




4. Utviklingstrekk.....	2
4.1 Befolkningsutviklinga 	2
4.2 Sjukdomsutvikling 	3
4.3 Etterspørsel og åtfærd i befolkinga 	5
4.4 Utdanningskapasitet, kompetanse og bemanning 	5
4.5 Økonomiske rammar og endringar i lover og regelverk 	7
4.5.1 Makroøkonomi.....	7
4.5.2 Økonomisk langtidsperspektiv på Helse Bergen-nivå.....	8
4.5.3 Regulering av klima og miljø og anna lovgiving	9

4. Utviklingstrekk

Forventa utvikling i befolkningsammansetting, sjukdomsbildet, forventningane hos pasientar og brukarar, personelltilgang og dei økonomiske rammene er blant dei utviklingstrekk som vi må handtere i åra som kjem. Dette er tema for kapittel 4. I kapittel 5 diskuterer vi kva moglegheiter vi har for å løyse dei utfordringane utviklingstrekk gir oss.

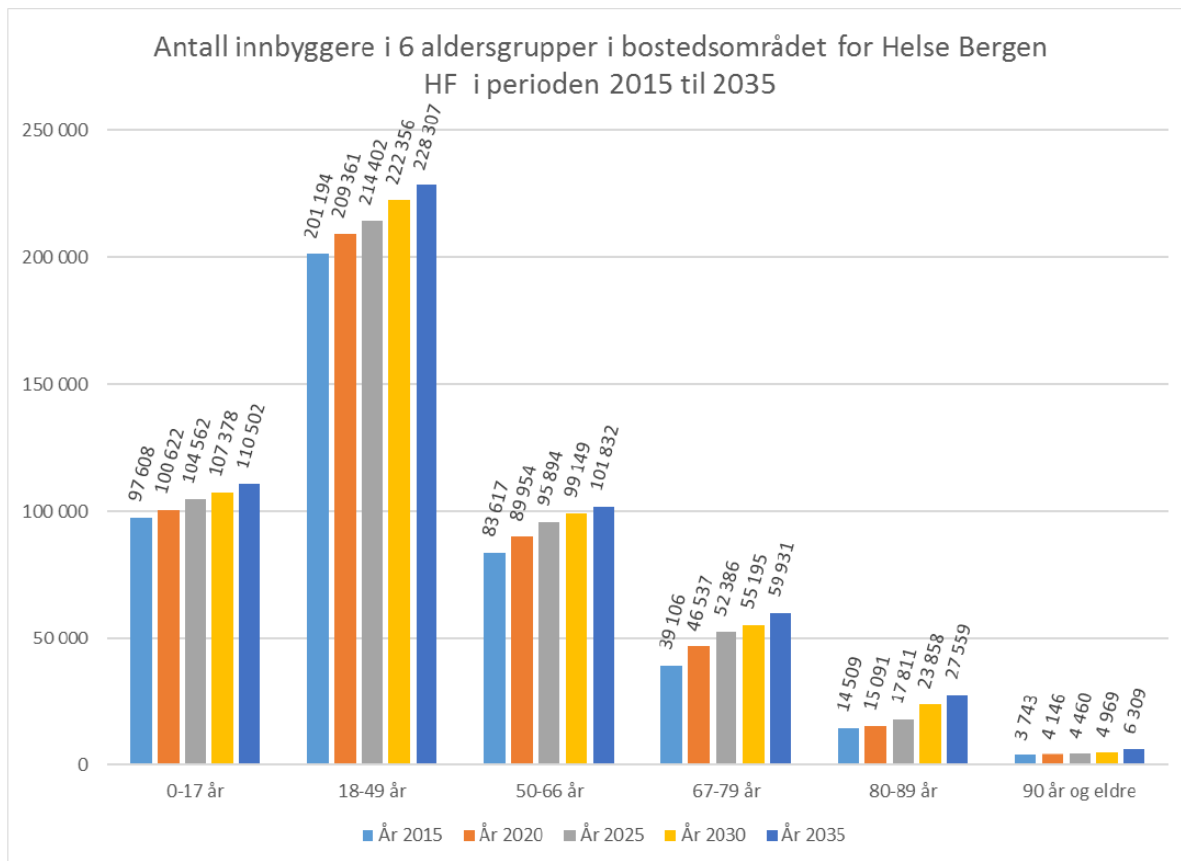


4.1 Befolkningsutviklinga

Befolkninga i området Helse Bergen har ansvar for, er venta å utgjere 535 000 innbyggjarar i 2035. Det utgjer om lag 95 000 fleire innbyggjarar enn i 2015. Veksten på 21,5 % er litt høgare enn elles i landet, men litt lågare enn for eksempel i Oslo.¹

