

«Det er ikke undere vi driver med»

Betydningen av hjernehinneblødningens fortelling for sykdommens og nevrokirurgiens prestisje

Lars E. F. Johannessen



Masteroppgave i sosiologi

Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi

UNIVERSITETET I OSLO

Juni 2013

«Det er ikke undere vi driver med»

- Betydningen av hjernehinneblødningens fortelling for sykdommens og nevrokirurgiens prestisje

© Lars Emil Fagernes Johannessen

2013

«Det er ikke undere vi driver med» – Betydningen av hjernehinneblødningens
fortelling for sykdommens og nevrokirurgiens prestisje

Lars Emil Fagernes Johannessen

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Oslo Kopisten AS

Hva er forskjellen på Gud og en nevrokirurg?

Gud er ikke nevrokirurg.

– Christer Mjåset

Sammendrag

Forskning viser at leger og annet helsepersonell rangerer sykdommer og spesialiteter i et prestisjehierarki. Dette betyr at sykdommer og spesialiteter forstås å ha ulik anseelse, og blir rangert som mer eller mindre «fine». Den mest prestisjefylte sykdommen er hjerteinfarkt, og den mest prestisjefylte spesialiteten er nevrokirurgi (Album og Westin 2008). Forskningen sier lite om forestillingene som muliggjør slik rangering, hvordan nye leger lærer prestisjehierarkiene, eller hvordan sykdommers og spesialiteters prestisje kan ses i sammenheng.

Denne undersøkelsen bøter på dette, ved å ta utgangspunkt i legers forestillinger om *hjernehinneblødning* (HHB), en sjelden og prestisjefylt form for hjerneslag. Sykdommen har blitt undersøkt med et feltarbeid i medisinstudiets nevrokirurgiundervisning, og undervisernes sykdomspresentasjon har blitt analysert med et fortellingsanalytisk rammeverk. Basert på dette gir undersøkelsen svar på (1) hva som kjennetegner hjernehinneblødningens fortelling, og hvordan fortellingen inngår i (2) sykdommens og (3) nevrokirurgiens prestisje.

Hjernehinneblødningens fortelling handler om en akutt og dødelig sykdom som nevrokirurgene er i stand til å helbrede. Fortellingen har ulike faser som pasienten går igjennom, og det er først ved ankomst til nevrokirurgisk avdeling at pasientens utsikter blir gode. Budskapet er at nevrokirurgene kan gjøre en livsomveltende forskjell for disse pasientene.

Hjernehinneblødningens prestisje forstås i sammenheng med sykdomsfortellingens *typiske* behandlerrolle, og at denne lar behandleren realisere høyt verdsatte mål i medisinen. HHB lar nevrokirurgene være *dramatiske og eksklusive livreddere*, der de på dramatisk vis redder liv som ingen andre kan redde.

Sykdomsfortellingen inngår også i nevrokirurgiens prestisje, ved å gi spesialiteten eksklusiv tilgang til sykdommens verdsatte behandlerrolle. Dette får særlig betydning ved at underviserne fremsetter HHB som en *metonymi* for nevrokirurgi, der sykdommen blir delen *som står for* spesialitetens helhet. Slik antyder de at nevrokirurgi kan forstås med utgangspunkt i sykdomsfortellingens livredning, dramatikk og eksklusivitet.

Undersøkelsen utgjør et mikrososiologisk og fortolkende bidrag til forskningen på medisinsk prestisje. Med sin etnografiske tilnærming skiller den seg fra tidligere prestisjeforskning, som ofte har basert seg på intervju- og spørreskjemaundersøkelser. Undersøkelsens funn ligger nærmere den praktisk-medisinske hverdagen, og dermed også nærmere hvordan prestisjens reproduseres gjennom medisinstudiet. Undersøkelsen demonstrerer også fruktbarheten av å forstå sykdommer som fortellinger, og prestisjen som innvevd i disse.

Takk til...

Dag Album, for eksemplarisk veiledning med stoisk ro. Dine kommentarer og innspill har, til tross for din fullstendig uleselige håndskrift, vært til uvurderlig hjelp. Jeg vil også takke for at jeg ble forespurt å delta i «prestisjeprosjektet», og for din formidable oppfølging etter jeg takket ja til dette. Jeg er både fascinert, imponert og beæret over tiden du har viet denne oppgaven.

Professoren, for å ha åpnet dørene til nevrokirurgisk avdeling for meg. Du skal også ha takk for å ha viet meg så mye av din tid, både underveis i og etter prosjektet. Prosjektet ville ikke vært mulig uten din hjelp.

Anne Krogstad, for grundig gjennomlesning og moralsk støtte i skrivefasen. Du skal også ha takk for at du alltid har tatt deg tid til å diskutere ideer og planer for dette og andre prosjekter.

Erik Rasmussen, for pedanteri av øverste hylle. Du har vært en storslagen opposent og kamerat – helt siden du «første skoledag» kom bærende med Merton-boka di. La oss håpe det gode samarbeidet kan fortsette etter mastergraden.

Marius Rohde Johannessen, for å ha lest gjennom oppgaven, og alt annet jeg har produsert på universitetet. Du har alltid vært en storebror jeg har kunnet – og ikke minst måttet – strekke meg etter, og jeg har hatt mye moro med vår broderlige konkurranse. Forhåpentligvis blir jeg snart både smartere og mer anerkjent enn deg, slik at jeg kan gjøre opp for meg ved å veilede dine arbeidere.

Marlene Persson, Ida Kjeøy og Erlend M. Aas, for at dere tok dere tid til å lese mine halvt-gyde utkast. Takk også til «prestisjeprosjektet» og kulturseminaret for gode kommentarer og konstruktiv kritikk.

Beatrice Irene Johannessen, for å ha holdt ut med meg. Det er ingen liten bragd. Du er fin, og du skal ha den største takken av dem alle.

Innhold

| | |
|---|-----------|
| KAPITTEL 1. INTRODUKSJON | 1 |
| 1.1. Sykdomsfortellinger og prestisje..... | 2 |
| 1.2. Prestisjens betydning..... | 3 |
| 1.3. Studiens struktur..... | 4 |
| KAPITTEL 2. SYKDOM, PRESTISJE OG FORTELLINGER | 6 |
| 2.1. Sosiologiske forståelser av sykdom | 6 |
| 2.1.1. Diagnosesosiologi..... | 7 |
| 2.2. Sykdomsprestisje..... | 9 |
| 2.2.1. Tidligere forskning på medisinsk prestisje | 9 |
| 2.2.2. Medisinske prestisjekriterier..... | 11 |
| 2.2.3. Prestisjeforskningens «sorte bokser»..... | 13 |
| 2.3. Prestisje som analytisk begrep | 14 |
| 2.3.1. Prestisjens ikke-materialitet..... | 14 |
| 2.3.2. Et intersubjektivt, relasjonelt, hierarkisk og verdsettende begrep | 15 |
| 2.4. Prestisje som innvevd i sykdomsfortellinger | 16 |
| 2.4.1. Fortellingens kjennetegn..... | 17 |
| 2.4.2. Feltarbeidsfortellinger..... | 19 |
| 2.5. Oppsummering | 20 |
| KAPITTEL 3. FELTARBEIDET | 21 |
| 3.1. Feltarbeid som metode | 21 |
| 3.1.1. Feltets avgrensning..... | 22 |
| 3.2. Gjennomføring | 24 |
| 3.2.1. Undervisningsøktene | 24 |
| 3.2.2. Informanter | 26 |
| 3.2.3. Deltagelse, observasjon og notater | 26 |
| 3.2.4. Feltsamtalene | 27 |
| 3.2.5. Nærhet og distanse..... | 28 |
| 3.3. Feltarbeiderens betydning | 29 |
| 3.3.1. Min påvirkning på feltet | 30 |
| 3.3.2. Feltrelasjoner | 30 |
| 3.4. Etikk | 32 |
| 3.4.1. NSD og REK | 32 |
| 3.4.2. Informert og fritt samtykke..... | 32 |
| 3.4.3. Konfidensialitet | 33 |
| 3.5. Analysene | 34 |
| 3.5.1. Tolkning og kvalitet..... | 36 |
| 3.5.2. Verdsettingens situasjonsbetingelser | 37 |
| 3.6. Oppsummering | 39 |

| | |
|---|------------|
| KAPITTEL 4. EN FORTELLING OM LIV OG DØD..... | 41 |
| 4.1. Første fase: aneurismeruptur | 41 |
| 4.2. Andre fase: diagnostisering | 42 |
| 4.3. Tredje fase: behandling | 44 |
| 4.3.1. Hurtig | 45 |
| 4.3.2. Høyteknologisk | 46 |
| 4.3.3. Objektiv | 47 |
| 4.3.4. Risikofyllt | 49 |
| 4.4. Fjerde fase: postoperativt | 50 |
| 4.5. Femte fase: normaltillstand | 51 |
| 4.5.1. Takknemlige pasienter | 52 |
| 4.6. Hjernehinneblødningens fortelling..... | 53 |
| KAPITTEL 5. DEN DRAMATISKE OG EKSKLUSIVE LIVREDDERROLLEN | 56 |
| 5.1. Lar behandlerne redde liv | 56 |
| 5.2. Lar behandlerne redde liv på en dramatisk måte..... | 58 |
| 5.2.1. Overskridende og spennende inngrep..... | 59 |
| 5.3. Lar behandlerne redde liv som ingen andre kan redde..... | 63 |
| 5.3.1. En «mirakelmaksimerende» sykdom..... | 64 |
| 5.3.2. Man kan lære seg å utføre «undere» | 68 |
| 5.3.3. «Det messianske oppdraget» | 69 |
| 5.4. Hjernehinneblødningens prestisje | 70 |
| KAPITTEL 6. SYKDOM SOM METONYMI..... | 73 |
| 6.1. Sykdomsdelen som står for spesialitetens helhet | 73 |
| 6.1.1. En metonymisk prestisjemarkør | 74 |
| 6.1.2. Sjelden og eksklusiv | 76 |
| 6.1.3. En eksemplarisk nevrokirurgisk sykdom..... | 77 |
| 6.2. Annen sykdom, samme spesialitet | 78 |
| 6.3. Samme sykdom, annen spesialitet..... | 79 |
| 6.4. Nevrokirurgiens prestisje | 82 |
| KAPITTEL 7. AVSLUTNING..... | 84 |
| 7.1. Sykdomsfortellingen og prestisje | 84 |
| 7.1.1. Prestisjens reproduksjon | 85 |
| 7.2. Studiens bidrag | 87 |
| 7.2.1. Metodologiske implikasjoner | 88 |
| 7.3. Veien videre | 90 |
| LITTERATUR | 92 |
| VEDLEGG | 102 |

Kapittel 1.

Introduksjon

En hjernehinneblødning har kjempehøy prestisje – hvis du overlever den.

– Medisinstudent, tolvte semester

Forskning viser at leger rangerer både spesialiteter og sykdommer i et prestisjehierarki, der nevrokirurgi anses som den mest prestisjefylte spesialiteten, og hjerteinfarkt som den mest prestisjefylte sykdommen (Album 1991; Album og Westin 2008). Høsten 2012 gjennomførte jeg et to måneders feltarbeid i medisinstudiets nevrokirurgiundervisning, for å undersøke hvordan medisinstudenter lærer seg disse hierarkiene.

På min første dag i felten snakket jeg med Professoren – min nevrokirurgiske nøkkelinformant – om den sosiologiske forskningen på medisinsk prestisje. Han var enig i at nevrokirurgi var den mest prestisjefylte spesialiteten, men virket ikke særlig imponert over kartleggingen av sykdommers prestisje. Tidligere undersøkelser har valgt ut 38 sykdommer for leger å vurdere, og vist at hjernesvulst er den høyest rangerte av de nevrokirurgiske sykdommene, på «tredjeplass» bak hjerteinfarkt og blodkreft. Professoren mente hjernesvulst var en dårlig representant for nevrokirurgiens sykdomstilfang. «Hjernesvulst ligger langt nede på *vår* liste», sa han, og fremhevet i stedet *hjernehinneblødning* (HHB) som deres mest prestisjefylte sykdom.

Hjernehinneblødning er en sjelden form for hjerneslag, som rammer rundt 500 nordmenn i året (Bakke og Lindegaard 2007). Sykdommen skyldes at en utposning på en blodåre, et såkalt *aneurisme*, sprekker. Pasienten erfarer den som en hyperakutt og intens hodepine. Sykdommen utvikler seg raskt, og mange pasienter dør før de overhodet kommer til behandling. Overlever de frem til nevrokirurgisk avdeling, er det likevel håp. Nevrokirurger har evnen til å gjøre en forskjell for disse pasientene.

Den første vellykkede aneurismeoperasjonen ble gjennomført i 1931. Resultatene av behandlingen var dårlige, frem til operasjonsmikroskopet ble tatt i bruk på 1960-tallet. Med innføringen av mikrokirurgi, og senere teknologiske nyvinninger, har aneurismebehandling i dag blitt en utbredt og effektiv virksomhet (Langmoen m. fl. 2010: 683-84). Av denne grunn ble sykdommen ofte fremhevet i nevrokirurgiundervisningen – så ofte at jeg har funnet det relevant å underlegge den en kultursosiologisk analyse. Denne studien skal handle om

nevrokirurgers forståelse av hjernehinneblødningen, og hvordan denne inngår i sykdommens og nevrokirurgiens prestisje.

1.1. Sykdomsfortellinger og prestisje

Studien inngår i et større prosjekt, *Disease prestige and informal priority settings* (Album m. fl. 2011), som har fokus på hvordan prestisjehierarkier oppstår, vedlikeholdes og endres, og hvordan slike hierarkier påvirker prioriteringene som gjøres innen helsevesenet. Prestisje viser til forskjeller i anseelse eller hvor «fint» noe forstås å være, og prosjektet springer ut av Dag Albums (1991) prestisjeundersøkelse, der leger og annet helsepersonell rangerte spesialiteter og sykdommer på en prestisjeskala fra 1-9. Undersøkelsen ble senere gjentatt i samarbeid med Steinar Westin (2008), og resultatene var overveiende de samme. Dette indikerer at prestisjerangeringer er et stabilt kjennetegn ved medisinsk kultur. Disse undersøkelsene, og prosjektet de har gitt opphav til, utgjør studiens intellektuelle overbygning (Haldar 2007).

Studien fokuserer på den nevrokirurgiske sykdommen hjernehinneblødning, en sykdom som ikke har blitt studert i tidligere prestisjeforskning. Den skal undersøkes gjennom følgende tre problemstillinger:

1. Hva kjennetegner hjernehinneblødningens fortelling?
2. Hvordan inngår fortellingen i hjernehinneblødningens prestisje?
3. Hvordan inngår fortellingen i nevrokirurgiens prestisje?

Hjernehinneblødningen skal for det første studeres med et fortellingsanalytisk rammeverk, i tråd med flere forskere som har vektlagt sykdommers narrative karakter (Hunter 1991; Greenhalgh og Hurwitz 1999; Hurwitz 2000). Sykdommer er ikke bare statiske kategorier, de kan også forstås å vise til avgrensede forløp som utspiller seg over tid, med karakterer og et plott. Mye av forskningen på dette feltet har fokusert på pasientenes fortellinger, men jeg skal rette oppmerksomheten mot *nevrokirurgers* fortelling om hjernehinneblødningen. Dette er inspirert av sosiologer som argumenterer for å studere også *legers* kulturbetingede sykdomsforståelser (Freidson 1970; Album 1996).

For det andre skal jeg undersøke hvordan hjernehinneblødningens fortelling inngår i sykdommens *prestisje*. Koblingen av sykdomsfortellinger og prestisje kan gi en forståelse av prestisjehierarkiers muliggjørende forestillinger, noe tidligere prestisjeforskning sier lite eller ingenting om. Med dette søker jeg også å utlede noen medisinske idealer som kan gi en

tydeligere forståelse av legers prestisjevurderinger. Hensikten er å gi en «tykkere» beskrivelse (Geertz 1973) av medisinsk prestisje.

For det tredje søker jeg å forstå hvordan sykdomsfortellingen inngår i nevrokirurgiens prestisje. Tidligere undersøkelser diskuterer i liten grad hvordan sykdommers og spesialiteters prestisje henger sammen, til tross for at disse inngår i et gjensidig konstituerende forhold: Sykdommers mening betinges av spesialitetene som behandler dem, og spesialiteters mening betinges av sykdommene de behandler. Ved å studere HHBs betydning for nevrokirurgiens prestisje, åpner jeg for et mer sammensatt syn på medisinske prestisjehierarkier.

For å undersøke disse problemstillingene har jeg utført et feltarbeid i medisinstudiets nevrokirurgiundervisning. Ettersom kjennskap til prestisjehierarkiene antas å være «taus» kunnskap (Polanyi 1967), og ikke noe man åpenlyst diskuterer, utgjør feltarbeidet en velegnet metode for å undersøke denne uformelle siden ved medisinsk kultur. Album (1991) har også antydnet at medisinstudenter *lærer* seg sykdommers og spesialiteters prestisje i løpet av studiet, og valget av feltarbeid som metode er ment å gi et tydeligere bilde av denne «prestisjesosialiseringen». Ettersom medisinstudiet er den offisielle institusjon for reproduksjon av medisinsk kultur (Hughes 1955: 22), er det en strategisk arena for å undersøke hvordan prestisjehierarkier overføres og læres i medisinen.

1.2. Prestisjens betydning

Prestisjeforskjeller er et sentralt aspekt ved sosialt liv, også i helsevesenet. Min interesse for medisinsk prestisje bunner først og fremst i et ønske om å *forstå* legenes perspektiv, inspirert av weberiansk *Verstehen*-sosiologi (Weber 1999). Ved å studere den forestillingsverden som muliggjør legers prestisjevurderinger, gir studien et fortolkende bidrag til en prestisjeforskningstradisjon som er dominert av kvantitative spørreskjemaundersøkelser. Studien gir også et bidrag til å forstå prestisje i «mikro», slik den kommer til uttrykk og reproduseres i samhandlingen mellom undervisere og studenter. Dette er særlig interessant i lys av at prestisje er et ulikhetsfenomen som kan stride mot legers ideal om å likebehandle pasienter (Den norske legeforening 2002). Hvordan slike vurderinger kommer til uttrykk, er derfor av helsepolitisk og kulturteoretisk interesse.

Prestisje forstås ofte som nært knyttet til forskjeller i prioritering, både av formell og uformell art (Album 2013). Legers forståelse og vurdering av sykdommer vil påvirke hvordan de møter sine pasienter (Hofmann 2008: 12), og undersøkelser har for eksempel vist at «spennende» diagnoser vies spesiell interesse på akuttmottak (Halvorsen m. fl. 2009: 484).

Prestisjeforskjeller vil også kunne ha indirekte betydning for pasienter, for eksempel ved at spesialiteter med høy prestisje lettere rekrutterer nye spesialister, enn spesialiteter lenger ned på rangstigen (Aasland m. fl. 2008; Creed m. fl. 2010). På lignende vis kan prestisjefylte deler av medisinen lettere bli gjenstand for ny forskning, som ytterligere vil kunne øke deres prestisje (Brean 2011). Prestisjeforskjeller kan altså ha stor betydning for helsevesenets virke.

Samtidig står ikke prestisje i et ensidig forhold til prioritering. Om prestisje fører til prioritering, eller prioritering fører til prestisje, er et komplekst spørsmål. Det finnes også eksempler på at det som prioriteres er lavt ansett, som i tilfellet med uspennende «pliktarbeid» (Trondsen 2012: 77). Hvordan prestisje og prioritering henger sammen, må derfor forstås som et empirisk spørsmål (Album 2010: 262).

Slik prestisje forstås i denne undersøkelsen, er det et iboende og nærmest nødvendig aspekt ved sosialt liv. Det er vanskelig å forestille seg en verden uten forskjeller i anseelse. Undersøkelsen er derfor ikke ment å kritisere «vekk» legers prestisjerangeringer. I den grad dette er et kritisk prosjekt, er det i den betydning Michel Foucault forstår «kritikk»:

A critique is not a matter of saying that things are not right as they are. It is a matter of pointing out on what kinds of assumptions, what kinds of familiar, unchallenged, unconsidered modes of thought the practices that we accept rests (sitert i Juritzen 2013: 43).

En studie av legers forestillingsverden kan tydeliggjøre antagelser og tenkemåter de ikke nødvendigvis er seg bevisst. Selv om prestisje kanskje er uunngåelig innvevd i alt sosialt liv, kan man reflektere over hva som strukturerer prestisjerangeringene, og om dette kan og bør endres. Denne studien kan stimulere til slike refleksjoner, ved å analysere et stykke nevrokirurgisk kultur, og de implikasjonene dette har for medisinske prestisjerangeringer.

1.3. Studiens struktur

Neste kapittel, «Sykdom, prestisje og fortellinger», begynner med en gjennomgang av tidligere sykdomsforskning i sosiologien. Her vil jeg argumentere for at også sosiologer kan studere sykdom (2.1), og knytte undersøkelsen til diagnosesosiologien og dens forståelse av sykdommer eller diagnoser som medisinsens klassifiseringsredskaper. Jeg diskuterer også tidligere prestisjeforskning (2.2), hvordan jeg forstår prestisje som analytisk begrep (2.3) og fortellingsanalysens sentralitet i studiet av sykdommer (2.4).

Kapittel 3, «Feltarbeidet», drøfter valget av datamateriale og metode for å undersøke sykdomsfortellingen og prestisje. Jeg argumenterer for valget av feltarbeid som metode (3.1), og diskuterer hvordan feltarbeidet ble gjennomført (3.2). Deretter følger en diskusjon av min relasjon til og påvirkning på dem jeg studerte (3.3) og av etikken i det å studere sykdommer

og prestisje i medisinutdanningen (3.4). Kapitlet avsluttes med en diskusjon av hvordan jeg analyserte datamaterialet for undersøkelsen (3.5).

Studiens fjerde kapittel, «En fortelling om liv og død», er det første av i alt tre analysekapitler. Her rekonstruerer jeg hjernehinneblødningenes *typiske* fortelling, om HHB som en dødelig og akutt sykdom som nevrokirurger er i stand til å helbrede. Jeg skisserer fem faser pasienten må gjennom for å overleve sin dødelige sykdom, der ankomsten til nevrokirurgisk avdeling forstås å være fortellingens vendepunkt. Budskapet er at nevrokirurgene kan gjøre en livsomveltende forskjell for disse pasientene.

Kapittel 5, «Den dramatiske og eksklusive livredderrollen», er en analyse av hvordan sykdomsfortellingen inngår i hjernehinneblødningens prestisje. Her argumenterer jeg for at sykdommens prestisje kan ses i sammenheng med den *typiske rollen* behandleren får i dens fortelling, og hvordan denne gjør behandleren i stand til å oppnå verdsatte mål i medisinen.

Studiens sjette kapittel, «Sykdom som metonymi», handler om sykdomsfortellingens betydning for *nevrokirurgiens* prestisje. Her argumenterer jeg for at hjernehinneblødningen gir spesialiteten eksklusiv tilgang til en verdsatt behandlerrolle, og at denne «prestisje-effekten» kan forsterkes av at underviserne fremsetter HHB som en *metonymi* for nevrokirurgi, der sykdommen blir delen *som står for* spesialitetens helhet. Med dette antyder de at sykdomsfortellingens prestisjefylte kjennetegn gjelder for nevrokirurgi som helhet.

Til slutt samler jeg trådene i en avsluttende diskusjon om sykdomsfortellingen og dens relasjon til hjernehinneblødningens og nevrokirurgiens prestisje. Kapitlet oppsummerer og diskuterer analysene, og foreslår veier for fremtidig prestisjeforskning.

Kapittel 2.

Sykdom, prestisje og fortellinger

Denne undersøkelsen står i en medisinsk-sosiologisk tradisjon som ble «grunnlagt» av Talcott Parsons (1951) og hans begrep om «sykerollen» (Williams 2005: 123). Forskning på sykdom, helse og medisin favner i dag langt bredere enn Parsons studier av medisins formelle institusjoner, noe vi blant annet ser i nye «bindestreks-sosiologier» som «helsesosiologi» (Barry og Yuill 2007; Tjora 2012) og «*the sociology of health and illness*» (Bury 1997; White 2009; Nettleton 2013). Aksel Tjora bruker begrepet «helsesosiologi» for å vise at feltet «[...] handler om forhold som ikke har så mye med medisin å gjøre, men med helse i vid forstand» (2012: 16). Denne undersøkelsen ligger derimot nærmere parsoniansk medisinsk sosiologi, og forholder seg ikke til helse i vid forstand, men til forhold som har mye med medisin å gjøre. Fokus er på legers vurderinger av sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje, og i det følgende skal jeg diskutere tidligere forskning på, og min teoretiske tilnærming til, fenomenet. Jeg vil begynne med hvordan sosiologer forstår sykdomsbegrepet, og posisjonere denne studien innenfor det diagnosesosiologiske feltet (2.1). Deretter skal jeg diskutere tidligere forskning på sykdommers og spesialiteters prestisje (2.2), før jeg avklarer hvordan prestisje anlegges som analytisk begrep i denne undersøkelsen (2.3). Avslutningsvis skal jeg diskutere hvordan prestisje kan studeres som innvevd i sykdomsfortellinger, og skissere et fortellings-analytisk perspektiv for de kommende analysene (2.4).

2.1. Sosiologiske forståelser av sykdom

Det er vanlig å dele sykdomsbegrepet i det som på engelsk kalles «illness» og «disease»¹. «Illness» er pasientens subjektive opplevelse av sykdommen, «disease» angår objektive avvik i kroppens struktur og funksjon, som diagnostiseres og behandles av en lege (Eisenberg 1977; Kleinman m. fl. 1978). «Illness» kan ikke underlegges biomedisinske² undersøkelser, og dens tilstedeværelse kan ikke, som «disease», bekreftes av objektive diagnostiske tegn (Jennings

¹ Et tredje begrep, «sickness», brukes for å referere til «a complex, fluid, total phenomenon» (Kleinman m. fl. 1978: 252), som «illness» og «disease» er perspektiver på. Begrepet er ikke relevant for denne oppgaven.

² Biomedisin kan grovt defineres som «[...] den naturvitenskapelige og teknologiske tilnærmingen som især kjennetegner avansert sykehusmedisin, og som er grunnvullen i alle legers utdanning» (Schei 2007: 10). For en mer detaljert oversikt, se Mildred Blaxter (2004: 10-16) eller Margaret Lock og Vinh-Kim Nguyen (2010).

1986: 866). «Disease» har typisk blitt ansett som utenfor kultursosiologisk rekkevidde, gitt fenomenets naturvitenskapelige basis.

Album (1996: 15) har problematisert skillet mellom «illness» og «disease», og vist at «disease» brukes om to ulike ekspertbegrep i litteraturen. «Disease» brukes både om objektiv sykdom (slik den «egentlig» er), og om medisinske eksperters *klassifisering* av et sykdoms-fenomen. Album mener medisinerne ofte vil forstå «disease» i den objektive betydningen, og anta at sykdomsbegrepene ikke er klassifiseringer av antatte naturfenomener, men noe som viser til naturen selv. Som sosiolog mener han «disease» bør forstås i den klassifikatoriske betydningen, som en kulturell kategori. Dette sidestiller i større grad «illness» og «disease», ettersom ingen av perspektivene antas å ha ufortolket tilgang til verden. I stedet forstås de som henholdsvis lekfolkskulturens og den medisinske kulturens sykdomsfortolkninger. Jeg støtter meg til denne konstruksjonistiske forståelsen av sykdom.

Eliot Freidson var en av de første som oppfordret til å studere legers objektive «disease». Han videreførte Parsons forståelse av sykdom som sosialt avvik, og argumenterte for at sosiologer bør forstå sykdom som en sosialt, ikke et biologisk fenomen (1970: 206). Han avfeide ikke at sykdommer kan ha et biologisk basis, men mente det var unødvendig å anlegge medisinsens ontologi, med mindre man skal utføre samme oppgaver som legene selv (1970: 211). Sosiologer studerer den sosiale virkeligheten, og er følgelig tjent med et sosialt perspektiv på sykdom. Freidson oppfordret til å studere både pasienters sykdomsattferd, og legers «diagnose- og behandlingsattferd» (1970: 207). Om sykdommers sosiale basis skrev han at:

Diagnosis and treatment are not biological acts common to mice, monkeys, and men, but social acts peculiar to men. Illness as such may be biological disease, but the idea of illness is not, and neither is the way human beings respond to it. Thus, biological deviance or disease is defined socially and is surrounded by social acts that condition it (1970: 209)³.

Freidson vektla med andre ord at sykdommer kan være biologisk funderte, men at hvordan vi tenker og handler overfor dem, er sosialt bestemt. Slik åpnet han for kulturanalyse av sykdom.

2.1.1. Diagnosesosiologi

En nyere retning som har videreført Freidsons perspektiv, er diagnosesosiologien (*sociology of diagnosis*). Retningen har sitt utspring i Phil Browns (1990) oppfordring om å utvikle en bred forståelse av diagnosers plass i medisinen, og har særlig blitt utviklet i Annemarie Jutel og Sarah Nettletons arbeider (2011). De forstår diagnoser tilsvarende Albums kulturelle

³ Freidson forholdt seg ikke til skillet mellom «illness» og «disease».

forståelse av «disease», som medisinsens klassifiseringsredskaper (Jutel 2009: 287). Mer konkret kan diagnoser forstås både som *produkt* og *prosess*. Diagnostiske produkter viser til medisinsens sykdomskategorier, og den diagnostiske prosessen viser til legers anvendelse av sykdomskategoriene for å diagnostisere pasienter (Blaxter 1978: 9). Denne undersøkelsen handler om HHB-diagnosen som produkt, og når jeg videre i undersøkelsen snakker om sykdom og diagnoser, er det den klassifikatoriske forståelsen av begrepene jeg sikter til.

Jutel har foreslått at studier av diagnostiske produkter kan fokusere på de sosiale prosessene som *skaper* de ulike diagnosene, samt hvordan diagnoser både styrker og utfordrer medisinsens autoritet (2009: 280; 2011: 15). Hun vier mindre oppmerksomhet til diagnosers *meningsinnhold*. Denne studien er ment å fylle dette tomrommet, ved å fokusere på hvordan leger forstår HHB-diagnosen. Relevant i denne sammenheng er Susan Sontags «Sykdom som metafor» (2010), et litteraturhistorisk essay om kreftens og tuberkulosens metaforer. Hun studerer hvordan sykdom *omtales og forstås*, ikke bare hvordan den erfares, eller hvilke symptomer, årsaker og behandlinger den er knyttet til (Stene-Johansen 2010: vii). Sontag tar utgangspunkt i *skjønnlitteraturens* sykdomsmetaforer, og er altså ikke opptatt av *legers* sykdomsforståelser. Essayet hjelper oss å forstå sykdommers «uformelle» meningsinnhold – deres *konnotasjoner* (Thwaites m. fl. 2002: 69-71) – men det sier oss lite om hvordan leger tenker om sykdom.

Studiens fokus på hjernehinneblødningen er ment å utfylle ende et diagnosesosiologisk tomrom. Diagnosesosiologer virker først og fremst opptatt av å studere biomedisinsk uklare og omstridte diagnoser, og Brown (1995: 40-43) har gått så langt som å si at medisinsk ubestridte diagnoser er *uinteressante* for sosiologiske analyser. Retningens representanter virker å interessere seg for diagnoser i den grad de angår pasienter, som ledd i å avdekke kritikkverdige forhold i form av blant annet stigmatisering eller medikalisering. Denne undersøkelsen knytter seg i stedet til Freidsons argument om at man også bør studere «medisinsk entydige sykdommer» (*unambiguously medical disease*) (1970: 213). Han er kritisk til at sosiologer utelater slike sykdommer fra sine analyser, til fordel for medisinske grense- eller tvilstilfeller. Utelatelsen bygger ifølge Freidson på en antagelse om at biofysiske og vedtatte sykdommer er «utenfor» samfunnets domene, og dermed utenfor sosiologiens prosjekt. Han er kritisk til dette synet, og argumenterer for at også «medisinsk entydige sykdommer» preges av kulturbetingede tenke- og handlemåter (1970: 214).

Det er i dette landskapet denne studien befinner seg. Ved å kombinere diagnose-sosiologiens fokus på *legers* klassifiseringsredskaper med Sontags interesse for diagnosers

meningsinnhold og Freidsons interesse for *medisinsk entydige sykdommer*, skal jeg undersøke hvordan hjernehinneblødningen forstås og tilkjennes prestisje i nevrokirurgiundervisningen.

2.2. Sykdomsprestisje

I 1991 publiserte Album artikkelen «Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje». Her rangerte erfarne leger, annet helsepersonell og medisinstudenter 38 sykdommer og 22 spesialiteter på en prestisjeskala fra 1-9 etter hvordan de mente helsepersonell flest vurderte dem. Prestisje forstås i artikkelen som en rangorden av anseelse eller hvor fint noe er, og undersøkelsen kartla «de alminnelige felles oppfatningene [sic] om anseelsen til ulike sykdommer og til virksomheten knyttet til disse sykdommene» (Album 1991: 232).

Album fant at respondentene var i stand til å rangere både spesialiteter og sykdommer langs hele prestisjeskalaen (fra 1-9), og ikke bare i topp- og bunnpunkter. Han fant også at rangeringene hadde høy grad av konsistens. Hjerteinfarkt, blodkreft og hjernesvulst var de høyest rangerte sykdommene, mens angstnevrose, skrumplever og fibromyalgi ble rangert lavest. Blant spesialitetene var nevrokirurgi, kardiologi og thoraxkirurgi⁴ på toppen, mens psykiatri, hud og geriatri var på bunnen.

Senere publiserte han og Westin en lignende undersøkelse (2008). Utvalget var basert på samme type respondenter, og resultatene avvek i liten grad fra den første undersøkelsen. Dette tyder på at prestisjerangeringene er et stabilt og konsistent trekk ved medisinsk kultur (Album 2010: 262).

2.2.1. Tidligere forskning på medisinsk prestisje

Prestisjebegrepet ble introdusert i sosiologien av Max Weber (2000: 51), med hans tredeling av samfunnets maktfordelingsfenomener i stand, klasse og parti, og de tilhørende lagdelingsprinsippene *prestisje*, penger og makt. Stendene baseres på prestisje, og Weber (2000: 56-57) definerte prestisje som sosiale vurderinger av menneskelige egenskaper som ærefulle eller vanærende.

Webers prestisjeforståelse ga opphav til forskning på medisinske *spesialiters* prestisje, et avgrenset felt av forskningen på *yrkers* prestisje (Treiman 1977). En medisinsk spesialitet

⁴ Kirurgifagenes høye prestisje kan sies å være av nyere dato. År 1900 fvt. lovfestet Kong Hammurabi av Libanon ti sølvstykker til den lege som kurerer en fri mann. Behandlet han derimot et alvorlig sår med en metallkniv og pasienten døde, skulle hans hender kappes av (Langmoen m. fl. 2010: 679). 3000 år senere, i 1163, forbød kirken de geistlige å gjøre blodige inngrep. De universitetsutdannede *medicusene* skulle fokusere på teoretisering og medikamentell behandling. *Bartskjærene* fikk ansvaret for kirurgi, og bedrev da hårklipp, sårbehandling og amputasjoner om hverandre. Kirurgi var et håndverk, holdt i hevd ved at en svenn gikk i lære hos en mester. Først i 1842 ble legers og kirurgers utdannelse ble slått sammen i Norge (Schei 2007: 38-39).

er en undergruppe av den medisinske profesjonen, som tar seg av bestemte oppgaver og sykdommer (Schei 2007: 39). En av de første til å forske på disse intramedisinske forskjellene var George Hartmann (1936), som ga 250 informanter i oppgave å rangere medisinske yrkesgrupper basert på den grad av beundring de følte for disse. Han inkluderte et bredt spekter av medisinsk relaterte yrkesgrupper (som tannleger, veterinærer og manikyriste), og fant at kirurger⁵ møtte størst beundring fra folk flest.

Hartmann fokuserte på lekfolks, ikke helsepersonells rangeringer. Han kan således sies å ha et *eksternt* fokus på medisinske spesialiteters prestisje. Slike undersøkelser utgjør en form for «konsumentevalueringer» av spesialitetene, der vurderingene gjøres på basis av mer grovkornede kriterier enn hva leger selv ville brukt (Rosoff og Leone 1991: 321). Et *internt* perspektiv på medisinske spesialiteters prestisje fokuserer i stedet på legers og annet helsepersonells vurderinger av spesialitetene. Allan Schwartzbaum og kollegene (1973: 367) leverte et tidlig bidrag med dette interne perspektivet, og fant, som Album gjorde senere, at leger tilkjenner nevrokirurger høyest prestisje av alle medisinske spesialiteter.

Felles for disse undersøkelsene er at de forstår prestisje som en egenskap ved grupper av mennesker. Albums undersøkelser brøt med denne forståelsen, ettersom de også inkluderte legers prestisjevurderinger av *sykdommer*. Med dette åpnet han prestisjebegrepet til å omfatte enhver meningsfylt kategori, og ikke bare yrker eller spesialiteter⁶.

