

Osaatko tunnistaa työuupumuksen ja hoitaa sitä?

Työuupumus on yleinen työhön liittyvä psyykkisen hyvinvoinnin ongelma. Lievä työuupumus voi olla nopeastikin ohimenevä oireiluvaihe sellaisilla henkilöillä, joilla työ on keskeinen elämänsisältö. Vakava työuupumus on useimmiten pitkäkestoinen tila, ja vaikeusasteeltaan sen oireisto vaihtelee. Työikäisiä hoitavat terveydenhuollon ammattilaiset tarvitsevat tietoa työhön liittyvän kuormittuneisuuden tunnistamisesta ja hoitokeinoista. Käytännön potilastyössä toimivan lääkärin olisi tärkeää havaita työuupumus ja osata erottaa se muista samantapaisista oireista aiheuttavista syistä. Työuupumuksen hoidossa yhdistyvät oireita ehkäisevät, hoitavat ja kuntouttavat toimenpiteet.

Työuupumuksella tarkoitetaan psykologista stressitilaa, joka syntyy pitkäaikaisen työhön liittyvän kuormituksen yhteydessä (Ruotsalainen ym. 2008). Sen ydinoireita ovat uupumusasteinen väsymys, kynnistyminen ja ammatillisen itsetunnon heikkeneminen (Maslach ja Jackson 1981). Työssä esiintyvään uupumukseen kiinnitettiin aluksi huomiota terveydenhuoltohenkilöstön piirissä, mutta sittemmin työuupumusoireyhtymää on todettu esiintyvän laajasti monilla eri toimialoilla asiantuntija- ja johtotehtävistä aina ruumiillisiin töihin.

Työuupumuksesta on tullut yleinen työterveysongelma Suomessa: viimeisimmän käytävissä olevan väestötutkimuksen mukaan yli neljänneksellä työikäisistä esiintyy jonkinasteisia työuupumusoireita ja oireet ovat vakavia 2,5 %:lla (Ahola ym. 2004). Työuupumuksen on todettu yleistyvän iän myötä varsinkin nai-

silla ja korostuvan muun muassa viikoittaisen työtuntimäärän kasvaessa – erityisesti silloin, kun työaika kertyy yli 55 tuntia viikossa (Kalimo ja Toppinen 1997). Uusimmassa suomalaisessa työoloja koskevassa kyselytutkimuksessa yli puolet vastanneista ilmoitti kokeneensa huolta työuupumuksen mahdollisuudesta. Tätä huolta toivat esiin enemmän kunnallisissa työtehtävissä toimivat verrattuna valtion ja yksityisen sektorin työntekijöihin (Eskola ym. 2009). Työuupumuksen yleisyys terveydenhuollossa työskentelevillä ei merkittävästi poikkea esiintyvyydestä väestötasolla (Ahola ja Hakanen 2010). Viimeksi mainitusta ei ole juuri saatavissa kansainvälisesti vertailukelpoisia lukuja. Ruotsissa viime vuosikymmenen alussa tehdyn tutkimuksen mukaan tiedetään kuitenkin, että työuupumus on ollut siellä yhtä yleistä kuin Suomessa (Hallsten ym. 2002).

Miten työuupumus kehittyy?

Työuupumusta lievempää työstressiä on selitetty erilaisten mallien avulla. Karasekin (1979) työstressimalli kuvaa tilannetta, jossa työn vaatimukset ovat liian suuret ja toisaalta työntekijän vaikuttamis- ja kehittymismahdollisuudet vähäiset. Yhdeksi lisätekiijäksi on myöhemmin määritetty sosiaalisen tuen vähäisyys työyhteisössä (Karasek ja Theorell 1990). Siegristin (1996) työstressimalli korostaa epäsuhtaa työssä ponnistelun ja työn palkitsevuuden välillä. Työuupumuksen kehittymistä kuvaavista malleista keskeisin on stressiteoriaan perustuva kolmen komponentin prosessimalli (Leiter ja Maslach 1988). Prosessimallin mukaan ensimmäinen reaktio

työn lisääntyneeseen vaativuuteen ja pitkittyneisiin ristiriitoihin on uupumisasteinen väsymys. Tämän jälkeen työntekijä alkaa suojautua väsymystä vastaan muuttamalla suhtautumistaan. Työhön liittyvillä vaatimuksilla on havaittu olevan yhteys lisääntyneeseen väsymykseen ja työntekijän niukoilla voimavaroilla taas kynnistymiseen ja ammatillisen itsetunnon heikentymiseen (Bakker ym. 2003). Ammatillisen itsetunnon huononemisen katsotaan olevan osittain muista työuupumuksen oireista riippumaton ilmiö, joka etenee rinnakkain uupumusasteisen väsymyksen ja kynnistymisen kanssa. Vielä ei kuitenkaan ole osoitettu varmasti, että kaikkien työuupumuksesta kärsivien oirekuva olisi täysin samankaltainen.

