

Alueelliset hyvinvointierot

Onko mittarilla väliä?

JUHA KÄÄRIÄINEN

Johdanto

Hyvinvoinnin alueellisia eroja on maassamme empiirisesti tutkittu tavallisesti kuntatason tilastollisilla aineistoilla. Suomalaiset kuntatason tilastot ovatkin varsin monipuolisia ja niiden avulla on mahdollista kuvata kuntien välisiä eroja monelta kannalta. Erilaisiin viranomaisten rekistereihin perustuvat aluetilastolliset muuttujat ovat parhaimmillaan kuvatessaan hyvinvoinnin *resursien* jakautumista väestön keskuudessa. Näistä esimerkiksi voidaan mainita mittarit, jotka kuvaavat väestön keskimääräistä koulutus-, varallisuus-, tulo- tai asumistasoa jollakin alueella.

Suurempiin tulkintaongelmiin törmätään kuitenkin heti, kun aluetilastollisilla aineistoilla pyritään kuvaamaan väestön hyvinvoinnin *tilaa*, esimerkiksi fyysistä tai psyykkistä terveyttä. Tällöin hyvinvoinnin kuvaajina joudutaan käyttämään mittareita, jotka kuvaavat ennen muuta erilaisia hyvinvointipalveluja tuottavien viranomaisten aktiivisuutta ja enintään toissijaisesti hyvinvoinnin tilaa. Paljon käytettyjä alueellisia sairastavuusmittareita ovat esimerkiksi työkyvyttömyyseläkeläisten osuus työikäisistä tai erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettujen osuus väestöstä. Molemmat mittaavat paitsi sairastavuutta myös terveydenhuoltojärjestelmän kykyä havaita erilaisia sairauksia ja yhteiskunnan halua tarjota turvaa sairastuneille. Lääketieteen kehittyessä ja diagnosointimenetelmien tarkentuessa syntyy sekä uusia sairauksia että lisää sairaita, jotka tarvitsisivat yhteiskunnalta tukea. Aivan samoin monet muutkin hyvinvointipalveluja tarjoavat järjestelmät tuottavat mittareita, joiden valossa syntyy tunnettu paradoksi: mitä enemmän tarjotaan hyvinvointipalveluja, sitä enemmän näyttää ilmenevän hyvinvoinnin vajetta. Tästä käyvät esimerkkinä monet havainnot ns. psykososiaalisten ongelmien

(mielenterveyden häiriöt, perheiden ongelmat, rikollisuuden kasvu jne.) jatkuvasta kasvusta siitä huolimatta, että niiden ratkaisemiseen on pyritty uhraamaan paljon yhteiskunnan voimavaroja (ks. esim. Raunio 1983).

Suomalaisen yhteiskunnan alueellista rakennetta ja alueellisia hyvinvointieroja on tutkittu siis pääosin rekisteripohjaisten kuntatilastojen avulla. Analyysimenetelmänä suosituin on ollut faktorianalyysi, jonka avulla on etsitty aluerakenteen ”perusolottuvuuksia” ja kuvattu niiden jakautumista maantieteellisesti kuntatasolla. Tällaisia ns. faktoriekologisia tutkimuksia on tehty Suomessa 1960-luvulta alkaen, ja analyysit ovat luonnollisesti tuottaneet hiukan toisistaan poikkeavia tuloksia riippuen valitusta muuttujakoostumuksesta ja ajankohdasta. Kuitenkin ainakin kaksi hyvinvoinnin perustekijää näyttää nousevan toistuvasti esiin (ks. esim. Riihinen 1965; Kääriäinen 1984; Siirilä & al. 1988; Kainulainen & al. 2001; Viljanen 2001).

Ensimmäinen näistä ulottuvuuksista liittyy selvästi yleisiin hyvinvoinnin resursseihin, joihin sairastavuuserot näyttävät lisäksi liittyvän. Maantieteellisesti Suomi jakautuu tämän ulottuvuuden mukaisesti jokseenkin karkeasti lounainen–koillinen-suunnassa: köyhin ja sairain osa Suomea sijaitsee idässä ja pohjoisessa, tervein ja vaurain vastaavasti etelässä ja lännessä. Lisäksi alueen kaupunkimaisuus parantaa sen hyvinvointiresursseja. Toinen ulottuvuus näyttää liittyvän puolestaan vielä edellistä selvemmin kaupungistumiseen ja työnjaon suuntaiseen kehittyneisyyteen, johon liittyy kaksijakoinen kehitys hyvinvoinnin kannalta: kaupunkimaiset yhteisöt vetävät puoleensa niin koulutettuja, tuloja ja varallisuutta kuin syrjäytyviäkin, joiden ongelmat näkyvät hyvinvoinnin indikaattoreilla ns. psykososiaalisten ongelmien kasvuna. Tätä ulottuvuutta voisi nimittää

yhtä hyvin eriarvoistumiseksi. Tosin psykososiaalisten ongelmien vaihtelu ei näytä liittyvän yksinomaan kaupungistumiseen: Itä- ja Pohjois-Suomi ovat yliedustettuna tässäkin suhteessa. Jo Olavi Riihinen (1965) havaitsi tämän 1960-luvulla, vaikka hän ei puhunut psykososiaalisista ongelmista vaan sosiologisemmin yhdenmukaisuuden paineesta tai sosiaalisesta irrallisuudesta. On mielenkiintoista, että tämä maantieteellinen säännönmukaisuus näyttää toistuvan tutkimuksessa ainakin 1950-luvulta 2000-luvulle saakka. Itse ilmiön juuret ovat tietysti paljon kauempana historiassa.

Edellä kuvatut alueellisten hyvinvointierojen pääulottuvuudet on tuotettu siis viranomaisrekistereihin perustuvien kuntatilastojen avulla, ja tulokset vastaavat erityisesti hyvinvointiresurssien jakautumisen osalta luultavasti jokseenkin hyvin todellisia alueellisia eroja. Mutta psykososiaalisten ongelmien ja sairastavuuden osalta voidaan siis kyseenalaistaa mittareiden validiteettia ja kysyä, kuvastavatko saadut tulokset pikemminkin alueellisia eroja hyvinvointipalvelujen tarjonnan kuin todellisen sairastavuuden tai psykososiaalisten ongelmien suhteen.

