



# Mistä syntyy mielenterveysdiagnosi?

ANU JÄRVENSIVU & ARI VÄÄNÄNEN & ANNA KUOKKANEN & JUSSI TURTIAINEN

Mielenterveyshäiriöt on nostettu merkittäväksi haasteeksi suomalaisten työikäisten hyvinvoinnille. Niiden yleistymisen syitä on pohdittu ja toivottu parempaa ennaltaehkäisyä ja hoitoa. Artikkelissa tarkastellaan hetkeä, jolloin mielenterveyshäiriödiagnosi asetetaan. Tutkijat ovat kartoittaneet työterveyslääkäreiden haastatteluita tekijöitä, joihin he kiinnittävät huomiota diagnosoita ja sen tarvetta harkitessaan.

.....  
*English summary at the end of the article*

## Mielenterveyshäiriödiagnosien sosiologinen tutkimus

Työuupumus, työperäinen ahdistuneisuus ja masennus sekä muut mielenterveyshäiriöt ovat nousseet työhyvinvointikeskusteluun erityisesti 1990-luvulta lähtien, jolloin niiden määrä sairauslomien ja työkyvyttömyyseläkkeiden syinä nousi Suomessakin tuki- ja liikuntaelinsairauksien rinnalle (Nyman & Kiviniemi 2015). Muutos herätti kysymyksiä siitä, miksi mielen sairastumisesta ja työstressistä muodostui epidemia länsimaisissa 1900-luvun loppupuolella (Wainwright & Calnan 2002).

Työperäisen stressin ja erilaisten mielenterveyden häiriöiden esiintulolle on löydetty useita selityksiä, kuten yleinen medikalisoitumiskehitys, kaupallistuminen, diagnostiikan tarkentuminen, työn intensivoituminen, terapeuttisen kulttuuriin kehittyminen, työn rakenteelliset muutokset, emotionaalisoituminen sekä työn humanisointiprojekti. (Wainwright & Calnan 2002; Green 2006; Helén 2011b; Helén & al. 2011; Väänänen & al. 2014.)

Keskeiseen rooliin on myös nostettu masennusdiagnostiikassa 1980-luvulla tapahtunut muutos,

jossa DSM-III- ja DSM-IV-luokittelut sekä niihin perustuvat lomakkeet omaksuttiin mielenterveystyön kivijalaksi. Tällöin etiologian ja potilaan elämäntilanteen sijasta oireet nousivat diagnostiikan keskiöön. Samalla mielenterveyshäiriöiden ala laajeni, eikä esimerkiksi surua tai pettymystä enää voinut yksiselitteisesti erottaa vakavasta masennussairaudesta. Oirediagnoosiin siirtymisen on esitetty vaikuttaneen suuresti masennusepidemian syntyyn. (Horowitz 2002; Horowitz & Wakefield 2007; Helen 2007b.)

Tämän artikkelin tavoitteena on rakentaa uudenlainen jäsenyys, jonka avulla on mahdollista tarkastella mielenterveyshäiriödiagnosien rakentumista kompleksisena, moniaineksisena ja monilogiikkaisena ilmiönä. Lähtökohtana toimii ajatus mielenterveysdiagnooseista yhteiskunnallisissa olosuhteissa syntyvinä sosiaalisen toiminnan tuloksina, mikä liittyy tutkimuksen sosiaaliseen konstruktionismiin. Inspiroivan lähtökohdan käsillä olevalle tutkimukselle muodostaa Ian Hackingin lähestymistapa. Hacking puhuu ohimenevistä (transient) mielen sairauksista ja häiriöistä, jotka vallitsevat tiettyissä paikoissa tiettyinä aikoina, mutta puuttuvat kokonaan toisenlaisista olosuhteista. Hän käyttää ekologisen lokeron käsitettä selventämään tällaisten mielen häiriöiden ja sairauksien ilmaantumista korostaakseen sitä, että kyse ei ole vain sosiaalisesta tai medikaalisesta eikä vain potilaista tai lääkäreistä syntyvästä ilmiö-

*Tutkimus on saanut rahoitusta Suomen Akatemialta, 267172.*

stä. Sen sijaan tavattoman moninaiset elementit ja toimijat yhdessä luovat sopivat olosuhteet tietynlaisten sairauksien tai häiriöiden esiintymiselle tietyssä yhteiskunnassa tietyllä historiallisella hetkellä. Yhtä hyvin kuin tämänkaltaiset sairaudet ja epidemiat voivat ilmaantua vallitseviksi, ne voivat myös kadota. (Hacking 1998.)

Tässä tutkimuksessa suomalaisten työterveyslääkäreiden haastatteluista analysoidaan tekijöitä, jotka vaikuttavat mielenterveyshäiriödiagnoosin asettamiseen potilaalle. Tutkimuksessa siis kartoitetaan niitä elementtejä, jotka muodostavat mielenterveyshäiriöille ”ekologisen lokeron”. Tutkimuskohteeksi valittiin diagnoosi ja sen asettaminen: on esitetty, että diagnoosi on eräänlainen prisma, joka imee itseensä, heijastaa ja valaisee moninaisia terveyden, sairauten ja lääketieteellisiin käytäntöihin liittyviä seikkoja ja näkökulmia (Jutel & Nettleton 2011). Työterveyslääkärit taas vastaavat Suomessa huomattavasta osasta työikäisten mielenterveysdiagnooseja, joten aineistonkeruun menetelmäksi valittiin työterveyslääkäreiden teemahaastattelut, joissa heitä pyydettiin pohtimaan diagnoosin asettamisen kannalta merkityksellisiä tekijöitä ja näkökulmia.

Vaikka diagnoosi on tärkeä lääketieteen työkalu, sillä on myös laajempi merkitys sosiaalisen järjestyksen tuottajana (Jutel 2009). Erityisesti mielenterveyden häiriöiden ja sairauksien diagnosointia ja määrittelyä on pidetty lääketieteessä vaikeana, minkä vuoksi lääkärit kohtaavat usein kritiikkiä sekä ali- että ylidiaagnosoinnista (esim. Andersson & al. 2001). Terveydenhuollon ammatillisiin käytäntöihin vaikuttavat myös erilaiset toiminnanohjausjärjestelmät ja ulkoapäin asetetut tavoitteet, jotka eivät aina tue hoitoa ja diagnostiikkaa terveydenhuollon ammattilaisten mielestä parhaalla mahdollisella tavalla (Helén & al. 2011; Saario 2011).

Sosiologisessa mielessä diagnoosi määrittelee ja legitimoit sitä, minkälaisia oireiden kokonaisuutta pidetään sairautena. Diagnoosi tarjoaa selityksiä ja yhdistää potilaan kokemat ehkä hyvinkin moninaiset oireet. Niin ikään diagnoosi mahdollistaa sairaan rooliin siirtymisen ja pääsyn käsiksi erilaisiin resursseihin, kuten lääkkeisiin, hoitoihin ja taloudellisiin etuuksiin. Vaikka diagnoosin tekee lääkäri, sosiologinen ja historiallinen diagnoosien tutkimus on osoittanut diagnoosit sosiaalisesti ja historiallisesti muotoutuneiksi neuvottelujen tuloksiksi, aikaansa sitoutuneiksi ja kiistellyiksi. (Hacking 1998; Helén 2007a; Jutel & Nettleton

2011.) Diagnooseihin ja niihin liittyviin hoitokäytäntöihin ja -suosituksiin liittyy myös kansallinen mielenterveyden hallinnan ulottuvuus (Helén & al. 2011).

