

Maria Vaalavuo
Taru Haula
Boris Bakkum

Nuoret aikuiset, terveys ja toimeentulotuki

RAPORTTI



Raportti 4/2020

Maria Vaalavuo, Taru Haula ja Boris Bakkum

Nuoret aikuiset, terveys ja toimeentulotuki



Terveyden ja
hyvinvoinnin laitos

© Kirjoittajat ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

Kannen kuva: Shutterstock

ISBN 978-952-343-453-0 (painettu)

ISBN 978-952-343-454-7 (verkkojulkaisu)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-454-7>

PunaMusta Oy
Helsinki, 2020

Lukijalle

Tämä raportti on Kelan rahoittaman hankkeen ”Nuorten toimeentulotukiasiakkaiden terveys: terveys- ja kuntoutuspalveluiden sekä lääkkeiden käyttö” lopputuotos. Taavoitteenamme oli tuottaa uutta tietoa pääkaupunkiseudulla asuvien 18–34-vuotiaiden toimeentulotukiasiakkaiden terveysongelmista suhteessa muuhun vastaavanikäiseen väestöön.

Lisäksi tutkimus on osa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sekä Turun yliopiston INVEST-lippulaivahanketta, jonka ytimessä on eriarvoisuuden vähentäminen ja etenkin lasten, nuorten ja nuorten aikuisten hyvinvoinnin lisääminen ennaltaehkäisy- ja sosiaalisen investoinnin kautta.

Uuden hallituksen myötä työmme vaikuttaa entistä ajankohtaisemmalta, sillä hallitusohjelmassa on tuotu esille sekä pyrkimykset nuorten toimeentulotukiriippuvuuden ja syrjäytymisen vähentämiseksi että mielenterveyden tärkeys inhimillisesti ja yhteiskunnallisesti.

Tutkimuksen pohjana on monipuolinen rekisteriaineisto, joka mahdollisti aiempaa yksityiskohtaisemman aiheen tarkastelun. Tutkimuksen tulokset osoittavat mielenterveys- ja päihdeongelmien olevan yksi merkittävä nuorten aikuisten toimeentulotuen saantiin ja sen kestoon yhteydessä oleva tekijä. Vaikuttavat ja varhaiset käytännön toimenpiteet niin mielenterveysongelmien ehkäisemiseksi kuin mielenterveysongelmaisten tukemiseksi ovat tärkeässä asemassa pitkäaikaisen toimeentulotuen saannin ja nuorten syrjäytymisen vähentämisessä.

Olemme kiitollisia Katri Aaltoselle ja Heini Karille Kelasta, Jaana Martikaiselle sosiaali- ja terveysministeriöstä sekä Laura Kestilälle Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta asiantuntevista kommentteista raportin kirjoitusvaiheessa.

*Tammikuussa 2020,
Kirjoittajat*

Tiivistelmä

Maria Vaalavuo & Taru Haula & Boris Bakkum. Nuoret aikuiset, terveys ja toimeentulotuki. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 4/2020. 71 sivua. Helsinki 2020.

ISBN 978-952-343-453-0 (painettu); ISBN 978-952-343-454-7 (verkkojulkaisu)

Tässä raportissa kuvaamme rekisteritutkimuksemme tuloksia Helsingissä, Espoossa ja Vantaalla asuneiden 18–34-vuotiaiden nuorten aikuisten toimeentulotuen käytöstä ja sen yhteydestä terveysongelmiin. Tavoitteenamme oli selvittää nuorten toimeentulotukiasiakkaiden erikoissairaanhoidon ja kuntoutuspalveluiden sekä lääkkeiden käyttöä, erilaisten mielenterveysongelmien yleisyyttä, nuoruusiän mielenterveysongelmien yhteyttä myöhempään toimeentulotuen saantiin ja terveysongelmien yhteyttä toimeentulotuen saannin päättymiseen.

Nuorten syrjäytyminen ja pitkittynyt toimeentulotuen käyttö ovat yhteiskunnallisesti haastavia ongelmia, joilla voi olla pitkäkestoisia seurauksia niin yksilöille kuin yhteiskunnalle. Näillä ongelmilla on moninaisia sekä rakenteellisia että yksilökoh- taisia taustatekijöitä, joiden selvittäminen on tärkeää (kustannus)vaikuttavien toi- menpiteiden kehittämiseksi ja päätöksenteon tueksi.

Raportin aihe on ajankohtainen. Sosiaaliturvan uudistaminen on yksi hallituksen suurista tavoitteista, jolla pyritään myös vähentämään toimeentulotuen pitkäaikaista käyttöä. Lisäksi hallitusohjelmassa esitetään toimeentulotuen kokonaisuudistusta, jolla tavoitellaan riittävää viimesijaista toimeentulon turvaa ja oikea-aikaisia palve- luita. Hallitusohjelmassa mainitaan, että erityisesti nuorten pitkäaikaisen toimeentu- lotukiriippuvuuden syitä selvitetään.

Käytössämme oli kolmen pääkaupunkiseudun kaupungin väestön kattava rekiste- riaineisto vuosilta 2005–2014 sekä seuranta-aineisto vuoteen 2016 asti. Aineisto pitää sisällään niin THL:n hoitoilmoitusrekisterin ja toimeentulotukirekisterin kuin Kelan lääkekorvausrekisterin tietoja sekä lukuisia demografisia ja sosioekonomisia taustamuuttujia Tilastokeskuksen rekistereistä.

Analyysiemme mukaan 18–34-vuotiailla toimeentulotukiasiakkailta oli ikätove- reihinsa verrattuna yleisemmin terveysongelmia, joista korostuivat erityisesti mie- lenterveys- ja päihdehäiriöt. Palveluiden käyttö, reseptilääkeostot sekä mielenterve- ysongelmat olivat sitä yleisempiä mitä pitkäkestoisempaa tuen saanti oli ollut. Taus- tamuuttujista peruskoulun jälkeinen tutkinto ja työssäkäynti olivat erityisesti pidem- pään tukea saaneilla harvinaisempia, kun taas työttömyys sekä työvoiman ulkopuo- lella oleminen olivat yleisempiä.

Psykiatrinen diagnoosi uuden toimeentulotukijakson alkuvuotena oli yhteydessä pitkittyneeseen toimeentulotuen saantiin erityisesti 18–24-vuotiailla, mutta ei enää 30–34-vuotiailla. Lisäksi havaitsimme toimeentulotuen käytön olevan varhaisaikui- sena yleisempää niillä, joilla oli mielenterveysongelmia jo 16–17-vuotiaana. Sekä toimeentulotuen käyttö että mielenterveysongelmat olivat yleisempiä pienituloisista

perheistä tulevilla. Toisaalta mielenterveysongelmat olivat yhteydessä toimeentulotuen lisääntyneeseen käyttöön perhetaustasta huolimatta.

Nuoruusikä on tärkeä vaihe opinto- ja työelämävalmiuksien kehittämisen kannalta ja mielenterveysongelmilla voi olla kauaskantoisia vaikutuksia oman sosioekonomisen aseman muotoutumisessa. Vaikuttaviin palveluihin panostaminen, ongelmia ennaltaehkäisevien toimintaympäristöjen kehittäminen, varhainen puuttuminen ja mielenterveysongelmista kärsivien moniammatillinen tukeminen on tärkeää, jotta nuoret eivät syrjäydy koulutuspolulta ja työelämästä. Erilaisten palvelukokonaisuuksien arvioiminen oli kuitenkin tämän raportin tutkimuskysymysten ulkopuolella.

Avainsanat: mielenterveys; nuoret aikuiset; pitkittäisaineisto; rekisteriaineisto; syrjäytyminen; terveys; toimeentulotuki

Sammandrag

Maria Vaalavuo & Taru Haula & Boris Bakkum. Nuoret aikuiset, terveys ja toimeentulotuki [Unga vuxna, hälsa och utkomststöd]. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Rapport 4/2020. 71 sidor. Helsingfors, Finland 2020. ISBN 978-952-343-453-0 (tryckt); ISBN 978-952-343-454-7 (nätpublikation)

I denna rapport beskriver vi resultaten av vår registerundersökning om användning av utkomststöd och dess samband med hälsoproblem bland unga vuxna i åldern 18–34 år som var bosatta i Helsingfors, Esbo och Vanda. Vårt mål var att bland unga klienter som fick utkomststöd utreda användning av specialiserad sjukvård och rehabiliteringstjänster samt läkemedel, förekomst av olika psykiska problem, samband mellan psykiska problem i ungdomsåldern och erhållande av utkomststöd senare och samband mellan hälsoproblem och att erhållande av utkomststöd upphör.

Marginalisering och långvarig användning av utkomststöd bland unga är ett utmanande samhällsproblem, som kan ha långvariga följder för såväl individen som samhället. Dessa problem har mångfacetterade strukturella och individuella bakgrundsfaktorer, och det är viktigt att utreda dessa faktorer för att kunna utveckla (kostnads)effektiva åtgärder och använda informationen som stöd i beslutsfattandet.

Rapportens ämne är aktuellt. En reform av den sociala tryggheten är ett av regeringens stora mål, med vilken man också strävar efter att minska långvarig användning av utkomststöd. I regeringsprogrammet presenteras också en totalreform av utkomststödet och dess mål är att trygga en tillräcklig utkomst i sista hand och tjänster i rätt tid. I regeringsprogrammet nämns att särskilt orsakerna till långvarigt beroende av utkomststöd bland unga ska utredas.

Till vårt förfogande hade vi registermaterial som omfattade befolkningen i tre städer i huvudstadsregionen från åren 2005–2014 samt uppföljningsmaterial till 2016. Materialet omfattar uppgifter från THL:s vårdanmälningsregister och utkomststödregister, FPA:s läkemedelsersättningsregister samt ett stort antal demografiska och socioekonomiska bakgrundsvariabler från Statistikcentralens register.

Enligt vår analys hade klienter i åldern 18–34 år som fick utkomststöd jämfört med sina jämnåriga oftare hälsoproblem, och särskilt framträdande var psykiska störningar och missbruksproblem. Användning av tjänster, köp av receptläkemedel och psykiska problem var ju vanligare desto långvarigare utkomststödet var. Bland bakgrundsvariablerna var en examen efter den grundläggande utbildningen och förvärvsarbete mer sällsynt särskilt bland dem som fått utkomststöd under längre tid, medan arbetslöshet och att inte höra till arbetskraften var vanligare. En psykiatrisk diagnos i början av en ny utkomststödperiod hade samband med erhållande av långvarigt utkomststöd särskilt bland unga i åldern 18–24 år, men inte längre bland personer i åldern 30–34 år. Dessutom observerade vi att användning av utkomststöd som ung vuxen var vanligare bland dem som hade psykiska problem redan i åldern 16–17 år. Både användning av utkomststöd och psykiska problem var vanligare

bland unga som kom från familjer med låga inkomster. Å andra sidan fanns det ett samband mellan psykiska problem och ökad användning av utkomststöd oberoende av familjebakgrund.

Ungdomsåldern är en viktig period för utveckling av studie- och arbetslivsfärdigheter och psykiska problem kan ha vittgående effekter på utformningen av den egna socioekonomiska ställningen. För att unga personer inte ska slås ut från utbildningsvägen och arbetslivet är det viktigt att satsa på effektiva tjänster, utveckling av verksamhetsmiljöer som förebygger problem, tidigt ingripande och multiprofessionellt stöd till unga som lider av psykiska problem. Bedömning av olika servicehelheter låg dock utanför forskningsfrågorna i denna rapport.

Nyckelord: psykisk hälsa; unga vuxna; longitudinellt material; registermaterial; marginalisering; hälsa; utkomststöd

Abstract

Maria Vaalavuo & Taru Haula & Boris Bakkum. Nuoret aikuiset, terveys ja toimeentulotuki [Young adults, health and social assistance]. Finnish Institute for Health and Welfare (THL). Report 4/2020. 71 pages. Helsinki, Finland 2020. ISBN 978-952-343-453-0 (printed); ISBN 978-952-343-454-7 (online publication)

In this report we describe the results of our registry-based study on the use of social assistance by young adults aged between 18 and 34 and living in Helsinki, Espoo and Vantaa, and its link to health problems. Our objective was to examine the use of specialised health care by these young residents on social assistance, the rehabilitation services they took advantage of, and their use of medications. Other areas of focus were the prevalence of mental health problems among the young, their link to later receipt of social assistance, and the connection between mental health problems and ending the receipt of social assistance.

Social exclusion among young people and the prolonged reliance on social assistance are socially challenging problems that can have long-term consequences for both individuals and society. These problems have diverse roots and are associated with both structural factors and the backgrounds of individuals. It is important to investigate these in order to improve decision-making on (cost-)effective measures.

The report's subject is a topical one. The reform of social security is one of the biggest goals of this Government, which also aims to reduce the long-term use of social assistance. Furthermore, the Government Programme sets out a whole programme of reform for social assistance aimed at an adequate level of social security as a last resort and timely services. The Government Programme states that the reasons for long-term dependence on social assistance among young people in particular need to be looked at.

We had access to population registers for three cities in the Helsinki Metropolitan Area for the period 2005-2014 and follow-up data going up to the year 2016. The documentation includes the Finnish Institute for Health and Welfare Care Register, the Register of Social Assistance, details from Kela's drug reimbursement register and numerous demographic and socio-economic background variables from Statistics Finland registers.

Our analyses show that residents on social assistance between the ages of 18 and 34 were more likely to have health problems compared to others of their age, and the particular issues connected with them were mental health problems and substance abuse. The use of services, purchases of prescription medicines and mental health problems were more common the longer the receipt of support had continued. Of the background variables examined, qualifications after basic education and employment were rarer among those in receipt of support, especially over the long term, while unemployment and inactivity were more common. A psychiatric diagnosis at the start of a new period of social assistance was associated with the receipt of long-

term assistance, especially among those aged 18–24, but no longer among the 30–34 age group. We also found that reliance on social assistance as a young adult was more common among those who had mental health problems already at the age 16–17. Both reliance on social assistance and mental health problems were more common among those from low-income families. On the other hand, mental health problems were associated with the increased use of social assistance regardless of family background.

Adolescence is an important stage for the development of study skills and employability and mental health problems can have a long-term impact on someone's own socio-economic position. Investing in effective services, improving the environments in which problems can be prevented, early intervention and multi-professional support for those with mental problems are all important to avoid a situation where young people drop out of school or are excluded in terms of employment. However, an assessment of the various service packages available fell outside the scope of this report.

Keywords: mental health, young adults, longitudinal data, register-based data; exclusion; health; social assistance.

Sisällys

Lukijalle	3
Tiivistelmä.....	4
Sammandrag.....	6
Abstract	8
1. Johdanto	13
2. Nuorten aikuisten toimeentulo ja terveysongelmat.....	16
2.1. Sosioekonominen asema ja terveys.....	16
2.2. Nuorten aikuisten mielenterveysongelmat ja sosiaalisten ongelmien kasaantuminen	19
3. Toimeentulotuen tarkoitus ja toimeentulotukiasiakkaat	22
3.1. Toimeentulotuen tavoitteet	22
3.2. Toimeentulotukiasiakkuuden riskitekijöitä.....	24
3.3. Nuoret toimeentulotukiasiakkaat pääkaupunkiseudulla.....	26
4. Aineisto.....	30
4.1. Aineiston sisältö.....	30
4.2. Menetelmät	31
4.3. Aineiston puutteet	33
5. Palveluiden käyttö ja reseptilääkeostot vuosina 2006–2014.....	35
5.1. Toimeentulotukiasiakkaat eroavat muusta ikäryhmästä	35
5.2. Mielenterveysongelmista kärsivien toimeentulo-tukiasiakkaiden palveluiden ja lääkkeiden käyttö.....	41
6. Tuen saannin kesto ja terveysongelmat	45
6.1. Toimeentulotukiasiakkaat tuen pituuden mukaan	45
6.2. Mielenterveysongelmista kärsineillä tuen saanti pitkäkestoisempaa	46
6.3. Pitkäaikaisesti toimeentulotukea saaneet eroavat muista tukiasiakkaista .	48
6.4. Toimeentulotuen saannin päätyminen	53
7. Mielenterveysongelmat, varhaisaikuisuuden toimeentulotukiasiakkuus ja perhetausta	59
7.1. Nuorten mielenterveysongelmat yleisempiä tulonjaon alapäässä.....	59
7.2. Toimeentulotuen saanti yleisempää pienituloisista perheistä tulevilla	62
8. Johtopäätökset: tietoa päätöksenteon tueksi	64
Lähteet.....	68

1. Johdanto

Nuorten syrjäytyminen ja pitkittynyt toimeentulotuen käyttö ovat yhteiskunnallisia ongelmia, joilla on pitkäkestoisia seurauksia niin yksilölle kuin yhteiskunnalle. Näillä ongelmilla on moninaisia sekä rakenteellisia että yksilökohtaisia taustatekijöitä, joiden selvittäminen on tärkeää (kustannus)vaikuttavien toimenpiteiden kehittämiseksi ja päätöksenteon tueksi.

Nuorten syrjäytymiseen on puututtu niin kansallisella kuin Euroopan unionin tasolla esimerkiksi nuorisotakuun kautta, kun huoli työmarkkinoiden ja koulutuksen ulkopuolella olevista nuorista (ns. NEET-nuoret) voimistui vuonna 2008 alkaneen taluskriisin myötä. Euroopan unionin neuvosto muun muassa katsoo, että nuorten inhimilliseen pääomaan investoiminen tuottaa hyötyä pitkällä aikavälillä ja edistää kestävä ja osallistavaa talouskasvua (Euroopan unionin neuvosto 2013).

Aihe on ajankohtainen. Sosiaaliturvan uudistaminen on yksi nykyisen hallituksen keskeisistä tavoitteista, jolla pyritään myös toimeentulotuen pitkäaikaisen tarpeen vähentämiseen (Hallitusohjelma 2019). Lisäksi hallitusohjelmassa esitetään toimeentulotuen kokonaisuudistusta, jolla tavoitellaan riittävää viimesijaista toimeentulon turvaa ja oikea-aikaisia palveluita. Hallitusohjelmassa mainitaan, että erityisesti syitä nuorten pitkäaikaiseen toimeentulotukiriippuvuuteen selvitetään.

Tämä raportti vastaa myös näihin tietotarpeisiin. Tutkimuksessa tarkastelemme 18–34-vuotiaiden toimeentulotukiasiakkaiden terveys- ja kuntoutuspalveluiden sekä lääkkeiden käyttöä yhtenä tekijänä, joka selittää toimeentulotukeen turvautumista ja etenkin sen pitkäaikaista käyttöä. Tutkimuksessa analysoidaan monipuolisen pitkätaaisrekisteriaineiston avulla, miten nuorten toimeentulotuen käyttö on yhteydessä terveysongelmiin, joita mitataan julkisen erikoissairaanhoidon käynneillä sekä Kelan kuntoutuspalveluiden ja lääkkeiden käytöllä. Erityisesti tarkastellaan mielenterveysongelmia, sillä aiheesta on nuorten aikuisten osalta vähemmän tutkimusta ja toisaalta aiemmat analyysit osoittavat juuri mielenterveysongelmien erottavan toimeentulotukiasiakkaat muusta samanikäisestä väestöstä (Vaalavuo 2016b, Nyman ym. 2017).

Tässä tutkimuksessa käytettyjä useiden eri rekistereiden aineistoja ei ole aiemmin yhdistetty näin laajasti, joten tutkimuksemme tuottaa uutta tietoa päätöksenteon tueksi niin toimeentulotukiasiakkaiden terveysongelmien yleisyydestä kuin ongelmien yhteydestä pitkäkestoiseen tuen saantiin. Toimeentulotukiasiakkaiden tarkastelu on tärkeää, sillä pitkäaikaisen tuen saannin voidaan katsoa olevan riski syrjäytymiselle sekä osoitus pysyvästä taloudellisesta ahdingosta.

Toisaalta saamme lisää tietoa siitä, millainen on nuorten toimeentulotukiasiakkaiden ryhmä, joka usein katsotaan homogeeniseksi poliittisessa debatissa tai internetin keskustelupalstoilla. Heidän terveyspalveluiden ja lääkkeiden käyttönsä tarkastelu suhteessa muuhun ikäryhmään tarjoaa monipuolista tietoa pohdittaessa, miten sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä toimeentulotukiasiakkaiden parissa voitai-

siin kehittää ja miten terveys vaikuttaa toimeentulotukiasiakkaiden kouluttautumiseen, mahdollisuuksiin työmarkkinoilla tai työvoimapolitiittisten toimenpiteiden onnistumiseen.

Vuoden 2017 alussa toimeentulotuen perusosan maksu siirtyi kunnilta Kelan vastuulle (HE 358/2014 vp ja Laki toimeentulotuesta 1412/1997), joten tutkimuksen tulokset palvelevat toimeentulotuen kehittämistä myös siitä näkökulmasta. Voimme tulostemme perusteella esimerkiksi pohtia, miten Kelan olemassa olevia rekistereitä voitaisiin hyödyntää toimeentulotukiasiakkaiden palveluohjaamisessa. Tämän nk. Kela-siirron myötä toimeentulotukiasiakkaiden moninaisten ongelmien tunnistaminen on tärkeää, sillä asiakkaan kosketus sosiaalityöntekijään voi jäädä vähäiseksi. Sosiaalityöntekijät ovatkin kyselyissä kokeneet, että perustoimeentulotuen Kela-siirron myötä tarvittavan sosiaalihuollon tuki tulee joskus myöhässä ja ongelmat ehtivät pahimmillaan kärjistyä (Blomgren ym. *tulossa*).

Toisaalta tulosten avulla voidaan arvioida, miten varhainen puuttuminen ja ongelmien ehkäisy ja hoito esimerkiksi koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa – lasten ja nuorten lähes päivittäisessä ympäristössä – ovat yhteydessä syrjäytymisen vähentämiseen ja miten sosiaaliturvajärjestelmää tulisi kehittää pienituloisten nuorten ja toimeentulotukiasiakkaiden näkökulmasta.

Raportin päätulokset:

- Nuorilla toimeentulotukiasiakkailla oli muihin 18–34-vuotiaisiin verrattuna yleisemmin terveysongelmia. Ero korostuu erityisesti mielenterveys- ja päihdeongelmia tarkasteltaessa.
- Erikoissairaanhoidon palveluiden käyttö ja Kela-korvatut reseptilääkeosot sekä mielenterveys- ja päihdeongelmat olivat sitä yleisempiä mitä pitkäkestoisempaa tuen saanti oli, niin yhden kalenterivuoden ajalta kuin pidemmältä ajanjaksolta tarkasteltuna.
- Uusista toimeentulotukiasiakkaista mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivillä oli suurempi riski jäädä toimeentulotuen pitkäaikaisiksi käyttäjiksi etenkin 18–24-vuotiaiden ikäryhmässä.
- Mielenterveysongelmat 16–17 vuoden iässä olivat yhteydessä toimeentulotuen saantiin 22-vuotiaana. Mielenterveysongelmista varhain kärsineillä oli tuolloin muuhun ikäryhmään verrattuna harvemmin peruskoulun jälkeinen tutkinto.
- Ryhmien välillä oli havaittavissa eroja yksittäisissä mielenterveysdiagnoseissa, joiden tarkastelua voisi syventää jatkotutkimuksissa.

Seuraavassa luvussa käymme läpi aiempaa tutkimusta pienituloisuuteen ja terveyteen liittyen keskittyen erityisesti nuoriin ja mielenterveysongelmiin. Tämän jälkeen esittelemme toimeentulotukeen ja tukiasiakkaisiin liittyviä tietoja ja tilastoja aineis-

tomme perusteella. Raportissa käyttämämme aineiston ja siihen liittyvät puutteet esittelemme neljännessä luvussa. Viidennessä luvussa käymme läpi rekisteriaineistoon perustuvia tuloksia toimeentulotukiasiakkaiden palveluiden ja lääkkeiden käytöstä ja siinä tapahtuneessa ajallisessa kehityksessä. Kuudennessa luvussa keskitymme erityisesti tukiasiakkuuden keston ja terveysongelmien väliseen yhteyteen. Seitsemännessä luvussa tarkastelemme 16–17 vuoden iässä esiintyneiden mielenterveysongelmien yhteyttä myöhempään toimeentulotuen saantiin sekä perhetaustan, mielenterveysongelmien ja varhaisaikuisuuden toimeentulotuen saannin yhteyksiä. Raportti päättyy johtopäätöksiin kahdeksannessa luvussa.

2. Nuorten aikuisten toimeentulo ja terveysongelmat

Tässä luvussa käymme lyhyesti läpi nuorten pienituloisuuteen, (mielen)terveyteen sekä näiden yhteyteen liittyvää aiempaa tutkimusta.

Luvun pääviestit:

- Terveyden ja sosioekonomisen aseman välinen yhteys on vahva niin Suomessa kuin muuallakin maailmassa. Myös lapsuuden ja nuoruuden terveysongelmat ovat yleisempiä alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä, joskin tutkimusta aiheesta on vähemmän.
- Aikuisiän mielenterveysongelmien taustalla ovat usein jo lapsuudessa tai nuoruudessa alkaneet ongelmat ja/tai niiden kasautuminen.
- Mielenterveysongelmat voivat vaikeuttaa opintojen aloittamista, niiden loppuun saattamista ja työllistymistä. Hyvä mielenterveys on voimavara, jota kannattaa tukea yhteiskunnallisesti.
- Nuori aikuisuus on kriittinen vaihe oman sosioekonomisen aseman muotoutumisen kannalta ja mielenterveysongelmilla voi tässä elämänvaiheessa olla kauaskantoisia seurauksia.

2.1. Sosioekonominen asema ja terveys

Terveys voimavarana

Vaikka tuloerot ja suhteellinen köyhyys ovat Suomessa kehittyneen maailman matalimmasta päästä ja suomalaisten terveydentila on vuosien saatossa parantunut huomattavasti, merkittäviä terveyseroja esiintyy eri väestöryhmien välillä. Terveyden eriarvoisuus on syvälle juurtunutta: alemman koulutus- tai tulotason omaavat arvioivat terveydentilansa huomattavasti heikommaksi kuin ylempiin luokkiin kuuluvat, ja erot ovat säilyneet viimeisten vuosikymmenten ajan (Karvonen ym. 2017; Lahelma ym. 2019). Sama on havaittu useissa kansainvälisissä tutkimuksissa monilla eri sosioekonomisen aseman ja terveydentilan mittareilla (mm. Lynch & Kaplan 2000; Marmot 2005; Mackenbach ym. 2008; Hu ym. 2016).