Väestön hyvinvoinnin tilaa voidaan rekisteriaineistoja luotettavammin tutkia suorien väestötutkimusten avulla, niin kuin Tilastokeskuksen elinolututkimuksissa esimerkiksi on tehty. Näiden tutkimusten otokset ovat kuitenkin yleensä aivan liian pieniä, jotta pääsisimme yleistämään tuloksia relevantteihin alueyksiköihin (ks. kuitenkin esim. Heikkilä & al. 2002). Tutkimusprofessori Matti Rimpelän johdolla organisoitu kouluterveyskysely muodostaa kuitenkin tässä suhteessa mielenkiintoisen poikkeuksen. Kyseisellä tutkimuksella on jo usean vuoden ajan kerätty tietoa lasten ja nuorten hyvinvoinnista lähes kaikista Suomen kunnista. Aineisto on suomalaisen alueellisen hyvinvointitutkimuksen kannalta siis sillä tavalla aintulaatuinen, että se tarjoaa mahdollisuuden tarkastella hyvinvoinnin kuntakohtaisia eroja mittareilla, jotka on kerätty suoraan kansalaisilta, tässä tapauksessa peruskoulun yläasteen 8. ja 9. luokan oppilailta ja lukioikäisiltä. Kouluterveyskyselyssä on mukana sekä subjektiivisia että objektiivisia hyvinvoinnin mittareita ja se on luonteeltaan ns. kokonaistutkimus kattaen kyseiset ikäluokat kokonaan.

Tämän artikkelin tarkoituksena on ensinnäkin alustavasti ja karkeasti vertailla, miten rekisteriaineistoilla ja väestötutkimuksella tuotetut kuvat

alueellisista hyvinvointieroista näyttävät kohtaan. Lisäksi tutkimuksessa luodaan jatkotutkimusta varten hiukan tarkempaa kuvaa erityisesti nuorten psykososiaalisten ongelmien alueellisesta vaihtelusta kouluterveyskyselyn aineistolla.

Aineistot ja menetelmät

Tutkimuksessa käytetään kahta kuntatason aineistoa, joilla pyritään kuvaamaan hyvinvoinnin alueellista perusvaihtelua. Ensinnäkin käytetään Sotka-tietokannasta poimittuja tavanomaisia, koko väestön hyvinvointia kuvaavia muuttujia, jotka on valittu pitäen silmällä sekä vertailtavuutta kouluterveyskyselyn aineistoon että taloudellisuutta: pyritään tulemaan toimeen mahdollisimman vähillä mittareilla yksinkertaisuuden ja selkeyden vuoksi. Tiedot poimittiin vuodelta 1999 ja mukaan kelpuutettiin sellaiset yli 5 000 asukkaalla kunnat, jotka olivat mukana kouluterveyskyselyssä vuosina 1999 ja 2000. Tätä pienemmät kunnat jätettiin pois liiallisen satunnaisvaihtelun eliminoimiseksi. Näin tutkimukseen tuli mukaan 189 kuntaa. Mittarit valittiin seuraavasti kuvaamaan hyvinvoinnin eri osa-alueita:

- hyvinvoinnin perusresurssit (koulutus, tulot, työttömyys)
- sairastavuus (työkyvyttömyyseläkeläisten osuus, erityiskorvattavien lääkkeiden saajien osuus)
- psykososiaaliset ongelmat (köyhyys, rikollisuus, lasten huostaanotto)

Nyt voidaan kysyä, miksi tutkitaan hyvinvointia yleensä eikä lasten ja nuorten hyvinvointia, jos tarkoitus on kuitenkin vertailla tuloksia kouluterveyskyselyn tuloksiin. Syynä on ensinnäkin se, että lasten ja nuorten hyvinvoinnista on vaikea saada kattavasti kuntakohtaisia rekisteripohjaisia muuttujia, jotka sopisivat tähän asetelmaan. Toiseksi hyvinvoinnin resurssien kohdalla havainnot lasten vanhempien koulutuksesta, tulotasosta tai asumistasosta ovat tietysti relevantteja. Kolmanneksi on järkevää olettaa, että väestön yleinen hyvinvointi heijastuisi myös lasten ja nuorten hyvinvointina esimerkiksi psykososiaalisten ongelmien alueella. Jos lasten ja nuorten perheissä ja lähiympäristössä on köyhyyttä ja poikkeavuutta, sen voi olettaa heijastuvan myös lasten ja nuorten psykososiaalisina oireina.

Kouluterveyskyselyn osalta käytettiin samaa, vuosien 1999 ja 2000 yhdistettyä aineistoa, jota

Taulukko 1. Hyvinvoinnin alueellisen erilaistuneisuuden ulottuvuudet 1999 Sotka-tietokannasta poimituilla kuntatason muuttujilla laskettuna, pääkomponenttimatriisi, ei rotaatiota

	Pääkomponentti		h ²
	I	II	
Korkea-asteen koulutus, % 15 v.	-,78	,16	,64
Verotulot yhteensä, mk/asukas	-,77	,38	,74
Työttömyysaste	,66	,57	,75
Pitkäaikaistyöttömät, % työttömistä	-,44	,41	,36
Toimeentulotukea saaneet, % asukkaista	,34	,74	,66
Työkyvytt.eläkkeiden saajat, vakioitu indeksi	,87	,28	,83
Erit.korvatt. lääkkeiden saajat, vakioitu indeksi	,83	,11	,70
Sijoitetut lapset ja nuoret/1 000 0–17-v.	-,12	,81	,66
Poliisin tietoon tullut rikollisuus, rikoksia/1 000 as.	-,48	,55	,54
Ominaisarvot	3,63	2,25	
Osuus varianssista (%)	40,4	25,1	

Sakari Karvonen ja Rimpelä (2002) ovat aiemmin käyttäneet tutkimuksessaan¹. Tutkimukseen valittiin luonnollisesti samat 189 kuntaa kuin edellä. Vastaajat olivat kyseisten kuntien 14–15-vuotiaat, peruskoulun yläasteen 8. ja 9. luokan oppilaat. Tutkimusta varten aggregoitiin kuntatasolle keskiarvot muuttujista, jotka kuvastaisivat mahdollisimman vertailukelpoisella tavalla edellisen aineiston kanssa hyvinvoinnin resurssien (vanhempien koulutus, perheen taloudelliset huolet, vanhempien työttömyys), somaattisen sairastavuuden (koettu terveydentila) ja psykososiaalisten ongelmien (psykosomaattiset oireet, masentuneisuus, koulukiusaamisen uhriksi joutuminen, vaikeudet kouluyhteisössä, päihteiden käyttö) alueellista jakautumista. Muuttujien yksityiskohtaisempi kuvaus esitetään liitteessä 1.