Lääketieteen harjoittaminen ja konteksti, jossa sitä harjoitetaan, ovat muuttuvia. Samoin muutosta tapahtuu sosiaalisissa, poliittisissa, teknologisissa, kulttuurisissa ja taloudellisissa voimissa, jotka vaikuttavat diagnostisten kategorioiden ja prosessien kehkeytymiseen. Viime vuosikymmeninä erityisesti uusliberalismin, globalisaation ja kaupallisten intressien kasvu sekä riskiyhteiskuntakehitys ovat jättäneet jälkensä diagnosointiin. Diagnoosia asetetaan yhä vuorovaikutteisemmassa suhteessa aktiivisen ja tiedostavan potilaan kanssa. (Helén 2011a; Jutel & Nettleton 2011; Hautamäki 2016.) Muun muassa julkisuuden henkilöiden masennuskertomukset sekä internetissä tarjolla olevan tieto ja erilaiset keskustelufoorumit ovat lisänneet ihmisten tietoa mielenterveysongelmista ja diagnooseista (Newton 1995; Hautamäki 2016). Vuorovaikutteisuutta lisää myös lääketieteessä käytännöksi muodostunut jaetun päätöksenteon malli (Charles & al. 1999).

Niin ikään erilaisten yhteiskunnallisten liikkeiden ja kansalaisaktiivisuuden sekä lääketieteellisuuden on todettu vaikuttavan diagnosoitavien sairauksien määrittelyyn. Esimerkiksi fibromyalgian tapauksessa potilasjärjestö ja kuluttajille suunnattua mainontaa harjoittanut lääkeyhtiö vaikuttivat siihen, että fibromyalgia sai sairauden statuksen Yhdysvalloissa. Tutkimus osoitti, että samalla potilasjärjestön ja lääkeyrityksen intressit olivat toisaalta yhteneviä mutta toisaalta myös ristiriidassa. (Barker 2009.)

Diagnoosien sosiologisessa tutkimuksessa keskitytään tyypillisesti kategorisoinnin, diagnoosiprosessin ja diagnoosin seurausten näkökulmiin. Diagnostisia kategorioita lähestytään sosiaalisten voimien kentässä syntyvinä ja ajassa muuntuvinä. Diagnoosiprosessi hahmotetaan samoin moninaiseksi ja erilaista osallistumista sisältäväksi. Kun diagnoosiin lopulta on päädytty, sillä voidaan todeta olevan moninaisia seurauksia potilaalle. Se voi syyllistää, rajoittaa tai leimata, mutta yhtä hyvin oikeuttaa ja tarjota selityksen ja uusia mahdollisuuksia. Näin ollen diagnoosia voidaan yhtä hyvin haluta kuin haluta välttääkin. Diagnooseilla on seurauksensa myös muille tahoille, kuten diagnoosin asettajille tai yhteiskunnalle. Diagnoosi on sosiaalisten voimien kohtauspaikka, jossa moninaiset intressit, pelot, arvot, tiedonlajit, käytännöt

ja muut tekijät ilmaantuvat ja muuntuvat ja josta moninaiset yhteiskunnalliset seuraukset avautuvat. Näistä syistä diagnoosien aukipurkaminen ja niiden sisällön paljastaminen on nostettu viime vuosina keskeiseksi tehtäväksi sosiologeille. (Jutel & Nettleton 2011.)

## Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksen aineisto koostuu työterveyslääkäreiden haastatteluista. Haastateltaviksi valittiin lääkäreitä, joilla oli pitkä kokemus työterveyshuollosta, koska laajan Suomen Akatemian rahoittaman tutkimushankkeen päätarkoitus oli kerätä tietoa pitkän aikavälin sosiokulttuurisista muutoksista lääkäreiden ja heidän mielenterveyden häiriöitä kokevien potilaitensa kohtaamisissa. Ensisijainen haastateltujen ryhmä olivat lääkärit, joiden työura ulottui 1970-luvulta 2010-luvulle.

Haastatteluja tehtiin yhteensä 41. Haastatelluista 33 oli työterveyslääkäreitä, viisi psykiatria, kolme työterveyshoitajia ja yksi työterveyspsykologi. Suurin osa haastatelluista (neljä viidesosaa) rekrytoitiin tutkimukseen verkostokontaktien avulla ja loput Suomen työterveyslääkäriyhdistyksen välityksellä. Haastattelut tehtiin tammi-kesäkuussa 2015. Haastatteluhetkellä osallistujien ikähaarukka oli 38–78 vuotta ja keski-ikä 62 vuotta. Vajaa kaksi kolmasosaa haastatelluista oli miehiä. Haastattelijien keskimääräinen kesto oli 84 minuuttia.

Luonteeltaan haastattelut olivat teemahaastatteluja (Hirsjärvi & Hurme 2008). Haastatteluisa käytettiin laajaa kysymyslistaa, joka sisälsi kymmenen teemaa, kuten työhistoria, työuran vaiheet, työssä tapahtuneet siirtymät ja työn vaatimukset, työn riskien muutokset, muutokset hoidoissa ja diagnostiikassa sekä kulttuuriset muutokset mielenterveyteen liittyvissä asenteissa ja normeissa. Haastattelut toteutettiin keskustelunomaisesti, joten erilaiset teemat painottuivat osin eri tavalla haastateltavan taustan ja kokemuksen mukaan ja haastateltavat pystyivät tuomaan keskusteluun oman työnsä näkökulmasta relevantteja teemoja. Diagnoosi oli yksi haastattelijien teemoista ja sitä koskevaa materiaalia kertyikin lähes kaikista lääkərihaastatteluista.

Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin sanatar-kasti. Analyysissa käytettiin apuna Atlas.ti-ohjelmaa, jonka avulla aineisto luokiteltiin 19 teemaatiseen aiheeseen. Tämän artikkelin tutkimuskysymyksen selvittämisen aineistona käytetään otteita,

joissa käsitellään diagnoosia tai diagnosointityötä.

Aineiston analyysi noudatti aineistolähtöisen sisällönanalyysin periaatteita. Analyysiprosessista on mahdollista erottaa kolme vaihetta: pelkistäminen (redusointi), alaluokkiin ryhmittely (klusterointi) ja yläluokkien muodostaminen (abstrahointi). (Tuomi & Sarajärvi 2002.) Ensimmäiseksi listattiin työterveyslääkäreiden maininnat diagnoosia tehtäessä huomioitavista seikoista. Näitä löytyi useita kymmeniä. Tämän jälkeen löydetty maininnat ryhmiteltiin ja rakennettiin yläluokat käyttäen apuna aineiston lisäksi alan tutkimuskirjallisuutta.

Aineistosta syntyneiden yläluokkien tulkittiin muodostavan toisiinsa kytkeytyneitä näkökulmia, joista käsin työterveyslääkärit pohtivat mielenterveysdiagnoosia ja sen tarpeellisuutta. Näkökulmat nimettiin bio-medikaaliksi, psyko-emotionaaliseksi ja sosiaalis-taloudelliseksi. Näiden näkökulmien tulkittiin eritasoisina esiintyvinä sekä yhteen kytkeytyneinä määrittävän diagnoosia ja siihen yhdistyvien merkitysten rajoja. Näkökulmat valaisevat sitä monimutkaisesti rakentuvaa ekologista lokeroa, joka on omiaan tuottamaan tilaa mielenterveysdiagnooseille.

