

Potilas ja hänen haamunsa lääkärinlausunnossa — SvB-lausunto semioottisena ongelmana

Artikkelissa käsitellään SvB-lausunnon semioottisia ongelmia siitä näkökulmasta käsin, miten potilaan realismi välittyy lausunnon lukijalle. Semiotiikan avulla voidaan selvittää, miten tieteelliset lähestymiskulmat, "common sense" argumentit ja tavallinen inhimillinen ajattelu vaikuttavat lääkärin tapaan kirjoittaa SvB-lausunto. Semiotiikka ei siis ole vaihtoehto lääketieteellisille, sosiaalisille, retorisisille tai millekään muulle tieteelliselle lähestymiskulmalle, vaan näitä täydentävä. Artikkelin kirjoittajien mielestä tulee tehdä selkeä ero potilaan realismiin ja hänen SvB-lausunnossa esitetyn kuvauksensa välillä. Potilaan realismia ei voida koskaan välittää kokonaisuudessaan SvB-lausunnossa. Potilas on mukana lääketieteellisissä prosesseissa ja arvioinneissa ja SvB sisältää vain yhden mahdollisen kuvauksen hänestä. Tämä kuvaus voi ontologisessa mielessä olla kaukanakin potilaan todellisuudesta. Koska eri asiantuntijalääkärit ovat arvioineet potilaan realismia ja kirjoittaneet hänestä lausuntoja, vaikuttavat ne puolestaan potilaan omaan tapaan hahmottaa sairautensa tai vammansa. Näitä tietoja potilas hyödyntää uusissa yhteydenotoissa lääkäreihin. Tämän vuoksi SvB-lausunto tulisi kirjoittaa siten, että tehdään selkeä ero lääkärin havaintojen, lääketieteellisten faktojen, lääkäreiden omien päätelmien ja potilaan oman kertoman välillä. Näin SvB-lausunnon lukijan on helpompi lähestyä potilaan realismia SvB-lausunnossa esiintyvän haamun takaa.

PEKKA NOKSO-KOIVISTO, ANTTI LAATO

SvB-lausunto (myöh. B-lausunto) on lääkärin kirjoittama asiantuntijalausunto, jonka potilas tarvitsee hakiessaan sairauden, vian tai vamman nojalla myönnettäviä etuuksia. Saadakseen etuuden hänen on lausunnon osoitettava, että hänellä on lääketieteen piiriin kuuluva ongelma, joka tekee hänestä työkyvyttömän. Työkyvyttömyys taas on juridinen käsite, johon liittyy lääketieteellinen arvio.

Eläkehylkyjen määrä on kasvanut 90-luvulla. Gouldin ja Nymanin mukaan muutoksen taustalla on ilmeisesti lääketieteellisesti aikaisempaa epämääräisempien hakemusten lisääntyminen (Gould ja Nyman 1996). Pohdittaessa eläkehylkyjen määrän kasvua tulisi ensimmäi-

seksi käsitellä B-lausunnon valmistumiseen johtavien semioottisten eli merkkiopillisten prosessien luomat ongelmat. Ilman näiden semioottisten prosessien käsittelyä eri tieteenalojen lähtökohdista käsin esitetyt näkökulmat eläkehylkyjen yhteiskunnallisiin ja oikeudenmukaisuutta koskeviin ongelmiin eivät kohtaa toisiaan (Hirvikorpi 1997). B-lausunnon semioottinen ongelma voidaan kiteyttää lyhyesti siihen itsestään selvään totuuteen, että vakuutuslääkärin arvion varsinaisena kohteena ei voi olla potilas, etuudenhakija, vaan hänestä ja hänen elämästään kertovat asiakirjat.

Vakuutuslääkärin tehtävänä ei ole tutkia potilasta henkilökohtaisesti — eikä tällainen järjes-

tely olisi edes mahdollista. Vakuutuslääkäri joutuu muodostamaan kuvan potilaasta sen perusteella, mitä hän asiakirjojen avulla saa selville. Vakuutuslääkäri tulkitsee tekstiä, B-lausuntoa, joka puolestaan perustuu toisen lääkärin tai toisten lääkäreiden arviointeihin. B-lausunto sisältää lääketieteellisen datan ja päätelmien lisäksi potilasta tutkineiden lääkäreiden omia usein hyvinkin subjektiivisia arvioita potilaasta ja hänen elämäntilanteestaan. Ongelmallisissa tapauksissa vakuutuslaitos lähettää omalla kustannuksellaan potilaan työkykyarvioon, jotta päätöksenteolle saataisiin lisäperusteita. Vakuutuslääkäarin tehtävä on arvioida kriittisesti kollegoidensa tekemiä havaintoja ja johtopäätöksiä potilaasta. Semioottisesti tarkasteltuna potilasta hoitavan lääkärin kirjoittama B-lausunto on *merkki* joka liittyy todellisuuden *objektiin*, potilaaseen, ja aikaansaa *tulkinnan* tämän tilasta. Lukija, kirjoittaja ja hakija voivat päätyä erilaisiin tulkintoihin potilaan todellisuudesta (koskien etuuksia) riippuen siitä, millä tavalla he katsovat B-lausunnon kuvaavan potilaan todellista tilaa (Nokso-Koivisto, Järvinen 1995).

Tämän artikkelin tarkoituksena on pohtia sitä, miten potilaan todellisuus välittyy vakuutuslääkärille. Tarkastelukulma on puhtaan teoreettinen, semioottinen. Semiotiikan tarkoituksena ei ole legitimoida jonkun tietyn tarkastelukulman oikeutus ja monopolisoida sitä. Sen sijaan pyrkimyksenä on selvittää, miten ajatukset ja ideat ovat syntyneet sekä millä ehdoilla ne ovat muovautuneet. Semioottinen tarkastelukulma ei sulje pois muita lähestymiskulmia B-lausuntoon, vaan se luo perustan nähdä ne ongelmat, millä tavalla B-lausunto voi vastata potilaan todellisuutta. Artikkelin tarkoituksena on yksinkertaisesti antaa valmiudet nähdä jokaisen B-lausunnon lähestymiskulman rajallisuus. Artikkelin semioottis-teoreettista pohdiskelua valotetaan joidenkin käytännön esimerkkien avulla.

