

Alueellisten hyvinvointierojen kasvu jatkuu

SAKARI KARVONEN – TAINA RINTALA

Johdanto

Viime vuosikymmeninä väestön aineellinen hyvinvointi on useimmilla mittareilla mitattuna lisääntynyt. Koulutustaso on noussut, asumisolot ovat kohentuneet sekä tulonsaajien veronalaiset tulot ja kotitalouksien keskimääräinen varallisuustaso ovat parantuneet (StatFin 2003). Työikäisen väestön terveys on myös useimmilla mittareilla mitattuna kohentunut. 1990-luvun loppua kohden tuloerot ovat kuitenkin kasvaneet voimakkaasti (Martelin & al. 2002). Tämä selittyy erityisesti siitä, että ylin tulodesiili on erotautumassa muista: vuonna 2000 väestön eniten tienaaava kymmenes ansaitsi lähes neljänneksen kaikista tuloista, kun vastaava osuus kymmenen vuotta aiemmin oli alle viidennes (Kautto & al. 2002). Samaan kehitykseen ovat yhdistyneet entistä pysyvämpi, etenkin vanhempiin ikäryhmiin kiinnittynyt pitkäaikaistyöttömyys, päihdeongelmien ja erilaisten stressioireiden kasvu, vaikka väestön terveydentila kokonaisuutena onkin parantunut. Myös turvattomuutta koetaan entistä enemmän. (Martelin & al. 2002.)

Hyvinvoinnin kehitys ei ole kuitenkaan ollut samanlaista eri puolilla Suomea (esim. Kainulainen & al. 2001; Viljanen 2001). Peter Blomsterin ja Jussi Simpuran (2001) analyysin mukaan 1990-luvun puolivälissä lamasta toipunut Suomi kohosi erityyppiset sosiaali- ja terveyspalveluita vaativat ongelmat eri tavoin. Kunnat jakautuivat tuolloin taloudellisten resurssien suhteen menestyjiin, nousijoihin, notkahtajiin ja ongelmakuntiin. Koska taloudelliset resurssit luovat perustaa kuntien tavoille ratkaista ongelmia, on oletettavaa, että edellä mainituissa menestyjä-, nousija-, notkahtaja- ja ongelmakunnissa noudatetaan erilaisia palvelustrategioita, joilla kuntalaisten koh-

taamiin ongelmiin pyritään vastaamaan. KuntaSuomi 2004 -tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että hyvät taloudelliset resurssit eivät välttämättä takaa kuntalaisten tarpeita huomioon otettavaa alueellista hyvinvointipolitiikkaa.

KuntaSuomi 2004 -tutkimuksen mukaan kuntalaisten tyytyväisyys kunnan tuottamiin palveluihin (= palvelutyytyväisyys) väheni hieman 1990-luvun puolivälistä 2000-luvun alkuun taloudellisesta kasvusta huolimatta. Palvelutyytyväisyys oli sitä suurempaa, mitä vähemmän kunnassa oli asukkaita, mitä harvempaa asutus oli, mitä maatalousvaltaisempi kunta oli, mitä pienemmät asukaskohtaiset veroöyrit olivat sekä mitä vähemmän kunnassa oli työikäisiä ja korkea-asteen koulutuksen suorittaneita. Tutkimushankkeessa havaittiin myös, että palvelutyytyväisyys oli yhteydessä ihmisten hyvinvointiin. Tyytyväisyys omaan elämäntilanteeseen, talouteen ja asumiseen ruokkivat tyytyväisyyttä palveluihin ja päinvastoin. (Pekola-Sjöblom & al. 2002, 45, 65–66, 68.)

KuntaSuomi 2004 -tutkimushankkeen tulokset ovat alueellisesta näkökulmasta kiintoisia, koska ne osoittavat ensinnäkin, että vuosituhannen vaihdetta lähestyttäessä kunnan tuottamiin palveluihin tyytyväisimmät ihmiset asuivat ydinmaaseudun ja harvaan asutun maaseudun kunnissa, eivät kaupungeissa (ks. Kainulainen & al. 2001, 34, 109, 113). Toiseksi tulokset luovat pohjaa näkemykselle, että turvaamalla kunnille riittävät taloudelliset resurssit palveluiden järjestämiseksi alueellisten hyvinvointierojen kasvua voidaan ehkäistä. Esimerkiksi 1990-luvun lopulla ydinmaaseutu ja harvaan asuttu maaseutu saivat asukasta kohti enemmän valtionosuuksia kuin kaupungit ja kaupungin läheisen maaseudun kunnat. Toisaalta samaan aikaan suurimmat kau-

pungit (Helsinki ja Espoo) joutuivat verotulotasaamisen seurauksena maksamaan valtiolle enemmän kuin ne saivat laskennallisia valtionosuuksia. (Rintala & al. 2002, 38, 45.) Taloudellisista resursseistaan huolimatta monilla kaupunkiseudun keskuskunnilla on vaikeuksia vastata lisääntyneeseen palvelutarpeeseen. Hyvinvoinnin näkökulmasta kehitys saattaa ennen pitkää johtaa alueellisten hyvinvointierojen supistumiseen siten, että kaupungeissa asuvien pahoinvointi kasvaa.

Stakesin Kahtiajakautuva Suomi? -tutkimushankkeessa on seurattu hyvinvoinnin alueellista vaihtelua 1990-luvulla (Kainulainen & al. 2001; Heikkilä & al. 2002). Hankkeen ensimmäisessä osassa (Kainulainen & al. 2001) analysoitiin väestön hyvinvointia ja sen muutoksia erityyppisissä kunnissa. Yksittäisillä hyvinvointitekkijöillä tarkasteltuna kunnat olivat enemmän eriytyneinä kuin yhtenäistyneinä. Tutkimus osoitti myös, että kunnat jakautuivat karkeasti kolmeen (hyvinvointi)tyyppiin materiaalsen elintason ja psykososiaalisten ongelmien perusteella. Kaupunkiseudun keskuksia ja yleisemmin kaupunkimaisia kuntia leimasi korkea materiaalsen elintason yhdistyneenä psykososiaalisten ongelmien yleisyyteen. Maaseutumaisista kunnista varsinkin harvaan asutulla maaseudulla materiaalsen elintason oli matala ja samalla psykososiaalisia ongelmia esiintyi suhteellisen runsaasti. Kaupungin läheisen maaseudun kunnissa kohtuulliseen elintasoon yhdistyi psykososiaalisten ongelmien vähäisyys.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tutkia uudemmillä tilastoaineistoilla sitä, onko hyvinvoinnin alueellinen erilaistumiskehitys jatkunut vuosituhannen vaihteen jälkeen. Tarkastelemme hyvinvoinnin osatekijöiden kehitystä vuosina 1990–2000 sekä analysoimme hyvinvoinnin erojen muutoksia aiemman tutkimuksen osoittamissa ryhmissä vuosina 1998 ja 2000. Tutkimuksessa vertailuajankohta on vuosi 2000, koska käyttämämme väestön hyvinvointia kuvaavista tekijöistä uusimmat käytettävissä olevat tiedot ovat vuodelta 2000.

Tuoreet väestön hyvinvointia erittelevät tutkimukset viittaavat siihen, että hyvinvoinnin alueellinen erilaistuminen syventyi lähestyttäessä vuosituhannen vaihdetta (esim. Viljanen 2001). Taina Rintala ja Matti Heikkilä (2002) osoittavat, että alueelliseen eriytyminen yhdistyy elämänlaadun erot myös yksilötasolla. Tutkimus tuki myös sitä havaintoa, että kuva selviytyjiin ja vaikeuksissa painiskeleviin alueisiin jakautuvasta

Suomesta on liian karkea. Esimerkiksi maaseudulla näyttää olevan voimakkaita sisäisiä eroja väestön elämänlaadussa.

Alueellista kehitystä leimasivat 1990-luvulla nopea muutos kuntien toimintaympäristöissä, sosiaali- ja terveystaloudelliset uudistukset sekä aluehallinnon kehitys, jonka tahti on ollut ennen näkemätön Suomen historiassa (Niemi-Liilahti & al. 2002). Vaikka uudistusten, kuten läänitason hallinnon karsimisen, tavoitteeksi asetettiin aluehallinnon yksinkertaistaminen, tosiasiaassa kehitys on merkinnyt yhä useampien toimijoiden esiin nousua. Aluehallintoa leimaakin pikemmin koordinoimaton monitoimisuus kuin yksiuolotteinen toiminnallinen rakenne.

