

Sykdomsprestisje

Dag Album og Eivind Engebretsen

Det har lenge vært kjent at noen sykdommer er mindre ansett enn andre. Det mest kjente begrepet i forskningen som har vist dette, er stigma. Erving Goffman (1963) introduserte det. Riktignok skrev ikke Goffman bare om sykdommer. Han tok for seg et mangfold av kjennetegn ved mennesker som kunne være diskrediterende. Men sykdom ble kort tid etter (Gussow og Tracy 1968) gjenstand for stigmaanalyser, og det finnes nå analyser om stigmatisering av et stort antall sykdommer og særlig av mennesker som lider av dem. Det store flertallet av stigmaundersøkelser av sykdom analyserer enkeltsykdommer og hvordan det er å leve med dem. Det finnes også forskningstradisjoner som tar for seg forskjeller i vurderinger av ulike former for medisin. Charles Perrow (1961) viste at ulike aktiviteter i sykehus ble vurdert forskjellig. Han fant at noen roller og aktiviteter ble mer verdsatt enn andre og at forskjeller i prestisje hadde betydning for hvordan mål ble definert og for hvilke fremgangsmåter som ble tatt i bruk for å nå målene (Perrow 1961). En studie Dag Album (1990) gjorde av behandlingsformer i psykiatriske sykehus peker på noe tilsvarende. Album viser at prestisje har betydning for valg av terapeutisk metode og at sykehusets avdelinger er prestisjerangert ut fra behandlingen de tilbyr. En tredje type forskning om uformell sosial ulikhet i medisinske vurderinger retter seg mot forskjeller i medisinsk innsats knyttet til pasienters plassering i den sosiale lagdelingen (Roth 1972, Vassy 2001).

Vi må også trekke fram den ansatsen til sosial klassifisering av sykdommer som Eliot Freidson (1970) kom med i hovedverket sitt, *Profession of Medicine*. Her bygget han bl.a. på stigmabegrepet til Goffman. Men han viste også til Talcott Parsons (1951), den sosiologen som gjorde samfunnsvitenskapene oppmerksom på at sykdom innebærer en sosial klassifisering. Parsons innførte begrepet sykerolle. Den som er anerkjent som

syk av en lege, kan legitimt trekke seg tilbake fra sine vanlige rolleforpliktelser. Det var nettopp legitimitet Freidson brukte som kriterium i tillegg til stigma i sin klassifisering. I tillegg kom alvorsgrad. Endelig bør det nevnes at det er lenge siden samfunnsforskere første gang klassifiserte medisinske spesialiteter etter deres prestisje (Shortell 1974, Hinze 1999, Nørredam og Album 2007). Det skjedde etter modell av målinger av yrkesprestisje (Treiman 1977).

Begrepet sykdomsprestisje

Denne artikkelen skal handle om en annen tilnærming til forståelse og analyse av forskjeller i uformell vurdering av tilstander, aktiviteter og roller innen medisin. Hovedbegrepet i vår tilnærming er sykdomsprestisje. Som navnet forteller, bruker også denne yrkesprestisje som modell. Men enheten som rangeres, er en annen. Medisinske spesialiteter har mye til felles med yrker. Sykdom er et begrep av et annet slag. Det viser til en medisinsk definert tilstand. I praktisk bruk er sykdom også diagnostiserings- og behandlingsaktiviteter, og det er en hovedenhet i utdanning, forskning, organisering, finansiering og prioritering. Tross dette bruksmangfoldet er det uansett sykdom som medisinsk begrep vi forholder oss til. Vi er interessert i det som på engelsk kalles 'disease', ikke 'illness'.

Undersøkelsene av sykdomsprestisje er analyser av medisinsk kultur, medisinsk kunnskap. Våre analyser har inntil nå ikke gått inn på medisinens sykdomsforståelse i biologisk forstand. Som det går fram her, er det mer et institusjonelt medisinsk sykdomsbegrep vi har forholdt oss til. Det vil komme fram mot slutten av artikkelen at vi ønsker gå videre til en sosial-konstruksjonistisk analyse av hvordan det som er blir kalt eller kvalifiserer som biologisk er forhandlet fram sosialt (se for eksempel Conrad og Barker 2010).

