

Marianna Virtanen, Mika Kivimäki ja Jussi Vahtera

Epävakaan talous- ja työmarkkinatilanteen terveysvaikutukset

Kansallinen taloustilanne voi heijastua väestön terveyteen ja hyvinvointiin monin tavoin. Aiheen tutkimusaktiivisuus lisääntyi 1990-luvun laman aikana ja uudelleen vuoden 2007 finanssikriisin jälkeen. Taloudellisesta ahdingosta aiheutuvat stressi, työttömyys, irtisanomiset ja tukien väheneminen voivat raijuttaa erityisesti mielenterveyttä. Osa kielteisistä terveysvaikutuksista aiheutuu myös terveydenhuollon toiminnan heikentymisestä julkisen sektorin resurssivajeen seurauksena. Koetut talouskriisit eivät toistaiseksi ole heijastuneet merkittävästi kuolleisuuteen Suomessa, ja ne näyttävät vain hetkeksi pysäyttäneen vuodesta 1990 alkaneen itsemurhalukujen pienenemisen. Työttömäksi joutuneiden lisäksi myös työhön jääneet voivat kärsiä työpaikoilla tapahtuvien henkilöstövähennysten terveys- ja hyvinvointivaikutuksista. Nämä liittyvät lisääntyneeseen työkuormitukseen, työilmapiirin ja luottamuksen vähenemiseen sekä erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa eettisen kuormituksen lisääntymiseen.

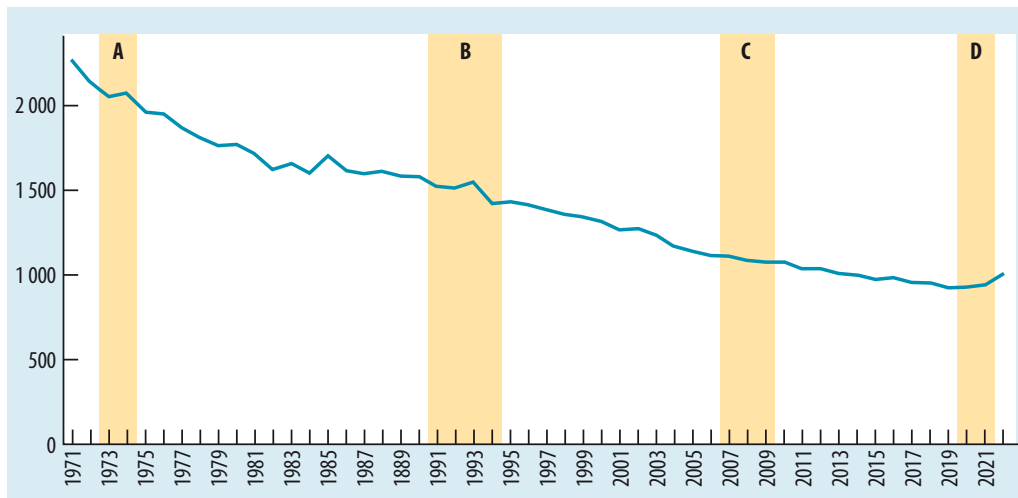
Suomi on 30 viime vuoden aikana kohdannut useita talouteen vaikuttavia sokkeja. Ensimmäinen oli 1990-luvun vaikea, maailmanlaajuinen lama. Seuraava sokki oli vuonna 2007 alkanut finanssikriisi, jota pidettiin maailmanlaajuisesti vakavimpana sitten 1930-luvun laman mutta joka kuitenkin jäi varsin lyhytkestoiseksi. Suomelle koko 2010-luku merkitsi mittavaa vientikriisiä, kun useiden meille merkittävien tuotteiden kysyntä väheni (1). Viimeisin sokki, vuonna 2020 alkanut koronapandemia, johti uuteen talouskriisiin ja velkaantumisen lisääntymiseen. Vaikka emme ole ajautuneet 1990-luvun laman kaltaiseen suurtyöttömyyteen, jolloin työttömyysaste suureni yli 17 %:iin, työttömyys on viime vuodet ollut Suomessa jonkin verran suurempaa kuin muissa Euroopan maissa keskimäärin (2).

