

Nuorten mielenterveysongelmat ja siirtymä työmarkkinoille

Pitkittäinen rekisteritutkimus mielenterveysongelmista kärsivien nuorten
elämäkulusta pääkaupunkiseudulla

Boris Bakkum
Pro gradu -tutkielma
Sosiaalitieteiden laitos
Turun yliopisto
Toukokuu 2020

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tutkielman alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin
Originality Check –järjestelmällä

BAKKUM, BORIS: Nuorten mielenterveysongelmat ja siirtymä työmarkkinoille. Pitkittäinen rekisteritutkimus mielenterveysongelmista kärsivien nuorten elämänculusta pääkaupunkiseudulla.

Pro gradu -tutkielma, 68s., 3 liites.

Sosiologia

Toukokuu 2020

Tässä tutkielmassa tarkastellaan pääkaupunkiseudulla asuvien mielenterveysdiagnoosin saaneiden nuorten siirtymää työmarkkinoille elämänculunkulmasta. Elämänculunkulma mahdollistaa työmarkkinoille siirtymisen analysoimisen prosessina. Koska tutkimuskohteena on mielenterveysongelmista kärsivät, tarkastellaan tuloksia myös terveyserojen näkökulmasta ja tarkemmin sosiaalisen valikoitumisen hypoteesin näkökulmasta. Mielenterveysongelmat heikentävät työkykyä, niihin liittyy vahva stigma, ja ne voivat vaikuttaa monin tavoin mahdollisuuksiin onnistua työmarkkinoille siirtymisessä. Työmarkkinoille siirtymisen aikaisilla vastoinkäymisillä voi puolestaan olla merkitystä koko työuran kannalta.

Tutkimuksen tavoitteena on kuvata mielenterveysongelmista kärsivien nuorten polkuja aikuisuuteen sekä selvittää, onko eri mielenterveysongelmien välillä eroja työmarkkinapoluissa. Tutkimuksen aineistona käytetään Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Peruspalveluhankkeeseen koottua rekisteriaineistoa. Aineisto kattaa kaikki vuosina 2005–2014 ainakin kerran Helsingissä, Espoossa ja Vantaalla asuneet 18–34-vuotiaat sekä heidän seurantatietonsa vuoteen 2016 saakka. Aineistosta seurataan vuonna 1987 syntyneitä miehiä ja naisia, joilla oli 18–24-vuotiaana käynti erikoissairaanhoidossa ICD-10 -luokituksen mukaisella psykiatrisella diagnoosilla. Kaikkiaan otos kattaa 1200 henkilöä, joista 61,8 prosenttia on naisia.

Menetelminä käytetään sekvenssianalyysia ja multinomiaalista logistista regressioanalyysia. Sekvenssianalyysissa yksilöiden työmarkkina-asemaan perustuvien polkujen väliset etäisyydet laskeetaan Optimal Matching -analyysilla, jonka jälkeen polut luokitellaan polkutyyppeihin etäisyyksien perusteella käyttäen klusterianalyysia. Lopuksi eri psykiatristen diagnoosien yhteyttä siirtymätyyppeihin tarkastellaan multinomiaalisella logistisella regressioanalyysilla. Analyysit tehdään molemmille sukupuolille erikseen.

Tulosten perusteella merkittävä osa mielenterveysongelmista kärsivistä nuorista oli töiden ja opiskeluiden ulkopuolella kulkevilla poluilla. Lisäksi miesten ja naisten työmarkkinapolut poikkesivat selvästi toisistaan. Psykiatrisen diagnoosin omaavista miehistä lähes puolet oli poluilla, joita kuvasi ensisijaisesti töiden tai opiskelun ulkopuolella oleminen. Naisista noin neljäsosa oli vastaavilla poluilla. Eroa selittää osittain ainakin miesten ja naisten erilaiset diagnoosit. Sekä miehillä että naisilla päihteisiin ja käyttäytymiseen liittyvät psykiatriset diagnoosit sekä skitsofrenia olivat yhteydessä epäsuotuisempiin polkutyyppeihin. Ne myös vähensivät todennäköisyyttä olla työ- tai opiskelupoluilla. Skitsofrenia ja päihteisiin liittyvät diagnoosit olivat selvästi yleisempiä miesten keskuudessa.

ASIASANAT: nuoret aikuiset, mielenterveysongelmat, työmarkkinat, polut, siirtymä

Sisällysluettelo

1. JOHDANTO	1
2. NUORI AIKUISUUS JA ELÄMÄNKULKU	5
2.1. ELÄMÄNKULKUTEORIA	5
2.2. SIIRTYMÄ AIKUISUUTEEN	10
2.3. SIIRTYMÄ TYÖMARKKINOILLE.....	13
2.3.1. <i>Siirtymä prosessina</i>	15
2.3.2. <i>Riskiryhmät</i>	19
3. MIELENTERVEYSONGELMAT	21
3.1. MIELENTERVEYSONGELMAT JA NIIDEN JAKAUTUMINEN VÄESTÖSSÄ.....	21
3.2. SOSIAALINEN KAUSAATIO JA VALIKOITUMINEN	23
3.3. MIELENTERVEYSONGELMAT JA SIIRTYMÄ TYÖMARKKINOILLE.....	27
4. TUTKIMUSASETELMA.....	32
4.1. TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	32
4.2. AINEISTO JA TUTKIMUSETIIKKA	35
4.3. MUUTTUJAT.....	36
4.4. MENETELMÄT.....	40
4.4.1. <i>Sekvenssianalyysi</i>	40
4.4.2. <i>Multinomiaalinen logistinen regressioanalyysi</i>	44
5. TULOKSET	47
5.1. KUVAILEVAT TULOKSET.....	47
5.2. MIELENTERVEYSONGELMISTA KÄRSIVIEN NUORTEN TYÖMARKKINAPOLKUTYYPIT	49
5.3. ERI MIELENTERVEYSDIAGNOOSIEN YHTEYS TYÖMARKKINAPOLKUTYYPPEIHIN.....	55
6. POHDINTA	61
6.1. TULOSTEN VERTAILU AIKAISEMPAAN TUTKIMUKSEEN JA TEORIAAN	61
6.2. METODOLOGINEN POHDINTA JA JATKOTUTKIMUS	65
6.3. YHTEISKUNNALLINEN MERKITYS	66
LÄHTEET.....	69
LIITTEET.....	79

1. Johdanto

Nuoruus ja nuori aikuisuus ovat keskeisiä elämänvaiheita myöhemmän sosioekonomisen aseman määrittymisen kannalta ja voidaan jopa puhua kriittisestä elämänvaiheesta (Viner ym. 2015; Amick ym. 2016). Tämän vaiheen aikana siirrytään kohti itsenäistä elämää ja aikuisuutta, johon sisältyy esimerkiksi kouluttautumista, työllistymistä ja perheellistymistä. Erilaisille riskitekijöille altistumisella tässä vaiheessa voi olla kauaskantoisia seurauksia aikuisuuden sosioekonomisen aseman, mutta myös muunlaisten sosiaalisten lopputulemien kannalta (esim. Mroz & Savage 2006; Bell & Blanchflower 2011; Bäckman & Nilsson 2016; OECD 2016; Bültmann ym. 2019). Suomalaisilla nuorilla peruskoulun jälkeinen työvoiman ja koulutuksen ulkopuolella oleminen oli esimerkiksi yhteydessä myöhempään heikkoon koulutustasoon ja työmarkkina-asemaan (Vanttaja & Järvinen 2006). Aikuisuuteen siirtymistä on tarkasteltu tyypillisesti elämänkulkuteorian avulla, joka auttaa hahmottamaan erilaisia elämänkulkua muokkaavia tekijöitä huomioiden sen historiallisen ja kulttuurisen kontekstin, jossa yksilöt kulloinkin elävät (Mayer 2009).

Taloudellisten ongelmien kokeminen nuorena on tyypillistä Suomessa, joskin vaikeudet ovat usein lyhytaikaisia (Ilmakunnas 2019, 7). Esimerkiksi vuonna 2016 kaikkein pienituloisimmista (tulot alle 40 prosenttia mediaanituloista) yli puolet oli 18–34-vuotiaita (SVT 2016). Nuorilla on yleensä matalampi koulutustaso ja vähemmän työkokemusta, mistä seuraa työttömyyttä tai matalapalkkaisia töitä. Nuoruuden työttömyys on myös aaltoilevampaa kuin myöhemmin, mikä tarkoittaa sitä, että siihen liittyy työpaikkojen epävakaus sekä useampia siirtymiä työttömyyteen ja työttömyydestä pois. Myös pitkäkestoista huono-osaisuutta löytyy suomalaisten nuorten keskuudesta (Ilmakunnas 2019, 7, 42-43) ja jopa 13,6 prosenttia nuorista on erilaisilla työvoiman ja koulutuksen ulkopuolella olevilla poluilla 18–30-vuotiaana (Ilmakunnas ym. 2015; Ristikari 2016).

Nuoreen aikuisuuteen liittyvä epävakaus tekee nuorista myös alttiimpia talouden ja työmarkkinoiden vaihtelulle. Esimerkiksi taantumät ja lamat vaikuttavat erityisen paljon juuri nuoriin, ja vuoden 2008 taantumien seurauksena nuorten syrjäytyminen on noussut erityisen keskeiseksi yhteiskunnalliseksi kysymykseksi (Scarpetta ym. 2010; Bell & Blachflower 2011; Eurofound 2014; OECD 2016; Karonen & Niemelä 2019). Nuorten aikuisten tukeminen koulutukseen ja työelämään kiinnittymisessä onkin esimerkiksi OECD:n politiikkaohjelman kärkiteema (OECD 2016). Myös Suomessa nuorten syrjäytymiseen on puututtu 2010-luvulla, ja esimerkiksi vuoden 2013 alusta lukien tuli voimaan nuorisotakuu, jonka tavoitteena on taata alle 25-vuotiaille työttömille ja alle 30-vuotiaille vastavalmistuneille töitä, koulutusta tai muita työllistymistä auttavia tukitoimia kolmen

kuukauden kuluessa työttömäksi ilmoittautumisen jälkeen. Nuorisotakuusta (*Youth Guarantee*) on tullut 2010-luvulla myös keskeinen Euroopan unionin laajuinen politiikkaohjelma.

Yksi keskeinen riskitekijä nuorten aikuisten heikon sosioekonomisen aseman taustalla on mielenterveysongelmat (esim. Lundborg ym. 2014; Baggio ym. 2015; Power ym. 2015; OECD 2016; Rodwell ym. 2017). Hyvä mielenterveys on keskeinen työkykyyn vaikuttava tekijä, ja mielenterveysongelmat ovatkin sosiaalisen ja taloudellisen osallistumisen kautta keskeinen yhteiskunnallinen kysymys. Yksilöiden hyvinvoinnin lisäksi mielenterveysongelmilla on siis laajempiakin vaikutuksia. Mielenterveysongelmat lisäävät huomattavasti työttömyyden riskiä, ja vakavimmat mielenterveyden häiriöt voivat lyhentää elinikää jopa 20 vuodella. (OECD 2014, 2, 4.) Erityisesti muutenkin haavoittuvassa asemassa olevat kärsivät mielenterveyden ongelmista, mutta myös muun väestön keskuudessa ongelmat jakautuvat epätasaisesti sosioekonomisen aseman mukaan (esim. Murali & Oyebo 2004; Reiss 2013; Allen ym. 2014).

Parhaiten toimeentulevien ja huonoiten toimeentulevien väliset erot kroonisessa masennuksessa ovat Suomessa Euroopan suurimpia: huonoiten toimeentulevasta viidenneksestä kroonisesta masennuksesta kärsii miehistä lähes kuusi kertaa suurempi osa ja naisista lähes kolme kertaa suurempi osa verrattuna parhaiten toimeentuleviin miehiin ja naisiin. (OECD/EU 2018, 23–24.) Nuorilla 18–34-vuotiailla toimeentulotukea saavilla miehillä oli puolestaan kuusi kertaa ja naisilla viisi kertaa useammin psykiatrinen diagnoosi verrattuna ilman toimeentulotukea eläviin (Vaalavuo ym. 2020).

Sosioekonomisia eroja mielenterveysongelmissa on pääsääntöisesti selitetty sosiaalisen kausaation ja valikoitumisen avulla. Sosiaalisen kausaation hypoteesin mukaan heikompi sosioekonominen asema lisää riskiä sairastua mielenterveysongelmiin. Sosiaalisen valikoitumisen hypoteesin mukaan puolestaan mielenterveysongelmat vaikeuttavat esimerkiksi työmarkkinoille kiinnittymistä tai kouluttautumista, minkä seurauksena voi olla heikompi sosioekonominen asema. (Eaton ym. 2010 Kröger ym. 2015.)

Sosiaalisen valikoitumisen merkitys terveyserojen selittäjänä korostuu erityisesti lapsuudessa ja nuoruudessa, kun koulutustaso ja työmarkkina-asema eivät ole vielä ehtineet vakiintua (Hoffmann ym. 2019). Nuorena koetut mielenterveysongelmat ovatkin yhteydessä myöhempään sosioekonomiseen asemaan (esim. Fletcher 2013; George 2013; Hakulinen ym. 2016; Hakulinen ym. 2019a; Hakulinen ym. 2019b). Mielenterveysongelmat ovat myös keskeisin nuorten työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen syy. Vuosien 2005 ja 2015 välillä nuorten aikuisten mielenterveysongelmista johdettu työkyvyttömyys on lisääntynyt 30 prosenttia. (ETK 2017; Mattila-Holappa 2018.)

Vaikka nuorten mielenterveysongelmien merkitystä on tutkittu melko paljon, ei mielenterveysongelmien ja työmarkkinoille siirtymisen yhteydestä löydy yhtä paljon tutkimusta. Lisäksi suuri osa tutkimuksesta perustuu yksittäisten työmarkkina-asemamuutosten tarkasteluun tiettyinä ajankohtana: mielenterveysongelmat mitataan yhtenä hetkenä ja lopputulema mitataan toisena (esim. Fletcher 2008; Fletcher 2013; Baggio ym. 2014; Johar & Truong 2014; Power ym. 2015 Rodwell ym. 2017). Parempien pitkittäisaineistojen myötä myös erilaisia tapahtumien aikaulottuvuuden huomioivia elinaika-analyyseja on tehty. Näissä pystytään kuitenkin tarkastelemaan vain yhtä siirtymää kerralla, kuten siirtymää ensimmäiseen työpaikkaan tai siirtymää työllisyydestä työttömyyteen. (esim. Helgesson ym 2017.) Myös dynaamisempia tarkasteluita on tehty, joskin suhteessa paljon vähemmän (esim. Hakulinen ym. 2019a).

Työmarkkinoille siirtymistä on puolestaan tutkittu hyvin laajasti, ja aihepiiriä on tutkittu monella tapaa kokonaisvaltaisesti ja siirtymää pidempänä prosessina sekvenssianalyysin avulla (esim. Quinini & Manfredi 2009; Brzinsky-Fay 2014; Asplund & Vanhala 2014; Albæk ym. 2015; Ristikari ym. 2016; Lorenzen ym. 2019). Sekvenssianalyysi on yleistynyt sosiaalitieteissä 1980-luvulta lähtien (Abbott & Forrest 1986), ja se mahdollistaa siirtymän kokonaisvaltaisen kuvaamisen. Mielenterveysongelmien merkitys työmarkkinoille siirtymisen aikana on kuitenkin jäänyt tästä näkökulmasta pitkälti huomioimatta (ks. kuitenkin Landstedt ym. 2016; Huegaerts ym. 2019). Onkin esitetty, että holistisempi tutkimussuuntaus, joka tarkastelee nuorten mielenterveysongelmia aikuisuuteen siirtymisen kontekstissa sekä huomioi siirtymän prosessina, olisi tarpeen. (Bültmann ym. 2019). Bültmannin ja kumppaneiden (2019) mukaan nuoruuden mielenterveysongelmien ja varhaisen työelämän polkujen yhteyttä tulisi tutkia elämänkulkunäkökulmaa käyttäen. He esittävät aiheeseen liittyen uudenlaista tutkimusagendaa, jossa nuorten työmarkkinoille siirtymistä ja mielenterveysongelmia tarkasteltaisiin prosessina. Tässä tutkielmassa vastataan osaltaan tämän tutkimusagendan tavoitteisiin.

Aihe on myös yhteiskunnallisesti ja sosiaalipoliittisesti merkittävä ja ajankohtainen. Keskustelua mielenterveysongelmista on herättänyt esimerkiksi vuoden 2019 heinäkuussa 50 000 allekirjoitusta täyteen saanut kansalaisaloite terapiatakuusta, jonka tavoitteena on nopeampi pääsy mielenterveyspalveluiden pariin (esim. Yle 2019a; 2019b). Suomessa arviolta lähes joka viides ihminen kärsii vuosittain jostain mielenterveysongelmasta, ja on arvioitu, että Suomessa mielenterveysongelmien suorat ja epäsuorat kustannukset yhteiskunnalle ovat noin 11 miljardia euroa vuodessa. Suorilla kustannuksilla tarkoitetaan terveydenhuollon ja sosiaaliturvan kustannuksia, kun epäsuorat kustannukset arvioidaan työmarkkinoiden kustannuksista matalamman työllisyyden ja tuottavuuden

perusteella. (OECD/EU 2018, 22, 28.) Mielenterveysongelmien ehkäisyllä ja varhaisella puuttumisella voidaan ehkäistä muun muassa syrjäytymistä ja työkyvyttömyyttä. Globaalisti on arvioitu, että investoinnit mielenterveysongelmien ehkäisyyn maksavat itsensä takaisin yli kolminkertaisesti (Chisholm ym. 2016). On perusteltua ajatella, että erityisesti lapsiin ja nuoriin kohdistuvilla interventioilla on merkitystä. Ensinnäkin varhaisempi puuttuminen helpottaa ongelmien hoitoa ja toisekseen suurin osa mielenterveysongelmista puhkeaa viimeistään 24-vuotiaana (Kessler 2005). Nuoruudessa koulutuspolut ja työmarkkinoille siirtyminen ovat myös keskeisiä elämänvaiheita, minkä seurauksena juuri nuoruuden mielenterveysongelmissa sosiaalisen valikoitumisen mekanismi on keskeinen (George 2013, 595; Hoffman ym. 2019). Mielenterveysongelmista seuraava henkilökohtainen ja yhteiskunnallinen taakka ei ole väistämätön, ja ongelmiin on mahdollista puuttua (OECD/EU 2018).

Tässä pro gradu -tutkielmassa selvitetään nuorten mielenterveysongelmista kärsivien nuorten siirtymistä työmarkkinoille. Aihetta tarkastellaan elämänkulkuteorian ja sosioekonomisten terveyseroja selittävien mekanismien avulla. Tarkoituksena on tavoittaa kokonaisvaltaisesti 18–29-vuotiaiden työmarkkinapolut ja tarkastella eri diagnoosien merkitystä polkujen taustalla ja siten lisätä ymmärrystä nuoruuden mielenterveysongelmien merkityksestä työmarkkinoille siirtymisen aikana. Seuratava kohortti koostuu vuonna 1987 syntyneistä Helsingissä, Espoossa tai Vantaalla asuneista nuorista, jotka olivat käyneet erikoissairaanhoidossa psykiatrisella diagnoosilla 18–24-vuotiaana. Nuorten siirtymistä työmarkkinoille kuvataan sekvenssianalyysillä, joka mahdollistaa monimutkaisen siirtymän kuvaamisen ymmärrettävästi. Tämän jälkeen siirtymiä luokitellaan erilaisiin siirtymätyyppisiin. Lopuksi tarkastellaan eri psykiatristen diagnoosien yhteyksiä eri polkutyyppeihin.

2. Nuori aikuisuus ja elämänkulku

2.1. Elämänkulkuteoria

Elämänkulkuteoria (*life course theory*) on monitieteinen teoria, joka pyrkii ymmärtämään tekijöitä, jotka muovaavat ihmisten elämää syntymästä kuolemaan sijoittaen yksilön ja perheen osaksi kulttuurista ja historiallista kontekstia (Mayer 2009; Hutchison 2011, 1586). Nuoruuden tutkimuksessa teoriaa on käytetty selittämään ja ymmärtämään toisaalta sitä, miten nuoruus on yhteydessä aikaisempaan kehitykseen ja elämän tapahtumiin ja toisaalta sitä, miten nuoruuden olosuhteet ovat yhteydessä myöhempään terveyteen ja hyvinvointiin (Hutchison 2011, 1586). Elämänkulkuteorian soveltaminen on lisääntynyt merkittävästi 1970-luvulta lähtien. Sosiaalitieteissä siitä on muodostunut suosittu teoria (Mayer 2009) ja se on myös tullut yhdeksi johtavaksi teoreettiseksi näkökulmaksi terveyskäyttäytymisen ja yleisemmin terveyden tutkimuksessa (Hutchison 2011, 1586). Elämänkulkuteoria ei ole yksi yhtenäinen teoria, vaan pikemmin näkökulma, joka koostuu useista eri suuntauksista. Teorian sijaan puhutaankin joskus myös lähestymistavasta tai näkökulmasta. Kaikki suuntaukset sisältävät kuitenkin samoja perusperiaatteita. (Elder Jr ym. 2003; Mayer 2009.)

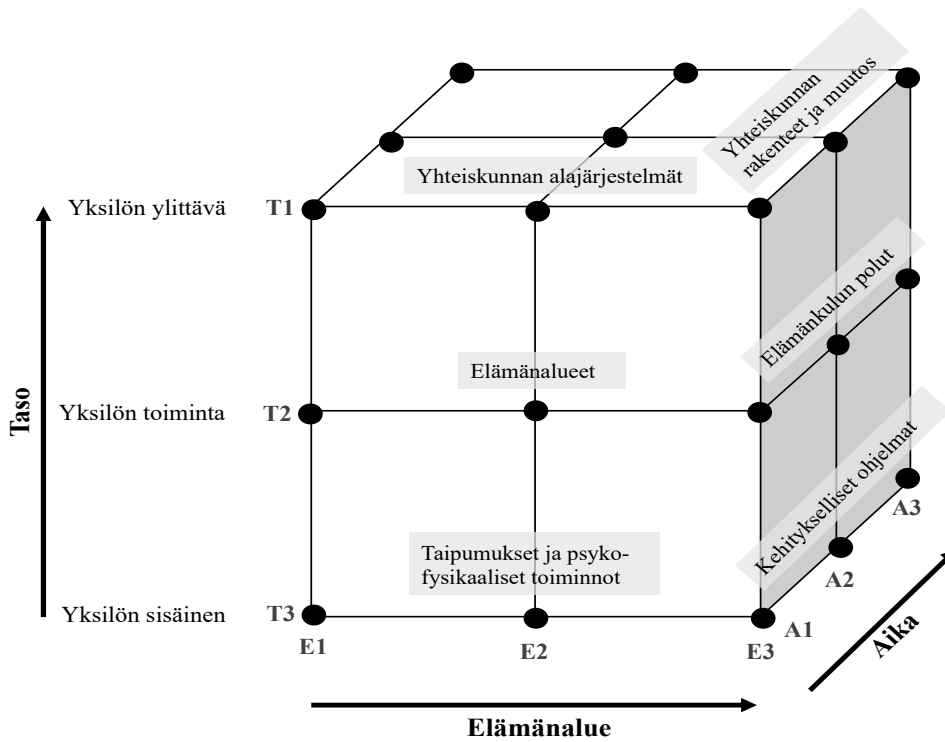
Ensimmäinen elämänkulkuteorian periaate on ihmisten elämän – kuten henkilökohtaisten ominaisuuksien ja eri elämäntilanteiden muutosten – tarkastelu pitkällä aikavälillä, kuten lapsuudesta vanhuuteen, sen sijaan, että huomioitaisiin vain tiettyjä ajankohtia. Periaatteeseen liittyy vahva oletus siitä, että henkilökohtaisella elämänhistorialla on merkittävä vaikutus myöhempään elämän tapahtumiin. (Elder Jr. ym. 2003, 11; Mayer 2009.) Toinen keskeinen periaate liittyy yksilöiden toimijuuteen. Näkökulman mukaan ihmiset rakentavat historiallisen ja sosiaalisen ympäristön rajoitusten sisällä oman elämänkulkunsa valintojensa ja toimintansa kautta. (Elder Jr. ym. 2003, 11.) Kolmas periaate korostaa yksilön valintojen sijaan aikaa ja paikkaa, jossa valinnat tapahtuvat. Yksilöiden elämänkulku on aina uppoutunut historialliseen aikaan ja paikkaan, mikä asettaa reunaehdot toiminnalle. Historiallinen aika ja paikka vaikuttavat yksilöiden ja kohorttien elämiin. (ibid.,12.)

Neljäs periaate liittyy tapahtumien, siirtymien ja käyttäytymisen ajoitukseen. Samat tapahtumat ja kokemukset vaikuttavat eri ihmisten elämiin eri tavoin riippuen siitä, milloin ne tapahtuvat. (ibid., 12.) Esimerkiksi mielenterveysongelmat voivat lisätä riskiä epäonnistua työmarkkinoilla, mutta voidaan olettaa, että riski on erityisen suuri alle 25-vuotiaalla. Mielenterveysongelmien on havaittu olevan yhteydessä pitkittyneeseen toimeentulotuen saamiseen. Yhteys oli erityisen merkittävä 18–24-vuotiailla verrattuna 25–34-vuotiaisiin (Vaalavuo & Bakkum 2020.) Myös muut tutkimukset vahvistavat tätä havaintoa. Yli 25-vuotiailla ei ole löydetty samanlaisia vaikutuksia, mikä johtunee

siitä, että iän myötä työmarkkina-asema vakiintuu. (George 2013, 595; Hakulinen ym. 2016.) Toisaalta aikuistumiseen liittyvät siirtymät, kuten kotoa pois muuttaminen tai vanhemmaksi tuleminen, voivat aiheuttaa negatiivisia seurauksia elämäntulkukseen, jos ne tapahtuvat liian nuorena. Samalla tavalla myös sama tapahtuma voi aiheuttaa erilaisia seurauksia eri kohorteille. (Elder Jr. ym. 2003, 12.) Ajoitukseen liittyvät keskeisesti niin kutsutut kriittiset ajanjaksot. Kehityspsykologiassa kriittisellä ajanjaksolla viitataan elämänvaiheeseen, jonka aikana tiettyjen ympäristöärsykkeiden kokeminen on tarpeen, jotta henkilö kehittyy normaalisti (George 2013, 587). Kriittisillä elämänvaiheilla voidaan viitata myös sosiaalisesti epävarmaan elämänvaiheeseen, jonka aikana erilaisilla tapahtumilla voi olla pitkäkestoisia vaikutuksia elämäntulkukseen (Bültmann ym. 2019).

Viimeinen periaate liittyy ihmisten keskinäiseen riippuvuuteen. Ihmisten elämät ovat aina riippuvaisia verkostoista, joissa ne eletään, ja monet sosiaalishistorialliset vaikutukset ilmenevät ihmissuhdeverkostojen kautta. Laajempi sosiaalinen muutos vaikuttaa usein mikrotason vuorovaikutussuhteisiin, jotka vaikuttavat yksilöön. Toisaalta uusien ihmisten tapaaminen voi toimia käännekohtana, joka muuttaa käyttäytymistä ja muokkaa elämäntulkua. Keskinäinen riippuvuus näkyy myös esimerkiksi yhden henkilön siirtymän vaikutuksesta toiseen henkilöön. (Elder Jr. ym. 2003, 13.)

Bernardi, Huinink & Settersten Jr. (2019) ovat pyrkineet yhtenäistämään elämäntulkuteorian suuntauksia vielä tiiviimmin kuin mitä teorian viisi yhdistävää peruseriaatetta mahdollistavat. Keskeinen käsite tiivistämisen kannalta on niin kutsuttu elämäntulkukuuutio (*life course cube*), joka yhdistää eri elämäntulkuteorian osa-alueita yhteen (Kuvio 1). Elämäntulkukuuutio määrittelee ja havainnollistaa visuaalisesti elämänalueiden, ajan ja analyysitasojen välistä vastavuoroista riippuvuutta sekä useita interaktioita, jotka ovat keskeisiä elämäntulkun ymmärtämiseksi. Tässä tutkielmassa analyysi tapahtuu yksilön toiminnan tasolla työmarkkinoilla (elämänalueakseli) aikuisuuteen siirtymisen aikana (aika-akseli). Yksilön sisäisen tason merkitystä tarkastellaan mielenterveysongelmien kautta, mikä korostaa eri tasojen välisen vuorovaikutuksen merkitystä. Yksilön ylittävä taso asettaa puolestaan kehityksen toiminnalle ja toisaalta mahdollistaa, mutta myös rajoittaa sitä.



Kuvio 1. Elämänkulkukuutio (ks. Bernardi ym. 2019).

Eri periaatteiden lisäksi elämänkulkuteoriaan liittyy myös keskeisiä käsitteitä, joiden avulla elämänkulkua jäsenetään. Tämän tutkielman kannalta keskeisimpiä käsitteitä ovat siirtymä (*transition*) ja kehityskaari, polku tai ura (*trajectory*), mutta myös muita keskeisiä käsitteitä käsitellään lyhyesti. Siirtymillä tarkoitetaan aikaan sidottuja muutoksia elämäntilanteiden sekä sosiaalisten asemien tai roolien välillä. Siirtymät ovat toisistaan erillisiä ja selvästi rajattuja: toisen vaiheen loppuessa uusi vaihe alkaa. Siirtymiä ovat esimerkiksi kotoa pois muuttaminen tai vanhemmaksi tuleminen. Siirtymiin liittyy tyypillisesti muutoksia statuksessa (esimerkiksi opiskelijasta työntekijäksi) tai identiteetissä (esimerkiksi vanhemmaksi tuleminen). (George 1993; Elder Jr ym. 2003, 8; Hutchison 2011, 1587-1588.) Siirtymä voidaan ymmärtää kahdella tavalla: yksinkertaisimmillaan siirtymä tarkoittaa edellä kuvattua muutosta tilasta toiseen, esimerkiksi työllisyyden ja työttömyyden välillä. Siirtymällä voidaan kuitenkin myös tarkoittaa pidempikestoista ajallista prosessia, jonka aikana tapahtuu useita yksittäisiä siirtymiä tilasta toiseen. Esimerkiksi puhuttaessa siirtymästä aikuisuuteen tai siirtymästä työmarkkinoille tarkoitetaan tyypillisesti siirtymän jälkimmäistä määritelmää: siirtymä on prosessi, jolla on aikaulottuvuus. (Brzinsky-Fay 2014; Bültmann ym. 2019.)

Kun siirtymällä esimerkiksi työmarkkinoilla tarkoitetaan yksittäistä tilan muutosta esimerkiksi työttömyydestä työllisyyteen, viittaa työura koko elämän työmarkkinasiirtymien kokonaisuuteen. Siirtymät ovat siis aina osa elämän pidemmän aikavälin kehityskaaria, polkuja tai uria (eli roolien ja

kokemusten sarjoja), jotka antavat siirtymille erityisen muodon ja merkityksen. Polut määritellään tiivistetysti pitkän aikavälin muutoksen ja vakauden rakenteiksi, jotka sisältävät tyypillisesti useita siirtymiä. Polut liittyvät tyypillisesti johonkin sosiaaliseen instituutioon, kuten koulutukseen, ammattiin tai perheeseen. Henkilöllä voikin olla useita eri polkuja samaan aikaan, kuten esimerkiksi työpolku tai terveystyöpolku. Polut ovat myös tyypillisesti sidoksissa ikään siten, että tiettyjä siirtymiä voidaan pitää sopivampina, kun toiset saattavat rikkoa sosiaalisesti ja normatiivisesti muodostuneita ”aikatauluja” (*timetables*) tapahtumalla liian aikaisin, liian myöhään tai jäämällä kokonaan tapahtumatta. Siirtymien ajoitus voi vaikuttaa merkittävästi polkujen kulkuun ja onnistumiseen. Myös päinvastaiset siirtymät poluilla ovat mahdollisia. Esimerkiksi nuori aikuinen voi palata lapsuutensa kotiin. (George 1993; Elder Jr ym. 2003, 8; Hutchison 2011, 1587-1588.) Kun työura viittaa koko elämän mittaiseen siirtymien kokonaisuuteen, siirtymä työmarkkinoille viittaa työuran alkupäähän. Työmarkkinoille siirtyminen voi tapahtua erilaisten polkujen kautta, jotka puolestaan rakentuvat yksittäisistä siirtymistä.

Sosiaaliset polut (*social pathways*) viittaavat puolestaan polkuja tai kehityskaaria laajemmin yhteiskunnan tyypillisiin polkuihin ja tavoittavat näin ollen myös elämäntien historiallista, institutionaalista ja kulttuurista ulottuvuutta. Vaikka yleisesti ottaen yksilöt voivat määrittää omaa elämäntie-ään ja polkujaan valintojensa kautta, tapahtuvat valinnat aina kuitenkin suhteessa institutionalisoituneisiin polkuihin ja normatiivisiin säännönmukaisuuksiin. Kulttuuri ja instituutiot asettavat siis mahdollisuuksia valita erilaisia polkuja. Sosiaaliset polut muuttuvat ajassa joko suunniteltujen interventioiden tai suunnitelmattomien makrotason voimien, kuten taloudellisten vaihteluiden tai sotien seurauksena. (Elder Jr ym. 2003, 8.) Sosiaaliset polut sijoittuvat elämäntien tutkimuksessa yhteiskunnan ja yksilön leikkauskohtaan. Yksilökohtainen siirtymistä ja tapahtumista koostuva koulutuspolku on mahdollinen vain yhteiskunnan koulutusjärjestelmän kontekstissa.