Näkökulmien ohella kartoitimme mielenterveysdiagnoosin koostamiseen osallistuvia toimijoita eli tahoja, joita työterveyslääkärit haastatteluissa liittivät diagnoosin muodostamiseen suoraan tai epäsuorasti. Työterveyslääkäri ymmärtää diagnoosin kokoon kutojaksi. Juuri työterveyslääkärin pohdinnassa ja diagnoosin määrittämisessä erilaiset bio-medikaalit, psyko-emotionaaliset ja sosiaalis-taloudelliset tekijät kutoutuvat yhteen ja muuntuvat lääkärin auktoriteetin alla olevaksi diagnoosiksi, jolla puolestaan on moninaisia säteilyvaikutuksia eri tasoilla. Tätä työterveyslääkärin toimintaa kutsutaan artikkelissa diagnoosityöksi. Diagnoosin keskeisen roolin vuoksi työterveyslääkäreiden diagnoosin määrittämiseen liittyvä pohdinta on olennaista diagnostisoitujen mielenterveyshäiriöiden kehityksen sekä diagnoosien määrissä ja sisäisissä painotuksissa tapahtuvien vaihteluiden ymmärtämiseksi. Olennaista on kuitenkin myös huomata, ettei lääkäri ole diagnoosia asettaessaan yksin, sosiaalisessa tyhjiössä, vaan keskellä erilaisten toimijoiden verkostoa.

Seuraavaksi siirrymme esittelemään tutkimuksen tuloksia. Aluksi käymme läpi diagnoosityöhön osallistuvia tahoja. Sen jälkeen analysoimme diagnoosiin uppoutuvat ja sitä koostavat näkökulmat yksi kerrallaan. Esiin nostetuilla haastattelu-sitaateilla havainnollistamme sitä moninaisuutta

ja toisinaan ristiriitaisuuttakin, jota eri näkökulmat sisältävät. Sitaattien valikoinnissa on pyritty ekonomisuuteen siten, että esitettäväksi on valittu mahdollisimman rikkaita aineistolainauksia. Toiseksi valintaa tehtiin suosien sitaatteja, joissa joko eri näkökulmat kytkeytyvät yhteen tai jokin tietty näkökulma esitetään erityisen painokkaasti.

## Diagnoosityön verkosto

Työterveyslääkärit kertoivat tekevänsä tiivistä yhteistyötä erityisesti työterveyshoitajien kanssa. Hoitajat esimerkiksi täyttivät potilailla masennus- tai työuupumuskyselyjä. Potilas saattoi myös saada avun jo työterveyshoitajalta, eikä tapaamista lääkärin kanssa aina tarvittu. Joskus taas työterveyslääkäri saattoi määrätä potilaalle sarjan käyn- tejä työterveyshoitajalle. Diagnosoinnin apuna voitiin käyttää myös psykiatrin ja psykologin konsultaatiota. Terveystenhuollon ammattilaiset osallistuivat suoraan diagnosointiprosessiin hyväksi koetun moniammatillisen yhteistyön hengessä.

Sen sijaan potilaan roolia diagnoosin rakentamisessa lääkärit kuvasivat ristiriitaisemmin. Osa lääkäreistä piti valvutunutta potilasta ja hänen pohdintojaan hyvänä resurssina ja apuna. Osa taas näki potilaan potentiaalisena virheen aiheuttajana tai jossain tapauksissa jopa kiusallisena lääkärin auktoriteetin kyseenalaistajana. Potilaan kautta lääkäreille välittyi yleinen terveyttä koskevan tiedon lisääntyminen. Lääkäreiden mukaan oli yleistä, että potilaat olivat jo ennen vastaanotolle tuloa diagnosoineet itsensä internetistä löytämänsä tiedon avulla. Potilaiden oireisiin ja diagnooseihin perehtyneisyyden lisääntymisen myötä lääkärin työstä oli tullut valvutuneiden potilaiden ja mielenterveysdiagnosoinnin epävarmuuden maastossa tasapainoilemista (ks. Jutel 2009; Hautamäki 2016).

Osa lääkäreistä koki masennuksen nousseen julkisessa puheessa muoti-ilmiöksi. Toisaalta julkisen keskustelun koettiin helpottavan masennuksen tunnistamista ja tunnustamista. Lääkärien puhetta leimasikin kaksijakoisuus sen suhteen, millaista toimijuutta potilaalta toivottiin: toisaalta potilaita rohkaistiin havaitsemaan itsessään henkistä kuormittumista ja masennusta, toisaalta kannettiin huolta potilaiden liian innokkaasta itsediagnosoinnista.

Jos media ja julkinen kerronta välittyivät vastaanottotilanteeseen ensisijaisesti potilaan kautta, työterveyslääkärin omien pohdintojen kautta tilanteeseen välittyivät erilaisia kriteeristöjä luovat ja kontrolloivat tahot. Erityisen merkityksellinen oli kansaneläkelaitos (Kela), jonka käytäntöihin ja kriteeristöihin työterveyslääkärit suhteuttivat diagnosointiaan. Jotkut mainitsivat myös potilaan työnantajan tahona, joka oli hyvä huomioida diagnoosia pohdittaessa, koska se saattoi vaikuttaa potilaalle diagnoosista koituihin seurauksiin.

Anglosaksisessa tutkimuksessa on havaittu lääkeyritysten vaikuttavan masennuksen hoitoon yhä enemmän (Jutel 2008). Lääkkeet olivat haastattelujenkin mukaan kehittyneet pitkän työuran aikana tehokkaammiksi ja aiheuttivat vähemmän sivuvaikutuksia, mikä oli tehnyt esimerkiksi masennuksesta hoidettavampaa, ja sitä kautta sen diagnosoinnista mielekkäämpää. Osa lääkäreistä kiisti mielenterveysongelmien ylilääkitsemisen. Osa taas mainitsi, että lääkkeitä saatetaan määrätä joskus hieman kevyin perustein. Lääkehoidon lisääntymisen voi nähdä heijastelevan yleisempää elämänhallinnan lääkkeellistymisen trendiä (Hautamäki & al. 2011). Vaikka psykoterapioilla ja niiden tarjoajilla on vastaava asema kasvavana hoitoa tarjoavana markkinana, näiden tahojen merkitystä diagnoosien muotoutumiselle ei haastatteluissa pohdittu samalla tapaa.

Havainnot osoittivat, että vaikka mielenterveysdiagnosoin asettaakin virallisesti työterveyslääkäri, diagnoosi rakentuu monimutkaisesti kytkeytyneissä vuorovaikutusverkostoissa. Työterveyslääkärit tunnustavat diagnosointikumppaneiksi työterveyshoitajat, psykologit ja psykiatrit. Näiden ohella lääkärit tunnistavat ristiriitaisin ajatuksin mahdollisiksi kumppaneiksi tai vaikuttajiksi potilaan ja tämän omaiset. Niin ikään ristiriitaisina lääkäreille näyttäytyvät potilaan kautta välittyvä lisääntyvä tieto ja median viestit, potilaan työtoverit, esimiehet ja muut työnantajan edustajat sekä lääkärin työtä kehystävät taloudellissosiaaliset toimijat, erityisesti Kela.

## Millaisia näkökulmia mielenterveysdiagnoosiin uppoutuu?

Totta kai masennuksen diagnostiikassa, niin periaatteessa sun pitää jollakin tavalla ehkä verifioida se diagnoosi myöskin sitten Kelalle, et sun pitää pystyy osottaan, että diagnostiset kriteerit täytyy. Että tietenkin sitä diagnostiikkaa pitää tehdä asianmukaisesti. Ja toki mä käytän haastattelua ja anamneesin ottoa ja BDI-kyselyä ja tämmösiä ja sitten yritän muistaa kattoo, että onko nyt masennuksen ydinoireita ja riittävän monta niitä oireita ja määritellä sitä.

Kyllä mun suhde tähän burnout-hommaan on silai ambivalentti, että onks se sit kohtuullista, kun miten mä nyt sanoisin, asiathan on, usein kuitenkin hirveen monta näkökulmaa. Ja jos jotakin yritystä on oikeesti johdettu huonosti, no mistäs mä tiään oikeesti ja oikeesti, mut jos se vaan näyttäytyy siltä, ja ihmiset menee burnoutiin, eikä sitten, jäisivät saamatta mitään sairauspäivärahoja sairaslomasta.

