magtkampe. Samtidig medtænker de fire forståelser både aktører og strukturelle magtforhold. Vi ved, at vi ikke kan afdække alle processer omhandlende magt, men vores analyse giver indblik i, hvordan magtteoriene kan anvendes i en konkret beslutningsproces. Vores undersøgelse fører frem til følgende konklusioner.

Beslutningsprocessen påvirkes af regeringen, som anvender *økonomisk og juridisk magt* til at fordele beslutningskompetencer både over de økonomiske midler og over planlægningen af specialefordelingen. Specialet viser, hvordan regeringen fastsætter nogle faste rammer for beslutningsprocessen ved at organisere hvilke aktører, der tildeles hvilke kompetencer, hvornår. Juhl-udvalget får her igennem en afgørende rolle, da de får hovedansvaret for fordelingen af de økonomiske midler. Dette selvom Juhl-udvalget hverken har en officiel beslutningskompetence eller en omfattende ekspertviden, som i højere grad ligger hos Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen får samtidig kompetence til at definere det faglige grundlag for fremtidens sygehusstruktur gennem akutrapporten, samt ansvar for fordelingen af specialer mellem sygehuse. Magt bliver fordelt til eksperter i håb om at opnå faglig legitimitet og en konfliktfri proces. Regeringen er dominerende i organiseringen af beslutningsprocessen, og vi kan identificere et tydeligt hierarki. Region Sjælland må acceptere dette snævre handlerum, men får indflydelse på udformningen af akutstrukturen og placeringen af hovedsygehuset.

Beslutningsprocessen påvirkes gennem en *forhandlet magt*, som sikrer, at de politiske forhandlinger holdes til et minimum, samtidig med at der er tæt dialog mellem de administrative niveauer. I dette speciale viser vi, hvordan nedsættelsen af Juhl-udvalget blandt andet har til formål at skabe

”armslængde” og undgå en direkte politisk debat mellem regering og regionsråd. Dette er til stor frustration for flere regionsrådspolitikere. På trods af flere forsøg lykkedes det ikke Region Sjælland at komme i dialog med hverken Juhl-udvalget eller regeringen. Andre regioner formår dog at skabe en mere konstruktiv dialog med regeringen, og muligheden for forhandlinger har derfor været til stede. I stedet foregår en stor del af kommunikationen med det statslige niveau gennem regionens administration. Administrationen bliver inddraget i de udvalg i Sundhedsstyrelsen, der opbygger det faglige grundlag for beslutningsprocessen, og har en løbende dialog med de statslige eksperter. Hermed kommer Region Sjællands administration både til at besidde den nødvendige viden og de praktiske muligheder for at påvirke rammerne for processen, mens de deltidsansatte regionsrådspolitikere føler sig fortabte.

Beslutningsprocessen er påvirket gennem en *forhandlet magt*, hvor de erfarne politikere med flest ressourcer formår at sætte dagsordenen og derved få et afgørende aftryk på fastsættelsen af akutstrukturen. Internt i regionsrådet kæmper man med, både at tilfredsstille sit bagland og leve op til de overordnede rammer. Analysen viser, hvordan politiske alliancer og netværk har haft betydning for den endelige beslutning. Den fastlåste situation i Region Sjælland inden regionsvalget i november 2009, betød at man ikke kunne komme videre med beslutningsprocessen. Efter regionsvalget kunne nye politiske alliancer indgås, og dermed fik valget betydning for, at beslutningsprocessen igen blev åbent op. Det er de erfarne politikere, der formår at påvirke dagsordenen i denne sidste periode, med henvisning til de to konsulentrapporter. De nye medlemmer har villet diskutere høringssvar, regional vækst og sygehusstrukturen på ny, men dette var ikke muligt. Som deltidsansatte politikere sidder regionsrådsmedlemmerne ligeledes med et omfattende materiale, som har taget meget af deres tid, og politikernes ressourcer er derfor afgørende. De samme ledende politikere som sætter dagsordenen, lykkedes i at skabe de politiske alliancer, som var nødvendige for en endelig enighed om en akutstruktur. Derved kan en ny sygehusplan vedtages.