Käytännössä tutkimuksessa käytetään käsitteitä ”*pathway*” ja ”*trajectory*” usein synonyymeina, eikä käsitteitä rajata kovin tarkasti.¹ Polut siis sisältävät tyypillisesti sekä yksilötason että yksilön ylittävän tason määritelmässään, eikä käsitteitä useinkaan rajata tarkemmin. (George 2009, 164; Brzinsky-Fay 2014.) Tässä tutkielmassa polulla viitataan juuri yksilötason elämäntien kulkuun ja yksilöiden siirtymien kokonaisuuteen tietyllä elämäntien alueella (*trajectory*). Tämä ei tarkoita, etteikö elämäntien kululle keskeisiä sosiaalisia ja historiallisia konteksteja huomioitaisi (vrt. *social pathway*): yksilöiden elämäntien voi ymmärtää ainoastaan suhteessa sosiaaliseen ja historialliseen kontekstiin, ja

¹ Suomessa käsitteille ei ole muodostunut vakiintuneita suomennoksia ja ”polulla” viitataan yleensä molempiin käsitteisiin, joskin esimerkiksi *trajectory* on joskus käännetty myös kehityskaareksi. Tässä tutkielmassa polulla tarkoitetaan Elderin ym. (2003) määrittelemää *trajectoryn* käsitettä.

esimerkiksi pidentynyt työttömyys saa eri merkityksen laman ja talouskasvun aikana. Elämäntapateoriassa onkin keskeistä tunnistaa yksilön ylittävät tekijät, jotka selittävät yksilöiden tasolla tapahtuvia muutoksen ja vakauden rakenteita. (George 2009, 164.) Tämä konteksti huomioidaan kuitenkin polkujen ulkopuolisena tekijänä, ei osana polkuja itseään.

Elämäntapahtumalla (*life event*) tarkoitetaan merkittäviä tapahtumia, joilla voi olla pitkäkestoisia ja vakavia vaikutuksia henkilölle (Hutchison 2011, 1588). Käännekohtilla (*turning point*) tarkoitetaan puolestaan hetkiä, joiden aikana elämäntapakehityksessä tapahtuu merkittäviä muutoksia. Käännekohtat ovat yleensä jälkikäteen selviä, mutta tapahtumahetkellä niiden merkitystä ei välttämättä tunnisteta. Ne liittyvät keskeisesti muutoksiin ihmisten käsityksistä itsestään ja identiteetistään suhteessa maailmaan sekä siihen, miten he reagoivat riskeihin ja mahdollisuuksiin. Käännekohtat voidaan jakaa kolmeen pääluokkaan: 1) elämäntapahtumat, jotka sulkevat tai avaavat mahdollisuuksia, 2) elämäntapahtumat, joilla on pysyviä vaikutuksia henkilön ympäristöön, sekä 3) elämäntapahtumat, jotka muuttavat henkilön itseymmärrystä, uskomuksia tai odotuksia. Pääluokat eivät ole toisiaan poissulkevia, ja esimerkiksi muutto toiseen maahan voi aiheuttaa kaikki kolme. Käännekohtien merkitys riippuu pitkälti yksilön tulkinnasta, miten merkittävänä hän tapahtumaa pitää. Näin ollen myös vähemmän merkittävistä tapahtumista voi tulla käännekohtia. (Hutchison 2011, 1588.)

Elämäntapakehityksen ajallisen ulottuvuuden jäsentämiseksi keskeisiä käsitteitä ovat ikä (*age*), ajanjakso (*period*) ja kohortti (*cohort*). Kohortilla tarkoitetaan ihmisryhmää, joka on syntynyt samana historiallisena aikana ja joka kokee tiettyjä sosiaalisia muutoksia tietyssä kulttuurissa, samanlaisessa järjestyksessä ja saman ikäisinä. (Elder Jr ym. 2003, 9; Hutchison 2011, 1587.) Historiallisilla muutoksilla on usein erilaisia vaikutuksia eri elämänvaiheessa oleville ihmisille. Puhutaan myös kohorttivaikutuksesta. (Elder Jr ym. 2003, 9.) Esimerkiksi 1990-luvun laman vaikutukset olivat erityisen merkittäviä työmarkkinoille siirtymässä olevalle kohortille (Karonen & Niemelä 2019). Iän merkitys tulee esiin erilaisten biologisten muutosten kautta, ja biologinen ikä on esimerkiksi keskeinen erottelija sairauden tarkastelussa. Myös niin kutsuttu sosiaalinen ikä, eli yhteiskunnan normien säätelyikä, on keskeinen tekijä elämäntapakehityksessä: sosiaalinen ikä asettaa odotuksia sille, minkälaisia asioita on sopiva tehdä tietyn ikäisenä. Ajanjakso viittaa puolestaan aikaan, jonka kaikki kohortit kokevat ja joka vaikuttaa kaikkiin. Tässä tutkielmassa ajanjaksona ovat vuodet 2005–2016, seurattava kohortti on syntynyt vuonna 1987, ja heitä seurataan 18-vuotiaista 29-vuotiaiksi.

2.2. Siirtymä aikuisuuteen

Siirtymä aikuisuuteen viittaa elämäkulussa nuoruuden ja aikuisuuden väliseen vaiheeseen, jossa yksilö jättää taakseen nuoruuden ja omaksuu asteittain erilaisia aikuisuuteen liittyviä rooleja. Vaihe on saanut paljon huomiota viime vuosikymmeninä pääasiassa vaiheen lisääntyvän kompleksisuuden ja monipuolistumisen myötä. Siirtymää voidaankin pitää yhtenä yksilön elämäkulun tärkeimmistä vaiheista. Perinteisesti on ajateltu, että aikuisuus muodostuu viiden keskeisen siirtymän tai virstanpylvään (*markers*) toteuduttua. Näitä virstanpylväitä ovat muutto pois kotoa, valmistuminen koulusta, työelämään siirtyminen, naimisiin meno ja lasten saaminen. Tyypillisesti nämä virstanpylväät saavutetaan 18–34-vuotiaina. 18-vuotiaat eivät kuitenkaan tyypillisesti koe itseään vielä aikuiseksi. Lain mukaan 18-vuotiaat kuitenkin määritellään täysi-ikäisiksi, ja tässä iässä siirtymätapahtumat alkavat tavallisesti hiljalleen muotoutua. (Isoniemi 2017.)

Siirtymän keskeisyyttä ja kriittisyyttä elämäkulussa kuvaavat hyvin sen sisältämät kokonaisvaltaiset sosiaalisten roolien muutokset sekä demografiset muutokset, jotka ovat tiheimpiä kuin yhdessäkään toisessa elämän vaiheessa. Toisen asteen koulutuksen jälkeen institutionaalisten rakenteiden merkitys elämäkulkua muokkaavana tekijänä heikkenee suurimmalla osalla, ja elämää alkaa määrittämään vahvemmin itseohjautuvuus. (Schulenberg ym. 2004; Osgood ym. 2007, 1.) Esimerkiksi 12–17-vuotiaat ovat sosiodemografisesti hyvin samankaltaisia: suurin osa asuu kotona ja opiskelee ja vain murto-osa on saavuttanut eri aikuisuuteen liitettyjä virstanpylväitä. Toisaalta yli 30-vuotiailla uudet sosiodemografiset normit ovat vakiintuneet hiljalleen: suurin osa on jo työelämässä ja vanhempia, ja vain pieni osa enää opiskelee. Tähän väliin mahtuu suuri ryhmä aikuisuuteen siirtyviä, joiden sosiodemografisia statuksia on hyvin vaikea ennustaa pelkästään iän perusteella muun muassa vaiheen kokeilevan luonteen vuoksi: nuoret kokeilevat erilaisia vaihtoehtoja ennen kuin asettuvat pidempiaikaisempiin rooleihin. (Arnett 2000.) Siirtymä aikuisuuteen on siis demografisesti hyvin tiivis, ja sen aikana koetaan lukuisia tärkeitä elämäkulun tapahtumia. Sosiaalisten muutosten lisäksi nuoruudesta aikuisuuteen siirtymisen aikana tapahtuu keskeisiä neurobiologisia muutoksia, joilla on keskeinen merkitys henkilöiden käyttäytymiseen (Schulenberg ym. 2004; Viner ym. 2015).

Vaihe on myös siitä kriittinen, että sen aikaisilla tapahtumilla voi olla merkittävä vaikutus myöhempään elämään. Esimerkiksi kouluttautuminen on todennäköisesti hyödyllistä pitkällä aikavälillä, kun taas erilaisilla sosiaalisilla ongelmilla voi olla haitallisia vaikutuksia myöhemmän elämän kannalta. Sekä yhteiskunnallinen konteksti että yksilökohtaisemmat elämäntapahtumat vaikuttavat merkittävästi juuri nuorten elämään. (Mroz & Savage 2006; Osgood 2007, 1; Scarpetta ym. 2010; Bell & Blanchflower 2011; Bäckman & Nilsson 2016; OECD 2016; Karonen & Niemelä 2019). Nuoruus

ja aikuisuuteen siirtyminen voidaankin ajatella kriittiseksi ajanjaksoksi (Viner ym. 2015; Bültmann ym. 2019). Pohjoismaissa nuorten aikuisten köyhyysriski on jopa kolminkertainen muuhun väestöön verrattuna ja nuoria aikuisia on kuvattu uudeksi köyhyysriskiryhmäksi, jota sosiaalipoliittiset järjestelmät eivät suojaa yhtä hyvin kuin perinteisempiä riskiryhmiä, kuten vanhuksia (Fritzell ym. 2012, 178, 182).

Keskeinen siirtymään liittyvä piirre on ollut sen muuttuminen ajassa. Aikuisuuteen siirtymisen kesto on pidentynyt merkittävästi. Esimerkiksi eri aikuisuuden virstanpylväiden saavuttaminen tapahtuu myöhemmin ja ensimmäisen ja viimeisen virstanpylvään väli on pidempi kuin ennen. Virstanpylväät saattavat jäädä myös kokonaan tapahtumatta, ja niiden järjestyksessä on enemmän variaatiota kuin ennen. (Billari & Liefbroer 2010; Buchmann & Kriesi 2011; Isoniemi 2017.) Pohjoismaissa siirtymä voi kestää useista vuosista jopa vuosikymmeneen (Angelin ym. 2014, 183). Pidentymisen lisäksi siirtymästä on tullut siis myös monella tapaa epäselvempi, ja siirtymään liittyvät elämänpolut ovat moninaistuneet. Polut eivät seuraa enää yhtä vahvasti normatiivisia sosiaalisia odotuksia. Esimerkiksi 1950-luvulla siirtymä aikuisuuteen oli hyvin standardoitu ja selkeä. Etenkin miehillä siirtymä aikuisuuteen oli nopea ja selvässä järjestyksessä tapahtuva siirtymien sekvenssi, jossa koulutuksesta siirryttiin täysiaikaisiin töihin, avioliittoon ja perheen perustamiseen. Nykyisin ei ole aivan yhtä helppoa määritellä onnistunutta siirtymää, ja viiden keskeisenä pidetyn siirtymän järjestys vaihtelee merkittävästi ihmisten välillä. (Arnett 2000; Schulenberg ym. 2004; Osgood ym. 2007.) Esimerkiksi lapsettomuus on yleistynyt, eikä lasten saantia pidetä tyypillisesti enää aikuisuutta määrittelevänä tekijänä. Siirtymää kuvaa yhä enemmän lisääntynyt joustavuus ja itseohjautuvuus (Arnett 2000; Schulenberg ym. 2004).

Siirtymä aikuisuuteen on muuttunut 2000-luvulle tultaessa niin paljon aikaisemmasta, että esimerkiksi Jeffrey Arnett (2000) on ehdottanut, että siirtymän sijaan puhuttaisiin omasta elämänvaiheesta, muotoutuvasta aikuisuudesta (*emerging adulthood*), joka ajoittuu 18 ja 25 ikävuoden välille. Arnett on myös esittänyt, että keskeisten viiden demografisen virstanpylvään sijaan aikuisuutta tulisi tarkastella pikemmin nuorten subjektiivisen kokemuksen kautta. (Arnett 2000.) Vaikka tämä lienee totta yksilön näkökulmasta, on perinteisillä demografisilla ja ”objektiivisilla” virstanpylväillä sekä niiden järjestyksellä ja ajoituksella edelleen keskeinen vaikutus ihmisten elämänkulkuun. Ne toimivat yhä käännekohtina, joilla on keskeisiä seurauksia ihmisten elämässä. (Billari & Liefbroer 2010; Liefbroer & Toulemon 2010.)

Institutionaaliset sosiaalipoliittiset järjestelmät ovat myös monissa yhteiskunnissa edelleen linkittyneitä perinteisiin odotuksiin. Tämä voi olla ongelma, sillä nuorten todelliset polut työmarkkinoilla

eivät enää seuraa perinteisiä malleja. Seurauksena sosiaalipoliittisten toimenpiteiden ja todellisten elämäntilanteiden välille voi tulla yhteensopimattomuutta, jolloin järjestelmä ei pystykään tukemaan siirtymää optimaalisesti. Esimerkiksi työmarkkinoille siirtymistä edeltävän täysipäiväisen koulutuksen sijaan yhä useampi nuori työskentelee ja opiskelee samanaikaisesti, minkä lisäksi työn ja opiskelun ensisijaisuus voi vaihdella. Tämän seurauksena myös työmarkkinoille siirtymistä tukevilla toimenpiteillä voi olla erilaisia vaikutuksia eri ryhmille. (Isoniemi 2017, 136; Helms Jorgensen ym. 2019.)

Siirtymän muuttuminen liittyy keskeisesti erilaisiin institutionaalisiin ja kulttuurisiin tekijöihin. Instituutiot rajaavat ja luovat mahdollisuuksia, joiden sisällä yksilöiden on mahdollista tehdä valintojaan. Esimerkiksi koulutusjärjestelmällä ja työmarkkinoiden säätelyllä on keskeinen merkitys aikuisuuteen siirtymisen kannalta. Koulutusjärjestelmän laajeneminen on nostanut koulusta valmistumisen mediaani-ikää. Tämä on keskeisesti venyttänyt aikuisuuteen siirtymistä: erityisesti työmarkkinoille siirtyminen on myöhentynyt, mutta tyypillisesti myös perhe perustetaan vasta kouluttautumisen jälkeen. Tämä puolestaan kuvastaa eri siirtymien vahvoja kytköksiä toisiinsa. Erityisesti Pohjoismaissa korkeakouluttautuminen on kasvanut valtavasti (Buchmann & Kriesi 2011) ja esimerkiksi Suomessa mediaani-ikä koulutuksen päätökseen saamiselle on 24 vuotta, mikä on hieman OECD-maiden 21 vuoden keskiarvoa korkeampi (OECD 2010, 55). Muutos on ollut huomattava: esimerkiksi vuosien 1948 ja 1957 välillä syntyneillä arvioitu mediaani-ikä koulutuksesta valmistumiselle oli 16 vuotta Italiassa, Saksassa ja Isossa-Britanniassa (Buchmann & Kriesi 2011).

Ajalliset muutokset ovat olleet samansuuntaisia länsimaisissa yhteiskunnissa, joskin maiden välillä on edelleen paljon eroja (Billari & Liefbroer 2010; Eurofound 2014; Isoniemi 2017). Pohjoismaat muodostavat selvästi oman ryhmänsä, jossa esiintyy tietynlaisia siirtymiä (Isoniemi 2017). Pohjoismaissa sosiaalipoliittikka on hyvin yksilöllistä, mikä vähentää riippuvuutta perheestä ja mahdollistaa kotoa pois muuttamisen aikaisemmin. Esimerkiksi nuorten oikeus työttömyysetuuksiin, opintotukeen ja asumisen tukiin vähentää riippuvuutta perheestä. Pohjoismaissa nuoret muuttavatkin tyypillisesti aikaisemmin kotoa pois ja muodostavat parisuhteen aikaisemmin kuin muissa Euroopan maissa. (Buchmann & Kriesi 2011.) Verrattuna esimerkiksi Etelä-Euroopan maihin, joissa puolet nuorista muuttaa kotoa vasta 28–30-vuotiaana, Pohjoismaissa puolet nuorista muuttaa kotoa jo 20–22-vuotiaana (Eurofound 2014, 19-20).

2.3. Siirtymä työmarkkinoille

Yksi keskeisin aikuisuuteen siirtymistä kuvaava tekijä on siirtyminen pois taloudellisesta riippuvuudesta suhteessa vanhempiin ja kohti itsenäistä pärjäämistä. Siirtymä työmarkkinoille on keskeinen osa nuorten integroitumista yhteiskuntaan, sillä se mahdollistaa taloudellisen riippumattomuuden. Siirtymä työmarkkinoille vaikuttaa myös keskeisesti muiden siirtymien ajoitukseen ja tapahtumiseen (Eurofound 2014, 88.) Vaikka esimerkiksi lasten saamista tai naimisiin menoa ei pidetä enää välttämättömänä aikuisuuteen siirtymisen kannalta (esim. Isoniemi 2017, 136), on työmarkkinoille siirtyminen yhä keskeinen osa aikuiseksi tulemistä. Työmarkkinoille siirtymistä leimaa tyypillisesti epävarmuus tulevasta. Monille nuorille siirtymä voikin olla haastava, ja ensimmäisen työn löytäminen voi kestää kauan. Siirtymä voi olla monimutkainen, ja tyypillisesti työmarkkinoilta jäädään pois ja sinne palataan vaihdellen (Eurofound 2014, 25). Siirtyminen työmarkkinoille muodostaa keskeisen nivelkohdan nuorten ihmisten elämässä, ja sitä voidaankin pitää kriittisenä elämänvaiheena: tutuilta ja ennakoitavissa olevilta poluilta siirrytään kohti uutta ja vaikeammin ennakoitavaa elämänaluetta, eli työmarkkinoita (Pavlova ym. 2017).

Työmarkkinat ovat muuttuneet merkittävästi lukuisten eri sosiaalisten ja taloudellisten voimien seurauksena. Esimerkiksi nopea teknologioiden muutos, tietopohjainen talous (*knowledge-based economy*)² ja kuluttajien preferenssien muuttuminen ovat johtaneet monien töiden katoamiseen ja tiettyjen taitojen lyhyempään elinkaareen. Työmarkkinoilla korostuu yhä useammin ”elinikäinen oppiminen”, ja jatkuvan kouluttautumisen merkitys on lisääntynyt. (Pavlova ym. 2017.) Suomessa, mutta myös muualla, keskeinen trendi viime vuosikymmeninä on ollut työmarkkinoiden polarisoituminen. Monien häviävien töiden tilalle on tullut toisaalta korkeapalkkaisia asiantuntijatöitä ja toisaalta matalasti palkattuja palvelutehtäviä. (Riihelä & Tuomala 2019; Vaalavuo & Kauppinen 2020.) Työmarkkinoilla tarvitaan myös yhä osaavampaa työvoimaa, ja etenkin heikommin koulutetuille nuorille tämä tuottaa merkittäviä ongelmia työmarkkinoille siirtymisessä.

Haasteista huolimatta suuri osa nuorista pääsee kiinni työmarkkinoille melko nopeasti valmistumisen jälkeen. Toisille siirtymiseen liittyy kuitenkin paljon haasteita. Scarpetta ja kumppanit (2010) ovat löytäneet OECD-maista kaksi keskeistä ryhmää, joilla oli ongelmia kiinnittyä työmarkkinoille: syrjään jääneet nuoret (*youth left behind*) sekä huonosti integroituneet tulokkaat (*poorly integrated new entrants*). Ensimmäinen ryhmä jää kokonaan työmarkkinoiden ulkopuolelle, ja heille on kasaantunut useita huono-osaisuuden ulottuvuuksia, kuten matala koulutustaso, maahanmuuttajatausta ja huono-osainen asuinalue. Vuonna 2007 tähän ryhmään kuului arviolta 11 prosenttia 15–24-

² Tietopohjaisella taloudella viitataan kehittyneissä talouksissa tapahtuneeseen trendiin, jossa talous on yhä enemmän riippuvaista tiedosta, informaatiosta ja korkeasta taitotasosta.

vuotiaista OECD-maissa asuvista. Toinen ryhmä, huonosti integroituneet tulokkaat, valmistuu koulusta, mutta ei onnistu kiinnittymään työmarkkinoille. Ryhmälle on tyypillistä hyppely määräaikaisten työpaikkojen, työttömyyden ja toimeentulon välillä. Arviolta noin 20–30 prosenttia 15–24-vuotiaista nuorista OECD-maissa kuuluu tähän ryhmään. Toisin sanoen 30–40 prosenttia nuorista kokee haasteita työmarkkinoille siirtymisessä. (Scarpetta ym. 2010, 19-22; Lorentzen ym. 2019.)

Työmarkkinoille siirtymisen onnistumisella ja siirtymän aikaisella yhteiskunnallisella kontekstilla voi olla pitkäkestoisia seurauksia nuorten myöhemmälle onnistumiselle työmarkkinoilla (Bell & Blanchflower 2011). Esimerkiksi talouden heilahtelut vaikuttavatkin erityisen herkästi juuri nuoriin aikuisiin (Scarpetta, Sonnet & Manfredi 2010; Bell & Blanchflower 2011; Karonen & Niemelä 2019). Guilianon ja Spilimbergon (2009) tutkimustulokset viittaavat siihen, että laman kokeminen 17–25-vuotiaana tekee nuorista pessimistisiä, ja usko omiin mahdollisuuksiin pienenee, kun taas alle 17-vuotiaat tai yli 25-vuotiaat eivät koe samankaltaisia vaikutuksia. Kahnin (2010) tulokset puolestaan viittaavat siihen, että yliopistosta valmistuminen laman tai taantumien aikana vaikuttaa merkittävästi tuleviin tuloihin, ja vaikutus on pysyvä. Karonen ja Niemelä (2019) saivat samansuuntaisia tuloksia suomalaisella aineistolla: 1990-luvun laman vaikutukset tulojen kehitykseen olivat erityisen haitallisia niille kohorteille, jotka olivat siirtymässä työmarkkinoille (Karonen & Niemelä 2019). Myös esimerkiksi työttömyys nuorena on yhteydessä heikentyneeseen tulotasoon jopa 10 vuotta työttömyyden jälkeen (Mroz & Savage 2006). Suomessa peruskoulun jälkeinen työmarkkinoilta tai koulutuksesta pois putoaminen ennakoii vahvasti heikompaan työmarkkina-asemaan myöhemmin elämässä (Vanttaja & Järvinen 2006).

Pohjoismaissa siirtymää kuvaa suhteellisen onnistunut ja nopea siirtyminen verrattuna moniin muihin Euroopan maihin. Täysiaikainen työ vuosi valmistumisen jälkeen on noin 40 prosentilla. Pohjoismaiset nuoret kouluttautuvat myös keskimäärin pidempään kuin muualla Euroopassa. (Eurofound 2014, 43-44.) Suomalaisista 19-24-vuotiaista hieman yli puolet ja 25–29-vuotiaista lähes kolmannes opiskeli vuonna 2011 päätoimisesti. Yliopistotutkinto suoritettiin keskimäärin 27-vuotiaana. (Tilastokeskus 2013.)

Keskimääräisestä korkeasta koulutustasosta huolimatta työttömyys ja epävarma työ ovat myös Pohjoismaissa, kuten muuallakin Euroopassa, yleisiä välittömästi koulusta valmistumisen jälkeen (Buchmann & Kriesi 2011). Myös osa-aikaiset ja määräaikaisten työsopimukset ovat yleisiä, ja niiden on havaittu lisäävän etenkin nuorilla riskiä joutua työelämän ulkopuolelle (Eurofound 2014, 43–44, 61). Vaikka suurin osa suomalaisista nuorista siirtyikin onnistuneesti työmarkkinoille, vuosi

valmistumisen jälkeen heistä noin kolmannes on edelleen työvoiman ulkopuolella, mikä vastasi Euroopan keskiarvoa (ibid., 37).

Pohjoismaille tyypillisten laajojen työvoimapolitiittisten toimenpiteiden merkitys on erityisesti nuorille tärkeä suoja taloudellisen toimeettomuuden haitallisilta seurauksilta. Nuorisotyöttömyyteen puuttuminen on keskeinen prioriteetti kaikissa Pohjoismaissa. Esimerkiksi kattava julkinen peruskoulujärjestelmä ja suhteellisen hyvä sosiaaliturvan taso tukevat onnistunutta siirtymistä. Eurooppalaisessa vertailussa Pohjoismaissa siirtyminen on yleensä melko onnistunut. Pohjoismaat tarjoavat vahvempaa ja moniulotteisempaa sosiaalista tukea nuorille, mikä vähentää siirtymisessä epäonnistumisen riskiä. (Helms Jørgensen ym. 2019.)

Viimeisten vuosikymmenten aikana Pohjoismaat ovat kuitenkin ajautuneet kauemmas perinteisestä universaalista pohjoismaisesta hyvinvointivaltiosta. Toimenpiteet, joiden tarkoituksena on tukea nuorien siirtymistä työelämään tai opiskelemaan, ovat tulleet aktiivisen työvoimapolitiikan nimissä pakottavammiksi ja rankaisemmiksi. Sosiaalista tukea on heikennetty ja yksilöiden omaa vastuuta siirtymisen onnistumisessa on lisätty. (Helms Jørgensen ym. 2019.) Esimerkiksi 1990-luvulta lähtien nuorten tärkeimmiksi suojuksiksi työttömyyttä vastaan ovat muodostuneet tarveharkintainen työttömyystuki ja toimeentulotuki. Tarveharkintaisten tukien tason heikentymisen myötä myös nuorten köyhyysriski on lisääntynyt. Tarveharkinnan lisäksi nuorten työttömyysturvaa kuvaavat yhä enemmän vastikkeellisuus, jolla on pyritty aktivoimaan nuoria työmarkkinoille ja koulutukseen. (Angelin ym. 2014, 183; Helms Jørgensen ym. 2019.)

Riskinä on, että vaikeassa tilanteessa olevat nuoret, jotka eivät kykene vastaamaan ehtoihin ja vaatimuksiin, menettävät tukensa. Yleisemmin sosiaaliturvaetuuksien tarveharkintaisuus ja vastikkeellisuus voivat johtaa byrokratialoukkuihin, jotka hankaloittavat ihmisten arkea, viivästyttävät etuuskien maksamista ja heikentävät työmarkkinoiden dynamiikkaa (Kananen ym. 2019). Tukien vastikkeellisuuden ja pakottavuuden on myös havaittu heikentävän ihmisten mielenterveyttä Yhdysvalloissa (Davis 2019) ja lisäävän psyykenlääkkeiden käyttöä Isossa-Britanniassa (Williams 2019). Toisaalta esimerkiksi suomalaisen perustulokokeilun alustavat tulokset viittaavat siihen suuntaan, että vastikkeeton perustulo paransi koeryhmän hyvinvointia (Kangas ym. 2019).

2.3.1. Siirtymä prosessina

Työmarkkinoille siirtymistä on perinteisesti mitattu erilaisilla staattisilla mittareilla, mutta ne eivät riitä tavoittamaan siirtymän dynaamista luonnetta (Eurofound 2014, 28). Työmarkkinoille

siirtymistä tulisi analysoida pitkittäisenä prosessina, joka tavoittaa siirtymän moninaisuuden. Siirtymän kuvaaminen yksinkertaisesti työmarkkina-aseman muutoksena antaa rajallista ja mahdollisesti myös epätarkkaa tietoa siirtymästä. Esimerkiksi ensimmäinen työpaikka nähdään usein työmarkkinoille siirtymisen loppupisteenä, vaikka se on todellisuudessa vasta työmarkkinoille siirtymisen ensimmäinen vaihe. Erilaiset tilanteiden muutokset ja työmarkkina-aseman vaihtelut ennen kuin asema työmarkkinoilla vakiintuu ovat tyypillisiä nuorille. Työuran alkuvaiheelle ominaiset määräaikaiset ja osa-aikaiset työsopimukset johtavat säännölliseen työpaikan vaihtamiseen. Myös koulutukseen palaaminen työskentelyn jälkeen on tyypillistä. Kaikkiaan vaihtetta kuvaa useiden eri statusten vaihtelu ja edestakainen siirtyminen, ja sitä pitäisikin tulkita pidemmän aikavälin prosessina. Tämän prosessin tavoittamiseksi tarvitaan holistisia menetelmiä, joiden avulla siirtymän dynaamisuus tavoitetaan paremmin. (Brzinsky-Fay 2014; Bültmann ym. 2019.)

Elämäkulkuteorian käsitteet siirtymä ja polku ovat keskeisiä työkaluja, joiden avulla työmarkkinoille siirtymisen dynamiikkaa voidaan ymmärtää. Ihmiset kulkevat työmarkkinoille hyvin erilaisia polkuja pitkin: osa siirtyy suoraan koulutuksesta työmarkkinoille, toiset siirtyvät koulutuksesta työttömyyden ja hetkellisen työllisyyden vaihteluun, ja osa puolestaan jää kokonaan työn ja koulutuksen ulkopuolelle. Keskeisiä polkuja kuvaavia ulottuvuuksia ovat eri asemat työmarkkinoilla, työmarkkina-asemien järjestys, niiden ajoitus sekä eri työmarkkina-asemien kesto. Polut koostuvat siis työmarkkina-asemista ja niiden välisistä siirtymistä. Kaikki nämä ulottuvuudet pyritään huomioimaan, kun työmarkkinoille siirtymistä tarkastellaan dynaamisena prosessina. Työmarkkinoille siirtymistä tästä näkökulmasta on tutkittu 2000-luvulta lähtien enenevässä määrin (esim. Brzinsky-Fay 2007; Quintini & Manfredi 2009; Dorsett & Lucchino 2014; Albaek ym. 2015; Brzinsky-Fay & Solga 2016; Ristikari ym. 2016; Middeldorp ym. 2018; Lorentzen ym. 2019; Ranasinghe ym. 2019). Erityisen suosittu ja keskeinen menetelmä tähän tarkoitukseen on ollut sekvenssi-analyysi, joka vastaa hyvin teorian ja käsitteiden vaatimuksiin: yksittäisten tapahtumien sijaan huomion keskiössä ovat tapahtumien järjestys ja kesto. (Brzinsky-Fay 2014.)

Suomalaisten nuorten siirtymistä työmarkkinoille on tutkittu muutamissa sekvenssianalyysissä hyödyntäneissä tutkimuksissa. Ainoastaan suomalaisia ovat tutkineet esimerkiksi Asplund ja Vanhala (2014), Ilmakunnas, Kauppinen ja Kestilä (2015) sekä Ristikari ja kumppanit (2016). Asplund ja Vanhala selvittivät 16–21-vuotiaiden peruskoulutuksen varassa olevien työmarkkinoille siirtymistä. Ristikari ja kumppanit selvittivät 18–25-vuotiaiden polkuja työelämään, ja Ilmakunnas ja kumppanit selvittivät 20–30-vuotiaiden polkuja. Tässä tutkielmassa tarkastellaan 18–29-vuotiaita, minkä vuoksi jälkimmäiset kaksi tutkimusta ovat keskeisempiä. Mainituissa tutkimuksissa terveysmuuttujia ei oltu huomioitu, joten tämä tutkielma täydentää aiempia tutkimuksia etenkin siltä osin.

Pohjoismaiden välisiä eroja ovat puolestaan tutkineet Albaek ja kumppanit (2015) sekä Lorentzen ja kumppanit (2019). Albaek ja kumppanit selvittivät 16–21-vuotiaiden työmarkkinapolkuja, kun Lorentzen kumppaneineen keskittyi 18–30-vuotiaiden nuorten tarkasteluun. Aikuisuuteen siirtymisen näkökulmasta yli 18-vuotiaiden siirtymät ovat kiinnostavampia, sillä ne tavoittavat paremmin työmarkkinoille kiinnittymisen, kun nuorempien tutkimus tavoittaa puolestaan peruskoulun jälkeisiä tapahtumia ja mahdollisia syrjäytymispolkujen alkutekijöitä. Ainoastaan Ristikarin ja kumppanien tutkimus perustui kuukausittaiseen dataan, kun loppuissa työmarkkinasiirtymiä on tarkasteltu vuositasolla.

Ristikari ja kumppanit (2016) seurasivat Suomessa vuonna 1987 syntynyttä kohorttia sekvenssianalyysillä vuosina 2005–2012, eli 18–25-vuotiaina. Tämä tutkimus on erityisen kiinnostava, sillä siinä on seurattu samaa ikäkohorttia ja suunnilleen samana seuranta-aikana kuin tässä tutkielmassa, mikä tekee tulosten vertailusta mielekäästä. Analyysin pohjalta muodostettiin 12 erilaista polkutyyppiä. Hieman alle puolet oli koulutuspoluilla ja hieman yli neljännes oli työpoluilla, eli yhteensä noin kolme neljästä nuoresta oli töissä tai opiskelija. Lisäksi hieman alle 9 prosenttia, joista suurin osa oli naisia, hoiti lapsia. Tämä on Ristikarin ja kumppaneiden tutkimuksessa kuukausittaisen datan lisäksi keskeinen etu: muissa aineistoissa lasten hoito sijoittuu ”työvoiman ulkopuolella” -ryhmään, joka on helppo tulkita riskiksi. Hieman alle 14 prosenttia kuului erilaisille ongelmallisille poluille, joissa nuoret hyppivät työllisyyden ja työttömyyden välillä, työttömyyden ja toimeentulotuen välillä tai heiltä puuttui paljon tietoja rekistereistä. Nuoria, joilta puuttuu tietoja rekistereistä, voidaan tietyn varauksin kutsua syrjäytyneiksi tai hukassa oleviksi. (Ristikari ym. 2016.)

Ilmakunnaksen ja kumppaneiden (2015) tutkimuksessa 78,1 prosenttia nuorista koki onnistuneen siirtymän työmarkkinoille ilman huono-osaisuutta tai vain hetkellistä huono-osaisuutta kokien. 11,5 prosenttia nuorista oli työttömyyspoluilla. Työttömyyden yleisyydestä huolimatta yleisin tila näillä poluilla oli se, että henkilöt eivät kokeneet huono-osaisuutta. 4,7 prosenttia nuorista oli polulla, jossa toimeentulotukea saatiin nuorena aikuisuudessa, mutta myös tällä polulla yleisin tila oli, että henkilö ei kokenut huono-osaisuutta. 5,8 prosenttia nuorista oli toimeentulotuki- tai kasautumispoluilla. Näitä polkuja kuvasi toimeentulotuen saaminen ja työttömyys, ja huono-osaisuus jatkui läpi nuoren aikuisuuden. Molemmissa tutkimuksissa (Ilmakunnas ym. 2015; Ristikari ym. 2016) tulokset ovat samansuuntaisia, vaikka aineistot ovatkin erilaisia.