Analysimenetelmänä käytettiin kummankin aineiston tapauksessa pääkomponenttianalyysiä.

Tulokset

Aloitetaan laskemalla pääkomponenttianalyysi Sotkasta poimituilla muuttujilla. Analyysi tuotti varsin selkeän kahden komponentin ratkaisun, jota ei näyttänyt olevan tarpeen selkeyttää rotaatiollakaan (taulukko 1). Kahden komponentin ratkaisu oli sikäli aivan selvä, että kun toinen pääkomponentti selitti muuttujien varianssista 25 prosenttia, kolmas olisi selittänyt enää alle 10 pro-

senttia. Rotatoimatonta ratkaisua puolsi paitsi sisällöllinen selkeys myös rakenteellinen selkeys siinä mielessä, että suorakulmainen varimax-rotatiota ei olisi merkittävästi lisännyt nolaa lähellä olevien latausten määrää.

Ensimmäisellä komponentilla latautuvat vahvimmin positiivisesti sairastavuusmittarit, mutta lähes yhtä vahvasti negatiivisesti hyvinvoinnin resurssimittarit. Myös työttömyysasteen positiivista latausta voi pitää tulkinnan kannalta merkittävänä. Kysymys on aivan ilmeisesti hyvinvoinnin resurssien mukaisesti kuntia erottelevasta tekijästä, johon väestön terveys näyttäisi liittyvän vahvasti. Korkeimpia pääkomponenttipistemääriä tällä ulottuvuudella saivat esimerkiksi pääkaupunkiseudun kunnat Espoo, Helsinki ja Vantaa ja matalimpia Pohjois- ja Itä-Suomen kunnat, kuten Taivalkoski, Salla ja Pudasjärvi. Pistemäärien perusteella ulottuvuus näytti olevan selvästi yhteydessä kunnan kaupunkimaisuuteen. Nimeämme komponentin kuvaamaan *hyvinvoinnin resurssien ja terveyden* alueellista vaihtelua. Ulottuvuus näyttää selvästi vastaavan Sakari Kainulaisen, Taina Rintalan ja Matti Heikkilän (2001, 62) *elintasoksi* nimittämää tekijää, ja sillä on epäilyksettä läheinen yhteys myös jo huomattavasti aiemmin tehtyihin samansuuntaisiin havaintoihin (esim. Riihinen 1965, 175–182; Alueellinen kehittyneisyys, 1979; Kääriäinen 1984, 75–86).

Toisella komponentilla latautuvat sijoitettujen lasten ja nuorten osuus, toimeentulotukea saaneiden osuus, työttömyysaste, poliisin tietoon tullut rikollisuus ja pitkäaikaistyöttömien osuus työttömistä. Tässä kysymys näyttää olevan odotetusti *psykososiaalisia ongelmia* kuvaavasta tekijästä. Kompo-

¹Kiitän Sakari Karvosta ja Matti Rimpelää siitä, että sain aineiston käytettäväkseni.

Taulukko 2. Hyvinvoinnin alueellisen erilaistuneisuuden ulottuvuudet 1999–2000 kouluterveystutkimuksesta aggregoiduilla kuntatason muuttujilla laskettuna, kolmen faktorin pääkomponenttimatriisi, varimax-rotatio

	Pääkomponentti			h ²
	I	II	III	
Perheen koulutus	-,07	,80	-,22	,69
Perheen taloudellinen tilanne	,30	,70	,21	,63
Vanhempien työttömyys	,08	,77	,22	,65
Koettu terveydentila	,50	,02	,24	,31
Masennus (Beck)	,79	-,02	,15	,64
Psykosomaattiset oireet	,70	,16	,15	,53
Koulukiusaamisen uhrina	,60	,03	-,24	,42
Yhteistyö koulussa	,72	-,04	,06	,52
Tupakointi	,04	,16	,86	,72
Alkoholin käyttö	,14	-,12	,68	,50
Marihuanan tai hasiksen kokeilu	,16	-,67	,45	,68
Ominaisarvot	2,72	2,25	1,39	
Osuus varianssista (%)	24,7	20,4	12,6	

nennti vastaa selvästi Kainulaisen, Rintalan ja Heikkilän (2001, 62) samoin nimittämää tekijää. Myös yhteys jo Riihisen yhdenmukaisuuden paineeksi nimittämään tekijään on ilmeinen (Riihinen 1965, 194–195; Kääriäinen 1984, 60–75). Kuntakohtaiset pääkomponenttipistemäärät kertovat, että eniten psykososiaalisia ongelmia näyttäisi olevan Helsingissä ja pääasiassa pohjois- ja itäsuomalaisissa kaupungeissa, esimerkiksi Kemissä, Rovaniemellä, Jyväskylässä, Outokummussa ja Iisalmissa. Vastavasti alhaisimpia pistemääriä saavat sellaiset länsisuomalaiset ja pohjalaiset, pääasiassa maaseutumaiset kunnat, kuten Pedersöre, Kruunupyö, Säykylä, Lieto, Mustasaari, Kannus, Sievi ja Teuva. Psykososiaaliset ongelmatkin näyttäivät siten vaihtelevan paitsi kaupungistumisen suunnassa myös maantieteellisesti karkeasti ottaen koillinen–lounais-suunnassa kuten jo lähes 50 vuotta aiemminkin Riihisen tutkimuksissa.

Siirrytään seuraavaksi tarkastelemaan pääkomponenttianalyysiä, joka on laskettu kouluterveyskyselystä kuntatasolle aggregoitujen muuttujien avulla (taulukko 2). Analyysissä laskettiin kolmen komponentin ratkaisu, vaikka neljännenkin komponentin ominaisarvo olisi aivan niukasti ylittänyt ykkösen. Kolmen komponentin varimax-ratkaisu vaikutti kuitenkin tulkinnallisesti selkeimmältä ja rakenteellisesti yksinkertaisimmalta.