Tässä artikkelissa tarkastellaan Charles Sanders Peircen semiotiikan avulla sitä, miten B-lausunto ja potilaan todellisuus suhtautuvat toisiinsa. Peirce loi semiotiikan, joka hänen mukaansa on filosofian alalohko. Semiotiikan tehtävänä on määrittää ehdot, joiden perusteella jotakin voidaan pitää totena. Peircen tieteiden jaottelussa empiiriset tieteet tutkivat sitä, mikä on totta. Täten semiotiikka on kaikkia tieteenaloja yhdistävä tutkimusala (Peirce 1992, Hookway 1992,

Rosenthal 1994, Anderson 1995, Liszka 1996). Se on yleistieteellinen metakieli, millä tavalla meidän ajatuksemme todellisuudesta muovautuvat tieteen, esimerkiksi lääketieteen tai yhteiskuntatieteen, metodien, tieteellisen argumentoinnin ja inhimillisten ajatusprosessien, esimerkiksi terveen järjen, välityksellä. Semiotiikan näkökulmasta käsin B-lausunnon keskeisenä ongelmana on se, millä ehdoilla työkyvyttömyyttä voidaan pitää toteennäytettynä? Selvittämällä paremmin B-lausunnon kirjoittamisen ja tulkinnan semioottisia ongelmia kykenemme pohtimaan syvällisemmin sitä, millä tavalla lausunto voisi paremmin vastata potilaan todellisuutta.

KUVAUS POTILAASTA ON AINA EPÄTÄYDELLINEN

B-lausunnon kohteena olevan potilaan hahmo syntyy sitä kirjoittavan lääkärin mielessä hänen tutkiessaan potilasta. Lausunto riippuu siten hoitavan lääkärin tulkinnan perusteista, malleista ja ratkaisuista. Lausunnon tulkinta ja sen pohjalta tehty myöntö- tai hylkyarvio puolestaan riippuvat vakuutuslääkärin tulkinnan perusteista, joita hän soveltaa käytettävissä oleviin asiakirjoihin ja niiden välittämään kuvaan potilaan todellisuudesta. B-lausunto on siten yrityksen vangita potilaan todellisuus kirjalliseen muotoon ja arvio taas tämän kuvauksen pohjalta tehty toimenpide, joka muuttaa todellisuutta. Semiotiikan kuvakulmasta katsottuna B-lausunto antaa potilaan todellisuudesta aina yksipuolisen ja siten vääristyneen kuvan (Laato 1996b). Tämä johtuu lähinnä seuraavista seikoista:

(1) Potilasta ja hänen elämänsä on mahdollista vangita kirjalliseen muotoon. Hoitava lääkäri joutuu valitsemaan semioottiset merkit (= kielen symbolit), joilla hän kuvaa potilaan. Merkit, jotka hän valitsee, eivät itsessään ole todellisuutta. Ne ainoastaan viittaavat todellisuuteen ja edellyttävät lukijalta tulkintaa. Näin lausunto kadottaa todellisuuden, mutta samalla pelkistää potilaan ja hänen elämänsä mielessä hallittavaan asuun. Vaikka siis hallitsemme potilaasta konstruoidun kuvan "mahdollisessa maailman" asiakirjassa, emme välttämättä saavuta oikeaa kuvaa tämän todellisuudesta.

(2) Potilaasta kertova asiakirja riippuu kirjoittajan tavasta tulkita potilasta ja tämän elämää. Todellisuus itsessään ei sisällä tulkintaa, vaan hoitava lääkäri aikaansaa tulkinnan yrittäessään ymmärtää potilaan todellisuutta. Näin

ollen B-lausunto on itsessään todellisuuden tulkintaa. Vakuutuslääkärit yrittävät siis tulkita sitä, miten potilasta hoitaneet lääkärit ja asiakirjan kirjoittanut lääkäri on tulkinnut potilaan todellisuutta. Vakuutuslääkäriin arvio potilaasta on tulkinnan tulkinta. Potilaan todellisuus ei muutu, vaikka siitä kerrottaisiin virheellisesti tai vaikka lääkäri omissa tutkimuksissaan loisi potilaan todellisuudesta poikkeavan kuvan tai vaikka vakuutuslääkäri B-lausuntoa tutkiessaan saa väärän kuvan potilaan todellisuudesta. Toisaalta annettu eläkepäätös vaikuttaa potilaan todellisuuteen.

(3) Etuudenhaku ei ole yksittäinen tapahtuma, joka lähtee puhtaalta pöydältä. Potilaasta on ennen B-lausunnon kirjoittamista kertynyt useita asiakirjoja, lausuntoja ja epikriisejä. B-lausunnon kirjoittaja poimii näistä aikaisemmista lausunnoista merkittäväksi katsomiaan katkelmia. Potilas itse on ollut sisällä tässä prosessissa ja prosessi on muovannut myös hänen käsitystään hänestä itsestään ja vaikuttanut hänen toimiinsa esim. siihen, miten hän kertoo omasta masennuksestaan. Näin B-lausunnon ja hoitoprosessissa aiemmin syntyneiden asiakirjojen tulkinta liittyvät erottamattomasti toisiinsa.

