

Toralf Hasvold er dekan ved Det medisinske fakultet i Tromsø. Etter mange år i allmennpraksis og flere utenlandsopphold som blant annet resulterte i helseplan for Georgia, er det studentene og faget som får nytte godt av Hasvolds engasjement.

Intervjuet: Toralf Hasvold

Nybrottsarbeider – men slett ingen bonde

Han er høflig og nesten litt reservert når han hilser velkommen til kontoret og Tromsø, men man føler seg umiddelbart velkommen og sett i hans selskap. Raushet og lunhet er egenskaper som trekkes frem av venner. En kollega beskriver ham dessuten som «bonde i legning og sjel». Selv er han for glad i å jobbe med mennesker til å drive med gårdsbruk på heltid, men han reiser hjem til gården i Bardu hver helg.

– Jeg kan ikke kalle meg bonde. Da blir naboen fornærmet. For tiden er det naboene som gjør slåtten, og driften før hadde ikke stort omfang. Han er ikke typen til å fremheve seg selv, men omtales som en som lett oppnår tillit og som blir hørt selv om han går stille i dørene, og av og til sine egne veier. Hasvold er kjent for å være en god forhandler og strateg, og bevarer roen under arbeidspress. Selv under hektiske dager på jobb, stopper han opp og har et vennlig ord til alle. Som dekan er han kjent for å være opptatt av studentenes ve og vel. Han holder fanen høyt i styremøter ved sykehuset som stadig trues av nedskjæringer, til beste for både fag og studenter.

Fra Dublin til Balsfjord

Etter å ha studert realfag på Blindern bestemte han seg for å bli lege. Første halvdel av studiet ble gjennomført i Dublin og fullføringen ved Universitetet i Oslo. Han fikk turnusplass ved sykehuset i Tromsø og endte opp i distriktet Balsfjord – med kone og barn.

– Mye av livet består av tilfeldigheter. Turnuslegen i Balsfjord omkom i en ulykke. Jeg hadde utsatt distriktsturnus og ble kontaktet. Vi ble der i åtte år.

Hasvold var ikke bare distriktlege. I Balsfjord var han med på å utvikle den første EDB-baserte pasientjournalen for allmennpraksis.

– Ideen kom dels fra en professor i datafag og dels fra samfunnsmedisinsk institutt. Vi hadde noe samarbeid med instituttet, og de kjente til at vi var opptatt av

å strukturere journalene. Dessuten var vi tidlig ute med forbud mot å skrive for hånd. Instituttet spurte om vi ville være med på å utvikle en datajournal. Vi startet i 1976. Arbeidsgruppen besto av tre unge leger og noen dataingeniører. Vi kunne ingenting om data, de visste ikke noe om helsevesenet. Vi måtte beskrive prosessene ved kontoret. Det førte til refleksjon omkring hvordan vi arbeidet, og ikke minst om den mest rasjonelle måten å gjøre ting på.

Fylkeslege i Botswana

I to år jobbet han i Botswana, dels som samfunnsmedisiner og dels drev han med kurativ virksomhet. Primærhelsetjenesten ble stort sett drevet av sykepleiere. Landet utdanner ingen egne leger. De få legene som fantes, var alle ansatt i helseministeriet. Sykepleierne hadde fungert som distriktleger i mange år.

– Jeg jobbet som «fylkeslege». Arbeidet besto i å implementere en helseplan som var blitt laget for hele landet. Jeg reiste også rundt og hadde tilsyn med kompliserte pasienter.

Hasvold er opptatt av faglig utvikling av primærhelsetjeneste i distriktet både i innland og utland, og var en av arkitektene bak Senter for distriktsmedisin i Tromsø.

– Hva er distriktsmedisin?

– Jeg startet ut med en egendefinisjon med to elementer. Distriktsmedisin innebærer lang avstand til sykehus eller store faglige sentre. Det innebærer også å leve i et samfunn sammen med pasientene. I en by kan doktoren i stor grad være anonym utenfor kontoret. Det kan man ikke i distriktet.

Mangelvare

– Hvordan skal man rekruttere til distriktet?

– Det er et godt spørsmål. Jeg prøver å dra i gang forskning på rekruttering og stabilisering. Vi tror vi vet noe om hvorfor folk drar eller blir, men vi har lite faktakunnskap.