Taluskriisien vaikutukset itsemurhiin

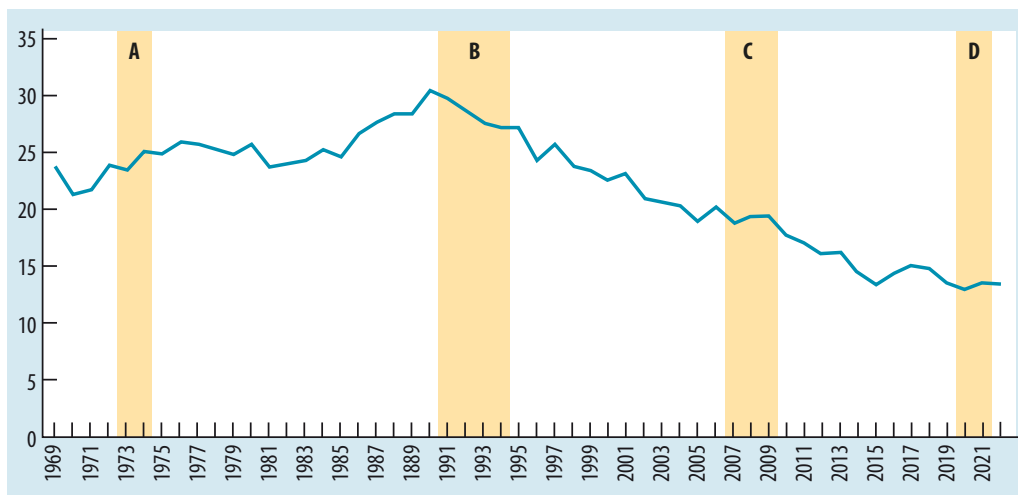
Tutkimukset vuoden 2007 finanssikriisin jälkeisen taluskriisin terveysvaikutuksista ovat usein olleet makrotason tutkimuksia väestön terveydentilan muutoksista. Tutkimukset

ovat osoittaneet yhteyden heikentyneeseen itseraportoituun fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen, kun taas yhteys kuolleisuuteen ei ole ollut selkeä (3). Muiden paitsi työttömien alkoholin käyttö väheni, ja erityisesti työikäisten miesten itsemurhat lisääntyivät joissakin maissa, joskin hyvän sosiaali- ja työttömyysturvan maissa vaikutus itsemurhiin oli vähäinen (3). Samansuuntaiseen tulokseen päädyttiin aikasarjatutkimuksessa, joka kohdistui itsemurhakuolleisuuteen 30 Euroopan maassa (4). Tutkijat korostivat, että taluskriisin aiheuttama työttömyyden lisääntyminen ei lisännyt itsemurhia Pohjoismaissa, joissa yhteiskunnan turvaverkot – toisin sanoen työttömyys- ja sosiaaliturva – suojaavat ihmisiä työttömyyden kohdatessa (4).

Kotimaiset tilastot tukevat tätä näkemystä. Suomessa ikävakioitu kokonaiskuolleisuus ja itsemurhakuolleisuus seuraavat varsin heikosti talouden aaltoilua (KUVAT 1 ja 2). Itsemurhat yleistyivät hieman vuosien 1973–1974 öljykriisin aikaan, jota oli jo edeltänyt nousutrendi. Itsemurhakuolleisuus oli 1990-luvun laman alkaessa jo alkanut vähentyä, ja myönteinen kehitys jatkui lamavuosina. Taluskrii-



KUVA 1. Iäkäväioitu kokonaiskuolleisuus Suomessa (100 000 asukasta kohden) vuosina 1971–2022. A = Öljykriisi 1973–1974; B = 1990-luvun lama 1991–1994; C = finanssikriisi 2007–2009; D = koronakriisi 2020–2021. Lähde: Tilastokeskus.



KUVA 2. Suomen itsemurhakuolleisuus (100 000 asukasta kohden) vuosina 1969–2022. A = Öljykriisi 1973–1974; B = 1990-luvun lama 1991–1994; C = finanssikriisi 2007–2009; D = koronakriisi 2020–2021. Lähde: Tilastokeskus.

sit näyttävät pysäyttäneen sekä kokonaiskuolleisuuden että itsemurhien laskutrendin vain hetkeksi. Poikkeuksina ovat 1970-luvun nousutrendi itsemurhaluvuissa sekä koronakriisi, jonka aikana kokonaiskuolleisuus ensin lakkasi vähenemästä vuonna 2021 ja alkoi sitten suurentua vuonna 2022. Miesten itsemurhakuolleisuus on viime vuosina vähentynyt, naisten itsemurhakuolleisuudessa ei ole tapahtunut muutosta (5).

Itsemurhan taustalla on yleensä useita syitä, mutta mielenterveyden häiriöt, kuten päihderiippuvuudet, masennustilat ja tunne-elämän

epävakaous, on kirjallisuudessa tunnistettu erityisiksi riskitekijöiksi (6). Tapahtumaan liittyy lähes aina myös jokin elämään tai ihmissuhteisiin liittyvä laukaiseva tekijä. Muun muassa masennustilan hoidon myönteisen kehityksen on arveltu vähentäneen itsemurhia (6).

Tiukan talouskurin politiikka

Tiukkaa talouskuria on sovellettu erityisesti silloin, kun valtion velkaantumistaso on ollut korkea ja velkaantumista on pidetty hallitsemattomana. Tiukan talouskurin politiikka

(austerity policy) otettiin käyttöön useissa maissa finanssikriisin puhjettua vuonna 2007 (7). Austerity tarkoittaa poliittisia toimia, joiden tavoitteena on pyrkiä pienentämään valtiontalouden budjetin alijäämää ja täten parantamaan julkisen talouden kestävyysvajetta (8). Julkisen sektorin menoleikkausten lisäksi keinovalikoimaan voi kuulua muun muassa verojen kiristäminen (9).