Sosioekonomisia terveyseroja esiintyy jo lapsuudessa ja nuoruudessa. Suomessa perheen koulutustason mukaiset erot ovat nuorilla selviä usealla hyvinvoinnin ulottuvuudella ja erot näyttäisivät olevan pysyviä. Pojilla ja tytöillä erot ovat osittain

erilaisia. (Kestilä & Karvonen (toim.) 2019.) Karhulan & Sirniön (2019) kirjallisuuskatsauksesta käy lisäksi ilmi, että suomalaisessa tutkimuksessa on hyväosaisten perhetaustan nähty olevan yhteydessä korkeampaan odotettavissa olevaan elinikään, parempaan mielenterveyteen ja suotuisampaan terveystyöskäytymiseen. Case ym. (2002) ovat yhdysvaltalaisella aineistolla havainneet sosioekonomisten terveyserojen kasvavan lapsen iän myötä. He päättelivät, että ylisukupolvinen huono-osaisuuden periytyminen voi osaksi selittyä perheen tuloaseman vaikutuksella lapsen terveyteen. Tätä seikkaa on kuitenkin esimerkiksi aineistosityistä harvoin otettu huomioon sosiologisessa tutkimuksessa ylisukupolvisesta huono-osaisuudesta (esim. Vauhkonen ym. 2017).

Myös mielenterveysongelmien ja sosioekonomisen aseman välillä on havaittu käänteinen yhteys, eli pienituloisilla on muita useammin mielenterveysongelmia (mm. Hudson 2005; Reiss 2013; Allen ym. 2014). Lapsia ja nuoria on tutkittu tästä näkökulmasta vähemmän. Myös nuorilla vaikuttaisi kuitenkin olevan selviä sosioekonomisia eroja mielenterveysongelmissa ja erot alkavat jo varhaisessa lapsuudessa. (Reiss 2013.) Esimerkiksi Miech ym. (1999) havaitsivat alemman sosioekonomisen aseman olevan yhteydessä ahdistus-, käytös- ja tarkkaavaisuushäiriöihin, mutta ei masennukseen uusiseelantilaisnuorilla. Näistä vain käytös- ja tarkkaavaisuushäiriöt 15 vuoden iässä olivat yhteydessä alempaan myöhempään koulutukseen silloinkin, kun perhetausta oli otettu huomioon.

Sosioekonomisen aseman ja terveyden välisen yhteyden kaksisuuntaisuus ja monimutkaisuus ovat kuitenkin jättäneet monia kysymyksiä avoimiksi niin tutkijoille kuin päätöksentekijöillekin. Menetelmällisesti aihe on haastava ja syy-seuraussuhteiden todentaminen on vaikeaa. Huono terveys voi olla köyhyyden tai työttömyyden katalysaattori ja toisaalta köyhyys voi aiheuttaa terveysongelmia monien eri mekanismien kautta. Aiemmassa tutkimuksessa on havaittu sairauden tai heikon terveyden johtavan alempiin tuloihin ja työllisyyteen niin lyhyellä kuin pidemmälläkin aikavälillä (esim. Garcia-Gomez ym. 2011; Schuring ym. 2013; Lundborg ym. 2015; Jeon 2017; Hakulinen ym. 2019). Lisäksi jo lapsuuden ja nuoruuden terveysongelmilla on havaittu olevan pitkäkestoisia vaikutuksia aikuisuuden koulutus- ja työmarkkinatulemiin (Lundborg ym. 2014; Mikkonen ym. 2018; Hakulinen ym. 2019).

Toisaalta myös köyhyys ja työttömyys voivat aiheuttaa terveysongelmia esimerkiksi puutteellisen ravinnon, epäterveellisen asuinympäristön, stressin ja terveyspalveluiden heikomman saatavuuden takia (Paul & Moser 2009; Koziel ym. 2010; Schröder 2013; Vaalavuo 2016c). Lopputuloksena voi olla negatiivinen kehä, jossa sairaiden on vaikeampi nousta köyhyydestä. Lisäksi sosiaaliset rakenteet voivat kärjistä terveysongelmien haitallista vaikutusta tuloihin, toimeentuloon ja hyvinvointiin niin, että tutkimuksessa ja toimenpiteissä tulisi ottaa huomioon ongelmien erilaiset vaikutukset väestöryhmittäin (McDonough & Amick III 2001; Lundborg

ym. 2015). Sairauksien ehkäisy, terveyserojen syntymekanismien ymmärtämisen ja köyhyyden torjunnan kannalta tämän yhteyden avaaminen on tärkeää.

Terveys ei ole ainoastaan päämäärä, vaan se on myös voimavara, joka antaa ihmisille mahdollisuuden tehdä valintoja ja elää sosiaalisesti ja taloudellisesti täysipainoista ja merkityksellistä elämää. Myös sosiaali- ja terveysministeriön valmistelussa uudessa kansallisessa mielenterveysstrategiassa hyvä mielenterveys nähdään pääomana, johon tulee investoida. Strategia korostaa ajatusta, että mielenterveys vaikuttaa kaikkiin hyvinvoinnin alueisiin. Kuten myöhemmin analyysissämme näemme, mielenterveysongelmat ovat yhteydessä myös muuhun terveyspalveluiden käyttöön.

Suomalaisen terveyspolitiikan pitkäaikaisena tavoitteena on ollut väestön hyvä terveys ja terveyden tasainen jakautuminen väestössä (Sihto ym. 2013). Tähän on pyritty julkisen terveydenhuoltojärjestelmän ja universaalien sairausvakuutuksen avulla. Toisaalta työterveyshuolto luo järjestelmään rakenteellisen eriarvoisuutta tuottavan elementin, kun noin 80 prosentilla työväestöstä on turvanaan myös työterveyshuolto (Räsänen 2006). Lisäksi suhteellisen korkeat asiakasmaksut voivat estää etenkin pienituloisten terveyspalveluiden käytön (Hannikainen 2018; Pentala-Nikulainen ym. 2018). Tuore asiakasmaksuja koskeva raportti osoitti maksujen tuntuvan voimakkaammin pienituloisten kukkaroissa (Vaalavuo ym. 2018). Sairausvakuutus kattaa noin 30 prosenttia yksityisen terveydenhuollon menoista, mikä tarkoittaa, että vain harvalla pienituloisella on varaa tukeutua näihin palveluihin. Kuitenkin noin viidesosa kaikista lääkärikäynneistä tehdään yksityisellä sektorilla (Nguyen & Seppälä 2014). OECD:n tutkimuksen mukaan yksityisistä palveluista koituneita kustannuksia korvaava sairausvakuutusjärjestelmämme on hyvätulaisia suosiva (van Doorslaer ym. 2004).

Pitkälle kehitetystä sosiaaliturvajärjestelmästäamme huolimatta sairaus voi yhä olla todellinen riski ja johtaa taloudelliseen ahdinkoon samanaikaisten tulonhankintakyvyn heikkenemisen ja sairauden hoitoon liittyvien kustannusten (kuten lääke- ja matkakustannukset sekä palveluiden asiakasmaksut) takia. Sairauden vaikutukset voivat lisäksi olla erityisen haitallisia jo ennestään haavoittuvammille ryhmille (esimerkiksi nuoret, alhaisesti koulutetut, pienipalkkaiset, maahanmuuttajat ja yksinasuvat), joilla kertyneet säästöt ja varallisuus ovat tavallisesti alhaiset ja joilla muiden perheenjäsenten tarjoama taloudellinen suoja on heikko tai olematon.

Toimeentulotukiasiakkailla heikompi terveys

Aikaisempi tutkimuksemme suomalaisista toimeentulotukiasiakkaista on osoittanut, että toimeentulotukiasiakkaat käyttävät muuta väestöä huomattavasti enemmän julkisia palveluita ikään ja sukupuoleen katsomatta (Vaalavuo 2016b). Nyman ym. (2017) havaitsivat, että toimeentulotukiasiakkailla oli muita useammin jokin diagnooitu sairaus, hampaiden reikiintymistä, päihde- ja mielenterveyskäyntejä sekä perusterveydenhuollon käyntejä ja päivystysvastaanottokäyntejä. Myös muissa

maissa on löydetty vastaavia tuloksia toimeentulotukiasiakkaiden muita huomattavasti heikommasta terveydentilasta (Ohrem Naper 2009).

Lääkkeiden käytön ja lääkekorvausoikeuksien tarkastelu vahvistaa palveluiden käytön perusteella saadun tilannekuvan toimeentulotukiasiakkaiden muuta väestöä heikommasta terveydestä. Aaltonen ym. (2018) havaitsivat erityisesti psyyken sairauksiin, astmaattisiin sairauksiin, diabetekseen ja sydän- ja verisuonisairauksiin liittyvien lääkeostojen olevan toimeentulotukiasiakkailta yleisempiä kuin muilla.

Pitkään toimeentulotukea saaneet käyttävät perusterveydenhuollon palveluita useammin kuin lyhyemmän aikaa tukea saaneet (Vaalavuo 2016b). Aaltonen ym. (2013) puolestaan havaitsivat, että pidempään tukea saaneilla toimeentulotuesta korvatut mediaanilääkemenot olivat huomattavasti korkeammat kuin lyhytaikaisilla asiakkailta. Tulokset eivät kuitenkaan kerro, onko kyseessä valikoituminen vai syy-seuraussuhde. Tämän todentamiseksi tulee tutkimuksissa seurata samoja henkilöitä vuodesta toiseen.

Uusien toimeentulotukiasiakkaiden kohorttia seuraamalla ennen ja jälkeen asiakkuuden, Vaalavuo (2016a) löysi tukea sille, että terveyspalveluiden käyttö lisää toimeentulotukiasiakkuuden riskiä. Analyysin perusteella ei kuitenkaan ollut mahdollista sanoa, johtuiko tämä muiden tulojen menetyksestä vai terveystulojen lisääntymisestä. On myös todennäköistä, että terveyspalveluissa pienituloiset henkilöt saavat sosiaalityöntekijöiltä apua toimeentulotuen hakemisessa, mikä lisää toimeentulotuen käyttöä palveluita käyttäneiden parissa.

Erot toimeentulotukiasiakkaiden ja muun väestön välillä ovat huomattavan suuret erityisesti psykiatrian palveluiden käytössä. Vaalavuon (2016b) tutkimuksen mukaan psykiatrian asiakkaista reilusti yli kolmannes sai toimeentulotukea ja toisin päin tarkasteltuna 14 prosenttia toimeentulotukiasiakkaista oli käyttänyt myös psykiatrian palveluita, kun muussa väestössä luku oli noin kaksi prosenttia. Tämä havainto näytti koskevan erityisesti nuorempia toimeentulotukiasiakkaita, joihin keskitimme tässä raportissa.

2.2. Nuorten aikuisten mielenterveysongelmat ja sosiaalisten ongelmien kasaantuminen

Mielenterveysongelmia arvioidaan olevan lähes joka viidennellä suomalaisella (OECD/EU 2018). Terveys 2000- ja Terveys 2011 -väestötutkimusten mukaan mäsennushäiriöiden esiintyvyys on kasvanut merkittävästi yli 30-vuotiaiden naisten keskuudessa (Markkula & Suvisaari 2018). Mielenterveyshäiriöt ovat myös suurin syy työkyvyttömyyteen Suomessa, vaikka niihin perustuvien työkyvyttömyyseläkkeiden määrä onkin vähentynyt kolmanneksen viimeisen vuosikymmenen aikana (ETK 2017). Aikuisiän mielenterveysongelmien taustalla ovat usein jo lapsuudessa tai nuoruudessa alkaneet ongelmat: noin puolet aikuisiän mielenterveyshäiriöistä on alkaneet jo ennen 14. ikävuotta (Marttunen ym. 2013).

Yleisimpiä nuorten mielenterveyshäiriöitä ovat ahdistuneisuus-, mieliala-, käytös- ja päihdehäiriöt, mutta monihäiriöisyys on myös tavallista (Hermanson ym. 2015). Vuonna 1987 ja 1997 syntyneitä seuranneista kohorttitutkimuksista käy ilmi, että nuorten psykiatriset diagnoosit ovat 2000-luvulla yleistyneet. Voimakkaimmin kehitys näkyy mielialahäiriöissä, erityisesti masennuksen, ahdistuksen ja ADHD:n kohdalla. Osittain löydökset kertovat häiriöiden aiempaa paremmasta tunnistamisesta ja diagnosoinnista. (Gyllenberg ym. 2018). Kansainvälisessä katsauksessa on havaittu, että erityisesti tyttöjen mielialaoireilu on selvästi lisääntynyt (Bor ym. 2014). Tämä on havaittu myös Suomessa vertailtaessa pitkällä aikavälillä 7.- ja 9.-luokkalaisten kyselytutkimuksien vastauksia (Mishina ym. 2018) sekä vuosien 2000 ja 2011 Kouluterveyskyselyjä (Torikka ym. 2014). Lisäksi Torikka ym. (2014) havaitsivat, että vähän koulutettujen työttömien vanhempien lapsilla itseraportoidut masennusoireet olivat yleistyneet enemmän verrattuna korkeasti koulutettujen työsäkävien lapsiin.

Kohorttitutkimuksista käy ilmi, että nuorten mielenterveysongelmat nivoutuvat usein muihin ongelmiin: koulupudokkuuteen ja perheiden vaikeisiin tilanteisiin, kuten taloudellisiin ongelmiin. Esimerkiksi lapsuuden huono-osaisuus, vanhempien terveysongelmat ja muut vastoinikäymiset lapsuudessa lisäävät myöhempien mielenterveysongelmien riskiä (Gilman & Marden 2014; McLaughlin ym. 2014; Merikukka ym. 2018a, 2018b).

Lapsuuden ja nuoruuden olosuhteet ja sosiaalinen tausta ovat yhteydessä aikuisiän tulotasoon, työmarkkina-asemaan ja terveyteen myös yleisemmin (Vauhkonen ym. 2017; Pitkänen ym. 2019; ks. myös Karhulan & Sirniön (2019) katsaus ylisukupolvisesta eriarvoisuudesta Suomessa). Aiemmassa tutkimuksessa on kuitenkin harvemmin huomioitu sosiaalinen tausta ja terveysongelmat samanaikaisesti toimeentulotuen saantia ja muita aikuisiän lopputulemia analysoitaessa. Hammer & Hyggen (2010) ovat huomanneet mielenterveysongelmien olevan voimakkaasti yhteydessä toimeentulotuensaantiin nuorilla norjalaisilla. Osaksi tämä voi selittyä koulupudokkuudella ja alemmalla sosioekonomisella perhetaustalla, jotka osaltaan lisäävät toimeentulotukeen turvautumista ja sen pitkittymistä nuorilla aikuisilla (Hammer & Hyggen 2010; Kauppinen ym. 2014).

Mielenterveysongelmat ovat tutkitusti yhteydessä alempaan koulutustasoon, heikompiin asumisolosuhteisiin ja köyhyyteen (Murali & Oyeboode 2004) sekä löyhään kiinnittymiseen työmarkkinoille (Pacheco ym. 2014). Tuoreessa suomalaisessa seuranta-tutkimuksessa Hakulinen ym. (2019) havaitsivat, että niillä, joilla oli vakava mielenterveysongelma 15–25-vuotiaana, oli aikuisena useammin alempi koulutustaso, korkeampi työttömyys sekä matalammat tulot kuin muilla. Tämä vahvistaa aiempia tutkimustuloksia siitä, että mielenterveysongelmat alle 25-vuotiaana ovat yhteydessä muun muassa heikompaan asemaan työmarkkinoilla sekä suurempaan riskiin joutua työkyvyttömyyseläkkeelle tai työttömäksi tai jättää koulutus kesken (George 2013; Helgesson ym. 2017). Tulokset osoittavat, että nuoruusikä on erityi-

sen tärkeä kehityksellinen vaihe ja mielenterveysongelmilla voi tässä elämänvaiheessa olla kauaskantoisia seurauksia oman sosioekonomisen aseman muotoutumisessa. Tutkimustulokset viittaavat siihen, että erityisesti lasten ja nuorten mielenterveyspalveluihin ja ongelmien ennaltaehkäisyyn kannattaa panostaa.

Monissa maissa, myös Suomessa, mielenterveysongelmat ovat yksi suurimmista syistä jäädä työkyvyttömyyseläkkeelle. Lisäksi 16–29-vuotiaiden mielenterveyshäiriöiden aiheuttamat sairauspoissaolot ja työkyvyttömyys ovat lisääntyneet huomattavasti 2000-luvulla. Yleisimpiä nuorten aikuisten työkyvyttömyyden taustalla olevia mielenterveysongelmia ovat mielialahäiriöistä erityisesti masennus ja kaksisuuntainen mielialahäiriö, neuroottiset häiriöt, skitsofrenia, älyllinen kehitysvammaisuus ja psyykkisen kehityksen häiriöt. Masennuksen aiheuttama työkyvyttömyys on yleistynyt nuorilla. (Raitasalo & Maaniemi 2011; Mattila-Holappa 2018; Haukipuro ym. 2019.) Etenkin nuorilla henkilöillä työkyvyttömyys on yksi merkittävimmistä köyhyysriskitekijöistä ja voi johtaa siksi myös toimeentulotukiasiakkuuteen (Tuominen ym. 2011; Kauppinen ym. 2014).

Mielenterveysongelmien rekisteritutkimus ja etenkin ajallinen tarkastelu on kuitenkin vaikeaa esimerkiksi korvausjärjestelmiin, palveluiden saatavuuteen, hoitomuotoihin ja diagnosointiin liittyvien muutosten vuoksi. Lisäksi mielenterveysongelmiin liittyvä koettu stigma ja avun hakemisen hyväksyttävyyden vaihtelevat väestöryhmittäin ja ajallisesti.

Hallitusohjelmassa (2019) on tunnistettu mielenterveyden merkitys nuorten syrjäytymisessä ja mielenterveyteen investoimisen tarve. Ohjelmassa todetaan, että lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden saamisen kynnyksiä madalletaan, kehitetään palveluiden saamisen oikea-aikaisuutta ja tuetaan saatavuutta osana peruspalveluita. Jo vuonna 2017 Kelalle annettiin tehtäväksi kehittää kuntoutuspalveluita nuorille, jotka ovat syrjäytymisvaarassa. Vuoden 2019 alusta tuli voimaan laki, jonka myötä ilman työtä tai opiskelupaikkaa olevat 16–29-vuotiaat nuoret pääsevät ammatilliseen kuntoutukseen myös ilman lääkärinlausuntoa (Koskenvuo & Rouvinen 2019).

3. Toimeentulotuen tarkoitus ja toimeentulotukiasiakkaat

Tässä luvussa esittelemme lyhyesti Suomen toimeentulotukijärjestelmää ja käymme läpi aiempaa tutkimusta toimeentulotukiasiakkuuden riskitekijöistä. Luvun lopussa kuvailemme aineistomme perusteella 18–34-vuotiaiden nuorten aikuisten toimeentulotuen saantia pääkaupunkiseudulla.

Luvun pääviestit:

- Toimeentulotuki on viimesijainen ja tarveharkintainen taloudellinen tuki. Noin joka kymmenes pääkaupunkiseudulla asuva 18–34-vuotias sai toimeentulotukea vuonna 2014.
- Toimeentulotuen saannin kesto on viime vuosina pidentynyt, vaikka se on suunniteltu lyhytkestoiseksi avuksi.
- Toimeentulotukiasiakkaiden joukko on heterogeeninen, mikä tulee huomioida myös kehitettäessä vaikuttavia toimenpiteitä toimeentulotuen tarpeen vähentämiseksi.
- Etenkin pääkaupunkiseudulla yksi merkittävä syy tuen saantiin on asumisen kustannusten kattaminen.
- Toimeentulotuen Kela-siirto on heikentänyt yhteydenpitoa sosiaalityöntekijöiden ja tukiasiakkaiden välillä.

3.1. Toimeentulotuen tavoitteet

Toimeentulotuki on sosiaalihuoltoon kuuluva viimesijainen taloudellinen tuki, jonka tarkoituksena on lainsäädännön (Laki toimeentulotuesta 1412/1997) mukaan henkilön ja perheen toimeentulon turvaaminen ja itsenäisen selviytymisen edistäminen. Tuen avulla turvataan ihmisarvoisen elämän kannalta vähintään välttämätön toimeentulo.

Perustoimeentulotuki siirrettiin Kelan maksettavaksi vuoden 2017 alusta; tätä ennen se on ollut kuntien vastuulla (Laki toimeentulotuesta 1412/1997; HE 358/2014 vp). Siirron taustalla oli ajatus toimeentuloa hakevien yhdenvertaisuuden edistämisestä sekä siitä, että hakijan oikeudet muihin, toimeentulotukeen nähden ensisijaisiin perusturvaetuuksiin, olisivat helpommin selvitettävissä. Siirron on arvioitu helpottaneen tuen hakemista, mutta sosiaalityön tarpeessa olevien aseman on nähty heikentyneen (Kivipelto ym. 2019; Blomgren ym. *tulossa*).

Aiemmin toimeentulotuki oli tärkeä sosiaalityön väline, mutta yhteys sosiaalityön ja toimeentulotuen välillä on heikentynyt Kela-siirron jälkeen. Laki kuntoutta-

vasta työtoiminnasta (L 189/2001) kuitenkin velvoittaa, että Kela lähettää alle 25-vuotiaasta toimeentulokiasiakkaasta ilmoituksen henkilön asuinkuntaan silloin, kun toimeentulotuen saanti on kestänyt vähintään neljä kuukautta. Yli 25-vuotiaiden osalta ilmoitus lähetetään 12 kuukauden jälkeen. Jauhiainen ym. (2019) mukaan ilmoituksia lähtee kuntiin kuukausittain noin kolmesta prosentista alle 25-vuotiaista tuensaajista. Ilmoitusten avulla on tarkoitus ohjata toimeentulokiasiakas sopivien palveluiden piiriin. Henkilön kieltäytyessä toiminnasta toimeentulotuen perusosaa voidaan alentaa 20 prosenttia ja toistuvien kieltäytymisten jälkeen 40 prosenttia. Lisäksi Kela on yhteydessä kuntien sosiaalitoimeen silloin, kun henkilöllä havaitaan sosiaalityön tarve johtuen esimerkiksi päihteiden käytöstä, lapsen tarpeista tai elämänhallintaan liittyvistä seikoista. (Jauhiainen ym. 2019.)

Toimeentulotuki on harkinnanvarainen tukimuoto. Sen perusosalla katettaviin menoihin katsotaan kuuluvaksi jokapäiväisen elämän välttämättömät menot, esimerkiksi ruoka-, hygieni- ja vaatemenot sekä paikallisliikenteen käytöstä ja sanomalehden tilauksesta koituvat menot. Täydentävää toimeentulotukea voidaan lisäksi myöntää lasten päivähoidon ja henkilön tai perheen erityisistä tarpeista tai olosuhteista johtuviin kustannuksiin. Kaikilla Suomen sosiaaliturvan piiriin kuuluvilla on oikeus toimeentulotukeen silloin, kun hänen toimeentulonsa ansioiden tai ensisijaisen sosiaaliturvaetuksien avulla jää riittämättömäksi.

Toimeentulon laskemisessa otetaan huomioon henkilön koko kotitalouden tulot ja tarpeet. Hakijan tulee selvittää mahdollisuutensa saada ensisijaisia etuuksia ennen perustoimeentulotuen hakemista ja samalla tavoin opiskelijoiden on nostettava opintolainansa ennen toimeentulotuen hakemista. Yksin asuvalla henkilöllä toimeentulotuen perusosa on 497,29 euroa (vuonna 2019), kotitalouden toisella aikuisella 85 prosenttia tästä summasta. 18 vuotta täyttäneellä vanhempiensa luona asuvalla lapsella toimeentulotuen suuruus on tästä 73 prosenttia, 10–17-vuotiaalla 70 prosenttia ja alle 10-vuotiaalla 63 prosenttia. Yksinhuoltajalle toimeentulotuen perusosa maksetaan korotettuna (547,02 euroa). Perustoimeentulotuesta voidaan lisäksi maksaa kohtuullisia asumiskustannuksia ja julkisen terveydenhuollon menoja.

Pienituloisten asumismenoja korvataan sekä asumistuesta että yhä useammin myös toimeentulotuesta. Arvioiden mukaan asumismenojen kasvu absoluuttisesti ja suhteessa asumistukeen on johtanut siihen, että asumiskustannusten osuus toimeentulotuen menoista on kasvanut (Jauhiainen ym. 2019). Tuoreisiin Kelan rekisteritietoihin perustuvassa tutkimuksessa Jauhiainen ym. (2019) muun muassa havaitsivat, että yksin asuvilla toimeentulokiasiakkailla asumistuki kattaa noin puolet asumismenoista, pariskunnilla noin 40 prosenttia ja lapsiperheillä noin 60 prosenttia. Kelan perustoimeentulotuen menoista 320 miljoonaa euroa (eli 45 % kokonaiskustannuksista) meni varsinaisiin asumismenoihin ja 34 miljoonaa euroa muihin asumiseen liittyviin kuluihin (Aaltonen & Kari 2019).

Vuonna 2018 Kelan perustoimeentulotuen menoista noin 37 miljoonaa euroa (eli 5 % kokonaiskustannuksista) meni lääkekustannusten kattamiseen ja lisäksi muiden

terveydenhuoltomenojen kattamiseen kului 34 miljoonaa euroa. Tämä pitää sisällään siis lääkkeiden omavastuuosuuksia sekä ei-korvattavia lääkekustannuksia. Myönteisen toimeentulotukipäätöksen saadessaan henkilö saa automaattisesti Kelalta maksusitoumuksen lääkkeisiin. (Aaltonen & Kari 2019.)

Toimeentulokiasiakkaista suuri osa elää köyhyysriskirajan alapuolella, mutta samalla toimeentulotuki onnistuu vähentämään suomalaisten köyhyyttä jopa enemmän kuin monet muut tulonsiirrot, sillä se on aikoinaan suunniteltu nimenomaan turvaksi köyhyyttä vastaan. Väestötasolla mitattuna toimeentulotuen köyhyyttä vähentävä vaikutus on vaatimaton, mutta tuen saajien parissa vaikuttavuus on merkittävä ja nostaa joka kuudennen toimeentulotukea saavan kotitalouden yli köyhyysrajan. (Kuivalainen & Sallila 2013.)