Työhön liittyvien kuormitustekijöiden, esimerkiksi tavoitteiden saavuttamattomuuden ja sosiaalisen tuen puutteen, katsotaan olevan keskeisiä syitä työuupumuksen kehittymiseen (Schaufeli ja Enzmann 1998). Myös yksilöllisten tekijöiden tiedetään vaikuttavan työuupumuksen kehittymiseen (Kalimo ym. 2003). Esimerkiksi yleisen elämänhallinnan puutteen on arveltu altistavan myös vaikeuksille käsitellä erilaisia työhön liittyviä vaativia tilanteita (Lytsy ja Westin 2008). Tietyillä temperamentti- ja persoonallisuustyypillä on osoitettu olevan vaikutusta työuupumusalttiuteen (Narumoto ym. 2008), ja geneettisten tekijöiden tiedetään selittävän perheittäin esiintyvää alttiutta työuupumukseen (Middeldorp ym. 2006). Samat yksilölliset tekijät voivat altistaa sekä työn kokemiselle rasittavaksi että mielenterveyden häiriölle (Honkonen ym. 2003). Keskeisessä roolissa saattaa olla myös yksilöllinen kyky palautua työn rasituksista (Jansen ym. 2002).

Työhön ja työympäristöön voi toisaalta liittyä myös suojaavia tekijöitä. Esimerkiksi työpsykologian piiriin kuuluvalla työn imu-käsitteellä (work engagement) tarkoitetaan tunne- ja motivaatiotäytyksen tilaa, jota luonnehtivat tarmokkuus, omistautuminen ja uppoutuminen (Schaufeli ym. 2002, Hakanen 2005). Hyvässä työssä työstä saatujen voimavarojen on arvioitu tyydyttävän inhimillisiä perustarpeita ja synnyttävän sitä kautta työn imua, joka suojaa työuupumukselta (Hakanen ym. 2008).

Työuupumuksen vaikutukset elimistöön ja hyvinvointiin

Työuupumuksella on vaikutuksia elimistön eri elinjärjestelmien toimintaan. Työuupumuksen on katsottu lisäävän riskiä sairastua esimerkiksi diabetekseen (Melamed ym. 2006) ja aiheuttavan muutoksia sydänsairauden riskitekijöiksi todetuissa tulehdusproteiineissa (Söderström ym. 2004). Tietyt hormonaaliset ja immunologiset tekijät välittävät stressin aiheuttamaa sairausriskiä (Korkeila 2008). Lievästäkin työuupumuksesta kärsivillä henkilöillä on todettu kortisolin säätelyn häiriötä (Bellingrath ym. 2008). Vakavaan työuupumukseen liittyy myös immuunijärjestelmän muutoksia: joidenkin sytokiiniin erityksen on todettu lisääntyneen, mikä saattaa selittää infektioherkkyyttä työuupuneilla (Mommers- teeg ym. 2006).

Työuupumuksen liittyy myös unihäiriöitä, jotka voivat edelleen lisätä elimistön kuormitusta ja voimistaa stressivasteita (Söderström ym. 2004). Erityisesti vakavan työuupumuksen yhteydessä esimerkiksi samanaikaiset mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisiä (Ahola 2007). On alustavaa näyttöä siitä, että työuupumus voi johtaa masennukseen, joskin myös masentuneisuus voi altistaa työuupumukselle (Ahola ja Hakanen 2007).

Työuupumuksen ja kognitiivisen suoriutumisen välisistä yhteyksistä on vielä toistaiseksi vähän tietoa. On kuitenkin alustavaa näyttöä siitä, että oireilevilla henkilöillä esiintyy tarkkaavaisuuden ylläpidon ja säätelyn vaikeutta, hidastuneisuutta ja häiriötä mieleen palauttamisessa (Sandström ym. 2005). Neurobiologinen malli kroonisen stressin vaikutuksista kognitioon voi olla sovellettavissa myös työuupumuksen vastaaviin vaikutuksiin. Elimistön stressihormonit vaikuttavat aivoissa etenkin niiden alueiden toimintaan, jotka ohjaavat ja säätelevät tiedonkäsittelyä ja tunteita sekä mieleen painamista ja mieleen palauttamista. Stressihormonien poikkeuksellisen suuri tai pieni määrä elimistössä heikentää kognitiivista suoriutumista (Sallinen ym. 2006, Lupien ym. 2007).