Beslutningsprocessen påvirkes gennem *institutionel magt* der sikrer, at eksperters argumenter vægtes højere end politiske holdninger. Både Sundhedsstyrelsen og Juhl-udvalget får en afgørende rolle i beslutningsprocessen. Specialet viser, at der er forskellige holdninger til Juhl-udvalget blandt regionsrådspolitikere i Region Sjælland, men at deres faglighed aldrig bliver anfægtet. Dette på trods af at Juhl-udvalget ikke ser sig selv som faglige eksperter i alle dele af processen. Argumenter skal i regionsrådet underbygges af faglige eksperter for at blive set som legitime, og på denne måde

træder politiske holdninger i baggrunden, når det kommer til debatten om sygehusstrukturen. På samme måde får Sundhedsstyrelsens argumenter større og større vægt i beslutningsprocessen, og bliver derved centrale, når sygehusplan 2010 skal vedtages.

Beslutningsprocessen er påvirket gennem en *institutionel magt*, hvor argumenter omhandlende lokale og nationale værdier får en afgørende rolle. Specialet viser, at politikernes tætte tilknytning til det kommunale niveau har influeret på, om de stemte for eller imod bestemte sygehusplaner. Samtidig spiller argumenter om det nationale bedste en vigtig rolle i debatten. Dette viser, at Region Sjælland ikke er en stærk institution, hvor der er opbygget tydelige regionale værdier og normer. Hermed er der ikke en fælles forståelse for, hvilke emner der er nødvendige at diskutere i beslutningsprocessen. I valgkampen er denne forvirring om rammerne tydelig, og det nye regionsråd begynder forfra, da det kommer til i 2010. Der er altså internt i regionen ikke en klar institutionel ramme for processen, hvilket svækker regionen, når argumenter skal fremføres på nationalt plan.

Beslutningsprocessen påvirkes gennem en *diskursiv magt*, som cementerer centralisering og specialisering som afgørende faktorer for etableringen af det gode sygehusvæsen, og som nødvendige for at fremtidssikre landets sygehuse. Samtidig skubbes argumentet om lokal nærhed langsomt ud af debatten. Regeringen definerer fra beslutningsprocessens begyndelse reformerne af sygehusvæsenet, som en måde hvorpå effektivisering kan opnås gennem centralisering. Det er denne overordnede diskursive ramme, som er beslutningsprocessens udgangspunkt. Sundhedsstyrelsen sætter i beslutningsprocessen de diskursive rammer for, hvad der defineres som et godt sygehusvæsen. Gennem deres argumentation om, at "*øvelse gør mester*", opnås et hegemoni omkring specialisering, som også afspejles i regionsrådet, hvor Sundhedsstyrelsens sprogbrug er flittigt anvendt. Vores undersøgelser viser, hvordan denne argumentation langsomt bliver accepteret af regionsrådspolitikerne i Region Sjælland. Hvor de i 2007 med deres første sygehusplan argumenterer for det vigtige i at beholde de lokale sygehuse, bliver det senere alment accepteret, at centralisering af større enheder er nødvendig for at få dygtige, specialiserede læger. Vi kan se, at den lokale nærhed taber i diskussionen om, hvad der definerer et fremtidssikret sygehusvæsen.

Da strukturreformen skabte de nye regioner, var det med ét hovedformål, nemlig at udarbejde nye sygehusplaner. Dette speciale har vist, hvordan denne beslutningsproces er foregået i Region Sjælland, og på hvilken måde den er påvirket af magt. Fokus har været på det komplekse samspil

mellem aktører, der på forskellige måder har formet processen. Hermed har specialet berørt den nye, flydende opgavefordeling, der er opstået efter strukturreformen. En opgavefordeling som skaber nye rammer for, hvordan aktørerne kan påvirke en beslutningsproces. Med forslaget om regionernes nedlæggelse har politikerne allerede åbnet op for endnu en diskussion om, hvordan beslutningsprocesser skal foregå i fremtiden, når flere niveauer i samspil skal løse offentlige opgaver.