Vår tilnærming skiller seg fra den som preger stig-

matradisjonen, siden den siste gjennomgående er sterkt opptatt av hvordan de syke blir vurdert. En annen viktig forskjell er at prestisjebegrepet favner alle diagnoser, fra topp til bunn. Alle tilstander er gjenstand for vurdering, ikke bare de minst ansette. Den av forgjengerne vi har mest til felles med, er derfor Freidson, som ved å påpeke at sosial klassifisering av sykdommer er styrt av legitimitet, stigma og alvorlighetsgrad la grunnlag for å analysere sykdommers prestisje fra topp til bunn. Prestisjebegrepet har sin opprinnelse i Max Webers (1971) begrep stand. På engelsk kalles det status. Begrepet viser til hvordan mennesker blir vurdert på grunnlag av sin livsførsel. Det er altså et annet ulikhetsbegrep enn makt og rikdom. Vurderingen etter livsførsel forutsetter en bred enighet om hva som er fint og mindre fint. Slike enigheter kan ikke begrunnes. De er bare som de er. Kraften i rangeringen ligger i konsensus.

Ved å knytte prestisjebegrepet til en kategori som sykdom gjorde vi et ganske stort sprang. Fra Max Webers tid hadde prestisje vært brukt om individer eller sosiale grupper. Selv om begrepet var tatt i bruk om yrker, var det fortsatt i prinsippet mennesker som ble rangert, yrkesinnehaverne. Ved dette spranget ble prestisje klarere et kunnskapssosiologisk begrep, et begrep som kan vise til verdsetting av abstrakte kategorier. Prestisjebegrepet inngår i en forståelse av klassifisering som er annerledes enn den klassisk aristoteliske som vi bl.a. finner i Carl von Linnés systemer. Det viser til en klassifiseringsforståelse som er platonisk, en vi blant annet finner omtalt i et av arbeidene til George Lakoff (1987), der klassene i et klassifiseringssystem ikke er side-, men rangordnet.

En annen og beslektet side ved forståelsen av prestisje er at vi ser den som analytisk løsrevet fra autoritet, slik også Max Weber gjorde da han lanserte disse begrepene. Det gjør at forståelsen vår blir annerledes enn forståelsen til Pierre Bourdieus i hans begrep symbolsk kapital (Bourdieu 1996). Det begrepet er ellers tydelig inspirert av Max Webers arbeider.

I det som følger, skal vi først fortelle hvordan ideen om begrepet sykdomsprestisje oppstod. Så følger noe om undersøkelsene som er gjennomført fram til nå, og hvilke resultater de har gitt. Siste del vil bli viet de undersøkelsene som er planlagt framover.

Begrepet sykdomsprestisje ble til

Begrepet sykdomsprestisje ble unnfanget da en av oss, Dag Album, arbeidet på et universitetsinstitutt som drev videreutdanning av helsepersonell, særlig leger. Studentene hadde lang erfaring med medisinsk arbeid. Der og da hadde de permisjon fra sitt vanlige arbeid, de var under omstendigheter som lå til rette for organisert og spontan refleksjon og samtale om arbeidet de utførte til daglig. I pausene ble det ofte snakk om erfaringer med medisinsk virksomhet og tenkning. Siden de kom fra forskjellige helseinstitusjoner og representerte ulike spesialiteter, måtte de også sette ord på en del av det ellers helt selvfølgelige for å gjøre seg forståelig for kollegene.

Innimellom antydet snakket at de så noen sykdommer som finere enn andre, høyere ansett. Tilsvarende var andre åpenbart lavt ansett. For sosiologen som satt sammen med dem, kunne det høres ut som de snakket om ulikheter i prestisje. Så observasjonen av snakket gikk over i spørsmål av typen: "Hvilken er finest av lårhalsbrudd og blindtarmbetennelse?" Svaret kom unisont. Det var den siste. Det kom aldri fram tvil eller uenighet i svarene på sånne spørsmål.

Åpenbart var det ganske underholdende for legene der å snakke om dette. De svarte i alle fall med iver. Selv om de hele tida var enige, var de likevel litt overrasket over at de var det. De syntes det var interessant. De lo en del. De lo på to noe forskjellige måter. Den ene måten kunne tolkes som om de var opprømte over erkjennelsene og fellesskapet. Den andre var noe mer nervøs og antydet betenkelighet, kanskje over at denne ulikheten fantes, men trolig enda mer fordi dette vurderingssystemet ble snakket høyt om.

