



Työterveyslaitos | Arbetshälsoinstitutet
Finnish Institute of Occupational Health

Vaikuttava työuupumusinterventio

Systemaattinen katsaus ja toimintaohjeita



Kirsi Ahola
Salla Toppinen-Tanner
Johanna Seppänen



Työterveyslaitos | Arbetshälsöinstitutet
Finnish Institute of Occupational Health

Vaikuttava työuupumusinterventio

SYSTEMAATTINEN KATSAUS JA TOIMINTAOHJEITA

Kirsi Ahola, Salla Toppinen-Tanner, Johanna Seppänen

Työterveyslaitos

Helsinki 2016



Työterveyslaitos
Työterveyshuolto
PL 40
00251 Helsinki
www.ttl.fi

Kansi: Ella Smeds

© 2016 Työterveyslaitos ja kirjoittajat

Julkaisu on toteutettu Työsuojelurahaston tuella.

Tämän teoksen osittainenkin kopiointi on tekijänoikeuslain (404/61, siihen myöhemmin tehtyine muutoksineen) mukaisesti kielletty ilman asianmukaista lupaa.

ISBN 978-952-261-690-6 (nid.)

ISBN 978-952-261-689-0 (PDF)

Juvenes Print, Tampere, 2016



TIIVISTELMÄ

Työuupumuksella tarkoitetaan työntekijän psyykkisten voimavarojen ehtymistä pitkittyneen työstressin seurauksena. Tutkimusten mukaan siitä aiheutuu haittaa työntekijälle, organisaatiolle ja yhteiskunnalle. Työuupumuksen käsittelemiseksi työterveyshuollossa ja työpaikalla ei ole olemassa suosituksia ja yksittäisten tutkimusten tulokset toimenpiteiden vaikuttavuudesta ovat olleet ristiriitaisia. Työuupumuksen ennaltaehkäisyn keinoista ja niiden vaikutuksista on koottu yhteen vetoja mutta vastaava koonti työuupumusta lieventävistä interventioista ja niiden vaikutuksista puuttuu. Tämän hankkeen tavoitteena oli koota yhteen tiedot sekä määrälliset ja laadulliset tulokset työuupumuksen oireiden vähentämiseen ja työhön paluun edistämiseen tähtäävistä interventioista. Näiden perusteella oli tarkoitus laatia ohjeet työterveyshuolloille ja työpaikoille työuupumuksen käsittelemiseksi.

Tiedot työuupumusinterventioista kerättiin systemaattisen katsauksen keinoin. Siihen valittiin ennen 24.2.2015 julkaistut tieteelliset, vertaisarvioidut ja kontrolloidut alkuperäistutkimukset, jotka käsittelivät työuupumusinterventioiden vaikutuksia oireiden vähenemiseen ja työssä jatkamiseen niillä työntekijöillä, joilla oli koettu tai todettu työuupumus. Kaksi tutkijaa arvioi tutkimukset itsenäisesti kahdessa vaiheessa ennalta asetettujen kriteerien mukaisesti. Riittävän samankaltaisten, satunnaistettujen ja kontrolloitujen tutkimusten vaikuttavuutta arvioitiin meta-analyysin avulla. Laadulliset tutkimukset työuupumuksesta toipumista ja työhön paluuta edistävästä tekijöistä koottiin keskeisten työuupumusjulkaisujen ja katsauksen valikoituneiden tutkimusten lähdeluetteloista.

Systemaattiseen katsaukseen valikoitui ensin 4430 mahdollista abstraktia ja lopulta niistä 14 tutkimusta, joissa arvioitiin 18 interventiota. Interventioista 14 oli yksilöön suuntautuneita ja neljässä oli yhdistetty yksilöön ja työhön suuntautuvia menetelmiä. Sisällöltään interventiot olivat hyvin erilaisia. Myös arviointitutkimukset oli toteutettu ja raportoitu hyvin vaihtelevasti. Yksittäisten tutkimusten tulokset olivat keskenään ristiriitaisia: Jotkut interventiot onnistuivat vähentämään työuupumuksen oireita tai nopeuttamaan työhön paluuta mutta toisissa oireet vähenivät ja työhön paluu onnistui sekä koe- että kontrolliryhmässä. Meta-analyysiin valikoitui kaikkiaan vain neljä tutkimusta. Tulosten perusteella yksilöön kohdistuva interventio ei takaa työuupumuksen oireiden lievittymistä. Yhdistettyjen interventioiden vaikutuksista ja interventioiden vaikutuksista työhön paluuseen ei saatu tarpeeksi tuloksia yhteenvedon muodostamiseksi. Laadullisten tutkimusten tulosten perusteella työterveyshuollon ja työpaikan toiminnalla voidaan kuitenkin edistää työuupumuksesta toipumista ja tukea työhön paluuta.



Työuupumusta lievittävien interventioiden vaikuttavuutta on tutkittu yllättävän vähän ja tulokset ovat ristiriitaisia. Arvioidut interventiot olivat voittopuolisesti yksilöön kohdistuvia vaikka työuupumusteorioiden korostavat työhön liittyviä tekijöitä. Ei kuitenkaan voitu osoittaa, että yksilöön kohdistuva interventio lievittäisi johdonmukaisesti työuupumuksen oireita. Vaikuttavuuden arviointia vaikeutti interventioiden ja tutkimusten kirjavuus. Yhtenäisen työuupumus-määritelmän laatiminen helpottaisi arviointitutkimuksia. Vaikka tutkimuksista on kertynyt materiaalia työterveyshuollon ja esimiehen toimintaan liittyvistä tekijöistä, jotka saattavat helpottaa työuupumuksesta toipumista ja työssä jatkamista, näiden tekijöiden toimivuutta ei ole asianmukaisesti koeteltu. Koska vakavaan työuupumukseen liittyy usein sairauksia ja työkyvyttömyyttä, työuupuneen työssä jatkamisen tukemiseksi voidaan soveltaa myös työpaikan yleisiä työhön paluun tuen toimintamalleja.



SISÄLLYS

Tiivistelmä	3
1 Johdanto.....	6
1.1 Lähtökohdat.....	6
1.2 Mitä työuupumus on?.....	7
1.3 Keinot työuupumuksen vähentämiseksi.....	7
2 Tutkimuksen tavoitteet.....	9
3 Aineisto ja menetelmät.....	9
3.1 Systemaattinen katsaus.....	9
3.2 Meta-analyysi.....	11
3.3 Laadullinen aineisto.....	11
4 Tulokset.....	12
4.1 Työuupumusinterventioiden toteutus ja vaikutukset.....	12
4.1.1 Tutkimuksiin osallistuneet.....	13
4.1.2 Työuupumuksen arviointimenetelmät.....	16
4.1.3 Interventioiden sisältö ja vaikutukset.....	16
4.2 Yksilöön kohdistuneiden interventioiden vaikuttavuus.....	19
4.3 Toipumista ja työhön paluuta edistävät tekijät toimijoittain.....	20
4.3.1 Työterveyshuollon henkilöstö.....	20
4.3.2 Esimies ja muut työpaikan toimijat.....	21
5 Pohdinta.....	22
6 Suositukset.....	25
Lähteet.....	29

1 JOHDANTO

1.1 Lähtökohdat

Työuupumuksella tarkoitetaan työntekijän psyykkisten voimavarojen ehtymistä pitkittyneen työstressin seurauksena.¹ Työssä käyvien suomalaisten joukossa työuupumuksen oireita esiintyi noin neljänneksellä vuonna 2011.² Oireet olivat vakava-asteita 2 prosentilla miehistä ja 3 prosentilla naisista. Työssä jaksaminen eläkeikään asti huoletuttaa monia suomalaisia.³ Uupuneet käyttävät myös runsaasti työterveyshuollon palveluja. Esimerkiksi työterveyslääkäreiden enemmistö (60 %) kertoi kohtaavansa työuupuneita asiakkaita viikottain.⁴

Työuupumus on haitaksi työntekijöille, organisaatioille ja yhteiskunnalle. Sen on havaittu lisäävän tapaturmien, sairauksien ja työkyvyttömyyden riskiä.⁵ Koska työuupumus ei ole etuuksiin oikeuttava lääketieteellinen diagnoosi, sen kansanterveydelisiä ja kansantaloudellisia vaikutuksia on vaikea arvioida. Työstressin ja väsymyksen on kuitenkin todettu aiheuttavan huomattavia kuluja organisaatioille ja yhteiskunnalle.^{6,7} Työuupumukseen tulisi puuttua mahdollisimman varhain sen vakavien seurausten välttämiseksi.

Vaikka työuupumusta on pitkään tutkittu aktiivisesti, ei ole päästy yksimielisyyteen siitä, miten sitä parhaiten ehkäistään ja vähennetään.⁸ Ei ole olemassa yhteisesti sovittua toimintamallia työuupumuksen käsittelemiseksi terveydenhuollossa tai työpaikoilla. Työlääketiede ei anna suosituksia työuupumuksen hoidosta, mutta stressiin liittyvien tilojen hoidosta on yleisesti esitetty, että se tulee räätälöidä tilanteen mukaan ja että siihen olisi liitettävä sekä yksilöön että työhön kohdistuvia toimenpiteitä.^{9,10}

Vaikuttavien toimenpiteiden kehittämiseksi ja suositusten laatimiseksi tarvitaan lisää tietoa. Työterveyshuolloille ja työpaikoille suunnatuilla, tieteelliseen tutkimukseen perustuvilla suosituksilla voitaisiin estää työuupumustapausten pitkittyminen ja vähentää työuupumukseen liittyvää työkyvyttömyyttä.

1.2 Mitä työuupumus on?

Yleisesti käytetyn määritelmän mukaan työuupumus on vakava, työssä kehittyvä oireyhtymä, jota luonnehtivat uupumusasteinen väsymys, kyyninen asenne työtä kohtaan ja alentunut ammatillinen itsetunto.^{1,11,12} Lääketieteessä työuupumusta ei luokitella sairaudeksi vaan sitä pidetään elämäntilanteen hallintaan liittyvänä ongelmana.¹³ Työuupumuksen on kuitenkin todettu altistavan useille sairauksille¹⁴⁻²² ja työkyvyttömyydelle.²³⁻²⁶

Työuupumus kehittyy ihmisen ja ympäristön välisessä vuorovaikutuksessa. Työuupumuksen kehittymistä kuvaavissa teorioissa toistuvat työntekijän voimakas motivaatio ja riittämättömät stressinhallintakeinot sekä työympäristössä esiintyvät epäkohdat, erityisesti epäsuhta työn vaatimusten ja työssä tarjolla olevien voimavarojen välillä.^{27,28} Pitkittäistutkimuksissa on todettu, että suuri työmäärä, työntekijän rooliin liittyvät ristiriidat ja epäselvyydet, vähäiset mahdollisuudet vaikuttaa omaan työhön, vähäinen sosiaalinen tuki, koettu epäoikeudenmukaisuus ja ennakoimattomuus työssä lisäävät uupumisen riskiä.^{27,29,30-35} Tutkimukset ovat nostaneet esiin myös uupumisen riskiä lisääviä yksilöllisiä tekijöitä. Tällaisia ovat muun muassa työntekijän voimakas velvollisuuden tunne, aleksitymia (vaikeus tunnistaa ja ilmaista tunteita) ja matala koherenssin tunne (maailman hahmottaminen heikosti ymmärrettäväksi, hallittavaksi ja merkitykselliseksi)^{29,36-40} Vaikka yksilölliset tekijät voivat lisätä uupumuksen riskiä, työuupumus on tutkimusten perusteella ensisijaisesti työperäinen ongelma.⁴¹

1.3 Keinot työuupumuksen vähentämiseksi

Ennaltaehkäisevällä toiminnalla (preventio) pyritään vaikuttamaan olosuhteisiin siten, että ongelmia ei synny tai että niiden haitalliset seuraukset jäävät mahdollisimman pieniksi. Se voidaan jakaa kolmeen ryhmään sen mukaan, mihin toiminta pääasiassa kohdistuu.⁴² Primaaripreventio kohdistuu valikoimatta kaikkiin ja sen tavoitteena on estää ongelman muodostuminen. Sekundaaripreventio kohdistuu riskiryhmiin tai jo oireileviin, jolloin sillä yritetään estää ongelman todentuminen tai paheneminen. Tertiäripreventio kohdistuu niihin, joiden kohdalla ongelma on jo kehittynyt. Sen avulla pyritään palauttamaan ja ylläpitämään toimintakykyä.