Delen av eldre i befolkninga er venta å auke fram til 2035. Innbyggjarar over 67 år vil i 2035 utgjere om lag 94 000, som svarar til 17,6 % av befolkninga. Delen av eldre vil då vere litt lågare enn snittet elles i landet. Veksten i denne aldersgruppa er likevel stor, og er venta å bli 63,5 % frå 2015-2035. Sidan det er dei eldre som har det høgaste forbruket av spesialisthelsetenester, vil denne veksten påverke forbruket av spesialisthelsetenester meir enn volumauken i befolkninga isolert sett.

¹ Tala er basert på SSB sitt alternativ for framskriving som viser middels vekst for alle dei fire faktorane fruktbarhet, levealder, innanlands flytting og innvandring. Skal vi kommentere på tala frå Hordaland fylkeskommune, jf. BT-oppdrag 16.4.2018?



Figur 4.1 Befolkningsutvikling



4.2 Sjukdomsutvikling

Sjukdomsbildet framover vil vere prega av befolkningsutviklinga. Den viktigaste trenden her er godt kjend: Den aldrande befolkninga den første hovedutfordringa i sjukdomsutviklinga. Aldersgruppene med høgast alder veks meir enn dei yngre og middelaldrande. Innvandringa har vore den andre, sterke demografiske trenden fram til i dag. Dette har hatt innverknad særleg på fødselstala og barnebefolkninga. Denne trenden ser ikkje ut til å halde fram i same grad, slik at veksten innan barnesjukdommar og fødselshjelp vil bli dempa.

Samansette lidningar og geriatri er venta å ha stor vekst. Ein ser likevel teikn til at førebygging og auka fysisk aktivitet kan dempe helseproblem hos eldre. Store sjukdomsgrupper som kreft og ortopediske sjukdommar er også tett knytt til høg alder. Her har ikkje førebygging så langt gitt same effekt. Kreft veks i tråd med dei langsiktige framskrivingane og vil vere ein av dei sterkaste trendane fram mot 2035. Ortopediske sjukdommar vil venteleg vekse meir enn auken i dei høge alderskohortane. Alderssvekking av sansane ser ut til å auke i tråd med at snittalderen i befolkninga aukar, og dette vil særleg påverke deler av øyre-nase-hals- og augesjukdommane.

Livsstilsjukdommar blei ved tusenårsskiftet sett på som den største utfordringa for folkehelsa. Hjarte/kar-sjukdommar og lungesjukdom veks framleis med alder, men veksten er redusert over dei

to siste tiåra. Overvekt og diabetes er sterkt knytt til kvarandre. Under namnet overvektsepidemien ser har desse sjukdommane enno ikkje nådd høgdepunktet, og vil fortsatt vere ei stor utfordring i dei neste 20 åra.

På rusfeltet ser ein eit aukande tal pasientar med kombinasjonar av alvorleg rusmiddelavhengighet/rusmiddelskade, ulike somatisk tilstander og minst ei psykisk lidning som treng behandling. Dette illustrere også den andre hovudutfordringa for det spesialiserte helsevesenet vårt dei neste tiåra: Multisjukdom, dvs. fleire sjukdommar samtidig. Blant ruspasientane ser vi ein auke i omfattande kognitive vanskar/tilstandar som liknar demens. Unge med begynnande rusproblem får ikkje tilstrekkeleg hjelp i dag, og heller ikkje eldre med alkohol- og medikamentavhengigheit. Medan opiodavhengigheit er venta å gå ned, trur ein at (met)amfetamin og potente benzodiazepiner² fortsatt vil vere dei mest utfordrande illegale rusmidla på dei opne russcenene. Dette kan auke talet på pasientar med utagerande åtferd som krev særleg tilrettelegging i behandlinga.