Lorentzen ja kumppanit (2019) tutkivat sekvenssianalyysin avulla siirtymää työmarkkinoille Pohjoismaissa (Suomi, Norja ja Ruotsi) selvittääkseen, onko maiden välillä eroja siirtymissä vai

voidaanko Pohjoismaita pitää samankaltaisina työmarkkinoille siirtymisen suhteen. Tulosten mukaan siirtymät ovat maiden välillä hyvin samankaltaisia huolimatta eroista työmarkkinoiden säätelyssä ja sosiaaliturvassa. Huolimatta erilaisista hyvinvointivaltiojärjestelmistä myös muissa maiden välisissä työmarkkinoille siirtymisten vertailuissa on havaittu siirtymien ja polkutyypin olevan huomattavan samankaltaisia, vaikka joitain erojakin onkin löydettyissä (esim. Brzinsky-Fay 2007; Quintini & Manfredi 2009).

Lorentzenin ja kumppaneiden (2019) tulosten mukaan suurin osa nuorista siirtyi Pohjoismaissa melko hyvin työmarkkinoille. 47–51 prosenttia siirtyi työmarkkinoille lyhyen tai keskipitkän koulutuspolun ja hetkellisen epävarmuuden kautta. 18–20 prosenttia kouluttautui pidempään, jonka jälkeen siirryttiin työvoimaan hetkellisen epävarmuuden jälkeen. Onnistuneen siirtymisen lisäksi löydettiin kaksi epävakaampaa siirtymätyyppiä. Epävakaalle ja turbulentille polulle joutui 18–22 prosenttia nuorista: ryhmä koki monimutkaisia siirtymiä koulutuksen, epävakan työn ja ns. NEET-statuksen (*”not in employment, education, or training”*) välillä. NEET viittaa nuoriin ja nuoriin aikuisiin, jotka ovat töiden ja opiskelun ulkopuolella. Polut kuitenkin vakautuivat jonkun verran seurannan loppua kohden. Syrjäytymispolulle (NEET tai epävakaa) siirtyi 9–15 prosenttia. Suomessa syrjäytymispolulle joutuneiden osuus oli pienempi verrattuna Norjaan ja Ruotsiin. Tyypillinen syrjäytymispolku kulkee lyhyen koulutuksen ja epävarman työaseman jälkeen NEET-nuoreksi. Vaikka Suomessa polulle joutui pienempi osuus, polkutyyppejä kuvasivat keskimäärin pidemmät NEET-jaksot, mikä viittaa suomalaisten syrjäytyneiden suurempaan etäisyyteen työvoimasta. Kaikille maille yhteistä oli, että NEET-statuksesta siirtyminen vakaaseen asemaan työmarkkinoille oli hyvin epätodennäköistä. (Lorentzen ym. 2019.)

Lorentzenin ja kumppaneiden (2019) kuvaamat pohjoismaiset polkutyypit ovat jokseenkin yhdenmukaisia muiden OECD-maiden kanssa, joissa epävakaassa työmarkkina-asemassa olevat ja syrjäytyneet nuoret nousivat esiin (Scarpetta ym. 2010, 19–20). Suomalaisten syrjäytymispoluilla olevien osuus (9 %) vastaa kutakuinkin muita tässä käsiteltyjä suomalaisia tutkimuksia (Ilmakunnas ym. 2015; Ristikari ym. 2016). Epävakaa ja turbulenti polkutyyppejä sisältää kuitenkin selvästi enemmän nuoria kuin muissa suomalaisissa tutkimuksissa. Tämä selittynee sillä, että Lorentzen ja kumppanit (2019) käyttivät tutkimuksessaan vuosituloja mittaamaan työmarkkinoille kiinnittymistä, kun muissa tutkimuksissa käytettiin henkilöiden pääasiallista toimea. Pienituloiset (12,5–87,5 % medianituloista) oli määritelty epävakaaksi työvoimaksi, kun muissa tutkimuksissa he kuuluivat ”työlliset” -ryhmään. Kaikkiaan selvästi suurin osa nuorista niin Suomessa, muissa Pohjoismaissa kuin Euroopassakin siirtyy suhteellisen sujuvasti työmarkkinoille. Kuitenkin myös merkittäväällä osalla nuorista on haasteita siirtymisen onnistumisessa, ja osa syrjäytyy kokonaan työmarkkinoilta.

2.3.2. Riskiryhmät

Työmarkkinoille siirtymisen epäonnistumisen taustalla on monia erilaisia riskitekijöitä. Keskeinen siirtymistä vaikeuttava riskitekijä on heikko koulutustaso (Quintini & Manfredi 2009; Scarpetta ym. 2010; Dorsett & Lucchino 2014; Ilmakunnas ym. 2015; Middeldorp ym. 2018). Matala koulutustaso indikoi yleensä useista taustalla olevista syrjäytymisen riskitekijöistä, jotka ovat kasaantuneet joillekin ihmisille (Ilmakunnas ym. 2015). Koulutus on myös keskeinen huono-osaisuutta välittävä mekanismi: heikompi sosioekonominen perhetausta on yhteydessä matalampaan koulutustasoon, joka puolestaan lisää haasteita työmarkkinoille kiinnittymisessä ja vaikeuttaa menestymistä työmarkkinoilla. Työmarkkinat vaativat yhä korkeampaa osaamista ja jatkuvaa uudelleen kouluttautumista uudenlaisten työtehtävien ja taitojen omaksumista varten, joita muuttuvilla työmarkkinoilla vaaditaan (Pavlova ym. 2017).

Dorsett ja Lucchino (2014) tarkastelevat työmarkkinoille siirtymiseen liittyviä riskitekijöitä Isossa-Britanniassa. Sekvenssianalyysin avulla he erottivat työmarkkinasiirtymäpolut, joissa oli paljon työttömyyttä ja työvoiman ulkopuolella olemista. Kaikkien riskipolkujen (*at-risk trajectories*) taustalta löytyi pieni joukko riskitekijöitä: varhainen raskaus, matala koulutustaso, matala itsetunto ja perheen alhainen sosioekonominen asema. Samankaltainen kaava toistuu useimmissa tutkimuksissa ja useimmissa maissa (esim. Quintini & Manfredi 2009; Scarpetta ym. 2010; Landstedt ym. 2016). Näihin linkittyy myös nuoruuden aikainen työttömyys, joka ennakoii myös myöhempää työmarkkinoille siirtymisen epäonnistumista (Mroz & Savage 2006; Scarpetta ym. 2010; Bell & Blanchflower 2011) ja lisää myöhempien työttömyysjaksojen riskiä merkittävästi (Eurofound 2014, 61). Esimerkiksi NEET-nuorilla on moninkertainen riski taloudelliseen ja sosiaaliseen syrjäytymiseen myöhemmin (Quintini & Manfredi 2009).

NEET-nuoruus on melko yleistä, ja lähes puolet nuorista on jossain vaiheessa NEET-statuksella. Erityisesti pitkään NEET-statuksella olevilla nuorilla on riski moniin hyvinvointiongelmiin. Kuitenkin myös yhden vuoden NEET-asema on yhteydessä moniin psyykkisiin ja sosiaalisiin ongelmiin. (Gissler ym. 2016.) NEET-nuoruus, alhainen sosioekonominen asema, matala koulutusaste ja muut vastaavat riskitekijät ovatkin vahvasti kietoutuneet yhteen mielenterveysongelmien kanssa (esim. Reiss 2013; Allen ym 2014; Baggio ym. 2015; Rodwell ym. 2017; Hakulinen ym. 2019a; Vaalavuo ym. 2020). NEET-vuosien kasvaessa mielenterveysongelmien merkitys lisääntyy. Mielenterveysongelmat ovatkin keskeinen riskitekijä nuorten syrjäytymisen taustalla. (Gissler ym. 2016.) Mielenterveysongelmat esimerkiksi ennakoivat NEET-statusta, samalla kun NEET-status lisää mielenterveysongelmien riskiä (Baggio ym. 2015, Rodwell ym. 2017). Mielenterveysongelmilla nuoruudessa

vaikuttaisikin olevan seurauksia työmarkkinoille siirtymisen kannalta (Gralinski-Bakker ym. 2007; Lundborg ym. 2014). Erityisesti alle 19-vuotiaden NEET-status on riski esimerkiksi peruskoulutuksen varaan jäämiselle. Vanhemmissa ikäryhmissä NEET-statuksella olevien ryhmä on monimuotoisempi. Mukana saattaa olla esimerkiksi välivuotiaita tai pääsykokeisiin valmistautuvia. (Gissler ym. 2016.)

Mielenterveysongelmat ja muut riskitekijät, kuten NEET-status tai pienituloisuus, ovat kietoutuneet toisiinsa monin tavoin. Huono-osaisuus voi lisätä mielenterveysongelmien riskiä. Mielenterveysongelmista kärsivillä saattaa puolestaan olla enemmän hankaluuksia kouluttautua ja sitoutua työmarkkinoille. Tässä tutkielmassa erityisenä kiinnostuksen kohteena onkin mielenterveysongelmien merkitys työmarkkinoille siirtymisen aikana. Seuraavassa luvussa syvennyttään tarkemmin nuorten mielenterveysongelmiin sekä niiden vuorovaikutteiseen suhteeseen eri sosioekonomisten ulottuvuuksien kanssa.

3. Mielen terveysongelmat

3.1. Mielen terveysongelmat ja niiden jakautuminen väestössä

Maailman terveysjärjestön määritelmän mukaan mielen terveys on hyvinvoinnin tila, jossa jokainen yksilö realisoi oman potentiaalinsa, kykenee selviytymään elämän tyypillisistä vastoinkäymisistä, kykenee työskentelemään tuottavasti ja hedelmällisesti ja kykenee osallistumaan yhteisössään.

(WHO 2014, 12.) Mielen terveysongelmat tai mielen terveyden häiriöt ovat yläkäsitteitä erilaisille psykiatrisille häiriöille. Niissä kliinisesti merkitseviin psyykkisiin oireisiin liittyy merkitsevästi kärsimystä tai haittaa. (THL 2020.) Yleisimpiä mielen terveyshäiriöitä ovat ahdistushäiriöt ja mielialahäiriöt (OECD/EU 2018, 21).

OECD:n arvion mukaan vuonna 2016 yli kuudesosa eurooppalaisista kärsi jostakin mielen terveysongelmasta, ja Suomessa esiintyvyys oli Euroopan korkeimmasta päästä (OECD/EU 2018, 21). On syytä mainita, että mielen terveysongelmien puute ei välttämättä tarkoita, että mielen terveys olisi hyvä. Mielen terveysongelmien toinen puoli on positiivinen mielen terveys. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan nimenomaan mielen terveysongelmia, ei niinkään mielen terveyttä yleisemmin. Mielen terveyden syyt ovat moninaisia, ja niiden syntyyn vaikuttavat biologiset, geneettiset, sosiaaliset ja psykologiset tekijät. Erilaiset tekijät, kuten perheen tai ystävien tuki, voivat toisaalta myös suojata riskitekijöiden vaikutuksilta, millä on myös merkitystä mielen terveysongelmien synnyssä. (Patel 2007.)

Mielen terveysongelmia luokitellaan tyypillisesti oireiden ja niiden vakavuuden perusteella. Niiden diagnosoinnissa käytetään kahta eri luokittelujärjestelmää, joista Suomessa käytetään Maailman terveysjärjestön kehittämää kansainvälistä *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD) -järjestelmää. Toinen luokittelujärjestelmä on Yhdysvaltojen psykiatrisen yhdistyksen kehittämä DSM-5 järjestelmä. (THL 2020.)

Usein tutkimusaineistoissa ei ole pääsyä mielen terveysdiagnooseihin. Tällöin vaihtoehtona on esimerkiksi esittää kyselyaineistossa diagnoosijärjestelmien oireiden mukaisia kysymyspatteristoja, joilla voidaan muodostaa mielen terveysongelmista suuntaa antavia mittareita, tai käyttää rekisteritietoja psyykenlääkkeiden käytöstä. Tutkimuksia vertailtaessa onkin syytä pitää mielessä erilaiset mittaustavat, jotka mahdollisesti vaikuttavat tuloksiin. Vaikka esimerkiksi masennusoireiden avulla on pystytty melko tarkasti ennustamaan kliinistä masennusta, se ei itsessään mittaa sitä. Kliinisellä masennuksella viitataan pitkäaikaisempaan tilaan, kun masennusoireet puolestaan kuvaavat

mittaushetken oireita, jotka ovat alttiimpia erilaisille elämäntilanteiden muutoksille. (Ferraro & Wilkinson 2013, 184–185.) Kyselyaineistolla on kuitenkin mahdollista saada päteviä tuloksia ja erityisesti pitkittäisissä tutkimuksissa on mahdollista mitata masennusoireita pidemmältä ajalta (esim. Veldman 2016; 2017), jolloin saadaan tarkempi kuva masennuksesta.

Mittarit ja diagnoosijärjestelmät voivat myös muuttua ajassa, mikä tekee eri tutkimusten vertailusta haastavaa. Esimerkiksi Gyllenberg ja kumppanit (2019) selvittivät laajassa rekisteritutkimuksessaan vuonna 1987 syntyneiden lasten ja nuorten psykiatristen palveluiden käyttöä verrattuna vuonna 1997 syntyneisiin. Tulosten mukaan psykiatristen palveluiden käyttö ja diagnoosit olivat merkittävästi yleisempiä nuoremmalla kohortilla. Nuorten mielenterveysongelmien lisääntymisen sijaan tulos kertoo kuitenkin mielenterveysongelmien paremmasta tunnistamisesta, mielenterveyspalveluiden lisääntyneistä resursseista ja alentuneesta kynnyksestä hakea apua ongelmiin. Lisäksi virallisista diagnooseista on tullut tärkeä ehto tiettyjen tukien tai palveluiden saamiseksi. (Gyllenberg ym. 2019.)

Keskeinen ja systemaattinen havainto liittyen mielenterveysongelmiin on naisten ja miesten eroavaisuus. Nuoruudesta lähtien naiset kärsivät enemmän sisäänpäin suuntautuvista ongelmista (*internalizing disorders*), kuten ahdistuksesta ja masennuksesta. Miehillä oireet ovat puolestaan yleisemmin ulospäin suuntautuneita (*externalizing mental disorders*), ja heille tyypillisempiä häiriöitä ovat esimerkiksi antisosiaalinen käyttäytymishäiriö ja päihteisiin liittyvät häiriöt. Ainakin osittain erot selittyvät tyttöjen ja poikien erilaisella sosialisatiolla. (Rosenfield & Mouzon 2013, 277.)

Miesten ja naisten välillä on eroa myös sen suhteen, kuinka valmiita tai kykeneviä he ovat hakemaan apua ongelmiinsa, mikä näkyy monesti siinä, että mielenterveysongelmat näyttävät yleisempinä naisten keskuudessa. (Mackenzie ym. 2006). Nuorten keskuudessa tytöillä on poikia parempi terveystietoisuus ja suurempi halu käyttää mielenterveyspalveluita, mikä myös osaltaan vaikuttaa sukupuolten välisiin eroihin. Pojilla mielenterveysongelmiin liittyy suurempi stigma, joka voi hankaloittaa ongelmien myöntämistä ja avun hakemista. (Chandra & Minkovitz 2006.)

Sukupuolen lisäksi myös iällä on merkitystä hoitoon hakeutumisen kannalta ja erityisesti nuoret hakeutuvat heikommin hoitoon kuin vanhemmat (Mackenzie ym. 2006). Samanaikaisesti mielenterveysongelmat ovat kuitenkin erityisen keskeisiä nuorilla: diagnoosien huippu on varhaisessa aikuisuudessa ja laskee asteittain vanhetessa (George 2013, 592). Arviolta 75 prosenttia mielenterveyden häiriöistä alkaa jo ennen 24. ikävuotta (Kessler 2005). Maailmanlaajuisesti jopa viidennes nuorista kärsii lamauttavasta mielenterveyden häiriöstä, ja itsemurha on nuorten kolmanneksi yleisin

kuolinsyy (Belfer 2008). Suomessa 19–34-vuotiaista 40 prosentilla oli mielenterveyden häiriö jossain vaiheessa elämäänsä, ja 15 prosentilla oli häiriö mittaushetkellä. Niistä, joilla oli jossain vaiheessa elämäänsä mielenterveyden häiriö, 60 prosentilla oli useampia samanaikaisia häiriöitä. (Suvisaari ym. 2008.)

Mielenterveysongelmat jakautuvat väestössä erityisen vahvasti sosioekonomisen aseman perusteella. (Murali & Oyebode 2004; Eaton ym. 2010; Allen ym. 2014; OECD/EU 2018). Sosioekonomiset erot mielenterveydessä ovat säilyneet myös Pohjoismaissa, ja esimerkiksi Suomessa tuloluokien mukaiset erot masennuksessa olivat vuonna 2016 Euroopan suurimpia (OECD/EU 2018, 24). Sosioekonomiset erot mielenterveydessä näyttäisivät alkavan jo lapsuudessa ja nuoruudessa, joskin nuorten mielenterveyden sosioekonomisia eroja on tutkittu vähemmän kuin aikuisten (Reiss 2013). Huolimatta siitä, että erot on tunnettu jo pitkään, yhteyden monimutkaisuus ja kaksisuuntaisuus sekä erilaisten kausaalisten polkujen eteneminen jättävät paljon kysymyksiä avoimeksi.

3.2. Sosiaalinen kausaatio ja valikoituminen

Mielenterveysongelmien sosioekonomisia eroja on tyypillisesti selitetty kahden hypoteesin avulla: sosiaalisen kausaation ja sosiaalisen valikoitumisen hypoteeseillä. Sosiaalisen kausaation hypoteesin mukaan sosioekonominen asema aiheuttaa terveyserot. Erilaiset pääomat ja resurssit jakautuvat epätasaisesti ihmisten kesken, ja nämä voimavarat vaikuttavat henkilöiden terveyteen. Esimerkiksi koulutus tuo inhimillistä pääomaa, joka voi lisätä terveellisiä elämäntapoja, ja korkeammat tulot lisäävät mahdollisuuksia terveelliseen elämään. Toisaalta pitkittynyt köyhyys ja stressi voivat lisätä mielenterveysongelmien riskiä. Sosioekonominen asema on myös yhteydessä terveyspalveluiden käyttöön ja oikea-aikaisen hoidon saamiseen. (Dohrenwend ym. 1992; Eaton ym. 2010, 233–234).

Sosiaalisessa valikoitumisessa on kyse vastakkaisesta syy-yhteydestä: heikko terveydentila estää sosiaalisen aseman paranemisen tai saattaa jopa heikentää asemaa. Lisäksi on mahdollista, että jokin kolmas tekijä vaikuttaa sekä terveyteen että sosioekonomiseen asemaan, jolloin on kyse epäsuorasta valikoitumisesta. (Dohrenwend ym. 1992; Eaton ym. 2010, 233–234.) Esimerkiksi Halpern-Manners & kumppanit (2016) tutkivat koulutuksen ja mielenterveysongelmien yhteyttä identtisillä kaksosilla. Heidän tuloksiensa mukaan geneettiset taustatekijät selittivät sekä eri mielenterveysongelmia että heikompa koulumenestystä. Suora sosiaalinen valikoituminen jaetaan kirjallisuudessa joskus valikoitumiseksi (*selection*) ja ajautumiseksi (*drift*). Valikoituminen tässä merkityksessä viittaa sukupolvien väliseen liikkuvuuteen, jossa mielenterveysongelmat estävät vanhempien

sosioekonomisen aseman saavuttamisen. Ajautumisella viitataan puolestaan sukupolvien sisäiseen liikkuvuuteen eli siihen, miten henkilön sosioekonominen asema muuttuu mielenterveysongelmien ilmaantumisen myötä. (Eaton ym. 2010, 233.)

Molempien selitysten on osoitettu selittävän mielenterveysongelmien sosioekonomisia eroja, joskin kausaatiohypoteesi on yleisesti ottaen saanut enemmän tukea. Kausaation osoittaminen on tutkimuksellisesti haastavaa, minkä vuoksi tutkimustuloksiin tulee suhtautua varauksella. Kyseessä on kuitenkin todennäköisimmin monella tapaa kaksisuuntainen prosessi (Eaton ym. 2010; Olesen ym. 2013; Mossakowski 2014; Kröger ym. 2015). Esimerkiksi Olesen ja kumppanit (2013) havaitsivat tutkimuksessaan australialaisista 20–55-vuotiaista, että mielenterveysongelmat olivat sekä riskitekijä työttömyydelle että mahdollinen työttömyyden seuraus. Anderson (2017) puolestaan testasi sitä, miten lapsuuden eri riskitekijät vaikuttavat nuoruuden mielenterveysongelmien ja aikuisuuden sosioekonomisen aseman yhteyteen. Lapsuudenaikaiset riskitekijät selittivät osan yhteydestä, mikä korostaa sosiaalisen kausaation ensisijaisuutta suhteessa valikoitumiseen. Sosiaalisella valikoitumisella oli kuitenkin myös itsenäinen merkitys. (Andersson 2017.)

On myös havaittu, että lapsuusajan terveys on yksi sosioekonomisen aseman ylisukupolvista periytymistä selittävä osatekijä: perhetausta vaikuttaa lapsen terveyteen, jolla on puolestaan suoria vaikutuksia kouluttautumiseen ja vaurauden kasautumiseen sekä epäsuoria vaikutuksia aikuisuuden ammattiin ja tulotasoon. (Case ym. 2002; Haas 2006). Lapsuuden terveys selittää myös myöhempää terveyttä, joka puolestaan selittää sosioekonomista asemaa. Puhutaan myös välittyvästä sosiaalisesta kausaatiosta (*mediated social causation*), jossa sosiaalinen kausaatio vaikuttaa lapsuudessa mielen-terveyteen, joka puolestaan nuoruudessa vaikuttaa kouluttautumiseen ja työmarkkinoille kiinnittymiseen: nuoruuden mielenterveysongelmat välittäisivät siis lapsuuden sosioekonomisen aseman vaikutuksia. (Anderson 2017.)

Sosiaalinen kausaatio ja valikoituminen siis toimivat vuorovaikutteisesti elämänkaarella. Mekanis- mien suhteellinen merkitys vaihtelee kuitenkin muun muassa sen mukaan, minkä ikäisiä tutkitaan, mitä mielenterveysongelmia tutkitaan ja miten mielenterveysongelmia ja sosioekonomista asemaa mitataan. Hoffmannin ja kumppaneiden (2019) tuloksien mukaan sekä sosiaalinen kausaatio että sosiaalinen valikoituminen ovat keskeisiä mekanismeja lapsuudessa ja nuoruudessa, mutta sosiaali- sen valikoitumisen suhteellinen merkitys vähenee iän myötä. Alle 25-vuotiaana koettujen mielen-terveysongelmien on havaittu olevan yhteydessä myöhempään sosioekonomiseen asemaan (mm. kou- lutustasoon, työllisyyteen ja tulotasoon), mutta samanlaista vaikutusta ei havaita enää vanhemmalla iällä sairastuneissa (George 2013, 595; Hakulinen ym. 2016; Vaalavuo & Bakkum 2020).

Lapsuudessa ja varhaisessa nuoruudessa valikoitumista tapahtunee lähinnä suhteessa koulutukseen, sillä lapsen sosioekonominen asema määrittyy perheen kautta, johon lapsen toiminnalla ei ole vaikutusta. Puhutaan myös inhimillisen pääoman kerääntymisestä, joka vaikuttaa myöhempiin tuloihin ja asemaan. Nuoruudessa ja nuoressa aikuisuudessa oman sosioekonomisen aseman muodostuminen tulee keskeiseksi. Tapahtumilla työmarkkinoille siirtymisen aikana on merkittäviä seurauksia aikuisuuden sosioekonomisen aseman muodostumisessa, minkä vuoksi sosiaalinen valikoituminen on keskeistä (Eaton ym. 2010, 233). Tämä on tärkeä huomio, sillä verrattuna aikuisiin nuorten mielenterveysongelmien eriarvoisuutta on tutkittu suhteellisen vähän (ks. Reiss 2013) ja sosiaalisen kausaation hypoteesi on yleisesti ottaen saanut enemmän tukea kuin valikoitumishypoteesi (Mossakowski 2014). Sosiaalisen kausaation mekanismeja on myös tutkittu selvästi enemmän.

Mielenterveysongelmien yhteys sosioekonomiseen asemaan vaihtelee myös diagnooseittain (Miech ym. 1999). Eri mielenterveysongelmiin liittyy erilaisia oireita, eri syitä, erilaisia taudinkulkuja, erilaisia reaktioita eri hoitoihin ja erilaisia vaikutuksia ihmisten elämiin pidemmällä aikavälillä (Grallinski-Bakker 2007, 275). Miech ja kumppanit (1999) eivät löytäneet yhteyttä koulutusasteen ja nuoruuden masennuksen tai ahdistuksen välillä, mutta nuoruuden käyttäytymishäiriöt ennakoivat alempaa koulutusastetta. Masennuksen ja masennusoireiden sosioekonomiset erot selittynevätkin paremmin sosiaalisen kausaation avulla (Muntaner ym. 2005), joskin myös valikoitumisvaikutuksia on löytynyt (esim. Kessler 1995).

Erityisen vahva valikoitumisefekti puolestaan on löydetty skitsofreniasta kärsivillä (Dohrenwend ym. 1992; Agerbo ym. 2004; Muntaner ym. 2005). Laajassa suomalaisessa rekisteritutkimuksessa alle 25-vuotiaana kaikilla vakavilla mielenterveysongelmilla oli merkitystä aikuisuuden sosioekonomiseen asemaan, mutta erityisesti skitsofrenia ja muut ei-affektiiviset psykoosit olivat voimakkaasti yhteydessä aikuisuuden työuran työttömyyteen ja selvästi heikompaan tulotasoon verrattuna muuhun väestöön. Myös päihdeongelmat sekä kaksisuuntainen mielialahäiriö olivat keskeisiä. (Hakulinen ym. 2019a.) Vastaavia tuloksia on saatu myös tutkimalla nuoria suomalaisia toimeentulotukiasiakkaita, joilla erityisesti päihtheisiin liittyvät ongelmat ja skitsofrenia olivat yleisiä verrattuna niihin 18–34-vuotiaisiin, jotka eivät saaneet toimeentulotukea (Vaalavuo ym. 2020). Ruotsalaisessa rekisteritutkimuksessa erityisesti skitsofrenia ja käyttäytymishäiriöt alle 35-vuotiaana lisäsivät riskiä syrjäytyä työmarkkinoilta (Helgesson ym. 2017).

Vaikka skitsofrenia nousee säännöllisesti esiin, myös muilla mielenterveysongelmilla näyttäisi olevan erityisesti nuoruudessa merkitystä työuran kannalta (George 2013, 595-596). Kyse ei siis ole

kategorisesta erosta eri diagnoosien välillä, vaan asteittaisesta erosta. Skitsofrenian korostuminen valikoitumishypoteesissa kertoo myös diagnoosien vakavuuden ja lamaannuttavuuden merkityksestä. Lievällä ja vakavalla masennuksella lienee erilaisia yhteyksiä sosioekonomiseen asemaan. Joka tapauksessa eri diagnooseilla on erityyppisiä vaikutuksia, minkä vuoksi niitä on syytä erotella, kun tutkitaan mielenterveysongelmien yhteyttä sosioekonomiseen asemaan. Keskeinen huomio eri diagnooseista on, että vahvimmin valikoitumiseen yhteydessä olevat häiriöt ovat pojille ja miehille tyypillisiä mielenterveysongelmia, mikä korostaa sukupuolen merkitystä mielenterveysongelmia tutkittaessa.

Mekanismien suhteellinen merkitys vaihtelee myös sen mukaan, miten sosioekonominen asema määritellään. Krögerin, Pakpahanin ja Hoffmannin (2015) katsauksessa ilmeni, että kun sosioekonomista asemaa tarkasteltiin tulo- tai koulutustason avulla, tukivat tulokset useammin sosiaalisen kausaation hypoteesia. Toisaalta työmarkkina-asemaa kuvaavia indikaattoreita (esim. työllisyys) käytettäessä suosivat tulokset useammin sosiaalista valikoitumista. Esimerkiksi Bubonya, Cobb-Clark & Ribar (2019) havaitsivat, että 18–64-vuotiailla australialaisilla masennusoireet lisäsivät merkittävästi riskiä myöhempään työttömyyteen ja työvoiman ulkopuolella olemiseen 14 vuoden seurannan aikana. Ruotsissa mielenterveysongelmat lisäsivät merkittävästi riskiä syrjäytyä työmarkkinoilta (Helgesson ym. 2017). Tanskassa masennusoireet lyhensivät merkittävästi aikaa, joka vietettiin työmarkkinoilla, ja lisäsi aikaa työttömänä ja sairaslomalla (Pedersen ym. 2019).

Mielenterveysongelmien ja sosioekonomisen aseman välisen yhteyden kausaalisella suunnalla on merkitystä mielenterveysongelmien kustannuksiin puuttuvien toimenpiteiden kannalta. Jos sosiaalinen kausaatio on vallitseva mekanismi ja esimerkiksi työmarkkina-asema selittää mielenterveysongelmia, olisi vaikkapa taloudellisen aktiivisuuden edistämisellä ja työttömyysjaksojen lyhentämisellä merkittäviä kansanterveydellisiä seurauksia. Toisaalta jos mielenterveysongelmat vaikuttavat työmarkkina-asemaan, on keskeistä edistää mielenterveysongelmista kärsivien integraatiota työmarkkinoille sekä panostaa työympäristöihin, jotka edistävät työssä jaksamista. (Bubonya ym. 2019.)

Tiivistetysti voidaan sanoa, että molemmilla selitysmalleilla on merkitystä terveyserojen kannalta, mutta niiden suhteellinen merkitys vaihtelee ainakin iän, psykiatrisen diagnoosin ja sosioekonomisen aseman mukaan siten, että valikoitumisen merkitys korostuu erityisesti nuorilla ja niillä, joilla on vakavia mielenterveysongelmia. Lisäksi valikoituminen on keskeinen erityisesti, kun tarkastellaan sosioekonomista asemaa, joka liittyy olennaisesti työmarkkinoihin.

3.3. Mielen terveysongelmat ja siirtymä työmarkkinoille

Elämäntulkuteoria tarjoaa erinomaisen viitekehyksen sosioekonomisen aseman ja mielen terveysongelmien välisen yhteyden selittämiseksi, sillä näiden välinen vuorovaikutus on pitkäkestoinen prosessi. Elämäntulkuteoria mahdollistaa eri altisteiden keston tai ajankohdan huomioimisen. Esimerkiksi verrattuna hetkelliseen köyhyyteen pitkittynyt köyhyys on merkittävästi suurempi riski mielen terveysongelmien syntymiselle (George 2013, 586-587; Allen ym. 2014) ja vastaavasti pidempikestoisella masennuksella on todennäköisesti merkittävämpi vaikutus elämäntulkuteoriaan kuin hetkellisellä masennuksella. Toisaalta esimerkiksi mielen terveysongelmien alkaminen lapsuudessa tai nuoruudessa vaikuttaa aikuisuuden menestymiseen merkittävämmän kuin myöhemmin alkavat mielen terveysongelmat (George 2013, 595-596; Hoffman ym. 2019). Mielen terveysongelmien tutkiminen elämäntulkuteorian näkökulmasta onkin sosiaalitieteellisessä tutkimuksessa luonnollinen tulokulma: mielen terveysongelmat ovat dynaamisia, ja elämäntulkuteoria tarjoaa käsitteellisiä ja metodologisia työkaluja tämän dynamiikan ymmärtämiseksi (George 2013, 586).

Terveyttutkimus on tuonut myös lisää käsitteitä elämäntulkuteoriaan. Riskien kasautumisella (*accumulation of risk*) tarkoitetaan eri altisteiden kasautumista, jolla on pitkäaikaisia vaikutuksia terveyden kannalta. Riskien ketju (*chain of risk*) puolestaan viittaa siihen, että eri altisteet johtavat toisiin, ja tietyntyyliset riskiketjut voivat lisätä sairastumisriskiä. Kriittisellä vaiheella (*critical period*) viitataan tarkkaan rajattuun aikaikkunaan, jonka aikaisella altisteella voi olla negatiivisia tai suojaavia vaikutuksia kehityksen ja myöhemmän terveyden kannalta. Sensitiiviset vaiheet (*sensitive period*) viittaavat puolestaan elämänvaiheisiin, joiden aikana koetuilla altisteilla on vahvempi vaikutus terveysriskiin kuin elämänvaiheen ulkopuolella. Kriittiset vaiheet ajoittuvat tyypillisesti varhaislapsuuteen tai nuoruuteen. Sensitiiviset vaiheet ovat kriittisiä vaiheita sosiaalisempia ja ne voivat vaihdella ihmisten välillä, ajassa sekä paikassa. Esimerkiksi työttömyys työuran alussa voi olla sensitiivinen vaihe. (Amick ym. 2016.)

Epidemiologisessa tutkimuksessa on tutkittu erittäin paljon varhaislapsuuden altisteiden merkitystä terveyden kannalta, mutta nuoruus on tyypillisesti jäänyt hieman taka-alalle. Vinerin ja kumppaneiden (2015) mukaan nuoruus tulisi huomioida paremmin sensitiivisenä ja kriittisenä ajanjaksona. Vaikka varhaislapsuus onkin merkittävä elämänvaihe terveyden kannalta sen aikaisen nopean kehityksen vuoksi, seuraavaksi eniten kehitystä tapahtuu nuoruudessa. Esimerkiksi aivojen kehitys on valtaisa murrosiässä ja päättyy vasta noin 25-vuotiaana. Nuoruus on myös keskeistä psykososiaalisen muutoksen aikaa, ja sosiaalisissa rooleissa ja käyttäytymisessä tapahtuu tänä aikana merkittäviä

muutoksia. Riippuvuus vanhemmista vähenee ja vertaisten merkitys kasvaa suuresti. Esimerkiksi terveyskäyttäytyminen muuttuu merkittävästi monella tavalla, ja nuoruudessa omaksutut tavat ulottuvat usein myös aikuisuuteen. Nuoruuden mielenterveysongelmien yhteyttä myöhempään työmarkkina-asemaan tai koulutukseen on kuitenkin tutkittu suhteellisen vähän. (Gralinski-Bakker 2007, 274-275; Lundborg ym. 2014; Bültmann ym. 2019.) Tässä luvussa on kartoitettu aikaisempaa tutkimusta, jossa nuorten mielenterveysongelmien yhteyttä eri sosioekonomisen aseman tai työmarkkinoille siirtymisen ulottuvuuksiin on tarkasteltu eri tavoin.