Det er viktig å framheve dette. Prestisjeforskjellene er kjent kunnskap for alle innen den medisinske verden. Men den kunnskapen finnes, den omtales, bare i uformelle sammenhenger og der også oftere indirekte enn direkte. Dette innebærer at den ikke kan gjøres relevant i offisielle fora. Prestisjeforskjellene er illegitime. De støter mot viktige etiske prinsipper om likhet og likebehandling. Så deltakerne har ikke bare kunnskaper om ulikheter i vurdering. De har også kunnskaper om når disse kunnskapene kan omtales, og når de ikke kan det.

Forskeren gjorde uformelt pauseromssnakk til et sosiologisk begrep ved å trekke inn yrkesprestisje som analogi og modell. En annen forsker kunne dratt snak-

ket i en annen retning, for eksempel inn i stigmatradisjonen. Det lå ikke i snakket at det måtte bli prestisje, selv om alle deltakerne lett kunne vurdere sykdommer av alle slag, ikke bare de laveste.

I ettertid kan vi omtale pauseromssnakket som et fokusgruppeintervju der det – i alle fall i begynnelsen – ikke var med noen moderator. Gruppen var selvdreven. Ingen tenkte på dette som datainnsamling da det foregikk. Ingen tenkte på det som forskning. Det var koplingen til prestisjebegrepet som gjorde at samtalen gikk fra hyggelig fagprat til del av en undersøkelse.

Spørreskjemaundersøkelser

De uformelle fokusgruppesamtalene ble fulgt av en del – også ganske uformelle – intervjuer med enkeltleger. Disse ga opplæring i medisinsk kulturkunnskap, lærdommer om felles vurderinger av sykdommer. De ga også innsikt i hva leger som hadde reflektert mer over fagets virksomhet og vurderinger enn de fleste, så som forklaringer på prestisjeforskjellene.

Men vi hadde ikke belegg for at denne kunnskapen var utbredt, og at enigheten var så stor som de uformelle samtalene tydet på. Vi hadde heller ikke grunnlag for å sette opp en rangert liste over sykdommer som viste på en spesifisert måte hvordan de ble rangert i forhold til hverandre. I tillegg var det usikkert under hvilke omstendigheter leger ville ytre seg om denne kunnskapen. Det var kommet tydelig fram at snakk om forskjeller i anseelsesrang mellom sykdommer var noe som hørte til i uformelle sammenhenger. Var det innenfor grensen å svare på et spørreskjema?

Yrkesprestisjetradisjonen bringer i tillegg til begrepet også med seg metoder å bruke til å undersøke rangen til enhetene, vanligvis yrker, her sykdommer. En vanlig metode er å bruke spørreskjema. Det innebærer å ta et sett av enheter og be et utvalg respondenter om å rangere hver av disse enhetene på en skala. Men ville leger svare på et slikt skjema? Ville den uformelle tilhørigheten til denne kunnskapen gjøre at de ville nekte?

De samme legene som hadde bidratt med tolkninger, hjalp til med å velge 38 sykdommer som kunne inngå i et slikt skjema. Vi søkte å få til variasjon mht organlokalisering, om sykdommen var akutt eller kronisk, helbredelig, dødelig, hva slags spesialiteter som normalt behandlet den og hvilket kjønn og hvilken alder de syke typisk hadde. Utvalget av respondenter var

preget av leger med omfattende erfaring. Vi ba dem om å rangere disse sykdommene en etter på en skala fra en til ni.

Spørsmålet vi stilte, gjaldt hvordan de mente helsepersonell flest ville rangere de 38 sykdommene. Prestisje gjelder jo felles rådende oppfatninger, ikke den enkeltes idiosynkratiske vurderinger. Om ikke det skulle være grunn nok til å spørre slik, finnes også en annen. Ved å spørre om den enkeltes holdninger, ville vi vekket de etiske betenkelighetene.

