

SUNDHEDS- OG ÆLDREUDVALGET

REJSERAPPORT

STUDIETUR TIL NEW ZEALAND

FOLKETINGET



Tid: 4. - 12. marts 2016
Sted: Wellington og Auckland, New Zealand
Deltagere: Liselott Blixt (formand – DF)
Flemming Møller Mortensen (næstformand - S)
Karin Gaardsted (S)
Susanne Eilersen (DF)
Jeppe Jakobsen (DF)
Jane Heitmann (V)
Carolina Magdalene Maier (ALT)
Jonas Dahl (SF)
Ledsaget af: Ane Elmose og Hanne Schmidt fra Udvalgssekretariatet

6. april 2016

1. Formål

Formålet med studieturen var at lære af erfaringerne fra New Zealand, bl.a. inden for følgende områder:

- A. Medicinudgifter og prioritering
- B. Arbejdet med den nye sundhedsstrategi og de strategiske mål for sundhedsvæsenet
- C. Ældrepleje og demens
- D. Forebyggelse

Udvalget havde som forberedelse af studieturen udarbejdet en oversigt over emner delegationen ønskede at drøfte. Oversigten er vedlagt som bilag 1.

2. Væsentligste punkter fra besøget

På et møde mandag morgen gav Sundhedsministeriet delegationen en oversigt over sundhedsvæsenet i New Zealand. Oversigten er vedlagt som bilag 2.

En af de udfordringer for sundhedsvæsenet der blev fremhævet, var de høje forventninger til adgangen til sundhedssystemet og kvaliteten af behandlingen, kombineret med en befolkning der lever længere og har mere komplekse helbredsproblemer - men også har det bedre længere op i årene. I New Zealand har man i en længere periode fokuseret på konsolidering i den offentlige sektor, da der i en årrække forud var mange og store omvæltninger i den offentlige sektor. Dette har givet sundhedssektoren en god arbejdsro, men der blev også udtrykt ønske om, at der nu skal tages fat på en effektivisering.

Ad A. Medicinudgifter og prioritering

Udover møder med sundhedsministeren, repræsentanter fra Sundhedsministeriet og «District Health Boards» samt Sundhedsudvalget i New Zealand, hvor emnet blev drøftet, holdt delegationen møde med Pharmac (Pharmaceutical Management Agency). Pharmac er en styrelse (government agency), der træffer beslutning om hvilken medicin, der skal modtage offentlig støtte i New Zealand. Pharmac blev etableret i 1993, hvor medicinpriserne i New Zealand var 1/3 højere end i Australien. I dag er medicinpriserne i New Zealand halvt så høje som i Australien og Pharmac gav udtryk for, at have spillet en meget aktiv og bevidst rolle i denne udvikling. Pharmac har et 3-delt formål:

1. Opnå og sikre «best value»
2. Introducere ny medicin
3. Vurdere indkøb af medicinsk udstyr (denne del af opgaven er ny)

Pharmac udarbejder 4 gange om året en liste over den medicin man i New Zealand vil købe. De enkelte firmaers (den enkelte medicins) placering på listen er fortrolig, da det er selve konkurrence-elementet som er medvirkende til, at man kan opnå en lav pris – i visse tilfælde en rabat på op til 80 %. Det er afgørende for systemet og dets succes, at Pharmac kan træffe beslutningerne og kan holdes ansvarlig, og at der er en bred politisk opbakning til dette. Pharmac har modeller til at forudse medicinske behov i fremtiden, men har også meget fokus på reelle forbedringer af f.eks. kræftpatienters behandling i forbindelse med introduktion af ny medicin. På mødet med ministeren gav han udtryk for, at Pharmac-modellen bliver mere og mere central for New Zealand.

Desuden vil personlig medicin der er skræddersyet til den enkelte patient, og anvendelsen af ny teknologi også ændre sundhedsvæsenet i New Zealand fremover, og lægge pres på udgifterne.