Työuupumukseen kohdistuneet interventiot voidaan vastaavasti ryhmitellä sen mukaan, ovatko ne tarkoitettu kaikille työntekijöille, työuupumusoireita jo omaaville vai esimerkiksi sairauslomalla oleville. Työuupumusinterventioita on ryhmitelty myös yksityiskohtaisemmin ottamalla huomioon niiden toiminnan kohde (yksilö, työ tai näiden rajapinta).²⁷ Yksilöön kohdistuvilla toimenpiteillä pyritään vahvistamaan työntekijän voimavaroja, esimerkiksi lisäämään hänen stressinhallintakeinojaan. Työhön



kohdistuvilla toimenpiteillä pyritään muokkaamaan työolosuhteita vähemmän kuormittaviksi, esimerkiksi parantamalla mahdollisuuksia vaikuttaa omaan työhön. Molempia voidaan toteuttaa kaikilla prevention tasoilla eli primaari-, sekundaari- ja tertiäripreventiona sekä ryhmämuotoisesti että yhden työntekijän kanssa kerrallaan.⁴³

Työelämässä on toteutettu monenlaisia hankkeita työuupumuksen ehkäisemiseksi. Näiden tulokset on koottu systemaattisiin katsauksiin. Yksi katsaus tavoitti 25 englannin- tai saksankielellä raportoitua työuupumuksen ehkäisyyn tähdännyttä hanketta.⁴⁴ Valtaosa (68 %) kokeilluista menetelmistä oli kohdistunut yksilöön (kognitiivis-behavioraaliset tekniikat, stressinhallinnan opettelu ja rentoutus). Vain 8 % tutkimuksista oli selvittänyt organisaatioon kohdistuneiden menetelmien vaikutusta (esimiestyön tai vuorovaikutuskäytäntöjen kehittäminen). Lopuissa (24 %) oli tutkittu näiden menetelmien yhdistämisen vaikutusta. Kaiken kaikkiaan 68 %:ssa hankkeista onnistuttiin vaikuttamaan työuupumuksen esiintymiseen. Kaikkein tehokkaimpia olivat yksilöön ja organisaatioon suuntautuneiden menetelmien yhdistelmät: Niistä kaikki saivat aikaan tavoitteen suuntaisia vaikutuksia, kun vain yksilöön suuntautuneista menetelmistä onnistuneita oli 58 % ja vain organisaatioon suuntautuneista menetelmistä 50 %.

Toinen katsaus kartoitti työuupumuksen ehkäisykeinoja vanhusten hoitoalalla. Se koki 16 tutkimuksen tulokset perustuen englannin, saksan, ranskan, espanjan, italian tai portugalinkielisiin raportteihin.⁴⁵ Hieman yli puolet (56 %) hankkeista sisälsi vain yksilöön suuntautuneita menetelmiä, 13 % vain työhön suuntautuneita menetelmiä ja 31 % näiden yhdistelmiä. Kaiken kaikkiaan hieman alle puolet hankkeista (44 %) onnistui työuupumuksen vähentämisessä. Kaikki työhön kohdistuneet hankkeet osoittautuivat vaikuttaviksi, samoin kuin 60 % molempia menetelmiä sisältäneistä hankkeista. Yksilöön kohdistuneista hankkeista vain 22 % oli vaikuttavia.

Työuupumuksen vähenemistä on tutkittu esimerkiksi Kelan ammatillisessa ja lääkinällisessä kuntoutuksessa, joka on suunnattu niille, joilla on havaittu riski menettää työkyky sairauden tai muiden terveysongelmien vuoksi.⁴⁶ Työuupumuksen todettiin lieventyneen joillain ammatilliseen kuntoutukseen osallistuneilla henkilöillä mutta ei kaikilla. Ruotsissa todettiin, että työuupumuksen vuoksi työstä poissaolleille suunnattu, työterveyshuollon toteuttama interventio, joka sisälsi perusteellisen tilannearvion, työterveysneuvottelun ja stressinhallintaa käsitelleen puolipäiväisen seminaarin, auttoi uupuneita palaamaan työhön.⁴⁷ Jo kehittyneen työuupumuksen vähentämiseen suunnattujen hankkeiden tuloksista ei kuitenkaan toistaiseksi ole koottu katsausta. Työuupumuksesta toipumisesta on julkaistu myös laadullisia tutkimuksia, mutta niidenkään antia ei ole koottu yhteen.

2 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli:

- Koota tiedot systemaattisen katsauksen keinoin työuupuneilla toteutettujen interventioiden sisällöstä ja vaikutuksista sekä työuupumuksen oireisiin että uupuneiden työkykyyn. Katsauksessa ei rajoitettu hakua tiettyihin kieliin tai työntekijäryhmiin vaan pyrittiin muodostamaan mahdollisimman kattava käsitys työuupumuksen lievittämiseen tähtäävistä interventioista.
- Tehdä samankaltaisten interventioiden tuloksista meta-analyysi, jonka avulla on mahdollista esittää katsauksen tulokset yksiselitteisenä numeerisena johtopäätöksenä.
- Koota ja tiivistää niiden laadullisten tutkimusten anti, jotka ovat kartoittaneet työuupumuksesta toipumista.
- Laatia tulosten perusteella toimintaohjeita työuupumuksen käsittelemiseksi työterveyshuollossa ja työpaikoilla, jotta työuupumus ei johtaisi sairastumiseen ja heikentäisi työkykyä.

3 AINEISTO JA MENETELMÄT

3.1 Systemaattinen katsaus

Systemaattisella katsauksella tarkoitetaan tieteellistä tutkimusmenetelmää, jonka avulla löydetään, valitaan ja syntetisoidaan kaikki määriteltyyn kysymykseen liittyvä korkealaatuinen oleellinen tutkimustieto.⁴⁸ Tässä hankkeessa haku kohdistettiin tieteellisiin, vertaisarvioituihin alkuperäistutkimuksiin, jotka käsitelivät työuupumusinterventioiden vaikuttavuutta työntekijöillä, joilla oli koettu tai todettu työuupumus.

Ennen 24.2.2015 julkaistujen artikkelien haku suoritettiin keskeisistä tutkimustietokannoista (PubMed ja PsychINFO) seuraavilla hakutermeillä: (burnout OR "burn out" OR exhaustion) AND (employ* OR occupat* OR job* OR work* OR vocation* OR profession*) AND (intervention OR prevent* OR treat* OR rehabilitat* OR therapy OR recover* OR manage* OR educat* OR program* OR train* OR alleviat* OR decreas* OR "work shop" OR trial) NOT review in Title/Abstract. Lisäksi tutkimukseen valikoituneiden artikkelien ja keskeisten työuupumusta käsittelevien teosten lähdeluettelosta etsittiin artikkeleita, jotka olisivat saattaneet jäädä systemaattisen haun tavoittamattomiin.

Tutkimusten valinnassa käytettiin seuraavia kriteerejä:⁴⁸

Hankkeisiin osallistuneet: Jokaisella interventioon osallistuneella työntekijällä oli koettuja tai todettuja työuupumusoireita, joiden vuoksi he olivat hakeneet apua, ohjautuneet hankkeeseen, olleet sairauslomalla tai saaneet jotain muuta etuutta työhön liittyvän psykiatrisen diagnoosin vuoksi. Työuupumuksen erilaiset operationalisoinnit hyväksyttiin, kunhan työuupumus oli mitattu tutkimuksen alussa jollain työuupumuksen arviointimenetelmällä, josta saatiin numeerinen arvio työuupumusoireille.⁴⁹

Hankkeet: Mukaan otettiin kaikki työuupumuksen vähentämiseen tähtäävät interventiot. Ne kohdistuivat yksilöön (esim. rentoutus tai stressinhallinta-ohjelma), työhön (esim. osallistava työn kehittäminen tai esimiestyön kehittäminen) tai molempiin yhtä aikaa. Interventiot oli toteutettu ryhmässä tai yksilötasolla.

Vertailuryhmä: Työuupumusinterventio vaikutusta verrattiin tilanteeseen, jossa työntekijä ei ollut osallistunut interventioon, jonotti pääsyä interventioon, oli osallistunut toiseen interventioon tai osallistunut tavanomaiseen terveydenhuoltoon.

Tulos: Tutkimuksissa arvioitiin joko työuupumusoireita tai työtilannetta intervention jälkeen ja mahdollisen seuranta-ajan päätyttyä. Työuupumusoireet intervention jälkeen oli mitattu samalla työuupumuksen arviointimenetelmällä kuin ennen interventiota. Työtilanteen kuvaajana käytettiin työsuhdetta (on/ei), työhön palanneiden osuutta tai sairauspoissaolopäivien lukumäärää.

Tutkimusasetelma: Katsaukseen hyväksyttiin satunnaistetut kontrolloidut tutkimukset (RCT) ja kontrolloidut ennen-jälkeen –tutkimukset (CBA).

Tutkimukset hyväksyttiin kaikilla kielillä raportoituina, kunhan ne sisälsivät tulostaulukon latinalaisilla aakkosilla ja englanninkielisen abstraktin.

Kaksi tutkijaa arvioi itsenäisesti abstraktin perusteella, täytyivätkö tutkimuksessa sovitut valintakriteerit. Kun arviot poikkesivat toisistaan, pyydettiin kolmas arvio. Tutkimuksista, jotka abstraktin perusteella vastasivat kriteereitä, tilattiin artikkeli. Sen jälkeen kaksi tutkijaa arvioi jälleen itsenäisesti, nyt koko artikkelin perusteella, vastasiko tutkimus asetettuja kriteerejä. Englanninkielisten artikkelien kohdalla pyydettiin kolmas arvio niissä tapauksissa, joissa tutkijat olivat eri mieltä. Muissa tapauksissa ratkaisu tehtiin yhdessä keskustelun perusteella.

Valituista artikkeleista poimittiin seuraavat tiedot (Taulukko 1): Tekijät, julkaisu vuosi, maa jossa tutkimus oli tehty, tutkimusasetelma, osallistujien määrä, käytetty työuupumuksen arviointimenetelmä, poissulkukriteerit, intervention sisältö ja kesto, seuranta-ajan pituus, tekijät joiden perusteella vaikuttavuutta arvioitiin, interventioihin vaikuttukset sekä osallistumisaktiivisuus tutkimukseen ja seurantaan.

3.2 Meta-analyysi

Meta-analyysissä yksittäisiä tutkimuksia yhdistelemällä saadaan aikaan synteesi joka antaa tutkittavasta kysymyksestä tilastollisesti vahvempaa näyttöä kuin yksittäiset tutkimukset.⁵⁰ Systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta poimittiin meta-analyysiin mukaan ne kontrolloidut satunnaistetut tutkimukset (RCT), jotka olivat vertailukelpoisia työuupumuksen arviointimenetelmän, intervention laadun ja kontrolliryhmän suhteen. Nämä kriteerit täyttyivät neljän tutkimuksen kohdalla. Analyysit tehtiin ekshaustio- ja kyynistyneisyysoireille. Tuloksia koskien ammatillista itsetuntoa/aikaansaamisen tunnetta kuvaavia oireita ei voitu analysoida, koska ne oli raportoitu eri tutkimuksissa erilailla (joko ammatillinen itsetunto tai ammatillisen itsetunnon puute).

Intervention vaikutuksen suuruus (effect size) laskettiin jokaisessa tutkimuksessa intervention päättymisen jälkeisten ryhmittäisten tulosten erotuksena. Lähtötason mittauksia ei ollut mahdollista huomioida artikkeleissa raportoitujen tietojen puutteellisuuden vuoksi. Raportoitujen keskiarvojen, keskihajontojen ja otoskokojen perusteella laskettiin vaikutuksille painokerroin ja 95 % luottamusväli. Meta-analyysissä käytettiin sekä kiinteiden vaikutusten mallia että mallia, jossa oli huomioitu myös satunnaisvaikutukset.⁵¹ Meta-analyysit tehtiin CMA-ohjelmistolla. Tilastollisen merkittävyyden rajaksi asetettiin $p < 0.05$.