Svarprosenten ble høy. Undersøkelsen viste seg å ikke falle innenfor sonen for det formelle og forbudte. Svarmønsteret ble i tråd med det som var blitt sagt på pauserommet og i samtalene som fulgte. Da undersøkelsen ble publisert (Album 1991), vakte den stor oppmerksomhet både i allmenne media og i helsepolitiske sammenhenger. Reaksjonene viste at skillet mellom prestisje og prioritering ikke var tydelig for lesere flest. Resultatene vakte en god del forferdelse. Den ble lest som uttrykk for at leger ikke holdt seg til de etiske normene som gjaldt for dem. Album ble invitert med i et offentlig utvalg som skulle utrede prinsippene for prioritering i norsk helsetjeneste (Prioriteringsutvalget-II 1997). De som hadde vært involvert i arbeidet med undersøkelsen, var preget av en distansert nysgjerrig forskerholdning. Vi mente vi hadde funnet noe interessant. Vi verken kunne eller ville delta i den helsepolitiske indignasjonen. Det kom ingen respons som kunne hjelpe oss med å forstå mer av disse uformelle vurderingene, hvordan de oppstod og ble opprettholdt, og hvilke virkninger de hadde på prioritering.

Ny spørreskjemaundersøkelse

Nysgjerrighet om graden av stabilitet i rangeringen, og om hvilke endringer som eventuelt oppstod over tid, gjorde at spørreskjemaundersøkelsen likevel ble gjentatt i 2001-2002, elleve år etter den første. For å få mest mulig sammenliknbare data brukte vi samme spørsmålsformulering og samme sett av sykdommer som første gang. Ved en feil ble radiologi lagt til spesialitetene. En del av respondentutvalget var det samme. Men vi hadde også mange nye leger med, og vi hadde et større utvalg av legestudenter enn første gang. Det helt overordnede funnet var at svarene liknet svært mye på dem som ble gitt i første omgang. Likedan er svarene påfallende like på tvers av kjennetegn ved le-

gene som svarer. Det er noen forskjeller avhengig av hvilken spesialitet svarene hører til, likedan mellom ulike aldre. Men disse er små (Album & Westin 2008). Studenter som snart er ferdige leger, svarer ganske likt de etablerte legene, de som er tidlig i studiet, gir mer vilkårlige svar – de er ikke ferdig sosialisert.

Vesentlige funn

Det ser ut til at mønsteret i prestisjehierarkiet kan gjøres forståelig ved å trekke inn tre eller kanskje fire typer kjennetegn. Dette er kjennetegn ved sykdommen i seg selv, ved den typiske behandlingen og ved den typiske pasienten. Leger ved universitetssykehus legger gjerne til et fjerde: omfanget og arten av forskning om sykdommen.

Når det gjelder det første, betyr det mye hvilket organ sykdommen er lokalisert i. Sykdommer høyt oppe i kroppen, og særlig sykdommer i hjernen, hjertet og blodet, har høy prestisje. De som er lengre ned i kroppen, rangerer lavere, og de som ikke kan knyttes til et bestemt organ, kommer enda lavere. Hjernesvulst, hjerteinfarkt og leukemi er høyt rangerte, psykiske lidelser er lavt. Videre skårer sykdommer som inntreffer brått, høyere enn dem som kommer sakte. Kroniske lidelser kommer lavt i hierarkiet. Akutt dødelige sykdommer har forholdsvis høy prestisje. Uten såkalt objektive diagnostiske tegn vil en tilstand komme lavt i rang. Sykdommer som kan knyttes til helsefarlig og i tillegg lavt ansett atferd, gis lav prestisje. Skrumplever skårer lavt, og lungekreft kommer lengst ned av kreftsykdommene. Men det finnes også sykdommer og skader som har årsaker som den syke kan hevdes å ha ansvar for, som er høyt ansett. Hjerteinfarkt står seg godt, det samme gjør følger av sports- og trafikkuulykker.

Når det gjelder den typiske behandlingen, får sykdommer som blir møtt med aktive og raske medisinske tiltak, høy prestisje. Bruk av moderne teknologi virker også positivt på vurderingen. Enten utfallet av en sykdom er død eller helbredelse, har sykdommer med en kortvarig dramatisk historie høy prestisje. Men helbredelse som kan knyttes til behandling, gir et særlig løft. Når testikkelkreft skårer høyere enn kreft i livmorhalsen, kan det ha med behandlingseffektivitet å gjøre. En annen mulighet er at det er den sykes kjønn som virker på prestisjen.

For det tredje har altså kjennetegn ved den typiske

pasienten betydning for sykdommens prestisje. De som særlig rammer eldre mennesker, finnes ikke i de øvre delene av prestisjehierarkiet. Fibromyalgi er et eksempel på en sykdom som bryter med flere av kriteriene for høy rangering. At den typiske syke er en kvinne, kan være et av dem. Men fibromyalgi er også en lidelse der den sykes ramme for forståelse av tilstanden gjennomgående er ganske forskjellig fra legens. Enkelte kroniske lidelser fører til store smerter, endringer i utseende, hjelpeløshet eller andre byrder. Muligens fordi det er ubehagelig å bli konfrontert med egen tilkortkommenhet og andres lidelse, får slike tilstander lave prestisjeskårer.