Ensimmäisellä ulottuvuudella latautuvat Beckin masentuneisuusmittari, vaikeudet yhteistoiminnassa koulutoverien ja opettajien kanssa, psykosomaattiset oireet, koulukiusaamisen koh-

teeksi joutuminen ja koettu terveydentila. Ulottuvuus tuntuu selvästi erottelevan kuntia *nuorten psyykkisten oireiden* suuntaisesti; masentuneisuus ja psykosomaattinen oireilu näyttävät olevan yhteydessä kouluyhteisöstä syrjäytymiseen. Toisella pääkomponentilla puolestaan latautuvat vanhempien alhaista koulutusta, perheen taloudellisia vaikeuksia ja vanhempien työttömyyttä kuvaavat muuttujat. Lisäksi nuoren hasiksen käyttöä kuvaava muuttuja latautuu (kenties yllättäen) negatiivisesti. Komponentin voi tulkita selvästikin kuvastavan kuntien välisiä eroja lasten ja nuorten *perheiden hyvinvoinnin resursseissa*. Kiinnostavaa on siis havaita, että sen enempiä lasten ja nuorten psyykkinen oireilu kuin koettu terveydentilakaan eivät tämän aineiston mukaisesti vaihtelevat hyvinvointiresurssien suunnassa toisin kuin edellä tarkasteltaessa rekisteripohjaisilla kuntatilastoilla aikuisten sairastavuutta ja hyvinvointiresursseja. Kolmas ulottuvuus muodostuu tupakanpolton ja alkoholin käytön ympärille ja tulkinnan kannalta selvästi merkityksellisen latauksen saa myös hasiksen käyttö. Komponentti näyttäisi siis kuvastavan *päihneiden käytön* kuntaeroja. Myöskään päihneiden käyttö ei siis näytä vaihtelevan kunnittain hyvinvointiresurssien suunnassa.

Näin on saatu siis kouluterveyskyselyn perusteella kolme toisistaan riippumatonta kuntaeroja kuvaavaa hyvinvoinnin perusulottuvuutta, jotka ovat merkityksellisiä erityisesti lasten ja nuorten kannalta. Seuraavaksi voidaan siirtyä tutkimuksemme pääkysymykseen: missä määrin kahdella

Taulukko 3. Kuntatilastoihin ja kouluterveyskyselyyn perustuvien kuntakohtaisten hyvinvointimittareiden (pääkomponenttipistemäärät) väliset korrelaatiokertoimet

Kuntatilastoihin perustuvat hyvinvointimittarit	Kouluterveyskyselyyn perustuvat hyvinvointimittarit		
	Nuorten psyykkiset oireet	Perheiden hyvinvointiresurssit	Päihteiden käyttö
Hyvinvoinnin resurssit ja terveys	-0,05	0,84	-0,08
Psykososiaaliset ongelmat	0,15	0,02	0,28

erilaisella aineistolla tuotetut alueellisia hyvinvointieroja kuvaavat mittarit vastaavat toisiaan? Taulukkoon 3 on koottu korrelaatiokertoimet kuntatilastoihin perustuvan kahden pääkomponentin pistemäärien ja kouluterveyskyselyn perusteella laskettujen kolmen komponentin pistemäärien välille.

Ensimmäinen kiinnostava havainto on nyt se, että kuntatilastojen avulla tuotettu *hyvinvoinnin resurssit ja terveys* -ulottuvuus korreloi vahvasti kouluterveyskyselyn *perheiden hyvinvoinnin resurssit*-tekijän kanssa. Korrelaatiota voi pitää jopa yllättävän vahvana (0,84), kun ottaa huomioon, että se syntyy kahdella erityyppisellä aineistolla tuotettujen mittareiden välille, joista toinen on kyselyaineisto. Havainto vahvistaa käsitystä, että hyvinvointiresurssien alueellinen mittaaminen kuntatasolla on suhteellisen luotettavaa mittaustavasta riippumatta. Lapset ja nuoretkin näyttävät kykenevän kyselytutkimuksessa luotettavasti arvioimaan perheensä hyvinvointia tästä näkökulmasta.

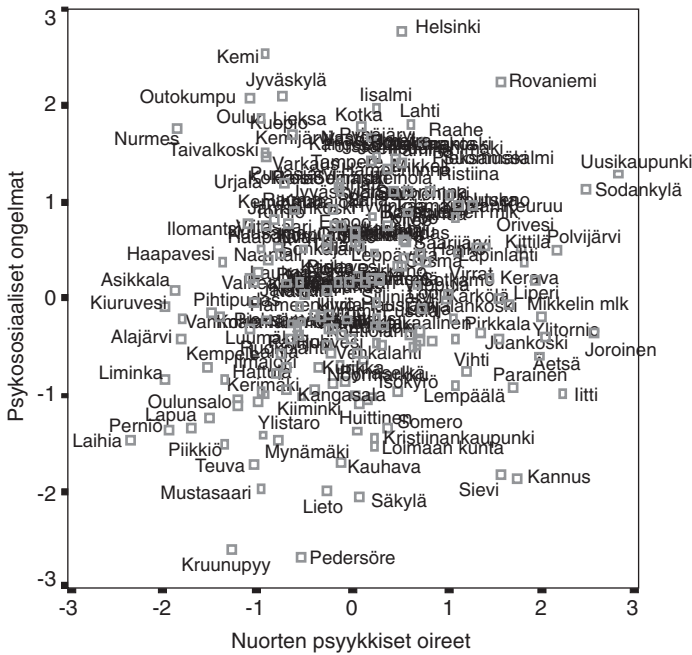
Toinen tärkeä havainto on se, että kumpikin kouluterveyskyselyn lasten ja nuorten psykososiaalista hyvinvointia kuvaava mittari korreloi vain heikosti kuntatilastoilla havaittujen psykososiaalisten ongelmien kanssa: korrelaatio nuorten psyykkisten oireiden kanssa (I pääkomponentin pistemäärä) on 0,15 ja päihteiden käytön (III pääkomponentin pistemäärä) kanssa 0,28. Huomatava on myös, että kuntatilastojen perusteella aikuisten sairastavuus näytti liittyvän selkeästi hyvinvoinnin resurssiin, mutta nuorten itse ilmoittama terveydentila näyttää liittyvän vain psyykkisen oireilun ulottuvuuteen, ei hyvinvoinnin resurssitekijöihin. Toisin sanoen johtopäätös on, että kuntatilastojen avulla havaitut (aikuisten) psykososiaalisia ongelmia kuvastavat alueelliset hyvinvointierot eivät näytä selittävän kyselytutkimuksessa havaittuja eroja nuorten psykososiaalisessa hyvinvoinnissa.