3.3 Laadullinen aineisto

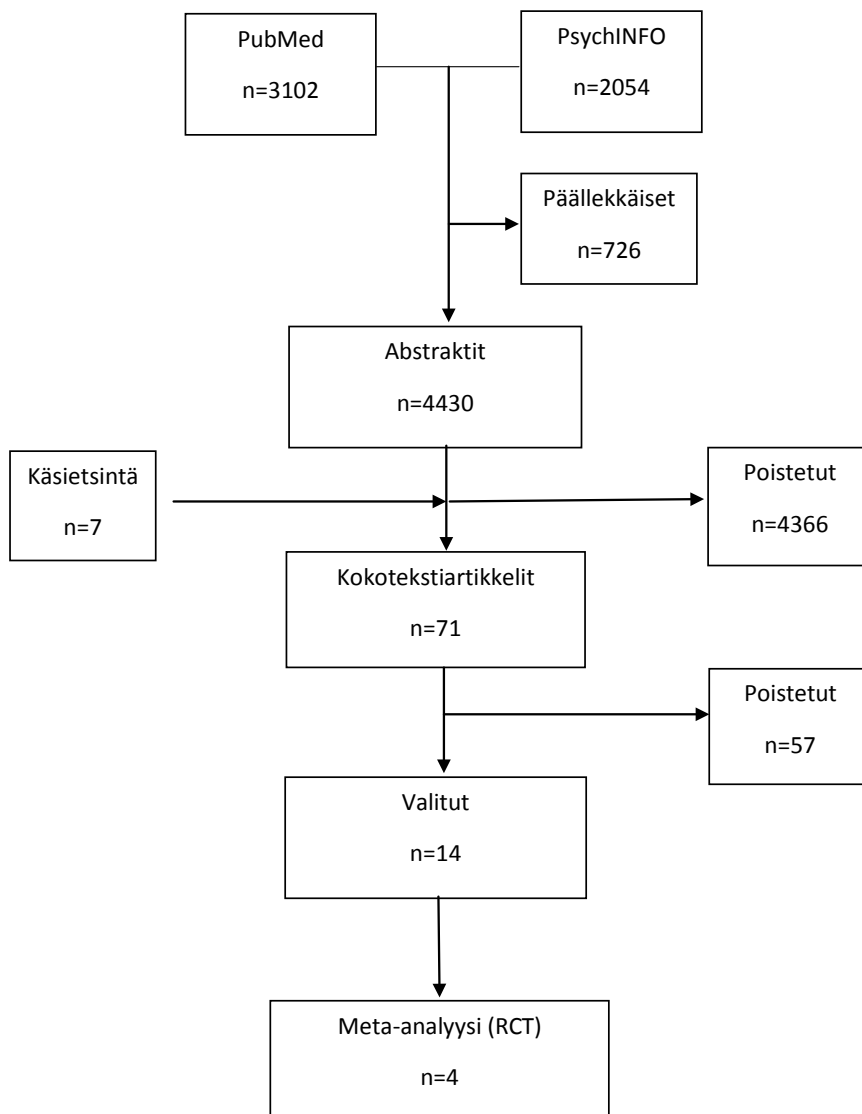
Systemaattisessa katsauksessa mukaan valikoituneiden artikkelien ja keskeisten työuupumusjulkaisujen lähdeluetteloista etsittiin laadullisia tutkimuksia työuupumuksesta toipumisesta ja työhön paluuta edistävästä tekijöistä. Näiden tutkimuksen tuloksista koottiin yhteenveto tekijöistä, joiden on todettu edistävän työuupumuksesta toipumista ja työhön paluuta.

4 TULOKSET

4.1 Työuupumusinterventioiden toteutus ja vaikutukset

Systemaattiseen katsaukseen tunnistettiin hakusanojen avulla 4430 mahdollista abstraktia. Näistä poimittiin sovittujen kriteerien perusteella 71 tutkimusta tarkempaan arvioon ja valittiin lopulta katsaukseen 14 kriteerit täyttävää tutkimusta.^{47,52-64} Tutkimusten valintaprosessi on kuvattu Kuviossa 1.

Kuvio 1. Tutkimusten valikoituminen systemaattiseen katsaukseen.



4.1.1 Tutkimuksiin osallistuneet

Valituista tutkimuksista viisi oli tehty Ruotsissa, neljä Hollannissa, kaksi Suomessa ja yksi kustakin Kuubassa, Portugalissa ja Turkissa. Kahdeksan tutkimusta oli toteutettu randomisoidulla kontrolloidulla asetelmalla (RCT) ja kuudessa oli käytetty kontrolloitua ennen-jälkeen -asetelmaa (CBA). Tutkimuksista poimitut tiedot on koottu tiivistettynä Taulukkoon 1.

Kuudessa tutkimuksessa osallistujat olivat olleet sairauslomalla työuupumuksen tai työhön liittyvien psykologisten ongelmien vuoksi, minkä vuoksi heille oli ehdotettu mahdollisuutta osallistua interventioon. Viidessä tutkimuksessa työntekijät olivat osallistuneet työpaikallaan kyselytutkimukseen, jossa todetun korkean työuupumus- tai ekshaustio-pistemäärän vuoksi heille oli tarjottu interventio mahdollisuutta. Kolmessa jäljelle jäävässä tutkimuksessa interventioon osallistuneet olivat joko hakeutuneet työterveyshuoltoon, hakeneet kuntoutukseen tai heidät oli poimittu läheteiden ja mediakontaktien perusteella. Kaiken kaikkiaan kahdeksassa tutkimuksessa interventioon osallistuminen perustui lääkärin kliiniseen arvioon ja kuudessa se perustui työuupumuksen arviointimenetelmän avulla itseraportoitujen työuupumusoireiden määrään (Taulukko 1).

Kaikissa tutkimuksissa osallistujilla oli mahdollisuus kieltäytyä osallistumasta interventioon tai lopettaa tutkimukseen osallistuminen missä vaiheessa tahansa. Halukkuus osallistua tarjottuun interventioon niiden joukossa, jotka täyttivät kriteerit, vaihteli 20 ja sadan prosentin välillä. Kahdessa tutkimuksessa ei raportoitu osallistumisaktiivisuutta. Osallistumisaktiivisuus ensimmäiseen seurantamittaukseen vaihteli pääasiassa 77 ja sadan prosentin välillä (yhdessä se oli 39 %).

Viidessä tutkimuksessa kontrolliryhmä oli muodostettu työntekijöistä, jotka odottivat pääsyä interventioon. Neljässä tutkimuksessa kontrolliryhmään kuuluneet eivät saaneet mitään hoitoa, kolmessa tutkimuksessa toiseen interventioon osallistuneet muodostivat kontrolliryhmän ja kahdessa tutkimuksessa kontrolliryhmään kuuluneet saivat tavanomaista hoitoa terveydenhuollossa.

Yhdeksässä tutkimuksessa interventioon osallistuneet olivat joukko erilaisia työntekijöitä, ja kahdessa näistä pelkästään naisia. Neljässä tutkimuksessa interventiota tarjottiin terveydenhuollon työntekijöille, ja yhdessä näistä kaikki sairaanhoitajat olivat naisia. Yksi tutkimus oli suunnattu yrittäjille. Interventiorryhmään osallistuneiden lukumäärä vaihteli 8 ja 74 välillä ja kontrolliryhmissä 8 ja 80 välillä.



Taulukko 1. Katsaukseen valikoituneet tutkimukset.

Tutkimus	Asetelma	Koeryhmä	Kontrolliryhmä
Gorter ym. 2001; NL ⁵²	Hollantilaiset hammaslääkärit; osallistuivat kyselyyn	16 hammaslääkäriä; korkea työuupumus piste-määrä (EX ja DEP yli medianin)	Hammaslääkärit; korkea työuupumus pistemäärä, eivät osallistuneet tutkimukseen; 35: toinen interventio (oma aktiivisuus) 31: ei hoitoa
Salmela-Aro ym. 2004; FI ⁵³	Toimihenkilöt pääkaupunkiseudulla; hakeutuivat työterveyshuoltoon psyykkisten ongelmien vuoksi; RCT	62 työntekijää; korkea työuupumus pistemäärä (> 75)	28 työntekijää; korkea työuupumus pistemäärä; odotuslistalla
Blonk ym. 2006; NL ⁵⁴	Yrittäjät sairauslomalla, hakivat etuutta psyykkisten ongelmien vuoksi; rekisteristä; RCT	40 + 40 yrittäjää; lääkäri arvioinut	42 yrittäjää; hakivat etuutta psyykkisten ongelmien vuoksi, ei hoitoa
Roger ym. 2006; CU, ⁵⁵	Sairaanhoidajat 2 sairaalasta; osallistuivat kyselyyn	31 sairaanhoitajaa; kohtalainen tai korkea työuupumus pistemäärä	32 sairaanhoitajaa; korkea työuupumus piste-määrä, odotuslistalla
Heiden ym. 2007; SE ⁵⁶	Työntekijät sairauslomalla stressiin liittyvällä diagnoosilla; lääkärintodistuksesta; RCT	28 + 23 työntekijää; asiantuntijaryhmä valinnut	24 työntekijää; sairauslomalla stressiin liittyvällä diagnoosilla; tavanomainen hoito
Hätinen ym. 2007; FI ⁵⁷	Naistoimihenkilöt; hakivat kuntoutukseen työhön liittyvien psyykkisten ongelmien vuoksi	20 naistyöntekijää; korkea työuupumus piste-määrä; lääkäri diagnosoinut	32 naistoimihenkilöä; toinen interventio (perinteinen kuntoutus)
de Vente ym. 2008; NL ⁵⁸	Työntekijät sairauslomalla työstressin vuoksi; värvättiin terveyden huollon tai median avulla; RCT	28 + 28 työntekijää; työperäinen neuratenia puhelinhaastattelun perusteella	26 työntekijää; sairauslomalla työperäisen stressin vuoksi; tavanomainen hoito
Peterson ym. 2008; SE ⁵⁹	Kunnanviraston työntekijät; osallistuivat kyselyyn; RCT	51 terveydenhuollon työntekijää; korkea työuupumus pistemäärä (EX > 75. percentiili)	80 terveydenhuollon työntekijää; korkea työuupumus; ei hoitoa
Grossi & Santell 2009; SE ⁶⁰	Naistyöntekijät sairauslomalla työhön liittyvien psykologisten ongelmien vuoksi; työterveyshuollon potilaita, sovitetut ryhmät	12 naistyöntekijää; diagnoosi F43.9	12 naistyöntekijää; sairauslomalla F43.9; toinen interventio (perinteinen kuntoutus ja yhteistyö työnantajan kanssa)
Meesters & Waslander 2009; NL ⁶¹	Työntekijät diagnoosilla (työhön liittyvä neutastenien); värvätty läheteistä ja median avulla	16 työntekijää; työperäinen neurastenien ja korkea työuupumus pistemäärä (EX > 3)	14 työntekijää; korkea työuupumus pistemäärä; odotuslistalla
Stenlund ym. 2009; SE ⁶²	Työntekijät sairauslomalla (>25%) työuupumuksen vuoksi, stressiklinikan potilaita; RCT	58 työntekijää; työuupumusdiagnoosi terveystarkastuksen perusteella ja korkea työuupumus pistemäärä (>4.6)	49 työntekijää; sairauslomalla työuupumuksen vuoksi; toinen interventio (Qigong ja työhön kuntoutus)
Günösen & Üstun 2010; TR ⁶³	Naissairanhoidajat yhdestä sairaalasta; osallistuivat kyselyyn; RCT	15 + 13 sairaanhoitajaa; korkea työuupumus piste-määrä (EX yli medianin)	36 sairaanhoitajaa; korkea työuupumus piste-määrä; odotuslistalla
Karlsson ym. 2010; SE ⁴⁷	Työntekijät sairauslomalla työuupumuksen vuoksi; rekisteristä; sovitetut ryhmät	74 työntekijää; työperäinen ekshaustio (F43) kyselyyn, haastattelun ja terveystarkastuksen perusteella	74 työntekijää sairauslomalla; eivät osallistuneet interventioon; ei hoitoa
Saganha ym. 2012; PT ⁶⁴	Fysioterapeutit 19 sairaalasta; osallistuivat kyselyyn; RCT	8 fysioterapeuttia; korkea työuupumus pistemäärä (EX > 26)	8 fysioterapeuttia; korkea työuupumus piste-määrä; odotuslistalla

**Alussa (työntekijöiden osuus, jotka suostuivat tutkimukseen niistä, jolle tarjottiin mahdollisuutta) ja seurannan aikana (työntekijöiden osuus, jotka osallistuivat ensimmäiseen seurantakyselyyn niistä, jotka valittiin tutkimukseen).*