6. Litteraturliste

- Bachrach, Peter og Morton S. Baratz 1962: "Two Faces of Power". *The American Political Science Review* 56(4):947–952. Hentet 23. september, 2011.
- Bang, Henrik Paul, Torben Bech Dyrberg og Jens Hoff 2005: "*Magtens nye ansigt: Netværkspolitik, kulturstyring og ny elitisme*". Jurist- og økonomforbundets forlag.
- Berger, Peter L., og Thomas Luckmann 1966: "*The social construction of reality: a treatise in the sociology of knowledge*". Anchor Books.
- Bryman, Alan 2004: "*Social Research Methods*". 2. udg. Oxford University Press.
- Christensen, Tom og Per Lægheid 2002: "*New public management: the transformation of ideas and practice*". Ashgate.
- Christiansen, Peter Munk og Michael Baggesen Klitgaard 2008: "*Den utænkelige reform: strukturreformens tilblivelse 2002-2005*". Forskningsprogrammet om Strukturreformen.
- Cohen, Michael D., James G. March og Johan P. Olsen 1972: "A Garbage Can Model of Organizational Choice". *Administrative Science Quarterly* 17(1):1–25. Hentet 20. december, 2011.
- Connolly, William E. 1993: "*The terms of political discourse*". Blackwell.
- Creswell, John W. 2009: "*Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*". Sage Publications.
- Dahl, Robert A. 1957: "The concept of power". *Behavioral Science* 2(3):201–215. Hentet 7. oktober, 2011.
- Dahl, Robert A. 2005: "*Who governs?: democracy and power in an American city*". Yale University Press.
- Diez, Thomas 1999: "Speaking 'Europe': the politics of integration discourse". *Journal of European Public Policy* 6(4):598–613.
- Downs, Anthony 1957: "*An economic theory of democracy*". Harper.
- Dye, Thomas R. 1981: "*Understanding Public Policy*". 4. udg. Longman.
- Farnham, David, Sylvia Horton, John Barlow og Annie Hondegghem red. 1996: "*New public managers in Europe: public servants in transition*". Macmillan.
- Fischer, Frank 2003: "*Reframing public policy: discursive politics and deliberative practices*". Oxford University Press.
- Flyvbjerg, Bent 2010: "Fem misforståelser om casestudiet" i "*Kvalitative metoder - En grundbog*" redigeret af Svend Brinkmann og Lene Tanggaard København: Hans Reitzel Forlag.

- Flyvbjerg, Bent 1991: "*Rationalitet og magt - Bind 1 Det konkrete videnskab*". Akademisk Forlag.
- Foucault, Michel 1982: "The Subject and Power". *Critical Inquiry* 8(4):777–795. Hentet 23. september, 2011.
- Hall, Peter A og Rosemary C. R Taylor 1996: "Political Science and the Three New Institutionalisms". *Political Studies* 44(5):936–957. Hentet 2. februar, 2012.
- Hill, Michael 2009: "*The Public Policy Process*". 5 udg. Pearson Education.
- Hodgson, Susan M. og Zoë Irving, red. 2007: "*Policy reconsidered: meanings, politics and practices*". The Policy Press.
- Hupe, Peter L. og Michael J. Hill 2006: "The Three Action Levels of Governance: Re-framing the Policy Process Beyond the Stages Model". S. 13–31 i "*Handbook of Public Policy*" redigeret af B. Guy Peters og Jon Pierre. SAGE.
- Indenrigs- og Sundhedsministerens rådgivende udvalg 2003: "*Sundhedsvæsenets organisering - sygehuse, incitament, amter og alternativer*".
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2005: *Sundhedsloven, LOV nr. 546 af 24. juni 2005 (gældende)*.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2010: *Sundhedsloven, LOV nr. 913 af 13. juli 2010 (gældende)*.
- Kaboolian, Linda 1998: "The New Public Management: Challenging the Boundaries of the Management vs. Administration Debate". *Public Administration Review* 58(3):189–193. Hentet Februar 23, 2012.
- Kingdon, John W. og James A. (FRW) Thurber 2010: "*Agendas, Alternatives, and Public Policies*". Longman.
- Knoepfel, Peter, Corinne Larrue, Frederic Varone og Michael Hill 2011: "*Public Policy Analysis*". The Policy Press.
- Kvale, Steinar og Svend Brinkmann 2009: "*InterView: introduktion til et håndværk*". Hans Reitzel.
- Laclau, Ernesto og Chantal Mouffe 2001: "*Hegemony and socialist strategy: towards a radical democratic politics*". Verso.
- Lukes, Steven 2005: "*Power: a radical view*". Palgrave Macmillan.
- March, James G. og Johan P. Olsen. 1984. «The New Institutionalism: Organizational Factors in Political Life». *The American Political Science Review* 78(3):734–749. Hentet November 28, 2011.
- March, James G. og Johan P. Olsen 1989: "*Rediscovering Institutions: The Organizational Basis of Politics*". Simon and Schuster.
- March, James G. og Johan P. Olsen 1996: "*Institutional perspectives on political institutions*". ARENA - Center for European Studies, University of Oslo.

