Näkökulmia työttömyyden, terveyden ja kuolleisuuden yhteyteen pitkittäisissä rekisteriaineistoissa

Liina Junna

Väitöskirja koostuu neljästä artikkelista. Kaksi ensimmäistä käsittelee työttömien ja työllisten eroa syykohtaisessa kuolleisuudessa. Kolmas artikkeli tutkii työttömyyden ja työttömyyshistorian yhteyttä mielenterveyteen, ja viimeinen artikkeli terveyttä ja työttömien työllistymistä. Väitöskirjani on empiirinen ja pohjaa suomalaisiin yksilötason rekisteriaineistoihin.

Lukuisat tutkimukset ovat osoittaneet, että työttömien terveys on huonompi[1] ja kuolleisuus korkeampi[2] kuin työllisillä. Ero työllisiin on erityisen selkeä niiden työttömien kohdalla, jotka ovat kokeneet pitkittynyttä tai toistuvaa työttömyyttä. Tutkimusnäyttöä työttömien ja työllisten välisistä terveyseroista löytyy jo lähes sadan vuoden ajalta useista eri maista; Suomessa erot ovat suurimmillaan tarkasteltaessa alkoholiperäisiä terveysongelmia ja mielenterveyttä.[3] Vaikka suomalaisten sairastavuus ja kuolleisuus ovat vähentyneet tasaisesti vielä 2000-luvullakin, työttömien ja työllisten väliset terveyserot eivät ole kaventuneet. Näin on käynyt siitä huolimatta, että terveyserojen kaventamista on jo useamman vuosikymmenen ajan pidetty tärkeänä kansallisena tavoitteena.

On kuitenkin epäselvää, aiheuttaako työttömyys huonoa terveyttä. Palkkatyö on tärkeä sekä elintason, arjen rutiinien että sosiaalisten kontaktien ja statuksen lähde.[4] On perusteltua olettaa, että työttömyydestä johtuva elintason heikentyminen, arjen rutiinien katkeaminen sekä lisääntynyt stressi voivat aiheuttaa terveyden heikentymistä. Toisaalta työttömien heikompi terveys voi myös johtua suorasta valikoitumises-

[1] *McKee-Ryan ym. (2005); Virgolino ym. (2022).*

[2] *Roelfs ym. (2011).*

[3] *Pensola ym. (2004).*

[4] *Modini ym. (2016).*

VTT Liina Junna (liina.junna@helsinki.fi) työskentelee tutkijatohtorina Helsingin Yliopiston Väestötieteen yksikössä. Kirjoitus perustuu Helsingin yliopistossa 23.9.2022 tarkastettuun väitöskirjaan *Unemployment, health and mortality: Evidence from longitudinal register data.* Vastaväittäjänä toimi professori Ute Bültmann Groningenin yliopistosta ja kustoksena väestötieteen professori Pekka Martikainen Helsingin Yliopistosta.

ta, jos huono terveys heikentää töissä suoriutumista ja lisää siten työttömäksi jäämisen riskiä tai vähentää todennäköisyyttä saada töitä. Lisäksi on mahdollista, että yhteys johtuu epäsuorasta valikoitumisesta, eli muista sekoittavista tekijöistä kuten persoonallisuudesta, asenteista, älykkyydestä tai vaikeista elämänkokemuksista, jotka ovat yhteydessä sekä työttömyyteen että terveyteen. Näiden tekijöiden kattava vakioiminen on aiemmassa tutkimuksessa osoittautunut vaikeaksi.

On olemassa runsaasti näyttöä siitä, ettei työttömyyden ja huonon terveyden välinen suhde selity vakioimalla mitattavissa olevia sekoittavia tekijöitä tai työttömyyttä edeltäviä terveyseroja. Merkittävä osa kirjallisuudesta perustuu kuitenkin yhä poikkileikkausaineistoihin tai kärsii muista aineistoihin tai menetelmiin liittyvistä heikkouksista.[5] Vahvimpiin tutkimusasetelmiin perustuvan näytön perustella työttömyys heikentää koettua psyykkistä hyvinvointia, mutta vahva kausaalinen näyttö on heikompaa kliinisten mielenterveysmittareiden tai fyysisen terveyden osalta. Erityisesti näyttö on puutteellista sen osalta, lisääkö työttömyys alkoholin käyttöä ja siitä johtuvia terveysongelmia.