Mittari	Poissulku	Interventio	Kesto	Tulokset	Aktiivisuus*
MBI	Päihteiden käyttö, terapia, muut ongelmat	Yksilöllinen: Ryhmä CBT ja uravalmennus	3 pv ja 3 kertaa 6 kk aikana, 1 kk seuranta	EEI, PAI koe- ja toinen interventioryhmässä ei hoitoaryhmään verrattuna; DEP↔	26%, 89%
BBI	Ei mainintaa	Yksilöllinen: Ryhmäterapia	16 pv 9 kk aikana, 1 kk seuranta	TyöuupumusI koeryhmässä kontrolliryhmään verrattuna	100%, 92%
MBI	Mielenterveys-ongelmat, terapia	Yksilöllinen: CBT Yhdistetty: CBT ja työpaikkatapaamiset	11 x 45 min 22 vk aikana, 6 kk seuranta 5-6 x 1 t kahdesti viikossa ja kotitehtävät, tapaaminen joka 3. kk, 6 kk seuranta	EEI, DEPI koe- ja kontrolliryhmässä; PA↔ Lyhyempi aika työhön paluuseen yhdistetty-ryhmässä yksilölliseen ja kontrolliryhmään verrattuna.	34%, 91%
CBB	Ei mainintaa	Yksilöllinen: Psyko-didaktinen työpaja	16 x 1-2 t, 3 kk seuranta	EEI, DEPI, dPAI koeryhmässä kontrolliryhmään verrattuna	Ei mainintaa, 100%.
SMBQ	Mielenterveys-ongelmat, muut sairaudet, päihteiden käyttö	Yksilöllinen: CBT Yksilöllinen: Kunto-ohjelma	2 x 3 t viikossa 10 vk aikana, 12 kk seuranta 2 kertaa viikossa 10 vk ajan.	TyöuupumusI CBT koeryhmässä kontrolliryhmään verrattuna; ei eroa 6 kk jälkeen Työssäolo ↔	100%, 89%
MBI-GS	Ei mainintaa	Yhdistetty: Kuntoutus ja työpaikkatapaamiset	12 pv ja 5 pv vuoden aikana	EXI, CYI koeryhmässä kontrolliryhmään verrattuna, dPE↔	93%, 86%
MBI-GS	Muut sairaudet, päihteiden käyttö	Yksilöllinen: Stressinhallinta-ohjelma (CBT-pohjainen) Yksilöllinen: Stressinhallinta ryhmä (CBT-pohjainen)	12 t ja kotitehtävät 4 kk aikana, 3 ja 6 kk seuranta 12 x 2 t ja kotitehtävät 4 kk aikana, 3 ja 6 kk seuranta	EXI, CYI koe- ja kontrolliryhmässä; PE↔ PoissaolotunnitI, työhön paluuI koe- ja kontrolliryhmässä	84%, 80%
OLBI	Ei mainintaa	Yksilöllinen: Vertaistukiryhmä	10 x 2 t viikossa ja 2 t 4 vk jälkeen, 12 kk seuranta	EXI, CYI koe- ja kontrolliryhmässä	20%, 94%
KES	Ei edellytyksiä osallistua ryhmään	Yhdistetty: Stressinhallinta-ryhmä, tapaamiset esimiehen kanssa ja perinteinen kuntoutus	12 x ½ pv kahdesti viikossa 3 kk aikana, 6 ja 12 kk seuranta (työuupumus); 1, 3, 5 v seuranta (sairausloma)	TyöuupumusI koeryhmässä kontrolliryhmään verrattuna SairauspoissaolotI koe- ja kontrolliryhmässä	100%, 96%
MBI-GS	Muut sairaudet, vuorotyö, hoidossa	Yksilöllinen: Valohoito	10 x 45 min 22 pv aikana	EX↔, CY↔, dPE ↔ Oireiden vakavuusI koeryhmässä kontrolliryhmään verrattuna	Ei mainintaa; 100%
SMBQ	Muut sairaudet, työttömyys, päihteiden käyttö, hoidossa	Yksilöllinen: Ryhmä CBT, Qigong ja työhön kuntoutus	30 x (3 + 1) t viikossa ja 1 kerta vuoden aikana, 6 ja 12 kk seuranta	TyöuupumusI koe- ja kontrolliryhmässä PoissaolotI koe- ja kontrolliryhmässä	86%, 77%
MBI	Ei mainintaa	Yksilöön liittyvä: Kognitiivinen stressinhallinta Yksilöllinen: Vertaistukiryhmä	1½-2 t viikossa 7 viikon ajan, 6 kk seuranta	EEI koe- ja kontrolliryhmässä, ei vaikutusta 6 kk jälkeen., DEP↔, PA↔	96%, 39%
MBI-GS	Muut sairaudet	Yhdistetty: Ryhmäseminaari, arviointi ja työterveysneuvottelu	½ pv seminaari, 1½ t tapaaminen, 80 vk seuranta	PoissaolotI koeryhmässä kontrolliryhmään verrattuna	41%, 86%
MBI	Huono fyysinen kunto, aiempi kokemus Qigong:sta, terapis- sa, aktiivikuntoilija	Yksilöön liittyvä: Qigong	20 min päivittäin viikon ajan ja 2 x 5 min päivittäin 2 vk ajan	EEI, DEPI koeryhmässä kontrolliryhmään verrattuna, PA↔	70%, 100%

Lyhenteet: RCT=satunnaistettu kontrolloitu tutkimus; EE, EX=uupumusasteinen väsymys; DEP=depersonalisaatio; PA=ammattillinen aikaansaamisen tunne; dPA=alentunut ammatillinen aikaansaamisen tunne; CY=kyynistyneisyys; PE=ammattillinen itsetunto; dPE=alentunut ammatillinen itsetunto; CBT=kognitiivis-behavioraalinen terapia; RTW=työhön paluu; MBI=Maslach Burnout Inventory; MBI-GS=Maslach Burnout Inventory-General Survey; BBI=Bergen Burnout Inventory; OLBI=Oldenburg Burnout Inventory; SMBQ=Shirom-Melamed Burnout; Questionnaire; KES=Karolinska Exhaustion Scale; CBB=Cuestionario Breve de Burnout; I=vähemmän; ↔=ei muutosta; †=lisääntyminen

4.1.2 Työuupumuksen arviointimenetelmät

Maslachin työuupumusmittarit MBI ja MBI-GS oli käytetyimpiä työuupumuksen arviointiin, kumpikin esiintyi neljässä tutkimuksessa.^{11,65-67} Kahdessa tutkimuksessa oli käytetty Shirom-Melamed -työuupumuskyselyä (SMBQ),^{68,69} yhdessä Bergen Burnout Indicator-kyselyä (BBI),⁷⁰ yhdessä Oldenburg Burnout Inventory -kyselyä (OLBI),⁷¹ yhdessä Karolinska Exhaustion Scale-kyselyä (KES)⁷² ja yhdessä Cuestionario Breve de Burnout-kyselyä (CBB).⁵⁵

4.1.3 Interventioiden sisältö ja vaikutukset

Arviointiin valikoituneissa 14 tutkimuksessa arvioitiin kaikkiaan 18 interventiota, joista 14 (78 %) oli yksilöön kohdistuvia ja neljässä (22 %) oli yhdistetty sekä yksilöön että työhön kohdistuvia menetelmiä. Yhdessäkään tutkimuksessa interventiota ei oltu kohdistettu pelkästään työhön.

Yksilöön kohdistuvien interventioiden sisältö vaihteli huomattavasti. Yleisin oli kognitiivis-behavioraaliseen terapiaan (CBT) perustuvaa menetelmää, jota oli käytetty kuudessa interventiossa:

- Ryhmässä toteutetun CBT-ohjelman (kahdesti viikossa 3 tuntia kerrallaan 10 viikon aikana) jälkeen työuupumus oli vähentynyt kuuden kuukauden seurannassa verrattuna kontrolliryhmään, joka sai tavanomaista hoitoa, mutta kahdentoista kuukauden seurannassa koe- ja kontrolliryhmän välillä ei enää ollut eroa.⁵⁶ Ryhmien välillä ei havaittu eroa työssä käynnin suhteen.
- Samankaltaisia tuloksia todettiin toisen ryhmässä toteutetun CBT-ohjelman (30 kertaa 3 tuntia viikossa vuoden aikana) jälkeen.⁶² Tässä CBT-ohjelmaan oli yhdistetty Qigong-harjoittelua (meditatiivista asennon, hengityksen ja keskittymisen harjoittelua) ja työhön kuntoutusta. Kontrolliryhmä osallistui vain Qigong-harjoitteluun ja työhön kuntoutukseen.
- Sen sijaan joko yksilökohtaisesti tai ryhmässä toteutetun CBT-pohjaisen stressinhallinta-harjoittelun (12 kertaa 4 kuukauden aikana) jälkeen ekshaustio- ja kyyntistyneisyys-oireet sekä sairauspoissaolotunnit vähenivät sekä koe- että kontrolliryhmässä kolmen ja kuuden kuukauden seurannassa.⁵⁸
- Vastaavasti strukturoidun CBT-ohjelman (11 kertaa 45 minuuttia 22 viikon aikana) jälkeen ekshaustio- ja depersonalisaatio-oireet olivat kuuden kuukauden seurannassa vähentyneet sekä koe- että kontrolliryhmässä.⁵⁴ Työhön paluussa ei havaittu eroa ryhmien välillä.

- Sen sijaan ryhmässä toteutetun CBT-ohjelman (3 päivää 6 kuukauden aikana) jälkeen, johon liittyi myös uraohjausta (3 kertaa 6 kuukauden aikana), ekshaustio-oireet vähenivät ja ammatillinen aikaansaamisen tunne lisääntyi verrattuna kontrolliryhmään, joka ei saanut hoitoa tai ryhtynyt oma-aloitteisesti toimimaan toisin kuin aiemmin.⁵² Kontrolliryhmässä, johon kuuluvat olivat ryhtyneet oma-aloitteisesti toimiin uupumuksen vähentämiseksi, tulokset olivat samanlaisia kuin CBT-ryhmään ja uraohjaukseen osallistumisen jälkeen.

Viidessä yksilöön kohdistuneessa interventiossa oli käytetty muita psykologisia menetelmiä:

- Psyko- tai sosiodraamaan perustuvan analyttisen tai toiminnallisen ryhmäterapian (16 päivää 9 kuukauden aikana) jälkeen työuupumus väheni kuukauden seurannassa arvioituna, kun tuloksia verrattiin kontrolliryhmään, joka odotti interventioon pääsyä.⁵³
- Samaten psyko-didaktinen työpaja (16 kertaa 1-2 tuntia) vähensi työuupumusta kolmen kuukauden seurannassa vuoroaan odottavaan kontrolliryhmään verrattaessa.⁵⁵
- Edelleen kognitiivisen selviytymiskeinojen harjoittelun tai vertaisryhmään osallistumisen (90 minuuttia viikossa 7 viikon ajan) jälkeen ekshaustio väheni intervention aikana kontrolliryhmään verrattuna mutta kuuden kuukauden seurantajakson kuluttua ryhmien välillä ei enää ollut eroa.⁶³
- Toiseen vertaistukiryhmä-interventioon osallistumisen jälkeen (10 kertaa 2 tuntia viikossa ja sitten 2 tuntia 4 viikon jälkeen) ekshaustio- ja kynnistyneisyysoireet vähenivät sekä koe- että kontrolliryhmässä.⁵⁹

Kolmessa yksilöön kohdistuneessa interventiossa oli käytetty fyysisiä tai fysiologisia menetelmiä:

- Meditatiivinen asennon, hengityksen ja keskittymisen harjoittelu (White Ball Qigong ohjattuna 20 minuuttia päivässä viikon ajan ja sitten itsenäisesti 2 kertaa päivässä 5 minuuttia kahden viikon ajan) vähensi ekshaustio- ja depersonalisaatio-oireita vuoroaan odottavaan kontrolliryhmään verrattuna.⁶⁴
- Sen sijaan fyysisen kuntoiluohjelman (2 kertaa viikossa 10 viikon ajan) jälkeen ei todettu muutosta työuupumusoireissa tai työstatuksessa, kun vaikutuksia verrattiin koeryhmää tavanomaista hoitoa saaneeseen kontrolliryhmään.⁵⁶
- Myöskään valohoidolla (10 kertaa 45 minuuttia 22 päivän aikana) ei ollut vaikutusta työuupumusoireisiin, kun tuloksia verrattiin vuoroaan odottavaan kontrolliryhmään.⁶¹

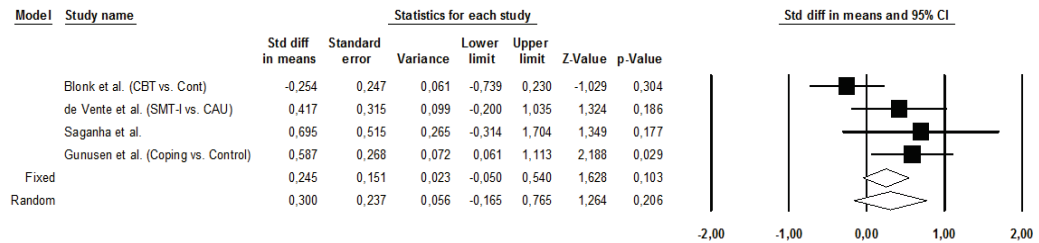
Yhteistä niille neljälle interventiolle, joissa oli yhdistetty yksilöön ja työhön kohdistuvia menetelmiä, olivat työpaikan edustajien tapaamiset, joiden tarkoituksena oli mahdollistaa muutosten aikaan saanti työpaikalla.