I følgje Folkehelseinstituttet vil 30-50 % av befolkninga ha minst ei psykisk lidning i løpet av livet, og FHI rangerer angst og depresjon blant topp tre av tilstandene som gir størst grad av helsetap i befolkninga.³ Verdens helseorganisasjon har definert psykiske lidningar som den primære årsaka til sjukdomsbyrde i 2020. Dei individuelle og samfunnsmessige kostnadene knytt til psykiske lidningar er høge fordi lidningane debuterer før ein er 25 år, reduserer livskvalitet og inneber ofte redusert deltaking i skule og arbeidsliv.⁴ Ein av tre som vert uføretrygda i Noreg slit med psykiske lidningar - dei fleste med angst og depresjon.

Folk døyr sjeldan av psykisk uhelse. Men det er slik at menneske med alvorlege psykiske lidningar gjennomsnittleg har om lag 20% kortare levetid enn normalbefolkninga. Dei er og meir eksponerte for til dømes kreft og hjartelidningar. Er psykiske lidningar eit aukande fenomen? Det er det ikkje så lett å svara på. Behovet for psykogeriatriske tenestetilbod vil auke fordi vi blir fleire eldre. Det er ein aukande merksemd på psykiske helse hos ungdom. Innvandring frå konfliktområde kan bety fleire pasientar med traumar, og det er sannsynleg at fleire vil etterspørje behandling. Dessutan er det også grunnlag for å sjå for seg eit behov for meir psykisk helsehjelp som ein konsekvens av den generelle folketalsauken.

Den tredje og største utfordringa som helsetenestene må ta hand om framover, er likevel antibiotikaresistens og pandemifaren. Stor kraft må rettast inn mot å handtere dette på rett måte. Om ikkje kan antibiotikaresistens og pandemifare på kort tid bli eit trugsmål mot heile samfunnsstrukturen.

² Benzodiazepiner er en gruppe kjemisk beslektede psykotrope medikamenter med potente antiepileptiske (Antiepileptikum), angstdempende (Anxiolytika), muskelavslappende (Muskelrelaksantium), anestetiske, respirasjonsdempende og søvninduserende (sedative) virkninger.

³ Mestre hele livet- Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022). Alzheimers sjukdom og andre former for demens ligg på fjerde plass mellom sjukdommane som gav mest helsetap i befolkninga.

⁴ OECD - Fit Mind, Fit Job, 2015



4.3 Etterspørsel og åtfærd i befolkninga

Den politiske satsinga på *Pasientens helseteneste* er eit godt og riktig grep som bringer med seg auka forventningar til oss som sjukehus. Dette gjeld deltaking frå brukarane i utvikling av tenestene, og i dei einsskild behandlingssituasjonane. Pasientane og brukarane har i dag større kunnskap og betre tilgang på informasjon om helsa si og kva som er mogleg innan diagnostikk og behandling. Dette påverkar forventningane og etterspørselen etter helsetenester. Vi ser det allereie, og det er grunn til å tru at vi framover vil bli utfordra enno meir av dei forventningane brukarane har til kvaliteten på tenestene, kva typar tenester vi tilbyr, korleis og kor raskt vi tilbyr dei.

Ein generelt god levestandard og privatøkonomi gjer at folk har høgare forventningar til sørvisnivå, kvaliteten på lokalitetane vi tilbyr og tilgjengelegheit. Vi ser ein auke i etterspørselen etter private helseforsikringar og behandlingstilbod. Over en halv million nordmenn hadde i 2017 privat helseforsikring (Kjelde: Finans Norge). Det veks også fram nettbaserte legetenester og mobilapplikasjonar som for eksempel Digilege.no og KRY, dei garanterer raske konsultasjonar via video. Eitt av scenarioa i Helse-Norge 2040 er også at helsereformer framover vil kunne styre kva tenester som det offentlige helsevesenet skal tilby og ikkje. Då får ein konkurranseutsetting av tenester som ikkje blir definerte som offentlege oppgåver. Alt dette er utvikling som kan gi oss meir konkurranse, både om pasientane og om fagfolk. Det kan avlaste oss for oppgåver, men kan også gi auka etterspørsel etter spesialisthelsetenester og meirarbeid.