LÄÄKÄRINLAUSUNNON TULKINTA JA SEMIOTIIKKA

B-lausunnon tulkinta on siis parhaimmillaan yritys konstruoida sellainen todellisuus tai ”mahdollinen maailma”, jossa lausunnossa ja muissa eläkehakemukseen liittyvissä asiakirjoissa esitetyt kuvat potilaasta voidaan selittää loogisesti (Hintikka 1988). Lääkäreiden ”loogisissa mahdollisissa maailmoissa” lääketieteellinen malli on ammatillinen, mutta näissä ”maailmoissa” on myös lääkäreiden arkielämään perustuvia malleja. Ne perustuvat kunkin lääkärin henkilökohtaiseen kokemukseen ja tapaan ratkaista arjen ongelmia. Lisäksi etenkin kuntoutustapauksissa kuvaan tulevat potilaan omat mallit ja intressit, jotka eivät välttämättä kohtaa hoitavan lääkärin käsityksiä hyvästä elämästä saati sitten, että kirjoittaja kykenisi välittämään ne potilaalleen vakuutuslääkäriin konstruioitaviksi.

Peircen triadinen semiotiikka soveltuu B-lausunnon tutkimukseen, koska siinä hyväksytään vain yksi todellisuus, josta kuitenkin voi olla monta eri tulkintaa. Nämä eri tulkinnat vastaavat ”mahdollisia maailmoja” potilaan todellisuudesta. Peircen mukaan voimme tavoittaa to-

dellisuuden vain merkkien tietä: Todellisuus (”Object”) ja merkki (”Sign”) ovat triadisessa suhteessa toisiinsa, jossa kolmantena komponenttina on tulkinta (”Interpetant”). Tämä semioottinen prosessi on jatkuva. Jokainen tulkinta ymmärretään uudeksi merkiksi, joka vuorostaan aikaansaa uuden tulkinnan (Laato 1996a). Näin ollen lausunto, joka on kirjoittajan tulkinta potilaan todellisuudesta, edustaa vakuutuslääkärille merkkiä, jolle hän vuorostaan etsii omasta mielestään tulkintaa suhteuttamalla sen potilaan todellisuuteen. Kohteena oleva potilas ei ole tässä arvioinnissa läsnä.

Peircen semiotiikan käsitteitä soveltaen B-lausunnon kirjoittaminen ja sen tulkinta tapahtuvat triadisina merkkifunktioina. Tekstin kirjoittaja haluaa ilmaista lausunnon potilaan sairaudesta, viasta tai vammasta. Hän ei kuitenkaan voi siirtää kirjalliseen asuun potilaan todellisuutta ilman, että hän pukee sen mielessään hallittavaan muotoon. Hän joutuu luomaan referenssimaailman potilaan todellisuudesta aikaisempien kokemustensa pohjalta. Potilaasta syntyvä referenssimaailma koostuu kirjoittajan mielessä olevista komponenteista, joilla on vastaavuudet kirjoittajan objektimaailmassa. Näihin komponenteihin kuuluvat yhtä hyvin arkielämän kuin lääketieteellisetkin objektit. Tässä referenssimaailmassa on äärellinen määrä komponentteja. Kirjoittaja voi purkaa nämä komponentit sellaisiin yksittäisiin objekteihin (ihmiset, toiminnot, abstraktit asiat, kuten tunteet ja periaatteet jne.), jotka hän pystyy ilmaisemaan kielen symbolien avulla. Referenssimaailmaan poimitut komponentit ja niiden suhteet ilmaistaan kielen symbolien avulla. Kieli asettaa aina käytännössä rajat todellisuuden mahdollisille tulkinnoille. Potilaan tutkiminen tapahtuukin lääketieteessä kulloinkin vallalla olevan merkkivaraston puitteissa. Valmistuneessa tekstissä annetaan tulkinta potilaan todellisuudesta. Tämä tulkinta on uusi merkki, jota vakuutuslääkäri puolestaan yrittää tulkita. Tätä prosessia, missä merkki suhteessa objektiin saa aikaan tulkinnan, joka puolestaan on uutena merkinä, Peirce kutsui termillä ”unlimited semiosis”.

Kuvaus tutkittavasta potilaasta on siis mahdollista vain siten, että rajoitaudutaan tiettyihin tärkeisiin todellisuuden osa-alueisiin. Esimerkiksi eläkehakemuksessa potilasta tutkiva lääkäri arvioi, mitkä seikat vaikuttavat työkykyyn. Nä-

mä seikat eivät ole valmiiksi annettuja faktoja, vaan potilasta tutkiva lääkäri löytää ne sikäli kuin löytää, ja painottaa niitä sen mukaan kuin katsoo niillä olevan merkitystä etuushakemusta ajatellen. Referenssimaailma vääristää todellisuutta, koska kukaan ei pysty kuvaamaan todellisuuden kaikkia komponentteja ja kirjoittajan käyttämät kielen symbolit, vaikkakin ovat potilaan herättämiä, ovat kuitenkin peräisin kirjoittajan aikaisemmista kokemuksista.

Vakuutuslääkäri lukiessaan B-lausuntoa luo mielessään kuvan potilaan todellisuudesta. Ts. hän luo mielessään referenssimaailman potilaan dynamisesta todellisuudesta. Referenssimaailma muotoutuu B-lausunnon komponenteista (merkit), jotka synnyttävät vakuutuslääkäriin mielessä tulkintoja eli *interpretantteja* potilaan terveydentilasta. Ts. vakuutuslääkäri lukiessaan hahmottaa etuudenhakijan todellisuutta aikaisempien kokemustensa perusteella. Hän ikäänkuin kokoaa kuvan mielessään B-lausunnossa olevista palapelin paloista. Palojen valinta tapahtuu B-lausunnon ehdoilla mutta samalla B-lausuntoa kriittisesti arvioiden aikaisemman kokemuksen perusteella. Näitä *interpretantteja* loogisesti yhdistämällä vakuutuslääkäri hahmottaa mielessään referenssimaailman (= välittömän objektin) potilaasta. Tämä vakuutuslääkäriin referenssimaailma on riippuvainen siitä referenssimaailmasta, jonka potilasta tutkinut lääkäri on mielessään luonut ja kirjallisesti esittänyt.