3.2. Toimeentulotukiasiakkuuden riskitekijöitä

Toimeentulotuki heijastaa yhteiskunnassa tapahtuvia muutoksia

Toimeentulotuki on alun perin suunniteltu lyhytkestoiseksi, nk. kriisiavuksi, mutta aina 1990-luvulta lähtien sen käyttö on muuttunut yhä pitkäkestoisemmaksi. Tästä kehityksestä johtuen on yhä vaikeampi vetää rajaa perusturvan ja viimesijaisen sosiaaliturvan välille. Perusturvan tason heikentyessä ovat monet paikanneet ensisijaisia tukia toimeentulotuella. Etenkin työttömät ovat enenevässä määrin tukeutuneet myös toimeentulotukeen (Perusturvan riittävyiden III arviointiryhmä 2019).

Toimeentulotukeen viime vuosina tehdyt erilliskorotukset ovat korostaneet toimeentulotuen roolia sosiaaliturvassa, kun muuten indeksikorotukset on jätetty tekemättä ja asumistuen vuokrattoa ei ole tarkistettu (Perusturvan riittävyiden III arviointiryhmä 2019). Voidaan todeta, että toimeentulotuen käyttö heijastelee suuressa määrin yhteiskunnassa tapahtuvia muutoksia, niin työmarkkinoilla tapahtuvaa aaltoilua kuin perusturvan kehitystä. Toisaalta on tärkeä huomata, että suuri osa toimeentulotukiasiakkaista saa toimeentulotukea asumismenojen kattamiseen etenkin pääkaupunkiseudulla, missä asumiskustannukset ovat muuta maata korkeammat (Raittila ym. 2018; Jauhiainen ym. 2019).

Koska toimeentulotuen käytössä tapahtuvat muutokset heijastavat talouden ja työmarkkinoiden tilannetta, vaikuttaa tämä toimeentulotukiasiakkaiden profiiliin niin, että taantuman aikana asiakkaisiksi kertyy enemmän sellaisia henkilöitä, joilla ei välttämättä ole muita kuin taloudellisia vaikeuksia. Tämä näkyy esimerkiksi viime vuosien toimeentulotukiasiakkuuksissa. Vuonna 2008 alkanut maailmanlaajuinen talous- ja finanssikriisi ulottui myös Suomeen ja johti vuonna 2009 talouskasvun tyrehtymiseen. Tämä näkyi kasvavana työttömyytenä ja etenkin nuorten ja nuorten aikuisten heikentyneinä mahdollisuuksina työmarkkinoilla. Nuorilla työttömällä ei useinkaan ole vähäisestä työhistoriasta johtuen oikeutta työttömyyspäivärahaan, jolloin he joutuvat tukeutumaan työmarkkinatukeen ja toimeentulotukeen. Nuorten työttömyysturvaan on myös tehty tiukennuksia viime vuosina, mikä on lisännyt

toimeentulotuen käyttöä nuorilla. Nämä nuoret, joista siis osa tukeutuu toimeentulotukeen esimerkiksi kesätöiden puutteen takia, saattavat poiketa ”hyvien aikojen toimeentulotukiasiakkaista”, jolloin toimeentulotukiasiakkailla korostuu ongelmien kasaantuminen. Tämä voi näkyä esimerkiksi siinä, miten mielenterveyspalveluiden käyttö nuorilla toimeentulotukiasiakkailla kehittyy vuodesta toiseen.

Nuorten toimeentulotukiasiakkaiden määrän kasvu on huolestuttavaa, etenkin jos tuen saannin kesto pitkittyy. Nuorten tilanne on oikeutetusti aiheuttanut paljon yhteiskunnallista keskustelua. Nuorten toimeentulotukiasiakkaiden terveyserot muuhun samanikäiseen väestöön verrattuna antavat aihetta pohtia mielenterveysongelmien aiheuttamia toimeentulo-ongelmia erityisesti nuorilla, joiden toimeentuloa ansiosidonnaiset etuudet eivät turvaa. Muutokset toimeentulotukiasiakkaiden profiilissa kertovat yhteiskunnan ja sosiaalipolitiikan käänöksistä, siitä missä kohden perusturvaverkko vuotaa tai millaiset uudetkin ongelmat haastavat hyvinvointivaltion rakenteet. Toimeentulotukiasiakkaita tutkimalla voimme saada kuvan suomalaisen huono-osaisuuden muodoista ja kehityksestä.

Toimeentulotuen saannin keskeisiä taustatekijöitä

Aiempi tutkimus on osoittanut löyhän kiinnittymisen työmarkkinoille, ulkomaalais-taustan, yksin asumisen, vähäisen koulutuksen, huumausaineiden käytön sekä heikon terveydentilan olevan yhteydessä toimeentulotuen saantiin useissa eri maissa (Cappellari & Jenkins 2008; Hammer & Hyggen 2010; Bäckman & Bergman 2011; Kauppinen ym. 2014). Suomessa toimeentulotukea saavilla yksi keskeinen taustatekijä on työttömyys: noin puolet perustoimeentulotukea saavista sai lisäksi työmarkkinatukea tai peruspäivärahaa marraskuussa 2017. Etenkin pääkaupunkiseudulla myös asumisen kalleus johtaa usein asumistuen riittämättömyyteen ja siten toimeentulotukeen turvautumiseen. 86 prosentilla tuensaajista yhtenä tulonlähteenä oli asumistuki. (Perusturvan riittävyyden III arviointiryhmä.) Suomessa perustoimeentulotuen saanti on yleisintä nuorilla: 18–24-vuotiaista 18 prosenttia sai perustoimeentulotukea vuonna 2017, kun koko väestössä tukea saaneiden osuus oli 7,3 prosenttia (Raittila ym. 2018).

Tukiasiakkaat voidaan jakaa lyhyt- ja pitkäkestoisiin asiakkaisiin yksinkertaisen kuvailun helpottamiseksi. Pitkään tai toistuvasti tuella elävien joukko on hyvin erilainen tukiasiakkaiden ryhmä verrattuna lyhytaikaisesti tukea saaviin. Heillä on useammin monien sosiaalisten ongelmien kasaantumista (Surakka ym. 2017). Suomessa poikkileikkaustarkastelussa lyhytaikaisesti, eli 1–3 kuukautta kalenterivuoden aikana, tukea saa 38 prosenttia toimeentulotukiasiakkaista (Tanhua & Kiuru 2016). Heille toimeentulotuki turvaa kohtalaisen toimeentulon väliaikaisesti. Lähes kolmasosa tuensaajista saa tukea yli 10 kuukauden ajan vuodessa, mutta nuorilla pitkäkestoinen asiakkuus on harvinaisempaa (Tanhua & Kiuru 2016).

Nuorilla toimeentulotuen saanti liittyy usein siihen, että he ovat työmarkkinoilla epävarmemmassa asemassa. Lisäksi erilaiset siirtymät omaan kotiin, koulusta opin-

toihin ja opinnoista työelämään luovat taloudellisia haasteita, jotka ovat yleensä kuitenkin väliaikaisia. Sosiaalinen tausta ja tuki vaikuttavat myös siihen, millaisia voimavaroja nuorilla on tehdä näitä siirtymiä ilman tukeutumista toimeentulotukeen. Aiemmassa tutkimuksessa on lisäksi tuotu esille, että siirtymissä on entistä enemmän ennakoimattomuutta (Ilmakunnas 2018).

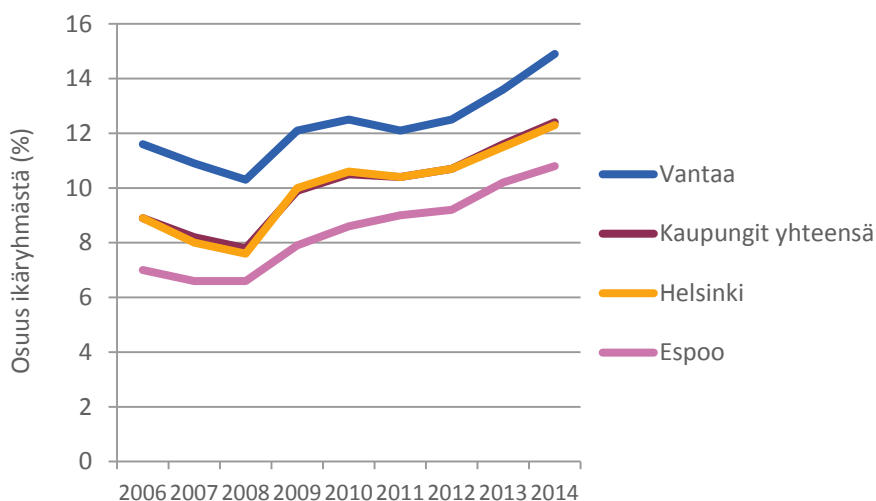
Raittilan ym. selvityksen (2018) tulosten mukaan vuonna 2017 nuorilla perustoimeentulotuen saajilla tuen pitkittymisen todennäköisyyttä lisäsivät muun muassa seuraavat tekijät: ei oikeutta ensisijaisiin etuuksiin, kielteinen työvoimapolitiittinen lausunto, yksin asuminen, lapsiperhe, yksinhuoltajuus ja maahanmuuttotausta. Selvityksessä ei ollut käytettävissä terveystietoja, joten tutkimuksemme tulokset täydentävät siltä osin näitä aiempia tuloksia. Käyttämässämme tutkimusaineistossa on lisäksi mahdollista tarkastella toimeentulotuen pitkäkestoista saantia useiden vuosien seurantajakson aikana.

Osa toimeentulokiasiakkaista kärsii useista ongelmista samanaikaisesti. Terveysongelmat (erityisesti mielenterveysongelmat), taloudellinen epävarmuus, päihteyden käyttö, puutteellinen koulutustaso ja esimerkiksi asunto-ongelmat kasaantuvat usein samoille henkilöille (Paugam 1996; Overbye & Saebo 1998; Rintala & Karvonen 2003; Korpi ym. 2007; Aaltonen ym. 2015; Ohisalo ym. 2015; Aaltonen ym. 2018). Nämä henkilöt tarvitsevat huomattavasti kokonaisvaltaisempaa tukea kuin vain taloudellista apua. Toimeentulotuen Kela-siirron myötä tämän avuntarpeen huomaaminen ja siihen vastaaminen ovat toistaiseksi vaikeutuneet.

3.3. Nuoret toimeentulokiasiakkaat pääkaupunkiseudulla

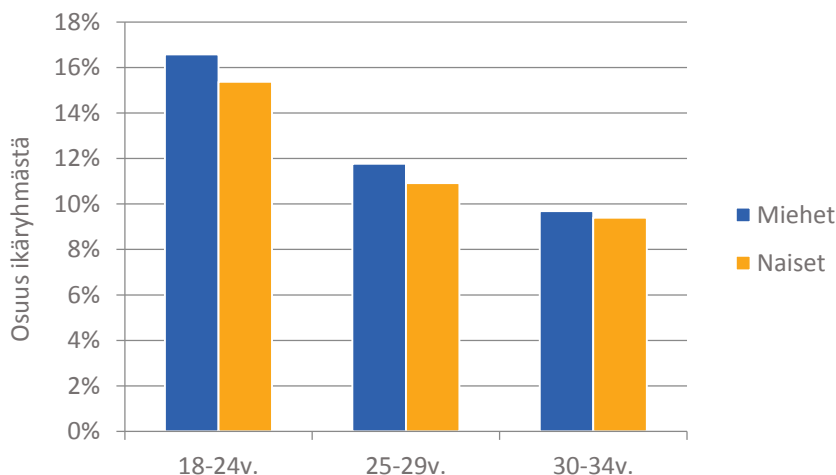
Kuvailemme tässä osiossa 18–34-vuotiaiden toimeentulotuen saantia Helsingissä, Vantaalla ja Espoossa (lyhyemmin pääkaupunkiseudulla) aineistomme perusteella vuonna 2014 (aineisto kuvaillaan tarkemmin seuraavassa luvussa).

Useampi kuin joka kymmenes 18–34-vuotias pääkaupunkiseudulla asuva, eli 35 861 henkilöä, sai toimeentulotukea vuonna 2014. Nuorten toimeentulokiasiakkaiden määrä lähti kasvuun vuoden 2009 taloustaantumien myötä kaikissa kaupungeissa (Kuvio 3.1). Vuonna 2014 toimeentulokiasiakkaiden osuus oli korkein Vantaalla, lähes 15 prosenttia ikäryhmästä, kun se Espoossa oli noin 11 prosenttia ja Helsingissä noin 12 prosenttia.

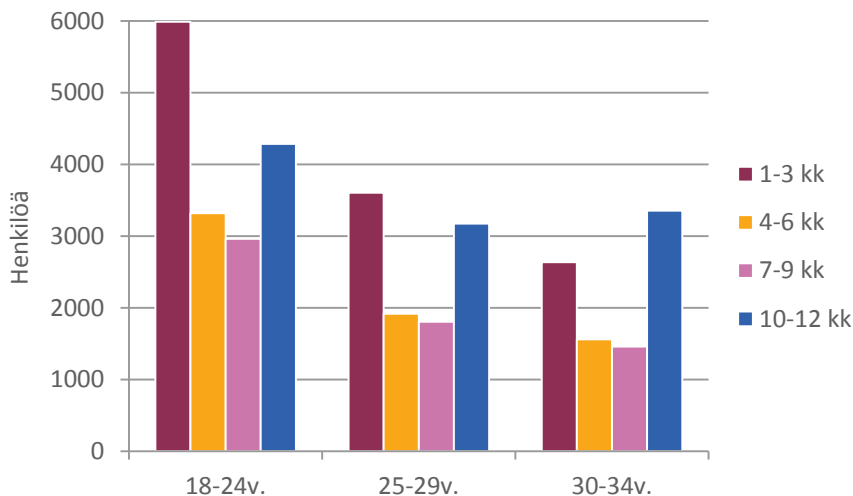


Kuvio 3.1. 18–34-vuotiaiden toimeentulotukiasiakkaiden osuus ikäryhmästä kaupungeittain vuosina 2006–2014.

Toimeentulotuen saanti oli yleisintä 18–24-vuotiailla miehillä, joista lähes 17 prosenttia sai vuoden 2014 aikana toimeentulotukea (Kuvio 3.2). Toisaalta heillä tuen saanti oli yleisimmin lyhytaikaista, kun taas isoin osa 30–34-vuotiaista tukea saaneista oli saanut sitä 10–12 kuukautta vuoden 2014 aikana (Kuvio 3.3). Naisten ja miesten välillä oli nähtävissä pieniä eroja tuen saannin suhteen (Kuvio 3.2). Nuorimmassa ikäryhmässä miesten tuen saanti oli yleisempää, mutta sukupuolten välinen ero kapeni vanhemmissa ikäryhmissä.

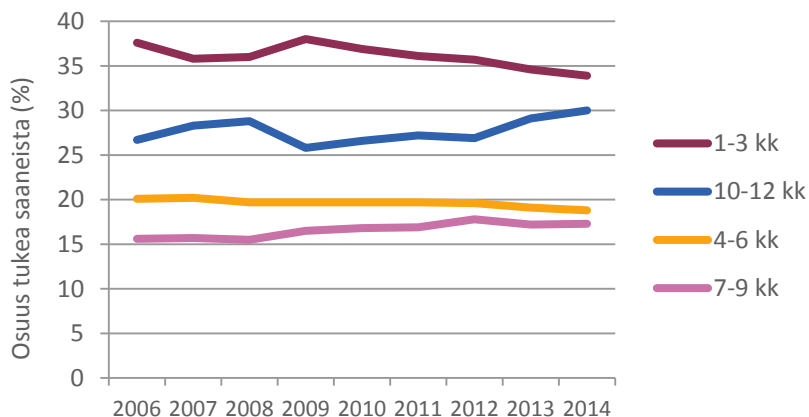


Kuvio 3.2. Toimeentulotukiasiakkaiden osuus ikäryhmän ja sukupuolen mukaan vuonna 2014.

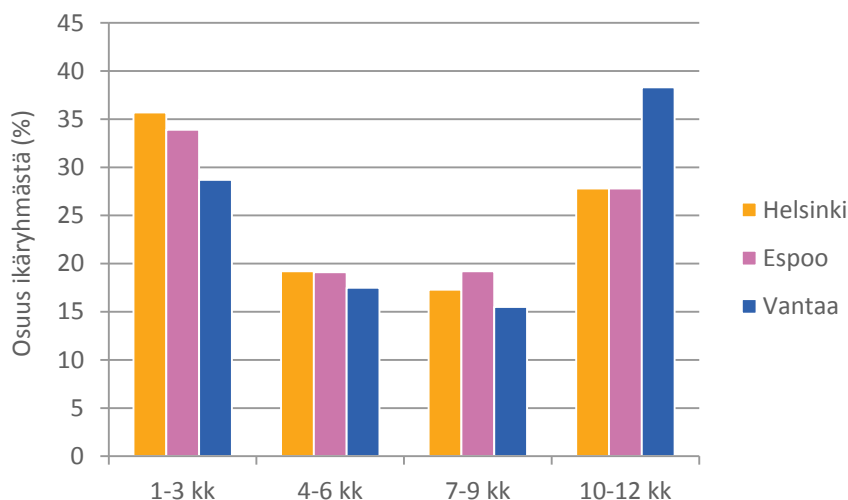


Kuvio 3.3. Toimeentulotukiasiakkaiden lukumäärä tuen saannin keston ja ikäryhmän mukaan vuonna 2014.

Toimeentulotukea saaneista lyhytaikaisesti tukea saaneiden osuus on 2000-luvulla laskenut ja yli puoli vuotta tukea saaneiden osuus on kasvanut (Kuvio 3.4). Noin kolmannes kaikista nuorista toimeentulotukiasiakkaista oli saanut tukea yli 10 kuukauden ajan vuonna 2014. Pitkäaikainen toimeentulotuen saanti oli yleisintä Vantaalla, missä lähes 40 prosenttia toimeentulotuen saajista oli saanut tukea 10–12 kuukautta (Kuvio 3.5). Tuen saannin kesto on merkittävää julkisten terveysten palveluiden käytön kannalta, sillä palveluiden käyttö kasvaa tuen saannin keston myötä, kuten myöhemmin tässä raportissa esitämme.

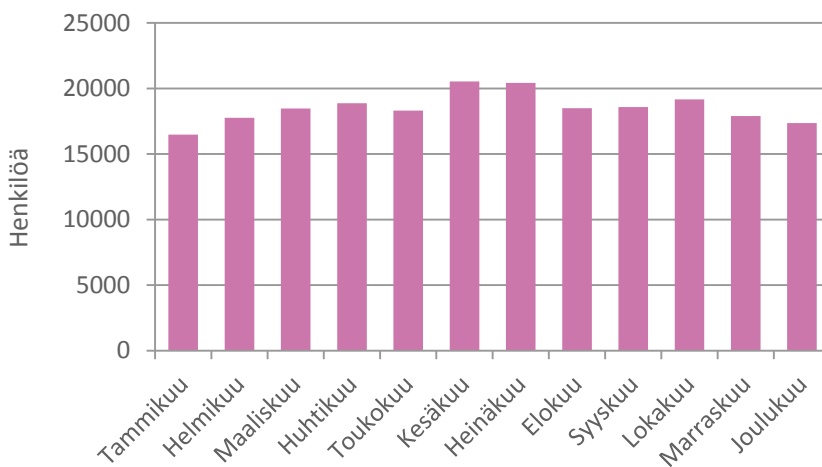


Kuvio 3.4. Tuen saannin kesto kalenterivuositain 18–34-vuotiailla toimeentulotukiasiakkailla vuosina 2006–2014.



Kuvio 3.5. 18–34-vuotiaiden toimeentulotukiasiakkaiden tuen saannin kesto kaupungeittain vuonna 2014.

Vuonna 2014 toimeentulotuen saaminen vaihteli hieman kuukausittain (Kuvio 3.6). Alimmillaan tukea saavien määrä oli tammikuussa, jolloin 16 482 henkilöä sai toimeentulotukea pääkaupunkiseudulla. Tukea saavien määrä kasvoi hieman kesää kohti ja oli huipussaan kesäkuussa, jolloin 20 536 henkilöä sai tukea. Kesän ajan työttömänä olevat opiskelijat nostavat usein toimeentulotukea kesäkuukausina, mikä selittää eron muihin kuukausiin. Joulukuussa tuen saanti taas usein alenee veronpaukautusten myötä.



Kuvio 3.6. 18–34-vuotiaiden toimeentulotukiasiakkaiden määrä kuukausittain vuonna 2014.

4. Aineisto

4.1. Aineiston sisältö

Tutkimuksessa käytetään Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Peruspalveluhankkeeseen vuonna 2010 kerättyä aineistoa ja sen laajennusta vuonna 2018. Aineisto kattaa vuodet 2005–2014, sekä seurannan vuoteen 2016 asti niiden henkilöiden osalta, jotka kuuluivat aineistoon 2005–2014. Aineisto on anonymisoitu ja sitä käytettiin Tilastokeskuksen etäkäyttöympäristössä (lupnumero TK53-1222-17).

Aineistoon kuuluvat kaikki Helsingissä, Espoossa ja Vantaalla vuosien 2005 ja 2014 välillä edes kerran asuneet henkilöt (vuoden viimeisen päivän tietojen mukaan). Näitä henkilöitä on lisäksi seurattu vuosina 2015 ja 2016. Taulukossa 4.1 on esitelty aineiston koko vuosittain ja kaupungeittain 18–34-vuotiaiden osalta. Tämä aineisto on koottu useista rekisteriaineistoista ja näitä yhdistettyjä tilastoja ei ole ollut aiemmin saatavilla, joten tuotetut tiedot palveluiden käytöstä antavat entistä rikkaamman kuvan nuorista toimeentulotukiasiakkaista.

Aineistossa yhdistetyt rekisterit:

- THL:n toimeentulotukirekisteri
- THL:n erikoissairaanhoidon ja vuodeosastohoidon hoitoilmoitusrekisteri (HILMO)
- Kelan korvattujen reseptilääkeostojen rekisteri
- Kelan tiedot Kelan järjestämästä kuntoutuksesta
- Tilastokeskuksen FOLK-aineistot (sis. esim. tulo- ja koulutustiedot sekä tiedot henkilön perheestä)

Taulukko 4.1. Aineiston koko: Helsingin, Espoon ja Vantaan 18–34-vuotias väestö vuosina 2005–2014 ja seuranta-aineisto vuosilta 2015 ja 2016

	Helsinki	Espoo	Vantaa	Yhteensä
2005	144 091	53 474	40 700	238 265
2006	155 174	57 543	44 083	256 800
2007	158 589	58 210	45 250	262 049
2008	163 122	59 239	46 537	268 898
2009	166 025	59 412	47 016	272 453
2010	167 794	60 054	47 488	275 336
2011	170 118	61 020	48 408	279 546
2012	173 144	61 731	48 820	283 695
2013	175 539	62 345	49 394	287 278
2014	177 415	62 695	49 491	289 601
2015	166 581	59 183	47 589	273 353
2016	156 424	56 045	46 010	258 479

Huom. Vuosien 2005–2014 osalta on kyseessä kokonaisotos, mutta vuosien 2015–2016 osalta on mukana ainoastaan ne, jotka asuivat tutkimuskaupungeissa jossain vaiheessa ajanjaksolla 2005–2014.

4.2. Menetelmät

Tutkimuksen analyysiosiossa tarkastellaan 18–34-vuotiaiden toimeentulotukiasiakkaiden ja muun samanikäisen väestön erikoissairaanhoidon ja Kelan kuntoutuspalveluiden käyttöä sekä Kelan korvattuja reseptilääkeostoja ja niiden kustannuksia pääkaupunkiseudulla.

Toimeentulotukiasiakkaisiksi on laskettu kaikki, jotka ovat saaneet toimeentulotukea edes yhtenä kuukautena kalenterivuoden aikana. Lisäksi tarkasteluja on tehty erikseen toimeentulotuen keston mukaan niin, että tuen saannin kesto on jaettu viiteen ryhmään: 1) ei saanut toimeentulotukea kalenterivuoden aikana, 2) sai tukea 1–3 kuukautta, 3) 4–6 kuukautta, 4) 7–9 kuukautta tai 5) sai tukea pitkäkestoisesti eli yli 10 kuukautta vuoden aikana.

Erikoissairaanhoidon palveluiden käyttöä tarkastellaan vuositasolla, eli jokaiselle henkilölle on laskettu vuoden aikana rekisteröidyt käynnit erikoissairaanhoidossa (sisältäen avohoidon vastaanottokäynnit, vuodeosastohoidon ja päiväkirurgian). Nämä on jaettu erikseen somaattiseen ja psykiatriseen sairaanhoitoon käynnin yhteydessä merkittyjen päädiagnoosien perusteella. Keskimääräisten käyntimäärien lisäksi tarkastelemme palveluita käyttäneiden osuuksia.

Kelan korvatuista lääkeostoista tarkastellaan sekä lääkkeitä ostaneiden osuuksia että vuoden aikana syntyneitä keskimääräisiä lääkekustannuksia. Huomioduksi tulevat ainoastaan avohoidon sairausvakuutuksesta korvatut reseptilääkkeet. Kun-

toutuspalveluiden osalta tarkastelemme ainoastaan käyttäjäosuuksia eri kuntoutusmuodoissa.