Se ei oo lääketieteellinen kysymys, mut se on monipiippunen asia. Sitä joutuu miettiä, et miten tää on. Onhan kuitenkin uupumus, masennus, stressi-uupumus-masennus, se on semmonen liukuma, missä kohiti siinä sitten liikutaan, niin sekun on vähän suhteellista. (Haastattelu 32)

Edellinen sitaatti tuo esiin työterveyslääkärin kohtaaman mielenterveyshäiriöiden diagnosoinnin kompleksisuuden ja moninäkökulmaisuuuden. Tässä aluvussa analysoimme erilaisista näkökulmista, millaiset tekijät vaikuttavat mielenterveyshäiriödiagnoosiin, useimmiten masennusdiagnoosiin, harkinnassa. Kyse on samalla tekijöistä, joista diagnoosit koostuvat eli joita niihin uppoutuu. Luvussa ei aseteta tekijöitä tärkeysjärjestykseen eikä huomioida masennuksen vaikeusasteen näkökulmaa. Haastateltujen diagnoosia asettaessaan pohtimat tekijät esitetään kolmena toisiinsa kytkeytyvänä näkökulmana, jotka ovat bio-medikaali, psykoemotionaalinen sekä sosiaalis-taloudellinen.

### Bio-medikaalista näkökulmasta diagnoosiin uppoutuu parantamisen mahdollistava löydös

Työterveyslääkärit puhuivat haastatteluissa mielenterveyshäiriöistä jatkumona, joka ulottui selkeästi tunnistettavasta sairaudesta erilaisten tunneperäisten reaktioiden kautta moninaiisiin oireisiin ja muodottomaan pahoinvointiin. Keskeinen mielenterveysdiagnoosi, josta puhuttiin haastatteluissa jatkumona, oli masennus. Haastateltavat tekivät usein eron puhtaan, selvän, kliinisen tai klassisen masennuksen sekä vaikeasti epämääräisenä oirekuvana hahmottuvan ja hankalasti hoidettavan masennuksen välille. Molemmat oirehtimisen muodot kuitenkin osuivat diagnoosin sisään aiheuttaen masennusdiagnoosin sisältöön suurtaakin variaatiota.

Diagnoosityön bio-medikaalissa näkökulmassa painottuu ”selkeän sairauden” osio.

Siinä esiintyvät diagnoosin asettamiseen johtavat tekijät ovat lääkärin lääketieteellisen ammattiosaamisen ydintä. Alla työterveyslääkäri kuvaa masennusdiagnoosin synnyn bio-medikaalina tapahtumana.

Haastattelija: Kertoisitko, miten tämmöinen tyypillinen masennusdiagnoosi syntyy?

Haastateltava: Sopivat oireet, kyselytestit, poissulkudiagnostiikka tarvitaan myöskin. Meil on laboratoriovälikko, minkä hoitajat yleensä sitten on jo tehnyt valmiiksi tai sitten ite tekee lähetteen. Kyllähän se siitä sitten syntyy.” (Haastattelu 3)

Bio-medikaalista näkökulmasta diagnosoinnista puhuttiin usein virtaviivaisena ja teknisenä tapahtumana. Lääkäreiden käytössä olevat, lähinnä oireita kartoittavat, testit olivat ”nopeita tehdä” ja numeroiksi pelkistetyt kyselypisteet auttoivat lääkäreiden mielestä myös potilasta hahmottamaan terveydentilaansa ja sen paranemista myöhempien seurantakäyntien yhteydessä.

Meillä on terveystarkastusvalikossa, et terveydenhoitajkin käyttää, BDI:tä ja sit ne käyttää sitä BBI15, mikä se työuupumustesti. (...) Se on hyvä noissa, varsinkin seurannassa, koska se on semmonen helppo ja nopea. (...) Käy aika äkkiä. (Haastattelu 15)

Bio-medikaalina kerrottuna mielenterveysongelma oli lääketieteellisin kriteerein, kyselyin ja hoitokeinoin hallinnassa pysyvä ilmiö. Lääketieteen keinoin ja käytännön oli mahdollista myös kanavoida potilaan kokemaa epämääräistä kärsimystä bio-medikaalisen hallinnan kohteeksi, mitausarvoiksi ja luokiksi. Haasteita ja epämääräisyyden aluetta syntyi lähinnä erotusdiagnoosikas-ta yhtäältä somaattisiin ja toisaalta muihin mielenterveyden ongelmiin nähden. Toisinaan lääkärit kuvasivat esimerkiksi masennuksen paljastuvan hitaasti somaattisten vaivojen tai toistuvien lääkärikäyntien takaa. Mielenterveyshäiriöiden monimutkaista kytkeytyneisyyttä somaattisiin sairauksiin kuvattiin taakse piiloutumiseksi tai kytkökselliseksi yhteisvaikutukseksi.

(...) ku hän käy epätavallisen usein tai paljon huomi-oon ottaen sen fyysisen vaivan, mitä hän valittaa. Siinä hän monesti tietenkin tulee se ajatus, että siinä on muu-takin takana. (Haastattelu 34)

Bio-medikaaliin näkökulmaan sisältyy parantamisorientaatio. Moni lääkäri totesi, että potilaan

hoitaminen oli tärkeämpää kuin tarkka diagnoosi. Tarjolla olevat hoidot, kuten lääkkeet tai terapia, vaikuttivat osaltaan oireiden diagnosointiin. Lääkäreiden mukaan masennusta ei ole välttämättä mielekästä diagnosoida, ellei sitä voida hoitaa, koska masennusdiagnoosi ja siihen liittyvä stigma voisivat vaikuttaa potilaaseen haitallisesti.

Bio-medikaalista näkökulmasta kuvattuna mielenterveyden häiriö, kuten masennus, näyttäytyi moniin suuntiin kytkeytyneenä, mutta ”puhtaan”, tietyin välinein ja kriteerein diagnosoitavissa olevana yksilön sairautena, ”löydöksenä”. Sairausten hoitoon oli myös olemassa lääkärien hallinnassa olevia välineitä: Käypä hoito -suositukset, lääkkeitä ja terapiaa. Työterveyslääkäri saattoi tehdä systemaattista erotusdiagnoosiikkaa ja konsultoida myös muita terveyden ammattilaisia. Bio-medikaalista näkökulmasta diagnoosin tekeminen kytkeytyi sekä mielen että somaattisten sairauksien verkkoon ja tarjolla oleviin hoitoihin. Diagnoosintyön lopputulos oli hoidettavissa oleva erotusdiagnoosi ja löydetty ”virhe” ihmisessä.

Mielenterveysdiagnoosien yleistymistä pohdittaessa bio-medikaalista näkökulmasta nousevat tarkemman tutkimuksen kohteiksi ja potentiaalisiksi selittäjiksi esimerkiksi diagnostisten testien, kliinisten tutkimusten ja erotusdiagnoosin välineiden muutokset ja niiden käytön helpottuminen sekä toisaalta tarjolla olevien lääkkeiden ja hoitojen paraneminen ja lisääntyminen. Eräiltä osin tähän näkökulmaan voidaan laskea myös moniammatillisen yhteistyön kehittyminen työterveyshuollon, potilaan ja työpaikan välille.