B-lausunto edustaa eri asioita vakuutuslääkärille, potilasta tutkineelle lääkärille ja potilaalle itselleen. Vakuutuslääkärillä on käytettävissään B-lausunto, kokemuksensa ja koulutuksensa, joista hän tuottaa tulkinnan potilaan terveydentilasta. B-lausunto on potilasta tutkineen lääkärin oma tulkinta. B-lausuntoa kirjoittaessaan lääkäri on varmasti ottanut myös huomioon vakuutuslääkäriin lukemisen tilanteen. Tätä ilmeistä intentionaalisuutta emme käsittele tarkemmin tässä artikkelissa. Myös potilas itse vaikuttaa B-lausunnon tulkintaan. Ensinnäkin potilaalla on omat intressinsä hakiessaan itselleen etuuksia. Toiseksi potilas lukiessaan tekstejä, joissa hänet on kuvattu, saa vaikutteita tulkinnalleen omasta itsestään. Hän täydentää lausunnoista ja epikriiseistä sanavarastoaan omille sairauksilleen, oireilleen, tuntemuksilleen ja niiden välisille suhteille. Nämä hän välittää hakemusprosessin kuluessa häntä tutkiville lääkäreille.

Vakuutuslääkäri kykenee muuttamaan omaa tulkintaansa ja arviotaan lausunnosta, jos hänellä myöhemmin on mahdollisuus saada joko uusia dokumentteja potilaan sairaudesta tai kyseistä sairautta käsittelevää lääketieteellistä kirjallisuutta. Tällöin hänellä on mahdollisuus konstruoida potilaan referenssimaailma uusin silmin. Kuitenkin sekä uusia lausuntopyyntöjä että lukemista ohjaavat hänen aikaisemmista dokumenteista tekemänsä päätelmät.

LOGISUUS EI TAKAA "MAHDOLLISEN MAAILMAN" ONTOLOGISTA OLEMASSAOLOA

Analyttinen kieli ja lääketiede yksinkertaistavat käsiteltävän ongelman. Potilas on olemassa monipuolisempina kuin B-lausunto ja siitä esitetyt tulkinnat. B-lausunnon pohjalta laadittu potilaan "mahdollisen maailman" tulee olla looginen. Loogisuus ei kuitenkaan vielä takaa sitä, että "mahdollinen maailma" vastaisi potilaan todellisuutta. B-lausunnossa on esimerkiksi todettu tutkittavan masennus, sen syyt, irtisanominen ja avioero, ja näiden seuraukseksi diagnostisoitu reaktiivinen masennus. Nämä asiat esitetään lausunnossa loogisessa suhteessa toisiinsa ja syytä työkyvyttömyyteen. Looginen esitys ei kuitenkaan takaa sitä, että "mahdollinen maailma" vastaisi potilaan todellisuutta. Modernin (meta)logiikan tutkimuksessa tehdäänkin ero "loogisuuden" ja "ontologisen olemassaolon" välillä (Hintikka 1988). Edellä mainitussa esimerkissä kysymys saattaa olla siitä, että tutkittavan vastahakoisuus työpaikan uudessa organisaatiokulttuurissa ja tehottomuus uuden teknologian kanssa ovat johtaneet irtisanomiseen ja avioristiriitojen aiheuttama seksuaalinen kyvyttömyys avioeroon. Kysymys onkin potilaan uupumuksesta, kun hän on joutunut taistelemaan omien arvojensa puolesta. Hänen julistamisensa "työkyvyttömäksi" ei välttämättä olekaan aiheellista.

Yksinkertaisen syy-seuraus -logiikka voi vastata todellisuutta tietyissä tapauksissa. Vakuutuslääkäriin on esimerkiksi helppo yhtyä lääkärin arvioon potilaasta, jolla on angina pectoriksen seurauksena suorituskyvyn väheneminen metsätyössä. Sensijaan yksinkertaisen, lääketieteellisen syy-seuraus -logiikan esittäminen monimuotoisessa työkykyongelmassa on paljon ongelmallisempi. Silloin vakuutuslääkäri joutuu kriittisesti epäilemään lausunnon vakavuutta ja koko B-to-

distuksen suhdetta potilaan ”ontologiseen todellisuuteen”, ts. vastaako B-lausunnossa esitetty looginen tulkintamalli potilaan todellisuutta niin, että hän on auttamattomasti työkyvytön? Loogisessa mielessä syy-seuraus -suhde on aina suoraviivainen, koska se edellyttää käsitystä loogisesta mallista. Kaikilla B-lausunnon lukijoilla ei kuitenkaan ole samaa loogista mallia. Syy-seuraus suhde on tulkitsijasta riippumaton kussakin loogisessa mallissa. Syy-seuraus -suhde on kuin tuuliviiri, joka kääntyy väijäämättä tuulen mukaan. Looginen malli puolestaan on se, joka määrää tuulen suunnan (Hamilton 1990). Mikäli lausunnon lukija ei hyväksy kirjoittajan loogista mallia, niin syy-seuraus suhde ei enää määrydykään yksikäsitteisesti.

B-todistusten tulkinnan ongelma on siis siinä, että potilaan, kirjoittajan ja vakuutuslääkärin loogiset mallit saattavat erota toisistaan huomattavasti. Yhteisen mallin löytyminen on edellytys yhteisille suunnitelmille. Edellä masennus-esimerkissä saattaisi ratkaisun avain olla pikemminkin koulutus moderniin työelämään kuin psykoterapia ja eläke.