Taulukko 4.2. Psykiatrisella diagnoosilla erikoissairaanhoidossa käyneiden ja psykykenlääkkeitä ostaneiden osuudet kaikista Helsingissä, Espoossa tai Vantaalla asuneista 18–34-vuotiaista (2014)

	Lukumäärä	Osuus ikäryhmästä (%)
Psykiatriset päädiagnoosit (ICD-10)		
Lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat häiriöt (F1)	1 217	0,4
Skitsofrenia (F2)	2 092	0,7
Mielialahäiriöt (F3)	6 318	2,2
Neuroottiset ym. häiriöt (F4)	4 130	1,4
Aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt (F6)	1 058	0,4
Psykkisen kehityksen häiriöt (F8)	389	0,1
Tavallisesti lapsuus- ja nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt (F9)	634	0,2
Muut (F0, F5, F7, F99)	885	0,3
<i>Kaikki psykiatriset diagnoosit</i>	<i>12 704</i>	<i>4,4</i>
Psykykenlääkkeiden ostot (ATC-koodit*)		
Masennuslääkkeet (N06A ja N06C)	19 890	6,9
Psykoosilääkkeet (N05A)	7 126	2,5
Rauhoittavat lääkkeet (N05B)	4 826	1,7
Unilääkkeet (N05C)	4 744	1,6
ADHD-lääkkeet (N06BA)	676	0,2
<i>Kaikki psykykenlääkkeet</i>	<i>26 942</i>	<i>9,3</i>

Huom. Sama henkilö voi esiintyä useammassa eri ryhmässä. *ATC-koodit viittaavat kansainväliseen anatomis-terapeuttis-kemialliseen luokitukseen. Psykykenlääkekoodit on saatu Kelan asiantuntijoilta.¹

Mielenterveysongelmiin liittyvää palveluiden ja lääkkeiden käyttöä tarkastellaan erikoissairaanhoidon käynnin yhteydessä merkityn ICD-10-tautiluokituksen F-luokkaan, eli mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden luokkaan, kuuluvan

¹ Ks. Fimea: https://www.fimea.fi/laakehaut_ja_luettelot/atc-luokitus (viitattu 5.12.2019).

päädiagnoosin ja Kela-korvattujen psyykenlääkeostojen perusteella.² Taulukossa 4.2 on eritelty näiden esiintymistä koko ikäryhmässä vuonna 2014. Tämän määritelmän perusteella Helsingissä, Espoossa tai Vantaalla asuvista 18–34-vuotiaista 11 prosentilla (n= 30 659) oli jokin mielenterveysongelma vuonna 2014. Heistä 59 prosentilla oli ainoastaan psyykenlääkeostoja. Hieman yli kymmenesosalla oli puolestaan ainoastaan erikoissairaanhoidon käynnin yhteydessä kirjattu psykiatrinen päädiagnoosi ja vajaalla kolmasosalla oli sekä diagnoosi että psyykenlääkkeiden käyttöä.

Tutkimuksemme perustuu lähinnä kuvaileviin menetelmiin, joiden avulla tarkastelemme väestöosuusia ja keskiarvoja tai mediaaneja. Koska tutkimus perustuu pääkaupunkiseudun kolmen kaupungin kokonaisväestöön, emme ole esittäneet luotamusvälejä tai tilastollisia merkitsevyyksiä analyysissä.

Luvussa 7 olemme hyödyntäneet aineiston paneelimuotoa kattavammin toimeentulotuen päättymisen tutkimiseksi. Menetelmänä olemme käyttäneet Kaplan-Meier -mallia, joka on elinaikamalli (survival analysis). Elinaikamallien avulla voidaan tutkia tapahtuman toetutumiseen kuluvaan aikaan ja ne mahdollistavat toimeentulotuen päättymisen lisäksi myös tapahtuman ajankohdan huomioimisen analyysissä. Kaplan-Meier laskee seurattaville ryhmille toimeentulotuen päättymisen kumulatiivisen ”riskin” ajan funktiona. Se siis arvioi toimeentulotuen päättymisen todennäköisyyttä eri ryhmille ajan edetessä.

4.3. Aineiston puutteet

Kyselytutkimusten mukaan kaikista suomalaisten lääkärikäynneistä 33 prosenttia tehtiin terveyskeskuksessa, 22 prosenttia sairaalan poliklinikalla, 23 prosenttia työterveyshuollossa ja 19 prosenttia yksityisvastaanotolla (Nguyen & Seppälä 2014), näistä perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon käynnit ovat tämän tutkimusaineiston ulottumattomissa. Erikoissairaanhoidon käynnejä koskevat tiedot ovat kuitenkin vertailukelpoisempia väestöryhmien ja kuntien välillä, sillä työterveyshuolto vaikuttaa vähemmän tuloksiin kuin perusterveydenhuollon kohdalla, koska työterveyshuolto korvaa vähemmän erikoissairaanhoidon palveluita. Myös kirjaamistavat kuntien välillä ovat yhtenäisemmät valtakunnallisessa HILMO-aineistossa.

Erityisesti huomionarvoista on etenkin nuorten osalta koulu- ja opiskeluterveydenhuollon tietojen puute. Lisäksi jo aiemmassa tutkimuksessa on todettu puutteena,

² Psyykenlääkkeiden avulla pyritään lievittämään eriasteisia psyykkisiä oireita, kuten ahdistus-, pelko- ja masennusoireita tai unettomuutta, lyhentämään psykiatrisia sairausjaksoja sekä estämään niiden toistumista (Huttunen 2018). Mielenterveyden ongelmista voi myös toipua, mutta toisaalta hoitoon hakeutumisessa/ohjautumisessa ja hoidon jatkuvuudessa on usein ongelmia. Kumpikin näyttäytyy rekisteritutkimuksessa vähäisempänä palveluiden ja lääkkeiden käyttönä.

että esimerkiksi psykologi- ja kuraattoripalveluita ei kirjata rekistereihin (Ranta ym. 2018).

Terveyspalveluiden käytön ja terveydentilan välisestä yhteydestä on yllättävän vähän tietoa, mutta voidaan olettaa, että terveyspalveluiden ja reseptilääkkeiden laaja käyttö kertoo jossain määrin henkilön heikommasta terveydentilasta (ks. myös Morris ym. 2005). Miilunpalo ym. (1997) ovat tutkineet koetun terveydentilan yhteyttä terveyspalveluiden käyttöön ja osoittaneet, että lääkärissä käyntien määrä oli käänteisesti yhteydessä arvioituun terveydentilaan. Muualla taas on osoitettu, että koettu terveydentila korreloi kuolleisuuden ja sairastavuuden kanssa (Kaplan ym. 1996; Idler & Benyamini 1997; Benjamins ym. 2004). Vaikka terveyspalveluiden käyttö ei siis suoraan kerro henkilön terveydentilasta ja palveluiden käyttöön vaikuttavat monet muutkin tekijät (Andersen & Newman 2005 [alkup. 1973]; Andersen 1995; Vaalavuo ym. 2013), voidaan erikoissairaanhoidon käyntejä ja lääkkeiden käyttöä pitää yhtenä välillisenä terveydentilan mittarina. Terveys- ja kuntoutuspalveluiden sekä lääkkeiden käytön tutkiminen on toki myös itsessään kiinnostavaa ja päätöksenteon kannalta tärkeää.

Toimeentulotukiasiakkaiden elinoloja ja hyvinvointia kartoittaneesta tutkimuksesta selviää, että merkittävä osa toimeentulotuen saajista tinkii kulutuksestaan: rahan puutteen vuoksi lääkkeiden ostosta tinki 26 prosenttia (muu väestö 9 %) ja lääkärissä käynneistä jopa yli kolmannes (muu väestö 10 %) (Hannikainen-Ingman ym. 2013). Lääkkeiden käytöstä tinkiminen on siinä mielessä kiinnostavaa, että toimeentulotukiasiakkailta on tavallisesti maksusitoumus reseptilääkkeiden ostamiseen. Terveyspalveluita käyttäneistä toimeentulotukiasiakkaista jopa 36 prosenttia arvioi käytön aiheuttaneen taloudellisia ongelmia, kun muusta väestöstä näin koki 14 prosenttia (Hannikainen-Ingman ym. 2013). Voi siis olla, että toimeentulotukiasiakkaiden ja muun väestön väliset erot julkisten terveyspalveluiden ja lääkkeiden käytössä olisivat nykyisiä suuremmat, jos palvelut olisivat yhtä lailla saavutettavissa kummassakin ryhmässä.

On syytä huomioida, että mielenterveysongelmia koskeva määritelmämme ei ole täysin ongelmaton ja esimerkiksi kertaluonteinen psykeenlääkkeen osto tai erikoissairaanhoidon diagnoosi ei välttämättä tarkoita jatkuvaa mielenterveysongelmaa. Osaa psykeenlääkkeistä käytetään myös kroonisten kipujen lievitykseen, mikä tarkoittaa, että psykeenlääkkeiden käyttö voi liioitella mielenterveysongelmien laajuutta. Toisaalta sairausvakuutuksen korvauksen piiriin ei kuulu kaikki reseptillä hankittavat psykeenlääkkeet, mikä taas johtaa mielenterveysongelmien laajuuden aliarviointiin. Toisaalta aineistossa ei ole tietoa niistä perusterveydenhuollossa, työterveyshuollossa ja/tai yksityisvastaanotoilla hoidetuista henkilöistä, joita ei ole lähetetty erikoissairaanhoidon ja jotka eivät ole ostaneet Kela-korvattuja psykeenlääkkeitä. Määritelmä ei luonnollisesti myöskään tunnista henkilöitä jotka eivät ole hakeutuneet tai joita ei ole toimitettu hoidon piiriin.

5. Palveluiden käyttö ja reseptilääkeostot vuosina 2006–2014

Tässä osiossa tarkastellaan 18–34-vuotiaiden toimeentulotukiasiakkaiden ja muun vastaavanikäisen väestön julkisen erikoissairaanhoidon ja kuntoutuspalveluiden käyttöä sekä Kelan korvattuja reseptilääkeostoja.

Luvun pääviestit:

- Toimeentulotukea saavilla miehillä oli psykiatrisia käyntejä erikoissairaanhoidossa kuusi kertaa ja naisilla lähes viisi kertaa yleisemmin kuin muilla 18–34-vuotiailla.
- Mielialahäiriöt olivat 18–34-vuotiaiden yleisimpiä psykiatrisia diagnooseja, mutta verrattuna muuhun ikäryhmään toimeentulotukiasiakkailta oli useammin lääkkeiden ja päihteiden käyttöön liittyviä diagnooseja, skitsofreniaa ja persoonallisuushäiriöitä.
- Toimeentulotukiasiakkaista suuremmalla osalla oli jokin Kela-korvattu reseptilääkeosto; ero muuhun ikäryhmään selittyi pitkälti psyykenlääkeostoilta.
- Toimeentulotukiasiakkaiden reseptilääkeostojen keskimääräiset kustannukset olivat muuta samanikäistä väestöä korkeammat.
- Vuosien 2006 ja 2014 välillä ei ole tapahtunut merkittäviä muutoksia palveluiden ja lääkkeiden käytössä.

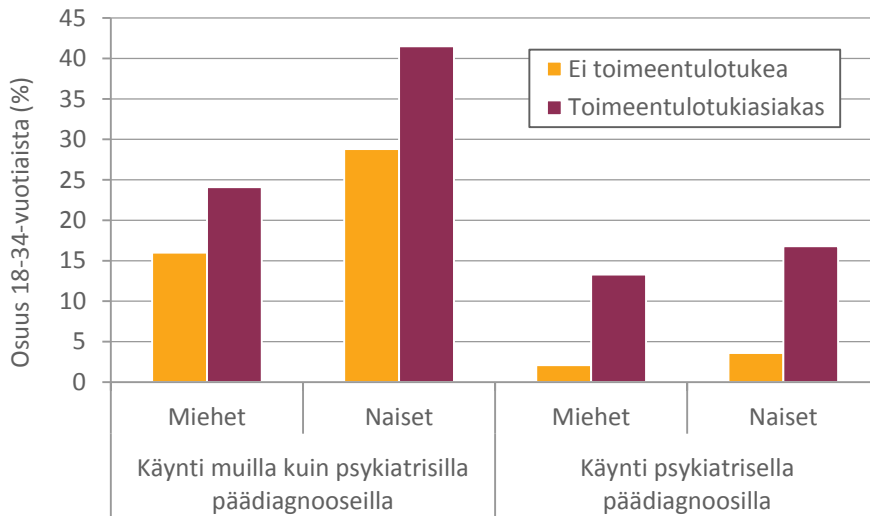
5.1. Toimeentulotukiasiakkaat eroavat muusta ikäryhmästä

Julkisen erikoissairaanhoidon palveluiden käyttöä, Kela-korvattuja reseptilääkeostoja ja niiden kustannuksia sekä kuntoutuspalveluiden käyttöä koskevien tulostemme mukaan 18–34-vuotiaat toimeentulotukiasiakkaat käyttivät vuonna 2014 muuta samanikäistä väestöä yleisemmin erityisesti psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluita ja psyykenlääkkeitä.

Erikoissairaanhoidon palveluiden käyttö

Erikoissairaanhoidon palveluiden käyttö oli toimeentulotukea saaneiden nuorten aikuisten joukossa yleisempää kuin muulla samanikäisellä väestöllä (Kuvio 5.1). Naisilla palveluiden käyttö oli yleisempää kuin miehillä, mikä on linjassa aiemman tutkimustiedon kanssa. 34 prosenttia toimeentulotukea saaneista miehistä (n=6 138)

oli käyttänyt erikoissairaanhoidon palveluita verrattuna 18 prosenttiin niistä, jotka eivät olleet saaneet toimeentulotukea (n=22 032). Naisilla vastaavat luvut olivat 52 ja 32 prosenttia (vastaavasti n=9 102 ja n=40 625). Psykiatrisilla päädiagnooseilla tehdyt käynnit (sisältyvät edellä mainittuihin osuuksiin) olivat moninkertaiset toimeentulotukiasiakkailla ja selittävät suurimman osan erosta kaikissa käynneissä: toimeentulotukea saaneilla miehillä psykiatrisia käyntejä oli kuusi kertaa ja naisilla lähes viisi kertaa yleisemmin kuin muilla 18–34-vuotiailla.



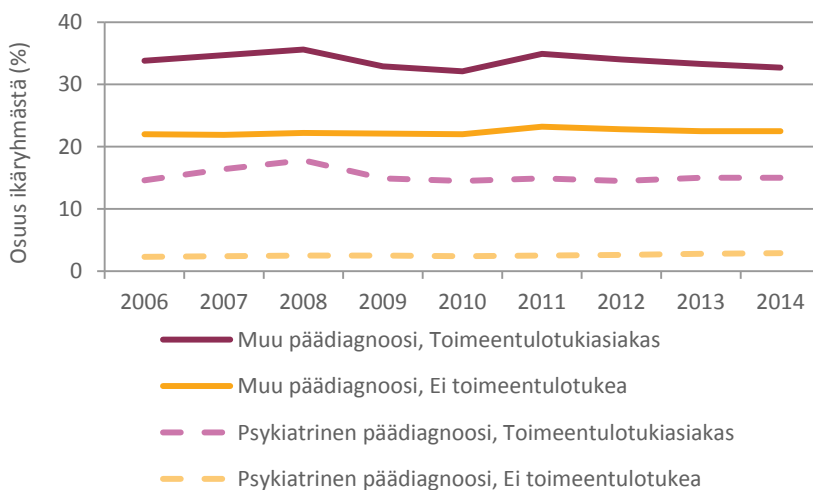
Kuvio 5.1. Erikoissairaanhoidon palveluita käyttäneiden 18–34-vuotiaiden osuus sukupuolen ja toimeentulotuen saannin mukaan (2014).

Taulukossa 5.1 esitetään 18–34-vuotiaiden erikoissairaanhoidon palveluita käyttäneiden osuuksia vuonna 2014 kolmessa tutkimuskaupungissa ja ikäryhmässä. Palveluita käyttäneiden osuudet olivat joka kaupungissa suurempia toimeentulotukea saaneilla ja pääasiassa osuudet kasvoivat iän myötä niin tukea saaneilla kuin niillä, jotka tukea eivät saaneet. Muun kuin psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluiden käyttö oli yleisintä Espoossa sekä toimeentulotukiasiakkailla että niillä, jotka eivät käyttäneet toimeentulotukea. Sen sijaan käynnit psykiatrisella diagnoosilla olivat hieman yleisimpiä Helsingissä. Osaksi kyseessä voi olla palveluiden saamisen liittyvät erot kaupungeittain, joten kaupunkien vertailussa tulee olla varovainen.

Taulukko 5.1. 18–34-vuotiaiden erikoissairaanhoidon palveluiden käyttö vuonna 2014 toimeentulotuen saannin ja kaupungin mukaan (palvelua käyttäneiden osuus, %)

	Helsinki		Espoo		Vantaa	
	Toimeentulotuki-asiakas (n=21 759)	Ei toimeentulotukea (n=155 656)	Toimeentulotuki-asiakas (n=6 744)	Ei toimeentulotukea (n=55 951)	Toimeentulotuki-asiakas (n=7 358)	Ei toimeentulotukea (n=42 133)
Somaattinen päädiagnoosi (18–34 v.)						
18–24 v.	31,8	21,6	42,2	25,9	30,7	22,0
25–29 v.	28,1	19,0	39,9	23,7	28,3	17,8
30–34 v.	32,4	20,4	41,9	25,4	32,0	23,3
Psykiatrinen päädiagnoosi (18–34 v.)						
18–24 v.	33,7	24,3	44,5	29,5	32,3	25,7
18–24 v.	15,9	3,3	14,1	2,6	13,8	2,9
25–29 v.	14,9	3,7	12,9	2,8	12,8	3,2
30–34 v.	15,9	2,7	14,7	2,5	14,1	2,3
30–34 v.	17,6	2,9	15,0	1,9	14,6	2,6

Erikoissairaanhoidon palveluiden käytön yleisyydessä ei ole keskimäärin juurikaan tapahtunut muutoksia vuosien 2006 ja 2014 välillä (Kuvio 5.2). 18–34-vuotiaista toimeentulotukiasiakkaista yli 30 prosentilla on ollut erikoissairaanhoidon käyttöä muulla kuin psykiatrisella päädiagnoosilla ja 15 prosentilla psykiatrisella päädiagnoosilla. Ilman toimeentulotukea olleilla molemmat osuudet ovat pysyneet noin kymmenen prosenttiyksikköä pienempänä.

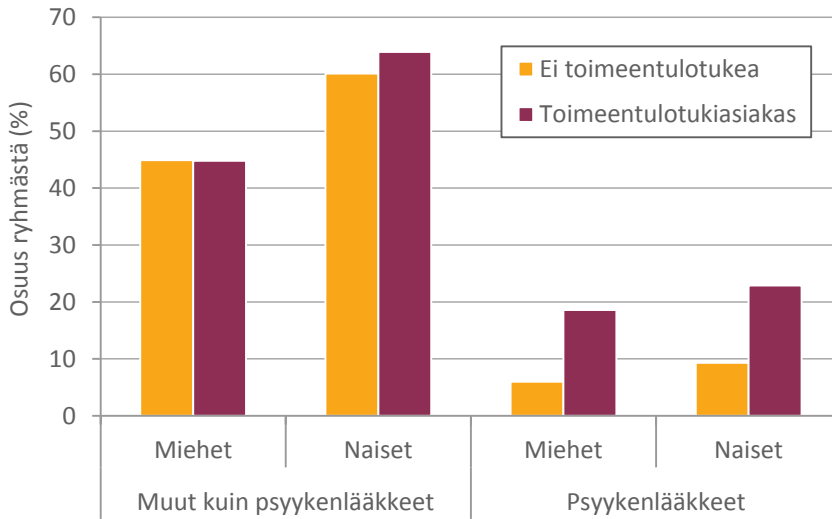


Kuvio 5.2. 18–34-vuotiaiden erikoissairaanhoidon palveluita käyttäneiden osuus toimeentulotuen saannin mukaan vuosina 2006–2014.

Huom. Sama henkilö voi sisältyä kahteen ryhmään (psykiatrinen ja somaattinen diagnoosi).

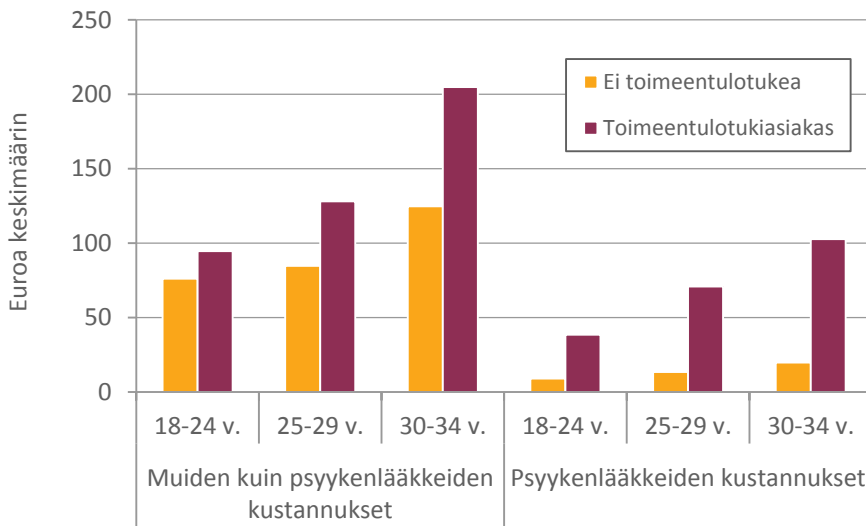
Kelan korvatut lääkeostot ja kustannukset

Lääkkeiden käyttöä tarkasteltiin Kelan korvattujen reseptilääkkeiden rekisterin tiedoista. Tilastoon rekisteröityvät ne avohoidon reseptilääkeostot, joista on maksettu sairausvakuutuskorvausta. 18–34-vuotiailla toimeentulotukiasiakkailla oli muuhun ikäryhmään verrattuna yleisemmin korvattujen reseptien tilastoon kirjautunut lääkeosto. Karkeasti tarkasteltuna ero selittyy pitkälti psyykenlääkeostoilla, sillä muiden lääkkeiden kohdalla eroa ei juuri ollut (Kuvio 5.3). Psyykenlääkkeitä oli ostanut 21 prosenttia toimeentulotukea saaneista ja 8 prosenttia muusta ikäryhmästä. Naisilla lääkkeiden ostot olivat hieman yleisempiä.



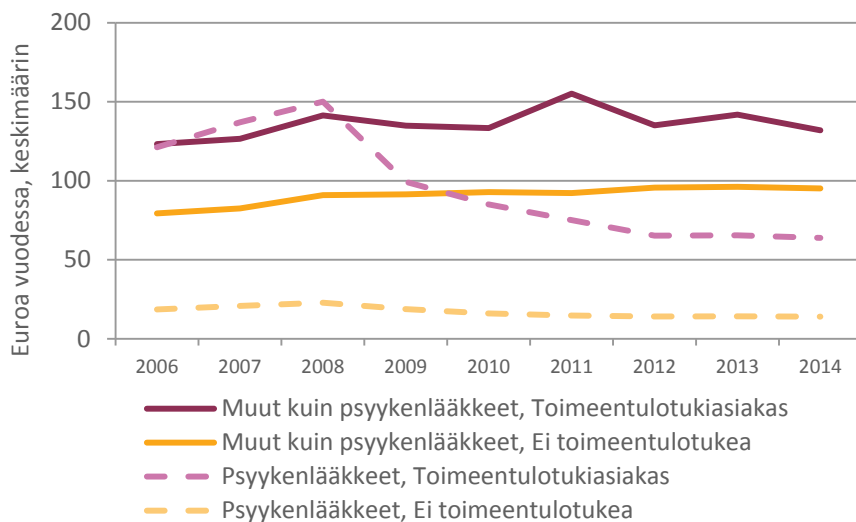
Kuvio 5.3. Kelan korvattuja reseptilääkkeitä ostaneiden 18–34-vuotiaiden osuus sukupuolen ja tuen saannin mukaan (2014).

Lisäksi toimeentulotukea saaneiden lääkeostojen kustannukset olivat keskimäärin korkeammat kuin muulla samanikäisellä väestöllä (Kuvio 5.4). Psyykenlääkeostojen keskimääräiset kustannukset olivat noin viisinkertaiset muuhun ikäryhmään verrattuna. Muiden lääkkeiden kohdalla ero muuhun ikäryhmään oli suurin 30–34-vuotiailla toimeentulotukiasiakkailla.



Kuvio 5.4. Kelan korvattujen reseptilääkeostojen keskimääräiset kustannukset (EUR) ikäryhmän ja tuen saannin mukaan (2014).

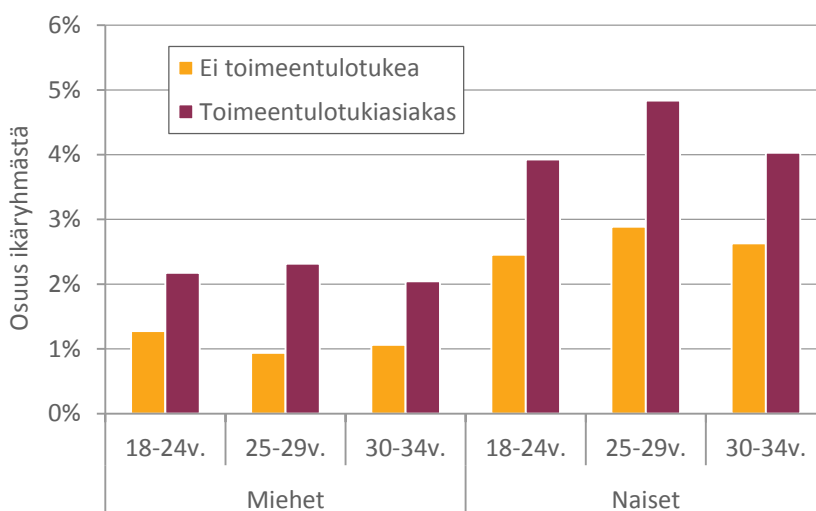
Tarkasteltaessa 18–34-vuotiaiden keskimääräisiä vuosittaisia Kelan tilastoimia korvattujen reseptilääkeostojen kustannuksia ajanjaksolla 2006–2014 nähdään, että psyykenlääkeostojen keskimääräiset kustannukset ovat pienentyneet voimakkaasti vuoden 2008 jälkeen (Kuvio 5.5). Tämä johtuu useiden ryhmään kuuluvien psykoosilääkevalmisteiden patenttien umpeutumisesta ja hintakilpailun alkamisesta, jota myös vuonna 2009 voimaantullut lääkkeiden viitehintajärjestelmä siivitti (Koskinen ym. 2014) eikä niinkään muutoksista toimeentulotukiasiakkaiden lääkkeiden käytössä, sillä lääkkeitä käyttäneiden osuudet ovat säilyneet ajanjaksolla vakaina. Esimerkiksi käytetyimpien psykoosilääkkeiden hoitopäivän kustannus laski viitehintajärjestelmän alkuvuosina jopa 66 prosenttia (Saastamoinen ym. 2010; Kalliokoski ym. 2011; Koskinen ym. 2014).



