



Geografiske ulikheter i tilbudet av polikliniske tjenester til barn og unge ved norske sykehus

et kulturperspektiv

Geographical Inequalities of Out-Patient Medical Services to Children and Adolescents in Norwegian Hospitals

A Cultural Perspective

Hans Petter Fundingsrud

Rådgiver, Kvalitets- og forskningsavdelingen, Helse Nord, klinikkoverlege, Barne- og ungdomsklinikken, Universitetssykehuset Nord-Norge

hans.petter.fundingsrud@unn.no

Olaug S. Lian

Professor, Institutt for samfunnsmedisin, UiT Norges arktiske universitet

olaug.lian@uit.no

Sammendrag

Nasjonale kartlegginger har påvist til dels store geografiske ulikheter i tilbudet av spesialisthelsetjenester til barn og unge i Norge. Tilbudsulikhetene varierer fra tre til fem ganger for enkelte sykdomskategorier. Disse ulikhetene kan ikke forklares med forskjeller i sykkelighet. Helsepolitiske målsettinger om geografisk likeverdige tjenestetilbud til befolkningen tilsier at de geografiske ulikhetene bør reduseres. Hovedmålet med denne artikkelen er å utforske mulige forklaringer på at geografiske ulikheter i tilbud om spesialisttjenester til barn og unge oppstår. Vårt data-grunnlag består av individuelle semistrukturerte dybdeintervjuer med 17 fagansvarlige overleger med prioriteringsansvar og seks kontoransvarlige ved norske barne- og ungdomsavdelinger, fordelt på seks sykehusavdelinger og fire helseregioner. Informantenes utsagn ble tematisk kodet i NVivo og deretter kvalitativt fortolket. Resultatene indikerer at geografiske ulikheter i spesialisttilbud til barn og unge blir skapt i et komplekst samspill av formelle og uformelle strukturer med faktorer av politisk, organisatorisk, ledelsesmessig, medisinskfaglig og kulturell art. Nasjonal likhet er derfor vanskelig å oppnå gjennom formelle strukturer alene. Kulturbygging gjennom faglige nettverk kan sikre legitimitet og faglig forankring. Funksjonsdeling mellom sykehus og andre helsepolitiske virkemidler som er innført for å gi mer effektiv ressursbruk, kan bidra til geografiske ulikheter. Hvilke hensyn som skal veie tyngst, er et normativt spørsmål som ikke bør overses.

Nøkkelord

pediatri, geografisk ulikhet, prioriteringsveileder, kultur

Abstract

Background: National surveys have identified major geographical inequalities in offers of secondary healthcare for children and adolescents in Norway. Inequalities vary from three-fold to five-fold for different illness categories. These inequalities cannot be explained by differences in morbidity. Health policy objectives of geographical equality suggest reducing these differences. The main goal of this paper is to explore why geographical inequalities in secondary healthcare for children and adolescents occur.

Material and method: Individual in-depth interviews based on a semi-structured interview-guide with 17 chief physicians and six office managers in six different pediatric departments divided between all Norwegian health regions. All interviews were coded and thematically classified using the software NVivo, and thereafter qualitatively interpreted.

Results and conclusion: Geographical inequalities in secondary healthcare for children and adolescents appear to be created through a complex interaction between formal and informal structures involving political, organizational, managerial, medical and cultural factors. Health-policy instruments introduced to create more efficient resource utilization, such as function-sharing between hospitals and task shifts between providers, might contribute to the observed geographical inequalities. Because priority-settings are culturally contingent, geographical equality cannot be obtained through formal structures alone. Building culture through professional networks could secure legitimacy and professional anchoring of negotiated national standards.

Keywords

Pediatrics, geographical inequality, priority setting, culture

Innledning

Barnehelseatlas for Norge har avdekket betydelige geografiske ulikheter i tilbudet av spesialisthelsetjenester til barn i Norge for en rekke sykdomskategorier (Moen et al., 2015). Dette gjelder både elektive pasienter og øyeblikkelig hjelp. For eksempel varierer avdelingenes antall årlige konsultasjoner for nattevæting og urinlekkasje fra 2 til 13 konsultasjoner per 1000 barn under 16 år (vedlegg, figur 1). Ulikhetene er av en slik størrelse at de ikke kan forklares ut fra forskjeller i sykkelighet. Hovedgrunnen er at den norske barnebefolkningen er rimelig helsemessig homogen, og dermed er sykkeligheten i liten grad geografisk betinget (Moen et al., 2015). Videre er barnedødeligheten lav (2,8 per 1000 levende fødte), og høy oppslutning i befolkningen om vaksinasjonsprogrammet har bidratt til at alvorlige infeksjoner er redusert. Vi har sett en økning av kroniske og stressrelaterte lidelser blant barn og unge, men det er ingen grunn til å anta at disse er systematisk geografisk fordelt. De geografiske ulikhetene kan heller ikke forklares ut fra uklare prioriteringskriterier. Det har i lang tid eksistert felles faglige retningslinjer for de fleste sykdomstilstander og prosedyrer. Fagmiljøet i barne- og ungdomsmedisin jobber også tett med interessegrupper for ulike subspecialiteter for å lage ensartede prosedyrer og rutiner, og i 2013 ble det gjennomført «benchmarking» for å kartlegge ulikheter i praksis mellom de norske barne- og ungdomsavdelingene. Til tross for dette har altså barnehelseatlasen avdekket en geografisk ressursfordeling som ikke er i tråd med nasjonale politiske ambisjoner. Rettferdig og likeverdig fordeling er en av grunnpillarene i norsk helsetjeneste. Likhetsprinsippet omfatter to hovedelementer: tilbudslikhet og resultatlikhet (Lian & Westin, 2009). Geografisk likefordeling handler om tilbudslikhet, det vil si at alle skal ha lik tilgang på helsetjenester uavhengig av hvor de bor. Tallene fra barnehelseatlasen tilsier at dette idealet ikke er innfridd for gruppen barn og unge i Norge.

Hovedmålet med denne artikkelen er å utforske mulige forklaringer på hvordan og hvorfor geografiske ulikheter i tilbud om spesialisttjenester til barn oppstår. Slike forklaringer er vanskelig å utlede ut fra foreliggende statistiske data. Vi har derfor gjennomført kvalitative dybdeintervjuer med nøkkelinformanter som har prioriteringsansvar, ledelsesfunksjoner og fagansvar ved seks barne- og ungdomsavdelinger ved norske sykehus. Dette er, så vidt oss bekjent, den første studien som benytter data fra helseatlasen for å under-

søke hva som ligger bak tallene (Bakken & Uleberg, 2017). Gjennom en kvalitativ tematisk analyse av intervjumaterialet har vi forsøkt å nærme oss en økt forståelse av de faktorene som ligger bak de observerte mønstrene. Vi har valgt å se nærmere på de tilstandene og de sykehusavdelingene som viser størst variasjon, og vårt hovedspørsmål er: Hva er det som skaper de geografiske ulikhetene i tjenestetilbudet? Økt kunnskap om de forholdene som bidrar til å skape de geografiske ulikhetene, er nødvendig dersom vi ønsker å redusere dem.