Tällä kentällä kuntien kyyvyt, resurssit ja niiden valitsemat toimintastrategiat väestön hyvinvoinnin edistämiseksi vaihtelevat. Tätä havainnollistaa esimerkiksi se kirjavuus, joka ilmenee kuntien omaksumissa lasten ja nuorten hyvinvointiselonteissa. Eri kuntien selonteot eroavat Heikki Suominen (2003) tutkimuksen mukaan huomattavasti niin laajuudeltaan, teemoiltaan kuin käsitteilytavoiltaan. Selonteot eroavat toisistaan myös kunnan koon mukaan. Suurten kuntien selonteissa lasten ja nuorten hyvinvoinnista puhutaan useimmin koko yhteiskunnan investointina, kun taas pienemmissä kunnissa hyvinvoinnista puhutaan käytännöllisemmin pahoinvointioireiden sekä perheiden ja kuntien palveluiden kautta (Suominen 2003, 143).

Yhtäältä aluehallinnon monitoimisuuden näkökulmasta ja toisaalta väestön hyvinvoinnin yleisen paranemisen taustaa vasten on kiinnostavaa tutkia, koskettaako elintason paraneminen samalla tavoin koko maata ja jatkuuko psykososiaalisten ongelmien alueellinen eriytyminen. Tutkimusta ohjaa tältä osin kaksi taustaoletusta, jotka nousevat aiemmasta tutkimuksesta (Kainulainen & al. 2001). Ensiksi oletamme 1990-luvun taantuman jälkeen käynnistyneen tuloerojen kasvun ja Etelä-Suomeen ja kaupunkeihin suuntautuneen muuttoliikkeen jatkuvan, mutta kiihtyneenä niin, että 1990-luvun loppupuolella tavatut murtumat ovat syventyneet vuosituhannen vaihteeseen tultaessa. Toiseksi ennakoimme rakenteen pysymistä, oletamme siis aiemmin havaitun kuntien hyvinvoinnin mukaisen jaon vakiintuneen. Näiden oletusten pohjalta virittyvät seuraavat kolme tutkimuskysymystä:

1. Ovatko elintason eri osatekijät kehittyneet yhdenmukaisesti kaikissa kuntatyypeissä?

2. Jatkuuko kuntatyyppin mukainen eriytyminen psykososiaalisten ongelmien eri piirteissä niin, että kaupungin läheisen maaseudun kuntien muuhun maahan verrattuna edullisempi asema säilyy?

3. Onko merkkejä siitä, että kuntaryhmien väliset erot materiaalisen elintason ja psykososiaalisten ongelmien suhteen ovat kasvaneet entisestään?

Tutkimme siis, ovatko hyvinvoinnin ulottuvuuksien mukaiset kuntaryhmittäiset erot säilyneet elintason paranemisesta ja ongelmien yleistyemisestä huolimatta.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksen aineistona on maamme kuntia, Ahvenanmaata lukuun ottamatta, kuvaava tilastoaineisto, jonka tiedoista valtaosa tulee Sotka-tietokannasta. Mukana on myös Tilastokeskuksesta saatuja kuolleisuustietoja. Tiedot kuvaavat elinoloja (nettotulot/kulutussyksikkö, erittäin puutteellisissa asunnoissa asuvat, korkea-asteen ja keskiasteen koulutuksen suorittaneet, työttömät, pitkäaikaistyöttömät, työkyvyttömyyseläkeläiset), sosiaali- ja terveystalouden käyttöä (sairaaloissa hoidetut, psykiatrian erikoissairaanhoidon potilaat, sijoitetut lapset ja nuoret, toimeentulotukea saavat) ja elämänhallintaa (poliisin tietoon tullut omaisuus-, huume- ja väkivaltarikollisuus, itsemurhat, alkoholikuolemat, velkajärjestelyhakemukset). Klassisista hyvinvoinnin ulottuvuuksista edustettuina ovat siten lähinnä elinolot (having) ja sosiaaliset suhteet (loving). Pienten (alle 3 000 asukkaan) kuntien tietoihin sisältyvää satunnaisuutta pyrittiin vähentämään käyttämällä hyvinvointitiedoista kolmen tuoreimman vuoden keskiarvoa. Koska pienet kunnat ovat pääasiassa harvaan asutun maaseudun ja ydinmaaseudun kuntia, loiventaa ratkaisu kaupungin ja maaseudun välisistä ja maaseudun sisäistä eriytymiskehitystä.

Tutkimusaineisto vastaa Kahtiajakautuva Suomi? -hankkeen¹ ensimmäisen osan (Kainulainen & al. 2001) aineistoa päivitettyä vuoden 2000 tiedoilla. Tilastokäytäntöjen ja kuntarakenteen muutosten vuoksi aineistoa ei voitu päivittää täsmälleen entisenlaisena, joten osa alkuperäisistä muuttujista jouduttiin jättämään pois. Tässä raportoidaan vain seurantajaksolla (1990–2000) vertailukelpoisina saatavia tietoja. Kuntajako peustuu vuoden 1999 kuntaluokitukseen.

Ahvenanmaa jäi pois, koska sieltä ei ollut saatavissa kunnittaisia nettotulotietoja. Kun Ahvenanmaa jätettiin pois, kuntia tuli aineistoon yhteensä 432 ja ne jakautuivat viisiportaisen kuntauokituksen mukaan seuraavasti: kaupunkiseudun keskuksia (n = 39), kaupunkimaisia kuntia (n = 14), kaupungin läheistä maaseutua (n = 142), ydinmaaseutua (n = 145) ja harvaan asuttua maaseutua (n = 92).

Aluksi tarkasteltiin hyvinvoinnin osatekijöiden muutoksia kuntatyyppin mukaan. Tarkastelu rajattiin aiemmassa tutkimuksessa elintason tai psykososiaalisten ongelmien ulottuvuudelle lukeutuneisiin kymmeneen olennaisimpaan muuttujaan. Muuttujat on kuvattu tarkemmin liitteessä 1. Muuttujien muutosta tarkasteltiin kuntatyyppittäin laskemalla sekä absoluuttista että suhteellista muutosta kuvaavat tunnusluvut.

Aiempi, 1990-luvun analyysi tuotti elintason ja psykososiaalisen ulottuvuuden mukaan eroavan kuntaryhmituksen (kuntaklusterit). Toiseksi tutkittiin hyvinvointierojen kehitystä vertaamalla hyvinvointiulottuvuuksien keskiarvoja aiemman analyysin mukaan muodostetuissa kuntaryhmissä vuosina 1998 ja 2000.

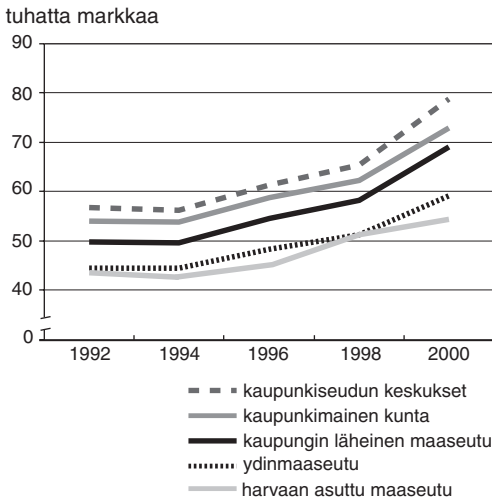
Hyvinvointiulottuvuusmuuttujat muodostettiin laskemalla ensin elintason ja psykososiaalista ulottuvuutta kuvaavien yksittäisten muuttujien

¹ Tutkimushanke muodostui kolmesta vaiheesta, jotka pohjautuivat erilaisiin aineistoihin, metodeihin ja tutkimusteemoihin. Tutkimushankkeen ensimmäinen vaihe käynnistyi keväällä 2000 ja päättyi keväällä 2001 (Kainulainen & al. 2001). Ensimmäisessä vaiheessa tutkittiin, millaisia muutoksia väestön hyvinvoinnin alueellisessa vaihtelussa oli tapahtunut 1990-luvulla. Tutkimus pohjautui hyvinvointia kuvaaviin kuntatasolle aggregoituihin tietoihin. Tiedot kuvasivat taloutteen, terveyteen, asumiseen, koulutukseen, työelämään, rikollisuuteen ja muihin sosiaalisiin ongelmiin liittyviä tekijöitä. Lisäksi mukana oli väestörakennetta, elinkeinorakennetta sekä kunnan taloudellista tilaa kuvaavia tekijöitä.