Album er trolig den første som beskriver fenomenet sykdomsprestisje, men det finnes tidligere bidrag som viser statusrangeringer av ikke-personlige kategorier innen medisinen. William Schottstaedt og kollegene (1959) studerte hvordan pasienter på en metabolsk avdeling vurderte hverandres prestisje. De fant at alvorlighetsgraden og sjeldenheten til en sykdom var blant pasientenes prestisjekriterier (Schottstaedt m. fl. 1959: 134). Julius Roth (1972) rettet senere oppmerksomheten mot medisinerens vurderinger, og viste hvordan akuttmottakets helsepersonell foretar moralske vurderinger av pasientene. Sontag (2010) har vist hvordan forståelsen av sykdommer kan påvirke forståelsen av sykdomsbærerne. Hun beskriver for eksempel hvordan tuberkuløse mennesker på 1800-tallet var innvevd i romantiske forestillinger, og at sykdommen var et middel til å gjøre mennesker interessante

⁵ Omtalen av kirurgi som en egen spesialitet viser at medisinen ikke alltid har vært så spesialisert som den er i dag (se Berg 1987: 40-46). I Norge ble ikke formelle spesialiteter vedtatt før i 1918. Etter andre verdenskrig økte antallet voldsomt, og i dag finnes 44 spesialiteter i norsk medisin (Mundal 2009). Ti av disse er kirurgiske.

⁶ Dermed skiller Albums prestisjeforståelse seg også fra Pierre Bourdieus (1991: 238) begrep om *symbolisk kapital*, som viser til hvordan personer tilkjennes prestisje (eller «karisma») av at deres kapital oppfattes og miserkjennes som fordelaktige og iboende egenskaper ved dem selv, og ikke som et resultat av deres samfunnsmessige posisjon (gjengitt i Aakvaag 2008: 158). Bourdieu reduserer prestisjen til aktørens sosiale posisjon, og fratar de ikke-personlige kategoriene den symbolske autonomien Album tilkjenner dem.

(2010: 37-38). Slike studier viser at sykdomsrelaterte og prestisjerelevante vurderinger ikke er uvanlige, verken innen medisinen eller blant folk flest.

2.2.2. Medisinske prestisjekriterier

Prestisjerangeringenes systematikk tyder på at de struktureres etter bestemte kriterier. I den første artikkelen foreslår Album at:

En sykdom eller skade som utvetydig har sete i et organ høyt oppe i kroppen, aller helst i hjertet, som rammer brått og dramatisk og fører til øyeblikkelig innleggelse, er dødelig, men er mulig å gjøre noe heroisk og gjerne også høyteknologisk med, slik at pasienten ganske kort tid etter er helt frisk, sterk og før igjen, en sykdom som rammer tilfeldig, mest ungdommer og unge middelaldrende menn fra gode kår og gjør at de er bevisstløse i den første perioden og takknemlige i den siste, vil ha høy prestisje (1991: 236).

Basert på feltarbeidserfaringer og intervjuer med leger har han og Westin (2008: 186-87) systematisert prestisjekriteriene i tre kategorier. Den første kategorien angår *sykdommen og dens typiske forløp*, med tanke på sykdommens lokalisasjon i kroppen, om den er akutt eller kronisk, dens alvorlighetsgrad, dens diagnostiske tegn og legers antagelser om dens årsaker. Sykdommer høyt oppe i kroppen (helst hjernen eller hjertet), som er akutte og dødelige, med klart påviselige tegn og kjente årsaker, har høy prestisje.

Den andre kategorien angår sykdommens *typiske behandling*, med tanke på bruk av teknologi, dramatik, evne til å intervensere i sykdomsforløpet, og hvor effektiv behandlingen er. Sykdommer som lar leger bruke høyteknologisk utstyr, og som innebærer en dramatisk og effektiv intervensjon i sykdomsforløpet, har høy prestisje.

Den tredje kategorien angår sykdommens *typiske pasient*, med tanke på alder, kjønn, eventuelle misforhold mellom pasientens og legens sykdomsforståelse, og om sykdommen gjør pasienten vansiret eller hjelpeløs. Sykdommer som rammer unge, kanskje helst menn, der pasientens sykdomsforståelse ikke er i konflikt med legens, og som verken gjør pasienten vansiret eller hjelpeløs, har høy prestisje.

Også andre har kartlagt medisinske prestisjekriterier. I en spørreskjemaundersøkelse finner Stephen Shortell (1974) støtte for at spesialiteter som anses som aktive – som faktisk «gjør» noe med sine pasienter – har høyere prestisje enn spesialiteter som hjelper pasienter til å hjelpe seg selv. Han finner også at respondentene anser legers ferdigheter som det viktigste prestisjekriteriet innen medisinen (1974: 6)

Susan Hinze (1999) har intervjuet leger om medisinske spesialiteters prestisje, og finner at informantene forklarer kirurgiens høye prestisje med utgangspunkt i legers kropper. Særlig to kroppsorganer fremheves: hender og «baller». I tråd med Shortell tolker hun

vektleggingen av hendene som et symbol på det aktive. Kirurgi forstås å være en «hands on»-spesialitet, der kirurger bruker sine hender til å redde pasientens liv (Hinze 1999: 225-26). «Balle»-metaforen tolkes som et symbol på kirurgenes tøffhet, både med tanke på deres arbeidsevner og mentale innstilling (Hinze 1999: 230). Hun argumenterer også for at disse kriteriene speiler typiske maskuline verdier, ved å vektlegge det aktive over det passive og det tøffe over det myke (1999: 234).

Kirsti Malterud (2012) mener samsvar mellom pasientens subjektive symptomer og legens objektive funn, samt at sykdommen innebærer klare grenser mellom syk og frisk, er viktige faktorer for hva som anses som såkalt *eksemplarisk sykdom*. I tillegg fremhever hun *tid*, *skyld* og *status* som faktorer av betydning. Sykdommer med klart avgrensede forløp, som i liten grad er selvforskyldte, og som rammer pasienter med høy status, anses som legitime avvik i legers øyne. Også Malterud relaterer prestisjeforskjellene til kjønn, ettersom menns helseplager i langt større grad enn kvinners oppfattes som eksemplariske. Hun mener dette avspeiler at kvinners plager i mindre grad har blitt utforsket og begrepsfestet, og knytter dette til forskjeller i makt og status blant pasientene (2012: 265-70).

Ulike forfattere legger altså vekt på ulike kriterier, og jeg vil komme tilbake til disse i undersøkelsens femte, sjette og syvende kapittel. Kriteriene kan oppsummeres som følger:

| | Sykdom(sforløp) | Behandling | Pasient |
|-------------------------------|---|---|---|
| Album og Westin (2008) | -Organ -Akutt/kronisk -Alvorlighetsgrad -Diagnostiske tegn -Antagelser om årsak | -Bruk av teknologi -Dramatikk -Intervensjon -Behandlingsrespons (effektivitet) | -Alder -Kjønn -Misforhold i sykdomsforståelse -Vansiret -Hjelpeløshet |
| Shortell (1974) | | -Aktiv -Ferdighetsfylt | |
| Hinze (1999) | | -Aktiv (hender) -Tøff («balle») | |
| Malterud (2012) | -Klart syk/frisk -Objektive funn -Avgrenset forløp | | -Skyld -Status -Makt -Kjønn |

Tabell 1: Medisinske prestisjekriterier sortert med utgangspunkt i Album og Westins prestisjekategorier

2.2.3. Prestisjeforskningens «sorte bokser»

Så langt har vi sett at sykdommer og spesialiteter kan rangeres med tanke på prestisje, og at rangeringen er basert på ulike kriterier. Det er likevel en rekke svakheter ved disse undersøkelsene, samt sider ved prestisjefenomenet man vet lite eller ingenting om.

For det første har spørreskjemaundersøkelsene gjort mer enn å «avdekke» prestisjehierarkiene – de har også *tingliggjort* og «låst»⁷ dem. Dermed risikerer man å overse de sosiale prosessene som gir verden denne tilsynelatende tingligheten (Møthe 2009: 49), og få et alt for statisk bilde av prestisjeforskjeller i medisinen.

For det andre viser ingen av undersøkelsene, med unntak av Hinze (1999), hvilke forestillinger som muliggjør prestisjerangeringene. Album (2010: 259) har selv understreket at spørreskjemaene bare har avdekket statistiske tilbøyeligheter, og ikke tankeverdenen bak tilbøyelighetene. De nevnte prestisjekriteriene gir riktignok en indikasjon på hva prestisjeforskjellene begrunnes med, men dette er svært «tynne» beskrivelser av prestisjehierarkiernes muliggjørende forestillinger.

For det tredje har man lite kunnskap om hvordan hierarkiene oppstår og overføres. Mye tyder på at de er et resultat av helsepersonells samhandling i forbindelse med dagligdagse medisinske gjøremål, og ikke noe som åpenlyst diskuteres (Album og Westin 2008: 188). Kjennskap til prestisjehierarkiene kan dermed forstås som «taus» kunnskap (Polanyi 1967), som noe selvsagt man sjelden eller aldri snakker om. Det er uvisst hvordan slik «taus» kunnskap reproduseres. Det er tenkelig at dette foregår via medisinstudiet, men det er for eksempel uvisst om sosialiseringen skjer i forbindelse med praktisk medisinsk virksomhet, eller i løsevne situasjoner, som pauseprat og lignende (Album 2010: 263).

For det fjerde er det forsket lite på forholdet mellom sykdommers og spesialiteters prestisje, særlig med tanke på hvordan sykdommer kan konstituere menneskers og gruppers prestisje. Det har blitt foreslått at det kan være fordelaktig for individer og grupper å knytte seg til høyt rangerte sykdommer (Album 2010: 256), men dette er teoretiske spekulasjoner, ikke empirisk grunnede argumenter.

Denne studien søker å bøte på disse manglene, ved å ta utgangspunkt i hjernehinneblødningen slik den undervises på medisnutdanningen. I kapittel 4 og 5 vil jeg vie særlig oppmerksomhet til forestillingsverdenen som sykdommens prestisje er innvevd i, og i kapittel

⁷ I løpet av feltarbeidet fikk jeg inntrykk av at prestisjekartleggingene har fått status som en «fasit» blant medisinerne selv. I så fall har vi å gjøre med det Ian Hacking kaller en *looping effect* (1995), der samfunnsforskerens klassifikasjoner virker tilbake på dem han eller hun har studert. Dette kan også tyde på at medisinerne har et annet forhold til prestisje i dag enn de hadde forut for disse undersøkelsene.

6 skal jeg undersøke hvordan sykdommen og nevrokirurgien inngår i et *metonymisk* forhold (Heradstveit og Bjørgo 1986: 36), der sykdommen blir den prestisjefylte *delen* som står for nevrokirurgiens *helhet*.

2.3. Prestisje som analytisk begrep

Til nå har jeg fokusert mest på prestisje som fenomen, og mindre på hva som menes med selve prestisjebegrepet. Spørreskjemaundersøkelsenes prestisjehierarkier baserer seg for eksempel på hva informantene selv forstår med prestisje. Dette er tilstrekkelig for å kartlegge prestisje som *empirisk* fenomen, men i en undersøkelse som denne, der prestisje er et sentralt *analytisk* begrep, er det nødvendig å gi en grundigere redegjørelse for hva som menes med prestisjebegrepet.

Prestisje kan defineres som anseelse, og et prestisjehierarki som en skala av dette (Nørredam og Album 2007: 655). Som Album, forstår jeg det slik at prestisje kan være et kjennetegn ved *enhver kategori*, ikke bare mennesker, grupper eller posisjoner. I tillegg ser jeg prestisje som et (1) ikke-materielt begrep, av en (2) intersubjektiv, relasjonell, hierarkisk og verdsettende karakter.

2.3.1. Prestisjens ikke-materialitet

Med lagdelingsprinsippenes tredeling utskilte Weber (2000: 57) prestisje som *autonomt* fra makt og penger, som vil si at prestisje ikke kan *reduseres* til forskjeller i makt eller penger. Fenomenene er sammenvevde, men penger eller makt gir ikke *nødvendigvis* prestisje, og prestisje gir ikke *nødvendigvis* penger eller makt. Dette kommer av at prestisjesystemene styres etter andre prinsipper enn de materielle ulikhetssystemene (Zhou 2005: 93). Weber (2000: 51) skriver for eksempel at «[...] i det hele tatt danner 'blott og bar' økonomisk makt, altså 'utilhyllet' pengemakt, på ingen måte noe grunnlag for sosial ære». Elvin Hatch (1989) kaller dette et *ikke-materialistisk* syn på prestisje.

Denne prestisjeforståelsen er i tråd med Jeffrey Alexander og Philip Smiths (2003) «sterke program» for kultursosiologien. De anser kultur som en *uavhengig*, ikke en avhengig variabel, og søker å gi «tykke beskrivelser» (Geertz 1973) av samfunnslivets følelses- og meningsaspekt, heller enn å forklare kulturelle mønstre med utgangspunkt i materielle faktorer. Tilsvarende er ikke poenget i denne undersøkelsen å redusere sykdomsprestisjen til for eksempel lønnsforskjeller blant leger. Ikke bare er dette en lite «kulturell» forståelse av prestisje, det er antageligvis også feil. Som en av mine informanter sa det: «Det som er paradoksalt i Norge er at høyest prestisje ikke kompenseres så godt økonomisk. En allmenn-

lege på Vinstra tjener mer enn en kardiolog, vet du.» Skal vi forstå slike prestisjeforskjeller, må vi se bortefor det materialistiske paradigmet.

2.3.2. Et intersubjektivt, relasjonelt, hierarkisk og verdsettende begrep

Prestisje forstås som et *intersubjektivt* begrep, i tråd med Webers (2000: 57) understrekning av prestisje som *sosiale* vurderinger. Prestisjerangeringer bygger ikke på en aktørs personlige vurdering av noe, de er basert på aktørenes felles kriterier eller forestillinger om verden (Zhou 2005: 97-98; Nørredam og Album 2007: 656). Dette er noe av grunnen til at spørreskjemaundersøkelsene spør hvordan respondentene mener *helsepersonell flest* rangerer spesialiteter og sykdommer, og ikke hvordan respondentene selv ville rangert dem. Prestisjerangeringer er basert på medlemmenes konsensus om hva som har høy og lav prestisje, og eksisterer bare ved å være delt av medlemmene innen en kultur (Album 2010: 260). Dette utelukker riktignok ikke at prestisjevurderingene kan variere. Prestisjen må være delt, men er det sjeldent fullt og helt (Zhou 2005: 101-2).

Prestisje forstås også som et *relasjonelt* begrep, i den forstand at prestisjeposisjonene er relative til hverandre (Nørredam og Album 2007: 656). Prestisjen til en kategori er ikke en objektiv, iboende egenskap ved denne kategorien. En kategori har derimot høyere eller lavere prestisje *i forhold til noe annet*. Prestisjen vil endres med sammenligningsgrunnlaget, og en lavt rangert sykdom i én kontekst kan være høyt rangert i en annen.

Prestisje forstås også som et *hierarkisk* begrep (Album og Westin 2008: 183). Dette skiller prestisje fra Erving Goffmans begrep om *stigma*, forstått som sterkt diskrediterende egenskaper (1968: 13). Stigma fokuserer på prestisjehierarkiets bunn, mens prestisje omfatter hele skalaen av vurderinger. Dette hierarkiet baserer seg på helsepersonells delte forestillinger om hva som har høy og lav anseelse, og vil kunne variere med hvilke tilfeller som inngår i rangeringen, hvordan man forstår disse, og hvilke kriterier man anlegger for å rangere dem. Spørreskjemaundersøkelsene valgte for eksempel ut 38 sykdommer, som respondentene vurderte med utgangspunkt i mer eller mindre bevisste kriterier. Slike hierarkier har tilnærmet uendelig med kombinasjonsmuligheter, alt ettersom hvilke sykdommer man sammenligner, hvordan disse forstås, og hvilke vurderingskriterier som anlegges. Likevel kan man *forestille* seg et overordnet prestisjehierarki, tilnærmet det system for ærefordeling som Weber kalte «den sosiale orden» (2000: 51, 63), som vil være prestisjehierarkiet der *alle* helseplager inngår.

Slike rangeringer kan studeres på mikronivå, hvis man – inspirert av strukturalismens skille mellom *langue* og *parole* (Saussure 1960) – tenker seg en slik medisinsk «sosial orden»

som en underliggende struktur som kommer til syne i konkrete tilfeller av *verdsetting*. Når en kategori verdsettes blir den rangert over eller under noe annet. En sykdom kan for eksempel vurderes som fin eller ufin, viktig eller uviktig, og slik plasseres i forhold til andre sykdommer. Denne verdsettingen vil lade kategorien med verdi, og ofte også følelser (Album 2010: 256). Prestisjens relasjonelle karakter gjør det mulig å analysere frem slik verdsetting også der den er implisitt. Et relasjonelt konsept får sin mening fra dets posisjon innen et større system av konsepter, og kan analyseres i lys av dette større systemet (Becker 1998: 133-34). En tilsynelatende nøytral beskrivelse av en sykdom som «viktig», impliserer for eksempel at andre sykdommer er *mindre* viktige. Slike konkrete tilfeller av verdsetting kan sette oss på sporet av kriterier som strukturerer større prestisjehierarkier. Dette er en grunn til at undersøkelsen tar utgangspunkt i hjernehinneblødningen. Ettersom flere av underviserne ga uttrykk for at denne er medisinsens *mest* prestisjefylte sykdom, vil HHB være et strategisk utgangspunkt for å analysere frem allment utbredte verdsettingskriterier. Dette vil kunne forbedre vår forståelse av prestisjeforskjeller i medisinsk kultur, og jeg vil komme tilbake til dette i undersøkelsens femte kapittel.

2.4. Prestisje som innvevd i sykdomsfortellinger

Tidligere prestisjeforskning har som nevnt viet liten oppmerksomhet til forestillingene som muliggjør prestisjerangeringer av sykdommer. Jeg ønsker å bøte på dette ved å undersøke relasjonen mellom hjernehinneblødningens *sykdomsfortelling* og prestisje.

Erkjennelsen av sykdommers narrative karakter har blitt stadig mer utbredt i humanvitenskapelig og medisinsk forskning. Med utgangspunkt i skillet mellom «illness» og «disease» kan vi skille mellom *pasienters* og *legers* sykdomsfortellinger (Jutel 2009: 287). Pasienters «illness»-fortellinger er basert på deres kulturelt formede sykdomserfaringer, mens legers «disease»-fortellinger gir medisinske beskrivelser av sykdommers utvikling. Tidligere fortellingsforskning har i stor grad studert pasienters fortellinger (Kleinman 1988; Bury 2001), forholdet mellom pasienters og legers fortellinger (Hurwitz 2000), eller hvordan pasienter ikke kjenner seg igjen i legers fortellinger (Hunter 1991).

Jeg er interessert i legers «disease»-fortellinger. Som eksempel på slike har Geoffrey Bowker og Susan Star (1999: kap. 2) vist hvordan WHO's (2010) «International Classification of Diseases» er av en narrativ karakter. Men mer enn det narrative ved medisinsens formelle kunnskapssystem er jeg interessert i hvordan leger opererer med fortellinger av en *uformell*

art, om sykdomsforløp, pasienter, behandlingsmåter, og lignende. Slike fortellinger er ikke nedfelt i diagnostiske manualer, men de er en sentral del av legers forestillingsverden.

I denne sammenheng er Kathryn Montgomery Hunters «Doctor's Stories» (1991) interessant. Hun argumenterer for at medisinen er grunnleggende narrativ, og at leger trekker på narrativ kunnskap for å forstå pasientenes plager. Hunter utforsker en rekke av legenes fortellingstyper, selv muntlige anekdoter, og har blant annet beskrevet hvordan leger anvender «plottene» til ulike sykdomsmekanismer for å diagnostisere pasienter (1991: kap. 3). Her bør også nevnes Petter Aaslestad (2007) studie av psykiateres bruk av sykejournaler til å gjenfortelle schizofrene pasienters fortellinger, og Anne Kveim Lies (2012a) studie av legers sykehistorier om kvinners menstruasjonsforstyrrelser på 1800-tallet. Slike studier gir presedens for å studere medisinundervisning i et fortellingsteoretisk lys.

2.4.1. Fortellingens kjennetegn

Etter den «narrative vendingen» i samfunnsvitenskapene (Riessman 2008: 14-17) finnes det et mangfold av fortellingsanalytiske perspektiv å velge blant. Noen grove skillelinjer kan gi en enkel oversikt over feltet. Vi kan for det første skille mellom de som fokuserer på innholdet i og strukturen til fortellingen selv (Riessman 1993), og de som er opptatt av hvordan fortellingen er påvirket av konteksten den blir fortalt i (Gubrium og Holstein 2009). For det andre kan vi skille mellom de som studerer relasjonen mellom fortellingen og den enkeltes livshistorie (Riessman 1993; Creswell 2007: 53-57) og de som interesserer seg for mindre personbundne fortellinger (Frønes 2001; Berkaak og Frønes 2005). For det tredje kan vi skille mellom datamaterialet for de ulike analysene, der noen studerer filmer og bøker (Hausken 2008), andre studerer intervjuer (Riessman 1993), og andre igjen studerer informanternes fortellinger i felten (Gubrium og Holstein 2009). I tråd med undersøkelsens problemstilling skal jeg først og fremst fokusere på innholdet i og strukturen til undervisernes fortelling om hjernehinneblødningen, slik den kommer til uttrykk i medisinutdanningen. For dette formål vil jeg ta utgangspunkt i fortellingsanalysen slik den skisseres av Ivar Frønes (2001).

Frønes definerer en fortelling ved å relatere den til og skille den fra et forløp. Et *forløp* er en faktisk handlingsrekke, og en *fortelling* er en forestilling om gangen og innholdet i dette forløpet (Frønes 2001: 112). Legers sykdomsfortellinger vil for eksempel ikke inkludere *alle* av sykdomsforløpenes aspekter, men fremheve det de anser som de mest relevante og interessante delene av dem. Omtalen av fortellinger som «forestillinger» innebærer ikke at de er innbilninger eller vrangforestillinger. Forestillinger er idéer, tanker og fornemmelser som

vi alle besitter (Halдар 2006: 46). Hvorvidt disse er «sanne» er av underordnet betydning; det avgjørende er hva de sier om bærerens virkelighetsforståelse (Sandberg 2010).

Forløpets handlingsrekke er ikke alltid lett å avgrense, men fortellerne stykker den opp ved å pålegge den en *begynnelse* og en *slutt* (Frønes 2001: 92). Denne avgrensningen har stor betydning for hvordan man fortolker innholdet i fortellingen. Med mer eller mindre bevisst referanse til en sykdoms narrative karakter, fortalte en av underviserne at: «[...] en sykdom har to starttidspunkter. Det første er når man går til doktoren og finner ut hva som feiler en. Det andre er når vi ser tilbake to uker og ser at 'her og her skjedde det noe'.» Hvor man starter og slutter fortellingen, gir rammene for å fortolke dens innhold.

Mellom begynnelse og slutt stykkes forløpet opp i mindre *faser*. Faser er avgrensede forløp som fortellingen kobler sammen til en helhet (Frønes 2001: 91). En sykdomsfortelling vil inneholde i det minste en overgang fra en syk til en frisk tilstand, og vi skal senere se at hjernehinneblødningens fortelling har fem ulike faser som pasienten må gjennom før han eller hun blir frisk.

Koblingen av slike faser gjøres gjennom fortellingens *plott*. Plottet er en grunnidé om hvordan tingene henger sammen, og fortellingens elementer forstås i lys av plottets helhet (Frønes 2001: 94-95). Mer konkret kan man si at plottet skaper årsakskjeder og utgjør de kausale forbindelsene mellom fasene i fortellingen (Polletta m. fl. 2011: 111). Plottet binder sammen de ellers løsrevne fasene, slik at vi for eksempel skjønner at pasienten ble frisk *fordi* kirurgen lyktes med sin operasjon.

Fortellingens handlingssekvens spilles ikke ut av seg selv, den må utøves av karakterer eller *roller*. Frønes (2001: 94) påpeker at rollene må forstås i lys av forventninger knyttet til aktørenes posisjon i forløpet, og ikke bare som posisjoner med et gitt sett av forventninger. Dette betyr at forventningene til en rolle vil endre seg etter hvilken fortelling den er en del av, og hvor den befinner seg i fortellingens forløp.

Denne fremstillingen tydeliggjør hvordan fortellerne, ved å velge ut noen ting og kombinere disse på bestemte måter, former mening, årsaker og sammenhenger, som videre gir et bestemt inntrykk av karakterene, deres handlinger og motivasjoner⁸ (Frønes 2001: 96). Seleksjonen og kombinasjonen av fortellingens elementer vil fremme et bestemt budskap – «make a point» (Gubrium og Holstein 2009: 75) – for eksempel ved at kirurgens vellykkede operasjonsfortelling underbygger nytten og verdien av kirurgi. Frønes (2001: 96) understreker at fortellingene, og deres tilhørende plott, styrer meningsdanning i våre liv, og at de er

⁸ Ikke ulikt denne undersøkelsen. For en diskusjon av feltarbeiders narrative karakter, se Edward Bruner (1997).

sentrale for våre forståelser og beskrivelser av verden. Dette gjør fortellinger til betydningsfulle «bærere» av prestisje.

2.4.2. Feltarbeidsfortellinger

Sykdomsfortellingen skal studeres slik den kommer til uttrykk i medisinundervisningen, og jeg har valgt feltarbeidet som datainnsamlingsstrategi. Dette er inspirert av Jaber Gubrium og James Holsteins forståelse av «narrativ etnografi» (1999, 2008, 2009), en etnografisk tilnærming til studiet av fortellinger. Rammeverket er komplekst, men jeg forholder meg til de generelle poengene i begrepene deres om narrativt arbeid (*narrative work*) og narrative omgivelser (*narrative environments*).

Med *narrativt arbeid* mener de at fortellinger ikke ligger «latente» i det enkelte individ, klare til å fremføres bare man gir dem muligheten. I stedet understreker de den *interaktive* karakteren til enhver fortelling. Hva som fortelles, hvordan det fortelles, og hva man søker å oppnå med fortellingen, vil være påvirket av situasjonen man befinner seg i (Gubrium og Holstein 2009: xvii, 39). Med denne forståelsen problematiserer de også oppfatningen om fortelleren i éntall. Fortellinger er vel så ofte noe man samarbeider om, gjennom stadige skifter av rollene som forteller og tilhører (Gubrium og Holstein 2009: kap. 8).

Narrative omgivelser er kontekstene som fortellingene foregår innenfor, det kulturelle repertoar som de er en del av (Gubrium og Holstein 2009: xviii). For denne undersøkelsen innebærer dette at fortellingen må forstås og analyseres frem i lys av en større medisinsk-kulturell kontekst. Hensynet til denne konteksten er avgjørende for å forstå hvordan sykdomsfortellingen så å si kan være «bærer» av hjernehinneblødningens prestisje.

Disse begrepene åpner også for et mindre enhetlig syn på fortellinger. I samhandlingen mellom mennesker er det langt fra sikkert at fortellerne blir gitt, eller tar, muligheten til å fortelle en fortelling i dens helhet. De kan stoppe eller begynne midtveis i fortellingen, eller bare hentyde til den, med bestemte tegn og koder som de innvidde forstår (Kalčík 1975; Gubrium og Holstein 2009: xvii). Studentene fortalte for eksempel hvordan legers fagspråk *peker til* ulike sykdommer og diagnoser, ved at «[...] du vet at *det* ordet innebærer at *den* diagnosen er lite sannsynlig.» Selv om informantene ikke forteller hele fortellingen, kan altså ordene og uttrykkene de bruker *konnotere* til slike fortellinger. Dette gjør at feltarbeidets fortellinger kan være *fragmenterte* fortellinger, «spredd» i ulike utsagn og språkfigurer som på ulike måter viser til disse fortellingene. Hjernehinneblødningens fortelling er et eksempel på dette, og i neste kapittel (3.5) skal jeg redegjøre for hvordan jeg rekonstruerte denne.

2.5. Oppsummering

I dette kapitlet har jeg presentert og diskutert tidligere forskning på sykdom, prestisje og fortellinger. Forståelsene av sykdom todeles ofte i pasienters subjektive «illness» og legers objektive «disease». Sosiologer som Freidson og Album har problematisert dette skillet, og argumentert for at også «disease» er basert på fortolkning. Dette gjør det mulig for sosiologer å studere slike «objektive» sykdommers meningsinnhold, og det er basert på en slik forståelse jeg har valgt å studere nevrokirurgers forståelse av hjernehinneblødningen.

Prestisjeforskningen studerte lenge yrkers og medisinske spesialiteters prestisje, frem til Album også inkluderte *sykdommer* i sine prestisjekartlegginger. Han fant at legene var i stand til å vurdere sykdommers prestisje, og spekulerte også i hvilke kriterier som kan strukturere disse vurderingene. Forståelsen av medisinsk prestisje er likevel mangelfull. Det er behov for å vite mer om forestillingene som muliggjør prestisjerangeringer, hvordan disse produseres og reproduseres, og hvordan sykdommer kan bidra til å konstituere spesialiteters prestisje. Dette er tomrom jeg søker å fylle med denne studien.

For dette formål har jeg presentert en analytisk forståelse av prestisjebegrepet, der jeg argumenterer for å forstå prestisje som autonomt fra penger og makt, basert på en egen symbolsk logikk. Undersøkelsens prestisjebegrep viser til hierarkiske, delte og relasjonelle vurderinger av anseelse som kan angå enhver kategori. Disse prestisjehierarkiene kan studeres på mikronivå ved å fokusere på informantenes verdsetting, der de vurderer og rangerer *noe* over eller under *noe annet*.

Endelig har jeg argumentert for at sykdomsprestisjen kan forstås ved å studere den som innvevd i legers *sykdomsfortellinger*. Dette innebærer å analysere deres forestillinger om hjernehinneblødningen slik den forløper over tid, med faser, karakterer og et plott.

Dette utgjør studiens teoretiske landskap. I neste kapittel skal vi se nærmere på dens metoder og datamateriale, og hvordan jeg gjennomførte feltarbeidet i medisinundervisningen.

Kapittel 3.

Feltarbeidet

For å studere hjernehinneblødningens fortelling, og hvordan denne inngår i sykdommens og nevrokirurgiens prestisje, har jeg utført et feltarbeid i medisinstudiets undervisning. I det følgende skal jeg presentere og diskutere de valgene jeg har måttet foreta før, under og etter feltarbeidet, for å produsere denne endelige undersøkelsen. Jeg vil begynne med å diskutere valget av feltarbeid som metode, og hvordan jeg har avgrenset undersøkelsens felt (3.1). Så følger en diskusjon av de mange valgene jeg måtte foreta underveis i feltarbeidet (3.2), hvilken betydning min deltagelse har hatt for datamaterialet (3.3), og undersøkelsens etiske aspekter (3.4). Til slutt skal jeg diskutere hvordan jeg utførte undersøkelsens analyser (3.5).

3.1. Feltarbeid som metode

Dette er den første etnografiske undersøkelsen av sykdommens og medisinske spesialiteters prestisje, til tross for en lang sosiologisk tradisjon med feltarbeid i medisinsk kultur (se Merton m. fl. 1957; Becker m. fl. 1961; se også Goodson og Vassar 2011). Et feltarbeid kan defineres som en kvalitativt orientert forskningsstrategi der man observerer, deltar i og skriver om en eller flere etnisk, kulturelt eller sosialt definerte grupper (Madden 2010: 16; Emerson m. fl. 2011: 1). Feltarbeid forstås ofte synonymt med *deltagende observasjon*, en metode Howard Becker (1970: 25) beskriver som datainnsamling gjennom deltakelse i informantenes dagligliv, med fokus på hvilke situasjoner de inngår i, og hvordan de oppfører seg i dem. Dette er en dobbel aktivitet, der man deltar i samhandling med andre, samtidig som man observerer hva de foretar seg (Fangen 2004: 29).

Feltarbeidet kan gi innsikt i ellers utematiserte sider ved sosialt liv. Cato Wadel (1991: 188-89) skriver at det i enhver kultur er data som er utilgjengelige, eller i det minste vanskelig tilgjengelige, ved andre metoder enn deltagende observasjon. Han mener dette særlig gjelder informasjon om forhold som (1) er så selvsagte for informantene at de mener det ikke er noe vits å snakke om dem; (2) er så selvsagte at informantene ikke er dem bevisst; (3) er så personlige eller sensitive at informantene ikke vil si noe om dem; (4) forutsetter teoretisk og metodisk kunnskap som informantene ikke besitter, og følgelig ikke kan si noe om. Den medisinske prestisjen kan tenkes å være en blanding av disse forholdene, forstått som en selvsagt, førrefleksiv, sensitiv eller «taus» form for kunnskap. Den er noe legene til tider kan

snakke om, men som de ikke nødvendigvis forstår som prestisjesnakk (Album 2010: 255-56). Dette gjør deltagende observasjon til en velegnet strategi for å undersøke prestisje i medisinsk kultur.

Deltagende observasjon innebærer også at forskeren kan få data på et «nært» nivå, i den forstand at man kan tolke hva informantene faktisk gjør, og ikke bare deres snakk om hva de gjør (Wadel 1991: 186). Wadel mener feltarbeidere primært ønsker data på et så «nært» nivå som mulig. Dette har vært en viktig grunn for å studere medisinnundervisning, siden mine data er «nærmere» den medisinske hverdagen enn for eksempel en intervjuundersøkelse ville vært. Min interesse for informantenes fortellinger gjør likevel at jeg forholder meg noe pragmatisk til denne nivåinndelingen. Viktigere enn å tilstrebe data på nærmest mulig nivå, er det å reflektere over situasjonene fortellinger blir fortalt i (Sandberg 2009: 491).

Feltarbeidet gir også et større situasjonsmangfold enn en intervjuundersøkelse ville gitt. Katrine Fangen (2004: 31) mener et slikt mangfold gjør feltarbeidsdataene «rike», siden man får et svært sammensatt bilde av kulturen man studerer. Hun mener også at denne erfaringsrikdommen kan føre til en bedre forståelse og fortolkning av feltet. Gitt min sparsommelige erfaring med medisinsk virksomhet forut for feltarbeidet, har dette vært særdeles viktig for arbeidet med analysene.

3.1.1. Feltets avgrensning

Et «felt» er et utsnitt av den sosiale virkeligheten (Kalleberg m. fl. 2009: 71). Raymond Madden (2010: 38-39) argumenterer for at det ikke finnes ferdig avgrensede felt «der ute» som man kan tre inn i, men at feltet i stedet er noe man *skaper* i et forsøk på å sette grenser for undersøkelsen.

Mitt felt er for det første avgrenset til det seksårige *medisinstudiet* ved Universitetet i Oslo. Medisinstudiet er den viktigste institusjonen for å reprodusere medisinsk kultur (Hughes 1955: 22), og mye tyder på at studentene lærer hva som har høy og lav prestisje i løpet av studietiden. Album (1991: 234) finner støtte for dette, ved at studentenes prestisjevurderinger blir likere legenes jo lenger ut i studieløpet de kommer. Dette er følgelig en egnet arena for å studere overføringen av medisinsk kultur og prestisje.

For det andre er undersøkelsen avgrenset til medisinstudiet *undervisning*. Når jeg har valgt å fokusere på denne fremfor studiets pensum, skyldes det at underviserne i større grad enn det skrevne ord er bærere av personlighet, tonefall, kroppsspråk og annet som farger det de snakker om. Som en av underviserne sa det: «Det hadde vært fint om undervisningen hadde vært fullstendig uten personlighet, og uten noen som helst normativitet. Men da er jeg

ikke sikker på om det ville vært *undervisning*, altså.» Diskrepansen i studentenes og undervisernes kunnskap gjør i tillegg undervisningen til en arena der det «selvfølgelige» må gjøres tydelig. Det som er underforstått blant legekolleger, kan virke fremmed og uforståelig for studentene. Dette innebærer både at underviserne må eksplisere mye av det som ellers tas for gitt, og at studentene kan komme til å spørre underviseren om det selvfølgelige. Dette kan gjøre undervisningen til en arena der «taus» og uformell prestisjekunnskap blir tydeligere artikulert.

For det tredje ser jeg på undervisningen i *nevrokirurgi*⁹. Nevrokirurgi er den gren av kirurgien som opererer på hjernen, ryggmargskanalen og det perifere nervesystemet (Langmoen m. fl. 2010: 679), og undervisningen i spesialiteten er lagt til studiets syvende og ellefte semester. Som all annen medisinundervisning er denne obligatorisk for *alle* studenter, ettersom de ikke spesialiserer seg før *etter* endt utdanning (Larsen 2002: 46).

For det fjerde er studien avgrenset til undervisningen av én nevrokirurgisk sykdom, *hjernehinneblødning*. Interessen for denne sykdommen vokste frem underveis i feltarbeidet, da det ble tydelig at underviserne viet sykdommen særlig oppmerksomhet. Den har som nevnt ikke blitt rangert i tidligere sykdomsprestisjeundersøkelser, men flere av underviserne fremhevet den som en av de *mest* prestisjefylte sykdommene i medisinen. Sykdommen ble valgt på grunn av dens høye prestisje, i et forsøk på å supplere tidligere forsknings ensidige fokus på lavt vurderte sykdommer. Som høyprestisjesykdom er det også tenkelig at den kan si noe allment om verdsetting i medisinen (se 2.3.2).