Vaikka se voi olla vaativaa, tutkimuksissa on pyritty erottamaan talouslaman suorat vaikutukset ja talouslaman liittyvien poliittisten toimien, kuten austerity-politiikan vaikutukset (10). Austerity-politiikan terveysvaikutusten on arveltu vaikuttavan kahden mekanismin kautta. Näitä ovat lisääntynyt eriarvoisuus, johon liittyvät köyhyys, työttömyys ja taloudellinen ahdinko, sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen heikentyminen (10). On myös arveltu, että epäyhtenevät löydökset talouskriisien terveysvaikutuksista voivat osin johtua maiden välisistä eroista työttömyys- ja sosiaaliturvassa sekä politiikassa, jonka avulla taloutta pyritään tasapainottamaan (11).

Systemoidussa katsauksessa havaittiin austerity-politiikan olevan yhteydessä lapsiperheköyhyyden lisääntymiseen ja lasten syntymäpainon pienenemiseen. Isossa-Britanniassa havaittiin myös lasten kuolleisuuden lisääntyneen (8). Toisessa katsausartikkelissa havaittiin, että talouskriisin yhteys väestön terveyteen oli sitä suurempi, mitä syvempi lama oli ja mitä pidempään maassa harjoitettiin austerity-politiikkaa (12). Talouskriisi vaikutti erityisesti haavoittuvassa asemassa oleviin, kuten työttömiin ja köyhyydessä eläviin. Tutkijat kuitenkin korostivat, että tarkasteltujen tutkimusten menetelmissä oli heikkouksia, joten vahvoja päätelmiä syysuhteista ei ole mahdollista tehdä.

Tiukan talouskurin maissa myös sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluihin pääsy voi heikentyä (9,10,13). Terveydenhuoltopalvelujen ja talouskriisien välistä suhdetta on tutkittu muun muassa resilienssin eli kriisinkestävyyden viitekehystä (13). Kriisinkestävyys tarkoittaa kykyä valmistautua, reagoida ja sopeutua muutokseen ja oppia siitä ilman, että toiminnan laatu kärsii. Resilienssiajattelun mu-

Ydinasiat

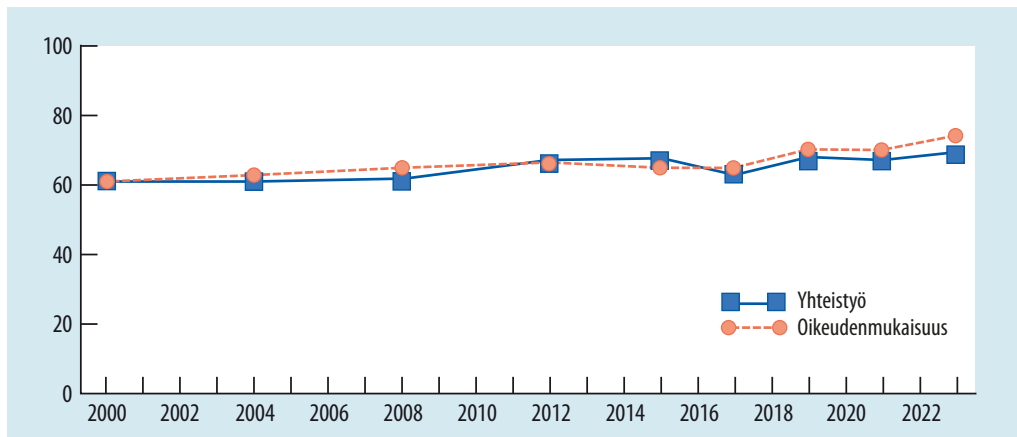
- ▶ Kansalliset talouskriisit voivat aiheuttaa epävakautta työmarkkinoilla, työttömyyttä, taloudellista ahdinkoa, kuormitusta ja haitallisia terveysvaikutuksia.
- ▶ Talouskriisien terveysvaikutukset voivat liittyä myös terveydenhuollon toiminnan heikentymiseen resurssien vähenemisen seurauksena.
- ▶ Suomessa talouskriisit eivät ole näkyneet väestön kokonais- tai itsemurhakuolleisuudessa lukuun ottamatta koronakriisistä seurannutta kokonaiskuolleisuuden lisääntymistä.
- ▶ Organisaatiotason tutkimuksissa henkilöstön vähentäminen on lisännyt työhön jääneiden kuormitusta ja terveysongelmia.

kaan terveydenhuoltojärjestelmällä tulisi olla keinoja säilyttää toimintakykynsä kriiseissä.