Työuupumuksen tunnistaminen

Työuupumukselle ei ole olemassa selkeitä lääketieteellisiä diagnoosikriteereitä samalla tavoin kuin esimerkiksi psykiatrisille sairauksille. Työuupumuksen oireiden kesto ei ole tarkkaan rajattu, vaan työuupumus määritellään ”pitkäkestoiseksi” oireistoksi. Ruotsissa uupumusoireyhtymälle (utmattningsyndrom) on asetettu diagnostiset kriteerit (Socialstyrelsen 2003), mutta niiden käytökelpoisuutta diagnostiikassa ja esimerkiksi hoidon suunnittelussa on kritisoitu mm. tutkimusnäytön puutteen vuoksi (Lytsy ja Westin 2008). Lisäksi on pohdittu oireiden syy-yhteyksien osoittamisen vaikeutta (Lundberg ym. 2008).

Diagnostiikassa tulee selvittää henkilöhaastattelun avulla ensisijaisesti työuupumuksen kolmen keskeisen oireulottuvuuden esiintymistä sekä vaikeusastetta, oireiston kesto, potilaan toimintakykyä ja oheissairastavuutta. Ydinoireista uupumusasteinen väsymys on yleistynyttä psyykkistä ja myös fyysistä väsymystä, joka ei häviä päivittäisellä levolla, viikonloppuina eikä tilanteen vaikeutuessa edes pidemmän loman aikana. Kyynistyneisyyteen liittyy työn ilon katoaminen ja työn merkityksellisyyden kyseenalaistaminen. Luonteenomaista ovat myös negatiivisuus, turhautuminen ja välinpitämättömyys asenteessa työhön. Ammatillisen itsetunnon heikentymiseen liittyy kokemus työssä suoriutumisen heikentymisestä ja elämänhallinnan tunteen menettämisestä. Tämä ilmenee tyypillisesti oman pätevyyden epäilynä, vaikka aikaisempi ammattitoiminta olisi ollut menestyksellistä. Työntekijät kuvaavat usein osuvasti työuupumuksen ydinoireita (TAULUKKO).

Työuupumuksen arvioinnissa voidaan käyttää apuna kahta suomen kielelle käännettyä kyselyasteikkoa. Molemmat työuupumuskyselyt perustuvat kolmen oireulottuvuuden malliin, ja menetelmillä voi arvioida tilannetta sekä oireyhtymänä että työuupumuksen kolmen keskeisen oireulottuvuuden osalta erikseen. Suomalaisessa työterveyshuollossa on laajasti käytössä Bergen Burnout Indicator 15 (BBI-15) (Näätänen ym. 2003). Kansainväli-

TAULUKKO. Esimerkkejä työntekijöiden omista kuvauksista koskien työuupumuksen ydinoireita.

Ydinoire	Kuvaus
Uupumusasteinen väsymys	”Olen lopen uupunut, henkisesti aivan lopussa” ”Olen väsynyt heti aamusta”
Kyynistyneisyys	”Kiinnostus tai innostus työhön on mennyt” ”Työstäni ei ole mitään hyötyä”
Ammatillisen itsetunnon heikentyminen	”En selviydy työtehtävistäni” ”En enää hallitse työtäni”

sesti tieteellisissä tutkimuksissa eniten käytetty arviointimenetelmä on Maslach Burnout Inventory – General Survey (MBI-GS) (Kalimo ym. 2006), mutta sen käyttö edellyttää lisenssin hankkimista. Molemmat työuupumuskyselyt sisältävät viitisentoista väittämää, joiden avulla tutkittava itse arvioi kokemiensa oireiden esiintymistä (BBI-15) tai esiintymistaajuutta (MBI-GS). Työuupumuskyselyt mittaavat ammatillisen itsetunnon heikentymistä eri tavoin, mutta muilta osin menetelmien keskinäinen vastaavuus on suhteellisen hyvä (Näätänen ym. 2003). Molempia kyselyasteikkoja voi ostaa alan suomalaisten verkko-kauppojen kautta. Kyselyiden käyttö ei ole kliinisessä työssä kuitenkaan ongelmatonta, sillä esimerkiksi Maslachin kyselyn osalta ei ole yleisesti hyväksyttyä käsitystä siitä, minkälaista muutosta ylipäätään voitaisiin pitää kliinisesti merkittävänä (Ruotsalainen ym. 2008). Meillä käytettävää työuupumuksen luokittelua lieväksi tai vakavaksi oireiden yhteismäärästä määritetyn summapistemäärän perusteella ei ole myöskään kliinisesti validoitu (Kalimo ym. 2006). Kyselyasteikkojen käyttö mahdollistaa kuitenkin kliinistä haastattelua paremmin esimerkiksi työuupumuksesta kärsivän oirekuvassa tapahtuvien muutosten seurannan.

Yksilötasolla työuupumuksen arviointi edellyttää perusteellisen kliinisen tutkimuksen ja haastattelun lisäksi myös työolojen selvittelyä (Honkonen 2010). Ruotsissa käytössä olevien kriteerien tyypiset ohjeet voisivat auttaa yhdenmukaistamaan suomalaisia käytäntöjä ja löytämään oireilevat henkilöt paremmin. 1141

Toisaalta siihen saattaisi liittyä vaara siitä, että tehdään työuupumusdiagnoosi liian kevein perustein, vaikka kyseessä saattaisivatkin olla esimerkiksi työn organisointiin liittyvät ongelmat. Yksilön tilannetta arvioitaessa tuleekin aina pitää mielessä työelämän ongelmien medikalisoinnin vaara.