HAVAINTO JA SEN POHJALTA TEHTY JOHTOPÄÄTÖS

Peircen semiotikassa ”havainto” on keskeinen käsite. Todellisuus voi avautua ihmiselle vain ”havaintojen” välityksellä. Tieteessä ”havaintoja” pyritään tekemään johdonmukaisten menetelmien avulla. Kuitenkin kaikkia ihmisten havaintoja ohjaa enemmän tai vähemmän arkipäivän ajattelu. Ihmiset suhtautuvat sairauksiin oman rajallisen kokemuksensa perusteella. Lääkäreiden lääketieteellinen tapa ymmärtää sairauden todellisuus poikkeaa tästä. Potilasta ja hänen terveysongelmiaan tarkastellaan ulkopuolisena ja tietyn ammatillisen koulutuksen hankkimalla rutiinilla. Tietysti lääkärinkin tapa tarkastella potilasta on osa historiallista arkipäivää. Eroa kuvaa tunnetuin episteeminen käänne, joka tapahtui, kun ihminen oppi asettamaan näkemänsä taivaankappaleiden liikkeitä heliosentrisen maailmankuvan puitteisiin. Muinaiset ihmiset luottivat näköhavaintoonsa — Peircen termillä ilmaistuna perception — ja tekivät siitä ensimmäisen luonnollisen mieleen juolahtavan johtopäätöksen — perceptual judgement: — aurinko liikkuu maan suhteen. Aurinko koettiin suurena ja ihmeellisenä jumalallisena voimana, joka toi lämpöä ja valoa ja ohjasi maailmaa (Frankfort

1977).

Tämä esimerkki osoittaa, että kaikessa todellisuuden tulkinnassa perception (havainto) ja perceptual judgement (havainnon pohjalta mielessä tehty välitön johtopäätös) on erotettava huolellisesti toisistaan (Hookway 1992). Potilaan ja lääkärin havainnot poikkeavat esimerkiksi kivun kohdalla toisistaan — lääkäri ei voi tuntea tutkittavan kipua, vain potilaansa välittämän kuvan siitä. Myös tehdyt johtopäätökset lääkärin ja potilaan välillä poikkeavat. Potilaallekipu on mystinen tunnetila ja lääkärille oire jostakin, esimerkiksi TOS-syndroomassa pinnetestistä. Nykyajan rationaalisuutta tavoittelevalle ihmiselle lääkärin antama selitys on usein suuri helpotus ja potilas hyväksyy lääkärin tarjoaman (todellisuutta yksinkertaistavan) loogisen mallin, vaikka tilanne lääketieteellisestikin ajatellen olisi monimutkaisempi.

Havaintoon perustuva johtopäätös saattaa poiketa eri lääkäreillä. Esimerkiksi yleislääkäri ei välttämättä yhdistä potilaan kertomusta unettomuudesta masennukseen, mikäli hän ei ole erityisen perehtynyt psykiatriaan. Omaan psykoanalyttiseen koulutukseensa nojautuen psykiatri taas usein kasaa eläkehakemuksen perusteeksi suuren joukon potilaan kokemia lapsuuden traumaattisia kokemuksia. Tällöin potilas nähdään lääkärin silmillä yksipuolisesti lapsuuden traumaattisten kokemusten tuotteena. Täten kirjoittajan koulutus ja hänen mielenkiintonsa kohteet suuntaavat lausunnon kuvan yksipuuliseksi kirjoittajan intressien mukaan.

Havainto on sama kaikille potilasta tutkineille lääkäreille, mutta heidän tekemänsä johtopäätökset potilaan tilasta voivat poiketa toisistaan. Lääkärinlausunnossa esiintyy potilaasta tehtyjen havaintojen kuvauksia sekä niiden pohjalta tehtyjä johtopäätöksiä. Ongelmana on kuitenkin se, että kirjoittaja tekee johtopäätökset ennenkuin hän päättää, kirjaako hän jonkin havainnon lausuntoon vai ei. Hän saattaa pitää merkityksettöminä joitakin havaintoja ja jättää ne kirjaamatta, vaikka niillä kuitenkin voisi olla merkitystä etuudesta päätettäessä.

MALLITEORiat

Asiakirjoista syntyy oma ”asiakirjamaailman”, jonka periaatteellisenä pyrkimyksenä on lähestyä potilaan todellisuuden oikeaa tulkintaa. ”Asiakirjamaailman” tulisi täyttää loogisuuden

kriteerit. Tekstin loogisen rakenteen, joka tulisi olla lukijan tavoitettavissa, luo lausunnon kirjoittaja. Lääketieteellinen teksti perustuu instituution omaksumaan loogiseen malliin. Se on instituution jäsenten yhteinen malli. Etuuslausunto sisältää kuitenkin osa-alueita, jotka eivät ole lääketieteellisiä tai ovat sitä ainoastaan siinä mielessä, että ne ovat instituution edustajan kirjoittamia. Näiden osa-alueiden logiikan hahmottaminen vaatii vakuutuslääkäriltä kirjoittajan arvostelmien ja edellytysten (premissien) ja perusväitteiden (aksiomien) tuntemista. Lääkäri voi rakentaa lääketieteellisesti loogisen ja hallittavan toimenpideohjelman, joka on potilaalle outo. Potilas ei tunne ohjelman laatijan asettamia arvoasetelmia, lääketieteellisiä premissejä eikä loogista rakennetta vaan eri kuntoutustoimet jäävät hänelle paperille kirjoitetuksi kuvioksi, jotka eivät hänen elämäänsä kosketa.