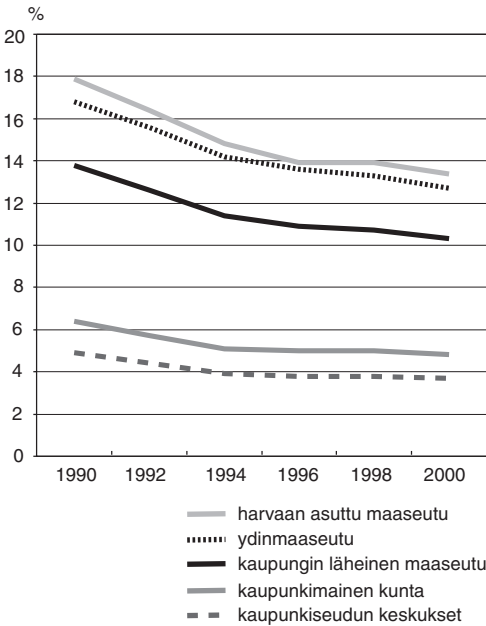
Tutkimushankkeen toinen vaihe käynnistyi kesällä 2001 ja päättyi kesällä 2002 (Heikkilä & al. 2002). Yksilöiden hyvinvointia kolmessa kaupunkimaisuusasteellaan erilaisessa kuntaryhmässä tutkittiin survey-kyseilyllä (N = 3 018). Kysely kohdistettiin 16 kunnan 18–70 vuotta täyttäneille kotonaan asuville henkilöille.

Tutkimushankkeen kolmas vaihe käynnistyi syksyllä 2002 ja jatkuu edelleen vuoden 2004 kesään. Kolmannessa vaiheessa vertaillaan yhden harvaan asutun maaseutukunnan tiettyä ikäluokkaa vastaavaan kaupunkikunnan ikäluokkaan. Keskeinen kysymys on, ketkä ovat muuttaneet ja ketkä jääneet ja miten heille on elämässään käynyt? Tutkimusmenetelmänä käytetään syvähaastatteluja.

Kuvio 1. Nettotulot/kulutusyksikkö



Kuvio 2. Erittäin puutteellisesti varustetuissa asunnoissa asuvien osuus asuntokunnista, %



väestöpainotetut keskiarvot vuosilta 1992–1998 kuvaamaan vuoden 1998 keskimääräistä tilannetta ja vuosilta 1996–2000 kuvaamaan vuoden 2000 keskimääräistä tilannetta. Jakautumien perusteella kunnat luokiteltiin kolmeen osaan sen mukaan, kuuluiko niiden väestö kunkin muuttujan osalta korkeimpaan, keskimäiseen vai alimpaan kolmannekseen. Arvon yksi saivat kunnat, joiden väestö kuului keskimäärin alimpaan kol-

mannekseen (elintasoulottuvuudella huono elintaso, ongelmallisuudella vähän ongelmia). Keskimäiseen kolmannekseen kuuluvat saivat arvon kaksi ja korkeimpaan kolmannekseen kuuluvat kunnat saivat arvon kolme. (Ks. liite 1; Kainulainen & al. 2001.)

Tämän jälkeen elintason ja psykososiaalisten ongelmien ulottuvuuksista muodostettiin summamuuttujat laskemalla yksittäisten muuttujien keskiarvo. Elintason ja psykososiaalisten ongelmien ulottuvuudet muodostuivat viidestä tekijästä ja niiden arvot voivat vaihdella 1:n ja 3:n välillä. Kukin summamuuttujan tekijä oli mukana samalla painoarvolla.

Tulokset

Hyvinvoinnin muutokset 1990–2000

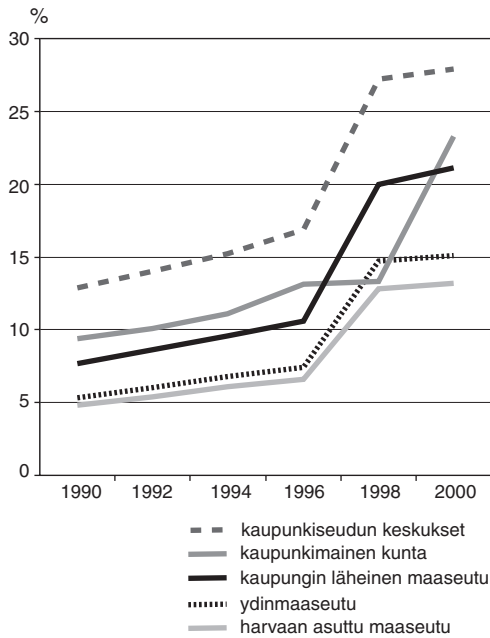
Aiemmassa tutkimuksessa tärkeimmiksi osoittautuneiden hyvinvoinnin ulottuvuuksien yksittäisten osatekijöiden muutokset 1990-luvun alusta 2000-luvun alkuun esitetään kuvioissa 1–10. Yksittäisillä tekijöillä tarkasteltuna elintason kasvu on jatkunut myönteisenä myös 2000-luvun vaihteessa. Väestön tulo-, asumis- ja koulutustaso sekä terveydentila ovat kohentuneet kaikissa kuntatyypeissä.

Vaikka tulot ovat 1990-luvun puolivälistä alkaen kasvaneet kaikissa kuntatyypeissä, väestön tulojen absoluuttinen kasvu on ollut suurinta kaupunkiseudun keskuskunnissa ja vähäisintä harvaan asutun maaseudun kunnissa (kuvio 1). Suhteellinen kasvu sen sijaan oli samaa suuruusluokkaa muissa kuntatyypeissä paitsi harvaan asutulla maaseudulla, jossa kasvu oli alle kolmasosa keskuskuntien kasvusta. Kokonaisuutena kuntatyyppien väliset tuloerot kasvoivat selvästi vuosina 1998–2000.

Sekä suhteellisesti että absoluuttisesti tarkasteltuna erittäin puutteellisesti varustetuissa asunnoissa asuvien asuntokuntien osuus supistui voimakkaimmin harvaan asutulla maaseudulla, sillä puutteellinen asuminen oli kaupunkikunnissa hyvin harvinaista (kuvio 2). Harvaan asutulla maaseudulla erittäin puutteellisesti varustetuissa asunnoissa asuvien osuus oli silti edelleen vuonna 2000 yli kolminkertainen kaupunkiseudun keskuskunnissa asuviin verrattuna.

Väestön koulutustaso on kohonnut kaikissa kuntatyypeissä koko seurantajakson ajan (kuvio 3). Vuonna 1998 tilastossa esiintyvä korkea-asteen

Kuvio 3. Korkea-asteen koulutuksen saaneet, %

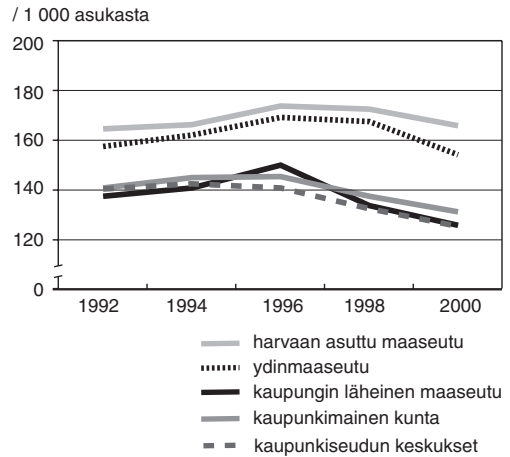


koulutuksen nopea kasvu selittyy pääosin koulutustilastoinnin muutoksista: osa aiemmin keskias-teen tutkinnoiksi määritellyistä tutkinnoista lue- taan ammattikorkeakoulujen kautta korkea-asteen koulutukseksi. Vuosina 1998–2000 korkeasti kou- lutettujen osuus lähes kaksinkertaistui kaupunki- maisissa kunnissa, mikä sek in johtuu samoista ti- lastoinnin muutoksista. Muissa kuntatyypeissä koulutustason kohoaminen on ollut yhtä nopeaa, joskin kaupungin läheisellä maaseudulla korkeas- ti koulutettujen osuus kasvoi suhteellisesti enem- män kuin muissa kuntatyypeissä. Myös kunta- tyyppien väliset erot ovat pysyneet selvinä. Vuon- na 2000 korkeasti koulutettujen osuus oli harvaan asutulla maaseudulla alle puolet kaupunkiseudun keskusten vastaavasta osuudesta.