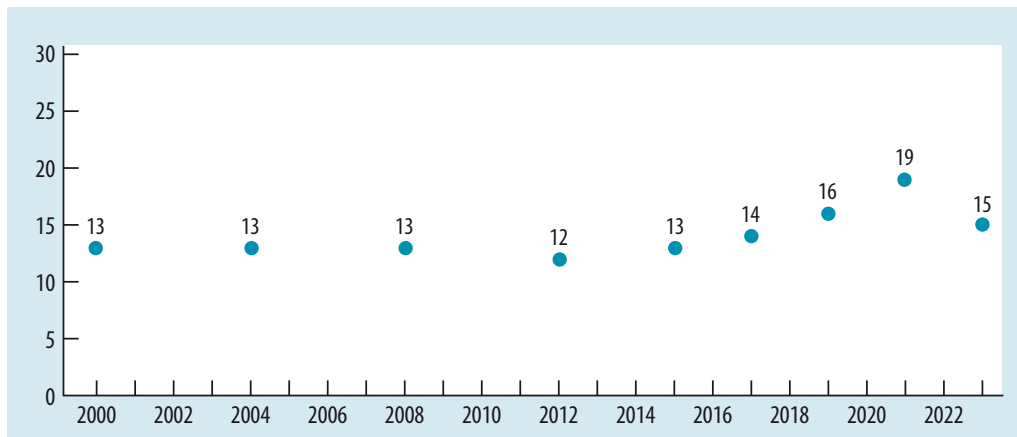
Kansainvälisessä yli 100 tutkimusta kattaneessa tutkimuksessa selvitettiin vuonna 2007 alkaneen finanssikriisin seurauksia terveydenhuollon organisaatioille (13). Useimmista tutkimuksista havaittiin hoitohenkilöstön määrän vähennyksiä sekä hoitoon pääsyn ja hoidon laadun heikentymistä. Tutkijat arvioivat, että koronapandemian alkaessa monissa maissa terveydenhuollon voimavarat olivat jo ennestään heikentyneet eivätkä näin ollen mahdollistaneet riittävää resursointia uuden terveyskriisin kohtaamiseen. Terveydenhuollon työntekijät kokivat myös eettistä kuormitusta, koska eivät voineet toteuttaa arvojensa mukaista hoitoa.

Talouskriisit ja austerity-politiikka voivat vaikuttaa terveydenhuollon toimintaan muun muassa lisäämällä henkilöstön työkuormitusta lisääntyneen kysynnän (erityisesti Pohjois-Amerikassa) sekä talouskurin ja henkilöstövähennysten vaikutuksesta (erityisesti Euroopassa). Kansainvälisissä tutkimuksissa on tuotu esiin erityisesti näiden muutosten kielteisiä vaikutuksia, kuten henkilöstön lisääntyneen stressin, työuupumuksen ja muut psyykkiset oireet (14).

KATSAUS



KUVA 3. Erikoissairaanhoidon henkilöstön kokemus työilmapiiri vuosina 2000–2023. Yhteistyön kokeminen hyväksi (sininen käyrä) ja esihenkilön toiminnan kokeminen oikeudenmukaiseksi (oranssi käyrä). Lähde: Työterveyslaitos.



KUVA 4. Työstressiä kokenneiden osuus (%) erikoissairaanhoidon henkilöstöstä vuosina 2000–2023. Lähde: Työterveyslaitos.

Terveydenhuoltohenkilöstön hyvinvoinnin seurantatutkimukset Suomessa

Työterveyslaitoksen johtamassa Hyvinvointialueiden työhyvinvointi -tutkimuksessa (aiempi nimi Sairaalahenkilöstön hyvinvointitutkimus) on seurattu erikoissairaanhoidon henkilöstöä jo yli 20 vuoden ajan (15,16). Työilmapiiri, jota on kyselyissä mitattu esimerkiksi toimivaan yhteistyöhön ja johtamisen oikeudenmukaisuuteen liittyvillä kysymyksillä, on vuodesta 2000 alkaen pysynyt hyvänä ja jopa parantunut, eikä koronakriisikään näyttänyt sitä heikentäneen (KUVA 3). Hyvinvointialueille siirtymiseen vuonna 2023 liittynyt suuri

organisatiomuutoskaan ei näytä vaikuttaneen kielteisesti vastaajien arvioihin työilmapiiristä (16). Pitkäaikainen kehitys suomalaisessa terveydenhuollossa ei siis ole ollut yksinomaan kielteistä.

Sen sijaan työstressi lisääntyi koronavuosina (KUVA 4) ja eettinen kuormitus eli omien arvojen vastaisesti toimimaan joutuminen lisääntyi vuodesta 2019 (15 %) vuoteen 2023 (22 %) (ei kuvassa).

Lääkäriliiton ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen poikkileikkauskyselyihin vastanneista lääkäreistä jatkuvaa kiirettä ja tekemättömien töiden painetta koki melko usein, erittäin usein tai jatkuvasti 53 %, 56 % ja 60 % vuosina 2010, 2015 ja 2019. Työuupumus oli vuosien 1997 ja

2019 kyselyissä yhtä suurta (lievä 45 % ja 43 %; vakava 3 % molempina vuosina) (17).