Valg av barne- og ungdomsavdelinger er primært basert på hvilke tilstander og avdelinger som viste størst tilbudsvariasjon i perioden 2012–2015, som er følgende fire sykdomskategorier: forstoppelse, øvrige mage- og tarmsykdommer, sengevæting/urinlekkasje og hodepine-syndromer.¹ Dette er tilstander som utgjør en høy andel av alle medisinske konsultasjoner, og de har liten eller ingen sesongvariasjon. Som oftest er det her snakk om elektive konsultasjoner.

Det finnes ikke et «riktig» nivå for tilbud av spesialisthelsetjenester ettersom dette er kulturelt definert. Overfor enkelte tilstander finnes det likevel tilbud som trolig er overdimensjonert, mens andre tilstander trolig har et for dårlig tilbud. En kunnskapsoppsummering fra 2019 beskriver en slik overdimensjonering for fire sentrale pediatrike områder (Coon et al., 2019). I tråd med et sentralt prinsipp i den hippokratiske ed for leger, «fremfor alt ikke skade», skal man ikke tilby helsehjelp som er skadelig. Det finnes data som tyder på at overfokusering på normalitet og normale funn kan bidra til økt bekymring hos pasienter og pårørende, og dermed skape aktivitet som ikke er nødvendig (Coon et al., 2019). Pasientene som behandles på poliklinikkene, kommer dit enten som nyhenviste pasienter fra sine fastleger eller som kontrollpasienter rekruttert av sykehuslegene. Dersom andelen kontrollpasienter blir for høy, hindrer det kapasiteten for nyhenviste pasienter med økende ventetid for andre som trenger tjenesten. Kontrollpasientene kan fort representere «gjenbruk» av egne pasienter. «Benchmarking» mellom norske barne- og ungdomsavdelinger har vist at andelen nyhenviste pasienter i forhold til kontrollpasienter varierer betydelig mellom fagområder og avdelinger, og dermed trolig bidrar til ulikhet.

Således er ulikhet et flertydig begrep. Ulikhet i tilbudet får konsekvenser for barn og unge. Gitt faglige og kulturelt definerte normer: Noen «overbehandles», mens andre «underbehandles». Ulikheten påvirker også bruken av ressurser til hver enkelt avdeling, og etablerte retningslinjer med konsensus i fagmiljøet praktiseres ulikt.

Geografiske ulikheter i tjenestetilbud er ikke særegent for norske barneavdelinger. Slike ulikheter er observert over flere tiår, også for andre typer tjenester, nasjonalt som internasjonalt (Balteskard et al., 2015; Birkmeyer et al., 2013; Keyhani et al., 2013). Wennbergs klassiske arbeider fra New England på 70- og 80-tallet viste for eksempel hvordan frekvensen av fjerning av halsmandler varierte inntil tolv ganger mellom kommuner (Wennberg et al., 1977; Wennberg & Gittelsohn, 1982; Wennberg, 2014). Akutt syke barn med feber, lungebetennelse og urinveisinfeksjoner opplever i like stor grad som barn med tilstander av mer ikke-akutt karakter stor variasjon i hvordan deres tilstand blir håndtert (Brogan & Hall, 2012; Aronson & Thurm, 2014; Schnadower et al., 2014). En kunnskapsoppsummering som omfatter 836 studier i OECD-området, viser stor variasjon på tvers av regioner, sykehus og legepraksis for nesten alle tilstander og prosedyrer som ble studert. Svært få av disse har forsøkt å forklare de observerte mønstrene og virkningene av dem (Corallo et al., 2014). Ytterligere en kunnskapsoppsummering slår fast at det finnes lite evidens i varia-

1. Data fra barnehelseatlasen omfatter årene 2011–2014. Hodepinesyndromer er ikke med i det opprinnelige atlasen. Supplerende data er fremskaffet i 2017.

sjonslitteraturen som kan danne grunnlag for en optimal strategi for å redusere ulikhetene og harmonere bakgrunnen for at barn legges inn på sykehus (Coon et al., 2012). I et eget temanummer av tidsskriftet *Health Policy* fra 2014 beskrives geografiske variasjoner av helsetjenester i en internasjonal kontekst gjennom et titalls artikler (Sundmacher, 2014). En studie om geografiske variasjoner i mandeloperasjoner basert på observasjoner av konsultasjoner med kirurger, viser at kirurgene som la vekt på de kliniske funnene, var de som hyppigst henviste til kirurgi, mens kirurger som vektla sykehistorien, i mindre grad henviste til kirurgiske inngrep (Bloor et al., 1978a; 1978b). I norske studier er den geografiske dimensjonen av ulikhetsproblematikken lite utforsket, men det har nylig vært påvist gjennomgående større geografiske ulikheter i behandlingstilbudet innen det psykiske helsevernet enn i de somatiske sykehusene (Helsedirektoratet, 2019). Tjenestene til barn og unge i det psykiske helsevernet varierer både innad i og mellom helseregionene. Spesielt store forskjeller ble observert for aktiviteten hos avtalespesialister og for døgnbehandlingen i det psykiske helsevernet for barn og unge. Med utgangspunkt i data fra det norske reseptregisteret har Norum og medarbeidere (2014) påvist store geografiske ulikheter i foreskrivningen av sentralstimulerende midler til barn og unge i Norge.

Ved omtale av data fra barnehelseatlasen har vi valgt å benytte et noe annet begrepsapparat enn det som benyttes der; for eksempel er begrepet «forbruk» sentralt i aktivitetsstatistikken. Dette fremstiller pasientene som om det er de som etterspør og forbruker helsetjenester, og gir assosiasjoner til helt andre typer av tjenester, nemlig de som kjøpes og selges i et frikonkurransemarked (Lian, 2007). Dette finner vi problematisk innenfor rammen av offentlige helsetjenester som tilbys ut fra den enkeltes behov. Vi velger derfor å bruke begrepet «tjenestetilbud». Dette valget understøttes av variasjonslitteraturen, hvor det skilles mellom preferansesensitivitet, tilbudssensitivitet, tilfeldig variasjon og tydelig sykdom, hvor den tilbudssensitive faktoren utgjør bakgrunn for den største andelen (50–60 %) av aktiviteten i spesialisthelsetjenesten (Wennberg, 2010). Den tilbudssensitive variasjonen kjennetegnes ved at det er tilgjengelig kapasitet i form av senger, personell, bildediagnostikk og intensivkapasitet som påvirker aktivitetsnivået (som altså kalles «etterspørsel»). «Driveren» her er således primært helsetjenesten og ikke pasientene. Ellers bruker barnehelseatlasen det nøytrale begrepet «variasjon», men påpeker at «[u]ønsket variasjon i bruk av helsetjenester representerer en mangel på likeverd i fordeling av helseressurser og manglende evne til å prioritere etter alvorlighetsgrad og behov» (Moen et al., 2015, s. 14). Vi foretrekker å bruke begrepet «ulikhet», som mer tydelig peker mot at variasjonene kan eller bør forstås som urettferdige når det gjelder likeverdighet.