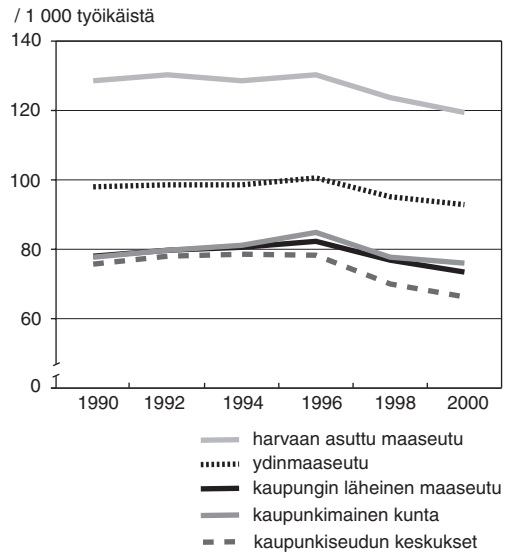
Kunnallisissa sairaaloissa hoidettujen potilaiden määrä kasvoi 1990-luvun puoliväliin asti, mutta alkoi sen jälkeen vähetä (kuvio 4). Vähentäminen alkoi kaupunkikunnista ja kaupungin läheiseltä maaseudulta, mutta myöhemmin 1990-luvun loppua kohden potilaiden määrä väheni myös muissa kunnissa. Vuosina 1998–2000 sairaalapotilaiden määrä väheni eniten ydinmaaseudulla. Silti ydinmaaseudun ja harvaan asutun maaseu- dun kunnissa potilaiden määrä pysyi selvästi suu- rempana kuin muissa kunnissa.

Myös työkyvyttömyyseläkettä saavien määrät

Kuvio 4. Kaikki vuoden aikana kunnallisissa sai- raaloissa hoidetut potilaat/1 000 asukasta

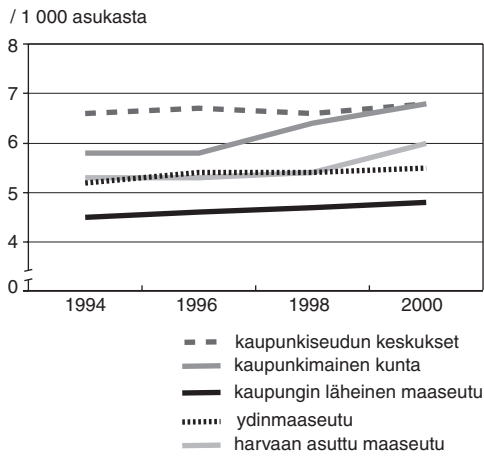


Kuvio 5. Työkyvyttömyyseläkkeen saajat/1 000 työikäistä

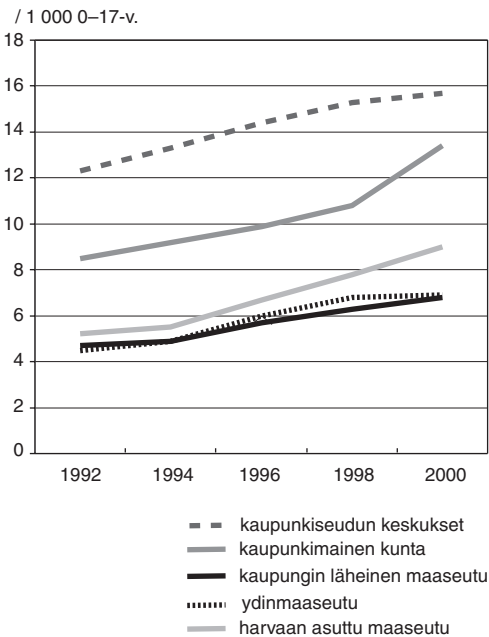


ovat vähentyneet 1990-luvun puolivälistä alkaen (kuvio 5). Suhteellisesti työkyvyttömyyseläkettä saavien määrä väheni eniten kaupunkiseudun kes- kuskunnissa, joissa työkyvyttömyyseläkkeen saa- jien osuus väestöstä on pienempi kuin muissa kuntatyypeissä. Vastaavasti kuntatyyppien väliset erot ovat pysyneet selvinä: kun vuonna 2000 työ- kyvyttömyyseläkettä sai kaupunkikeskuksissa 70 henkilöä tuhatta työikäistä kohti, ydinmaaseu- dulla vastaava suhde oli 95 ja harvaan asutulla maaseudulla jo 119.

Kuvio 6. Kunnallisissa sairaaloissa vuoden aikana hoidetut psykiatrian erikoisalalan potilaat/1 000 asukasta

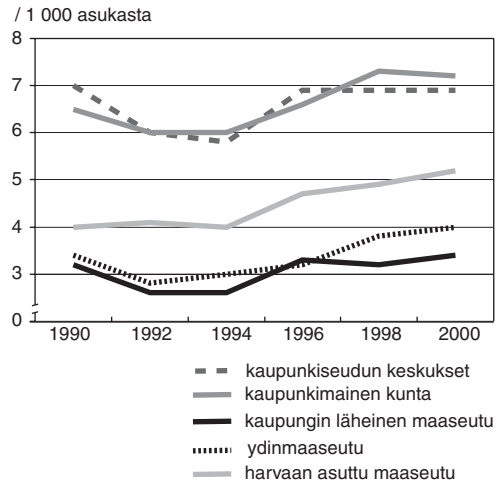


Kuvio 7. Sijoitetut lapset ja nuoret/1 000 alle 18-vuotiasta



Keskeisten psykososiaalisia ongelmia kuvaavien tekijöiden muutokset ilmenevät kuvioista 6–10. Kokonaisuutena toimeentulotukea saaneiden määrä on supistunut, kun taas kodin ulkopuolelle tehty lasten ja nuorten sijoitukset ovat lisääntyneet. Myös psykiatrian erikoissairaanhoidossa olevien potilaiden määrä kasvoi hieman vuosina 1998–2000. Sen sijaan poliisin tietoon tulleiden

Kuvio 8. Poliisin tietoon tullut väkivaltarikollisuus/1 000 asukasta



väkivaltarikosten määrä pysyi ennallaan. Kehitys vaihteli kuitenkin eri osoittimissa ja kuntatyypeissä, mutta yleisesti ottaen perinteisesti kaupunkeihin yhdistetyt psykososiaaliset ongelmat ovat kasvaneet myös muissa kuntatyypeissä.

Psykiatrian potilaiden määrässä tapahtuneet muutokset olivat vähäisiä muissa kuntatyypeissä, mutta harvaan asutulla maaseudulla ja kaupunkimaisissa kunnissa potilaiden määrä kasvoi vuosikymmenen loppua kohden selvästi (kuvio 6). Harvaan asutulla maaseudulla määrä kasvoi noin kymmenen prosenttia, kun kaupunkimaisissa kunnissa kasvua oli kuusi prosenttia.

Sen sijaan sijoitettujen lasten määrä kasvoi kaikissa kuntatyypeissä koko ajan, mutta vuosina 1998–2000 nopeimmin harvaan asutulla maaseudulla ja kaupunkimaisissa kunnissa (kuvio 7). Ydinmaaseudulla ja kaupunkikeskuksissa lasten ja nuorten sijoitukset kuitenkin yleistyivät vain vähän. Samaan aikaan kuntatyyppien väliset erot pienenevät hiukan.

Poliisin tietoon tulleiden väkivaltarikosten määrä yleistyi vuosina 1998–2000 maaseutukunnissa, mutta ei kaupunkikunnissa (kuvio 8). Kun kaupunkikunnissa rikosten määrä oli suurempi kuin maaseudulla, kuntatyyppien väliset selvät erot pienenevät hieman.