Tarkastellaan tätä havaintoa tarkemmin parvi-kuvion avulla, johon on pystyakselille sijoitettu psykososiaalisten ongelmien vaihtelu sellaisena kuin se saadaan kuntatilastojen avulla ja vaaka-akselille nuorten psyykkisten oireiden vaihtelu (kuvio 1). Kuvioista käy havainnollisesti ilmi muuttujien välinen mitätön korrelaatio. Kiinnostavaa on tarkastella erityisesti kuvion kulmia, joista vasen yläkulma on ehkä kiintoisin. Sieltä löytyvät kunnat, joissa on paljon (aikuisten) psykososiaalisia ongelmia kuntatilastojen valossa, mutta joissa nuorten psyykkinen hyvinvointi on kuitenkin hyvällä tasolla. Kysymys näyttää olevan lähinnä itä- ja pohjoissuomalaisista kaupunkikunnista tai syrjäisistä maaseutukunnista. Toisaalta kuvion oikeasta alalaidasta löytyy kuntia, joissa näyttäisi kuntatilastojen mukaisesti olevan vain vähän (aikuisten) psykososiaalisia ongelmia, mutta joissa nuoret voivat kuitenkin huonosti.

Otetaan vielä lähempään tarkasteluun nuorten psyykkisten oireiden ulottuvuudelta kärkimuuttuja (ks. taulukko 2), joka kuvaa masentuneisuuden kuntaeroja. Kysymys on ns. Beckin masentuneisuusmittarista (ks. Kaltiala-Heino & al. 1999), joka perustuu kaikkiaan 12 kysymyksen sarjaan. Näistä on laskettu vastaajille summamuuttuja ja sen arvoista on siis laskettu kuntakohtaiset keskiarvot. Minkä tyyppiset kunnat saavat korkeimpia tai matalimpia arvoja tällä mittarilla?

Tarkastellaan asiaa aluksi Ville Viljasen (2001) luoman kuntaluokituksen avulla, joka perustuu pitkälti yhteiskuntataloudellisesta alueellisesta työnjaosta tehtyihin havaintoihin. Viljasen luokitus perustuu pitkään aluetieteellisen tutkimuksen traditioon (ks. myös esim. Siirilä & al. 1988) ja on eräitä muita luokituksia hienojakoisempi (vrt. esim. Kainulainen & al. 2001, 33–35). Viljanen jakaa suomalaiset kunnat kaikkiaan yhdeksään tyyppiin, jotka käyvät ilmi taulukosta 4. Tyyppien tarkemman kuvakseen osalta täytyy tässä yhteydes-

Kuvio 1. Psykososiaaliset ongelmat (rekisteriaineiston mukaan) ja nuorten psyykkiset oireet (kouluterveyskyselyn mukaan), pääkomponenttipistemäärät



sä tyytyä viittaamaan suoraan Viljasen tekstiin. Kun nyt kunnat jaetaan nuorten masentuneisuuden mukaisesti kolmanneksiin ja ristiintaulukoidaan tämä luokitus Viljasen tyypittelyn kanssa, havaitaan, että masentuneisuus jakautuu varsin tasaisesti erilaisten kuntatyyppien välille.² Oikeastaan vain maaseudun teollistuneet kunnat näyttäsivät poikkeavan muita epäedullisempina kuntatyyppinä ja maaseudun kaupunkimaiset palvelukeskukset muita edullisempina. Tärkein havainto tässä on se, että kaikista kuntatyypeistä löytyy sekä sellaisia kuntia, joissa on vähän masennusta, että sellaisia, joissa on paljon masennusta (paitsi kasvavista, osaamisintensiivisistä maakuntakeskuksista, joita on aineistossa vain 4). Tällä havainnolla on tärkeä merkitys siksi, että jos myöhemmin etsimme paikallisista kuntatekijöistä masentuneisuutta lisääviä tai sitä vähentäviä tekijöitä, voimme olettaa, että ne eivät näytä liittyvän hi-

²Tässä tarkastelussa mukaan kelpuutettiin kaikki ne kouluterveyskyselyyn vuosina 1999–2000 osallistuneet kunnat, joissa oli vastaajia vähintään 70 (n = 322). Näin saatiin enemmän mukaan myös pieniä ja syrjäisiä maaseutukuntia, joissa psykososiaalisten ongelmien on havaittu viime vuosina kasvaneen.

taasti ja vaikeasti muuttuviin aluerakenteellisiin tekijöihin.

Palataan vielä pääkomponenttianalyysiin, joka tuotti kouluterveyskyselyn aineistolla kolme toisistaan riippumatonta psykososiaalisten ongelmien alueellista ulottuvuutta (taulukko 2). Saattaa tuntua varsin yllättävältä, että nuorten psyykinen oireilu ei liittynyt perheiden taloudellisiin vaikeuksiin, vaan nämä tekijät todellakin näyttivät vaihtelevan toisistaan riippumatta. Niinpä Beckin masentuneisuusmittarin korrelaatio perheen työttömyyttä kuvaavan mittarin kanssa oli alhainen (0,14). Tämä näyttää sotivan yksilötasolla tehtyjä havaintoja vastaan: lasten ja nuorten masentuneisuuden on monissa tutkimuksissa todettu olevan yhteydessä vanhempien työttömyyteen ja taloudelliseen ahdinkoon (esim. Forkel & Silbereisen 2001; Olsson & al.

1999). Tulos kuvastaa ns. ekologista harhaa tai käänteisesti yksilöharhaa, jos tutkimuksen kohteena ovat ekologiset yksiköt. Ekologiset korrelaatiothan kertovat alueellisten yksiköiden välisestä suhteista, ja erikokoisten kuntien arvot saavat analyysissä saman painon. Valtaosa kouluterveyskyselyn ja muiden vastaavien väestötutkimusten vastaajista elää kaupunkimaisissa ympäristöissä, ja niissä perheen taloudellisen tilanteen ja nuorten masentuneisuuden välinen yhteys on aivan ilmeisesti vahvempi kuin pienemmissä kunnissa. Alueellisen tutkimuksen näkökulmasta yksilöaineisto on siis sillä tavalla vino, että siinä painottuvat suurten alueellisten yksikköjen havainnot. Toisaalta ekologisen aineiston varassa ei todellakaan pidä mennä tekemään päätelmiä yksilötasolla, sen tämäkin esimerkki hyvin osoittaa.