Työuupumus tulisi osata tunnistaa työterveyshuollon lisäksi entistä paremmin myös terveysasemilla ja erikoissairaanhoidon eri pisteissä. Seulontaa voitaisiin kohdentaa riskiryhmiin ja esimerkiksi sellaisiin työyhteisöihin, joissa tiedetään olevan työhön liittyviä ongelmia. Vakavastakaan työuupumuksesta kärsivät potilaat eivät yleensä tuo oma-aloitteisesti koko oirekuvaansa esille, jolloin lääkäri saattaa tulkita tilanteen puutteellisin tiedoin esimerkiksi pitkittyneeksi uni- ja vireystilan häiriöksi.

Työuupumuksen erotusdiagnoosi

Työuupumusta epäiltäessä tulisi erotusdiagnostisesti selvittää myös muiden vastaavan tyyppisiä oireita aiheuttavien somaattisten sairauksien (esim. kilpirauhassairaudet ja anemia) tai psykiatristen häiriöiden (esim. depressio ja ahdistuneisuushäiriöt) mahdollisuus. Erotusdiagnostiset selvittelyt auttavat lääkäriä kohdentamaan jatkotoimenpiteitä asianmukaisesti. Vaikka työuupumuksessa saattaakin esiintyä lieviä masennus- ja ahdistuneisuusoireita, vaikeampiasteisen oireilun tulisi herättää epäily psykiatrisesta sairaudesta. Affektiiviset oireet, kuten syyllisyysajatuksukset, korostuvat usein masennussairauksissa enemmän kuin työuupumuksen yhteydessä. Pitkäaikainen masennus eli dystymia saattaa olla vaikea tunnistaa mielialahäiriöksi, koska oireisto painottuu usein masennuksen kognitiivisiin oireisiin. Yleensä dystymiaoireisto kuitenkin korostuu suhteessa moninaisiin psykososiaalisiin stressitekijöihin eikä pelkästään työhön. Erilaiset ahdistuneisuushäiriöt ovat yleensä tunnistettavissa hyvällä haastattelulla toisin kuin tilat, joissa esiintyy työhön liittyvää lievempää ahdistuneisuutta. Samaten persoonallisuushäiriöistä erityisesti vaativa persoonallisuus saat-

taa altistaa työuupumuksen kehittymiselle. Päihdeongelmien ja varsinkin alkoholin suurlutuksen taustalta voi löytyä aiemmin tunnistamaton työuupumus. On hyvä muistaa, että pelkässä työuupumuksessa oireisto liittyy nimenomaan työhön, kun taas psykiatrisissa häiriöissä se voi heijastua kaikille elämän alueille (Rovasalo 2000).

Työuupumuksen toteamisen yhteydessä tulisi aina tehdä erotusdiagnostinen selvittely. Lääkäriin tulee muistaa, että potilaan saattaa olla helpompaa puhua työuupumuksestaan kuin mielenterveysongelmastaan tai työorganisaationsa ristiriidoista. Mielenterveyshäiriöiden yleisyyden vuoksi saattaisi olla jopa suositeltavaa, että mikäli kiistattoman työuupumuksen yhteydessä ei ole diagnosoitavissa mielialahäiriötä (eli depressio eri muodoissaan on suljettu pois), lääkärin tulisi vielä käydä oireisto uudelleen läpi mahdollisten muiden psykiatristen sairauksien havaitsemiseksi. Jos kyseessä on somaattinen tai psykiatrinen sairaus, hoito edellyttää ensisijaisesti kyseiseen sairauteen suunnattuja toimenpiteitä. Jos psykiatrisen sairauden yhteydessä todetaan myös samanaikaisia työhön liittyviä kuormitustekijöitä, niihin tulisi mahdollisuuksien mukaan pyrkiä vaikuttamaan. Työuupumuksen kanssa samanaikaisesti esiintyvien somaattisten sairauksien hyvä hoito edistää myös työuupumuksesta toipumista.

Työuupumuksen hoito

Työuupumusta voidaan ehkäistä erityisesti työstressiä lievittäväillä ja poistavilla toimenpiteillä. Sekä työhön että työntekijään kohdistuvien interventtioiden avulla pystytään vähentämään työstressiä (Marine ym. 2006). Organisaatiossa toimenpiteitä ovat esimerkiksi työn henkisten kuormitustekijöiden kartoittaminen työpaikkaselvityksin, kyselyin ja riskiarvioin ja tulosten esiin tuomien ongelmien käsitteleminen yhdessä työntekijöiden kanssa. Muita mahdollisia toimenpiteitä ovat työn suoritustavan tai työtahdin muuttaminen, sosiaalisen tuen vahvistaminen ja työolosuhteita parantavat työsuojelutoimenpiteet. Myös joustavilla työaikajärjestelyillä tiedetään

olevan suotuisa vaikutus työntekijän hyvinvointiin (Joyce ym. 2010). Näitä toimenpiteitä voivat toteuttaa yhteistyössä organisaatio, työsuojelu ja työterveyshuolto joko oma-aloitteisesti tai työterveyshuolto- ja työsuojelulakien velvoittamina.