Kuvio 5.5. Kelan korvattujen reseptilääkeostojen keskimääräiset kustannukset (EUR) 18–34-vuotiailla toimeentulotuen saannin mukaan vuosina 2006–2014.

Kuntoutuspalveluiden käyttö

Kelan järjestämien kuntoutuspalveluiden avulla pyritään säilyttämään ja parantamaan henkilön opiskelu-, työ- ja toimintakykyä. Myös työeläkelaitokset järjestävät kuntoutusta, mutta 18–34-vuotiaiden ikäryhmässä se on kohtalaisen harvinaista, eli aineistollamme saamme hyvän kuvan kuntoutuspalveluiden käytön yleisyydestä tässä ikäryhmässä. Kelan kuntoutuspalveluiden käyttöä kuvataan kuviossa 5.6.



Kuvio 5.6. Kelan kuntoutuspalveluita käyttäneiden osuus ikäryhmän ja sukupuolen mukaan (2014).

Kelan kuntoutusta oli vuonna 2014 saanut 3 prosenttia (n=1 142) toimeentulotukiasiakkaista ja 2 prosenttia (n=4 788) muusta ikäryhmästä. Kuntoutuspalveluiden käyttö oli huomattavasti yleisempää naisilla, mutta ero toimeentulotukiasiakkaiden ja muun ikäryhmän välillä oli suurempi miehillä.

Psykoterapia oli yleisin käytetty kuntoutusmuoto. Käytetyt kuntoutusmuodot vaihtelivat kuitenkin toimeentulotuen saannin mukaan. Kuntoutuksessa olleista toimeentulotukiasiakkaista selvästi pienempi osa oli käynyt psykoterapiassa (59 % verrattuna muun ikäryhmän 77 %:iin), kun taas erilaiset koulutukset ja yksilölliset kuntoutusjaksot tai kuntoutuskurssit olivat heillä huomattavasti yleisempiä (Taulukko 5.2).

Taulukko 5.2. Yleisimmät kuntoutusmuodot kuntoutusta saaneilla 18–34-vuotiailla toimeentulotuen saannin mukaan (2014) (%)

	Ei toimeentulotukea	Toimeentulotukiasiakas
Psykoterapia	76,6	58,7
Koulutus	10,0	21,1
Kuntoutus	5,8	17,7
Fysioterapia	6,6	3,5
Työkokeilu	1,1	3,7
Neuropsykologinen kuntoutus	1,4	2,3
Musiikki	0,9	1,0
Toimintaterapia	1,0	0,8
Muut	1,0	0,8
Puheterapia	0,9	0,3

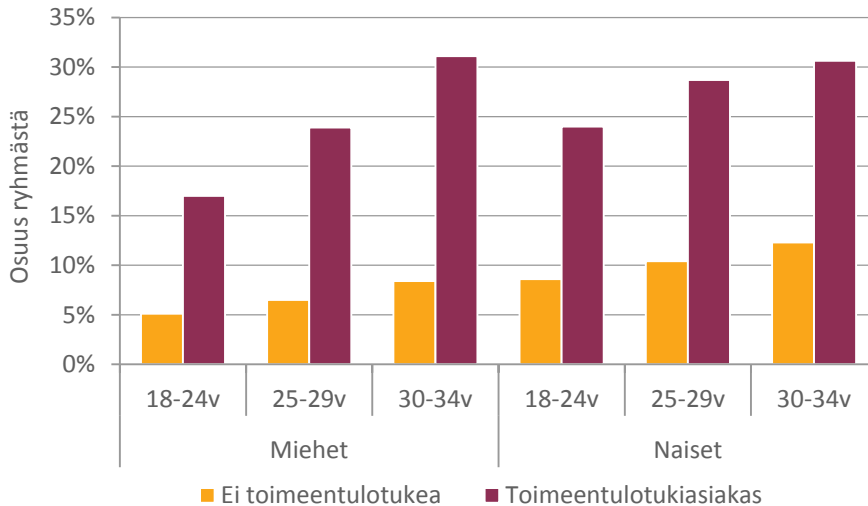
Huom. ”Kuntoutus” pitää sisällään seuraavat: ammatillisesti syvennetty lääkinnällinen kuntoutus, yksilöllinen kuntoutusjakso, kehittämistoimintaan liittyvä kuntoutus, kuntoutustarveselvitys, kuntoutuskurssi, päivä kuntoutus ja kuntoutustutkimus. ”Muut” pitää sisällään seuraavat: apuväline, elinkeinotuki ja tutkimuslausunto.

5.2. Mielenterveysongelmista kärsivien toimeentulotukiasiakkaiden palveluiden ja lääkkeiden käyttö

Tässä osiossa kuvaamme tarkemmin niitä 18–34-vuotiaita, joilla oli vuonna 2014 käynti erikoissairaanhoidossa psykiatrisella päädiagnoosilla tai psyykenlääkkeiden käyttöä. Tarkastelemme heidän mielenterveysongelmia, erikoissairaanhoidon palveluiden käyttöä sekä Kela-korvattuja psyykenlääkeostoja verraten toimeentulotukea saaneita muuhun ikäryhmään.

Toimeentulotukiasiakkailla lähes kolme kertaa todennäköisemmin mielenterveysongelma

Kaikkiaan 18–34-vuotiaista toimeentulotukiasiakkaista 25 prosentilla oli vuonna 2014 jokin mielenterveysongelma, kun muussa väestössä osuus oli 9 prosenttia. Mielenterveysongelmat yleistyivät iän myötä ja olivat yleisempiä naisten keskuudessa, joskin 30–34-vuotiaiden ikäryhmässä toimeentulotukea saaneet miehet ohittivat vastaavanikäisten toimeentulotukea saaneiden naisten osuuden (Kuvio 5.7).

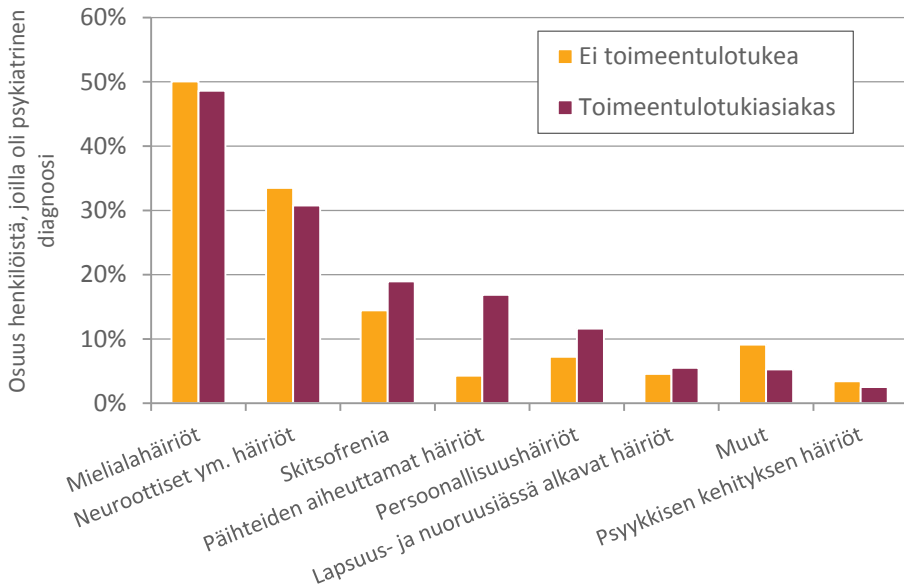


Kuvio 5.7. Mielenterveysongelmien yleisyys ikäryhmän ja sukupuolen mukaan (2014).

Huom. Mielenterveysongelma on määritelty erikoissairaanhoidon käynnin yhteydessä merkityn psykiatrisen päädiagnoosin ja psykenlääkkeiden käytön perusteella (ks. luku 4).

Koko 18–34-vuotiaiden ikäryhmässä yleisimpiä erikoissairaanhoidon psykiatrisia diagnooseja olivat vuonna 2014 mielialahäiriöt ja neuroottiset häiriöt (n. 50 % ja 33 % niistä, joilla oli jokin psykiatrisen diagnoosi). Toimeentulotukea saaneilla oli selvästi muuta ikäryhmää yleisemmin lääkkeiden ja päihteiden käyttöön liittyviä mielenterveysdiagnooseja ja hieman yleisemmin skitsofreniaa ja harhaluuloisuushäiriöitä sekä aikuisiän persoonallisuus- ja käyttäytymishäiriöitä (Kuvio 5.8).

Myös ikäryhmittäin diagnooseissa oli eroja. 30–34-vuotiailla toimeentulotukiasiakkailla oli nuorempia yleisemmin lääkkeiden ja päihteiden käyttöön liittyviä diagnooseja ja skitsofreniaa, kun taas 18–24-vuotiailla oli eniten mieliala- ja neuroottisia häiriöitä.

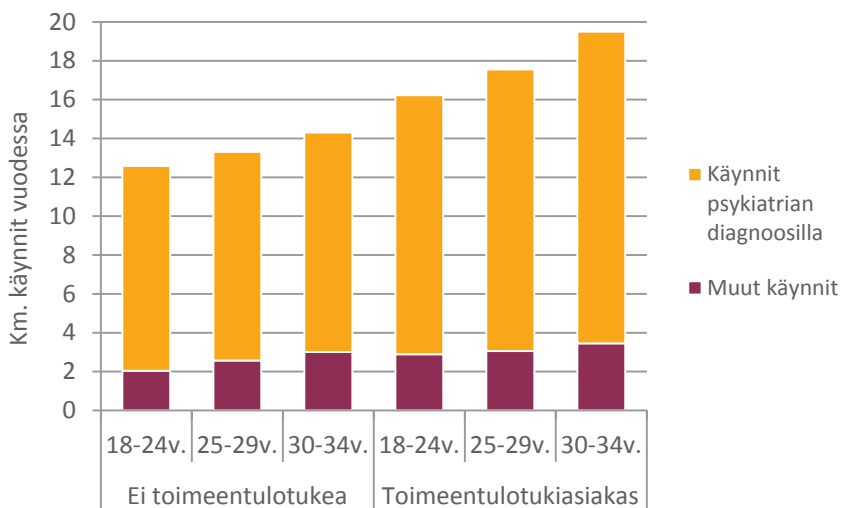


Kuvio 5.8. Psykiatriset diagnoosit toimeentulotuen saannin mukaan niillä 18–34-vuotiailla, joilla oli käynti erikoissairaanhoidossa psykiatrisella päädiagnoosilla (2014).

Huom. Henkilöllä voi olla useampi kuin yksi diagnoosi ja tämä on varsin yleistä.

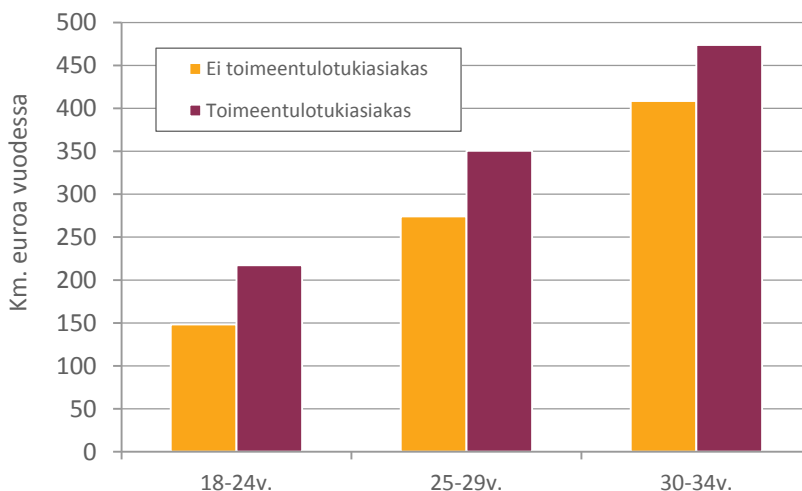
Mielenterveysongelmat yhteydessä yleisempään palveluiden käyttöön toimeentulotukiasiakkaila

Vuonna 2014 erikoissairaanhoidossa psykiatrisen diagnoosin saaneiden saman vuoden erikoissairaanhoidon palveluiden käyttöä tarkasteltaessa huomataan, että toimeentulotukea saaneilla oli keskimäärin enemmän psykiatrisia käyntejä, mutta jokseenkin saman verran muita erikoissairaanhoidon käyntejä kuin vastaavanikäisillä, jotka eivät olleet saaneet toimeentulotukea. Eniten käyntejä oli 30–34-vuotiailla toimeentulotukiasiakkaila, joilla oli keskimäärin 16 käyntiä psykiatrisella diagnoosilla ja 3 käyntiä muulla diagnoosilla (Kuvio 5.9). Erot käyntimäärissä voivat selittyä muun muassa ryhmien erilaisilla mielenterveysongelmilla (ks. kuvio 5.8).



Kuvio 5.9. Erikoissairaanhoidon käyntien keskimääräinen lukumäärä toimeentulotuen saannin mukaan niillä, joilla oli samana vuonna käynti erikoissairaanhoidossa psykiatrisella päädiagnoosilla (2014).

Samalla tavoin nähdään ero vuonna 2014 ostettujen Kela-korvattujen psyykenlääkkeiden keskimääräisissä kustannuksissa niillä, joilla oli samana vuonna erikoissairaanhoitokäynnin yhteydessä merkitty psykiatrinen diagnoosi: toimeentulotukiasiakkailta oli muuta ikäryhmää korkeammat psyykenlääkekustannukset kaikissa ikäryhmissä (Kuvio 5.10).



Kuvio 5.10. Kela-korvattujen psyykenlääkeostojen keskimääräiset kustannukset (EUR) niillä, joilla oli käynti erikoissairaanhoidossa psykiatrisella päädiagnoosilla (2014).

6. Tuen saannin kesto ja terveysongelmat

Tässä luvussa tarkastelemme edellä esiteltyjä terveyden mittareita toimeentulotukiasiakkuuden keston mukaan. Asiakkaat on jaoteltu vuoden aikana merkittyjen tukikuukausien mukaan viiteen ryhmään ja lisäksi olemme tarkastelleet tuen saantia tukivuosien mukaan. Aiemmassa tutkimuksessa on jo tullut esille, että tuen saannin kesto on yhteydessä palveluiden käyttöön.

Luvun pääviestit:

- Pitkäkestoinen (10–12 kk) toimeentulotuen saaminen on yhteydessä heikompaan sosioekonomiseen asemaan useilla eri mittareilla mitattuna.
- Pitkäkestoisesti tukea saavat nuoret aikuiset erottuvat muista vastaavanikäisistä erityisesti korkeamman psykiatristen palveluiden ja psyykenlääkkeiden käytön suhteen.
- Psykiatrisista diagnooseista erityisesti päihteiden käyttöön liittyvät häiriöt ja aikuisiän persoonallisuus- ja käyttäytymishäiriöt olivat yleisempiä pidempään tukea käyttäneillä verrattuna niin muuhun väestöön kuin tukea lyhyen aikaa käyttäneisiin.
- Psykiatrisen diagnoosin uuden tukijakson alkuvuotena oli yhteydessä pitkittyneeseen toimeentulotuen käyttöön etenkin 18–24-vuotiailla, mutta ei enää 30–34-vuotiailla.

6.1. Toimeentulotukiasiakkaat tuen pituuden mukaan

Pitkäaikainen toimeentulotuen käyttö heijastelee tavallisesti vakavampia toimeentulovaikeuksia kuin hetkellinen tukeen turvautuminen. Lyhytaikainen toimeentulotuen saaminen kertoo hetkellisestä taloudellisesta ahdingosta, mutta tuen pitkittyminen voi viitata pysyvämpään huono-osaisuuteen ja ongelmien kasaantumiseen.

Taulukossa 6.1 on kuvattu vuonna 2014 pääkaupunkiseudulla asuneiden 18–34-vuotiaiden nuorten aikuisten (n=289 601) sosiodemografisia tekijöitä toimeentulotuen saantikuukausien mukaan. Taulukon kuvailevat tiedot vahvistavat kuvaa pitkäkestoisesti tukea saavien heikommasta sosioekonomisesta asemasta. Ainoastaan peruskoulun suorittaneiden osuus kasvoi tasaisesti toimeentulotukikuukausien määrän kasvaessa: 10–12 kuukautta tukea saaneista 69 prosenttia oli suorittanut ainoastaan peruskoulun, kun osuus oli 20 prosenttia niistä, jotka eivät olleet saaneet tukea vuoden aikana laisinkaan. Matala koulutustaso on merkittävä riskitekijä pitkäaikaiselle toimeentulotuen saannille, tarkasteltiin sitten tukikuukausia tai tukivuotia.

Toisaalta ero koulutuksen suhteen nähdään myös niiden välillä, jotka eivät olleet saaneet tukea, ja niiden, jotka olivat saaneet sitä ainoastaan 1–3 kuukauden ajan.

Suuri osa 18–34-vuotiaista toimeentulotukiasiakkaista oli Tilastokeskuksen vuoden viimeistä viikkoa koskevan rekisteritiedon mukaan työttömiä, opiskelijoita tai muista syistä työvoiman ulkopuolella, kun muista samanikäisistä yli 70 prosenttia oli töissä. Työttömyys ja työvoiman ulkopuolella oleminen yleistyivät tukikuukausien kasvun myötä. Myös ulkomaalaistaustaisten osuus kasvoi asteittain toimeentulotukikuukausien määrän kasvaessa. Lisäksi 10–12 kuukautta tukea saaneista yli 90 prosenttia oli saanut tukea myös edellisellä vuonna, mikä viittaa siis pidempään kuin vuoden pituiseen tuen saantiin.

Taulukko 6.1. 18–34-vuotiaat helsinkiläiset, espoolaiset ja vantaalaiset yhteenlaskettujen toimeentulotukikuukausien mukaan vuonna 2014 (%)

	0 kk	1–3 kk	4–6 kk	7–9 kk	10–12 kk
Korkein suoritettu tutkinto					
Peruskoulu	20,1	40,0	48,4	57,8	68,8
Toinen aste	45,6	49,9	44,1	35,8	27,2
Alempi tai ylempi korkeakoulu-tutkinto	34,3	10,1	7,5	6,4	3,9
Pääasiallinen toiminta vuoden viimeisen viikon mukaan					
Työssä	72,1	43,8	32,6	20,5	9,9
Työtön	5,3	19,5	24,0	27,8	30,8
Opiskelija	14,8	24,6	25,8	29,3	25,1
Muut työvoiman ulkopuolella	7,8	12,1	17,6	22,3	34,2
Sukupuoli					
Mies	49,1	50,6	50,4	52,2	49,8
Syntyperä					
Suomalaistaustainen	83,3	75,5	71,3	66,5	65,3
Sai tukea vuonna 2013	3,1	43,8	62,3	79,4	93,8
<i>Havaintojen lukumäärä</i>	<i>253 740</i>	<i>12 149</i>	<i>6 749</i>	<i>6 193</i>	<i>10 770</i>

Huom. Syntyperä perustuu vanhempien syntymämaahan, suomalaistaustaisiksi on laskettu Suomessa tai ulkomailla suomalaisille syntyneet lapset. Toisen sukupolven maahanmuuttajat on tässä katsottu ulkomaalaistaustaisiksi.

6.2. Mielenterveysongelmista kärsineillä tuen saanti pitkäkestoisempaa

Taulukossa 6.2 on seurattu vuonna 2008 ensimmäistä kertaa toimeentulotukea saaneita 18–34-vuotiaita vuoteen 2016 asti mielenterveysongelmien mukaan (n= 5 660). Ensimmäiseksi toimeentulotukijaksoksi määriteltiin toimeentulotuen saanti

silloin, kun henkilö ei ollut saanut tukea kahtena edellisenä vuotena. Neljänneksellä tukea saaneista oli ensimmäisenä tukivuotena viitteitä mielenterveysongelmasta ja heistä puolella oli mielenterveysongelma myös vuonna 2016. Niistä vuonna 2008 tukea saaneista, joilla ei ollut mielenterveysongelmaan viittaavaa palveluiden tai lääkkeiden käyttöä vuonna 2008, kymmenesosalla oli puolestaan viitteitä mielenterveysongelmasta vuonna 2016.

Mielenterveysongelma vuonna 2008 oli yhteydessä toimeentulotuen kestoon seurannan aikana ja jopa kahdeksan vuotta myöhemmin. Niillä, joilla oli mielenterveysongelma, oli vuosien 2008–2016 välillä kertynyt keskimäärin hieman yli viisi tukikuukautta ja 0,7 tukivuotta enemmän kuin muilla. Heistä myös hieman suurempi osa, eli lähes 18 prosenttia, sai toimeentulotukea kaikkina yhdeksänä peräkkäisenä vuotena (verrattuna 15 % niistä, joilla ei vuonna 2008 ollut mielenterveysongelmaa). Suurin osa molemmista ryhmistä ei kuitenkaan saanut tukea enää vuonna 2016, mutta osuus oli 10 prosenttiyksikköä pienempi mielenterveysongelmista kärsineillä.

Koulutusaste vuonna 2016 oli hyvin samankaltainen ryhmien välillä, joskin niillä, joilla oli ollut mielenterveysongelma vuonna 2008, oli hieman harvemmin korkeakoulututkinto vuonna 2016. Myös työttömien ja opiskelijoiden osuudet olivat samankaltaiset. Vuoden 2008 mielenterveysdiagnoosi oli kuitenkin yhteydessä heikompaan työllisyyteen vuonna 2016, sillä suurempi osa mielenterveysdiagnoosin saaneista oli työvoiman ulkopuolella. Tämä johtunee suurelta osin suuresta työkyvyttömyyseläkettä saavien määrästä verrattuna muuhun ikäryhmään.

Taulukko 6.2. Vuonna 2008 ensimmäistä kertaa toimeentulotukea saaneiden 18–34-vuotiaiden seuranta vuoteen 2016 vuoden 2008 mielenterveysongelman mukaan

	Ei mielenterveys- ongelmaa 2008	Mielenterveys- ongelma 2008
Mielenterveysongelma 2016	10,7 %	53,3 %
Tuen kesto 2008–16		
Keskimääräiset tukikuukaudet 2008–16	26,8	32,4
Keskimääräiset tukivuodet 2008–16	4,3	5,0
Sai tukea 9 vuotta peräkkäin*	15,3 %	17,9 %
Tuen kesto vuonna 2016		
0 kk	68,2 %	59,6 %
1–3 kk	7,7 %	9,8 %
4–6 kk	4,7 %	6,3 %
7–9 kk	5,4 %	7,3 %
10–12 kk	14,0 %	17,0 %
Korkein suoritettu tutkinto 2016		
Peruskoulu	30,3 %	29,5 %
Toinen aste	49,1 %	52,6 %
Alempi tai ylempi korkeakoulututkinto	20,7 %	17,9 %
Pääasiallinen toimi vuoden 2016 viimeisen viikon mukaan		
Töissä	57,8 %	41,8 %
Työtön	19,9 %	20,4 %
Opiskelija	9,1 %	11,5 %
Muut työvoiman ulkopuolella	13,3 %	26,4 %
Työkyvyttömyyseläkkeellä 2016	1,8 %	14,6 %
<i>Havaintojen lukumäärä</i>	4 248	1 412

Huom. Mielenterveysongelma on määritelty erikoissairaanhoidon käynnin yhteydessä merkityn psykiatrisen diagnoosin ja psykenlääkkeiden käytön perusteella (ks. luku 4). *Yhdenkin kuukauden toimeentulotuen saanti per vuosi otetaan tässä huomioon.

6.3. Pitkäaikaisesti toimeentulotukea saaneet eroavat muista tukiasiakkaista

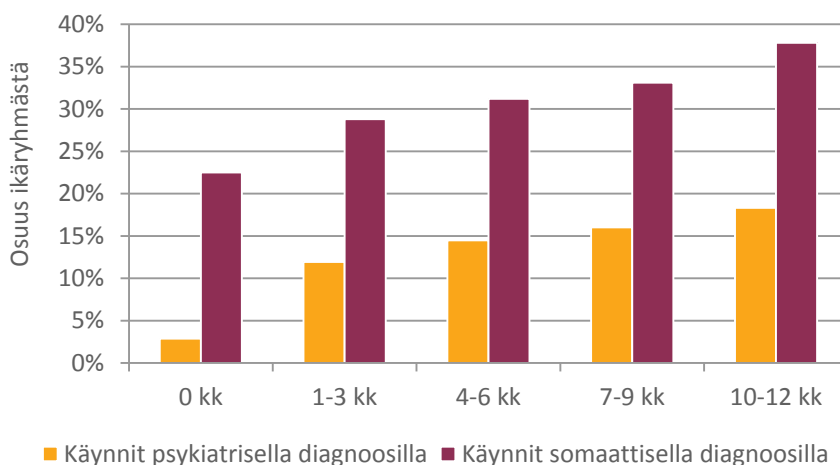
Erikoissairaanhoidon palveluiden sekä Kela-korvattujen lääkkeitöiden ja kustannusten tarkastelu osoittaa, että vuonna 2014 pitkäkestoisesti (10–12 kk) toimeentulotukea saaneet nuoret eroavat terveytensä suhteen niin muusta väestöstä kuin lyhyen aikaa tukea saaneista.

Erikoissairaanhoidon palveluiden käyttö

Edellisessä luvussa todettiin, että erikoissairaanhoidon palveluiden käyttö oli vuonna 2014 toimeentulotukea saaneilla nuorilla aikuisilla yleisempää kuin muulla vastaavanikäisellä väestöllä. Erityisesti psykiatrisella päädiagnoosilla tehdyissä käynneissä ero oli huomattava. Samalla tavalla myös toimeentulotuen kesto vuonna 2014 oli yhteydessä erikoissairaanhoidon palveluiden käyttöön (Kuvio 6.1).

Sekä psykiatrisilla että muilla päädiagnooseilla tehdyt erikoissairaanhoidon käynnit yleistyivät tasaisesti toimeentulotuen keston pidentyessä. Yli 10 kuukautta tukea saaneista 38 prosenttia oli käynyt erikoissairaanhoidossa somaattisella diagnoosilla ja 18 prosenttia psykiatrisella diagnoosilla, kun vastaavat osuudet olivat 29 prosenttia ja 12 prosenttia niistä, jotka olivat saaneet toimeentulotukea alle 3 kuukautta, ja 23 prosenttia ja 3 prosenttia niistä, jotka eivät olleet käyttäneet toimeentulotukea vuoden 2014 aikana lainkaan. Käynnit somaattisella diagnoosilla olivat siis 1,7 kertaa ja käynnit psykiatrisella diagnoosilla 6,3 kertaa yleisempiä niillä, jotka olivat saaneet toimeentulotukea 10–12 kuukautta verrattuna niihin, jotka eivät saaneet tukea. Verrattuna 1–3 kuukautta tukea saaneisiin pitkäkestoisesti tukea saaneiden palveluiden käyttö oli somaattisella diagnoosilla 1,3 kertaa ja psykiatrisella diagnoosilla 1,5 kertaa yleisempää.