### **Psyko-emotionaalista näkökulmasta diagnoosiin uppoutuvat ongelmat elämäntilanteessa ja työssä**

Edellä kuvattuun ajatukseen bio-medikaalisessa mielessä viallisesta ihmisestä kytkeytyi työterveyslääkärien puheessa toisenlainen oletus mielenterveyshäiriöstä. Siinä mielenterveyshäiriö ymmärrettiin ihmiseen syntyväksi kolhuksi, joka kehittyi reaktion ympäristötekijöihin ja joka mahdollisesti olisi korjattavissa. Viallisuuden syy määrittyi kolhussa enemmän ihmisen ulko- kuin sisäpuolelle. Ihmisen ja ympäristön välille kehkeytyneen yhteensopimattomuuden tai epätasapainon korjaustoimet olisivat ideaalitapauksessa kohdentuneet sekä ihmiseen että hänen ympäristöönsä.

Tästä näkökulmasta mielenterveysongelmasta puhuttiin (sosiaali)psykologisesti painottuneesti, kuten vaikeana elämäntilanteena, sosiaalisten

suhteiden, työn tai työyhteisön ongelmina, jotka aiheuttivat kuormittumista, väsymistä ja pahaa mieltä. Mielenterveyshäiriö määrittyi sinänsä ehkä jopa normaaliksi, mutta toimintaa haittaavaksi (tunne)reaktioksi epäsuotuisiin tai epänormaaleihin oloihin.

Tätä diagnosoinnin osa-aluetta ja sen osatekijöitä nimitetään tässä artikkelissa psyko-emotionaaliseksi näkökulmaksi. Siinä ihminen miellettiin lähiyhteisönsä kanssa vuorovaikutuksessa olevaksi ja syyt masennukselle ja muille tunnereaktiolle löytyivät vuorovaikutussuhteista. Tarkastelu laajeni ihmisen sisäisistä bio-medikaaleista kytkeytyneisyyksistä (erilaiset sairaudet) uusilla kytköksillä ihmisen ympäristöön. Monet lääkärit myös muistuttivat ”reaktiivisen masennuksen” ja ”oikean masennuksen” kietoutuneisuudesta, eli bio-medikaalin ja psyko-emotionaalisen näkökulman kytköksistä toisiinsa.

En puhu elämäntapaongelmista, vaan elämäntilanneongelmista, niin kyllähän ne osittain menee sekasin, koska jos sulla nyt pitkä aikaa elämä on sekasin, niin kyllähän se rupee joitakin ihmisiä hyvinkin, masentamaan. Eli siitä voi sitte ihan oikee depressiokin kehittyä. (Haastattelu 13)

Koska tästä näkökulmasta ongelman nähtiin paikallistuvan ihmisen ulkopuolelle, mielenterveysdiagnoosin asettamista ja sen seurauksia ihmiselle tarkasteltiin kriittisestikin.

Ehkä mulla on taipumus yrittää normalisoida enemmän niitä asioita. Käsitellä asioita eikä lyödä leimoja, koska ei se oo niin kivaa, et siellä sitten potilaskertomuksessa roikkuu niitä diagnooseja, ku toiset tekee, ehkä liikaakin sit joskus johtopäätöksiä niitten perusteella. Kaikeilla voi joskus olla jotakin vastoinkäymisiä. Ei se oo mun mielestä välttämättä mikään diagnoosi, jos ahdistaa. (Haastattelu 5)

Psyko-emotionaalista näkökulmasta helpotusta ja hoitoa haettiin ennen muuta psykologeilta ja terapeuteilta. Mielenterveyshäiriö psyko-emotionaalisenä tilana oli bio-medikaalia tilaa hankalampaa selvittää, hallita ja hoitaa, koska kuvaan astui joukko potilaaseen kytkeytyneitä muita ihmisiä (esim. läheiset) ja toimintaympäristöjä (esim. työpaikka) erilaisine tilanteineen ja toimijuuden mahdollisuuksineen. Kompleksisuus lisääntyi myös sitä kautta, ettei bio-medikaalista tulkinastakaan voitu irrottautua, vaan tulkintakehykset vaikuttivat yhdessä.

Työterveyslääkäri joutui roolinsa vuoksi myös pohtimaan kärsimyksen työperäisyyttä, mikä oli vaikea kysymys monimutkaisten kytkeytyneisyyk-

sien vuoksi. Yksi haastatelluista rinnasti työuupumuksen työtaturmaan vaatiensa tapausten tarkkaa selvittelyä.

Jos minä työterveyshuollon erikoislääkärinä laitan työuupumisen, niin täytyy ymmärtää, et se on äärettömän vakava tilanne. Jopa henkeä uhkaava tilanne pahimmillaan. (...) Ja kyl siinä on edelleenkin se stigma, että jotkut ymmärtämättömät tahot pitää työuupumusta heikkoutena, vaikka se on kuitenkin organisatorinen virhe. (Haastattelu 16)

Useampi työterveysammattilainen toi kuitenkin esiin ihmisen elämäntilanteen kokonaisvaltaista luonnetta, kuormittumisen moninaisia syitä ja ongelmien kasautumista. Ihmisen elämäntilanteet muodostivat ”vyyhdin”, jossa eri tekijät vahvistivat ja kumosivat toisiaan. Monet työterveyslääkärit olivat sitä mieltä, että esimerkiksi työuupumuksen syy oli hyvin harvoin pelkästään työssä, vaan usein taustalla oli kuormitustekijöitä myös henkilökohtaisessa elämässä. Työyhteisöongelmat taas saattoivat olla merkittävämpi tekijä työuupumuksen taustalla kuin esimerkiksi liiallinen työmäärä tai liian haastavat työtehtävät.

Yli 50-vuotiailla naisilla erimielisyys työpaikalla on merkittävä mielenterveysongelman ja työkyvyttömyyden syy. Elikkä meidän täytyy tietää tämä asia ja sit osata kysyä sitä, että onko työpaikalla tai kotona tai jossakin muualla tammönen kuormitustekijä. Ja tää on semmonen aika ratkaiseva kysymys, koska me silloin nähdään se, että se lopullinen, se perimmäinen syy, ei olekaan terveydellinen. Vaan se on tammönen työyhteisöongelma. (Haastattelu 43)

Psyko-emotionaalista näkökulmasta mielen-terveyshäiriö liikuu pois päin ihmisestä ja hänen terveydentilastaan asettuen terveysongelman sijasta yhteisön ongelmaksi. Ihmistä ja hänen ympäristöään yhdistäen elämäntilanteessa oleva epäsuhta ja siihen vaikuttamisen mahdollisuudet nousivat diagnoosityön psyko-emotionaalisessa näkökulmassa etualalle.

On se sitte rytmihäiriö tai verenpaine tai vatsakatarri tai jonkun, vaikka nyt astman paheneminen, niin se on ihan yks hailee, mikä se diagnoosi on, jos siel takana on se epäsuhta sen työelämän ja henkilökohtaisten voimavarojen välillä. (Haastattelu 41)

Kun painopiste siirtyi, diagnoosin sopivuuskin määrittyi entistä vähemmän ihmisestä tehtyjen löydösten ja yhä enemmän diagnoosilta toivottavien seurausten näkökulmasta (esim. terapia- ja lepäämismahdollisuudet). ”Oikean” diagnoosin

avulla väsymyksestä tai mielipahasta kärsivä ihminen oli mahdollista siirtää sairauslomalle ja aloittaa hoito. Diagnosointityö muodostui samalla työterveyslääkärille (eettisesti) ristiriitaiseksi. Yhtäältä lääkärit halusivat antaa potilaalle helpotusta tilanteeseen, mutta toisaalta uhkana oli yliidiagnosointi.

