



Juha Kääriäinen

HYVINVOINTI JA PALVELUT PAIKALLISTASOLLA

**Tutkimus hyvinvoinnista ja hyvinvointi-
palvelujen tarjonnasta Satakunnassa**

VERSO II - projekti



SATAKUNTALIITTO 2002 Sarja A:265

SATAKUNTALIITTO

Postiosoite: PL 260, 28101 Pori Puhelin Telefax
Käyntiosoite: Pohjoisranta 11 D, 28100 Pori 02-620 4300 02-620 4301

**HYVINVOINTI JA PALVELUT
PAIKALLISTASOLLA
- Tutkimus hyvinvoinnista ja hyvinvointi-
palvelujen tarjonnasta Satakunnassa**
Juha Kääriäinen

Sarja A:265
2002

SARJA A: SUUNNITTELU- JA TUTKIMUSJULKAISUT

ISBN 952-5295-43-5
ISSN 0789-6824
Pori 2002
Pohjakartat © MAANMITTAUSHALLINTO

Sisällysluettelo

ESIPUHE	7
1. JOHDANTO	9
2. ALUEELLINEN HYVINVOINTITUTKIMUS	10
3. TUTKIMUSKYSYMYKSET, AINEISTOT JA MENETELMÄT	12
4. HYVINVOINNIN PERUSULOTTUVUUDET JA NIIDEN ESIINTYMINEN SATAKUNNASSA	16
4.1. Satakuntaa koskevat havainnot	16
4.2. Kuntatyypittely	20
4.3. Satakunnan erityispiirteet suhteessa koko maan kuntiin	22
5. HYVINVOINTIPALVELUJEN TARJONTA SATAKUNNASSA	25
6. KUINKA HYVINVOINTI JA HYVINVOINTIPALVELUJEN TARJONTA KOHTAAVAT?	29
7. YHTEENVETO JA POHDINTA	36
KIRJALLISUUS	38
LIITETAULUKOT	39

ESIPUHE

Satakunnan hyvinvointitilinpito-hanke on ottanut ensimmäisen askeleensa YTT Juha Kääriäisen raportin *“Hyvinvointipalvelut ja palvelut paikallistasolla - tutkimus hyvinvoinnista ja hyvinvointipalvelujen tarjonnasta Satakunnassa”* muodossa. Satakunnan hyvinvointitilinpito-hanke kuuluu Satakunnan hyvinvointitutkimukseen, jota tehdään Satakunnan Hyvinvointikeskuksessa Tampereen yliopiston hyvinvointipalvelujen professorin johdolla.

Satakunnan Hyvinvointikeskus on paikallisten toimijoiden, Satakunnan ammattikorkeakoulun, Diakonia-ammattikorkeakoulun Porin yksikön, sosiaali-alan osaamiskeskuksen, Pikassos Oy:n, Porin kaupungin ja Tampereen yliopiston verkostoituneen yhteistyön muoto. Hyvinvointikeskuksen perustamisesta ja toteuttamisesta on vastannut VERSO-projekti vuosien 2000- 2002 aikana. Tämä tutkimus on rahoitettu VERSO II-projektista, joka saa Satakuntaliitolta osittaista ESR-rahoitusta.

Satakunnan hyvinvointitilinpito-hankkeen tarkoituksena on muodostaa asukkaiden hyvinvointia, hyvinvointipalveluja ja niiden kustannuksia koskeva tietojärjestelmä, jota kunnat, seutukunnat, järjestöt ja yritykset voivat käyttää tehdessään hyvinvointipalveluja koskevia ratkaisuja. Hyvinvointitilinpito-hankkeessa pyritään - mm. STAKES:in tutkimusprofessori Matti Rimpelän ajatuksia soveltaen - tukemaan paikallisia toimijoita muodostamaan omaa hyvinvointistrategiaansa (päättetyt hyvinvointia koskevat toiminnan suunnat lähivuosina), kokeilemalla vuosittaisen ‘hyvinvointiohjelman’ (osa kunnan vuosittaista talous- ja toimintasuunnitelmaa), ‘hyvinvointitaseen’ (poikkileikkaus hyvinvoinnin tilasta ja kehityssuunnasta) ja ‘hyvinvointiselonteon’ (kuvaus viime vuosien kehityksestä) menetelmiä. Satakunnan hyvinvointitilinpito -hankkeeseen sisältyy uutta tietotekniikkaa hyödyntävä, indikaattoreiden käytettävyyttä ja käytön osaamista tukeva maakunnallinen yhteistoiminta, koulutus ja ohjaus.

Hyvinvointitilinpito-hankkeeseen tulee liittymään myös tutkimustoiminta, johon kuuluu yhtäältä tilinpidon ja indikaattoritiedon käyttöä koskeva tutkimus ja toisaalta politiikan ja palvelujen kustannusvaikuttavuutta koskeva tutkimus. Niinpä olisi tärkeää tietää miten paljon ja millä tavalla seutukunnittaisesti panostetaan lasten ja nuorten palveluihin ja mitä seurauksia sillä näyttäisi olevan lasten ja nuorten hyvinvointiin. Erityisen tärkeää olisi esimerkiksi pureutua lasten ja nuorten syrjäytymisen ehkäisytoimien ja niiden todellisen vaikuttavuuden selvittämiseen.

Juha Kääriäisen tutkimuksessa havaitut erot kuntien hyvinvointihaasteissa ja niihin vastaamisessa, perustelevat tarvetta kehittää paikallisten toimijoiden näkökulmasta mahdollisimman käyttökelpoinen, asukkaiden hyvinvointia, hyvinvointipalveluja, niiden kustannuksia ja kehityssuuntia koskevan tietojärjestelmä Satakuntaan.

Tämän Satakuntaliiton julkaisusarjassa julkaistavan raportin sisällöstä ja kuvien ulkoasusta vastaa tutkija Juha Kääriäinen.

Porissa marraskuussa 2002

Pekka Turunen
Satakuntaliitto

Aulis Laaksonen
VERSO II-projektin ohjausryhmän puheenjohtaja

Ilmari Rostila
Hyvinvointipalvelujen professori

1. Johdanto

Tässä tutkimuksessa käsitellään hyvinvointia ja hyvinvointipalveluja alueellisena ja paikallisena ilmiönä. Tavallisestihan hyvinvointitutkimuksessa tarkastellaan kokonaisten väestöryhmien hyvinvointia koko maan tasolla, esimerkiksi edustavilla väestötutkimuksilla. Meillä Suomessa on jo pitkä elinolututkimusten perinne, joita on toteuttanut esimerkiksi Tilastokeskus laajoilla väestötöoksilla, jotka edustavat kaikkia suomalaisia ja otosjärjestelyt mahdollistavat monenlaisten väestöryhmien hyvinvoinnin tarkastelun ja seurannan. Näissä väestön hyvinvointia tarkastellaan esimerkiksi tulojen, koulutuksen, terveyden tai sosiaalisten suhteiden näkökulmasta. Myös hyvinvointipalveluja tutkitaan maassamme vilkkaasti mutta alueellinen näkökulma hyvinvointipalveluihin on jäänyt vähemmälle. Tämä on sikäli paradoksaalista, että Suomessa hyvinvointipalvelut tuotetaan paikallistasolla, 448 kunnassa, joihin jokaiseen on luultavasti kehittynyt ainakin jossain määrin omaleimainen palvelukulttuuri.

Miksi tarvitaan alueellinen näkökulma hyvinvointitutkimuksessa? Ensinnäkin aihe on juuri tällä hetkellä hyvin ajankohtainen maassamme. Suomi on käynyt läpi viimeisen vuosikymmenen ajan voimakkaan rakennemuutoksen, joka heijastui voimakkaana muuttoliikkeenä valtakunnan sisällä. Maaseutu on tyhjenemässä nuoresta ja keski-ikäisestä koulutetusta työvoimasta, joka muuttaa muutamaan suureen kasvukeskukseen. Tämä on aivan ilmeisesti aiheuttanut huomattavia ongelmia sekä lähtö- että tuloalueille, mistä on jo tutkimuksellistakin näyttöä.

Toisaalta aluetutkimuksen merkitystä korostaa huomattavasti se, että kunnilla on Suomessa tärkeä rooli kansalaisten peruspalvelujen rahoittajina ja tuottajina. Tämä merkitys on viime vuosina vain korostunut 1990-luvulla toteutetun valtionosuusuudistuksen myötä, joka merkitsi kuntien toiminnan vapauttamista valtion holhouksesta mutta samalla lisäsi niiden vastuuta huolehtia kuntalaistensa hyvinvoinnista. Valtionapu määräytyy nykyisellään tietyin laskennallisista perusteista, esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon menojen kohdalla ikärakenne ja sairastavuus vaikuttavat valtionosuuteen. Aiemmin valtionosuus määräytyi jokseenkin automaattisesti toiminnan laajuuden mukaan. Suomalaiset kunnat voivat siis nykyisellään itse päättää varsin pitkälle siitä, miten kuntalaistensa hyvinvoinnista huolehtivat. Tilanne siis korostaa huomattavasti alueellisen ja paikallisen tiedon tarvetta hyvinvoinnista ja sen vajeista.

Kolmanneksi kuntien talous on eriytynyt ja epävakaa, johon ovat vaikuttaneet mm. eräät verouudistukset viime vuosina, esimerkiksi yhteisöveron ja kiinteistöveron uudistukset, jotka toisaalta ovat luoneet kunnille uutta liikkumavaraa mutta toisaalta epävarmuutta ja epävakautta, myös eriarvoisuutta kuntien välille. Tämä saattaa vaarantaa jopa kansalaisten yhdenvertaisuutta palvelujen saatavuudessa. Tämäkin korostaa paikallisen hyvinvointitiedon tarvetta. Kuntien tulee entistä tehokkaammin pyrkiä keskittymään niihin hyvinvoinnin vajeisiin, jotka ovat sille ominaisia ja myöskin pyrkiä itsenäisesti ennalta ehkäisemään ja torjumaan hyvinvoinnin kannalta epäsuotuisaa kehitystä.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on yhdistää hyvinvointitutkimuksen ja kunnallisia sosiaali- ja terveystalouksia koskevan tutkimuksen näkökulmat paikallisella tasolla. Keskeinen tutkimuskysymys on, *miten hyvinvointi ja siitä nouseva hyvinvointipalvelujen tarve ja kunnan hyvinvointipalvelujen resurssointi kohtaavat*. Meillä on jo olemassa

hiukan tutkimustietoa siitä, että kunnat tiedostavat kuntalaistensa palvelutarpeet ja niiden kehityksen korkeintaan tyydyttävästi (Eronen ym. 2002, 15-17: Kröger 2002). Osassa kunnista on tiedostettu tämä tilanne ja on lähdetty laatimaan paikallisia hyvinvointiohjelmia ja tämä toiminta näyttää huomattavasti lisääntyneen. Toisaalta valtaosa – ja varsinkin pienet ja keskisuuret kunnat – toimivat periaatteella ”näin on toimittu ennenkin”. Lisäksi monet hyvinvointipalveluja koskeneet leikkaukset, joita kunnissa on toteutettu etenkin 1990-luvun puolivälin jälkeen, on pantu toimeen muun kuin hyvinvointia koskevan tiedon perusteella.

Tämän tutkimuksen taustalla onkin pyrkimys kehittää yhden maakunnan tasolla kuntakohtaista tietojärjestelmää, jonka avulla voitaisiin seurata hyvinvointipalvelujen tarvetekijöiden ja hyvinvointipalvelujen tarjonnan kehitystä. Hankkeen perimmäisenä tarkoituksena on tuottaa kuntien käyttöön hyvinvoinnin tilinpitojärjestelmä, jonka ylläpidosta ja hyödyntämisestä tulisi kiinteä osa kuntien hyvinvointipalvelujen suunnittelua. Tällaista hyvinvoinnin tilinpitojärjestelmän ideaa on kehittänyt erityisesti tutkimusprofessori Matti Rimpelä (Rimpelä 2002) Stakesissa ja tässä paikallisessa hankkeessa on tarkoituksena lähteä toteuttamaan noita ideoita käytännössä.

Tutkimus toteutetaan Satakunnan maakunnassa. Satakunta on länsisuomalainen maakunta, johon kuuluu 28 kuntaa. Hyvinvoinnin näkökulmasta Satakunta edustaa suomalaista keskivertomaakuntaa. Satakunnan keskeinen ongelma on ollut jo muutaman vuosikymmenen ajan teollisuuden rakennemuutoksesta johtuva korkea työttömyys, joka liittyy ns. savupiipputeollisuuden alasajoon muutamilla perinteisesti vahvoilla teollisuuspaikkakunnilla. Näistä Pori lienee tyypillisin esimerkki. Pitkittyneeseen rakennetyöttömyyteen liittyy ennen pitkää myös muita ongelmia, jotka syventävät alueen vaikeuksia. Näistä voidaan mainita esimerkiksi työikäisten poismuutto ja siihen liittyvä ikärakenteen vinoutuminen. Satakunnan väestö on hyvää vauhtia ikääntymässä. Tämän tyyppinen kehitys ei voi olla pitkällä aikavälillä vaikuttamatta myös alueen asukkaiden ja kuntien taloudelliseen tilanteeseen. Toisaalta Satakunnalla on myös vahvuutensa. Esimerkiksi sairastavuus on alhaisemmalla tasolla verrattuna itä- ja pohjoissuomalaisiin maakuntiin. Tämä heijastanee kaukaa historiasta juontuvaa eroa, joka Suomessa voidaan edelleen havaita tarkasteltaessa hyvinvointia itä-länsi ja pohjois-etelä –suunnassa.

2. Alueellinen hyvinvointitutkimus

Suomessa alueellisen hyvinvointitutkimuksen perinne ei ehkä ole ollut kovin vahva mutta se on ollut selvästi viime vuosina voimistumassa (ks. esim. Siirilä, Viljanen & Jousmäki 1999; Kainulainen, Rintala & Heikkilä 2001 ja Viljanen 2001). Suomalainen alueellinen hyvinvointitutkimus voidaan lukea pohjoismaisen hyvinvointitutkimuksen perinteeseen (ks. Rauhala, Simpura & Uusitalo 2000), joista se on selvästi saanut vaikutteita ainakin kolmessa mielessä. Ensinnäkin hyvinvointi on tapana jakaa osatekijöihin tai ulottuvuuksiin. Empiirisessä tutkimuksessa tämä merkitsee usein erilaisen eksploratiivisten monimuuttujamenetelmien käyttöä, joilla haetaan laajasta hyvinvointi-indikaattorien joukosta hyvinvoinnin empiirisiä, toisistaan riippumattomia ulottuvuuksia. Tavallisinpia menetelmiä ovat tässä tapauksessa faktori-, pääkomponentti- tai

ryhmittelyanalyysit. Teoreettisessa mielessä alueellinen hyvinvointitutkimus tukeutuu mm. tunnettuihin tarveteorioihin, joista Suomessa ja muissakin Pohjoismaissa paljon huomiota on saanut Erik Allardt (1976) sovellutus.

Toiseksi pohjoismaiselle hyvinvointitutkimukselle on ominainen näkemys, jonka mukaan hyvinvointi perustuu yksilön käytettävissä oleviin resursseihin (Rauhala ym., 2002, 196-197). Resurssinäkökulma jättää tilaa yksilön subjektiivisille valinnoille eikä tutkimuksen tarvitse ottaa kantaa kovin vahvasti normatiivisiin ”hyvän elämän” kriteereihin. Resurssinäkökulma näin ollen konkretisoi hyvinvointitutkimusta ja hyvässä tapauksessa myös tuottaa käytännöllisiä tuloksia. Suomalaisessa alueellisessa hyvinvointitutkimuksessa tämä on merkinnyt perinteisten elintasoindikaattorien käyttöä kuten tulo- taso, koulutustaso, terveystaso jne. Toisaalta myös elämänlaatua kuvaavia mittareita on käytetty paljon kuvaamaan esimerkiksi paikallisten yhteisöjen sosiaalista kiinteyttä tai poliittista osallistumista.

Kolmanneksi pohjoismaiselle hyvinvointitutkimukselle on ominaista pyrkimys objektiiviseen pikemminkin kuin subjektiiviseen hyvinvoinnin mittaamiseen (mt., 196-197) vaikka tiukka rajanveto tässä suhteessa on miltei mahdotonta. Alueellisessa hyvinvointitutkimuksessa käytetyt empiiriset aineistot perustuvat valtaosin virallisiin tilastotietokantoihin ja havaintoyksikkönä käytetään hallinnollisin perustein määriteltyjä alueellisia yksiköjä, joten ne eivät edes anna mahdollisuutta tarkastella hyvinvoinnin subjektiivista kokemista. Kokonaan toinen asia sitten on, kuinka objektiivisia tällaiset aineistot todella ovat.