Materiale og metode

Utgangspunktet vårt var å inkludere åtte barne- og ungdomsavdelinger ut fra to inklusjonskriterier: aktivitetsnivå (høyest og lavest) og sykdomskategori (fire kategorier). Nærmere bestemt ønsket vi å inkludere de fire sykdomskategoriene som viste størst variasjon, det vil si forstoppelse, mage- og tarmsykdommer, sengevæting/urinlekkasje og hodepinesyndromer (tabell 1; vedlegg figur 1–4), og de avdelingene som skåret høyest og lavest i hver av disse fire. Det viste seg at to av avdelingene skåret lavest på to av sykdomskategoriene, slik at vi derfor endte opp med seks avdelinger. Valg av tilstander og avdelinger baserer seg på statistikk fra Barnehelseatlas for Norge (Moen et al., 2015) og analyser av pasientrater, kontaktrater (forskjeller som skapes gjennom ulikheter i antallet kontroller) og alderssammensetning. Av de fire valgte sykdomsgruppene var gjennomsnittlig avstand fra landsgjennomsnittet (SD) størst for mage- og tarmsykdommer (tabell 1).

Tabell 1. Antall polikliniske konsultasjoner per 1 000 barn 0–16 år ved seks utvalgte norske barneavdelinger (alders- og kjønnsjusterte tall), snitt per år 2012–2015 (Moen et al., 2015)

Sykdomskategori	Høyest antall konsultasjoner (per avdeling)	Lavest antall konsultasjoner (per avdeling)	Forskjell mellom høyeste og laveste antall konsultasjoner	SD
Mage- og tarmsykdommer	65	21	x 3	10,4
Forstoppelse (obstipasjon)	26	5	x 5	5,5
Nattevæting og urinlekkasje	13	2	x 5	2,9
Hodepinesyndromer	6	2	x 3	0,8

Vi innhentet våre data gjennom individuelle semistrukturerte dybdeintervjuer med 23 nøkkelinformanter ved barne- og ungdomsavdelingene, 13 menn og ti kvinner, hvorav 17 var overleger (fem kvinner og tolv menn) og seks var kontoransatte. Av de 23 intervjuene ble 22 gjennomført ansikt til ansikt og ett som telefonintervju. De seks avdelingene omfattet alle helseregionene. Henvendelsen ble sendt til avdelingsoverlegene i samarbeid med Norsk barnelegeforening. Fagansvarlige overleger for de respektive fagområdene og ledere ble etterspurt som primære informanter. Disse ble etterspurt fordi de besitter beslutningsmyndigheten for prioriteringer (legene), og har dermed detaljert førstehåndskunnskap om de spørsmålene vi ønsket å belyse. Det var avdelingsoverlegene ved avdelingen som stod for utvelgelsen. Intervjuene ble gjennomført av HPF med utgangspunkt i en intervjuguide som inneholdt fem hovedgrupper av spørsmål, og de ble foretatt i perioden februar–mai 2019. Intervjuguiden var på forhånd pilotert og justert i en avdeling som ikke skilte seg ut, men som representerte gjennomsnittet. Det ble gjort lydopptak av alle intervjuene, og disse ble høsten 2019 ordrett transkribert. Lengden på intervjuene varierte fra 24 til 89 minutter, og medianen var 43 minutter. I det følgende presenteres direkte sitater kun fra prioriteringsansvarlige, det vil si overlegegruppen, men utsagn fra kontoransatte er indirekte brukt for informasjon om organisatoriske forhold.

For å forstå noen av faktorene bak de observerte geografiske ulikhetene foretok vi en systematisk sammenligning av de avdelingene som hadde henholdsvis lavest og høyest tilbud for de gitte diagnosene. Gjennom en kvalitativ fortolkning klassifiserte vi informantenes utsagn tematisk for så å identifisere mønstre av likheter og forskjeller. Gjennom analysen av informantenes utsagn søkte vi å identifisere forhold som skiller avdelinger med «høyt» tilbud fra de med «lavt» tilbud og på den måten identifisere mulige faktorer som kan påvirke avdelingenes prioriteringer. Selv om våre data tar utgangspunkt i hva informantene sier, og ikke hva de faktisk gjør, så kan deres utsagn bidra til å identifisere mulige forklaringer på hva det er som skaper ulik prioriteringspraksis ved ulike avdelinger. Faktiske prioriteringer som gjøres i forbindelse med fordeling av helsetjenester, er forankret ikke bare i faglig funderte kriterier, men også i kulturelle normer og verdier (Lian, 2007). Disse vil komme til uttrykk i det informantene sier om hvordan de tenker omkring prioriteringer.

For organisering, utforskning og kategorisering av datasettet brukte vi programvaren NVivo, og intervjuene ble analysert kvalitativt ved hjelp av tematisk analyse. I første fase ble alle intervjuene gjennomlest tre ganger og lydfilene hørt på minst én gang. Deretter gjennomførte vi en induktiv tematisk analyse av datamaterialet (både transkripsjoner og lydfiler) hvor vi systematisk identifiserte tema som ble berørt, og sammenlignet utsagn fra de

ulike informantene. Denne prosessen foregikk på flere nivåer med følgende hovedspørsmål: Hva sier de, hvordan sier de det, hvem sier hva, og hva er det uttrykk for? Et viktig skille her var distinksjonen mellom faktiske opplysninger og normative utsagn, og vi forsøkte å identifisere og tolke mulige implisitte (utematiserte) normative elementer i det som ble sagt. Analysen identifiserte 21 ulike tema. Dataene ble deretter refortolket og tematisk revidert i flere runder med utgangspunkt i systematiske sammenligninger og sammenstillinger.

Prosjektet ble søkt og godkjent av Personvernombudet ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Studiedeltakerne fikk skriftlig informasjon om formålet med studien, og alle har signert skriftlig samtykkeerklæring. Sikring av informantenes anonymitet har vært en prioritert oppgave ettersom få fagansvarlige har ansvaret for et stort fagområde og således er lett å identifisere i gjennomsiktige fagmiljøer. For å sikre anonymitet er sitatene ikke knyttet til enkeltpersoner.

Det er flere metodiske betraktninger ved vår undersøkelse. I et lite fagmiljø med få nøkkelinformanter har sikring av anonymitet vært viktig. Dette har medført at en del potensielt relevant informasjon om informantene (alder, kjønn, geografisk tilhørighet med mer) er tilbakeholdt. Intervjuformatet gir i tillegg data om hva folk sier de gjør, ikke hva de faktisk gjør. Perioden som er undersøkt, ligger også tilbake i tid, idet praksis kan ha endret seg etter at data fra barnehelseatlasen ble kjent og drøftet i fagmiljøene. En masteroppgave fra 2018 konkluderer blant annet med at norske barne- og ungdomsavdelinger i liten grad har benyttet data fra atlasen til å justere praksis (Haukeland & Aaseby, 2018). Det faktum at vi også intervjuet nøkkelinformanter fra vårt eget fagfelt, kan ha påvirket intervjuobjektene samt for forståelsen hos intervjuerne. I innsamlingen av kvalitative data kan viktige betraktninger ha gått tapt, idet transkriberingen ble foretatt av to uavhengige personer med helsefaglig bakgrunn. Valg av tilstander og informanter kan også ha påvirket resultatene.