On syytä mainita, että vuonna 2014 psykiatrisella päädiagnoosilla palveluita käyttäneistä yli 40 prosenttia oli käyttänyt palveluita myös muilla päädiagnooseilla. Koko ikäryhmästä puolestaan lähes neljännes oli käyttänyt erikoissairaanhoidon palveluita muulla kuin psykiatrisella päädiagnoosilla. Mielenterveyden häiriöt ovatkin monella tapaa kietoutuneita esimerkiksi somaattiseen oireiluun, muihin sairauksiin ja erilaisiin tapaturmiin (ks. esim. Prince ym. 2007).



Kuvio 6.1. Erikoissairaanhoidon palveluita käyttäneiden osuus tukikuukausien mukaan (2014).

Pääkaupunkiseudulla asuneista 18–34-vuotiaista neljällä prosentilla oli jokin erikoissairaanhoidon käynnin yhteydessä merkitty psykiatrinen päädiagnoosi vuonna 2014 (n = 12 704). Taulukossa 6.3 on kuvailtu näiden nuorten aikuisten diagnooseja toimeentulotuen keston mukaan vuonna 2014.

Taulukko 6.3. Psykiatriset diagnoosit toimeentulotuen saannin keston mukaan niillä 18–34-vuotialla, joilla oli käynti erikoissairaanhoidossa psykiatrisella päädiagnoosilla (%) (2014)

	0 kk	1–3 kk	4–6 kk	7–9 kk	10–12 kk
Mielialahäiriöt (F3)	50,4	52,1	48,9	52,0	44,8
Neuroottiset ym. häiriöt (F4)	33,7	28,8	34,0	31,0	30,6
Skitsofrenia (F2)	14,6	22,8	20,8	17,4	16,2
Muut (F0, F5, F7, F99)	9,2	6,1	6,0	4,8	4,6
Aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt (F6)	6,3	10,5	10,1	9,2	12,8
Tavallisesti lapsuus- ja nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt (F90–98)	4,6	5,3	6,8	6,3	4,8
Lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat häiriöt (F1)	4,3	8,9	11,0	13,5	27,1
Psykkisen kehityksen häiriöt (F8)	3,5	3,1	2,0	2,7	2,2
<i>Havaintojen lukumäärä (kaikki diagnoosit yhteensä)</i>	<i>7 313</i>	<i>1 450</i>	<i>977</i>	<i>992</i>	<i>1 972</i>

Huom. Henkilöllä voi olla useampi kuin yksi diagnoosi ja se onkin hyvin tavallista.

Päihdehäiriöt olivat selvimmän yhteydessä toimeentulotuen keston. Pitkäkestoisesti toimeentulotukea saavien nuorten aikuisten mielenterveysdiagnooseista 27 prosenttia liittyi päihteisiin, kun 1–3 kuukautta tukea saavilla osuus oli 9 prosenttia ja ilman tukea eläneillä 4 prosenttia. Erityisesti miehillä päihteisiin liittyvät mielenterveyshäiriöt olivat yleisiä ja yli kolmanneksella pitkäaikaisesti tukea saavista miehistä oli päihteisiin liittyvä mielenterveysdiagnoosi. Naisilla vastaava luku oli 20 prosenttia. Päihdehäiriöt ovat myös yleisempiä 30–34-vuotialla verrattuna nuorempiin.

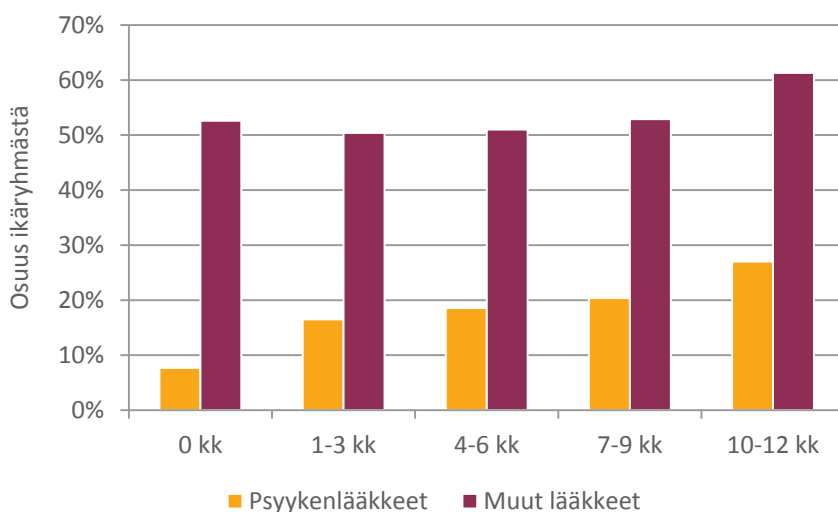
Pitkään toimeentulotukea saaneilla oli myös hieman useammin persoonallisuus- ja käyttäytymishäiriöitä kuin muilla toimeentulotukea saavilla ja kaksi kertaa useammin kuin ilman tukea eläneillä. Erityisesti pitkäaikaisesti tukea saavat naiset erottuvat, sillä heidän diagnooseistaan 18 prosenttia liittyi persoonallisuus- ja käyttäytymishäiriöihin.

Skitsofrenia ja harhaluuloisuushäiriöt olivat toimeentulotuen kestosta riippumatta yleisempiä toimeentulotukea saaneilla kuin ilman tukea toimeentulevilla. Toimeentulotukea saavilla yhteys oli kuitenkin käänteinen siten, että häiriöt olivat yleisempiä lyhyemmän aikaa tukea saavien keskuudessa. Tämä voi johtua siitä, että suuri osa

(yli 40 prosenttia) skitsofreniaa sairastavista oli työkyvyttömyyseläkkeellä, minkä vuoksi he eivät välttämättä tarvitse toimeentulotukea ainakaan jatkuvasti.

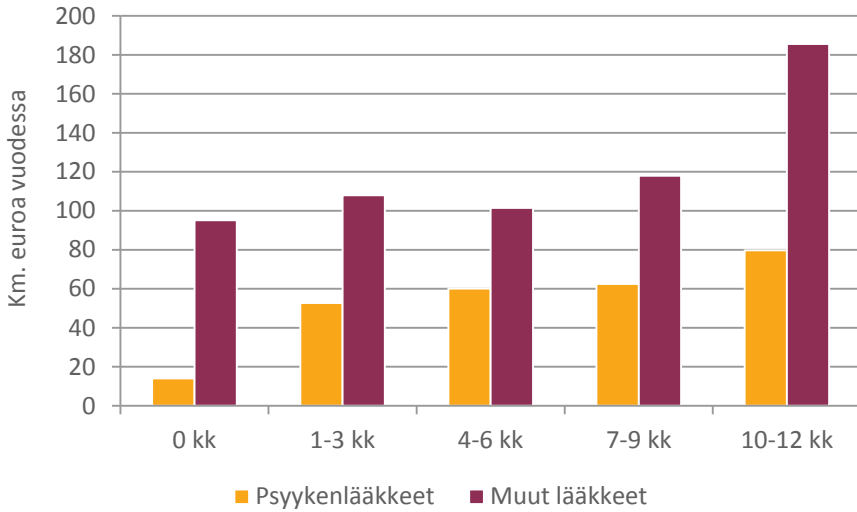
Lääkkeiden käyttö ja kustannukset

Kuviossa 6.2 on tarkasteltu Kela-korvattuja lääkkeitä käyttäneiden 18–34-vuotiaiden osuutta ikäryhmästä toimeentulotuen keston mukaan. Psykykenlääkkeiden käyttö yleistyi toimeentulotuen keston pidentyessä ja 10–12 kuukautta tukea saaneista 27 prosenttia oli käyttänyt jotakin psykykenlääkettä vuoden aikana, kun 1–3 kuukautta tukea saaneilla vastaava luku oli 17 prosenttia. Psykykenlääkkeiden käyttö yleistyi myös iän myötä ja 30–34-vuotiaat olivat käyttäneet psykykenlääkkeitä useammin kuin nuoremmat. Muiden kuin psykykenlääkkeiden kohdalla ei löytynyt toimeentulotuen keston mukaisia eroja, joskin 10–12 kuukautta tukea saaneista hieman suurempi osuus oli käyttänyt muita kuin psykykenlääkkeitä vuonna 2014.



Kuvio 6.2. Lääkkeitä ostaneiden 18–34-vuotiaiden osuudet ikäryhmästä toimeentulotuen keston mukaan (2014).

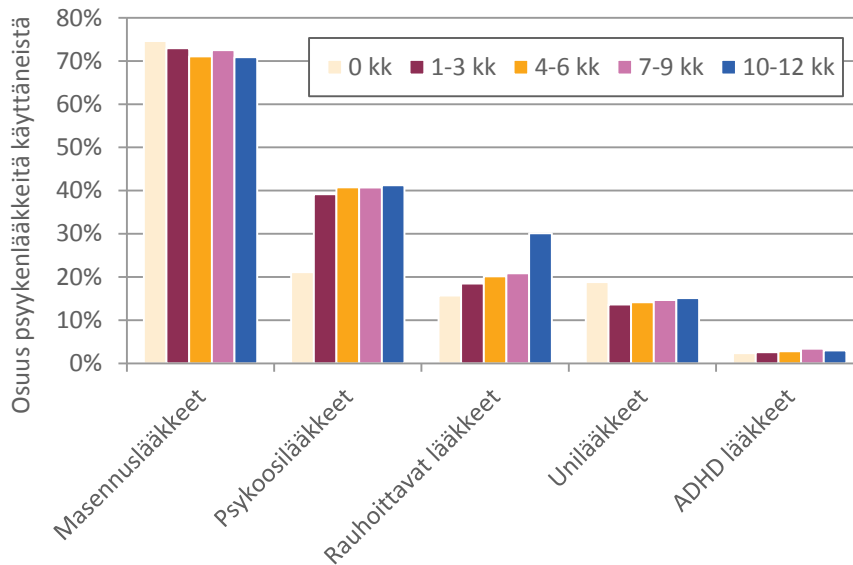
Kuviossa 6.3 on puolestaan kuvailtu 18–34-vuotiaiden lääkekustannuksia toimeentulotuen keston mukaan. Psykykenlääkkeiden keskimääräiset kustannukset ovat selvästi suuremmat toimeentulotukea saavilla ja kustannukset kasvavat toimeentulotuen keston pidentyessä. Muiden kuin psykykenlääkkeiden kohdalla ryhmien keskimääräiset kustannukset ovat hyvin samankaltaiset, mutta 10–12 kuukautta tukea saaneet korostuvat selvästi suuremmilla keskimääräisillä kustannuksilla.



Kuvio 6.3. Keskimääräiset lääkekustannukset (EUR) 18–34-vuotiailla toimeentulotuen keston mukaan (2014).

Kuviossa 6.4 on tarkasteltu tarkemmin eri psykykenlääkkeiden käyttöä niillä henkilöillä, jotka olivat psykykenlääkkeitä vuonna 2014 käyttäneet. Psykykenlääkkeitä käyttäneillä 18–34-vuotiailla yleisimmät lääkkeet olivat masennuslääkkeet eikä eroja toimeentulotuen saannin tai sen keston mukaan juuri ollut. Toiseksi yleisimmät lääkkeet olivat psykoosilääkkeet. Toimeentulotukea saavat käyttivät psykoosilääkkeitä noin kaksi kertaa enemmän kuin muut, mutta toimeentulotuen keston mukaisia eroja ei ollut juuri lainkaan. Pitkäkestoisesti toimeentulotukea saavat erottuivat muista toimeentulotukiasiakkaista rauhoittavien lääkkeiden käytössä: 30 prosenttia pitkäkestoisesti tukea saaneista ja psykykenlääkkeitä käyttäneistä oli käyttänyt vuonna 2014 rauhoittavia lääkkeitä, kun 1–3 kuukautta tukea saaneista 19 prosenttia oli käyttänyt rauhoittavia lääkkeitä.

Eri psykykenlääkkeiden samanaikainen käyttö oli suhteellisen yleistä ja kaikista psykykenlääkkeitä käyttäneistä lähes joka kolmas oli käyttänyt vähintään kahta eri psykykenlääkettä vuoden 2014 aikana. Useampien eri psykykenlääkkeiden käyttö kasvoi myös toimeentulotuen keston mukaan. Psykykenlääkkeitä käyttäneistä ilman tukea pärjänneistä 26 prosenttia, 1–3 kuukautta tukea saaneista 36 prosenttia ja 10–12 kuukautta tukea saaneista 45 prosenttia oli käyttänyt kahta tai useampaa eri psykykenlääkettä vuoden aikana.



Kuvio 6.4. Eri psykenlääkkeiden käyttö tuen saannin keston mukaan niillä 18–34-vuotiailla, jotka olivat käyttäneet psykenlääkkeitä (2014).

Huom. Yksi henkilö on voinut käyttää useampia lääkkeitä vuoden aikana.

6.4. Toimeentulotuen saannin päättyminen

Tässä osiossa tarkastelemme vuosina 2007–2011 ensimmäistä kertaa tukea saaneiden 18–34-vuotiaiden toimeentulotuen saannin päättymistä viiden vuoden seurantaajalla. Ensimmäinen toimeentulotukijakso on määritelty siten, että henkilö ei ollut saanut toimeentulotukea edeltävän kahden vuoden aikana. Määritelmän avulla tavoitamme toimeentulotuen saannin tarkan alkamisajan. Toimeentulotuki on määritelty loppuneeksi, kun henkilö ei ole saanut tukea *kuuden kuukauden yhtäjaksoisena* aikana. Tällä tavoin olemme pyrkineet tavoittamaan myös ne henkilöt, jotka saavat tukea toistuvasti pitkältä ajalta. Mukana tarkastelussa oli yhteensä 36 728 toimeentulotukijaksoa.

Olemme seuranneet henkilöitä sen perusteella, oliko heillä seurannan alkuvuotena käynti erikoissairaanhoidon palveluissa psykiatrisella, muulla kuin psykiatrisella, vai molemmilla diagnooseilla ja vertaamme näitä ryhmiä niihin, joilla ei ollut mitään diagnoosia seurannan alkuvuotena. Muista kuin psykiatrisella diagnoosilla tehdyistä käynneistä on jätetty raskauteen liittyvät käynnit pois.

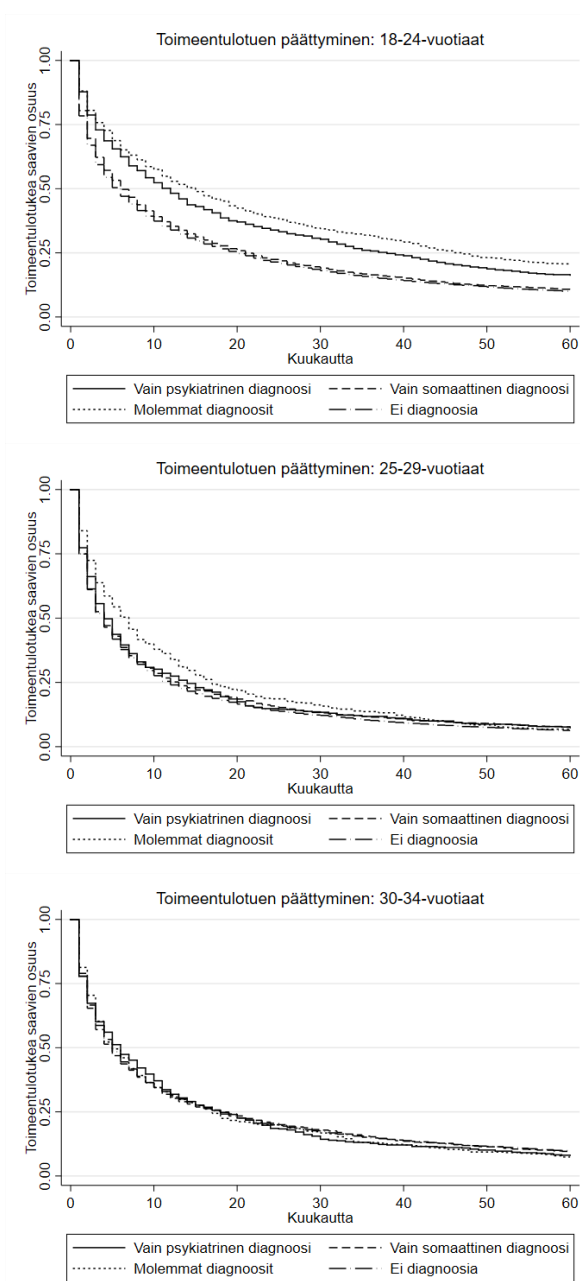
Taulukossa 6.4 on kuvailtu seurattavien henkilöiden taustatekijöitä seurannan alkuvuoden psykiatrisen diagnoosin mukaan ja ensimmäisen toimeentulotukijakson kestoja taustatekijöiden mukaan. Psykiatrisen diagnoosin saaneet olivat useammin työvoiman ulkopuolella, heistä harvemmalla oli lapsia tai perhettä ja heistä suurempi osa oli suomalaistaustaisia. Lisäksi 44 prosentilla oli myös jokin somaattinen diagnoosi verrattuna 23 prosenttiin henkilöistä, joilla ei ollut psykiatrista diagnoosia.

Taulukko 6.4. Ensimmäistä kertaa toimeentulotukea vuosina 2007–2011 saaneiden 18–34-vuotiaiden taustatekijät psykiatrisen diagnoosin mukaan ja toimeentulotukijakson keskimääräinen pituus taustatekijöiden mukaan

	Diagnoosi seurannan alussa (%)		Ensimmäisen toimeentulotukijakson pituus (kk)	
	Psykiatrinen diagnoosi	Ei psykiatrista diagnoosia	Keskiarvo	Mediaani
<i>Kaikki</i>	4 300	32 428	14,6	5
Sukupuoli				
Mies	40,6	50,4	14,8	6
Nainen	59,4	49,6	14,4	5
Korkein suoritettu tutkinto				
Peruskoulu	52,1	50,3	19,8	10
Toinen aste	41,1	40,8	9,3	3
Alempi tai ylempi korkeakoulututkinto	6,8	8,9	9,0	3
Pääasiallinen toiminta vuoden viimeisen viikon mukaan				
Työssä	32,1	43,8	7,6	3
Työtön	14,0	16,8	21,4	12
Opiskelija	29,2	24,7	16,7	8
Muut työvoiman ulkopuolella	24,7	14,7	22,7	12
Perhe				
Kaksi aikuista ja lapsia	11,0	21,8	16,5	7
Yksi aikuinen ja lapsia	5,9	7,6	16,1	7
Kaksi aikuista, ei lapsia	24,4	26,4	12,9	4
Yksi aikuinen, ei lapsia	58,7	44,1	14,5	5
Taustamaa				
Suomi	90,3	70,2	12,5	4
Muu	29,8	9,7	20,0	10
Ikä				
18–24	56,1	55,0	16,1	6
25–29	22,9	26,0	11,6	4
30–34	21,0	19,0	14,3	5
Somaattinen diagnoosi				
Kyllä	44,4	22,7	15,6	6
Ei	55,6	77,3	14,3	5
Psykiatrinen diagnoosi				
Kyllä	100	0	18,6	9
Ei	0	100	14,0	5

Keskimääräinen tukijakso oli 14,6 kuukautta pitkä (mediaani 5 kk). Henkilöillä, joilla oli psykiatrinen diagnoosi alkuvuotena, tukijakson pituus oli kuitenkin 18,6 kuukautta (mediaani 9 kk). Lisäksi toimeentulotukijakson keston suhteen erottuivat selvästi seuraavat yksittäin tarkastellut tekijät (Taulukko 6.4): ei peruskoulun jälkeistä tutkintoa (tuen keskimääräinen kesto viiden vuoden seuranta-ajalla 19,8 kuukautta), työtön (21,4 kk), muuten työvoiman ulkopuolella oleva (22,7 kk) sekä ulkomaalaistaustainen (20,0 kk). Lapsettomien pariskuntien toimeentulotuen kesto oli lyhyempi (12,9 kk) kuin pariskunnilla, joilla oli lapsia (16,5 kk). Ikäryhmien mukaan tarkasteltuna 18–24-vuotiailla oli keskimäärin hieman pidempiä toimeentulotukijaksoja kuin vanhemmilla. Tulokset ovat siis samansuuntaisia kuin silloin, kun tuen kesto tarkastellaan poikkileikkausvuodelta, kuten on tehty aikaisemmin tässä luvussa.

Kuviossa 6.5 ja taulukossa 6.5 on tarkasteltu toimeentulotuen päättymistä erikoissairaanhoidon palveluiden käytön perusteella. Palveluiden käyttö on mitattu toimeentulotukijakson alkuvuotena. Ikäryhmien välillä on selviä eroja siinä, miten psykiatrinen ja/tai somaattinen diagnoosi ovat yhteydessä toimeentulotukijakson päättymiseen. Nuorimmassa ikäryhmässä ero diagnoosien mukaan on selkeä (lukuun ottamatta niitä, joilla oli vain somaattinen diagnoosi), mutta 30–34-vuotiailla diagnoosi lähtötilanteessa ei näytä olevan yhteydessä toimeentulotuen saannin keston. Keskimmaisessä ikäryhmässä ero tulee esiin vain niiden osalta, joilla oli alkuvuotena sekä psykiatrinen että somaattinen diagnoosi.



Kuvio 6.5. Kaplan-Meier-estimaatit toimeentulotuen päättymisen yhteydestä psykiatriseen ja/tai somaattiseen diagnoosiin ikäryhmittäin.

Kuviossa on otettu huomioon ensimmäistä kertaa toimeentulotukea 2007–2011 saaneet pääkaupunkiseudulla asuneet henkilöt. Diagnoosi perustuu lähtötilanteeseen tuen saannin ensimmäisenä vuotena. Henkilöitä on seurattu 60 kuukautta.

Taulukko 6.5. Uusien toimeentulotukiasiakkaiden tukijaksojen päättyminen ikäryhmän ja diagnoosin mukaan

		Havaintojen lukumäärä seurannan alussa	Havaintoja jäljellä 12 kk jälkeen (%)	Kulunut aika, kun havaintoja jäljellä 25 prosenttia (kk)	Havaintoja jäljellä seurannan päättyessä (%)
18–24	Vain psykiatrinen diagnoosi	1 334	48,2	37	16,3
	Vain somaattinen diagnoosi	3 982	35,4	20	10,8
	Molemmat diagnoosit	1 078	52,9	46	20,2
	Ei diagnoosia	13 860	33,9	19	9,9
25–29	Vain psykiatrinen diagnoosi	561	27,5	13	7,3
	Vain somaattinen diagnoosi	1 879	25,2	12	7,7
	Molemmat diagnoosit	425	33,9	17	6,8
	Ei diagnoosia	6 539	24,0	11	6,3
30–34	Vain psykiatrinen diagnoosi	496	31,9	17	8,1
	Vain somaattinen diagnoosi	1 514	30,3	17	9,4
	Molemmat diagnoosit	406	30,8	17	7,4
	Ei diagnoosia	4 654	31,4	17	9,9

Huom. Taulukossa on otettu huomioon ensimmäistä kertaa toimeentulotukea 2007–2011 saaneet pääkaupunkiseudulla asuneet henkilöt. Diagnoosi perustuu lähtötilanteeseen tuen saannin ensimmäisenä vuotena. Henkilöitä on seurattu 60 kuukautta. Taulukossa esitetään havaintojen lukumäärä seurannan alussa, havaintojen jäljellä oleva osuus 12 kuukauden seurannan jälkeen ja seurannan päättyessä sekä kulunut aika, kun asiakkaista 75 prosentilla on tukijakso päättynyt.

Ensimmäisen kahdenoista kuukauden aikana suurin osa oli päässyt pois tuelta jokaisessa ikäryhmässä ja kaikissa diagnoosiryhmissä (Taulukko 6.5). Osuuksissa oli kuitenkin selviä ryhmien välisiä eroja. 25–29-vuotiaiden ryhmässä 75 prosentilla uusista toimeentulotukiasiakkaista tukijakso oli päättynyt noin vuoden sisällä lukuun ottamatta niitä, joilla oli sekä psykiatrinen että somaattinen diagnoosi lähtötilanteessa. 30–34-vuotiaiden ryhmässä tukijaksot olivat pidempiä, mutta eroja diagnoosien mukaan ei ollut. 18–24-vuotiaiden tukijaksot olivat huomattavasti pidempiä ja tässä ikäryhmässä myös suurempi osa sai tukea vielä seurannan päättyessä. Niistä 18–24-vuotiaista, joilla oli psykiatrinen (ja somaattinen) diagnoosi, lähes puolet sai toimeentulotukea edelleen 12 kuukauden jälkeen. Tuen päättymiseksi on laskettu vähintään kuuden kuukauden yhtäjaksoinen ilman toimeentulotukea.

Mielenterveysongelmat näyttäisivät siis olevan yhteydessä toimeentulotukijaksojen pitkittymiseen 18–34-vuotiailla, kun taas yksin somaattinen erikoissairaanhoidon

käyttö laajasti tarkasteltuna ei ole. Tässä ei ole tarkasteltu sitä, mitä toimeentulotuen päättymisen jälkeen seuraa. Toimeentulotukiasiakkuuden päätyminen voi yhtä hyvin tarkoittaa työllistymistä, koulutukseen siirtymistä tai työkyvyttömyyseläkkeelle päätymistä. Lisäksi muutokset perhetilanteessa voivat vaikuttaa toimeentulotuen saannin päättymiseen (esim. asuminen puolison kanssa, jonka tulot otetaan huomioon toimeentulotukihakemuksessa).

Mielenterveysongelmat ovat yksi keskeinen nuorten työkyvyttömyyden syy. Jos tarkasteltaisiin vain niitä, jotka siirtyvät työmarkkinoille, on todennäköistä, että ero kasvaisi edelleen niiden välillä, joilla on tai ei ole psykiatrista diagnoosia. Joka tapauksessa ero on tässäkin jo huomionarvoinen.