Nuoruuden mielenterveysongelmien on havaittu olevan yhteydessä koulumenestykseen ja saavutettuun koulutustasoon, jotka puolestaan vaikuttavat merkittävästi myöhempään sosioekonomiseen asemaan. Niin kutsutun inhimillisen pääoman kerääntymisen hypoteesin mukaan mielenterveysongelmien vaikutus sosioekonomiseen asemaan kulkisi juuri koulutuksen kautta (ks. esim. Fletcher 2013; Johar & Truong 2014). Mielenterveysongelmilla voi olla merkittävä vaikutus työkykyyn tai työn hakuun esimerkiksi sosiaalisen, emotionaalisen ja kognitiivisen toimintakyvyn kautta. Mielenterveysongelmat vaikuttavat esimerkiksi mielialaan, muistiin ja motivaatioon. (Adler ym. 2006; Baldwin & Marcus 2011; Fletcher 2013.)

Needham (2008) havaitsi nuoruuden masennusoireiden olevan tytöillä yhteydessä suurempaan riskiin jättää lukio kesken Yhdysvalloissa. Lukiota valmistuneiden keskuudessa masennusoireet olivat yhteydessä suurempaan riskiin epäonnistua yliopistoon pääsyssä. Fletcher (2008) on saanut samankaltaisia tuloksia: nuorten tyttöjen masennusoireet olivat yhteydessä suurempaan riskiin epäonnistua niin lukiota valmistumisessa kuin yliopistoon pääsyssä. Ruotsalaisen tutkimuksen tuloksien mukaan niillä, joilla oli masennus 16–17-vuotiaana, oli pienempi todennäköisyys valmistua yliopistosta 30 ikävuoteen mennessä. Yhteys oli erityisen vahva miehillä. (Jonsson ym. 2009.) Meta-analyysi nuoruuden masennuksen yhteydestä eri psykososiaalisiin lopputuloksiin viittasi myös siihen, että nuoruuden masennus lisää riskiä koulutuksen kesken jäämiseen. Lisäksi nuoruuden masennus lisäsi merkittävästi riskiä päätyä työttömäksi. (Clayborne ym. 2019.)

Yleisesti ottaen mielenterveysongelmilla vaikuttaisi olevan myös selvä yhteys heikompaan koulumenestykseen, joskin vaihtelua löytyy riippuen muun muassa diagnoosista (esim. Kessler ym. 1995; Miech ym. 1999; Vander Stoep ym. 2002; Mojtabai ym. 2015). Esimerkiksi Miech ja kumppanit (1999) eivät löytäneet masennuksen ja koulutuksen välistä yhteyttä, mutta käyttäytymishäiriöt näyttivät ennakoivan heikompaa koulumenestystä. Breslaun ja kumppaneiden (2011) tutkimuksessa kaikki eri mielenterveysongelmat olivat yhteydessä siihen, ettei lukiota valmistuttu tavoiteaikataulussa. Kun eri diagnoosien komorbiditeetti eli yhtäaikaisuus huomioitiin, säilyi yhteys ainoastaan

käyttäytymishäiriöillä. Kaikkiaan inhimillisen pääoman kerääntyminen vaikuttaisi olevan keskeinen mekanismi sosiaalisen valikoitumisen taustalla.

Mielenterveysongelmien vaikutukset työkykyyn voivat vaikuttaa myös suoraan työllistymiseen ja töissä pysymiseen (Adler ym. 2006; Baldwin & Marcus 2011; Fletcher 2013.) Lisäksi on tärkeä huomioida, että psykologisen ulottuvuuden lisäksi sosiaalisen valikoitumisen taustalla on myös sosiaalisia ja rakenteellisia tekijöitä. Esimerkiksi mielenterveysongelmiin liittyvä vahva stigma voi aiheuttaa syrjintää muun muassa työmarkkinoilla, millä voi olla keskeinen merkitys työllistymisessä ja töissä pysymisessä (Sharac ym. 2010; Baldwin & Marcus 2011). Nuorten ja nuorten aikuisten mielenterveysongelmien onkin havaittu olevan yhteydessä heikompaan asemaan työmarkkinoilla useilla eri mittareilla tarkasteltaessa.

Veldman (2016) on tutkinut väitöskirjassaan nuoruuden mielenterveysongelmia elämäntulkunäkökulmasta melko kattavasti Hollannissa. Väitöskirjassa tarkastellaan erityisesti mielenterveysongelmien merkitystä koulutuksesta työmarkkinoille siirtymisessä. Tulosten mukaan nuoruuden mielenterveysongelmat olivat yhteydessä epäsuotuisiin koulutus- ja työllisyystekijöihin nuorena aikuisuudessa. Mielenterveysongelmat lisäsivät myös riskiä jäädä peruskoulun jälkeen koulutuksen ulkopuolelle ja päätyä NEET-nuoreksi, joista molemmat ovat puolestaan yhteydessä heikompaan menestymiseen myöhemmin työmarkkinoilla.

Mielenterveysongelmien ja NEET-statuksen yhteyttä on tutkittu myös ainakin Irlannissa, Sveitsissä ja Australiassa, ja tulokset ovat samansuuntaisia. Australialaisessa kyselytutkimuksessa Rodwell ja kumppanit (2017) löysivät tukea sille, että mielenterveysongelmat lukioikäisenä lisäsivät riskiä olla NEET-nuori 20–25-vuotiaana. Power ja kumppanit (2015) saivat samankaltaisia tuloksia irlantilaisella kyselyaineistolla: mielenterveysongelmat 12–15-vuotiaana lisäsivät riskiä olla NEET-nuori 19–24-vuotiaana. Lisäksi havaittiin, että NEET-nuoruus lisäsi myös mielenterveysongelmien riskiä. Hieman samankaltainen tutkimus tehtiin sveitsiläisnuorilla, joskin tässä aineistossa ensimmäinen mittaus tapahtui kutsuntojen aikana, jolloin seurattavat henkilöt olivat keskimäärin 21-vuotiaita (Baggio ym. 2014). Baggion ja kumppaneiden tutkimus vahvisti sosiaalisen valikoitumisen merkitystä, mutta kausaalille poluille ei löytynyt vahvistusta. Toisin sanoen mielenterveysongelma varusmiespalveluksen aikana lisäsi riskiä joutua NEET-nuoreksi seuraavien vuosien aikana, mutta päinvastaiselle ei löytynyt tukea.

Yllä mainituissa tutkimuksissa lopputulemia on mitattu melko nuorena. Nuorten ja nuorten aikuisten mielenterveysongelmien on kuitenkin havaittu vaikuttavan myös pidemmälle aikuisuuteen.

Fletcherin (2013) laajassa yhdysvaltalaisia koskevassa pitkittäisessä kyselytutkimuksessa selvisi, että masennusoireet 13–18-vuotiaana olivat merkittävästi yhteydessä myöhempiin työmarkkinalopputulemiin. Gibb ja kumppanit (2010) löysivät vastaavia tuloksia Uudesta-Seelannista hieman vanhempana koetuista mielenterveysongelmista. Useat eri 18–25-vuotiaana koetut mielenterveysongelmat olivat yhteydessä työmarkkina-asemaan, tulotasoon ja koulutussaavutuksiin 30-vuotiaana, vaikka erilaisia taustatekijöitä, kuten vanhempien sosioekonominen asema tai lapsuuden vastoinkäymiset, huomioitiin analyyseissa.

Ruotsalaisella rekisteriaineistolla Lundborg, Nilsson & Rooth (2014) puolestaan selvittivät, että varusmiesten mielenterveysongelmat olivat yhteydessä myöhempiin pitkän aikavälin tuloihin ja työllisyyteen. Kausaalisuuden näkökulmasta tämä tutkimus on erityisen hyvä, sillä siinä käytettiin sisarusmalleja ja kaksostietoja. Johar ja Truong (2014) selvittivät yhdysvaltalaisella pitkittäisellä kyselyaineistolla, että nuorena koetut masennusoireet olivat yhteydessä 10–15 prosenttia alhaisempaan tulotasoon 25–31-vuotiaana. Naisilla yhteys kulki tyypillisemmin epäsuorasti koulutuksen kautta, kun miehillä yhteys oli yleisemmin suora. Erityisesti toisen asteen jälkeisen koulutuksen puuttuminen oli keskeinen tekijä epäsuorassa yhteydessä.

Tämän tutkielman kannalta keskeistä on juuri alle 25-vuotiaana koettujen mielenterveysongelmien merkitys. Vielä 34-vuotiaitakin voidaan kuitenkin pitää nuorina aikuisina. Helgessonin ja kumppaneiden (2017) rekisteritutkimus ruotsalaisilla 25–35-vuotiailla vahvistaa, että valikoitumista tapahtuu myös nuoren aikuisuuden loppupuolella: mielenterveysongelmista kärsivillä oli kuuden vuoden seuranta-aikana seitsemän kertaa suurempi riski joutua työkyvyttömyyseläkkeelle, kaksi kertaa suurempi riski saada sairauspäivärahaa ja 20 prosenttia suurempi riski joutua työttömäksi verrattuna muuhun saman ikäiseen väestöön. Tutkimuksessa ei eroteltu vaikutuksia ikäryhmittäin, mutta on syytä olettaa, että esimerkiksi 25–29-vuotiailla vaikutukset olisivat olleet mahdollisesti suurempia kuin 30–35-vuotiailla. Tätä vahvistaa esimerkiksi Vaalavuon ja Bakkumin (2020) rekisteritutkimus, jossa selvitettiin mielenterveysongelmien merkitystä nuorten suomalaisten pääkaupunkiseudulla asuvien aikuisten toimeentulotukiasiakkuuden pitenemisessä. Viiden vuoden seuranta-aikana mielenterveysongelmista kärsivien 18–24-vuotiaiden riski jäädä toimeentulotuella oli 32 prosenttia suurempi verrattuna muuhun saman ikäiseen väestöön, kun erilaiset sosioekonomiset ja sosiodemografiset taustatekijät huomioitiin. 25–29-vuotiaiden riski oli 21 prosenttia ja 30–34-vuotiaiden riski oli 13 prosenttia suurempi.

Hakulinen ja kumppanit (2016) tarkastelivat pitkittäisen kyselytutkimuksen ja siihen liitettyjen rekisteritietojen avulla 15–30-vuotiaiden nuorten ja nuorten aikuisten masennusoireiden yhteyksiä

seurannan aikaisiin tuloihin vuosina 1993–2010. Vakavat masennusoireet olivat yhteydessä selvästi heikentyneeseen tulotasoon koko seuranta-aikana, vaikka erinäisiä sosioekonomisia taustatekijöitä huomioitiin. Yhteys oli erityisen vahva nuorimmilla sekä miehillä. Hakulinen ja kumppanit (2019a) selvittivät puolestaan laajassa yli kaksi miljoonaa suomalaista kattavassa rekisteritutkimuksessa 15–25-vuotiaana vakavista mielenterveysongelmista kärsivien työmarkkinauria 25-vuotiaasta 52-vuotiaaksi vuosina 1988–2015. Seurattavien henkilöiden ansio- ja kokonaistulot, koulutustaso ja työllisyystilanne mitattiin jokaisena vuonna. Tuloksien mukaan kaikki eri vakavat mielenterveysongelmat olivat yhteydessä koko työuran aikaiseen matalampaan tulotasoon, heikompaan työllisyyteen ja matalampaan koulutusasteeseen. Koko tutkimusväestössä mediaaniansiotulot kasvoivat keskimäärin 15 000 eurosta 30 000 euroon, kun vakavimmista mielenterveysongelmista kärsivien mediaaniansiotulot jäivät alle 6 000 euroon. (Hakulinen ym. 2019a.) Samanlainen koko väestön kattava rekisteritutkimus tanskalaisista nuorista sai vastaavia tuloksia: 15–25-vuotiaana saatu diagnoosi mielialahäiriöistä oli yhteydessä koko työuran aikaisiin heikompiin tuloihin ja työmarkkina-asemaan sekä matalampaan koulutusasteeseen (Hakulinen ym. 2019b).

Aiheesta löytyy myös muutama sekvenssianalyysillä toteutettu tutkimus. Landstedt ja kumppanit (2016) selvittivät ruotsalaisen kyselyaineiston perusteella työmarkkinapolkuja 18–42-vuotiaana selvittääkseen vanhempien sosioekonomisen aseman ja mielenterveysongelmien yhteyttä työmarkkinoille kiinnittymiseen. Tulosten mukaan vanhempien sosioekonominen asema oli yhteydessä epäsuotuisille työurille joutumisen kanssa, mutta nuoruuden masennusoireet eivät vaihdelleet merkittävästi eri työuratyyppien välillä. Huegaerts ja kumppanit (2019) selvittivät puolestaan belgialaisen kyselyaineiston perusteella mielenterveysongelmien merkitystä koulutuksesta töihin siirtymisen aikana 18–29-vuotiaana. Työmarkkinoille siirtyneitä nuoria seurattiin 20 kuukauden ajan. Miehillä mielenterveysongelmat olivat yhteydessä polkuun, jossa työllistyminen tapahtui viiveellä. Mielenterveysongelmien ja työttömyyspolun välillä ei löytynyt yhteyttä.

4. Tutkimusasetelma

4.1. Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Nuoruus on keskeistä aikaa niin mielenterveysongelmien syntyminen kuin oman sosioekonomisen aseman muotoutumisen kannalta. Siirtyminen työmarkkinoille on keskeinen vaihe nuorten aikuistumisessa, ja se on merkityksellinen vaihe myöhemmän työuran kannalta. Kaikkiaan tutkimusta mielenterveysongelmista työmarkkinoille siirtymisen kontekstissa on melko vähän, mutta tulokset näyttäisivät pääasiassa viittaavan siihen, että mielenterveysongelmat nuoruudessa lisäävät riskiä epäonnistua siirtymässä (esim. Baggio ym. 2015; Power ym. 2015; Veldman 2016; Rodwell ym. 2017). Vain harva tutkimus pureutuu kuitenkin suoraan työmarkkinoille siirtymiseen. Sen sijaan on tutkittu yleisemmin sosioekonomisen aseman eri ulottuvuuksia.

Mielenterveysongelmien merkitystä työmarkkinoilla on myös tutkittu vähemmän kuin työmarkkinastatuksen merkitystä mielenterveysongelmien kannalta. Erityisesti nuorten keskuudessa ja työmarkkinoiden kontekstissa sosiaalinen valikoituminen on kuitenkin keskeinen mekanismi, joka selittää mielenterveysongelmien sosioekonomisia eroja. Lisäksi työn vaatimusten ja luonteen muuttuessa mielenterveysongelmilla saattaa olla myös yhä keskeisempi merkitys työkyvyttömyyden ja työmarkkinoilla koettujen haasteiden syynä (Bültmann ym. 2019). Esimerkiksi Suomessa nuorten mielenterveysperustaiset työkyvyttömyyseläkkeet ovat yleistyneet viime vuosina (ETK 2017; Mattila-Holappa 2018).

Lisäksi mielenterveysongelmien sosioekonomisten erojen tutkimuksessa on tarkasteltu tyypillisesti vain yksittäisten tilojen muutoksia. Yksinkertaistetusti mielenterveysongelmat mitataan yhdessä pisteessä ja sosioekonominen asema toisessa, minkä jälkeen näiden kahden aikapisteen välisiä yhteyksiä analysoidaan. (Esim. Fletcher 2008; Fletcher 2013; Baggio ym. 2014; Johar & Truong 2014; Power ym. 2015 Rodwell ym. 2017.) Erityisesti nuorilla aikuisilla, joilla sosioekonominen asema ei ole ehtinyt vakiintua, olisi tärkeä pyrkiä tavoittamaan muutokset, joita asemassa tapahtuu. Nuorilla hetkellinen köyhyys on yleistä, ja yksittäisellä hetkellä mitattu sosioekonominen asema ei välttämättä anna tarkkaa kuvaa nuorten aikuisten tilanteesta. Toisin sanoen siirtymää ei ole pystytty kuvaamaan prosessina. Silloin kun nuorten mielenterveysongelmien vaikutuksia työmarkkina-asemaan on pyritty selittämään prosessimaisesti (esim. Helgesson ym. 2018; Hakulinen ym. 2019a; Hakulinen ym. 2019b), on rajaus työmarkkinoille siirtymistä yleisempi, jopa koko työura, mikä vie huomiota pois työmarkkinoille siirtymisen merkityksestä.

Bültmann ja kumppanit (2019) esittävät uutta tutkimusagendaa, jossa tutkimuksen keskiössä olisivat työmarkkina- ja terveystiirymät, jotka vaikuttavat nuorten aikuisten mielenterveyteen ja varhaisen työuran polkuihin. Keskeinen huomio heillä on, että siirtymät pitäisi ymmärtää ajassa ja paikassa esiintyvänä prosesseina. Siirtymät voivat olla myös luonteeltaan sensitiivisiä elämänvaiheita, ja ne voivat vaikuttaa erilaisten riskien kasautumiseen – esimerkiksi masennusoireita työmarkkinoille siirtymisen aikana kokevat saattavat kokea enemmän tai vähemmän vakavia seurauksia työmarkkina-asemassa tai mielenterveydessä myöhemmin elämässä verrattuna henkilöön, jolla oireet ilmenevät vasta myöhemmin elämässä. Sensitiiviset vaiheet ovat myös vaiheita, jolloin erilaiset tukevat toimenpiteet ovat mahdollisesti tehokkaimmillaan. Työmarkkina- ja terveystiirymiin keskittyvä tutkimus voikin Bültmannin ja kumppaneiden mukaan auttaa esimerkiksi politiikkatoimenpiteiden ja interventioiden ohjauksessa. He muodostavat tutkimusagendassaan seitsemän erilaista laajaa tutkimuskysymystä, joiden tarkoituksena on ohjata aihepiirin tutkimusta. Tämän tutkielman kannalta keskeisiä kysymyksiä ovat toinen ja kolmas: ”Millaisia piirteitä työmarkkinoille siirtymässä on, kun se nähdään dynaamisena prosessina?” ja ”Millainen vaikutus lasten ja nuorten mielenterveysongelmilla on työmarkkinoille siirtymiseen, ja millaisia eroja on maiden välillä?”.

Yleisemmällä tasolla aikuisuuteen ja työmarkkinoille siirtymisen kontekstissa prosessinäkökulmaa on kuitenkin sovellettu viime aikoina melko kattavasti (esim. Brzinsky-Fay 2007; Quintini & Manfredi 2009; Albæk ym. 2015; Brzinsky-Fay & Solga 2016; Lorenzen ym. 2019; Ranasinghe ym. 2019). Suurin osa tutkimuksesta perustuu kuitenkin koko väestön tarkasteluun, eikä erilaisten alaryhmien siirtymiä ole tarkasteltu juurikaan erikseen (pl. Landstedt ym. 2016, jotka tarkastelivat naisten ja miesten polkuja erikseen). Muutamissa tutkimuksissa on tarkasteltu polkutyypin taustalla olevia riskitekijöitä tai eroja eri ryhmien välillä (esim. Dorsett & Lucchino 2014; Middeldorp ym. 2018), mutta vain harvoissa tutkimuksissa on tarkasteltu mielenterveysongelmien merkitystä polkutyypin taustalla (esim. Landstedt ym. 2016; Huegaerts ym. 2019). Tämän tutkielman tavoitteena on pyrkiä osaltaan täydentämään edellisissä kappaleissa kuvattuja puutteita tutkimuskentällä ja yhdistämään mielenterveysongelmien ja työmarkkinoille siirtymisen tutkimusta. Tarkoituksena on tuottaa tietoa siitä, minkälaisia polkuja nuorilla mielenterveysongelmista kärsivillä on työmarkkinoille.

Tutkielmassa selvitetään, minkälaisia työmarkkinoille siirtymisen polkuja on niillä nuorilla, joilla on ollut mielenterveysongelma 18–24-vuotiaana eli vuosina 2005–2011. Lisäksi selvitetään eri psykiatristen diagnoosien merkitystä eri polkujen taustalla. Henkilöitä seurataan vuodesta 2005 vuoteen 2016 eli 18-vuotiaasta 29-vuotiaaksi. 12 vuoden seuranta-aika mahdollistaa kiinnostavan tiedon tuottamisen nuorten aikuistumispoluista. Aikuisuuteen siirtymisen katsotaan tyypillisesti kestävän

noin 18-vuotaasta 34-vuotiaaksi. Suomessa suurin osa nuorista jatkaa toisen asteen koulutukseen, josta valmistutaan keskimäärin 19-vuotiaana. Tämän jälkeen siirrytään joko työelämään tai jatko-opintoihin. Kotoa muutetaan pois keskimäärin 20-vuotiaana. (ks. luvut 2.2. ja 2.3.)

Analyysissa tarkastellaan miesten ja naisten työmarkkinapolkuja erikseen. Niin mielenterveysongelmissa kuin työmarkkinoille siirtymisessäkin on eroavaisuuksia sukupuolten välillä, minkä vuoksi katsottiin parhaaksi tehdä erilliset analyysit (vrt. esim. Landstedt ym. 2016). Työmarkkinapolut luokitellaan erilaisiin polkutyyppeihin sekvenssianalyysin ja klusterianalyysin perusteella. Polkutyypien luokittelu on itsessään kiinnostavaa ja tuottaa tietoa mielenterveysongelmista kärsivien tyypillisistä poluista sekä miesten ja naisten polkujen eroista. Tuloksia on myös mielenkiintoista vertailla aikaisempiin tutkimuksiin, joissa koko väestön polkuja on tarkasteltu (esim. Ilmakunnas ym. 2015; Ristikari ym. 2016; Lorentzen ym. 2019). Polkujen tyypittelyn jälkeen selvitetään eri mielenterveysdiagnoosien merkitystä eri polkutyypien taustalla multinomiaalisen logistisen regressioanalyysin avulla. Eri mielenterveysongelmissa on erilaisia vaikutuksia toimintakykyyn ja työkykyyn, ja eri diagnoosit saattavat olla yhteydessä erilaisiin siirtymiin.

Teorian ja aikaisemman tutkimuksen perustella voidaan esittää kaksi tutkimuskysymystä:

- **TK1:** Minkälaisia työmarkkinoille siirtymisen polkuja mielenterveysongelmista kärsivillä nuorilla miehillä ja naisilla esiintyy?
- **TK2:** Onko eri psykiatristen diagnoosien välillä eroa sen suhteen, minkälaisia polkuja nuoret kulkevat?

Ensimmäinen tutkimuskysymys on puhtaasti eksploratiivinen, eikä siihen liittyen ole syytä muodostaa testattavia hypoteeseja. Verrattuna koko väestöön voidaan kuitenkin olettaa, että mielenterveysongelmista kärsivillä esiintyy useammin haasteita siirtymän aikana, minkä seurauksena erilaisille epätyypillisille poluille joutuminen on oletettavasti yleisempää. Vaikka asetelman perusteella ei voida vertailla mielenterveysongelmista kärsivien siirtymää muuhun ikäluokkaan, voidaan tuloksia tietyin varauksin vertailla aikaisempiin kaikkia nuoria koskevien tutkimusten tuloksiin (esim. Ilmakunnas ym. 2015; Ristikari 2016; Lorentzen ym. 2019). Lisäksi miesten ja naisten polkuja on mahdollista vertailla. Miehillä on tyypillisemmin ulospäin suuntautuneita mielenterveysongelmia, mikä voi johtaa siihen, että verrattuna naisiin miehistä mahdollisesti suurempi osa joutuu epätyypillisille poluille. Myöhäisempi hoitoon hakeutuminen voi aiheuttaa myös sen, että miehillä oireet ovat keskimäärin vakavampia. Voidaankin olettaa, että miehillä saattaa esiintyä tässä aineistossa enemmän

haasteita työmarkkinoille siirtymisessä. Aikaisemman tutkimuksen pohjalta (esim. Helgesson ym. 2017; Hakulinen ym. 2019a; Vaalavuo ym. 2020) toiseen tutkimuskysymykseen on liitetty hypoteesi:

- **H1:** Skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriöt (F2), lääkkeiden ja päih-teiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt (F1), sekä käyttäytymiseen, persoonallisuuteen ja psyykkiseen kehitykseen liittyvät häiriöt (F5, F6, F8, F9) ovat yhteydessä epätyypillisille poluille joutumisen kanssa voimakkaammin kuin muut diagnoosit.

4.2. Aineisto ja tutkimusetiikka

Aineistona käytetään Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Peruspalveluhankkeeseen kerättyä rekisteriaineistoa. Aineisto kattaa kaikki vuosina 2005–2014 ainakin kerran Helsingissä, Espoossa ja Vantaalla asuneet henkilöt ja heidän seurantatietonsa vuoteen 2016 saakka. Aineisto on koottu useista rekisteriaineistoista: THL:n toimeentulotukirekisteri, THL:n erikoissairaanhoidon ja vuodeosastohoidon hoitoilmoitusrekisteri (HILMO), Kelan lääkekorvausrekisteri, Kelan etuusrekisteri ja kuntoutustiedot sekä Tilastokeskuksen FOLK-aineistot.

Nuorten työmarkkinatiedot perustuvat pääasiassa Tilastokeskuksen FOLK-aineistoihin, joita on täydennetty Kelan rekisteritiedoilla opintotuen ja työkyvyttömyyseläkkeen saamisen perusteella. Mielenterveysongelmat perustuvat erikoissairaanhoidon yhteydessä merkittyihin psykiatriisiin diagnooseihin, jotka on saatu HILMO-rekisteristä. Rekisteriin on merkitty kaikki erikoissairaanhoidon käyntien (avohoito, vuodeosastohoito ja päiväkirurgia) yhteydessä merkityt ICD-10 luokituksen mukaiset päädiagnoosit.

Aineistossa ei ole tietoa työterveyshuollossa, perusterveydenhuollossa tai yksityisellä vastaanotolla hoidetuista henkilöistä. Erityisesti koulu- ja opiskeluterveydenhuollon tietojen puuttuminen on ongelmallista, koska suuri osa nuorista on opiskelijoita. Tästä syystä voidaan luotettavammin puhua vakavammista mielenterveysongelmista. Lieviä ja keskivaikeita mielenterveysongelmia pystytään yleensä hoitamaan perusterveydenhuollossa, mutta vakavammat tapaukset ohjataan tyypillisesti eteenpäin erikoissairaanhoidon piiriin, jonne tarvitaan yleensä lääkärin antama lähete (Haravuori ym. 2016, 59). Kaikki apua tarvitsevat eivät myöskään välttämättä hakeudu mielenterveys- tai päihdepalveluihin, mikä tulee huomioida, kun käytetään diagnoosia mielenterveysongelmien

indikaattorina. Esimerkiksi miehet hakevat tyypillisesti harvemmin apua ongelmiinsa, jolloin moni saattaa jäädä hoidon ulkopuolelle (Mackenzie ym. 2006).

Tätä tutkielmaa varten aineistosta on poimittu seurattavaksi vuonna 1987 syntyneet, joilla oli todettu ICD-10 luokituksen mukainen psykiatrinen diagnoosi (F00-F99) 18–24-vuotiaana. Koko ikäryhmästä (n = 10 145) vuosien 2005–2010 aikana vähintään yksi erikoissairaanhoidon käynnin yhteydessä saatu psykiatrinen diagnoosi oli 11,8 prosentilla (n = 1200). Heistä 38,2 prosenttia oli miehiä (n = 458) ja 61,8 prosenttia oli naisia (n = 742). Kaikista miehistä 9,1 prosentilla ja naisista 14,6 prosentilla oli jokin diagnoosi. Kohortista on jätetty pois ne henkilöt, jotka ovat kuolleet seurannan aikana (n = 58) tai joille ei löydy tietoja koko ajalta esimerkiksi ulkomaille muuton seurauksena. Aineiston tietoja tarkastellaan vuositasolla.

Tutkielmassa on noudatettu tieteen yleisiä eettisiä ohjeita. Tässä tutkielmassa eettisyys liittyy keskeisesti käytettyyn yksilötasoiseen aineistoon ja siihen liittyvään tietosuojaan. Aineisto on anonymisoitu ja sitä käytettiin Tilastokeskuksen etäkäyttöympäristössä. Tutkimushankkeen ulkopuolisilla ei ole ollut pääsyä aineiston pariin. Tulokset on raportoitu siten, että yksittäisiä henkilöitä ei ole mahdollista tunnistaa. Olen allekirjoittanut Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen sekä Tilastokeskuksen salassapitosopimukset ja sitoutunut siihen, etten ilmaise tai käytä omaksi hyödyksi tutkimuksen yhteydessä tietooni saamiani salassa pidettäväksi säädettyjä tietoja. Tilastokeskus on lisäksi tarkistanut kaikki tutkimustulokset tietosuojan varmistamiseksi.

4.3. Muuttajat

Sekvenssianalyysissa on tasapainoiltava selitettävän muuttujan valinnassa toisaalta muuttujan tarkkuuden ja toisaalta analyysien ymmärrettävyyden välillä. Liian monta luokkaa tekee sekvenssien tyypittelystä ja luokittelusta haastavaa, mutta toisaalta, jos luokkia on liian vähän, jää analyysi liian yleiselle tasolle, eikä välttämättä kerro joukosta paljoakaan. Näillä perusteilla ja aineiston ehdoilla on päädytty viisiluokkaiseen työmarkkina-asemaa kuvaavaan muuttujaan, joka on erottelukykyinen, sillä siinä on tarpeeksi luokkia, mutta joka kuitenkin on tarpeeksi tiivistetty, jotta sekvenssianalyysin tekeminen on mielekästä ja ymmärrettävää. Muuttujan luokat ovat opiskelija, työtön, työllinen, eläkkeellä ja muu työvoiman ulkopuolella.

Albæk ja kumppanit (2015) ovat käyttäneet tätä tutkielmaa vastaavaa muuttujaa pohjoismaisten 16–21-vuotiaiden nuorten työelämäpolkujen sekvenssianalyysissa. Asplund ja Vanhala (2014) ovat

käyttäneet suomalaisten peruskoulutodistuksen varassa olevien nuorten työelämäpolkujen tutkimiseen samaa muuttujaa, mutta erottaneet varusmiespalveluksen vielä omaksi luokakseen. Samankaltaista muuttujaa ovat käyttäneet myös muun muassa Quintini ja Manfredi (2009) nuorten eurooppalaisten ja yhdysvaltalaisien työmarkkinaurien sekvenssianalyyseissä sekä Dorsett ja Lucchino (2014) isobritannialaisten työmarkkinoille siirtymisen tarkastelussa. Myös esimerkiksi Middledorp, Edzdes & van Dijk (2018) käyttivät samankaltaista muuttujaa, mutta jakoivat työllisyyden neljään eri alaluokkaan. Viimeksi mainituista on kuitenkin puuttunut eläkeluokka, joka mielenterveysongelmien kontekstissa on hyödyllinen. Myös muunlaisia muuttujia on käytetty (esim. Brzinsky-Fay 2007; Ristikari 2016; Lorentzen ym. 2019; Ranasinghe ym. 2019).

Muuttuja perustuu Tilastokeskuksen FOLK-aineiston pääasiallinen toimi vuoden viimeisellä viikolla -muuttujaan, joka on mitattu henkilöillä vuosina 2005–2016. Koska muuttujan luokat eivät ole toisensa poissulkevia ja henkilö voi olla esimerkiksi opiskelija ja työntekijä samanaikaisesti, on priorisointi tärkeää. Muuttuja priorisoi ILO:n (*Internationa Labor Organization*) suositusten mukaisesti työvoiman määrittelyä (työttömät ja työlliset), minkä seurauksena nämä on asetettu hierarkiassa muiden luokkien edelle.

Nuoria aikuisia tarkasteltaessa ei tämä priorisointi ole välttämättä paras mahdollinen, sillä suuri osa nuorista on opiskelijoita (Asplund & Vanhala 2013). Keskimäärin suomalaisista opiskelijoista 56 prosenttia työskenteli opintojen ohessa vuonna 2010 (Tilastokeskus 2013, 83), minkä seurauksena moni opiskelija määritellään työlliseksi. Muuttuja on myös mitattu vuoden viimeisellä viikolla, jolloin opiskelijat ovat lomilla ja moni tekee töitä. Jo yksikin työtunti vuoden viimeisen viikon aikana riittää, että henkilö määritellään työlliseksi. ILO:n mukaisen priorisoinnin seurauksena opintojensa ohella työskentelevä nuori määritellään työlliseksi, mikä vääristäisi tuloksia. (Asplund & Vanhala 2013.) Tämän vuoksi muuttujaa on korjattu Kelan opintotuen saamisen perusteella, millä on pyritty sijoittamaan opiskelu luokkien prioriteettijärjestyksessä tärkeimmäksi, sillä se on nuorilla aikuisilla keskeinen luokka (vrt. Quintini & Manfredi 2009, 16; Albaek ym. 2015). Tämä ei ole täysin ongelmattonta, sillä kaikki opiskelijat eivät nosta opintotukea.