Modernin logiikan ja Peircen semiotiikan valossa voidaan sanoa, että B-lausunnon syntyminen ja sen tulkinta ovat sidoksissa loogisiin malliteorioihin (Laato 1996a). Vakuutuslääkäri sitoo arvionsa moneen seikkaan kuten tietoihinsa ja kokemuksiinsa hoitomahdollisuuksista, työelämästä jne. Tästä seuraa, että tulkinta on mahdollinen vain tietyissä ratkaisumalleissa, jotka koskevat sekä potilasta, tämän elämää ja ympäristöä, hoito- ja kuntoutusmahdollisuuksia että asiakirjojen luonnetta. Logiikan käsitteillä ilmaistuna lääkärit L1 ja L2 voivat pitää oikeina tulkintoja T1 ja T2, jotka edellyttävät kahta mallia M1 ja M2. Mallissa M1 tulkinta T2 on epätosi ja T1 tosi, kun taas mallissa M2 tilanne on päinvastainen. Ongelma kärjistyy silloin, kun kirjoittava lääkäri päätyy lausunnossaan puoltamaan eläkettä ja vakuutuslääkäri taas hylkäävään tulkintaan. Keskustelu tulkintojen T1 ja T2 oikeutuksesta ei saa rajoittua siihen, että niiden puoltajat käsittelevät päinvastaista tulkintaa itse hyväksymässään mallissa. Lausunnon lukija joutuu ratkaisemaan sekä sen, millä tavalla hän suhtautuu lääketieteellisten tosiasioihin, lääkärin toteamiin löydöksiin ja potilaan kertomukseen ja näiden perusteella tehtyihin johtopäätöksiin ja niiden perusteisiin, että siihen, mitkä ovat yhtäältä kirjoittajan ja toisaalta hänen oman ratkaisunsa mallin loogiset perusteet. Todellinen vuoropuhelu eri tulkintojen välillä saadaan aikaan vasta silloin, kun tiedostetaan tulkintojen taustalla olevat erilaiset loogiset mallit ja keskus-

tellaan niiden oikeutuksesta.

Esimerkki 1: Vaativassa yhteiskunnallisessa tehtävässä ollut 60-vuotias mies, josta vuosia häntä hoitanut lääkäri kirjoittaa yksilöllisen varhaiseläkelausunnon diagnoosilla sekamuotoinen ahdistus ja masennustila: Talvisodan aikana lähtenyt Karjalasta äitinsä kanssa. 10-vuotiaasta lähtien tehnyt kotitöitä. Tutkittava on käyttänyt 16 vuotta Temesta lääkitystä stressioireisiinsa, yrittänyt päästä irti lääkityksestä, mutta ei ole siinä onnistunut. Välillä vaiheita, joissa alkoholi tukenut lääkkeen vaikutusta. Exhaustion ja uupumisen takia sairaslomavaiheita, alkoholi sensijaan toiminut enemmänkin rauhoittajana. n. 20 vuotta hermostuneisuutta, ahdistuneisuutta jota hoitanut lääkkeillä sekä ajoittain alkoholilla. suuret rahalliset vaatimukset, joita esitetään myös henkilökohtaisesti tutkittavalle pankin kaatumiseen liittyvissä oikeudenkäynneissä.

Edellä kuvatussa esimerkissä potilasta pitkään hoitaneen lääkärin mallin (M1) perusväitteenä on potilaalle luonteenomainen sairaaloinen alttius hermostua ja ahdistua. Näitä oireita potilas on hoitanut lääkkeillä ja alkoholilla. Hoitavan lääkärin arvoasetelmassa potilaan alkoholinkäyttö on ollut lääkitsevää myönteisessä mielessä. Tämän perusteella hoitava lääkäri on suosittelut potilaalleen varhaiseläkettä. Ehkä myönteisen lääkärinlausunnon taustalla on myös hoitavan lääkärin myötätunto potilaan jouduttua syytetyksi paikallisen pankin kaatumiseen liittyvissä oikeudenkäynneissä. Potilaan todellisuuden voisi edellisen mallin kanssa yhtä hyvin ymmärtää kroonisen sekakäyttäjän mallina (M2), jossa lääkeaineiden ja alkoholin sekkäyttö on johtanut hallitsemattomaan tilanteeseen, edesvastuuseen oikeudessa ja siten ahdistukseen. Nämä selitysmallit voisivat elää rinnakkain elleivät mallien pohjalta tehdyt johtopäätökset johtaisi toisistaan poikkeaviin kuntoutuskäytäntöihin ja eläkepäätöksiin.

Kaikissa B-lausunnon tapauksissa ei kuitenkaan ongelmaa synny. Osa lääkärinlausunnoista kuvaa potilaita, joiden etuuden syynä on selkeä lääketieteellinen sairaus, vika tai vamma tai se on sovittavissa selkeään lääketieteellisesti määriteltyyn sairauden malliin. Näissä tapauksissa kirjoittavan ja lausuntoa lukevan lääkärin malli

on yhteinen ja tulkinta pääsääntöisesti samansuuntainen. Toisaalta lausunnot, joissa lääketieteellinen malli ei ole riittävä selittämään tulkintaa, aiheuttavat ristiriitaisia tulkintoja. Ristiriidat eivät välttämättä johdu siitä, etteikö informaatiota olisi tarpeeksi vaan siitä, että lääkäreiden mallit joko premisseiltään, aksioomiltaan tai logiikaltaan eroavat toisistaan. Toisinkuin erilaiset tulkinnat todellisuudesta erilaiset tulkintojen pohjalta tehdyt päätökset eivät voi elää rinnakkain. Etuuden myöntö tai sen hylky sulkevat toisensa pois. Kumpikin vaihtoehto muovaa potilaan dynaamista todellisuutta.