Undersøkelsen er altså avgrenset til å studere hjernehinneblødningen slik den læres bort i nevrokirurgiundervisningen på medisinstudiet ved Universitetet i Oslo. Undersøkelsen favner likevel bredere enn hva dette skulle tilsi. Jeg begrenser meg for eksempel ikke slavisk til den formelle undervisningen, men inkluderer også det som foregår blant undervisere og studenter både før og etter disse formelle situasjonene. Formålet er å analysere frem nevrokirurgers forståelse av HHB, og jeg har derfor søkt å ta del i så mange av de medisinsk relaterte situasjonene som mulig, inkludert pauseprat i undervisningen. Jeg inkluderer også studenters utsagn, der disse sier noe hvordan sykdommen og nevrokirurgien oppfattes. I tillegg anlegger jeg også bestemte perspektiver på dette feltet. Jeg analyserer frem sykdommens *fortelling*, og hvordan denne er relatert til sykdommens og nevrokirurgiens

⁹ I Norge har vi fem nevrokirurgiske avdelinger. Disse er lokalisert til Trondheim, Bergen, Stavanger, Tromsø og Oslo. Enkelte av underviserne ga uttrykk for at vi har *seks* avdelinger. De regnet den nevrokirurgiske virksomheten på Rikshospitalet og Ullevål sykehus som to avdelinger, selv om disse formelt er organisert under Oslo universitetssykehus (OUS 2010).

prestisje. Selv om jeg studerer en smal del av den medisinske virkeligheten, er hensikten er å bruke dette «lille» til å si noe mer allment om medisin, sykdom og prestisje.

3.2. Gjennomføring

Feltarbeidet innebar mer enn å gå ut i feltet og bare «hente» data. Det var tvert imot en høyst selektiv aktivitet. Med Arthur Koestlers ord kan man si at: «[...] the collecting of data is a discriminating activity, like the picking of flowers, and unlike the action of a lawnmower» (som sitert i Wadel 1991: 75-76). Mens jeg i forrige del konstruerte min «blomstereng», skal vi nå se hvordan jeg plukket mine «blomster».

3.2.1. Undervisningsøktene

Feltarbeidet varte fra 26. oktober til 20. desember 2012. I løpet av denne perioden deltok jeg i 29 formelle undervisningsøkter:

| Undervisningstype (semester) | Antall | Varighet |
|---|-----------|----------------|
| Klinisk smågruppeundervisning (11.) | 17 | 2,5t |
| Klinisk smågruppeundervisning, nevrologi (7.) | 3 | 3t |
| Klinikk (7.) | 3 | 2t |
| Diskusjonsgrupper, nevrologi (7.) | 4 | 1,5t |
| Forelesning, nevrologi (7 og 12.) | 2 | 2t |
| Totalt: | 29 | Ca. 68t |

Tabell 2: Oversikt over formelle undervisningsøkter

Med deltagelse i både smågruppe- og klinikkundervisning dekket jeg det meste av nevrokirurgiundervisning på medisinstudiet, med unntak av tre klinikker og én forelesning for studenter på tolvte semester (som jeg ikke fikk vite om før det var for sent å ta del i dem). Jeg mener derfor å ha fått god oversikt over hva som kjennetegner undervisningen i nevrokirurgi.

Jeg fulgte også undervisning i nevrologi, en ikke-kirurgisk spesialitet som omfatter diagnose og behandling av organiske sykdommer i det sentrale og perifere nervesystemet, samt visse muskelsykdommer (Store norske leksikon 2005). Studien var opprinnelig ment å omfatte både nevrologi og nevrokirurgi, siden de er tilgrensende spesialiteter med svært ulik prestisje (nevrologi rangeres på 15. plass i prestisjeundersøkelsene (Album 1991; Album og Westin 2008)). Ettersom studiens format er begrenset, og jeg i større grad fikk tilgang til

nevrokirurgiundervisning, har nevrologi i etterkant måttet vike. Enkelte observasjoner fra denne undervisningen har likevel blitt viet plass, der disse har kunnet illustrere allmenne poenger av relevans for analysene.

Av undervisningstypene har jeg i størst grad deltatt på nevrokirurgiens *kliniske smågruppeundervisning*. Her kom det hver uke en ny gruppe studenter, og jeg fulgte i alt seks slike grupper. Undervisningen gikk ut på at to til åtte studenter fulgte en underviser i undersøkelsen av pasienter på sykehuset. Studentene fikk muligheten til å intervju og undersøke pasientene, og undervisningen varierte med pasienttilfanget på sykehuset. Det ble også forelest om en rekke temaer, og deler av undervisningen gikk med til å snakke mer generelt om pasientenes sykdommer. Jeg prioriterte smågruppene fordi de tilrettela for uformelle og verdsettende samtaler mellom underviseren og studentene, og fordi de ga meg større mulighet til å snakke med informantene.

Jeg deltok også i *klinikker*, der én underviser og 20-30 studenter diskuterte diagnostikk og behandling av ulike pasienter. Pasientene skal ideelt sett være til stede i egen person, men på grunn av logistiske problemer var det ingen pasienter i klinikkene jeg fulgte. I stedet fikk studentene i oppgave å diskutere kasus basert på ulike sykehistorier. Undervisningen var som regel delt i to, der underviseren foreleste den første timen, og brukte den andre timen på å la én og én student diagnostisere pasientkasus foran de andre.

Mens feltarbeidet pågikk deltok jeg i tre til fem undervisningsøkter i uken. Selv om øktene var relativt hyppige, var de likevel korte. De varte mellom halvannen til tre timer, i tillegg til tiden brukt på å snakke med informantene i for- og etterkant. Slike «oppstykkede» feltarbeid kaller Madden (2010: 80) *step-in-step-out ethnography*, med henvisning til at feltarbeideren går ut av feltet etter endt økt. Han mener slike feltarbeid blir stadig vanligere, til tross for at noen, særlig antropologer, vil se dem som uforenlige med den grad av innlevelse som bør kjennetegne et feltarbeid. Madden understreker likevel at slike kortvarige feltarbeid har samme målsetning som de lange: Å komme så nær deltakerne som mulig, samtidig som man opprettholder sin kritiske distanse.

For min egen del ville lengre økter svekket, heller enn styrket, observasjonene mine. Jeg siktet mot å skrive omfattende feltnotater, og måtte dermed konsentrere meg intenst for å huske det som skjedde. Av hensyn til hukommelsen ville heller *kortere* økter vært å foretrekke, men her var jeg prisgitt medisinerundervisningens strukturer. To-tre timer var uansett helt på smertegrensen for hvor lenge jeg klarte å holde konsentrasjonen oppe, og det var tidvis svært slitsomt å skulle skrive feltnotater i etterkant.

3.2.2. Informanter

Totalt møtte jeg syv undervisere og rundt 80 studenter i løpet av feltarbeidet. Studentene omtales bare som studenter. Fem av underviserne er så fremtredende i analysene at de har fått egne navn. Fire av dem er undervisere i nevrokirurgi, og har fått navnene Professoren, Overlegen, Hjernekirurgen og Klinikklederen. Den femte er nevrolog, og har for enkelhetens skyld fått navnet Nevrologen. Av hensyn til deres konfidensialitet holder det å si at alle er menn mellom 40 og 70 år.

Det er særlig Professoren som har vært min *nøkkelinformant* (Wadel 1991: 54). Hans interesse for prosjektet er hovedgrunnen til at jeg fikk følge undervisningen i nevrokirurgi, og det var også han som skaffet meg innpass i klinikkundervisningen. Professoren fremstod som en særdeles dannet mann, med stor innsikt i medisinen og det samfunnsvitenskapelige studiet av den. Som veletablert nevrokirurg virket han å ha et svært refleksivt forhold til egen kultur, med en lignende innsikt som Doc i William Whytes (1993) studie av «Cornerwille», eller George i Wadels (1973) studie av arbeidsledige på Newfoundland. Ofte utviste han langt større medisinsk-sosiologisk innsikt enn meg selv, og jeg må innrømme at det var litt merkelig å skulle studere en som kom med stadige bidrag til litteraturlisten min. Vi spøkte ofte om at UiO burde lønne ham for hans veiledning av denne oppgaven.

3.2.3. Deltagelse, observasjon og notater

I ethvert feltarbeid må man balansere forholdet mellom deltakelse og observasjon. Wadel deler deltakende observasjon i fire, basert på om man observerte eller deltok i samtalene, og om man observerte eller deltok i aktivitetene (1991: 46). Ved å følge undervisningen var jeg til en viss grad en deltaker i *aktivitetene* på lik linje med de andre studentene. Unntaket var situasjoner der studentene var forventet å være aktive, som når de skulle svare på spørsmål eller undersøke pasienter. Da måtte jeg innta en observatørrolle. Deltakelse i *samtalene* var begrenset til de uformelle situasjonene før, etter og underveis i undervisningen. Den formelle undervisningen ga meg altså begrensede muligheter til å samhandle med informantene.

Jeg skrev notater både underveis i og etter feltøktene. Underveisnotatene ble skrevet på en liten arbeidsblokk der jeg noterte stikkord, sitater og annet som kunne hjelpe meg i skrivingen av de fulle feltnotatene. Observasjonene var til en viss grad deduktive eller *teori-drevne* (Album 1996: 248-49), rettet av min interesse for det prestisjerelevante i hva informantene sa og gjorde. Jeg viet særlig oppmerksomhet til enhver form for rangering og vurdering av sykdommer og spesialiteter. Uten dette som perspektiv fra starten av, ville jeg antageligvis ikke merket meg verdsettingen i samme grad. Likevel var jeg usikker på hva som

kunne ha med prestisje å gjøre. Derfor forsøkte jeg å skrive så omfattende feltnotater som jeg orket etter hvert feltarbeid. Her inkluderte jeg det åpenbart prestisjerelevante, samt «alt det andre» som *kunne* ha med prestisje å gjøre. Dette balanserte til en viss grad det teoridrevne ved observasjonene mine, og gjorde feltnotatene mer datadrevne eller induktive.

Etter hver økt satte jeg meg ned for å nedtegne dagens erfaringer. Jeg forsøkte som sagt å skrive svært utfyllende notater, og det gikk med langt mer tid til skriving enn til selve feltarbeidet. I begynnelsen opplevde jeg skrivingen som en slags *katarsis*, men mot slutten av feltarbeidet ble den langt mer pinefull. Notatene tok lang tid, og etter hvert som jeg ble bedre til å skrive detaljerte notater, ble skrivetiden forlenget ytterligere. For analysene har det likevel vært en stor fordel å ha et så rikt materiale å forholde seg til.

Jeg brukte lydopptaker i situasjoner med bare meg og mine informanter til stede. Disse opptakene har vært essensielle for å kunne utføre presise og troverdige fortellingsanalyser (Gubrium og Holstein 2009: 35-36). Ulempen var likevel at jeg ikke kunne gjøre opptak rundt pasienter, i støyete lokaler, eller *for ofte*. Ettersom det tar like lang tid å høre på opptakene som å spille dem inn, og fire til åtte ganger så lang tid å transkribere dem, måtte jeg være selektiv med hva jeg tok opp. Sistnevnte var en dyrekjøpt erfaring, da jeg til slutt satt igjen med vel 37 timer opptak.

24 av disse opptakstimene ble transkribert, og feltarbeidet resulterte i omtrent 730 sider med notater. I tillegg til disse tok jeg kontinuerlig «*headnotes*», ved mentalt å bearbeide erfaringene i etterkant av hver feltarbeidsøkt (Fangen 2004: 69). Roger Sanjek skriver at slike mentale notater er de viktigste man tar i løpet av feltarbeidet, og at de skriftlige notatene ikke blir primære før etter feltarbeiderens død (1990: 93). Dette er et viktig poeng. Analysen min baserer seg i stor grad på slike *headnotes*, og feltnotatene er, som Album (1996: 238-39) understreker, først og fremst ment å gjenskape erfaringer i hukommelsen.

3.2.4. Feltsamtalene

Selv om store deler av feltarbeidet ble viet til observasjon av samtaler og aktiviteter, fikk jeg ofte muligheten til å snakke med mine informanter. Gitt interessen for deres fortellinger er disse *feltsamtalene* (Fuglestad og Wadel 2011: 221) en viktig del av erfaringsmaterialet for undersøkelsen. Dette bryter med forrangene mange feltarbeidere gir naturlig forekommende interaksjon (se Emerson m. fl. 2011: 168), men jeg anser det som rimelig å bruke slike samtaler som data, så lenge man tar hensyn til at også disse er situerte.

De fleste feltsamtalene var simpelthen småprat med studenter før, under og etter de ulike undervisningstypene. Studentene var ofte nysgjerrige på hvorfor jeg fulgte dem i

undervisningen, og det var lett å komme i samtale med dem. De fleste samtalene var korte, men et par ganger ble vi stående over lengre tid å snakke. Ved én anledning fikk jeg også bli med dem til lunsj. Vi snakket ofte om den medisinske prestisjen, og hva de tenkte og mente om fenomenet. Vi snakket også endel om medisinstudiet. Her fikk jeg vite mye jeg ellers ikke kunne fått innsikt i, gitt mitt begrensede utvalg av undervisningstyper og spesialiteter.

Samtalene med Professoren var mer omfattende. Han satte ofte av lang tid etter hver smågruppe til å snakke med meg. Totalt hadde vi 13 lengre samtaler, som i gjennomsnitt varte 45 minutter hver – den korteste på ti minutter og den lengste på to og en halv time. De var løst strukturerte og handlet om alt fra medisin til filosofi. Gjennom samtalene utviklet vi et ganske sterkt tillitsforhold til hverandre – et forhold som har hatt stor betydning for kvaliteten på informasjonen jeg fikk i feltarbeidet (Fuglestad og Wadel 2011: 188). Praten foregikk til en viss grad på hans premisser, men jeg fikk mulighet til å stille ham spørsmål jeg ikke turte eller hadde anledning til å stille de andre informantene. I tillegg kunne jeg pendle mellom ham og de øvrige informantene (Wadel 1991: 56), ved å fortelle om det jeg hadde erfart, og spørre hva han tenkte om dette. Jeg tok svært få notater underveis, men i etterkant skrev jeg fyldige notater basert på hukommelsen.

I tillegg til disse samtalene arrangerte jeg også et *gruppeintervju* (Frey og Fontana 1991: 183) med tre studenter. Jeg ønsket å få utdypet sider ved medisinen som jeg mente jeg manglet innsikt i, som legespråket, studiets oppbygning, om de erfarte mye «prestisjesnakk», og hva de tenkte om undervisningen så langt. Dette ble utført i studietiden, på et av deres kollokvierom, og var løselig strukturert rundt mine få forberedte spørsmål. Studentene virket å ta intervjuet som en mulighet til å reflektere over eget virke, og det utviklet seg til å bli en situasjon der de fremmet sin frustrasjon og fascinasjon over enkelte sider ved medisinstudiet. Deler av dette intervjuet inngår i analysene.

Det kan også nevnes at min hyppige deltakelse gjorde at jeg ble på hils med mange av medisinstudentene. Dette førte til mang et tilfeldig «gruppeintervju» på vei til og fra undervisningen, og feltarbeidet kan derfor sies å strekke seg langt utenfor studiets formelle rammer.

3.2.5. Nærhet og distanse

Balansegangen mellom *nærhet* og *distanse* innebærer å komme tett nok på informantene til å forstå deres verden, samtidig som man beholder tilstrekkelig distanse til å sette ord på det selvfølgelig ved det man erfarer (Album 1996: 241). Den klassiske antropologiske metode for å oppnå denne balansen har vært bokstavelig talt å distansere seg fra sin kultur, ved å reise til et fjerntliggende og fremmed sted (Rugkåsa og Thorsen 2003: 12). Sosiologer utfører

oftere «feltarbeid i egen kultur», og står følgelig nærmere sitt studieobjekt. Nærheten kan gjøre at man glemmer å stille spørsmål ved det man erfarer (Wadel 1991: 18), noe som har ført til en debatt om det overhodet er mulig å utføre gode feltarbeid i egne samfunn (Rugkåsa og Thorsen 2003: 12).

Jeg føler ikke medisinsk kultur er «min egen», selv om den ligger noen få trikkestopper fra Blindern. George Banay (1948: 1) sa «There is hardly any other aspect of medicine that is so discouraging for the beginning student as medical terminology», og jeg kunne knapt vært mer enig. Det medisinske fagspråket gjorde det svært vanskelig å forstå hva underviserne og studentene snakket om. Til å begynne med var utfordringen derfor å oppnå *nærhet* til medisinsk kultur. Jeg brukte mye tid på å lære meg medisinske begreper, og leste både fagartikler og populærvitenskapelige bøker for å skjønne mer av hva de snakket om.

Samtidig har jeg mye til felles med mine informanter. Jeg lever i samme by, er student ved samme institusjon, og deler stort sett normer og verdier med underviserne og studentene. Etter hvert som fagspråket ble mindre avskrekkende, ble det å opprettholde distanse et større problem. Ikke bare begynte jeg å ta ting for gitt, jeg ble også svært fascinert av menneskene og faget jeg studerte. På mitt mest fascinerte veiet jeg kostnadene ved ytterligere seks år med studier opp mot belønningen det ville være å kunne kalle seg lege. Denne litt klisjefylte trangen til å «*go native*» kom over meg i den mest intense perioden av feltarbeidet. Jeg tror kanskje den sier noe allment om hvordan det føles å tre inn i den prestisjefylte medisinen. Etter hvert som feltøktene avtok i hyppighet, gjorde trangen til å bli lege det samme.

Nærheten har nok ikke begrenset mine muligheter til å utføre tilstrekkelig distanserte analyser. Album (1996: 241) mener man må skille mellom feltrelasjonene og det analytiske produktet, og sier det er viktigst å balansere nærhet og distanse i sistnevnte. For meg har idealet vært å komme nær nok til å forstå informantenes forståelse av hjernehinneblødningen, men samtidig være distansert nok til å forstå hvordan denne henger sammen med prestisje. Mitt analytiske apparat, med vekt på prestisje og fortellinger, har hjulpet meg til å opprettholde balansen mellom det nære og det fjerne. Jeg har fått et detaljert innblikk i, men samtidig opprettholdt en analytisk distanse til meningsuniverset jeg har studert.

3.3. Feltarbeiderens betydning

Som feltarbeider inngår man uunngåelig i relasjoner med informantene. Ved å reflektere over disse forskningsrelasjonene synliggjør man forholdene kunnskapene er blitt produsert under

(Widerberg 2001: 28). I det følgende skal jeg vurdere hvordan min deltagelse og mitt forhold til informantene har påvirket dataene og tolkningene mine.

3.3.1. Min påvirkning på feltet

Bare ved å være tilstede i feltet vil man påvirke samhandlingen på ulike måter. Så lenge man reflekterer over betydningen av denne påvirkningen, trenger den ikke virke «forurensende» på datamaterialet (Emerson m. fl. 2011: 4). Min feltpåvirkning har variert med undervisningstypene. I den forelesningspregede klinikkundervisningen var jeg ganske anonym, selv om studentene og underviserne nok var oppmerksomme på at jeg var til stede. I smågruppeundervisningen var jeg langt synligere. Her hendte det oftere at både studenter og undervisere henvendte seg til meg med spørsmål eller kommentarer, og jeg benyttet også muligheten til å stille dem spørsmål om det de drev med. Jeg var således ingen «flue på veggen». Hadde jeg ikke deltatt i undervisningen, ville den forløpt annerledes.

Av etiske hensyn fortalte jeg informantene om min interesse for sykdommers og spesialiteters prestisje (se også 3.4.2). Dette muliggjorde mange feltsamtaler om prestisje, samtidig som informantene trolig kviet seg for å komme med åpenbart normative utsagn om ulike aspekter av medisinen. Jeg merket blant annet at underviserne kunne rette på seg selv etter å ha kommet med spøkefulle kommentarer om andre spesialiteter. Likevel er det ikke dette *eksplisitte* prestisjesnakket som er studiens primære fokus. Ettersom sykdomsprestisje er antatt å være «taus» kunnskap, er jeg hovedsakelig opptatt av prestisjens *implisitte* tilsynkomst. Det er mulig at min åpenhet gjorde dem *mer* bevisst slik implisitt verdsetting, men som analysene snart vil vise, var ikke undervisningen fri for normativitet. Jeg mener derfor at åpenheten ikke har undergravd muligheten for å studere hjernehinneblødningens og nevrokirurgiens prestisje.

3.3.2. Feltrelasjoner

En forståelse av feltarbeidets relasjoner er en forståelse av hvilken definisjon av situasjonen som gjelder idet informantene gir sine opplysninger (Album 1996: 240). For at samhandling skal komme i stand må forskeren bli tilskrevet en rolle av informantene, og denne rollen avhenger både av systemets repertoar og forskerens kjennetegn, som alder, kjønn og status (Album 1996: 244).

Som mannlig sosiologstudent på 23 år har jeg lettere blitt tilskrevet noen roller enn andre. Min unge alder er en av grunnene til at jeg ville studere studenter. Jeg forventet at det ville være lettere å få kontakt med og gå godt overens med jevnaldrende, en forventning jeg

mener å ha fått bekreftet. Det var lett å være rundt studentene, og jo bedre kjent vi ble med hverandre, jo mer anså jeg dem som studiekamerater. Jeg tror de fleste tolket meg mer som en likeverdig student enn som forsker, og mistenker at de færreste tenkte jeg bedrev «skikkelig» forskning. Dette gjorde dem antageligvis noe mer tilbakelent overfor meg og mitt prosjekt.

Som mann var jeg en minoritet blant medisinstudentene, der omtrent 60 prosent er kvinner (Taraldset 2004). En av gruppene, med fem kvinner og en mann, påpekte spøkefullt at jeg ødela kjønnsbalansen deres. Ellers virket «minoritetsstatusen» i liten grad å prege min relasjon til informantene. Jeg gikk godt overens med både de mannlige og kvinnelige studentene, og snakket stort sett om det samme med representanter fra begge kjønn.

Jeg var også av lavere rang enn studentene. Medisinstudiet har langt høyere opptakskrav enn sosiologistudiet, og studentene utdanner seg til et vel ansett og høyt lønnet yrke (Hansen 2005). Det avgjørende er likevel ikke våre objektive strukturelle forskjeller, men hvordan rangen virket inn på vår relasjon. Jeg erfarte ikke å være en underordnet overfor studentene. Forholdet var heller kjennetegnet av en mild gjensidig eksotisme, ettersom deres studium var ganske fremmed for meg, og sosiologien også var noe fremmed for dem. På den annen side var nok ikke metoden min så høyt ansett i den kvantitativt dominerte medisinen (Frich 2007). Jeg tror min kvalitative forskningstilnærming fikk dem til å oppfatte meg som en «myk» forsker, litt ufarlig, en det var greit å snakke med. Det passet meg fint.

Overfor underviserne ble jeg tilskrevet andre roller. I lys av min unge alder virket de å akseptere at jeg hadde sparsommelig innsikt i medisinen, og som Album (1996: 244) opplevde jeg at det «[...] var som om det var rimelig at et ungt menneske vandret omkring i tilsynelatende halvsvime og undret seg over hva mennesker holdt på med». Da jeg etter min første feltarbeidsøkt ble spurt hvordan jeg følte det hadde gått, og jeg dels resignert, dels spøkefullt svarte at jeg ikke hadde skjönt noen ting, lo underviseren godt før han tilbød meg noe litteratur som kunne hjelpe forståelsen. Forholdet til underviserne minnet slik om en lærer-student-relasjon, ikke ulik den man har til undervisere ellers på universitetet.

Som mann var jeg av samme kjønn som samtlige undervisere¹⁰. Dette påvirket særlig min relasjon til Professoren. Vi delte noen maskuline verdier som vi antageligvis ikke ville delt hvis han eller jeg var kvinne. Denne maskuliniteten preget forholdet vårt, og ga samhandlingen en gutteaktig og kameratslig tone.

Statusforskjellen mellom underviserne og meg var stor. Nevrokirurger har høyest prestisje i den prestisjefylte medisinen, og som sosiologistudent var jeg i en klart underordnet

¹⁰ Det finnes 109 godkjente nevrokirurger i Norge, tolv kvinner og 97 menn (Den norske legeförening 2013).

posisjon. Med dette skiller jeg meg fra feltarbeidere flest, som tradisjonelt har studert marginaliserte minoritetsgrupper (se Lie 2012b). Det var likevel noe gjenkjennelig over denne underordningen, da den minnet om relasjonen man som student har til universitetsprofessorer flest. Autoritetsforholdene ble riktignok forsterket av undervisernes portvokterfunksjon. Jeg ønsket ikke å si eller gjøre noe som skulle fornærme eller irritere dem, og var nok ekstra påpasselig med å handle på en «riktig» måte. Samtidig var ikke deltakelsen kjennetegnet av ren «underkastelse». Professoren virket å oppfatte meg som en habil samtalepartner hva sosiologi og filosofi angikk, og generelt virket det som min familiaritet med akademisk kultur ga meg en viss status i undervisernes øyne.

Overordnet fikk jeg altså ofte rollen som en litt ufarlig, men ikke helt håpløs student som kunne delta i undervisningen for å skrive en masteroppgave. Dette virket til en viss grad å senke informantenes skuldre, og har satt sitt preg på observasjonene jeg gjorde underveis i feltarbeidet.

3.4. Etikk

3.4.1. NSD og REK

Prosjektet ble meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), med beskjed om at jeg skulle gjøre både feltarbeid og intervjuer med medisinstudenter og deres undervisere. NSD godkjente prosjektet 25. oktober 2012 (se vedlegg 1).

Prosjektet ble også vurdert meldt til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), siden det skulle foregå blant pasienter på sykehuset. I samråd med REK fant vi det unødvendig å søke godkjenning derfra, siden informasjon om pasienter lå klart utenfor interesseområdet. For en studie som denne var det tilstrekkelig å skrive under på taushetserklæring for Oslo universitetssykehus, og dette gjorde jeg før feltarbeidet startet.

3.4.2. Informert og fritt samtykke

Ifølge De nasjonale forskningsetiske komiteers (NESH) retningslinjer skal informantene gis tilstrekkelig informasjon til å danne seg en rimelig forståelse av forskningsfeltet, følgene av deres deltakelse og formålet med forskningen, for slik å kunne tilslutte seg studien gjennom et informert og fritt samtykke. (2006: 12-13). Hensynet til det informerte og frie samtykket var en viktig grunn til at jeg fortalte informantene om studiens fokus på medisinsk prestisje (se 3.3.1). Jeg ønsket å gi et så korrekt bilde av studien som mulig, slik at informantene kunne slutte seg til og eventuelt trekke seg fra studien på et informert grunnlag. Generelt informerte jeg både muntlig og skriftlig om prosjektet, og informantene ble gitt et informasjonsskriv med

opplysninger og kontaktinformasjon (se vedlegg 2). Det var ingen som hadde problemer med eller ville reservere seg fra studien, og generelt fikk jeg god tilbakemelding på min deltagelse.

Jeg fikk ikke anledning til å informere *pasientene* om prosjektet mitt, ettersom underviserne mente dette ville stjele for mye av undervisningstiden. Jeg måtte derfor ikle meg legefrakk og fremstå som medisinstudent, og det var i denne rollen, ikke som forsker, at pasientene avga informasjon til meg. Selv om jeg verken snakket med eller noterte noe om enkeltpasienter, opplevde jeg det som problematisk å måtte holde min forskerrolle skjult for dem. Hadde jeg hatt mulighet, ville jeg fortalt dem om prosjektet. Ikke bare ville det vært etisk mer forsvarlig, men det ville også senket skuldrene mine i pasientbesøkene. Det var ubehagelig å vite at pasientene kunne «avsløre» meg som forsker (se Lofland og Lofland 1995: 47-48). Dette skjedde faktisk én gang, da studentene undersøkte en HHB-pasient for nakkestivhet. Da alle hadde fått prøve seg, spurte pasienten om ikke jeg også skulle kjenne etter, og underviseren måtte forklare at jeg var der for å forske på ham selv og studentene. I dette tilfellet ga jeg pasienten et informasjonsskriv, med beskjed om at hun bare måtte ta kontakt dersom hun skulle lure på noe.

3.4.3. Konfidensialitet

Med konfidensialitet i forskning menes at man ikke skal offentliggjøre data som kan avsløre den personlige identiteten til dem man forsker på, slik at man verner om privatlivets fred (NESH 2006: 18). Man kan skille mellom *ekstern* og *intern* konfidensialitet, der den eksterne angår at feltets utenforstående ikke skal kunne gjenkjenne informantene, og den interne angår at informantene ikke skal kunne gjenkjenne *hverandre* (Tolich 2004).

Mulige tiltak for å sikre ekstern konfidensialitet er endring av personnavn, stedsnavn, organisasjonsnavn og annet som kan avsløre enkeltpersoners identitet (Fangen 2004: 159). Av disse har jeg hovedsakelig valgt å endre personnavn. Informantene ble anonymisert allerede da jeg skrev notater, og en navneliste med underviserens og studentenes navn ble oppbevart fysisk adskilt fra de øvrige notatene, som ble lagret på min private passordbeskyttede PC. Sted- og organisasjonsnavn har i mindre grad blitt anonymisert. Dette skyldes at analytisk interessante aspekter ved organiseringen av de nevrokirurgiske avdelingene i Oslo (på Rikshospitalet og Ullevål sykehus) ville gått tapt om jeg anonymiserte stedet for undersøkelsen. Anonymisering av navn skal uansett være tilstrekkelig for at utenforstående ikke skal kunne gjenkjenne informantene.

Også den interne konfidensialiteten skal være ivaretatt. På grunn av utvalgets størrelse har enkeltpersoner blitt viet liten plass i de endelige analysene, og fokuset mitt ligger ikke på

studentene og underviserne som personer, men på hva de sa og gjorde. Enkelte undervisere utgjør et unntak, og det er en mulighet for at disse kan bli gjenkjent av både studenter og kolleger. Selv om ingen av disse sier noe «farlig» eller selvundergravende, har jeg spurt dem hvordan de vil anonymiseres. Jeg har også latt være å fortelle hvilket sykehus de underviser på, der dette har latt seg gjøre. I tillegg har Professoren – som den eneste av underviserne som har avgitt informasjon utenfor offisiell undervisning – lest og kommentert analysene mine. Slik mener jeg å ha sikret både den interne og den eksterne konfidensialiteten til mine informanter.

3.5. Analysene

Album (1996: 248) skriver at hans etnografi blant pasienter ble til «[...] i en uklar kombinasjon av å lage og finne». Sitatet viser at det kan være vanskelig å sette ord på den analytiske prosessen. Her vil jeg likevel gi det et forsøk, ved å gjøre rede for hvordan datamaterialet har blitt organisert og analysert.

Sorteringen av datamaterialet fant særlig sted i etterkant av feltarbeidet, da jeg leste gjennom de fulle feltnotatene på PC-en, og brukte Microsoft Words kommentarfunksjon til å beskrive alt i notatene som kunne ha med verdsetting å gjøre. Formålet med beskrivelsene var først og fremst å få oversikt over det prestisjerelevante ved dataene mine. Et typisk og uelegant eksempel på beskrivelsene er denne: «Studenten er imponert over balansen i den nevrokirurgiske behandlingen når underviseren sier at hematokrittet skal være 35 (pga. at dette er skjæringspunktet mellom to faktorer)». Jeg endte opp med 2009 slike. Jeg sorterte beskrivelsene, og den delen av feltnotatene de viste til, i eget dokument, under generelle kategorier av typen «diagnoser», «hjernen», «teknologi», «nevrokirurgi», «studiet», «legespråk», «kunnskapssyn», osv. Kategoriene fulgte en induktiv logikk, og var ikke noe jeg hadde laget på forhånd. Etter hvert ble «hjernehinneblødning» en egen kategori, ettersom jeg hadde særlig mange notater om denne. Det sorterte dokumentet ble på vel 150 sider, langt mer håndterlig enn de fulle feltnotatene. For å skrive de ulike kapitlene gikk jeg gjennom det sorterte dokumentet og laget en stikkordsliste om det aktuelle kapittemaet, som jeg så disponerte. Dette er en idealisert, men likevel ikke helt urimelig oversikt over hvordan datamaterialet har blitt sortert.

Fortolkningen av datamaterialet innebar mer enn denne sorteringen. Jeg har anlagt fortellingsanalysen (se 2.4) som mitt primære analytiske rammeverk, for å se hvordan hjernehinneblødningens fortelling inngår i sykdommens og nevrokiriurgiens prestisje. Fortellings-

analysen har i høy grad, om ikke utelukkende, fokusert på det som ble *sagt* om sykdommen, og jeg har valgt ut de utsagnene som best illustrerer min interesse for hjernehinneblødningens verdsetting.

Fortellingen har blitt rekonstruert med utgangspunkt i undervisernes presentasjon av hjernehinneblødningen. Denne var nødvendigvis selektiv, og ofte var den også oppstykket. Dette gjør at analysen skiller seg fra typiske fortellingsanalyser av intervjudata, der det er vanlig å analysere informantenes lange, uavbrutte utsagn (Riessman 1990: 1195). Feltarbeidets fortellinger var mer «fragmenterte» (se 2.4.2), med den følge at sykdomsfortellingen har blitt «tappet ut» av informantenes mange utsagn. Jeg har dermed rekonstruert sykdommens *typiske* fortelling (Kvale og Brinkmann 2009: 229), som er mer rikholdig, fortettet og sammenhengende enn informantenes spredte fortellingsbrokker.

Min interesse for medisinsk prestisje har ført til at jeg bare har analysert frem én overordnet fortelling. Denne typiske fortellingen er den som i størst grad kan tenkes å prege det studentene lærte om sykdommen i undervisningen, da den utgjør et «helhetsinntrykk» av undervisernes sykdomspresentasjon. Fokuset på denne ene fortellingen skyldes også den høye graden av konsistens i undervisernes presentasjon, slik at en analyse av multiple fortellinger ville vært fjernere fra det som faktisk foregikk i feltet.

Analysene har fokusert på sykdommens forløp, faser, plott og karakterer, og med dette begrepsapparatet har sykdomspresentasjonen blitt pålagt en form den ikke hadde i undervisningen. Samtidig har jeg siktet mot å gjøre analysen så empirinær at den ikke skiller seg radikalt fra det «helhetsinntrykk» andre studenter kan tenkes å ha fått av sykdommen. Olaug Lian (2012) kaller slike rekonstruksjoner for «iscenesetting», der det fortellingsanalytiske produktet eksisterer i spennet mellom avbildning og konstruksjon, mellom fanget og skapt. Hun forstår dette produktet som en *sannhetskonstruksjon*, «[...] en sosial konstruksjon som består av en fortolkning av én eller flere personers virkelighetsforståelser eller sannhetsforståelser, men som ikke gir seg ut for å være Sannheten med stor S» (2012: 242). Min rekonstruksjon utgjør altså ikke hjernehinneblødningens Fortelling med stor F, men den kan sies å utgjøre en sentral del av den.

I prinsippet kunne analysen vært utført med et annet rammeverk enn det fortellingsanalytiske. Jeg kunne for eksempel utført en temaanalyse, ved å gå i dybden på temaene som kjennetegnet snakket om hjernehinneblødningen (Thagaard 2009: kap. 8). Jeg kunne også utført ulike former for diskursanalyse, med vekt på hvilke diskurser eller forståelsesmåter som kjennetegner sykdommen, og hvilke subjektposisjoner sykdommen tilbyr dem som er

involvert i den (Winther Jørgensen og Phillips 1999). Alternativt kunne jeg anlagt metaforanalysen (Kövecses 2002; Lakoff og Johnson 2003), og fokusert på undervisernes metaforbruk i omtalen av sykdommen. Disse rammeverkene overlapper i større og mindre grad, og jeg «låner» oppmerksomheter fra dem alle. Særlig gjelder dette metaforanalysen. En *metafor* er en talefigur der noe erfares og forstås ut fra noe annet (Lakoff og Johnson 2003: 9), og tidligere forskning viser at både pasienter (Kirmayer 1992) og leger (Lupton 2012: 56-70) bruker metaforer for å forstå sykdom. Jeg har analysert undervisernes metaforbruk som en del av hjernehinneblødningens fortelling, med vekt på hvordan denne konnoterer til bestemte forløp.

Når jeg primært har anlagt fortellingsanalysen for fortolkningen av dataene, er det fordi den lar meg analysere *sykdommen som en utvikling over tid*, og forstå informantenes sykdomsbeskrivelser i lys av denne tidsaksen. Dette innebærer blant annet å forstå hvilke faser sykdommen består av, hvilke forventninger og muligheter som er knyttet til rollene i de ulike fasene, og hva som er det sannsynlige utfallet av sykdommens forløp. Slike aspekter blir tydeligere med det fortellingsanalytiske rammeverket, og som vi skal se i kapittel 4 og 5, er det temporale aspektet sentralt for å forstå sykdommers prestisje.

3.5.1. Tolkning og kvalitet

Vurderinger av kvalitative analysers kvalitet er et omstridt tema. Enkelte forsvarer bruken av begreper og forståelsesmåter fra den kvantitative tradisjonen (Silverman 2010: kap. 15), andre mener kvalitative analyser bør vurderes med egne kriterier (Seale 1999). Jeg støtter meg til Karin Widerbergs (2001: 18) argument om at den kvalitative forskningen skal være *saklig* og *pålitelig*.