Yksilötasolla työstressiä voi hallita erilaisten terapeuttisten ja rentouttavien menetelmien avulla. Laadukas tutkimustieto toimenpiteiden vaikuttavuudesta on vielä niukkaa ja koskee esimerkiksi terveydenhuollon työntekijöiden työstressin vähentämistä (Ruotsalainen ym. 2008). Alustavien havaintojen mukaan esimerkiksi kognitiivis-behavioraaliseen terapiaan (CBT) pohjautuvat samoin kuin erilaisia hoitoelementtejä sisältävät interventiot ovat jonkin verran tehokkaampia kuin esimerkiksi yksittäiset rentoutustekniikat (van der Klink ym. 2001). CBT-pohjaisella stressinsietoa lisäävällä menetelmällä on onnistuttu lyhentämään sairauslomien kestoa (van der Klink ym. 2003), ja menetelmää onkin muokattu suomalaisen terveydenhuollon tarpeisiin sopivaksi (Räisänen ym. 2008). Terveydenhuoltoalalla ammatillisen työnohjauksen (Koivu ym. 2008) ja Balint-ryhmien antaman tuen (Kjeldmand ja Holmström 2008) on todettu ehkäisevän työuupumusta.

Työuupumuksen hoitotoimenpiteet on totuttu kohdistamaan ensisijaisesti työntekijään, mutta äskettäin ilmestyneessä katsauksessa on arvioitu myös sekä henkilöön että organisaatioon samanaikaisesti kohdistuvien menetelmien tehoa ja parin tutkimuksen pohjalta pelkkään organisaatioon kohdistuvia toimenpiteitä. Hoito on yleensä ollut psykoterapiaa, neuvontaa tai erilaisten rentoutusmenetelmien käyttöä. Organisaatioon kohdistuvat toimenpiteet ovat olleet esimerkiksi työprosessien uudelleen järjestämistä, vuorotyön muutoksia taikka työn tai työssä suoriutumisen arviointia. Valtaosassa tutkimuksista työuupumuksen yksilöllähtöinen hoito on osoittautunut tehokkaaksi lyhyellä aikavälillä, mutta sekä yksilöön että organisaatioon kohdistettujen samanaikaisten toimenpiteiden hoitovaikutus on ollut pidempi (Awa ym. 2010). Yksilöön kohdistuvan hoidon tehon kestoa on mahdollista pidentää kertauskurssin avulla (Rowe

YDINASIA

- ▶ Työuupumus on yleinen työhön liittyvä psyykkisen hyvinvoinnin ongelma myös Suomessa.
- ▶ Työuupumuksessa ydinoireet ovat pitkäkestoinen uupumusasteinen väsymys, kyynistyneisyys ja ammatillisen itsetunnon heikkeneminen.
- ▶ Työuupumuksella on vaikutuksia elimistön eri elinjärjestelmien toimintaan.
- ▶ Työuupumuksen hoidossa yhdistyvät oireita ehkäisevät, hoitavat sekä kuntouttavat toimenpiteet.
- ▶ Jos henkilöllä on todettavissa työuupumuksen ohessa jokin psykiatrinen tai somaattinen sairaus tai muu oirediagnoosi, kyseistä sairautta tai oirediagnoosia tulee käyttää ensisijaisena diagnoosina ja työuupumusoirediagnoosia tarkentavana diagnoosina.

2000). Tutkimusnäyttöä on toisaalta myös siitä, että yksilöllähtöinen tai ryhmälle annettu CBT eivät ole tehokkaampia kuin työterveyshuollossa annettu tavanomainen hoito työuupumusasteisessa tilassa (de Vente ym. 2008). Lisää tutkimusnäyttöä tarvitaankin erilaisten hoitomenetelmien ja -toimenpiteiden vaikuttavuudesta. Alan tutkimustiedon arviointia ja käytettävyyttä vaikeuttaa se, että tutkimusasetelmat, hoitojen sisällöt ja tutkittujen henkilöstöryhmien ammatit ja työtehtävät ovat vaihdelleet kovasti.

Työuupumus voi olla osin masennuksen kanssa päällekkäinen diagnoosi, ja osa työuupuneista hyötyy näissä tilanteissa masennuslääkkeistä. Niiden käytöstä saattaa olla hyötyä myös työuupumukseen liittyvän ahdistuneisuus- tai unihäiriön hoidossa. Bentsodiatsepiinien käyttö on harvoin aiheellista työuupumuspotilaan hoidossa. Uni- tai nukahtamislääkkeiden käytön tulisi olla lyhytkestoista.

