

prøver eller evt. tage et røntgenfoto eller foretage en scanning. I nogle tilfælde kan børnetandpleje, sundhedsplejerske, rådgivning om kostomlægning m.v. indgå i centrenes virksomhed.

Når borgeren kommer ind ad døren, vil der formentlig først være en indledende samtale (visitation) med en sygeplejerske eller en anden person med sundhedsuddannelse, og derefter vises borgeren hen til den rette person i centeret. Personalet består typisk af sygeplejersker, sundhedsplejersker, jordemødre, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Det vil være hensigtsmæssigt for alle parter, hvis der i mange tilfælde findes et lægehus dør om dør med sundhedscenteret, og under en forsøgsordning vil det være muligt at afprøve en model, hvor læger indgår som en integreret del i et eller flere af sundhedscentrene. I øvrigt vil det være naturligt, at almenpraktiserende læger, kiropraktorer og i nogle tilfælde speciallæger i fremtiden kan placere sig og etablere klinik i tilknytning til et sundhedscenter. Sundhedscentrene kan naturligvis samarbejde med mange forskellige aktører inden for sundhedsvæsenet, f.eks. plejehjem, praktiserende læger, sundhedsplejen, privatpraktiserende fysio- og ergoterapeuter, socialcentre, kiropraktorer og også andre privatpraktiserende behandlere. Genoptræning og andre vigtige funktioner kan forankres i sundhedscentrene. Der kan her skabes den brede sammenhæng i sundhedsplejen, som patienterne har brug for. Sundhedscentre kan også samarbejde med kommunale institutioner, f.eks. om kost og motion, og tilknyttede diætister kan rådgive både unge og ældre, overvægtige og andre om motion, kostvaner, risikofaktorer m.v. Den tværfaglige indsats vil være en meget vigtig opgave i fremtidens sundhedscentre.

Sundhedskartellet har i brochuren »Sundhedscentre«, januar 2004, side 10-14, opstillet en række eksempler på, hvordan sundhedscentrene kan indrettes. Der peges bl.a. på borgervenlige åbningstider, tværfaglig bemanding, adgang med og uden lægehenvi- ning, forebyggende tilbud, der kan virke direkte ressourcebesparende ved, at der sættes tidligt ind over for sygdomme og risikofaktorer, og ikke mindst peges der på sundhedscenteret som borgerens faste ankerpunkt i tværgående sundhedstilbud, f.eks. når det gælder genoptræning, sårpleje, hjertesygdomme m.m.

I England, USA og Canada har man gode erfaringer med sundhedscentre (»Healthcare Centers« eller »Walk-in Centers«). Centrene er åbne en stor del af døgnet og stiller hurtig og praktisk omsorg til rådighed for patienter med mindre skader m.v. Centrene er typisk bemandede med læger, sygeplejersker og andre professionelle sundhedspersoner. Centrene kan være sammenlagt med almindelige lægehuse, hvor de lokale praktiserende læger har deres konsultationer. Cen-

trene kan løse de mest almindelige skadestueopgaver. Nogle centre er udstyret med laboratoriefaciliteter og/eller røntgenudstyr.

Hvor placeres sundhedscentrene?

Det høje ambitionsniveau, der er lagt op til i strukturreformen (et sundhedsvæsen i verdensklasse) får befolkningen til at have store forventninger. En nyskabelse som sundhedscentrene vil vække stor opmærksomhed overalt i landet og vil være med til fra starten at skabe tillid til reformen.

Centrene kan etableres på steder med forskelligt behov, f. eks. i en storby, en mellemstor kommune, en købstad med et sygehus, der er under lukning, i en landkommune og i en økommune. Hovedsigtet må være at få erfaringer, der kan hindre kostbar sygehusindlæggelse i de mange tilfælde, hvor ambulante pleje eller genoptræning er tilstrækkeligt. Sundhedscentrene kan etableres i forbindelse med eksisterende lægehuse og andre behandlingstilbud (kiropraktik, fysioterapi m.v.). Centrene kan i mange tilfælde visitere og henvise til specialister på de egentlige sygehuse.

Der er mange steder i landet, hvor centrene kan placeres i den foreslåede femårige forsøgsperiode. Det skal naturligvis undersøges meget nøje, hvilke placeringer der giver de mest alsidige og nyttige erfaringer. Nedenfor er anført nogle konkrete eksempler på, hvor der efter Dansk Folkepartis opfattelse kan placeres sundhedscentre. I de tilfælde, der er nævnt her, er der både en relevant faglig begrundelse for og lokale og regionale sundhedsmæssige hensyn at tage ved placeringen af sundhedscentrene. På nogle af de lokaliteter, der er nævnt, er der oven i købet eksisterende sygehusbygninger til rådighed. Samtidig er der tale om så forskelligartede placeringer, at man kan indhente et bredt spekter af erfaringer, både fra større byområder, fra mellemstore købstæder og fra landområder:

- Amager, f.eks. i forbindelse med Sundby Hospital.
- Stege, f.eks. i forbindelse med det nedlagte Stege Sygehus.
- Samsø, f.eks. i forbindelse med det reducerede Samsø Sygehus.
- Sønderjylland.
- Nordjylland.
- Nordvestjylland, f.eks. i forbindelse med det reducerede Lemvig Sygehus.
- Århus.

Økonomiske konsekvenser

Det er vigtigt, at den omformning og forbedring af sundhedsvæsenet, der gennemføres som et led i strukturreformen, er økonomisk velfunderet og udformes