Én kilde til pålitelighet er at tolkningene fremstår som *rimelige*. Runar Døving har fremstilt en skala av tolkningsprobabilitet, der han skiller mellom en rimelig, en mulig og en spektakulær tolkning (gjengitt i Fangen 2004: 208). Fangen mener man bør ha som ideal å etterstrebe Døvings rimelige tolkninger, noe hun forstår som følger:

En rimelig tolkning vil være at du virkelig både viser kontekstene observasjonen ble foretatt under, og mange relevante kontekster utenfor observasjonssituasjonene også, slik som samfunnets klassestrukturer med mer, og at du underbygger tolkningen ved å vise til sammenlignbare funn fra andre forskere eller tilstøtende funn i din egen undersøkelse samt kommer med et overbevisende teoretisk rammeverk for tolkning, et rammeverk som samtidig er godt empirisk fundert (2004: 208).

Jeg har etterstrebet Døvings rimelige tolkninger med flere av tiltakene Fangen lister. For det første har jeg forsøkt å tydeliggjøre situasjonen fortellingsbrokkene ble fortalt i. For det andre har jeg sammenlignet mine med andres lignende tolkninger, der slike har vært tilgjengelige.

For det tredje har det vært viktig å knytte tolkningene opp mot den medisinske idéverdenen, for å se hvordan disse passer inn i den større kulturelle konteksten som kjennetegner medisinen. For det fjerde har jeg anlagt fortellingsanalysen som rammeverk for fortolkning. I tillegg har jeg gjort ytterligere et grep som Fangen ikke skisserer, nemlig å skrive analysene i preteritum, for å unngå den «etnografiske presens» (Fabian 1983) – en skriveform som gir et statisk bilde av kulturen man studerer, og som antyder at analysene er tidløst gyldige. Med dette mener jeg å ha konstruert analysene på en rimelig måte.

Jeg har også tilbakeført analysene mine til Professoren, for å se om han fant gjengivelsen min rimelig. Han mente analysene virket interessante, og ga uttrykk for å kjenne seg igjen i det jeg skrev. Selv om slik medlemsvalidering ikke er egnet til å avgjøre gyldigheten i mine tolkninger (Fangen 2004: 216), anser jeg det som en styrke at informantene kan kjenne seg igjen i analysene.

Professoren hadde riktignok én kommentar til innholdet i analysene, og det er min bruk av lekmanntermene hjernehinneblødning og HHB, fremfor fagtermene *subaraknoidalblødning* og *SAB/SAH*. Han mente jeg burde erstatte HHB med SAB eller SAH, ettersom disse er utbredte forkortelser i medisinske miljøer. SAB er den norske forkortelsen, SAH er den engelske (*subarachnoid hemorrhage*). Han begrunnet dette med at legespråket både er en identitets- og statusmarkør for legene, og at det «[...] å kalle SAB for SAH sier ‘vi publiserer internasjonalt og på engelsk’.» Av hensyn til leservennligheten har jeg likevel valgt hjernehinneblødning og HHB, fremfor subaraknoidalblødning og SAB/SAH. Jeg har også endret fra fag- til lekmannsbegrepene i sitatene jeg har valgt ut. Leseren vil uansett få tilstrekkelig med medisinske begreper å forholde seg til.

Med tanke på lesernes tolkning av mine analyser, vil jeg advare mot å lese de kommende utsagnene som informantenes bevisste og strategiske kommunikasjon. Mikroorientert sosiologi kan sies å medføre et skriveproblem, siden aktørene nærmest uunngåelig fremstilles som bevisste, kalkulerende, og med full oversikt over tegnene de avgir (Album 1996: 50). Dette trenger ikke være tilfellet, og det er ikke nødvendigvis interessant. Jeg studerer verdsettingen i det informantene sa og gjorde, og forholder meg som regel agnostisk til deres *hensikt* med å si og gjøre dette.

3.5.2. Verdsettingens situasjonsbetingelser

Tidligere viste jeg til Gubrium og Holsteins begrep om «narrativt arbeid» (se 2.4.2), som understreker at hva som fortelles, hvordan det fortelles, og hva man søker å oppnå med fortellingen, vil være påvirket av situasjonen fortellingen foregår innenfor (Gubrium og

Holstein 2009: xvii, 39). Slike situasjonsdetaljer vil inngå i de kommende analysene, men her vil jeg si noe mer generelt om situasjonene som kjennetegnet informantenes verdsetting.

Det mest eksplisitte prestisjesnakket – det som utslørt verdsatte sykdommer og spesialiteter – forekom «*backstage*» (Goffman 1992: 96) på Professorens kontor. Her kunne jeg lettere spørre ham om nevrokirurgien, dens sykdommer, og dens relasjon til resten av medisinen, og han kunne svare mer «løssluppet» og spissformulert enn han gjorde foran studenter og andre på sykehuset. Man kunne kanskje forvente at han, vel vitende om at jeg var en prestisjeinteressert sosiolog, ville moderere utsagnene sine. Når han likevel var såpass direkte som han var, skyldes nok det at jeg oppmuntret ham til å være det, at jeg ikke tok opptak mens vi snakket sammen, og at han virket å finne en viss glede i å spøke med et slikt kontroversielt og «politisk ukorrekt» tema som prestisje forstås å være i medisinsk kultur.

Slikt snakk forekom også utenfor kontoret. Jeg snakket mye med studentene om sykdommers prestisje, ofte foran annet helsepersonell i sykehusgangene. Snakket var likevel ikke så «ladet» som på Professorens kontor. Det var mindre vitsing, mindre krasse kommentarer, og handlet mer deskriptivt om prestisjen til ulike sykdommer og spesialiteter. Vi sørget også for å snakke så andre ikke skulle høre oss. Temaet fremkalte en del smånervøs latter, og en studentgruppe spøkte med at jeg ville få en masteroppgave full av *sladder*. Betegnelsen virker beskrivende for synet på eksplisitte prestisjevurderinger innen medisinen. Sladder er «flåsete», potensielt nedsettende prat, forbeholdt innvidde i uformelle settinger.

Kontorpraten med Professoren hadde mange trekk av å være sladder. Jeg mener ikke dette fratar snakket dets gyldighet. Praten er antageligvis ganske så typisk for hvordan innvidde snakker – eller i det minste *kan* snakke – sammen. Når deler av denne praten har blitt viet plass i de kommende analysene, er det fordi jeg tolker den som en del av nevrokirurgiens kulturelle verktøykasse (Swidler 1986), og som relevant for verdsetting innen medisinen. Selv om kontorpraten ikke er representativ for alle nevrokirurger, er den et eksempel på hva det er mulig for en nevrokirurg å fortelle en prestisjeinteressert sosiolog når ingen uinnvidde er tilstede.

Verdsetting av sykdommer og spesialiteter forekom ikke bare mellom innvidde bak lukkede dører. Nevrokirurgene tok også del i slike aktiviteter i rollen som undervisere. I disse offisielle situasjonene var vurderingene gjerne mer implisitte enn på Professorens kontor. De tok for eksempel form av at underviserne rangerte sykdommer med tanke på deres *viktighet* (4.3.1), teknologi med tanke på dens *effektivitet* (4.3.2), behandlingen med tanke på dens evne til å *helbrede* (5.1) og pasienter med tanke på *hvor mye de har å redde* (5.3.1) – i tillegg til at

underviserne kanskje skrøt litt av egen avdeling og dens oppnåelser (6.1). Verdsettingen forekom som regel uten sammenligninger, som da hjernehinneblødningen ble omtalt som en «viktig sykdom», og underviserne bare impliserte at andre sykdommer er mindre viktige enn HHB.

Én situasjon skilte seg riktignok fra andre, og det var pasientbesøkene. Jeg opplevde sjelden at underviserne eller studentene kom med vurderende utsagn i nærheten av pasientene, hvert fall ikke med negativ ladning. I disse situasjonene virket de ekstra påpasselige med sin selvpresentasjon, og oppmerksomheten var i hovedsak rettet mot det som ble sagt og vist i undersøkelsene. Det hendte selvsagt at underviserne spøkte med pasientene, eller at de skrøt av hvor gode resultater behandlingen hadde gitt. Pasientbesøkene var ikke verdifrie, men det var langt vanskeligere å få øye på normativiteten i disse situasjonene.

3.6. Oppsummering

I dette kapittelet har jeg drøftet feltarbeidets metodologiske implikasjoner for studiet av sykdomsfortellinger og prestisje. Studien er begrenset til å se på fortellingen om hjernehinneblødningen i nevrokirurgiundervisningen. Medisnutdanningen er en sentral institusjon for overføring av medisinsk kultur til studentene, og feltarbeidet er en velegnet metode for å studere prestisje, gitt dens status som en selvsagt, sensitiv og «taus» form for kunnskap. Metoden kan også kaste lys på prestisjefortellingens situasjonelle betingelser.

Feltarbeidet varte fra 26. oktober til 20. desember 2012. Jeg deltok totalt i 29 undervisningsøkter over 68 timer, og med dette dekket jeg det meste av nevrokirurgisk undervisning på medisinstudiet. Undervisningen var både forelesningspreget og pasientsentrert. Jeg tok notater underveis og brukte lydopptaker der dette var mulig. Fem av underviserne inngår med egne navn i fortellingen: Professoren, Overlegen, Hjernekirurgen, Klinikklederen og Nevrologen. Av disse er det særlig Professoren som har hatt status som min nøkkelinformant.

Gjennom feltarbeidet hadde jeg utvilsomt en påvirkning på feltet, men informantene virket ikke å kvie seg for å verdsette sykdommer og annet innen medisinen. Min unge alder og lave rang på sykehuset virket å bidra til at informantene ikke tolket meg som en «skikkelig» forsker, slik at de ble mer tilbaketente overfor meg og mitt prosjekt.

Studien ble meldt til NSD. Jeg fortalte informantene at jeg var interessert i medisinsk prestisje, og tilstrebet generelt å gi informantene nok informasjon til at de kunne tilslutte seg studien gjennom et fritt og informert samtykke. Informantene har blitt anonymisert, slik at uten- og innenforstående ikke skal kjenne dem igjen i det endelige arbeidet.

Datamaterialet har primært blitt fortolket med et fortellingsanalytisk rammeverk. Informantenes utsagn har blitt analysert som en del av hjernehinneblødningens fortelling, og jeg har tilstrebet det Døving kaller «rimelige tolkninger» av utsagnene.

La oss da gå over til analysene av datamaterialet.

Kapittel 4.

En fortelling om liv og død

I dette kapitlet skal jeg presentere hjernehinneblødningens typiske fortelling, som jeg i de to neste kapitlene skal relatere til sykdommens og nevrokirurgiens prestisje. Den handler om HHB som en akutt, dødelig og – for nevrokirurgene – helbredelig sykdom. Fortellingen er delt opp i fem faser, og begynner med *aneurismerupturen* i pasientens hode (4.1). Dersom pasienten overlever dette og får legehjelp, bringes han eller hun over i den andre fasen, *diagnostiseringen* (4.2). Sykdommen er vanskelig å avdekke basert på pasientens beskrivelser av den, men ved korrekt diagnostisering og henvisning kommer pasienten til fortellingens tredje fase, *behandlingen* på nevrokirurgisk avdeling (4.3) Denne fasen ble viet mest oppmerksomhet av underviserne, og her skal jeg fokusere på behandlingen som hurtig, høyteknologisk, objektiv og risikofylt. Ved vellykket behandling bringes pasienten til fortellingens fjerde fase, *den postoperative* (4.4), der han eller hun fortsatt står i fare for å utvikle dødelige følgetilstander. Endelig vil pasienten kunne nå fortellingens femte og siste fase, *normaltilstanden* (4.5), der hans eller hennes liv er bortenfor fare. Jeg vil gjennomgå disse fasene i tur og orden, før jeg oppsummerer og diskuterer fortellingens kjennetegn (4.6).

4.1. Første fase: aneurismeruptur

Hjernehinneblødningens fysiologiske forløp ble skissert i klinikkundervisningen, der Klinikklederen fortalte at sykdommen som oftest begynner med et aneurisme som sprekker. Et aneurisme er som sagt en utposning på en blodåre, som gradvis vil utvides av blodet som strømmer gjennom det. Utvides aneurismet tilstrekkelig, vil det sprekke og gi en blødning. Klinikklederen fortalte at «[...] det kommer en skikkelig dusj, og så får du *kjempehøyt* trykk i hodet.» Etter hvert som trykket stiger, vil blodsirkulasjonen til hjernen opphøre. Da mister man ofte bevisstheten, samtidig som blødningen fra aneurismet stopper, og hullet i blodåren reparerer seg selv. Som regel vil noe hjernevæske presses ut av skallen, slik at trykket i hodet synker og blodsirkulasjonen begynner igjen. Dersom blodsirkulasjonen bare opphører i to-tre minutter, våkner man uten betydelig hjerneskade. Varer sirkulasjonsstansen mellom ti til femten minutter, risikerer man varige skader, og i verste fall dør man.

Noen er mer disponert for HHB enn andre. Klinikklederen fortalte at risikofaktorer er «[...] høyt blodtrykk, røyking, kvinner.» Ved sistnevnte rettet han på seg selv, og påpekte at

kvinner ikke er en risikofaktor, men at to av tre som får hjernehinneblødning er kvinner. Han spøkte med at det ikke er så mye å gjøre med pasientens kjønn, men at høyt blodtrykk er noe man kan behandle og forebygge, og at tobakksbruk er noe man absolutt bør nedkjempe. I tillegg la han vekt på den typiske pasientens alder, da han fortalte studentene at: «Dette er noe som jeg føler at dere bør kunne, for ikke sant, det rammer *unge* mennesker, og det er faktisk forskjell på liv og død hva dere gjør når dere føler at noe sånt er på gang.»

Klinikklederen fortalte også at rundt to prosent av befolkningen har slike aneurismer, og at disse potensielt kan sprekke når som helst. Likevel mente han at man ikke bør bekymre seg for mye for disse «kalde» aneurismene, fordi «[...] så lenge det ikke har sprukket, så er det egentlig *veldig* liten sjanse for at det sprekker.» Da er det verre med «varme» aneurismer, de som allerede har sprukket én gang. Klinikklederen fortalte studentene følgende bevisste overdrivelse: «[D]et er ikke helt korrekt, men vi sier at hvis du ikke døde av den første [blødningen], så dør du av den andre.» Risikoen for den andre blødningen er størst like etter den første, og derfor er det viktig å fange opp disse pasientene før det er for sent. Overlegen kalte sykdommen «en kamp med tiden» og ga et klart bilde av situasjonen: «Etter ett år er 85 prosent kvestet. Derfor haster det.»

4.2. Andre fase: diagnostisering

Dersom pasienten overlever den første blødningen og får oppsøkt legehjelp, er det fortsatt håp. Likevel er det ikke lett for leger å vite hvorvidt pasienten har hatt en hjernehinneblødning eller ikke, ettersom sykdommen er vanskelig å diagnostisere basert på pasientens subjektive symptomer. Dens typiske symptom, «hyperakutt hodepine», skyldes i de fleste tilfeller en annen sykdom enn HHB. Men selv om hjernehinneblødning ikke er hodepinens *vanligste* årsak, understreket underviserne at den likevel er *viktigst*. Studentene ble oppfordret til alltid å ha tilstanden i bakhodet, særlig når de selv kommer ut i turnustjeneste. Klinikklederen advarte dem om at «[...] disse pasientene *må* dere knipe, for det betyr forskjellen på død og overlevelse», og forsikret dem at det «[...] er ikke *noen* tilgivelse for ikke å forbinde hyperakutt hodepine med hjernehinneblødning.»

Mistanken om at pasienten har hjernehinneblødning kan bekreftes ved hjelp av CT-undersøkelse (eller eventuelt spinalpunksjon). Får man «objektive» funn på CT-bildene, har man påvist at pasienten har HHB. Underviserne understreket samtidig at man ikke kan ta CT-bilder av *alle* pasienter som går til legen med hodepine. Det ville vært unødvendig, både av ressurs- og pasienthensyn. Utfordringen blir å bestemme hvem man bør undersøke, og hvem man kan sende hjem igjen. Her ble studentene rådet til å trå varsomt, for et feiltrinn kan få

fatale konsekvenser. Professoren fortalte studentene at: «[N]oen ganger så sender vi dem hjem, vet du, og sier 'ta en globoid og ring meg i morgen. Og neste morgen så er de døde.»

De usikre symptomene og dødbringende konsekvensene av å sende hjem en HHB-pasient gjør at man må utrede langt flere enn de som faktisk viser seg å få diagnosen. I en forelesning om akutt nevrologi presiserte foreleseren at: «Hjernehinneblødning er en så farlig tilstand at man selvfølgelig må drive med diagnostikk på en del pasienter som ikke har det. Man må rett og slett være liberal med diagnostikken ved spørsmål om HHB.» Diagnosens alvorlighetsgrad gjør at man er villig til å bruke mye ressurser på den, «[...] selv om man da vet at seks av syv pasienter feiler noe annet, og kanskje ikke har noe farlig i det hele tatt», som foreleseren sa det¹¹.

På dette stadiet i fortellingen fremstår sykdommen som noe legene *frykter*. Dette ble eksplisert i forelesningen om akutt nevrologi, da foreleseren spurte om den hyppigste årsaken til hyperakutt hodepine:

Foreleser: Det kommer inn en pasient som virkelig har hatt den kraftigste hodepinen han noen gang har opplevd, helt plutselig. Hva er hyppigste årsak til det?

Student: Hyppigste eller farligste?

Foreleser: Jeg spurte om hyppigste, men det betyr at du er på riktig tankegang. Hvis vi tar den farligste da, hva er dere redd for?

Student: Hjernehinne—

Foreleser: Det er hjernehinneblødning. Det er helt klart, det er det dere tenker på.

Foreleserens omtale av HHB som det man er «redd for» ble ofte gjentatt av underviserne. Frykten virker for det første relatert til faren for ikke å fange opp disse pasientene. Å knipe en HHB-pasient utgjør som sagt «forskjellen på død og overlevelse», slik at et feiltrinn kan få dødbringende konsekvenser for pasienten. Frykten virker også relatert til faren for ikke å følge opp disse pasientene godt nok på sykehuset. Klinikklederen fortalte følgende om hvordan man bør handle når man får inn slike pasienter:

[D]u må *aldri* forlate en sånn pasient. Du må faktisk ta med deg den pasienten ned på røntgen selv. Du kan *ikke* stole på at det skjer av seg selv, altså. Du må fylle ut rekvisisjon, [så] får du med deg en av sykepleierne på post, og så kjører du den pasienten ned på røntgen selv. Nede på røntgen så får du jo etter beste evne parlamentere at denne pasienten må på bordet, og du må kanskje beordre andre pasienter av CT-maskinen. For det er antagelig *ingen* andre på sykehuset som trenger behandling *så* mye som denne pasienten i det øyeblikket. Det er livsfarlig hvis du tror at ting går av seg selv, at du løper opp, skriver en rekvisisjon, «ring meg når den er ferdig». Det kan gå timevis før den blir effektivt. Så denne må du følge selv og sørge for at bildene blir tatt.

Slik tok Klinikklederen avstand fra legene som «tror at ting går av seg selv.» Studentene oppfordres til å gjøre det som trengs, og i ytterste konsekvens «beordre andre pasienter av

¹¹ Som det står i en artikkel i *Tidsskrift for Den norske legeförening*: «Akutt innsettende hodepine betyr blødning inntil det motsatte er bevist» (Hoddevik og Bjørang 2005: 62).

CT-maskinen» for at deres pasient skal berge livet. Overfor hjernehinneblødningen må andre pasienter vike, ettersom det ikke er noen andre innlagte som er nærmere døden enn disse.

Selv om risikoen for å få en andre blødning avtar med tiden, understreket underviserne at også pasienter som har gått ukesvis uten reblødning haster. Dette var tydelig da en student spurte Klinikklederen hvordan man skal behandle slike «ikke-akutte» HHB-pasienter:

Student: [H]vis du har en som har gått i to uker og kommer inn på Drammen sykehus, for eksempel. De akutte sender vi jo til Rikshospitalet, men hvis de har gått i to-tre-fire uker?

Klinikklederen: Nei, det er klart, da er du kommet litt ut i sklia her, men den skal allikevel inn til Rikshospitalet for å sjekke opp dette med aneurismene, og eventuelt behandle aneurismene og slike ting. Så han er ikke over faren, altså. Du må ikke sende ham hjem og si at du sender en søknad til Rikshospitalet.

Student: Nei, men jeg skal ikke akutt– altså, det er ikke like mye en kan gjøre?

Klinikklederen: Nei, men la oss si det sånn, at du kommer inn til en mann eller dame på førti år, og du vet at denne blødde for to uker siden, er for så vidt rimelig kjekk, [og] du påviser et aneurisme. Disse pasientene skal uten opphør rett inn til Rikshospitalet. For du vet ikke om de blør senere i kveld eller i morgen. De skal rett inn dit. Du må ikke finne på å sende dem hjem.

Budskapet er at en pasient med påvist blødning *alltid* må tas på alvor. At de ikke har fått en andre blødning utelukker ikke at de kan få den snart – i kveld, i morgen, om en uke. Muligheten er der for at aneurismene ikke blør igjen, men den motsatte muligheten, blødningen, gjør at «pasientene skal uten opphør rett inn til Rikshospitalet.»

4.3. Tredje fase: behandling

En ubehandlet hjernehinneblødning vil sannsynligvis ta livet av pasienten. At ikke alle er så heldige at de kommer til behandling ble illustrert da Overlegen fortalte studentene at:

Vi hadde en som kom inn her natt til i går, som fikk «pang!» og ble fløyet hit uten at det var gjort CT, ikke sant. Og de tok det på sykehistorie. Men hun var så kjekk at de intuberte henne ikke, og så ble hun dårlig på den korte flyturen, og fikk to lysstive pupiller og jævla blodtrykksfall, ikke sant, og henne gikk det ikke an å redde, altså.

Hjernekirurgen mente at «[...] kanskje opp mot en av fem pasienter dør før de kommer til noen behandling», og Professoren innrømmet overfor studentene at: «[V]i behandler de overlevende i utgangspunktet. Den primære mortaliteten er såpass stor at det kan være riktig å si at ‘we treat the survivors’.»

For de som faktisk når frem til nevrokirurgisk avdeling, er utsiktene bedre. Dette er en sykdom som nevrokirurgene kan helbrede. Som Klinikklederen sa det: «[J]obben din og min, det er jo å kjenne igjen hjernehinneblødningen, finne aneurismet, også må vi gjøre noe med det før det sprekker igjen, sånn at du redder den pasienten.» Behandlingen lykkes ofte, og Overlegen fortalte studentene at: «Hos 95 prosent klarer vi å stenge aneurismet innen 24 timer.» Hjernehinneblødningen er følgelig et problem med en potent løsning, og behandlingen forstås som (1) hurtig, (2) høyteknologisk, (3) objektiv og (4) risikofyllt.

4.3.1. Hurtig

Behandlingen av en hjernehinneblødning er *hurtig*. Inngrepet foregår over et avgrenset tidsrom, man ser umiddelbart resultater, og pasienten bringes fra en syk til en frisk tilstand. Et talende eksempel på denne hurtigheten var da Professoren fortalte studentene om en HHB-operasjon han hadde vært med på: «Det går jævla fort om du vil, altså. Vi hadde en guttunge inne, det var julaften, og han hadde fått hjernehinneblødning.» Han fortalte at de hadde forsøkt å ta røntgenbilder av ham i Bergen, uten hell. «Så da var det bare en mulighet, da. De måtte sende ham til Rikshospitalet.» En av studentene spurte hvordan de hadde fraktet gutten. «Med helikopter?», undret hun. Professoren bekreftet, la til at de kunne bruke fly også. Han hoppet over detaljene og gikk rett til konklusjonen: «Før klokken ringte julen inn hadde vi lukket det aneurismet. Så vi kunne spise ribbe og hele pakka på kvelden.»

Professoren understreket også at tiden fra innleggelse til behandling er svært kort. Han fortalte studentene at det bare går knappe to og en halv time fra pasientene ankommer sykehuset og til de ligger i narkose. «Det er så fort at det er ikke mange som gjør det bedre, altså. Der er vi veldig gode. På linje med det som er i verden», forsikret han dem. Han kontrasterte dette med tiden før mikrokirurgi: «[M]an tok imot pasienten også lot man dem ligge en uke, ikke sjelden både to, to-og-en-halv, til nakkestivhet [symptom på HHB] og dette fortok seg. Ting tok på en helt annen måte tid.» Nevrokirurgene har altså redusert behandlingstiden fra to uker til to timer, og avdelingens responstid er i verdenstoppen hva behandling angår.

At disse pasientene umiddelbart tas inn til behandling, følger blant annet av HHBs alvorlighetsgrad. Pasientene ligger for døden, og Hjernekirurgen understreket at dette «[...] er en så skummel blødning at man ikke kan vente til i morgen, altså.» Alvoret gjør at en hjernehinneblødning oppfattes som en *viktig* sykdom, og viktige sykdommer prioriteres høyere enn mindre viktige sykdommer. Overlegen understreket dette, da han fortalte studentene at: «I verste fall så må vi stryke operasjonsprogrammet på de andre kirurgiske virksomhetene, hvis de båndlegger så mye intensivkapasitet at det får sånne konsekvenser, da. For dette står om livet på disse pasientene med hjernehinneblødning.» Utsagnet viser hvordan viktige sykdommer kan gi behandlerne stort handlingsrom, siden man er forventet å gjøre det som må til for at pasientene ikke skal miste livet.

Prioriteringen av HHB står i kontrast til mindre viktige sykdommer på avdelingen. Et eksempel var den 60 år gamle kvinnen som Hjernekirurgen tok oss med for å besøke. Hun var nettopp blitt operert for en cyste i hjernen, men skulle egentlig ha blitt operert for over fire måneder siden. Hjernekirurgen påpekte oppgitt at: «Dette er *Oslo universitetssykehus*. Hun

skulle vært innlagt i august, og nå er det desember.» Kvinnen var enig: «Det tok forferdelig lang tid. Jeg kan ikke skjønne at helse-Norge skal være sånn.» «Nei, det er jeg enig i», sa Hjernekirurgen. «Men det har blitt sånn. Problemet er at det er veldig mange i samme gate som deg.» Både pasienten og Hjernekirurgen viste her til en negativt ladet forestilling om tilstanden i dagens helse-Norge, der sykehuskøene er så lange at pasientene må vente måneder før de blir operert. Hjernehinneblødningen er et positivt unntak fra denne forestillingen. Slike alvorlige og høyt prioriterte sykdommer blir ikke skjøvet bakover i behandlingsskøen. De lar i stedet behandlerne «stryke operasjonsprogrammet på de andre kirurgiske virksomhetene», som Overlegen sa det.

4.3.2. Høyteknologisk

En av grunnene til hurtigheten er bruken av avansert teknologi i HHB-behandlingen¹². Klinikklederen fortalte studentene at slike operasjoner: «[...] er fort gjort, og det er jo takket være alt det fine utstyret som er kommet nå. Nå går det skrekkelig fort å åpne og lukke en skalle, i motsetning til hva det gjorde før.» Han ga studentene flere eksempler på hvor lett det har blitt:

Vi må jo lukke dette, og vi har jo klippet bort en del av dura [en av hjernehinnene]. Men der har vi kunstige dura-substitutter som vi syr inn her sånn. Og nå er det til og med blitt så slapt – det skal jeg egentlig ikke fortelle til dere – at vi har sånne som kleber seg selv. Vi bare legger det langs kantene, og så sier det «schmökk», så sitter det som lim. Og så legger vi på plass benlappen [en bit av hodeskallen], og da er det bare tre klemmer som vi klemmer på, og så må vi sy igjen underhud og hud – og *vi syr ikke engang*, vi har sånne klipsemaskiner [studentene ler] Så det er faktisk ganske elegant, og det er ikke veldig vanskelig å gjøre mange av de tingene her.

Budskapet er at teknologien har gitt dem enkle løsninger på kompliserte problemer, med den følge at behandlingen har blitt både elegant og – må han innrømme – litt slapp.

Også utviklingen av billedteknologi ble fremstilt som avgjørende for behandlingen av HHB. Den forstås å ha økt kunnskapen om aneurismene og blødningene, slik at man raskere og sikrere kan vite om pasientens sykdom¹³. I undervisningen fikk vi se både todimensjonale bilder av selve blødningen, og tredimensjonale rekonstruksjoner av pasientens aneurisme. Hjernekirurgen mente sistnevnte var en så detaljert gjengivelse av aneurismet at «[...] det er nesten som å se det i mikroskopet», og Overlegen kontrasterte dagens situasjon med «[...] urtiden, hvor vi ikke hadde billedmaskiner, og vi ikke skjønnte stort.»

¹² Nevrokirurgi anses som en «høykostnadsspesialitet», ettersom den stiller store krav til avansert teknisk utstyr og høyt spesialisert personell (Statens helsetilsyn 1999: 5).

¹³ Utviklingen av CT- og MR-teknologi forstås som et revolusjonerende gjennombrudd for nevrokirurgi, ettersom teknologien muliggjør direkte avbildning av det som er skjult bak røntgentette beinstrukturer (Wester 2006).

Underviserne understreket at teknologien virker *muliggjørende* for inngrep som før var utenkelige. Professoren snakket for eksempel om operasjonsmikroskopets betydning for HHB-behandlingen: «[O]perasjoner uten mikroskop er noe helt annet. Jeg kunne ikke tenke *muligheten* å gå til det der [aneurismet] uten operasjonsmikroskop.» Slik understreket han at det avanserte utstyret har utvidet kirurgenes handlingsrom og gjort dem i stand til å redde pasienter som tidligere ville vært fortapt. Hjernekirurgen formidlet et lignende budskap, da han fortalte om «Hunt og Hess», en klassifisering av hjernehinneblødnings alvorlighetsgrad. Denne strekker seg fra én til fem, med én som minst og fem som mest alvorlig. Han fortalte studentene at: «For en del år tilbake behandlet man ikke – og mange steder i verden behandler man fortsatt ikke – Hunt og Hess fem. Men vi gjør det, og da er det egentlig ganske gode resultater på halvparten.» Professoren omtalte likevel at Hunt og Hess-skalaen som avleggs, ettersom den er laget for å predikere hvilke pasienter som overlever sykdommen: «Denne terminologien er laget for en annen tid. Det om pasienten overlever, det er dagens orden. Det er et minstekrav, det er oppfylt. Derom snakker vi ikke så mye om lenger, vi snakker om å få folk tilbake til jobb.» Målsetningen er altså ikke bare å redde pasientens liv. I dag kan de strekke seg lenger, og sikte mot å få pasientene tilbake i arbeidslivet.

Et fellestrekk ved alle disse utsagnene er en forestilling om *fremskrittet*: Medisinen går fremover og de kan gjøre stadig mer for pasientene. Professoren var også eksplisitt på dette: «At resultatene for de som er operert for 30 år siden ikke matcher de resultatene man har i dag, det vil jeg jo håpe. Jeg tror jo tross alt på fremskrittet.»

4.3.3. Objektiv

Behandlingen av hjernehinneblødningen forstås også som «objektiv», i den forstand at (1) *sykdommen* har en objektiv eksistens, (2) man kan få objektiv *kunnskap* om dens eksistens, og (3) man kan gjøre objektive *inngrep* for å påvirke dens eksistens.

Hjernehinneblødningens *objektive eksistens* følger av at sykdommen er noe annet og bakenforliggende til pasientens egen erfaring av den (se Rosenberg 2002: 237). Den hyperakutte hodepinen forstås ikke som selve sykdommen, men som et symptom på et sprukket aneurisme. Det er aneurismet, ikke hodepinen, som er den skadelige sykdomsenheten.

Legene kan også få *objektiv kunnskap* om sykdommens eksistens, først og fremst med bruk av ulike former for røntgenbilder. Da Klinikklederen viste CT-bilder av en HHB, fortalte han at: «Ut fra dette bildet så *vet* dere at det er hjernehinneblødning.» Understrekingen av CT-teknologiens objektivitet reflekterer skillet mellom symptomer og funn i medisinen. *Symptomer* er pasientens subjektive erfaring av sykdommen (som en hyperakutt hodepine),

mens *funn* er objektive tegn på sykdommens eksistens (blødning i hodet), som legen forstås å ha objektiv tilgang til (med CT-bildene). Funn har kunnskapsforrang over symptomer, gitt autoriteten til den medisinske profesjonen (Malterud 2012: 257-58). I tråd med dette omtalte underviserne røntgenbildene som «fasiten» på pasientens plager, og Professoren fortalte spøkefullt studentene at «[...] når hun sier at hun har så vondt at hun nesten holder på å gå på veggen, så er det sannsynlig når du ser det bildet.»

Med objektiv kunnskap om den objektivt eksisterende sykdommen kan nevrokirurger utføre *objektive inngrep* på aneurismet. Klinikklederen fortalte at behandlingen skal forhindre at utposningen sprekker, enten ved å fylle den opp fra *innsiden*, eller ved å klemme den av på *utsiden* av blodåren, slik at blodet ikke sirkulerer gjennom den. Dette er håndfaste prosedyrer, med sikte på konkrete endringer i kroppen til den syke. Behandlingen av aneurismet forstås derfor som et definitivt inngrep, som bringer pasienten fra en syk til en frisk tilstand.

I klinikkundervisningen fikk vi se opptak av et slikt inngrep. Selv om det viste en vannhodeoperasjon, er det en god illustrasjon av det objektive og definitive ved nevrokirurgisk behandling. Opptaket var gjort med et kamera som ble ført ned et hulrom i pasientens hjerne. Foreleseren kommenterte anatomien etter hvert som kameraet beveget seg nedover, og det stoppet omsider foran en hvit pulserende hinne. Et lite bor ble synlig på fremsiden av kameraet. Boret beveget seg sakte, før en rask stikkebevegelse stakk hull på hinnen. «Nå er egentlig operasjonen ferdig», fortalte Klinikklederen. Filmen var ikke mer enn halvannet minutt lang. Han konkluderte med at: «*Denne* operasjonen, for en som har gjort den noen ganger, tar femten minutter. Og da har man behandlet denne pasientens vannhode.» Opptaket symboliserte alle de tre formene for objektivitet som har blitt nevnt. Det viste (1) sykdommens konkrete, biologiske eksistens, og at man kan få (2) sikker kunnskap om og (3) handle overfor denne eksistensen. Det demonstrerte også nevrokirurgenes handlekraft: Da kirurgen brøt hinnen, ble pasienten bragt fra en syk til en frisk tilstand. Alt dette på bare femten minutter.

Det må legges til at underviserne også kunne problematiserte objektiviteten, særlig forestillingen om *kunnskapens* objektivitet. Professoren fortalte for eksempel studentene at: «Et bilde sier ingenting. Det er du og jeg som sier noe. Bildet sier ingenting, det.» Slik vektla han viktigheten av legen som fortolker¹⁴. Ved en annen anledning problematiserte han også

¹⁴ I tråd med blant annet Drew Leder (1990), som argumenterer for at forståelsen av medisinen som «objektiv» overser at mennesket er et symbolfortolkende vesen. Selv om man åpner opp ser rett inn i kroppen til folk, ser man ikke sykdommen *direkte*. Man må tolke det man ser, og eventuelt hva man bør gjøre med det. Heller ikke teknologien gir direkte innsyn i sykdommens natur. Teknologiske instrumenter vil fremheve noen sanseinntrykk og nedtone andre, og også disse inntrykkene må fortolkes. Leder kaller det *medisinens hermeneutikk* (1990: 20).

manglene ved den medisinske kunnskapen generelt, og erklærte at: «[D]et er litt hva medisin handler om, mine damer og herrer, å treffe adekvate tiltak på premisser som ikke så ofte er fullstendig komplette [...] Det er forbausende at det går så bra som det gjør nå, altså at vi klarer å gjøre så mye bra.»

Påpekningen av at de «klarere å gjøre så mye bra» understreker at til tross for subjektiv kunnskap, så har nevrokirurgi gode behandlingsresultater. Spesialiteten skiller seg også positivt ut, skal man tro studentene. En av dem begrunnet sitt ønske om å bli kirurg med at «[...] du ser liksom *resultater* av det du gjør», og venninnen hans var rask med å legge til at dette var «[...] i motsetning til psykiatrien.» For henne var psykiatrien en typisk subjektiv spesialitet, ettersom dens sykdommer og behandling mangler objektiviteten til de kirurgiske spesialitetene. Også Album (1990: 236) har beskrevet utfordringene med å måle fremgang og tilbakegang i psykiatriske pasienters funksjonsnivå, og vanskelighetene med å se endringer i pasientens tilstand som et resultat av behandlingstiltakene. I kontrast til dette fremstår hjernehinneblødning som objektiv og håndfast sykdom. Pasienten kan bringes fra en dødssyk til en frisk tilstand, og man vet utvilsomt at nevrokirurgene er ansvarlige for transformasjonen.

4.3.4. Risikofyllt

Til tross for at HHB-behandlingen kan redde pasientenes liv, forstås den ikke å være helt uten risiko. Operasjonen kan mislykkes, og pasienten kan dø. Dette var ikke noe det ble snakket mye om i nevrokirurgiundervisningen, men temaet kom opp i en samtale på Professorens kontor. «Lav risiko er ikke null risiko», sa han ettertenksomt. Han mente den lave risikoen innebærer komplikasjoner for et lite, men betydelig antall, og at mange har urealistiske forventninger til kirurgi som behandlingsform: «Pårørende tenker på det som var, vi tenker på det som kunne blitt, ikke sant.» Budskapet er at man ikke alltid kan forvente å få pasienten tilbake i samme stand som før, gitt alvorlighetsgraden til sykdommene de behandler.

