

Dame fikser kar

INTERVJU

REBEKKA JOHNSEN WANGENSTEEN

reb.j.w@online.no

Karkirurg Beate Rikken Lindberg startet på kjøkkenet ved Rikshospitalet som 15-åring. Siden er hun blitt på sykehuset. Nå jobber hun mest på stuen.



Alle foto: Christian Tunge

Dr. Lindberg er drøyt halvannen meter på strøpelesten, har svart, kort hår, høye kinnben og smale, mørkebrune øyne. Latteren sitter løst, og den smitter. Hun synger i bilen på vei til jobb. Hun elsker å operere, kjøre motorsykkel og å lage mat.

Beate møter meg i oppkjørselen til huset sitt på Nordstrand. Når vi går oppover, ligger hun et halvt skritt foran, jeg må nesten løpe for å holde følge. Jeg tenker at det er slik hun er: kvikk, energisk og alltid målrettet.

– Kom inn, vi må skynde oss, maten er varm.

Beate har laget middag til familien, og jeg er invitert.

Tidlig krøket

Lindberg begynte å jobbe på Rikshospitalet som ungdom og har gått alle gradene. Hun begynte i kantinas middagsservering, ble oppgradert til smørbrødseksjonen, siden kassa og kiosken, og etter noen år ble hun laborant.

Beate Rikken Lindberg

Født 25. januar 1971

- Cand.med. Universitetet i Lund, Sverige 1999
 - Turnustjeneste i Hammerfest og Mehamn 1999 – 2001
 - Kirurgisk avdeling, Kongsvinger 2001 – 04
 - Thoraxkirurgisk avdeling, Rikshospitalet 2004 – 05
 - Kirurgisk avdeling, Bærum 2005 – 09
 - Kirurgisk avdeling, Drammen 2009 – 10
 - Thoraxkirurgisk avdeling, Rikshospitalet siden 2010
 - Spesialist i generell kirurgi 2012
 - Spesialist i karkirurgi 2015
-

– Jeg valgte å bli lege fordi pappa var lege. Mest sannsynlig var det slik. Valget tok jeg da jeg var 12 år. Som 14-åring så jeg åpen hjertekirurgi for første gang. Jeg så hvor glad pappa var i jobben sin og var innom ham daglig. Sykehusmiljøet ble en livsstil, en familie, og kirurgi ble en del av meg. Det er dynamisk, jeg liker det praktiske og at man gjør noe veldig konkret som man får resultater av. Jeg liker å bestemme og å løse problemer. Det prøver jeg å lære døtrene mine også: At selv om man trenger hjelp av andre mennesker i livet, er det viktig å føle at man klarer ting selv, som å skifte en lypære. Man må ikke bli for avhengig av andre.

Turnus i nord

Beate fikk sitt første barn under turnustjenesten i Hammerfest og var hjemme med henne i et halvt år før hun gjorde ferdig sykehusstjenesten ved medisinsk avdeling. Beate beskriver distriktstjenesten som en skjellsettende opplevelse. I Mehamn var det rundt 600 innbyggere og lav legedekning. En periode gikk hun endelt vakt i to kommuner.



– Hvis jeg ikke hadde hatt med meg mann og barn, ville jeg reist derfra. Alle visste hvem jeg var. Det var sykebesøk ut på sjøen og gynekologisk undersøkelse med lommelykt på en brisk i bunnen av båten. Slike forhold. I ettertid er jeg glad for at jeg fikk erfaring fra å arbeide der. Det har stor verdi å ha jobbet i Distrikts-Norge. Man må gjøre medisinske vurderinger, ta beslutninger, behandle, og man er alene. Bare det å velge riktig transport for en pasient, fly eller hurtigruten? Det er jo slik mange leger i distrikt jobber hver dag. Heltene er mange der ute. Det bør man ikke glemme når man er på et trygt sykehus i Oslo hvor man har alt.

Elsker å operere

– Når du står og opererer, er du sjefen, og du tar beslutningene. Er det vanskelig å være underlagt et system hvor du ikke har stor grad av autonomi?

– Ja, litt. Jeg har på mange måter vært heldig med å være på rett sted til rett tid. Men jeg har jo hatt andre planer enn de jeg endte opp med, fordi noen andre har bestemt for meg. Man er litt prisgitt hvem som er sjef, hvor mange vikariater det er, og man må oppføre seg pent. Det er jo ikke bare hvor flink du er. Jeg er fornøyd med den jobben jeg har nå, men jeg fikk ikke fullført det jeg først planla: nemlig dobbelspesialitet i thoraxkirurgi og karkirurgi.