- March, James G. og Johan P. Olsen 2004: "The logic of appropriateness". *ARENA - Center for European Studies, University of Oslo*.
- Mills, C. Wright 1956: "*The Power Elite*". Oxford Press.
- Parsons, D. W. 1995: "*Public policy: an introduction to the theory and practice of policy analysis*". Edward Elgar.
- Pierson, Paul. 2000: "Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics". *The American Political Science Review* 94(2):251–267. Hentet November 28, 2011.
- Regeringen & Danske Regioner 2007: "*Aftale om regionernes økonomi for 2008*".
- Regeringens ekspertpanel 2008: "*Regionernes investerings- og sygehusplaner -screening og vurdering*". Hentet (http://www.sum.dk/Sundhed/Sygehusvaesenet/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2008/screening_vurdering_nov_2008.ashx).
- Region Sjælland 2007a: "*Oplæg til Principper og hovedlinjer for specialeplanlægningen i Region Sjælland - Mulige scenarier for udvikling af Region Sjællands somatiske sygehusvæsen*".
- Region Sjælland 2007b: "*Oplæg vedrørende Sygehusplan 2007 for Region Sjælland*".
- Region Sjælland 2009a: "Dagsorden til møde i forretningsudvalget". Hentet 5. januar, 2012 (<http://www.regionsjaelland.dk/dagsordener/Dagsordener2009/Sider/Forretningsudvalget/M%C3%B8de%20d.%2018-05-2009/69507738.aspx>).
- Region Sjælland 2009b: "Referat fra møde i Regionsrådet". Hentet 6. januar, 2012 (<http://www.regionsjaelland.dk/dagsordener/Dagsordener2009/Sider/Regionsr%C3%A5det/M%C3%B8de%20d.%2018-06-2009/69508974.aspx>).
- Scharpf, Fritz Wilhelm 1994: "Games Real Actors Could Play". *Journal of Theoretical Politics* 6(1):27–53. Hentet 5. december, 2011.
- Scharpf, Fritz Wilhelm 1997: "*Games real actors play: actor-centered institutionalism in policy research*". Westview Press.
- Sorø Avis 2010: "Sorø støtter en Køge-løsning". *dinby.dk*, fra den 25. februar. Hentet 5. januar, 2012 (<http://dinby.dk/dianalund/soroe-stoetter-en-koege-loesning>).
- Sundhedsstyrelsen 2007: "Sundhedsstyrelsens rådgivning af 13. april 2007 til Region Sjællands oplæg til principper og hovedlinjer for specialeplanlægningen".
- Sundhedsstyrelsen og Den Regionale Baggrundsgruppe 2007: "*Styrket akutberedskab - planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen*".
- Sørensen, Eva 2006: "Democratic Theory as a Frame for Decision Making: The Challenges by Discourse Theory and Governance Theory" i "*Handbook of Decision Making*" redigeret af Göktug Morcöl.