Mange sjukehus, inkludert vårt eige, ligg eit stykke etter i bruk av teknologiske moglegheiter når det gjeld samhandlinga med pasientar og systema vil tilbyr medarbeidarane våre. Medan bank, forsikring og andre bransjar har digitalisert gjennom å undersøkje kva kundane deira ønskjer seg og treng, har helsesektoren til no streva med å handtere mangfaldet av interessentar, ulike former for reguleringar og omsynet til personvern (Biesdorf og Niedermann (2014): Healthcare's digital future). Det er også nokre mytar om teknologi i helsevesenet som ikkje lenger er sanne: At folk ikkje vil bruke digitale tenester knytt til helsa si, at det berre er unge folk som vil bruke slike tenester og at dei vil ha dei mest innovative tenestene tilgjengeleg på telefonane (app) for eksempel (ibid). Vårt eige E-meistring bekreftar at dette er myter: Pasientar i alle aldersgrupper har nytte av chattenesten, ei enkel nettbasert løysing, som dei tilbyr i dette behandlingsopplegget.



4.4 Utdanningskapasitet, kompetanse og bemanning

I åra framover kan vi ikkje forvente ein tilsvarande auke i bemanninga som den vi har hatt i dei seinare åra (ref. kapittel 2). Dette inneber at arbeidet med å sikre rett kompetanse på rett plass blir viktig.

Prognosane for helsetenesta generelt, viser at vi vil få eit underskot av helsepersonell samanlikna med veksten i oppgåver framover.⁵ Framskrivningar for Helse Bergen viser at sjukehuset, med nokre

⁵ NOU 2018: 2 Fremtidige kompetansebehov I — Kunnskapsgrunnlaget

Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035, Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD, SSB 2012

unntak, vil ha relativt god tilgang på kompetent personell dei nærmaste åra. Dette skuldast ikkje minst eit tett samarbeid med Universitetet i Bergen (UIB) og dei to høgskulane i regionen (HVL og VID). I tillegg har vi gjennom fleire år hatt ein aktiv rekrutteringspolitikk i føretaket.

Faggrupper vi allereie har, eller forventar mangel på, er særleg spesialsjukepleiarar i intensiv- og operasjonssjukepleie og enkelte legespesialistar. Analysane gjort med bruk av Nasjonal bemanningsmodell viser stor underdekning av intensivsjukepleiarar, både på kort og lang sikt. Dette er vist i figuren under.

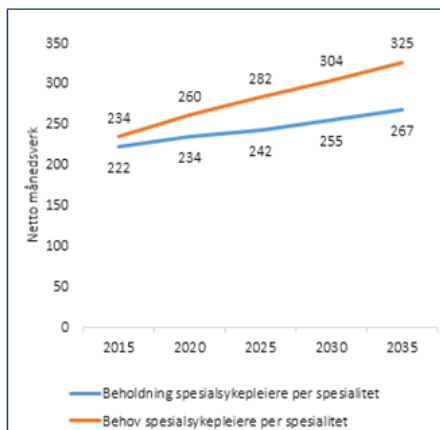


Fig.... Framskriving av behovet for intensivsjukepleiarar i Helse Bergen

I 2035 vil det vere ei underdekning på 58 netto månadsverk dersom ingenting endrar seg når det gjeld tilgang på nye intensivsjukepleiarar, turnover, gjennomsnittleg stillingsprosent, sjukdomsutvikling og demografisk behov. 58 netto årsverk motsvarar 80 intensivsjukepleiarar, det vil seie ei auke på ca. 22% i forhold til i dag. Når det gjeld operasjonssjukepleiarar, er talla 14 netto månadsverk, motsvarande 19 operasjonssjukepleiarar. Dette siste er kanskje ikkje så store tal, men vi veit at det er utfordrande å få nok søkjarar til denne vidareutdanninga allereie i dag.