Mutta sit tammösillä samantyyppisillä oireilla kuin masennuksessa on, on aika paljon semmosta pahaa mieltä ja semmosta mielipahaa ja mielensäpahoittajaa, joihin ei sit nää masennuslääkkeet esimerkiksi ei tepsii, vaan heidän kanssa täytyy sitten keskustella ja yrittää selvittää, mistä ne oireet johtuu ja että niihin ei oo mitään tammöstä automaattista hoitoa ja parannusta, et ne on kaks eri ryhmää oikeestaan. Tammönen selvä kliininen masennus, joka on hoidettavissa ja siihen on ollu hyviä lääkkeitä jo pitkään ja sitte tammöset rajatapaukset, joista ei tiedä, mitä ne on. (Haastattelu 18)

Psyko-emotionaalista näkökulmasta arviot potilaan tulevasta toimintakyvystä ja emotionaalista hyvinvoinnista sekä näistä johdettu sairausloman tarve määrittivät diagnoosia. Sairausloma on mahdollista tulkita työterveyslääkärin yritykseksi etäännyttää kärsivä yksilö työpaikasta, kun lääkäri näki ongelman sijaitsevan siellä. Tällöin lääkäri koki, että diagnoosia tarvittiin, jotta potilas sai mahdollisuuden levätä ja tarkastella tilannettaan etäisyyden päästä. Tässä voidaan tulkita tapahtuvan myös symbolista tunnustamista, kun lääkäri määrittää sairauden syyn sijaitsevan ihmisen sijasta ympäristössä, esimerkiksi työpaikalla. Toisin kuin bio-medikaalista näkökulmasta tulkittuna ”vika” ei enää olekaan ihmisessä, vaan ihminen on mahdollista ajatella normaalisti reagoivaksi.

Mielenterveyshäiriöiden lisääntymistä ajatellen psyko-emotionaalista näkökulmasta tärkeiksi huomioitaviksi ja kiinnostaviksi tutkimuskohteiksi nousevat (epäsuotuisat) muutokset niissä erilaisissa elämäntilanteissa sekä sosiaalisissa yhteisöissä ja ympäristöissä, joissa ihminen toimii (esim. työ tai perhe), sekä toisaalta kysymys mahdollisista muutoksista ihmisen reagoitavoissa tai muutoksista reagoinnin kohdentumisessa ja kanavoinnissa. Niin ikään tarkasteluun voi nostaa kysymyksen siitä, mikä merkitys mielen-terveyshäiriödiagnoosien lisääntymiselle on ihmisen ympäristöissä sijaitsevien ongelmien liukumisesta terveydenhuollon instituutiossa tapahtuvaan lääkäriin diagnosointityöhön.

## Sosiaalis-taloudellisesta näkökulmasta diagnoosiin uppoutuvat käsitykset korvauksista ja kohtuullisuudesta

Sairausloman, eli levon ja etäisyyden, tarve liittyy tiiviisti myös kysymykseen potilaan taloudellisesta turvasta ja (mahdollisesti työolojen uhrina nähdyin potilaan) oikeudenmukaisesta kohtelusta. Näitä asioita työterveyslääkärit pohtivat diagnoosintyön sosiaalis-taloudellisessa näkökulmassa. Siitä katsottuna systeeminen tarkastelu kytkeytyy yksilön ja yhteisöjen ohella yhteiskunnan ja sen järjestelmien tasolle, kuten potilaan taloudellista selviytymistä takaaviin järjestelmiin, moraalisiin kysymyksiin oikeudenmukaisuudesta ja kohtuullisuudesta, sosiaaliseen hoivaan ja ehdoiltaan ja loogiikaltaan muuttuvaan työelämään ja yhteiskuntaan. Lääkäriin onnistuminen diagnoosissa näyttäytyy kykyinä valita sosiaalis-taloudellisilta seurausilta oikea ja oikeudenmukainen diagnoosi. Samalla se edellyttää ymmärrystä tai ainakin olettusta potilaan etujen ja korvausten määräytymisestä yhtäältä Kelan ja toisaalta yksittäisten työpaikkojen säännösten ja sopimusten perusteella.

Mielenterveyshäiriöiden diagnosoinnin sosiaalis-taloudellinen näkökulma oli työterveyslääkäreille kenties diagnosoinnin ristiriitaisin ulottuvuus. Haastatellut toivat esiin, ettei ”sosiaalitiede” tai ”potilaan asianajajana toimiminen” kuulunut lääkärille, mutta toisaalta he pitivät tärkeänä, ettei potilaalle tuotettu lisää ongelmia sairauspäivärahan kannalta väärellä diagnoosivalinnalla. Tästä syystä pohdittiin ”Kela-seuraamuksia”. Kela-seuraamuksilla viitattiin tyypillisesti siihen, että työuupumusdiagnoosi ei oikeuta potilasta Kelan sairauspäivärahaan. Lääkärit tiesivät, että sairausloman kirjoittaminen työuupumuksen perusteella johtaisi potilaan hankalaan taloudelliseen tilanteeseen, vaikka sairausloman tarve olisikin ilmeinen.

Se ei oo lääketiedettä enää. Se on jotain sosiaalitiedettä, taloutta, että sinne pitää joku Kelan hyväksymä diagnoosi laittaa, jotta ihminen saa rahansa. Onhan tässä, eettisiä semmosia asioita pitkin matkaa aina, jotka on kriittisiä. Ja sitten semmosia, jotka ei oo todellakaan vähän, vaan on siis tosi riipaisevia ja syvältäluotaavia juttuja. (Haastattelu 1)

Tästä näkökulmasta työterveyslääkäri pohti sosiaalisin ja taloudellisin perustein, mitä diagnoosia missäkin tilanteessa kannatti käyttää. Usein tämä tarkoitti sitä, että lääkärit kirjoittivat työuupumustapauksissa ensisijaiseksi diagnoosiksi esimerkiksi masennuksen. Tätä he selittivät, paitsi potilaalle aiheutuvien seurausten arvioimisella, eli

erityisesti sairauspäivärahan saamisen mahdollistamisella, myös sillä, että työuupumukseen liittyi käytännössä aina muitakin oireita, jotka voitiin oireperustaisissa diagnostisointikäytännöissä diagnosoida esimerkiksi masennukseksi, unihäiriöksi, ahdistuneisuushäiriöksi tai sopeutumishäiriöksi. Lääkärit toivat myös esiin, etteivät mielen-terveysdiagnoosit olleet ainoita mahdollisia diagnooseja, joilla voitiin vaikuttaa sairauspäiväraha- ja eläkepäätöksiin.

Jos sinne jotain diagnoosia halutaan laittaa, siinä on kaksi mahdollisuutta. Toinen on stressireaktio, joka nyt on ihan oikeestiki olemassa, mut tämmönen akuutti stressireaktio, niin sillä perusteellahan ei nyt kovin pitkiä aikoja sitä sairaslomaa Kelakaan hyväksy. Ja toinen mahdollisuus on sitten depressio, jota käytetään väärin hirtittävän paljon. (...) Näähän on ne vaihtoehdot. (Haastattelu 13)

Lääkäreiden diagnosointipohdintoissa kuvastui niin ikään työelämän murros, jonka edessä he jäivät melko keinottomiksi. Jotkut pohtivat vaikeutunutta työllistymistä, toiset työntekijöiden epä-määräisen huonovointisuuden lisääntymistä, eettisten kysymysten monimutkaisuutta sekä työyhteisöistä saatavan tuen ja työntekijöiden välisen solidaarisuuden vähenemistä. Näistä muodostui konteksti, jossa työterveyslääkärit kohtasivat kysymykset sosiaalisesta oikeudenmukaisuudesta ja kohtuullisuudesta niin ihmiseen kohdistuvien vaatimusten kuin diagnoosin seuraustenkin osalta. Diagnoosia asettaessaan he myös muodostivat kannanottoja potilaan kohtaamiin tilanteisiin ja yhteiskunnan rakenteisiin.