Om enn svært indirekte, var dette et av få tilfeller der underviserne snakket om at operasjoner kan mislykkes. De snakket langt oftere om feil forut for operasjonsbordet, med dårlige henvisninger, sløve leger og liv som dessverre gikk tapt på vei til sykehuset. Men så fortalte ikke Professoren meg dette i rollen som underviser. Samtalen foregikk på hans kontor, og hadde en slags innrømmelsens preg. Vi var i en situasjon der det var greit å snakke om kirurgiens usikkerhet og utfordringer. Jeg hørte ikke mange tilfeller av slikt snakk i smågruppene. Kun én annen gang hørte jeg Professoren snakke om noe lignende, og det var da en student ble igjen etter undervisningen for å diskutere et etisk dilemma hun hadde. «Det er en tendens til en overdreven tro på at kirurgi løser alle problemer», fortalte han henne da.

Selv om underviserne nedtonet behandlingsrisikoen, utgjør den likevel en sentral del av hjernehinneblødningens fortelling. Når underviserne for eksempel fortalte om å føre et kateter på innsiden av pasientens blodåre og frem til aneurismet, trengte de antageligvis ikke være eksplisitte på at noe kan gå galt. En lege som selv har blitt operert for HHB, mente inngrepet: «[...] virket nesten hasardiøst. Bevissthetsnivået var fortsatt nedsatt, så jeg forsto nok ikke inngrepets kompleksitet før lenge etterpå. Kan hende var det best slik» (Rotevatn 2009: 1245). Underviserne kunne også hentyde til risikoen, som da Klinikklederen fortalte at «[...] ødelegger vi en eller to av de arteriene under operasjonen, så blir du lam i beina.»

Når det ble snakket om behandlingsrisiko på denne måten, virket den å bli forstått som en *mulighet* som sjelden eller aldri realiseres. Dette henger sammen med undervisernes vektlegging av dårlige behandlingsutfall som *unntakene, ikke regelen*. Da Overlegen fortalte om den såkalte «tiltakslisten» på nevrokirurgen – virkemidler for å senke høyt trykk i pasientens hode – understreket han hvor sjelden det er at de ikke kan gjøre noe for pasientene sine:

[V]år jobb her i verden er å forhindre at dette skal gå galt. Og vi har en rekke knep eller triks vi kan bruke for å forhindre det. Og det er *veldig* få som ender opp med en situasjon hvor dette går galt når de ligger her på avdelingen vår. Skulle bare mangle, for vi har masse rare ting vi kan bruke for å påvirke denne situasjonen, ikke sant?

Budskapet virker å være at nevrokirurgene har mye makt over pasientenes sykdom. Selv om ting kan se riktig så ille ut, har de som regel en løsning i bakhånd. Som Overlegen sa det: «[V]i får det alltid til. Det gjelder å være *sta*. Det er en av de viktigste egenskapene som nevrokirurg, å være *sta*. Ikke gi seg.» Skal man redde HHB-pasientens liv, må man være «*sta*» og «*ikke gi seg*». Da lykkes ofte behandlingen, tross risikoen.

4.4. Fjerde fase: postoperativt

Et vellykket inngrep vil stenge aneurismet og forhindre at det sprekker på nytt, og Overlegen tegnet et lykkelig bilde av behandlingsresultatene: «Alle er glade, hun er kjekk, og far og ungene kommer og... Ja, det er ikke grenser for hvor kjekt det er at dette har gått bra.» Han advarte likevel om at pasientene ikke er bortenfor all fare etter operasjonen: «[S]å plutselig... dag nummer syv så kommer far og ungene, også *ligger hun der og er lam i høyre side og kan ikke snakke*.» Han fortalte at dette var resultatet av *vasospasmer*, kramper i blodårene, som følger av at blodet fra aneurismerupturen legger seg på utsiden av blodårene og irriterer dem, slik at de snører seg sammen. Dette forstyrrer eller stopper blodtilførselen til hjernen, og kan i verste fall ta livet av pasienten.

Klinikklederen fortalte at pasientene også står i fare for å utvikle *hydrocephalus*, en svært alvorlig vannhodetilstand der man «[...] får et kjempehøyt trykk [i skallen] på grunn av

oppnopning av hjernevæske.» Han formante studentene til å ha tilstanden i bakhodet, ettersom rundt 50 prosent av pasientene utvikler den. Som kommentar til begge disse komplikasjonene fortalte han dem at:

Vi er *livredde* for hydrocephalus og vasospasmer. Derfor *skal* de ligge på en intensivavdeling i ti dager og forebygge disse tingene. For det er jo en kjempeinvestering at dere kan gå ut i den tilstanden dere er nå, kontra å få et hjerneinfarkt på grunn av dårlig behandling av disse to tilstandene her.

Utsagnet om at de er «livredde» for disse tilstandene minner om den tidligere omtalte frykten for hva som kan skje med disse pasientene *før* de ankommer nevrokirurgisk avdeling (se 4.2). Men i kontrast til farene forut for avdelingen, er dette tilstander nevrokirurgene selv kan kontrollere. Klinikklederen fortalte studentene at «[...] i tidligere tider så drepte dette mange flere enn selve den initiale blødningen», men at de «[...] har mye bedre resultater nå enn det var tidligere.» Han mente dette kom av at de nå har langt flere hjelpemidler til disposisjon. Pasientene kobles blant annet til en trykksensor som måler trykket i skallen deres, slik at dette ikke skal havne ut av kontroll. Vasospasmen kan behandles både medikamentelt og ved å øke blodtrykket til hjernen, slik at man «[...] redder hemisfæren [hjernehalvdelen] som står på stupet og holder på å råtne», som Overlegen sa det. Utviklingen av vannhodene holdes i tillegg i sjakk ved bruk av såkalt ekstern ventrikkeldrenasje, som regulerer trykket ved å drenere hjernevæske fra pasientens hode. Underviserne ba oss ofte legge merke til disse apparatene når vi besøkte HHB-pasientene.

Så lenge pasientene blir liggende til overvåkning, forstås tilstandene å være under kontroll. Balansegangen er likevel skjør. Klinikklederen fortalte at «[...] sånn behandling er ganske tøff, og den må foregå på en intensivavdeling, for du kan hele tiden presse pasienten over i lungeødem [vann i lungene] eller hjertesvikt». I dette lyset mente Overlegen at HHB-pasienter «[...] er kjempekrevene og kjempeinteressante.» De byr på stadige utfordringer, og nevrokirurgene forstås å ha både ferdigheter og utholdenhet til å løse dem.

4.5. Femte fase: normaltilstand

Ved vellykket HHB-behandling kan pasienten fullstendig helbredes for sin sykdom. Av denne grunn ble behandlingsresultatene tidvis fremstilt med et guddommelig tilsnitt. Da vi så røntgenbilder av en nyoperert HHB-pasient, forsikret Professoren oss om at: «Det er ikke under vi driver med. Det kan ligne på det, men det er det ikke det, altså. Det er veldig fysisk og konkret.» Et under kan forstås som en overnaturlig hendelse med et positivt og betydningsfullt resultat, og Professoren tok både avstand fra og viste til dette som en metafor for

behandlingen deres. Selv om han avkreftet at nevrokirurgene faktisk utfører underverker, forstod han behandlingen som tilstrekkelig mirakuløs til at en slik bemerkning passet seg.

Sidestillingen av kirurgiske behandlingsresultater og undere virker utbredt i kirurgimiljøer, noe man blant annet ser i tittelen på Joan Cassells etnografi om amerikanske kirurger, *Expected Miracles* (1991). Cassell nevner flere kjennetegn ved undere som kan utdype Professorens metaforbruk. Hun sier for det første at undere er *hurtige* og *definitive*, ettersom pasienten raskt og endelig kan bringes fra en syk til en frisk tilstand. For det andre kan undere *tilskrives noen*. Denne personen forstås å ha ekstraordinære evner, og alt fra spesialisert kunnskap til mystiske krefter kan brukes for å forklare disse evnene. For det tredje er undere *spektakulære*, *uforutsigbare* og *mystiske*. De overskrider på mange måter det rasjonelle, og vekker håp, frykt og beundring hos dem de måtte gjelde (Cassell 1991: 3).

Til nå har vi sett eksempler på «underverkenes» første og andre kjennetegn. HHB-behandlingen forstås som hurtig, definitiv og utført av leger med ekstraordinære evner. Nå kan vi se nærmere på underverkenes tredje kjennetegn, med vekt på den beundring de vekker hos pasientene og deres pårørende.

4.5.1. Takknemlige pasienter

«Dette peker i veldig fin retning, så dette blir bra.», sa Hjernekirurgen til HHB-pasienten som skulle skrives ut fra avdelingen. «Men du kommer til å få det tøft. Du kommer til å slite de neste månedene», advarte han henne. Tidligere hadde pasienten fortalt sin sykehistorie til studentene, og konkludert med at: «[...] så ble jeg operert, da. Så det går framover. Takket være han her». Hun siktet til Hjernekirurgen, som smilte vennlig til kommentaren.

Pasientbesøkene innebar mange slike møter med slitne, men takknemlige pasienter. De var levende bevis på nevrokirurgenes ekstraordinære evner. Som regel hadde de blodige bandasjer rundt operasjonssåret, monitører som overvåket tilstanden deres, en rekke slanger ført inn i hodet, og en pose med drenert hjernevæske som hang ved siden av sengene deres. Én pasient hadde også en kraftig blåveis rundt det ene øyet, som følge av innvendige blødninger etter operasjonen. En student bemerket dette, hvorpå Professoren understreket at det var «kvitteringen» for sykdommen, og at «[...] det er veldig pent det der egentlig, i forhold til hvordan hennes sykdom er.» Slik uttrykte han at hjernehinneblødningen er så dødelig at en blåveis blir «pen» i forhold. Utsagnet understreket sykdommens alvorlighetsgrad, og hvor heldig pasienten var, som fikk berget livet på nevrokirurgisk avdeling.

De overlevende visste å sette pris på behandlingen. Både pasienter og pårørende utviste stor takknemlighet overfor nevrokirurgene og deres avdeling. Handlingene deres var

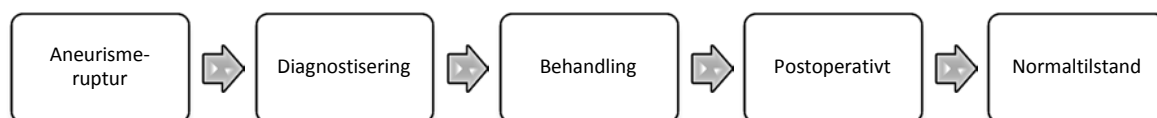
kjennetegnet av det Goffman (1956: 477) kaller aktelse (*deference*), der de uttrykte sin ærbødighet og respekt overfor behandlerne. De fleste pasientene strakte seg for eksempel langt i å la studentene intervju og undersøke dem grundig, uten å vise tegn til irritasjon eller kjedsomhet. Andre var tydeligere i sin begeistring, og blant de mer markante var den 50-årige HHB-pasienten som nesten ikke gjorde annet enn å skryte av avdelingen, behandlerne og studentene. «Jeg synes dette er viktig, at andre skal få glede av det gode jeg har opplevd her», fortalte hun dem. Hun understreket at «[...] jeg har blitt tatt så godt vare på her, atte», og omtalte nevrokirurgene som «[...] helt utrolig dyktige folk.» Professoren ga uttrykk for å like tilbakemeldingen. «Jeg blir helt sjarmert, jeg!», sa han lystig til studentene.

Også de pårørende kunne skryte av behandlingen. Professoren stod i gangen på avdelingen og snakket om nakkestive pasienter med studentene, da en sivilkledd mann i femtiårene kom bort til ham og hilste. «*Fantastisk* behandling dere har her! Jeg er *veldig imponert*», sa han ærbødig til Professoren, som takket for de rosende ordene. Den sivilkledd kunne fortelle at hans kone hadde fått en hjerneblødning, men at hun var på bedringens vei. Tonefallet indikerte at han var oppriktig imponert over det han hadde erfart. Mannen beklaget så at han avbrøt undervisningen. Professoren ønsket ham lykke til videre, før han fortalte studentene at denne mannen var en legekollega på et annet sykehus. Undervisningen fortsatte.

Slike tilfeller av aktelse vil kunne underbygge inntrykket av nevrokirurgen som en kompetent behandler, som sykdomsfortellingens «helt». Den vil også kunne øke behandlerens selvfølelse og selvtillit, kanskje særlig i tilfeller som med legekollegaen, der en av dine signifikante andre utviser aktelsen. Leger opplever det antageligvis også som mer meningsfylt å hjelpe dem som setter pris på behandlingen. Slik kan takknemligheten markere sykdomsfortellingens lykkelige slutt, både for pasienten og behandleren.

4.6. Hjernehinneblødningens fortelling

Hjernehinneblødningens fortelling har blitt beskrevet som bestående av fem faser, som kan fremstilles som følger:



Figur 1: Sykdomsfortellingens faser

Den første fasen utløses med *aneurismerupturen*, når aneurismet sprekker og blør i pasientens hode. For den uheldige pasient vil sykdomsfortellingen slutte her, med hans eller hennes død.

Dersom pasienten overlever og søker legehjelp, bringes han eller hun over i fortellingens andre fase, *diagnostiseringen*. Det er vanskelig å påvise sykdommen basert på pasientens egen beskrivelse av den, men diagnosen kan stilles ved hjelp av røntgenbilder. På dette punktet i forløpet er diagnosen noe legene frykter, ettersom dårlig oppfølging kan føre til at pasienten unødige mister livet. Aneurismet vil med stor sannsynlighet sprekke igjen, slik at det haster å få behandlet pasienten. Hvis legene gjør alt riktig, bringes pasienten til fortellingens tredje fase, *behandlingen* på nevrokirurgisk avdeling. Rundt en av fem pasienter dør før de når så langt, men for de som når frem er utsiktene gode. Behandlingen av hjernehinneblødningen er hurtig, høyteknologisk og objektiv, og pasienten kan raskt og endelig bringes fra en syk til en frisk tilstand. Samtidig er behandlingen risikofylt, og det er ikke gitt at pasienten overlever inngrepet. Ved et vellykket inngrep bringes pasienten over i fortellingens fjerde fase, *den postoperative*. Aneurismet er reparert, men det er fortsatt fare for at pasienten utvikler vannhode og vasospasmer, to livstruende følgetilstander av den tidligere aneurismeblødningen. Så lenge pasienten overvåkes på intensivavdelingen, kan følgetilstandene holdes under kontroll, slik at han eller hun kan bringes over i den femte og siste fasen, *normaltilstanden*. Pasientens liv er bortenfor all fare, og med tiden vil vedkommende kunne leve et normalt liv igjen. Resultatene kan minne om «underverker», og vi får hva Overlegen kalte en «solskinshistorie».

Fortellingens to første faser har kjedefortellingens form. En *kjedefortelling* har klare kausale sammenhenger, der hendelse A fører til B som fører til C, etc. Det første skrittet i kjedefortellingen er avgjørende, for «[...] sier man A følger lett hele alfabetet» (Frønes 2001: 101). Hvis pasienten ikke ankommer nevrokirurgisk avdeling, vil det sprukne aneurismet utløse en handlingsrekke som fører til pasientens død. Som Hjernekirurgen fortalte studentene: «[D]ette er en livsfarlig type blødning. Hvis man ikke får sikret aneurismet, så vil man blø på nytt, og du vil *garantert* dø. Altså, mortaliteten på et usikret aneurisme som har blødd, det er hundre prosent. Så det er et gitt utfall.» Slik kan aneurismet sies å drive plottet frem mot fortellingens «gitte utfall» – pasientens garanterte død.

Dersom pasienten når fortellingens tredje fase, behandlingen, møter han eller hun nevrokirurger som kan intervensere i kjedefortellingen. De kan endre fortellingens utfall ved å behandle aneurismet og redde pasientens liv. Den tredje fasen forstås da som det avgjørende vendepunktet i fortellingen, der pasienten bringes fra den sannsynlige død til den sannsynlige overlevelse. Avstanden mellom disse alternativene er formidabel, og fortellingens moral er at nevrokirurger har evnen til å gjøre en livsomveltende forskjell for disse pasientene.

Avslutningsvis kan det nevnes at denne fortellingen selvsagt ikke dekker samtlige av sykdommens manifestasjoner. Underviserne la større vekt på noen aspekter fremfor andre. De vektla for eksempel den snarlige muligheten for pasientens andre blødning, selv om enkelte pasienter kan gå resten av livet uten reblødning. De fokuserte også nesten utelukkende på aneurismer som årsak til HHB, selv om det finnes andre (og mindre sannsynlige) årsaker (se Berg-Johnson og Bakke 2010: 364). Jeg har som sagt rekonstruert sykdommens *typiske* fortelling. I neste kapittel skal vi se hvordan denne inngår i hjernehinneblødningens prestisje.

Kapittel 5.

Den dramatiske og eksklusive livredderrollen

I dette kapittelet skal jeg argumentere for å forstå hjernehinneblødningens prestisje i sammenheng med *den typiske rollen* behandleren får i sykdommens fortelling, og hvordan denne lar behandlerne realisere høyt verdsatte mål i medisinen. Jeg vil begynne med hvordan sykdomsfortellingen lar nevrokirurgene innta en helbredende *livredderrolle* (5.1), etterfulgt av hvordan hjernehinneblødningens dramatiske sykdomsforløp og behandling gjør livredderrollen svært *dramatisk* (5.2). Så skal jeg fokusere på hvordan sykdommen, ved å la dem redde liv som ingen andre kan redde, også lar nevrokirurgene innta en *eksklusiv* livredderrolle (5.3), før jeg avslutter med en oppsummerende diskusjon av sykdomsfortellingens betydning for hjernehinneblødningens prestisje (5.4).

5.1. Lar behandlerne redde liv

«Hvordan skal vi hindre at menneskene dør når de kan få leve? Ja, det er jo derfor vi er her.» Slik uttrykte Overlegen formålet med nevrokirurgisk avdeling. Deres oppgave er å redde menneskeliv, i tråd med legeetikken bud om å hjelpe den syke til å gjenvinne sin helse (Den norske legeforening 2002: §1). Etikken vektlegger at leger både skal helbrede, lindre og trøste, men mye tyder på at nevrokirurger først og fremst verdsetter den livreddende helbredelsen. Da Overlegen viste studentene bilder av lillehjernesvulster fortalte han at:

Overlegen: [M]an kan ta den ut kirurgisk uten å skade hjerneanlegget noe særlig, da. Og det er jo fint.

Student: Åja. Så hun vil ikke få noe særlig sekveler [rest-/følgetilstand] i det hele tatt, hun da?

Overlegen: Nei, nei, hun kommer til å komme seg helt, hun.

Student: Det er jo fantastisk!

Overlegen: Jada. Men det er mange av de med sånne lillehjernesvulster som har kjempegode kliniske resultater, da. Det er derfor vi liker de svulstene så godt.

Utdraget viser flere eksempler på at evnen til å helbrede er verdsatt. At pasienten vil komme seg helt fra sin hjernesvulst, omtaler studenten som «fantastisk!», og Overlegen forteller henne at «det er derfor vi liker disse svulstene så godt.» Legene, som de fleste andre, virker å sette pris på at fortellingen får en lykkelig slutt. De ønsker ikke at «menneskene dør når de kan få leve», som Overlegen formulerte det ovenfor.

Implisitt i disse utsagnene er at ikke-helbredelige sykdommer forstås som mindre fantastiske enn de helbredelige. Hvis vi holder sykdommens dødelighet «konstant», kan man forenklet tenke seg et hierarki fra mest til minst verdsatt behandling, med helbredelse på

toppen. Noe lavere vurdert blir behandlingen som kurerer pasienten, men som ikke kan forhindre at han eller hun får ettervirkninger av sykdommen. Et trinn lavere kan man tenke seg behandlingen som ikke kan kurere, men bare lindre eller holde pasientens plager i sjakk. Under dette følger den som ikke engang lindrer eller holder plagene i sjakk, men bare utsetter sykdommens virkninger. Helt på bunnen kommer behandlingen der man ikke engang kan utsette, men bare trøste pasienten.

Dersom dette stemmer, vil det hippokratiske behandlingshierarkiet – «sjelden kurere, ofte lindre, alltid trøste» (se Hem 2003) – så å si være snudd på hodet. Det som verdsettes er den sjeldne og eksklusive kuren, fremfor hverdagslig trøst og lindring. Dette betyr ikke at det hverdagslige er *uviktig*. Professoren tok seg ofte tid til å småsnakke med pasientene, og holdt dem ofte også i hånda mens han gjorde dette. Han fortalte studentene at: «[D]et der med hender, det er et symbol på mange ting. Det må vi ikke glemme, selv om vi driver og opererer folk i hodet. Det menneskelige er *viktig*.» Men selv om Professoren vektla viktigheten av å møte pasientene som mennesker, ble helbredelse fremsatt som *deres primære målsetning*. Underviserne ga flere ganger uttrykk for dette, som da Overlegen presenterte studentene for barneposten på nevrokirurgisk avdeling, og fortalte at barnelegene er skeptiske til å ha barn på nevrokirurgen. «Barneleger mener barna ikke har det bra her, men mor og far skjønner jo at vi får *berge ungen* og ta *kosen* senere», sa han strengt og litt irritert til studentene. Utsagnet understreker at nevrokirurger prioriterer det viktige, å «berge ungen», fremfor det mindre viktige, «kosen». Helbredelsen må komme før lindringen og trøsten.

Nettopp dette virker å være en kilde til hjernehinneblødningens prestisje. Livredning er en verdsatt målsetning, og HHB er en dødelig sykdom som kan helbredes. Den lar nevrokirurgene «hindre at menneskene dør når de kan få leve», ved å overvinne en «kjempeskrevende» sykdom (se 4.4). Med det gjør de betydelig forskjell for pasientenes liv.

Hvis hjernehinneblødningen har høy prestisje fordi den lar legene redde liv, må kanskje prestisjekriteriene til Album modereres. Han skriver at: «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» (2013: 127). I tilfellet med HHB virker evnen til å helbrede sykdommen å være en primær, ikke en sekundær kilde til dens prestisje. Mer enn å gi «et særlig løft» forstås helbredelsen som konstituerende for sykdommens anseelse. Hvis HHB var uhelbredelig, ville den ikke latt behandleren redde pasientene, og opptre som sykdomsfortellingens handlekraftige helt. Nevrokirurgen ville i stedet måttet innta rollen som avmektig behandler, den som må gi dårlige nyheter til de

pårørende, fordi pasientens liv ikke kunne reddes. Mye tyder på at denne avmektige rollen verdsettes langt mindre enn livredderrollen.

Helbredelse utelukker likevel ikke Albums poeng om at sykdommer med en kortvarig dramatisk historie har høy prestisje. Som vi nå skal se, verdsettes hjernehinneblødningen også for å være en sykdom som lar behandleren redde liv på en dramatisk måte.

5.2. Lar behandlerne redde liv på en dramatisk måte

HHB ble omtalt som en «dramatisk» sykdom av underviserne, en beskrivelse som følger av at sykdommen både er akutt og dødelig. Aneurismerupturen setter pasienten i fare for en snarlig død, og sykdomsfortellingen er både handlingsmettet og intens. Strukturelt kan fortellingen minne om en actionfilm, en forståelse som også preget undervisernes omtale av sykdommen. Overlegen beskrev den som «en kamp med tiden», og Professoren kalte aneurismene for «bomber», da han spøkefullt forklarte studentene at det siste man bør si til en pasient med et aneurisme, er «du har en bombe i huet!» Bombemetaforen konnoterer til et actionpreget forløp, med en «eksplosjon» i pasientens hode. Man kan forestille seg at vedkommende overlever, men bare så vidt. Sannsynligheten er stor for ytterligere en «eksplosjon», og denne vil ta livet av pasienten. Tiden er knapp. I fortellingens klimaks, etter å ha overkommet en rekke hindre, klarer nevrokirurgen å desarmere «bomben». Pasienten reddes, de pårørende er takknemlige, og behandleren får spille rollen som «actionhelt».

Slike fortellinger er ikke alle sykdommer forunt, ikke engang de dødelige. Hjernehinneblødningens dramatik blir tydeligere når vi kontrasterer den med en annen nevrokirurgisk sykdom, *kronisk subduralt hematom* (KSH). KSH betegner en blodansamling i hodet med en langsom progresjon over flere uker, som primært rammer eldre og alkoholikere. Små blodansamlinger kan gå over av seg selv, mens store ubehandlede blodansamlinger kan være dødelige (Norsk Helseinformatikk 2008).

Tidvis ble KSH fremstilt som en svært prestisjefyllt sykdom, som da Overlegen fortalte studentene at: «Vi har masse kroniske subdurale hematomer hos gamlinger her, nesten hver dag, hele året. Så det er jo noe av det mest fornuftige vi gjør. Det er ett borehull som redder livet [til pasienten], og det tar et kvarter.» KSH er en dødelig sykdom som kan helbredes, og man kan redde pasientenes liv hvis man fanger dem opp i tide.

Andre ganger ble det tydelig at KSH mangler hjernehinneblødningens dramatik. Hjernekirurgen fortalte at sykdommen ofte kommer av at eldre mennesker dunker hodet borti noe, nesten uten å legge merke til det. Han omtalte den derfor som «[...] en bagatell du kan dø av.» En bagatell er en ubetydelighet, noe uvesentlig, en «småting». Den er typisk noe man

ikke bør bry seg om. Dødelige bagateller krever selvsagt vår oppmerksomhet, men bagatellen er ingen høyverdig figur, selv når den er dødelig. Den fremstår hverdagslig, ikke dramatisk.

Professoren fortalte også at et kronisk subduralt hematoma: «[...] er ikke noe som opereres på natta. Så du kan snakke om prestisje¹⁵ ... Dette er *low glam*. Sammenlignet med et *basilaris*-aneurisme [årsak til HHB] så er dette definitivt *low glam*.» Bemerkningen om at KSH ikke opereres på natten, viser at denne tilstanden ikke er *akutt nok* til at slike tiltak er nødvendige, og Professoren ga her eksplisitt uttrykk for at KSH ikke har så høy prestisje blant nevrokirurger. Samtidig presiserte han at ordet *glam* ble brukt «[...] for å illustrere at tankegangen er en smule vulgær.» Han mente at: «[M]ot det så kan vi sitere Walt Disney, som sa ‘*if it's worth doing, it's worth doing it right*’, for prestisjen med å gjøre alt det her skikkelig og få gode resultater, den skal i prinsippet være like høy.» Han konstaterte altså at KSH *har* lavere prestisje enn HHB blant nevrokirurgene, samtidig som han selv tok avstand fra slike vurderinger.

En mulig grunn til verdsettingen av akutte og dramatiske sykdommer er at disse forstås å *kreve mer* av den som behandler dem. Da en av studentene nølte med å foreslå en diagnose fordi han mente han ikke viste nok om pasienten, irettesatte Professoren ham ved å si at «[...] du må ta stilling, doktor, for i akutte situasjoner kan en ubeslutsom person være verre enn en ubrukelig en.» Slik understreket han at man både må tenke og handle raskt i møte med akutte sykdommer. Lykkes man i behandlingen av slike, kan man sies å utvise kontroll over det som er ute av kontroll. Dette forstås som en livreddende egenskap, og å helbrede pasienter med akutte og dødelige sykdommer virker derfor å være en særlig verdsatt gjerning.

5.2.1. Overskridende og spennende inngrep

Det er ikke bare sykdomsforløpet som er dramatisk ved hjernehinneblødningen. Dramatikken forsterkes av sykdommens behandling, som forstås å være både *overskridende* og *spennende*.

Overskridelsen ble av en student formulert som at:

[D]e gjør noe som mange andre ikke ville turt og gjort, og som er så *fernt* fra det vanlige livet. En allmenmedisiner er jo i det vanlige livet, og jeg har veldig respekt for de som tar tak i det vanlige og det som *er* livet, men samtidig så tror jeg man får en sånn ærefrykt og en prestisje i kraft av at man gjør noe *helt* annet, noe som på en måte er litt sånn absurd.

Forestillingen om «det vanlige livet» kan tolkes som en kategori for det gjenkjennelige og dagligdagse. Studenten plasserer allmenmedisinere i denne, ettersom «de tar tak i det vanlige

¹⁵ Referansen til sykdommens prestisje var antageligvis en kommentar til min tilstedeværelse i undervisningen. Like etter fortalte han studentene at “[...] det er nytt for sosiologer, det der med *high glam* og *low-glam*”.

og det som *er* livet». Nevrokirurger gjør derimot noe *helt* annet». De åpner opp kroppen og opererer på dens levende organer, noe han oppfatter som *«fjernt* fra det vanlige livet». Utsagnet viser til nevrokirurgers overskridelse av en grense ikke-kirurger må forholde seg til, nemlig skillet mellom kroppens ytre og indre. Jorun Solheim (1997: 15) har foreslått kroppen som selve grunnsymbolet for avgrensning av innside fra utside, og Cassell (1991: 44) mener kirurger møter frykt og beundring hos ikke-kirurger av å stirre inn i kroppens forbudte landskap. Innsynet i kroppens indre forstås altså å skille kirurger fra mennesker «i det vanlige livet», og dette gjør kirurgi til en virkelighetsfjern del av medisinen.

Nevrokirurgers overskridelse blir større av at de opererer på et særlig symboltungt organ. Hjernen er svært utilgjengelig, skjult innenfor hodeskallens tykke vegger, og Hinze (1999: 226) har argumentert for at direkte kontakt med slike «skjulte» organer gir høy prestisje innen medisinen¹⁶. En mulig grunn til dette er forståelsen av hjernens funksjonelle og kulturelle sentralitet i menneskekroppen. Som det står i en populærvitenskapelig bok en av underviserne lånte meg:

Før i tiden het det at «sjelen sitter i hjertet». I dag vet alle at «sjelen» sitter i hjernen. Og ikke bare «sjelen» – alt vi gjør, tenker og tror styres fra hjernen. Hjernen er hele personligheten, ja, selve «mennesket». Vi kan faktisk si at alle andre organer i menneskekroppen har til oppgave å sikre best mulige vilkår for hjernens aktivitet (Dietrichs og Gjerstad 2007: 6).

Hjernen er «selve mennesket», som forfatterne sier det. Utsagnet lar hjernen stå for hele mennesket, og rangerer den som det mest betydningsfulle organet av dem alle. Dette gjør hjernekirurgi svært dramatisk. Et feiltrinn kan få betydning for «alt vi gjør, tenker og tror», og en av studentene mente derfor at hjernen «[...] er et *helt vilt* område å operere i, for det krever så *enormt* med presisjon». Underviserne kunne spøke med dette, som da Professoren fortalte at de kan «[...] sitte og operere en pasient langt under midthjernen med fine instrumenter, også begynner nesa vår å klø.» Slike scenarioer virket å fascinere studentene. En gruppe som fikk overvære et operasjonsinngrep i sin helhet, fortalte senere Professoren at:

Student #1: Jeg ble jo litt fascinert. Vi fulgte jo operasjonen på skjerm, og da vet vi jo at det er forstørret kraftig da. Også så du på videoen at han nesten skalv litt. Da tenker jeg du skal være *ganske* stø på hånda for å ikke ta de sidegrenene til—
Student #2: Du må prøve å svelge et nys.
Student #1: [Ler] Ja, eller ikke klø seg i nesa.

Slik forestilte studentene seg hvordan de ville klart seg i kirurgens plass, og hvilke grufulle følger det kunne fått hvis de måtte nyse eller klø seg i nesa. Her kan jeg minne om legen som

¹⁶ Slike områder var lenge utilgjengelige for kirurgiske inngrep. Det var først med Joseph Listers innføring av bakteriedrepende midler (antiseptikk) i 1865 at man virkelig kunne begynne å utforske kroppens innside. Etter hvert åpnet man veien inn til buken, brystkassen og hjernen, de «hellige rom som tidligere kun ble åpnet ved ulykkestilfeller» (Langmoen m. fl. 2010: 680).

omtalte HHB-behandlingen som «hasardiøs» (se 4.3.4). Når man fører et kateter på innsiden av pasientens blodårer, kan mye gå galt dersom nesa begynner å klø. Som Cassell understreker, virker dette å vekke både frykt og beundring hos ikke-kirurger.

Som kontrast til hjernehinneblødningens dramatiske behandling, kan vi igjen se til presentasjonen av kronisk subduralt hematom. Klinikklederen fortalte at KSH-operasjonen er så enkel at studentene selv kunne utført den: «Det er bare å lage et lite borehull og skylle ut det blodet, så er den damen oppe og går igjen. Det er faktisk så enkelt. Den operasjonen kunne dere kommet og gjort hos oss i dag, bare dere klarer å sy igjen såret etterpå.» Utsagnet viser at ikke all nevrokirurgisk behandling forstås som like dramatisk og krevende. Men til tross for at han fremstilte operasjonen som enklere enn å sy igjen såret, ble utsagnet møtt med spredt latter fra studentene. De ga uttrykk for at rollen som hjernekirurg ikke var en de kunne se for seg å fylle med det første. Inngrepet er kanskje enkelt for *kirurger*, men for mennesker «i det vanlige livet» fremstår det som en virkelighetsfjern oppgave. «Alle vi som er studenter ville jo synes det hadde vært litt skummelt å bore i en hjerne», fortalte en av studentene meg. Dette skyldes nok dels at kirurgisk behandling er forbeholdt spesialiseringen etter studiet. En annen, og antageligvis viktigere, grunn er at nevrokirurgi som nevnt (4.3.4) forstås som svært risikofyllt. Som studenten ovenfor sa det, forstås hjernen som «et *helt vilt* område å operere i».

Når selv den «enkle» KSH-operasjonen forstås som risikofyllt og skummelt, vil en «hasardiøs» HHB-operasjon fremstå som en svært vågal aktivitet. En student på syvende semester mente slike «hasardiøse» operasjoner er hovedgrunnen til nevrokirurgenes prestisje:

De gjør ikke noe viktigere, men *presser*! De tar på seg en risiko som er helt enorm, fordi de har alt å tape, de. For de skal på en måte fjerne en ting, og gjør de det feil, så dør kanskje pasienten [...] Så de tar jo på seg en risiko, frivillig, som er helt enorm, ikke sant. Og jeg tror det er *der* mye av den [prestisjen] ligger.

Studenten vektlegger at nevrokirurger påtar seg en enorm risiko og har «har alt å tape» når de opererer. En feil kan føre til at pasienten mister livet, og dette gjør inngrepet til et enormt ansvar for den som utfører det. Vektleggingen av at *nevrokirurgene*, og ikke pasientene, har alt å tape, kan relateres til konsekvensene et dødsfall kan få for behandlerens selvbilde. Det er neppe lett å føle seg ansvarlig for et annet menneskes død. I tillegg kan mislykkede inngrep tenkes å få konsekvenser for behandlerens rykte og/eller stilling, ettersom kirurgers dårlige resultater forstås som synligere og mer klanderverdige enn andre legers feiltrinn (Cassell 1991: 39).

Når studenten likevel mener risiko er en kilde til prestisje, virker det å være i ærefrykt overfor de som tør å påta seg et slikt ansvar. Dette er i tråd med både Johan Huizinga og

Alfred Kroeber, som forstår prestisje i relasjon til risikofylte aktiviteter (gjengitt i Hatch 1989: 348). De sier at risiko innebærer en mulighet for å feile, som tilfører aktiviteten et element av *spenning (tension)*. Dette vil avskrekke mange fra å prøve aktiviteten, mens de som tar risikoen og lykkes vil bli respektert og beundret. Oversatt til nevrokirurgi vil behandlingsrisikoen gjøre inngrepene mer nervepirrende. Dette vil kunne avskrekke mange fra å bli kirurger, ettersom de ikke er villige til å stå så direkte ansvarlige for andre menneskers liv. De som faktisk tør å arbeide innenfor spesialiteten, vil trolig få betydelig anseelse av å lykkes der andre ikke engang tør å prøve. Så lenge muligheten for å feile *forblir* en mulighet, vil den tilføre spenning og dramatikk til sykdomsfortellingen, og bidra til inntrykket av nevrokirurger som tøffe og vågale leger. Slik kan inntrykket av HHB-behandlingens risiko, og forestillingen om at det som oftest går bra, bidra til både sykdommens og behandlernes prestisje.

Beundringen for dem som tør å utføre slike vågale operasjoner ble tydelig med studenten som mente at «[...] de gjør noe så annerledes og så skummelt at alle blir sånn 'dæven, du er det, du'», og at «[...] jeg får litt sånn: 'Wow! Du har *baller!*' » Slik uttrykte han sin fascinasjon for de som takler risikoen og presset ved nevrokirurgenes inngrep. Referansen til kirurgenes «baller» er også noe Hinze (1999: 230) finner i sine intervjuer med leger. Hun mener «balle»-metaforen viser til at kirurger er tøffere, mer macho og mer oppofrende enn andre leger. Studentens utsagn viser at kirurgenes «baller» også kan relateres til behandlingsrisikoen og spenningen ved deres inngrep. Det er ikke alle som tør å «operere en pasient langt under midthjernen med fine instrumenter», som Professoren sa det.