Nyt onkin mielenkiintoista hiukan vielä jatkaa nuorten masentuneisuuden tarkastelua tästä näkökulmasta. Piirretään parvikuvio (kuvio 2) perheen työttömyyttä kuvaavan muuttujan (ks. liite 1) ja Beckin masentuneisuusmittarin välille, jolloin näemme konkreettisesti näiden tekijöiden välisen riippumattomuuden kunta-aineistossa (kuviota varten molemmat mittarit on standardisoitu). Parvikuvio antaa mahdollisuuden samalla

Taulukko 4. Kuntien jakautuminen kuntatyyppien¹ ja Beckin masentuneisuuspistemäärien mukaan, %

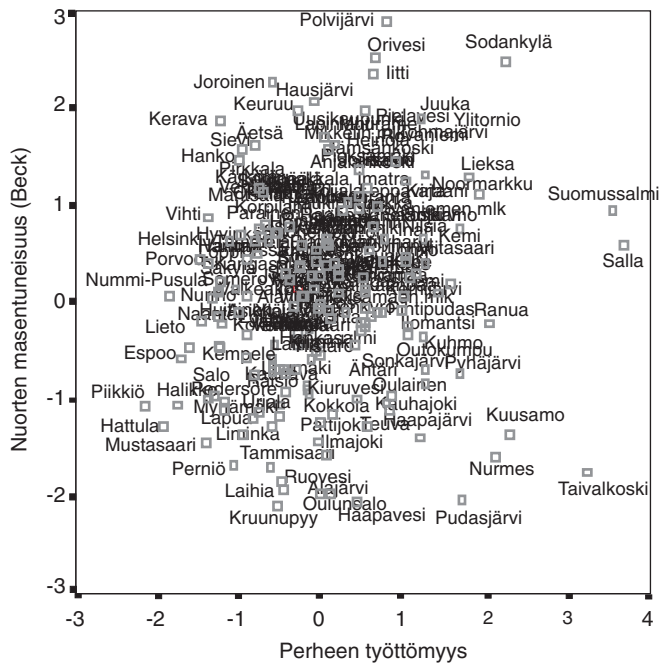
	Masentuneisuuden kuntakeskiarvo kolmanneksittain			Yhteensä
	Alin kolmannes	Keski-kolmannes	Ylin kolmannes	
Kasvat, osaamisintensiiviset maakuntakeskukset	25,0	75,0		100,0 (4)
Muut maakuntakeskukset	7,7	61,5	30,8	100,0 (13)
Kaupunkikeskukset	17,2	51,7	31,0	100,0 (29)
Kasvat, osaamisintensiiviset esikaupungit	45,0	25,0	30,0	100,0 (20)
Muut esikaupungit	31,0	34,5	34,5	100,0 (29)
Maaseudun kaupunkimaiset palvelukeskukset	41,5	31,7	26,8	100,0 (41)
Maaseudun teollistuneet kunnat	26,8	26,8	46,3	100,0 (41)
Ydinmaaseutu	38,0	31,0	31,0	100,0 (71)
Syrjäinen maaseutu	36,5	28,4	35,1	100,0 (74)
Yhteensä, n	107	108	107	322
%	33,2	33,5	33,2	100,0

¹Kuntatyytit, ks. Viljanen 2001

löytää kaksi erityisen kiinnostavaa kuntatyyppiä tässä mielessä: 1) kunnat, joissa on huomattavan paljon nuorten masentuneisuutta, vaikka työttömyyttä on perheissä suhteellisen vähän, ja toisaalta 2) kunnat, joissa masentuneisuutta on vähän huolimatta työttömyyden yleisyydestä. Ensiksi mainittuun tyyppiin kuuluvat kunnat sijoittuvat kuvion vasempaan yläkulmaan ja toiseen tyyppiin kuuluvat kunnat oikeaan alakulmaan.

Aluksi voimme hiukan tutkia, millaisia kuntia näyttäisi kuuluvan tyyppiin 1 ja tyyppiin 2 kuntiin. Tyyppiin 1 kunnat näyttäisivät muodostavan varsin heterogeenisesta joukosta kuntia. Viljasen (2001) luokitusta seuraten siitä löytyy ensinnäkin kenties hiukan yllättäen useampia esikaupunkikuntia, joitakin kaupunkikeskuksia, mutta myös ydinmaaseudun ja teollistuneen maaseudun kuntia sekä maaseudun palvelukeskuksia. Tämän kuntaryhmän osalta on siis kiinnostavinta, että siihen näyttää kuuluvan oikeastaan kokonainen kirjo erilaisia kuntia. Saattaa olla, että näitä kuntia yhdistää jokin tekijä, joka altistaa nuoria masentuneisuudelle mutta jota emme vielä tunne. Toisaalta, jos nuorten masentuneisuudelle altistavia tekijöitä kuntatasolta löytyy, ne voivat olla varsin erilaisia kuntatyyppistä riippuen.

Kuvio 2. Nuorten masentuneisuus ja vanhempien työttömyys, standardisoidut kuntakeskiarvot



Tyyppiin 2 kunnat muodostavat selvästi yhtenäisemmän kokonaisuuden: lähes kaikki näyttävät olevan maaseudun kaupunkimaisia palvelukeskuksia ja useimmat sijaitsevat Itä- ja Pohjois-Suomessa tai Pohjois-Pohjanmaalla: Taivalkoski, Pudasjärvi, Nurmes, Kuusamo, Haapajärvi, Outokumpu jne. Huolimatta siitä, että nämä kunnat sijoittuvat tavallisesti hyvinvointitutkimuksissa

pahnanpohjimmaisiksi, niiden nuorten mentaalinen hyvinvointi näyttää kuitenkin kuuluvan maan parhaisiin. On mahdollista, että näitä kuntia yhdistää jokin sellainen tekijä, joka suojaa nuoria psyykkisesti taloudellisessa mielessä vaikeissa olosuhteissa.

Pohdinta

Tutkimuksen päätuloksena voi siis pitää sitä, että rekisteriaineistot ja nuorten hyvinvointia kuvaava väestötutkimus antavat jokseenkin yhdenmukaisen kuvan hyvinvointiresurssien alueellisesta erilaistumisesta, mutta psykososiaalisten ongelmien kohdalla alueellisen erilaistumisen kuva piirtyy varsin erilaiseksi näillä aineistoilla.

