

Byane rundt Mjøsa lysast jamnleg opp av fakkeltog. Tusenvis demonstrerer for «sitt» sjukehus. Øyvind Graadal er nok ein av dei som får ropt flest slagord mot seg.

Intervjuet: Øyvind Graadal

Ambulansestafett framfor fakkeltog

Divisjonsdirektøren for kirurgi i Helse Innlandet serverer kaffi heime i stova si på Hamar. Ved sida av kaffikanna ligg dagens utgåve av Hamar Arbeiderblad. Ei rask gjennomlesing viser at sjukehuspolitikk er godt stoff. Faktisk står det meir om sjukehus enn om sjølvaste Ham-Kam. Det er kanskje forståeleg, for i Helse Innlandet er det heile seks somatiske sjukehus: Hamar, Lillehammer, Gjøvik, Elverum, Kongsvinger og Tynset. Det sentrale stikkordet er «funksjonsfordeling».

– I 2004 skjedde det ein del endringar. I korte trekk vart meir av kirurgien samla på Hamar, medan andre funksjonar vart fordelt mellom dei andre sjukehusa, forklarar Graadal.

Å seie at dette har gått smertefritt ville ha vore ei løgn. Både sjukehusstilsette og pasientar har til dels vore svært negative. Nokre meiner at det å samle funksjonar er feil veg å gå, og mange er i harnisk over at fullverdige sjukehusstilbod vert rasert. Graadal har både som sjukehusdirektør på Hamar/Elverum og i sin noverande jobb arbeidd for funksjonsfordeling. Kvifor arbeide for noko som det blir så mykje bråk av?

– Fagleg er det ikkje vanskeleg å argumentere for at det er riktig å samle. Kirurgien blir stadig meir subspecialisert, og det er ikkje lenger rom for den generelle kirurgen som beherskar heile fagfeltet. Isolert sett er dei forskjellige miljøa for små til å kunne gi eit godt nok tilbod, seier han, og viser til samlinga av karkirurgien til Hamar som eit eksempel. – Det er ingen tvil om at det var riktig å gjere dette. No har vi fire karkirurger, vi har fått til ei vaktordning og ikkje minst eit miljø. Norsk karkirurgisk forening meiner at ei karkirurgisk avdeling må ha minst 400 000 personar i nedslagsfeltet.

Det har vi no, seier han, og legg til at om ikkje sjukehusa i Helse Innlandet klarar å samarbeide, vil pasientane forsvinne til Oslo.

Ambulansestafett

Det er lett å forstå at slike historier varmar ein administrator. Store tal og statistikk frå Norsk karkirurgisk forening er likevel neppe så viktig for den gamle dama som blir lagt inn på Hamar med diffuse magesmerter. Ho skulle nok gjerne ha bytt ut all verdas karkirurger mot ein gynekolog, men gynekolog har dei ikkje lenger på Hamar. Dei er funksjonsfordelt til Elverum. Så den gamle (og ikkje minst hennar bitre pårørande) må akseptere ein tur i ambulanse for å få gynekologisk tilsyn.

– Mange pasientar har jo meir enn ein diagnose. Er det ikkje håplaut at dei skal sendast i ein ambulansestafett mellom sjukehusa for å bli undersøkt skikkeleg?

– Isolert sett for kirurgien er det best å samle. Det beste tilbodet finst der det er eit stabilt miljø og ein ikkje er avhengig av vikarstafettar. Ulempene er sjølv sagt at andre miljø missar kirurgisk kompetanse, men dei fleste vil jo berre trenge hjelp av ein kirurg ein eller nokre få gonger i løpet av livet. Då er det betre å reise ein halvtime ekstra for å bli operert ein plass med solid kompetanse, fortel han, og røper at dei fleste kirurger veit ganske eksakt kor dei vil opererast og ikkje.

– Bør fleire funksjonar samlast?

– Det er hundretusen kroners spørsmålet. Den einaste optimale løysinga ville vere å ha alt på ein stad, altså eigentleg eitt stort sjukehus for heile Noreg. Det går sjølv sagt ikkje, og det finst ikkje noko fasitsvar på korleis ein best skal funksjonsfordele. Dette gjeld imidlertid ikkje berre sjukehusa i Helse Innlandet. Sjukehusa i Oslo har same problem, forklarar han, og viser til at det ikkje lenger er urologisk avdeling ved Ullevål.