I psykisk helsevern har det dei siste åra vore ei aukande utfordring å rekruttere sjukepleiarar og vernepleiarar. Dei har også auka turnover i spesialsjukepleiargruppa. Dette forklarar ein med konkurranse frå kommunane når det gjeld både oppgåver, lønn og arbeidstid. Når det gjeld hjelpepleiarar, har det vore ein nedgang dei seinare åra, og det er ein høg gjennomsnittsalder i gruppa. I kor stor grad det bli mangel på hjelpepleiarar framover, vil henge saman med utviklinga i oppgåvedelinga mellom dei og sjukepleiarane.

I nokre legespesialitetar er det høg gjennomsnittsalder. Sårbare fag i Helse Bergen er særleg gastroenterologi, bryst- og endokrinkirurgi, revmatologi, nokre av dei indremedisinske spesialitetane og laboratoriefaga. Framskriving gjort ved bruk av Nasjonal bemanningsmodell, viser vidare at radiologi, patologi og nevrokirurgi krev spesiell merksemd framover. Den teknologiske utviklinga med større grad av automatisering og robotisering, ikkje minst i patologi- og radiologifaget, vil kunne påverke behovet.

Sjølv om berekningane ikkje viser mangel på onkologer framover, beskriver fagfolk at dette er hefta med usikkerhet. Dei grunngir det med at det allereie no er mangel, at det er høg turnover i gruppa og at nye behandlingmetoder vil vere meir ressurskrevjande. I psykisk helsevern for vaksne er det mangel på utdanningsstillingar for psykiatrar, noko som er alvorleg gitt den veksten ein har hatt og ventar framover.

Ny teknologi både innan pasientbehandling og IKT vil endre kompetansebehovet i sjukehuset, for eksempel kan ingeniørar blir ein enda viktigare del av medarbeidarane i framtida. Per i dag har sjukehuset forholdsvis god tilgang på ingeniørar, men dette er ei gruppe der tilgangen heile tida er påverka av etterspørselen i andre bransjar.

Sjukehuset er praksisarena for ei rekke helsefaglege utdanningar, og behovet for praksisplassar har auka dei seinare åra. Utviklinga i sjukehuset med kortare liggetid, færre heildøgns senger og endring til meir poliklinikk og dagbehandling, gjer det utfordrande å skaffe nok og kvalitativt gode praksisplassar innan alle utdanningsretningane.

Spesialist-/vidareutdanning for helsepersonell med bachelorutdanning (sjukepleiarar, fysioterapeutar, bioingeniørar, radiografar osv.) er lagt til høgskular og universitet og følgjer gradsstrukturen. Dette gjer at all vidareutdanning av desse gruppene framover vil vere på masternivå, noko som ikkje alltid er i tråd med dei behova sjukehuset har for kompetanse. Det er heller ikkje i tråd med utsiktene vi har til strammare økonomiske rammer.

Sjølv om sjukehuset reknar med forholdsvis god tilgang på personell dei nærmaste åra, er det større usikkerhet på lang sikt. Fleire forhold vil påverke behovet, mellom anna sjukdomsutvikling, teknologi og rekruttering til utdanningane. Både tilgang på og behov for personell i sjukehuset vil i stor grad og vere avhengig av oppgåvedeling mellom sjukehus, kommunar og det private helsevesenet. Samtidig kan både kommunane og dei private aktørane få eit større ansvar for utdanning av helsepersonell.

4.5 Økonomiske rammar og endringar i lover og regelverk



4.5.1 Makroøkonomi

Dei fleste tenester innanfor helse og omsorg blir finansiert gjennom offentleg sektor og har hatt ein betydeleg vekst over fleire tiår i Noreg. Dette har vore mogleg både på grunn av inntektene frå oljeverksemda og at det har vore ein sterk vekst i befolkninga som er i arbeidsdyktig alder.

Dei neste åra er det ikkje lenger utsikter til nye store olje- og fondsinntekter som kan fasast inn i økonomien. Det er derfor venta at det finansielle handlingsrommet blir mindre enn det har vore dei siste tiåra.⁶ Perspektivmeldinga peiker på fleire årsaker til dette:

- Auka levealder i befolkninga gir fleire eldre og færre arbeidsføre. I 2017 var det 4,6 personar mellom 20–66 år per person i aldersgruppa over 66 år i Helse Vest. I 2040 vil dette talet bli redusert til 3 personar.