Suomessa on varsin laaja kunnallinen itsehallinto ja juuri kunnat rahoittavat ja tuottavat julkiset hyvinvointipalvelut kuten terveydenhuollon, peruskoulutuksen ja sosiaalipalvelut. Siksi kunta on kiinnostava empiirisen alueellisen sosiaalitutkimuksen havaintoyksikkö. Kunta paikallisena yhteisönä voi vaikuttaa kuntalaisten hyvinvointiin erityisesti palvelujen saatavuuteen ja laatuun satsaamalla. Tätä kautta alueellisen hyvinvointitutkimuksen kiinnostava ja erityisen ajankohtainen sovellutus on sellainen, jossa hyvinvointia tarkastellaan erityisesti hyvinvointipalvelujen tarpeen ja siitä nousevan palvelujen kysynnän näkökulmasta. Voidakseen tuottaa tehokkaasti ja taloudellisesti palveluja, kunnissa tulisi olla tietoa kuntalaisten palvelutarpeista, joihin vaikuttavat paitsi selvät resurssivajeet (kuten alhainen koulutus tai sairastavuus) myös erityiset sosiaaliset pulmat, jotka ovat juuri omalle kunnalle ominaisia. Varsinaisesti palvelujen kysyntään vaikuttavat edellisten lisäksi luonnollisesti myös väestön subjektiiviset tekijät kuten arviot palvelun tarpeellisuudesta tai asennetason tekijät (ks. esim. Blomster 2001, 9-10). Hyvinvointivajeita ja sosiaalisia ongelmia voitaneen pitää kuitenkin hyvinvointipalvelujen rakenteellisina kysyntätekijöinä.

3. Tutkimuskysymykset, aineistot ja menetelmät

Tämän tutkimuksen tavoitteena on kuvata Satakunnan kuntien välisiä hyvinvoinnin eroja ja eroja hyvinvointipalvelujen tuottamisessa. Hyvinvoinnin eroja tutkitaan erityisesti hyvinvointipalvelujen kysynnän näkökulmasta mahdollisimman relevantilla tavalla, jolloin tarkastelua laajennetaan perinteisestä hyvinvointitutkimuksesta tuomalla analyysiin mukaan väestön ikärakennetta, väestön muutosta ja eräitä sosiaalisia erityishaasteita kuvaavia tekijöitä. Tarkennettuna tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Millä perusulottuvuuksilla voitaisiin kuvata satakuntalaisten kuntien väestön hyvinvointia koskevaa erilaistuneisuutta ja millaisia kuntatyyppisiä näin saadaan?
2. Millä perusulottuvuuksilla voitaisiin kuvata satakuntalaisten kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujen tarjontaa koskevaa erilaistuneisuutta ja millaisia kuntatyyppisiä näin saadaan?
3. Missä määrin hyvinvointipalvelujen tarjonta ja hyvinvoinnin erilaistuminen (rakenteellinen kysyntä) kohtaavat?

Empiirisenä aineistona käytetään kuntakohtaisia tilastollisia tietoja, jotka on poimittu eri tietokannoista. Hyvinvointia tarkastellaan ensinnäkin perinteisten resurssimittareiden avulla. Kuitenkin, kun tavoitteena on tarkastella hyvinvointia myös hyvinvointipalvelujen kysynnän ja tarjonnan näkökulmista, on tarkastelua syytä laajentaa ottamalla analyysiin mukaan väestörakennetta ja väestönmuutoksia kuvaavia mittareita sekä eräitä sosiaalisia erityishaasteita kuvaavia mittareita. Hyvinvoinnin perusresurssien lisäksi molempien tekijöiden pitäisi vaikuttaa olennaisesti hyvinvointipalvelujen tarjontaan kunnassa. Taulukkoon 1 on koottu käytetyt hyvinvointi- ja palvelumittarit. Tiedot ovat vuodelta 1999 ellei toisin mainita.

Hyvinvointipalvelujen tarjonnan rakennetta kuvataan yksinkertaisesti muuttujilla, jotka kertovat, kuinka paljon rahaa kunnat käyttävät asukasta kohti erilaisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Taulukkoon 2 on koottu käytetyt hyvinvointipalvelujen resurssointia kuvaavat muuttujat. Tiedot ovat vuodelta 1999.

Ensimmäiseen ja toiseen tutkimuskysymykseen vastataan ajamalla pääkomponenttianalyysit taulukoiden 1 ja 2 hyvinvoinnin ja hyvinvointipalvelujen tarjontatekijöistä. Pääkomponenttianalyysi (joka on sukua faktorianalyysille) on monimuuttujamenetelmä, jonka tavoitteena on tiivistää suuren muuttujajoukon sisältämä informaatio muutamiksi harvoiksi perusulottuvuuksiksi, jotka selittävät mahdollisimman paljon muuttujien välisestä varianssista. Toisin sanoen tavoitteena on löytää suuren muuttujajoukon takaa tekijöitä, jotka tiivistävät mahdollisimman taloudellisella tavalla niiden sisältämän informaation. Tässä tutkimuksessa pääkomponenttianalyysiä käytetään kuvailevassa mielessä eli tavoitteena on löytää hyvinvoinnin ja hyvinvointipalvelujen tarjontatekijöiden empiiriset perusulottuvuudet Satakunnan kunnissa.

Pääkomponenttianalyysi (kuten faktorianalyysikin) lähtee liikkeelle muuttujien valinnalla. Tässä tapauksessa analyysit siis ajetaan erikseen taulukoiden 1 ja 2 muuttujakoostumuksilla. Tilastollinen ohjelma (tässä tapauksessa SPSS 9.0) laskee muuttujille

korrelaatiomatriisiin ja siitä edelleen pääkomponenttimatriisiin. Tässä tapauksessa pääkomponenttimatriisia vielä selkeytetään suorakulmaisella varimax-rotatiolla. Näin saadussa matriisissa sarakkeet edustavat pääkomponentteja, jotka tutkija tulkitsee matriisin lukujen eli latausten perusteella uusiksi muuttujajoukkoa luonnehtiviksi perusulottuvuuksiksi. Lataukset voidaan tulkita korrelaatiokertoimiksi saatuun perusulottuvuuteen. Tulkinta etenee niin, että tutkija päättelee, mikä voisi olla se tekijä, joka korreloi alkuperäisiin muuttujiin sillä tavalla kuin latauksista ilmenee. Pääteltyään tämän tekijän, hän nimeää pääkomponentin tuon tekijän mukaan. Yleensä nimeäminen tapahtuu selkeimpien kärkilatausten perusteella.

Pääkomponenttianalyysin laskentaan voidaan haluttaessa liittää myös ns. pääkomponenttipistemäärien laskeminen. Tällöin kysymys on siitä, että jokaiselle havaintoyksikölle (tässä tapauksessa satakuntalaiselle kunnalle) lasketaan kullakin pääkomponentilla oma pistemääränsä, joka kertoo, miten kunta sijoittuu komponentin kuvaamalla ulottuvuudella muiden kuntien välisessä vertailussa. Tässä tutkimuksessa laskettiin pääkomponenttipistemäärät tärkeimpien ulottuvuuksien osalta ja käytettiin pistemääriä hyväksi jatkoanalyysissä.

Kolmanteen tutkimuskysymykseen haetaan vastausta tutkimalla edellisissä vaiheissa saatujen hyvinvoinnin ja hyvinvointipalvelujen tarjontatekijöitä kuvaavien pääkomponenttipistemäärien välisiä yhteyksiä. Korreloivatko hyvinvointitekijät tarjontatekijöiden kanssa, ja jos korreloivat niin missä määrin? Tarkastelua havainnollistetaan myös korrelaatiodiagrammien avulla.

Taulukko 1. Hyvinvointia kuvaavat muuttujat.

Hyvinvoinnin perusresurssit:

- tulot *Yksityishenkilöiden tulot/tulonsaaja, mk.* Lähde: Tilastokeskus, FinStat (<http://statfin.stat.fi/statweb>)
- koulutus *Koulutustasomittain (2000).* Perusasteen jälkeen suoritetun korkeimman koulutuksen keskimääräinen pituus henkeä kohti. Lähde: Tilastokeskus, FinStat (<http://statfin.stat.fi/statweb>)
- terveys *Koko väestön ikä- ja sukupuolivakioitu kuolleisuus.* Lähde: SOTKA.
Työkyvytt.eläkkeiden saajat, ikä- ja sukupuolivakioitu indeksi. Lähde: SOTKA.
Erytiskorvattavien. lääkkeiden saajien ikä- ja sukupuolivakioitu indeksi. Lähde: SOTKA
Kelan vammaisetuuksien saajat /1000 asukasta . Kelan maksamia vammaisetuuksia ovat lasten hoitotuki, vammaistuki ja eläkkeensaajien hoitotuki. Lähde: SOTKA.
Sairauspäivärahan saajien ikä- ja sukupuolivakioitu indeksi. Lähde: SOTKA.
- asuminen *Ahtaasti asuvat asuntokunnat, % asuntokunnista (1998)*

Väestörakenne ja väestömuutokset:

- lapset *0-14 –vuotiaat, % väestöstä.* Lähde: SOTKA.
- vanhuksset *65 vuotta täyttäneet, % väestöstä.* Lähde: SOTKA.
- syntyvyys *Syntyneiden enemmyys/1000 as. (2000).* Lähde: Tilastokeskus, FinStat (<http://statfin.stat.fi/statweb>).
- muuttoliike *Kokonaisnettomuutto/1000 as. (2000).* Lähde: Tilastokeskus, FinStat (<http://statfin.stat.fi/statweb>).

Sosiaaliset haasteet:

- köyhyys *Toimeentulotukea saaneet, % asukkaista.* Toimeentulotuella tarkoitetaan kunnan varoista suoritettua tulonsiirtoa kotitaloudelle silloin, kun käytettävissä ei ole tavanomaisia tuloja tai toimeentuloa turvaavia etuuksia tai ne eivät riitä turvaamaan kohtuullista toimeentuloa. Lähde: SOTKA.
- työttömyys *Työttömyysaste: työttömien osuus työvoimasta.* Työttömään työvoimaan luetaan 15-74-vuotiaat työttömät. Työtön työnhakija on henkilö, joka on ilman työtä ja kokopäivätyöhön käytettävissä tai joka odottaa sovitun työsuhteen alkamista, myös lomautetut lasketaan työttömiksi. Lähde: SOTKA.
Pitkäaikaistyöttömien osuus työttömistä. Pitkäaikaistyötön on henkilö, joka on ollut yhtäjaksoisesti työttömänä 12 kuukautta. Lähde: SOTKA.
- ydinperheen haavoittuvuus *Yksinhuoltajaperheet, % lapsiperheistä (2000)*
- lasten turvattomuus ja sopeutumattomuus *Sijoitetut lapset ja nuoret 1000 0-17 –vuotiasta kohti.* Sijoitetuilla lapsilla tarkoitetaan sosiaalilautakunnan päätöksellä kodin ulkopuolelle joko avohuollon tukitoimena, huostaanotettuna tai jälkihuoltona sijoitettuja lapsia ja nuoria. Lähde: SOTKA.
- rikollisuus *Rikoslakirikokset 1998-2000 1000 asukasta kohti.* Muuttuja on muodostettu summaamalla kaikki poliisin tietoon tulleet rikoslakirikokset vuosilta 1998-2000, jakamalla luku kolmella ja jakamalla vuoden 1999 kokonaisväkiluvulla. Lähteenä käytetyssä tilastossa tilastoyksikkönä on käytetty rikosta. Mikäli useita henkilöitä on yhdessä ryhtynyt samaan rikokseen, rikosten lukumääräksi on merkitty yksi. Luvut sisältävät rikoksen yritykset. Avunanto ja yllytys rikokseen esitetään sen rikoksen nimikkeellä, johon osallisuudesta on kysymys. Lähde: Tilastokeskus, FinStat (<http://statfin.stat.fi/statweb/>).

Taulukko 2. Hyvinvointipalvelujen tarjontaa kuvaavat muuttujat.

<i>Lastenpäivähoito, mk/asukas</i>	Lasten päivähoitoon kuuluu lasten päiväkotitoiminta, perhepäivähoito, lasten leikki-toiminta ja näiden toimintojen tukeminen sekä lasten kotihoidon tuki. Myös lasten tilapäishoito lasten päivähoitoyksikössä. Lähde: SOTKA.
<i>Muut lasten ja perheiden palvelut, mk/as</i>	Kasvatus- ja perheneuvonta, lasten ja nuorten perhehoito, lasten ja perheiden tuki-henkilötoiminta, suojeluvalvonta, lasten huoltoa ja tapaamisoikeutta koskevien asioiden hoito, isyyden selvittely ja lapsen elatus- ja elatuksen turvaamisasiat sekä elatustuki (vuodesta 1997 alkaen), kasvattilasten valvonta, ottolapsineuvonta, avioerosovittelu, sosiaalinen lomatoiminta, ensi- ja turvakodit, nuorten asumispalvelut ja muihin luokkiin kuulumattomat asumispalvelut yms. Lasten ja perheiden palvelut mukaan lukien sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön suorittama ohjaus, neuvonta ja sosiaalisten ongelmien selvittäminen (sekä muu tukitoiminta), joka ei kuulu muiden sosiaali- ja terveystoimen tehtäväluokkien tehtäviin. Lähde: SOTKA.
<i>Vanhusten laitoshoido, mk/as</i>	Vanhainkodit sekä myös sellaiset hoiva- ja hoitokodit ja muut yksiköt, joissa toimitaan laitosperiaatteella eli asiakkaat ovat ympärivuorokautisessa hoidossa. Lähde: SOTKA.
<i>Vammaisten laitoshoido, mk/as</i>	Vammaishuollon ja kehitysvammaisten laitoksissa annettu hoito ja vastaavien palvelu- jen osto (ei suojatyötä eikä asumispalveluja). Lähde: SOTKA.
<i>Suojatyö, mk/as</i>	Kehitysvammaisten ja vajaakuntoisten työ- ja toimintakeskukset (ei vammaisten laitospalveluja, perhehoitoa, vammaisetuuksia eikä avohoitoa). Myös vastaavien palvelujen osto. Lähde: SOTKA.
<i>Kotipalvelu, mk/as</i>	Kodinhoitaja- ja kotiaivustajatoiminta sekä asiakkaiden selviytymistä omissa kodeissaan tukevat kotipalvelun tukipalvelut kuten kuljetus-, saatto-, ateria-, kylvetys- ja siivouspalvelut, vaatehuolto, turvapalvelujärjestelmät, lumityöapu, ilta- ja yöpartioiminta, jotka ovat joko omana työnä tuotettuja tai asiakaspalvelujen ostoa. Lähde: SOTKA.
<i>Muut vanhusten ja vammaisten palvelut, mk/as</i>	Vanhusten ja vammaisten päivähoito, päivä-/palvelukeskukset, palvelutalot, ryhmäkodit (asuntolat) ja muut vanhusten ja vammaisten asumispalvelut, vanhusten ja vammaisten perhehoito, avohuollon ohjaus, vammaiseturudet, muut vammaisuuden perusteella järjestettävät palvelut ja taloudelliset tukitoimet sekä omaishoidon tuki. Myös hoivakodit ja muut kevyen tai tehostetun palvelun asumis- ja palveluyksiköt, joissa asuminen perustuu vuokrasopimukseen. Vammaiseturuksilla tarkoitetaan lain 380/87 mukaan annettavia kuljetus-, saatto- ja tulkkipalveluja, palveluasumista, asunnon muutostyötä ja asuntoon kuuluvia välineitä ja laitteita, kuntoutusohjausta, sopeutumisvalmennusta, henkilökohtaista avustajaa, päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseksi tarvittavia välineitä, koneita ja laitteita, ylimääräisiä vaatekustannuksia ja ylimääräisiä erityiskustannuksia ravinnosta. Lähde: SOTKA.
<i>Päihdehuolto, mk/as</i>	A-kliinikka- ja nuorisoasematoiminta, päihdeongelmaisten asuntola- ja asumispalvelut, pav-huoltolat ja katkaisuhuoltoasemat ym. päihdehuolto seka raittiustyö. Lähde: SOTKA.
<i>Perusterveydenhuolto, mk/as</i>	Perusterveydenhuollon avohoito (poislukien hammashuolto), perusterveydenhuollon ylläpitämät mielenterveystoimistot tai vastaava toiminta, perusterveydenhuollon vuodeosastohoito sekä ns. tukipalvelut, joita ovat mm. kiinteistöhuolto, radiologia, laboratorio jne. Lähde: SOTKA.
<i>Erikoissairaanhoito, mk/as</i>	Erikoissairaanhoidon avosairaanhoito mukaan lukien myös terveyskeskusten erikois-sairaanhoidon avosairaanhoitotoiminta, erikoissairaanhoidon päivä- ja yösaireahoito (kun läsnäoloaika enintään 15 h/vrk.), psykiatrian puoliavoimet hoitomuodot (asuntolat, kuntoutuskodit, pienkodit, perhehoito jne.). Erikoissairaanhoidon vuode-osastohoito mukaan lukien terveyskeskusten erikoissairaanhoidon yksiköiden vuode-osastotoiminta. Kunnissa myös erikoissairaanhoidon palvelujen osto kuntayhtymiltä. Lähde: SOTKA.
<i>Muut (mm. toimeentulotuki), mk/as</i>	Toimeentulotuki sekä toimeentulotukeen liittyvät sosiaalityöntekijöiden ja muut menot. Veteraanikuntoutus (mahdollinen kunnan tai kuntayhtymän menoksi jäävä osa), kunnan opintoavustukset, erilaiset sairauksien hoitoon annettavat vapaaehtoiset avustukset yms. avustukset yksityisille ja järjestöille siltä osin kuin niitä ei voida sijoittaa toiminnan edellyttämään luokkaan, pakolaisten vastaanottoasemat ja -keskukset sekä muu edellä mainittuihin luokkiin kuulumaton sosiaali- ja terveystoimi. Lähde: SOTKA.