Henkilöstövähennysten vaikutus työntekijöiden terveyteen

Taluskriisit voivat vaikuttaa sekä yksityisen että julkisen sektorin toimintaan siten, että toimintaa joudutaan supistamaan henkilöstövähennysten avulla. Organisaation henkilöstövähennykset (organizational downsizing) nousivat ajankohtaiseksi tutkimusaiheeksi 1990-luvun laman yhteydessä. Henkilöstövähennyksissä voidaan tunnistaa kaksi työntekijäryhmää: työnsä säilyttäneet ja työnsä menettäneet. Edellä kuvatut tutkimukset (esimerkiksi taluskriisien, työttömyysasteen ja kuolleisuuden väliset yhteydet eri maissa) ovat olleet useimmiten makrotason tutkimuksia, kun taas henkilöstövähennyksiin kohdistuvissa tutkimuksissa on seurattu työntekijöitä yksilötasolla.

Työn menetyksen ja sitä seuraavan työttömyyden vaikutuksia yksilöiden terveyteen ja hyvinvointiin on tutkittu laajasti. Systemoitujen katsauksien ja meta-analyysien mukaan työttömyys on yhteydessä terveysongelmiin ja voi lisätä erityisesti mielenterveyden häiriöiden ja jopa itsemurhien riskiä (18,19). Viimeaikaisissa suomalaisissa rekisteritutkimuksissa on havaittu yhteys myös alkoholiperäisiin kuolemiin (20,21). Työttömyyden terveysvaikutuksia on usein selitetty niin sanotun Jahodan latentin deprivaation mallilla, jonka mukaan työllä on näkyvien ominaisuuksien, kuten tulojen ohella myös niin sanottuja ”piileviä psykososiaalisia funktioita”, joiden ajatellaan vaikuttavan ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin (22). Piileviä funktioita ovat muun muassa ajan jäsentyminen, sosiaaliset kontaktit, asema yhteisössä, identiteetti ja merkityksellisyyden kokeminen.

Taluskriisien vaikutukset voivat kuitenkin kohdistua työttömäksi joutuvien ja heidän lähipiirinsä lisäksi myös niihin, jotka eivät henkilökohtaisesti koe työn menetystä (3). Ensimmäiset tutkimukset henkilöstövähennysten vaikutuksista työhön jääneiden työntekijöiden terveyteen tehtiin Suomessa 1990-luvun laman yhteydessä. Niissä samojen kuntasektorin työn-

tekijöiden seuranta alkoi ennen lamaa ja jatkui laman aikana ja sen jälkeen (23). Tutkimuksissa toteutui niin sanottu luonnonkoe, joka sulkee pois terveyden perusteella tapahtuvasta valikoitumisesta johtuvan harhan, jota on vaikeaa hallita työttömäksi jäämisen terveysvaikutuksia tutkittaessa.

Tutkimuksissa havaittiin, että niissä ammateissa ja työyksiköissä, joissa henkilöstövähennykset olivat suurimmat, jäljelle jääneiden työntekijöiden pitkät sairauspoissaolot ja kuolleisuus lisääntyivät enemmän kuin vähäisten henkilöstövähennysten ryhmissä (24,25). Sydäntautikuolleisuus lisääntyi erityisesti ensimmäisten seurantavuosien aikana, mikä viittaa siihen, että kuormituksen lisääntyminen laukaisi sydäntapahtumia työntekijöille, joiden valtimotautiriski oli ennestään suurentunut (25). Henkilöstövähennykset ennustivat työhön jääville myös koetun terveydentilan heikentymistä, tuki- ja liikuntaelinsairauksia, masennuslääkkeiden käytön lisääntymistä ja suurempaa riskiä päätyä työkyvyttömyyseläkkeelle (26–28). Muualla tehdyissä tutkimuksissa pystyttiin toistamaan Suomessa tehdyt alkuperäishavainnot henkilöstövähennysten terveysvaikutuksista (29).

Quinlanin ja Bohlen kansainvälisessä systemoidussa katsauksessa tarkasteltiin yhteensä 86:ta aiheeseen liittyvää tutkimusta, jotka oli julkaistu vuoteen 2007 mennessä (30). Katsauksen mukaan 85 %:ssa tutkimuksista raportoitiin henkilöstövähennysten ja muiden organisaatiomuutosten, kuten fuusioiden ja ulkoistamisen, haitallisista terveys- ja hyvinvointivaikutuksista (30). Vuonna 2007 alkaneen finanssikriisin jälkeen aihepiiriin kansainvälinen tutkimus jälleen vilkastui. Tutkimuksissa raportoitiin alkoholin käytön, terveyspalveluihin hakeutumisen sekä masennuslääkkeiden, sydän- ja verisuonitautilääkkeiden, diabeteslääkkeiden ja kilpirauhaslääkkeiden käytön lisääntymistä henkilöstövähennysten jälkeen (31–33).

Julkiseen terveydenhuoltoon kohdistuneessa tanskalaistutkimuksessa erilaiset muutokset, kuten fuusio ja henkilöstövähennykset liittyivät jäljelle jääneiden työntekijöiden sairauspoissaolojen lisääntymiseen, kun taas suomalaistutkimuksessa terveydenhuollon yksiköiden ulkois-

taminen ilman henkilöstövähennyksiä ei ollut yhteydessä sairauspoissaoloihin (34,35).