Kuten edellä totesimme, bio-medikaalista näkökulmasta diagnoosia lähestyttiin paljastettavissa ja potentiaalisesti hoidettavissa olevana löydöksenä potilaasta. Psyko-emotionaalisesta näkökulmasta diagnoosi taas nähtiin elämäntilanteen tai työyhteisöongelmien aiheuttamien tunnereaktioiden vuoksi tarvittavan sairausloman mahdollistavana toimenpiteenä. Sosiaalis-taloudellisesta näkökulmasta diagnoosin asettaminen sen sijaan linkittyi ihmisen materiaaliseen selviytymiseen ja yhteiskunnallisiin pohdintoihin. Mielenterveyshäiriödiagnoosin voi nähdä rajautuvan ja kehkeytyvän lääkäreiden työssä näiden toisiinsa kytkeytyvien näkökulmien vuorovaikutuksessa.

Mielenterveyshäiriödiagnoosien yleistymisen kannalta kiinnostaviksi tutkimuskohteiksi nousivat sosiaalis-taloudellisesta näkökulmasta muutokset yhteiskunnallisissa instituutioissa ja säännöksissä. Tällaisia ovat esimerkiksi uudistuk-



set sosiaaliturvassa, työpolitiikassa tai kansaneläkelaitoksen säännöksissä ja päätöksenteossa. Toisaalta tarkasteltaviksi nousevat myös muutokset kulttuurissa ja arvoissa, käsityksissä oikeudenmukaisuudesta ja kohtuullisuudesta sekä muutokset työmarkkinoilla ja työelämässä. Kehystäväksi kysymykseksi kohoaa sen arviointi, mikä merkitys mielenterveyshäiriöiden lisääntymiselle on sosiaalis-taloudellisten näkökulmien uppoutumisella työterveyslääkärin diagnosointityöhön.

Kansallisessa terveyspolitiikassa diagnooseilla ja niihin liitettyillä hoitosuosituksilla ja etuuksilla pyritään mielenterveysongelmien ja niistä koituvien kustannusten hallintaan. Lääkäreillä on merkittävä rooli näiden suositusten tulkitsijoina, noudattajina ja terveyspolitiikan käytännön toteuttajina. Sosiaalis-taloudellisen näkökulman analyysi osoittaa, että lääkärit voivat kuitenkin uudelleentulkita ja kiertää suosituksia silloin, kun he näkevät sen potilaan kannalta edulliseksi.

## Yhteenvedo ja johtopäätökset

Tutkimuksessa rakensimme työterveyslääkärihaastattelujen sisällönanalyysiin perustuen erilaisia näkökulmia yhdistävän kehikon, jonka avulla voidaan jäsentää ja koota yhteen mielenterveyshäiriödiagnoosin syntyyn vaikuttavia tekijöitä. Kehikko antaa mahdollisuuden tarttua niihin erilaisiin mekanismeihin ja monitasoisiin kytköksiin, jotka vaikuttavat mielenterveysdiagnoosien syntyyn ja historiallisiin muutoksiin. Sitä voidaan soveltaa analysoitaessa diagnoosien yleistymistä.

Lähestyimme mielenterveyshäiriödiagnoosia prismaana, joka sekä imee itseensä monia yhteiskunnallisia tekijöitä ja muutoksia että säteilee niitä jälleen ympäristöönsä (Jutel & Nettleton 2011). Tällöin lääkärin diagnosointityöhönsä ja päätöksenteoonsa liittämät pohdinnat nousevat keskeiseksi tiedoksi siitä, millaisia tekijöitä diagnoosiin uppoutuu ja miten ne heijastuvat takaisin ympäristöönsä. Diagnoosin muodostama prisma ikään kuin läpäisee ja valaisee sitä ekologista lokeroa (Hacking 1998), jossa mielenterveyshäiriöt syntyvät ja elävät.

Tutkimuksen keskeisin tulos on, että työterveyslääkärin asettama diagnoosi koostuu laadultaan monista erilaisista ja eri mittakaavassa olevista tekijöistä, jotka ovat kuitenkin yhteenkytkettyneitä ja limittäisiä. Diagnoosiin todettiin uppoutuvan niin bio-medikaalia, psyko-emotionaalista

kuin sosiaalis-taloudellistakin syiden ja seurausten pohdintaa ja perustelua. Diagnoosityöhön ja diagnoosiin päätyy lisäaineiksia niiden toimijoiden mukana, jotka joko suoraan tai työterveyslääkärin pohdintojen kautta osallistuvat diagnosointityöhön. Työterveyslääkäri asettaa diagnoosin eri näkökulmiin kuuluvia tekijöitä läpäisten, punnittelemalla ja painottaen. Useissa tapauksissa diagnoosi todennäköisesti kehkeytyy eri näkökulmien yhteisvaikutuksena, mutta asia vaatisi lisätutkimusta. Lisäksi on selvää, että lääkäreiden maailmankuva ja arvomaailma sekä tulkinnot lääketieteen etiikasta heijastuvat eri näkökulmien painoarvoihin.

Tutkimuksen perusteella esimerkiksi sairauslomatilastoissa näkyvät mielenterveyshäiriödiagnoosit kertovat yhteiskunnasta, sen järjestelmästä ja kulttuurista, työ- ja muista yhteisöistä sekä biomedikaalista tiedosta ja välineistä. Vastaavasti kaikissa näissä tapahtuvilla muutoksilla on potentiaalisesti merkitystä diagnoosien syntyyn sekä lisääntymiseen tai vähenemiseen. Niin ikään merkitystä on näkökulmien välisillä kytköksillä. Järjestelmän monimutkaisesta kytketyneisyydestä johtuen on vaikea nostaa jonkin yksittäisen tekijän merkitystä yli muiden. Voidaan kuitenkin asettaa kysymys siitä, mikä merkitys mielenterveyshäiriöille otollisen ekologisen lokeron synnyssä on sillä, että psyko-emotionaaliset ja sosiaalis-taloudelliset näkökulmat ovat mukana diagnosointityössä biomedikaalien rinnalla.

Työterveyslääkärin tekemät diagnoosit kytkettyvät jälleen takaisin järjestelmän eri osa-alueisiin. Niillä on seurauksensa sekä yhteiskunnassa että diagnosoidulle ihmiselle niin bio-medikaalisessa mielessä kuin psyko-emotionaalisenä yhteisönä jäsenenäkin. Tutkimus puoltaa katsantoja, joissa haastetaan ajatus lääketieteellisestä tiedosta universaalina ja objektiivisena ja korostetaan sen sijaan esimerkiksi työterveyshuollossa tapahtuvan päätöksenteon ja diagnosoinnin historiallista ja relationaalista luonnetta (Greenhalgh & al. 2014; Renedo & al. 2017).

Tutkimus antaa osaltaan tukea johtopäätöksille, joiden mukaan esimerkiksi psykologisten diagnostisten testien osuvuuden arviointi on kapea näkökulma diagnosointityöhön ja sen onnistuneisuuteen ja koeasetelmat irrottavat ilmiön kontekstistaan ja diagnoosin tekijästään (Meyer & al. 2001). Tulosten perusteella diagnoosin tekijää on tärkeää tarkastella yhteiskunnan jäsenenä, sen arvoja ja pelisääntöjä läpäisevänä ja tuottavana toimijana. Haastatteluaineiston perusteella työterveyslääkä-

rin asettama mielenterveysdiagnosi on arvio ihmisestä, tämän elämäntilanteesta, työpaikan ja laajemmin työelämän tilanteesta sekä sosiaalisen oikeudenmukaisuuden ja kohtuullisuuden toteutumisesta. Samalla diagnoosi sisältää ristiriitaisten toimintaa, kuten leimaamista, tunnustamista ja resurssien jakamista (Barker 2011).