Beate elsker å operere. Hun føler seg mest vel i grønne klær: håndvask, lateksfrie hansker, varmen på operasjonsstuen, det første snittet, samarbeidet med de andre og reparasjonen av en skadet åre. Jeg spør henne om hennes syn på legeyrket.

– Legen er en ressurs i et system for å hjelpe syke mennesker. Det krever pliktfølelse, ansvarsfølelse og en genuin interesse for faget og pasientene. Det ligger mye drivkraft i det å hjelpe. Samtidig er det en egegevinst i jobben, å operere et rumpert aneurisme for eksempel. Det gir en veldig god følelse å klare det, redde noen. Jo farligere det er, desto større er opplevelsen av suksess. Den personlige gevinsten er jo ikke Oslo universitetssykehus, det norske helsevesenet eller skattebetalerne interessert i. Det er vel ingen som har interesse for at legene har mestringsfølelse. Og det er ikke det legene drives av heller. Men vi er jo ikke bare Florence Nightingale, det er klart et element av selvrealisering der også.



– Vi hører ofte at leger sier at de ikke får nok tid til pasientarbeid. Det er ikke alltid så lett å forstå hva det betyr. Hva mener du om det?

– Vi bruker for mye tid foran datamaskinen. Før var legejournalen det vi var medisinsk interessert i, og som hadde med pasientbehandlingen å gjøre. Nå, med DIPS, er en liten del pasientjournal, og veldig mye annet er administrativt. Vi må legge inn mange koder for diagnoser og prosedyrer. Ingenting kan gjøres uten at det skal dokumenteres i et datasystem, og det tar tid. Du skal logge deg inn, sitte ned og skrive. Man kan spørre seg om det tjener pasientens helse at vi skal bruke så mye tid på dette. Det er helt klart et element av at vi skal holde ryggen fri.

– Er det en voksende misnøye blant leger?

– Ja, det tror jeg dessverre det er. For mye måles i penger og effektivitet. Det kan virke som om toppsjefene ikke helt forstår hva helse er. Helse er noe annet enn en bilfabrikk og kan ikke drives etter Toyota-modellen. Det kan ikke planlegges og effektiviseres på samme måte. Sykdom er uforutsigbart, og man kan ikke forutsi hvem som rammes, og når.

Hun beskriver hvorfor alle stuene ikke alltid kan være i drift. Det at programmet for dagen endres er snarere regelen enn unntaket. Øyeblikkelig hjelp må komme først. Dette er noe alle leger kjenner til, men det kan være vanskelig hvis ledelsen ikke forstår hvordan maskineriet i helsevesenet må drives. Hun beskriver den kompliserte infrastrukturen på et sykehus og mener at man må ha kunnskap om det hvis man sitter i ledelsen.

– Mange sier at leger er dårlige administratorer. Like fullt bør man ha den faglige bakgrunnen hvis man skal være sjef. Man må være lege, rett og slett. Det burde være slik det var før – avdelingssjefen er kirurgen eller medisineren.

For Beate var det aldri tvil om hva hun ville bli, men når jeg spør om hun vil anbefale sine barn legeyrket, svarer hun nesten før jeg får fullført spørsmålet.

– Nei, jeg råder dem ikke til det. Det er primært på grunn av utviklingen i helsevesenet. Jeg elsker jobben min. Men det er vanskeligere å få jobb nå, det er dårligere arbeidsbetingelser og ikke lett å få faste stillinger. Legeyrket ville jeg ikke anbefalt med mindre man brenner veldig for det. Jeg ser mye frustrasjon hos yngre leger. Barna mine liker ikke jobben min, de synes jeg jobber for mye. Jeg har kronisk dårlig samvittighet overfor dem. Det er lettere nå som de er eldre, men de ringer og spør når jeg kommer hjem. Ofte blir svaret «ganske snart». Det stemmer sjelden. Det blir alltid en kamp mot klokken.

Jeg ber Beate beskrive en vanlig dag på jobben. Under hele intervjuet har jeg merket at hun har en sann lidenskap for faget, håndverket og ikke minst en ydmykhet overfor pasienter og deres lidelser. Dagen som kirurg er en blanding av rutiner og overraskelser.