Resultater

Vi har strukturert resultatene av intervjuene i fire tematiske hovedkategorier: 1) prioriteringsveilederen og håndtering av ventelister; 2) lederskap, organisering og struktur; 3) funksjonsfordeling og jobbglidning og 4) helse- og sykdomsforståelse. Informantenes utsagn knyttes til koder som angir både sykdomsgruppe og kategoriene høy/lav. Det vil si at vi totalt har fire koder: for blære-mage-tarm-området har vi *HØY-BMT* og *LAV-BMT* og for hodepinesyndromer har vi *HØY-HO* og *LAV-HO*.

Prioriteringsveiledningen og håndtering av ventelister

Prioriteringsveilederen er et sentralt virkemiddel som klinikere skal støtte seg på når de beslutter rekkefølgen og tidsperspektivet for når helsehjelp skal tilbys. Våre informanter uttrykte ulike syn på veilederens føringer, blant annet med tanke på aldersgrenser (som for eksempel for barn med nattevæting, er satt til ti år). I avdelinger som lå aktivtetsmessig høyt innenfor blære-mage-tarm-området, ga prioriteringsansvarlige uttrykk for at de praktiserte en skjønnsmessig tolkning med hensyn til alderskriteriet (for hodepinetilstander fant vi ingen tilsvarende forskjeller):

«Er vi strenge og følger prioriteringsveilederen, så har vi ikke like mange pasienter. Men vi ser at en åtteåring kan ha det ille med å væte seg ut om natten og ikke bør vente til han er ti år. Vi har lyst til å tilby det. Det er det samme med andre problemstillinger også» (*HØY-BMT*).

«Gått ned til åtte år [aldersgrense] for å komme tidligere i gang. Tenker at det er raskere å gi de hjelp og at de raskere får endret rutinene sine hvis de kommer i gang, med f.eks. alarmbe-

handling litt tidligere. Ehm, men nå er vi i ferd med å gå opp til åtte igjen fordi at de blir så stor pågang. Nei, tilbake til ti år» (HØY-BMT).

«Nei, vi har ingen aldersgrense for barn som tisser seg ut, ikke sånn fast aldersgrense. Det er en total problemstilling» (HØY-BMT).

I en avdeling som lå aktivitetmessig *lavt*, var holdningen annerledes:

«Vi forsøker å holde oss veldig strikt til prioriteringsveilederen når vi tar inn pasienter slik at vi tar inn de vi har plikt til å ta inn. Pasienter som vi ikke har plikt til å ta inn, tror jeg er veldig få, så de går nok i stor grad til disse privatpraktiserende, og også mange av de som har rett til behandling i spesialisthelsetjenesten går også fordi vi ser at vi har lang ventetid» (LAV-BMT).

Det at noen oppfattet veilederen som absolutt, mens andre oppfattet den som mer åpen for skjønnsmessige fortolkninger, er en holdningsforskjell som kan forklare noe av aktivitetsforskjellene. De avdelingene som forholder seg strengt til prioriteringsveilederens ordlyd med hensyn til aldersgrense for enurese, hadde *lavest* tilbud. De avdelingene med *høyest* tilbud var de som enten endret aldersgrensen avhengig av kapasitet, ikke hadde noen aldersgrense eller hadde en permanent lavere aldersgrense enn veilederen tilsier.

Lederskap, organisering og struktur

Ledelse og organisering av kunnskapsbedrifter som sykehus er utfordrende, ikke minst fordi ulike profesjoner og yrkesgrupper med sterke fagidentiteter konkurrerer om posisjoner (Glouberman & Mintzberg, 2001). Ledelsen i sykehus strever fortsatt med å bli betraktet som et eget fagområde, spesielt blant legene. Våre informanter var i stor grad opptatt av i hvilken grad lederen på avdelingen involverte avdelingens andre leger i driften og organiseringen av virksomheten.

«I altfor liten grad. Det er lite slike konstruktive diskusjoner om fordelingen av ressurser mellom de ulike barne- og ungdomsmedisinske fagfeltene blant overlegene som ledelsen setter i gang» (HØY-BMT).

«Vi har jo slike diskusjoner hvor jeg blir utfordret som leder. Jeg synes det er ubehagelig å lede folk som jeg ikke kan, ja, som er mye dyktigere enn meg, og som jeg likevel må sette noen grenser for» (HØY-BMT).

«Ja, jeg føler på en måte at det ikke er ledelsesstyrt, ikke sant. Vi har mange fagfelt, og vi får ikke de ressursene, eller vi fordeler ikke de ressursene etter fagfeltene som trenger det. Det er litt sånn opp til hver enkelt å bestemme» (HØY-BMT).

«Vi har en felles fagdirektør, hvor jeg har løftet dette, jeg vet ikke hvor mange ganger, at vi burde se på overforbruket. Og hvis jeg skal være helt ærlig på det, så har det til nå ikke vært noen interesse eller vilje til å ta fatt i dette fordi de ikke har tid, fordi det har vært for sensitivt – det er flere muligheter» (HØY-BMT).

«Ja, h*n har faste månedlige, de to siste årene, faste månedlige en-to timers møter med alle overlegene felles hvor det tas opp ulike temaer, for eksempel den type ting, ressurser, fordeling og sånn» (LAV-BMT).

«Den første i hver måned får legene ut sin liste, kall det portefølje. Og vi har vært svært tydelige de siste par årene at i utgangspunktet er du ansvarlig for din liste. Ja. Det ble jo sett på som et lederansvar hvis liksom listen var helt overfylt. Nå har vi sagt at du er ansvarlig for din liste. Har du problemer med å avvikle den, så må du komme til leder, og så får en diskutere hvordan den skal løses. Men du er ansvarlig for listen din. Men det har jo vært en 'heavy' prosess» (LAV-BMT).

I de avdelingene hvor ledelse og organisering i større grad ble gitt oppmerksomhet, lå tilbudet lavere på blære-mage-tarm enn i de avdelingene hvor dette ikke var tilfellet. Den samme tendensen var ikke synlig for tilbudet til pasienter med hodepine.

Funksjonsdeling og jobbglidning

Funksjonsdeling skjer mellom sykehus og mellom avdelinger gjennom helsepolitiske strukturer og organisering, men også mellom primær- og spesialisthelsetjenesten (som oftest definert fra spesialisthelsetjenesten overfor primærhelsetjenesten). Jobbglidning, i praksis ofte sykepleiere som utfører oppgaver som tidligere ble utført av leger, kan også påvirke sykehusenes aktiviteter i den forstand at det kan øke sykehusenes kapasitet. Ansvarsavgrensning var noe som opptok mange av informantene, spesielt blant de som lå *høyt* aktivitetsmessig:

«Og så har vi jo en spesiell sak på gastroenterologi, og det er denne funksjonsfordelingen, f.eks. ligger kardiologi her og gastroenterologi, det vil si den spesialiserte delen, ligger der [på det sykehuset]» (HØY-BMT).