Visse højt-specialiserede behandlinger tager man til Australien for at få. Der var også en forventning om, at man i fremtiden vil kunne varetage flere funktioner udenfor hospitalet, som dermed vil få færre penge i fremtiden.

Ad B. Arbejdet med den nye sundhedsstrategi og de strategiske mål for sundhedsvæsenet

Målstyring blev introduceret i New Zealand i 90'erne og målene på sundhedsområdet i 2007. En oversigt over de nuværende mål er vedlagt som bilag 3. Status på målene rapporteres kvartalsvist. Ministeriet gav udtryk for, at målene har givet en klar retning for arbejdet i sundhedsvæsenet.

Selve sundhedsstrategien udarbejdes på baggrund af sundhedsloven, hvor det er et krav, at der formuleres en strategi. Den «gamle» strategi er 15 år, og man er ved at formulere en ny, der bliver lanceret senere i 2016. Der bliver følgende temaer i den nye strategi:

1. People powered (borgeren i centrum)
2. Closer to home (mere fokus på primærsektoren)
3. Value and high performance (effektivitet)
4. One team (samarbejde på tværs) Sundhedsministeriet fremhævede, at der på regeringsniveau var blevet taget initiativ til at sikre tvær-sektoralt samarbejde for 5 år siden, og det havde givet et godt samarbejde mellem de enkelte sektorer.
5. Smart system (anvendelse af (ny) teknologi)

Der er politisk enighed om, at sundhedsvæsenet skal forandres så det i højere grad kan håndtere de udfordringer, man står overfor. I den proces er de sundhedsprofessionelle særligt vigtige at få inddraget.

Strategien vil ikke blive evalueret efter traditionelle metoder, da det tager for lang tid og er for dyrt. I stedet har man tanker om et årligt symposium, hvor man drøfter, hvad der virker, og hvad der med fordel kan forbedres.

Ad C. Ældrepleje og demens

Delegationen holdt møde med Alzheimerforeningen i New Zealand og besøgte Spratt House, der er et plejehjem med en demens-sektion. Alzheimerforeningen introducerede de forskellige plejemuligheder, men efterlyste data og viden om, hvor god demensplejen i New Zealand egentlig er. Ift. brug af GPS m.m. oplyste de, at der pga. naturen i New Zealand er

meget gode «search-and-rescue» muligheder, som man typisk også gør brug af, hvis diffuse eller demente personer forsvinder. Som noget nyt er det praktiserende læger i New Zealand, der diagnosticerer demens. Det har tidligere være et specialismråde, og der er fortsat en vis skepsis blandt de praktiserende læger overfor opgaven.

Delegationen orienterede Alzheimerforeningen om den danske demensplan.

Under besøget på Sprout House, fremhævede de især bemanningen (24 senge til demente og 112 plejere i alt på hele plejehjemmet), som forudsætning for den høje kvalitet og gode pleje. Man betaler selv for opholdet - prisen afhænger af ens formue - og staten subsidierer op til 160 NZD om dagen for demens-patienterne.

Der er en lokal læge tilknyttet plejehjemmet, og man betaler ekstra, hvis man fortsat ønsker at være tilknyttet sin egen doktor «hjemmefra».

Ad D. Forebyggelse

Forebyggelsesindsatsen i New Zealand har været særlig markant ift. rygning. Rygning opfattes som den største risikofaktor hvad angår sundhed, og man har indført en skat på cigaretter, der stiger med 10% årligt. Alligevel ryger 15 % af befolkningen dagligt («regular daily smokers»). Der er en relativt stor ulighed i sundhed i New Zealand, hvor især maorierne (den oprindelige befolkning) har en markant dårligere sundhedstilstand end andre befolkningsgrupper. Det kommer også til udtryk i antallet af rygere, hvor ca. 1/3 af maorierne ryger.

Butikker der sælger tobak til unge under 18 år, risikerer store bøder, og alle hospitaler og fængsler i New Zealand er røgfrie, fængslerne siden 2011. Samtidig er det dog tilladt at dyrke op til 15 kg tobak på egen jord til eget forbrug.