4. Hyvinvoinnin perusulottuvuudet ja niiden esiintyminen Satakunnassa

4.1. Satakuntaa koskevat havainnot

Aloitetaan analyysi ajamalla pääkomponenttianalyysi hyvinvointia kuvaavilla muuttujilla. Tulokseksi saadaan kaikkiaan neljä komponenttia, kun rajana pidetään ominaisarvoa 1 (taulukko 3).

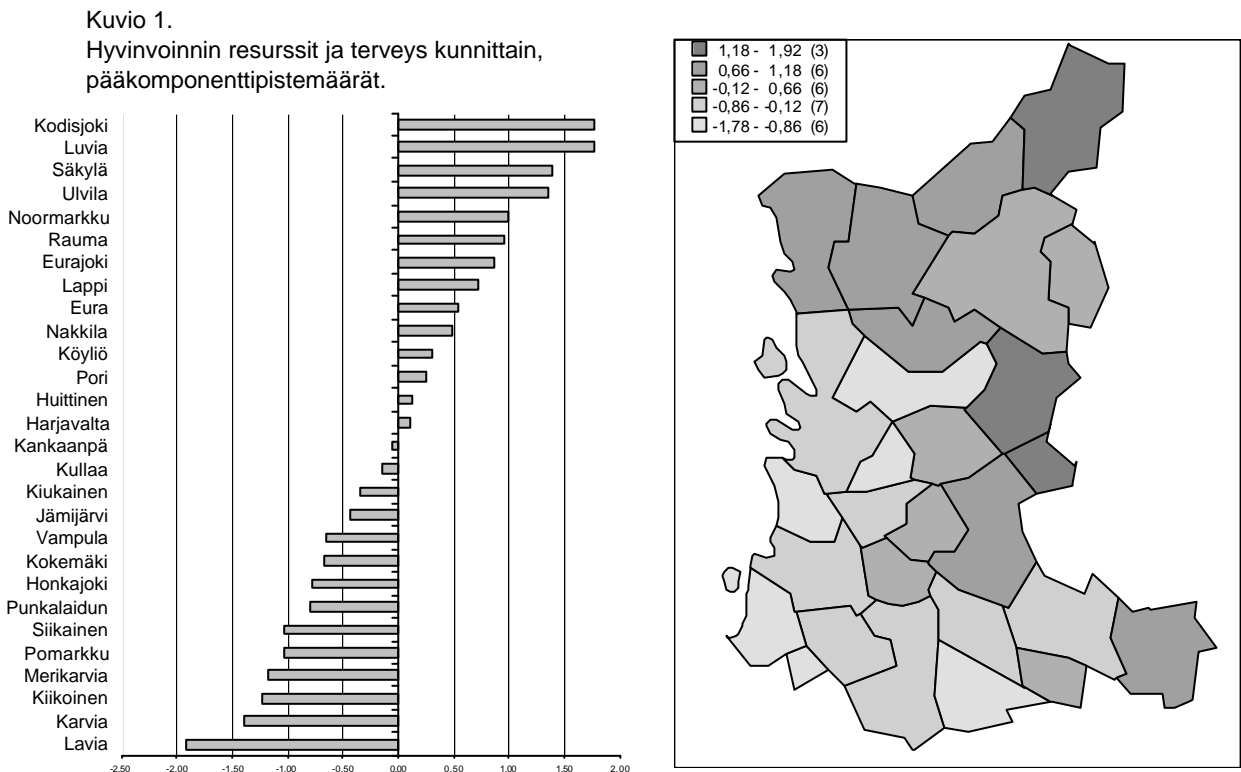
Taulukko 3. Hyvinvoinnin kysyntätekijöiden perusulottuvuudet Satakunnassa. Pääkomponenttianalyysi, varimax-rotatio.

Hyvinvoinnin kysyntätekijä	Hyvinvoinnin komponentti				h ²
	1	2	3	4	
Koulutustasomittain (2000)	,80	,40	,09	,21	,85
Tulot/tulonsaaja	,83	,41	-,08	,19	,90
Ahtaasti asuvat asuntokunnat, % asuntokunnista (1998)	-,48	-,53	,49	,04	,75
0-14 -vuotiaat % väestöstä 31.12	,64	-,36	,22	,48	,83
65 vuotta täyttäneet % väestöstä	-,88	-,23	-,25	-,03	,89
Syntyneiden enemmisyys/1000 as. (2000)	,88	,14	,18	,06	,83
Kokonaisnettomuutto/1000 as. (2000)	-,18	-,04	-,32	,71	,64
Yksinhuoltajaperheet, % lapsiperheistä (2000)	,13	,84	,01	-,05	,72
Pitkäaikaistyöttömät % työttömistä	,15	-,01	,70	-,13	,53
Työttömyysaste	-,06	,17	,85	-,10	,77
Vakioitu kuolleisuus, koko väestö	-,12	-,10	,04	-,75	,58
Työkyvyttömyyseläkkeiden saajat vakioitu indeksi	-,85	,18	,23	,13	,83
Erit.korvatt. lääkkeiden saajien vakioitu indeksi	-,78	,15	,28	,22	,75
Kelan vamm.etuuksien saajat /1000 as.	-,92	-,05	,10	-,03	,86
Sairauspäivärahan saajien vakioitu indeksi	,59	,17	,17	-,25	,47
Toimeentulotukea saaneet, % asukkaista	-,19	,64	,39	,37	,74
Sijoitetut lapset ja nuoret/1000 0-17 v.	,16	,68	,00	-,22	,54
Rikoslakirikokset 1998-2000/1000 asukasta	,07	,74	,13	,36	,70
Ominaisarvo	6,20	3,07	2,06	1,86	
Selitysosuus (% varianssista)	34,4	17,0	11,5	10,3	

Ensimmäiselle pääkomponentille latautuvat ensinnäkin selvästi hyvinvoinnin perusresursseista tulo- ja koulutustaso ja yhtä selkeän negatiivisesti pitkäaikaista sairastavuutta kuvaavat muuttujat. Jo näiden kärkimuuttujia koskevien havaintojen perusteella komponentti voidaan nimetä yleiseksi *hyvinvoinnin resurssien ja terveyden* kuntaeroja kuvaavaksi ulottuvuudeksi. Tätä tulkinnallista kuvaa tosin rikkoo jossain määrin kahden muuttujan lataukset. Ensinnäkin sairauspäivärahan saajien osuus latautuu yllättäen positiivisesti. Havainto selittyy sillä, että kyseinen muuttuja kuvaa sellaista työelämässä toimivan aktiiviväestön lyhytaikaista sairastavuutta, jonka kustannuksia Kansaneläkelaitos korvaa. Toiseksi yllättävää on, että vakioitua kuolleisuutta kuvaava muuttuja ei lataudu tällä ulottuvuudella. Kiinnostavaa on myös huomata, kuinka väestön ikärakenne selvästi liittyy Satakunnassa tähän ulottuvuuteen. Pitkäaikaissairastavuus (jota on mitattu ikä- ja sukupuolivakioiduilla mittareilla) ja alhainen elintaso liittyy vahvasti korkeaan vanhusväestön osuuteen. Toisaalta nuori ikärakenne ja siihen liittyvä syntyvyys liittyy Satakunnassa hyvään tulotasoon, korkeaan koulutukseen, hyvään asumisväljyyteen ja terveyteen.

Ikärakenteen ja hyvinvointiresurssien välinen yhteys Satakunnassa saattaa olla paikallinen erityispiirre. Valtakunnallisissa tutkimuksissa tällaista yhteyttä ei välttämättä löydy. Tähän viittaavat eräät aiemmat, mutta empiirisessä mielessä jo vanhentuneet tutkimustulokset (ks. esim. Riihinen 1965, Kääriäinen 1984). Samaan viittaa myös Viljasen (2001, 46) faktorointi 1990-luvun lopulta. Edellä kuvaamani hyvinvoinnin resurssien ja terveyden ulottuvuus muistuttaa läheisesti ulottuvuutta, jonka Kainulainen, Rintala & Heikkilä (2001, 61-63) ovat saaneet analysoituaan vastaavalla tavalla koko maan tasolla hyvinvoinnin alueellisia eroja. Myös heidän analyysissään muodostui ensimmäiseksi ulottuvuudeksi tekijä, jolla latautui mm. koulutustaso, tulotaso ja sairastavuus. He käyttivät vastaavasta tekijästä yksinkertaisesti nimitystä *elintaso*. Valitettavasti heidän analyysistään kuitenkin puuttuivat ikärakennetta kuvaavat muuttujat. Palaan tähän kysymykseen myöhemmin (luku 4.2) verratessani Satakunnan hyvinvointieroja koko maan vastaavan kokoisten kuntien hyvinvointieroihin.

Miten sitten hyvinvointi jakautuu satakuntalaisten kuntien kesken näin saadulla hyvinvoinnin resurssien ja terveyden ulottuvuudella? Kuviossa 1 on kuvattu pääkomponenttipistemäärien jakautuminen kunnittain. Pääkomponenttipistemäärän keskiarvo on 0 ja keskihajonta 1.



Kuviosta huomaamme, kuinka hyvinvointi jakautuu tällä ensimmäisellä ja yleisimmällä ulottuvuudella maantieteellisesti itä-länsi ja pohjois-etelä –suunnassa. Tämä heijastanee yhtäältä maaseutukuntien pitkälle historiaan ja luonnonoloihin juontuvaa erilaisuutta: Kokemäenjokilaakson vauraissa ja suhteellisen taajaan asutuissa kunnissa (kuten Eura, Säkylä, Köyliö ja Huittinen) hyvinvointi on korkeampaa kuin pohjoisen ja itäisen Satakunnan harvaanasutuissa kunnissa (kuten Lavia, Kiikoinen tai Karvia). Toisaalta hyvinvointi näyttää ryhmittyvän suurimpien keskusten, Porin ja Rauman ympäristöihin.

Molemmat kaupungit sijoittuvat itsekin keskiarvon yläpuolelle mutta erityisesti Porin tapauksessa sen ympäristökunnat kuten Luvia, Ulvila ja Noormarkku erottuvat korkean hyvinvoinnin ja edullisen väestörakenteen kuntina. Myös Rauma ja Kodisjoki muodostavat yhdessä korkean hyvinvoinnin kuntaparin. Tämä havainto hyvinvoinnin etsiytymisestä erityisesti keskusten ympäristökuntiin sopii hyvin Kainulaisen, Rintalan & Heikkilän (2001, 95-96) koko maata koskeviin tutkimustuloksiin, joiden mukaan kaupunkien ja maaseudun rajapinnassa olevat kunnat ovat kyenneet parhaiten hyödyntämään 1990-luvulla tapahtuneen alueellisen muutoksen.

Siirrytään seuraavaksi tarkastelemaan pääkomponenttianalyysin toista komponenttia. Mikä olisi hyvinvoinnin kuntaerojen toinen ulottuvuus Satakunnassa? Toisella pääkomponentilla latautuvat ensinnäkin selvästi toimeentulotukea saaneiden osuus, sijoitettujen lasten ja nuorten osuus sekä rikoslakirikosten määrä. Nämä viittaavat selvästi köyhyyteen liittyvien sosiaalisten ongelmien tai erityisesti ns. psykososiaalisten ongelmien esiintyvyyteen. Tämän lisäksi komponentilla latautuu selkeästi yksinhuoltajaperheiden osuus perheistä, joka kuvastanee perinteisen ydinperheen haavoittuvuutta ja perheongelmien heijastumista sosiaalisina ongelmina.

Lisäksi kannattaa huomata, että komponentilla latautuvat eräät hyvinvoinnin resurssi-muuttajat (tulot, koulutus, asumisväljyys) positiivisesti, mikä viittaa sosiaalisten ongelmien kytkeytymiseen eriarvoisuuteen: ongelmia esiintyy suurten tulo- ja koulutuserojen kunnissa. Näitä ovat tyypillisesti kaupunkikunnat, joissa tarvitaan koulutettua ja hyvä-tuloista työvoimaa, mutta joihin toisaalta keskittyy työvoiman ulkopuolelle syrjäytyneitä ja monenlaisista sosiaalisista ongelmista kärsiviä ihmisiä. Varsinkin 1990-luvulle ominaiset voimakkaat rakennemuutokset lisäävät painetta eriarvoistumiseen kaupunkikeskuksissa. Yhtäältä niihin ja niiden läheisyyteen muuttaa nuorta, koulutettua työvoimaa mutta toisaalta erityisesti keskuksiin myös jää rakennemuutoksen jälkeensä jättämä työmarkkinoilta uloslyöty työvoima. Tämän tyyppinen kehitys on näkynyt viime vuosina mm. suurimpien kaupunkien sisäisenä alueellisen rakenteen polarisoitumisena hyvä- ja huono-osaisten alueisiin (ks. esim. Kortteinen & Vaattovaara 1999).

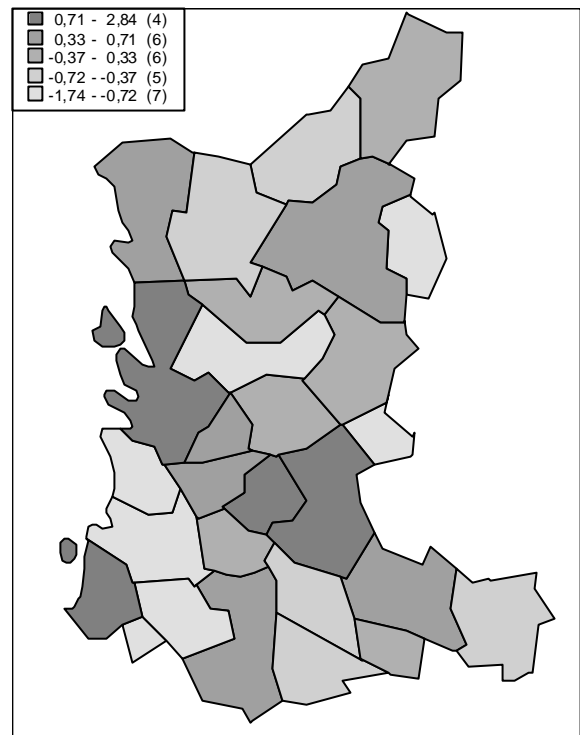
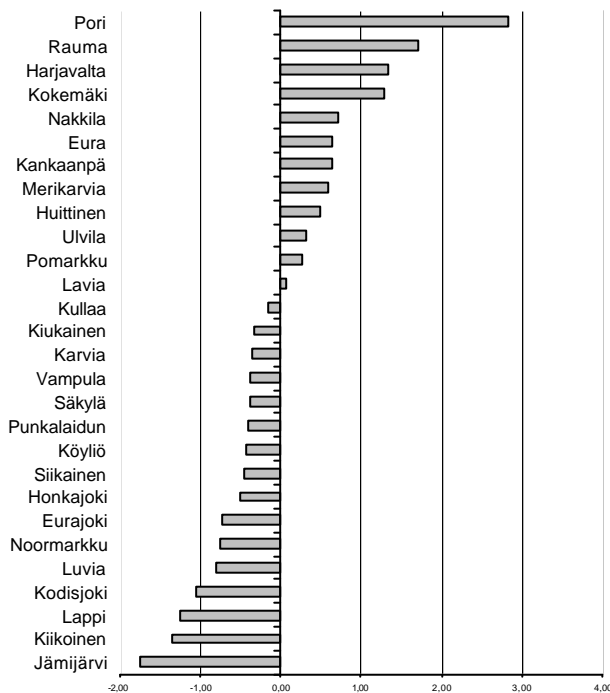
Näiden havaintojen perusteella toinen komponentti voidaan nimetä *psykososiaalisten ongelmien ja eriarvoisuuden* ulottuvuudeksi. Ulottuvuus muistuttaa selvästi Kainulaisen, Rintalan & Heikkilän (2001, 61-62) koko maan aineistolla saamaa tulosta.