Väitöskirjatyöni tavoitteena oli lisätä tietämystä kausaalisten ja valikoitumismekanismien roolista työttömien ja työllisten välisissä terveys- ja kuolleisuuseroissa. Kahdessa osatutkimuksessa selvitettiin työttömien ja työllisten välisiä syykohtaisia kuolleisuuseroja pisimmillään 20 vuoden seurantajaksolla. Tutkimuksissa hyödynnettiin luonnollista koeasetelmaa, jossa tarkastellaan työttömyyttä työpaikan henkilöstövähennysten asteen mukaan. Asetelman perusajatus on, että suoran ja epäsuoran valikoitumisen merkitys pienenee, kun työpaikan menetys tapahtuu työntekijästä riippumattomista syistä, esimerkiksi työpaikan sulkemisen takia. Kolmannessa osatutkimuksessa tarkasteltiin työttömyyden ja työttömyyshistorian vaikutusta mielenterveyteen kiinteiden vaikutusten mallilla, joka vakioi kaikki ajassa muuttumattomat havaitut ja havaitsemattomat erot yksilöiden välillä. Työttömyyttä, kolmen vuoden työttömyyshistoriaa ja sairastavuutta mitattiin vuosineljänneksittäin. Viimeisessä osatutkimuksessa arvioitiin, missä määrin fyysisiin sairauksiin, vammoihin ja mielenterveyteen liittyvä suora valikoituminen vaikuttaa työttömien työllistymiseen kahden vuoden sisällä työttömyyden alkamisesta. Lisäksi tutkittiin, vaikuttaako terveys lyhytaikaiseen tai pidempiaikaiseen työllistymiseen.

Työikäisiä suomalaisia miehiä ja naisia tutkittiin käyttäen laajoja pitkittäisiä rekisteriaineistoja vuosilta 1990–2018. Aineistoissa yhdistettiin yksilötason ja työpaikkatason tietoja useista hallinnollisista rekistereistä. Tarkastellessa herkkiä aiheita kuten työttömyyttä ja terveyttä rekisteriaineistojen erityinen etu on, ettei eivät ne kärsi esimerkiksi puuttuvista tiedoista ja itseraportointiin liittyvästä harhasta. Kaksi osatutkimuksista perustui koko väestöä edustavaan satunnaisotantaan ja kattoi 275 000 työikäistä. Kaksi osatutkimusta pohjasi kokonaisväestöä koskeviin aineistoihin. Rekisteritutkimuksen näkökulmasta henkilö on työtön ilmoittauduttuaan työttömänä työnhakijana TE-toimistoon, ja työttömyyden alkamisen ajankohtaa ja työllistymistä voidaan seurata. Terveyttä mitattiin useilla tavoilla: reseptilääkeostoilla, lääkkeiden erityiskorvausoikeuksilla, erityissairaanhoidon hoitojaksoilla ja syykohtaisella kuolleisuudella.

[5] *McKee-Ryan ym. (2005); Virgolino ym. (2022); Roelfs ym. (2011).*

Tutkimuksessa havaittiin, että työttömyys lisää selvästi alkoholiin liittyvää kuolleisuutta sekä miehillä että naisilla.[6,7] Voimakkaiden vakiointien jälkeenkin työpaikan sulkemisen takia työttömäksi jääneillä miehillä oli työllisiin miehiin verrattuna 2.2-kertainen ja työttömillä naisilla 1.5-kertainen alkoholiperäinen kuolleisuus. Työttömyys lisäsi miehillä myös tapaturmaista ja väkivaltaista kuolleisuutta.

Lisäksi havaittiin, että mielenterveysongelmien riski kohoaa hieman työttömyyden aikana.[8] Vaikka kaikki ajassa muuttumattomat havaitut ja havaitsemattomat tekijät sekä useita havaittuja ajassa muuttuvia sekoittavia tekijöitä vakioitiin käyttäen kiinteiden vaikutusten mallia, psykiatrisen erikoissairaanhoidon käyntien todennäköisyys kohosi sekä miehillä että naisilla 0.5 prosenttiyksikköä työttömyyden aikana verrattuna työllisyyteen. Työttömillä miehillä, joilla ei ollut aiempaa työttömyyshistoriaa, tämä vastasi 1,6-kertaista psykiatrisen hoidon riskiä työllisiin verrattuna. Työttömillä naisilla vastaava riski oli 1,4-kertainen.