«Nei, altså, jeg tror vi er gode på obstipasjon, da, fordi vi benytter ultralyd, og da er det lett å se på ende –, altså [diameter] hvor vi har lært opp de fleste også LIS-legene» (HØY-BMT).

«Vi tar jo alt i en pott. Vi vet jo at enurese oftest har å gjøre med, i alle fall, dagvæting, har mest å gjøre med obstipasjon. Det vet vi jo og vi kan masse om forstoppelse. Så da blir alt i ett. Vi kaller det eliminasjonssykepleie» (HØY-BMT).

Blant de som lå *lavt* aktivitetsmessig, var det også noen som uttrykte synspunkter som gikk på arbeidsdeling med fastlegene:

«Nei, vi har akkurat der [magesmerter], har vi en del diskusjoner på hva vi faktisk skal jobbe med og ikke kanskje bruke mest ressurser på. Og hvordan ressursene skal brukes. Lettere funksjonelle plager uten store funksjonstap tenker jeg at primærlegene skal behandle. Og så det vi har sett på det studentprosjektet for noen år siden, er at det er jo omtrent 10 % som rehenvises for samme problemstilling» (LAV-BMT).

De avdelingene som i intervjuene la vekt på at det i boområdet var bygget opp et tilbud i tråd med prinsippet om funksjonsfordeling eller jobbglidning, hadde et *høyere* tilbud enn de som ikke hadde organisert seg på denne måten. De med *lavest* tilbud hadde i tillegg mer eksplisitte og til dels kritiske refleksjoner omkring hvilke kliniske problemstillinger de skulle og ikke skulle ta imot.

Helse- og sykdomsforståelser

Hva som defineres som sykdom, som bør håndteres av den offentlige helsetjenesten, og hvorfor et symptom blir så omfattende at foreldre oppsøker lege med sitt barn, er ikke entydig. Dette er et resultat av et komplekst samspill mellom samfunn, sosiale medier, farmasøytisk industri, legevitenskap, helsetilbud, media og befolkningens normer og verdier generelt og er dermed kulturelt betinget (Lian, 2004). Det samme gjelder definisjoner av hva som skal betraktes som legitime prioriteringskriterier. Dette ser vi i informantenes utsagn. De ulike prioriteringsansvarlige (og indirekte dermed avdelingen) forstod og definerte barnas plager ulikt, blant annet på bakgrunn av ulike oppfatninger om sykdom og normalitet. Ulike sykdomsoppfatninger påvirker terskelen for å tilby behandling. Blant de som lå aktivitetsmessig *høyt*, kom dette til uttrykk på begge fagområdene:

«Jeg vil jo si at migrene er en tilstand som går over i sykdomskategorien. Først og fremst fordi det er definert som en sykdom. Men tensjonshodepine er jo også definert som en sykdom. Men jeg tror nok i stor grad det er en funksjonell lidelse hos mange som er mer enn en normalvariasjon. Men i den grad det påvirker funksjonen, utviklingen både sosialt og kognitivt og alt dette, så vil jeg si at det er en sykdom og tilstand som må behandles» (HØY-HO).

«[...] jeg har en kultur eller holdning til at obstipasjon ofte er medvirkende til nattevæting til det motsatte er bevist. Og jeg har derfor lav terskel for å behandle obstipasjon eller mistenkt obstipasjon først. Men det er min personlige holdning» (HØY-BMT).

Med lav terskel for å definere plager som sykdom følger lav avvisningsprosent:

«Jeg vet ikke hvor mange ... Ja, ut ifra prioriteringsveilederen. Jeg vil tenke jeg avviser kanskje 10 % eller noe sånt noe» (HØY-HO).

Blant de som lå aktivitetsmessig *lavt*, var holdningene noe annerledes på begge fagområder, men spesielt innenfor blære-mage-tarm-området:

«Nei, jeg ser ikke på det [nattevæting] som en sykdom. Jeg ser på det som en sosial problemstilling for de barna som har det over en viss alder» (LAV-BMT).

«Ja, jeg ser på det [nattevæting] som en modningsforstyrrelse eller en vane som kan endres, rett og slett. Når det ikke er noen symptomer på dagtid, tenker jeg at det ikke egentlig er noe som en trenger å gjøre mye ut av» (LAV-BMT).

«Jeg følte at det gikk litt inflammasjon i det å kalle ting obstipasjon når det var magesmerter. Og at vi først i senere år har vært mer tro og litt opptatt, oppdatert hele gjengen på ROME-kriterier. Eh, og at, ja. For det gikk, jeg følte egentlig at det gikk inflammasjon både i det å stille, og kalle ting obstipasjon ... der det var, ja, det var vondt i magen, ja, men ingen obstipasjon» (LAV-BMT).

«Folk går mye med [barna sine] til lege her nede, ja. Det er nå ganske høyt på, på andelen som også konsulteres i primærhelsetjenesten» (LAV-BMT).

«Jeg tror det er to faktorer som spiller inn. Og den ene er at jeg faktisk mener at tensjonshodepine ikke hører hjemme i sykehus. Jeg tenker slik fordi det er en vanlig tilstand hvor 15–20 % av barn har tilbakevendende hodepine, og jeg tenker at de fleste av dem har en tensjonshodepine som er ufarlig og ikke trenger videre utredning» (LAV-HO).

«Men jeg tenker vel at, altså vi vet jo at hvert tredje, fjerde barn blir henvist eller bruker våre tjenester. Og da tenker jeg det, at det er et altfor høyt tall i forhold til den friske befolkningen vi har» (LAV-BMT).

Blant de med lavest aktivitetsnivå var det noen innen mage-tarm-området som eksplisitt uttrykte en kritisk holdning til det de indirekte beskrev som unødig og uheldig medikalisering:

«Vi gjør ikke jobben vår hvis vi ikke greier å identifisere fravær av sykdom. Det er kjempeviktig for oss ikke å være med på å opprettholde et problem som ikke er der! At vi greier å si til flere at de ikke trenger å gå til kontroll på sykehuset. Det er et mål jeg har som leder for denne enheten» (LAV-BMT).

«Men det med å redusere sykkelighet, eller sykkeliggjøringen, er kjempeviktig i vår tid» (LAV-BMT).

Med høy terskel for å definere plager som sykdom følger høy avvisningsprosent:

«Og av de så ser jeg at h*n har registrert da 99 som behandlet og 70 som avvist. Og det betyr at jeg ligger, altså vi ligger et sted mellom 40–50 % avviste, og det tror jeg er der jeg føler at vi skal ligge» (LAV-HO).