Det fjerde kjennetegnet ved sykdommen som kan berøre prestisjen, er altså særlig fremme i oppmerksomheten til helsepersonell som er nær forskningsaktiviteter. En sykdom som er forskningsaktuell og gir grunnlag for publikasjoner, blir høyt ansett. Det vil jo gjerne skje når det noe nytt i forståelsen av sykdommen, eller det foregår innovasjon i diagnostisk virksomhet eller behandling.

Andre bølge – prioritering og rotasjon

Hittil i artikkelen har vi beskrevet analyser av sykdomsprestisje som allerede er gjennomført. Det gjaldt perioden der begrepet sykdomsprestisje kom til, og det gjelder de to spørreskjemaundersøkelsene. Vi var oppatt av å beskrive sykdomsrangeringen. Vi prøvde også å finne kjennetegn ved sykdommene som kunne gjøre rangeringen forståelig. Dette innebar av vi tok sykdommene for gitt. Vi tok også eksistensen av rangeringen for gitt. Som allerede nevnt, ble funnene våre trukket inn i en helsepolitisk sammenheng. De ble forstått som funn som gjaldt prioritering, som uttrykk for hva leger foretrekker å arbeide med. Men det var ikke det vi hadde undersøkt. Det er nå satt i gang en ny bølge av undersøkelser om sykdomsprestisje. Disse forholder seg til to sett av spørsmål som vi antydte i avsnittet over. Det første av dem gjelder hvordan vi har forstått sykdom og særlig forbindelsen mellom sykdom og prestisje. Vi ønsker å overskride ideen om at kjennetegn ved gitte sykdommer bestemmer deres prestisje.

Nå ønsker vi å forholde oss til sykdom på en mer eksplisitt konstruksjonistisk måte og åpne for at prestisje kan være med i konstituering av sykdommer. Et premiss for studiet av sykdommers prestisje er at me-

disinsk forståtte sykdommer, eller diagnoser, ikke er avspeilinger av ren natur, men forhandles fram under sosiale omstendigheter. Vi ønsker å belyse implikasjonene av et slikt premiss ved å utfordre forestillingen om at sykdommen er det faste punktet i relasjonen mellom sykdom og prestisje. Sykdommen er ikke en opprinnelig eller naturlig tilstand som tilskrives ulik prestisje gjennom sosiale prosesser. Sykdommer blir til gjennom sosiale prosesser der verdsetting og rangordning er en medskapende faktor. I slekt med dette er vi også opptatt av hvordan sykdomsprestisjen opprettholdes og endres i medisinsk kultur.

Det andre settet av spørsmål gjelder forholdet mellom prestisje og prioritering. Vi deler ikke påstandene eller antakelsene om at prioritering er det samme som eller av prestisje. På den annen side regner vi det som svært sannsynlig at det er forbindelseslinjer. Vi vil analysere hva slags linjer det kan være. Hittil har arbeidet med begge mest vært teoretisk. Det gjelder også det kunnskapssosiologiske vi nevnte tidligere, hvordan vi skal forstå ladning innebygget i kunnskap og klassifisering. Dette er noe som berører begge disse forskningsområdene. Vi vil si noe om begge.

Prestisje og prioritering

I løpet av de siste par tiårene er det kommet fram sterke helsepolitiske bekymringer for utgiftene til helsetjenesten. Utviklingen av medisinsk vitenskap og teknologi gjør det mulig å diagnostisere og behandle flere sykdommer enn før, og ikke minst å gjøre mer med sykdommer som også har vært behandlet tidligere. Befolkningens forventninger til medisinen er større. Dette innebærer større utgifter. Dessuten blir befolkningen eldre. Det innebærer at det blir flere syke. Selv det rike norske samfunnet kan kanskje ikke fortsette å gjøre nær alt som er medisinsk mulig og forventet.