Mikä sitten selittää psykososiaalisia ongelmia kuvaavien mittareiden huonon vastaavuuden? Tämän artikkelin alussa jo viitattiin siihen mahdollisuuteen, että kuntatilastojen ongelmana voi olla niiden huono validiteetti psykososiaalisia ongelmia mitattaessa. Tässä tehdyt havainnot näyttäisivät vahvistavan tuota käsitystä. Toisaalta voi olla niinkin, että kuntatilastojen avulla luotu psykososiaalisten ongelmien mittari, jonka tulkittiin kuvastavan ongelmia koko väestön tasolla, voi sinänsä olla validi mutta ei jostain syystä vain heijastele lasten ja nuorten hyvinvointia. Kolmanneksi voidaan tietysti heittää epäilyksen varjo kouluterveyskyselyynkin psykososiaalisia ongelmia kuvaavien mittareiden validiteetin ja reliabiliteetin ylle. Reliabiliteetin osalta tulokset tarkentuvat, kunhan saadaan vertailtaviksi uusimpia ja tulevia aineistoja. Joka tapauksessa kouluterveyskyselyn vahvuutena on, että siinä mitataan suoraan väestön hyvinvointia mittareilla, joiden käytöstä on jo vuosien kokemus, myös kansainvälisesti.

Jos pidämme kouluterveystutkimuksen hyvinvointimittareita luotettavina, voimme siis väittää, että nuorten psykososiaalisten ongelmien alueellinen vaihtelu ei olisi ainakaan suoraviivaisesti yh-

teydessä hyvinvoinnin resurssitekijöihin. Tämä on hyvin kiinnostavaa jatkotutkimusta ajatellen. Tutkimus antoi esimerkiksi selviä viitteitä siitä, että maastamme löytyy yhtenäisiä alueita, joissa nuorten masentuneisuus on muuhun maahan verraten vähäistä huolimatta näiden alueiden korkeasta työttömyydestä ja muista heikoista resurssitekijöistä. Voisiko näiltä alueilta löytyä paikallisia, yhteisöllisiä resursseja, jotka suojaavat nuoria masentuneisuudelta? Toisaalta ympäristön ja oman perheen hyvä elintaso ei näytä mitenkään suojaavan nuoria masentuneisuudelta. Millaiset paikalliset tekijät oikeastaan altistavat nuoria psyykkiselle pahoinvoinnille tässä merkityksessä?

Aivan viime aikoina ovat nousseet esiin keskustelut sosiaalisen pääoman merkityksestä hyvinvoinnin resurssina. Sosiaalisen pääoman käsitteellä viitataan koulukunnasta riippuen sosiaalisiin verkostoihin, sosiaalisiin normeihin tai luottamukseen. Menemättä tässä sen syvemmälle sosiaalista pääomaa koskevaan keskusteluun herää väistämättä ajatus, voisivatko paikalliset sosiaaliset verkostot ja niiden varaan rakentuvat normit ja luottamus selittää lasten ja nuorten psykososiaalisen hyvinvoinnin alueellisia eroja maassamme. Tämän kysymyksen esitti jo Jorma Sipilä (1982) yli kaksi vuosikymmentä sitten tutkimushankkeessaan, joka kuitenkin ymmärtääkseni jäi kesken siksi, että hänen käytössään ei tuolloin ollut riittävän laajoja yksilötason aineistoja. Sipilän ajatuksenahan oli selittää nuorten poikkeavaa käyttäytymistä nimenomaan paikallisilla yhteisöllisillä tekijöillä, jotka tuottavat nuorten lähiyhteisössä sosiaalista kontrollia ja sosiaalista tukea. Hänen mallissaan lähiyhteisön sosiaalinen tuki ehkäisee mm. taloudellisen deprivaaation synnyttämiä paineita, jotka muutoin saattaisivat johtaa psyykkisiin ongelmiin. Yhteisön sosiaalinen kontrolli puolestaan ehkäisee nuorten rikollisuutta ja muuta häiritsevää käyttäytymistä. Ehkä nyt aika olisi kypsä tämän tyyppisen mallin testaamiselle laajalla empiirisellä aineistolla.

TIIVISTELMÄ

Juha Kääriäinen: Alueelliset hyvinvointierot. Onko mittarilla väliä?

Suomalaisen yhteiskunnan alueellista rakennetta ja alueellisia hyvinvointieroja on tutkittu pääosin rekisteripohjaisten kuntatilastojen avulla. Rekistereihin perustuvat aluetilastolliset muuttujat ovat parhaimmil-

laan kuvatessaan hyvinvoinnin resurssien jakautumista väestön keskuudessa. Ne kuvaavat kuitenkin paljon huonommin hyvinvoinnin tilaa, esimerkiksi terveyttä. Tällöin hyvinvoinnin indikaattoreina joudutaan käyttämään mittareita, jotka kuvaavat ennen muuta erilaisia hyvinvointipalveluja tuottavien viranomaisten aktiivisuutta. Väestön hyvinvoinnin tilaa voidaan rekis-

teriaiaineistoja luotettavammin tutkia suorien väestötutkimusten avulla. Alueellisesti edustavia hyvinvoinnin väestötutkimuksia on kuitenkin vähän, koska sellaisten keruu on kallista ja hankalaa. Kouluterveyskysely on lajissaan harvinainen aineisto, sillä se on käytännössä kokonaistutkimus nuorten hyvinvoinnista ja tarjoaa siten luotettavaa tietoa myös alueellisia vertailuja ajatellen. Jopa kuntatason vertailut yksilöaineistoilla käyvät

mahdollisiksi. Tässä artikkelissa tutkitaan, miten rekisteriaineistoilla ja väestötutkimuksella (kouluterveyskyselyllä) tuotetut kuvat alueellisista hyvinvointieroista näyttävät kohtaavan. Lisäksi luodaan jatkotutkimusta varten hiukan tarkempaa kuvaa erityisesti nuorten psykososiaalisten ongelmien alueellisesta vaihtelusta kouluterveyskyselyn aineistolla.

