

Utpostens
dobbeltime

Ikke ovenfra og ned...

Frode Forland
INTERVJUET AV HELEN BRANDSTORP

Frode Forland er tidligere Utposten redaktør. Det er den første tittelen som må nevnes! Som en god nummer to kommer divisjonsdirektør i Divisjon for primærhelsetjenester i Sosial- og helsedirektoratet. Sjefen til Frode ble kåret til Helse Norges mektigste mann for en stund siden i Dagens Medisin. Utposten har fått dobbelttime nær maktens høyeste tind.

Frode er en skarping som har verbale gaver, så vel muntlig som skriftlig. Og han vet å skille saklige saksfremlegg og fri diktning. Er det mange som forventer slike mailsvar fra en hardbarka byråkrat...:

Her har du nokre av tankane mine
som respons på dine -
festa til tastaturet
for å bli mindre flyktige.

Vi skapar jo på eit vis litt av verda ved orda.
Byråkratar skriv ord til endring.
Allmennlegar snakkar ord til lindring, lækjedom,
forståing og trøyst.

Alle har vi ansvar for at den andre sin dag blir god.

Vi møttes litt tilfeldig i sommer på festival i Seljord. Mellom et sirkustelt, et diskotek og en café fikk vi delt noen fagtanker. Korsveifestivalen samler hvert annet år kristne til åndelig, mental, sosial og praktisk dugnad. Frode Forland og en profesjonell kokk har i det siste tatt ansvaret for maten der. De sørger for at det er økologiske, kortreiste og smakfulle råvarer med tilhørende overkommelige oppskrifter, klare for et par tusen mennesker og deres utekjøken. Ingen sløsing, ingen tilfeldigheter, i tillegg god, delta-
gende veiledning når en dugnadsdame løper litt stresset rundt på lørdagskvelden, og grillfesten er skummelt nær. Faktisk fikk vi se kvalitetsstrategi-idealene i praksis der og da; ikke ovenfra og ned, men med.

Derfra vokste ønsket om å presentere Frode Forland litt nærmere, og hvordan han tenker der i sin høyt plasserte direktørstol. Yrkestittelen, den andre, skal man ikke bruke i utrengsmål. Da blir man hysjet på, og litt pompøst og militært er det jo å snakke om divisjoner...

Men du er faktisk divisjonsdirektør i Divisjon for primærhelsetjenester i Sosial- og helsedirektoratet (SHdir). Kan du forklare leserne litt om hva ditt ansvarsområde er og med hvilken bakgrunn og kompetanse du sitter i denne stillingen?

SHdir har organisert sine ca. 500 byråkratar i sju ulike divisjonar; primærhelse, spesialisthelse, sosiale tenester, psykisk helse og rus, folkehelse og levekår, helseøkonomi og finansiering og administrasjon. Kvar divisjon er så delt opp i fleire lagleg store avdelingar med ca 15-20 tilsette i kvar. I primærdivisjonen har vi fem avdelingar med følgjande



ansvarsområde: kommunale helsetenester, omsorg og tannhelse, statistikk, helse- og sosialpersonell og beredskap. Dei tre sistnemnde har ansvar for heile helse- og sosialtenesta på sine spesialområde.

Direktoratet har så tre hovudoppgåver. Det er å tolke lover og forskrifter for helse- og sosialområdet, å vere nasjonalt fagleg myndighetsorgan og å gjennomføre den statlege helse- og sosialpolitikken. Mi oppgåve er såleis å leie utvikling og drift av desse oppgåvene knytta til primærhelsedivisjonen sitt ansvarsområde.

Kortversjonen er at eg har ansvar for lovtolking, utvikling og gjennomføring av statens politikk i forhold til primærhelsetenesta.