Her ser vi at informanter på avdelinger med *lavere* tilbud ga uttrykk for at de oppfattet flere tilstander som del av noe mer normalt (i betydningen vanlig og/eller noe som trenger tid for modning og læring), eller langs dimensjonen vane/uvane. Dette var i motsetning til de som hadde et *høyere* tilbud, som hadde en snevrere normalitetsforståelse, og i større grad betraktet funksjonstap som viktig for å avgjøre hvorvidt et tilbud skulle gis eller ikke. Ulike grensedragninger mellom frisk/normal og syk/unormal får dermed betydning for hvor mange henvisninger avdelingene avviser, og derigjennom også aktivitetsnivået.

Diskusjon

Datamaterialet indikerer at prioriteringer kommer i stand gjennom et komplekst samspill av formelle og uformelle strukturer med faktorer av politisk, organisatorisk, ledelsesmessig, medisinskfaglig og kulturell art. Av formelle faktorer er prioriteringsveilederen av stor betydning. Prioriteringsansvarlige mener de forholder seg til veilederen, men med ulik grad av skjønn: Noen sier de følger den nøye, mens andre sier de følger den mer fleksibelt. «Nedjustering» av aldersgrenser er et eksempel på en fleksibel bruk av veilederen. Innstramming og utvidelse av grensene er avgjørelser som til en viss grad påvirkes av hvilken kapasitet avdelingene til enhver tid har, men de er også normativt funderte.

Funksjonsdeling og «jobbglidning» benyttes ofte som viktige helseorganisasjonelle virkemidler for kapasitetsutnyttelse. Funksjonsdeling vil si at visse inngrep og prosedyrer kun legges til enkelte sykehus, og jobbglidning innebærer at oppgaver flyttes mellom ulike yrkesgrupper (eksempelvis at sykepleiere tar over arbeidsoppgaver fra legene, som dermed får frigjort tid til andre oppgaver). Dette er tiltak som begrunnes dels økonomisk (kostnads-effektivitet) og dels faglig (volum defineres synonymt med kvalitet). Funksjonsdeling som innebærer at spesialkompetanse blir konsentrert på få avdelinger, kan være aktivitetsdrivende ved at man bygger opp en overkapasitet av en tjeneste, som i sin tur bidrar til geografisk ulikhet i fordelingen av helsetjenester. Utsiktede prioriteringsmessige vridningseffekter geografisk sett henger sammen med at kapasitetsoppbygging av spesialkompetanse ofte finner sted på større sykehus i urbane strøk.

Avvisningsprosenten varierer betydelig mellom enhetene. Mange prioriteringsansvarlige har også dårlig informasjon om hva den er, og hvor den ligger i forhold til andre enheter. Ulik avvisningsprosent er en viktig ulikhetsskapende faktor. Når den som prioriterer, bestemmer seg for å avvise en henvisning, påvirker dette volumet av registrerte henvisninger til avdelingen, noe som igjen kan bidra til ulikhet. Således kan avvisninger fungere som en form for funksjonsdeling mellom nivåene i helsetjenesten uten at dette er forankret hos ledelsen.

Ved siden av formelle strukturer spiller faglige og kulturelle faktorer også en viktig rolle i prioriteringsbeslutninger – og dermed også de geografiske ulikhetene. Faglige oppfatninger, for eksempel om sammenhengen mellom obstipasjon og andre plager som nattevæting og magesmerter, ble nevnt. De fleste argumenterte imidlertid mer normativt og ga uttrykk for ulike helse- og sykdomsforståelser. Migrene ble for eksempel i større grad anerkjent som sykdom enn hodepine uten migrene samt nattevæting og obstipasjon. Dette henger trolig sammen med at migrene er en anerkjent nevrologisk diagnose hvor diagnostiserin-

gen forenkles av at symptombildet som regel er lett å skille fra andre former for hodepine. Hodepinetilstander var den sykdomsgruppen som hadde lavest standardavvik (tabell 1), hvilket kan tyde på at det er større faglig og kulturell enighet om disse tilstandene enn for tilstander knyttet til blære, tarm og mage. Noen informanter ga eksplisitt uttrykk for at de betraktet nattevæting som en «naturlig» modningssak og ikke som en sykdom, og at altfor mange barn og unge ble henvist til spesialisthelsetjenesten med plager som ikke burde klassifiseres som sykdom. Disse ulike forståelsene av barn og unges plager er som forventet ettersom vår forståelse av helse og sykdom er kulturavhengig, og dermed varierer med tid og sted. Det tidstypiske og kulturspesifikke er uløselig knyttet til helse- og sykdomsforståelsene fordi ethvert begrep om helse og sykdom viser tilbake på sosiale normer om hva vi anser som normalt og/eller ønskelig. Å definere noe som friskt eller sykt innebærer derfor alltid et element av normative vurderinger (Freidson, 1970). Tilstander hos barn som hodepine, nattevæting og forstoppelse er særdeles kultursensitive diagnoser ettersom den biomedisinske kunnskapen er begrenset, og mangelen på presise diagnostiske teknikker gjør det diagnostiske arbeidet utfordrende.

Avgrensningen mellom faglige og kulturelle faktorer kan være vanskelig, spesielt når det gjelder uklare og diffuse symptomer med uklar grense mot normalitet, noe man kan si at flere av våre sykdomsgrupper har. Jo mindre eksakt og sikker medisinsk kunnskap vi har, og jo større rom for skjønnsutøvelse de som sitter med beslutningsmyndighet, har, desto større spillerom vil kulturelle faktorer få. I vårt materiale var de kulturelle faktorene dominerende, og det var tydelig at avdelingenes prioriteringer ble påvirket av hvordan legene tenkte om helse og sykdom, og hvordan grensen mellom frisk og syk *burde* trekkes opp. Lokale variasjoner i helse- og sykdomsforståelser er dermed en av flere faktorer som kan bidra til geografisk ulikhet i fordelingen av spesialisthelsetjenester til barn og unge. Fordi kulturelle normer og verdier spiller en avgjørende rolle i prioriteringsbeslutninger i helsetjenesten, er nasjonal likhet vanskelig å oppnå gjennom formelle strukturer alene.

Konklusjon

Observerte ulikheter i tjenestetilbudet til barn og unge synes å være et resultat av et komplekst samspill av formelle og uformelle strukturer med faktorer av politisk, organisatorisk, ledelsesmessig, medisinskfaglig og kulturell art. Formelle organisatoriske strukturer som funksjonsfordeling av tjenester mellom avdelinger og mellom nivåene i helsetjenesten er en viktig faktor, men medisinskfaglige og kulturelle normer og verdier knyttet til oppfatninger om hva som kvalifiserer for profesjonell helsehjelp, er vel så viktig. For å oppnå større geografisk likhet må både kultur- og strukturspesifikke faktorer håndteres.