Samoin eläkeluokkaa on korjattu Kelan aineistojen työkyvyttömyyseläkemuuttujalla. Kun Tilastokeskuksen pääasiallinen toimi -muuttuja mittaa tilaa vuoden viimeisen viikon ajalta, on Kelan aineistossa mitattu työkyvyttömyyseläke koko vuoden ajalta. Työkyvyttömyyseläke on keskeinen tila mielenterveysongelmista kärsivillä. Osa työkyvyttömyyseläkkeellä olevista tekee töitä eläkkeen ohessa, jolloin pääasiallinen toimi voi näyttää henkilön olevan töissä, vaikka henkilö saisikin

eläkettä. Korjausten seurauksena päällekkäisten tilojen priorisointijärjestys muuttui seuraavanlaiseksi: opiskelija, eläkeläinen, työllinen, työtön, muu työvoiman ulkopuolella.

Työttömäksi on määritelty henkilöt, jotka ovat ilmoittautuneet työvoimatoimistoon työttömiksi työnhakijoiksi. Luokka saattaa aliarvioida työttömien todellisen määrän, sillä kaikki työttömät nuoret eivät rekisteröidy työttömiksi työnhakijoiksi. Tämä on huomioitava, kun pohditaan esimerkiksi työttömyyden yleisyyttä. On myös syytä huomioida, että pääasiallinen toimi -muuttuja ei kykene erottamaan esimerkiksi osa-aikatyötä tekevää täyspäiväistä työtä tekevästä, eikä muutenkaan erottele työpaikkoja esimerkiksi alan tai palkan mukaan. Kaikki työtä tekevät kuuluvat samaan ryhmään, mikä täytyy huomioida tuloksien tulkinnassa.

Myös muut työvoiman ulkopuolella -luokka on laeva: esimerkiksi perhevapaat kuuluvat tähän luokkaan, mutta myös esimerkiksi syrjäytyneet tai toimeentulotuen varassa elävät sekä täysin rekisterien ulkopuolelle jääneet henkilöt. Toisaalta lasten saaminen nuoruudessa voi olla riskitekijä myöhemmän työuran kannalta, sillä se voi vaikuttaa esimerkiksi koulutuksen ja työkokemuksen puuttumiseen (esim. Dorsett & Lucchino 2014). Varusmiehet on myös liitetty muut työvoiman ulkopuolella -luokkaan. Toisin kuin esimerkiksi perhevapaat, varusmiespalvelus olisi ollut mahdollista jättää omaksi luokakseen. Muuttujan mittaustavasta johtuen se tavoittaa kuitenkin vain puolet varusmiehistä, sillä tammikuussa saapunut erä ei ole enää palveluksessa vuoden viimeisellä viikolla. Lisäksi varusmiespalvelus kestää enintään vuoden, eikä se vaikuta merkittävästi polkujen kokonaisuuksiin.

Selittäväenä muuttujana käytetään mielenterveysdiagnooseja, jotka on mitattu vuosina 2005–2011 (eli 18–24-vuotiaana) tehtyjen psykiatrisen erikoissairaanhoidon käyntien yhteydessä annettujen psykiatristen päädiagnoosien avulla. Diagnoosit perustuvat ICD-10 -luokitukseen, jossa mielenterveysongelmat on luokiteltu koodein F00–99. Mielenterveysongelmat on jaoteltu alaryhmiin seuraavasti: lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt (F10–19), skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriö (F20–29), mielialahäiriöt (F30–39), neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt (F40–48), käyttäytymiseen, persoonallisuuteen ja psyykkiseen kehitykseen liittyvät häiriöt (F50–59, F60–69, F80–89, F90–99) ja elimelliset aivo-oireyhtymät/kehitysvammaisuus (F00–09, F70–79) (vrt. Helgesson ym. 2017; 2018). Käyttäytymiseen, persoonallisuuteen ja psyykkiseen kehitykseen liittyvien häiriöiden yhdistäminen ei ole ideaalia, mutta se on tarpeellista tarpeeksi suurien ryhmäkokojen vuoksi. Ryhmän heterogeenisyyden vuoksi siihen liittyviä tuloksia on syytä tulkita varoen. Pienen ryhmäkoon vuoksi elimelliset aivo-oireyhtymät/kehitysvammaisuus -ryhmää ei tarkastella erikseen analyysissä.

Taulukossa 1 on kuvailtu psykiatrisia diagnooseja sukupuolen mukaan. Sekä naisilla että miehillä mielialahäiriöt ovat selvästi yleisimpiä, joskin naisista hieman suuremmalla osalla on jokin mielialahäiriö. Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt ovat seuraavaksi yleisimpiä diagnooseja, ja myös nämä ovat hieman yleisempiä naisten keskuudessa. Lääkkeisiin ja päihteisiin liittyvät häiriöt sekä skitsofrenia, skitsotyyppiset häiriöt ja harhaluuloisuushäiriöt ovat jopa kaksi kertaa yleisempiä miesten keskuudessa. Erot skitsofreniassa selittyvät osin sillä, että miehillä diagnoosien huippu ajoittuu ikävuosiin 18–25 ja naisilla vasta ikävuosiin 25–35 (Ochoa ym. 2012). Käyttäytymiseen liittyvät ja kehitykselliset häiriöt ovat puolestaan yleisempiä naisten keskuudessa.

Taulukko 1. Psykiatristen diagnoosien (ICD-10) jakaumia sukupuolen mukaan*.

	Miehet (%)	Naiset (%)
Lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt (F1)	22,3	11,2
Skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriöt (F2)	21,8	9,6
Mielialahäiriöt (F3)	47,2	58,1
Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt (F4)	34,5	46,1
Käyttäytymiseen, persoonallisuuteen ja psyykkiseen kehitykseen liittyvät häiriöt (F5, F6, F8, F9)	33,4	40,2
Elimelliset aivo-oireyhtymät/kehitysvammaisuus (F0, F7)	2,8	2,0
N	458	742

**Samalla henkilöllä voi olla useampi samanaikainen diagnoosi*

Työmarkkinapolkutyyppien tarkempaa kuvailua varten on lisäksi käytetty muutamia sosiodemografisia mittareita, joiden avulla epäselvemmin tulkittavia polkutyyppisiä on pyritty hieman selventämään ja kuvailemaan. Käytetyt muuttujat ovat perhetyyppi ja korkein koulutusaste seurannan lopussa eli 29-vuotiaana sekä toimeentulotukikuukausien yhteenlaskettu määrä koko seuranta-aikana.

Perhemuuttuja perustuu Tilastokeskuksen perhetunnukseen ja lapsien määrään. Muuttuja on jaettu neljään luokkaan: lapsiperhe, yksinhuoltajaperhe, avo- tai aviopari ilman lapsia ja yksin asuva. Korkein tutkinto perustuu myös Tilastokeskuksen aineistoon. Muuttuja on jaettu kahteen luokkaan: ensimmäisessä luokassa korkein tutkinto on perusasteen tutkinto, ja toisessa luokassa on kaikki perusastetta korkeammat tutkinnot. Toimeentulotukikuukaudet on laskettu Terveystietokeskuksen ja hyvinvoinnin laitoksen toimeentulotukiaineistosta, josta löytyy tiedot toimeentulotuen saamisesta kuukausitasolla.

Kaikki seuranta-ajan toimentulotukikuukaudet on laskettu yhteen. Yhteensä kuukausia voi olla 0–144.

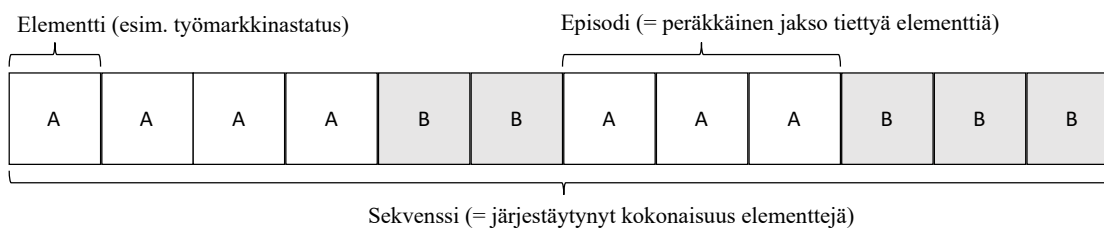
4.4. Menetelmät

4.4.1 Sekvenssianalyysi

Sekvenssianalyysi on tutkimusmenetelmä, joka mahdollistaa rakenteen löytymisen suuresta informaatiomassasta. Suuri määrä sekvenssejä näyttäytyy kaoottisena kokonaisuutena, jota on menetelmän avulla mahdollista tehdä ymmärrettäväksi. Työmarkkinoille siirtymisen kontekstissa menetelmän avulla on mahdollista tavoittaa siirtymään sisältyvä monimuotoisuus ja prosessimaisuus. (Brzinsky-Fay 2014.) Sekvenssianalyysin holistinen näkökulma sopii myös luontevasti elämänteknologiaan, ja se täyttää osaltaan teorian käsitteiden ja menetelmien välistä aukkoa (Aisenbrey & Fasang 2010).

Sekvenssianalyysia on käytetty sosiaalitieteissä jo 1980-luvulta lähtien (Abbott & Forrest 1986), ja erityisesti 2000-luvun aikana sen suosio on lisääntynyt merkittävästi elämänteknologiaosiossa. Menetelmä onkin muodostunut keskeiseksi eri elämän polkujen ja urien tutkimuksessa (Aisenbrey & Fasang 2010; Studer & Ritschard 2016). Alun perin sekvenssianalyysi kehitettiin biologiaan DNA-sekvenssien vertailemiseksi (Brzinsky-Fay & Kohler 2010).

Sekvenssillä tarkoitetaan elementtien järjestytyntä listaa, jossa elementeillä voi olla eri tiloja (ks. Kuvio 2.). Tilat voivat olla esimerkiksi erilaisia statuksia (kuten työtön, työllinen ja opiskelija), fyysisiä objekteja (kuten emäsparit DNA:ssa) tai tapahtumia. Elementit ovat joko sidottu tiettyyn aikaan, kuten työmarkkinastatus tiettyyn kuukauteen, tai kiinteään positioon, kuten emäsparit DNA:han. Useampaan peräkkäin esiintyvään saman tilan elementtiin viitataan episodina. Sekvenssianalyysin ensisijainen tarkoitus on vertailla sekvenssejä (Brzinsky-Fay ym. 2006; Brzinsky-Fay & Kohler 2010). Keskeisiä sekvenssejä erottavia piirteitä ovat elementtien tilat, elementtien jakautuminen sekvenssissä, elementtien ajoitus, elementtien kesto ja elementtien järjestys (Studer & Ritschard 2016) Tässä tutkielmassa sekvenssien elementit ovat pääasiallisen toiminnan eri luokkia.



Kuvio 2. Esimerkkisekvenssi (ks. Brzinsky-Fay, Kohler & Luniak 2006)

Sekvenssianalyysin vahvuutena voidaan pitää holistista näkökulmaa, joka huomioi polut ja kehityskaaret kokonaisuuksina, jotka sisältävät kaikki siirtymät ja tilat, joista polku muodostuu. Yksittäisten siirtymien sijaan sekvenssejä käsitellään kokonaisuuksina. Verrattuna esimerkiksi elinaikamalleihin, jotka mittaavat mitattavan tapahtuman tapahtumisen riskiä suhteessa aikaan, sekvenssianalyysi antaa kokonaisvaltaisemman näkökulman polkujen organisoitumisesta. (Brzinsky-Fay 2014; Studer & Ritschard 2016.) Keskeistä sekvenssianalyysille on, että hypoteesien testaamisen sijaan sen avulla voidaan tavoittaa siirtymien monimuotoisuus ja prosessimaisuus (Brzinsky-Fay 2014). Analyysin avulla ei pyritä tekemään oletuksia prosessista, jossa sekvenssit tai polut ovat muodostuneet, vaan niitä käytetään analyysin yksikköinä.

Sekvenssianalyysi perustuu algoritmiseen lähestymistapaan, jossa sekvenssien välisistä eroista tai etäisyyksistä lasketaan etäisyysmatriisi. Toisin sanoen lasketaan, kuinka paljon sekvenssiä pitäisi muuttaa, jotta se muuttuisi samanlaiseksi toisen sekvenssin kanssa. Sekvenssien välinen etäisyys perustuu siis muutoksen määrään, joka tarvitaan, jotta sekvenssit olisivat linjassa keskenään. Sekvenssejä voidaan manipuloida useilla erilaisilla toimenpiteillä, joilla ne muutetaan yhdenmukaisiksi. Sosiaalitieteellisessä tutkimuksessa on käytössä kolme eri toimenpidettä. Elementti voidaan poistaa sekvenssin tietyistä kohdasta (*deletion*) tai lisätä tiettyyn kohtaan sekvenssiä (*insertion*). Esimerkiksi sekvenssien ABC ja AC yhdenmukaistamiseksi tarvitsee joko poistaa ”B” ensimmäisestä sekvenssistä tai lisätä ”B” toiseen. Näihin toimenpiteisiin viitataan indelinä (*insertion and deletion*). Elementti voidaan myös korvata toisella elementillä (*substitution*). Esimerkiksi sekvenssien ABC ja ACC yhdenmukaistamiseksi ensimmäisen sekvenssin ”B” voidaan korvata ”C”:llä. (Cornwell 2015, 110.)

Jotta toimenpiteiden pohjalta voidaan laskea etäisyys, pitää eri toimenpiteille määritellä kustannus, jonka toimenpiteen suorittaminen maksaa. Etäisyys saadaan, kun sekvenssien yhdenmukaistamiseen johtaneiden toimenpiteiden kustannukset lasketaan yhteen. Etäisyys riippuu siis toisaalta eri toimenpiteistä, mutta myös toimenpiteille määritellyistä kustannuksista. (Cornwell 2015, 111.)

Indel- ja substituutiokustannusten suhde määrittää sitä, minkälaisia säännönmukaisuuksia aineistosta löytyy. Indel-toimenpiteet liittyvät sekvenssien välisiin elementteihin välittämättä niiden ajallisesta järjestyksestä. Substituutiotoimenpiteet säilyttävät puolestaan elementtien ajallisen järjestyksen, mutta muuttavat elementtejä. Toimenpiteiden suhteellisten kustannusten avulla onkin mahdollista painottaa joko elementtien samankaltaisuutta tai elementtien ajallista samankaltaisuutta. (Lesnard 2010.) Seuraava esimerkki (ks. Brzinsky-Fay ym. 2006), jossa toimenpiteitä sovelletaan kahden kuviteltuun sekvenssiin havainnollistaa toimenpiteitä:

Markku	1	1	1	2	2	3	3	2	2	2	2	2
Marjatta	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2
	0	0	s	0	0	s	0	s	s	s	0	0

Yllä olevassa esimerkissä on käytetty ainoastaan substituutiotoimenpiteitä, joita kuvaavat s kirjaimet sekvenssien alla. Ainoastaan substituutiotoimenpiteiden seurauksena tuotettua etäisyyttä kutsutaan Hammingin etäisyydeksi. Etäisyys edellyttää, että sekvenssit ovat saman pituisia. Seuraavassa esimerkissä sekvensseihin on käytetty ainoastaan indel-toimenpiteitä, jotka on merkitty d-kirjaimella:

Markku	1	1	1	2	2		3	3		2	2	2	2	2		
Marjatta	1	1		2	2	2	2	3	3	3	3	2	2			
	0	0	d	0	0	d	d	0	0	d	d	0	0	d	d	d

Kun etäisyyden laskemiseksi käytetään ainoastaan indel-toimenpiteitä, kutsutaan etäisyyttä Levenshtein II -etäisyydeksi. Indel-toimenpiteet vääristävät kuitenkin sekvenssien ajallista ulottuvuutta. Levenshtein II on hyödyllinen etäisyys silloin, kun ollaan kiinnostuneita tapahtumien järjestyksestä ajallisen ulottuvuuden sijaan. Viimeisessä esimerkissä on käytetty sekä indel- että substituutiotoimenpiteitä:

Markku	1	1	1	2	2		3	3		2	2	2	2	2	
Marjatta	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2			
	0	0	s	0	0	d	0	0	d	d	0	0	d	d	d

Indel- ja substituutiotoimenpiteiden käyttäminen tuottaa Levenshteinin etäisyyden. Tässä tutkielmassa käytetty Optimal Matching -algoritmi käyttää kaikkia kolmea toimenpidettä. Koska teoriassa on lukuisia erilaisia tapoja sovittaa sekvenssejä yhteen, laskee OM lyhimmän mahdollisen etäisyyden sekvenssien välille. Toisin sanoen se yhdistää toimenpiteet, jotka tuottavat matalimman mahdollisen kokonaiskustannuksen. OM-analyysin lopullinen tavoite on tuottaa sekvenssien parittaisista

etäisyyksistä etäisyysmatriisi. Matriisi on symmetrinen siten, että sen rivit ja sarakkeet kuvaavat aineiston havaintoja ja solut sisältävät yksilöiden sekvenssien välisiä etäisyyksiä. Identtisten sekvenssien etäisyys on 0. (Cornwell 2015, 111–120.) Matriisi koostuu siis kaikkien sekvenssien parittaisesta vertailusta. Esimerkiksi miesten kohdalla 458 sekvenssille tehdään $(N \times (N - 1)) / 2 = 104\ 653$ parittaista vertailua.

OM-analyysissa toimenpiteiden kustannusten määrittäminen jää viime kädessä tutkijan vastuulle ja ne riippuvat paljon tutkimuksesta. Kustannuksen määrittämiseksi ei ole muodostunut tiukkoja sääntöjä, joskin indel-kustannusten olisi hyvä olla vähintään puolet suurimmasta substituutiokustannuksesta. Matalammat indel-kustannukset johtavat siihen, että korkeimpia substituutiokustannuksia ei enää lasketa, sillä indelit ovat halvempia. Standardissa OM-kustannusrakenteessa substituutiokustannuksiksi on määriteltä 2 ja indel-kustannuksiksi 1. Tämä on toiminut hyvin vastaavanlaisissa asetelmissä (esim. Brzinsky-Fay 2007; Quintini & Manfredi 2009; Brzinsky-Fay & Solga 2016), ja sitä käytetään myös tässä.

Kustannusten määrittämiseen liittyvä subjektiivisuus tai satunnaisuus on ollut yksi keskeinen kritiikki OM-analyysia kohtaan (Aisenbrey & Fasang 2010; Brzinsky-Fay & Kohler 2010). OM-analyysia pidetään usein synonyymina sekvenssianalyysille, mutta todellisuudessa on monia vaihtoehtoisia tapoja laskea etäisyyksiä. OM-analyysin kritiikistä on noussut niin kutsuttuja toisen aallon sovellutuksia (Aisenbrey & Fasang 2010), joista osa on pyrkinyt laajentamaan OM-analyysia ja osa on siirtynyt kokonaan erilaisiin tapoihin laskea etäisyyksiä. Esimerkiksi Lesnardin (2010) kehittämä dynaaminen Hammingin etäisyys (DH) käyttää ainoastaan substituutiokustannuksia, jotka se laskee aineiston siirtymäfrekvenssien perusteella. Näin se välttää subjektiivisen kustannusten asettamisen. Indel-kustannusten hylkäämisen seurauksena DH on erityisen herkkä tapahtumien ajoitukselle ja sopii tilanteisiin, joissa tapahtumien ajoitus on tärkeä.

Sekvenssianalyysin toteuttamiseksi käytetään Stata-tilasto-ohjelman SADI (Halpin 2017) ja SQ-Ados (Brzinsky-Fay ym. 2006) -paketteja. Analyysi etenee neljässä vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa kohortin työmarkkina-asemaa tarkastellaan seuranta-ajalta yleisellä tasolla. Toisessa vaiheessa jokaiselle havainnolle muodostetaan oma sekvenssi, minkä jälkeen kaikille sekvensseille lasketaan parittaiset etäisyydet. Kolmannessa vaiheessa sekvenssit ryhmitellään klusterianalyysin avulla klustereihin laskettujen etäisyyksien perusteella käyttäen Wardsin linkitystä (*Wards linkage*). Tavoitteena on luoda ryhmiä, jotka eroavat toisistaan mahdollisimman paljon samalla kun sekvenssit ryhmien sisällä ovat mahdollisimman samanlaisia. Klusterit kuvaavat erilaisia polkutyyppejä työmarkkinoille siirtymässä.

Sopivan klusterimäärän valitsemiseksi on käytetty apuna Calinski-Harabasz pseudo-F ja Duda-Hart -indeksejä (Halpin 2016). Indeksejä ei voida pitää absoluuttisina vastauksina, vaan ne ovat pikeminkin vihjeitä, joiden avulla sopivaa klusterimäärää voidaan arvioida. Tämä vuoksi klusterimäärän ratkaisemiseksi on käytetty kriteereinä lisäksi teoreettisesti merkitseviä ryhmiä, saturaatiota (kun esimerkiksi uusi klusteri on vain toinen versio edellisestä) ja tarpeeksi suurta tapausmäärää jokaisessa klusterissa (Brzinsky-Fay 2007).

4.4.2. Multinomiaalinen logistinen regressioanalyysi

Analyysin viimeisessä vaiheessa selvitetään multinomiaalisen logistisen regressioanalyysin avulla eri psykiatristen diagnoosien merkitystä työmarkkinapoluista muodostettujen klustereiden taustalla. Logistinen regressio on yleistys lineaarisesta regressiomallista, ja siinä vastemuuttuja on jatkuvan sijaan dikotominen. Tarkoituksena on ennustaa todennäköisyys sille, että toinen vastemuuttujan luokka tapahtuu. (Tabachnick & Fidell 2013, 439.) Multinomiaalinen logistinen regressioanalyysi on laajennus logistisesta regressiosta, ja siinä vastemuuttujan luokkia on enemmän kuin kaksi. Yksi luokka valitaan referenssiluokaksi, johon muita luokkia verrataan. Koska selitettävä muuttuja koostuu kuudesta erilaisesta luokasta, sopii menetelmä tähän tarkoitukseen hyvin. Multinomiaalinen logistinen regressioanalyysi on yleisesti käytetty tapa analysoida sekvenssianalyysin tuottamien ryhmien yhteyksiä eri taustatekijöihin (esim. Dorsett & Lucchino 2014; Landstedt ym. 2016; Middeldorp ym. 2018; Huegaerts ym. 2019).

Logistisen regression regressiokertoimet määritetään suurimman uskottavuuden menetelmällä (*maximum likelihood estimation*), jossa regressiokerroin estimoidaan iteratiivisesti. Aluksi parametreille annetaan satunnaiset kertoimet tai alkuarvot, joiden pohjalta lasketaan todennäköisyys sille, että havaitut frekvenssit saataisiin valituilla parametrin arvoilla. Parametreja korjataan ja toistetaan, kunnes päästään parhaaseen mahdolliseen tulokseen eli tulokseen, johon liittyy suurin mahdollinen todennäköisyys, että parametrit tuottaisivat havaitut frekvenssit. (Tabachnick & Fidell 2013, 440–441.)

Logistinen regressioanalyysi perustuu vetoihin (*odds*) ja vetosuhteisiin (*odds ratio*, OR). Vedolla tarkoitetaan vastemuuttujan tapahtumisen todennäköisyyden suhdetta siihen, että tapahtuma ei tapahdu. Vetosuhteella tarkoitetaan kahden ryhmän vetojen suhteellista eroa. Multinomiaalinen regressioanalyysi ('mlogit', Stata 15) perustuu vetosuhteiden sijaan riskisuhteisiin (*Relative risk ratio*,

RRR). Riskillä tarkoitetaan vastemuuttujan tapahtumisen todennäköisyyden suhdetta kaikkiin tapahtumiin. Vetosuhte ja riskisuhte saavat arvoja yhden molemmin puolin. Jos arvo on suurempi kuin yksi, on riski kuulua tarkasteltavaan ryhmään suurempi kuin verrokkiryhmään kuulumisen riski. Pienempi arvo puolestaan viittaa pienempään riskiin. Logistisen mallin regressiokertoimet ovat logaritmuunnoksia vetosuhteista tai riskisuhteista. (Tabachnick & Fidell 2013, 463-465.)

Vetosuhteiden ja riskisuhteiden tulkinta on kuitenkin melko abstraktia. Lisäksi niiden tulkitseminen suorina vaikutuksina sekä vertailu mallien, ryhmien tai aikapisteiden välillä on osoittautunut ongelmalliseksi, sillä estimaatteihin sisältyy myös havaitsemattomien tekijöiden aiheuttamaa varianssi-vaihtelua (*unobserved heterogeneity*). Ratkaisuksi on ehdotettu keskimääräisiä marginaaliefektejä (*average marginal effects*, AME), jotka ovatkin käyttökelpoisia erityisesti, kun eri malleja täytyy vertailla keskenään. AME-arvoja on myös helpompi tulkita kuin vetosuhteita. (Mood 2010.) AME-arvot kuvaavat selittävän muuttujan keskimääräistä vaikutusta selitettävän muuttujan tapahtumiselle. AME-arvojen avulla arvioidaan selitettävän muuttujan (eli työmarkkinapoluista muodostettujen klusterien) tiettyyn luokkaan kuulumisen ennustettua todennäköisyyttä verrattuna toisiin luokkiin. Kaksiluokkaista selittävää muuttujaa käytettäessä molemmille luokille lasketaan todennäköisyys kuulua tiettyyn klusteriin ja AME on näiden todennäköisyyksien erotus. Vetosuhteet kuvaavat siis ryhmien oddsien eroja, kun AME-arvot kuvaavat todennäköisyyksien eroja. (Mood 2010.)

Logistinen regressio on suhteellisen vapaa erilaisista rajoituksista, ja sen avulla on mahdollista analysoida monenlaisia muuttujia. Siinä ei esimerkiksi tehdä oletuksia muuttujien jakaumista. Siihen kuitenkin liittyy muutamia ehtoja, joista tämän tutkimuksen kannalta yksi keskeinen ehto on, että selittävät muuttujat eivät korreloisi liikaa keskenään. Toisin sanoen muuttujien välillä ei saa olla multikollinearisuutta. (Tabachnick & Fidell 2013, 439–445.) Mielenterveysongelmien komorbiteetti, eli samanaikaissairastaminen, on melko yleistä. Useilla mielenterveysongelmista kärsivillä onkin useampi kuin yksi mielenterveysdiagnoosi samanaikaisesti (Kessler ym. 2005; Suvisaari ym. 2008). Tämä havaittiin myös tässä tutkimuksessa käytetyssä aineistossa, kun diagnoosien välisiä parittaisia yhteyksiä tarkasteltiin ristiintaulukoiden ja khiin neliötestin avulla (Tabachnick & Fidell 2013, 59–59). Miehillä erityisesti päihteisiin liittyvien häiriöiden, mielialahäiriöiden ja neuroottisten, stressiin liittyvien ja somatoformisten häiriöiden väliset yhteydet ja naisilla viimeiseksi mainittujen väliset yhteydet nousivat esiin. Jos esimerkiksi mielialahäiriöt ja neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt laitetaan selittäväksi muuttujaksi samaan malliin, on mahdollista, että niiden itsenäiset vaikutukset katoaisivat. Tuloksiin on raportoitu mallit, joissa kaikki diagnoosit ovat samanaikaisesti, mutta diagnoosien välisten yhteyksien vuoksi analyysit tehtiin myös jokaiselle

diagnoosille erikseen. Erillisten mallien tulokset on raportoitu liitteenä. Malleja vertailemalla saadaan parempi kuva muuttujien välisistä yhteyksistä.

Toinen keskeinen ehto logistiselle regressioanalyysille on tarpeeksi suuri otoskoko suhteessa käytettyjen muuttujien määrään. Liian pieni otoskoko voi tuottaa poikkeuksellisen suuria estimaatteja ja keskivirheitä (Tabachnick & Fidell 2013, 444). Sopivan otoskoon arvioimiseksi on kehitetty useita erilaisia nyrkkisääntöjä ja arvioita, joissa on melko paljon vaihtelua, eikä tarkkoja suosituksia ole olemassa. Tapahtumat per muuttuja (*events per variable*, EPV) -nyrkkisääntö on melko yleisesti käytetty suuntaviiva. Multinomiaalisessa logistisessa regressioanalyysissä EPV lasketaan jakamalla selitettävän muuttujan pienimmän ryhmän havaintomäärä selittävien muuttujien määrällä. Minimisuosituksena on yleensä EPV 10 tai EPV 20. Melko tuoreen simulaatiotutkimuksen perusteella mallin ennustusvoima paranee ainakin EPV 50:een asti. Malleja, joissa $EPV < 10$, pitää tulkita varauksella. (de Jong ym. 2019.)

Tässä analyysissä EPV on miehillä 10,2 ja naisilla 9,4 niissä malleissa, joissa kaikki diagnoosit ovat yhdessä. Erillisissä malleissa EPV on miehillä 52 ja naisilla 47. Havaintomäärien voidaankin olettaa olevan tarpeeksi suuria luotettavien estimaattien tuottamiseksi, ja pienempien EPV:n mallien estimaatteja voidaan vertailla suuremman EPV:n malleihin. Havaintomäärän sopivuuden puolesta puhuvat myös aikaisemmat analyysit, joissa on käytetty vastavanlaista asetelmaa ja saman suuruista havaintomäärää (esim. Landstedt ym. 2016; Huegaerts ym. 2019). On myös syytä huomioida, että käytössä on kokonaisaineisto. Tulokset ovat siis kiinnostavia itsessään. Tarpeeksi suuri havaintomäärä on kuitenkin keskeistä, kun mallien perusteella pyritään tekemään laajempia yleistyksiä.

Kaikki tilastolliset analyysit on tehty Stata-tilasto-ohjelman versiolla 15.

5. Tulokset

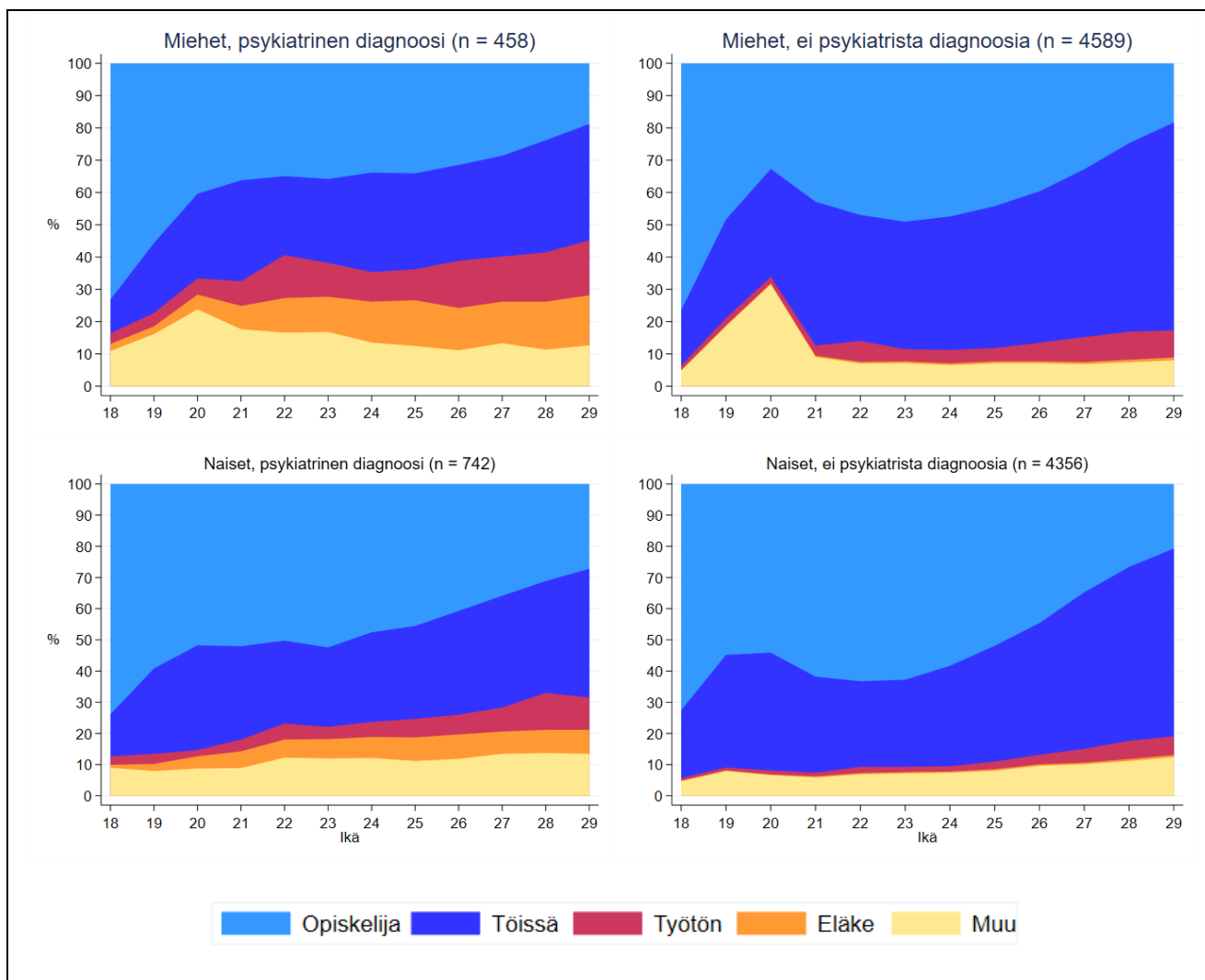
5.1. Kuvailevat tulokset

Työmarkkina-aseman jakautumista seuranta-aikana sukupuolen ja psykiatrisen diagnoosin mukaan on kuvattu kuviossa 3. Molemmilla sukupuolilla psykiatrisen diagnoosin omaavissa niiden osuus, jotka eivät opiskele tai ole työssä, on vuosittain selvästi korkeampi kuin muulla ikäryhmällä. 20 ikävuoden jälkeen psykiatrisen diagnoosin omaavista miehistä 30–40 prosenttia on vuosittain työtön, työmarkkinoiden ulkopuolella tai eläkkeellä. Naisilla sama luku on hieman alempi, noin 20–30 prosenttia, kunakin vuonna. Miehillä, joilla ei ole diagnoosia, vastaava luku on 10–15 prosentin paikkeilla ja naisilla vielä hieman alhaisempi. Tämä vastaa aikaisempia tuloksia koko vuoden 1987 syntymäkohortista. 18–25-vuotiaana heistä noin 5–16 prosenttia on vuosittain työvoiman tai opiskeluiden ulkopuolella, eli NEET-nuoria. (Gissler ym. 2016.) Miehillä kuviossa näkyy myös selvästi varusmiespalvelus, joka näkyy työvoiman ulkopuolella olevien suurena kasvuna noin 20-vuotiaana etenkin niillä miehillä, joilla ei ollut psykiatrista diagnoosia. Molemmilla varusmiespalveluksen osuus lienee todellisuudessa suurempi, sillä tässä näkyvät vain ne, jotka ovat olleet palveluksessa vuoden lopussa.