Min bakgrunn er ca. 10 år som kommunelege i Vest-Telemark, med spesialitet i allmenn- og samfunnsmedisin. Vidare har eg jobba tre år i Afrika, vore fylkeslege i Telemark og spesiallege, fagsjef og avdelingsdirektør i Helsetilsynet før eg byrja i Sosial- og helsedirektoratet, då det blei oppretta i 2002. Dei fyrste åra her var eg leiara for avdeling for retningslinjer, prioritering og kvalitet og hadde då bl.a. oppgåver knytt til utvikling av vår kvalitetsstrategi, kvalitetsindikatorar og system og metodar for utvikling og implementering av gode kunnskapsbaserte retningslinjer. Eg har alltid tenkt at min legitimitet for å vere byråkrat er avhengig av at eg kjenner tenestene ute godt. Difor har eg køyrt legevakt og vore ute i praksis igjen som fastlege i Oslo eit halvår for nokre år tilbake. Det er alltid ein fare for at ein misser bakkekontakten når ein oppheld seg for lenge i eit høghus i Oslo.

I tillegg har eg har prøvd å skaffe meg erfaringsbasert kunnskap om korleis helsetenesta fungerer på ulike nivå både nasjonalt og internasjonalt. Dette hjelper meg til å forstå, sjå heilskap og samanheng og vonleg også å kunne fatte kloke avgjerer når det trengst. Ved å vere i den sentrale helseforvaltninga over tid, lærer ein og korleis ting fungerer i samspelet mellom storting og departement, andre direktorat og fagmiljø, interesse- og brukarorganisasjonar. Det er og viktig å forstå dette spelet for å kunne vere ein god byråkrat.

Mange tenker på forebyggende medisin når de tenker på direktoratets arbeid: Kampanjer og brev i posten om røykefrie dager og grønne resepter. Det kan fort bli et direktorat som kollegene oppfatter som fjernt og et byråkrati som pålegger og pålegger tiltak, og ting som kanskje kan oppleves som uviktige. Tilliten og respekten som dere trenger må gå begge veier. Dere må ha tillit til allmennlegene også. Tett kontakt blir nødvendig.

Direktoratet har stor tillit til det faglege arbeidet som norske allmennlegar gjer. Arbeidsmengda er stor for mange, og vanskelege avgjerder må ofte takast under svært krev-



jande forhold som tidspress, manglande diagnostisk utredning eller kollegial støtte. Men vi har eit etter- og vidareutdanningssystem som fungerer bra og som eg meiner gjev godt høve til læring, utvikling av kompetanse og refleksjon over praksis.

Det er og viktig for oss at både allmennlegar og samfunnsmedisinaren og andre yrkesgrupper i helse- og sosialtenesta har tillit til oss i Sosial- og helsedirektoratet.

Vi er opptatt av helsefremjande og sjukdomsførebyggjande arbeid. Eg synest det er viktig å utnytte konsultasjonane, både hos allmennlege og på helsestasjon og i skulehelseteneste til førebyggjande tiltak. SHdir har som nemnt også ein eigen divisjon for folkehelse og levekår. På dette området er vi både eit fagleg nasjonalt spisskompetansemiljø og svært aktive i rolla som gjennomførarar av statleg politikk – vi har eigne avdelingar som bl.a. driv med kampanjar retta mot folk flest og mot helsepersonell innanfor områda ernæring, fysisk aktivitet og røyk. Som kjent er det mykje å spare både i form av sjukdom, plager og pengar dersom ein lever sunt. Dette er nok helsetenesta sitt mest forsømte felt, og det er viktig med ein kraftig pådrivar for politiske og befolkningsmessige tiltak på nasjonalt nivå. Forsking viser og at god rådgjeving og rettleiing frå den einskilde allmennlege til hennar pasientar har stor effekt i forhold til å hjelpe folk til sunne livsval vedrørande t.d. alkohol, røyk og kosthald. Det er alltid ein fare når ein sit i ein travel allmennpraksis at ein fokuserer for mykje på behandling og for lite på rettleiing i forhold til førebyggjande tiltak.

Det er ein kraftig gradient i forhold til fordeling av sjukdom og helse i det norske folk. Som kjent er denne invers i høve til fordeling av kunnskap, pengar og utdanning. Det er helsetenesta si oppgåve å målrette tiltak mot dei som treng det mest, og å søkje å utjamne dette klasseskiljet. Allmennlegane har ei viktig rolle i dette arbeidet. Når dei kla-

gar over at bøtta er full, bør dei sjekke at dei har rett innhald i bøtta. Vi arbeider for dette på nasjonalt nivå, bl.a., gjennom målretta kampanjar for bl.a. røykeslutt og alkohokutt. Men eg er samd med Allmennelegeforeningen og Norsk forening for allmennmedisin i at det er for få allmennlegar til å ta unna alt som vil oppi bøtta. Difor vil vi arbeide for å få på plass fleire stillingar innanfor allmennmedisin i åra framover. Det er og viktig i denne samanheng at kommunale samfunnsmedisininarar ser si oppgåve i å hjelpe kommunen til å prioritere meir tid til offentleg allmennmedisinsk arbeid.

