

ger i det skub, jo længere kommer vi, når vi til næste efterår skal se, om vi er kommet langt nok til at vedtage en egentlig garanti.

Tak for debatten. Jeg tror, det var en god debat for alkoholområdet.

Kl. 13.45

Hermed sluttede forhandlingen, og forslaget overgik derefter til anden (sidste) behandling.

Afstemning

Anden næstformand (Poul Nødgaard):

Jeg foreslår, at forslaget til folketingsbeslutning henvises til Sundhedsudvalget. Hvis ingen gør indsigelse, betragter jeg det som vedtaget. (Op-hold). Det er vedtaget.

Den næste sag på dagsordenen var:

4) Første behandling af beslutningsforslag nr.

B 48:

Forslag til folketingsbeslutning om tilskud til etablering af sundhedscentre.

Af Tove Videbæk (KD) m.fl.

(Fremsat 14/11 2003).

Forslaget sattes til forhandling.

Forhandling

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Der er mange, der har budt ind i kølvandet på Strukturkommissionens arbejde med et forslag om oprettelse af sundhedscentre, og jeg tror, der findes næsten lige så mange definitioner og versioner af begrebet sundhedscenter, som der er bud.

Nu får vi så et mere, Kristendemokraternes beslutningsforslag om at oprette en statslig pulje på 100 mio. kr., som amter og kommuner kan søge om midler fra til oprettelse af sundhedscentre. Formålet er – og det er jo ædelt – at sikre samarbejde om en sammenhængende indsats over for borgerne. Det er et formål, som jeg i sagens natur er fuldstændig enig i.

Som bekendt har regeringen netop for at forfølge målet om sammenhæng i den offentlige

opgavevaretagelse nedsat en Strukturkommission. Strukturkommissionen afleverer meget snart, nemlig den 9. januar, sin betænkning, og så er det op til os, regeringen og Folketinget, at arbejde med betænkningen. Så kommer vi virkelig på arbejde, for så skal vi tage stilling til, hvorledes vi indretter den kommunale struktur bedst muligt, så f.eks. sundhedsydelseerne leveres effektivt, med høj kvalitet og med udgangspunkt i de problemer og i de behov for koordinering og samordning, som borgerne unægtelig har.

Hvordan sikrer vi, at behandling, pleje, genoptræning og forebyggelse gives der, hvor det giver kvalitet for den enkelte, og hvor det giver effektivitet for samfundet? Det kan da godt tænkes, at det f.eks. sker bedre gennem en samling af de primære sundhedsydelser i borgernes nærmiljø, en samling i, hvad man kunne kalde sundhedscentre. Det kan da godt tænkes. Men det kan man i amter og kommuner, der, hvor ansvaret for en effektiv organisering af sundhedsvæsenets tilbud er placeret, allerede i dag, og det findes der heldigvis også eksempler på at man gør.

Der er amter og kommuner, der i fællesskab har etableret sundhedscentre. Der er typisk tale om en fysisk samling, f.eks. i nedlagte sygehuse, af amtslige og kommunale tilbud på sundhedsområdet, og ofte har også privatpraktiserende sundhedspersoner lejet sig ind. Der er også kommuner, der har sundhedscentre, som rummer de kommunale tilbud på børn og ungeområdet, f.eks. sundhedspleje og familierådgivning. Der er kommuner, der har sundhedscentre i tilknytning til plejehjem eller ældrecentre med aflastningspladser, akutpladser, træningsfaciliteter osv. – nogle steder med fælles finansiering mellem amtet og kommunen i et forsøg på at kaste lys på den gråzone, der er i rummet mellem amt og kommune, når vi snakker sundhed.

Netop på ældreområdet har regeringen og Dansk Folkeparti afsat 37 mio. kr. til udvikling og etablering af kommunale tilbud om aflastnings-, akutpleje- og genoptræningspladser.

Så der findes allerede en række eksempler, hvor man forsøger at give dette begreb, dette elastiske begreb sundhedscentre et konkret indhold. Der findes eksempler på et vellykket samarbejde mellem amter og kommuner og mellem forskellige sundhedsprofessioner. Men der er desværre også eksempler på, at samarbejdet ikke fungerer. Det er der, til trods for at amter og kommuner er forpligtet til at samarbejde efter