Upopulær

Graadal vaktar orda sine nøye, og det er spørsmål han kvir seg for å svare på. Det er nok inga lett oppgåve å la seg portrettere i Tidsskriftet samstundes som ein jobbar med helseadministrasjon.

– Om eg ordlegg meg feil, kan det fort skape ein storm av lesarinnlegg, forklarar han.

Denne frykta er nok ikkje heilt utan grunn. Dagleg kan ein lese hissig kommentarar i lokalavisene, og skuldingane mot Graadal har vore mange. Det er dei som meiner at han er ein Hamar-mann som har som eigentleg agenda å samle alle sjukehusa til Hamar. Han er òg skulda for å vere med på å øydeleggje kirurgien i Helse Innlandet og for å vere uredeleg og utisk.

– Slikt er sårande. At eg skulle jobbe for å øydeleggje kirurgien i Helse Innlandet er absurd; det er det siste eg kunne tenkje meg. Å påstå at eg har ein skjult agenda blir også spesielt. Eg har heile tida forsøkt å opptre så ryddig som mogleg. Eit eventuelt nytt sjukehus har eg argumentert for å byggje på Rudshøgda, altså midt mellom Hamar, Gjøvik og Lillehammer. Dei som trur noko anna, kan jo berre lese sakspapira, seier han noko oppgitt.

– Korleis taklar du å vere upopulær?

– Eg er ikkje ufølsom, og det er ingen som synest at slikt er morosamt. Av og til har det stått ting i avisene som ikkje akkurat er kjærleikserklæringar. Endringar er aldri lette, og nokon må vere usamde. Erfaringa mi som sjukehusdirektør og frå politikken gjer nok jobben og upopulariteten lettare å bære, seier den tidlegare fylkespolitikaren for SV.

Sosiolog i smug

Då divisjonsdirektøren skulle bli presentert i Helse Innlandet si internavis, stod overskrifta «ELSKER KIRURGI» med store bokstaver. Framleis går han vakter på gastrokirurgen på Hamar.

– Kva er det som gjer kirurgi så spanande?

– Det er gøy å sjå resultatet av det ein gjer med ein gong. For dei som ikkje er ekstremt tålmodige, er kirurgi eit bra fag. Og det er ikkje slik som nokon trur at ein berre er ein slags handverkar; sjøvsagt må ein kombinere teori og praksis. Det appellerer,



Øyvind Graadal

Født 10. mars 1951 på Oppdal

- Cand.med. Universitetet i Oslo 1979
- Spesialist i gastrokirurgi 1991
- Sjukehusdirektør Hamar/Elverum 2003–04
- Divisjonsdirektør for kirurgisk divisjon, Helse Innlandet frå 2004
- Lang fartstid i politikken for SV, med to periodar på fylkestinget og åtte år i Hamar kommunestyre

Foto Leiv Otto Watne

forklarar han, og nikkar stadfestande når eg spør om det er sant at han med glede stiller i operasjonssalen klokka 0300 sjølv om han *ikkje* har vakt.

Som medisinstudentar flest var imidlertid ikkje Graadal sikker på at det var kirurg han skulle bli då han var ferdig med studiet. Det var heller slik at han var sikker på at han *ikkje* skulle velje kirurgi; det var altfor mange sære og spesielle folk i faget. Han var meir interessert i sosiologi.

– Eg tok grunnfag og mellomfag i løpet av legestudiet. Dette var i dei raude 1970-åra, og det var spanande å vere på forelesningar på Blindern. Ei tid var det ikkje nok timar i døgnet, og sosiologiinteressa mi gjorde at eg nesten strauk i patologi.

I løpet av turnustenesta skreiv han hovudfagsoppgåve om verdien av å bruke blodprøver som screening i bedriftshelsetenesta. Konklusjonen var nedslåande: – Det var utan verdi.

Omtrent like verdiløst har kolleger meint det var å studere sosiologi. Medan Graadal var under spesialisering ved Ullevål vart han råda av sjefen sin til å halde hovudfaget sitt hemmeleg. Det ville nemleg telje negativt i eit jobbintervju om dette kom fram.

Ein får tru at kirurgikarrieren til Graadal no er såpass solid at det går greit å nemne sosiologiinteressa hans i Tidsskriftet. Framleis har han sosiologi som hobby. Og dei sære kirurgane ser han ikkje lenger noko til. – Kirurgane er nok meir normale enn før. Eller kanskje har eg sjølv vorte sær og spesiell, seier han med eit glimt i auget som gjer at eg umiddelbart går for det første alternativet.