Sørensen, Eva, Karina Sehested og Anne Reff red. 2011: "*Offentlig styring som pluricentrisk koordination - Et casestudie af Region Sjælland*". Jurist- og økonomiforbundets forlag.

VK-regeringen 2001: "Regeringsgrundlag 2001 Vækst, Velfærd - Fornyelse". Hentet 5. januar, 2012 (<http://www.stm.dk/publikationer/regeringsgrundlag/reggrund01.htm>).

Interviews

Ebbensgaard, Kristian 2011, gennemført den 14. november 2011 kl. 15 hos CAT i Roskilde

Elholm, Louise Schack 2011, gennemført den 25. november 2011 kl. 10 på Christiansborg

Holmer, Henrik 2011, gennemført den 15. november 2011 kl. 13.15 i Vordingborg

Larsen, Charlotte Bøll 2011, gennemført den 21. november 2011 kl. 12 i Sorø

Motte, Skjold de la 2011, gennemført den 4. november 2011 kl. 10.00 over telefon.

Neergaard, Lone de 2011, gennemført den 21. november 2011 kl. 14 i Sorø

Nielsen, Jakob Axel 2011, gennemført den 29. november 2011 kl. 10 over telefon.

Nielsen, Steen Bach 2011, gennemført den 9. november 2011 kl. 13.15 i Sorø.

Pedersen, Kjeld Møller 2011, gennemført den 14. november 2011 kl. 13 over telefon.

Stenbæk, Jens 2011, gennemført den 7. november 2011 kl. 14.30 i Sorø.

Sørensen, Kate 2011, gennemført den 21. november 2011 kl. 14 i Sorø

Note: Nogle links henviser ikke korrekt til Region Sjællands hjemmeside, da regionens hjemmeside ved årsskiftet 2011/2012 blev fornyet.

Bilag 1 – Interviewpersonernes CV

1. Anne Reff Pedersen

Anne Reff Pedersen er adjunkt på CBS. Hun skrev sin Ph.D. om organiseringen af sundhedsvæsenet på Roskilde Universitet og har i den forbindelse arbejdet specifikt med Region Sjællands sygehusplan 2007.

Interviewet den 13. oktober 2011 kl. 11.00 på Frederiksberg

2. Skjold de la Motte

Skjold de la Motte kommer fra Nakskov, og har været aktiv for SF i lokalpolitik i mere end 30 år. I 2009 blev han valgt ind i Regionsrådet, hvor han stemte imod beslutningen om at placere hovedsygehuset i Køge.

Interviewet den 4. november 2011 kl. 10.00 over telefon

3. Jens Stenbæk

Jens Stenbæk fra Venstre er tidligere viceborgmester i Holbæk og blev valgt ind i regionsrådet i 2009 med 19.000 personlige stemmer, hvor han blev næstformand. Han er også tidligere formand for KKR og medlem af bestyrelsen i Danske Regioner. Han stemte for beslutningen om at placere hovedsygehuset i Køge.

Interviewet den 7. november 2011 kl. 14.30 i Sorø

4. Steen Bach Nielsen

Steen Bach Nielsen er fra Socialdemokraterne og regionsrådsformand i Region Sjælland. Han blev valgt ind i regionsrådet i 2005, og blev formand i 2010. Han er uddannet skolelærer og har tidligere været borgmester i Slagelse. Han gik til valg på at beholde den oprindelige sygehusplan, men stemte for beslutningen om at placere hovedsygehuset i Køge.

Interviewet den 9. november 2011 kl. 13.15 i Sorø

5. Kjeld Møller Pedersen

Kjeld Møller Pedersen er professor i Sundhedsøkonomi ved Syddansk Universitet. I 2002 var han formand for et ekspertudvalg om fremtidens sundhedsvæsen (Kjeld Møller Pedersen-udvalget). I 2007 blev han en del af Juhl-udvalget.