Hinze (1999: 232) ser «balle»-metaforen som et klart uttrykk for legers verdsetting av *maskuline* egenskaper. Hvis nevrokirurger forstås å være maskuline og ha store «baller» når de behandler en hjernehinneblødning, blir det mer forståelig at sykdommen tilkjennes høy prestisje, «til tross» for at to av tre rammede er kvinner. HHBs status som kvinnesykdom går imot funn fra tidligere prestisjeforskning, der det er en tendens til at sykdommer som rammer menn rangeres høyest (Album 1991: 236). Her virker det rimelig å tro at hjernehinneblødningens prestisje i større grad bestemmes av sykdommens maskuline og dramatiske behandlerrolle, og i mindre grad av at pasienten er kvinne. Kampen mot den dødelige sykdomsorganismen blir nemlig ikke *mindre* maskulin av pasientens feminitet. Hennes rolle som hjelpetrengende offer går tvert imot godt overens med tradisjonelle kjønnete fortellinger, der den aktive mannen redder den passive kvinnen fra den ondsinnede trusselen. Det virker derfor rimelig at behandlerrollens maskulinitet vil trumfe pasientens kjønn som kilde til sykdomsprestisje. Førstnevnte, ikke sistnevnte, har mest å si for hvem behandleren får være i sykdommens fortelling.

5.3. Lar behandlerne redde liv som ingen andre kan redde

Hjernehinneblødningens prestisje virker også relatert til at den lar nevrokirurgene *redde liv som ingen andre kan redde*. Kun nevrokirurger kan endre sykdommens forløp – legene før dem skal bare diagnostisere og henvise pasienten videre. I behandlingen av hjernehinneblødningen får nevrokirurgene innta en eksklusiv livredderrolle, der de forstås som (1) dyktigere, (2) mer handlekraftige og (3) av en annen mental karakter enn andre leger.

Dyktigheten forstås blant annet å følge av nevrokirurgers spesialisering. En student fortalte for eksempel at «[...] du har generalistene, som ønsker å være flinke, veksle mellom de forskjellige fagfeltene og jobbe med komplekse ting, mens de her [nevrokirurgene] ønsker å være *dødsflinke* på én spesiell ting.» Han sammenlignet nevrokirurger med skiløperen Petter Northug, og forklarte at: «Det er noe man sier om hjerte- og nevrokirurger og sånn, at ‘han her er best i verden på dette’, en sånn ting som du aldri hører om en indremedisiner.» I tråd med Northug-referansen kan dette tolkes som at generalistene bedriver breddeidrett, mens spesialistene er toppidrettsutøvere. De har ekstreme ferdigheter innen et avgrenset felt, og kan konkurrere med andre om å bli best innen dette.

At nevrokirurger er «*dødsflinke* på én spesiell ting», innebærer også at de forstås å ha *handlekraft* til å gjøre noe med denne «tingen». De mister kanskje bredden til generalistene, men spesialiseringen gjør dem i stand til å redde døende HHB-pasienter. Handlekraften følger også av at nevrokirurgene er *handlingsrettede* leger. Professoren fortalte studentene at: «Vi er enkle mennesker her på nevrokirurgen [...] Det er pro, contra, og så *get it!*» Han advarte dem mot å tenke *for mye*, for «[...] hvis premissrekka skal være komplett, så går pasienten til grunne mens vi samler data eller filosoferer over dem.» Med dette viste han til skillet mellom tanke og handling, som Cassell (1991: 34) mener reflekterer et skille mellom indremedisinere og kirurger: Indremedisinere verdsetter å tenke før de handler; kirurgene verdsetter å handle, ikke bare tenke. Professorens utsagn knytter seg til sistnevnte, og forstår nevrokirurger som handlekraftige mennesker fordi de ikke tenker *for mye*. Dermed kan de redde pasienter som andre spesialister ikke kan gjøre noe med. Professoren ga tydelig uttrykk for dette, da han fortalte meg om skillet mellom nevrokirurgi og nevrologi:

Vi har kanskje sett på nevrologene, i hvert fall på sentralsykehusnivå, som råvareleverandører [...] Nevrologene leverer fra seg syke pasienter, så tar nevrokirurgene og fikser dem, slik at de som regel blir bedre, for så å sende dem tilbake i bedre stand til nevrologene igjen.

Skillet ble fremsatt halvt i spøk, men gir likevel et tydelig bilde av spesialitetenes arbeidsdeling: Nevrologene leverer «råvarene», nevrokirurgene «fikser» dem.

Også teknologien forstås å ha økt nevrokirurgers handlekraft. Vi så dette i forrige kapittel (4.3.2), der Professoren fremhevet at han ikke kunne *tenke* seg å behandle aneurismer uten operasjonsmikroskop. Utsagnet kan få det til å virke som at det er teknologien, ikke nevrokirurgene, som redder pasientene. Samtidig understreket han at teknologien ikke er *nok*. Selv om *han* ikke kunne tenke seg å operere aneurismet uten operasjonsmikroskop, presiserte han at: «Det var noen som fikk det til. Noen var veldig gode.» Slik understreket han at det ikke *bare* er teknologien det kommer an på. De klarte å behandle HHB før operasjonsmikroskopet, og resultatene kan ikke *reduseres* til teknologien.

Dyktigheten og handlekraften må ses i sammenheng med at nevrokirurger forstås å være av *en annen mental karakter* enn andre leger. Dette ble illustrert i klinikkundervisningen, da en student spurte om det er tilfeller der ikke-kirurger bør vurdere å drenere blod fra pasientens skalle. Klinikklederen var skeptisk: «Problemet er at hvis du ikke har en kirurg som kan det, så bruker de så lang tid på å psyke seg opp til å gjøre det, finne det riktige utstyret, at da har det gått vinter og vår før de har fått gjort noe med dette likevel.» Utsagnet om at ikke-kirurger bruker «lang tid på å psyke seg opp» viser at kirurger forstås å ha en annen mental beredskap enn resten av legestanden. Dette kan relateres til den tidligere nevnte «balle»-metaforen, som viser at kirurgene takler risikoen og presset ved en operasjon. Det kan tenkes at det er mangelen på disse «ballene» som gjør at ikke-kirurger bruker for lang tid på å psyke seg opp til slike inngrep. En indremedisiner med en skalpell forstås derfor ikke som kirurg, ettersom vedkommende ikke er mentalt i stand til å utføre operasjoner.

Samlet forstås dyktigheten, handlekraften og deres særegne mentale karakter å gi nevrokirurger en eksklusiv livredderrolle, der de redder liv som ingen andre kan redde. Disse forestillingene begrenser seg antageligvis ikke til behandlingen av hjernehinneblødninger alene, men de forutsetter at nevrokirurger forstås med utgangspunkt i tilsvarende behandlerroller, der de faktisk kan gjøre noe ekstraordinært for pasienten. Hvis ikke blir inntrykket av dem et annet (noe jeg kommer tilbake til i 6.2). Hjernehinneblødningens fortelling bidrar derfor til å konstituere inntrykket av nevrokirurger som dyktigere, mer handlekraftige og av en annen mental karakter enn andre leger. I tråd med dette forstås også sykdommen å være et særlig stort «underverk».

5.3.1. En «mirakelmaksimerende» sykdom

I forrige kapittel (4.5) viste jeg til forståelsen av HHB-behandlingen som «undere», ettersom nevrokirurgene raskt og endelig kan gjøre dødssyke pasienter friske igjen. Cassell (1991: 4) har sagt at all vellykket kirurgi har mirakuløse kjennetegn, men at noen underverker er større

enn andre. HHB-behandlingen virker å bli forstått som et særlig stort og eksklusivt «underverk», og dette får konsekvenser for behandlerens rolle i sykdomsfortellingen. For å forstå dette, må vi først se hva som bestemmer «underverkets» størrelse.

Inspirert av Goffmans (1982) forståelse av «action» mener Cassell (1991: 4) at størrelsen på kirurgers «mirakler» bestemmes gjennom en form for «gambling», der man veier sannsynligheten for et gunstig behandlingsutfall opp mot sykdommens alvorlighetsgrad. Operasjoner som trumfer elendige odds og livstruende risiko utgjør da de største «miraklene». Det første leddet av denne forståelsen, behandlingsrisikoen, passer godt til å «kvantifisere» det «mirakuløse» ved *den enkelte operasjon*, men det virker mindre nyttig for å forstå sammenhengen mellom «miraklene» og *sykdommenes* verdsetting. Lykkes kirurgen med bare én av ti operasjoner for *dødelig sykdom X*, og ni av ti operasjoner for *dødelig sykdom Y*, vil førstnevnte ifølge Cassell være det største «mirakelet». Nevrokirurgenes ansente forhold til behandlingsrisiko (se 4.3.4) gjør det urimelig å anta at de verdsetter sykdommer som bare er gjenstand for usannsynlige «underverker». Slike sykdomsfortellinger vil antageligvis ikke assosieres med handlekraften til livredderrollen, men med andre og mindre verdsatte roller.

Cassells andre mirakelmaksimerende faktor, sykdommens alvorlighetsgrad, virker mer relevant for å forstå hvilke sykdommer som verdsettes. Som sagt gir det trolig status å helbrede dem som ingen andre kan helbrede. Professoren advarte riktignok studentene mot å la statusen «[...] uttrykkes med noe av det mest vulgære som jeg tenke kan, altså *'my tumor is bigger than yours, and my patient is bleeding'*» – et utsagn som trolig var ment å markere avstand til en slags barnslig og vulgær konkurranse mellom leger om å behandle de mest alvorlige pasientene. Utsagnet sier likevel mer om at operasjoner kan omtales og forstås på *riktig måte*, heller enn å avvise det imponerende ved å lykkes der andre kommer til kort. Professoren ga selv uttrykk for å verdsette en slik eksklusiv handlekraft, både i det ovennevnte utsagnet om at nevrologene leverer «råvarene» som nevrokirurgene «fikser», og da han spøkefullt foreslo at skillet mellom nevrokirurgene og nevrologene kan oppsummeres med at «[...] det er få nevrokirurgiske sykdommer som ikke er nevrologiske, men det motsatte er ikke tilfellet.» Med dette siktet han til at nevrokirurger får henvist de fleste av sine pasienter fra nevrologer, men ikke alle. Det er kun de alvorligst syke pasientene, de nevrologene ikke selv kan behandle, som henvises videre. Budskapet er at det bare er nevrokirurgene som har handlekraft til å gjøre noe med disse alvorlige sykdommene. Slik fremstilte han nevrokirurgene som *noe mer* enn andre leger, som ekstraordinære behandlere som lykkes der andre feiler.

Forståelsen av nevrokirurgene som leger «med noe ekstra» kan relateres til William Goodes (1978: 7) definisjon av prestisje som «[...] the esteem, respect, or approval that is granted by an individual or a collectivity for performances or qualities they consider above the average [min kursivering].» Å behandle dødelige og akutte sykdommer som ingen andre kan behandle, forstås trolig som en prestasjon «*above the average*» blant leger flest. Dette kan ses i tråd med Shortells (1974: 6) studie, som fant at legers ferdigheter er det viktigste prestisjekriteriet i medisinen.

I tillegg til alvorlighetsgraden virker ytterligere en faktor å spille inn på størrelsen man tillegger «underverket», nemlig vurderinger av *hvor mye pasient det er å redde*. Jeg kom på sporet av denne forestillingen under forelesningen i akutt nevrologi, da foreleseren fortalte om situasjoner der man i samråd med de pårørende «[...] kanskje [må] si at 'ja, her er situasjonen sånn at her er det faktisk ikke hensiktsmessig å sende pasienten tyve mil over fjellet til et akuttmottak, fordi du har *for lite å redde*' [min kursivering].»

«Hvor mye pasient det er å redde» kan forstås som et kvantitativt mål basert på to kriterier, nemlig legenes forventning om pasientens (1) gjenværende levetid og (2) fremtidige livskvalitet. Førstnevnte, *gjenværende levetid*, bestemmes delvis av pasientens prognose etter behandlingen. Skikkelige «underverker» skal helbrede pasienten, slik nevrokirurger kan gjøre med hjernehinneblødninger. I tilfellene der man bare utsetter døden med noen uker, fortalte Hjernekirurgen studentene at «[...] har du en pasient som har så veldig kort prognose, så er det aktuelt å stå over [operasjonen].» Klarer man ikke helbrede, vil det følgelig være mindre å redde. I tillegg til prognose etter behandling, estimeres gjenværende levetid også ut fra pasientens alder. Hjernekirurgen fortalte for eksempel studentene at hjernehinneblødning er en viktig sykdom, siden den rammer ganske unge pasienter «[...] som har mange år igjen.» Utsagnet kan tolkes som at pasienter med mange år igjen har *mer å redde* enn pasienter med få år igjen, og at det er viktigere og mer høyverdig å redde disse.

Forventninger om *fremtidig livskvalitet* har også betydning for hvor mye pasient det er å redde. For eksempel fortalte Klinikklederen at pasienter med hjernesvulsten *glioblastom* i gjennomsnitt bare overlever 14 måneder etter operasjonen, men at denne tiden likevel er kvalitetspreget: «[D]et å få leve ett-to år, det betyr mye for mange pasienter, for de lever egentlig ganske bra mesteparten av tiden [...] Så de fleste vil nok ha denne tiden hvis de kan få den, med rimelig bra kvalitet.» Dette kan leses som at kvalitetspreget livsforlengelse gir pasienten mer å redde. Motsatt vil overlevelse *uten* kvalitet innebære at det er mindre pasient å redde. I slike tilfeller mister behandlingen noe av sin mening, og Klinikklederen fortalte studentene at: «[N]år det gjelder målet med behandlingen, så er det å forlenge overlevelse

med kvalitet. Hvis du bare går for å forlenge overlevelse i seg selv, så er ikke det noe særlig ærverdig mål.» Overlevelse med kvalitet forstås da som et «ærverdig» mål, slik at livskvaliteten etter behandlingen har betydning for hvor verdsatt inngrepet er.

Anlegger vi disse kriteriene på hjernehinneblødningen, ser vi hvorfor den assosieres med særlig «mirakuløs» behandling. Sykdommens alvorlighetsgrad gjør at forskjellen på en behandlet og ubehandlet pasient er stor, og inngrepene forstås definitivt som «*above the average*» hva behandlingsresultater angår. Det er også «mye pasient å redde», ettersom de syke som regel er unge og kan leve kvalitetsfylte liv etter behandlingen.

Størrelsen på underverket har stor betydning for rollen behandlerne spiller i sykdomsfortellingen. Vi så ovenfor at nevrokirurgene forstås som dyktigere, mer handlekraftige og av en annen mental karakter enn andre leger, en rolle som blant annet konstitueres av det «mirakuløse» ved å redde en HHB-pasients liv. Å innta denne eksklusive helbrederrollen kan tenkes å gi behandleren en betydelig *mestringsfølelse*, ettersom den lar vedkommende oppnå en rekke høyt verdsatte målsetninger i medisinen. Dette gir støtte til Malteruds antydning¹⁷ om at sykdommers prestisje avspeiler den grad av mestring legen føler i møtet med ulike symptomer (2012: 270).

Det kan presiseres at hjernehinneblødningens «*mirakelmaksimering*» bygger på andre verdier enn utilitaristisk *nyttmaksimering*, som virker å være et utbredt ideal i medisinen. Utilitarismens moralske grunnprinsipp er «[...] the greatest happiness of the greatest number» (Bentham 2005: 142). Nevrologen artikulerte dette prinsippet da han fortalte meg at «[...] vi er under knallhardt press og må hele tiden prioritere hvor vi kan gjøre best nytte for oss.» Budskapet er at legene ikke har ressurser (psykologiske, tidsmessige, økonomiske etc.) til å prioritere alle tilstander likt, og at de av rettferdighetsgrunner søker å bruke ressursene der de kan gjøre mest nytte for seg.

Forskjellen på «*mirakelmaksimering*» og *nyttmaksimering* er at førstnevnte befinner seg på individnivå, mens sistnevnte befinner seg på gruppenivå. HHB-pasientene utgjør en ganske liten gruppe av pasienttilfanget i Norge (1 per 10 000 per år (Bakke og Lindegaard 2007: 1074)), og det å redde livene deres vil derfor ikke oppfylle utilitarismens «*greatest happiness of the greatest number*». Dette utelukker ikke at nevrokirurgene kan være nyttemaksimerende. Poenget er bare at sykdommers utbredelse ikke spiller noen rolle for hvilket «mirakel» det er å behandle dem, mens deres utbredelse er *avgjørende* for behandlingens grad

¹⁷ Malterud både antyder og *tar avstand fra* dette prestisjekriteriet. Hun skriver at: «Sykdommenes statushierarki avspeiler kanskje også legenes følelse av mestring eller hjelpeløshet i møtet med ulike symptomer. Men først og fremst ser det ut til at sykdommenes prestisje henger sammen med pasientenes makt og status» (2012: 270).

av nyttemaksimering. Hjernehinneblødning er en «mirakelmaksimerende», ikke en nyttemaksimerende sykdom¹⁸. Det er førstnevnte, ikke sistnevnte, som gjør oss i stand til å forstå dens prestisje.

5.3.2. Man kan lære seg å utføre «undere»

Til tross for deres gudommelige tilsnitt, var Professoren tydelig på at evnen til å utføre disse «underverkene» er noe som kan *læres*. Da han fortalte studentene om HHB-operasjoner, presiserte han at: «Det krever nok litt stamina, men altså, *dette kan man lære.*» På kontoret etter undervisningen utdypet han dette for meg: «Du hørte jeg sa det i dag: ‘dere kan jo lære dette’, sa jeg. Det er de som går rundt og sier at dette er for *de utvalgte.*» Han fnøs av de siste ordene. «Jeg velger Berlusconi-modellen fremfor Carl I. Hagen-modellen. Eller Stoltenberg, for den saks skyld.» Jeg så spørrende på ham. «Berlusconi sier ‘dere kan bli som meg’. I Norge sier vi heller ‘jeg er som dere’.»

Professorens referanse til nevrokirurger som «utvalgte» var trolig en henvisning til forestillingene om kirurgers iboende talent. Studenten som tidligere fortalte at man må «være ganske stø på hånda» for å utføre operasjoner, viste for eksempel til kirurgers ekstreme fingernemhet. Slike egenskaper ses gjerne å skille kirurger fra andre leger (Cassell 1991: 11), men Professoren mente altså at egenskapene kan læres. Samtidig understreket han at dette *krever* noe av de som skal lære dem. Når han sier han velger «Berlusconi-modellen fremfor Carl I. Hagen-modellen», gir han uttrykk for at nevrokirurger er hevet over andre innen medisinen, og at de har blitt dette fordi *de har jobbet hardt for det*. Slik fremstilte han nevrokirurger som «self-made men», i stand til å behandle hjernehinneblødninger fordi de har hatt «stamina» til å lære dette. Når andre ikke oppnår lignende resultater, er det implisitt fordi de ikke har jobbet hardt nok.

Forestillingen om nevrokirurger som særlig hardtarbeidende leger var også utbredt blant studentene. Da jeg spurte en student på ellefte semester om han kunne tenke seg å bli nevrokirurg, svarte han at «[...] jeg har drømt om det», for så raskt å legge til at det ikke fristet å jobbe så mye. «Seks år med nitti timer i uka, sier de. Jeg tror ikke det er særlig overdriving heller.» For hans del ble dette for mye, og han ville ikke bli som de ekstreme tilfellene med «[...] nevrokirurger som er på nittentimers vakter stadig vekk.» En annen

¹⁸ Hva nytte angår vil de blant annet bli utkonkurrert av muskel- og skjelettlidelser, som er blant de hyppigste årsakene til legebesøk her til lands. I en leder i *Tidsskrift for den norske legeförening* oppfordres det til at utilitaristiske hensyn må få større betydning for prioritering, og at manglende utilitarisme har ført til at muskel- og skjelettlidelser har fått for lite oppmerksomhet (Ihlebak og Lærum 2010). «Mirakelmaksimeringen» virker derimot ikke å være i utakt med prioriteringskriteriene til Lønning II-utvalget, som vektlegger alvorlighet, nytte av behandlingen og kostnadseffektivitet som viktige prinsipper for prioritering (NOU 1997: 12).

student viste også til det ubeleilige med at kirurger må jobbe med akutte pasienter som kommer inn om natten: «Kirurger må jo stå på kveldene og operere – våkne klokka tre på natta og dra rett på operasjonssalen.» Han mente dette var noe som avskrekket mange fra å bli kirurg: «[D]et er jo en kjent sak at man sier ‘ja, det høres spennende ut, men jeg har lyst på et liv’.» I tillegg vitset studentene med at det er så vanskelig å få jobb som nevrokirurg at de unge og ambisiøse på avdelingen gjerne er godt oppi femtiårene. Slike forhold fristet få av medisinstudentene jeg snakket med. De ville ikke forsake livet utenfor legeyrket.

5.3.3. «Det messianske oppdraget»

Professoren ga meg et innenfra-perspektiv på forsakelsen. Han fortalte at han ikke hadde noen planer denne formiddagen, ettersom kollegaen han skulle møte måtte være hjemme med syke barn. «En kirurg som er hjemme med syke barn...», sa han tørt, før han så meg i øynene og viste meg fingeren. Jeg lo og spurte om dette ikke var vanlig før i tiden. «Jeg forstår ikke denne nye tiden», svarte han smilende, men oppgitt. Budskapet virker å være at det ikke sømmer seg for kirurger å være hjemme med syke barn. Livredning er ingen «ni-til-fire-jobb». «Skikkelige» kirurger gjør mer enn dette.

Utsagnene kan tolkes i sammenheng med det Professoren kalte «det messianske oppdraget». Vi diskuterte forskjellen på nevrologer og nevrokirurger, og Professoren så en forskjell i at: «Når nevrologen har analysert dette ferdig, og han tar på seg pelsfrakk og setter seg i bilen... vel, så må vi grave frem sverdet.» Jeg lo av sverdmetaforen hans, han lo litt selv. «Det er det messianske oppdraget», forklarte han. «Vi står der, og vi holder på om natta, og vi...» Han relaterte dette til diskusjonen om nevrokirurger er «utvalgt» til sitt yrke: «Dette kan kanskje forklare noe av den eksistensielle tilfredsstillelsen, men det må ikke føre til at man tenker at man er utvalgt bare fordi man ikke klør seg når det klør i nesa, eller later vannet når man må det.»

Vi snakket ikke mer om dette, før jeg en uke senere fikk en novellesamling i gave av ham, Mikhail Bulgakovs *A Country Doctor's Notebook* (1995). «Du kan få den som basislitteratur, apropos det messianske oppdraget», forklarte han meg. Samlingen er løselig basert på Bulgakovs egne erfaringer rundt 1916-17, der han som nyutdannet lege fikk ansvaret for å drive et lite sykehus på den russiske landsbygda. Han forteller om en nybegynners usikkerhet, bekymringen for å møte sjeldne sykdommer, frykten for å ta livet av sine pasienter, angsten over å måtte bistå en fødsel, kaoset rundt hans første operasjon, isolasjonen på landsbygda og det strevsomme livet som lege. Men han kan også fortelle om bratte læringskurver, vellykkede operasjoner, sitt voksende rykte blant landsbybefolkningen og stoltheten over å

lykkes i sin legerolle. Professoren pleide å anbefale dette verket til studentene sine. Til en gruppe fortalte han blant annet at: «[D]et er et lite sykehus, mange mil fra nærmeste elektriske lys. Det første som skjer er at de kommer til ham med en ung jente som har fått revet av det ene beinet [...] Jeg opplevde at det var litt som å lese om meg selv. Men det kan jo si litt om mine forestillinger om meg selv, da.»

Jeg tolker forestillingen om «det messianske oppdraget» som en allmenn kirurgisk målsetning. Den innebærer at kirurgen skal helbrede sine pasienter, i tillegg til å forsake livet ved siden av legeyrket. Som Professoren sa det, så er dette en kilde til «eksistensiell tilfredsstillelse». Dette var trolig en henvisning til at nevrokirurgi erfares som et særlig *meningsfylt* virke, ettersom nevrokirurger får innta en privilegert posisjon der de kan utøve «mirakler», redde liv og hjelpe mennesker. I dette lyset kan kirurgers forsakelse tolkes som et uttrykk for deres dedikasjon til dette meningsfylte virket.

Hjernehinneblødning er en sykdom som bringer nevrokirurgen nærmere idealet i det «messianske oppdraget.» Arbeidet med den er dramatisk og krevende, og de arbeider hardt for å redde liv som ingen andre kan redde. Edvin Schei kaller dette «medisinens optimistiske mytologi», der den gode helsearbeideren er i kamp mot den onde lidelsen (2007: 8). Northrop Frye har klassifisert denne fortellingstypen som en konfliktfylt «romanse», der protagonisten svarer til himmelrikets Messias, og antagonistene til underverdenens demoniske krefter (1957: 187). Man kan kanskje si at hjernehinneblødningen lar nevrokirurgen spille rollen som frelser i sykdomsfortellingen, den som utretter «underverker» og bekjemper sykdommens ondskap. Dette er en rolle for særdeles høyverdig måloppnåelse, som langt på vei gjør det forståelig hvorfor leger tilkjenner sykdommen dens høye prestisje.

5.4. Hjernehinneblødningens prestisje

I dette kapittelet har jeg argumentert for at sykdommers prestisje kan ses i sammenheng med den typiske rollen behandleren får i sykdommens fortelling. Hjernehinneblødningen er en sykdom som på dramatisk vis lar nevrokirurgen redde liv som ingen andre kan redde, slik at behandleren får innta *en dramatisk og eksklusiv livredderrolle*. Denne rollen lar legene oppnå en rekke høyt vurderte medisinske målsetninger, og dette gjør den høyt verdsatt blant leger og medisinstudenter.

Avslutningsvis kan vi utforske hvilke implikasjoner dette kan ha for vår forståelse av sykdomsprestisje. Det kan for eksempel påstås at også sykdomskjennetegn som *muliggjør* en slik behandlerrolle vil bli høyt vurdert. Livredningen forutsetter for eksempel at sykdommen er objektiv (4.3.3) og at man har teknologi som gjør at man kan handle overfor den (4.3.2), to

kjennetegn som tidligere prestisjeundersøkelser har fremhevet som prestisjerelevante (Album 1991; Album og Westin 2008). Dette gjør det mulig å skille mellom prestisjefylte *mål og midler*, der noen kjennetegn (som teknologi og objektivitet) er høyt vurdert fordi de er midler til å realisere høyt vurderte mål, mens andre kjennetegn (som dramatikk og livredning) er høyt vurderte mål i seg selv, som behandlingen av sykdommen kan realisere. Det er tenkelig at målene har større betydning for prestisjen enn midlene, ettersom det er disse leger søker å oppnå. Argumentet vil kompliseres av at midlene (som teknologi (se Kringlen 1986: 18-19)) også kan gjøre til mål i seg selv, og at målene (som helbredelse) kan være midler til å oppnå mer abstrakte mål (som mestring). Dette er likevel empiriske spørsmål, som ikke trenger å ugyldiggjøre mål-middel-distinksjonens relevans for prestisjekriteriers sentralitet.

Måloppnåelsens betydning for sykdommers prestisje kan også relateres til Malteruds (2012: 275-76) forståelse av *eksemplariske* sykdommer. Hun forstår disse som motstykket til såkalte «medisinsk uforklarte plager og sykdommer» (MUPS), og sier som sagt (2.2.2) at sykdommer er eksemplariske hvis de har samsvar mellom pasientens symptomer og legenes funn, og klare grenser mellom sykt og friskt. Denne forståelsen fremstiller eksemplariske sykdommer som en homogen masse, der eksemplariteten bare blir en «terskel» som MUPS ikke klarer tre over. Vi kan få en mer prestisjerelevant forståelse av eksemplariske sykdommer hvis vi spør hva sykdommer kan tenkes å «gjøre» for behandlerne av dem. Det er tenkelig at en sykdoms eksemplaritet bestemmes av i hvilken grad den lar legen realisere høyt vurderte målsetninger i medisinen, som for eksempel livredning og dramatikk. I så fall vil hjernehinneblødningen være en eksemplariske sykdom, ettersom den på en dramatisk måte lar nevrokirurger redde pasienter som ingen andre kan redde. Dette er en forbilledlig rolle for leger å kunne innta.

For at hjernehinneblødningen skal være en eksemplariske sykdom, må målene den lar behandlerne oppnå være verdsatt i medisinen generelt. Ettersom jeg bare har deltatt i nevrokirurgiundervisningen, kan jeg ikke si dette med sikkerhet. Men undervisernes påstander om at hjernehinneblødningen *har* høy prestisje gjør det mulig *post hoc* å argumentere for at sykdommens særkjennetegn kan være indikatorer på allmenn medisinsk verdsetting. Hvis dette stemmer, kan dramatisk og eksklusiv livredning være allmenne medisinske idealer, og kjennetegn ved prestisjefylte og eksemplariske sykdommer generelt.

Man kan også spørre seg hvorfor andre skulle verdsette at nevrokirurger får innta en høyverdig behandlerrolle i hjernehinneblødningens fortelling. Dette kan ses i sammenheng med at *målene* eller idealene er vel utbredte blant leger, selv om midlene eller sykdommene som lar dem realisere disse målene, er begrensede. Dette henger sammen med forståelsen av

prestisje som *delte* vurderinger, basert på felles forestillinger om verden (se 2.3.2). Det ligger i prestisjekriterienes intersubjektive karakter at leger vil tilslutte seg dem, uavhengig av om de selv har mulighet til å oppnå dem. Det er dette som gjør dem til prestisjekriterier, og ikke personlige smakskriterier (Zhou 2005: 97-98).

I neste kapittel skal jeg se nærmere på sykdomsfortellingens betydning for *nevrokirurgi*s prestisje, og argumentere for at hjernehinneblødningen fremsettes som en *del* som står for den nevrokirurgiske *helheten*.

Kapittel 6.

Sykdom som metonymi

Til nå har vi sett hva som inngår i hjernehinneblødningens fortelling, og hvordan denne er innvevd i sykdommens prestisje. Her skal det handle om hvordan sykdomsfortellingen også kan inngå i *nevrokirurgiens* prestisje. I forrige kapittel så vi flere eksempler på at sykdommens prestisjefylte kjennetegn kan virke positivt for spesialiteten som behandler den. Her vil jeg argumentere for at underviserne forsterket dette ved å fremsette hjernehinneblødningen som en *metonymi* for nevrokirurgi – som *delen* som står for nevrokirurgiens *helhet*. Jeg vil begynne med hvordan denne del-helhet-relasjonen antyder at sykdomsfortellingens prestisjefylte kjennetegn gjelder for nevrokirurgi som helhet (6.1). For å utdype prestisjeforholdet mellom sykdommens del og spesialitetens helhet, vil jeg så vise hva som skjedde da en av informantene forstod nevrokirurgi med utgangspunkt i en annen sykdom (6.2), og hva som kan skje dersom hjernehinneblødningen blir en del av en annen behandlergruppes helhet (6.3).

6.1. Sykdomsdelen som står for spesialitetens helhet

Jeg argumenterte i forrige kapittel for at hjernehinneblødning forstås som en særlig prestisjefylt sykdom, og at prestisjen kan ses i relasjon til sykdomsfortellingens behandlerrolle. I behandlingen av HHB får nevrokirurgene være dramatiske og ekstraordinære livreddere, og dette virker å være en særlig verdsatt posisjon i en medisinsk kultur som har helbredelse som sitt offisielle mål (Måseide 1987: 87).

Prestisjekriteriene fra forrige kapittel kan antageligvis også anlegges for å forstå nevrokirurgiens høye prestisje. Det er ikke alle forunt å jobbe med slike alvorlige, dramatiske og helbredelige sykdommer, og muligheten til å innta denne behandlerrollen virker ettertraktet blant leger. Nevrologen fortalte for eksempel studentene at «[...] aneurismekirurgi er det som har høyest status av alle sanne ting som har høy status.» Da er det fordelaktig for nevrokirurgene at de har enerett på å behandle HHB-pasienter. Sykdommen trekker en *symbolsk grense* (Lamont og Molnár 2002) til alle andre som ikke har tilgang, ferdigheter eller «baller» nok til å behandle den, og nevrokirurgene vil trolig tilkjennes prestisje av å forvalte denne statusmarkøren. Slik kan sykdomsfortellingen underbygge nevrokirurgiens prestisje, ved å gi dem – og bare dem – tilgang på en ettertraktet behandlerrolle.

Likevel er det ikke nok at de har klart å *knytte seg* til sykdommen. For at sykdommen skal få betydning for nevrokirurgiens prestisje, må den også bli *oppfattet* som en *betydningsfull* del av spesialitetens sykdomstilfang. At dette ikke alltid er tilfellet, kan illustreres med en artikkel i et radiologitidsskrift hvor forfatterne klager over radiologiens konstant lave prestisje de siste 50 årene, til tross for spesialitetens formidable fremskritt hva teknologi og behandling angår (Glazer og Ruiz-Wibbelsmann 2011). Artikkelen er et uintendert ekko av W.I. Thomas' berømte teorem, om at situasjoner som (ikke) defineres som virkelige, (ikke) blir virkelige i sine konsekvenser (gjengitt i Merton 1948: 193).

6.1.1. En metonymisk prestisjemarkør

Underviserne snakket ofte om hjernehinneblødning som en sentral del av den nevrokirurgiske hverdagen. De fremhevet stadig sykdommen i undervisningen, og den ble viet så mye oppmerksomhet at jeg mener det er rimelig å kalle den et nevrokirurgisk *nøkkelsymbol*. Sherry Ortner (1973: 1339) har listet fem indikatorer på at noe er et nøkkelsymbol, og jeg mener hjernehinneblødningen svarer til samtlige av disse. Underviserne (1) fortalte at HHB er en *viktig* sykdom (ettersom den er alvorlig og helbredelig); (2) de virket å bli *negativt og positivt påvirket* av HHB (med tanke på pasientens død eller overlevelse); (3) HHB *kom opp i mange ulike kontekster* (forelesninger, pausesnakk, pasientbesøk og kontorprat); (4) HHB ble *grundigere utdypet* enn mange andre nevrokirurgiske sykdommer (den ble viet mye tid i undervisningen); og (5) det var klare retningslinjer og restriksjoner for hvordan man skal handle overfor en HHB (for at pasientene skal komme til behandling).

Ved å vie hjernehinneblødningene så stor oppmerksomhet, og fremheve sykdommen som et godt eksempel på spesialiteten, impliserer underviserne at egenskapene ved sykdoms-eksempelet også kjennetegner helheten det eksemplifiserte (Thwaites m. fl. 2002: 54). Uavhengig av deres hensikt med sykdomspresentasjonen, innebærer vektleggingen av hjernehinneblødningen at de fremsatte sykdommen som et betydningsfullt eksempel på hvem de er og hva deres spesialitet går ut på. Dermed etablerte de en *metonymisk*¹⁹ relasjon mellom HHB og nevrokirurgi, der sykdommen ble *delen* som står for nevrokirurgiens *helhet* (Heradstveit og Bjørge 1986: 36). George Lakoff og Mark Johnson (2003: 37-38) har understreket at metonymien strukturerer våre tanker, holdninger og handlinger, slik at å forstå nevrokirurgi

¹⁹ Metonymien brukes her i en litt annen forstand enn retorikkens forståelse av den som *talefigur*, der for eksempel «gode hoder» kan stå for «intelligente mennesker» (Lakoff og Johnson 2003: 37). Jeg forstår metonymien i en løsere, mer assosiativ forstand, slik Arjun Appadurai forstår begrepet når han skriver om «[...] ideas that become metonymic prisons for particular places» i antropologien (1988: 40). Appadurai snakker om hvordan antropologiske undersøkelser lar en del av et samfunn bli stående for dets helhet. Jeg fokuserer på hvordan underviserne gjør det samme med hjernehinneblødningen og nevrokirurgi.

med utgangspunkt i hjernehinneblødningen vil ha stor betydning for hvordan man tenker om og vurderer spesialiteten.

Undervisere vil strengt tatt etablere slike metonymiske relasjoner *hver gang* de presenterer en sykdom som en del av en spesialitet. Eksempelet vil uunngåelig foreslå en forbindelse til det det eksemplifiserer (Eriksen m. fl. 2012: 9) Forholdet mellom sykdommer og spesialiteter er komplekst, og hjernehinneblødningen var ikke den eneste delen som fikk stå for nevrokirurgiens helhet.

Samtidig ble hjernehinneblødning fremhevet oftere og på andre måter enn de andre sykdommene underviserne presenterte. Det ble for eksempel lagt vekt på *hvor mange* slike pasienter de behandler. Professoren fortalte at Rikshospitalet har rundt halvparten av HHB-tilfanget i Norge, med «[...] seks, åtte, ja, til og med tolv i uka!» Overlegen forsikret studentene at: «Det er *særlig* de [HHB-pasientene] det er mye av. Vi har hatt opp til *sytten* sånne på en gang her.» Sykdommens hyppighet ble også demonstrert med pasientbesøkene. I løpet av de seks ukene jeg deltok i den nevrokirurgiske smågruppeundervisningen, gikk vel én av fem pasientbesøk til slike pasienter, og enkelte dager besøkte vi ikke andre. Sykdommen ble også spøkefullt fremsatt som *den eneste* de behandler på nevrokirurgisk avdeling. Da en av studentene spurte hvorvidt pasienten de nå skulle se, hadde HHB, svarte Professoren: «Ja, de har ikke annet enn det de som er her. Har ikke sett noe annet enn det», før han mumlende la til at: «Nei, vi har litt forskjellig.» Til tross for hans noe spøkefulle tone, uttrykte han at de behandler så mange HHB-pasienter at man skulle tro de ikke gjorde annet.