Katsotaan kuvioista 2, kuinka nämä psykososiaaliset ongelmat jakautuvat Satakunnan kuntien kesken. Ensinnäkin kiinnittyy huomio siihen, että psykososiaaliset ongelmat todella vaivaavat erityisesti kaupunkikuntia, joista Pori erottuu selvästi ”omaan sarjaansa”. Rauma, Harjavalta ja Kokemäki muodostavat oman ryhmänsä. Näistä Raumaa voi ehkä pitää sillä tavalla positiivisena yllättäjänä, että se on kokoonsa nähden selvästi pienempien kaupunkimaisten kuntien kanssa samassa joukossa. Harjavalta ja Kokemäki ovat maaseudun teollistuneita paikkakuntia, joissa on kaupunkimaisten kuntien ongelmille ominaisia piirteitä. Entä sitten toinen ääripää? Ensinnäkin Rauman ja osin Porinkin ympäristökunnat näyttävät selvästi muodostavan vähäisten psykososiaalisten ongelmien yhtenäisen alueen (Kodisjoki, Lappi, Eurajoki, Luvia ja Noormarkku). Nämä ovat selvästi kuntia, jotka hyödyntävät kaupunkikeskuksen vetovoiman työpaikkojen ja palvelujen muodossa mutta joiden väestö- ja perherakenne on sillä tavalla edullinen, että ne välttyvät psykososiaalisilta ongelmilta. Tämän tyyppiset kunnat suosivat selvästi ydinperheen ympärille muodostuvaa lapsiperheasutusta. Ongelmien tullessa tai

lasten kasvaessa ja vanhempien iän karttuessa perheet muuttavat usein kaupunki-keskukseen, joka tarjoaa monipuolisempia asumis- ja palveluvaihtoehtoja.

Toiseksi eräät pienet ja syrjäiset maaseutukunnat näyttävät välttäneen psykososiaalisia ongelmia. Näistä esimerkkeinä voi mainita Jämijärven ja Kiikoisen. Yksinkertaisesti niiden syrjäinen sijainti ja vanhusvoittoisuus selittänevät ainakin rikollisuuden vähäisyyden, lasten ja nuorten ongelmien vähäisyyden ja yksinhuoltajaperheiden pienen osuuden.

Kuvio 2.
Psykososiaaliset ongelmat ja eriarvoisuus kunnittain, pääkomponenttipistemäärät.

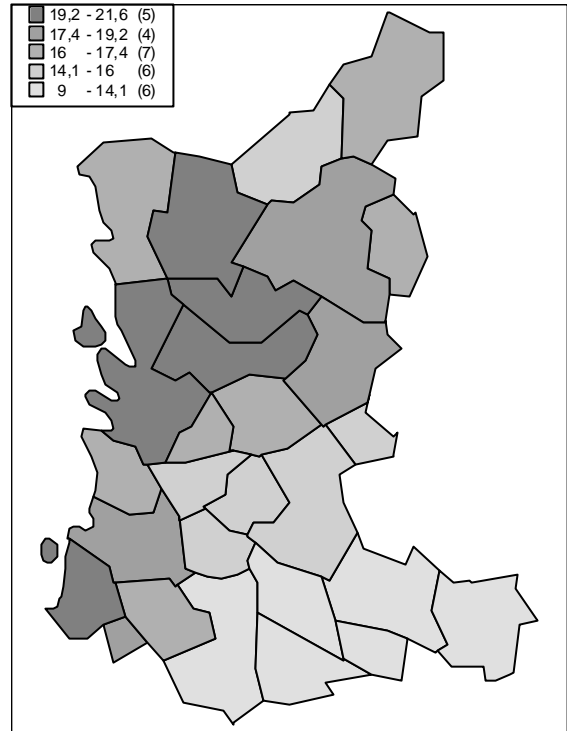
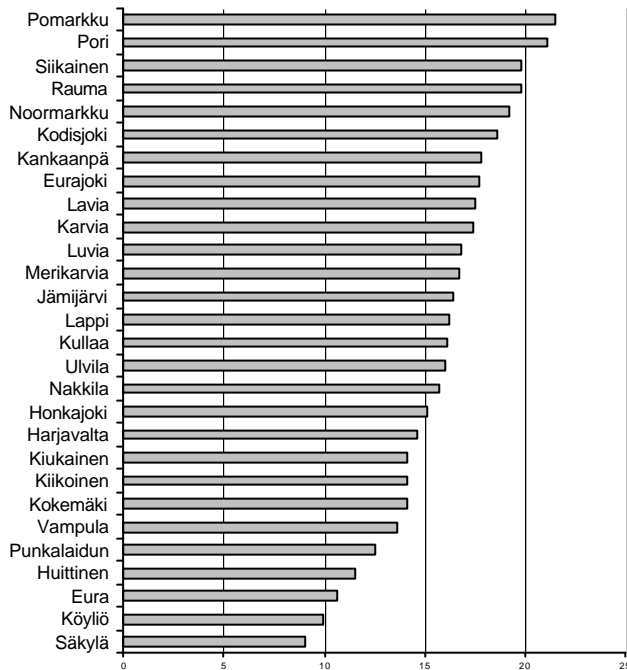


Kolmas hyvinvoinnin komponentti Satakunnassa näyttää selvästi muodostuvan *työttömyyden* ympärille (ks. taulukko 3). Kolmannella komponentilla latautuvat selvimminkin työttömyysaste ja pitkäaikaistyöttömien osuus mutta niiden lisäksi myös ahtaasti asuvien osuus asutuskunnista ja merkittävänä myös toimeentulotukea saaneiden osuus asukkaista. Komponentti on siis tulkinnallisesti varsin yksinkertainen ja sen selitysosuuskin jää jo suhteellisen alhaiseksi (11,5 % varianssista). Kiinnostavinta tässä ehkä on nyt se, että työttömyys muodostaa todellakin Satakunnassa itsenäisen, muista hyvinvoinnin komponenteista riippumattoman ulottuvuuden.

Kuviossa 3 tarkastellaan jälleen työttömyyden jakautumista kunnittain. Komponenttipistemäärien sijaan käytetään tällä kertaa yksinkertaisesti työttömyysastetta, koska ulottuvuus on niin selkeä tulkinnaltaan. Teollistuneet ja teollisuuden rakennemuutoksen voimakkaimmin läpikäyneet Porin ja Rauman seudut sekä eräät Pohjois-Satakunnan kunnat erottuvat selvimminkin vaikeina työttömyysalueina. Silmiinpistävää on toisaalta eteläisen Satakunnan kuntien yhtenäinen alhaisemman työttömyyden vyöhyke.

Pääkomponenttianalyysi tuotti myös vielä neljännen komponentin, jonka ominaisarvo ylitti yhden. Sisällöllisesti se näyttää olevan tehtävämme kannalta kuitenkin siksi marginaalinen, että jätän sen tässä yhteydessä huomioimatta.

Kuvio 3.
Satakunnan kuntien työttömyysaste 1999.



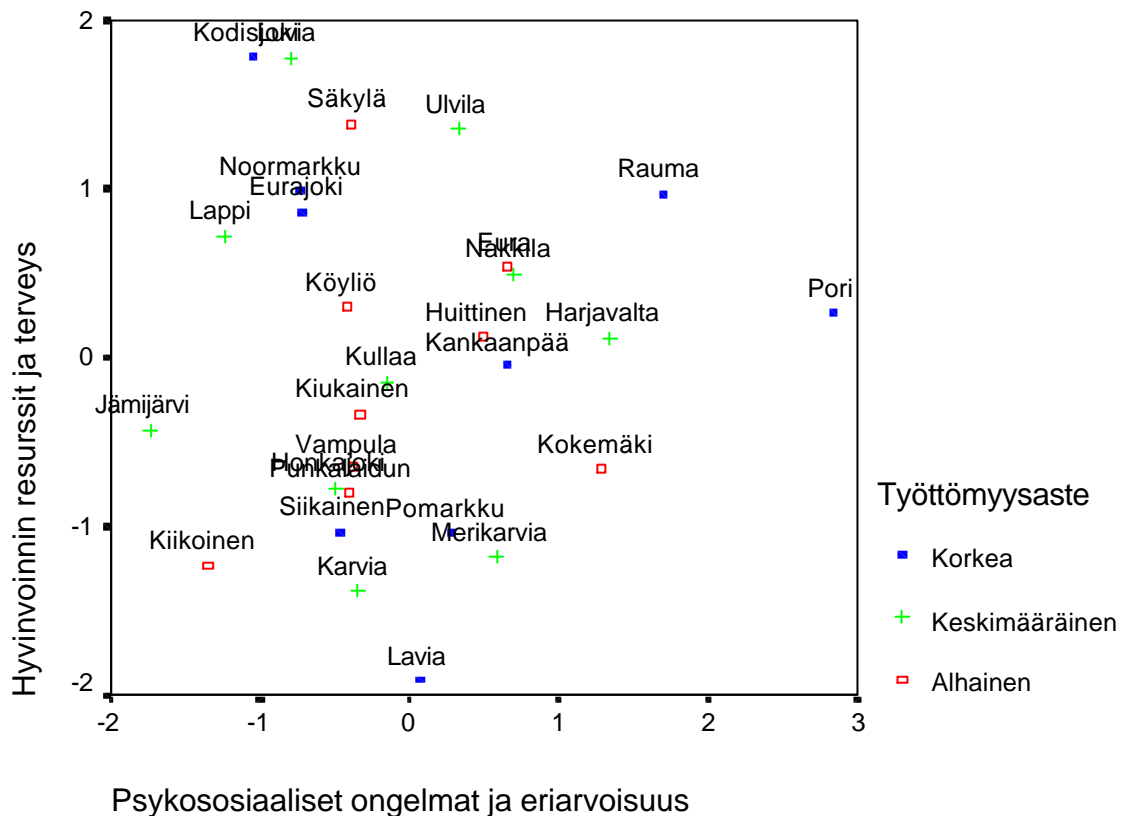
4.2. Kuntatyyppittely

Edellä olemme siis saaneet tulokseksi kolme hyvinvoinnin empiiristä ulottuvuutta, jotka luultavasti ovat merkityksellisiä arvioitaessa hyvinvointipalvelujen tarvetta ja kysyntää Satakunnassa. Kannattaa vielä muistaa, että pääkomponenttianalyysillä saadut ulottuvuudet ovat toisistaan riippumattomia, toisin sanoen kunnan saama arvo yhdellä ulottuvuudella ei millään tavalla ennusta sen saamaa arvoa toisella ulottuvuudella. Seuraavaksi on hyödyllistä sijoittaa satakuntalaiset kunnat näille ulottuvuuksille. Tämä tapahtuu kuvion 4 avulla, johon on merkitty x-y -koordinaatistoon kuntien sijoittuminen kahdelle ensimmäiselle ulottuvuudelle ja vielä kunnan työttömyysaste suhteessa muihin Satakunnan kuntiin. Näin saamme konkreettisen kuntatyyppittelyn, joka kertoo karkeasti niistä hyvinvointipalvelujen kysyntään liittyvistä rakenteellisista tekijöistä, jotka ovat merkityksellisiä palvelujen suunnittelun kannalta.

Aloitetaan kuvion vasemmasta ylälaidasta. Sieltä löytyvät kunnat, joita voi nimittää hyvin toimeentulevien, nuorten ja terveiden asukkaiden kunniksi, joissa psykososiaaliset ongelmatkin ovat harvinaisia. Parhaimpia esimerkkejä näistä ovat Kodisjoki, Luvia, Säkylä, Noormarkku, Eurajoki ja Lappi. Näistä Säkylä, Luvia ja Lappi ovat siinä mielessä hyvinvoinnin kärkikuntia, että niissä myös työttömyys on kohtuullisella tasolla. Kun siirrytään kuvion ylälaidassa oikealle, pysytään edelleen hyvinvoinnin resurssien ja terveyden suhteen vähintäänkin kohtuullisella tasolla mutta psykososiaaliset ongelmat tulevat kuvaan mukaan. Erityisen hankala tilanne on tässä suhteessa Raumalla ja

Porissa, joissa myös työttömyys on vaikea ongelma. Eura, Nakkila, Huittinen, Harjavalta ja Kankaanpää ovat myös psykososiaalisten ongelmien suhteen keskiarvon yläpuolella mutta niiden sijoittuminen hyvinvoinnin resurssien ja terveyden suhteen on hyvää keskitasoa. Toisaalta voidaan sanoa, että näihin hyvinvointiresurssien ”keskiarvokuntiin” kohdistuu samanaikaisesti palvelukysyntäpainetta sekä lapsiperheiden että vanhusten taholta samalla kun niiden on kyettävä vastaamaan myös psykososiaalisiin ongelmiin.

Kuvio 4. Hyvinvoinnin ulottuvuudet Satakunnassa: kuntatyyppittely



Kuvion vasemmasta alalaidasta löytyy joukko pääasiassa pieniä maaseutukuntia, joiden ongelmana on sairastavuus ja vanhusvoittoinen ikärakenne samalla kun niiden vahvuutena on vähäinen psykososiaalisten ongelmien määrä. Tyyppiesimerkkejä ovat Jämijärvi, Kiikoinen, Vampula, Honkajoki, Punkalaidun ja Karvia. Näissä myöskin työttömyysaste on yleensä suhteellisen alhainen tai keskimääräinen. Vain Siikaisilla lisärasitteena on myös korkea työttömyysaste.

Hankalin yhdistelmä hyvinvointia ja hyvinvointipalvelujen järjestämistä ajatellen olisivat sellaiset kunnat, joissa sekä alhainen elintaso, sairastavuus, suuri vanhusväestön osuus että psykososiaaliset ongelmat esiintyisivät samanaikaisesti. Lavia, Pomarkku, Merikarvia, Kokemäki ja myös Pori ovat kuitenkin suhteellisen lähellä tällaista ”Bermudan kolmiota”, jossa hyvinvointipalveluihin kohdistuu odotuksia yhtä aikaa monenlaisista tarpeista ja väestöryhmistä käsin. Pori on ehkä selkein esimerkki kunnasta, johon kohdistuu yhtä aikaa vahvoja paineita vanhusväestön, lapsiperheiden ja psykososiaalisten ongelmien suunnasta.

4.3. Satakunnan erityispiirteet suhteessa koko maan kuntiin

Mitä sitten voidaan sanoa Satakunnan erityispiirteistä? Muodostuvatko hyvinvoinnin kuntakohtaiset erot Satakunnassa samalla tavoin kuin koko maan vastaavan kokoisissa kunnissa? Voidaanko valtakunnallisia hyvinvoinnin alueellisia eroja kuvaavia tutkimustuloksia suoraan soveltaa Satakuntaan?

Käytettävissäni oli koko maan kuntia koskeva, muuttujajoukoltaan hiukan suppeampi aineisto kuin edellä kuvattu, jolla halusin tarkistaa mahdollisen Satakunnan erityisyyden. Koska muuttujat eivät ole aivan identtisiä edellä kuvatun analyysin kanssa, esitetään pääkomponenttianalyysin tulokset Satakunnankin osalta vielä uudelleen.¹ Taulukossa 4 ovat Satakunnan tulokset ja taulukossa 5 koko maan tulokset. Taulukosta 4 havaitsemme nopeasti, että saamme tulokseksi käytännössä aivan samat ulottuvuudet kuin edellä on jo kuvattu joten voimme siirtyä tarkastelemaan koko maata kuvaavia tuloksia.