– Jobben begynner klokken syv med at vi hver for oss orienterer oss om pasientene. På morgenmøtet halv åtte får vi rapport om pasientene som er på intensivavdelingen, direkte etterfulgt av aktuelle røntgenbilder. Deretter går vi gjennom dagens operasjonsprogram og detaljene for hvert enkelt kasus. Visitten deler vi på intensiv- og sengeposten. Elektive operasjoner begynner ved 9-tiden. På operasjonsstuen er det mest karotis og aorta, men også annen type karkirurgi. Noen ganger er det behov for karkirurgisk assistanse ved andre avdelinger. Karotisoperasjoner tar ca. halvannen time. De største aortaoperasjonene varer seks–åtte timer.

Jeg ser henne for meg med hendene over pasienten, konsentrert i timevis. Det krever utholdenhet, nøyaktighet og tålmodighet. Beate jobber uten pauser.

– Blir du tilbudt saft i sugerør fra sykepleiere?

– Ja, de spør, men når man er oppe i det, blir man verken tørst eller må på do. Etterpå må jeg ha mat og drikke med en gang – og tisse.

Litt flaut

– Hvordan føles det når du treffer pasienten på sengepost før operasjon?

– Hensikten med møtet er at de skal få treffe meg, så de vet hvem som skal operere dem og få informasjon om hva jeg skal gjøre og hvorfor.

Beate tar en liten pause, smiler litt. Det er tydelig at det er noe annet hun tenker på når hun ser for seg møtet med pasientene.

– Jeg er alltid spent på å treffe pasientene og se hvordan de reagerer. Jeg kan nesten være litt flau over at det er jeg som skal operere dem. Fordi, Beate ler, – lille meg. Jeg ser jo litt mer voksen ut nå, men jeg er liten, går uten frakk og er jente. I begynnelsen var det ofte sånn at pasientene reagerte: *Å, skal du operere meg? Hvor gammel er du da?* Jeg tør fremdeles ikke være selvsikker og si: *Hei, jeg skal operere deg i morgen.* Det er noe som sitter igjen fra begynnelsen av

karrieren. Den gangen syntes jeg det var kjempevanskelig. Og i begynnelsen av karrieren har man jo ikke masse erfaring. Man kan ikke si: *Ja, dette har jeg gjort mange ganger før*. Allikevel må man vise trygghet og kanskje spille litt. Fremdeles kan pasienter spørre om jeg har gjort dette før. Nå kan jeg heldigvis svare ja, dette har jeg gjort en del ganger. Men det har vært tilfeller hvor jeg har sagt til pasienten at om du ikke har tillit til meg, er det helt greit. Da må vi utsette operasjonen litt, fordi akkurat nå er det kun jeg som gjør dette. Vi må ha en gjensidig tillit. Men det er vel ikke nødvendigvis sånn at man alltid får det. Det er ikke sikkert pasienten alltid har tillit, kanskje de later litt som, de også.

– Hvordan synes du det er å formidle risiko?

– Vanskelig. Hvis de spør spesifikt, svarer jeg at man ikke kan gi garantier. Imidlertid opererer jeg bare der jeg tenker at det vil gå bra. Jeg ville aldri anbefale operasjon hvis jeg ikke tror på det. Det formidler jeg til pasienten. Etter samtalen sier jeg: *Vi ses i morgen, eller hvis du sover, så ses vi i overmorgen*. Slik uttrykker jeg at jeg regner med at inngrepet kommer til å bli vellykket, uten at jeg sier: *Dette kommer til å gå bra*. For det er vanskelig, det er noe jeg ikke kan love. Overlevelseshraten er forskjellig for ulike operasjoner, men stort sett ligger mortaliteten ved elektive operasjoner på 1 – 2 %.

– Har du samtaler med de pårørende?

– Ja, jeg snakker med dem hvis de er med. Da treffer jeg dem alltid sammen med pasienten. Det er nesten like viktig at de pårørende informeres. Hvis pasienten får slag, er det de som sitter igjen med en slagpasient. De må også vite om risiko. Det kan være vanskelig å forklare hvorfor vi i noen tilfeller fraråder kirurgi. Da spør de: *Hvorfor ikke, jeg har jo sykdommen, hvordan skal jeg leve med dette?* Da sier jeg at det ikke finnes noen fasit, men at vi tilbyr det vi tenker er det beste for deg. Vi tror risikoen er for høy og at du kan ha det bedre hvis du ikke opereres. De samtalerne er vanskeligere enn når vi kan tilby operasjon. Man må alltid ta med pasientens syn inn i vurderingen. Noen vil jo ikke opereres, selv om vi anbefaler det. Det må vi forstå og godta.