- Kun tapaamiset yhdistettiin perinteiseen kuntoutukseen⁵⁷ tai stressinhallintaryhmään,⁶⁰ työuupumus väheni vain yksilökeskeiseen ryhmään osallistuneeseen kontrolliryhmään verrattuna. Lisäksi jälkimmäisessä tutkimuksessa sairauspoissaolot vähenivät sekä koe- että kontrolliryhmässä.
- Kun tapaamiset yhdistettiin lyhyeen CBT-pohjaiseen stressinhallintaohjelmaan,⁵⁴ interventioon osallistuneet palasivat nopeammin töihin kuuden kuukauden jälkeen, vaikka työuupumusoireissa ei havaittu eroa koe- ja kontrolliryhmän välillä (ei hoitoa tai vain CBT).
- Samoin poissaolopäivien määrä väheni 80 viikon mittaisen seurannan aikana,⁵⁷ kun interventio sisälsi kokonaisvaltaisen arvioinnin, työterveysneuvottelun ja puolipäiväisen seminaarin stressistä (psykoedukaatio). Tässä tutkimuksessa kontrolliryhmän muodostivat henkilöt, jotka eivät halunneet osallistua interventioon.

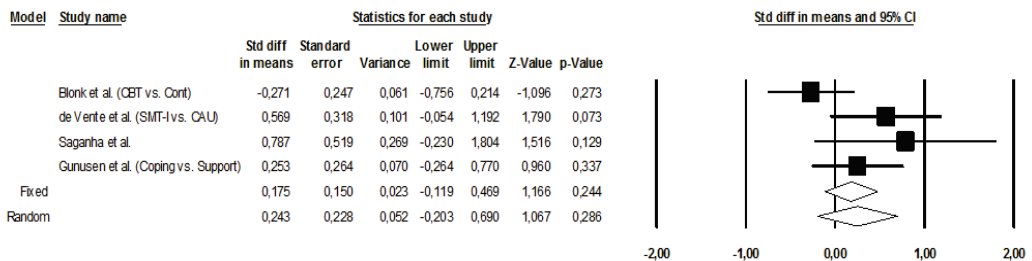
4.2 Yksilöön kohdistuneiden interventioiden vaikuttavuus

Meta-analyysin tekemiseksi neljästätoista katsaukseen valikoituneesta tutkimuksesta neljä oli riittävän samanlaisia ja laadukkaita, jotta interventioiden vaikuttavuudesta kertovien tulosten yhdistäminen oli järkevää.^{54,58,63,64} Näissä neljässä oli tutkittu yksilöön kohdistuvan intervention vaikutusta työuupumuksen oireisiin, käytetty RCT-asetelmaa, operationalisoitu ja arvioitu työuupumus samalla tavalla sekä käytetty kontrolliryhmänä joko ilman hoitoa jääneitä tai vuoroaan odottavia uupuneita työntekijöitä. Niistä tutkimuksista, joissa oli arvioitavana useampi kuin yksi interventio, valitsimme meta-analyysiin sen yhden intervention, joka eniten muistutti muita interventioita. Meta-analyysin perusteella ekshaustiosta ja kynnistyneisyydestä kertovat oireet eivät vähentyneet yksilöön kohdistuneiden interventioiden seurauksena. Tulokset on esitetty Kuvioissa 2 ja 3.

Kuvio 2. Yksilöön kohdistuneiden interventioiden vaikutus uupumusasteiseen väsymykseen RCT-tutkimuksissa.



Kuvio 3. Yksilöön kohdistuneiden interventioiden vaikutus kynnistyneisyyteen (depersonalisaatioon) RCT-tutkimuksissa.



4.3 Toipumista ja työhön paluuta edistävät tekijät toimijoittain

Laadullisia tutkimuksia, jotka valottivat työuupumuksesta toipumista, löytyi viisi.⁷³⁻⁷⁷ Näissä kuvattiin toipumisen prosessia ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Nämä tekijät liittyivät työterveyshuollon, työpaikan ja uupuneen työntekijän omaan toimintaan.

4.3.1 Työterveyshuollon henkilöstö

Työuupumuksesta toipuminen tapahtuu vaiheittain. Työterveyshuollon henkilökunta voi edistää työntekijän toipumista tukemalla työntekijän siirtymistä prosessissa eteenpäin. Toipumista edistäviksi tekijöiksi työterveyshuollossa todettiin:

- hyvä kohtaaminen, työntekijän kokemus kuulluksi ja ymmärretyksi tuleminen
- psykoedukaatio: tiedon jakaminen siitä, mitä uupumus on, miten se kehittyy, kuinka yleistä se on ja miten siitä toivutaan
- vertaistuen tarjoaminen: muiden kokemusten ja ratkaisujen kuuleminen auttaa
- ratkaisukeskeisyys: keskittyminen tulevaan, tietoisten valintojen tukeminen
- tarjottavien hallintakeinojen räätälöinti tilanteeseen ja henkilön voimavaroihin sopiviksi: kaikki ei sovi eikä ole mahdollista kaikille
- ylläpitävän tuen tarjoaminen myös toipumisen ja työhön paluun jälkeen.

Työntekijän näkökulmasta todettiin tärkeäksi, että työntekijä ottaa vastuu omasta elämästään ja hyvinvoinnistaan. Työterveyshuollon toimijat voivat tukea seuraavien asioiden työstämisessä.

- kokonaisvaltainen ymmärrys siitä, miten ja miksi työntekijä on tilanteeseensa joutunut
- omien kokemusten ja tuntemusten havainnointi ja arviointi
- itsesyyttelyn lopettaminen
- itselle asetettavien vaatimusten kohtuullistaminen
- oman rajallisuuden hyväksyminen
- omasta hyvinvoinnista säännöllisesti huolehtiminen
- elämän osa-alueiden saattaminen tasapainoon
- aktiivinen asenne tilanteen ratkaisemiseen
- myönteinen suhtautuminen ja osallistuminen kaikkeen mikä voisi auttaa.

4.3.2 Esimies ja muut työpaikan toimijat

Työpaikan näkökulmasta tuotiin esille esimiehen keskeinen rooli työhyvinvoinnin seuraajana ja edistäjänä. Etenkin työhön paluun yhteydessä käytännöllinen ja konkreettinen tuki oli havaittu palaajalle tärkeäksi. Tähän kuuluivat:

- Sen selvittäminen, mikä työtilanteessa oli vaikuttanut uupumiseen:

Tehtävänkuvan selkeyttäminen: Työhön syntyy kaaosta jatkuvista muutoksista ja pirstoutuvasta tehtävänkuvasta, jos kukaan ei kanna vastuuta työntekijän työtilanteen kokonaisuudesta.

Mahdollinen kokonaistyömäärä: Työt sovitaan ja niihin tehdään muutoksia yhteisesti. Tavoitteet mitoitetaan oikein. Tilannetta seurataan säännöllisesti.

Sopivat vaikutusmahdollisuudet omaan työhön: Esimies tarjoaa tilaisuuksia vastavuoroiseen vuorovaikutukseen säännöllisesti. Hän kuuntelee aidosti työntekijöitä.

Varhainen puuttuminen: Vaikeisiin tilanteisiin ja konflikteihin tartutaan heti.

- Työntekijän arvostaminen ja kannustaminen:

Työntekijöiden työpanos huomataan ja heille annetaan myönteistä ja tarvittaessa rakentavaa palautetta.

Syyllyttämistä vältetään.

Myös poissaolevaan työntekijään pidetään säännöllisesti yhteyttä ja viestitään, että hänen toivotaan palaavan.

- Työolojen muokkauksen ja muutoksen mahdollistaminen:

Ei luovuteta ennen kuin tilanteeseen on saatu aikaan todellinen muutos.

Myönteisten asioiden esille nostaminen kielteisten asioiden poistamisen lisäksi.

Suuntautuminen ratkaisukeskeisesti tulevaisuuteen.

- Hyvän paluun järjestäminen:

Työhön paluun tuen toimintamallin periaatteiden soveltaminen.

Koordinaattorin nimeäminen, joka vastaa työhön paluun käytännön asioista.

Tukihenkilön nimeäminen, jonka kanssa palaaja voi käydä asioita läpi arjessa.

- Tilanteen seuraaminen työhyvinvoinnin ja työkuormituksen osalta tehostetusti jonkin aikaa paluun jälkeen.

5 POHDINTA

Tässä hankkeessa toteutettiin ensimmäistä kertaa kokoava ja tiivistävä katsaus interventioista, jotka on suunnattu työuupumuksesta toipumiseen. Ennalta asetetut kriteerit täyttäneistä arviointitutkimuksista haettiin tiedot systemaattisesti. Tutkimusten valikointi toteutettiin kaksivaiheisena ja kahden tutkijan toimesta.⁴⁸ Tutkimuksia ei karsittu ajankohdan tai alkuperäiskielen mukaan.

Asetetut kriteerit täyttäviä interventiotutkimuksia löytyi niukasti. Läpikäydyistä 4430 potentiaalisesta abstraktista valittiin katsaukseen lopulta 14 tutkimusta, joissa oli arvioitu yhteensä 18 interventiota. Tämä kuvastaa hyvin työuupumukseen paneutunutta tutkimusta, joka on keskittynyt enemmän selvittämään uupumisen prosessia, kehittymiseen vaikuttavia tekijöitä ja seurauksia, kuin työuupumuksesta toipumista, sitä edistäviä ja vaikeuttavia tekijöitä.⁷⁸

Valtaosa (14/18) toteutetuista interventioista oli yksilöön kohdistuneita. Vastaava painotus on todettu aiemmissakin tutkimuksissa.⁷⁹ On mielenkiintoista, että työuupumusta pyritään sitkeästi vähentämään työntekijään vaikuttamalla, vaikka teoreettiset näkemykset työuupumuksesta korostavat työhön liittyvien tekijöiden merkitystä työuupumuksen kehittymisen ja jatkumisen taustalla.¹ On siis edelleen tarvetta kehittää ja kokeilla teoriaan pohjautuvia työuupumusinterventioita toipumisen edistämiseksi.

Yksilöön kohdistuvat interventiot olivat sisällöltään hyvin erilaisia. Yleisin muoto oli kognitiivis-behavioraaliseen terapiaan pohjautuva ohjelma työntekijän ajattelu- ja toimintatapojen muuttamiseksi. Sen lisäksi oli sovellettu muita psykologisia menetelmiä sekä fyysisiä tai fysiologisia menetelmiä. Systemaattisen katsauksen tulokset olivat kuitenkin siinä määrin ristiriitaisia, että niiden perusteella ei voida todeta jonkun interventiotyyppin johtaneen aina samanlaiseen tai parempaan tulokseen kuin jonkin toisen. Joidenkin tutkimusten mukaan interventiot onnistuivat tukemaan oireiden lievittymistä tai työhön paluuta, kun taas toisissa työuupumus lievittyi ja työhön paluu toteutui yhtä lailla sekä interventio- että kontrolliryhmässä, tai heti intervention jälkeen havaitut erot ryhmien välillä pienuivat seurannan aikana.

Riittävän homogeeniset ja laadukkaasti toteutetut tutkimukset otettiin mukaan meta-analyysiin, jonka tulokset tukivat systemaattisen katsauksen perusteella muodostunutta käsitystä. Kertyneen tiedon avulla pystytään toteamaan vain, että yksilöön kohdistuvat interventiot eivät varmuudella auta lieventämään työuupumuksen oireita. On kuitenkin epäselvää, johtuiko tämä interventioiden sisällöstä, tutkimusasetelmasta vai heikosta tilastollisesta voimasta.