Taulukko 4. *Hyvinvoinnin perusulottuvuudet Satakunnassa. Pääkomponenttianalyysi, varimax-rotatio. Vertailukelpoinen muuttujakoostumus taulukon 5 kanssa.*

Hyvinvointi-indikaattori	Hyvinvoinnin komponentti			
	1	2	3	h ²
Korkea-asteen koulutus, % 15 v.	-,81	,43	,01	,84
Verotulot yhteensä, mk/asukas	-,62	,58	-,01	,72
0-14 -vuotiaat % väestöstä 31.12	-,61	-,03	-,08	,37
65 vuotta täyttäneet % väestöstä	,85	-,26	-,23	,84
Nettomuutto/1000 asukasta	,02	,12	-,69	,49
Työttömiä työvoimasta, %	,12	,30	,80	,74
Pitkäaikaistyöttömät % työttömistä	-,12	,13	,60	,39
Vakioitu kuolleisuus, koko väestö	,11	-,44	,53	,49
Työkyvytt.eläkkeiden saajat vakioitu indeksi	,85	,33	,03	,84
Erit.korvatt. lääkkeiden saajien vakioitu indeksi	,80	,30	,07	,73
Kelan vamm.etuuksien saajat /1000 as.	,93	-,03	,09	,87
Sairauspäivärahan saajien vakioitu indeksi	-,62	,14	,19	,44
Toimeentulotukea saaneet, % asukkaista	,21	,83	,16	,76
Sijoitetut lapset ja nuoret/1000 0-17 v.	-,19	,46	,23	,30
Poliisin tietoon tullut rikollisuus, rikoksia/1000 as.	,02	,83	-,15	,71
Ominaisarvo	4,86	2,70	1,96	
Selitysosuus (% varianssista)	32,4	18,0	13,1	

Koko maan kuntien analyysi tuottaa kiinnostavalla tavalla erilaisia tuloksia verrattuna Satakuntaan. Ensinnäkin huomaamme, että koko maan aineistossa ensimmäiselle ulottuvuudelle latautuvat sairastavuusindikaattorit ja hyvinvointiresursseja kuvaavat muuttajat latautuvat heikommin kuin Satakunnan aineistossa. Lisäksi ulottuvuus poikkeaa

¹ Molempien pääkomponenttianalyysien kohdalla komponenttien määräksi pakotettiin kolme, sillä ratkaisu tuotti molemmissa tapauksessa riittävän määrän selkeästi tulkittavissa olevia ulottuvuuksia.

Satakunnan tuloksista ensinnäkin siten, että siinä latautuvat negatiivinen nettomuutto, työttömyys ja toimeentulotukiköyhyys. Kysymys näyttää siten olevan huomattavasti yleisemmästä hyvinvointivajeiden, sairastavuuden, työttömyyden ja köyhyyden muodostamasta tekijästä kuin mitä Satakunnasta on löydettävissä. Toiseksi huomaamme, että tämä tekijä ei korreloi mitenkään väestön ikärakenteen kanssa. Kysymys on aivan ilmeisesti ilmiöstä, jota Siirilä, Hautamäki, Kuitunen ja Keskipetäjä (1988) sekä Viljanen (2001) ovat kuvanneet *kurjistumiseksi*. Kurjistumisessa on juuri kysymys monien hyvinvointivajeiden kasautumisesta ja ilmiö vaihtelee Suomessa vyöhykemäisesti lounais-koillinen –suunnassa. Tyypillisesti kurjistuminen kasautuu Itä- ja Pohjois-Suomen väestökatoalueille kun taas Etelä- ja Länsi-Suomessa hyvinvointi jakautuu kohtuullisen tasaisesti ja sitä riittää pieniin maaseutukuntiin asti. Satakunta on tyypillinen länsisuomalainen maakunta, jossa pienissä ja syrjäisissäkin kunnissa on suhteellisen vähän toimeentulotukiköyhyyttä tai työttömyyttä. Osaselityksenä on varmasti lyhyt välimatka Etelä-Suomen kasvukeskuksiin. Satakunnan syrjäisten maaseutukuntien ongelmana on vanheneva väestö, alhainen koulutustaso ja pienituloisuus sekä sairastavuus mutta varsinaista kurjistumista niistä ei löydy. Sairastavuuden liittyminen näinkin tiukasti väestön ikärakenteeseen kertoo siitä, että satakuntalaiset elävät suhteellisen terveen elämän, jota sairastavuus varjostaa vasta vanhuuden koittaessa. Terveyspalvelujen suunnittelun kannalta tämä merkitsee sitä, että sairastavuutta on suhteellisen helppo ennustaa väestötasolla.

Taulukko 5. *Hyvinvoinnin perusulottuvuudet koko maan kunnissa. Pääkomponenttianalyysi, varimax-rotatio.*

Hyvinvointi-indikaattori	Hyvinvoinnin komponentti			
	1	2	3	h ²
Korkea-asteen koulutus, % 15 v.	-,52	,56	,48	,82
Verotulot yhteensä, mk/asukas	-,32	,74	,04	,65
0-14 -vuotiaat % väestöstä 31.12	-,07	-,31	,86	,84
65 vuotta täyttäneet % väestöstä	,13	-,23	-,92	,92
Nettomuutto/1000 asukasta	-,61	,05	,12	,39
Työttömiä työvoimasta, %	,83	,23	-,13	,76
Pitkäaikaistyöttömät % työttömistä	-,09	,48	-,14	,26
Vakioitu kuolleisuus, koko väestö	,60	,09	-,24	,43
Työkyvytt.eläkkeiden saajat vakioitu indeksi	,90	-,11	-,09	,83
Erit.korvatt. lääkkeiden saajien vakioitu indeksi	,83	-,27	,10	,77
Kelan vamm.etuuksien saajat /1000 as.	,70	-,35	-,34	,73
Sairauspäivärahan saajien vakioitu indeksi	-,12	-,23	,20	,11
Toimeentulotukea saaneet, % asukkaista	,69	,46	,20	,73
Sijoitetut lapset ja nuoret/1000 0-17 v.	,28	,65	,00	,51
Poliisin tietoon tullut rikollisuus, rikoksia/1000 as.	-,01	,73	,08	,54
Ominaisarvo	4,40	2,74	2,14	
Selitysosuus (% varianssista)	29,3	18,2	14,3	

Verratessamme pääkomponenttianalysiemme toisia komponentteja huomaamme, että toiseksi ulottuvuudeksi muodostuu sekä Satakunnassa että koko maassa varsin yhteneväisesti psykososiaalisten ongelmien ulottuvuus. Lähinnä poikkeama löytyy siitä, että koko maassa näihin ongelmiin näyttää liittyvän pitkäaikaistyöttömyys. Koko maan aineistossa pistää silmään myös se, että siinä korostuu vahvemmin eriarvoisuus

kuin Satakunnassa: psykososiaalisiin ongelmiin liittyy väestön hyvä tulo- ja koulutustaso vielä selkeämmin kuin Satakunnassa. Tämä on seurausta suurimpien kasvukeskusten vaikutuksesta, joihin niin hyvä- kuin huono-osaisuuskin kasautuu. Satakunnastahan tällaiset valtakunnalliset kasvukeskuksen puuttuvat.

Satakunnassahan kolmanneksi pääkomponentiksi muodostui työttömyys-ulottuvuus. Tällaista ei kuitenkaan syntynyt koko maan aineistossa, vaan työttömyys liittyi edellä mainittuun kurjistumis-ulottuvuuteen. Satakunnan erityisyydeksi siis jää työttömyyden itsenäinen vaihtelu muista hyvinvointitekijöistä riippumatta. Koko maan kolmas ulottuvuus oli puolestaan itsenäinen väestörakennetekijä, joka ei siis liittynyt hyvinvointitekijöihin kuten Satakunnassa.

Kaiken kaikkiaan Satakunnan erityispiirteet voi koota seuraaviksi havainnoiksi:

- sairastavuus liittyy väestön vanhenemiseen ja hyvinvoinnin perusresursseihin
- psykososiaaliset ongelmat muodostavat oman edellisestä riippumattoman hyvinvointitekijänsä, köyhyys liittyy vahvasti vain tähän ulottuvuuteen
- työttömyys vaihtelee edellisistä riippumatta.

5. Hyvinvointipalvelujen tarjonta Satakunnassa

Seuraavaksi tarkastellaan hyvinvointipalvelujen tarjonnan kunnittaisia eroja Satakunnassa. Menettely on aivan samanlainen kuin edellä tarkastelttuamme hyvinvoinnin eroja. Aloitamme siis jälleen pääkomponenttianalyysillä, joka auttaa löytämään palvelurakenteen empiiriset perusulottuvuudet. Muuttujina käytetään eri sosiaali- ja terveyspalveluihin käytettyjä resursseja mitattuna käyttömenoilla mk/asukas. Taulukkoon 6 on koottu pääkomponenttianalyysin tulokset.

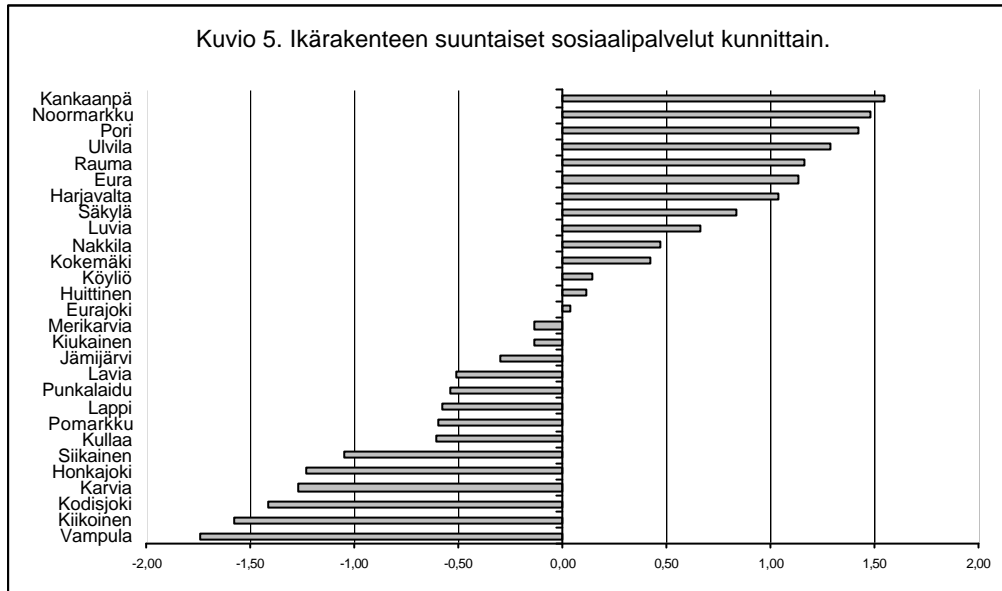
Taulukko 6. Sosiaali- ja terveyspalvelujen tarjonnan rakenne Satakunnassa.
Pääkomponenttianalyysi, varimax-rotatio.

Palvelu ²	Komponentti				h ²
	1	2	3	4	
Lasten päivähoito, mk/asukas	,82	-,21	-,02	-,09	,74
Muut lasten ja perheiden palvelut, mk/as	,73	,07	,40	,08	,70
Vanhusten laitoshoido, mk/as	-,70	-,53	,07	,28	,85
Vammaisten laitoshoido, mk/as	-,10	,08	-,12	,81	,68
Suojatyö, mk/as	,12	,19	,20	,76	,67
Kotipalvelu, mk/as	-,76	,34	-,09	-,21	,74
Muut vanh. ja vamm. palv., mk/as	-,14	,85	-,13	,13	,77
Päihdehuolto, mk/as	,47	,02	,64	-,18	,66
Perusterveydenhuolto, mk/as	-,09	,79	,14	,21	,69
Erikoissairaanhoido, mk/as	-,16	,10	,84	,09	,75
Muut (mm. toimeentulotuki), mk/as	,45	-,32	,72	,10	,83
Ominaisarvo	2,77	1,93	1,90	1,49	
Selitysosuus (% varianssista)	25,2	17,6	17,3	13,4	

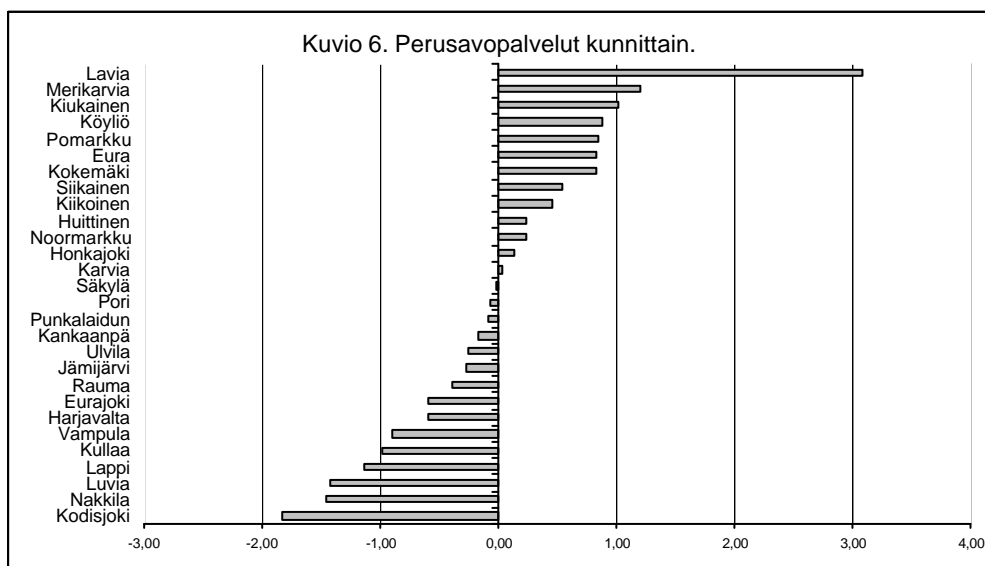
Ensimmäisellä komponentilla latautuvat selvän positiivisesti lasten päivähoito ja muut lasten ja nuorten palvelut sekä yhtä selvän negatiivisesti vanhusten laitoshuolto sekä kotipalvelu. Näiden kärkimuuttujien perusteella komponentti voidaan nimetä *ikärakenteen suuntaisia sosiaalipalveluja* kuvaavaksi tekijäksi. Komponentti toisin sanoen erottelee toisistaan kunnat, jotka panostavat lasten ja nuorten palveluihin niistä kunnista, jotka satsaavat vanhusten laitos- ja avopalveluihin. Tällaisen ulottuvuuden nousemista esiin voi yhtäältä pitää itsestäänselvyytenä: tietysti palvelut eriytyvät asukkaiden ikärakenteen mukaan. Toisaalta on kiinnostavaa juuri tämän tutkimuksen yhteydessä tarkastella, miten kiinteästi nyt esiin noussut ulottuvuus todella liittyy väestön ikärakenteeseen, joka taas liittyy, kuten edellä totesimme, hyvinvoinnin resursseihin ja terveyteen. Näin tehdäänkin hiukan tuonnempana. Kolmanneksi ulottuvuuden latauksia tarkasteltaessa voi tehdä kiinnostavia havaintoja. Miksi esimerkiksi kotipalvelut liittyvät niin kiinteästi vanhustenhuoltoon kuin tässä näyttää tapahtuvan? Olisiko lapsiperheillä tarjontaa enemmän tarvetta kotipalveluihin? Kiinnostavaa on myös huomata, että kotipalveluihin ja vanhusten laitoshuoltoon satsaaminen kulkevat rinta rinnan. Kunnat eivät siten välttämättä eriydy joko laitoshuolto- tai avohuoltopainotteisiksi vaan molempia käytetään rinnan.

² Eräiden kuntien ja palvelujen kohdalla SOTKA ilmoittaa käyttömenoiksi 0 mk. Näissä tapauksissa arvo on muutettu Satakunnan kuntien keskiarvoksi. Nämä tapaukset ovat seuraavat: vanhusten laitoshuolto (Kiikoinen), vammaisten laitoshuolto (Jämijärvi ja Siikainen), suojatyö (Kodisjoki) ja kohta muut menot (Kodisjoki ja Punkalaidun).

Kuviossa 5 on esitetty kuntien komponenttipistemäärät tällä ulottuvuudella. Sellaiset kunnat kuin Kankaanpää, Noormarkku, Pori, Ulvila ja Rauma panostavat lasten ja nuorten palveluihin kun taas vanhustalpalveluihin painottuvat mm. Vampula, Kiikoinen, Kodisjoki, Karvia ja Honkajoki.