Uredd, lettrørt og lattermild

– Hva er du mest redd for som lege?

– Kollegene kanskje, ler Beate spøkefullt. – Frykten er å skade noen der jobben er å hjelpe. Men jeg er ikke så mye redd. Hvis jeg hadde vært det, kunne jeg ikke hatt denne jobben. Jeg kan kjenne på frykt noen ganger når jeg står og opererer hvis de er kritisk syke. Da kan jeg tenke at dette kan gå rett vest. Man tenker jo ikke slik når man starter operasjonen. Når de kommer akutt inn, vil man få det til. Hvis de kommer levende ut og ikke dør på bordet, har de en sjanse til å klare seg. I begynnelsen av karrieren følte det hele skummelt. Det har endret seg med årene. Jeg har vært mye stresset på vakt, en sånn hektisk frykt, spesielt under utdanningen. Den har jeg ikke lenger. Jeg er jo på et sykehus hvor det er mange flinke folk hele tiden. Når det skjer noe, er det jo på

et blunk en million mennesker der, man står ikke alene. Vi har så mange ressurser, og det er fint å være del av et system. Det er noe helt annet enn å jobbe i periferien. Det er nok skumlere.

– Hvordan oppleves det å overbringe dårlige nyheter til pårørende?

– Det er blitt en del av jobben. Man venner seg aldri til det, men man får rutine på det etter hvert. Det er jo noe vi har lært helt siden turnustjenesten. Man blir på en måte litt hardhudet gjennom all erfaring og alle menneskeskjebnene. Det er aldri morsomt å snakke med de pårørende i tilfeller hvor det har gått dårlig. Det er tungt. Jeg har stått sammen med pårørende når vi avslutter behandlingen på en pasient, det er klart man blir berørt av det. Det er ofte jeg må blunke litt ekstra.

– Hvordan takler du feil?

– Av og til gjør man feil – det skjer jo – og da må man fortelle det. Det verste er hvis man gjør en direkte feil. Når det gjelder uhell, tenker jeg på hva pappa alltid har sagt, som jeg er oppdratt med: Hvis man gjør feil, må man i hvert fall erkjenne det og gjøre noe med det. Og så må man være ærlig. Det prøver jeg å etterleve. Det å være rett frem med pasientene og si at her gjorde vi en feil, unnskyld, rett og slett.

– Tar du med deg jobben hjem?

– Barna sier at vi snakker mye medisin hjemme. Det er også fordi mannen min er lege. Det hender at jeg ringer til sykehuset hjemmefra for å høre hvordan det går, gi noen beskjeder, følge opp postoperativt og fortsetter jobben litt hjemmefra. Men det er ikke sånn at jeg ikke får sove. Det er stor støtte i en ektemann som umiddelbart forstår hva det handler om.

– Da du ble spurt om å bli intervjuet, sa du: *Ja, greit, men ikke noe kvinnefokus*. Hvorfor sa du det?

– Jeg liker ikke sånn: *Oi, på tross av at hun er kvinne har hun kommet så langt*. Hvorfor skulle jeg ikke klare det fordi jeg er kvinne? Det er fullstendig irrelevant. Jeg kan de tingene jeg kan, og det er bra nok. Jeg har vokst opp i et kjønnsnøytralt, eller kanskje litt maskulint hjem.

Beate ler litt.

– Jeg lærte å mekke bil, kjøre, skifte hjul – alle praktiske ting. Jeg var en pappajente, men jeg har vært like mye sammen med mamma. Kanskje var jeg en pappajente fordi jeg likte de tingene han gjorde, og fordi jeg er litt lik ham som person.

– Hva annet liker du enn å operere?

– Det jeg liker aller best, er å være sammen med familien. Så liker jeg å lage mat. Det er min måte å koble ut på, fordype meg i en oppskrift. Nylig kjøpte jeg motorsykkel. Det har lenge vært min store drøm. Jeg liker jo litt fart og spenning.

Publisert: 4. september 2017. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0520
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 18. juni 2026.