Miksi henkilöstövähennykset vaikuttavat työntekijöiden terveyteen ja hyvinvointiin?

Suomessa on tutkittu, miten psykososiaaliset työolot ja työntekijöiden terveyskäyttäytyminen muuttuvat henkilöstövähennysten aikana (36). Työhön jääneiden työn fyysisen kuormituksen ja työsuhteeseen liittyvän epävarmuuden on havaittu lisääntyvän ja vaikutusmahdollisuuksien omaa työtä koskevaan päätöksentekoon vähenevän erityisesti niissä työyksiköissä, joissa oli toteutettu suuria henkilöstövähennyksiä. Työolosuhteiden kielteiset muutokset selittivät noin puolet henkilöstövähennysten yhteydestä sairauspoissaolojen lisääntymiseen, kun taas muilla tutkituilla tekijöillä ei ollut selitysosuutta tähän yhteyteen (36).

Myös Quinlan ja Bohle pohtivat katsauksessaan, miksi henkilöstövähennykset ja muut suuret organisaatiomuutokset vaikuttavat työnsä säilyttäneiden työntekijöiden terveyteen ja hyvinvointiin (30). He arvelivat syiden liittyvän lisääntyneeseen psykososiaaliseen kuormitukseen, työn palkitsevuuden heikkenemiseen ja lisääntyneeseen työmäärään, jota ei rahallisesti kompensoida. Toisena tekijänä kirjoittajat mainitsivat hajaannuksen (disorganisation), joka tarkoittaa kiristyneen työtaakan ohella johtamisen, ohjauksen, perehdytyksen ja vaikutusmahdollisuuksien sekä yleisen ilmapiiirin heikkenemistä ja lisääntyneitä konflikteja työpaikalla (30). Työntekijät voivat kokea epäluottamusta organisaation johtoa kohtaan ja voimakkaita kielteisiä tunteita, kuten vihaa, ahdistusta ja hämmennystä (37). Jäljelle jääneet työntekijät voivat kokea myös selviytyjän syyllisyyttä (survivor guilt) (38). Kolmantena tekijänä mainitaan vaikutukset säästöjen ja sopimusten noudattamiseen, kuten työntekijöiden turvallisuudesta huolehtimiseen (30). Näihin voidaan sisällyttää myös esimerkiksi terveydenhuollon työntekijöiden kokemaa eettinen kuormitus, kun työtä joudutaan tekemään heikentyneiden laatukriteerien mukaan.

Heikentyneitä luottamusta organisaation

johtoon voidaan kuvata psykologisen sopimuksen rikkoutumisena (39). Psykologisella sopimuksella tarkoitetaan työntekijän ja työnantajan välistä kirjoittamatonta sopimusta vastavuoroisuudesta, jossa työntekijä antaa työhön työpanoksensa ja työnantaja puolestaan palkitsee työntekijää tästä työpanoksesta eri tavoin esimerkiksi palkan, urakehityksen ja turvallisen työsuhteen muodossa (40). Psykologisen sopimuksen ytimessä on työntekijän luottamus ja lojaalius työnantajaa kohtaan, joka voi saada särön nimenomaan suurten organisaatiomuutosten, kuten henkilöstövähennysten seurauksena. Esimerkiksi terveydenhuollossa luottamuksen menetyksestä on seurannut työntekijöiden organisaatioon sitoutumisen heikkenemistä ja siirtymistä toisiin töihin (39).

Lopuksi

Epävakaata taloustilannetta voi vaikuttaa kielteisesti väestön terveyteen ja hyvinvointiin. Taloudellisesta ahdingosta aiheutunut stressi, työttömyys, henkilöstövähennykset ja muut hyvinvointivaikutukset rasittavat terveyttä monin tavoin ja suurentavat terveyseroja eri väestöryhmien välillä. Näin voi käydä Suomessakin, jos Pohjoismailla tyypilliset turvaverkot heikentyvät merkittävästi. Osa terveysvaikutuksista voi johtua terveydenhuollon toiminnan heikentymisestä julkisen sektorin resurssivajeen seurauksena. Henkilöstövähennysten jälkeen sekä työnsä menettäneet että työhön jääneet voivat kokea terveysongelmia, mutta niiden taustalla olevat syyt ovat näissä ryhmissä erilaiset. Henkilöstövähennysten toteuttaminen vaatii hyvää strategista johtamista. Haittoja voidaan vähentää, jos tiedottaminen on vuorovaikutteista ja rehellistä, päätöksenteon perusteet koetaan oikeudenmukaisiksi ja työntekijöille tarjotaan tukea, esimerkiksi työterveyshuollon kautta (41). Terveydenhuollon kriisinkestävytyden lisäämiseksi on julkaistu myös suomenkielinen opas (42).