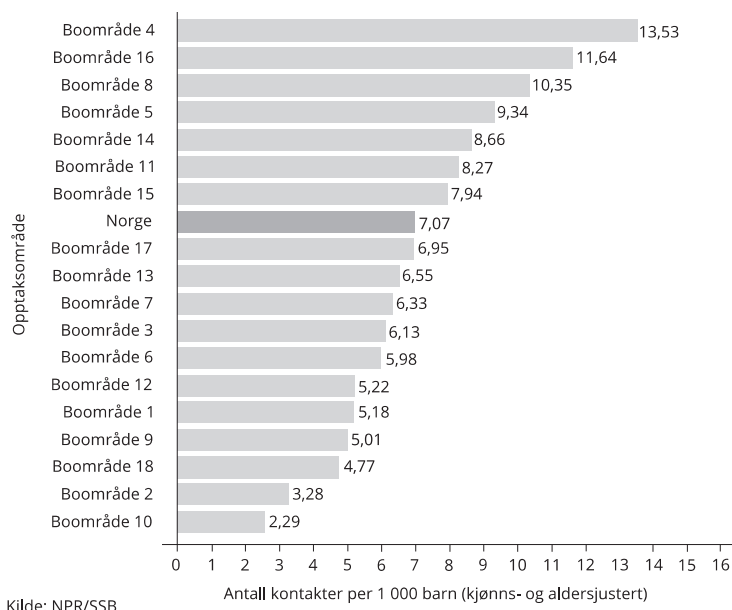
Litteratur

- Aronson PL., Thurm C., Alpern, ER., Alessandrini, EA., Williams, DJ., Shah, SS., Nigrovic, LE., McCulloh, RJ., Schondelmeyer, A., Tieder, JS., Neuman, MI. (2014). Variations in care of then febrile young infant < 9 days in US pediatric emergency departments. *Pediatrics* 2014 oct; 134(4): 667-77 doi 10.15427/peds.2014-1382 PMID: 25266437
- Bakken, T. & Uleberg, B. (2017). *Utvalgte helsetjenester til barn i Norge. SKDE Notat*. <https://helse-nord.no/Documents/SKDE/SKDE%20Notater/Utvalgte%20helsetjenester%20til%20barn%20i%20Norge%20%28SKDE%202017%29.pdf>
- Balteskard, L., Deraas, T., Førde, O. H., Magnus, T, Olsen, F. & Uleberg, B. (2015). *Dagkirurgi i Norge 2011–2013, utvalgte inngrep*. ISBN:978-82-93141-16-7

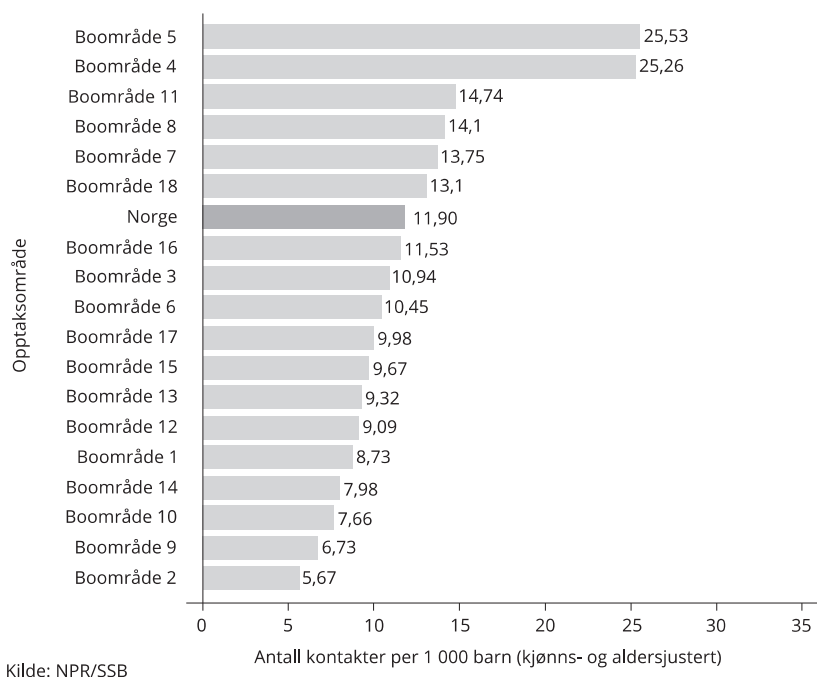
- Birkmeyer, J. D., Reames, B. N., McCulloch, P., Carr, A. J., Campbell, W. B. & Wennberg, J. E. (2013). Understanding of regional variation in the use of surgery. *The Lancet*, 382(9898), 1121–1129. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61215-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61215-5)
- Bloor, M. J., Venters, G. A. & Samphier, M. L. (1978a). Geographical variation in the incidence of operations on the tonsils and the adenoids. An epidemiological and sociological investigation. *The Journal of Laryngology & Otology*, 92(9), 791–801. <https://doi.org/10.1017/S0022215100086102>.
- Bloor, M. J., Venters, G. A. & Samphier, M. L. (1978b). Geographical variation in the incidence of operations on the tonsils and adenoids. An epidemiological and sociological investigation. Part II. *The Journal of Laryngology & Otology*, 92(10), 883–95. <https://doi.org/10.1017/S0022215100086266>.
- Brogan, TV., Hall, M., Williams, DJ., Neuman, MI., Grijalva, CG., Reid, WD., Farris, MD., Shah, SS. (2012). Variability in Processes of Care and Outcomes among Children Hospitalized with Community-Acquired Pneumonia. *Pediatric Infectious Disease Journal*, 31(10): 1036-1041 doi 10.1097/INF.0b013c31825f2b10
- Coon, E. R., Quinonez, R. A., Morgan, D. J., Dhruva, S. S., Ho, T., Money, N. & Schroeder, A. R. (2019). 2018 Update on Pediatric Medical Overuse: A Review. *Journal of American Medical Association Pediatrics*, 173(4), 379–384. PMID: 30776069. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.5550>.
- Corallo, A. N., Croxford, R., Goodman, D. C., Bryant, E. L., Srivasta, D. & Stukel, T. A. (2014). A systematic review of medical practice in OECD countries. *Health Policy*, 114(1), 5–14. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.08.002>.
- Freidson, E. (1970). *Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge*. University of Chicago Press.
- Glouberman, S. & Mintzberg, H. (2001). Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part I: Differentiation. *Health Care Manage Rev*, 26(1), 56–69.
- Haukeland, L. U. & Aaseby, K. (2018). *Benchmarking. «Bend it over, here it comes again»*, Masteroppgave, Nord Universitet. <http://hdl.handle.net/11250/2566372>
- Helsedirektoratet (2019). *Geografiske forskjeller i tjenestetilbudet i det psykiske helsevernet*. IS-2807. www.helsedirektoratet.no.
- Keyhani, S., Falk, R., Bishop, T., Howell, E. & Korenstein, D. (2012). The relationship between geographic variations and overuse of healthcare services: a systematic review. *Med Care*, 50(3), 257–261. <https://www.jstor.org/stable/23216301>.
- Lian, O. S. (2004). Sosiologiske forståelser av helse, sykdom og medisinsk praksis. I J. G. Mæland, P. Fugelli, G. Høyer & S. Westin (red.), *Sosialmedisin – i teori og praksis* (s. 101–117). Gyldendal Akademisk.
- Lian, O. S. (2007). *Når helse blir en vare. Medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten* (2. utgave). Høyskoleforlaget.
- Lian, O. S. & Westin, S. (2009). Bidrar helsetjenesten til sosiale ulikheter i helse? I J. G. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss & S. Westin (red), *Sosial epidemiologi. Sosiale årsaker til sykdommer og helsesvikt* (s. 315–335). Gyldendal Akademisk.
- Moen, A., Vonen, B., Førde, OH., Uleberg, B., Olsen, F., Hykkerud Steindal, A., Otterdal, P., Deraas, T., Magnus, T., Balteskard, L. (2015). *Barnehelseatlas for Norge. En oversikt og analyse av forbruket av somatiske helsetjenester for barn 0–16 år for årene 2011–2014. SKDE rapport 2/15*. https://helseatlas.no/sites/default/files/rappport_digitalt.pdf.
- Norum, J., Olsen, A. I., Nohr, F. I., Heyd, A. & Totth, A. (2014). Medical treatment of children and youths with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A Norwegian Prescription Registry Based Study. *Global Journal of Health Science*, 6(4), 155–162. <https://dx.doi.org/10.5539%2Fgjhs.v6n4p155>.