Toimeentulotukea saaneiden määrän 1990-luvun puolivälistä alkanut väheneminen oli nopeinta kaupunkiseudun keskuksissa ja kaupungin läheisellä maaseudulla (kuvio 9). Hitainta kehitys oli harvaan asutulla maaseudulla, jossa toimeen-

tulotukea saavia oli edelleen yhtä paljon kuin 1990-luvun puolivälissä, kun muissa kuntatyypeissä tuen saajien määrä oli pudonnut 1990-luvun alun tasolle. Kokonaisuutena kuntatyyppien väliset erot olivat vuonna 2000 silti pienemmät kuin 1990-luvun alkupuolella.

Alkoholikuolleisuutta koskevia kuntatyyppien mukaisia tietoja saatiin kahdelta ajanjaksolta: vuosilta 1991–1996 ja 1997–2001. Tällä jaksolla kokonaisuutena kuolleisuus hieman pieni: vuosina 1991–1996 kuolleita oli 3,2 henkilöä tuhatta asukasta kohti, kun 1990-luvun lopussa kuolleita oli 2,8 (kuvio 10). Kuolleisuus väheni kaikissa kuntatyypeissä lukuun ottamatta ydinmaaseutua, jossa kuolleisuus kasvoi noin seitsemän prosenttia. Nopeinta alkoholikuolleisuuden väheneminen oli kaupunkikeskuksissa (viidenneksen vähennys). Harvaan asutulla maaseudulla, jossa alkoholikuolleisuus oli suurinta, vähennystä oli vajaa kymmenen prosenttia.

Muutoskuviot vahvistavat käsitystä kaupunkimaisten kuntien kokemista talouden kasvuvuista, jotka ilmenevät psykososiaalisten ongelmien yleistymisenä (Kainulainen & al. 2001, 71). Vuosituhannen vaihteessa psykiatrian erikoissairaanhoidon potilaiden määrä ja lastensuojelutapaukset ovat lisääntyneet kuntatyypeistä eniten kaupunkimaisissa kunnissa (kuviot 6 ja 7). Lisäksi harvaan asutun maaseudun kunnissa psykososiaalisten ongelmien kehityssuunta on jatkunut epäsuotuisana.

Elintason yleinen kohoaminen kaikissa kuntatyypeissä ei kuitenkaan ole merkinnyt kuntien erilaistumisen pysähtymistä, vaan joidenkin tekijöiden osalta 1990-luvulla tapahtunut alueellisten hyvinvointierojen supistuminen on päinvastoin kääntymässä erojen kasvuksi.

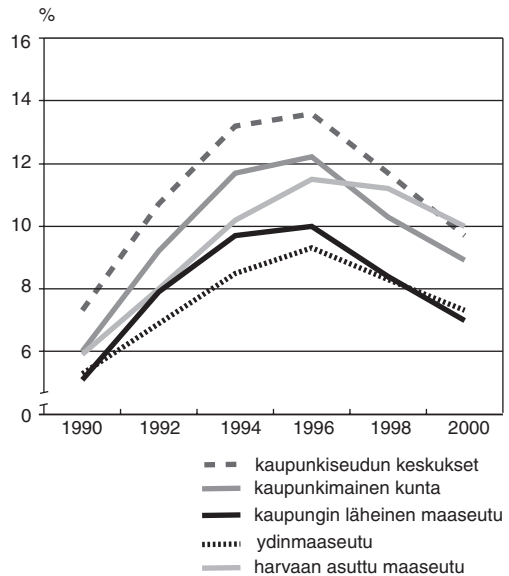
Muutokset kuntaryhmittäin vuosina

1998 ja 2000

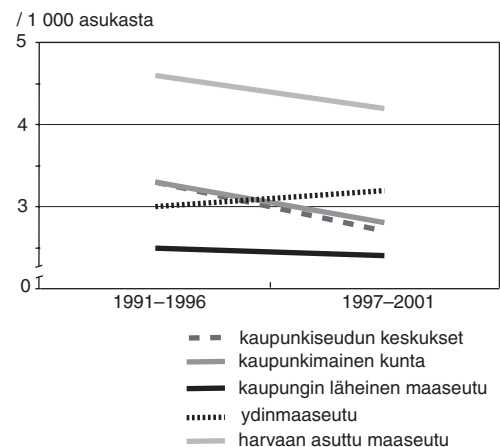
Sakari Kainulaisen, Taina Rintalan ja Matti Heikkilän tutkimuksessa kunnat ryhmittäivät psykososiaalisten ongelmien ja elintason suhteen viiteen hyvinvointiklusteriin (ks. Kainulainen & al. 2001, 85). Taulukossa 1 kuvataan näiden kuntaryhmien hyvinvointilottuvuudessa tapahtuneita muutoksia vuosina 1998 ja 2000. Vertailtavuuden vuoksi kunnat ryhmiteltiin vuoden 1998 mukaisesti ryhmiin. Ajallinen vertailu perustuu standardoituun keskiarvoihin.

Kuten edellä jo hyvinvoinnin yksittäisten osatekijöiden tarkastelussa havaittiin, elintaso on pa-

Kuvio 9. Toimeentulotukea saaneiden osuus väestöstä, %



Kuvio 10. Alkoholikuolemat (päädiagnoosi ja myötävaikuttava syy). Ajanjaksoa kuvaava luku on vuosien 1991–1996 ja vuosien 1997–2001 keskiarvo



rantunut kaikissa kuntaryhmissä. Voimakkainta kasvu on kuitenkin ollut ensimmäiseen, korkean elintason ja vähäongelmaisten kuntien ryhmään kuuluvissa kunnissa. Toisaalta samaan aikaan psykososiaaliset ongelmat ovat näissä kunnissa yleistyneet. Elintason kohoaminen on kuitenkin koskenut vain osaa kuntia, mikä näkyy kuntien välisen hajonnan kasvuna, kun psykososiaalisten ongelmien lisääntyminen on kohdistunut kuntiin tasapuolisemmin.

Taulukko 1. Elintason ja psykososiaalisten ongelmien ulottuvuuksien standardoidut keskiarvot ja hajonnat vuosina 1998 ja 2000 eri klustereissa (ei sisällä Ahvenanmaata)

Klusterit	Elintason ulottuvuus		Psykososiaalisten ongelmien ulottuvuus	
	keskiarvo	hajonta	keskiarvo	hajonta
I korkea elintaso, vähän ongelma				
1998 (n = 57)	0,74	0,51	-0,78	0,42
2000 (n = 56)	1,17	0,65	-0,36	0,43
II matala elintaso, vähän ongelmia				
1998 (n = 180)	-0,5	0,36	-0,67	0,32
2000 (n = 178)	-0,14	0,37	-0,2	0,43
III matala elintaso, hyvin vähän ongelmia				
1998 (n = 28)	-0,2	0,5	-1,74	0,41
2000 (n = 28)	0,11	0,57	-0,89	0,4
IV korkea elintaso, paljon ongelmia				
1998 (n = 60)	0,36	0,49	0,45	0,4
2000 (n = 60)	0,7	0,54	0,75	0,53
V matala elintaso, paljon ongelmia				
1998 (n = 110)	-1,19	0,37	0,16	0,48
2000 (n = 109)	-0,81	0,36	0,46	0,5

Myös toisen ryhmän kunnissa, joille vuonna 1998 oli tyypillistä matala elintaso ja psykososiaaliset ongelmat, on elintaso kohonnut, joskin vähemmän kuin ensimmäisen ryhmän kunnissa, joten elintaso on näissä kunnissa edelleen alhainen. Elintason kohoamisen myötä psykososiaaliset ongelmat ovat samalla lisääntyneet. Ensimmäisestä ryhmästä poiketen elintason kohoaminen on kohdistunut kuntiin tasapuolisemmin, kun taas kuntien väliset erot psykososiaalisissa ongelmissa ovat lisääntyneet.

Kolmanteen ryhmään kuuluviissa kunnissa elintaso oli vuonna 1998 matala ja psykososiaalisia ongelmia oli hyvin vähän. Myös tässä ryhmässä elintaso on kohonnut, mutta psykososiaalisten ongelmien selvästä kasvusta huolimatta ongelmat ovat selvästi harvinaisempia kuin muissa kuntaryhmissä. Samalla tämän kuntaryhmän sisäiset elintasoerot ovat kasvaneet.