Tutkimuksen tulokset siis tukivat kausaalihypoteesia työttömyyden vaikutuksesta mielenterveysongelmiin ja alkoholikuolleisuuteen. Toisaalta tulokset viittasivat myös valikoitumismekanismien tärkeyteen, sillä valikoituminen selitti merkittävän osan työttömien ylikuolleisuudesta näidenkin kuolinsyiden kohdalla. Lisäksi työttömien työllisiä korkeampi itsemurhakuolleisuus sekä kuolleisuus muihin kuin alkoholiperäisiin sairauksiin johtui tulosten perusteella ennen kaikkea valikoitumisesta.[9] Esimerkiksi ennen vakiointeja miehillä, jotka jäivät työttömäksi työpaikasta, jossa ei suoritettu laajoja henkilöstövähennyksiä (ts. tilanteissa, joissa valikoituminen saattaa vaikuttaa voimakkaasti työttömyyden riskiin) oli työllisiin verrattuna 20 % korkeampi iskeeminen sydäntautikuolleisuus ja 70 % korkeampi itsemurhakuolleisuus. Työpaikan sulkeutumisen vuoksi (ts. tilanteissa, joissa työttömyys riippuu mahdollisimman vähän henkilön omista ominaisuuksista eli valikoitumisesta) työttömäksi jääneillä ei kuitenkaan havaittu ylikuolleisuutta ei-alkoholisessa tautikuolleisuudessa tai itsemurhissa. Tulos oli hyvin samanlainen naisilla.

Valikoituminen selitti lisäksi suuren osan pitkille tai toistuville työttömyysjaksoille altistuneiden korkeammasta mielenterveysongelmien riskistä, erityisesti naisilla.[10] Ajassa muuttumattomat havaitut ja havaitsemattomat tekijät, kuten aiemmat elämänkokemukset ja persoonallisuus, jotka huomioitiin kiinteiden vaikutusten mallissa, selittivät pidemmän työttömyyshistorian haitallisen vaikutuksen. Ennen vakiointeja jokainen vuosineljännes työttömyyttä lisäsi erikoissairaanhoidon käyntien riskiä 0.3 prosenttiyksikköä sekä miehillä että naisilla, mutta vakiointien jälkeen tätä yhteyttä ei enää havaittu.

Terveysperustainen valikoituminen työllistymiseen näyttäisi myös olevan voimakasta.[11] Tulokset tukevat ajatusta, että suora valikoituminen toimii muiden kuin alkoholiperäisten sairauksien kohdalla pääsääntöisesti työllisty-

[6] *Junna ym. (2020).*

[7] *Junna ym. (2021).*

[8] *Junna ym. (2022a).*

[9] *Junna ym. (2020); Junna ym. (2021).*

[10] *Junna ym. (2022a).*

[11] *Junna ym. (2022b).*

misen kautta. Aiempien tutkimusten perusteella ei-alkoholiperäiset sairaudet eivät ole merkittävä riskitekijä työpaikan menetyksille. Tässä tutkimuksessa kuitenkin osoitettiin, että työttömäksi jääneiden joukossa sairaudet, kuten diabetes, sydänsairaudet ja neurologiset sairaudet, vaikeuttavat työttömäksi jääneiden työllistymistä ja pidentävät siten työttömyyden kestoa. Mielenterveyteen ja alkoholiin liittyvät terveysongelmat puolestaan todennäköisesti lisäävät sekä työttömäksi päätymisen, että työttömäksi jäämisen riskiä. Tutkimuksessa havaittiinkin, että nämä terveysongelmat olivat erityisen haitallisia työttömien työllistymiselle ja varsinkin jatkuvan työsuhteen muodostamiselle. Alkoholiperäiset terveysongelmat puolittivat työttömien todennäköisyyden löytää töitä kahtena vuotena työttömyyden alkamisesta. Mielenterveyteen liittyvät ongelmat puolestaan vähensivät todennäköisyyttä 30 %.