Interviewet den 14. november 2011 kl. 13 over telefon

6. Kristian Ebbensgaard

Kristian Ebbensgaard fra Venstre har tidligere siddet i Køge byråd og Roskilde amtsråd, hvor han var amtsborgmester fra 1994 til 2006. Herefter blev han regionsrådsformand i Region Sjælland, hvor han sad indtil han gik på Pension i 2009. I denne periode var han også næstformand i Danske Regioner

Interviewet den 14. november 2011 kl. 15 hos CAT i Roskilde

7. Henrik Holmer

Henrik Holmer er uddannet cand. hort. Og har tidligere være borgmester i Langebæk Kommune. I 2007 blev han borgmester i Vordingborg og samtidig valgt som næstformand i KKR. Efter valget i 2009 blev han formand for KKR. Vordingborg sendte deres eget forslag til sygehusplanen i 2010 med et hovedsygehus i Vordingborg.

Interviewet den 15. november 2011 kl. 13.15 i Vordingborg

8. Charlotte Bøll Larsen

Charlotte Bøll Larsen er uddannet fra forvaltning på Roskilde Universitet og har siden arbejdet både på Københavns Universitet og i Roskilde Kommune. I 2008 blev hun ansat i Region Sjælland og har siden 2011 været konstitueret planlægningschef med ansvar for sygehusområdet.

Interviewet den 21. november 2011 kl. 12 i Sorø

9. Kate Sørensen

Kate Sørensen fra Socialdemokratiet blev stemt ind i regionsrådet i 2009. Hun valgte senere at blive løsgænger. Hun har været aktiv i lokalpolitik i Næstved, og stemte imod beslutningen om at placere hovedsygehuset i Køge.

Interviewet den 21. november 2011 kl. 14 i Sorø

10. Lone de Neergaard

Lone de Neergaard er uddannet speciallæge i samfundsmedicin og har blandt andet arbejdet i Sundhedsstyrelsen og Hovedstadens Sygehusfælleskab. Fra 2005 til 2011 var hun planlægningschef i sundhedsstyrelsen, hvor hun har haft ansvar for specialeplanlægningen i de nye sygehusplaner. Hun gik på pension i 2011.

Interviewet den 23. november 2011 kl. 13 på Islands Brygge

11. Louise Schack Elholm

Louise Elholm er oprindeligt fra Sorø, uddannet cand. polit fra Københavns Universitet og har siden 2007 siddet i folketinget for Venstre. I denne periode har hun i flere omgange være medlem af folketingets sundhedsudvalg.

Interviewet den 25. november 2011 kl. 10 på Christiansborg

12. Jakob Axel Nielsen

Jakob Axel Nielsen er uddannet jurist fra Århus Universitet og var fra 2007 til 2010 Sundhedsminister. Jakob var valgt ind i Folketinget for de Konservative i Nordjylland. Da han stoppede som minister, blev han direktør hos privathospitalet Aleris.

Interviewet den 29. november 2011 kl. 10 over telefon

Bilag 2 – Interviewguide

Interviewguide Steen Bach Nielsen

Indledning: Vi skriver speciale om Region Sjælland og beslutningsprocessen for placeringen af hovedsygehuset i Køge. Vi er interesseret i at undersøge samarbejdet mellem regionen, staten og kommunerne. Vi er især fokuseret på, Region Sjælland som en ny politisk aktør.

Forklare strukturen for interviewet, tidsperioden. Vi er interesseret i perioden fra Regionsrådet opstår og den første sygehusplan fra 2007 til beslutningen 16. marts 2010 om Køge.

Standard: Du skal vide at det er et offentligt tilgængeligt speciale, men at du selvfølgelig både undervejs og bagefter kan sige hvis der er noget du fortryder at have sagt. Vil du have tilsendt transskriberingen?

Navn og beskæftigelse? Uddannelse?