Psykiatrisen diagnoosin omaavat eroavat siis selvästi niistä, joilla ei ole diagnoosia, ja etenkin tämä näkyy miesten kohdalla. Psykiatrisen diagnoosin omaavat miehet eroavat lisäksi melko paljon myös psykiatrisen diagnoosin omaavista naisista. Tämä ei ole sinänsä yllättävää, sillä oli odotettavissa, että miesten mielenterveysongelmat olisivat aineistossa keskimäärin vakavampia kuin naisten.

Kaikissa ryhmissä opiskelu on seurannan alussa selvästi yleisin tila ja hieman yli 70 prosenttia on seurannan alussa opiskelijoita kaikissa ryhmissä. Opiskelijoiden osuus laskee kaikissa ryhmissä ensimmäisinä vuosina jyrkästi ja sen jälkeen kasvaa niillä nuorilla, joilla ei ole diagnoosia, mutta pysyy samana tai vähenee niillä, joilla on psykiatrisen diagnoosi. Erityisesti naiset opiskelevat.

Vuosien 2008–2009 taantumien vaikutukset näkyvät psykiatrisen diagnoosin omaavilla miehillä työttömyyden ja eläkkeiden määrän pienenä kasvuna. Myös miehillä, joilla ei ole diagnoosia työttömyys kasvaa hieman 22-vuotiaana. Myös naisilla näyttäisi olevan samanlainen pieni nousu, mutta eroja on vaikea havaita kuvista. Ylipäänsä selkeitä vuosittaisia poikkeamia ei näy (varusmiespalvelusta lukuun ottamatta), vaan työmarkkina-aseman kehittyminen on pääasiassa melko tasaista.



Kuvio 3. Työmarkkina-asema 18-29-vuotiaana psykiatrisen diagnoosin ja sukupuolen mukaan (%).

Kaikkiaan sekä miehillä että naisilla psykiatrisen diagnoosien omaavien opiskelun ja työvoiman ulkopuolella olevien osuus kasvaa tasaisesti iän myötä. Ero muuhun ikäryhmään onkin suurimmillaan 29-vuotiailla. Psykiatrisen diagnoosin omaavista miehistä opiskeluiden ja työvoiman ulkopuolella on 45,2 prosenttia, kun muusta ikäryhmästä osuus on 17,3 prosenttia. Psykiatrisen diagnoosin omaavista naisista opiskelun ja töiden ulkopuolella on 31,5 prosenttia naisista, kun muusta ikäryhmästä osuus 19,1 prosenttia.

Työmarkkina-aseman jakautuminen vuosittain ei kerro kuitenkaan mitään yksittäisten ihmisten työmarkkinapoluista ja antaa vain yleiskuvan työmarkkina-aseman jakautumisesta kunakin vuonna. Psykiatrisen diagnoosi näyttäisi kuitenkin odotusten mukaisesti olevan merkittävässä yhteydessä työmarkkina-asemaan. Seuraavaksi psykiatristen diagnoosien omaavien työmarkkinapoluista muodostetaan polkutyyppejä, jotka antavat tarkemman kuvan heidän etenemisestään työmarkkinoilla 18–29-vuotiaana.

5.2. Mielenterveysongelmista kärsivien nuorten työmarkkinapolkutyypit

Tässä luvussa mielenterveysongelmista kärsivien nuorten siirtymät työmarkkinoille tyypitellään erilaisiin polkutyyppeihin. Taulukko 2 kuvaa Calinski-Harabasz ja Duda-Hart -indeksien arvoja 2–10 klusterin ratkaisuille. Suuremmat arvot Calinski-Harabasz pseudo-F ja Duda-Hart -indekseissä viittaavat parempiin klusteriratkaisuihin. Duda-Hart -indeksi tuottaa lisäksi pseudo-T-arvon, jossa pienempi arvo kuvaa parempaa klusteriratkaisua. Kuten taulukosta nähdään, antavat molemmat indeksit ristiriitaisia tuloksia. Calinski-Harabasz -indeksin mukaan erottuvin klusterimäärä sekä miehille että naisille on kolme klusteria ja indeksin arvo pienenee tasaisesti klusterimäärän kasvaessa. Alle viiden klusterin ratkaisut eivät kuitenkaan olleet teoreettisesti mielekkäitä tai erottelukykyisiä klustereita.

Aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu sekä syrjäytymispolkuja että epävakaita polkuja (esim. Scarpetta ym. 2010, 19-22; Lorenzen ym. 2019). Miehillä mainitut polkutyypit erottuvat toisistaan vasta viiden klusterin ratkaisussa. Myös naisilla neljän klusterin ratkaisu tuottaa liian heterogeenisiä ryhmiä. Koska Calinski-Harabasz -indeksi suosittelee pienempiä klusterimääriä kuin mikä on teoreettisesti mielekkästä, käytetään klusterimäärän valintaa ohjaavana mittarina Duda-Hart -indeksejä.

Taulukko 2. Calinski-Harabasz pseudo-F, Duda-Hart Je(2)/Je(1) ja pseudo-T.

Klusterien lkm	Calinski-Harabasz pseudo-F		Duda/Hart, Je(2)/Je(1)		Duda/Hart, pseudo T-squared value	
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset
2	74.79	128.91	0.8397	0.7608	63.00	105.93
3	77.77	137.65	0.8500	0.8131	49.23	46.21
4	76.66	119.46	0.8774	0.8570	25.85	66.89
5	70.01	110.58	0.7903	0.8675	32.90	39.71
6	63.67	99.09	0.8768	0.8835	13.77	20.32
7	57.99	90.79	0.8172	0.7791	12.97	39.40
8	53.36	83.74	0.8945	0.8140	10.02	30.62
9	49.59	78.57	0.7665	0.9082	11.58	18.90
10	46.50	73.93	0.8634	0.9146	14.56	10.74

Miehillä Duda-Hart -indeksien perusteella erottuvimmat klusterimäärät ovat kuusi ja kahdeksan, ja naisilla kuusi, yhdeksän ja kymmenen. Miesten kohdalla suurempi klusterimäärä tuottaa liian pieniä ryhmiä, minkä lisäksi kuuden klusterin ratkaisussa ryhmät ovat teoreettisen tulkinnan näkökulmasta mielekkäämpiä kuin suuremmissa ratkaisuisissa. Myöskään naisilla yli kuuden klusterin ratkaisut eivät tuota enää uusia, kuuden klusterin ratkaisusta merkittävästi eroavia ryhmiä. Ainoa klusteri, joka on naisten kuuden klusterin ratkaisussa hieman epäselvä, pysyy samana myös kymmenen klusterin

ratkaisussa (ks. Kuvio 5, ”Opiskelu/epävaka”). Kuuden klusterin ratkaisu on siis teoreettisesti ja Duda-Hart indekseihin nojautuen paras ratkaisu sekä miehillä että naisilla.

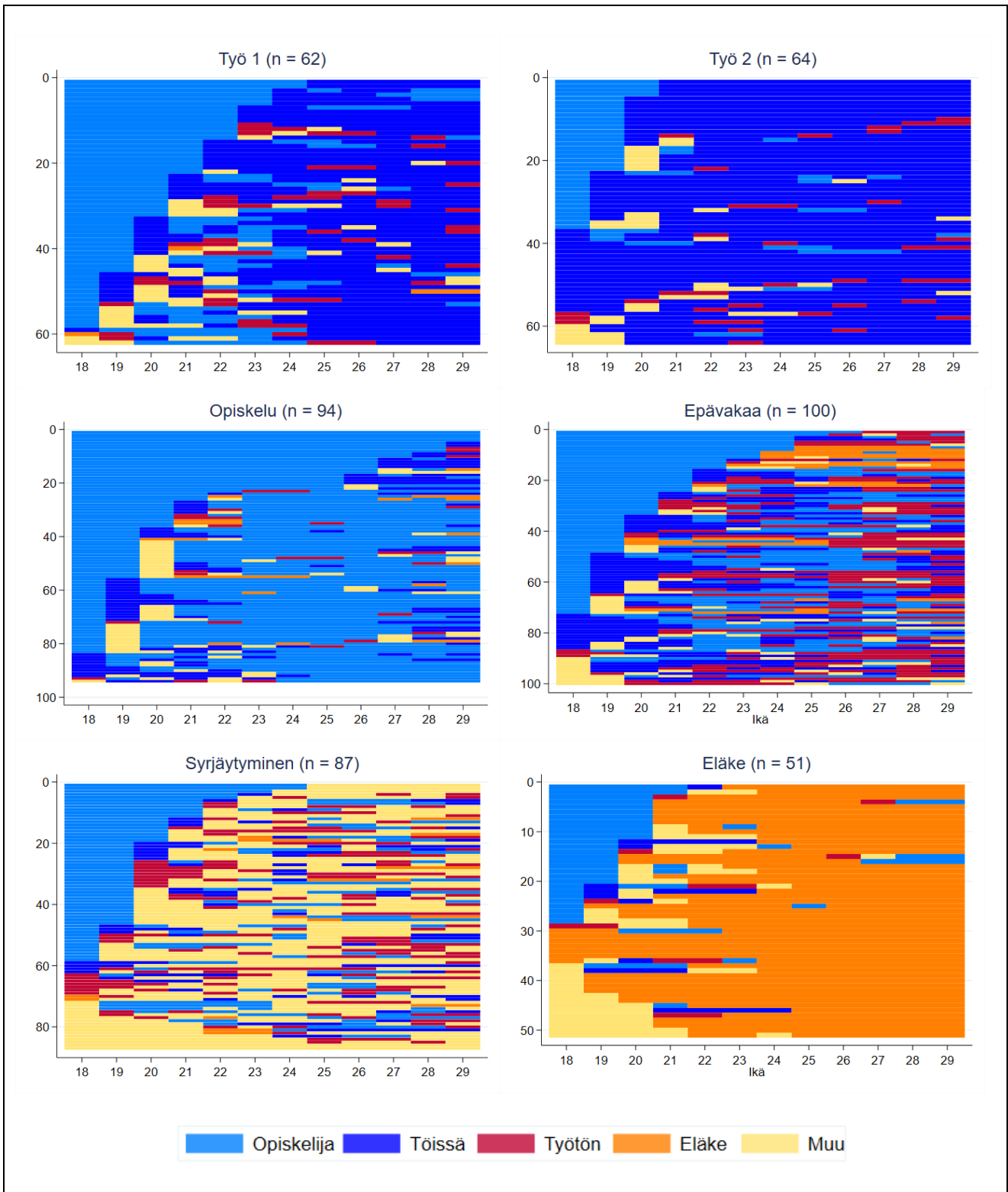
Kuvioissa 4 on kuvattu miesten polkutyypit. Ensimmäisessä ja toisessa klusterissa polkuja määrittää pitkälti työn tekeminen. Ensimmäisessä klusterissa opiskelu kestää hieman kauemmin ja töihin siirytään noin 22–23-vuotiaana. Toisessa klusterissa töihin siirytään vielä hieman aikaisemmin ja 20 ikävuoteen mennessä suurin osa on työpoluilla. Molemmissa ryhmissä monilla on lyhyitä työvoiman ulkopuolella olemisen jaksoja seurannan alussa, mikä viittaa varusmiespalvelukseen. Molemmilla poluilla osalla on myös hetkellisiä työttömyysjaksoja, mutta työ on keskeisin kumpaakin polkua määrittävä tila. Työklusterit ovat lähes samankokoisia ja niihin kuuluu kaikkiaan 27,5 prosenttia miehistä. Tämä on hieman vähemmän kuin aikaisemmasta saman kohortin koko ikäryhmän tutkimuksesta saaduissa tuloksissa, joissa 36,8–41,3 prosenttia³ miehistä oli eri työpoluilla (Ristikari ym. 2016).

Kolmas klusteri tavoittaa pitkään opiskelevat, ja tähän ryhmään kuuluu 20,5 prosenttia miehistä. Myös tässä ryhmässä seurannan alun työvoiman ulkopuolella olemisen viittaa varusmiespalvelukseen. Loppua kohden osa jatkaa opintoja ja osa siirtyy töihin. Pieni osa siirtyy lisäksi tavalla tai toisella töiden ja opiskelun ulkopuolelle. Verrattuna Ristikarin ym. (2016) tuloksiin, jossa miehistä 39,8 prosenttia oli opiskelupoluilla, mielenterveysongelmista kärsivät miehet ovat selvästi harvemmin opiskelupoluilla.

Neljänten klusteriin kuuluvilla on selvästi vaikeuksia työmarkkinoilla, ja polkuja leimaakin epävakaus ja suuri vaihtelu opiskelun, töiden ja työttömyyden välillä. Työn ja opiskelun ulkopuolella olevien osuus kasvaa myös seurannan loppua kohti. Ryhmään kuuluu 21,8 prosenttia miehistä. Tämä vastaa Lorentzenin ym. (2019) tutkimuksessa löytyneen epävaka ja turbulenti -klusterin kokoa, joskin eri mittaustavasta johtuen vertailu ei ole täysin mielekäs. Ristikarin ym. (2016) tuloksista epävakaalla polulla⁴ oli 7,4 prosenttia miehistä. Syrjäytymispolkujen lisäksi psykiatrisen diagnoosin omaavista miehistä selvästi suurempi osuus on epävakaalla työmarkkinapolulla.

³ Riippuen siitä lasketaanko ”Hankaluuksien kautta työelämään” polkuryhmä mukaan.

⁴ ”Työttömyys/työllisyys-silppu” ja ”ei dataa/työllisyys/koulutus -silppu” -polkuryhmät



Kuvio 4. Sekvenssikuviot miesten työmarkkinapolkuryhmistä vuosina 2005–2016.

Viidenteen klusteriin kuuluu 19 prosenttia miehistä. Klusteria leimaa selvästi työvoiman ulkopuolella oleminen, mutta myös työttömyys. Osalla on hetkellisiä opiskelu- tai työjaksoja, mutta kaikkiaan klusteria leimaa opiskeluiden ja töiden ulkopuolella oleminen, ja klusterin polkuja voidaankin pitää syrjäytymispolkuina. Tähän klusteriin kuuluvilla on selvästi vaikeuksia työllistyä tai pysyä kiinni opinnoissa. Lorentzen ym. (2019) tutkimuksessa kaikista suomalaisista nuorista noin 9

prosenttia oli syrjäytymispoluilla, ja Ristikarin ym. (2016) tutkimuksessa kutakuinkin samankaltaisella polulla⁵ oli 6,5 prosenttia miehistä. Psykiatrisen diagnoosin omaavista miehistä siis jopa 2–3-kertainen määrä on syrjäytymispolulla verrattuna koko ikäryhmään.

Viimeinen klusteri, jota ei ole tullut esiin aikaisemmissa tutkimuksissa, mutta joka on kuitenkin mielenterveysongelmien kohdalla tärkeä, on eläkeklusteri. Klusteriin kuuluu 11,1 prosenttia miehistä. Kaikkiaan siis hieman yli puolet psykiatrisen diagnoosin omaavista nuorista miehistä on työmarkkinapolulla, jota leimaa tavalla tai toisella työmarkkinoiden ja opiskelujen ulkopuolella oleminen. Tämä on selvästi enemmän kuin aikaisemmissa tutkimuksissa, joissa on tutkittu kaikkia nuoria (Ristikari ym. 2016; Lorentzen ym. 2019).

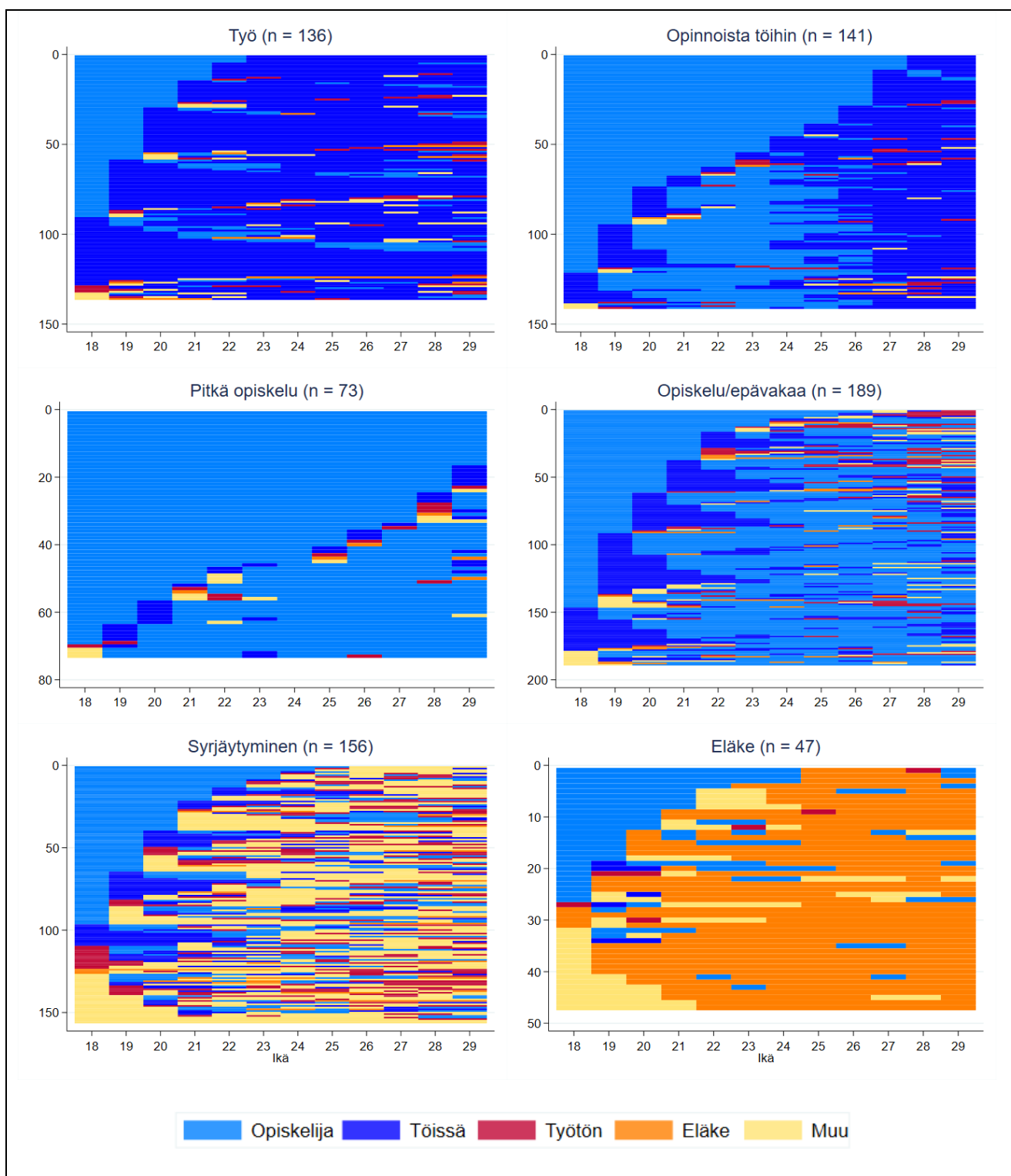
Naisten työmarkkinapolkujen tyypit on kuvattuna kuvioissa 5. Verrattuna miehiin naisilla korostuu selvästi eri opiskelupoluilla olevien lukumäärä ja myös selvästi pienempi osa on työn ja opiskeluiden ulkopuolella kulkevilla poluilla. Tämä oli myös alustavien tarkasteluiden perusteella odotettavissa. Ensimmäinen klusteri vastaa miesten työklustereita, ja sitä kuvaa työnteko joko seurannan alusta alkaen tai lyhyen opiskelun jälkeen. Klusteriin kuuluu 18,3 prosenttia naisista, mikä on vähemmän kuin miehillä, mutta vastaa Ristikarin ym. (2016) koko ikäryhmää koskevia tuloksia, joissa 16,4 prosenttia naisista oli työpoluilla. Miesten määrä työpoluilla oli myös koko ikäryhmässä suurempi kuin naisten osuus.

Miehiin verrattuna naisista selvästi suurempi osa on erilaisilla opiskelupoluilla, mikä vastaa aikaisempia tutkimuksia koko ikäryhmästä (Ristikari ym. 2016). Toinen, kolmas ja neljäs klusteri kuvaavat kaikki naisten erilaisia opiskelupolkuja. Opinnoista töihin -klusteri ja pitkän opiskelun -klusteri ovat melko selvästi tulkittavissa. Opinnoista töihin -klusterissa opinnoista siirrytään sujuvasti töihin 25 ikävuoden jälkeen. Ryhmään kuuluu 19,0 prosenttia naisista. Pitkään opiskelevat ovat opiskelijoita koko seuranta-ajan, ja ryhmään kuuluu 9,8 prosenttia naisista.

Epävakaat opiskeluklusterit on vaikeampi tulkita. Klusteria kuvaa opiskelu, mutta myös epävakaas, ja siinä esiintyy jonkun verran vaihtelua opiskelun, työllisyyden, työttömyyden ja työvoiman ulkopuolella olemisen välillä, joskin opiskelu on selvästi yleisin tila. Klusteri vaikuttaa melko heterogeeniseltä: osa on selvästi opiskelupainotteisemmilla poluilla, kun taas osalla on enemmän vaihtelua eri tilojen välillä. Ryhmään kuuluu 25,5 prosenttia naisista. Teoreettisesti ajatellen klusteri olisi ollut mielekästä pilkkoa pienempiin osiin. Suuremmat klusteriratkaisut eivät kuitenkaan pilkkoneet

⁵ ”Rekisterien ulkopuolella” ja ”työttömyys/toimeentulotuki” -polkuryhmät

tätä klusteria vaan muita, minkä vuoksi se on pidetty tällaisena. Ryhmän heterogeenisuus onkin syytä pitää mielessä, ja klusteriin liittyviä tuloksia pitää tulkita varovasti, sillä ryhmä koostuu todennäköisesti hieman erilaisista poluista.



Kuvio 5. Sekvenssikuviot naisten työmarkkinapolkuryhmistä vuosina 2005–2016.

Kaikkiaan opiskeluklustereihin kuuluu 54,3 prosenttia naisista. Tämä vastaa lähes täysin Ristikarin ym. (2016) tuloksia, joissa naisista 54,1 prosenttia oli opiskelupoluilla. Psykiatrinen diagnoosi ei siis näyttäisi naisilla muuttavan opiskelupoluilla kulkevien määrää kuten miesten kohdalla. Viides epävaka opiskeluklusteri sisältää kuitenkin jonkun verran epävakautta ja työttömyyttä, mikä voi indikoida hieman epävakaammasta polusta, joskaan tämä ei koske kaikkia klusteriin kuuluvia.

Viides ja kuudes klusteri vastaavat jokseenkin miesten syrjäytymis- ja eläkeklustereita. Naisista kuitenkin vain 26,4 prosenttia on näillä poluilla: eläkepolulla oli 6,4 prosenttia ja syrjäytymispolulla 21,0 prosenttia naisista. Ristikarin ym. (2016) tutkimuksessa naisista 10,1 prosenttia oli erilaisilla syrjäytymispoluilla tai muuten epävakailla poluilla⁶. Verrattuna koko ikäryhmästä saatuihin tuloksiin mielenterveysdiagnoosin omaavista naisista yli kaksinkertainen osa oli erilaisilla koulutuksen ja työvoiman ulkopuolella olevilla poluilla.

Naisten syrjäytymisklusteria kuvaa työvoiman ulkopuolella oleminen. Ryhmään kuuluvat kuitenkin myös ne, jotka ovat kotona hoitamassa lapsia. Ristikarin ym. (2016) tutkimuksessa 16,9 prosenttia koko kohortin naisista oli erilaisilla lastenhoitopoluilla. Todennäköisesti osa syrjäytymispolun naisista hoitaakin lapsia, mikä tekee analyysistä hieman hankalampaa, kun osa syrjäytymispoluista saattaakin olla lastenhoitopolkuja.

Liitetaulukossa 1. naisten klustereita on kuvattu perhetyypin, koulutusasteen ja toimeentulotukikuukausien mukaan. Näin on pyritty selventämään etenkin syrjäytymisklusteria. Syrjäytymispoluilla olevista naisista lähes neljännes on yksinhuoltajia, ja osuus on yli kaksi kertaa suurempi kuin missään toisessa klusterissa. Yhteensä lapsia on 41,0 prosentilla, eli melko suuri osa on siis hoitanut lapsia, joskin suurin osa on yksinhuoltajia. Yksinhuoltajuuden on aikaisemmin havaittu olevan riskitekijä huono-osaisuuden kasautumiselle (Ohisalo ym. 2015).

Syrjäytymisklusteri erottuu muista myös korkeimman koulutusasteen perusteella, sillä 29-vuotiaana 46,2 prosentilla korkein tutkinto on edelleen perusasteen tutkinto. Jos eläkeklusteria ei huomioida, on osuus jälleen yli kaksi kertaa suurempi kuin yhdessäkään toisessa klusterissa. Syrjäytymisklusterissa myös koko seuranta-aikaiset toimeentulotukikuukaudet ovat selvästi suuremmat verrattuna muihin ryhmiin. Eläkeklusteria lukuun ottamatta muissa klustereissa tukikuukausien määrä vaihtelee 10–19 kuukauden välillä, kun syrjäytymisklusterissa tukea saatiin keskimäärin 54 kuukauden

⁶ ”Työttömyys/työllisyys-silppu”, ”Työttömyys/toimeentulotuki-silppu”, ”Ei dataa/työllisyys/koulutus-silppu” ja ”Vain vähän tai ei ollenkaan dataa” -polut

ajalta. Vaikka osa poluista onkin lastenhoitopolkuja, kuvaa ryhmää yleisellä tasolla matala koulu-
tus, yksinhuoltajuus ja köyhyys. Yleisellä tasolla voidaankin hyvin puhua syrjäytymispolusta.

5.3. Eri mielenterveysdiagnoosien yhteys työmarkkinapolkutyyppeihin

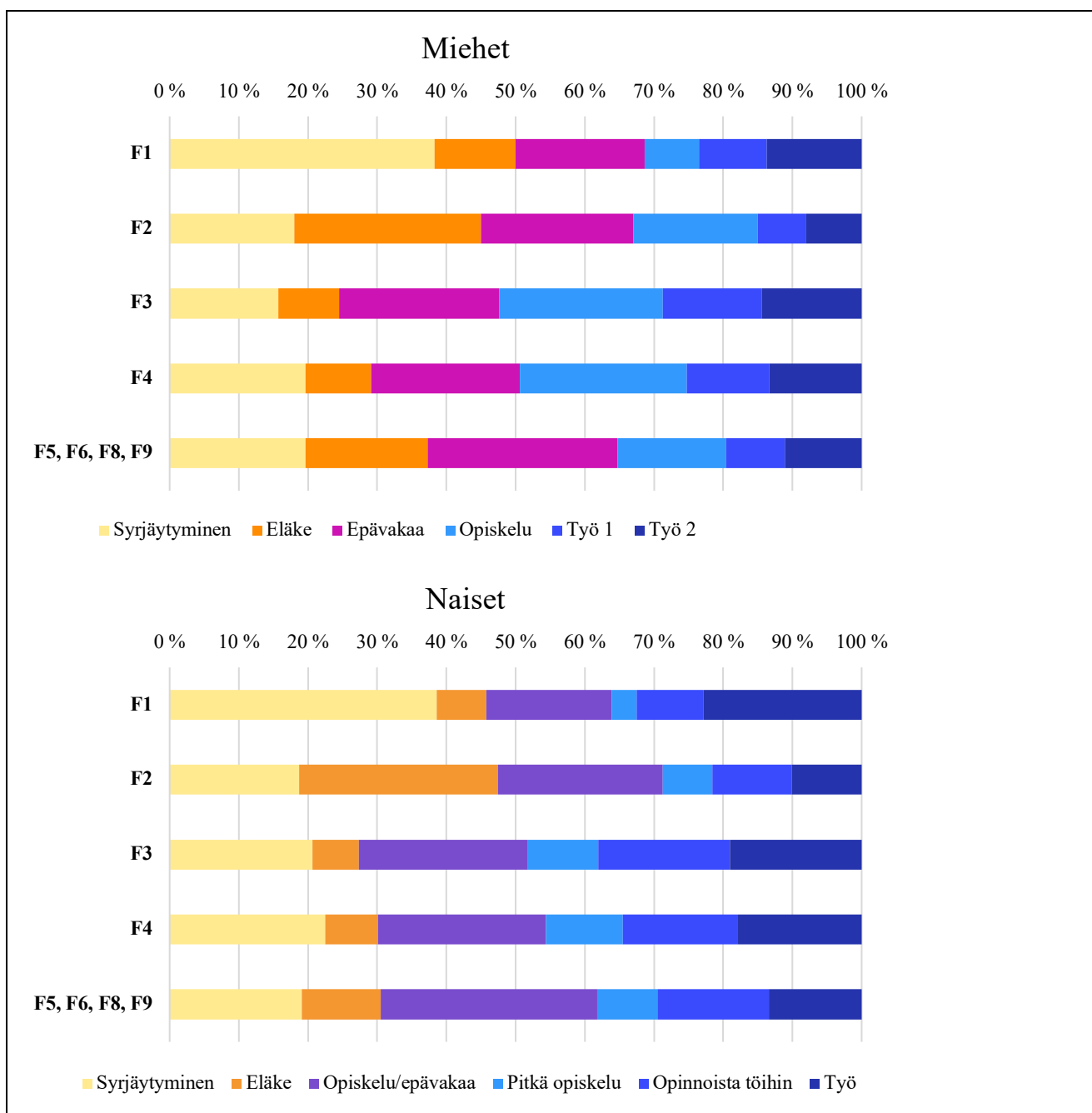
Eri psykiatristen diagnoosien merkitystä eri polkutyyppeiden taustalla tarkastellaan tässä luvussa multinomiaalisen regressioanalyysin avulla. Tässä on raportoitu mallit, jossa ovat kaikki diagnoosit yhdessä, mutta liitteissä on raportoitu lisäksi malli jokaiselle diagnoosille erikseen (Liitetaulukot 2 ja 3). Tulokset pysyivät näissä lähes samoina, eivätkä vaikutuskoot tai keskivirheet muuttuneet merkittävästi.

Ennen regressioanalyysia tarkastellaan yhteyksiä aluksi kuvailevasti. Kuviossa 6 on kuvattu miesten ja naisten jakautumista eri poluille psykiatrisen diagnoosin mukaan. Miesten ja naisten jakaumat muistuttavat toisiaan melko paljon, joskin on huomioitava, että miesten ja naisten epävakaata klusteri eroaa melko paljon. Miesten epävakaata klusteria kuvaa suurempi työttömyys ja vaihtelu, kun taas naisten epävakaata opiskelukulusteria kuvaa pääasiassa opiskelu. Selvyyden vuoksi epävakaat klusterit on kuvattu eri väreillä.

Sekä miehillä että naisilla ulospäin suuntautuneista häiriöistä ja skitsofreniasta sekä muista psykooseista kärsivistä selvästi suurempi osa on työn ja opiskelun ulkopuolella kulkevilla poluilla ja sisäänpäin suuntautuneista häiriöistä kärsivistä suurempi osa on työ- tai opiskelupoluilla. Erityisesti päihteisiin liittyvät häiriöt ja skitsofrenia sekä muut psykoosit erottuvat molemmilla sukupuolilla. Päihteisiin liittyvistä häiriöistä kärsivät ovat selvästi useammin syrjäytymispoluilla (miehistä 36,2 % ja naisista 38,6 %), ja skitsofreniasta kärsivistä selvästi muita diagnooseja suurempi osa on eläkepoluilla (miehistä 27,0 % ja naisista 28,2 %). Myös käyttäytymiseen, persoonallisuuteen ja psyykkiseen kehitykseen liittyvistä häiriöistä kärsivistä hieman suurempi osuus on eläkepoluilla verrattuna muihin. Heidän jakautumisensa eri poluille asettuu skitsofrenian ja päihteisiin liittyvien häiriöiden sekä mielialahäiriöiden ja neuroottisten, stressiin liittyvien ja somatoformisten häiriöiden välimaastoon.

Verrattuna muista mielenterveysongelmista kärsiviin, päihteisiin liittyvistä häiriöistä kärsivistä miehistä selvästi pienempi osa on opiskelupolulla ja naisista selvästi pienempi osa on pitkään opiskelevien polulla. Skitsofreniasta ja muista psykooseista kärsivät ovat puolestaan selvästi harvemmin työpoluilla verrattuna muihin. Alustavat tulokset näyttäisivät tukevan hypoteesia, jonka mukaan

skitsofrenia, päihteisiin liittyvät häiriöt sekä käyttäytymiseen, persoonallisuuteen ja psyykkiseen kehitykseen liittyvät häiriöt ovat voimakkaimmin yhteydessä epätyypillisille poluille joutumisen kanssa.



Kuvio 6. Miesten ja naisten osuudet eri poluilla psykiatrisen diagnoosin mukaan (%).⁷

⁷ F1: Lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt
 F2: Skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriöt
 F3: Mielialahäiriöt
 F4: Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt
 F5, F6, F8, F9: Käyttäytymiseen, persoonallisuuteen ja psyykkiseen kehitykseen liittyvät häiriöt

Seuraavaksi tarkastellaan yhteyksiä multinomiaalisen logistisen regressioanalyysin avulla. Taulukossa 3 on esitetty eri mielenterveysdiagnoosien yhteyksiä työmarkkinapolkutyyppeihin miehillä. Pääteisiin liittyvistä häiriöistä kärsivien todennäköisyys kuulua opiskeluklusteriin on 15,9 prosenttiyksikköä epätodennäköisempää kuin muista psykiatrisista häiriöistä kärsivillä ($p < 0,001$). Lisäksi heidän todennäköisyytensä kuulua syrjäytymisklusteriin verrattuna muihin on 27,3 prosenttiyksikköä suurempi ($p < 0,001$).