Derfor er det satt i gang prioriteringsutredninger i de fleste vestlige land, Norge inkludert (Prioriteringsutvalget-I, 1987; Prioriteringsutvalget-II, 1997). Innstillingen fra det første utvalget sa at sykdommens alvorgrad burde være avgjørende for prioritering. Det andre utvalget la til at behandlingens nytte og behandlingens nytt i forhold til utgiftene ved den, burde avgjøre prioriteringen i tillegg til alvorgraden. Den siste er altså mer preget av helseøkonomi. Begge formulerer kriterier for hva som skal prioriteres høyt og mindre høyt. Disse kri-

teriene blir så operasjonalisert for virksomheten innen medisinske spesialiteter.

Dette er hva vi kan kalle formell prioritering. Den retter seg mot flere nivåer, ofte benevnt som makro-, meso- og mikro-. Makronivået gjelder helsevesenet i stort. Mesonivået er enkelt sagt helsevesenets organisasjoner, for eksempel sykehus. Mikronivåprioritering skjer innad i helsevesenets enheter og vil kunne gjelde rekkefølger på og ventetider for behandling samt typen og omfanget av behandling.

Forskningen som gjelder prioritering, er dominert av analyser av formell prioritering. Det meste av den er rene normative analyser som drøfter hvordan praktiske prioriteringsregler kan begrunnes etisk. Men i det siste er det også kommet en del empiriske undersøkelser av prioritering i praksis. Også disse er preget av sterk normativ interesse. Ifølge en oversiktsartikkel av Alexander Kon (2006) som riktignok mest gjelder mikronivået, er de fleste empirisk orienterte artiklene rent beskrivende. De forteller om "lay of the land", først og fremst basert på intervju med helsepersonell. I tillegg er det noen som sammenlikner idealer og realiteter.

Det er altså sparsomt med empiriske undersøkelser av prioritering i praksis. All forskning gjelder formelt erklært prioritering, enda reaksjonene på våre undersøkelser av prestisje viser at det er vanlig å tro at det foregår prioritering som ikke har bakgrunn i formelle vedtak. Vi har tro på den organisasjonssosiologiske distinksjonen mellom formell og uformell. Det formelle og det uformelle er to analytisk ulike aspekter ved organisasjoner (se bl.a. Deephouse og Suchman 2008). Ingen organisasjoner drives helt i tråd med de offentlig erklærte retningslinjene for dem. Prestisjerangeringen av sykdommer er en del av den uformelle organisasjonen i helsevesenet. Den kan da også bare omtales i uformelle sammenhenger. Det er utenkelig at høy prestisje til en sykdom kan brukes som offentlig argument for ressurstildeling. Lav prestisje kan det. Da må argumentasjonen være at dette er en sykdom som ikke vinner fram automatisk – slik andre gjør.

Det er vanskeligere å snakke om sykdommers prestisje i et sykehus enn det er å snakke om forskjeller i prestisje mellom ulike for eksempel ulike typer journalistarbeid. Det gjør ikke så mye at det er finere å skrive utenrikskommentarer enn sportsreportasjer. Det er mer problematisk at meniskruptur er finere enn lårhals-

brudd. Det siste berører etiske standarder, mens det første i høyden kan kalles litt urettferdig. At en sykdoms høye prestisje ikke kan inngå i en argumentasjon for et gode, betyr selvsagt ikke at den ikke kan bety noe. Prestisjen kan f.eks. farge oppfatningen av effektiviteten til behandlingen. Vi kan ha å gjøre med en symbolsk effektivitet (Levi-Strauss 1968; Le Breton 1991).

Sykdom og prestisje – et rotasjonsforhold?

Det andre forskningsområdet vi ønsker å fordype oss i er mer teoretisk. Som nevnt ønsker vi å overskride ideen om at kjennetegn ved gitte sykdommer bestemmer deres prestisje. Vi vil også snu på relasjonen og utforske hvordan prestisje og verdsetting har betydning for konstituering og bruk av diagnostiske merkelapper. Med andre ord vil vi undersøke hvordan prestisje og sykdom er gjensidig konstituerende fenomener. Selv et overflatisk historisk tilbakeblikk viser at diagnoser ikke er stabile, men stadig skiftende. Siden opprettelsen av *The Bertillion Classification*, eller Den internasjonale listen over dødsårsaker, i 1893 har den offisielle klassifikasjonen av sykdomstilstander (nå kjent som ICD) gjennomgått mange endringer. Stadig nye benevelser har kommet til, andre har forsvunnet ut og sykdomskjennetegn er gruppert på nye måter. Dette reiser spørsmålet om hvilken rolle prestisje og verddivurderinger spiller for hvilke sykdommer som vinner frem i klassifikasjonskampen.