Nuorten mielenterveysongelmat ovat merkittävästi yhteydessä pitkäkestoiseen toimeentulotuen saantiin, tarkasteltiin tuen saamista sitten vuoden poikkileikkauksena tai pitkäkestoisesti useiden vuosien ajalta. Tulokset vahvistavat käsitystä mielen-terveyden vahvasta linkittymisestä sosioekonomiseen asemaan. Erityisen kiinnostavaa tässä on yhteys mielenterveysongelmien ja ensimmäisen tukijakson keston välillä nuorimmassa ikäryhmässä. Tähän tulokseen voi osaltaan vaikuttaa se, että tarkastelimme ainoastaan uusia toimeentulotukiasiakkaita, eli henkilöitä, jotka eivät olleet saaneet tukea kahtena edellisenä vuotena.

7. Mielenterveysongelmat, varhaisaikuisuuden toimeentulotukiasiakkuus ja perhetausta

Tässä osiossa tarkastelemme 16–22-vuotiaiden mielenterveysongelmia, perhetaustan yhteyttä mielenterveysongelmiin sekä näiden yhteyttä myöhempään toimeentulotuen saantiin varhaisaikuisuudessa. Muista luvuista poiketen seuranta alkaa jo ennen täysi-ikäisyyttä, sillä tavoitteena on analysoida jo varhaisemmassa vaiheessa esiintyneiden mielenterveysongelmien yhteyttä myöhempään toimeentulotuen saantiin ja sen kestoon sekä tarkastella myös perheen sosioekonomisen aseman yhteyttä niin mielenterveysongelmiin kuin toimeentulotuen saamiseen.

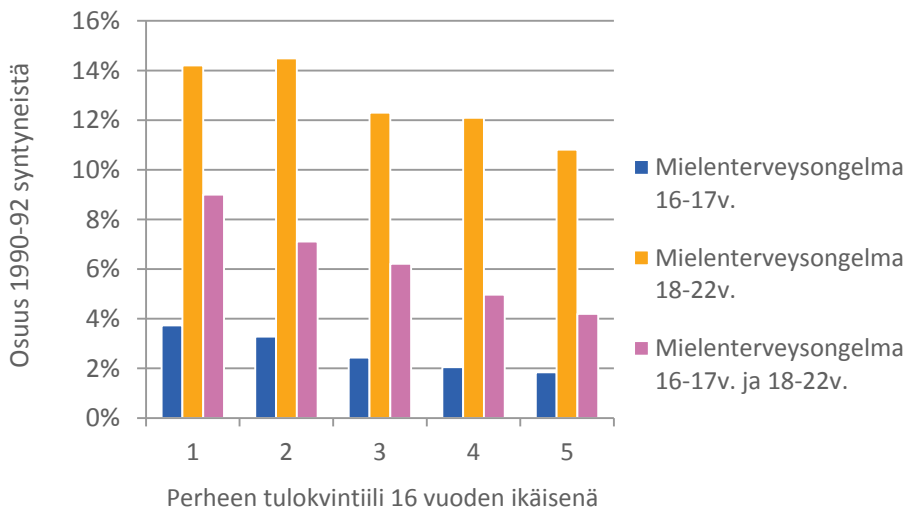
Luvun pääviestit:

- Nuorten mielenterveysongelmat ovat yleisempiä alemmissa tuloluokissa.
- Mielenterveysongelmat ovat yhteydessä myöhempään toimeentulotuen saantiin kaikissa tuloluokissa.
- Niillä, joilla oli viitteitä mielenterveysongelmasta, oli harvemmin peruskoulun jälkeinen tutkinto 22 vuoden iässä.
- Mielenterveysongelmien ennaltaehkäisy, varhainen ongelmiin puuttuminen sekä mielenterveysongelmista kärsivien moniammatillinen tukeminen ovat merkittävässä asemassa nuorten syrjäytymisen ehkäisemiseksi, etenkin alemmissa tuloluokissa.

7.1. Nuorten mielenterveysongelmat yleisempiä tulonjaon alapäässä

Seuraamme vuonna 1990–1992 syntyneitä henkilöitä, jotka 16-vuotiaana asuivat Helsingissä, Vantaalla tai Espoossa, siihen asti kunnes he olivat 22-vuotiaita (n= 34 247). Kuvio 7.1 esittää tuloluokittain niiden nuorten osuudet, joilla oli julkisen erikoissairaanhoidon palvelujen käyttöä psykiatrisella päädiagnoosilla ja/tai psykenlääkkeiden käyttöä 16–17-vuotiaana, 18–22-vuotiaana tai molemmissa ikävaiheissa. Valtaosalla nuorista ei ollut merkintää mielenterveysongelmasta tällä ajanjaksolla, mutta toisaalta 9 prosentilla oli jo 16–17-vuotiaana havaittu mielenterveysongelma ja lisäksi 13 prosentilla sellainen oli 18–22-vuotiaana.

Kuvio 7.1 osoittaa, että mielenterveysongelmat nuoruudessa ja myös täysi-ikäisyyden jälkeen ovat yhteydessä henkilön perheen tulotasoon silloin, kun henkilö oli 16-vuotias. Alimpaan tuloviidennekseen kuuluneista 27 prosentilla oli rekisterien mukaan jokin mielenterveysongelma 16. ja 22. ikävuoden välillä, kun osuus oli 17 prosenttia rikkaimpaan tuloviidennekseen kuuluneilla. Merkittävin ero tuloluokkien välillä on mielenterveysongelmissa, jotka oli havaittu 16–17 vuoden iässä. Tämä vahvistaa aiempia tuloksia sosioekonomisista eroista mielenterveysongelmissa jo nuoruudessa.



Kuvio 7.1. Mielenterveysongelmien yleisyys tuloluokittain (vuosina 1990–1992 syntyneet).

Huom. Tulokvintiilit viittaavat henkilön perheen ekvivalenteihin käytettävissä oleviin tuloihin (verojen ja tulonsiirtojen jälkeen), kun henkilö oli 16-vuotias. Käytetty tulokäsite ei sisällä kotitalouksien välisiä tulonsiirtoja (esimerkiksi elatusmaksuja). Tulokvintiilit on muodostettu pääkaupunkiseudun väestön perusteella. Perheen tulotiedot puuttuivat 2,3 prosentilta (n= 786) tutkimuskohortin henkilöistä. Heidät on tässä laskettu kuuluvaksi alimpaan tulokvintiiliin.

Taulukossa 7.1 on tarkasteltu henkilön taustaominaisuuksia ja toimeentulotuen saantia 22-vuotiaana mielenterveysdiagnoosien mukaan tutkimuskohortissamme. Mielenterveysdiagnosi 16–17-vuotiaana oli yhteydessä toimeentulotuen saantiin 22-vuotiaana: 29 prosenttia tästä joukosta sai toimeentulotukea 22-vuotiaana, kun osuus oli 10 prosenttia heistä, joilla ei ollut mielenterveysdiagnosia missään vaiheessa 16 ja 22 ikävuoden välillä. Osuus oli jopa 41 prosenttia heistä, joilla oli mielenterveysdiagnosi sekä 16–17-vuotiaana että 18–22-vuotiaana.

Huomionarvoista on myös, että 22 vuoden ikään mennessä suurempi osa mielenterveysongelmista kärsivistä ei ollut suorittanut peruskoulun jälkeistä tutkintoa. Mielenterveysongelmat voivat viivästyttää ja heikentää koulutus- ja työllisyystule-

mia, mikä voi vaikuttaa ansioihin ja lisätä toimeentulotuen tarvetta. Tämä korostui etenkin niillä, joilla oli viitteitä mielenterveysongelmasta 16–17-vuotiaana: heistä noin 40 prosentilla ei ollut peruskoulun jälkeistä tutkintoa 22-vuotiaana verrattuna 31 prosenttiin niistä, joilla oli viitteitä mielenterveysongelmasta ainoastaan 18 ikävuoden jälkeen ja 16 prosenttiin niistä joilla ei ollut missään vaiheessa viitteitä mielenterveysongelmasta. Toisaalta myös perheen heikommät mahdollisuudet tukea opintojen aikana taloudellisesti voi viivästyttää opintoja esimerkiksi osa-aikaisen työskentelyn myötä.

Taulukko 7.1. Perhetausta 16-vuotiaana, mielenterveysongelmat ja toimeentulotuen saanti 22-vuotiaana

	Ei mielenterveys- diagnoosia 16–22-v.	Mielenterveys- diagnoosi 16–17v.	Mielenterveys- diagnoosi 18–22v.	Mielenterveys- diagnoosi sekä 16–17v. että 18–22v.	Kaikki
<i>Havaintojen lukumäärä</i>	26 652	941	4 433	2 221	34 247
Osuus kaikista havainnoista (%)	77,8	2,8	12,9	6,5	100
Miehiä (%)	53,1	45,6	41,4	35,2	50,2
<i>Mitattu 22 vuoden iässä</i>					
Sai toimeentulotukea (%)	10,4	28,6	29,2	41,0	15,3
Vain peruskoulututkinto (%)	15,8	42,1	31,0	49,8	20,7
Asui yksin (%)	44,4	42,3	51,0	51,1	45,6
<i>Mitattu 16 vuoden iässä</i>					
Alin tulokvintiili (%)	20,7	29,9	24,1	30,5	22,0
Puuttuvat perhetulotiedot (%)	2,2	4,1	2,1	3,3	2,3
Perheen aikuisen/aikuisten korkein koulutus: vain peruskoulututkinto (%)	13,7	24,2	17,8	23,4	15,2
Yhden vanhemman perhe (%)	21,3	28,5	27,6	30,6	22,9

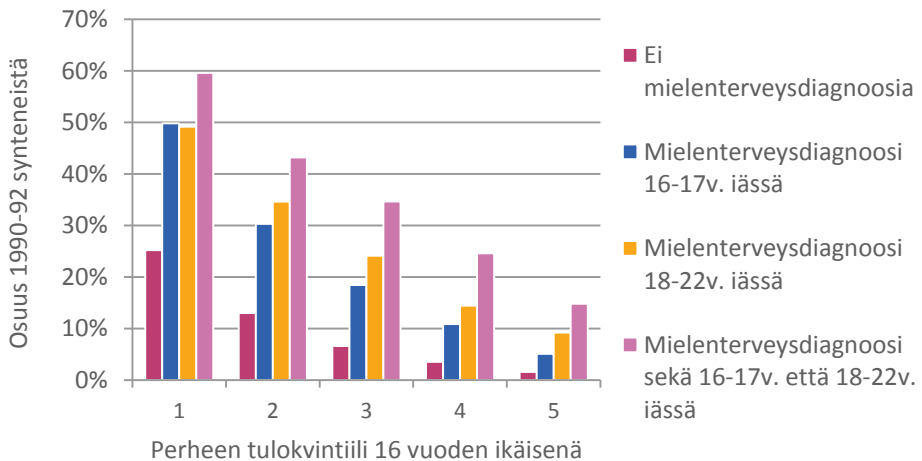
Huom. Tulokvintiilit viittaavat henkilön perheen ekvivalenteihin käytettävissä oleviin tuloihin (verojen ja tulonsiirtojen jälkeen), kun henkilö oli 16-vuotias. Käytetty tulokäsite ei sisällä kotitalouksien välisiä tulonsiirtoja (esimerkiksi elatusmaksuja). Tulokvintiilit on muodostettu pääkaupunkiseudun väestön perusteella. Henkilöt, joille ei ollut saatavilla perheen tulotietoja 16-vuotiaana, on laskettu kuuluvaksi alimpaan tulokvintiiliin.

Taulukosta 7.1 käy ilmi, että mielenterveysongelmat ovat hieman yleisempiä niillä, jotka asuivat 16-vuotiaana yhden vanhemman kanssa, joiden perhe kuului alimpaan tuloviidennekseen ja joiden vanhemmilla oli vain peruskoulututkinto. Kuitenkin mielenterveysdiagnoosi vain 18–22-vuotiaana on heikommien yhteydessä alhaisempaan sosioekonomiseen taustaan näillä mittareilla mitattuna kuin mielenterveysdiagnoosi 16–17-vuotiaana. Yleisempi yksityisten palveluiden käyttö ylemmissä sosioekonomisissa luokissa voi vaikuttaa rekisteritiedoista havaitsemiimme mielenterveysongelmiin etenkin 16–17-vuotiaiden ryhmässä.

7.2. Toimeentulotuen saanti yleisempää pienituloisista perheistä tulevilla

Monet sosiaaliset ja terveydelliset ongelmat nivoutuvat yhteen ja kulkevat yli sukupolvien. Tutkimusta tarvitaan lisää siitä, mihin osatekijään kannattaisi erityisesti puuttua ja missä väestöryhmissä. Edellä osoitimme, että mielenterveysongelmat ovat yleisempiä pienituloisista perheistä tulevilla ja että varhaiset mielenterveysongelmat puolestaan ovat yhteydessä myöhempään toimeentulotuen saantiin. Tämän lisäksi on huomattava, että toimeentulotuen saanti on yhteydessä perheen tulotasoon. Aiemmassa tutkimuksessa on havaittu, että toimeentulotuen saanti periytyy sukupolvelta toiselle.

Kuviossa 7.2 havainnollistetaan perheen tulotason ja nuoren mielenterveysongelmien yhteyttä toimeentulotuen saantiin 22-vuotiaana. Ensinnäkin huomataan, että alimmassa tuloluokassa toimeentulotuen saanti on yleisintä riippumatta mielenterveysongelmista tai niiden ajankohdasta. Neljäsosa alimpaan tuloviidennekseen kuuluneista perheistä tulevista sai toimeentulotukea 22-vuotiaana verrattuna rikkaimman tuloviidenneksen 1,5 prosenttiin silloin, kun henkilöllä ei ollut mielenterveysdiagnoosia. Toimeentulotuen saanti oli alimmassa tuloviidenneksessä siis 16-kertaa yleisempää kuin ylimmässä tulokvintiilissä.



Kuvio 7.2. Toimeentulotuen saanti tulokvintiilin ja mielenterveysongelmien mukaan 1990–1992 syntyneillä.

Huom. Tulokvintiilit viittaavat henkilön perheen ekvivalenteihin käytettävissä oleviin tuloihin (verojen ja tulonsiirtojen jälkeen), kun henkilö oli 16-vuotias. Käytetty tulokäsite ei sisällä kotitalouksien välisiä tulonsiirtoja. Tulokvintiilit on muodostettu pääkaupunkiseudun väestön perusteella. Tulotiedot puuttuivat 2,3 prosentilta (n= 786) tutkimuskohortin henkilöistä. Heidät on tässä laskettu kuuluvaksi alimpaan tulokvintiiliin.

Toimeentulotuen saaminen oli yleisempää mielenterveysongelmista kärsineillä kaikissa tuloluokissa. Tästäkin huolimatta on tärkeä nostaa esille se, että alimpaan tulokvintiiliin kuuluvista yli 60 prosenttia sai toimeentulotukea silloin, kun mielenterve-

ysongelmia oli sekä nuorena että täysi-ikäisyyden jälkeen. Ylimmässä tulokvintiilissä vastaava osuus oli 14 prosenttia.

Kuvio 7.2 osoittaa, että mielenterveysongelmat ovat merkittävä toimeentulotuen saantiin yhteydessä oleva tekijä kaikissa tuloluokissa. Ottaen huomioon mielenterveysongelmien korkeamman esiintyvyyden pienituloisilla, on etenkin pienituloisista perheistä tulevien nuorten mielenterveysongelmat iso yhteiskunnallinen kysymys.

8. Johtopäätökset: tietoa päätöksenteon tueksi

Tutkimuksen tausta

Kehittääksemme yhteiskunnan turvaverkkoja ja vahvistaaksemme varhaista puuttamista nuorten ja nuorten aikuisten ongelmiin tarvitsemme tietoa tukea tarvitsevista ryhmistä. Tässä tutkimuksessa keskityimme 18–34-vuotiaisiin nuoriin aikuisiin, toimeentulotuen käyttöön ja terveysongelmiin pääkaupunkiseudulla.

Alle 35-vuotiaat muodostavat merkittävän osan toimeentulotukiasiakkaista ja nuorten syrjäytymisen vähentämiseksi on tärkeää pyrkiä ehkäisemään etenkin pitkiä toimeentulotukijaksoja. Tämä edellyttää riskien tunnistamista hyvissä ajoin ja siihen tämän tutkimuksen tulokset tuottavat selkeää tietopohjaa. Tutkimustiedolle on esitetty tarve myös uudessa hallitusohjelmassa (Hallitusohjelma 2019), jossa on nostettu esiin mielenterveys voimavarana, pitkien toimeentulotukijaksojen vähentämisen tavoite ja nuorten syrjäytymisen torjuminen. Tässä raportissa esitetyt tulokset tukevat myös hallituksen aikeita sosiaaliturvan ja toimeentulotuen uudistamiseksi.

Tutkimuksen pääasialliset tulokset

Tulostemme mukaan useampi kuin joka kymmenes pääkaupunkiseudulla asuva 18–34-vuotias sai toimeentulotukea vuonna 2014, ja osuus on 2000-luvulla kasvanut. Lisäksi tukijaksot ovat pidentyneet. Valtaosa kaikista nuorista aikuisista ei ollut käyttänyt erikoissairaanhoidon palveluita, mutta Kela-korvattujen lääkkeiden käyttöä oli noin joka toisella. Yli 4 prosentilla oli käynti erikoissairaanhoidossa psykiatrisella diagnoosilla ja 9 prosentilla oli psykykenlääkkeiden ostoja.

Toimeentulotukiasiakkailla oli ikävereihinsa verrattuna yleisemmin terveysongelmia. Eroa palveluiden ja lääkkeiden käytössä selitti ennen kaikkea mielenterveysongelmat kuten myös aikaisemmassa tutkimuksessa on havaittu. Toimeentulotukea saavilla miehillä oli käynti erikoissairaanhoidossa psykiatrian diagnoosilla kuusi kertaa todennäköisemmin verrattuna muihin 18–34-vuotiaisiin miehiin ja vastaavasti toimeentulotukea saavilla naisilla psykiatrisen käynnin oli viisi kertaa todennäköisemmin verrattuna samanikäisiin naisiin. Mielialahäiriöt olivat selvästi yleisimpiä diagnooseja niillä, joilla oli jokin psykiatrisen diagnoosi, mutta verrattuna muuhun ikäryhmään toimeentulotukiasiakkailla korostuivat lääkkeiden ja päihteiden käyttöön liittyvät mielenterveyshäiriöt, skitsofrenia sekä persoonallisuushäiriöt. Kuntoutuspalveluita käyttäneiden osuus oli kaiken kaikkiaan pieni, mutta tässäkin toimeentulotukiasiakkaiden määrä oli suhteellisesti lähes kaksi kertaa suurempi verrattuna muihin 18–34-vuotiaisiin. Osaksi vahvaa yhteyttä mielenterveysongelmien ja toimeentulotuen saannin välillä voi selittää myös terveydenhuollon palveluissa saatu

sosiaalityöntekijöiden apu ja ohjaus hakea toimeentulotukea kattamaan esimerkiksi hoidosta aiheutuneita kustannuksia.

Palveluiden käyttö, reseptilääkeostot sekä mielenterveysongelmat olivat sitä yleisempiä mitä pitkäkestoisempaa tuen saanti oli ollut. Käyttö kasvoi tasaisesti keston mukaan niin, että ero oli havaittavissa niin lyhytaikaisesti toimeentulotukea saavien ja ei toimeentulotukea käyttäneiden välillä kuin myös pitkä- ja lyhytaikaisesti tukea saavien välillä. Taustamuuttujista peruskoulun jälkeinen tutkinto ja työssäolo olivat erityisesti pidempään tukea saaneilla harvinaisempia ja vastaavasti työttömyys ja työvoiman ulkopuolella oleminen yleisempiä.

Mielenterveysongelmat olivat yhteydessä toimeentulotuen saantiin myös silloin, kun tarkastelimme huomattavasti pidempiä ajanjaksoja sekä silloin, kun seurasimme uusia toimeentulotukiasiakkaita jopa 60 kuukauden ajan. Jälkimmäisessä seurannassa erottuivat 18–24-vuotiaiden pidemmät tukijaksot erityisesti silloin, kun heillä oli psykiatrinen (ja somaattinen) diagnoosi tukijakson alkuvuotena. Tämä viittaa siihen, että juuri nuorilla mielenterveysongelmat voivat vaikuttaa voimakkaasti oman sosioekonomisen aseman muotoutumiseen.

Lisäksi havaitsimme vahvan yhteyden jo 16–17 vuoden iässä esiintyvien mielenterveysongelmien ja varhaisaikuisuuden toimeentulotuen saannin välillä sekä perheen tulotason ja mielenterveysongelmien yleisyyden välillä. Pienituloisista perheistä tulevilla 16–17-vuotiailla oli selvästi yleisemmin mielenterveysongelmia. Tämä lisää jo ennestään korkeampaa riskiä saada myöhemmin toimeentulotukea. Varhainen mielenterveysongelma oli yhteydessä alempaan koulutustasoon 22-vuotiaana voimakkaammin kuin mielenterveysongelma täysi-ikäisyyden jälkeen. Mielenterveysongelma lisäsi toimeentulotuen saannin riskiä kaikissa tuloryhmissä, mutta 16-vuotiaana alimpaan tuloviidennekseen kuuluneista mielenterveysongelmista kärsineistä jopa 60 prosenttia sai toimeentulotukea 22-vuotiaana verrattuna ylimmän tuloviidenneksen 14 prosenttiin.

Varhainen puuttuminen mielenterveysongelmiin

Mielenterveysongelmat ovat tutkitusti yhteydessä alempaan koulutustasoon, heikompiin asumisolosuhteisiin ja köyhyteen sekä löyhään kiinnittymiseen työmarkkinoille (Murali ym. 2004; Pacheco ym. 2014). Monissa maissa, myös Suomessa, mielenterveysongelmat ovat myös yksi suurimmista syistä jäädä työkyvyttömyyseläkkeelle. Etenkin nuoremmilla henkilöillä huonoksi koettu terveys ja yksinasuminen ovat merkittäviä köyhyysriskitekijöitä, joiden on todettu olevan usein yhteydessä myös toimeentulotukiasiakkuuteen (Tuominen ym. 2011; Kauppinen ym. 2014).

Tuloksemme osoittavat ongelmien alkavan usein jo 16–17-vuotiaana ja aiemman tutkimuksen mukaan jopa tätä aiemmin. Tämä tarkoittaa, että ongelmia tulee ennaltaehkäistä ja vähentää sosiaali- ja terveydenhuollon sekä opetussektorin yhteistyöllä. Tässä toiminnassa myös olemassa oleva eriarvoisuus ja sosiaaliset rakenteet tulisi ottaa huomioon. Mielenterveyden häiriöiden tunnistaminen ja tarvittaessa jatkohoi-

toon ohjaaminen ovat koulu- ja opiskeluterveydenhuollon ydintehtäviä (Hermanson ym. 2015). Varhainen puuttuminen ja lievemmistä ongelmista kärsivien nuorten tukeminen heidän päivittäisessä ympäristössään on osoitettu vaikuttavaksi (Ranta ym. 2018, Hermanson ym. 2015). Tähän työhön tulisi perusterveydenhuollossa ja kouluissa olla riittävästi resursseja ja osaamista. Erityisesti lastensuojelun piirissä on paljon oireilevia nuoria, jolloin sosiaali- ja terveydenhuollon ja koulun yhteistyö korostuu (Hermanson ym. 2015).

Lisäksi mielenterveysongelmista kärsiviä tulisi tukea entistä paremmin koulun ja opintojen suorittamisessa ja varmistaa oman opintopolun löytyminen ja opintojen päättäminen. Siirtymisessä työelämään tarvitaan tukea ja joustavuutta myös työnantajien puolelta. Yhteiskunnan tuki on erityisen tärkeää silloin, kun nuoren oman perheen ja lähipiirin voimavarat ovat vähäiset.

Tutkittua tietoa toimeentulotukiasiakkaista ja nuorten aikuisten terveyseroista

Toimeentulotukiasiakkaiden tarkastelu on kiinnostavaa, sillä varsinkin pitkäkestoinen asiakkuus voi kertoa vakavasta taloudellisesta ahdingosta, elämänhallinnan ongelmista ja syrjäytymisen riskistä. Erityisesti tutkimuksemme tuotti lisää tietoa siitä, millainen on nuorten toimeentulotukiasiakkaiden ryhmä; tai ennemminkin, millaisia erilaisia alaryhmiä siihen sisältyy. Samalla tämän tutkimuksen tulokset kertovat yhteyksistä pienituloisuuden ja terveydenhuollon palveluiden käytön välillä. Tältä osin raportin tuloksia voidaan hyödyntää esimerkiksi keskustelussa suomalaisten terveyseroista, sairauksien ehkäisyyn ja hoidon merkityksestä eriarvoisuuden vähentämisessä, lääkekorvauksista ja sairausvakuutuksen riittävydestä sekä siitä, miten sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä toimeentulotukiasiakkaiden parissa voidaan kehittää. Tämä taas edistää ymmärrystä siitä, miten toimeentulotuen perusosan maksun siirtämisessä Kelaan tulisi huomioida toimeentulotukiasiakkaiden moninaiset tarpeet esimerkiksi juuri terveyteen liittyen.

Selvittämällä toimeentulotukiasiakkaiden palveluiden ja lääkkeiden käyttöä, terveydentilaa ja sen vaihtelua asiakkuuden eri vaiheissa ja erilaisilla asiakkailla voimme jatkossa myös kehittää resurssien kohdentamista kustannusvaikuttavasti. Tämän tutkimuksen tuloksista voivat hyötyä niin sosiaali- ja terveydenhuollon päättökentekijät, sosiaalityöntekijät kuin myös terveydenhuollon ja varhaiskasvatuksen ja koulujen henkilökunta. On tärkeää ymmärtää, että toimeentulotukiasiakkaiden ryhmä on heterogeeninen, jolloin sekä syyt toimeentulotuen käyttöön että mahdolliset seuraukset ovat moninaiset. Heikko terveys on vain yksi tärkeä tekijä tukiasiakkuuden ymmärtämisessä ja aiheen tarkempi tutkiminen auttaa myös ymmärtämään paremmin nuorten syrjäytymisen mekanismeja.