Aiemmissä työstressin lievittämiseen ja työuupumuksen ehkäisyyn liittyviä tuloksia yhdistäneissä katsauksissa on raportoitu lupaavia tuloksia silloin, kun interventioihin on yhdistetty sekä yksilöön että työhön kohdistuvia toimenpiteitä.^{44,45,80,81} Tässä tutkimuksessa yhteinen elementti yhdistetyissä interventioissa oli keskustelu työpaikan edustajien kanssa työn muokkaamiseksi. Keskustelut oli yhdistetty erilaisten yksilöön kohdistuviin toimiin. Yhdistettyjen interventioiden vaikutuksista sekä interventioiden vaikutuksesta työhön paluuseen oli tuloksia kuitenkin niin niukasti ja nekin ristiriitaisia, minkä vuoksi niistä ei pystytty muodostamaan selkeää johtopäätöstä. Hankkeissa ei oltu arvioitu käytettyjen kustannusten ja saatujen hyötyjen suhdetta. Jotkut interventiot sisälsivät varsin mittavia ajallisia panostuksia. Näin ollen systemaattisen katsauksen ja meta-analyysin tulosten perusteella on mahdoton sanoa, miten työuupumuksen lieventämiseksi ja työhön paluun tukemiseksi tulisi tai kannattaisi toimia.

Neljässätoista tutkimuksessa käytettiin työuupumuksen arviointiin kuutta eri menetelmää, jotka pohjautuvat osin eri määritelmille työuupumuksesta. Jotkut arviointimenetelmät tuottivat työuupumuksen kokonaistasoa määrittävän summapistemäärän ja jotkut arvoivat työuupumuksen oireita erikseen. Myös tutkimuksissa käytetty kriteeri sille, mikä oli työuupumuksen kynnyсарvo, vaihteli. Arviointitutkimuksen tuloksia olisi ollut helpompi yhdistää ja vertailla, jos työuupumus olisi määritelty ja operationalisoitu samalla tavalla eri tutkimuksissa. Tällä hetkellä yhteisesti jaetun työuupumuksen määritelmän ja arviointikäytännön puute luo tutkimuksiin valtavaa heterogeenisutta ja vaikeuttaa näin johtopäätösten ja suositusten tekemistä toipumisen edistämisestä.

Katsaukseen sisältyi julkaisuharhan riski, sillä tutkimusten tuloksia, jotka päätyvät negatiivisiin tai nollatuloksiin, on vaikeampi saada julki.⁸² Tutkimuksia, jotka oli toteutettu länsimaiden ulkopuolella tai raportoitu muilla kuin latinalaisilla aakkosilla, ei otettu mukaan. Alkuperäiset tutkimukset olivat myös altistuneet valikointiharhalle, sillä aktiiviset työntekijät hakevat ja saavat apua todennäköisemmin kuin passiiviset.⁸³ Työntekijät saattoivat myös keskeyttää osallistumisena tutkimukseen tai seurantaan missä vaiheessa tahansa. Myös arviointitutkimukset oli toteutettu ja raportoitu hyvin heterogeenisesti, mikä edelleen vaikeutti niiden vertailua.

Hankkeessa kerättiin yhteen myös laadullisista tutkimuksista kertynyttä tietoa työuupumuksesta toipumista edistävästä tekijöistä. Tätä tietoa ei haettu systemaattisesti, joten se voi olla valikoitunutta. Laadullinen näyttö on luonteeltaan erilaista kuin määrällisistä tutkimuksista kertynyt. Se pyrkii kuvaamaan havaittuja ja esille tuotuja tekijöitä mutta sitä ei koetella sen toimivuuden tai yleisyyden suhteen. Niinpä ei varmuudella pystytty toteamaan, kuvaavatko havaitut lainalaisuudet kaikkia uupuneita ja voidaanko niillä aina edistää toipumista. Koska systemaattinen katsaus ja meta-ana-



lyysi eivät antaneet eväitä toimintaohjeiden laatimiseen, laadullisten tutkimusten tulosten yhteenvedon pohjalta koottiin suosituksia toipumisen ja työssä jatkamisen edistämiseksi. Näihin on suhtauduttava varauksella ja kokeiluluonteisesti. On suositeltavaa, että niiden toimivuutta testataan korkealaatuisessa tutkimusasetelmassa. Toimintaohjeen laatimiseksi siitä, milloin ja millainen interventio tukee työuupumuksesta toipumista, tarvitaan tutkimusta siis edelleen.

Työhön paluuseen vaikuttavia tekijöitä on tutkittu runsaasti muun muassa mielenterveyden häiriöön liittyvien sairauspoissaolojen yhteydessä sekä määrällisin että laadullisin menetelmin.⁸⁴⁻⁹¹ Näiden tutkimusten ja katsausten pohjalta on laadittu työhön paluun tuen toimintamalleja,⁹² joita on otettu käyttöön ja muokattu soveltuviksi useilla työpaikoilla. Näiden toimintamallien soveltaminen myös työuupumuksesta kärsivien työntekijöiden kohdalla on perusteltua Koska työuupumus itsessään ei oikeuta sairauspoissaoloon, työntekijöillä, joilla on sairauspoissaolo työuupumuksen yhteydessä, on oltava jokin työkyvyttömyyttä aiheuttava sairaus. Tämä on todettu myös tutkimuksissa.¹⁶ Niinpä työhön paluun tuen toimintamalleja voidaan hyödyntää myös työuupumuksen yhteydessä.

6 SUOSITUKSET

Laadullisiin tutkimuksiin ja työhön paluun toimintamalleihin perustuen koottiin joukko suosituksia työterveyshuolloille ja työpaikoille tekijöistä, jotka saattavat auttaa lievittämään työuupumuksen oireita ja edistämään työssä jatkamista.

Työterveyshuollon edustajien rooli ja toiminta:

- Jokainen työntekijän kohtaaminen voi olla toipumisen alku. On tärkeää kuunnella työntekijää avoimin mielin. Työntekijä ryhtyy hakemaan ratkaisuja vasta, kun hän kokee ensin tulevansa kuulluksi ja ymmärretyksi.
- Työntekijän terveydentila ja elämäntilanne on selvitettävä. Väsymys voi kertoa monesta asiasta. Työn ongelmien lisäksi syynä voi olla fyysinen sairaus, psyykinen sairaus, epäterveet elämäntavat tai elämäntilanne. Kaikissa näissä tilanteissa työntekijän tukeminen ja työn muokkaaminen voivat auttaa ylläpitämään työntekijän työkykyä. Välitön hoito määräytyy oireiden mukaan. Perimmäisen uupumisen syytekijän selvittäminen ja muokkaaminen auttavat uupunutta työntekijää yleensä parhaiten pidemmällä tähtäimellä.
- Psykoedukaatiosta on yleensä apua. Keskustelun omaisesti on hyvä läpi käydä, mistä uupumus kertoo, mitä itse voi tehdä hyvinvointinsa kohentamiseksi ja mistä asioista tulee keskustella esimiehen kanssa. Yksilöä tukevat toimet ja mahdollinen sairausloma eivät kuitenkaan yksinään riitä työuupumuksesta toipumiseen.
- Kun työntekijä on työkykyinen, hänet tulee ohjata esimiehen puheille keskustelemaan työtilanteen haasteista ja muokkaamisesta. On selvitettävä, millaisilla muutoksilla ja kehittämistoimilla työntekijä pystyy jatkamaan ja suoriutumaan tehtävässään. Työterveyshuollon henkilöstö voi tarvittaessa neuvoa esimiestä.
- Kun työntekijän työkyky on alentunut, arvioidaan mahdollisuudet työskennellä määräaikaaisesti muokatussa tai kevennetyssä työssä sekä sairausloman ja hoidon tarve. Niiden perusteena ovat työntekijän työkykyä alentavat oireet. Työuupumus ei yksinään oikeuta etuuksiin.
- Yksilöllistä tukea tarjotaan työntekijälle soveltuen ja mahdollisuuksien mukaan. Stressinhallintakoulutus ja vertaisryhmään osallistuminen voivat olla avuksi.
- Mikäli uupunut työntekijä on ollut pitkällä sairauslomalla, työhön paluuvaiheessa sovelletaan työhön paluun tuen toimintamallia, mikäli työpaikalle on sellainen laadittu. Työterveyshuollon on hyvä toimia yhteistyössä työpaikan kanssa, arvioida työhön paluun oikea ajankohta, huolehtia työterveysneuvottelun järjestämisestä ennen työhön paluuta sekä tarjota harkittavaksi osasairauspäivärahan mahdollisuutta.
- Työuupuneen työntekijän tilannetta on hyvä seurata jonkin aikaa toteutettujen toimenpiteiden jälkeen.



Teemoja uupuneen työntekijän yksilölliseen tukeen:

- Vaikka ihminen pystyy paljon, voivat jaksamisen rajat työssä joskus tulla vastaan. Tämä ei tarkoita epäonnistumista vaan kertoo muutoksen tarpeesta. Vakavaan työuupumukseen, jossa väsymyksestä ja asennemuutoksista kertovia oireita esiintyy viikoittain, liittyy usein sairauksia ja työkyvyn laskua.
- Jokainen ihminen on viime kädessä itse vastuussa omasta hyvinvoinnistaan. Tämä tarkoittaa huonosta tilanteesta keskustelemista, ratkaisun etsimistä tai avun hakemista. Työnantaja ja lähiesimies sen edustajana vastaavat siitä, että työ ei aiheuta vaaraa työntekijöiden terveydelle. Yhdessä toimien tulee edistää hyviä ratkaisuja.
- Työuupumuksesta voi toipua. Aina voi tehdä jotain tilanteen parantamiseksi. Pysyvä toipuminen edellyttää muutoksia sekä työssä että omissa toimintatavoissa ja asenteissa. Elämän myönteisistä asioista voi ammentaa voimavaroja muutokseen.
- Työterveyshuollossa arvioidaan oireiden vakavuus sekä hoidon ja sairauspoissaolon tarve.
- Kun voimavarat alkavat palautua, järjestetään työterveysneuvottelu työntekijän, esimiehen ja työterveyshuollon edustajan kesken työjärjestelyistä sopimiseksi.
- Työntekijä voi itse monin tavoin vahvistaa hyvinvointiaan. Riittävä lepo, monipuolinen ravinto ja soveltuva ulkoilu ja kuntoilu luovat hyvinvoinnin perustan. Palautumisesta on syytä huolehtia päivittäin. Levon lisäksi tarvitaan vaihtelua ja mieleisiä asioita mieltä virkistämään. Väsymyksestä huolimatta kannattaa lähteä liikkeelle ja osallistua avoimesti asioihin, joista voisi olla apua. Myönteiset läheiset ihmissuhteet ovat avuksi.
- Osaaminen sekä rakentava ja ratkaisukeskeinen asenne auttavat työssä eteenpäin. Jaksamisen haasteet ja osaamisen kehittämisen tarve ovat pitkälti kaikille yhteisiä. Vertaisten kanssa jutellessa kuulee muiden ratkaisuista ja saa kokeiltavaksi uusia ideoita.
- Itseään on tärkeää hemmotella mutta palkitsemisen ei ole hyvä perustua pelkäämään sellaisille hetkessä hyvältä tuntuville tekijöille, jotka ovatkin huonoja pitkällä tähtäimellä (esim. makeat herkut tai alkoholi). On hyvä ottaa huomioon elämän koko kirjo. Työ on yksi tärkeä osa-alue elämässä. Siltä ei pidä vaatia liikoa, kuten ei itseltäkään.
- Stressinhallintaa ja rentoutumista voi harjoitella itse tai ryhmässä. Osallistumisesta vertaisryhmään voi olla apua.



- Työuupumus ei yksinään oikeuta sairauslomaan. Sairausloman tarve määritellään työkykyä alentavien oireiden perusteella.
- Jos työntekijä on ollut työuupumuksen vuoksi pitkän poissa työstä, ennen työhön paluuta järjestetään työterveysneuvottelu, jossa keskustellaan työn muokkaamisen tarpeesta ja keinoista esimiehesi ja työterveyshuollon edustajan kesken. Paluuvaiheeseen voidaan määritellä väliaikainen kevennetty tehtäväkuva. Kannattaa myös harkita palaamista asteittain osasairauspäivärahan tuella.