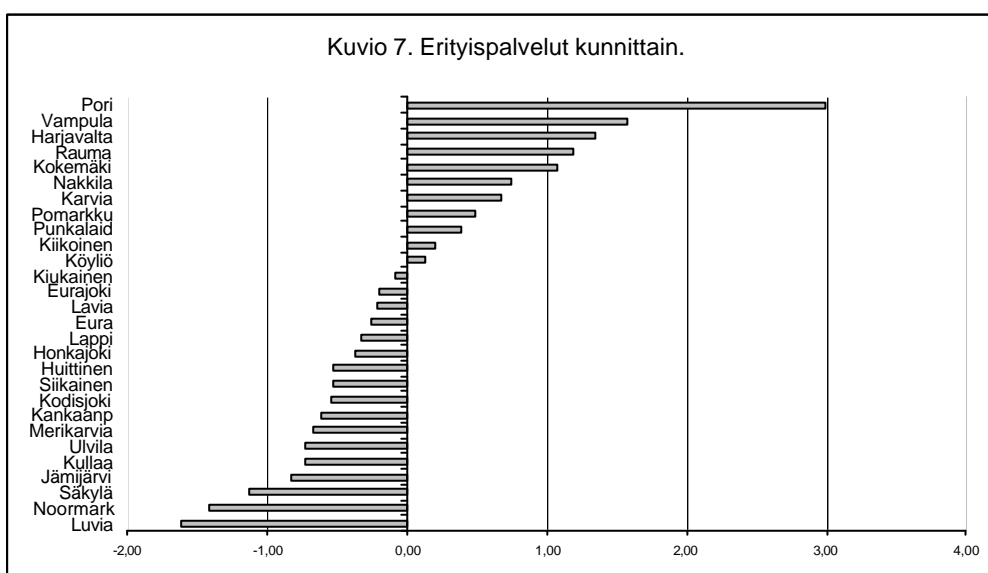


Toisella pääkomponentilla latautuvat positiivisesti perusterveydenhuolto, muut vanhusten ja vammaisten palvelut (joka tarkoittaa hyvin monenlaisia vanhusten avopalveluja) sekä negatiivisesti vanhusten laitoshoido. Ulottuvuus kuvastaa selvästi panostusta *perusavopalveluihin*. Osittain komponentti muodostuu teknisesti, sillä osa kunnista hoitaa vanhusten laitoshoido perusterveydenhuoltomenoilla terveyskeskusten vuodeosastoilla. Perusavopalveluihin satsanneista kunnista erottui selvästi (ks. kuvio 6) Lavia, jonka jälkeen samansuuntaista politiikkaa edustivat mm. Merikarvia, Kiukainen, Köyliö, Pomarkku, Eura ja Kokemäki. Suhteellisesti vähiten perusavopalveluihin olivat satsanneet Kodisjoki, Nakkila, Luvia ja Lappi.



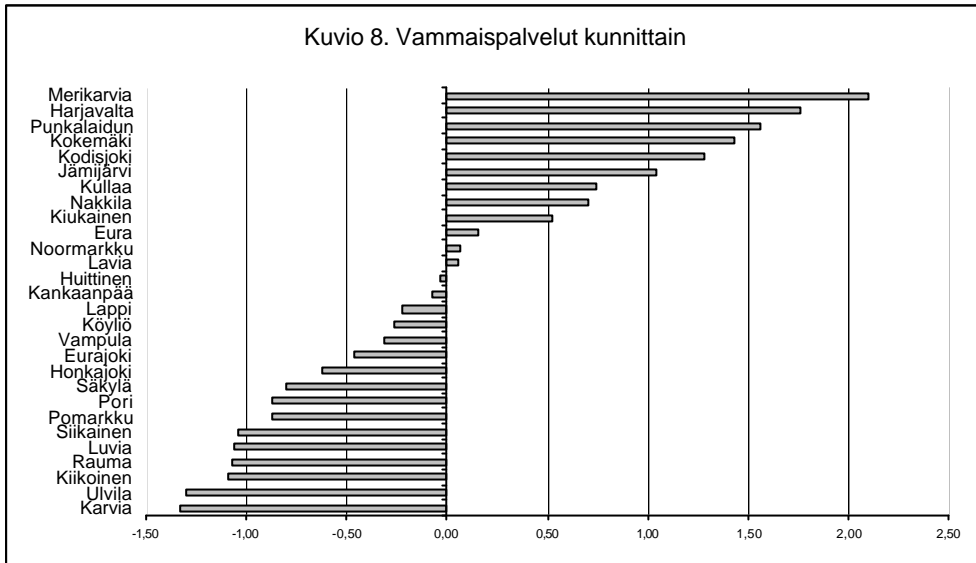
Kolmas pääkomponentti muodostuu erityispalveluja kuvaavien muuttujien ympärille. Korkeimman latauksen saavat erikoissairaanhoidon ja ryhmä muut sosiaalipalvelut, jossa toimeentulotuki ja sosiaalityö muodostavat tärkeimmät menoerät. Myös päihdehuolto ja muut lasten ja perheiden palvelut³ saavat latauksen tällä komponentilla. Ulottuvuus voidaan nimetä *erityispalveluja* kuvaavaksi tekijäksi. Ehkä tärkein havainto tässä on se, että erikoissairaanhoidon menot, jotka muodostavat tärkeimmän yksittäisen osan kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon menoista, asettuvat tälle ulottuvuudelle, eivätkä lataudu lainkaan kahdella edellä mainitulla ulottuvuudella. Toisin sanoen kunnat, jotka satsaavat paljon erikoissairaanhoidon osaan ovat samoja kuntia, jotka muistavat käyttää rahaa myös sellaisiin suhteellisen vähän varoja vaativiin kohteisiin kuten päihdehuoltoon, sosiaalityöhön tai lasten ja nuorten erityispalveluihin. Mahdollisesti nämä erityispalvelut korostuvat myös kunnissa, joissa on suurinta tarvetta sellaisiin. Tähän kysymykseen palataan myöhemmin.

Kunnittain tarkasteltaessa (kuvio 7) erityispalveluihin satsaa selvästi eniten Pori. Sen jälkeen tulevat Vampula, Harjavalta, Rauma ja Kokemäki. Kolme vähiten erityispalveluihin satsaavaa kuntaa ovat Luvia, Noormarkku ja Säkyä.



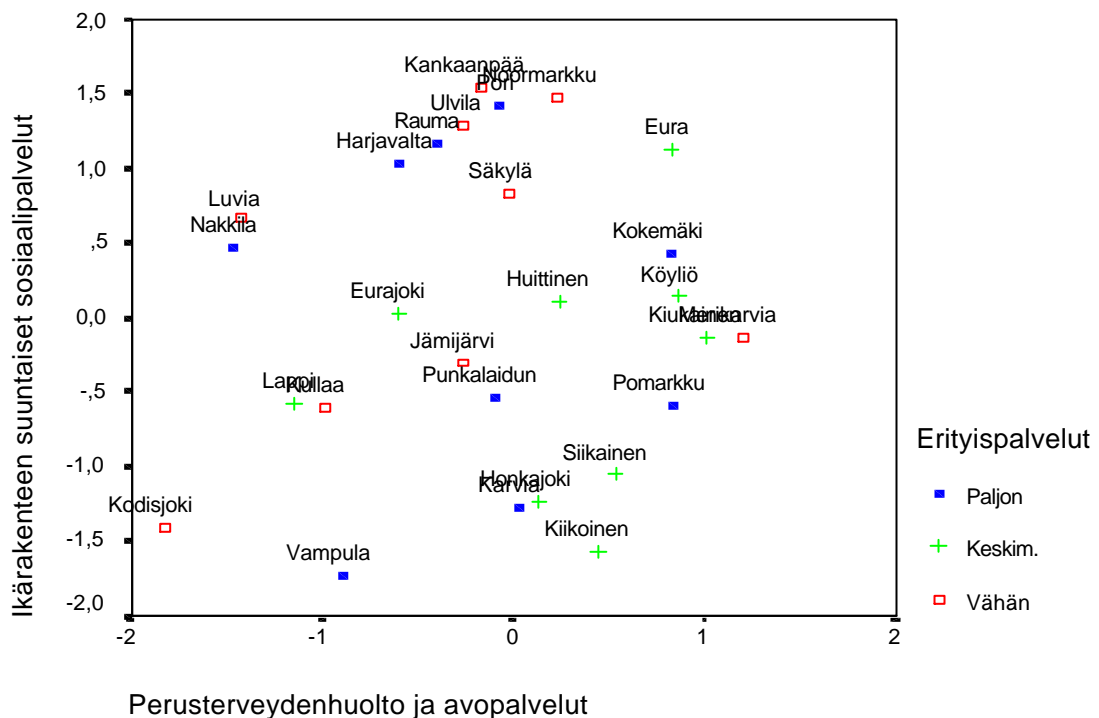
Neljäs palvelukomponentti muodostuu selvästi *vammaispalvelujen* ympärille. Korkeimman latauksen saavat vammaisten laitoshoidon ja suojatyö. Tässäkin on kiinnostavinta se, että vammaispalvelut muodostavat aivan oman ulottuvuutensa, toisin sanoen vammaispalveluihin satsaaminen ei ole missään yhteydessä esimerkiksi perusterveydenhuoltoon tai erikoissairaanhoidon panostamisen kanssa. Suhteellisesti eniten vammaispalveluihin satsaavat Merikarvia, Harjavalta, Punkalaidun, Kokemäki, Kodisjoki ja Jämijärvi (ks. kuvio 8). Vähiten vammaispalveluja resurssoidaan Karviassa, Ulvilassa, Kiikaisissa, Raumalla, Luvialla ja Siikaisissa.

³ Tähän kuuluvat esimerkiksi kasvatus- ja perheneuvonta, lasten ja nuorten perhehoito, lasten ja perheiden tukihenkilötoiminta, suojeluvalvonta, lasten huoltoa ja tapaamisoikeutta koskevien asioiden hoito, isyyden selvittely ja lapsen elatus- ja elatuksen turvaamisasiat sekä elatustuki (vuodesta 1997 alkaen), kasvattilasten valvonta, ottolapsineuvonta, avioerosovittelu, sosiaalinen lomatoiminta, ensi- ja turvakodit, nuorten asumispalvelut jne. Katso taulukko 2.



Seuraavaksi voimme vielä laatia kuntatyyppittelyn hyvinvointipalvelujen tarjonnasta (kuvio 9). Tyyppittelystä jätämme vammaispalvelujen ulottuvuuden pois.⁴

Kuvio 9. Hyvinvointipalvelujen ulottuvuudet Satakunnassa: kuntatyyppittely.



Kuvion vasemmassa yläosassa ovat kunnat, jotka panostavat paljon lasten ja perheiden palveluihin mutta suhteellisen vähän perusterveydenhuoltoon ja avopalveluihin. Näistä Luvia ja Nakkila ovat tyyppisimmät, jotka kuitenkin poikkeavat erityispalvelujen

⁴ Kuvioon ei myöskään mahtunut Lavia, joka sijoittuisi ikärakenteen suuntaisten palvelujen ulottuvuudella noin Pomarkun tasolle mutta perusterveydenhuollon ja avopalveluiden suuntaisella ulottuvuudella saisi noin arvon 3.

suhteen selvästi toisistaan: Luvia käyttää vähän rahaa myös erityispalveluihin, Nakkilaa sen sijaan paljon. Kuvion oikeassa yläkulmassa Eura puolestaan edustaa tyypillisimmillään kuntaa, joka satsaa paljon sekä lapsiperheisiin että perusterveydenhuoltoon ja avopalveluihin. Samalla se käyttää keskimääräisesti rahaa erityispalveluihin. Maakunnan kaupunkikeskukset Pori ja Rauma ympäristöineen löytyvät kuvion yläosasta korkeiden lapsiperhepalveluiden ja keskimääräisten perusavopalveluiden kuntien joukosta.

Kuvion vasemmassa alaosassa Kodisjoki ja Vampula edustavat tyypillisimmillään kuntia, jotka satsaavat paljon vanhusten laitoshuoltoon ja kotipalveluun mutta vähän perusterveydenhuoltoon ja muihin avopalveluihin. Näistä esimerkkikunnista Kodisjoki satsaa lisäksi vähän myös erityispalveluihin, Vampula sen sijaan paljon.

Kuvion oikeasta alaosasta löytyvät lopulta kunnat, jotka käyttävät paljon resursseja sekä vanhusten laitospalveluihin ja kotipalveluun että perusterveydenhuoltoon ja muihin avopalveluihin. Tällaisia kuntia ovat mm. Kiikoinen, Siikainen tai Pomarkku, joista viimeksi mainittu käyttää paljon rahaa myös erityispalveluihin.

6. Kuinka hyvinvointi ja hyvinvointipalvelujen tarjonta kohtaavat?

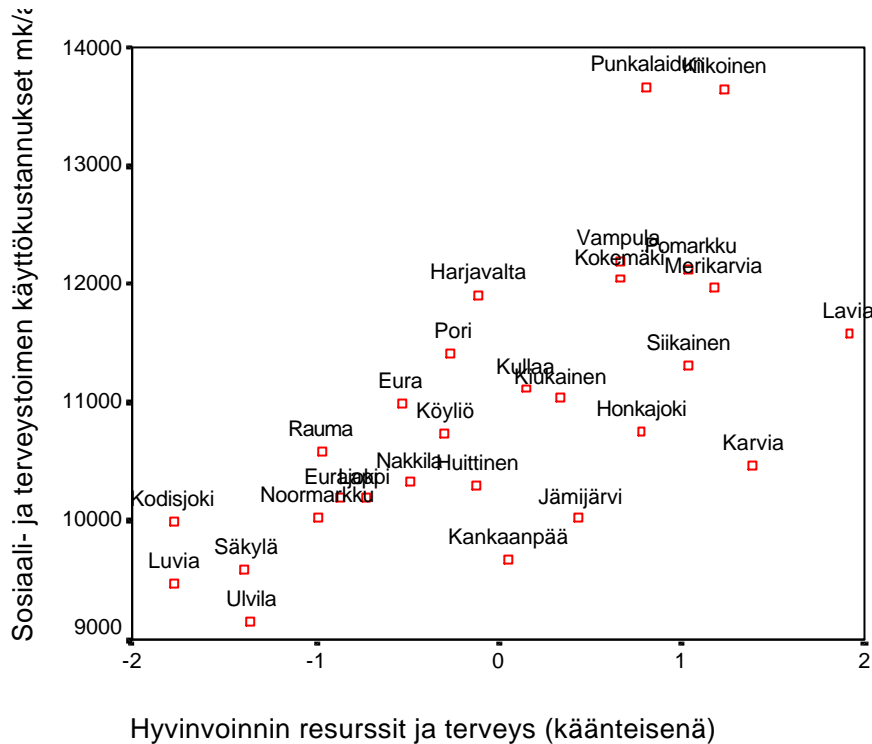
Kuinka sitten hyvinvointipalvelujen kysyntä ja tarjonta kohtaavat? Kuten jo aiemmin todettiin, hyvinvointipalvelujen kysyntä on tietysti hiukan eri asia kuin hyvinvoinnin tai hyvinvointitarpeiden jakautuminen. Voidaan kuitenkin ajatella, että hyvinvointitarpeet luovat keskeisen rakennetekijän, joka luo kysyntää hyvinvointipalveluille. Jos ollaan tarkkoja, edellä ei myöskään ole kuvattu palvelujen tarjontaa kunnittain vaan eri palvelujen resurssointia. Samoilla panoksilla saadaan aina kunnasta riippuen eri määrä tuotoksia, toisin sanoen palvelutuotannon tehokkuus vaihtelee.

Joka tapauksessa on nyt kiinnostavaa tarkastella, miten hyvin kunnat ovat onnistuneet resurssioimaan palvelunsa tarvetekijöitä vastaavasti.

Aloitetaan tarkastelemalla, miten edellä luodut hyvinvointikomponentit selittävät sosiaali- ja terveydenhuollon menojen resurssointia. Tämä tapahtuu laskemalla regressiomalli, jossa selitettäväksi muuttujaksi asetetaan sosiaali- ja terveydenhuollon käyttömennöt (mk/asukas vuonna 1999) ja selittäjiksi jokaisen kolmen hyvinvointikomponentin pistemäärät. Laskenta tehdään ns. stepwise-menetelmällä, joka hyväksyy malliin mukaan vain sellaiset selittäjät, joilla on tilastollisesti merkitsevä, itsenäinen vaikutus selitettävään. Tulokseksi saadaan malli, johon selittäjäksi laskentaohjelma kelpuutti vain hyvinvoinnin ensimmäisen komponentin, joka oli siis hyvinvoinnin resurssit ja terveys. Tämä tekijä selitti n. 47 % menojen vaihtelusta.

Tulos tarkoittaa toisin sanoen sitä, että kunnat ovat kaikista päätellen onnistuneet kohdullisesti mitoittamaan sosiaali- ja terveydenhuoltomenonsa väestön tarpeita vastaavasti. Samantapaiseen johtopäätökseen tullaan, jos tarkastellaan yksinkertaisen korrelaatiodiagrammin avulla ensimmäisen hyvinvointikomponentin pistemäärien ja sosiaali- ja terveyspalvelujen resurssoinnin välistä suhdetta. Kuvioista (kuvio 10) käy ilmi, että karkeasti ottaen hyvinvoinnin resurssien vähetessä ja sairastavuuden kasvessa palveluihin panostetaan enemmän.

Kuvio 10. Sosiaali- ja terveystalvelujen resurssointi ja hyvinvointi Satakunnan kunnissa.