Et interessant case er fremveksten av diagnosen fibromyalgi (Mengshoel 2005). Mye av diskusjonen om diagnosen har dreid seg om antall vonde punkter på kroppen. Når spørsmålet om punktene er blitt så viktig, kan det sees som uttrykk for at objektive og tellbare sykdomskriterier har større prestisje enn andre sykdomsmarkører. Enighet om punktene har derfor vært avgjørende for at fibromyalgi skulle få anerkjennelse som diagnose. Det er verdsettingen av bestemte sykdomsmarkører som bestemmer fastsettingen av sykdommen. Sykdomskjennetegnene er altså ikke naturlig gitt og bestemmende for prestisjen. Tvert i mot er prestisjen avgjørende for hvordan sykdomskjennetegnene bestemmes.

For å sette ord på dette gjensidige avhengighetsforholdet mellom prestisje og sykdom henter vi også begreper utenfor prestisjeteorien. En av de teoretiske inspirasjonskildene er den klassiske retorikkens eksem-

pelteori. Eksempelet er en figur som styres av to ulike ordensprinsipper: Det er unikt og det er ett av mange, det er eksemplarisk og eksemplar. Det første prinsippet er platonisk ved at det dreier seg om en vertikal orden der tilfellet speiler et mønster eller en ide. Det andre prinsippet er aristotelisk ved at tilfellene ordnes i et horisontalt system av klasser (Gelley 1995). To faktorer gjør altså eksempelet til eksempel: Det inngår i en rekke og det har rang. En sykdom kan sies å konstitueres etter et liknende dobbelt ordensprinsipp. Den er en av mange tilfeller, men noe ved den er også unikt eller samsvarer med et mønster. Et tilfelle av fibromyalgi kan gjenkjennes som ett av mange tilfeller, men speiler samtidig et mønster eller en modell bestående av et sett med kriterier (de nevnte smertepunktene).

Poenget med denne tenkemåten er at det er umulig å ordne noe i rekke uten samtidig å ordne det etter rang. Tilfeller av fibromyalgi kan bare ordnes horisontalt i klasser ved at de ordnes hierarkisk (dvs. i hvilken grad de samsvarer med et mønster). Å stadfeste at noe er en sykdom innebærer å verdsette i forhold til et ideal eller en standard. Ut fra denne tenkemåten blir prestisje eller verdsetting derfor en nødvendig del av enhver klassifisering.

Avslutning

Forskjellene i prestisje mellom sykdommer er godt dokumentert i norske undersøkelser. Det er sannsynlig at de er av samme karakter i andre nord-vestlige land. Prestisjehierarkiet ser også ut til å være ganske stabilt. Dette gjelder alle nivå, ikke bare det laveste. Denne rangordningen må derfor sies å være et solid kjennetegn ved medisinsk kultur, en enighet om vurdering av tilstander og aktiviteter som er en selvfølgelig side ved helsevesenets virksomhet.

Det er ingen grunn til å tro at slike forskjeller er spesielt for medisin. Trolig er alle arbeidsorganisasjoner, uformelle sosiale grupper likedan, preget av mer eller mindre åpent omtalte forskjeller hva gjelder verdien som assosieres med tilstander og aktiviteter. Vi tror det er fruktbart å operere med analytiske begrep som åpner for å oppdage dette. Det er dette vi gjør når vi framhever at den aristoteliske horisontale forståelsen av klassifisering med fordel kan vike plassen for en forståelse der klassifisering sees som vertikal ordning. Kunnskapssosiologisk er skillet mellom disse to viktig.

Ulikhetene i verdsetting støter mot etiske prinsipper om likhet og likebehandling. Prestisjerangeringen hører til de uformelle sidene ved medisinsk tenkning og organisasjon. Den kan ikke omtales som annet enn et problem i offisielle fora. Høy prestisje kan aldri brukes som et argument for tildeling av andre goder, f.eks. materielle. Dette mønsteret i verdsetting kan likevel virke ved at visse lidelser sees i et annet lys enn andre.

Dobbeltheten i kunnskapen om sykdomsprestisje som både velkjent og hemmelig avhengig av kontekst betyr noe for hvordan den kan undersøkes. Den er lett å snakke om i situasjoner der den kanskje ikke produseres og virker. I den fasen av undersøkelser vi er i nå, er det nettopp det vi prøver å finne ut av. Vi har valgt analyser av tekster og deltakende observasjon i helseinstitusjoner som våre fremste tilnærminger.