Työpaikan toimintamahdollisuudet:

- On hyväksyttävä, että ihmiset ovat erilaisia. Joku osaa, jaksaa ja pystyy venymään eri tavalla kun toinen. Asiat voi kuitenkin aina tehdä monella tavalla. Siksi kannattaa kuunnella ehdotuksia avoimin mielin ja yrittää räätälöidä yksilöllisiä ratkaisuja mahdollisuuksien mukaan. On hyödyllistä, että suomalaiset ovat pitkään mukana työelämässä. Pitkällä tähtäimellä joustoilla ja tuen avulla saadaan yleensä aikaan parempia tuloksia kuin olemalla jyrkkä ja vaativa.
- Jokainen työntekijän ilmaisema tai esimiehen kokema huoli työntekijän kuormittumisesta tai jaksamisongelmista on otettava vakavasti. Työturvallisuuslaki velvoittaa esimiestä työnantajan edustajana huolehtimaan siitä, että työ ei aiheuta vaaraa työntekijän terveydelle. Asiaa pitää käsitellä avoimin mielin, työntekijää syyllistämättä.
- Huonosti järjestetty työtilanne ja työntekijän pitkäkestoinen kuormittuneisuus alentavat ennen pitkää työntekijän aikaansaamista, työn laatua ja työkykyä sekä hänen yksikkönsä tuottavuutta. Mahdollisimman varhainen puuttuminen ongelmiin kannattaa, sillä pitkään jatkuneita ongelmatilanteita on vaikea korjata ja ne aiheuttavat yleensä kuluja poissaoloina ja varhaisina eläkkeinä.
- Vakavassa työuupumustilanteessa pelkkä sairausloma ja yksilöä tukevat toimet eivät riitä toipumiseen. Työssä on toteutettava muutoksia niissä tekijöissä, jotka ovat vaikuttaneet uupumisprosessiin. Monessa tilanteessa työn muokkaus auttaa työkyvyn säilymiseen vaikka työ ei olisi ongelman varsinainen ydin.
- Esimiehellä on keskeinen rooli työkuormituksen hallinnassa. Esimiehen tulee ylläpitää keskusteluyhteyttä työntekijään, seurata hänen kuormitustaan ja hyvinvointiaan sekä kantaa vastuuta kokonaistilanteesta.
- Esimies ei ole yksin haasteiden kanssa. Hän saa apua monelta taholta, esimerkiksi työterveyshuollosta, työsuojeluorganisaatiosta sekä henkilöstöhallinnosta. Pie-nissä yrityksissä kannattaa hakea neuvoja kollegoilta, asiantuntijalaitoksista, yrittäjäjärjestöiltä ja julkisten organisaatioiden verkkosivustoilta.



- Työpaikalla kannattaa laatia jo ennakkoon yleiset varhaisen tuen ja työhön paluun tuen toimintamallit, joita voi hyvin soveltaa työuupumuksen yhteydessä. Työterveyshuolto auttaa näiden laatimisessa ja kouluttaa esimiehiä niiden soveltamisessa. Ennaltaehkäisevään toimintaan on syytä kiinnittää erikseen erityistä huomiota työuupumuksen ehkäisemiseksi.
- On tärkeää viestiä työntekijälle, että hänen toivotaan jatkavan työssä. Yhteyttä pidetään myös poissaolon aikana ja viestitään, että työtä voidaan tarvittaessa muokata.
- Työterveyshuollossa arvioidaan työhön paluun oikea ajankohta mutta paluussa on hyvä huomioida myös koko työyhteisön tilanne. Työyhteisöä tulee valmistaa paluuseen ja kertoa mahdollisista muutoksista työtehtävissä ja niiden vaikutuksista muiden työhön. Työyhteisön tuki vaikuttaa oleellisesti paluun onnistumiseen.
- On tärkeää että työhön paluuseen liittyvät käytännön järjestelyt vastuutetaan työpaikalla ja paluun onnistumista seurataan. Koska työhön paluulla on toipumista viimeistelevä vaikutus, paluuta voidaan suositella vaikka työntekijällä saattaa vielä olla oireita jäljellä. Paluuvaiheeseen voidaan sopia määräajaksi kevennetty tehtävän kuva ja harkita osasairauspäivärahavaihtoehtoa. Yhteistyö työterveyshuollon kanssa on tarpeen koko prosessin ajan.

Tulevan tutkimus- ja kehittämistoiminnan näkökulma:

- Työuupumuksen vähentämiseksi olisi kehitettävä ja arvioitava teoriaan perustuvia työuupumusinterventioita.
- Yhteisesti hyväksytystä yhtenäisestä käytännöstä työuupumuksen määrittelemiseksi ja operationalisoimiseksi olisi hyötyä, jotta arviointitutkimukset olisivat keskenään vertailukelpoisia.
- Tutkimukset työuupumusinterventioiden vaikutusten arvioimiseksi on toteutettava korkealaatuisesti tieteellisten kriteerien mukaisesti.
- Työuupumusinterventioiden vaikuttavuutta on arvioitava myös käytetyn panostuksen ja saadun hyödyn suhteen.



LÄHTEET

1. Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. (2001) Job Burnout. *Annual Review of Psychology* 52, 397-422.
2. Suvisaari, J., Ahola, K., Kiviruusu, O., Korkeila, J., Lindfors, O. ym. (2012) Psykkiset oireet ja mielenterveyden häiriöt. Teoksessa Koskinen S., Lundqvist A & Ristiluoma N. (toim.) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*, 96-107. Raportti 68/2012. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus.
3. Kaikkonen, R., Murto, J., Pentala, O., Koskela, T., Virtala, E. ym. *Terveys- ja hyvinvointierot suurissa kaupungeissa 2013 - ATH-tutkimuksen tuloksia*. Helsinki: THL.
4. Sauni, R., Lagerstedt, R. & Ahola, K. (2011) Miten työuupumusta hoidetaan työterveyshuollossa? *Suomen Lääkärilehti* 66, 1212-1213.
5. Ahola, K. & Hakanen, J. (2014) Burnout and health. Teoksessa M. P. Leiter, A. B. Bakker & C. Maslach (toim.) *Burnout at Work. A Psychological Perspective*, s. 10-31. London: Psychology Press.
6. Ricci, J. A., Chee, E., Lorandeanu, A. L. & Berger, J. Fatigue in the U.S. workforce: prevalence and implications for lost productive work time. (2007) *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 49, 1-10.
7. EU-OSHA (2014) Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks. https://osha.europa.eu/en/publications/literature_reviews/calculating-the-cost-of-work-related-stress-and-psychosocial-risks/view. Ladattu 7.7.2014.
8. Cox, T., Tisserand, M. & Taris, T. (2005) The conceptualization and measurement of burnout: Questions and directions. *Work & Stress* 19, 187-191.
9. Weber, A. & Jaekel-Reinhard, A. (2000) Burnout syndrome: a disease of modern societies. *Occupational Medicine* 50, 512-517.
10. Glass, L. S., Blais, B. R., Genovese, E., Goertz, M. N., Harris, J. S., ym. (2004) *Occupational Medicine Practice Guidelines. Evaluation and Management of Common Health Problems and Functional Recovery of Workers*, 2nd ed. Beverly Farms: OEM Press.
11. Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., Maslach, C. & Jackson, S. E. (1996) Maslach Burnout Inventory - General Survey (MBI-GS). Teoksessa C. Maslach, S. E. Jackson & M. P. Leiter (toim.) *Maslach Burnout Inventory Manual*, 3. painos. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press.
12. Kalimo, R., Hakanen, J. & Toppinen-Tanner, S. (2006) Maslachin yleinen työuupumuksen arviointimenetelmä MBI-GS. Helsinki: Työterveyslaitos.



13. WHO. (1992) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.
14. Mohren, D. C. L., Swaen, G. M. H., Kant, I., van Amelsvoort, L. G. P. M., Born, P. J. A. ym. (2003) Common infections and the role of burnout in a Dutch working population. *Journal of Psychosomatic Research* 55, 201-208.
15. Melamed, S., Shirom, A., Toker, S. & Shapira, I. (2006) Burnout and risk of type 2 diabetes: A prospective study of apparently healthy employed persons. *Psychosomatic Medicine* 68, 863-839.
16. Ahola, K. (2007) *Occupational burnout and health. People and Work Research Reports 81*. Helsinki: Työterveyslaitos.
17. Ahola, K., Koskinen, A., Kouvonen, A., Shirom, A. & Väänänen, A. (2010) Burnout as a predictor of mortality among industrial employees: ten-year prospective register-linkage study. *Journal of Psychosomatic Research* 69, 51-57.
18. Ahola, K., Salminen, S., Toppinen-Tanner, S., Koskinen, A. & Väänänen, A. (2013) Occupational burnout and severe injuries: An eight-year prospective cohort study among Finnish forest industry workers. *Journal of Occupational Health* 55, 450-457.
19. Armon, G., Melamed, S., Shirom, A. & Shapira, I. (2010) Elevated burnout predicts the onset of musculoskeletal pain among apparently healthy employees. *Journal of Occupational Health Psychology* 15, 399-408.
20. Hakanen, J. J. & Schaufeli, W. B. (2012) Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study. *Journal of Affective Disorders* 141, 415-424.
21. Toppinen-Tanner, S., Ahola, K., Koskinen, A. & Väänänen, A. (2009) Burnout predicts hospitalization for mental and cardiovascular disorders: 10-year prospective results from industrial sector. *Stress and Health* 25, 287-296.
22. Toker, S., Melamed, S., Berliner, S., Zeltser, D. & Shapira, I. (2012) Burnout and risk of coronary heart disease: a prospective study of 8838 employees. *Psychosomatic Medicine* 74, 840-847.
23. Toppinen-Tanner, S., Ojajarvi, A., Väänänen, A., Kalimo, R. & Jäppinen, P. (2005) Burnout as a predictor of medically certified sick-leave absences and their diagnosed causes. *Behavioral Medicine* 31, 18-27.
24. Ahola, K., Honkonen, T., Virtanen, M., Koskinen, S., Kivimäki, M. ym. (2008) Occupational burnout and medically certified sickness absence: a population-based study of Finnish employees. *Journal of Psychosomatic Research* 64, 185-193.



25. Ahola, K., Gould, R., Virtanen, M., Honkonen, T., Aromaa, A. ym. (2009a) Occupational burnout as a predictor of disability pension: a population-based cohort study. *Occupational and Environmental Medicine* 66, 284-290.
26. Ahola, K., Toppinen-Tanner, S., Huuhtanen, P., Koskinen, A. & Väänänen, A. (2009b) Occupational burnout and chronic work disability: An eight-year cohort study on pensioning among Finnish forest industry workers. *Journal of Affective Disorders* 115, 150-159.
27. Schaufeli, W. & Enzmann, D. (1998) *The burnout companion to study and practice: a critical analysis*. London: Taylor & Francis.
28. Schaufeli, W. B. & Bakker, A. B. (2004) Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior* 25, 293-315.
29. Hakanen, J. (2004) Työuupumuksesta työn imuun: työhyvinvointitutkimuksen ytimessä ja reuna-alueilla. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Työ ja Ihminen Tutkimusraportti 27. Helsinki: Työterveyslaitos.
30. Borritz, M., Bültmann, U., Rugulies, R., Christensen, K.B., Villadsen, E. ym. (2005) Psychosocial work characteristics as predictors for burnout: findings from 3-year follow up of the PUMA study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 47, 1015-1025.
31. Halbesleben, J. R. (2006) Sources of social support and burnout: a meta-analytic test of the conservation of resources model. *Journal of Applied Psychology* 91, 1134-1145.
32. Maslach, C. & Leiter, M. P. (2008) Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology* 93, 498-512.
33. Häusser, J. A., Mojzich, A., Niesel, M. & Schulz-Hardt, S. (2010) Ten years on: A review of recent research on the Job Demand-Control (-Support) model and psychological well-being. *Work & Stress* 24, 1-35.
34. Kay-Eccles, R. (2012) Meta-analysis of the relationship between co-worker social support and burnout using a two-level hierarchical linear model. *Western Journal of Nursing Research* 34, 1062-1063.
35. Seidler, A., Thinschmidt, M., Deckert, S., Then, F. & Hegewald, J. ym. (2014) The role of psychosocial working conditions on burnout and its core component emotional exhaustion - a systematic review. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology* 9, 10.