Kuviota tulkitessa täytyy kuitenkin muistaa ainakin kolme asiaa. Ensinnäkin palvelujen resurssointia mitattiin tässä mahdollisimman karkealla mittarilla, joka kuvaa panostusta koko sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Toiseksi myös palvelutarpeita mitattiin mahdollisimman karkealla, yleisellä hyvinvoinnin eroja kuvaavalla mittarilla. Kuvio kuvastaa siis keskimääräistä tilannetta eri tarpeiden ja eri palvelujen kohdalla. Ja kolmanneksi: hyvinvointikomponentti selittää menoista kuitenkin vain 47 % eli satunnaista vaihtelua jäi huomattavan paljon jäljelle. Miten on esimerkiksi selitettävissä, että Harjavalta tai Kokemäki satsaa sosiaali- ja terveystalveluihin noin 2000 mk enemmän asukasta kohden kuin Kankaanpää tai Jämijärvi, vaikka hyvinvoinnin resurssilla mitattuna kaikki mainitut kunnat ovat ikään kuin "samalla viivalla"? Tai miksi Honkajoki tai Karvia panostaa palveluihin vain saman verran kuin Rauma tai Eurajoki, vaikka ilmeistä tarvetta olisi enempäänkin?

Palatkaamme vielä edellä kuvattuun regressiomalliin, jossa siis hyvinvointikomponenteista vain ensimmäinen, hyvinvoinnin resurssit ja terveys selitti sosiaali- ja terveydenhuollon menoja. Tämä tarkoittaa toisin sanoen sitä, että psykososiaaliset ongelmat ja työttömyys hyvinvointitekijöinä eivät vaikuta millään tavalla kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon keskimääräisiin panostuksiin. Tulosta voitaneen pitää sekä yllättävänä että huolestuttavana, joka osoittaa ainakin sen, kuinka pienen osan kunnat käyttävät menoistaan tämän tyyppisten ongelmien hoitoon. Toki esimerkiksi työttömyysturvan hoitaminen ei kuulu kunnan velvollisuuksiin mutta työttömyyden seurausvaikutusten luulisi jollain tavalla näkyvän kuntien palvelurakenteessakin. Tosin työttömyys vaikuttaa myös menoja vähentävästi esimerkiksi päivähoitomenojen kohdalla.

Lasketaan seuraavaksi korrelaatiokertoimet hyvinvointia ja hyvinvointipalvelujen tarjontaa kuvaavien pääkomponenttipistemäärien välille (taulukko 7), jolloin saamme hiukan tarkemman kuvan siitä, miten hyvinvointi ja palvelutarjonta kohtaavat.

Taulukko 7. Korrelaatiokertoimet hyvinvointia ja hyvinvointipalvelujen tarjontaa kuvaavien pääkomponenttipistemäärien välillä.

	Hyvinvoinnin resurssit ja terveys	Psykososiaaliset ongelmat ja eriarvoisuus	Työttömyys
Ikärakenteen suuntaiset sosiaalipalvelut	-,52	,58	,13
Perusterveydenhuolto ja avopalvelut	,63	,15	-,01
Erytispalvelut	,26	,65	-,12
Vammaispalvelut	,12	,06	-,17

Ensinnäkin ikärakenteen mukaista sosiaalipalvelujen eriytymistä selittää aivan ymmärrettävästi hyvinvoinnin resurssit ja terveys –ulottuvuus, jossa myös ikärakennemuuttajat olivat vahvasti mukana. Myös psykososiaaliset ongelmat näyttävät selittävän ikärakenteen suuntaista palvelujen eriytymistä, joka selittyy sillä, että lapsiperheiden palvelut ovat yleisiä kaupunkimaisissa kunnissa, joissa on paljon myös psykososiaalisia ongelmia.

Sisällöllisesti erityisen kiinnostava yhteys löytyy perusterveydenhuollon ja avopalvelujen suuntaisen palvelujen eriytymisen ja hyvinvoinnin resurssien ja terveyden suuntaisen hyvinvoinnin eriytymisen väliltä ($r=,63$). Tämä kertoo selvästi palvelutarpeiden ja palvelujen tarjonnan kohtaamisesta. Toinen samanlainen yhteys löytyy psykososiaalisten ongelmien ja erityispalvelujen väliltä ($r=,65$). Sen sijaan vammaispalvelujen tarjontaa ei näytä selittävän mikään hyvinvointitekijä. Lisäksi tässäkin havaitaan, että työttömyys ei liity minkään palvelutekijän suuntaiseen erilaistumiseen.

Seuraavaksi voidaan hiukan yksilöidymmin tarkastella joidenkin tarvetekijöiden ja palvelujen resurssoinnin suhdetta. Taulukkoon 8 on koottu korrelaatiokertoimia eräiden yksittäisten sosiaali- ja terveystarvelu- ja palvelujen resurssoinnin (käyttömenot mk/asukas vuonna 1999) ja eräiden keskeisimpien hyvinvointi-indikaattorien (edellä kuvattujen hyvinvointikomponenttien kärkimuuttujia ja ikärakennemuuttujista lasten ja vanhusten osuudet) välille. Taulukkoon on harmaalla korostettu itseisarvoltaan yli 0,5:n korrelaatiokertoimet.⁵

Ensinnäkin havaitsemme, että niistä palveluista, joita tässä on tarkasteltu, lasten päivähoitoon, muiden lasten ja nuorten palvelujen, kotipalvelun ja perusterveydenhuollon resurssointi näyttävät parhaiten selittävän tarvetekijöillä. Lasten päivähoitoa selittää selkeimmin asukkaiden tulotaso (lähes 61 % päivähoitomenojen varianssista). Tämä on ymmärrettävää, sillä päivähoitolle on eniten tarvetta nimenomaan korkean elintason kunnissa, joissa myös väestön koulutustaso on korkea ja naisten työssäkäynti on yleistä. Lasten osuus sinänsä ei siis ole ratkaisevaa. Yksinhuoltajaperheiden osuus menojen selittäjänä on myös varsin ymmärrettävä tarvetekijä. Yksinhuoltajille jos kelle päivähoitopalvelut ovat välttämättömiä.

⁵ Korrelaatiokerroin vaihtelee -1:n ja +1:n välillä. Korrelaatiokertoimen neliö osoittaa, kuinka monta prosenttia selittävä muuttuja selittää selitettävän vaihtelusta. Esimerkiksi 0,5:n korrelaatio kahden muuttujan välillä tarkoittaa, että edellinen selittää jälkimmäisen vaihtelusta 25 %. Jos esimerkiksi haluamme selittää lasten päivähoitomenoja lasten osuudella väestöstä ja saamme korrelaatiokertoimen arvoksi 0,40, tarkoittaa se, että lasten osuus selittää menojen vaihtelusta 16 %.

Taulukko 8. Korrelaatiokertoimia hyvinvointi-indikaattorien ja hyvinvointipalvelujen resurssoinnin välillä Satakunnan kunnissa.

	Tulot/tulonsaaja	0-14 -vuotiaat % väestöstä 31.12	65 vuotta täyttäneet % väestöstä	Työkyvytt. eläkkeiden saajat vakioitu indeksi	Kelan vamm. etuuksien saajat/ 1000 as.	Yksinhuoltajaperheet, % lapsiperheistä (2000)	Rikoslakirikokset 1998-2000/ 1000 asukasta	Työttömyysaste
Lasten päivähoito, mk/asukas	0,78	0,40	-0,63	-0,34	-0,57	0,53	0,46	-0,08
Muut lasten ja perheiden palvelut, mk/as	0,49	0,00	-0,41	0,13	-0,18	0,65	0,69	0,23
Vanhusten laitoshoido, mk/as	-0,48	-0,22	0,30	-0,12	0,15	-0,41	-0,35	0,13
Vammaisten laitoshoido, mk/as	-0,20	-0,13	0,22	0,03	0,19	0,16	0,00	-0,10
Suojatyö, mk/as	-0,04	-0,19	0,24	0,33	0,12	0,14	0,19	-0,27
Kotipalvelu, mk/as	-0,69	-0,15	0,58	0,50	0,62	-0,52	-0,38	0,09
Muut vanh. ja vamm. palv., mk/as	-0,43	-0,44	0,53	0,56	0,54	0,07	0,04	0,18
Päihdehuolto, mk/as	0,32	-0,25	-0,20	0,02	-0,20	0,66	0,58	0,28
Perusterveydenhuolto, mk/as	-0,39	-0,55	0,64	0,68	0,56	0,01	0,00	-0,32
Erikoissairaanhoito, mk/as	-0,03	-0,48	0,33	0,19	0,18	0,17	0,18	-0,12
Muut (mm. toimeentulotuki), mk/as	0,46	-0,08	-0,36	-0,11	-0,29	0,58	0,44	0,27

Entä sitten menoerä ”muut lasten ja nuorten palvelut”, joka koostuu moninaisista lapsille, nuorille ja perheille suunnatuista erityispalveluista (ks. taulukko 2). Menoja selittävät kiinnostavasti ilmeiset tarvetekijät, yksinhuoltajien osuus ($r^2 = 42\%$) ja rikoslakirikokset ($r^2 = 48\%$). Yksinhuoltajien korkea osuus kertoo varmasti osaltaan ydinperheiden ongelmista ja haavoittuvuudesta. Samoin rikollisuus kertoo psykososiaalisista ongelmista, joiden ratkaisemisessa erityispalvelut ovat tarpeen.

Kotipalvelunkin osalta tarvetekijät näyttävät selittävän palvelujen resurssointia. Sairastavuusmittareista erityisesti Kelan vammaisuuksien saajien indeksi selittää 38 % muuttujan vaihtelusta. Myös korkeahko korrelaatio vanhusten osuuteen on nähtävissä. Kotipalvelua käytetään myös selvästi alhaisen tulotason kunnissa, joissa juuri usein on vanhuksia ja sairastavuutta. Kotipalvelun lisäksi myös muiden vanhusten ja vammaisten palvelujen resurssointi liittyy selvästi väestön sairastavuuteen ja ikääntyvyyteen. Samoin näyttää olevan perusterveydenhuollon osalta. Siinä parhaimpana yksittäisenä selittäjänä nousee esiin työkyvyttömyyseläkeläisten osuutta kuvaava indeksi, joka selittää perusterveydenhuoltomenojen vaihtelusta 46 %.

Päihdehuollonkin kohdalla voidaan havaita resurssien tarpeenmukaista kohdistumista. Yksinhuoltajien osuus ja rikosten määrä kertonevat ongelmista, joissa päihdeongelmat ovat yhtenä osana mukana.

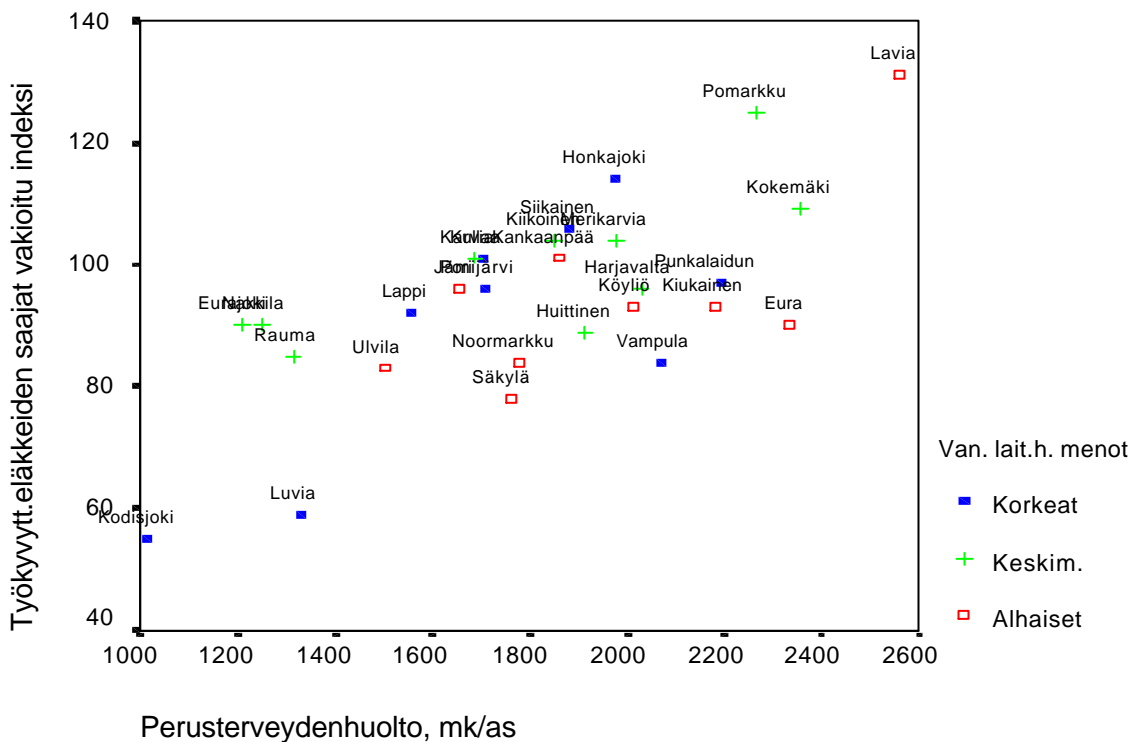
Toisaalta taulukkoa 8 tarkasteltaessa kiinnittyy huomio, kuinka heikosti hyvinvointi-indikaattorit selittävät eräiden palvelujen resurssointia. Erityisesti nousee esiin erikoissairaanhoidon kustannukset, jotka eivät näytä korreloivan merkittävästi minkään hyvinvointi-indikaattorien kanssa, mukaan lukien sairastavuusmittarit. Erikoissairaanhoi-

don menot muodostavat suurimman yksittäisen menoerän sosiaali- ja terveystaloudessa joten havainnolla on myös suurta taloudellista merkitystä. Samoin on yllättävää vanhusten laitoshoidon riippumattomuus hyvinvointitekijöistä. Selityksenä tosin voi olla se, että monet kunnat hoitavat vanhusten laitoshoidon perusterveydenhuollon kautta, jolloin kyseiset menot eivät näy sosiaalihuollon laitoshoidon kohdalla.

Edellä siis joka tapauksessa havaittiin, että moniin hyvinvointipalveluihin panostetaan ainakin osittain tarvetekijöiden mukaisesti. Kuitenkin parhaimmassakin tapauksessa tarvetekijät näyttävät selittävän resurssien kohdentamisesta alle 50 %. Seuraavassa tarkastellaan esimerkkeinä muutaman korrelaatiodiagrammien avulla hiukan yksityiskohtaisemmin muutamien hyvinvointi-indikaattorien ja palveluresurssien välistä suhdetta. Näin on mahdollista kuntakohtaisesti tutkia, mitkä kunnat käyttäytyvät yhtenäisesti, mitkä poikkeavasti. Poikkeavien kuntien kohdalla on sitten mahdollista tapauskohtaisesti miettiä, mistä poikkeama johtuu.

Aloitetaan kuviossa 11 tarkastelemalla sairastavuuden (työkyvyttömyyseläkkeen saajien vakioitu indeksi) ja perusterveydenhuollon menojen välistä yhteyttä. Kuvioon on merkitty lisäksi vanhusten laitoshuollon menojen suuruusluokka muihin kuntiin verrattuna, jolloin kuviota tulkitessa voidaan huomioida karkeasti tuon tekijän vaikutus. Pieni vanhusten laitoshuollon panostushan saattaa viitata siihen, että vanhustenhuoltoa hoidetaan perusterveydenhuollon varoilla ja päinvastoin.

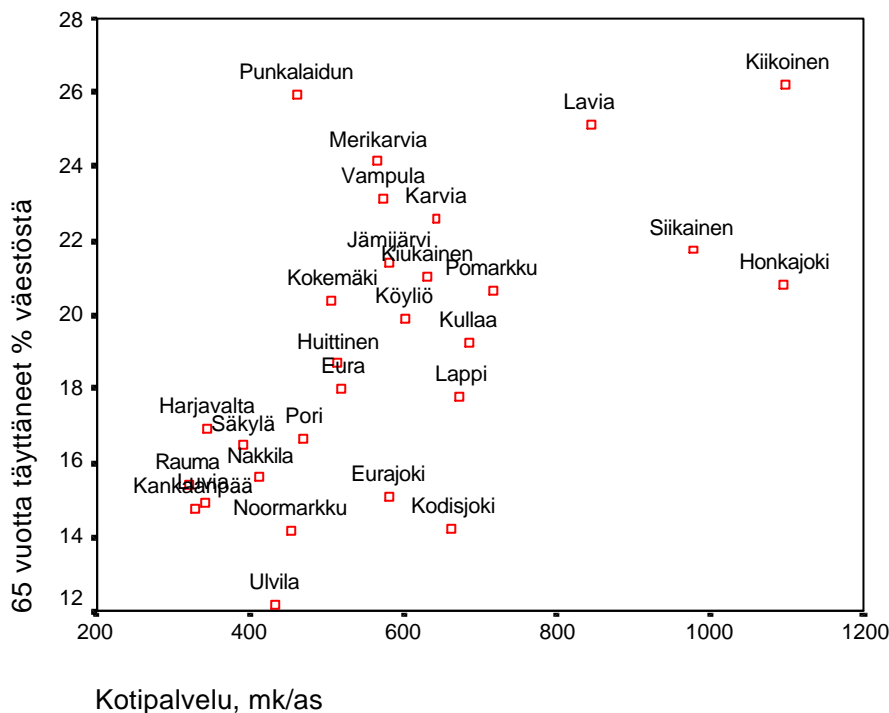
Kuvio 11. Sairastavuus ja perusterveydenhuollon menot Satakunnan kunnissa.