Ved å fremheve hjernehinneblødningen på denne måten, gir de uttrykk for at nevrokirurger overveiende behandler alvorlige og helbredelige sykdommer. Overlegen uttrykte dette eksplisitt, da jeg spurte om de gjennomførte rutineoperasjoner på avdelingen, og han svarte at «[...] for det meste opererer vi alvorlige og sjeldne sykdommer.» Overfor studentene presiserte han også at: «Vi har så mange senger på intensiv som vi trenger. Og det hender vi bruker *mange* hvis vi har mange dårlige hjernehinneblødninger liggende her, fordi de er liksom det aller mest dramatiske som vi driver masse med her.» Budskapet virker å være at det alvorlige og dramatiske er normen for nevrokirurgene, noe som gir et svært fordelaktig bilde av spesialiteten. Hvis behandlingen av én akutt HHB-pasient viser at man har kontroll over det som er ute av kontroll (se 5.2), vil behandlingen av *sytten* slike pasienter virkelig understreke at man har handlekraft overfor avdelingens sykdommer. Da er man det Overlegen kalte en avdeling «med orden på sysakene».

6.1.2. Sjelden og eksklusiv

I kontrast til dens hyppige vektlegging i undervisningen, ble HHB fremstilt som en sjelden sykdom *utenfor* nevrokirurgisk avdeling. Professoren fortalte studentene at «[...] det vi ser her er veldig sjeldne ting», og advarte dem mot å tro at HHB-diagnosen alltid er like lette å stille som i smågruppeundervisningen:

Hun hadde akutt hodepine, verste noen gang. På denne avdelingen her, med bandasje og sånn, så betyr det hjernehinneblødning. Og bandasjen betyr at det var fra et aneurisme. Men i praksis så er det bare en av seks som har hjernehinneblødning med det symptomet der.

Budskapet er at selv om samtlige pasienter med hyperakutt hodepine på nevrokirurgisk avdeling har HHB-diagnosen, må studentene forvente noe annet når de møter pasienter med samme symptom på fastlegekontoret. Advarselen ble antageligvis fremmet fordi studentene ofte foreslo HHB-diagnosen i pasientundersøkelser – også på pasienter som hadde fått andre hodepinerelaterte diagnoser. Underviserne måtte derfor minne studentene om at dette er en sjelden sykdom, til tross for at nevrokirurgisk avdeling behandler mange av den.

Ved å fremheve sykdommens sjeldenhet understreker underviserne at HHB er en *eksklusiv* sykdom. Som Overlegen sa det ovenfor, behandler de for det meste «alvorlige og sjeldne sykdommer». Vektleggingen av det sjeldne kan tyde på at helbredelige, dramatiske og ekstraordinære sykdommer er en «begrenset ressurs» i medisinen. Ikke alle kan behandle og hjelpe slike pasienter, og de som har mulighet til dette, vil skille seg positivt ut fra «resten». Dette underbygger inntrykket av at sykdommen er et statussymbol for nevrokirurgene.

Når nevrokirurgisk avdeling har så mange HHB-pasienter, skyldes det at de er hva Hjernekirurgen kalte «sistelinjen» i medisinen. De er det endelige leddet i henvisningskjeden, og underviserne ga uttrykk for at det bare er de mest alvorlige sykdommene som «når frem» til avdelingen. Etter å ha besøkt en eldre mann med voldsom hoste, fortalte Professoren at: «[D]ere bør ikke tro han kommer hit på grunn av en lungebetennelse. Han kommer hit *til tross* for en lungebetennelse.» Slik understreket han at avdelingens pasienter er der «til tross for» sine dagligdagse tilstander. Han tydeliggjorde denne seleksjonsprosessen ytterligere, da han viste studentene svært uskarpe CT-bilder av en hjernehinneblødning, og fortalte at: «Det ser ut som julegrøten som er rørt rundt, det her, bildet er jo ikke til å lese. Men de ville sikkert ha en inngangsbillett til nevrokirurgen, også ville de ikke la pasienten ligge så lenge på ryggen.» Omtalen av CT-bildet som «inngangsbillett» uttrykker nevrokirurgiens eksklusivitet, og viser at det bare er helt spesielle sykdommer som når frem til avdelingen.

Det er en viss tvetydighet knyttet til hvilken helhet hjernehinneblødningen er ment å eksemplifisere. Sykdommen ble oftest presentert som en del av nevrokirurgisk *avdeling* ved

Rikshospitalet, og underviserne fremhevet ofte avdelingens prestasjoner. Da Professoren fortalte om HHB-behandlingen på Rikshospitalet, presiserte han at: «Ullevål behandler den ikke.» Rikshospitalet er eneste nevrokirurgiske avdeling under Oslo universitetssykehus som behandler hjernehinneblødninger, og sykdommen kan derfor brukes til å trekke grenser mellom dem og avdelingen ved Ullevål sykehus. Slik konkurranse er ikke uvanlig. Album har kartlagt tilsvarende i sin studie av ulike psykiatriske avdelingers prestisje (1990).

Sykdommen kan også forstås som et eksempel på nevrokirurgien *generelt*. Den ble tross alt presentert som en del av undervisningen i nevrokirurgi, som en *nevrokirurgisk* sykdom. Det virker derfor rimelig at både undervisere og studenter forstår sykdommen som en del av *både* nevrokirurgisk avdeling *og* nevrokirurgi generelt. Dermed kan sykdomsfortellingens dramatiske og ekstraordinære helbredelse være en prestisjemessig «del» for begge disse «helhetene».

6.1.3. En eksemplarisk nevrokirurgisk sykdom

Som vi nå har sett, ble nevrokirurgi fremstilt som overveiende bestående av helbredelige, dramatiske og ekstraordinære sykdommer, og nevrokirurgene forstod HHB som «det aller mest dramatiske som vi driver masse med her». Hvis man antar at disse fremstillingene baserer seg på undervisernes virkelighetsforståelse, kan det tenkes at hjernehinneblødningen er et nevrokirurgisk nøkkelsymbol fordi den forstås å være et *forbilledlig* eksempel på hva nevrokirurgi går ut på. I så fall fremsatte underviserne HHB som et *platonsk* fremfor et *aristotelisk* eksempel på spesialiteten (Gelley 1995: 1-2). Den aristoteliske og platonske logikken er to ulike måter som eksempler forbinder delen med helheten på. I den *aristoteliske* logikken tilhører eksempelet en horisontal akse, der det viser til andre enkelttilfeller av samme sort. I den *platonske* logikken er eksempelet i stedet en modell eller en målestokk, der det virker som arketype og forbilde for andre enkelttilfeller. Den aristoteliske logikken er illustrerende, den platonske logikken er normativ (Eriksen m. fl. 2012: 12-13).

Som platonsk eksempel på spesialiteten vil hjernehinneblødningen forstås som nevrokirurgiens *arketypiske* eller *eksemplariske*²⁰ sykdom. Vi kan relatere dette til Lakoff og Johnson (2003: 38), som har argumentert for at noen deler eller eksempler er bedre enn andre. De forteller for eksempel at et portrettfotografi av en persons ansikt er en akseptert metonymi for mennesket, mens et bilde av kroppen uten ansiktet ikke har den samme statusen. Det er tenkelig at underviserne forstår hjernehinneblødningen som tilsvarende portrettfotografiet,

²⁰ I dette tilfellet fremstår HHB et forbilledlig eksempel på nevrokirurgi, ikke sykdommer generelt, slik jeg antydte at den kan være i forrige kapittel (se 5.4).

som en sykdom som på forbilledlig vis eksemplifiserer hva nevrokirurgi handler om. Hvis andre leger gjør det samme, forstår vi bedre hvorfor nevrokirurgi tilkjennes så høy prestisje.

6.2. Annen sykdom, samme spesialitet

Selv om hjernehinneblødningen ble fremsatt som en betydelig del av nevrokirurgiens helhet, er den ikke den eneste. Spesialiteten kan også forstås med utgangspunkt i andre sykdomsfortellinger, og inntrykket av helheten vil endre seg med delen som står for den. Dette ble tydelig da jeg snakket med en student på syvende semester, som hadde følgende å si om nevrokirurgiens operasjoner:

De utsetter noe som på en måte er uunngåelig [...] Og hvor flinke er vi egentlig, hvis vi faktisk ikke helbreder så veldig mye? Vi gjør ikke det i de store fagene, i de store, tunge, *fancy* fagfeltene. Jeg tenker i stedet at en infeksjonslege som gjør at en HIV-pasient kan få et tilnærmet normalt liv, da snakker vi [...] Hvis jeg skulle være med og gjøre en operasjon som kun utsetter døden med ett år, som nevrokirurgene ofte gjør i forhold til tumor, ikke sant, så tenker jeg: Det er jo litt stusslig, da.

Studenten sier at de «*fancy* fagfeltene» har ufortjent høy status. De gjør ofte ikke annet enn å utsette det uunngåelige, noe han forstår som mindre høyverdig enn for eksempel å gi en HIV-pasient et tilnærmet normalt liv. Helbredelse forstås som medisinsens suksesskriterium, og ved å la tumoroperasjoner «som kun utsetter døden med ett år» stå som delen for den nevrokirurgiske helheten, problematiserer han spesialitetens evne til å oppnå dette kriteriet.

Dette gir et radikalt annerledes bilde av nevrokirurgers virke. Heller enn *livreddere* fremstilles de som *utsettere* av døden. I tråd med behandlingshierarkiet fra forrige kapittel (5.1) virker studenten virker å forstå dette som en tilnærmet meningsløs oppgave, som en kamp mot det uunngåelige. Mens livredderen forstås å være en høyverdig figur, er utsetteren «litt stusslig», som studenten sa det. Det er riktignok mer enn det endrede sykdomseksempellet som frarøver nevrokirurgene deres status – studenten anlegger også et bestemt *perspektiv* på dette eksemplet. Svulsten det refereres til, er antageligvis *glioblastom*²¹. Jeg viste til Klinikklederens omtale av den i forrige kapittel (5.3.1), der han understreket at behandlingen av svulsten ikke helbreder pasienten, men gir vedkommende forlenget levetid av god kvalitet. Han fremstilte derfor inngrepet på en mer høyverdig måte enn studenten. Den som forlenger, gir pasienten mer enn han eller hun kunne forvente. Forlengeren nærmer seg livredderens handlekraft, og inntar en mer verdsatt rolle enn den som bare utsetter.

Vi ser altså at glioblastomet forstås på svært forskjellige måter. Studenten og Klinikklederen opererer med to ulike sykdomsfortellinger, ettersom de fokuserer på ulike deler av

²¹ Det virker rimelig å tro dette, ettersom studenten fulgte samme klinikkundervisning som meg selv. Her var glioblastomet én av to svulster som Klinikklederen fremhevet (ved siden av meningeomet), og den eneste av disse to som tilsvarer dødeligheten i studentens eksempel.

behandlings helhet. Studenten tar utgangspunkt i forløpets utsatte slutt, Klinikklederen i dets forlengede varighet. Dette betyr at vi har en metonymi i en metonymi, der man først fokuserer på én del av behandlingens helhet, og så lar denne stå som delen for nevrokirurgiens helhet. Slike kjeder antyder hvor komplekse – og samtidig forenklerende – våre kulturelle representasjoner er, og hvor avgjørende de ulike delene er for helhetens mening. Bruken av glioblastomet som del for nevrokirurgiens helhet viser sykdomseksempelers betydning for vurderinger av spesialitetens prestisje. Endrer man del, blir vurderingen av helheten en annen.

Vi kan også merke oss at hjernesvulst er den tredje høyest rangerte sykdommene i tidligere prestisjekartlegginger (Album 1991; Album og Westin 2008). Hjernesvulst er riktignok en mangfoldig kategori – Klinikklederen fortalte at det finnes over hundre slike. Når hjernesvulst likevel tilkjennes høy prestisje i undersøkelsene, er det mye som tyder på at den ikke først og fremst assosieres med glioblastomets utsettende sykdomsfortelling. Sykdommen ville neppe vært så høyt vurdert hvis alle oppfattet behandlingen av den som «litt stusslig». I introduksjonen nevnte jeg riktignok Professorens utsagn om at «[...] hjernesvulst ligger langt nede på *vår* liste», men dette virket først å fremst å være en referanse til hvor mange høyprestisjesykdommer de har på nevrokirurgisk avdeling.

Det er også usannsynlig at mange leger forstår glioblastomet som delen for nevrokirurgiens helhet. Hvis tilstrekkelig mange forstod nevrokirurgi med utgangspunkt i et utsetningsperspektiv på slike svulstoparasjoner, ville ikke spesialiteten vært så høyt vurdert i tidligere prestisjeundersøkelser (Album 1991; Album og Westin 2008). Dette kan tyde på at studentens sykdomseksempel ikke er en veldig utbredt metonymi for nevrokirurgi. Når denne er høyest ansett av de medisinske spesialitetene, innebærer det at den må forstås med utgangspunkt i fordelaktige sykdomsfortellinger, som hjernehinneblødningen er et godt eksempel på. I forrige kapittel (5.3) så vi blant annet hvordan HHB konstituerer forståelsen av nevrokirurger som dyktige, handlekraftige og av en annen mental karakter enn andre leger. Sykdommen er kanskje ikke *den eneste* delen for nevrokirurgiens helhet, men det er tenkelig at den er en svært sentral del av den.

6.3. Samme sykdom, annen spesialitet

Selv om nevrokirurgi kan forstås i lys av hjernehinneblødningens sykdomsfortelling, er ikke sykdommen «låst» til spesialiteten som behandler den. En sykdom kan bevege seg på tvers av medisinske spesialiteter, og Professoren fortalte for eksempel om sykdommer som har gått fra å behandles kirurgisk til å kureres med antibiotika. Slike bevegelser innebærer at relasjonen

mellom sykdommen (delen) og spesialiteten (helheten) forskyves. Delen påvirker en ny helhet, og den nye helheten vil igjen påvirke delen.

Hjernehinneblødningen er i ferd med å bli gjenstand for en slik forskyvning. Da Professoren og jeg satt på kontoret hans og snakket om operasjoner, fortalte han meg at: «Underverdenens folk kom opp fra kjelleren og kunne behandle nevrokirurgiske sykdommer like godt, om ikke bedre, enn nevrokirurgen.» Jeg spurte hva han mente med «underverdenens folk», og han svarte med å spørre hvem som gjerne holder til i sykehusets kjelleretasje. «Radiologene?», svarte jeg litt tvilende, og han nikket. Jeg spurte så hva han mente med at disse kunne behandle nevrokirurgenes sykdommer. «Det kan de. Bare aksepter den påstanden, da», svarte han.

På dette tidspunktet skjønte jeg overhodet ikke hva han siktet til, så for ikke å tape ansikt lot jeg temaet ligge. I ettertid skjønner jeg at han antageligvis siktet til muligheten for å behandle aneurismer med «coiling» fremfor «klipsing». Et aneurisme er som nevnt en utposning på en blodåre, som vil utvides av blodgjennomstrømningen og etter hvert sprekke og blø. Det er derfor avgjørende å stenge aneurismet, slik at blodgjennomstrømningen ikke får det til å sprekke. Coiling er den tidligere omtalte kateterprosedyren, der man går via en blodåre og stenger aneurismet *innenfra*, ved å fylle det opp med spiraler som hindrer blodet fra å sirkulere gjennom det. Klipsing innebærer å åpne skallen til pasienten og stenge aneurismet *utenfra*, ved å sette en klemme på det (Bakke og Lindegaard 2007: 1076). Klipsing er en mikrokirurgisk prosedyre som utelukkende utføres av nevrokirurger, coiling er en endovaskulær²² prosedyre som også kan utføres av nevreradiologer²³.

Endovaskulær coiling har blitt stadig mer utbredt, og Klinikklederen tegnet følgende bilde av den forventede utviklingen:

[D]ette er vellykket behandlet med coiling, og det er noe som det kommer til å bli bare mer og mer av. Ved sykehuset her, altså Oslo universitetssykehus, så er det vel sånn halvparten som blir coilet og halvparten som blir operert med klipsing. Men det kommer til å skyve seg i retning av coiling. Helt garantert, etter hvert som den teknikken utvikles. Så vi kommer ikke til å stå igjen med mer enn kanskje ti-tyve prosent som skal opereres.

Dersom denne forskyvningen *også* innebærer at nevreradiologer overtar stadig mer av behandlingen, står nevrokirurgene i fare for å miste en av sine mest prestisjefylte sykdommer, og tape et stort behandlingsprivilegium. Selv om nevrokirurgiens høye prestisje ikke følger av HHB-behandlingen alene, utgjør sykdommen trolig et betydelig «bidrag» til den, blant annet

²² Endovaskulære prosedyrer gjøres fra innsiden av åresystemet (Myhre 2002).

²³ Nevreradiologer diagnostiserer og utfører bildeveiledet intervensjon i sentralnervesystemet (Bakke 2006). Selv om også disse kan behandle aneurismer, foregår dette i «nevrokirurgisk regi» (Statens helsetilsyn 1999: 12)

ved å gi dem tilgang til en verdsatt behandlerrolle. For nevreradiologi er det tenkelig at behandlingen av en slik sykdom vil gi et prestisjeløft, nettopp fordi de får tilgang til denne verdsatte behandlerrollen. Dette uttrykkes indirekte av nevrokirurg Knut Wester (2006: 105), som med referanse til den endovaskulære behandlingsformen understreker at: «Nevroradiologene er ikke lenger *bare* diagnostikere, men *også* behandlere [min kursivering]». Dette viser at det å behandle slike pasienter kan gjøre nevreradiologer til *noe mer* enn de er i dag. Som nevrokirurger kan de bli oppfattet som leger med «noe ekstra» (se 5.3.1).

Samtidig kan man spekulere i hvordan den nye behandlingen vil virke tilbake på sykdommen. Én mulighet er at den tilkjennes noe lavere prestisje, og forstås som en mindre eksemplarisk sykdom enn i dag. Det er ikke gitt at man møter samme fascinasjon av å gå gjennom blodårene som av å åpne opp pasientens skalle, og sykdommens fortelling kan bli forstått som mindre tøff og dramatisk. Dersom nevreradiologer i tillegg overtar behandlingen av sykdommen, er det tenkelig at den også mister noe av anseelsen som kan følge av å bli behandlet av en så prestisjefylt spesialitet som nevrokirurgi.

En annen mulighet er at den endovaskulære behandlingen bringer behandlerne enda nærmere idealer i medisinen. Klinikklederen mente blant annet at den nye behandlingen er bedre for pasientene: «[M]ed tiden så kommer veldig mye av den kirurgiske behandlingen av disse til å forsvinne, og det er jo bra for pasientene, for det er noe mer skånsomt å bli coilet». En behandling som er bedre for pasientene kan også være bedre for sykdommens prestisje, ettersom sykdommen i større grad vil assosieres med legenes mål om å hjelpe de syke. Muligheten til å behandle pasientene mer «skånsomt» virker i tillegg å være en generell kirurgisk målsetning, og løftes blant annet frem som et av de store fremskrittene med innføringen av mikrokirurgi på 1960-tallet (Langmoen m. fl. 2010: 683). Ikke bare er denne skånsomme behandlingen bedre for pasientene, den er trolig også fordelaktig for kirurgers rykte. Jeg fikk enkelte ganger inntrykk av at kirurgisk behandling kan gi konnotasjoner til det som gjerne forstås som mindre sofistikerte aktiviteter, som da en av studentene omtalte den typiske kirurg som «[...] en snekker som liker å kutte og sånn.» Professoren forsikret derimot studentene om at: «Vi er ikke bilmekanikere, vi er kirurger. Det er mennesker vi driver med her.» Det er tenkelig at mer skånsomme inngrep gir inntrykk av mer sofistikert behandling, som igjen lar kirurgene fremstå som mindre «brutale» eller «simple» behandlere. Slik kan den endovaskulære behandlingen føre til at sykdommen assosieres med mer høyverdig måloppnåelse, som vil virke positivt for både sykdommens og behandlernes prestisje.

Professoren fortalte også studentene at det er en *estetisk* fordel ved den endovaskulære behandlingen: «Mange vil si, og jeg kan skjønne det, og er til dels enig i, at det elegante er å

bruke eksisterende korridorer, ikke lage nye korridorer. Skjønner dere hva jeg mener med det? Eksisterende korridorer er kar. Det er karsystemet». Han mente altså at det kan være mer «elegant» å behandle aneurismer via blodårenes «eksisterende korridorer», heller enn å åpne pasientens skalle og lage «nye korridorer» for å komme til aneurismet. Beskrivelsen av inngrepene som elegante er en verdsetting som forstår dem som smakfulle og stilige, og i motsetning til det uelegante og smakløse. Det estetiske fortrinnet ved endovaskulær behandling kan dermed føre til at sykdommen tilkjennes høyere prestisje.

Overgangen fra mikrokirurgisk klipsing til endovaskulær coiling har pågått siden metoden ble innført i Norge tidlig i 1990-årene, og i dag er det flere pasienter som behandles med coiling enn klipsing ved de nevrokirurgiske avdelingene i Tromsø, Trondheim, Bergen og Oslo (Lundar 2005). Kanskje er dette noe av grunnen til at underviserne tilkjente sykdommen så høy prestisje. I så fall demonstrerer HHB hvilken betydning ny teknologi kan ha for sykdommers og spesialiteters prestisje, ved å øke handlingsrommet og legge grunnlaget for mer høyverdige behandlerroller. Jeg fikk ingen klare svar på dette i løpet av feltarbeidet, men poenget er uansett at en sykdoms overgang fra én behandling til en annen, vil medføre store endringer i hvordan sykdommen og behandlingsgruppene forstås og vurderes.

6.4. Nevrokirurgiens prestisje

I dette kapittelet har jeg argumentert for at hjernehinneblødningens prestisjefylte kjennetegn kan virke positivt for spesialiteten som behandler den, og at denne virkningen kan forsterkes av at underviserne fremsetter HHB som en metonymi for nevrokirurgi, der sykdommen blir *delen* som står for spesialiteten som *helhet*. Med dette antyder de at hjernehinneblødningens fortelling gjelder for nevrokirurgi generelt, slik at spesialiteten fremstilles som kjennetegnet av helbredelige, dramatiske og eksklusive sykdommer. På denne måten kan HHBs sykdomsfortelling underbygge nevrokirurgiens prestisje.

Hvorvidt nevrokirurgi faktisk forstås med utgangspunkt i denne foreslåtte delen, er et annet spørsmål. Jeg har vist hva som skjer med vurderingen av spesialiteten dersom den forstås med utgangspunkt i den dødelige hjernesvulsten *glioblastom*. Dette gjorde nevrokirurgi til et langt mindre ærefullt virke, og sykdomseksempelen «fratok» spesialiteten mye av dens prestisje. Endrer man delen, endrer man helhetens betydning. Samtidig tyder nevrokirurgiens høye prestisje på at den oftere forstås med utgangspunkt i sykdomsfortellinger som fremstiller den på en høyverdig måte. Alternativt ville spesialiteten vært langt lavere vurdert i medisinsk kultur.

Jeg har også vist at hjernehinneblødningens fortelling kan være i ferd med å endre seg. Aneurismene kan nå behandles fra innsiden og ikke bare på utsiden av blodåren, og denne nye behandlingsformen kan også utføres av nevreradiologer. Denne endringen vil kunne forskyve forholdet mellom sykdomsdelen og spesialitetene, ettersom sykdommen potensielt kan bli stående for en annen gruppe behandlere. Følgelig vil verdsettingen av både sykdommen, nevrokirurgien og nevreradiologene kunne endre seg. Dette viser at prestisjerangeringer ikke er hugget i stein, men basert på de stadig foranderlige relasjonene i den medisinske kulturens kategorisystem.

Kapittel 7.

Avslutning

Med denne oppgaven har jeg søkt å besvare tre overordnede spørsmål: (1) Hva som kjennetegner hjernehinneblødningens fortelling, og hvordan denne inngår i (2) sykdommens og (3) nevrokirurgiens prestisje. Her skal jeg samle trådene fra – og spinne videre på – de foregående analysekapitlene, der disse spørsmålene har blitt besvart. Jeg vil begynne med å oppsummere analysene, samt diskutere noen sider ved prestisjens reproduksjon i medisinerundervisningen (7.1). Deretter vil jeg diskutere bidraget denne studien gir til forskningen på sykdommens og spesialitetens prestisje (7.2), før jeg avslutningsvis foreslår veier for videre forskning (7.3).

7.1. Sykdomsfortellingen og prestisje

I kapittel 4 presenterte jeg hjernehinneblødningens typiske fortelling, basert på de sykdomsaspekter som underviserne vektla overfor studentene. Fortellingen har fem faser, og begynner med *aneurismerupturen* i pasientens hode. Dersom pasienten overlever, er det høy risiko for at han eller hun vil dø av en repetert blødning. Får pasienten oppsøkt lege, bringes vedkommende over i fortellingens andre fase, *diagnostiseringen*. Sykdommen er vanskelig å avdekke basert på pasientens beskrivelser, men kan påvises ved CT-undersøkelse, slik at pasienten kan henvises til fortellingens tredje fase, *behandlingen*. Rundt én av fem pasienter dør før de når så langt, men for de som kommer frem er det fortsatt håp. Dette er fortellingens vendepunkt, der pasienten går fra den sannsynlige død til den sannsynlige overlevelse. Nevrokirurgene kan helbrede disse pasientenes sykdom, og behandlingen er hurtig, høyteknologisk og objektiv. Det er en risiko for at pasienten dør under inngrepet, men dersom behandlingen er vellykket, bringes pasienten til fortellingens fjerde fase, den *postoperative*. Aneurismet er lukket og pasienten er bortenfor faren ved reblødning, men vedkommende kan fortsatt utvikle dødbringende følgetilstander. Holdes følgetilstandene under kontroll, når pasienten fortellingens femte og siste fase, *normaltilstanden*. Han eller hun har utsikter til å leve et normalt liv igjen, og underviserne omtalte behandlingsresultatene som tilnærmede «underverk» og «solskinshistorier».

I kapittel 5 ble sykdomsfortellingen relatert til hjernehinneblødningens prestisje. Her argumenterte jeg for å se sykdomsprestisjen i sammenheng med behandlerens *typiske rolle* i

fortellingen, der sykdommer som lar behandleren realisere høyt verdsatte mål i medisinen vil tilkjennes høy prestisje. I dette perspektivet kan hjernehinneblødningens prestisje følge av at den lar nevrokirurger innta *en dramatisk og eksklusiv livredderrolle*. *Livredningen* følger av at nevrokirurgene kan helbrede HHB-pasientenes dødelige sykdom, og oppnå avdelingens mål om å «hindre at menneskene dør når de kan få leve». *Dramatikken* følger både av sykdommens akutte og dødbringende forløp, og behandlingens overskridelse og spenning. Førstnevnte gjør at nevrokirurgene må handle raskt for å redde pasientene, og sistnevnte gjør at de forstås som vågale og tøffe. *Eksklusiviteten* følger av at sykdommen lar nevrokirurgene redde liv som ingen andre kan redde. Ved å lykkes der andre kommer til kort forstås de som dyktigere, mer handlekraftige og av en annen mental karakter enn andre leger. Å helbrede HHB-pasienter forstås som et stort «underverk», og HHB fremstår dermed som en «mirakelmaksimerende» sykdom.

I kapittel 6 relaterte jeg sykdomsfortellingen til nevrokirurgiens prestisje. Sykdommens prestisjefylte kjennetegn vil generelt kunne virke positivt for spesialiteten som behandler den, men her argumenterte jeg også for at underviserne, ved i særlig grad å fremheve hjernehinneblødningen for studentene, fremsatte HHBs sykdomsfortelling som en *metonymi* for nevrokirurgien. I en metonymi blir en del (sykdommen) stående for en helhet (spesialiteten). Underviserne vil nødvendigvis foreslå slike del-helhet-relasjoner til alle sykdommene de presenterer, men HHB ble fremsatt som en særlig bemerkelsesverdig del. Den er en prestisjefylt og sjelden sykdom, som nevrokirurgisk avdeling forstås å ha svært mange av. Slike sykdommer er en «begrenset ressurs» i medisinen, og det er derfor tenkelig at nevrokirurgene tilkjennes høy prestisje av å forbindes med hjernehinneblødningen. Ved å fremheve sykdommen for studentene, antyder underviserne at nevrokirurgi kan forstås med utgangspunkt i sykdomsfortellingens kjennetegn, slik at spesialiteten fremstår som preget av livredning, dramatik og eksklusivitet.

Analysene viser altså at hjernehinneblødningens fortelling handler om nevrokirurgenes evne til å gjøre en forskjell for de dødssyke HHB-pasientene, at denne fortellingen inngår i sykdommens prestisje ved å la behandlerne innta en dramatisk og eksklusiv livredderrolle, og at sykdomsfortellingen inngår i nevrokirurgiens prestisje ved å fremsettes som en del som står for spesialitetens helhet.

7.1.1. Prestisjens reproduksjon

En overordnet målsetning med undersøkelsen har vært å si noe om hvordan prestisjehierarkier reproduseres i medisinutdanningen. Som tidligere nevnt har Album (2010: 263) påpekt at det

er usikkert om «prestisjesosialiseringen» skjer i løsrevne og uformelle situasjoner, eller i tilknytning til praktisk medisinsk virksomhet. Basert på analysene og feltarbeidserfaringene finner jeg støtte for at begge deler finner sted. Pause- og kontorpraten bar trekk av å være «sladder» (se 3.5.2), der informantene tydeligere kunne gi uttrykk for hva de mente om ulike sykdommer og spesialiteter. Slikt snakk kan både produsere og opprettholde vurderinger av sykdommer, pasienter og spesialiteter. Eksempelvis utviklet kontorpraten med Professoren seg tidvis til en arena for nedlatende prat om nevrologer, der vi i fellesskap produserte et negativt bilde av spesialitetens virke.

Jeg finner også støtte for at prestisjen kan reproduseres ved at studentene lærer hvilke medisinske målsetninger som er verdsatte, og i hvilken grad sykdommer og spesialiteter svarer til disse målsetningene. I undervisningen ble for eksempel helbredelse fremsatt som mer høyverdig enn trøst og lindring (se 5.1), og basert på dette fremstod HHB som en mer høyverdig sykdom enn for eksempel en dødelig hjernesvulst. Verdsettingen av livredning, dramatik og eksklusivitet virker i stor grad å speile allmennkulturelle idealer, og jeg erfarte at det var lett å «pålegge» slike idealer på den «nøytrale» informasjonen jeg fikk om sykdommer i undervisningen. Denne «påleggingen» er riktignok et spørsmål om *fortolkning*, og samme sykdom kan tolkes på ulike måter. Vi så dette i eksempelet med studenten som mente glioblastomet ikke lar legene *helbrede* pasientene, i kontrast til Klinikklederen som mente behandlingen kan *forlenge* pasientens liv (se 6.2). Ulike fortolkninger av samme sykdom kan føre til radikalt forskjellige prestisjevurderinger.

Trolig er det også slik at pasientbesøkene bidrar til å reprodusere legers forståelse av hva som er *eksemplarisk* sykdom. Dette ble tydelig da Nevrologen advarte meg mot «feilkilder» ved studien min, i frykt for at jeg skulle misforstå årsakene til å besøke bestemte pasienter i smågruppeundervisningen. Han understreket for eksempel at det var *pedagogiske*, ikke prestisjemessige grunner til at de som oftest besøkte pasienter med «klassiske» sykdomstilfeller:

[V]i ser mye på pasienter med klare og renskårne og klassiske sykehistorier, sykdommer og funn. Men det handler mye om at når de skal lære, så er det viktig at de lærer seg å kjenne igjen det som er *kjernesyptomene*, *kjernemanifestasjonene*, for senere å kunne ekstrapolere og tenke etter «kan dette være en variant av..?», og så videre.

Her vektla han at studentene først må lære de «klassiske» sykehistoriene, sykdommene og funnene, for så å kunne ekstrapolere med utgangspunkt i disse. Denne «feilkilden» er en god illustrasjon av at eksempelbruk i ulike didaktiske sammenhenger kan bidra til at eksempelet som skal illustrere og tydeliggjøre et poeng, selv blir en norm til etterfølgelse (Eriksen m. fl.

2012: 13). Når studentene lærer hvilke sykehistorier, sykdommer og funn som er «klassiske», vil disse fremstå som tydelige og eksemplariske referansepunkter. Slik legges et grunnlag for at noe betraktes som mer eller mindre forbilledlig sykdom i medisinen. Dette er et eksempel på hvordan rangordningen av sykdommer er innvevd i pasientbesøkernes logikk, og at prestisje også kan reproduseres som en uintendert konsekvens av pedagogiske hensyn.

7.2. Studiens bidrag

Studien har hatt som mål å bidra til forskningen på sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje. I tillegg til å rekonstruere en nevrokirurgisk forståelse av en høyprestisjesykdom, har jeg også analysert frem mulige kriterier som underbygger hjernehinneblødningens høye prestisje. Disse kriteriene kan blant annet relateres til Album og Westins (2008) tre kategorier av prestisjerelevante kjennetegn, der den første kategorien angår sykdommen og dens *typiske forløp* (der akutte og dødelige sykdommer i hjernen eller hjertet med klart påviselige tegn og kjente årsaker, har høy prestisje); den andre angår sykdommens *typiske behandling* (der sykdommer som lar legen bruke høyteknologisk utstyr, og som innebærer en dramatisk og effektiv intervensjon i sykdomsforløpet, har høy prestisje); og den tredje angår sykdommens *typiske pasient* (der sykdommer som rammer unge, kanskje helst menn, hvor pasientens sykdomsforståelse ikke er i konflikt med legens, og som verken gjør pasienten vansiret eller hjelpeløs, har høy prestisje).

Hjernehinneblødningen overensstemmer i høy grad med disse prestisjekriteriene, men analysene har vist to betydningsfulle unntak. For det første avviker HHB fra tendensen til at sykdommer med dramatiske og korte forløp er høyt rangerte, uavhengig av om utfallet er død eller bedring. Album og Westin legger riktignok til at bedring på grunn av behandlingen gir et «prestisjeløft» (2008: 187; se også Album 2013: 127), men i hjernehinneblødningens tilfelle forstås evnen til å helbrede pasienten som helt *avgjørende* for sykdommens prestisje (se 5.1).

For det andre avviker HHB som kvinnesykdom fra tendensen til at sykdommer som rammer menn tilkjennes høyest prestisje. Også her er Album og Westin forsiktige med å hevde en klar sammenheng. Andre, som Malterud (2012), har postulert en tydeligere kobling mellom pasientens kjønn og sykdommens prestisje. Jeg mener hjernehinneblødningen er et eksempel på at sykdomsfortellingenes maskuline behandlerrolle er viktigere enn pasientens kjønn for sykdommens prestisje (se 5.2.1). Dette støttes blant annet av Hinzes (1999) argument om at prestisjehierarkiet speiler verdsettingen av maskuline verdier i medisinen.

I tillegg har jeg analysert frem et kriterium som tidligere undersøkelser sier lite eller ingenting om, nemlig behandlingens *spenning* som en kilde til prestisje (se 5.2.1). Dette er

inspirert av Huizingas og Kroebers kobling av risiko, spenning (*tension*) og prestisje (gjengitt i Hatch 1989: 348). Behandlingens spenning følger av operasjonens åpne utfall. Det er en mulighet for å feile, og dette gjør inngrepene nervepirrende og risikable. De færreste ville våget å utføre dem, men de som gjør det og lykkes, møter ærefrykt og beundring fra pasienter, pårørende, studenter og kolleger. Dette bidrar til behandlerrollens dramatikk, og sykdommer assosiert med spennende behandling vil derfor tilkjennes høy prestisje av leger.

Denne undersøkelsen har også i større grad enn tidligere prestisjeforskning fremhevet betydningen av *eksklusivitet* for sykdommers og spesialiteters prestisje. Å skille seg positivt ut vil være en åpenbar kilde til prestisje, i tråd med Goodes nevnte definisjon av prestisje, som «[...] the esteem, respect, or approval that is granted by an individual or a collectivity for performances or qualities they consider above the average [min kursivering]» (1978: 7).

I tillegg har undersøkelsen undersøkt forholdet mellom sykdommers og spesialiteters prestisje, der tidligere forskning har sett disse som separate fenomener. Ved å analysere hvordan hjernehinneblødningen inngår i nevrokirurgiens prestisje, har jeg åpnet for et mer sammensatt syn på prestisje i medisinen. Sykdommer og spesialiteter forstås og vurderes ikke løsrevet fra hverandre, de inngår tvert imot i et gjensidig konstituerende forhold. Jeg har vist eksempler på dette med studenten som forstod nevrokirurgi med utgangspunkt i en dødelig hjernesvulst (6.2), og hva som kan skje hvis hjernehinneblødningens behandling og/eller behandlergruppe skulle endres (6.3). På denne måten kan sykdommer sies å være sentrale noder i større medisinske nettverk, slik at endringen av én node også endrer relasjonen mellom de andre delene i nettverket. Dette betyr også at prestisjekriteriene som her har blitt relatert til sykdommen, antageligvis også er relevante for å forstå nevrokirurgiens prestisje. Slike meningsnettverk er komplekse, men utforsker vi dem får vi et mer sammensatt og saks-svarende bilde av prestisje i og utenfor medisinen.