Väitöstutkimukseni käsitteli työttömien ja työllisten välisten terveyserojen tilaa nyky-Suomessa ja eroja selittäviä valikoitumiseen liittyviä sekä sekoittavia tekijöitä. On vaikea olla pohtimatta, ohi väitöskirjan varsinaisen aiheen, mikä havaittujen erojen merkitys on. Ymmärrettävästi työttömyyden ja terveyden välistä yhteyttä käsittelevän tutkimuksen aktiiviset kaudet näyttävät seuraavan kansatalouden suhdanteita: mitä enemmän työttömiä, sitä akuutimmaksi kysymykseksi terveyserot muodostuvat. [12] Suomessa työttömyysaste on vielä 1990-luvun syvän laman jälkeenkin pitkään ylittänyt sekä Pohjoismaiden että OECD:n keskiarvon. Vaikka viimeaikainen työmarkkinakehitys on ollut positiivista, väitöskirjani valmistumisen aikoihin syyskuussa 2022 oli 7,2 % työikäisistä suomalaisista työttömänä. Tässä tutkimuksessa työttömien työnhakijoiden joukossa oli lähes miljoona henkilöä, joilla oli jokin työttömyyttä edeltävä terveysongelma. Huonosta terveydestä kärsivillä työttömillä on näidenkin tulosten valossa korkea riski ajautua kasaantuvien terveysongelmien ja heikkenevän työmarkkina-aseman noidankehään. Tämä on valtava haaste terveys- ja sosiaalipalveluille.

Tulokset korostavat sitä, miten ensiarvoisen tärkeää on laadukkaiden terveyspalvelujen ja erityisesti ennaltaehkäisevän terveydenhoidon takaaminen sekä työllisille että työttömille. Suomessa on jo pidempään käyty keskustelua esimerkiksi työssäkäyvien suomalaisten työterveyshuollon ja työttömille tarjolla olevien terveyspalveluiden saatavuus- ja laatueroista.[13] Työttömällä on muiden kunnallisten terveyspalveluiden lisäksi oikeus kunnan järjestämään maksuttomaan terveystarkastukseen. Kuitenkin arviolta vain 10 % työttömistä käy terveystarkastuksessa, ja tarkastuksia koskevassa tiedotuksessa, palvelujen resurssoinnissa sekä jatkoohjauksen toteutumisessa on havaittu olevan alueellisia eroja. Laadukkaat, matalan kynnyksen palvelut, joihin apua tarvitsevilla on myös varaa, ovat ensiarvoisen tärkeitä, kun halutaan vähentää työttömyyden negatiivisia vaikutuksia ja estää terveys- ja työllistymisongelmien ja niihin liittyvien kustannusten kasaantuminen. Tämän tutkimuksen valossa erityisesti päihde- ja mielenterveyspalvelujen merkitys korostuu, sillä työttömyys näyttää vaikuttavan haitallisesti näihin terveyden ulottuvuuksiin.[14] □

[12] *McKee-Ryan ym. (2005); Virgolino ym. (2022).*

[13] *Wahlbeck ym. (2008).*

[14] *Junna ym. (2020); Junna ym.(2021); Junna ym. (2022a).*

Kirjallisuus:

Junna, L., Moustgaard, H., Huttunen, K. ja Martikainen, P. (2020), "The association between unemployment and mortality: A cohort study of workplace downsizing and closure", *American Journal of Epidemiology* 189: 698–707.

Junna, L., Moustgaard, H. ja Martikainen, P. (2021), "Unemployment from stable, downsized and closed workplaces and alcohol-related mortality", *Addiction* 116: 74–82.

Junna, L., Moustgaard, H. ja Martikainen, P. (2022a), "Current unemployment, unemployment history, and mental health: A fixed-effects model approach", *American Journal of Epidemiology* 191:1459–1469.

Junna, L., Moustgaard, H. ja Martikainen, P. (2022b), "Health-related selection into employment among the unemployed", *BMC Public Health* 22: 657.

McKee-Ryan, F., Song, Z., Wanberg, C.R., ja Kinicki, A.J. (2005), "Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study", *Journal of Applied Psychology* 90: 53.

Modini, M., Sadhbh, J., Mykletun, A. ym. (2016), "The mental health benefits of employment: Results of a systematic meta-review", *Australasian Psychiatry* 24: 331–336.

Pensola, T, Ahonen, H ja Notkola, V. (2004), *Ammatit ja kuolleisuus: työllisten ja työttömien ammattiryhmittäinen kuolleisuus 1996–2000,* Tilastokeskus, Helsinki.

Roelfs, D.J., Shor, E., Davidson, K.W. ja Schwartz, J.E. "Losing life and livelihood: A systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality", *Social Science & Medicine* 72: 840–854.

Virgolino, A., Costa, J., Santos, O. ym. (2022), "Lost in transition: A systematic review of the association between unemployment and mental health", *Journal of Mental Health* 31: 1–13.

Wahlbeck, K., Manderbacka, K., Vuorenkoski, L., Kuusio, H., Luoma, M. ja Widström, E. (2008), *Quality and Equality of Access to Healthcare Services*. National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), Helsinki.