⁶ Meld. St. 20 (2016–2017) Perspektivmeldingen kapittel 9.1

- Auka velstand kan føre til auka etterspørsel etter tenester som i dag er eit offentleg ansvar. For eksempel kan ny teknologi stadig kunne gjere mogleg meir avansert, og i nokre tilfelle dyrare, behandlingsformer innanfor spesialisthelsetenesta.
- Kor raskt greier vi å tilpasse oss ny teknologi, endra rammer og andre endringar?

Befolkninga vil ha forventningar om fortsatt kvalitetsauke i helsesektoren – særleg i lys av at den medisinske og teknologiske utviklinga som vil fortsette å flytte grensene for kva det er mogleg å behandle.⁷ Over tid vil det oppstå betydelege utfordringar for finansieringa av det offentlege tenestetilbodet. I Perspektivmeldinga blir det peika på at handlingsrommet i finanspolitikken dei neste 10-15 åra blir vesentleg mindre enn vi er vande med. Etter 2030 kan ein rekne med at utfordringa blir endå større. Det vil bli eit finansieringsbehov som betyr at budsjetta enten må styrkast med auka inntekter eller reduserte utgifter. Ei vidare utvikling av velferdstilbodet vil auke utfordringane ytterlegare.

Det vil derfor vere nødvendig med meir effektiv ressursbruk og strengare prioriteringar enn vi har i dag. Der ein tidlegere har kunna møtt etterspørselen på fleire område samtidig, vil ein framover måtte effektivisere og prioritere mellom ulike formål for å redusere innsatsen på enkelte område. Dei langsiktige utfordringane når det gjeld finansieringa av offentlege tenester, understrekar kor viktig det er med klare prioriteringar av kva det offentlege skal tilby av tenester og i kva omfang. Sjølv om helsesektoren kanskje vil auka sine budsjett i forhold til andre samfunnsområder, er det forventa at denne moglegheiten blir mindre framover.

4.5.2 Økonomisk langtidsperspektiv på Helse Bergen-nivå

Dei makroøkonomiske trendane vil sjølvsagt påverke drifta og økonomien til Helse Bergen. Analysane viser auka aktivitet og strammare rammer.

Helse Bergen har gjort betydelege investeringar i bygg og utstyr dei siste åra, og store prosjekt vil bli realiserte i føretaket dei neste ti åra. For eksempel skal vi investere i overkant av 3,1 milliard kroner i nytt Barne- og ungdomssjukehus trinn 2 i perioden 2018 til 2023. Å oppretthalde god investeringsevne i åra framover er nødvendig for å skape rom for planlagde investeringar i bygg og utstyr.

I langtidsbudsjettet til Helse Bergen i perioden 2017-2022 blir det lagt til grunn eit resultatkrav på ca. 200 mill. fram mot 2022.⁸

⁷ Memon-publikasjon nr 6/2017 Bruker vi for mye på helse

⁸ Nytt langtidsbudsjett vil bli styrebehandla i mai 2018, og oppdatert budsjett vil bli innarbeida i utviklingsplanen

<i>alle tal i mill kr</i>	Budsjett 2018	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022	Endring 2018-2022
ISF-inntekt	3 076	3 100	3 122	3 144	3 166	2,9 %
Pol.kl.inntekt/lab og rtg.inntekt	544	548	552	556	560	2,9 %
Ramme, tilskot og refusjonar	6 875	6 930	6 978	7 027	7 076	2,9 %
Annan inntekt	649	676	696	717	744	14,5 %
Sum driftsinntekter	11 144	11 254	11 349	11 444	11 546	3,6 %
Medikament, implantat m.m.	1 189	1 225	1 273	1 322	1 371	15,3 %
Personalkostnad	7 668	7 672	7 678	7 693	7 693	0,3 %
Avskrivingskostnad	530	536	524	526	549	3,6 %
Annan kostnad	1 577	1 610	1 640	1 658	1 684	6,8 %
Sum driftskostnader	10 965	11 044	11 116	11 200	11 297	3,0 %
Driftsresultat	179	211	233	244	248	38,9 %
Netto finansresultat	28	30	33	44	48	69,5 %
Resultat	150	180	200	200	200	33,1 %