Tutkimustuloksista on hyötyä, kun kehitetään menetelmiä, joiden avulla potentiaaliset pitkäaikasiakkaat tunnistetaan varhain. Myös sairaaloissa ja terveyskeskuksissa työtä tekevien tulisi huomioida terveysongelmiin ja elämäntilanteisiin liit-

tyvät taloudelliset ongelmat ja ohjata mahdollisesti tukea tarvitsevat lääketieteellisen hoidon jälkeen sosiaalityöntekijälle. Sosiaali- ja terveystieteiden integroinnissa tämän asian organisointi tulisi olla yhtenä päämääränä. Toisaalta tuntuu järjestelmän turhulta kuormittamiselta ja siten resurssien hukkaan heittämiseltä, että vähävaraisten pitää terveydenhoitokulujensa kattamiseksi julkisella puolella hakea toimeentulotukea. Tulorekisterin kehittäminen voi avata uusia mahdollisuuksia liiallisen byrokratian välttämiseksi.

Toimeentulotukiasiakkaat käyttävät julkisia terveystalouksia huomattavasti muuta väestöä enemmän, mikä voi kertoa keskimääräistä heikommasta terveydentilasta, mutta tämä ”sairastavien ryhmä” on toki vain yksi toimeentulotukiasiakkaiden kirjossa. Tarvittavien politiikkamuutosten ja sosiaalityön menetelmien kehittämiseksi tieto toimeentulotukiasiakkaiden heterogeenisyydestä ja heidän moninaisten ongelmien syvyydestä on tärkeää. Pitäisikö toimeentulotukiasiakkaille suunnata terveystalouksia, kenelle pitäisi kohdentaa kuntouttavaa työtoimintaa ja kenellä on realistisia mahdollisuuksia palata pikaisesti työelämään tai opintojen pariin?

Varsinkin toimeentulotuen Kela-siirron myötä olisi hyvä kehittää mekanismeja, joiden avulla potentiaaliset avuntarvitsijat voidaan liputtaa jo hakemuksen perusteella esimerkiksi Kelan omia rekisteritietoja hyödyntäen. Tässä tekoäly ja datalouhinta avaavat loputtomia mahdollisuuksia; mutta teknologiaa ja digitalisaatiota tulisi luonnollisesti hyödyntää yksityisyydensuojaa ja tietoturva kunnioittaen. Mahdollisuuksia olisi kuitenkin hyvä kartoittaa.

On kuitenkin tärkeää korostaa, että nuorten toimeentulotukea saavien ryhmä on hyvin heterogeeninen ja ensinnäkin osa toimeentulotukiasiakkaista saa tukea vain lyhytaikaisesti. Toimeentulotuen saannin taustalla on moninaisia syitä ja pääkaupunkiseudulla korkeat asumiskustannukset haukkaavat suuren osan etenkin pienituloisten käytettävissä olevista tuloista (Raittila ym. 2018). Terveystalouksien eivätkä kosketa samalla tavoin kaikkia toimeentulotukiasiakkaita, eikä valtaosalla 18–34-vuotiaista tuen saajista ollut esimerkiksi erikoissairaanhoidon palveluiden käyttöä saati käynnin yhteydessä merkittäviä psykiatrista diagnoosia tai psyykenlääkkeiden käyttöä.

Nuoruus ja nuori aikuisuus on kriittisiä vaiheita, jolloin nuoret tekevät tulevaisuuden kannalta tärkeitä päätöksiä ja valintoja, siksi tämän elämänvaiheen ja siirtymien tukemiseen on panostettava yhteiskunnallisesti. Tulkintamme mukaan varhainen puuttuminen mielenterveysongelmiin ja niiden seurauksiin on äärimmäisen tärkeää myös toimeentulotuen roolin vähentämisessä nuorten toimeentulossa.

Lähteet

- Aaltonen, K. & Ahola, E. & Martikainen, J. (2013) Toimeentulotuen käyttö terveys- ja lääkemenoihin Helsingissä 2008–2010. Teoksessa Ahola, E. & Hiilamo, H. (toim.) *Köyhyyttä Helsingissä. Toimeentulotuen saajat ja käyttö 2008-2010. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia* 127. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 99–110.
- Aaltonen, K. & Lekander, K. & Ahola, E. & Hiilamo, H. (2018) Toimeentulotuen saajien lääkekorvaukset ja lääkkeiden käyttö. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*. Vol. 55: 321-334.
- Aaltonen, K. & Kari, H. (2019) Toimeentulotuki mahdollistaa lääkkeiden saatavuuden myös kaikkein pienituloisimmille. Kelan tutkimusblogi, 19.8.2019.
- Aaltonen, S. & Berg, P. & Ikäheimo, S. (2015) Kolme näkökulmaa syrjäytymiseen ja nuorten asemaan palvelujärjestelmässä. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto.
- Allen, J. & Balfour, R. & Bell, R. & Marmot, M. (2014) Social determinants of mental health. *International Review of Psychiatry*. Vol. 26: 392-407.
- Andersen, R. (1995) Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *Journal of Health and Social Behavior*. Vol. 36 (1): 1–10.
- Andersen, R. & Newman, J.F. (2005, alkup. 1973) Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *The Milbank Quarterly*. Vol. 83 (4): 1–28.
- Benjamins, M.R. & Hummer, R.A. & Eberstein, I. W. & Nam, Charles B. (2004) Self-reported health and adult mortality risk: an analysis of cause-specific mortality. *Social Science & Medicine*. Vol. 59 (6): 1297-306.
- Blomgren, S., Saikkonen, P., Heinonen, H.M., Laatu, M. (tulossa) Yhdenvertaisuuden toteutuminen viimesijaisessa turvassa Kelan ja kunnan yhdyspinnassa.
- Bor, W. & Dean, A.J. & Najman, J. & Hayatbakhsh, R. (2014). Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. Vol. 48(7), 606-616.
- Bäckman, O. & Bergman, Å. (2011) Escaping welfare? Social assistance dynamics in Sweden. *Journal of European Social Policy*. Vol. 21(5): 486–500.
- Cappellari, L. & Jenkins, S.P. (2008) The dynamics of social assistance receipt. Measurement and modelling issues, with an application to Britain. *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*. No. 67. Paris: OECD.
- Case, A. & Lubotsky, D. & Paxson, C. (2002) Economic status and health in childhood: the origins of gradient. *American Economic Review*. Vol. 92(5): 1308-1334.
- Clausen, S-E. (1996) A Classification of social assistance recipients in Norway. *Scandinavian Journal of Social Welfare*. Vol. 5: 208–214.
- ETK (2017) Masennus vie joka päivä kahdeksan henkilöä työkyvyttömyyseläkkeelle. Tiedote 23.3.2017. Helsinki: Eläketurvakeskus. Saatavilla: <https://www.etk.fi/tiedote/masennus-vie-joka-paiva-kahdeksan-henkiloa-tyokyvyttomyyselakkeelle/> (viitattu 18.3.2019)
- Euroopan unionin neuvosto (2013) Neuvoston suositus nuorisotakuun perustamisesta. 2013/C 120/01. Euroopan unionin virallinen lehti, 26.4.2013.
- Garcia-Gomez, P. (2011) Institutions, health shocks and labour market outcomes across Europe, *Journal of Health Economics*. Vol.30(1): 200–13.
- George, L.K. (2013). Life-Course Perspectives on Mental Health. Teoksessa Aneshensel, C.S. & Phelan, J.C. & Bierman, A. (toim.) *Springer Handbook of the Sociology of Mental Health*. Second Edition. Springer, 585-602.
- Gilman, S.E. & Marden, J.R. (2014). Role of the social environment over the life course in the aetiology of psychiatric disorders. Teoksessa Koenen K.C. & Rudenstine S. & Susser E. & Galea S. (toim.) *A life course approach to mental disorders*. Oxford University Press, 215-226.
- 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. *Lancet Psychiatry*. Vol 5(3): 227-236.
- Hakulinen, C. & Elovainio, M. & Arffman, M. & Lumme, S. & Pirkola, S. & Manderbacka, K. & Keskimäki, I. & Böckerman, P. (2019) Mental disorders and long-term labour market outcomes: nationwide cohort study of 2 055 720 individuals. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Vol. 140(4), 371-381.
- Hallitusohjelma (2019) Sanna Marinin hallituksen ohjelma, 10.12.2019.
- Hammer, T. & Hyggen, C. (2010) Lost in transition? Substance abuse and risk of labour market exclusion from youth to adulthood. *Norsk Epidemiologi*. Vol. 20(1): 93–100.
- Hannikainen-Ingman, K. & Kuivalainen, S. & Sallila, S. (2013) Toimeentulotuen asiakkaiden elinolot ja hyvinvointi. Teoksessa Susan Kuivalainen (toim.) *Toimeentulotuki 2010-luvulla*. Raportti 9/2013. Helsinki: Terveysturvan ja hyvinvoinnin laitos, 81–112.
- Hannikainen, K. (2018) *Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalveluiden tarve ja käyttö eroavat tulotason mukaan*. Suomen sosiaalinen tila 1/2018.

- Tutkimuksesta tiiviisti 3/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Haukipuro, K. & Koskenvuo, K. & Nevalainen, M. & Pösö, R. (2019) Mielenterveyden häiriöt vievät yhä useamman nuoren pois työelämästä. Kelan tutkimusblogi, 27.6.2019.
- Hedman, J. & Vastamäki, M. & Joffe, G. (2018) Nuorten mielenterveyspalvelut – määrä, tarjonta ja kohdentuminen Uudenmaan alueella. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*. Vol 55(1): 5-21.
- Helgesson, M. & Tinghög, P. & Niederkrotenhaler, 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).
- Hermanson, E. & Kosola, S. & Kuortti, M. & Haravuori, H. (2015) Yleislääkärin rooli nuorten mielenterveyden häiriöiden hoidossa. *Suomen Lääkärilehti*. Vol. 12(70):809-813b.
- Hu, Y. & van Lenthe, F.J. & Borsboom, G.J. ym. (2016) Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 17 European countries between 1990 and 2010. *Journal of Epidemiology and Community Health*. Vol. 70(7): 644-652.
- Hudson, C.G. (2005). Socioeconomic Status and Mental Illness: Tests of the Social Causation and Selection Hypotheses. *American Journal of Orthopsychiatry*. Vol. 75(1): 3-18.
- Huttunen M. (2018) Psykykenlääkkeet. Lääkärikirja Duodecim 30.11.2018.
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00412
- Idler, E.L. & Benyamini, Y. (1997) Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behaviour*. Vol. 38 (1): 27–37.
- Jeon, S-H. (2017) The long-term effects of cancer on employment and wages. *Health Economics*. Vol. 26: 671-684.
- Jauhiainen, S. & Korpela, T. (toim.) (2019) Toimeentulotuen saajien elämäntilanne, asuminen ja työnteke. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja. 28/2019.
- Kalliokoski, A. & Saastamoinen L. & Martikainen J. & Voipio T. (2011). Lääkevuosi 2010. Teoksessa Suomen Lääketilasto 2010. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos.
- Kaplan, G.A. & Goldberg, D.E. & Everson, S.A. & Cohen, R.D. & Salonen, R. & Tuomilehto, J. & Salonen, J. (1996) Perceived health status and morbidity and mortality: evidence from the Kuopio ischemic heart disease risk factor study. *International Journal of Epidemiology*. Vol. 25(2): 259–65.
- Karhula, A. & Sirniö, O. (2019) Ylisukupolvinen eriarvoisuus Suomessa. Poikkitieteellinen katsaus yhteiskuntatieteellisiin tutkimuksiin. *Yhteiskuntapolitiikka*. Vol. 84(5-6): 572-581.
- Karvonen, S. & Martelin, T. & Kestilä, L. & Junna, L. (2017) Tulotason mukaiset terveyserot ovat edelleen suuria. Tutkimuksesta tiiviisti 16. Syyskuu 2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kauppinen, T. M. & Angelin, A. & Lorentzen, T. & Bäckman, O. & Salonen, T. & Moisio, P. & Dahl, E. (2014) Social background and life-course risks as determinants of social assistance receipt among young adults in Sweden, Norway and Finland. *Journal of European Social Policy*. Vol. 24(3): 273–288.
- Kestilä L. & Karvonen S. (toim.) 2019. *Suomalaisten hyvinvointi 2018*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kivipelto, M., Tanhua, H., Jokela, M. (2019) *Selvitys toimeentulotukiudistuksen vaikutuksista*. THL-raportti 11/2019. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Korpi, T. & Nelson, K. & Stenberg, S-Å. (2007) The accumulation of social problems 1974-2000. *International Journal of Social Welfare*. Vol. 16: S91– S104.
- Koskenvuo, K. & Rouvinen, J. (2019) Nuoret pääsevät kuntoutukseen aiempaa helpommin. Kelan tutkimusblogi, 14.6.2019.
- Koskinen, H. & Ahola, E. & Saastamoinen, L.K. & Mikkola, H. & Martikainen, J. E. (2014) The impact of reference pricing and extension of generic substitution on the daily cost of antipsychotic medication in Finland. *Health Economics Review*. Vol. 4(9).
- Koziel, S. & Lopuszanska, M. & Szklarska, A. & Lipowicz, A. (2010) The negative health consequences of unemployment: the case of Poland. *Economics and Human Biology*. Vol. 8: 255-260.
- Kuivalainen, S. & Sallila, S. (2013) Toimeentulotuen saajien köyhyys ja toimeentulotuen köyhyttä vähentävä vaikutus 1990-2010. Teoksessa Kuivalainen S (toim.) Toimeentulotuki 2010-luvulla. Tutkimus toimeentulotuen asiakkuudesta ja myöntämiskäytännöistä. Raportti 9/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 59-80.
- Lahelma, E. & Pietiläinen, O. & Pentala-Nikulainen, O. & Helakorpi, S. & Rahkonen, O. (2019) 36-year trends in educational inequalities in self-rated health among Finnish adults. *SSM – Population Health*. Vol. 9.
- Lundborg, P., Nilsson, A., Rooth, D.O. (2014) Adolescent health and adult labour market outcomes. *Journal of Health Economics*. Vol. 37: 25-40.
- Lundborg, P. & Nilsson, M. & Vikström, J. (2015) Heterogeneity in the impact of health shocks on labour outcomes: evidence from Swedish workers. *Oxford Economic Papers*. Vol. 67(3): 715-739.
- Lynch, J. & Kaplan, G. (2000) Socioeconomic position. Teoksessa Berkman, L. F. & Kawachi,

- I. (toim.) *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press, 13–35.
- Mackenbach, J.P. & Stirbu, I. ym. (2008) Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*. Vol. 358: 2468-2481.
- Markkula, N. & Suvisaari, J. (2018) Onko masennus lisääntynyt suomalaisessa aikuisväestössä? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*. Vol. 55(3): 189-199.
- Marmot, M. (2005) Social determinants of health inequalities. *Lancet*. Vol. 365: 1099-1104.
- Martikainen, J.E. & Autti-Rämö, I. (2010) Lääkkeitä rauhattomille pojille ja masentuneille tytöille. Teoksessa Hämäläinen, U. & Kangas, O. (toim.) *Perhepiirissä*. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 216-235.
- Marttunen, M. & Huurre, T. & Strandholm, T. & Viialainen, R. (toim.) (2013) Nuorten mielenterveyshäiriöt – Opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille. Opas:25 THL/2013.
- Mattila-Holappa P. (2018) Mental health and labour market participation among young adults. *Studies in social security and health* 152. Helsinki: Kela.
- McDonough, P. & Amick III, B.C. (2001) The social context of health selection: a longitudinal study of health and employment. *Social Science & Medicine*. Vol. 53(1): 135-145.
- McLaughlin, K.A. & Sheridan, M.A. & Nelson III, C.A. (2014) Adverse childhood experiences and brain development: neurobiological mechanisms linking the social environment to psychiatric disorders. Teoksessa Koenen K.C. & Rudensine S. & Susser E. & Galea S. (toim.) *A life course approach to mental disorders*. Oxford University Press, 249-258.
- Merikukka, M. & Ristikari, T. & Tuulio-Henriksson, A. & Gissler, M. & Laaksonen, M. (2018a) Childhood determinants for early psychiatric disability pension: a 10-year follow-up study of the 1987 Finnish Birth Cohort. *International Journal of Social Psychiatry*. Vol. 64(8): 715-725.
- Merikukka, M. & Räsänen, S. & Hakko, H. & Ristikari, T. & Gissler, M. & Niemelä, M. (2018b) Parental hospital-treated somatic illnesses during offspring's childhood associated with later offspring use of psychotropic medication during childhood to young adult – the 1987 Finnish Birth Cohort study. *Preventive Medicine*. Vol. 111: 254-264.
- 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*. Vol. 104(4): 1096-1131.
- Miilunpalo, S. & Vuori, I. & Oja, P. & Pasanen, M. & Urponen, H. (1997) Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. *Journal of Clinical Epidemiology*. Vol. 50 (5): 517–528.
- Mikkonen, J. & Moustgaard, H. & Remes, H. & Martikainen, P. (2018) The Population Impact of Childhood Health Conditions on Dropout from Upper-Secondary Education. *The Journal of Pediatrics*. Vol. 196: 283-290.
- Mishina, K. & Tiiri, E. & Lempinen, L. & Silanmäki, L. & Kronström, K. & Sourander, A. (2018) Time trends of Finnish adolescent's mental health and use of alcohol and cigarettes from 1998 to 2014. *European Child & Adolescent Psychiatry*. Vol. 27(12): 1633-1643.
- Morris, E. & Rosenbluth, D. & Scott, D. & Livingstone, T. & Lix, L. & McNutt, M. & Watson, F. (2005) To what extent does poor health precede welfare? *Canadian Journal of Public Health*. Vol. 96 (3): 201–205.
- Murali, V. & Oyebo, F. (2004) Poverty, social inequality and mental health. *Advances in Psychiatric Treatment*. Vol. 10(3): 216–224.
- Nguyen, L. & Seppälä, T.T. (2014) Väestön lääkäripalvelujen käyttö ja kokemukset terveystalvemuista. Teoksessa Vaarama, M. & Karvonen, S. & Kestilä, L. & Moisio, P & Muuri, A. (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2014*. Helsinki: Terveystalvemu ja hyvinvoinnin laitos, 192–211.
- Nyman, J. & Arffman, M. & Keskimäki, I. (2017) Toimeentulotuen asiakkaiden terveystalvemujen käyttö Helsingissä vuonna 2014. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*. Vol. 54: 310-326.
- Ohisalo, M. & Laihiala, T. & Saari, J. (2015) Huono-osaisuuden ulottuvuudet ja huono-osaisuuden kasautuminen leipäjonoissa. *Yhteiskuntapolitiikka*. Vol. 80 (5): 435–446.
- Ohrem Naper, S. (2009) All-cause and cause-specific mortality of social assistance recipients in Norway: A register-based follow-up study. *Scandinavian Journal of Public Health*. Vol. 37: 820–825.
- Overbye, E. & Saebø, G. (1998) Cumulative patterns of well-being among young social assistance recipients versus other youths. *Scandinavian Journal of Social Welfare*. Vol. 7: 174–179.
- Pacheco, G. & Page, D. & Webber, D.J. (2014) Mental and physical health: re-assessing the relationship with employment propensity. *Work, employment and society*. Vol. 28(3): 407–429.
- Paugam, S. (1996) Poverty and social disqualification: a comparative analysis of cumulative social disadvantage in Europe. *Journal of European Social Policy*. Vol. 6(4): 287–303.
- Paul, K.I. & Moser, K. (2009) Unemployment impairs mental health: meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*. Vol. 74: 264-282.
- Pentala-Nikulainen, O. & Koskela, T. & Parikka, S. & Kilpeläinen, H. & Koskeniemi, T. & Aalto,

- A-M. & Muuri, A. & Koskinen, S. & Lounamaa, A. (2018) Kansallisen terveysterveystutkimus FinSoten perustulokset 2017–2018. Verkkojulkaisu: www.thl.fi/finsote
- Perusturvan riittävyden III arviointiryhmä (2019) Perusturvan riittävyden arviointiraportti 2015–2019. Työpäpaperi 6/2019. Helsinki: Terveystutkimus ja hyvinvoinnin laitos (THL), 2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-296-3>
- Pitkänen, J. & Remes, H. & Moustgaard, H. & Martikainen, P. (2019) Parental socioeconomic resources and adverse childhood experiences as predictors of not in education, employment, or training: a Finnish register-based longitudinal study. *Journal of Youth Studies*. Published online 24.10.2019. <https://doi.org/10.1080/13676261.2019.1679745>
- Prince, M. & Patel, V & Saxena, S. & Maj, M. & Maseko, J. & Philips, M.R. & Rahman, A. (2007) No health without mental health. *Lancet*. Vol. 370(9590): 859-877.
- Raitasalo, R. & Maaniemi, K. (2011) Nuorten mielenterveyden häiriöiden aiheuttamat sairauspoissaolot ja työkyvyttömyys vuosina 2004–2009. Netityöpäpaperi 23/2011. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Raittila, S. & Korpela, T. & Ylikännö, M. & Laatu, M. & Heinonen, H-M. & Jauhiainen, S. & Helne, T. (2018) Nuoret ja perustoimeentulotuen saanti. Rekisteriselvitys. Työpäpaperi 138. Helsinki: Kela.
- 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 kanslia 2/2018.
- Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social Science & Medicine*, Vol. 90:24-31.
- Rintala, T. & Karvonen, S. (2003) Koetun huonosuuden kasautuminen erilaisissa kuntatyypeissä. *Yhteiskuntapolitiikka*. Vol. 68(5): 454-464.
- Saastamoinen, L. & Autti-Rämö, I. & Tuulio-Henriksson, A. & Sourander, A. (2017) Lasten ja nuorten psykoosilääkkeiden käyttö kasvussa. *Suomen Lääkärilehti*. Vol. 72(9):575-579a.
- Saastamoinen, L. & Martikainen, J. & Voipio, T. & Paakkari, P. (2010). Lääkevuosi 2009. Teoksessa Suomen Lääketilasto 2009. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos.
- Schuring, M. & Robroek, S.J. & Otten, F.W. & Arts, C.H. et al. (2013) The effect of ill-health and socioeconomic status on labour force exit and re-employment: a prospective study with ten years of follow-up in the Netherlands. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. Vol. 39(2): 134–43.
- Schröder, M. (2013) Jobless now, sick later? Investigating the long-term consequences of involuntary job loss on health. *Advances in Life Course Research*. Vol. 18: 5-15.
- Sihto, M. & Palosuo, H. & Topo, P. & Vuorenkoski, L. & Leppo, K. (toim.) (2013) Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Tampere: Terveystutkimus ja hyvinvoinnin laitos.
- Tanhua, H. & Kiuru, S. (2015) Toimeentulotuki 2015. THL Tilastoraportti. Helsinki: Terveystutkimus ja hyvinvoinnin laitos.
- Torikka, A. & Kältiala-Heino, R. & Rimpela, A. ym. (2014) Self-reported depression is increasing among socio-economically disadvantaged adolescents – repeated cross-sectional surveys from Finland from 2000 to 2011. *BMC Public Health*. Vol. 14(408): 1-10.
- Tuominen, E. & Nyman, H. & Lampi, J. (2011) Eläkkeiden reaalin kehitys vuosina 2000–2010. Teoksessa Kautto, M. (toim.) Eläkkeet ja eläkkeensaajien toimeentulo 2000–2010. Raportteja 04/2011. Helsinki: Eläketurvakeskus, 45–77.
- Vaalavuo, M. & Häkkinen, U. & Fredriksson, S. (2013) Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetekijät ja valtionosuusjärjestelmän uudistaminen. Raportti 24/2013. Helsinki: Terveystutkimus ja hyvinvoinnin laitos.
- Vaalavuo, M. (2016a) The development of healthcare use among a cohort of Finnish social assistance clients: testing the social selection hypothesis. *Sociology of Health & Illness*. Vol. 38(8): 1272-1286.
- Vaalavuo, M. (2016b) Toimeentuloasiakkaiden terveystalouden käyttö pääkaupunkiseudulla. *Janus*. Vol. 24(3): 230-250.
- Vaalavuo, M. (2016c) Deterioration in health: what is the role of unemployment and poverty. *Scandinavian Journal of Public Health*. Vol. 44: 347-353.
- Vaalavuo, M. (toim.) (2018) Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen kohdentuminen, vaikutukset ja oikeudenmukaisuus. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 30/2018. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-534-1>
- Vauhkonen, T. & Kallio, J. & Kauppinen, T. M. & Erola, J. (2017) Intergenerational accumulation of social disadvantage across generations in young adulthood. *Research in Social Stratification and Mobility*. Vol. 48: 42-52.

Maria Vaalavuo
Taru Haula
Boris Bakkum

Nuoret aikuiset, terveys ja toimeentulotuki

Raportti kuvailee pääkaupunkiseudulla asuvien 18–34-vuotiaiden toimeentulotuen, terveyspalveluiden ja lääkkeiden käyttöä. Raportissa tarkastellaan etenkin mielenterveysongelmien yhteyttä pitkäaikaiseen toimeentulotukiasiakkuuteen.

Nuorten syrjäytyminen ja pitkittynyt toimeentulotuen käyttö ovat yhteiskunnallisesti haastavia ongelmia, joilla voi olla pitkäkestoisia seurauksia niin yksilöille kuin yhteiskunnalle. Näillä ongelmilla on moninaisia sekä rakenteellisia että yksilökohtaisia taustatekijöitä, joiden selvittäminen on tärkeää vaikuttavien toimenpiteiden kehittämiseksi ja päätöksenteon tueksi. Vaikka toimeentulotuen saannin taustalla ovat usein esimerkiksi pääkaupunkiseudun korkeat asumiskustannukset, tutkimuksen tulokset osoittavat, että mielenterveyden häiriöt ovat tärkeä tekijä nuorten aikuisten toimeentulotuen käytössä.

Rekisteriaineistoon perustuva raportti tarjoaa uutta ja aiempaa tarkempaa tietoa päättäjille, sosiaali- ja terveysalan toimijoille, tutkijoille sekä kiinnostuneille kansalaisille nuorten toimeentulotukiasiakkaiden terveysongelmista.



Terveyden ja
hyvinvoinnin laitos

Julkaisujen myynti
kirjakauppa.thl.fi
Puhelin: 029 524 7190



ISBN 978-952-343-453-0