Neljänten ja viidenteen ryhmään kasautuivat aiemman tutkimuksen pahimmat ongelmakunnat: neljättä ryhmää leimasi korkea elintaso yhdistyneenä psykososiaalisten ongelmien yleisyyteen, kun viidennessä ryhmässä elintaso oli matala ja ongelmia oli paljon. Molemmissa ryhmässä hyvinvointi kokonaisuutena on suhteessa muihin ryhmiin hieman parantunut, sillä vaikka psykososiaaliset ongelmat ovat molemmissa ryhmissä yleistyneet, kasvu on ollut pienempää kuin muissa kuntaryhmissä. Myös elintaso on kohonnut molemmissa kuntaryhmissä samaan tahtiin muiden ryhmien kanssa. Lisäksi hajonnan kasvu viittaa siihen, että psykososiaalisten ongelmien lisääntyminen on kohdistunut vain osaan kuntia.

Yhteenvetona voidaan todeta, että vaikka sekä hyvinvoinnin eri ulottuvuuksien että yksittäisten osatekijöiden muutokset ovat pääosin samansuuntaisia kuntatyyppistä ja kuntaryhmästä riippumatta, leimaavinta on kuntaryhmien sisäisten erojen kasvu. Kuntaryhmien sisällä eroja näyttää syntyneen niin elintason kuin psykososiaalisten ongelmien suhteen.

Yhteenveto ja pohdinta

Tutkimuksen lähtökohtana olivat aiemmat havainnot maamme sisäisten hyvinvointierojen kasvusta. 1990-luvun kehitystä eritelleet tutkimukset osoittivat, että kunnat ryhmittyyvät elintason ja psykososiaalisten ongelmien suhteen eriytyviin ryhmiin. Tutkimukset antoivat viitteitä myös näiden erojen kasvusta vuosikymmenen loppua kohden. (Heikkilä & Kainulainen 2000; Kainulainen & al. 2001; Viljanen 2001.)

Tässä jatkettiin aiemman analyysin aikasarjaa kahdella vuodella, joten tarkastelujakso kattoi vuodet 1990–2000. Päähuomio oli kuitenkin kahden tuoreimman vuoden (1998 ja 2000) kehityksessä. Hyvinvoinnin osatekijöiden tarkastelu osoitti, että elintaso on kohonnut kaikissa kuntatyypeissä. Kuntatyyppien välisiä elintason eroja mitattiin muutoksilla tuloissa, koulutus- ja asumistasossa, sairastavuudessa (sairaalapotilaat) ja työkyvyttömyyseläkkeen saajien määrässä.

Vaikka kehitys vaihteli käytetystä indikaattorista riippuen, useat elintason osatekijät viittasivat siihen, että harvaan asuttu maaseutu on putoa-

massa yleisestä elintasokehityksestä. Selvimmin tämä näkyi tulojen hitaampana kasvuna, mutta harvaan asutulla maaseudulla pysyivät myös koulutustaso selvästi huonompina sekä työkyvyttömyys ja sairastavuus yleisempänä kuin muualla. Vain erittäin puutteellinen asuminen supistui suhteellisesti eniten harvaan asutulla maaseudulla, mutta asumisessakin leimaavinta oli kaupunkimaisten ja maaseutumaisten kuntien väliset suuret erot.

Elintaso kuvaavat mittarit viittaavat myös siihen, että elintaso on kasvanut voimakkaimmin kasvukeskuksissa, etenkin tuloerojen kasvu on ollut nopeaa. Kuntaryhmittäinen tarkastelu osoitti myös, että korkeimman elintason ryhmän sisäiset erot ovat kasvussa. On mahdollista, että tästä ryhmästä on erottumassa joukko kuntia, jotka poikkeavat erittäin korkean elintason suhteen koko muusta maasta.

Psykososiaaliset ongelmat olivat 1990-luvulla toisaalta tyypillisiä kasvukeskuksille, toisaalta esimerkiksi mielenterveyteen, alkoholin väärinkäyttöön ja turvattomuuteen liittyviä ongelmia esiintyi runsaasti myös maaseudulla, etenkin harvaan asutulla maaseudulla. Tältä osin kehitys näyttää usean indikaattorin osalta jatkuneen tai jopa voimistuneen. Esimerkiksi lasten ja nuorten sijoitukset ja psykiatristen potilaiden määrä ovat kasvaneet suhteellisesti nopeimmin juuri harvaan asutulla maaseudulla. Vastaavasti myös niillä ongelma-alueilla, joilla on tapahtunut myönteistä kehitystä, kuten esimerkiksi toimeentulotukea saaneiden osuudessa, syrjäisten maaseutukuntien tilanne on parantunut hitaimmin.

Kokonaisuutena näyttää siltä, että Blomsteria ja Simpuraa (2001) mukaillen myös psykososiaalisten ongelmien osalta kuntia voidaan ryhmitellä menestyjiin, nousijoihin ja ongelmakuntiin. Vaikka psykososiaaliset ongelmat ovat kasvaneet kaikissa kuntatyypeissä, kuormitus on ollut vähäisintä kaupungin läheisellä maaseudulla. Kaupungin läheinen maaseutu näyttää edelleen ”onnelalta” ja käsitys harvaan asutun maaseudun pahoinvoinnista vahvistuu.

Kaiken kaikkiaan tulokset viittaavat selvästi siihen, että alueellisten hyvinvointierojen kasvua ei ole kyetty pysäyttämään. Vaikka karkea jako kaupunkiin ja maaseutuun on edelleen olemassa, suomalainen kuntarakenne näyttää eriytyvän entistä hienovaraisemmin, eivätkä 1990-lukua leimanneet erottelet enää riitä kuvaamaan hyvinvoinnin alueellista erilaistumista.

Suomessa on alettu viime vuosina keskustella vilkkaammin aluehallinnosta ja aluepolitiikasta osana käytävää laajempaa demokratia- ja hallintotapakeskustelua. Pitkälle keskittynyt palvelurakenne nähdään haasteelliseksi ylläpidettäväksi tilanteessa, jossa väestö ikääntyy, vähenee ja muuttoliikkeen seurauksena keskittyy alueellisesti. Keskusteluissa on yritetty määritellä, mikä olisi sopiva kuntien määrä Suomessa. Kuntakoon kasvattamista on perusteltu muun muassa osittain päällekkäisillä tehokkuus- ja palvelunäkökulmilla. Kysymys on siitä, miten palvelut pystytään tuottamaan mahdollisimman edullisesti, mutta samalla myös mahdollisimman toimivasti, kuntalaisten tarpeisiin vastaavasti ja kansalaisten alueellisen tasa-arvoisuuden huomioon ottavasti. (Lähtenmäki-Smith 2002; ks. myös Haveri & al. 2003; Mathur & al. 2003.) Suurten ja keskisuurten kaupunkien ympäristökuntien, kaupungin läheisen maaseudun kuntien, yhdistymisen tarve nähdään keskimäärin muita tärkeämmäksi. Sen sijaan Pohjois- ja Itä-Suomen harvaan asuttujen kuntien yhdistämisen mahdollisuudet nähdään pitkien etäisyyksien vuoksi rajallisiksi. (Haveri & al. 2003.)

Kuntaliitoksissa on yleensä kysymys kaupungin ja maaseutumaisen kunnan tai maaseutumaisen kuntien yhdistymisestä, jonka seurauksena maaseutumaisen kuntien määrä vähenee. Alueellisesti maaseutu pienenee ja jako kaupunkiin ja maaseutuun siirtyy yhden kunnan sisälle. Kuntakentän muotoutuessa uudelleen olisi siten myös analysoitava kuntien hyvinvoinnin muotoutumista ja sen ehtoja uudesta näkökulmasta. Uudessa tilanteessa ei erottelet elintason ja psykososiaalisten ongelmien suhteen enää välttämättä päde, vaan alueellinen hyvinvointi voi määrittyä aiempaa monisyisemmin.