Taluskriisien vaikutukset koskevat vain osaa väestöstä. Jotta vaikutus näkyisi selvästi väestötasolla, esimerkiksi kuolleisuudessa tai itsemurhissa, sen tulisi olla joko laajalle levinnyt, jolloin huomattava osa väestöstä altistuisi kriisin vaikutuksille, tai kyseessä tulisi olla ti-

lanne, jossa yhteiskunnan tukijärjestelmät ovat heikot tai pettäisivät huomattavassa määrin. Tarkastelumme väestötasolla kohdistui kahdeksan luotettavaan terveysindikaattoriin, kokonaiskuolleisuuteen ja itsemurhakuolleisuuteen. Nämä eivät kuitenkaan heijasta lievempiä terveysvaikutuksia, kuten psyykkisten oireiden lisääntymistä.

Suomessa talouden syklit eivät näytä merkittävästi heijastuneen kokonaiskuolleisuuteen ja yhteys itsemurhakuolleisuuteenkin on korkein-

taan vähäinen, mikä voi osin olla hyvinvointivaltion suoman turvaverkon ansiota. Suomessa terveydenhuollon työntekijät ovat onnistuneet säilyttämään hyvän yhteishengen, ja vuoteen 2023 jatkuneessa seurannassa johtaminen on jopa hieman kohentunut. Osa työntekijöistä on kuitenkin kokenut lisääntyvää työstressiä ja eettistä kuormitusta. Vasta tulevat tutkimukset antavat osviittaa siitä, millä tavoin nyt toteutettavat säästötoimet vaikuttavat väestön terveyteen ja terveydenhuoltojärjestelmään. ■

MARIANNA VIRTANEN, työpsykologian professori
Itä-Suomen yliopisto

MIKA KIVIMÄKI, FMedSci, epidemiologian professori
Helsingin yliopisto, Työterveyslaitos ja University College London, Iso-Britannia

JUSSI VAHTERA, kansanterveystieteen emeritusprofessori
Turun yliopisto

VASTUUTOIMITTAJA
Jaana Suvisaari

SIDONNAISUUDET

Marianna Virtanen: Apuraha (Suomen Akatemia)

Mika Kivimäki: Apuraha (Suomen Akatemia, Sydäntutkimussäätiö, Työsuojelurahasto, Wellcome Trust, UK Medical Research Council, US National Institutes of Health)

Jussi Vahtera: Apuraha (Suomen Akatemia)

KIRJALLISUUTTA

- Kiander J. Suomen talouskehitys on ollut 2000-luvulla mainettaan parempi. Talous & yhteiskunta 2024. <https://labore.fi/t&y/suomen-talouskehitys-on-ollut-2000-luvulla-mainettaan-parempi>.
- Gäddnäs N, Keränen H. Laman jäljet yhä näkyvissä Suomen työmarkkinoilla: Helsinki: Talouspolitiikan arviointineuvosto 2023. <https://talouspolitiikanarviointineuvosto.fi/lamanjaljet-yha-nakyvissa-suomen-tyomarkkinoilla>.
- Margerison-Zilko C, Goldman-Mellor S, Falconi A, ym. Health impacts of the Great Recession: a critical review. *Curr Epidemiol Rep* 2016;3:81–91.
- Norstrom T, Gronqvist H. The Great Recession, unemployment and suicide. *J Epidemiol Community Health* 2015;69:110–6.
- Partonen T, Kiviruusu O, Grainger M, ym. Itsemurhakuolemat Suomessa vuosina 2016–2021. Tutkimuksesta tiiviisti 47. Helsinki: THL 2022.
- Partonen T, Haukka J, Lönnqvist J. Itsemurhakuolleisuus Suomessa vuosina 1979–2001. *Duodecim* 2003;119:1827–34.
- McKee M, Karanikolos M, Belcher P, ym. Austerity: a failed experiment on the people of Europe. *Clin Med (Lond)* 2012;12:346–50.
- Blyth M. Talouskuri. Vaarallisen opin historia. Tampere: Vastapaino 2013.
- Rajmil L, Hjern A, Spencer N, ym. Austerity policy and child health in European countries: a systematic literature review. *BMC Public Health* 2020;20:564.
- Stuckler D, Reeves A, Loopstra R, ym. Austerity and health: the impact in the UK and Europe. *Eur J Public Health* 2017;27:18–21.
- Tapia Granados JA, Rodriguez JM. Health, economic crisis, and austerity: a comparison of Greece, Finland and Iceland. *Health Policy* 2015;119:941–53.
- Backhaus I, Hoven H, Di Tecco C, ym. Economic change and population health: lessons learnt from an umbrella review on the Great Recession. *BMJ open* 2022;12:e060710.
- Fleming P, Caffrey L, Belle SV, ym. How international health system austerity responses to the 2008 financial crisis impacted health system and workforce resilience – a realist review. *Int J Health Policy Manag* 2023;12:7420.
- Russo G, Silva TJ, Gassasse Z, ym. The impact of economic recessions on health workers: a systematic review and best-fit framework synthesis of the evidence from the last 50 years. *Health Policy Plan* 2021;36:542–51.
- Kunta- ja hyvinvointialan henkilöstön seuranta tutkimus (FPS). Helsinki: Työterveyslaitos 2024. www.ttl.fi/tutkimus/hankeet/kunta-ja-hyvinvointialan-henkiloston-seuranta-tutkimus-fps.
- Laitinen J, Selander K, Ervasti J, ym. Mitä kuuluu hyvinvointialaisten työhyvinvoinnille 2023. Helsinki: Työterveyslaitos 2024. www.julkari.fi/handle/10024/148158.
- Työolot ja hyvinvointi. Helsinki: Lääkäriliitto 2021. www.laakariliitto.fi/laakariliitto/tutkimus/tyo-olot-ja-hyvinvointi.
- Milner A, Page A, LaMontagne AD. Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2013;8:e51333.
- Roelfs DJ, Shor E, Davidson KW, ym. Losing life and livelihood: a systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. *Soc Sci Med* 2011;72:840–54.
- Junna L, Moustgaard H, Huttunen K, ym. The association between unemployment and mortality: a cohort study of workplace downsizing and closure. *Am J Epidemiol* 2020;189:698–707.
- Junna L, Moustgaard H, Martikainen P. Unemployment from stable, downsized and closed workplaces and alcohol-related mortality. *Addiction* 2021;116:74–82.
- Jahoda M. Employment and unemployment. UK: Cambridge University Press 1982.
- Vahtera J, Virtanen M. The health effects of major organisational changes. *Occup Environ Med* 2013;70:677–8.
- Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J. Effect of organisational downsizing on health of employees. *Lancet* 1997;350:1124–8.
- Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J, ym. Organisational downsizing, sickness absence, and mortality: 10-town prospective cohort study. *BMJ* 2004;328:555.
- Kivimäki M, Honkonen T, Wahlbeck K, ym. Organisational downsizing and increased use of psychotropic drugs among employees who remain in employment. *J Epidemiol Community Health* 2007;61:154–8.
- Kivimäki M, Vahtera J, Ferrie JE, ym. Organisational downsizing and musculoskeletal problems in employees: a prospective study. *Occup Environ Med* 2001;58:811–7.
- Vahtera J, Kivimäki M, Forma P, ym. Organisational downsizing as a predictor of disability pension: the 10-town prospective cohort study. *J Epidemiol Community Health* 2005;59:238–42.