Fra ide til første sygehusplan 2007:			
	Hvornår hører du første gang om ideen om centralisering af sygehusene?	Hvordan foregik processen op til vedtagelsen af den første sygehusplan i 2007? I hvor høj grad inddrog Region Sjælland andre aktører i forhandlingerne om den første sygehusplan?	Hvem var for/imod denne plan? Hvad var deres argumenter?
	Hvordan startede dit arbejde med sygehusstrukturen i Region Sjælland?		
Tiden mellem de to sygehusplaner:			
	Hvornår blev det diskuteret at Næstved og Roskilde ikke længere skulle være specialsygehuse i Region Sjælland?	Hvem var særligt synlige i denne diskussion?	Hvilke beslutninger var taget før Regionsvalget i 2009?
	Hvorfor nedsatte regeringen Juhl-udvalget? (ansvar og legitimitet)	Hvilken rolle har de spillet i forløbet? (Har Juhl-udvalget dækket alle vinkler?)	Hvilken kontakt har du haft med Juhl-udvalget?

	Hvem traf beslutningen om, at der skulle bestilles to konsulentrapporter fra eksterne konsulentfirmaer vedr. placeringen af hovedsygehuset? (COWI og CuraVita)	Hvorfor var dette nødvendigt?	Hvordan påvirkede de to rapporter debatten?
	Hvem samarbejdede Regionsrådet med i denne proces? (adm., region, stat, sundhedsstyrelsen kommune)	Hvad var rammerne for dette samarbejde? Hvem var særligt toneangivende i samarbejdet?	Hvordan fungerede samarbejdet med de forskellige aktører?
Den endelige beslutning:			
	Hvad var det vigtigste for dig i beslutningen omkring Køge? Blev du kontaktet af din folketingsgruppe? Hvad snakkede I om?	Hvor meget tid har du brugt på denne beslutningsproces? Synes du, du har haft den nødvendige tid? (andre ressourcer: faglig viden, information)	Synes du alle blev hørt? Hvorfor var der internt splid i partierne vedr. placeringen?
	Hvilke argumenter vejede tungest i den endelige beslutning? I hvor høj grad synes du regional vækst er tænkt ind i Køge-modellen?	Ændrede du holdning undervejs i processen? Hvorfor?	Hvem samarbejdede du især med?
	Efter din mening, hvem har haft størst indflydelse på den endelige beslutning?	Skulle man have gjort noget anderledes? Hvad?	Har der været en klar opgavefordeling mellem kommunalt/regionalt og statsligt niveau?

Bilag 3 – Individualisering af specialet

Kapitel:	Sidetal:	Forfatter:
1. Indledning		
1.1 Problemfelt	3-4	Fælles
1.2 Problemformulering	5	Fælles
1.3 Operationalisering af problemformulering	5	Tine
1.4 Afgrænsning	5-6	Tine
1.5 Forskning på feltet	6-7	Morten
1.6 Valg af teori	7-8	Tine
1.7 Kapiteloversigt	8-9	Morten
2. Magt og beslutningsprocesser (indledning)	10	Tine
2.1 Teorier om magt i policyanalyser (indledning)	11-12	Morten
2.1.1 Teori om magt i policyprocesser – magtens tre dimensioner	12-15	Morten
2.1.2 Rational choice- teori	15-16	Morten
2.1.3 Netværksteori	16-17	Tine
2.1.4 Institutionel teori	17-18	Tine
2.1.5 Mod en samlet magtforståelse	18-21	Morten
2.1.6 Delkonklusion – fire forståelser af magt	21-23	Tine
2.2 Teorier om beslutningsprocesser (indledning)	23	Tine
2.2.1 Fasemodeller	23-24	Tine
2.2.2 Garbage-can	24-25	Tine
2.2.3 Strømme af problemer, policy og politik	25-26	Morten
2.2.4 Opdeling af beslutningsprocessen	26-27	Morten
2.2.5 Delkonklusion - teorier om beslutningsprocesser	27	Tine
2.3 Operationalisering	27-31	Morten
3. Metodologi og præsentation af case (indledning)	32	Morten
3.1 Metodologi (indledning)	32-33	Tine
3.1.1 Casestudie som undersøgelsesdesign	33	Morten
3.1.2 Specialets validitet, reliabilitet og generaliserbarhed	34-35	Morten
3.2 Valg af case	35-36	Morten
3.3 Valg af empiri	36-38	Tine
3.4 Valg af beslutninger	38-39	Tine
3.5 Valg af aktører	39-42	Tine
3.6 Præsentation af case	42-44	Morten
3.7 Tidslinje	45	Morten
4. Analyse af magt i beslutningsprocessen for sygehusstrukturen (indledning)	46	Tine