I langtidsbudsjettet for 2018-2023 legg ein til grunn at føretaket blir kompensert for vekst i aktiviteten. Personalkostnadene utgjør pr. 2018 ca. 70 prosent av totalkostnaden, og det er lagt til grunn 0,3 % auke fem år fram i tid.

Frå 2023 og fram til 2028 vil det vere eit stort behov for å skifte ut medisinsk teknisk utstyr i Helse Bergen. Mykje utstyr og store gåver vil då vere avskrivne. Når andre byggetrinn i det nye Barne- og ungdomssjukehuset er tatt i bruk i 2023, aukar også avskrivings- og finanskostnadene våre. Oppdaterte renteføresetnader frå Helse Vest RHF for kommande langtidsbudsjett er noko lågare enn i langtidsbudsjettet for 2018-2023, noko som fører til lågare finanskostnader ved uendra investeringar. Alle store bygginvesteringar i føretaket må ha gode, oppdaterte planar for gevinstrealisering, slik at vi kan styre føretaket mot å hente ut effektane som ligg i prosjekta.

Dei demografiske og epidemiologiske trendane vil krevje auka i bemanning og driftsbudsjett sett ut frå dagens situasjon. Dette er kanskje lite realistisk med tanke på forventa utvikling av økonomi og rekruttering. Finansieringsordninga vi har tar ikkje tilstrekkelig høgde for endringar i behandlingsnivå og kva metodar som er riktige og viktige for å gi ein effektiv og god pasientbehandling. Dagens ordning stimulerer i liten grad til førebyggjande helsearbeid i spesialisthelsetenesta som kan bidra til å dempe behovet for helsetenester. Den legg heller ikkje til rette for god samhandling mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta.

4.5.3 Regulering av klima og miljø og anna lovgiving

På klima- og miljøområdet er det tre forhold som vil kunne påverke sjukehuset fram i tid: Manglande naturressursar, strengare myndigheitskrav og auka forventningar frå befolkninga.

Ei veksande befolkning med aukande materiell levestandard gir press på naturgrunnlag, utslepp av klimagassar og forureining av vatn og luft. Miljø- og klimautfordringane gjer at det ikkje er usannsynleg at delar av vår verksemd vil bli prisa høgare i framtida. Auka pris på forbruk av straum og vatn er noko av det perspektivmeldinga trekker fram som eksempel på tiltak for å handtere miljø- og klimautfordringane. Med god miljøstyring er vi betre rusta til å møte desse endringane.

Krav til klima og miljø kjem sterkare inn i lovgivinga og vil stille andre krav til verksemda vår framover. Bygga vi lager skal vere meir miljø- og klimaeffektive. Når det gjeld innkjøp, er ytre miljø allereie eit av kriteria, men det står noko igjen når det gjeld vektlegginga av miljøkriteria mot andre.

Frå mai 2018 gjeld det nye personvernreglar i Noreg. Då innfører vi EUs personvernforordning, The General Data Protection Regulation. Dei nye reglane inneber at den einskilde borgar skal ha meir kontroll over sin eigne opplysningar, at opplysningane skal ha vern, uansett kor dei er sendt frå, behandla eller lagra.⁹ Dei nye reglene vil ha konsekvensar for lagring av persondata i IKT-systema og i medisinsk-teknisk utstyr i Helse Bergen.

Det er også grunn til å nemne at Helse Vest RHF, Helsedepartementet og Helsedirektoratet mfl. set rammer og legger føringar for korleis vi kan drifte og utvikle sjukehuset. Finansieringsordningane, politiske satsingar, nasjonale råd og organ (for eksempel Beslutningsforum for nye metodar) tar avgjersler som får store og små konsekvensar for vår drift.

⁹ Se også <https://ehelse.no/eus-nye-personvernforordning>