D KATSAUS

29. Westerlund H, Ferrie J, Hagberg J, ym. Workplace expansion, long-term sickness absence, and hospital admission. *Lancet* 2004;363:1193–7.
30. Quinlan M, Bohle P. Overstretched and unreciprocated commitment: reviewing research on the occupational health and safety effects of downsizing and job insecurity. *Int J Health Serv* 2009;39:1–44.
31. Frone MR. Organizational downsizing and alcohol use: a national study of U.S. workers during the Great Recession. *Addict Behav* 2018;77:107–13.
32. Elser H, Ben-Michael E, Rehkopf D, ym. Layoffs and the mental health and safety of remaining workers: a difference-in-differences analysis of the US aluminium industry. *J Epidemiol Community Health* 2019;73:1094–100.
33. Modrek S, Hamad R, Cullen MR. Psychological well-being during the great recession: changes in mental health care utilization in an occupational cohort. *Am J Public Health* 2015;105:304–10.
34. Jensen JH, Flachs EM, Skakon J, ym. Dual impact of organisational change on subsequent exit from work unit and sickness absence: a longitudinal study among public healthcare employees. *Occup Environ Med* 2018;75:479–85.
35. Kokkinen L, Virtanen M, Pentti J, ym. Does transfer of work from a public sector organisation to a commercial enterprise without staff reductions increase risk of long-term sickness absence among the staff? A cohort study of laboratory and radiology employees. *Occup Environ Med* 2013;70:585–7.
36. Kivimäki M, Vahtera J, Pentti J, ym. Factors underlying the effect of organisational downsizing on health of employees: longitudinal cohort study. *BMJ* 2000;320:971–5.
37. Campbell R, Pepper L. Downsizing and social cohesion: the case of downsizing survivors. *New Solut* 2006;16:373–93.
38. Brockner J, Davy J, Carter C. Layoffs, self-esteem, and survivor guilt: motivational, affective, and attitudinal consequences. *Organ Behav Hum Decis Process* 1985;36:229–44.
39. Langster HJ, Cutrer S. A scoping review of the impact of downsizing on survivors. *J Nurs Adm* 2021;51:329–33.
40. Rousseau DM. New hire perceptions of their own and their employer's obligations: a study of psychological contracts. *J Organ Behav* 1990;11:389–400.
41. Ashman I. The face-to-face delivery of downsizing decisions in UK public sector organizations: the envoy role. *Public Manag Rev* 2015;17:108–28.
42. Sallinen M, Karhula K, Pehkonen I, ym. Työkuormituksen hallinta ulkoisessa hoitohenkilöstön työhön. Helsinki: Työterveyslaitos 2024. www.ttl.fi/teemat/tyohyvinvointi-ja-tyokyky/tyokyky/tyokuormituksen-hallinta-ja-palautumisen-kiirisissa.