Skitsofreniasta, skitsotyyppisistä häiriöistä tai muista harhaluuloisuushäiriöistä kärsivät kuuluvat 20,4 prosenttiyksikköä todennäköisemmin eläkeklusteriin ($p < 0,001$), 8,6 prosenttiyksikköä epätodennäköisemmin ensimmäiseen työklusteriin ($p < 0,01$) ja 7,8 prosenttiyksikköä epätodennäköisemmin toiseen työklusteriin ($p < 0,05$) verrattuna muihin.

Mielialahäiriöistä ja neuroottisista, stressiin liittyvistä ja somatoformisista häiriöistä kärsivät jakautuvat puolestaan eri ryhmiin tasaisesti siten, ettei mikään klusteri ole todennäköisempi kuin toinen. Todennäköisesti ryhmien sisällä on jonkin verran vaihtelua, ja esimerkiksi kaksisuuntaisen mielialahäiriön vaikutukset työkykyyn ja käyttäytymiseen ovat erilaisia kuin tavallisen masennuksen (esim. Hakulinen ym. 2019b).

Käyttäytymis- ja persoonallisuushäiriöistä sekä psyykkisen kehityksen häiriöistä kärsivien todennäköisyys kuulua ensimmäiseen työklusteriin on 8,6 prosenttiyksikköä pienempi ($p < 0,01$) ja opiskeluklusteriin 8,2 prosenttiyksikköä pienempi ($p < 0,05$) verrattuna muihin. Lisäksi he kuuluvat 10,2 prosenttiyksikköä todennäköisemmin eläkeklusteriin ($p < 0,01$) verrattuna muihin. Yhteydet ovat hieman pienempiä verrattuna pääteisiin liittyviin häiriöihin ja skitsofreniaan, mutta samankaltaisia. Miesten kohdalla tulokset tukevat kaikkiaan siis melko selvästi ja johdonmukaisesti odotuksia ja aikaisempaa tutkimusta.

Taulukossa 4 on esitetty eri mielenterveysdiagnoosien yhteyksiä työmarkkinapolkuihin naisilla. Vaikka klusterit ovat hieman erilaiset verrattuna miehiin, ovat tulokset hyvin samanlaisia. Pääteisiin liittyvistä häiriöistä kärsivät kuuluvat 22,0 prosenttiyksikköä todennäköisemmin syrjäytymisklusteriin ($p < 0,001$) verrattuna muihin. Lisäksi he kuuluvat pitkään opiskelevien klusteriin 6,7 prosenttiyksikköä ($p < 0,01$) ja opinnoista töihin siirtyvien klusteriin 10,6 prosenttiyksikköä epätodennäköisemmin ($p < 0,01$) verrattuna muihin. Myös skitsofrenian, skitsotyyppiset häiriöiden ja muiden harhaluuloisuushäiriöiden vaikutus on samanlainen kuin miehillä. Eläkeklusteriin kuulumisen on 23,0 prosenttiyksikköä todennäköisempää ($p < 0,001$) ja työklusteriin kuulumisen on 9,3 prosenttia epätodennäköisempää ($p < 0,05$) verrattuna muihin.

Mielialahäiriöt ja neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt jakaantuvat melko tasaisesti klustereihin eivätkä ne ole merkitsevästi yhteydessä yhteenkään klusteriin, mikä vastaa edelleen miesten tuloksia. Poikkeuksena tästä ovat neuroottisista, stressiin liittyvistä ja somatoformisista häiriöistä kärsivät, jotka kuuluvat 6,4 prosenttiyksikköä epätodennäköisemmin ($p < 0,05$) opinnoista töihin siirtyvien klusteriin verrattuna muihin.

Käyttäytymiseen, persoonallisuuteen ja psyykkiseen kehitykseen liittyvistä häiriöistä kärsivät kuuluvat 8,0 prosenttiyksikköä todennäköisemmin eläkeklusteriin ($p < 0,001$) ja 9,7 prosenttiyksikköä todennäköisemmin epävakaaseen opiskeluklusteriin ($p < 0,01$). Lisäksi todennäköisyys olla työklusterissa oli 7,9 prosenttiyksikköä pienempi ($p < 0,01$) ja todennäköisyys olla opinnoista töihin siirtyvien klusterissa 5,8 prosenttiyksikköä pienempi ($p < 0,05$). Tässäkin yhteydet olivat samanlaisia kuin miehillä: todennäköisyys työhön ja opiskeluun oli pienempi ja eläkkeelle suurempi.

Kaikkiaan tulokset vastaavat hyvin oletuksia. Skitsofrenia, päihteisiin liittyvät ja käyttäytymiseen, persoonallisuuteen ja psyykkiseen kehitykseen liittyvät häiriöt lisäsivät todennäköisyyttä kuulua eri klustereihin, joita kuvaa työn tai opiskelun ulkopuolella oleminen. Yhteydet olivat samanlaisia miehillä ja naisilla. Työvoiman ulkopuolella oleminen oli kuitenkin erilaista diagnooseittain. Skitsofreniaan liittyi selvästi suurempi eläkepolulle joutumisen riski verrattuna muihin. Toisaalta todennäköisyys päätyä työpolulle oli pienempi verrattuna muihin. Päihteisiin liittyviä häiriöitä leimasi puolestaan selvästi suurempi riski joutua syrjäytymispolulle ja pienempi todennäköisyys päätyä opiskelupoluille.

Taulukko 3. Multinomiaalinen logistinen regressioanalyysi eri psykiatristen päädiagnoosien (ICD-10) yhteydestä polkutyyppihin miehillä. Keskimääräiset marginaaliefektit. (n = 458)

	Työ 1	Työ 2	Opiskelu	Epävaka	Syrjäytyminen	Eläke
Lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt (F1)	-0.0678 (0.0351)	-0.00888 (0.0409)	-0.159*** (0.0367)	-0.0313 (0.0472)	0.273*** (0.0559)	-0.00642 (0.0329)
Skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriöt (F2)	-0.0886** (0.0313)	-0.0780* (0.0331)	-0.0172 (0.0450)	0.00573 (0.0473)	-0.0268 (0.0411)	0.204*** (0.0453)
Mielialahäiriöt (F3)	-0.0178 (0.0354)	0.00207 (0.0348)	0.0345 (0.0393)	0.0293 (0.0399)	-0.0107 (0.0368)	-0.0395 (0.0277)
Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt (F4)	-0.0501 (0.0338)	-0.0195 (0.0349)	0.0271 (0.0407)	-0.00640 (0.0413)	0.0581 (0.0404)	-0.0103 (0.0299)
Käyttäytymiseen, persoonallisuuteen ja psyykkiseen kehitykseen liittyvät häiriöt (F5, F6, F8, F9)	-0.0861** (0.0306)	-0.0456 (0.0327)	-0.0817* (0.0371)	0.0808 (0.0424)	0.0296 (0.0387)	0.102** (0.0329)

Keskivirhe suluissa

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Taulukko 4. Multinomiaalinen logistinen regressioanalyysi eri psykiatristen päädiagnoosien (ICD-10) yhteydestä polkutyyppeihin naisilla. Keskimääräiset marginaaliefektit. (n = 742)

	Työ	Opinnoista töihin	Pitkä opiskelu	Opiskelu/epävakaa	Syrjäytyminen	Eläke
Lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt (F1)	0.0716 (0.0518)	-0.106** (0.0362)	-0.0671** (0.0247)	-0.0882 (0.0451)	0.220*** (0.0580)	-0.0304 (0.0185)
Skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriöt (F2)	-0.0929* (0.0389)	-0.0742 (0.0433)	-0.0169 (0.0374)	0.00727 (0.0563)	-0.0531 (0.0455)	0.230*** (0.0536)
Mielialahäiriöt (F3)	0.0225 (0.0292)	-0.0188 (0.0306)	0.0129 (0.0224)	-0.0239 (0.0327)	0.0119 (0.0301)	-0.00471 (0.0176)
Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt (F4)	-0.0151 (0.0292)	-0.0639* (0.0300)	0.0216 (0.0229)	-0.0103 (0.0327)	0.0336 (0.0303)	0.0341 (0.0178)
Käyttäytymiseen, persoonallisuuteen ja psyykkiseen kehitykseen liittyvät häiriöt (F5, F6, F8, F9)	-0.0794** (0.0281)	-0.0575* (0.0292)	-0.0125 (0.0225)	0.0965** (0.0339)	-0.0268 (0.0303)	0.0797*** (0.0197)

Keskivirhe suluissa

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

6. Pohdinta

6.1. Tulosten vertailu aikaisempaan tutkimukseen ja teoriaan

Tutkimuksen aineistona oli Helsingissä, Espoossa ja Vantaalla asuneet vuoden 1987 syntymäkohorttiin kuuluvat henkilöt, joiden työmarkkinoille siirtymistä tarkasteltiin 12 vuoden ajan 18–29-vuotiaana ja joilla oli psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa diagnosoitu mielenterveysongelma 18–24-vuotiaana. Koko kohortista 11,8 prosentilla oli diagnosoitu jokin mielenterveysongelma. Elämänkulkuteorian ja terveyden sosioekonomisten erojen teorioiden sekä aikaisemman tutkimuksen perusteella tutkimuskysymyksinä olivat, minkälaisia työmarkkinapolkuja mielenterveysongelmista kärsivillä nuorilla miehillä ja naisilla on ja miten eri mielenterveysdiagnoosit ovat yhteydessä eri polkuihin. Toiseen tutkimuskysymykseen liittyen hypoteesina oli, että ulospäin suuntautuvat mielenterveysongelmat, eli päihteisiin liittyvät häiriöt ja käyttäytymiseen liittyvät häiriöt, sekä skitsofrenia, olisivat yhteydessä epäsuotuisille poluille joutumisen kanssa.

Sekä miehillä että naisilla löytyi kuusi erilaista työmarkkinapolkujen tyyppiä. Naisilla korostuivat opiskeluun liittyvät polut ja miehillä puolestaan pääasiassa töiden ja opiskeluiden ulkopuolella kulkevat polut. Miehistä jopa hieman yli puolet oli töiden ja opiskeluiden ulkopuolella kulkevilla poluilla. Naisilla sama osuus oli 21 prosenttia, ja ehkä hieman suurempikin osa, jos huomioidaan myös ne, kenen poluilla on epävakausta ja työttömyyttä opiskelu/epävakausta -klusterissa. Aikaisemmissa tutkimuksissa löytyneiden syrjäytymis- ja epävakaisten polkujen lisäksi (vrt. Scarpetta ym. 2010, 20) osa mielenterveysongelmista kärsivistä päättyy myös työkyvyttömänä eläkepoluille.

Tulokset vahvistavatkin edelleen ymmärrystä mielenterveysongelmien ja sosiaalisen eriarvoisuuden yhteydestä. Riippumatta siitä, ovatko mielenterveysongelmat seurausta sosioekonomisesta asemasta vai päinvastoin, mielenterveysongelmista kärsivien todennäköisyys olla töiden ja opiskeluiden ulkopuolella kulkevalla polulla on suurempi kuin muilla. Verrattuna aikaisempiin koko väestön työmarkkinoille siirtymistä tarkasteleviin tutkimuksiin (esim. Ristikari ym. 2016; Lorentzen ym. 2019) mielenterveysongelmista kärsivien nuorten osuus epäsuotuisammilla poluilla oli selvästi suurempaa. Tämä johtuu osittain mielenterveysongelmia seuraavasta työkyvyn heikkenemisestä (Baldwin & Marcus 2011). Etenkin nuorilla mielenterveysongelmat ovat johtava työkyvyttömyyseläkkeiden syy (ETK 2017; Mattila-Holappa 2018). Toinen keskeinen selitys on mielenterveysongelmiin liittyvä stigma, joka voi aiheuttaa syrjintää ja vähentää myös esimerkiksi avun hakemista. (Chandra & Minkovitz 2006; Baldwin & Marcus 2011, 54–55.) Nuoret kamppailevat siis kahden haasteen

kanssa: toisaalta heidän pitää selvittää mielenterveysongelmien oireiden kanssa ja toisaalta mielenterveysongelmiin liitetyn stigman ja siitä seuraavan syrjinnän kanssa.

Analyysin toisessa osassa tarkasteltiin työmarkkinapolkujen yhteyttä eri psykiatrisiin diagnooseihin. Eri mielenterveysongelmilla oli selvästi erilaisia yhteyksiä työmarkkinapolkuihin. Odotusten mukaisesti ulospäin suuntautuvat mielenterveysongelmat ja skitsofrenia olivat sukupuolesta riippumatta yhteydessä eläke- ja syrjäytymispolkuihin, sekä epävakaisiin polkuihin (esim. Miech ym. 1999; Agerbo ym. 2004; Muntaner ym. 2005; Helgesson ym. 2017; Hakulinen ym. 2019a; Vaalavuo ym. 2020), kun taas mielialahäiriöt ja neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt eivät olleet yhteydessä eri polkutyyppeihin. Mielialahäiriöiden yhteydessä on syytä mainita ryhmän heterogeisuus, ja esimerkiksi masennuksella ja kaksisuuntaisella mielialahäiriöllä on hyvin erilainen vaikutus sosioekonomiseen asemaan (Hakulinen ym. 2019b).

Skitsofrenia oli erityisen vahvasti yhteydessä eläkepolkuun ja päihteisiin liittyvät häiriöt olivat erityisen vahvasti yhteydessä syrjäytymispolkuun. Skitsofreniaa voidaan pitää yhtenä vakavimmista ja lamaannuttavimmista mielenterveyshäiriöistä (Agerbo ym. 2004; Muntaner ym. 2005; Hakulinen ym. 2019a). Skitsofrenialla, muilla psykooseilla ja päihteisiin liittyvillä häiriöillä on aikaisempien tutkimusten perusteella muihin häiriöihin verrattuna merkittävämpi yhteys sosioekonomisen aseman eri ulottuvuuksiin koko elämänkaarella (Helgesson 2017; Hakulinen ym. 2019a; Vaalavuo ym. 2020). Myös käyttäytymiseen, persoonallisuuteen ja psyykkiseen kehitykseen liittyvät häiriöt olivat yhteydessä eläkepolkuihin, minkä lisäksi todennäköisyys olla työ- tai opiskelupoluilla oli pienempi. Vaikka ryhmä koostuu useammista päädiagnooseista, kuvaavat sitä yleisellä tasolla erilaiset ulospäin suuntautuvat mielenterveysongelmat, kuten erilaiset käyttäytymishäiriöt tai tarkkaavaisuus-häiriöt, joiden on myös havaittu olevan yhteydessä vaikeuksiin opiskeluissa ja työelämässä (Miech ym. 1999; Breslau ym. 2011).

Diagnoosien vakavuuden lisäksi myös erilainen taudinkulku selittäneekin diagnoosien erilaisia yhteyksiä (esim. Veldman 2016). On esimerkiksi todennäköisempää parantua mielialahäiriöistä kuin skitsofreniasta. Myös käyttäytymiseen, persoonallisuuteen ja psyykkiseen kehitykseen liittyviin häiriöihin kuuluu erilaisia neuropsykiatrisia diagnooseja, jotka voivat olla synnynnäisiä ja jatkua koko elämän, mikä voi osaltaan selittää eläkepoluilla olevien hieman suurempaa määrää. Yleisellä tasolla tulokset ovat myös tämän ryhmän kohdalla odotusten mukaisia, mutta tarkempien tulkintojen tekeminen edellyttäisi diagnoosien tarkempaa erottelua, mihin havaintomäärät eivät kuitenkaan riittäneet tässä tutkielmassa.

Diagnoosien erilaisia yhteyksiä työmarkkinapolkuihin selittänee osaltaan eri diagnoosien oireiden vakavuus ja taudinkulku. Eri diagnooseissa on kuitenkin eroa myös siinä, millainen stigma niihin liitetään. Stigman aiheuttama syrjintä voi vaikuttaa nuorten työllistymiseen. Erityisesti päihteisiin liittyvät häiriöt, jotka olivat voimakkaasti yhteydessä syrjäytymispolkuihin, on vahvasti stigmatisoitu. Päihteisiin liittyviä häiriöitä ei pidetä tyypillisesti mielenterveysongelmina, minkä lisäksi päihteisiin liittyvistä mielenterveyshäiriöistä kärsiviä pidetään usein vastuullisina omasta tilastaan. Päihdehäiriöiset kokevat muita enemmän syrjintää ja saavat osakseen negatiivisia reaktioita. Heillä on myös erityisen suuri riski kokea rakenteellista syrjintää. Erityisesti skitsofreniaan ja päihteisiin liittyviin häiriöihin liittyy myös stigma henkilöiden vaarallisuudesta. (Schomerus ym. 2011.) Ei siis ole yllättävää, että erityisesti skitsofreniasta ja päihteisiin liittyvistä häiriöistä kärsivät kokivat haasteita työmarkkinoille siirtymisessä.

Kolmas keskeinen tulos oli miesten ja naisten välinen ero. Miehistä selvästi suurempi osa oli eri epäsuotuisilla poluilla. Naisista suurin osa oli eri opiskelupoluilla. Eroa selittänee osittain oireiden vakavuus. Kun mielenterveysongelmia tarkastellaan diagnoosien avulla, näyttäytyvät ongelmat tyypillisesti yleisempinä naisilla (esim. Gyllenberg ym. 2019). Miehillä ja naisilla erilainen sosialisatio vaikuttaa siihen, miten kykeneviä tai halukkaita he ovat hakemaan apua ongelmiinsa – naiset hakevat helpommin apua, minkä vuoksi naisilla on myös useammin diagnoosi mielenterveysongelmissa (Mackenzie ym. 2006). Toisaalta miehillä mielenterveysongelmiin voi liittyä vahvempi stigma, joka voi hankaloittaa ongelmien myöntämistä sekä avun hakemista (Chandra & Minkovitz 2006). Tämän seurauksena miehet hakevat apua vasta oireiden pahetessa, kun naisten kynnyks hakea apua on pienempi. Osittain tästä johtuen miesten mielenterveysongelmat näyttäytyvät keskimäärin vakavammina.

Toinen miesten ja naisten eroa selittävä tekijä lienee päihteisiin liittyvistä häiriöistä ja skitsofreniasta kärsivien suurempi osuus miesten joukossa. Miehistä yli 40 prosentilla oli skitsofrenia tai päihteisiin liittyvä häiriö, kun naisilla sama osuus oli noin 20 prosenttia (Taulukko 1). Miesten ja naisten eroja erilaisissa mielenterveyshäiriöissä on selitetty erilaisen sosialisatian avulla (Rosenfield & Mouzon 2013, 277). Sukupuolten välistä eroa skitsofreniaa sairastavien kohdalla selittänee osittain myös se, että naiset sairastuvat siihen yleensä myöhemmin, keskimäärin 25–34-vuotiaana, kun miehillä skitsofrenia puhkeaa tyypillisesti jo 18–25-vuotiaana (Ochoa ym. 2012). Mielenterveysdiagnoosit mitattiin tässä tutkimuksessa 18–24-vuotiaana. Koska sosiaalisen valikoitumisen on havaittu olevan keskeinen selitysmekanismi erityisesti skitsofreniassa ja päihteisiin liittyvissä häiriöissä (Miech ym. 1999; Agerbo ym. 2004; Muntaner ym. 2005; Hakulinen ym. 2019a) ei ole kovin

yllättävää, että juuri miehistä suurella osalla oli tässä tutkimuksessa selviä haasteita onnistua työmarkkinoille siirtymisessä.

Tulokset sopivat yhteen myös elämänkulkuteorian oletusten kanssa. Bültman ja kumppanit (2019) ovat ehdottaneet uudenlaista tutkimusagendaa, jossa nuorten työmarkkinoille siirtymistä ja mielen-terveysongelmia tarkasteltaisiin prosessina. Nuoruus on keskeinen elämänvaihe, jonka aikana tapahtuu useita sosiaalisia ja biologisia muutoksia. Nuoruuden ja nuoren aikuisuuden aikaisilla tapahtumilla esimerkiksi työmarkkinoilla ja koulutuksessa on pitkälle kantavia seurauksia nuorten myöhemmän sosioekonomisen aseman muotoutumisen kannalta. Muun muassa tämän vuoksi sitä on myös pidetty sensitiivisenä tai kriittisenä elämänvaiheena. (Viner ym. 2015; Amick ym. 2016.) Mielenterveysongelmilla juuri tässä vaiheessa voikin olla myös keskeinen merkitys mielen-terveysongelmien sosioekonomisten erojen kannalta (Hakulinen ym. 2016; Hoffmann ym. 2019; George 2013, 595; Lundborg ym. 2014). Mielenterveysongelmat lapsuudessa ja nuoruudessa ovat yhteydessä esimerkiksi myöhempään NEET-nuoruuteen ja työttömyyteen (Lundborg ym. 2014; Baggio ym. 2015; Power ym. 2015; OECD 2016; Rodwell ym. 2017), joilla voi olla puolestaan pitkäkestoisia vaikutuksia työuraan (Vanttaja & Järvinen 2006).

Elämänkulkuteorian näkökulmasta erityisen keskeistä tuloksissa on työmarkkinoille siirtymisen tarkastelu kokonaisuutena. Analyysin yksikkönä toimii yksittäisten tilojen tai siirtymien sijaan koko työmarkkinapolku. Tulokset vahvistavat ymmärrystä siitä, että poikkileikkausvuoden tiedot eivät välttämättä kerro mitään nuorten työmarkkina-asemasta. Esimerkiksi hetkellinen työttömyys ei välttämättä kerro siitä, että nuorella olisi ongelmia. Eri polkuja tarkasteltaessa nousee selvästi esiin polkujen monimuotoisuus. Syrjäytymispoluilla on hetkittäisiä opiskelu- tai työjaksoja, ja toisaalta työpolkuihin voi liittyä hetkellistä työttömyyttä tai muuten työvoiman ulkopuolella olemista.

Aikaisemmissa tutkimuksissa mielen-terveysongelmista kärsivien nuorten asemaa työmarkkinoilla on tarkasteltu tyypillisesti poikkileikkausvuosina (esim. Fletcher 2008; Fletcher 2013; Baggio ym. 2014; Johar & Truong 2014; Lundborg ym. 2014; Power ym. 2015 Rodwell ym. 2017). Erityisesti nuorilla työmarkkina-asema ei ole tyypillisesti ehtinyt vakiintua, eikä poikkileikkaustieto välttämättä kuvaa nuoren tilannetta kovinkaan tarkasti. Siirtymä aikuisuuteen on muuttunut 2000-luvulla yhä monimuotoisemmaksi, ja monille siirtymä tuottaa haasteita. Ensimmäisen työn löytäminen voi kestää kauan. Siirtymä on myös monimutkainen ja saattaa sisältää paljon vaihtelua esimerkiksi töiden ja työvoiman ulkopuolella olemisen välillä. (Eurofound 2014, 25.) Työttömyys ja epävarma työ ovat myös Pohjoismaissa yleisiä työmarkkinoille siirtymisen alussa (Buchmann & Kriesi 2011). Työmarkkinoille siirtymistä yleisellä tasolla on tutkittu paljon (esim. Brzinsky-Fay 2007; Quintini

& Manfredi 2009; Albæk ym. 2015; Brzinsky-Fay & Solga 2016; Lorenzen ym. 2019; Ranasinghe ym. 2019), mutta tämän tutkimuksen tulokset valaisevat mielenterveysongelmista kärsivien työmarkkinapolkuja 18–29-vuotiailla nuorilla.

6.2. Metodologinen pohdinta ja jatkotutkimus

Tutkimuksessa käytetty aineisto on laaja ja edustava rekisteriaineisto, jonka vahvuutena on kattavuus ja luotettavuus. Lisäksi aineisto sisältää tietoja on usealta vuodelta. Aineistoa eivät myöskään koske monet kyselyaineistojen ongelmat, kuten itseraportoimisen aiheuttama harha. Pitkittäisasetelmiin liittyvää vastaajakatoa ei myöskään esiinny. Rekisteritutkimuksen rajoituksena on, että nuorten kokemukset ja subjektiivisempi puoli jäävät tutkimuksen ulkopuolelle. Lisäksi rekisterien luonteesta johtuen monet tiedot jäävät melko yleisluontoisiksi. Esimerkiksi työtä tekevät voivat olla keskenään hyvinkin erilaisissa asemissa, mitä ei tässä tavoiteta.

Mielenterveysongelmat on mitattu tässä tutkimuksessa erikoissairaanhoidossa saadun asiantuntijan antaman diagnoosin perusteella. Mittaria voidaan pitää luotettavana verrattuna esimerkiksi kyselytutkimusten mittareihin, mutta toisaalta siihen liittyy myös rajoitteita. Kaikki mielenterveysongelmista kärsivät eivät hakeudu hoitoon tai saa diagnoosia. Aineistosta puuttuvat myös perusterveydenhuollon, työterveyshuollon ja yksityisen terveydenhuollon käynnit. Seurauksena moni mielenterveysongelmista kärsivä jää analyysien ulkopuolella. Koska erikoissairaanhoidon ohjataan yleensä vakavammista mielenterveysongelmista kärsivät, voidaan mittarin tulkita kuvaavan vakavampia mielenterveysongelmia. Tulokset eivät ole kuitenkaan yleistettävissä koskemaan kaikkia mielenterveysongelmista kärsiviä.

Myös analyyseissa käytettyihin menetelmiin liittyy muutamia rajoituksia. Koska sekvenssianalyysi on luonteeltaan eksploratiivinen, on varottava tekemästä minkäänlaisia kausaalisia väitteitä tuloksien perusteella. Sekvenssianalyysia ja tarkemmin OM-analyysia on myös kritisoitu esimerkiksi satunnaisuudesta (Aisenbrey & Fasang 2010). Analyysit toteutettiin kuitenkin käyttäen erilaisia kustannusrakenteita ja etäisyyksiä, jotka tuottivat hyvin samankaltaisia ryhmiä. Tämä lisää tuloksien luotettavuutta. Klusterit olivat myös teoreettisesti mielekkäitä, ja samankaltaisia polkuja on löydetty aikaisemmasta tutkimuksesta (esim. Ristikari ym. 2016; Lorenzen ym. 2019). Multinomiaalisen regressioanalyysin kohdalla haasteena oli mielenterveysongelmien komorbiditeetti. Analyysit suoritettiin kuitenkin lisäksi erikseen eri diagnooseille, eivätkä tulokset muuttuneet merkittävästi, mikä tukee tuloksien luotettavuutta.

Keskeinen puute tutkimuksessa oli vertailuryhmän puuttuminen. Jatkotutkimuksen kannalta vertailuryhmän ottaminen analyysiin olisi järkevää. Puuttuminen ei tässä tutkimuksessa varsinaisesti haittaa, sillä kokonaisaineiston vuoksi kuvailevatkin tulokset ovat kiinnostavia. Kuitenkin laajempien yleistämisten tekemiseksi mielenterveysongelmista kärsivien polkuja olisi hyvä vertailla niiden polkuihin, joilla ei ole mielenterveysongelmia.

Olisi myös kiinnostavaa selvittää mielenterveysongelmien kulun yhteyttä työmarkkina-asemaan. Kuten työmarkkina-asema, mielenterveysongelmatkaan eivät ole tasainen tila, joka pysyy samana vuodesta toiseen. Aikaisemmassa tutkimuksessa (esim. Veldman 2016) on havaittu, että lapsuuden ja nuoruuden mielenterveysongelmat ovat suhteellisen vakaita ja jatkuvat tyypillisesti nuoreen aikuisuuteen. Tässä on kuitenkin vaihtelua, ja ongelmat voivat olla tasaisen korkeita, ne voivat parantua tai parantuneiden oireet voivat palata. Sekvenssianalyysin avulla olisi myös mahdollista tarkastella erilaisia mielenterveysongelmien etenemiskulkuja ja niiden yhteyttä työmarkkina-asemaan.

6.3. Yhteiskunnallinen merkitys

Tulokset osoittivat, että 18–24-vuotiaana erikoissairaanhoidossa diagnosoidut mielenterveyden häiriöt ovat keskeisesti yhteydessä nuorten työmarkkinoille siirtymisen eri polkujen kanssa: merkittävä osa mielenterveysongelmista kärsivistä nuorista oli työn ja opiskelun ulkopuolella kulkevalla polulla 18–29-vuotiaana. Työmarkkinoille siirtyminen on haastavaa aikaa monille nuorille, mutta erityisesti mielenterveysongelmista kärsivillä on haasteita siirtymisessä, ja moni heistä syrjäytyy. Vakavammat häiriöt voivat vaikuttaa esimerkiksi työkykyyn ja näin heikentää mahdollisuuksia menestyä koulutuksessa tai työmarkkinoilla. Myös mielenterveysongelmiin liitetty stigma aiheuttaa syrjintää työmarkkinoilla ja vaikuttaa osittain mielenterveysongelmista kärsivien heikompaan työllisyyteen (Sharac ym. 2010; Baldwin & Marcus 2011).

Mielenterveysongelmat lisäävät nuorten riskiä syrjäytyä työmarkkinoilta, ja niiden suorat ja epäsuorat kustannukset myös yhteiskunnalle ovat merkittäviä esimerkiksi menetetyn työvoiman, terveyspalveluiden ja tukijärjestelmän myötä (Chisholm ym. 2016; OECD/EU 2018). Etenkin nuorten kohdalla mielenterveysongelmien vaikutus työmarkkina-asemaan näyttäisi olevan keskeinen (Hakulinen ym. 2016; George 2013, 595; Lundborg 2014), minkä vuoksi mielenterveysongelmista kärsiviä nuoria pitää pystyä tukemaan siirtymässä. Elämänvaiheen sensitiivisyyden toinen puoli on se, että erilaiset tukevat toimenpiteet ovat silloin myös mahdollisesti tehokkaimmillaan (Bültman ym.

2019). Työmarkkinoille siirtymistä tukevien toimenpiteiden vaikutuksen on havaittu Pohjoismaissa vaihtelevan eri ryhmien välillä (Helms Jørgensen ym. 2019). Yleisten toimenpiteiden lisäksi olisi tärkeää tiedostaa mielenterveysongelmista kärsivien erityishaasteet aikuisuuteen siirryttäessä.

Työmarkkinoille siirtymistä tukevat toimenpiteet ovat kuitenkin viime vuosina muuttuneet Pohjoismaissa aktivoivammiksi ja pakottavammiksi. Yleisemmän sosiaalisen tuen sijaan valtion tavoitteena on tukea nuorten työllistettävyyttä ja työ- tai opiskelupaikan löytämistä. (Helms Jørgensen ym. 2019.) Tällaisten toimenpiteiden lisäksi olisi keskeistä panostaa myös hyvinvoinnin vahvistamiseen. Mielenterveysongelmat ja syrjäytyminen ovat monimutkaisessa vuorovaikutuksessa, mutta sekä nuoret että ammattilaiset painottavat sairauksien ensisijaista hoitoa ennen muihin ongelmiin puuttumista. (Aaltonen ym. 2015, 129.) Pahimmillaan aktivoivat ja vastikkeelliset tuet voivat jopa heikentää nuorten mielenterveyttä edelleen (Davis 2019; Williams 2019). Tässä tutkimuksessa mielenterveysongelmista kärsivistä alle kolmasosa työmarkkinoiden tai opintojen ulkopuolella kulkevilla poluilla olevista sai työkyvyttömyyseläkettä, mikä viittaa siihen, että ensisijaisena tulonlähteenä ovat luultavasti joko työmarkkinatuki tai toimeentulotuki. Vahva aktivointi ja vastikkeellisuus toimeentulon turvaamisessa eivät välttämättä ole toimivin tapa tukea nuorten siirtymistä aikuisuuteen silloin, kun kyseessä on mielenterveysongelmien kanssa painiskeleva henkilö.

Nuorten mielenterveyspalvelut ovat Suomessa sekä rakenteellisesti että toiminnallisesti pirstaleisia. Tämä koskee erityisesti nuoria lähellä olevia peruspalveluita, kuten koulujen terveydenhuoltoa, opiskelijahuoltoa ja nuorten kriisiasemia. Erikoissairaanhoidon palvelujärjestelmä ja nuorisopsykiatrian poliklinikat, jotka vastaavat vakavampien mielenterveysongelmien hoidosta, ovat puolestaan ruuhkautuneet viime vuosina lähetemäärän kasvun vuoksi. (Ranta ym. 2018, 10.) Varhaisiin ja matalan kynnyksen mielenterveyspalveluihin olisi syytä panostaa. Aikaisempien tutkimusten perusteella mielenterveyspalveluihin investoiminen maksaisi itsensä takaisin moninkertaisesti (esim. Chisholm ym. 2016).

Esimerkiksi vuonna 2019 eduskunnan käsittelyyn siirtyneen terapiatakuu-kansalaisaloitteen tavoitteena on parantaa ja nopeuttaa mielenterveysongelmien hoitoon pääsyä perusterveydenhuollossa. Se myös painottaa perusterveydenhuollon merkitystä hoidossa. Perusterveydenhuollossa ja kouluterveydenhuollossa olisikin hyvä olla tarpeeksi osaamista ja resursseja, jotta mielenterveysongelmiin pystyttäisiin puuttumaan tarpeeksi varhaisessa vaiheessa ja erikoissairaanhoidon kohdistuvaa painetta saataisiin kevennettyä. Mielenterveyspalveluiden käyttöön tulisi olla matala käyttökynnys.