Sairastavuus todellakin näyttää selittävän menoja: panostukset keskimäärin kasvavat kun sairastavuus lisääntyy. Suuria poikkeamia kuitenkin löytyy. Ääriesimerkkeinä löytyvät Eurajoki ja Eura. Molemmissa kunnissa sairastavuus näyttää olevan jokseenkin samalla tasolla mutta panostus perusterveydenhuoltoon poikkeaa merkittävästi. Jos vielä kuitenkin huomioimme vanhusten laitospalvelun menot ja vertailemme keskenään vain kuntia, joissa nämä ovat keskimääräisellä tasolla, löydämme edelleen merkittäviä eroja panostuksessa perusterveydenhuoltoon. Eura, Nakkila ja Rauma käyttivät perusterveydenhuoltoon n. 1200–1300 markkaa asukasta kohti kun jokseenkin samalla sairastavuuden tasolla Huittinen, Harjavalta tai Merikarvia käyttivät noin 2000 markkaa.

Otamme vielä toisen esimerkin kotipalveluista (kuvio 12), jossa kysyntätekijöistä vanhusten osuus näytti selittävän kohtuullisesti² (r = 34 %) palvelujen resurssointia. Kuvioista käy kuitenkin havainnollisesti esille, kuinka paljon tällaiseen selityssasteeseen liittyy satunnaisvaihtelua.

Kuvio 12. Vanhusten osuus ja kotipalvelun menot Satakunnan kunnissa.

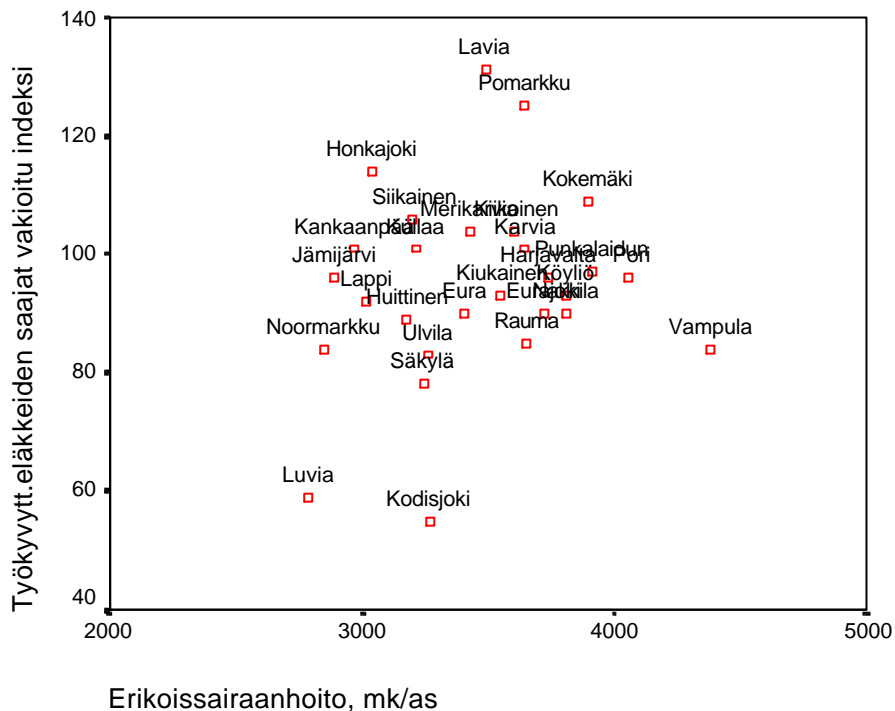


Ääriesimerkkeinä voidaan nostaa Ulvila ja Punkalaidun, joista edellisessä vanhusten osuus on 12 % ja jälkimmäisessä 26 %. Siitä huolimatta molemmat panostavat yhtä vähän, noin 400 markkaa asukasta kohden kotipalveluihin. Myös Merikarvia ja Vampula erottuvat niukkoina kotipalvelun tarjoajina suhteessa ilmeiseen tarpeeseen. Toisaalta sellaiset kunnat kuin Kodisjoki ja Honkajoki näyttävät panostavan kotipalveluun muita enemmän, jos mittapuuna pidetään vanhusten osuutta väestöstä.

Otetaan vielä kolmas esimerkki erikoissairaanhoidon käyttömenoista, jota siis hyvinvointi-indikaattoreilla ei näytetä voitavan selittää (kuvio 13). Korrelaatiodiagrammista

käynee havainnollisesti selville, kuinka sattumanvaraiselta menojen jakautuminen näyttää suhteessa sairastavuuteen, jota kuviossa on mitattu työkyvyttömyyseläkkeen saajien vakioidulla indeksillä. Käyttömenot vaihtelivat kunnittain vuonna 1999 vajaasta 3000 markasta noin 4500 markkaan asukasta kohden. Eniten rahaa kului Vampulassa ja Punkalaitumella, vähiten Luvialla ja Noormarkussa.

Kuvio 13. Sairastavuus ja erikoissairaanhoidon menot Satakunnan kunnissa.



Yhteenvedona voimme todeta, että hyvin yleisellä ja karkealla tasolla mitattuna hyvinvoinnin rakenteellisilla eroilla tai muilla (lähinnä väestörakenteellisilla tekijöillä) voidaan selittää kohtuullisesti niitä huomattaviakin eroja, joita vallitsee kunnallisten hyvinvointipalvelujen tarjonnassa. Huomattava osuus, yli puolet, kuitenkin jää satunnaisvaihteluksi. Satunnaisvaihtelun osuus yleisesti ottaen vain lisääntyy kun mennään tarkastelemaan yksityiskohtaisemmin eräiden palveluiden resurssoinnin ja niitä selittävien rakenteellisten hyvinvointitekijöiden tai muiden (väestö)rakennetekijöiden välistä suhdetta. Toisin sanoen satakuntalaisilla kunnilla on vielä paljon haastetta niiden pyrkiessä sovittamaan yhteen kuntalaisten palvelutarpeita ja niiden tyydyttämiseen varattuja resursseja.

7. Yhteenveto ja pohdinta

Tämän tutkimuksen keskeiset tulokset voi tiivistää seuraavasti:

1. Satakunnan kuntien väestön hyvinvoinnin eroja voidaan kuvata seuraavilla empiirisillä perusulottuvuuksilla: 1) hyvinvoinnin resurssit ja terveys, 2) psykososiaaliset ongelmat ja 3) työttömyys. Näiden ulottuvuuksien mukaisesti saadaan karkea kuntatyypittely, joka kuvastaa hyvinvoinnin rakenteellisten kysyntätekijöiden vaihtelua kunnittain. Muuhun maahan verrattuna Satakunnalle on tyypillistä, että hyvinvointiresurssien puute ja sairastavuus liittyvät vahvasti ikärakenteeseen. Toinen keskeinen Satakunnalle tyypillinen piirre on, että työttömyys muodostaa oman, muista hyvinvointitekijöistä riippumattoman ulottuvuutensa.
2. Satakuntalaisten kuntien hyvinvointipalvelujen tarjonnan erilaistuneisuutta voidaan puolestaan kuvata seuraavilla tekijöillä: 1) ikärakenteen suuntaiset sosiaalipalvelut, 2) perusavopalvelut, 3) erityispalvelut ja vammaispalvelut. Toisin sanoen edellä mainituilla tekijöillä voidaan karkeasti kuvata kunnan profiloituminen palvelujen tarjoajana ja luoda vastaava kuntatyypittely.
3. Hyvin yleisellä tasolla voidaan sanoa, että hyvinvointi ja hyvinvointipalvelujen tarjonta kohtaavat korkeintaan kohtuullisesti Satakunnan kunnissa. Joidenkin palvelujen kohdalla (esimerkiksi perusterveydenhuolto) rakenteellinen kysyntä ja palvelujen resurssointi kohtaavat suhteellisen hyvin mutta joidenkin palvelujen kohdalla kohtaanto on yllättävänkin heikko.

Tutkimuksen tarkoituksena on ollut ennen muuta palvella satakuntalaisia kuntia niiden koittaessa parantaa, tehostaa ja suunnata oikein sosiaali- ja terveyspalvelujensa tarjontaa. Tämän raportin johdannossa kuvattiin tutkimuksen perimmäisenä tarkoituksena olevan pohjan luominen maakunnalliselle tietojärjestelmälle, ns. hyvinvoinnin tilinpidon järjestelmälle, johon koottaisiin systemaattisesti tietoa kuntien väestön hyvinvointipalvelujen tarpeista, palvelujen tarjonnasta ja kuntataloudesta (ks. Rimpelä 2002). Tämän tutkimuksen aikana kerätyt tiedostot ja analysoidut tulokset voisivat olla pohjana tällaisen tietojärjestelmän luomiselle. Liitetaulukoihin 1 ja 2 on koottu hyvinvointimuuttujien ja hyvinvointipalvelujen tarjontaa kuvaavien muuttujien kunnittaiset arvot.

Tämän tutkimuksen aineistot ja tulokset voivat todellakin toimia vain karkeana lähtökohtana monestakin syystä. Ensinnäkin tässä työssä on kerätty Satakunnan kunnista vain poikkileikkaustietoa. Kuitenkin vain aikasarjoja seuraamalla on mahdollista tarkastella hyvinvoinnin ja hyvinvointipalvelujen kehitystä. Tällaisen työn lähtökohdaksi on liitetaulukoon 3 koottu aikasarjoja joidenkin sellaisten hyvinvointimuuttujien osalta, jotka kuvaavat ainakin osittain eri hyvinvoinnin ulottuvuuksilla ja väestörakenteessa tapahtuvaa kehitystä muutaman viime vuoden aikana. Tällaisten hyvinvoinnin kehitystä kuvaavien aikasarjojen suunnittelua tulisi jatkaa. Samoin tulisi kehittää hyvinvointipalvelujen rakenteen kehitystä kuvaavia muuttujia.

Hyvinvoinnin tilinpidon järjestelmän ei tarvitse rajoittua vain rekisteriaineistojen käyttöön. Rekisteriaineistoilla on omat vahvuutensa mutta myös heikkoutensa. Vahvuuksiin kuuluvat varmasti ainakin taloudellisuus, tietyissä tapauksissa luotettavuus ja vertailtavuus ajassa. Rekisteriaineistoihin perustuvia hyvinvoinnin mittareita pidetään usein ”objektiivisinä”. Sellaisia ne joissakin tapauksissa ovatkin mitattaessa esimerkik-

si selviä hyvinvoinnin resurssitekijöitä kuten tulo- tai koulutustasoa. Rekisteriaineistojen puutteena hyvinvoinnin tutkimuksessa on kuitenkin usein se, että ne kuvaavat pikemminkin viranomaisten toimintaa kuin väestön hyvinvointia sinänsä. Esimerkiksi tässäkin tutkimuksessa käytetyt sairastavuusmittarit perustuvat itse asiassa erilaisten tulonsiirtojärjestelmien käytön mittaamiseen (työkyvyttömyyseläkkeet, sairauspäiväraha jne.).

Subjektiiiviseen hyvinvoinnin kokemisen mittaamiseen perustuva hyvinvointitutkimus pyrkii paikkaamaan osaltaan näitä rekisteriaineistoihin perustuvan tutkimuksen ongelmia survey-tutkimuksen menetelmillä, siis kohdistamalla kyselyjä tai haastatteluja suoraan väestöön (ks. esim. Lindholm 2001). Kun tavoitteena on kuitenkin kuntakohtaisesti tarkastella hyvinvoinnin ja hyvinvointipalvelujen kehitystä, toistuvat suorat väestötutkimukset saattavat tuntua liian kalliilta ja työläiltä menetelmiltä. Yksi mahdollisuus, joka liikkuu jossain ”objektiivisen” ja ”subjektiivisen” hyvinvointitutkimuksen välimaastossa, olisi Satakunnan oman hyvinvointibarometrin kehittäminen. Suomessa valtakunnallisesti jo yli vuosikymmenen ajan säännöllisesti laadittu hyvinvointibarometri perustuu kyselyyn, joka kohdistetaan kuntien sosiaali- ja terveystoimen, Kansaneläkelaitoksen paikallistoimistojen, työhallinnon paikallistoimistojen sekä keskeisten järjestöjen johtajille (Eronen ym. 2002), jotka arvioivat hyvinvoinnin tilaa ja kehitystä alueellaan. Kunnallinen sovellutus tällaisesta barometrasta voisi olla sellainen, jossa kysyttäisiin varsinaisilta asiakastyön ammattilaisilta heidän kokemuksiaan asiakkaidensa hyvinvoinnin tilasta ja kehityksestä. Samalla tarjoutuisi mahdollisuus myös arvioida palveluiden laadun ja ongelmien kehitystä työntekijöiden näkökulmasta. Internetin välityksellä täytettävä kyselylomake olisi luonnollisin tiedonkeruumenetelmä. Tällainen kunnallinen hyvinvointibarometri tulisi tietysti liittää osaksi hyvinvoinnin tilinpidon kokonaisuutta, jossa rekisteriaineistot muodostaisivat pohjan, jota barometri täydentäisi.

Kirjallisuus

- Allardt, Erik: Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Porvoo: WSOY, 1976.
- Blomster, Peter: Katsaus sosiaali- ja terveystalouden kysyntää koskevaan kirjallisuuteen. Helsinki: Stakes, Sosiaalialan tutkimus- ja kehittämiskeskus, aiheita 25, 2001.
- Eronen, Anne & Kinnunen, Petri & Selkälä, Arto & Siltaniemi, Aki & Särkelä, Riitta: Sosiaalibarometri 2002. Hyvinvointipalvelujen tuottajien ajankohtainen tilanne ja näkemys kansalaisten hyvinvoinnista. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto, 2002.
- Kainulainen, Sakari & Rintala, Taina & Heikkilä, Matti: Hyvinvoinnin alueellinen erilaistuminen 1990-luvun Suomessa. Helsinki: Stakes, Sosiaalialan tutkimus- ja kehittämiskeskus, tutkimuksia 114, 2001.
- Kortteinen, Matti & Vaattovaara, Mari: Pääkaupunkiseudun kehityssuunta on kääntynyt. Yhteiskuntapolitiikka 64 (1999): 4, 342-351.
- Kröger, Teppo: Paikallisuus, monituottajamalli ja politiikka – miksi ikääntyneiden palvelut tuotetaan eri paikkakunnilla eri tavoin? Teoksessa Juhani Lehto & Kari Natunen (toim.) Kohtaamisia ikääntyneiden paikallisissa palvelujärjestelmissä. Helsinki: Kuntaliitto, Acta-sarja 2002.
- Kääriäinen, Juha: Aluerakenne ja aika – toisintotutkimus Olavi Riihisen tutkimuksesta ”Teollistuvan yhteiskunnan alueellinen erilaistuneisuus”. Jyväskylän yliopiston yhteiskuntapolitiikan laitoksen julkaisuja, 1984.
- Lindholm, Hanna: Suomalaisen hyvinvoinnin muutokset 1995-2000. Helsinki: Kela, sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 63, 2001.
- Rauhala, Pirkko-Liisa & Simpura, Jussi & Uusitalo, Hannu: Hyvinvoinnin tutkimusperinteet, hyvinvointipolitiikka ja 1990-luvun uudet avaukset. Yhteiskuntapolitiikka 65 (2000): 3, 191-207.
- Riihinen, Olavi: Teollistuvan yhteiskunnan alueellinen erilaistuneisuus. Porvoo: WSOY, 1965.
- Rimpelä, Matti: Strategia, hyvinvointikertomus, tilinpäätös... Mistä oikein puhumme? Esitelmä IV Terve Kunta –päivillä Helsingissä 23. - 24.1. 2002. Esitelmä on julkaistu internet-osoitteessa <http://www.stakes.fi/hyvinvointi/ted/tk2002e.pdf> (poimittu 18.6. 2002).
- Siirilä, Seppo & Viljanen, Ville & Jousmäki, Jussi: Elinolojen alueellinen erilaistuminen – huono-osaisuuden näkökulma. Tampereen yliopisto, Aluetieteen ja ympäristöpolitiikan laitos. Tutkimuksia Sarja B 71/1999.
- Viljanen, Ville: Huono-osaisuuden alueellinen kehitys 1990-luvulla. Laman ja sen jälkeisen talouskasvun vaikutukset. Helsinki: Suomen kuntaliitto, 2001.