Kuntoutumista ja työhön paluuta tukevia toimenpiteitä voivat olla esimerkiksi paluu työhön osasairauspäivärahan turvin tai työnkuvan sopeuttamisesta neuvottelemisen

(kolmikanta- eli työterveysneuvottelu) yhteistyössä esimiehen kanssa. Jos työuupumukseen liittyy työkykyä uhkaava psykiatrinen sairaus, tarpeellisia saattavat olla myös kuntoutusmahdollisuudet, esimerkiksi Kelan korvaama yksilö- tai ryhmäkuntoutus tai työeläkelaitoksien korvaama ammatillinen kuntoutus, kuten työkokeilu tai uudelleen koulutus toiseen ammattiin.

Työuupumus ja työkyvyttömyysetuudet

Työuupumusta ei ole luokiteltu sairaudeksi terveydenhuollon käyttämässä kansainvälisessä ICD-10-tautiluokituksessa, vaan se on ilmoitettu Z-koodilla kohdassa ”Elämäntilanteen hallintaan liittyvät ongelmat” (Z73.0 Työuupumus). Pelkän työuupumusdiagnoosin osalta esimerkiksi Kelan ja eläkevakutusyhtiöiden määrittämät sairauserusteiset etuisuuksien määräytymisedellytykset eivät täyty. Z73.0-koodin käyttö tulisikin rajata kuvaamaan oireiston yhteyttä työhön.

Jos työuupumukseen liittyy toimintakyvyn huononeminen ja sen myötä työkyvyn heikentyminen, tehokas hoito saattaa edellyttää sairauspoissaoloa työstä. Akuutin stressireaktion (F43.0) diagnoosia näkee joskus käytettävän työuupumuksen yhteydessä. Akuutilla stressireaktiolla tarkoitetaan äkillistä traumaperäistä, jopa henkeä uhkaavan tilanteen aiheuttamaa psyykkistä häiriötä. Ellei äkillinen traumaperäinen tapahtuma ole liittynyt oireiston syntyyn, on asianmukaisempaa käyttää näissä tilanteissa muuta diagnoosia. Jos sopeutumishäiriön diagnostiset kriteerit täyttyvät eikä muita samanaikaisia sairauksia ole, sopeutumishäiriö on käyttökelpoisin diagnoosi Z73.0-lisädiagnoosin ohessa. ICD-10-tautiluokitusohjeisto opastaakin ilmaisemaan päädiagnoosin sopeutumishäiriö (F43.2) lisäksi rasisustekijän käyttäen vastaavaa Z-koodia (Psykiatrian luokituskäsi kirja 1997). Jos potilaalla on todettavissa toimintakyvyn heikentymisen syyinä työuupumuksen ohessa esimerkiksi masennustila tai muu psykiatrinen sairaus kuin sopeutumishäiriö tai jokin

kyseistä sairaus- tai oirediagnoosia tulee näissäkin tilanteissa käyttää ensisijaisena ja työuupumuksen oirediagnoosia tarkentavana. Sairauspoissaolon tarpeellisuus ja kesto tulee kuitenkin harkita yksilöllisesti, koska toipumista ajatellen poissaolosta voi olla toiselle hyötyä ja toiselle haittaa (Ahlborg ym. 2008, Lytsy ja Westin 2008).

Lopuksi

Työturvallisuuslaissa veloitetaan puuttumaan terveyttä ja turvallisuutta uhkaavan fyysisen kuormituksen lisäksi myös henkiseen kuormitukseen (Työturvallisuuslaki 738/2002). Vielä ei kuitenkaan pystytä luotettavasti ennustamaan, milloin työntekijän terveys alkaa vaarantua. Pitkällisen työstressin myötä kehittyneellä työuupumuksella tiedetään olevan haitallisia vaikutuksia työntekijän ruumiilliseen ja henkiseen hyvinvointiin. Alustavaa näyttöä on myös työuupumuksen vaikutuksista kognitiivisiin toimintoihin ja alttiuteen sairastua depression. Lääkärin tulisi kyetä tunnistamaan työuupumus ja arvioida muiden sairauksien – erityisesti mielenterveysongelmien – osuutta oireiden taustalla sekä pyrkiä järjestämään asianmukainen hoito. Ilman lain antamaa veloitettakin työn kuormitustekijöistä aiheutuvaa haittaa kannattaisi vähentää jo varhaisvaiheessa; parhaimmillaan haitta voitaisiin välttää työtä suunniteltaessa. ■

* * *

Kiitämme dosentti, tiimpäällikkö Markku Sainiota käsikirjoitusta koskevista hyödyllisistä kommentista.