Føler du at dere har god kontakt med allmennlegene og hører på dem vedrørende hva som bør prioriteres? Hvordan jobber dere event. for å være der? Og hva kan kolleger som har et engasjement, gjøre for å komme i dialog?

For å få god kontakt med allmennlegane, prøver vi å delta på viktige faglege møter og arenaer som Primærmedisinsk uke, Nidaroskongressen og internasjonale faglege møter. Vi løyver midlar til ei rekkje gode utviklingsprosjekt og deltar i styret for mellom anna Senter for legevaktsmedisin i Bergen, Nasjonalt senter for distriktsmedisin i Tromsø og oppbygging av allmennmedisinsk forskning og spesialistutdanning.

Viktigast er kanskje at vi inkluderer allmennlegar og samfunnsmedisininarar som er i praksis, i alt vårt faglege utredningsarbeid som er relevant for sektoren, t.d. arbeid med faglege retningslinjer, utredning av turnusordning, allmennlegane si rolle i høve til psykisk helsearbeid mm. Den veit best kor skoen trykker som har den på. Sjølv om det er mange i min divisjon med lang fartstid frå allmenn- og samfunnsmedisin, er vår policy alltid å ha med representantar frå fagmiljøa og brukarorganisasjonane når vi gjer utredningsarbeid.

Allmennlegar som er engasjerte og ønskjer å bidra, kan berre melde seg til meg (frf@shdir.no) eller avdelingsdirektør for kommunehelseavdelinga Jon Hilmar Iversen (jhi@shdir.no). Når vi oppnemner formelle representantar til arbeidsgrupper, går vi vanlegvis gjennom legeforeningen og ber dei om forslag til gode representantar, og det får vi.

Du var for fem år siden i Utposten svært tydelig på at du så svakheter i fastlegeordningens finansieringssystem. Stykkpris versus fastlønn ble problematisert. Hvordan ser du dette i dag, nå når ordningen er blitt seks år gammel?

Ja, eg skreiv ein artikkel om dette i Utposten med bakgrunn i ei samanlikning av eigen praksis etter å ha arbeidd både med stykkpris og fastlønn, og med bakgrunn i ein systematisk kunnskapsoversikt i Cochrane, som eg hadde



gjort. (ref. artikkel: Frode Forland: Uposten nr 7/8-2002. Det kostar å drive krambu). I den artikkelen postulerte eg følgjande hypotesar:

Slik eg ser det, stimulerer dagens ordning (fastlegeordninga) til:

- Overforbruk av takstgenererande prosedyrer og undersøkingar
- Overforbruk av unyttige trygdeerklæringar
- Overforbruk av legekonsultasjonar, både som øyeblikkeleg hjelp og kontrollar
- Overforbruk av legetenester for pasientar med frikort og barn
- Overforbruk av dyre og dels unyttige undersøkingar i andre linje
- Manglande utnytting av samhandlingspotensialet mellom fastlege og helsestasjon
- Manglande utnytting av samhandlingspotensialet mellom fastlege og den kommunale pleie- og omsorgstenesta
- Manglande utnytting av samhandlingspotensialet mellom fastlege og sjukehus

Eg har fått mykje motbør for det eg skreiv her. Det er mange som er svært godt nøgde med fastlegeordninga, ut frå ulike motiv. Det er få eller ingen som kritiserer ordninga:

- Allmennlegane og Legeforeningen er godt nøgde med inntektsutviklinga som har vore i fastlegeordninga. Ordninga forsterka legerolla som privat næringsverksemd med sjølvstendig ansvar for fagleg utvikling og drift.
- Dei fleste kommunar har fått ei meir stabil legedekning for kurativ allmennpraksis, (det er bra), og ordninga har vore relativt billeg for kommunen når ein ikkje utnyttar legeressursar til offentleg allmennmedisinsk legearbeid.