Tutkimus vahvistaa huomioita, joiden mukaan lääkärit tulkitsevat mielenterveyden häiriöitä, kuten masennusta, ristiriitaisesti sekä medikalisoiden että masennuksen sosiaalisen kontekstin tunnistuen. Onkin todettu, että käsityksen masennuksesta tulisi vastata paremmin tätä lääkäreiden käytännön työssä kokemaa moninaisuutta, joka kuitenkin osaltaan on oikeaan osuneen hoidon perus-

ta (Thomas-MacLean & Stoppard 2004; McPherson & Armstrong 2009).

Mielenterveyshäiriödiagnosin näkeminen yksiselitteisesti ihmisen sairauden merkiksi tai diagnoosin määrän lisääntymisen tulkitseminen sairauksien lisääntymiseksi sekä näistä oletuksista johdetut toimenpiteet pohjaavat kapeaan tulkintaan siitä, mitä diagnoosiin on uppoutunut ja mistä se kertoo. Diagnoosi on yhtäaikaisesti bio-medikaali, psyko-emotionaalinen ja sosiaalitaloudellinen kategoria eikä näitä tämänhetkessä järjestelmässä ole mahdollista irrottaa toisistaan. Jatkossa olisikin mielenkiintoista tutkia mielenterveyshäiriöitä ja diagnooseja hyödyntämällä kompleksisuusteorioita, kuten kaaosteoriaa.

Saapunut 3.7.2017  
Hyväksytty 1.11.2017

## KIRJALLISUUS

- Andersson, Stig J. & Troein, Margareta & Lindberg, Gunnar: Conceptions of depressive disorder and its treatment among 17 Swedish GPs. A qualitative interview study. *Family Practice* 18 (2001):1, 64–70. <https://academic.oup.com/fampra/article/18/1/64/486076/Conceptions-of-depressive-disorder-and-its> (luettu 22.1.2017)
- Barker, Kristin K.: Listening to Lyrica: contested illnesses and pharmaceutical determinism. *Social Science & Medicine* 73 (2011): 6, 833–842. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953611004424> (luettu 14.3.2017)
- Charles C & Gafni A & Whelan T: Decision-making in the physician–patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science & Medicine* 49 (1999): 5, 651–661.
- Green, Francis: *Demanding Work. The Paradox of Job Quality in the Affluent Economy*. Princeton: Princeton University Press, 2006.
- Greenhalgh T & Howick J & Maskrey N, for the Evidence Based Medicine Renaissance Group: Evidence based medicine: A movement in crisis? *British Medical Journal* 348: g3725, 2014.
- Hacking, Ian: *Mad Travelers. Reflections on the Reality of Transient Mental Illnesses*. Cambridge: Harvard University Press, 1998.
- Hautamäki, Lotta: *Movements of Moods. Interplay between Science, Clinical Practice and Patient in Psychiatry*. Helsinki: University of Helsinki, 2016.
- Hautamäki, Lotta & Hélen, Ilpo & Kanula, Saara: Mielenterveyden hoidon lääkkeellistyminen Suomessa. Teoksessa Hélen, Ilpo (toim.): *Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen*. Tampere: Vastapaino, 2011.
- Hélen, Ilpo: Masennuksen tarinat. *Psykologia* 42 (2007a): 3, 196–210.
- Hélen, Ilpo: Masennus massamitassa. *Epidemiologinen välineistö ja psykiatrian muodonmuutos. Tiede ja edistys* 32 (2007b): 2, 103–118.
- Hélen, Ilpo: Asiakaslähtöisyys: eli miten mielenterveys-työn ajatus epäpolitisoitui. Teoksessa Hélen, Ilpo (toim.): *Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen*. Tampere: Vastapaino, 2011a.
- Hélen, Ilpo: Is Depression a Brain Disorder? *Neuroscience in Mental Health Care*. S. 123–152. Teoksessa Pickersgill, Martyn & Van Keulen, Ira (toim.): *Sociological reflections on the neurosciences*. Bingley: Emerald, 2011b.
- Hélen, Ilpo & Hämäläinen, Pertti & Metteri, Anna: Komplekseja ja katkoksia – Psykiatrian hajaantuminen suomalaisen sosiaalivaltioon. Teoksessa Hélen, Ilpo (toim.): *Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen*. Tampere: Vastapaino, 2011.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena: *Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Yliopistopaino, 2008.
- Horowitz, Allan V: *Creating Mental Illness*. Chicago & London: Chicago University Press, 2002.
- Horwitz, Allan V & Wakefield Jerome C: *The Loss of Sadness*. Oxford & New York: Oxford University Press, 2007.
- Jutel, Annemarie: *Sociology of diagnosis: a preliminary review*. *Sociology of Health and Illness* 31 (2009): 2, 278–299. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9566.2008.01152.x/full> (luettu 21.3.2017)

- Jutel, Annemarie & Nettleton, Sarah: Towards a sociology of diagnosis: Reflections and opportunities. *Social Science & Medicine* 73 (2011), 793–800.
- McPherson, Susan & Armstrong, David: Negotiating “depression” in primary care: A qualitative study. *Social Science & Medicine*, 2009. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953609003311>
- Meyer, Gregory J. & Finn, Stephen E. & Eyde, Lorraine D. & Kay, Gary, G. & Moreland, Kevin L. & Dies, Robert R & Eisman, Elena J. & Kubiszyn, Tom W & Reed, Geoffrey, M.: Psychological Testing and Psychological Assessment. A Review of Evidence and Issues. *American Psychologist* 56 (2001): 2, 128–165.
- Newton, Tim: ‘Managing’ stress: Emotion and power at work. London: Sage, 1995.
- Nyman H & Kiviniemi M: Katsaus eläketurvaan vuonna 2014. Eläketurvakeskuksen raportteja 4/ 2015. Helsinki: Eläketurvakeskus, 2015.
- Renedo A & Komporozos-Athanasiou A & Marston C: Experience as evidence: The dialogic Construction of Health Professional Knowledge through Patient Involvement. *Sociology*, 1–18. First Published January 16, 2017.
- Saario, Sirpa: Arviointiteknikat ja mielenterveystyö – tutkimus ammattilaisten luovinnasta työn arvioinnissa ja seurannassa. Teoksessa Hélen, Ilpo (toim.): Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen. Tampere: Vastapaino, 2011.
- Thomas-MacLean, Roanne & Stoppard, Janet M: Physicians’ constructions of depression: inside/outside the boundaries of medicalization. *Health*, 2004. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15200756> (luettu 15.12.2015)
- Tuomi, Jouni & Sarajarvi, Anneli: Laadullinen -tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus, 2002.
- Väänänen, Ari & Murray, Michael & Kuokkanen, Anna: The growth and the stagnation of work stress: Publication trends and scientific representations 1960–2011. *History of the Human Sciences*, 27 (2014): 4, 116–138. <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0952695114525168?journalCode=hhsa> (luettu 22.3.2017)
- Wainwright, David & Calnan, Michael: *Work Stress: The Making of a Modern Epidemic*. Lontoo: Open University Press, 2002.

## ENGLISH SUMMARY

*Anu Järvensivu & Ari Väänänen & Anna Kuokkanen & Jussi Turtiainen: The construction of mental health diagnosis (Mistä syntyy mielenterveysdiagnosi?)*

This article analyses the construction of mental health diagnosis in the context of occupational health care. The research material consists of occupational health physicians’ views on the diagnostic process and its underlying factors. Content analysis revealed

three interrelated aspects of the diagnostic process, i.e. the biomedical, psycho-emotional and socio-economic. Our research contributes to the ongoing multidisciplinary debate on the growing significance of mental health issues in the workplace and in the work of medical doctors.

**Keywords:** mental health, diagnosis.