Esimerkiksi äskettäin ilmestyneessä nuorten hyvinvointia kartoittavassa kuntatutkimuksessa havaittiin, että nuorten hyvinvointi vaihteli voimakkaasti kotikunnan mukaan, mutta riippui toistaiseksi melko vähän itse kunnan ominaisuuksista. Sen sijaan nuorten terveyden ja terveyskäyttäytymisen edellytykset näyttivät kohdentuvan kuntaa paljon laajempiin sosiokulttuurisiin ympäristötekijöihin, kuten esimerkiksi asuinympäristöjen turvallisuuteen, liikennejärjestelyihin ja sosiaalisiin vuorovaikutussuhteisiin. (Karvonen & al. 2003, 71–72.) Tulokset viittaavat siihen, että myös kunnan lapsivaltaisuus ja siihen yhdistyvät tekijät voivat muodostua kuntia erotteleviksi tekijöiksi.

1990-luvulla suomalaisessa sosiaalipolitiikassa korostettiin paikallisuutta. Valtion normiohjausta purettiin, valtionosuuksien laskentaperusteita muutettiin ja kunnille siirrettiin vastuu asukkaidensa hyvinvointia koskevista päätöksistä. Käytännössä muutokset ovat kuitenkin merkinneet lähinnä sitä, että kunnille on annettu mahdollisuus järjestää lakisäätöiset hyvinvointipalvelut parhaaksi katsomallaan tavalla. Alueellisia hyvinvointieroja koskevista tutkimuksissa ei ole kuitenkaan pohdittu sitä, mikä merkitys kuntien erilaisilla toimintatavoilla tai lainsäädäntömuutoksilla on tilastoaineistoihin perustuvissa alueellisissa hyvinvointitutkimuksissa.

Esimerkiksi tässä artikkelissa väestön hyvinvoinnin kuvaamiseen käytetyt muuttajat, kuten sairaaloissa hoidetut potilaat, työkyvyttömyyseläkkeen saajat, sijoitetut lapset ja toimeentulotukea saaneet, kertoivat kuitenkin lähinnä väestön ”pahoinvoinnista” ja palveluiden käytöstä. Esimerkiksi lasten ja nuorten huostaanottojen lisääntyminen voi kertoa lasten pahoinvoinnin kasvusta, mutta myös siitä, että yhä useampi lapsi saa tarvitsemaansa apua. (Ks. Lehto-Trapnowski 2000.) Kunnallisissa sairaaloissa hoidettujen potilaiden määrän supistuminen saattaa johtua väestön terveydentilan kohenemisesta, mutta myös kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteesta (ks. esim. Kääriäinen 2003). Sairaalassa hoitamisen sijasta ihmisiä hoidetaan avo- huollossa. Toimeentulotukea saaneiden määrän väheneminen voi taas johtua väestön taloudellisen aseman kohenemisesta, mutta myös siitä, että vuonna 1998 tuli voimaan laki, jonka mukaan toimeentulotukea saaneilla on seitsemän prosentin omavastuu hyväksytyistä asumismenoista (Laki toimeentulotuesta 1412/1997). Tai työkyvyttömyyseläkkeellä olevien määrän supistuminen voi kertoa eläkkeelle siirtämistä koskevien kriteerien tiukentumisesta, mutta myös alueen työllisyystilanteesta (ks. esim. Nordberg 1998; Viljanen 2001). Alueelliset hyvinvointierot voivat kasvaa tai vähentyä ilman, että alueen väestön hyvinvoinnissa todellisuudessa tapahtuu muutoksia.

Alueellista hyvinvointia koskevista tutkimuksissa on myös harvemmin pohdittu tarkastelunäkökulmaa. Tutkimuksissa käytetään usein rinnakkain muuttujia, joista osa tarkastelee hyvinvointia tarveeoreettisesta näkökulmasta, kuten

toimeentulotukea saaneet, ja osa resurssipainotteisesta näkökulmasta, kuten nettotulot/kulutusyksikkö tai korkea-asteen koulutuksen suorittaneet. Tarveeoreettisessa lähestymistavassa selvitetään hyvinvoinnissa havaittuja puutteita tai ongelmia. Resurssipainotteisessa näkökulmassa luotaillaan taas hyvän elämän ominaisuuksia (ks. esim. Karisto 1984). Pulmana on kuitenkin se, että resurssipainotteiset väestön hyvinvointia kuvaavat tekijät ovat usein yhteydessä ikään. Esimerkiksi iän myötä terveys heikkenee, korkea-asteen koulutettujen osuus on vanhemmissa ikäryhmissä vähäisempi ja ikääntyneiden ikäryhmissä nettotulot muodostuvat pääasiassa sosiaalisista tulonsiirroista (eläkkeistä). Koska kaupungeissa väestö on iältään nuorempaa, merkitsee tämä sitä, että ikään yhteydessä olevilla muuttujilla mitattuna maaseutumaisissa kunnissa asuvan väestön hyvinvointi jää aina alhaisemmaksi kuin kaupungeissa asuvan. Tämä saattaa vaikuttaa siihen, että alueellisten hyvinvointierojen pysähtymisestä näkyy vain vähän merkkejä.

Tulosten mukaan näyttäisi siltä, että ydinmaaseudun ja harvaan asutun maaseudun hyvinvoinnin edistäminen edellyttää tähänastista voimakkaamman aluepolitiikan harjoittamista. 1990-luvulla lamasta toipuville kunnille avautuneet uudet toimintaraamit näyttävät tuottaneen osalle kunnista nopeasti kasvavaa hyvinvointia, ainakin elintasolla mitaten. Samaan aikaan kuitenkin etenkin harvaan asutun maaseudun ongelmavyöhyte näyttää kasautuvan lisääntyvien psykososiaalisten ongelmien yhdistyessä hitaaseen elintason nousuun. Nytemmin on kuitenkin ollut havaittavissa ”heikkoja signaaleja” hyvinvoinnin kasvun mahdollisesta tyrehtymisestä myös kaupungeissa. Taloudellinen kasvu on hidastunut, irtisanomiset ovat jokapäiväisiä ja esimerkiksi Helsinki on siirtynyt muuttotappiokuntien joukkoon. Tämä saattaa merkitä alueellisten hyvinvointierojen kasvun hidastumista tai tyrehtymistä.

Uudenlainen tilanne merkitsee yhtäältä sitä, että kaupungeissa tarvitaan erilaista politiikkaa kuin maaseudulla, mutta toisaalta maaseudulla tarvitaan myös sisäisesti eriytyvää maaseutupolitiikkaa. Harvaan asutun maaseudun ongelmia ja kaupungin läheisen maaseudun ongelmia ei ilmeisesti voida ratkaista samoja keinoja käyttäen.

TIIVISTELMÄ

Sakari Karvonen & Taina Rintala: Alueellisten hyvinvointierojen kasvu jatkuu

Hyvinvoinnin alueellinen erilaistuminen syventyi lähestyttäessä vuosituhannen vaihdetta. Lisäksi alueelliseen erilaistumiskehitykseen yhdistyvät elämänlaadun erot myös yksilötasolla. Tulokset viittaavat siihen, että kuva Suomen jakautumisesta selviytyjiin ja vaikeuksissa painiskeleviin alueisiin on liian karkea.

Tässä artikkelissa tutkittiin, onko elintaso kohonnut samalla tavoin koko maassa ja onko psykososiaalisten ongelmien alueellinen erilaistuminen jatkunut. Lisäksi tutkittiin, ovatko alueelliset hyvinvointierot kasvaneet entisestään. Tutkimusaineistona oli Kahtiajakautuva Suomi? -tilastoaineisto päivitettyinä vuoden 2000 tiedoilla, mutta ilman Ahvenanmaata (kuntia yhteensä 432). Aluejakona käytettiin kaupungin ja maaseudun vuorovaikutustystyöryhmän kehrittelemää viisiportaista kuntajakoa.

Tutkimuksessa tarkasteltiin hyvinvoinnin osatekijöiden (nettotulot, korkea-asteen koulutetut, sairaalapotilaat, työkyvyttömyyseläkkeen saajat, erittäin puutteellisesti varustetuissa asunnoissa asuvat, väkivaltarikokset, toimeentulotukea saaneet, alkoholiakuolemat, sijoitetut lapset, psykiatrian erikoissairaanhoidon potilaat) kehi-

tystä kuntatasolla vuosina 1990–2000. Hyvinvointierojen kehitystä analysoitiin tutkimushankkeen aiemman osan mukaisissa kuntaryhmissä vuosina 1998 ja 2000.