- Schnadower, D., Kuppermann, N., Mascias, CG., Freedman, SB., Agrawal, D., Mao, J., Dayson, PS, (2014). Outpatient management of young febrile infants with urinary tract infections, *Pediatric Emergency Care*, 30(9): 591-7 <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000000202> PMID: 25162686
- Sundmacher, L. (red.) (2014). Special issue: Geographical variation in health care – 40 years of «small-area variation». *Health Policy*, 114(1), 1–96. <https://www.sciencedirect.com/journal/health-policy/vol/114/issue/1>.
- Wennberg, J., Blowers, L., Parker, R. & Gittelsohn, A.M. (1977). Changes in tonsillectomy rates associated with feedback and review. *Pediatrics*, 59(6), 821–826. <https://pediatrics.aappublications.org/content/59/6/821.short>.
- Wennberg, J. & Gittelsohn, A. (1982). Variations in medical care among small areas. *Sci Am*, 246(4), 120–135. <https://www.jstor.org/stable/24966574>.
- Wennberg, J. (2010). *Tracking Medicine: A Researcher's Quest to Understand Health Care*. Oxford University Press.
- Wennberg, J. (2014). Forty years of unwarranted variation – and still counting. *Health Policy*, 114(1), 1–2. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.11.010>.

Vedlegg: Figurer

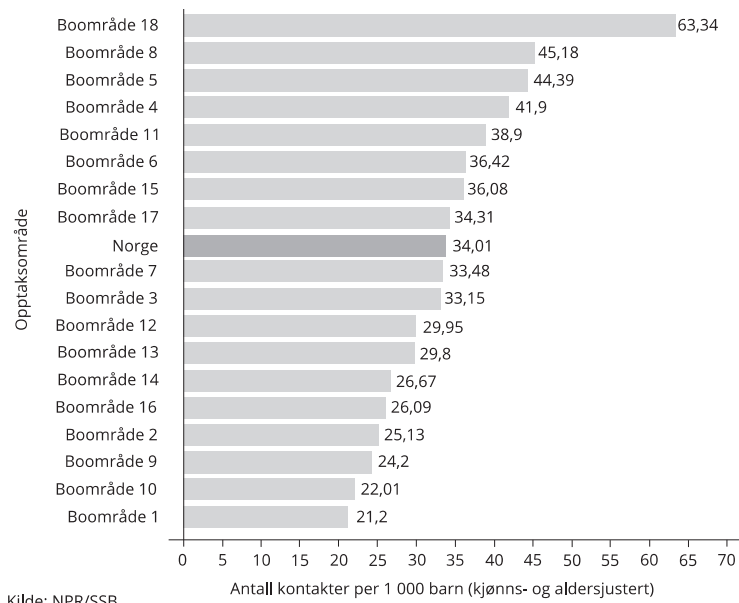


Figur 1. Sengevæting/urinlekkasje. Antall polikliniske konsultasjoner per 1 000 barn 0–16 år (alders- og kjønnsjustert), gjennomsnitt per år i perioden 2012–2015 (SD = 2,9), fordelt på opptaksområde (boområde angir fylke eller by).²

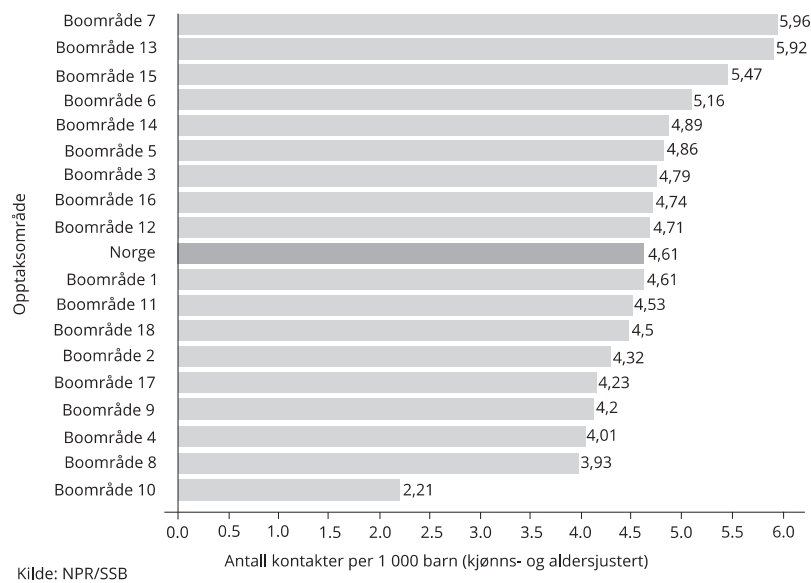


Figur 2. Forstoppelse. Antall polikliniske konsultasjoner per 1 000 barn 0–16 år (alders- og kjønnsjustert), gjennomsnitt per år i perioden 2012–2015 (SD = 5,5), fordelt på opptaksområde (boområde angir fylke eller by)

2. Opprinnelig kilde for figurene: Barnehelseatlas 2011–2014 (Moen et al., 2015).



Figur 3. Mage- og tarmsykdommer. Antall polikliniske konsultasjoner per 1 000 barn 0–16 år (alders- og kjønnsjustert), gjennomsnitt per år i perioden 2012–2015 (SD = 10,4), fordelt på opptaksområde (boområde angir fylke eller by)



Figur 4. Migrene og hodepine. Antall polikliniske konsultasjoner per 1 000 barn 0–16 år (alders- og kjønnsjustert), gjennomsnitt per år i perioden 2012–2015 (SD = 0,8), fordelt på opptaksområde (boområde angir fylke eller by)