– Hva tror dere at dere vet?

– Vi ser at noen kommuner sliter med

rekruttering, selv om legedekningen i nabokommunen er god. Dette har med andre ord mer enn med geografi å gjøre. Kommunene som får til å rekruttere leger, lar legene forme sin egen virksomhet.

– Hvordan opplevde du å være distriktslege?

– Jeg stortrivdes med det. Jeg liker bredten. Fordelen med allmennmedisin er at man kommer tett innpå det levde og pulserende livet. I Bardu, der jeg etter hvert jobbet, var det en stor fordel at jeg kjente alle.

– Hvordan var det å være lege for venner og kjente?

– Faglig sett var det bare en fordel. Jeg visste om familieforhold og ressurser. Selvfølgelig byr det på utfordringer, men det er ingen grunn til å overdimensjonere dem. Man får mange hatter å bære og må være bevisst hvilken hatt man har på i de ulike sammenhengene.

Da Sovjetunionen falt

At familien en periode endte opp i Kaukasus, var også nærmest en tilfeldighet. Alle distriktsleger fikk et brev om jobben fra Helsetilsynets internasjonale kontor. Etter å ha forhørt seg og bestemt seg for ikke å søke, ble han likevel invitert til intervju. Han fikk et uforpliktende tilbud om å reise ned og få et inntrykk av landet og arbeidet. Slik ble han rådgiver i samfunnshelse for helseministeriet i Georgia og Armenia. Begge land var nylig blitt selvstendige etter Sovjetunionens fall, og var preget av et katastrofalt økonomisk og sosialt kollaps. Staten som eneste tidligere arbeidsgiver var borte. Helsetjenesten hadde tidligere fått pengene fra Moskva. Utstyr ble solgt på gaten og institusjonene sto raskt ribbet igjen. Det fantes ingen helhetlig plan for helsetjenesten.

– Hva var vanskeligst?

– Det var utfordrende å få folk med på å utvikle noe selv, de var vant til å ta imot ordre. Det innebar en stor mental omstillingsprosess, selv for de med høye stillinger. Det var en tung, interessant og spennende jobb.



Toralf Hasvold

Født 16. august 1943

- Cand.med, Universitetet i Oslo 1973
- Spesialist i allmennmedisin 1988
- Spesialist i samfunnsmedisin 1996
- Doktorgrad 1996
- Dekan ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Tromsø 2005–

Foto Marit Tveito

– Hva fikk du utrettet?

– I Armenia forholdt jeg meg til tre forskjellige helseministre. Alle forkastet det forgjengeren hadde startet. Vi satte nok i gang noen prosesser, men en konkret plan som i Georgia ble det ikke. I nabolandet tok helseministeren Hasvold med til parlamentet og presidenten, hvor han fikk presentere poenget med å ha en helseplan.

– Med presidentens støtte var det lettere å jobbe, og resultatet ble en plan som fremdeles ligger til grunn. Kolleger forteller at han etterlot seg uvurderlig kunnskap i begge land og at han fremdeles har en høy stjerne ved Verdens helseorganisasjons europakontor.

– Har utenlandsoppholdet forandret ditt syn på det norske helsevesenet?

– Jeg tenker nok annerledes om både helsevesen og samfunn. Vårt problem er at vi generelt ikke har problemer, sett i den større sammenhengen. Samtidig oppleves det som et uløselig problem å skulle kutte utgifter ved Universitetssykehuset Nord-Norge med mangfoldige millioner. Styringsmekanismen i norsk helsevesen er økonomi, og det blir feil. Jeg får gåsehud når jeg hører ordet produksjon, som om sykehus er en fabrikk som lager like enheter. Styret ønsket å redusere driften, uten hensyn til om det var faglig riktig. Nedskjæringer ville fått store konsekvenser for både utdanningen og spesialiseringen. Som dekan kan jeg ikke lukke øynene for sånt, det er min plikt å være vaktbikkje for studentene. For å opprettholde kvaliteten på studiet kan det godt hende at driften blir dyrere.

– Hva er løsningen? Mer penger?

– Penger er ikke alltid riktig svar. Det kan være rom for forbedring ved bedre organisering. Samtidig er for eksempel nye medikamenter sterkt utgiftsdrivende, og det er ikke noe man kan organisere bort.