ARJA TUUNAINEN, LT, dosentti, erikoislääkäri, ylilääkäri

Työterveyslaitos, Inhimillinen työ -osaamiskeskus, kognitiivinen toimintakyky ja työ -tiimi
Topeliuksenkatu 41 A a, 00250 Helsinki

RITVA AKILA, PsL, erikoispsykologi, johtava psykologi
Työterveyslaitos, Inhimillinen työ -osaamiskeskus, kognitiivinen toimintakyky ja työ -tiimi

KIRSI RÄISÄNEN, LT, erikoislääkäri, kognitiivinen psykoterapeutti, työhyvinvointijohtaja
Itella Oyj, työhyvinvointiyksikkö

SIDONNAISUUDET

Kirjoittajilla ei ole sidonnaisuuksia

KIRJALLISUUTTA

- Ahlborg G Jr, Glise K, Jonsdottir IH, Wiegner L. Dålig grund för påståenden om utmattningssyndrom. *Läkartidningen* 2008;105:1118–9.
- Ahola K. Occupational burnout and health. Väitöskirja. Helsingin yliopisto 2007.
- Ahola K, Honkonen T, Kalimo R, Nykyri E, Aromaa A, Lönnqvist J. Työuupumus Suomessa. *Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia*. *Suom Lääkäril* 2004;59:4109–14.
- Ahola K, Hakanen J. Job strain, burnout, and depressive symptoms: a prospective study among dentists. *J Affect Disord* 2007;104:103–10.
- Ahola K, Hakanen J. Terveysammattilaisten työuupumus: erityisenä haasteena vuorovaikutus auttamistyössä. *Duodecim* 2010;126:139–46.
- Awa WL, Plaumann M, Walter U. Burnout prevention: a review of intervention programs. *Patient Educ Couns* 2010;78:184–90.
- Bakker AB, Demerouti E, de Boer E, ym. Job demands and job resources as predictors of absence duration and frequency. *J Vocat Behav* 2003;62:341–56.
- Bellingrath S, Weigl T, Kudielka BM. Cortisol dysregulation in school teachers in relation to burnout, vital exhaustion, and effort-reward-imbalance. *Biol Psychol* 2008;78:104–13.
- Eskola K, Huuhtanen P, Kandolin I. Psykososiaalisten työolojen kehitys vuosina 1997–2008. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 45. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.
- Hakanen J. Työuupumuksesta työn imuun: työhyvinvointitutkimuksen ytimessä ja reuna-alueilla. Väitöskirja. Helsingin yliopisto 2005.
- Hakanen JJ, Schaufeli WB, Ahola K. The Job Demands-Resources model: a three-year cross-lagged study of burnout, depression, commitment, and work engagement. *Work Stress* 2008;22:224–41.
- Hallsten L, Bellaagh K, Gustafsson K. Utbränning i Sverige - en populationsstudie. *Arbete och Hälsa* 2002;6. Stockholm: Arbetslivsinstitutet 2002.
- Honkonen T. Työ ja mielenterveys. Kirjassa: Martimo KP, Antti-Poika M, Uitti J, toim. Työstä terveyttä. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2010, s. 70–85.
- Honkonen T, Lindström K, Kivimäki M. Psykososiaalinen työkuormitus mielenterveyden häiriöiden etiologiassa. *Duodecim* 2003;119:1327–33.
- Jansen NW, Kant IJ, van den Brandt PA. Need for recovery in the working population: description and associations with fatigue and psychological distress. *Int J Behav Med* 2002;9:322–40.
- Joyce K, Pabayo R, Critchley JA, Bambra C. Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing. *Cochrane Database Syst Rev* 2010, Issue 2. Art. No.: CD008009. DOI: 10.1002/14651858.CD008009.pub2.
- Kalimo R, Toppinen S. Työuupumus Suomen työikäisellä väestöllä. Helsinki: Työterveyslaitos 1997.
- Kalimo R, Pahkin K, Mutanen P, ym. Staying well or burning out at work: work characteristics and personal resources as long-term predictors. *Work Stress* 2003;17:109–22.
- Kalimo R, Hakanen J, Toppinen-Tanner S. Maslachin yleinen työuupumuksen arviointimenetelmä MBI-GS. Helsinki: Työterveyslaitos 2006.
- Karasek RA. Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. *Adm Sci Q* 1979;24:285–307.
- Karasek RA, Theorell T. Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books 1990.
- Kjeldmand D, Holmström I. Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners. *Ann Fam Med* 2008;6:138–45.
- van der Klink JJJ, Blonk RWB, Schene AH, Van Dijk FJH. The benefits of interventions for work related stress. *Am J Public Health* 2001;91:270–6.
- van der Klink JJJ, Blonk RWB, Schene AH, van Dijk FJH. Reducing long term sickness absence by and activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occup Environ Med* 2003;60:429–37.
- Koivu A, Honkalampi K, Saarinen P. Työnohjauksen tarve yliopistosairaalan somaattisilla erikoisaloilla – työnohjaus voi ehkäistä uhkaavan työuupumuksen. *Suom Lääkäril* 2008;63:185–9.