Jotta kaikkia osapuolia tyydyttävä ratkaisu -myöntö-, hylky- tai kuntoutuspäätös -saavutettiin, myös potilaan olisi hyväksyttävä tulkinta ja ymmärrettävä sen perusteet. Potilas on juuri se, joka elää prosessin ”dynaamisena objektina” asiakirjojen ja päätösten muovaamassa todellisuudessa. Tämä on esimerkiksi kuntoutuksen onnistumisen välttämätön edellytys. Logiikan käsitteillä ilmaistuna vakuutuslääkäri L1 ja potilas P1 voivat pitää oikeina tulkintoja TL ja TP, jotka edellyttävät kahta mallia ML ja MP. Mallissa ML tulkinta TP on epätosi ja TL tosi, kun taas mallissa MP tilanne on päinvastainen. Ongelma kärjistyy silloin, kun potilas pitää vakuutuslääkärin tekemää etuushylkytulkintaa vääränä. Hoitava lääkäri joutuu tässä kolmantena osapuolena ristiriitatilanteen välittäjäksi. Tässäkään tapauksessa keskustelu vakuutuslääkärin ja potilaan tulkinnan oikeutuksesta ei saisi rajoittua siihen, että potilasta hoitava lääkäri käsittelee päinvastaista tulkintaa ainoastaan hyväksymässään mallissa. Tällöinhän keskustelu jumiutuu juupas-eipäs väittelyyn vakuutuslääkärin sekä toisaalta potilaan ja lausunnon kirjoittajan välillä. Keskenään ristiriitaisten tulkintamallien loogiset lähtökohdat ja perusväitteet tulisi ilmaista mahdollisimman tarkkaan asianomaisille. Useimmiten kuitenkin käy niin, että hoitava lääkäri, joka joutuu keskustelun käymään, kokee tämän mahdottomaksi ja kirjoittaa uuden B-lausunnon etuusvalituksen tueksi. Lausunnossa hän tuo esiin uusia havaintoja, toisasioita ja päätelmiä potilaan ja ehkä omankin mallinsa tueksi, vaikka todellinen ongelma olisi mallin lähtökohdissa ja perusväitteissä. Tässä tapauksessa uusien B-lausuntojen kirjoittaminen ja niiden käsittely kuluttaa yhteiskunnan taloudellisia voimavaroja ja on henkisenä rasitteena sekä

potilaalle että asianomaisille lääkäreille.

PÄÄTELMÄT

Potilaiden tasapuolinen kohtelu vaatii, että potilaan todellisuus asiakirjoissa välittyy mahdollisimman yhtenäisesti vakuutuslääkäreille ja että vakuutuslääkärien arviointikäytäntö on yhtenäinen. Peircen semiotiikan avulla voidaan pohtia tulkintaprosessia ja sitä, miten B-lausunto ja potilaan realismi suhtautuvat toisiinsa. Semiotiikan avulla näkemyserot voidaan tehdä teoreettisessa mielessä ilmeisiksi. Tällöin pystytään myös pohtimaan, millä tavalla potilaan, kirjoittavan lääkärin ja vakuutuslääkäreiden näkemyserojen välistä kuilua voitaisiin kaventaa.

Lähes kaikki eläkehakemusten liitteinä olevat lääkärinlausunnot puoltavat eläkettä. Semiotikkaan pohjautuvat teoriat selittävät sen, miten lausunto (= merkki) vastaa kirjoittajansa käsitystä todellisuudesta, ja miten vakuutuslääkäri rekonstruoi tämän todellisuuden lausunnon pohjalta. Nykyiset hylkäysprosentit — varsinaisissa työkyvyttömyyseläkkeissä kaksikymmentä ja yksilöllisissä varhaiseläkkeissä 40 (Gould, Nyman 1996) — kertovat että lausuntojen kirjoittajien ja vakuutuslääkärien edustaman eläkejärjestelmän välillä vallitsee joko selkeä näkemysero eläkkeiden myöntöperusteista tai lääkäreiden kirjoittamat lausunnot eivät kykene välittämään kokonaisvaltaisesti potilaan todellisuutta.

Jotta B-lausuntojen perusteella tehdyt päätökset voisivat paremmin täyttää oikeudenmukaisuuden vaatimuksen, tulisi B-lausunto kirjoittaa niin, että siinä ilmaistaan päättelyn perusteet mahdollisimman yksityiskohtaisesti. Potilaasta tehty havainto ja sen pohjalta tehty päätelmä tulisi erottaa huolellisesti toisistaan. Näin lausunnon lukija voi ymmärtää paremmin sen loogisen perustan, jolla etuuksia haetaan. Tämä merkitsee sitä, että lausunnossa olisi kolme selkeästi erotettavaa osaa. Ensimmäisessä osassa tulisi ilmetä irrallisina kuvauksina (ilman tutkivan lääkärin tekemiä johtopäätöksiä) kaikki ne tekijät, joiden voidaan katsoa vaikuttavan arvioon haetavasta etuudesta. Toisessa osassa tulisi mahdollisimman kirkkaana esiin potilaan oma ääni ja päätelmät omasta tilastaan, jotta vakuutuslääkäri tietäisi tulkitseeko hän potilaan vai lääkärin sanomaa. Kolmannessa osassa esitettäisiin kirjoittajan päätelmät ja niiden suhde havaintoihin

ja potilaan omaan kertomukseen.

Vaikka kuvauksia potilaasta ohjaavatkin tutkivan lääkärin tiedostetut ja tiedostamattomat premissit ja aksioomat, antaa tällöin B-lausunnon kolmijakoinen rakenne nykyistä paremman mahdollisuuden arvioida todellisten havaintojen, potilaan käsitysten ja lääkärin tekemien johtopäätösten välisen eron. Tämän eron tekeminen lausunnossa on tärkeää senkin vuoksi, että vakuutuslääkärin on mahdoton saada tietoja tutkittavasta potilaasta asiakirjojen ulkopuolelta. Havaintojen kohdalla on tärkeä erottaa selkeä lääketieteellinen evidenssi (esim. empiirinen tutkimus sydämen toiminnasta) ja lääkärin aistihavainnot potilaasta (esim. potilas on masentuneen olinen jne.), koska lääketieteellinen evidenssi on usein kiistatonta tai ainakin toistettavaa tietoa potilaan todellisuudesta.