Ongelmiin olisi syytä puuttua jo varhain, jotta pahimmilta seurauksilta vältyttäisiin. Erityisesti nuorten mielenterveysongelmien varhaiseen tunnistamiseen ja puuttumiseen olisi syytä panostaa. Esimerkiksi Suomessa toteutetussa hankkeessa saatiin myönteisiä tuloksia siitä, että yläkoulujen opiskeluterveydenhuollossa suoritetuista mielenterveysinterventioista oli hyötyä nuorten lievän ja keskivaikean masennuksen hoidossa. Varhaisella tunnistamisella ja puuttumisella on myönteisiä seurauksia mielenterveysongelmien kulkuun ja kehittymiseen nuoruudessa ja varhaisessa aikuisuudessa, mikä vaikuttaa puolestaan muihin riskeihin ja kustannuksiin. Myös perustasolla on siis mahdollista tehdä vaikuttavaa mielenterveystyötä. Esimerkiksi resurssilisäykset ja ammattirajojen ylittävää yhteistyö voivat tehostaa varhaista tukea ja hoitoa. (Ranta ym. 2018.) Mielenterveysongelmien kulkuun puuttuminen on keskeistä nuorten elämänsä elämänkulun kannalta, ja tässä tutkimuksessa vakavammista mielenterveysongelmista kärsivillä oli merkittäviä vaikeuksia työmarkkinoilla.

Mielenterveyspalveluihin panostaminen ja hyvinvoinnin parantaminen eivät kuitenkaan riitä itsensä. Myös mielenterveysongelmien aiheuttamaan stigmaan olisi syytä puuttua. Stigmalla on todellisia seurauksia työllistymisen kannalta, ja se voi myös estää hoitoon hakeutumista (Sharac ym. 2010; Baldwin & Marcus 2011). Käsitys mielenterveysongelmista on kuitenkin muuttunut vuosien saatossa, ja esimerkiksi psykiatristen diagnoosien yleistyminen kertoo osittain siitä, että ongelmat tunnistetaan ja niihin haetaan helpommin apua kuin aikaisemmin (Gyllenberg ym. 2019). Mielenterveysongelmat ovat olleet myös paljon esillä julkisuudessa viime vuosina (esim. Yle 2019a; 2019b). Mielenterveysongelmiin liittyvän informaation on havaittu vähentävän mielenterveysongelmista kärsiviä kohtaan koettuja negatiivisia asenteita ja heihin liittyvää stigmaa (Schomerus ym. 2016), ja tässä on nähdäkseni menty selvästi eteenpäin viime vuosina.

Lähteet

- Aaltonen, S., Berg, P. & Ikäheimo, S. (2015). *Nuoret luukulla. Kolme näkökulmaa syrjäytymiseen ja nuorten asemaan palvelujärjestelmässä*. Nuorisotutkimusseura: Verkkojulkaisuja 84.
- Abbott, A. & Forrest, J. (1986). Optimal Matching Methods for Historical Sequences. *Journal of Interdisciplinary History* XVI(3), 471-494.
- Agerbo, E., Byrne, M., Eaton, W.W. & Mortensen, P.B. (2004). Marital and Labor Market Status in the Long Run in Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 61, 28-33.
- Aisenbrey, S. & Fasang A.E. (2010). New Life for Old Ideas: The “Second Wave” of Sequence Analysis Bringing the “Course” Back Into the Life Course. *Sociological Methods & Research* 38(3), 420-462.
- Albæk, K., Asplund, R., Barth, E., Lidahl, L., von Simonson, K. & Vanhala, P. (2015). *Youth unemployment and inactivity. A comparison of school-to-work transitions and labour market outcomes in four Nordic countries*. Nordic Council of Ministers.
- Allen, J., Balfour, R., Bell, R. & Marmot, M. (2014). Social determinants of mental health. *International Review of Psychiatry* 26(4), 392-407.
- Amick, B.C., McLeod, C.B. & Bültmann, U. (2016). Labor markets and health: an integrated life course perspective. *Scand J Work Environ Health* 42(4), 346–353.
- Anderson, L.R. (2018). Adolescent mental health and behavioural problems, and intergenerational social mobility: A decomposition of health selection effects. *Social Science & Medicine* 197, 153-160.
- Angelin, A., Kauppinen, T., Lorenzen, T., Bäckman, O., Moisio, P., Dahl, E. & Salonen, T. (2014). Have Nordic welfare regimes adapted to changes in transitions to adulthood? Unemployment Insurance and social assistance among young people in the Nordic countries. Teoksessa: Antonucci L, Hamilton M and Roberts S (toim.). *Young People and Social Policy in Europe*. Houndmills: Palgrave MacMillan, 169–188.
- Arnett, J.J. (2000). Emerging Adulthood. A Theory of Development From the Late teens Through the Twenties. *American Psychologist* 55(5), 469-480.
- Asplund, R. & Vanhala, P. (2013). Heikosti koulutettujen nuorten polut työelämään. *Työpoliittinen Aikakauskirja* 1, 2013, 5–17.
- Asplund, R. & Vanhala, P. (2014). Peruskoulutodistuksen varassa olevien nuorten polut työelämään – 2000-luvun alussa peruskoulunsa päättäneiden kokemuksia. ETLA Muistio No 23.
- Baggio, S., Iglesias, K., Deline, S., Studer, J., Henchoz, Y., Mohler-Kuo, M. & Gmel, G. (2015). Not in Education, Employment, or Training Status Among Young Swiss Men. Longitudinal Associations with Mental Health and Substance Use. *Journal of Adolescent Health* 56(2), 238-243.
- Baldwin, M.L. & Marcus, S.C. (2011). Stigma, Discrimination, and Employment Outcomes among Persons with Mental Health Disabilities. Teoksessa: Schiltz, I.Z. & Rogers, E.S. (toim.). *Work Accommodation and Retention in Mental Health*. Springer.

- Belfer, M.L. (2008). Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49:3, 226-236.
- Bell, D.N.F. & Blanchflower, D.G. (2011). Young people and the Great Recession. *Oxford Review of Economic Policy* 27(2), 241-267.
- Bernardi, L., Huinink, J. & Settersten Jr., R.A. (2019). The life course cube: A tool for studying lives. *Advances in Life Course Research* 41, 100258.
- Billari, F.C. & Liefbroer, A.C. (2010). Towards a new pattern of transition to adulthood? *Advances in Life Course Research* 15, 59–75.
- Breslau, J., Miller, E. & Chung, W-J.J. (2011). Childhood and adolescent onset psychiatric disorders, substance use, and failure to graduate high school on time. *Journal of Psychiatric Research* 45, 295–301.
- Bubonya, M., Cobb-Clark, A. & Ribar, D.C. (2019). The reciprocal relationship between depressive symptoms and employment status. *Economics and Human Biology* 35, 96–106
- Buchmann, M.C. & Kriesi, I. (2011). Transition to Adulthood in Europe. *Annual Review of Sociology* 37, 481-503.
- Bültmann, U., Arends, I., Veldman, K., McLeod, C.B., van Zon, S.K.R. & Amick III, B.C. (2019). Investigating young adults' mental health and early working life trajectories from a life course perspective: the role of transitions. *J Epidemiol Community Health* 0, 1–3.
- Brzinsky-Fay, C. (2007). Lost in Transition? Labour Market Entry Sequences of School Leavers in Europe. *European Sociological Review* 23(4), 409-422.
- Brzinsky-Fay, C. (2014). The measurement of school-to-work transitions as processes. About events and sequences. *European Societies* 16(2), 213-232.
- Brzinsky-Fay, C., Kohler, U. & Luniak, M. (2006). Sequence analysis with Stata. *The Stata Journal* 6(4), 435-460.
- Brzinsky-Fay, C. & Kohler, U. (2010). New Developments in Sequence Analysis. *Sociological Methods & Research* 38(3), 359-364.
- Brzinsky-Fay, C. & Solga, H. (2016). Compressed, postponed, or disadvantaged? School-to-work transition patterns and early occupational attainment in West Germany. *Research in Social Stratification and Mobility* 46(A), 21-36.
- Bäckman, O. & Nilsson, A. (2016). Long-term consequences of being not in employment, education or training as a young adult. Stability and change in three Swedish birth cohorts. *European societies* 18(2), 136–157.
- Case, A., Lubotsky, D. & Paxson, C. (2002) Economic Status and Health in Childhood: The Origins of the Gradient. *American Economic Review* 92(5), 1308-1334.
- Chandra, A. & Minkovitz, C.S. (2006). Stigma starts early: Gender differences in teen willingness to use mental health services. *Journal of Adolescent Health* 38, 754.e1-754.e8.

- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P. & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry* 3(5), 415-424.
- Clayborne, Z.M., Varin, M. & Colman, I. (2019). Systematic Review and Meta-Analysis: Adolescent Depression and Long-Term Psychosocial Outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 58(1), 72-79.
- Cornwell, B. (2015). *Social Sequence Analysis. Methods and Applications*. New York: Cambridge University Press.
- Davis, O. (2019). What is the Relationship between Benefit Conditionality and Mental Health? Evidence from the United States on TANF Policies. *Journal of Social Policy* 48(2), 249–269.
- De Jong, V.M.T., Eijkemans, M.J.C., van Calster, B., Timmerman, D., Moons, K.G.M., Steyerberg, E.W. & van Smeden, M. (2019). Sample size considerations and predictive performance of multinomial logistic prediction models. *Statistics in Medicine* 38(9), 1601-1619.
- Dohrenwend, B.P., Leav, I., Shrout, P.E., Schwartz, S., Naveh, G., Link, B.G., Skodol, A.E. & Stueve, A. (1992). Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue. *Science* 21:255, 946–952.
- Dorsett, R. & Lucchino, P. (2014). Explaining patterns in the school-to-work transition: An analysis using optimal matching. *Advances in Life Course Research* 22, 1-14.
- Eaton, W.W., Muntaner, C. & Sapag, J.C. (2010). Socioeconomic Stratification and Mental Disorder. Teoksessa: Scheid, T.L. & Brown, T.N. (toim.). *A Handbook for the Study of Mental Health, Second Edition*. Edited by. Cambridge University Press.
- Elder Jr, G.H., Johnson, M.K. & Crosnoe, R. (2003). The Emergence and Development of Life Course Theory. In: Mortimer, J.T. & Shanahan, M.J. *Handbook of the Life Course*. Springer.
- ETK (2017). Masennus vie joka päivä kahdeksan henkilöä työkyvyttömyyseläkkeelle. Eläketurvakeskus: Tiedote 23.3.2017. <https://www.etk.fi/tiedote/masennus-vie-joka-paiva-kahdeksan-henki-loa-tyokyvyttomyyselakkeelle/> (viitattu 18.11.2019).
- Eurofound (2014). Mapping youth transitions in Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Ferraro, K.F. & Wilkinson, L.R. (2013). Age, Aging, and Mental Health. Teoksessa: Aneshensel, C.S., Phelan, J.C. & Bierman, A. (toim.). *Handbook of the Sociology of Mental Health*. Springer, 183-204.
- Fletcher, J.M. (2008). Adolescent depression: diagnosis, treatment, and educational attainment. *Health Economics* 17, 1215-1235.
- Fletcher, J.M. (2013). Adolescent Depression and Adult Labor Market Outcomes. *Southern Economic Journal* 80(1), 26-49.
- Fritzell, J., Bäckmann, O. & Ritakallio, V. (2012). Income equality and poverty: Do the nordic countries still constitute a family of their own? Teoksessa: Kvist, J., Fritzell, J., Hvinden, B. &

- Kangas, O. (toim.). *Changing social equality. The Nordic welfare model in the 21st century*. Iso-Britannia: The Policy Press, 165-186.
- Gralinski-Bakker, J.H., Hauser, S.T., Billings, R.L. & Allen, J.P. (2007). Risks along the Road to Adulthood: Challenges Faced by Youth with Serious Mental Disorders. Teoksessa: Osgood, D.W., Foster, E.M., Flanagan, C. & Ruth, G.R. (toim.). *On Your Own Without a Net. the Transition to Adulthood for Vulnerable Populations*. Chicago: The University of Chicago Press.
- George, L.K. (1993). Sociological perspectives on life transitions. *Annu. Rev. Sociol.* 19, 353-373.
- George, L.K. (2009). Conceptualizing and Measuring Trajectories. Teoksessa: Elder Jr., G.H., Giele, J.Z. (toim.) *The Craft of Life Course Research*. The Guilford Press, 163-186.
- George, L.K. (2013). Life-Course Perspectives on Mental Health. Teoksessa: Aneshensel, C.S., Phelan, J.C. & Bierman, A. (toim.) *Handbook of the Sociology of Mental Health*. Springer, 585-602.
- Gibb, S.J., Fergusson, D.M. & Horwood, L.J. (2010). Burden of psychiatric disorder in young adulthood and life outcomes at age 30. *The British Journal of Psychiatry* 197, 122-127.
- Giuliano, P. & Spilimbergo, A. (2009). Growing Up in a Recession: Beliefs and the Macroeconomy. NBER Working Paper No. 15321.
- Gissler, M., Larja, L., Merikukka, M., Paananen, R., Ristikari, T. & Törmäkangas, L. (2016). NEET-indikaattori kuvaa nuorten syrjäytymistä. Tilastokeskus: Tieto & Trendit artikkeli 27.4.2016.
- Gyllenberg, D., Marttila, M., Sund, R., Jokiranta-Olkonieni, E., Sourander, A., Gissler, M. & Ristikari, T. (2018). Temporal changes in the incidence of treated psychiatric and neurodevelopmental disorders during adolescence: an analysis of two national Finnish birth cohorts. *The Lancet Psychiatry* 5(3), 227-236.
- Haas, S.A. (2006). Health Selection and the Process of Social Stratification: The Effect of Childhood Health on Socioeconomic Attainment. *Journal of Health and Social Behaviour* 47. 339-354.
- Hakulinen, C., Elovainio, M., Arffman, M., Lumme, S., Pirkola, S., Manderbacka, K., Keskimäki, I. & Böckerman, P. (2019a). Mental disorders and long-term labour market outcomes: nationwide cohort study of 2 055 720 individuals. *Acta Psychiatr Scand*, 1-11.
- Hakulinen, C., Musliner, K.L. & Agerbo, E. (2019b). Bipolar disorder and depression in early adulthood and long-term employment, income, and educational attainment: A nationwide cohort study of 2,390,127 individuals. *Depression and Anxiety* 36(11), 1-9.
- Hakulinen, C., Elovainio, M., Pulkki-Råback, L., Böckerman, P., Viinikainen, J., Pehkonen, J., Raitakari, O.T., Kelttikangas-Järvinen, L. & Hintsanen, M. (2016). Depressive symptoms and long-term income: The Young Finns Study. *Journal of Affective Disorders* 204, 120-123.
- Halpin, B. (2017). SADI: Sequence Analysis Tools for Stata. *The Stata Journal*.
- Halpin, B. (2016). Cluster Analysis Stopping Rules in Stata. University of Limerick: Working Paper WP2016-01.

- Haravuori, H., Muinoinen, E., Kanste, O. & Marttunen, M. (2016). Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät opiskeluterveydenhuollossa. Opas arviointiin, hoitoon ja käytäntöihin. Ohjaus 20/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Halpern-Manners, A., Schnabel, L., Hernandez, E.M., Silberg, J.L. & Eaves, L.J. (2016). The Relationship between Education and Mental Health: New Evidence from a Discordant Twin Study. *Social Forces* 00(00), 1–25.
- Helgesson, M., Tinghög, P., Niederkrotenthaler, T., Saboonchi, F. & Mittendorfer-Rutz, E. (2017). Labour-market marginalisation after mental disorders among young natives and immigrants living in Sweden. *BMC Public Health* 17(593).
- Helgesson, M., Tinghög, P., Wang, M., Rahman, S., Saboonchi, F. & Mittendorfer-Rutz, E. (2018). Trajectories of work disability and unemployment among young adults with common mental disorders. *BMC Public Health* 18(1228).
- Helms Jørgensen, C., Järvinen, T. & Lundahl, L. (2019). A Nordic transition regime? Policies for school-to-work transitions in Sweden, Denmark and Finland. *European Educational Research Journal* 00(0), 1-20.
- Hoffmann, R., Kröger, H. & Geyer, S. (2019). Social Causation Versus Health Selection in the Life Course: Does Their Relative Importance Differ by Dimension of SES? *Social Indicators Research* 141(3), 1341-1368.
- Huegaerts, K., Wagener, M. & Vanroelen, C. (2019). Is Mental Health a Predictor for a Smooth School-to-Work-Transition? A 20-Month Follow-Up Study of Brussels Youth. *Applied Research in Quality of Life*.
- Hutchison, E.D. (2011). Life Course Theory. Teoksessa: Levesque, R.J.R. (toim.) *Encyclopedia of Adolescence*. Springer.
- Ilmakunnas, I., Kauppinen, T.M. & Kestilä, L. (2015). Sosioekonomisten syrjäytymisriskien kasautuminen vuonna 1977 syntyneillä nuorilla aikuisilla. *Yhteiskuntapolitiikka* 80(3), 247-262.
- Ilmakunnas, I. (2019). *Economic difficulties during the transition into adulthood in Finland: A Register based study*. Turun yliopiston julkaisuja sarja B, Osa 474.
- Johar, M. & Truong, J. (2014). Direct and indirect effect of depression in adolescence on adult wages. *Applied Economics* 46(36), 4431-4444.
- Jonsson, U., Bohman, H., Hjern, A., von Knorring, L., Olsson, G. & von Knorring, A-L. (2009). Subsequent higher education after adolescent depression: A 15-year follow-up register study. *European Psychiatry* 25, 396–401.
- Kahn, L.B. (2010). The long-term labor market consequences of graduating from college in a bad economy. *Labour Economics* 17, 303–316.
- Kananen, J. (2019). *Sosiaaliturva työn murroksessa – palkkatyö, yrittäjyys ja toimeentulon riskit*. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2019:22.

- Kangas, O., Jauhiainen, S., Simanainen & M., Ylikännö. (2019). *Perustulokokeilun työllisyys- ja hyvinvointivaikutukset. Alustavia tuloksia Suomen perustulokokeilusta 2017–2018*. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportteja ja muistioita 2019:8.
- Karonen, E. & Niemelä, M. (2019). Life course perspective on economic shocks and income inequality through age-period-cohort analysis: evidence from Finland. *Review of Income and Wealth* 0(0), 1-24.
- Kessler, R.C., Foster, C.L., Saunders, W.B. & Stang, P.E. (1995). Social Consequences of Psychiatric Disorders, I: Educational Attainment. *Am J Psychiatry* 152, 1026-1032.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R. & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 62(6), 593-602.
- Kröger, H., Pakpahan, E. & Hoffmann, R. (2015). What causes health inequality? A systematic review on the relative importance of social causation and health selection. *European Journal of Public Health* 25(6), 951–960.
- Landstedt, E., Brydsten, A., Hammarström, A., Virtanen, P. & Almqvist, Y.B. (2016). The role of social position and depressive symptoms in adolescence for life-course trajectories of education and work: a cohort study. *BMC Public Health* 16 (1169), 1-16.
- Liefbroer, A.C. & Toulemon, L. (2010). Demographic perspectives on the transition to adulthood: An introduction. *Advances in Life Course Research* 15, 53–58.
- Lorentzen, T., Bäckman, O., Ilmakunnas, I. & Kauppinen, T. (2019). Pathways to Adulthood: Sequences in the School-to-Work Transition in Finland, Norway and Sweden. *Soc Indic Res* 141, 1285-1305
- Lundborg, P., Nilsson, A. & Rooth, D-O. (2014). Adolescent health and adult labor market outcomes. *Journal of Health Economics* 37, 25-40.
- Mackenzie, C.S., Gekoski, W.L. & Knox, V.J. (2006). Age, gender, and the underutilization of mental health services: The influence of help-seeking attitudes. *Aging & Mental Health* 10(6), 574-582.
- MacLeod, K.B. & Brownlie, E.B. (2014). Mental Health and Transitions from Adolescence to Emerging Adulthood: Developmental and Diversity Considerations. *Canadian Journal of Community Mental Health* 33(1), 77-86.
- Mattila-Holappa, P. (2018). *Mental health and labour market participation among young adults*. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 152.
- Mayer, K.U. (2009). New Directions in Life Course Research. *Annu. Rev. Sociol.* 35, 413-433.
- Middeldorp, M.M., Edzes, A.J.E. & van Dijk, J. (2018). Smoothness of the School-to-Work Transition: General versus Vocational Upper-Secondary Education. *European Sociological Review* 00(0), 1–17.

- Miech, R.A., Caspi, A., Moffitt, T.E., Wright, B.R.E. & Silva, P.A. (1999). Low Socioeconomic Status and Mental Disorders: A Longitudinal Study of Selection and Causation during Young Adulthood. *American Journal of Sociology* 104(4), 1096–1131.
- Mojtabai, R., Stuart, E.A., Hwang, I., Eaton, W.W., Sampson, N. & Kessler, R.C. (2015). Long-Term Effects of Mental disorders on Educational Attainment In the National Comorbidity Survey Ten-Year Follow-up. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 50(10), 1577-1591.
- Mood, C. 2010. Logistic Regression: Why We Cannot Do What We Think We Can Do, and What We Can Do About It. *European Sociological Review* 26, 67–82.
- Mossakowski, K.N. (2014). Social Causation and Social Selection. Teoksessa: Cockerham, W.C., Dingwall, R., Quah, S. (toim.) *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Muntaner, C., Eaton, W.E., Miech, R. & O'Campo, P. (2005) Socioeconomic position and Major Mental Disorders. *Epidemiological Reviews* 26, 53-62.
- Murali, V. & Oyeboode, F. (2004). Poverty, social inequality and mental health. *Advances in Psychiatric Treatment* 10, 216-224.
- Mroz, T.A. & Savage, T.H. (2006). The Long-Term Effects of Youth Unemployment. *The Journal of Human Resources* 41 (2), 259-293.
- Needham, B.L. (2008). Adolescent Depressive Symptomatology and Young Adult Educational Attainment: An Examination of Gender Differences. *Journal of Adolescent Health* 45, 179-186.
- Ochoa, S., Usall, J., Cobo, J., Labad, X. & Kulkarni, J. (2012). Gender Differences in Schizophrenia and First-Episode Psychosis: A Comprehensive Literature Review. *Schizophrenia Research and Treatment*. Article ID 916198.
- OECD. (2010). *Off to a Good Start? Jobs for Youth*. OECD Publishing.
- OECD (2014). *Making Mental Health Count*. Focus on Health
- OECD (2016). *Society at a Glance 2016: OECD Social Indicators*. OECD Publishing.
- OECD/EU (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing, Paris.
- Ohisalo, M., Laihiala, T. & Saari, J. (2015). Huono-osaisuuden ulottuvuudet ja kasautuminen leipäjonoissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 80(5), 435–446.
- Olesen, S.C., Butterworth, P., Leach, L.S., Kelaher, M. & Pirkis, J. (2013). Mental health affects future employment as job loss affects mental health: findings from a longitudinal population study. *BMC Psychiatry* 13(144).
- Osgood, D.W., Foster, E.M., Flanagan, C. & Ruth, G.R. (2007). Introduction: Why Focus on the Transition to Adulthood for Vulnerable Populations? Teoksessa: Osgood, D.W., Foster, E.M., Flanagan, C., Ruth, G.R. (toim.) *On Your Own Without a Net. the Transition to Adulthood for Vulnerable Populations*. Chicago: The University of Chicago Press.

- Patel, V., Fisher, A.J., Hetrick, S. & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet* 369, 1302-1313.
- Pavlova, M., Lee, J.C-K. & Maclean, R. (2017). Complexities of school to work transitions. *Educ Res Policy Prac* 16, 1–7.
- Pedersen, J., Thorsn, S.V., Andersen, M.F., Hanvold, T.N., Sclünssen, V. & Bültman, U. (2019). Impact of depressive symptoms on worklife expectancy: a longitudinal study on Danish employees. *Occup Environ Med* 0, 1–7.
- Power, E., Clarke, M., Kelleher, I., Coughlan, H., Lynch, F., Connor, D., Fitzpatrick, C., Harley, M. & Cannon, M. (2015). The association between economic inactivity and mental health among young people: a longitudinal study of young adults who are not in employment, education or training. *Irish Journal of Psychological Medicine* 32, 155-160.
- Quintini, G. & Manfredi, T. (2009). Going Separate Ways? School-to-Work Transitions in the United States and Europe. OECD Social, Employment and Migration Working Papers, No. 90, OECD Publishing.
- Ranasinghe, R., Chew, E., Knight, G. & Siekmann, G. (2019). *School-to-work pathways*. NCVER, Adelaide.
- Ranta, K., Parhiala, P., Pelkonen, R., Seppälä, T.T., Mäklin, S., Haula, T., Nikula, M., Mäkinen, M., Rintamäki, T. & Marttunen, M. (2018). *Nuorten masennus, mielenterveyden hoitoketjut ja näyttöön perustuvan hoidon integroitu implementaatio perustasolle*. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 90/2017.
- Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: *A systematic review*. *Social Science & Medicine* 90, 24-31.
- Riihelä, M. & Tuomala, M. (2019). Polarisaatiosta ja keskiluokan kuihtumisesta. *Yhteiskuntapolitiikka* 84(2), 214–225
- Rodwell, L., Romaniuk, H., Nilsen, W., Carlin, J.B., Lee, K.J. & Patton, G.C. (2017). Adolescent mental health and behavioural predictors of being NEET: a prospective study of young adults not in employment, education, or training. *Psychological Medicine*, 1-11.
- Rosenfield, S. & Mouzon, D. (2013). Gender and Mental Health. Teoksessa: Aneshensel, C.S., Phelan, J.C., Bierman, A. (toim.) *Handbook of the Sociology of Mental Health*. Springer, 277-298.
- Scarpetta, S., Sonnet, A. & Manfredi, T. (2010). *Rising Youth Unemployment During The Crisis: How to Prevent Negative Long-term Consequences on a Generation?* OECD Social, Employment and Migration Working Papers No. 106.
- Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M.G. & Angermeyer, M.C. (2011). The Stigma of Alcohol Dependence Compared with Other Mental Disorders: A Review of Population Studies. *Alcohol and Alcoholism* 46(2), 105–112.
- Schomerus, G., Angermeyer, M.C., Baumeister, S.E., Stolzenburg, S., Link, B.G. & Phelan, J.C. (2016). An online intervention using information on the mental health-mental illness continuum to reduce stigma. *European Psychiatry* 32, 21–27.

- Schulenberg, J.E., Sameroff, A.J. & Cicchetti, D. (2004). The transition to adulthood as a critical juncture in the course of psychopathology and mental health. *Development and psychopathology* 16, 799-806
- Sharac, J., Mccrone, P., Clement, S. & Thornicroft, G. (2010). The economic impact of mental health stigma and discrimination: A systematic review. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 19(3), 223–232.
- Studer, M., Ritschard, G. (2016). What matters in differences between life trajectories: a comparative review of sequence dissimilarity measures. *J. R. Statist. Soc* 179(2), 481-511.
- Suvisaari, J., Aalto-Setälä, T., Tuulio-Henriksson, A. ym. (2008). Mental disorders in young adulthood. *Psychological Medicine* 39, 287-299.
- SVT. (2016). Tulonjakotilasto [verkkajulkaisu]. Pienituloisuus 2016, 2 Ikä ja pienituloisuus. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 24.3.2020]. Saantitapa: http://www.stat.fi/til/tjt/2016/01/tjt_2016_01_2018-03-02_kat_002_fi.html
- Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (2013). *Using Multivariate Statistics. Sixth Edition*. Person.
- THL. (2020). ”Mielenterveyshäiriöt” <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot> (Luettu 3.1.2020)
- Tilastokeskus (2013). *Oppilastilastot 2012*. Helsinki.
- Vaalavuo, M. & Bakkum, B. (2020). Mental Health Problems at a Critical Juncture: Exit from Social Assistance among Young Finns. *Ei julkaistu artikkelikäsikirjoitus*.
- Vaalavuo, M., Haula, T. & Bakkum, B. (2020). *Nuoret aikuiset, terveys ja toimeentulotuki*. Raportti 4/2020. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Vaalavuo, M. & Kauppinen, T. (2020). Samassa veneessä? Keskituloisten tuloliikkuvuus rakennemuutoksen Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 85(2), 121–134.
- Vander Stoep, A., Weiss, N.S., McKnight, B., Beresford, S.A.A. & Cohen, P. (2002). Which measure of adolescent psychiatric disorder—diagnosis, number of symptoms, or adaptive functioning—best predicts adverse young adult outcomes?. *J Epidemiol Community Health* 56, 56-65.
- Vanttaja, M. & Järvinen, T. (2006). The young outsiders: the later life courses of ‘drop-out youths’. *International Journal of Lifelong Education* 25(2), 173-182.
- Veldman, K. (2016). *Mental health from a life-course perspective: The transition from school to work*. Groningen: University of Groningen.
- Veldman, K., Reijneveld, S.A., Vehulst, F.C., Ortiz, J.A. & Bültmann, U. (2017). A life course perspective on mental health problems, employment, and work outcomes. *Scand J Work Environ Health* 43(4), 316–325.
- Viner, R.M., Ross, D., Hardy, R., Kuh, D., Power, C., Johnson, A., Wellings, K., McCambridge, J., Cole, T.J., Kelly, Y. & Batty, G.D. (2015). Life course epidemiology: recognizing the importance of adolescence. *BMJ* 69(8), 719-720.

Williams, E. (2019). Unemployment, sanctions and mental health: the relationship between benefit sanctions and antidepressant prescribing. *Journal of Social Policy*, 1–20.

Yle (2019a). 57 viestiä ennen psykoterapeutin myöntävää vastausta, huumeetesteihin kuudeksi kuukaudeksi ilman hoitoa – kolme tarinaa, miksi kansalaisaloite keräsi niin nopeasti nimiä. Yle uutiset 1.9.2019. <https://yle.fi/uutiset/3-10946659> (Viitattu 22.11.2019)

Yle (2019b). Yli 100 000 nuorta kärsii mielenterveyden häiriöistä, ja hoito ruuhkautuu – "Jos on itsetuhoisia oireita, kolme kuukautta on pitkä aika". Yle uutiset 18.7.2019 <https://yle.fi/uutiset/3-10881410> (Viitattu 22.11.2019)

Liitteet

Liitetaulukko 1. Naisten koulutusaste, perhetyyppi ja toimeentulotukikuukaudet työmarkkinapolkutyypin mukaan 29-vuotiaana.

	Syrjäy- tyminen	Eläke*	Työ	Pitkä opiskelu	Opiskelu/ epävaka	Opinnoista töihin
Korkein tutkinto (%)						
Perusaste	46,2	70,2	20,6	9,6	14,3	5,0
Perhetyyppi (%)						
Lapsiperhe	16,2	-	22,1	6,9	9,8	17,9
Yksinhuoltajaperhe	24,8	-	9,6	11	11,4	7,9
Avo/aviopari ilman lapsia	19,0	-	36,0	30,1	30,4	37,1
Asuu yksin	40,1	-	32,4	52,1	48,4	37,1
Toimeentulotuki-kuukaudet seuranta-aikana keskimäärin	54,3	36,9	10,1	19,0	18,9	10,6
N	156	47	136	73	189	141

**Pienten frekvenssin takia eläkeklusterissa ei ole raportoitu perhetyypin osuuksia*

Liitetaulukko 2. Multinomiaalinen logistinen regressioanalyysi eri psykiatristen päädiagnoosien (ICD-10) yhteydestä polkutyypeihin naisilla. Keskimääräiset marginaaliefektit. (n = 458)

	Työ 1	Työ 2	Opiskelu	Epävakaa	Syrjäytyminen	Eläke
Lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt (F1)	-0.0480 (0.0349)	-0.00319 (0.0387)	-0.163*** (0.0350)	-0.0413 (0.0445)	0.248*** (0.0514)	0.00810 (0.0359)
Skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriöt (F2)	-0.0836** (0.0318)	-0.0764* (0.0332)	-0.0323 (0.0441)	0.00212 (0.0468)	-0.0127 (0.0437)	0.203*** (0.0463)
Mielialahäiriöt (F3)	0.0154 (0.0321)	0.00715 (0.0325)	0.0584 (0.0379)	0.0249 (0.0387)	-0.0616 (0.0363)	-0.0443 (0.0291)
Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt (F4)	-0.0231 (0.0328)	-0.0104 (0.0337)	0.0538 (0.0408)	-0.00481 (0.0405)	0.00954 (0.0388)	-0.0251 (0.0299)
Käyttäytymiseen, persoonallisuuteen ja psyykkiseen kehitykseen liittyvät häiriöt (F5, F6, F8, F9)	-0.0757* (0.0308)	-0.0430 (0.0328)	-0.0726 (0.0380)	0.0843* (0.0425)	0.00919 (0.0391)	0.0978** (0.0345)

Keskivirhe suluissa

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Analyytit on tehty jokaisella diagnoosille erikseen

Liitetaulukko 3. Multinomiaalinen logistinen regressioanalyysi eri psykiatristen päädiagnoosien (ICD-10) yhteydestä polkutyyppihin naisilla. Keskimääräiset marginaaliefektit. (n = 742)

	Työ	Opinnoista töihin	Pitkä opiskelu	Opiskelu/epävakaa	Syrjäytyminen	Eläke
Lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt (F1)	0.0514 (0.0485)	-0.105** (0.0360)	-0.0701** (0.0237)	-0.0833 (0.0456)	0.197*** (0.0556)	0.0101 (0.0299)
Skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriöt (F2)	-0.0937* (0.0385)	-0.0855* (0.0406)	-0.0309 (0.0325)	-0.00132 (0.0543)	-0.0300 (0.0485)	0.241*** (0.0539)
Mielialahäiriöt (F3)	0.0166 (0.0286)	0.000545 (0.0292)	0.00884 (0.0220)	-0.0265 (0.0326)	-0.00894 (0.0304)	0.00941 (0.0179)
Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt (F4)	-0.00914 (0.0284)	-0.0433 (0.0287)	0.0236 (0.0221)	-0.0223 (0.0320)	0.0276 (0.0301)	0.0235 (0.0182)
Käyttäytymiseen, persoonallisuuteen ja psyykkiseen kehitykseen liittyvät häiriöt (F5, F6, F8, F9)	-0.0820** (0.0278)	-0.0484 (0.0287)	-0.0186 (0.0219)	0.0959** (0.0332)	-0.0317 (0.0302)	0.0848*** (0.0201)

Keskivirhe suluissa

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.

Analyysit on tehty jokaisella diagnoosilla erikseen