- Korkeila J. Stressi, tunteiden säätely ja immuniteetti. *Duodecim* 2008;124:683–92.
- Leiter MP, Maslach C. The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *J Organiz Behav* 1988;9:297–308.
- Lundberg I, Allebeck P, Westerholm P, Ågren H. Utmattning och orsakerna - vem råder över sambanden? *Läkartidningen* 2008;105:3393–4.
- Lupien SJ, Maheu F, Tu M, Fiocco A, Schramek TE. The effects of stress and stress hormones on human cognition: implications for the field of brain and cognition. *Brain Cogn* 2007;65:209–37.
- Lytsy P, Westin M. Utmattningssyndrom - en diagnos med vetenskapliga brister. *Läkartidningen* 2008;105:1592–3.
- Marine A, Ruotsalainen JH, Serra C, Verbeek JH. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Syst Rev* 2006, Issue 4, Art. No.: CD002892. DOI: 10.1002/14651858.CD002892.pub2.
- Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav* 1981;2:99–113.
- Melamed S, Shirom A, Toker S, ym. Burnout and risk of type 2 diabetes: a prospective study of apparently healthy employed persons. *Psychosom Med* 2006;68:863–9.
- Middeldorp CM, Cath DC, Boomsma DI. A twin-family study of the association between employment, burnout and anxious depression. *J Affect Disord* 2006;90:163–9.
- Mommersteeg PM, Heijnen CJ, Kavelaars A, van Doornen LJ. Immune and endocrine function in burnout syndrome. *Psychosom Med* 2006;68:879–86.
- Narumoto J, Nakamura K, Kitabayashi Y, ym. Relationships among burnout, coping style and personality: study of Japanese professional caregivers for elderly. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008;62:174–6.
- Näätänen P, Aro A, Matthiesen SB, ym. Bergen burnout indicator 15. BBI-15 Käsi-kirja. Helsinki: Edita Publishing 2003.
- Psykiatrian luokituskäsi-kirja. Tautiluokitus ICD-10. Psykiatriaan liittyvät diagnoosit. STAKES Ohjeita ja luokituksia 1997: 4;85–6.
- Rovasalo A. Kuka virvoittaisi uupuneen? *Duodecim* 2000;116:297–304.
- Rowe MM. Skills training in the long-term management of stress and occupational burnout. *Curr Psychol* 2000;19:215–28.
- Ruotsalainen J, Serra C, Marine A, Verbeek J. Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers. *Scand J Work Environ Health* 2008;34:169–78.
- Räisänen K, Jänkäälä K, Roth K, Alhonen K, Karila I. Työstressin hoito kognitiivis-behavioraalisesti lupaa kustannustehokkuutta. *Suom Lääkäril* 2008;63:2421–6.
- Sallinen M, Haavisto ML, Hublin C, ym. Stressi ja muisti. *Suom Lääkäril* 2006;61:2967–72.
- Sandström A, Rhodin IN, Lundberg M, ym. Impaired cognitive performance in patients with chronic burnout syndrome. *Biol Psychol* 2005;69:271–9.
- Schaufeli WB, Enzmann D. The burnout companion to study and practice: a critical analysis. London: Taylor & Francis 1998.
- Schaufeli WB, Salanova M, González-Romá V, Bakker AB. The measurement of engagement and burnout: a two sample confirmatory factor analytic approach. *J Happiness Stud* 2002;3:71–92.
- Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol* 1996;1:27–41.
- Socialstyrelsen. Utmattningssyndrom - stressrelaterad psykisk ohälsa. Underlag från experter. Stockholm: Socialstyrelsen 2003. www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10723/2003-123-18_200312319.pdf.
- Söderström M, Ekstedt M, Åkerstedt T, ym. Sleep and sleepiness in young individuals with high burnout scores. *Sleep* 2004;27:1369–77.
- Työturvallisuuslaki 738/2002. www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738.
- de Vente W, Kamphuis JH, Emmelkamp PM, Blonk RWB. Individual and group cognitive-behavioral treatment for work-related stress complaints and sickness absence: a randomized controlled trial. *J Occup Health Psychol* 2008;13:214–31.

Summary

How to recognize burnout and treat it?

Burnout is a common problem of psychic well-being associated with work also in Finland. Mild burnout of a strongly work-oriented person may cause temporary symptoms, from which recovery may take place rapidly. Severe burnout is mostly a condition of long duration, and the symptoms can vary in their degree of severity. In clinical practice it is important for a doctor to recognize burnout and be able to distinguish it from other causes yielding similar symptoms. Treatment of burnout involves measures to prevent and treat symptoms, in combination with rehabilitating procedures.