Dag Album

Professor, Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet Oslo

Eivind Engebretsen

Professor, Universitetet Oslo

Abstract

Disease prestige. Building on the concept of stigma, several studies have described how medical conditions are connected with shame and negative connotations that add to the burden of those who suffer from them. With the alternative concept disease prestige, the focus is moved from patients' experience of living with particular encumbering illnesses to how informal medical culture rank all types of diseases from the most highly regarded to the lowest. Studies of disease prestige have hitherto been concerned with measuring and explaining the prestige rank order. Recently, however, they have been moved in two other directions. The first one aims at analysing the connections between the prestige of diseases and their informal priorities. The second seeks – rather than taking the diseases as givens and study how their qualities affect prestige – to analyse how prestige interact with other qualities in the production and reproduction of disease categories.

Keywords

social inequality, sociology of diagnosis, medical culture, prestige

Referanser

- Album, D. 1990. Riktig stil – et grunnlag for organisasjoners prestisje. *Tidsskrift for samfunnsforskning* 31(3): 227-245.
- Album, D. 1991. Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje. *Nordisk Medicin*, 106(8-9): 232-236.
- Album, D. og S. Westin 2008. Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social Science & Medicine* 66(1): 182-188.
- Bourdieu, P. 1996. *Symbolsk makt*. Oslo: Pax
- Conrad, P. og K.K. Barker 2010. The social construction of illness: Key insights and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior* 51(S): 67-79
- Deephouse, D. L. og M. Suchman 2008. Legitimacy in Organizational Institutionalism. I *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism*, red. R. Greenwood, C. Oliver, R. Suddaby og K. Sahlin-Andersson red. London: Sage.
- Freidson, E. 1970. *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. New York: Dodd Mead & Co.
- Gelley, A. red. 1995. *Unruly Examples. On the Rhetoric of Exemplarity*. Stanford: Stanford University Press
- Goffman, E. 1963. *Stigma*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Gussow, Z. og G. S. Tracy. 1968. Status, Ideology and Adaptation to Stigmatised Illness: A Study of Leprosy. *Human Organization* 27(4): 316-324.
- Hinze, S.W. 1999. Gender and the body of medicine or at least some body parts: (Re)constructing the prestige hierarchy of medical specialties. *The Sociological Quarterly* 40(2): 217-239
- Kon, A. A. 2009. The Role of Empirical Research in Bioethics. *The American Journal of Bioethics* 9(6-7): 59-65.
- Lakoff, G. 1987. *Women, fire, and dangerous things: What categories reveal about the mind*. Chicago: University of Chicago Press.
- Le Breton, D. 1991. Symbolic effectiveness. *Diogenes*

- 39: 85-100.
- Lévi-Strauss, C. 1968. *Structural anthropology*. Harmondsworth: Penguin.
- Mengshoel, A.M. 2005. Å bli bedre av fibromyalgi - noen tanker rundt erfaringer fra forskning og praksis. *Fysioterapeuten*. 72 (2): 23- 26
- Nørredam, M. og D. Album 2007. Prestige and its significance for medical specialties and diseases. *Scandinavian Journal of Public Health* 35(6): 655-661.
- Parsons, T. 1951. *The social system*. New York, NY: The Free Press of Glencoe.
- Perrow, C. 1961. Organizational prestige: some functions and dysfunctions. *American Journal of Sociology* 66: 335-361.
- Prioriteringsutvalget-I 1987. *Prioritering i norsk helsevesen*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Prioriteringsutvalget-II 1997. *Prioritering på ny*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Roth, J.A. 1972. Some contingencies of moral evaluation and control of clients: the case of the hospital emergency service. *American Journal of Sociology* 77 (5): 839-856.
- Shortell, S.M. 1974. Occupational prestige differences within the medical and allied health professions. *Social Science & Medicine* 8(1): 1-9
- Treiman, D. J. 1977. *Occupational prestige in comparative perspective*. New York, NY: Academic Press.
- Vassy, Carine. 2001. Categorisation and micro-rationing: access to care in a French emergency department. *Sociology of Health and Illness* 23 (5): 615-632.
- Weber, M. 1971. *Makt og byråkrati*. Oslo: Gyldendal.