KIRJALLISUUS

- ALUEELLINEN KEHITTYNEISYYS. Tutkimus elinolojen ja hyvinvoinnin alueellisista eroista 1975. Alueellisen kehittyneisyyden tutkimusryhmä. Valtioneuvoston kanslian julkaisuja 3, 1979
- FORKEL, INES & SILBEREISEN, RAINER K.: Family Economic Hardship and Depressed Mood Among Young Adolescents from Former East and West Germany. *American Behavioral Scientist* 44 (July 2001): 11, 1955–1971
- 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
- KALTIALA-HEINO, RIITTAKERTTU & RIMPELÄ, MATTI & RANTANEN, PÄIVI & LAIPPALA, PEKKA: Finnish modification of the 13-item Beck Depression Inventory in the screening an adolescent population for depressiveness and positive mood. *Nordic Journal of Psychiatry* 53 (1999): 6, 451–457
- KARVONEN, SAKARI & RIMPELÄ, MATTI: Kuntatyyppin mukaiset erot nuorten hyvinvoinnissa ja terveydessä. *Yhteiskuntapolitiikka* 67 (2002): 5, 403–414

- KÄÄRIÄINEN, JUHA: Aluerakenne ja aika – toisintotutkimus Olavi Riihisen tutkimuksesta ”Teollistuvan yhteiskunnan alueellinen erilaistuneisuus”. Jyväskylän yliopiston yhteiskuntapolitiikan laitoksen tutkimuksia 36. Jyväskylä 1984
- OLSSON, GUNILLA I. & NORDSTRÖM, MARIE-LOUISE & ARINELL, HANS & VON KNORRING, ANNE-LIIS: Adolescent depression and stressful life events. *Nordic Journal of Psychiatry* 53 (1999): 5, 339–346
- RAUNIO, KYÖSTI: Hyvinvointi ja taloudelliset muutokset. Tutkimus suomalaisen yhteiskunnan hyvinvoinnin sisällöstä ja taloudellisten muutosten hyvinvointivaikutuksista vuosina 1950–1977. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia 41. Turku 1983
- RIIHINEN, OLAVI: Teollistuvan yhteiskunnan alueellinen erilaistuneisuus. Helsinki: WSOY, 1965
- SIIRILÄ, SEPPO & HAUTAMÄKI, LAURI & KUITUNEN, JORMA & KESKI-PETÄJÄ, TIMO: Hyvinvoinnin alueelliset erot Suomessa. Tampereen yliopisto, alue-tieteen laitos, B: 47. Tampere 1988
- SIPILÄ, JORMA: Nuorten poikkeava käyttäytyminen ja yhteisön rakenne. Lasten sosiaaliset ongelmat aluerakenteessa II. Jyväskylän yliopiston yhteiskuntapolitiikan laitoksen tutkimuksia A1. Jyväskylä 1982.

Liite 1. Kuntatasolle aggregoitujen kouluterveytustutkimuksen muuttujien kuvaus¹

Perheen koulutus: Isän tai muun huoltajan koulutusaste luokiteltiin yliopisto- tai korkeakoulututkinnon suorittaneisiin (1), lukion tai lukion ja ammatillisen koulutuksen suorittaneisiin (2), peruskoulun ja ammatillisen koulutuksen suorittaneisiin (3) sekä vain kansa-, kansalais- tai peruskoulun käyneisiin (4). Jos isän koulutustieto puuttui, koulutustaso määriteltiin äidin koulutuksen perusteella.

Perheen taloudellisen tilanteen luokitus perustui nuorten arvioon: erittäin hyvä (1), melko hyvä (2), jonkin verran talousvaikeuksia (3), paljon talousvaikeuksia (4).

Vanhempien työttömyyden perusteella perheet jaettiin seuraavasti: kumpikaan vanhemmista ei ollut työttömänä (1), toinen ollut työttömänä (2), molemmat olleet työttömänä (3) (edeltävän vuoden aikana).

Koettu terveydentila luokiteltiin erittäin hyvään (1), melko hyvään (2), keskinertaiseen (3) ja melko tai erittäin huonoon (4).

Masennusta mitattiin 12-osioisella Beckin masennuskaalalla, jonka mukaan vastaajat ryhmiteltiin ei-masentuneisiin (1), lievästi masentuneisiin (2), keskivaikeasti masentuneisiin (3) ja vaikeasti masentuneisiin (4).

¹Perustuu Sakari Karvosen laatimaan kuvaukseen, jota on tätä tarkoitusta varten tarkennettu.

Psykosomaattisten oireiden raportointi jaettiin ensin päivittäisiin ja viikoittaisiin oireisiin. Noin kerran viikossa tai useammin toistuvat oireet jaoteltiin seuraavasti: ei viikoittaisia oireita (1), yksi oire (2), kaksi oiretta (3), kolme oiretta (3), neljä tai useampia oireita (4).

Koulukiusaamisen useutta koskevia ryhmiä oli neljä: lukukauden aikana ei kiusattu lainkaan, kiusattu harvemmin, kiusattu noin kerran viikossa tai kiusattu useita kertoja viikossa.

Koulun sosiaalisia suhteita mitattiin *yhteistyö koulussa* -summamuuttujalla, joka perustui 3-osioiseen kysymyssarjaan. Pieni arvo tarkoitti sitä, ettei nuori raportoinut vaikeuksia yhdessäkään osioista (työskentely ryhmässä, tuleminen toimeen koulukaverien tai opettajien kanssa), ja suuri sitä, että kaikilla osa-alueilla vaikeuksia oli erittäin paljon (arvot 3–12).

Tupakoinnin useuden mukaan vastaajat luokiteltiin viiteen ryhmään: tupakoimaton (1), lakossa tai lopettanut (2), tupakoi harvemmin kuin viikoittain (3), tupakoi vähintään kerran viikossa (4) tai tupakoi päivittäin (5).

Alkoholin käytön useuden mukaan muodostettiin seuraavat ryhmät: ne, jotka eivät käyttäneet alkoholia (1), harvemmin kuin kerran kuussa juovat (2), noin kerran kuussa juovat (3), pari kertaa kuukaudessa juovat (4) ja viikoittain tai useammin juovat (5).

Marihuanan tai hasiksen kokeilun mukaan vastaajat luokiteltiin seuraavasti: ei kokeillut koskaan huumausaineita (1), kokeillut kerran (2), kokeillut 2–4 kertaa (3), kokeillut 5 kertaa tai useammin (4).