Tulosten mukaan alueellisten hyvinvointierojen kasvua ei ole kyetty pysäyttämään. Elintaso oli kasvanut voimakkaimmin kasvukeskuksissa, mutta samaan aikaan korkeimman elintason kuntaryhmän sisäiset erot olivat kasvaneet. Psykososiaaliset ongelmat olivat edelleen tyypillisiä kasvukeskuksille, mutta niitä esiintyi runsaasti myös harvaan asutulla maaseudulla. Tältä osin kehitys näytti usean osoittimen mukaan jatkuneen tai jopa voimistuneen. Vaikka psykososiaaliset ongelmat olivat kasvaneet kaikissa kuntatyypeissä, kaupungin läheisellä maaseudulla tilanne oli edelleen paras ja käsitys harvaan asutun maaseudun pahoinvoinnista vahvistui.

Näyttää siltä, että kaupungeissa tarvitaan erilaista hyvinvointipolitiikkaa kuin maaseudulla, mutta toisaalta maaseudun sisäinen eriytyminen on myös otettava huomioon. Harvaan asutun maaseudun hyvinvointiongelmia ja kaupungin läheisen maaseudun hyvinvointiongelmia ei voida ratkaista samoilla keinoilla. Harvaan asutun maaseudun ja ydinmaaseudun hyvinvoinnin edistäminen edellyttää tähänastista voimakkaamman aluepolitiikan harjoittamista.

KIRJALLISUUS

- BLOMSTER, PETER & SIMPURA, JUSSI: Lama, elinolot ja sosiaali- ja terveyspalvelujen kysyntä. Yhteiskuntapolitiikka 66 (2001): 4, 329–343
- HAVERI, ARTO & LAAMANEN, ELINA & MAJONEN, KAIJA: Kuntarakenne muutoksessa? Tutkimus kuntajaon muutostarpeista tulevaisuudessa. Acta 155. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 2003
- HEIKKILÄ, MATTI & KAINULAINEN, SAKARI: Maan sisäiset hyvinvointierot. Yhteiskuntapolitiikka 65 (2000): 6, 489–501
- HEIKKILÄ, MATTI & RINTALA, TAINA & AIRIO, ILPO & KAINULAINEN, SAKARI: Hyvinvointi ja tulevaisuus maalla ja kaupungissa. Tutkimuksia 126. Helsinki: Stakes, 2002
- KAINULAINEN, SAKARI & RINTALA, TAINA & HEIKKILÄ, MATTI: Hyvinvoinnin alueellinen erilaistuminen 1990-luvun Suomessa. Tutkimuksia 114. Helsinki: Stakes, 2001
- KARISTO, ANTTI: Hyvinvointi ja sairauden ongelma. Suomea ja muita Pohjoismaita vertaileva tutkimus sairastavuuden väestöryhmittäisistä eroista ja sairaudesta hyvinvoinnin vajeena. Julkaisuja M: 46. Helsinki: Kansaneläkelaitos, 1984
- KARVONEN, SAKARI & RIMPELÄ, MATTI & LUOPA, PAULIINA: Kuntien väliset erot lasten ja nuorten terveydessä ja terveystottumuksissa. Peruseräraportti 2000–2002. Tutkimuksia 131. Helsinki: Stakes, 2003
- KAUTTO, MIKKO & PARPO, ANTTI & UUSITALO, HANNU: Hyvinvointipolitiikka, tulonjako ja kannustimet. S. 164–191. Teoksessa: Heikkilä, Matti & Kautto, Mikko (toim.): Suomalaisten hyvinvointi

2002. Helsinki: Stakes, 2002

KÄÄRIÄINEN, JUHA: Alueelliset hyvinvointierot. Onko mittareilla väliä? Yhteiskuntapolitiikka 68 (2003): 4, 397–406

LAKI TOIMEENTULOTUESTA 1412/1997

LEHTO-TRAPNOWSKI, PÄIVI: Sotka-tietokanta ehkäisevän sosiaalipolitiikan tiedonlähteenä. Yhteiskuntapolitiikka 65 (2000): 2, 146–150

LÄHTEENMÄKI-SMITH, KAISA: Pohjoismainen aluehallinto ja sen uudistuspaineet. Nordregio (The Nordic Centre for Spatial Development) Working Paper 2002:10

MARTELIN, TUIJA & KARVONEN, SAKARI & KOSKINEN, SEPPO: Työikäisten hyvinvointi. S. 84–114. Teoksessa: Heikkilä, Matti & Kautto, Mikko (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2002. Helsinki: Stakes, 2002

MATHUR, AJEET & RYNNÄNEN, MARKKU & NYSTEDT, ARNE: Do the Northern Lights Shine Brightly? Some Late Lessons of Early Warnings from Spatial Inequalities. University of Tampere. School of Business Administration. http://www.uta.fi/laitokset/kati/pdf/do_northern_lights_shine_brightly.pdf (28.10.2003)

NIEMI-IILAHTI, ANITA & STENVALL, JARI & STÄHLBERG, KRISTER: Iskukykyisempi Suomi – suomalaisen aluehallinnon kokonaisarviointi ja kehittämislinjauksia. Julkaisuja 12/2002. Helsinki: Sisäasiainministeriö, 2002

NORDBERG, MAI: Rekisterit sairaalakäyttöön vaikuttavien tekijöiden tutkimuksessa. S. 198–205. Teoksessa: Valkonen, Tapani & Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija (toim.): Rekisteriaineistot yhteis-

- kunta- ja terveystutkimuksessa. Helsinki: Gaudeamus, 1998
- PEKOLA-SJÖBLOM, MARIANNE & HELANDER, VOITTO & SJÖBLOM, STEFAN: Kuntalaisen monet roolit. Acta 147. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 2002
- RINTALA, TAINA & HEIKKILÄ, MATTI: Eriytykö elämänlaatu alueellisesti? S. 336–351. Teoksessa: Heikkilä, Matti & Kautto, Mikko (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2002. Helsinki: Stakes, 2002
- RINTALA, TAINA & IVARI, ANNA-KAISA & AIRIO, ILPO: S. 23–47. Teoksessa: Heikkilä, Matti & Parpo, Antti (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002. Raportteja 268. Helsinki: Stakes, 2002
- SOTKA 2003 (Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastotietokanta: Stakes)
- STATFIN-TILASTOPALVELU. Tilastokeskus, 2003 (statfin.stat.fi/statweb/)
- SUOMINEN, HEIKKI: Diskurssianalyysi lasten ja nuorten hyvinvointiselonteista. Yhteiskuntapolitiikka 68 (2003): 2, 141–151
- VILJANEN, VILLE: Huono-osaisuuden alueellinen kehitys 1990-luvulla: Laman ja sen jälkeisen talouskasvun vaikutukset. Acta 139. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 2001.

Liite 1. Muuttujat ja niiden kriteerit (keskiarvo vuosilta 1996–2000)

Ulottuvuus	Muuttuja	Katkaisukohta alimpaan kolmannekseen	Kunnista kuuluu luokkaan 1	
			n	%
Elintaso	Nettotulot mk/kulutusyksikkö	< 58 511 mk	319	73
	Korkea-asteen koulutuksen saaneet	< 16,7 % 15 vuotta täyttäneistä	338	77
	Sairaalapotilaita vuodessa	> 145,7/1 000 asukasta	273	63
	Työkyvyttömyyseläkkeen saajat	> 86,2/1 000 työikäistä	267	61
	Erittäin puutteellisesti varustetuissa asunnoissa asuvat asuntokunnat	> 8,4 % asuntokunnista	343	79
Psykososiaaliset ongelmat	Alkoholikuolemat	> 1,17 (vakioitu)	141	32
	Sijoitetut lapset ja nuoret	> 13,1/1 000 alle 18-vuotiasta	36	8
	Toimeentulotukea saaneet	> 11,5 % asukkaista	74	17
	Poliisin tietoon tulleet väkivaltarikokset	> 6,3/1 000 asukasta	54	12
	Psykiatrian alan potilaat vuodessa	> 7,8/1 000 asukasta	82	19