- Gode takstar på trygdeerklæringer og automatisering av oppgjørsordninger mot trygda, har letta samarbeid, (og tatt fokus bort frå kostnader på samfunnsnivå).
- Departementet har oppnådd eit viktig politisk formål med å få stabilisert legedekninga og få ei god kurativ allmennpraksis.
- Dei fleste pasientane er og godt nøgde med at dei har fått fast lege og god service.

Dei sterke interessepartane i forhold til fastlegeordninga er såleis samde om at ordninga er god. Likevel hevdar eg at ordninga ikkje er ein suksess i forhold til mange av dei svake gruppene og tenesteområda som fastlegeordninga skulle dekke. Kommunane har ikkje prioritert å utnytte den avtalefesta tidsressursen som dei kan bruke på offentlig allmennmedisinsk arbeid inn mot legetenester i helsestasjon, skule, eldreomsorg og tenester retta mot rusmisbrukarar og psykisk sjuke. Allmennlegen kan sjølv prioritere slike pasientgrupper i sitt arbeid, men både finansiering og organisering av ein travel praksis legg hindringar i vegen for dette. Det har vore vanskeleg å få til god prioritering av sjukebesøk og akuttmedisinske oppgåver i dagens fastlegeordning. Over halvparten av legevaktene vert ikkje dekkja av dei som burde kunne denne jobben best, allmennlegane. Vi ser ei forgubbing av allmennlegane. Unge legar, og særleg kvinner med behov for avbrot pga. svangerskap og fødselar, kvier seg for å investere i eigen praksis med ansvar for drift av utstyr, bygningar og tilsette. Dei andre yrkesgruppene i kommunal helse- og sosialteneste etterlyser fastlegen som aktør i samhandling i forhold til pasientar med kroniske og samansette sjukdommar som krev behov for koordinert hjelpeinnsats. Vi har ikkje fått betre rekruttering og stabilitet i legedekninga i fleire utkantsdistrikt.

Som du skjønar, eg står ved det meste av det eg skreiv for fem år sidan. No er eg i posisjon til å gjere noko med dette. Det burde vere slik at det er reinte faglege argument som styrer praksis, men vi ser at økonomiske incentiv påverkar praksis. SHdir sin rapport om innsatsstyrt finansiering i sjukehus frå i sommar viser det same for spesialisthelsetenesta. Organiseringa av tenestene gjev og utslag på praksis og prioritering. Primærhelsetenesta er i ein unik posisjon for å få til betre samhandling med helseforetaka om gode pasientforløp. Det er mykje bra med dagens fastlegeordning, men den er mogen for revisjon og vidareutvikling. I tillegg til dagens ordning, treng vi meir fleksible rekrutterings- og utdanningsstillingar på god fast lønn. Vi må få orden på legevaktsfunksjonen. Kommunane må på banen og bør utnytte den timeressursen dei kan gjennom avtaleverket. Kommunelegane bør etter mitt syn sjå si rolle som samlingspunkt for lokale samarbeidsutval for fastlegane, og drøfte prioritering og oppgåvefordeling mellom legane i høve til prioriterte pasientgrupper. Fylkeslegane kan ha ei viktig rolle som nettverksbygger for kommunelegane og i rådgjeving knytta til samfunnsmedisinske oppgåver. Vi treng å styrke både allmenn- og samfunnsmedisin som bærebjelkaner i norsk helsevesen, både fagleg og kapasitetsmessig. Vi inviterer dei allmenn- og samfunnsmedisinske foreningane til å delta i vårt utredningsarbeid på dette området i desse dagar.

Frode Forland sparar verken oss eller direktoratet for utfordringer. Han trur godt om både samfunnsmedisinen og allmennmedisinen og han vil, han vil. Det blir spennende å se hva vi i lag får til. I følge kvalitetsstrategien til direktoratet skal både brukerne (pasientene) og utøverne ha svært stor medvirkning. Ikke ovenfra og ned, men med. Vi forventer oss egentlig den strategien praktisert fra stolen med innflytelse, makt og muligheter.