Nye utfordringer

Hasvold er opptatt av helsetjenesten som helhet, og synes det klare skillet mellom primærhelsetjeneste og sykehus er unaturlig.

– Hvordan skal sykehus og allmennlegene samarbeide?

– Et helseforetak forholder seg til en skog av enkeltpersoner. Sykehus er statlige, primærhelsetjenesten er et kommunalt ansvar og begge er deler av et offentlig helsevesen. Det foreligger ingen skikkelig styring slik det er i dag.

– Hvordan bør det være?

– Jeg er ikke sikker, men jeg kan ikke tro at denne todelingen i eierskap kan være rasjonell.

– Hva håper du å oppnå som dekan?

– Vi formulerte en del målsettinger da vi gikk til valg, og jeg har tre hovedprosjekter. Det første gjelder revisjon av medisinstudiet. Jeg vil snu alle steiner i utdanningsløpet. Da vi startet opp med Tromsø-modellen, var den radikal. Det er den ikke lenger. Jeg vil gå ut ifra hva slags leger vi trenger om ti, 20 og 30 år og være med på å forme et fremtidsrettet studium. Det andre prosjektet er å omorganisere fakultetet. Medisinsk fakultet skal være serviceorientert og effektivt organisert. Siste prosjekt dreier seg om et kohortproblem. Vi har mange professorer som nærmer seg pensjonsalder, og etterveksten mangler. Vi jobber med å kartlegge hvor mange som går av i de ulike fagene fremover. Utfordringen består i å finne arvtakere, og der har jeg to mål: Tomrommet skal fylles og minst halvparten av dem skal være kvinner. Jeg vil at vi skal håndplukke kandidater, legge til rette og bistå med å skreddersy karriereløp.

– Det er nye metoder i universitetsmiljøet?

– Ja, og det er nødvendig. Vi må rekruttere og jobbe for å beholde dyktige medarbeidere.

– Du var godt voksen da du fikk universitetet som arbeidsplass. Hva var det som fristet?

– Jeg stortrives med kontakten med studentene, muligheten til å være med på å forme faget gjennom forskning og undervisning og som professor å få skape forskningsprosjekter og veilede unge forskere.

Lege og pasient

Hasvold får ros av venner og kolleger for å ha vært forbilledlig åpen da han ble alvorlig syk i fjor og måtte opereres for kreft.

– Hvordan opplevde du å være pasient?

– Jeg synes jeg ble tatt svært godt vare på, og jeg var aldri i tvil om jeg skulle la meg behandle ved sykehuset her i Tromsø. Kirurgene som behandlet meg, hadde jeg begge hatt som studenter.

– Var det vanskelig å være åpen om sykdommen?

– For meg var det ren egeninteresse. Alle jeg møtte, visste dermed hvilken situasjon jeg var i. Og vi snakket ikke bare om sykdom. Hjemme hadde vi en øvre grense på en halvtime med sykdomssnakk hver dag.

– Har sykdommen forandret deg?

– Noen påstår at man får både bedre syn og luktesans etterpå. For meg var det ikke slik. Jeg setter stor pris på livet, men det har jeg alltid gjort. Imidlertid kjenner man hvor betydningsfullt venner og familie er.

– Hvor får du påfyll?

– Jeg har ikke hatt tid til å dyrke så mange interesser. Å «drive» gård var rekreasjon. Ellers trives jeg godt i naturen. 60-årsdagen feiret han med et sykkelritt, og han er mye på fjellet. Elgjakten er hellig. – En venn av deg lurte på om du fulgte fjellvettreglene?

Han ler og mener han skjønner hvem kilden er.

– Det er vel noen som påstår at jeg har en tendens til å følge mine egne regler.

– Hvor går veien videre?

Hasvold konkluderer med at han hører til kohortproblemet. Han er en av dem som kommer til å gå av med pensjon, og det kommer ikke som en overraskelse at det er gården i Bardu som frister. Datteren har akkurat overtatt den, men han og kona har bygd seg hus.

– Jeg skal bli kårkall. Han ser ut som han gleder seg.

Marit Tveito

marittveito@hotmail.com
Sama legesenter
Harstad