Der er formuleret et generelt mål om et røgfrit New Zealand i 2025.

3. Opfølgning

Udvalget evaluerede turen på et møde i SUU den 5. april, hvorefter rejserapporten blev godkendt skriftligt.

Der var generelt stor tilfredshed med udbyttet af turen. Delegationen kunne i løbet af ugen konstatere, at der på trods af afstanden er mange ligheder i befolkningsgrundlag, levevis samt de udfordringer sundhedsvæsenet står overfor, og til dels også i den måde disse udfordringer tackles på.

Der var ønske om i højere grad at dyrke og facilitere samarbejdet med New Zealand og gøre andre sundhedsaktører opmærksomme på de store ligheder. Konkret vil udvalget sende et opfølgende brev til Sundhedsudvalget i New Zealand med opfordring til at udveksle erfaringer på udvalgte områder af særlig fælles interesse såsom transkønnede, medicinpriser og medicinsk cannabis. Samtidig vil udvalget sende rejserapporten til sundheds- og ældreministeren til orientering og fremhæve lighederne.

Udvalget fremhævede endelig de områder, hvor vi i Danmark kan lære af New Zealand. Det drejer sig særligt om dels lægedækningen i landdistrikter, hvor man i en [mobil sundhedsbus](#), i samarbejde med det lokale sundhedspersonale f.eks. kan foretage mindre, planlagte operationer og dels forebyggelse som skitseret ovenfor. Desuden var der i New Zealand stort fokus på sundhedstilstanden blandt socialt udsatte grupper som f.eks. den oprindelige befolkning maorierne.

Program for studieturen er omdelt på SUU alm. del – bilag 449 og præsentationerne fra studieturen er omdelt på SUU alm. del – bilag 483.

Bilag 1

The Danish Parliamentary Health Committee

Topics for discussion for the visit to New Zealand 6 – 11 March 2016

- The new NZ health care strategy scheduled for launch later in 2016: *All New Zealanders live well, stay well, get well.* Political strategic areas and foreseen initiatives?
- What are the focus areas in the health care system in New Zealand?
 - How are the six annual health targets determined and by whom?
 - Do they have an effect? How are they measured? What are the deliverables?

The 2015/2016 NZ health targets:

- Shorter waiting times in hospital emergency rooms
 - Greater access to elective surgery
 - Faster treatment of cancer
 - Increased immunisation
 - Improve help for smoking cessation
 - More cardiac and diabetes check
- What are the experiences with the privatisation/liberalisation of the health care system in New Zealand? - What topics have surrounded the political debate about private contracting in the health care system?
 - What are the government's priorities in relation to medical and pharmaceutical expenses?
 - How are the experiences with PHARMAC as a prioritisation agency?
 - How is preventive health measures incorporated in the health care system?
 - What are the experiences with preventive initiatives in regards to alcohol and tobacco amongst young people?
 - What has been done to address health inequality and disproportional risk of obesity, alcohol abuse, diabetes and asthma etc. as a result of socio-economic conditions in remote areas?
 - What are the lessons to be learned from initiatives such as:
 - Pathways to Pacific Health and Wellbeing 2014-2018
 - Services to Improve Access (SIA) and Mobile Services

- Closer Care / Care closer to home
- What has been done to address the shortages of doctors in remote areas?
- What are the lessons to be learned from the Papillomavirus (HPV) immunisation programme?
 - What has been done to deal with side-effects and damages caused by HPV vaccines?
- How widespread are alternative/natural treatments in New Zealand?
 - How is it perceived in the established health care system, and are there any public and private collaboration? Especially acupuncture has had a foothold in Denmark.
- What is the status on medical cannabis in NZ also in regards to the legal basis?
- To what extent are welfare technologies applied in elder care? – What are the experiences with the national implementation of interRAi?
- What are the lessons to be learned from:
 - New Zealand Framework for Dementia Care 2013
 - Improving Lives of People with Dementia 2014
- What lessons have been learned since the design of palliative care strategy in 2001?