4.1 Første analysedel – hvordan udøves magt i beslutninger? (indledning)	46	Morten
4.1.1 Regeringsgrundlaget – nye værdier præsenteres	46-49	Tine
4.1.2 Strukturreformen – institutioner dannes	49-51	Tine
4.1.3 Sundhedsloven af 2005 – Sundhedsstyrelsen får nye kompetencer	51-54	Morten
4.1.4 Sygehusplan 2007 – en kamp om lokale sygehuse	55-59	Tine
4.1.5 Nedsættelsen af Juhl-udvalget – et mellemed introduceres	59-62	Tine
4.1.6 Juhl-udvalgets afvisning af 2007-planen – en kold dukkert til Region Sjælland	62-66	Tine
4.1.7 Første forsøg med at få en ny sygehusplan vedtaget – manglende politiske alliancer	66-69	Morten
4.1.8 Bestilling af de to rapporter – en ”objektiv” vurdering	69-72	Morten
4.1.9 Valg til regionerne 2009 – nye alliancer	72-74	Morten
4.1.10 Valget af de fire hørringsscenarier – en hurtig beslutning	74-77	Morten
4.1.11 Den endelige beslutning – et kompliceret kompromis	77-82	Tine
4.2 Anden analysedel – Hvordan har magt påvirket af beslutningsprocessen? (indledning)	82	Morten
4.2.1 Første magtforståelse – økonomisk og juridisk magt	82-83	Fælles
4.2.2 Anden magtforståelse – forhandlet magt	84-85	Fælles
4.2.3 Tredje magtforståelse – institutionel magt	85-87	Fælles
4.2.4 Fjerde magtforståelse – diskursiv magt	87-89	Fælles
4.2.5 Magt og beslutningsfaser	89-90	Fælles
5. Konklusion	91-95	Fælles
Abstract		Fælles

Bilag 4 – Oversigt over empiri

12 interviews (se bilag 1 interviewpersonernes CV)

Dokumenter:

- Indenrigs- og Sundhedsministerens rådgivende udvalg: "*Sundhedsvæsenets organisering - sygehuse, incitament, amter og alternativer*" fra januar 2003
- Regeringens ekspertpanel: "*Regionernes investerings- og sygehusplaner -screening og vurdering*" fra november 2008
- Region Sjælland: "*Oplæg til Principper og hovedlinjer for specialeplanlægningen i Region Sjælland - Mulige scenarier for udvikling af Region Sjællands somatiske sygehusvæsen*" fra februar 2007
- Region Sjælland 2007: "*Sygehusplan 2007*" fra maj 2007
- Sundhedsstyrelsen og Den Regionale Baggrundsgruppe: "*Styrket akutberedskab - planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen*" fra juni 2007
- Sundhedsstyrelsen "Sundhedsstyrelsens rådgivning af 13. april 2007 til Region Sjællands oplæg til principper og hovedlinjer for specialeplanlægningen" – kommentar til Region Sjællands sygehusplan 2007
- Regeringen og Danske Regioner: "*Aftale om regionernes økonomi for 2008*" fra oktober 2007

Regeringsgrundlag:

- VK-regeringens regeringsgrundlag: "*Vækst, Velfærd – Fornyelse*" fra november 2001

Mødereferater:

- Dagsorden til møde i forretningsudvalget i Region Sjælland 18. maj 2009
- Referat af møde i regionsrådet Region Sjælland afholdt 18. juni 2009

Lovtekster:

- Sundhedsloven, LOV nr. 546 af 24. juni 2005 (gældende)
- Sundhedsloven, LOV nr. 913 af 13. juli 2010 (gældende)