– Når ein er så glad i kirurgi, kvifor då ta på seg ein jobb som det er heilt umogleg å ikkje bli upopulær i?

– Det har eg lurt på sjølv nokre gonger, seier han, og må faktisk tenkje seg om eit minutt før han svarer. – Eg har vore med heilt frå helsereformen kom og ein byrja å tenkje meir i regionar. I det å sjå heile Helse Innlandet som eitt helseforetak ligg

det eit potensial til å få til noko. Det å få vere med på å lage ein plan for korleis helsevesenet skal vere dei neste 30 åra, er heilt klart morosamt, men av og til lurar eg på kvifor eg ikkje går attende til kirurgi, som er morosamt heile tida.

Slik er det nok mange legar som tenkjer. Det er i alle fall eit faktum at det i andre helseforetak ofte er andre enn legar som har den tilsvarande stillinga som Graadal har. Er legar for redde til å ta på seg leiaransvar?

– Det er synd at det ikkje er fleire legar i leiarposisjonar. Det er ikkje slik at legar automatisk er dei beste leiarane, men det er heller ikkje bra å overlata arenaen fullstendig til andre. Når det er sagt, kan eg til dels forstå at legar kvir seg for å jobbe administrativt, for dei er jo glade i faget sitt, som er konkret og spanande. – Og kanskje legar er smarte nok til å forstå kor vanskeleg det er å leie legar, seier han med eit smil.

Går ikkje i fakkeltog

Livet er meir enn styring. Både intervjuobjekt og intervjuar lyser opp når det kjem for ein dag at begge har ei fortid i *Æsculap*, tidsskriftet for norske medisinstudentar. Som student tok Graadal initiativ til å starte opp igjen bladet etter at det i fleire år ikkje hadde kome ut. Den forrige redaktøren, Mats Gilbert, hadde i tidas ånd nekta legemiddelfirma å annonsere i bladet. Med påfølgjande konkurs.

Graadal finn fram det første nummeret han var redaktør for, der det over heile framsida står: Hjertekirurgi er farlig. – Eg fann ein artikkel i *Nordisk Medisin* der det stod om komplikasjonsrisikoen ved hjertekirurgi. Dette stod i kontrast til det dei entusiastiske forelesarane våre fortalte. Artikkelen vart imidlertid ikkje tatt nådig opp, og eg måtte tole strenge blikk frå kirurgiprofessoren, mimrar han. Det er tydeleg at det å fronte upopulære saker ikkje er noko Graadal har byrja med på sine eldre dagar.

Samtalar mellom ein eldre og ein nyutdanna lege som varer over ein viss periode

inneheld ein obligatorisk programpost; erfaringar frå turnus. Her er det rom for den eldre legen til å imponere den yngre med eksotiske og ofte heltemodige historier frå ei svunnen tid. Det geografiske utgangspunktet var det aller beste for at Graadal skulle ha ein solid portefølje av gode historier. Han var einaste lege i Gamvik i Finnmark, med to timars båtreise og 40 mil til næraste sjukehus.

– I Gamvik var det ei fødestue. Ei natt ringte jordmora og sa at eg måtte kome og hjelpe til å ta imot ein unge med tang. Eg hadde berre sett tangforløysing blitt gjort på ei dokke på studiet, og vart sjølvstøtt svært stressa når eg no måtte gjere det aleine på ei levande kvinne. Medan eg sveitta og prøvde å setje saman tanga riktig, fødte heldigvis kvinna spontant. Då fødselen var over, såg kvinna på meg og sa: «Du vart glad no doktor, for i stad såg du så nervøs ut.»

Tida har gjort forteljinga tilstrekkeleg ufarleg til at den unge legen tør le ein forsiktig latter. Dette markerer ofte slutten på historier i denne sjangeren, men Graadal er ikkje ferdig. – For meg seier denne historia noko om nærleik i forhold til kompetanse. Pasientane har stor tillit til legane. Av og til er den kanskje for stor, og folk demonstrerer for eit helsetilbod som eigentleg ikkje er så bra.

Her ligg det mykje for dei som likar å lese mellom linene. Og her er endå litt: – Det er sagt at nærleik er viktig når ein er frisk, medan kvalitet er viktig når ein er sjuk. Eg trur det er rett å byggje sjukehusa rundt kvalitet, så personleg ville eg aldri ha gått i fakkeltog for ei fødestue.

Leiv Otto Watne

l.o.watne@gmail.com
Førde sentralsjukehus