Nykyinen B-lausunto edellyttää kuntoutus- ja hoito-suunnitelman esittämistä. Jos esimerkiksi ulkoisia kuormitustekijöitä on pidetty keskeisenä työkyvyn rajoittumisen syinä, olisi loogista että toimenpiteet suuntautuisivat niihin. Ne eivät kuitenkaan ole usein parannettavissa lääketieteen keinoin. Praktinen syllogismi vaatii, että toimenpiteiden tekijä, kuntoutuja tai esimerkiksi työnantaja, on valmis suorittamaan ehdotetut toimenpiteet. Mikäli kaikilla osapuolilla ei ole yhteistä ajatus- ja toimintamallia, kuntoutus ei voi onnistua, koska kuntoutus tapahtuu vain tie-

tyssä ”mahdollisessa maailmassa”, joka ei voi koskaan tulla todelliseksi jos osapuolilla on toisistaan poikkeavat ”mahdolliset maailmat.” Ne johtavat siihen, että hoito- ja kuntoutusjärjestelmä hoitaa instituution luomaa potilaan haamua, joka elää lausuntojen ”mahdollisessa maailmassa.” Potilas itse jatkaa elämäänsä dynaamisessa ja todellisessa maailmassa.

B-lausuntojen tulkintamallien ja ratkaisujen perustelujen selkeämpi esittäminen on välttämätöntä, koska julkisuudessa esitetty kritiikki hylkypäätöksistä viittaa siihen, että ihmiset ovat rakentaneet salaliittoteorian. Vakuutuslaitosten paperilääkärit päättävät asioista näkemättä potilasta ja ottamatta ihmistä huomioon. Ihmiset, jotka joutuvat kantamaan hylkypäätöksen seuraukset omassa elämässään, ja jotka eivät ymmärrä päätökseen vaikuttavia tekijöitä, kokevat sen omien normiensa vastaiseksi. Ei voida kuvitella, että potilas eläisi katkeroitumatta, kun hän ei ole ymmärtänyt perusteluja sille, miksi hänen hakemuksensa ja uudet valituksetkin on hylätty. Hoitavat lääkärit ovat vaikeassa välittäjän roolissa, kun toisaalta potilaat saattavat syyttää huonoa todistusta hylkypäätöksestä ja toisaalta hoitava lääkäri ei aina voi yhtyä vakuutuslaitoksen kielteiseen päätökseen etuusasiassa. Voitaisiko vakuutuslääkäriä vaatia esittämään ei ainoastaan hylkäyksen peruste vaan myös vaihtoehtoinen suunnitelma?

SUMMARY

Nokso-Koivisto P. Laato A: A patient and his phantom in a medical certificate – SvB -certificate as a semiotic problem. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti – Journal of Social Medicine* 1997;34: 319-327

This article deals with the semiotic processes which lie behind the writing of medical certificates for longer term sickness benefits (SvB). The semiotic viewpoint is an attempt to understand how different scientific approaches, common sense arguments and ordinary human thinking influence the way a doctor writes a certificate. The semiotic viewpoint is no alternative to medical, social, rhetorical or any other scientific approach. The writers of the present article emphasise that the distinction should be made between the patient and his description in the SvB. It is impossible to mediate the whole realism of the patient in the SvB. The patient is in the process of medical treatments and assessments and the SvB contains only one possible picture about him which must not correspond

to realism of the patient in the terms of ontology. The picture of the patient has been realised in the dynamic and social processes where authors of different certificates have interpreted his reality. On the other hand every assessment in this process gives the patient new possibility to understand his own situation and this influences his way to be in dialogue with experts in further medical and social processes. This being the case it is important that the SvB should be written so that distinction is made between hard medical facts, experts' own evaluations about patient and patient's own accounts on himself. In this way readers of SvB have better possibility to assess the realism of patient behind his phantom accounted in the SvB.

KIRJALLISUUS

- Anderson DR. *Strands of System: The Philosophy of Charles Peirce*. Purdue University Press, West Lafayette 1995.
- Frankfort H and HA, Wilson JA, Jacobsen IWA. *The Intellectual Adventure of Ancient Man. An Essay on Speculative Thought in the Ancient Near East*. The University of Chicago Press, Chicago, London 1977.
- Gould R, Nyman H. Hylättyjen työkyvyttömyyseläkkeisen osuus on kasvanut, *Työeläke* 1996;3:10–13.
- Hamilton AG. *Logic for Mathematicians*. Revised Edition. Cambridge Univ Press 1990.
- Hintikka J. On the Development of the Model-Theoretic Viewpoint in Logical Theory, *Synthese* 1988;77:1–36.
- Hirvikorpi H. Masentuneiden maa, *Talouselämä* 1997;34:41
- Hookway C. Peirce. *The Arguments of the Philosophers*. Routledge, London, New York 1992.
- Laato A. History and Ideology in the Old Testament Prophetic Literature. A Semiotic Approach to the Reconstruction of the Proclamation of the Historical Prophets. *Coniectanea Biblica Old Testament Series* 41. Almqvist & Wiksell International 1996a.
- Laato A. Loogiset -mahdolliset maailmat- Raamatun historian tutkimuksessa. *Teologinen Aikakauskirja* 1996b;10:360–371.
- Liszka JJ. A General introduction to the Semeiotic of Charles Sanders Peirce, Indiana Univ. Press, Bloomington 1996.
- Nokso-Koivisto P, Järvinen H. Lääketieteellisen lausunnon tekstin ymmärtäminen ja tulkinta, Miten asiantuntijalääkärit arvioivat lääkäreiden B-lausunnot Suomen lääkäril 1995;5:1769–75.
- Peirce CS. Reasoning and the Logic of Things. The Cambridge Conferences Lectures of 1898. (Ed. Ketner K L) Harvard University Press, Cambridge, London 1992.
- Rosenthal SB. *Charles Peirce+s Pragmatic Pluralism*. State University of New York 1994.

PEKKA NOKSO-KOIVISTO
LL, MPH
Medivire Tampere

ANTTI LAATO
TT, FK
Åbo Akademi