36. Kalimo, R., Pahkin, K., Mutanen, P. & Toppinen-Tanner, S. (2003) Staying well or burning out at work: work characteristics and personal resources as long-term predictors. *Work & Stress* 17, 109-122.
37. Mattila, A. K., Ahola, K., Honkonen, T., Salminen, J. K., Huhtala, H. ym.(2007) Alexithymia and occupational burnout are strongly associated in working population. *Journal of Psychosomatic Research* 62, 657-665.
38. Alarcon, G., Eschleman, K. J. & Bowling, N. A. (2009) Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work & Stress* 23, 244-263.
39. Swider, B. W. & Zimmerman, R. D. (2010) Born to burnout: A meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes. *Journal of Vocational Behavior* 76, 487-506.
40. Armon, G., Shirom, A. & Melamed, S. (2012) The big five personality factors as predictors of changes across time in burnout and its facets. *Journal of Personality* 80, 403-427.
41. Schaufeli, W. B. & Taris, T. W. (2005) The conception and measurement of burnout: common ground and worlds apart. *Work & Stress* 19, 256-262.
42. Bloom, M. (1996) Primary prevention practices. Thousand Oaks: Sage Publications.
43. Ahola, K. (2006) Työuupumustilanteen käsittely ja työuupuneen tukeminen. Teoksessa K. Ahola, S. Kivistö & M. Vartia (toim.) Työterveyspsykologia. Helsinki: Työterveyslaitos.
44. Awa, W. J., Plaumann, M. & Walter, U. (2010) Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Education and Counseling* 78, 184-190.
45. Westermann, C., Kozak, A., Harling, M. & Nienhaus, A. (2012) Burnout intervention studies for inpatient elderly care nursing staff: Systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.12.001>.
46. Hättinen, M. (2008) Treating job burnout in employee rehabilitation. Changes in symptoms, antecedents, and consequences. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research* 348. Jyväskylä: University of Jyväskylä.
47. Karlson, B., Jönsson, P., Pålsson, B., Åbjörnsson, G., Malmberg, G. ym. (2010) Return into work after a workplace-oriented intervention for patients on sick-leave for burnout – a prospective controlled study. *BMC Public Health* 10, 301.
48. Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtsche, P. C. ym. (2009) The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *PLoS Med* 6, e1000100.



49. Maslach, C., Leiter, M. P. & Schaufeli W. (2008) Measuring burnout. Teoksessa C. L. Cooper & S. Cartwright (toim.) *The Oxford handbook of organizational well-being*. Oxford: Oxford University Press.
50. Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P. T. & Rothstein, H. R. (2009) *Introduction to Meta-Analysis*. New York: John Wiley & Sons.
51. Lipsey, M. W. & Wilson, D. B. (2001) *Practical Meta-Analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.
52. Gorter, R. C., Eijkman, M. A. & Hoogstraten, J. (2001) A career counseling program for dentists: effects on burnout. *Patient Education and Counseling* 43, 23-30.
53. Salmela-Aro, K., Näätänen, P. & Nurmi, J. E. (2004) The role of work-related personal projects during two burnout interventions: a longitudinal study. *Work & Stress* 18, 208-230.
54. Blonk, R. W. B., Brenninkmeijer, V., Lagerveld, S. E. & Houtman, I. L. D. (2006) Return to work: A comparison of two cognitive behavioral interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed. *Work & Stress* 20, 129-144.
55. Roger, M. C., Abalo, J. G., Pérez, C. M., Ochoa I. I., Abalo, R. G. ym. (2006) El control of burnout syndrome de desgaste profesional o burnout en enfermería oncológica: Una experiencia de intervención. *Terapie Psicológica* 24, 39-53.
56. Heiden, M., Lyskov, E., Nakata, M., Sahlin, K., Sahlin, T. ym. (2007) Evaluation of cognitive behavioural training and physical activity for patients with stress-related illnesses: a randomized controlled study. *Journal of Rehabilitation Medicine* 39, 366-373.
57. Häätinen, M., Kinnunen, U., Pekkonen, M. & Kalimo, R. (2007) Comparing two burnout interventions: Perceived job control mediates decreases in burnout. *International Journal of Stress Management* 14, 227-248.
58. de Vente, W., Kamphuis, J. H., Emmelkamp, P. M. & Blonk, R. W. (2008) Individual and group cognitive-behavioral treatment for work-related stress complaints and sickness absence: a randomized controlled trial. *Journal of Occupational Health Psychology* 13, 214-231.
59. Petterson, U., Bergström, G., Samuelsson, M., Åsberg, M. & Nygren, Å. (2008) Reflecting peer-support groups in the prevention of stress and burnout: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing* 63, 506-516.



60. Grossi, G. & Santell, B. (2009) Quasi-experimental evaluation of a stress management programme for female county and municipal employees on long-term sick leave due to work-related psychological complaints. *Journal of Rehabilitation Medicine* 41, 632-638.
61. Meesters, Y. & Waslander, M. (2009) Burnout and light treatment. *Stress & Health* 26, 13-20.
62. Stenlund, T., Birgander, L. S., Lindahl, B., Nilsson, L. & Ahlgren, C. (2009) Effects of Qigong in patients with burnout: a randomized controlled trial. *Journal of Rehabilitation Medicine* 41, 761-767.
63. Günüşen, N. P. & Ustün, B. (2010) An RCT of coping and support groups to reduce burnout among nurses. *International Nursing Review* 57, 485-492.
64. Saganha, J. P., Doenitz, C., Greten, T., Effert, T. & Greten, H. J. (2012) Qijong therapy for physiotherapists suffering from burnout: a preliminary study. *Journal of Chinese Integrative Medicine* 10, 1233-1239.
65. Maslach, C. & Jackson, S. E. (1996) Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS). Teoksessa C. Maslach, S. E. Jackson, & M. P. Leiter (toim.) Maslach Burnout Inventory Manual, 3. painos. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
66. Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., Hoogduin, K., Schaap, C. & Kladler, A. (2001) On the clinical validity of the Maslach burnout inventory and the Burnout Measure. *Psychological Health* 16, 565-582.
67. Roelofs, J., Verbraak, M., Keijsers, G. P. J., de Bruin, M. B. N. & Schmidt, A. J. M. (2005) Psychometric properties of a Dutch version of the Maslach Burnout Inventory General Survey (MBI-DV) in individuals with and without clinical burnout. *Stress and Health* 21, 17-25.
68. Shirom, A. & Melamed, S. (2006) A Comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *International Journal of Stress Management* 13, 176-200.
69. Lundgren-Nilsson, Å., Jonsdottir, I. H., Pallant, J. & Ahlborg, G. Jr. (2012) Internal construct validity of the Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ). *BMC Public Health* 12, 1.
70. Salmela-Aro, K., Rantanen, J., Hyvönen, K., Tilleman, K. & Feldt, T. (2011) Bergen Burnout Inventory: reliability and validity among Finnish and Estonian managers. *International Archives in Occupational and Environmental Health* 84, 635-645.

71. Halbesleben, J. R. B. & Demerouti, E. (2005) The construct validity of an alternative measure of burnout: investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory. *Work Stress* 19, 208-220.
72. Saboonchi, F., Perski, A. & Grossi, G. (2013) Validation of Karolinska Exhaustion Scale: psychometric properties of a measure of exhaustion syndrome. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 27, 1010-1017.
73. Bernier, D. (1998) A study of coping: successful recovery from severe burnout and other reactions to severe work-related stress. *Work & Stress* 12, 50-65.
74. Fjellman-Wiklund, A., Stenlund, T., Steinholtz, K. & Ahlgren, C. Take charge: patients' experiences during participation in a rehabilitation programme for burnout. *Journal of Rehabilitation Medicine* 42, 475-481.
75. Holmgren, K. & Dahlin Ivanoff, S. (2004) Women on sickness absence--views of possibilities and obstacles for returning to work. A focus group study. *Disability and Rehabilitation* 26, 213-222.
76. Norlund, S., Fjellman-Wiklund, A., Nordin, M., Stenlund, T. & Ahlgren, C. (2013) Personal resources and support when regaining the ability to work: An interview study with exhaustion disorder patients. *Journal of Occupational Rehabilitation Journal of Occupational Rehabilitation* 23, 270-279.
77. Salminen, S., Mäkikangas, A., Hättinen, M., Kinnunen, U. & Pekkonen, M. (2015) My well-being in my own hands: Experiences of beneficial recovery during burnout rehabilitation. *Journal of Occupational Rehabilitation* 25, 733-741.
78. Shirom, A. (2003). Job-related burnout: A review. Teoksessa J. C. Quick & L. E. Tetrick (toim.) *Handbook of occupational health psychology*. Washington: American Psychological Association.
79. Ahola, K., Honkonen, T., Virtanen, M., Kivimäki, M., Isometsä, E., ym. (2007) Interventions in relation to occupational burnout: the population-based Health 2000 Study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 49, 943-952.
80. Lamontagne, A. D., Keegel, T., Louie, A. M., Ostry, A. & Landsbergis, P. A. (2007) A systematic review of the job-stress intervention evaluation literature, 1990-2005. *International Journal of Occupational and Environmental Health* 13, 268-280.
81. Ruotsalainen, J. H., Verbeek, J. H., Mariné, A. & Serra, C. (2015) Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Systematic Reviews* 4, CD002892.



82. Dickersin, K. (2005) Publication bias: Recognizing the problem, understanding its origin and scope, and preventing harm. Teoksessa H. R. Rothstein, A. J. Sutton & M. Borenstein (toim.), *Publication bias in meta-analysis: Prevention, assessment, and adjustments*. Chichester: John Wiley & Sons.
83. Pearce, N., Checkoway, H. & Kriebel, D. (2007) Bias in occupational epidemiology studies. *Occupational and Environmental Medicine* 64, 562-568.
84. Verdonk, P., de Rijk, A., Klinge, I. & de Vries, A. (2008) Sickness absence as an interactive process: Gendered experiences of young highly educated women with mental health problems. *Patient Education and Counseling* 73, 300-306.
85. Noordik, E., Nieuwenhuijsen, K., Varekamp, I., van der Klink, J. J. & van Dijk, F. J. (2011) Exploring the return-to-work process for workers partially returned to work and partially on long-term sick leave due to common mental disorders: a qualitative study. *Disability and Rehabilitation* 33, 1625-1635.
86. Andersen, M. F., Nielsen, K. M. & Brinkmann, S. (2012) Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 38, 93-104.
87. Hoefsmit, N., Houkes, I. & Nijhuis, F. Environmental and personal factors that support early return-to-work: A qualitative study using the ICF as a framework. (2014) *Work* 48, 203-215.
88. Durand, M.-J., Corbiere, M., Coutu, M.-F., Reinharz, D. & Albert, V. (2014) A review of best work-absence management and return-to-work practices for workers with musculoskeletal or common mental disorders. *Work* 48, 579-589.
89. Dewa, C. S., Trojanowski, L., Joosen, M. C. & Bonato, S. (2016) Employer best practice guidelines for the return to work of workers on mental disorder-related disability leave: A systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry* 61, 176-185.
90. Joyce, S., Modini, M., Christensen H., Mykletun, A., Bryant, R., Mitchell, P. B. & Harvey, S. B. (2016) Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. *Psychological Medicine* 46, 683-697.
91. Nigatu, Y. T., Liu, Y., Uppal, M., McKinney, S., Rao, S. ym. (2016) Interventions for enhancing return to work in individuals with a common mental illness: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychological Medicine*, julkaistu sähköisenä 9.9.2016.
92. Liira, J., Juvonen-Posti, P., Viikari-Juntura, E., Takala, E.-P., Honkonen, T. ym. (2012) Työterveyshuollon hyvät käytännöt - Työhön paluun tuki. Helsinki: Duodecim.

Liiallinen työkuormitus voi johtaa työntekijän uupumiseen, joka lisää työkyvyttömyyden riskiä. Työuupumuksen käsittelemiseksi ei kuitenkaan ole luotu yhtenäistä käytäntöä työterveyshuoltoon ja työpaikoille. Kokosimme tiedon työuupumuksen lievittämiseksi toteutetuista interventioista systemaattiseen katsaukseen ja arvioimme interventioiden vaikuttavuutta meta-analyysin avulla. Lisäksi kokosimme työuupumuksesta toipumista kartoittaneiden laadullisten tutkimusten antia.

Tulosten perusteella työuupuneille suunnattuja arviointitutkimuksia oli tehty melko vähän. Arvioidut interventiot olivat suuntautuneet pääosin yksilön tukemiseen. Meta-analyysin perusteella yksilöön suuntautuva interventio ei kuitenkaan takaa oireiden lievittymistä. Laadimme laadullisten tutkimusten tulosten perusteella suosituksia siitä, miten työuupumuksesta toipumista voidaan edistää työterveyshuollon ja työpaikan toimin.



Työsuojelurahasto

Arbetskyddsfonden
The Finnish Work Environment Fund

Työterveyslaitos
Arbetshälsoinstitutet
Finnish Institute of Occupational Health

PL 40, 00251 Helsinki

www.ttl.fi

ISBN 978-952-261-690-6 (nid.)

ISBN 978-952-261-689-0 (PDF)