7.2.1. Metodologiske implikasjoner

Både det fortellingsanalytiske rammeverket og den etnografiske metoden skiller denne undersøkelsen fra tidligere prestisjeforskning. Dette har hatt stor betydning for undersøkelsens analyser og funn, og det kan være verdt å reflektere over betydningen av å studere prestisjefenomenet på denne måten.

Fortellingsanalysen har muliggjort et fokus på tidsaspektet ved legenes sykdomstenkning, og vist hvordan de forstår sykdommer som tegn som konnoterer til forløp. Selv om den typiske fortellingen er *min* analytiske konstruksjon, består den av svært samstemte fortellingsbrokker som *ofte* kom frem i undervisningen. Analysen har systematisert og ordnet

disse brokkene, men det er mye som tyder på at hjernehinneblødningens fortelling er solid kulturelt festet. Jeg anser som sagt fortellingen som det Lian (2012: 242) kaller en *sannhetskonstruksjon*, som eksisterende i spennet mellom konstruksjon og avbildning (se 3.5). Selv om underviserne ikke presenterte sykdommene med fortellingsanalysens begrepsapparat, forholdt de seg til sykdommer som fortellinger, med forestillinger om deres utvikling, utfall, karakterer og plott. Vi har sett en rekke eksempler på dette, blant annet Klinikklederens presentasjon av sykdommens fysiologiske utvikling (4.1), Overlegens fortelling om HHB-pasienten hvis liv ikke stod til å redde (4.3), Professorens fortelling om gutten som fikk HHB på julaften (4.3.1) og Hjernekirurgens advarsel om at en ubehandlet hjernehinneblødning er et «gitt utfall» (4.6). Sykdomsfortellinger er altså både et *empirisk* fenomen og et *analytisk* begrep i denne studien.

Fortellingen er en kulturell form som har stor betydning for legers prestisjevurderinger. Sykdommers tidsaspekt gjør leger i stand til å predikere utfallet for pasienten, forstå om sykdommen er akutt eller kronisk, og assosiere sykdommer med livredning eller avmektighet. Sistnevnte viser at sykdomsfortellinger også tydeliggjør behandlerens rolle, og hvilke idealer som kan oppnås i denne rollen. Dette rolleperspektivet har trolig allmenn betydning for hva som tilkjennes prestisje, og kan for eksempel tydeliggjøre hvorfor såkalte «medisinsk uforklarte plager og sykdommer» (MUPS) tilkjennes så lav prestisje blant leger. Malterud (2012: 270) hevder sykdomsprestisjen henger sammen med MUPS-pasientenes manglende makt og status, men jeg finner det langt mer sannsynlig at den henger sammen med at slike sykdommer ikke gir *behandlerne* makt og status. MUPS forstås som uklare, diffuse og uhelbredelige, og behandlerne får trolig ikke spille noen høyverdig rolle i disse sykdomsfortellingene.

Dette er også den første etnografiske undersøkelsen av medisinsk prestisje. Analysene er dermed tettere knyttet til den praktisk-medisinske hverdagen enn resultatene fra tidligere undersøkelser, som baserer seg på intervjuer eller spørreskjemaer. I den grad jeg har «intervjuet» informantene, har dette foregått innenfor medisinsk definerte rammer, og analysene baserer seg på samtaler i deres hverdagslige kontekst, heller enn på løsrevne, intervjudefinerte situasjoner. Prestisjekriteriene jeg har avdekket, i form av hjernehinneblødningens dramatiske og eksklusive livredning, ligger dermed nærmere den praktisk-medisinske hverdagen, og nærmere verdsettingen slik undervisere og studenter utøver og erfarer den. I større grad enn med tidligere undersøkelser har vi fått et innblikk i hvordan vordende leger lærer om sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje.

I motsetning til annen prestisjeforskning har jeg også konsentrert feltarbeidet om én bestemt sykdom, hjernehinneblødningen. Dette har muliggjort en mer koherent prestisjeanalyse, der jeg har kunnet studere hjernehinneblødningens relasjon til andre sykdommer i nevrokirurgiundervisningen. Heller enn «prestisjelistene» i undersøkelser som Album og Westins (Album og Westin 2008), er dette en undersøkelse der det er tydelig hvilken sykdom som er «målestokken» for de andre. Ettersom flere av underviserne fremsatte HHB som en av de høyest rangerte sykdommene i medisinen, er det tenkelig at sykdommens prestisje sier noe om allmenn medisinsk verdsetting. Dette innebærer at eksklusiv livredning og dramatikk trolig kan tolkes som mer generelle prestisjekriterier i medisinen.

Den fortolkende analysen av hjernehinneblødningen demonstrerer også fruktbarheten av å undersøke diagnostiske produkters meningsinnhold, et fokus jeg tidligere identifiserte som en mangel ved den diagnosesosiologiske retningen (se 2.1.1). Ved å undersøke hvordan leger forstår en «medisinsk entydig sykdom» (Freidson 1970: 213) som HHB, har vi sett at også «disease» lar seg forstå i et kultursosiologisk lys, og at legers sykdomsfortellinger kan si oss mye om medisinsk kultur.

7.3. Veien videre

Noe av det vanskelige med denne undersøkelsen har vært å velge bort alt det du *ikke* har fått lese om. Det er så mye jeg har villet fortelle, og så mye som har forblitt usagt. Avslutningsvis kan jeg gjøre noen av disse emnene rettfærdig, ved å foreslå dem som tema for videre forskning.

En første anbefaling er å videreutvikle den analytiske forståelsen av prestisje. Det er et fruktbart, men flyktig begrep, som det har vært både nyttig og frustrerende å jobbe med. Dersom vi skal bli bedre til å forstå prestisje i – og utenfor – medisinsk kultur, må vi arbeide videre med hvordan begrepet kan anvendes som verktøy i kvalitativ fortolkende forskning.

Det kan også være interessant å utforske hvordan helsepersonell selv forstår prestisjefenomenet. De fleste jeg møtte i løpet av feltarbeidet var velkjent med at sykdommer og spesialiteter tilkjennes prestisje, men det virket å variere veldig hva de forstod med begrepet. Noen forstod det som anseelse, andre som sladder, andre igjen som noe skadelig som står i veien for skikkelig legearbeid. En systematisk undersøkelse av disse prestisjeforståelsene kan avdekke hvordan helsepersonell tenker om fenomenet, og ikke minst hva de definerer som bortenfor prestisjebegrepets rekkevidde.

Det kan også være aktuelt å utføre videre studier av hjernehinneblødningen. Én innfallsvinkel er å se om, og eventuelt hvordan, dens sykdomsfortelling henger sammen med forskjeller i prioritering. En annen kan være å undersøke betydningsforskjellene ved de to

behandlingene av sykdommen, i form av mikrokirurgisk klipping og endovaskulær coiling (se 6.3). En tredje mulighet er å inkludere sykdommen i fremtidige kvantitative prestisjekartlegginger, for å se om dens prestisje er allment utbredt eller begrenset til nevrokirurgiske miljøer.

En siste anbefaling kan være å studere det thoraxkirurgiske miljøet på Ullevål sykehus. Studentene spurte ofte hvorfor jeg ikke studerte dette. Flere av dem virket å være av den oppfatning at thoraxkirurgi er den *virkelig* prestisjefylte spesialiteten innen medisinen – eller i det minste den hvis medlemmer er mest *opptatt* av at de har høy prestisje. Én student fortalte om en thoraxkirurg som hilste dem med at de hadde «kommet til gudenes hall!» da de hadde undervisning i spesialiteten. En annen fortalte at thoraxkirurgene «[...] sitter nede på Ullevål rundt et svært ovalt bord, der turnusleger som skal referere må sitte på en annen plass, ikke rundt bordet, men på en stolrad for seg selv, mens de refererer pasienter.»

Også Professoren vedkjente seg at thoraxkirurgi, som nevrokirurgi, har høy prestisje. Han virket likevel klar på hvem som stod høyest av de to. I en blanding av det ydmyke og selvsikre kunne han fortelle studentene at:

Det er så mange ting som er viktig. Jeg har mitt snevre felt, og det er mange ting som er viktig. Vi skal ikke rangere dem. Og dette er ikke med hensyn til båndopptakeren. Man skal ikke rangere dem i forhold til hverandre, hva? Nei. Altså, for å si det litt flåsete: Er du øverst i hierarkiet, så bryr du deg ikke så veldig mye om det, ikke sant?

Litteratur

- Aakvaag, Gunnar C. 2008. *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Aasland, Olaf Gjerløw, Jan Ole Røvik, og Jannecke Wiers-Jenssen. 2008. "Legers motiver for valg av spesialitet under og etter studiet" *Tidsskrift for Den norske legeforening* 128 (16):1833-7.
- Aaslestad, Petter. 2007. *Pasienten som tekst: fortellerrollen i psykiatriske journaler: Gaustad 1890-1990*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Album, Dag. 1990. "Riktig stil - et grunnlag for organisasjoners prestisje" *Tidsskrift for samfunnsforskning* 31:227-245.
- Album, Dag. 1991. "Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje" *Nordisk Medisin* 106 (8-9):232-236.
- Album, Dag. 1996. *Nære fremmede: pasientkulturen i sykehus*. Oslo: TANO.
- Album, Dag. 2010. "Den ene undersøkelsen etter den andre" Kap. 15 i *Metodene våre: eksempler fra samfunnsvitenskapelig forskning*, av Dag Album, Marianne Nordli Hansen og Karin Widerberg, 253-269. Oslo: Universitetsforlaget.
- Album, Dag. 2013. "Uformell prioritering i sykehus: nye subprofesjoners betydning" Kap. 9 i *Profesjonsstudier 2*, av Anders Molander og Jens Christian Smeby (red.), 122-129. Oslo: Universitetsforlaget.
- Album, Dag, Eivind Engebretsen, Marit Haldar, og Kristin Heggen. 2011. *Disease prestige and informal priority settings. A collaborative case study of brain diseases.*, Prosjektbeskrivelse, Norges forskningsråd.
- Album, Dag, og Steinar Westin. 2008. "Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students" *Social Science & Medicine* 66 (1):182-188.
- Alexander, Jeffrey C., og Philip Smith. 2003. "The strong program in cultural sociology: elements of a structural hermeneutics" i *The meanings of social life: A cultural sociology*, av Jeffrey C. Alexander, 11-26. Oxford: Oxford University Press.
- Appadurai, Arjun. 1988. "Putting hierarchy in its place" *Cultural Anthropology* 3 (1):36-49.
- Bakke, Søren Jacob. 2006. "Nevroradiologi" *Tidsskrift for Den norske legeforening* 126 (1):107-8.
- Bakke, Søren Jacob, og Karl-Fredrik Lindegaard. 2007. "Subaraknoidalblødning - diagnostikk og behandling" *Tidsskrift for Den norske legeforening* 127 (8):1074-8.
- Banay, George L. 1948. "An introduction to medical terminology I. Greek and latin derivations" *Bulletin of the Medical Library Association* 36 (1):1-27.
- Barry, Anne-Marie, og Chris Yuill. 2007. *Understanding the sociology of health*. London, Thousand Oaks: SAGE Publications.

- Becker, Howard S. 1970. *Sociological work - method and substance*. Chicago: Aldine.
- Becker, Howard S. 1998. *Tricks of the trade: how to think about your research while you're doing it*. Chicago, Ill.: University of Chicago Press.
- Becker, Howard S., Blanche Geer, Everett C. Hughes, og Anselm L. Strauss. 1961. *Boys in white: student culture in medical school*. New Brunswick, N.J.: Transaction Books.
- Bentham, Jeremy. 2005. *The works of Jeremy Bentham published under the superintendence of his executor, John Bowring*. Vol. 10. Boston: Adamant Media Corporation. Først utgitt: 1838-1843.
- Berg-Johnson, Jon, og Søren Jacob Bakke. 2010. "Spontane intrakranielle blødninger" Kap. 26 i *Nevrologi og nevrokirurg fra barn til voksen*, av Leif Gjerstad, Eirik Helseth og Terje Rootwelt (red.), 361-376. Høvik: Forlaget Vett & Viten.
- Berg, Ole. 1987. *Medisinens logikk: studier i medisinens sosiologi og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Berkaak, Odd Are, og Ivar Frønes. 2005. *Tegn, tekst og samfunn*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Blaxter, Mildred. 1978. "Diagnosis as category and process: The case of alcoholism" *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology* 12 (0):9-17.
- Blaxter, Mildred. 2004. *Health*. Cambridge: Polity.
- Bourdieu, Pierre. 1991. *Language and symbolic power*. Translated by John B. Thompson. Cambridge: Polity Press.
- Bowker, Geoffrey C., og Susan Leigh Star. 1999. *Sorting things out: classification and its consequences*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Brean, Are. 2011. "Prestisje og prioritering" *Tidsskrift for Den norske legeforening* 131 (8):799.
- Brown, Phil. 1990. "The name game: Toward a sociology of diagnosis" *Journal of Mind and Behavior* 11 (3-4):385-406.
- Brown, Phil. 1995. "Naming and framing: The social construction of diagnosis and illness" *Journal of Health and Social Behavior* 35:34-52.
- Bruner, Edward M. 1997. "Ethnography as narrative" i *Memory, identity, community: The idea of narrative in the human sciences*, av Lewis P. Hinchman og Sandras K. Hinchman (red.), 264-80. New York: Status University of New York Press.
- Bulgakov, Mikhail. 1995. *A country doctor's notebook*. Translated by Michael Glenny. London: The Harwill Press.
- Bury, Michael. 1997. *Health and illness in a changing society*. London: Routledge.
- Bury, Michael. 2001. "Illness narratives: fact or fiction?" *Sociology of Health & Illness* 23 (3):263-285.

- Cassell, Joan. 1991. *Expected miracles*. Philadelphia PA: Temple University Press.
- Creed, Peter A., Judy Searle, og Mary E. Rogers. 2010. "Medical specialty prestige and lifestyle preferences for medical students" *Social Science & Medicine* 71 (6):1084-8.
- Creswell, John W. 2007. *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Den norske legeforening. 2002. *Etiske regler for leger* [Hentet 20.04 2013]. Tilgjengelig fra <http://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitiske-utvalg/etikk/etiske-regler-for-leger/>.
- Den norske legeforening. 2013. *Godkjente spesialister i nevrokirurgi* [Hentet 20.05 2013]. Tilgjengelig fra <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Spesialistutdanning/Godkjente-spesialister/nevrokirurgi/>.
- Dietrichs, Espen, og Leif Gjerstad. 2007. *Vår fantastiske hjerne*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eisenberg, Leon. 1977. "Disease and illness. Distinctions between professional and popular ideas of sickness" *Culture, Medicine and Psychiatry* 1 (1):9-23.
- Emerson, Robert M., Rachel I. Fretz, og Linda L. Shaw. 2011. *Writing ethnographic fieldnotes*. Chicago: University of Chicago Press.
- Eriksen, Anne, Ellen Krefting, og Anne B. Rønning. 2012. "Eksemplets makt" Kap. I i *Eksemplets makt: kjønn, representasjon og autoritet fra antikken til i dag*, av Anne Eriksen, Ellen Krefting og Anne B. Rønning (red.), 9-38. Oslo: Scandinavian Academic Press.
- Fabian, Johannes. 1983. *Time and the other: how anthropology makes its object*. New York: Columbia University Press.
- Fangen, Katrine. 2004. *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Freidson, Eliot. 1970. *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. New York: Harper & Row.
- Frey, James H., og Andrea Fontana. 1991. "The group interview in social research" *The Social Science Journal* 28 (2):175-187.
- Frich, Jan C. 2007. "Kvalitative metoder" *Tidsskrift for Den norske legeforening* 127 (20):2649.
- Frye, Northrop. 1957. *Anatomy of criticism: Four essays*. New York: Atheneum.
- Frønes, Ivar. 2001. *Handling, kultur og mening*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Fuglestad, Otto Laurits, og Carl Cato Wadel. 2011. "Feltarbeid som prosess: Ny metodedel" i *"Og kven si skuld er det?" : ein arbeidslaus mann sin kamp for sjølvrespekt og eit verdig liv*, av Cato Wadel, Otto Laurits Fuglestad og Carl Cato Wadel, 268 s. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

- Geertz, Clifford. 1973. "Thick description: Toward an interpretative theory of culture" i *The interpretation of cultures. Selected essays*, av Clifford Geertz, 3-30. New York: Basic Books.
- Gelley, Alexander. 1995. *Unruly examples: on the rhetoric of exemplarity*. Stanford, Calif.: Stanford University Press.
- Glazer, Gary M., og Julie A. Ruiz-Wibbelsmann. 2011. "Decades of perceived mediocrity: Prestige and radiology" *Radiology* 260 (2):311-316.
- Goffman, Erving. 1956. "The nature of deference and demeanor" *American Anthropologist* 58 (3):473-502.
- Goffman, Erving. 1968. *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Harmondsworth: Penguin.
- Goffman, Erving. 1982. "Where the action is" i *Interaction ritual: essays on face-to-face behavior*, av Erving Goffman, 149-270. New York: Pantheon Books.
- Goffman, Erving. 1992. *Vårt rollespill til daglig: en studie i hverdagslivets dramatikk*. Oslo: Pax.
- Goode, William J. 1978. *The celebration of heroes: Prestige as a social control system*. Berkeley, California: University of California Press.
- Goodson, L., og M. Vassar. 2011. "An overview of ethnography in healthcare and medical education research" *Journal of Educational Evaluation for Health Professions* 8:4.
- Greenhalgh, Trisha, og Brian Hurwitz. 1999. "Narrative based medicine: Why study narrative?" *British Medical Journal* 318 (7175):48-50.
- Gubrium, Jaber F., og James A. Holstein. 1999. "At the border of narrative and ethnography" *Journal of Contemporary Ethnography* 28 (5):561-573.
- Gubrium, Jaber F., og James A. Holstein. 2008. "Narrative ethnography" i *Handbook of emergent methods*, av Sharlene Nagy Hesse-Biber og Patricia Leavy, 241-264. New York: Guilford Press.
- Gubrium, Jaber F., og James A. Holstein. 2009. *Analyzing narrative reality*. Los Angeles, Calif.: Sage.
- Hacking, Ian. 1995. "The looping effects of human kinds" i *Causal cognition: an interdisciplinary approach*, av Dan Sperber, David Premack og Ann James Premack (red.), 351-83. Oxford: Oxford University Press.
- Haldar, Marit. 2006. *Kjærlighetskunnskap: Tolvåringers fortellinger om romantikk og familieliv*, Doktogradsavhandling, Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo.
- Haldar, Marit. 2007. "Skjult i forordet" *Sosiologi i dag* 37 (2):29-52.

- Halvorsen, Kristin, Reidun Førde, og Per Nortvedt. 2009. "The principle of justice in patient priorities in the intensive care unit: The role of significant others" *Journal of Medical Ethics* 35 (8):483-7.
- Hansen, Marianne Nordli. 2005. "Den sosiale rekrutteringen til medisinstudiet" *Tidsskrift for Den norske legeforening* 125 (16):2213-2215.
- Hartmann, George. W. 1936. "The relative social prestige of representative medical specialties" *Journal of Applied Psychology* 20 (6):659-663.
- Hatch, Elvin. 1989. "Theories of social honor" *American Anthropologist* 91 (2):341-353.
- Hausken, Liv. 2008. "Fortellinger" Kap. 3 i *Medier - tekstteori og tekstanalyse. Medievitenskap bind 2*, av Peter Larsen (red.), 47-60. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hem, Erlend. 2003. "Tilbake til Hippokrates?" *Tidsskrift for Den norske legeforening* 123 (24):3577-3578.
- Heradstveit, Daniel, og Tore Bjørgo. 1986. *Beslutningsprosesser, kommunikasjon og språk: rapport fra en workshop*. Vol. 96. Oslo: Norsk utenrikspolitisk institutt.
- Hinze, Susan W. 1999. "Gender and the body of medicine or at least some body parts: (Re)constructing the prestige hierarchy of medical specialties" *Sociological Quarterly* 40 (2):217-239.
- Hoddevik, Grethe H., og Grete Bjørang. 2005. "Oversett subaraknoidalblødning og forsvarlighet" *Tidsskrift for Den norske legeforening* 125 (1):61-2.
- Hofmann, Bjørn. 2008. *Hva er sykdom?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hughes, Everett C. 1955. "The making of a physician — General statement of ideas and problems" *Human Organization* 14 (4):21-25.
- Hunter, Kathryn Montgomery. 1991. *Doctors' stories: The narrative structure of medical knowledge*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Hurwitz, Brian. 2000. "Narrative and the practice of medicine" *The Lancet* 356:2086-89.
- Ihlebak, Camilla, og Even Lærum. 2010. "Rammer flest, koster mest og får minst" *Tidsskrift for Den norske legeforening* 130 (21):2106.
- Jennings, David. 1986. "The confusion between disease and illness in clinical medicine" *Canadian Medical Association Journal* 135 (8):865-870.
- Juritzen, Truls I. 2013. *Omsorgsmakt: Foucaultinspirerte studier av maktens hvordan i sykehjem*, Doktorgradsavhandling, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.
- Jutel, Annemarie. 2009. "Sociology of diagnosis: a preliminary review" *Sociology of Health & Illness* 31 (2):278-299.
- Jutel, Annemarie. 2011. *Putting a name to it: diagnosis in contemporary society*. Baltimore, Pa.: Johns Hopkins University Press.

- Jutel, Annemarie, og Sarah Nettleton. 2011. "Towards a sociology of diagnosis: Reflections and opportunities" *Social Science & Medicine* 73 (6):793-800.
- Kalčik, Susan. 1975. "'... like Ann's gynecologist or the time I was almost raped': Personal narratives in women's rap groups" *The Journal of American Folklore* 88 (347):3-11.
- Kalleberg, Ragnvald, Fredrik Engelstad, og Raino Malnes. 2009. *Samfunnsvitenskapenes oppgaver, arbeidsmåter og grunnlagsproblemer*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kirmayer, Laurence J. 1992. "The body's insistence on meaning: metaphor as presentation and representation in illness experience" *Medical Anthropology Quarterly* 6 (4):323-346.
- Kleinman, Arthur. 1988. *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books.
- Kleinman, Arthur, Leon Eisenberg, og Byron Good. 1978. "Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research" *Annals of Internal Medicine* 88 (2):251-8.
- Kringlen, Einar. 1986. *Medisin og samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kvale, Steinar, og Svend Brinkmann. 2009. *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kövecses, Zoltán. 2002. *Metaphor: a practical introduction*. New York: Oxford University Press.
- Lakoff, George, og Mark Johnson. 2003. *Hverdagslivets metaforer: fornuft, følelser og menneskehjernen*. Oslo: Pax. Først utgitt: 1980.
- Lamont, Michèle, og Virág Molnár. 2002. "The study of boundaries in the social sciences" *Annual Review of Sociology* 28:167-195.
- Langmoen, Iver A., Torstein R. Meling, og Eirik Helseth. 2010. "Nevrokirurgiens historie" Kap. 49 i *Nevrologi og nevrokirurgi fra barn til voksen*, av Leif Gjerstad, Eirik Helseth og Terje Rootwelt (red.), 677-686. Høvik: Vett & Viten.
- Larsen, Øivind. 2002. *Legestudent i hovedstaden: medisin på stadig nye måter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Leder, Drew. 1990. "Clinical interpretation: The hermeneutics of medicine" *Theoretical Medicine* 11 (1):9-24.
- Lian, Olaug S. 2012. "Å iscenesette en fortelling om helse: Vitenskapssosiologiske refleksjoner" Kap. 12 i *Helsesosiologi: Analyser av helse, sykdom og behandling*, av Aksel Tjora (red.), 231-250. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lie, Anne Kveim. 2012a. "Sykehistorienes eksempelbruk" Kap. VIII i *Eksemplets makt: kjønn, representasjon og autoritet fra antikken til i dag*, av Anne Eriksen, Ellen Krefting og Anne B. Rønning (red.), 203-227. Oslo: Scandinavian Academic Press.

- Lie, Jon Harald Sande. 2012b. "Utfordrer antropologiske utfordringer antropologien? Om å studere oppover" *Norsk antropologisk tidsskrift* 23 (2):159-172.
- Lock, Margaret M., og Vinh-Kim Nguyen. 2010. *An anthropology of biomedicine*. Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- Lofland, John, og Lyn H. Lofland. 1995. *Analyzing social settings: A guide to qualitative observation and analysis*. Belmont, Calif.: Wadsworth.
- Lundar, Tryggve. 2005. "Behandling av intrakranielle aneurismer" *Tidsskrift for Den norske legeforening* 125 (16):2162.
- Lupton, Deborah. 2012. *Medicine as culture: Illness, disease and the body*. Los Angeles: Sage.
- Madden, Raymond. 2010. *Being ethnographic: a guide to the theory and practice of ethnography*. London: Sage.
- Malterud, Kirsti. 2012. "Hva forteller medisinsk uforklarte helseplager om eksemplarisk sykdom og kjønn?" Kap. X i *Eksemplets makt: kjønn, representasjon og autoritet fra antikken til i dag*, av Anne Eriksen, Ellen Krefting og Anne B. Rønning (red.), 253-281. Oslo: Scandinavian Academic Press.
- Merton, Robert K. 1948. "The self-fulfilling prophecy" *The Antioch Review* 8 (2):193-210.
- Merton, Robert K., Patricia L. Kendall, og George G. Reader. 1957. *The student-physician: introductory studies in the sociology of medical education*. Cambridge, Mass.: Published for the Commonwealth Fund by Harvard University Press.
- Mundal, Anne. 2009. "Ny kunnskap gir spesialisert medisin" *Samfunnsspeilet* 23 (2):35-39.
- Myhre, Hans O. 2002. "Endovaskulær behandling av aortaaneurismer" *Tidsskrift for Den norske legeforening* 122 (3):258.
- Møthe, Svein. 2009. *Etnometodologi: et vitenskapsteoretisk grunnlag for kvalitativ forskning*. Vol. nr. 70: Høgskolen i Buskerud.
- Måseide, Per. 1987. *Medisinsk sosiologi: noen sosiologiske perspektiv på sykdom og behandling*. Oslo: Tano.
- NESH. 2006. *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Forskningsetiske retningslinjer [Hentet 04.25 2013]. Tilgjengelig fra <http://www.etikkom.no>.
- Nettleton, Sarah. 2013. *The sociology of health and illness*. Cambridge: Polity Press.
- Norsk Helseinformatikk. 2008. *Kronisk subduralt hematom* [Hentet 26.03 2013]. Tilgjengelig fra <http://nhi.no/sykdommer/hjerne-nervesystem/hjerneslag-og-blodninger/subduralt-hematom-kronisk-2463.html?page=all>.
- NOU. 1997. *Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.

- Nørredam, Marie, og Dag Album. 2007. "Prestige and its significance for medical specialties and diseases" *Scandinavian Journal of Public Health* 35 (6):655-661.
- Ortner, Sherry B. 1973. "On key symbols" *American Anthropologist* 75 (5):1338-1346.
- OUS. 2010. *Nevrokirurgisk avdeling* [Hentet 15.05 2013]. Tilgjengelig fra <http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/avdelinger/nevrokirurgisk-avdeling/sider/enhet.aspx>.
- Parsons, Talcott. 1951. "Social structure and dynamic process: the case of modern medical practice" i *The social system*, av Talcott Parsons, LXII, 575 s. London: Routledge & Kegan Paul.
- Polanyi, Michael. 1967. *The tacit dimension*. Garden City, N. Y.: Doubleday.
- Polletta, Francesca, Pang Ching Bobby Chen, Beth Gharrity Gardner, og Alice Motes. 2011. "The Sociology of storytelling" *Annual Review of Sociology* 37 (1):109-130.
- Riessman, Catherine Kohler. 1990. "Strategic uses of narrative in the presentation of self and illness: A research note" *Social Science & Medicine* 30 (11):1195-1200.
- Riessman, Catherine Kohler. 1993. *Narrative analysis*. Newbury Park, Calif.: Sage.
- Riessman, Catherine Kohler. 2008. *Narrative methods for the human sciences*. Los Angeles, Calif.: Sage Publications.
- Rosenberg, Charles E. 2002. "The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience" *The Milbank Quarterly* 80 (2):237-260.
- Rosoff, Stephen M., og Matthew C. Leone. 1991. "The public prestige of medical specialties: Overviews and undercurrents" *Social Science & Medicine* 32 (3):321-326.
- Rotevatn, Asbjørn Magnus. 2009. "En dramatisk sykdomsopplevelse" *Tidsskrift for Den norske legeförening* 129 (12):1245.
- Roth, Julius A. 1972. "Some contingencies of the moral evaluation and control of clientele: The case of the hospital emergency service" *American Journal of Sociology* 77 (5):839-856.
- Rugkåsa, Marianne, og Kari Trædal Thorsen. 2003. "Utfordringer i antropologiske studier i Norge" Kap. 1 i *Nære steder, nye rom: utfordringer i antropologiske studier i Norge*, av Marianne Rugkåsa og Kari Trædal Thorsen (red.), 11-31. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sandberg, Sveinung. 2009. "A narrative search for respect" *Deviant Behavior* 30 (6):487-510.
- Sandberg, Sveinung. 2010. "What can "lies" tell us about life? Notes towards a framework of narrative criminology" *Journal of Criminal Justice Education* 21 (4):447-465.
- Sanjek, Roger. 1990. *Fieldnotes: the makings of anthropology*. Ithaca: Cornell University Press.

- Saussure, Ferdinand de. 1960. *Course in general linguistics*. London: Peter Owen.
- Schei, Edvin. 2007. *Hva er medisin?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Schottstaedt, William W., Ruth H. Pinsky, David Mackler, og Stewart Wolf. 1959. "Prestige and social interaction on a metabolic ward" *Psychosomatic Medicine* 21 (2):131-141.
- Schwartzbaum, Allan M., John H. McGrath, og Robert A. Rothman. 1973. "The perception of prestige differences among medical subspecialties" *Social Science & Medicine* 7 (5):365-371.
- Seale, Clive. 1999. "Quality in qualitative research" *Qualitative Inquiry* 5 (4):465-478.
- Shortell, Stephen M. 1974. "Occupational prestige differences within the medical and allied health professions" *Social Science & Medicine* 8 (1):1-9.
- Silverman, David. 2010. *Doing qualitative research: a practical handbook*. Los Angeles, Calif.: Sage.
- Solheim, Jorun. 1997. "Forord" i *Rent og urent: en analyse av forestillinger omkring urenheter og tabu*, av Mary Douglas, s. 9-17. Oslo: Pax.
- Sontag, Susan. 2010. *Sykdom som metafor: et essay om holdninger til sykdom og død i vårt samfunn*. Oslo: Bokklubben. Først utgitt: 1978.
- Statens helsetilsyn. 1999. *Norsk nevrokirurgisk virksomhet*. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Stene-Johansen, Knut. 2010. "Innledende essay" i *Sykdom som metafor: et essay om holdning til sykdom og død i vårt samfunn*, av Susan Sontag, VII-XL. Oslo: Bokklubben.
- Store norske leksikon. 2005. *Nevrologi* [Hentet 20.05 2013]. Tilgjengelig fra <http://snl.no/nevrologi>.
- Swidler, Ann. 1986. "Culture in action: Symbols and strategies" *American Sociological Review* 51 (2):273-286.
- Taraldset, Anders. 2004. "Stadig høyere kvinneandel blant medisinstudenter" *Tidsskrift for Den norske legeförening* 124 (8):1154.
- Thagaard, Tove. 2009. *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforl.
- Thwaites, Tony, Lloyd Davis, og Warwick Mules. 2002. *Introducing cultural and media studies: a semiotic approach*. Houndmills: Palgrave.
- Tjora, Aksel Hagen. 2012. *Helsesosiologi: analyser av helse, sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tolich, Martin. 2004. "Internal confidentiality: When confidentiality assurances fail relational informants" *Qualitative Sociology* 27 (1):101-106.

- Treiman, Donald J. 1977. *Occupational prestige in comparative perspective*. New York, N.Y.: Academic Press.
- Trondsen, Flemming. 2012. *Hjerneslag på sykehjemmet. En studie av distingverende sykdomsomgivelser*, Masteroppgave, Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo.
- Wadel, Cato. 1973. *Now, whose fault is that?: the struggle for self-esteem in the face of chronic unemployment*. Vol. 11. St. John's, Nfld.: Institute of Social and Economic Research, Memorial University of Newfoundland.
- Wadel, Cato. 1991. *Feltarbeid i egen kultur: en innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. Flekkefjord: SEEK.
- Weber, Max. 1999. "Sosiologiske grunnbegreper" i *Verdi og handling*, av Max Weber, 25-55. Oslo: Pax.
- Weber, Max. 2000. *Makt og byråkrati: essays om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier*. Translated by Egil Fivelsdal. Oslo: Gyldendal.
- Wester, Knut. 2006. "Nevrokirurgi" *Tidsskrift for Den norske legeforening* 126 (1):105-6.
- White, Kevin. 2009. *An introduction to the sociology of health and illness*. London: Sage.
- WHO. 2010. *International statistical classification of diseases and related health problems - 10th revision* [Hentet 20.05 2013]. Tilgjengelig fra http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf.
- Whyte, William Foote. 1993. *Street corner society: the social structure of an Italian slum*. Chicago: University of Chicago Press.
- Widerberg, Karin. 2001. *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt: en alternativ lærebok*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Williams, Simon J. 2005. "Parsons revisited: from the sick role to...?" *Health*: 9 (2):123-144.
- Winther Jørgensen, Marianne, og Louise Phillips. 1999. *Diskursanalyse som teori og metode*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Zhou, Xueguang. 2005. "The nstitutional logic of occupational prestige ranking: Reconceptualization and reanalyses" *American Journal of Sociology* 111 (1):90-140.

Alle kilder i denne oppgaven er gitt.

Antall ord: 36411

Vedlegg

Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Dag Album
Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi
Universitetet i Oslo
Postboks 1096 Blindern
0317 OSLO

Vår dato: 24.10.2012

Vår ref:31903 / 3 / MAS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 23.10.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

| | |
|----------------------|--|
| 31903 | <i>Vurderinger av sykdommers prestisje i samhandlingen mellom leger og studenter</i> |
| Behandlingsansvarlig | <i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i> |
| Daglig ansvarlig | <i>Dag Album</i> |
| Student | <i>Lars Emil Fagernes Johannessen</i> |

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.


Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Mads Solberg

Mads Solberg tlf: 55 58 89 28

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Lars Emil Fagernes Johannessen, Pilestredet Park 45, leil. H0104, 0176 OSLO

Avdelingskontor / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel. +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel. +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel. +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 31903

Prosjektet undersøker sykdommers prestisje i møtet mellom studenter og leger på medisinutdanningen.

Utvalget består av opptil 40 studenter og undervisere under nevrologi og nevrokirurgiopplæring. Utvalget rekrutteres gjennom førstegangskontakt ved veileder Dag Album. Det rettes forespørsel til ledelse ved medisinutdanningen og undervisningslederne for nevrologi og nevrokirurgi.

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår forutsatt at dato for prosjektslutt og hva som skjer med personopplysninger etter dette (sletting/anonymisering) tilføyes.

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Universitetet i Oslo sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektet skal avsluttes 30.06.2013 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Informasjon om studien

“Vurderinger av sykdommers prestisje i samhandling mellom undervisere og studenter”

Hva innebærer studien?

Studien er en masteroppgave innenfor et større forskningsprosjekt som pågår ved Universitetet i Oslo, “*Disease prestige and informal priority settings*”. I dette overordnede prosjektet fokuserer man på sykdommers prestisje – det at sykdommer rangeres etter statusen eller anseelsen de har.

Mitt prosjekt skal forsøke å besvare hvordan prestisjevurderinger av ulike sykdommer konstitueres i samhandlingen mellom medisinstudenter og deres undervisere. Dette skal jeg undersøke med kvalitative forskningsmetoder, først og fremst gjennom observasjon av ulike læringssituasjoner. I tillegg vil noen av dere på et senere tidspunkt kunne bli spurt om å delta i gruppeintervjuer.

Hvem er ansvarlig for studien?

Det er Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi ved Universitetet i Oslo som er ansvarlig for studien. Det overordnede prosjektet ledes av professor Dag Album, og mottar støtte fra Norges Forskningsråd. Jeg står for den praktiske gjennomføringen av denne masteroppgaven.

Hva skjer med opplysningene du gir fra deg?

Informasjonen som registreres skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. All informasjon som nedtegnes vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjenne opplysninger. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner skal kunne gjenkjennes i den endelige studien. Navnet på ditt arbeidssted vil bli anonymisert. Jeg er underlagt taushetsplikt. Og jeg er ikke interessert i informasjon om enkeltpasienter.

Som deltaker i studien har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har også rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene jeg har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Alle som deltar i studien, har rett til å få informasjon om resultatene av den. Prosjektet vil avsluttes innen 30. juni 2013, og alle personsensitive data vil da bli slettet.

Studien er meldt til personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. I tillegg er den behandlet i Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Universitetet i Oslo ved administrerende direktør er databehandlingsansvarlig.

Lurer du på noe mer?

Du kan kontakte meg på tlf. 482 93 782 og epost larejo@student.sv.uio.no, eller se det overordnede prosjektets hjemmeside: <http://www.sv.uio.no/iss/forskning/prosjekter/disease-prestige/index.html>

- Lars E. F. Johannessen, masterstudent i sosiologi, ISS, UiO