

Maakunnallisuus terveyden edistämisen välineenä

Jaakko Nikula

ABSTRACT

Regionalism As a Tool in Health Promotion

Health promotion is one of the factors in the population's well-being that has been held back because the centralised control of social welfare and health care services was withdrawn in the early 1990s.

As a corrective measure, the Primary Health Care Act was amended 1 January 2006 with the aim to emphasise the role of the municipality in the population's health promotion. The related government bill estimates that by promoting health in accordance with present knowledge and by investing in health promotion, the sickness rate of the population could be rapidly decreased by 20-40 percent.

This paper examines regions - a more extensive area than municipalities - as a tool for health promotion. Implemented the right way, regionalism brings added value to municipal health promotion. One such feature could be that Finns feel that regions do not operate at the individual and family level, but in fact only at a more general level. Thus regional communications related to health promotion may be considered more as signals than binding regulations.

This paper establishes that general statistical information includes series of numbers that help convey, with very simple statistical study, information on the development of health at a regional level and on the factors involved.

Keywords: health promotion, regionalism, strong and weak ties

JOHDANTO

Julkisen vallan rooli suomalaisessa yhteiskunnassa rakentuu työnjakoon (Durkheim 1990, 237; Ahonen 1985, 97; Anttiroiko ym. 2003, 60) pohjautuvaan vastuumatriisiverkostoon. Näin rakentuva julkinen valta on tehtäväkohtaisesti tarkastellen tehokasta ja tuloksellista. Kun julkisen vallan toteutettavaksi tulee asiakokonaisuus, jonka toteuttamisessa yhteistyö on työnjakoa ja tehokkuuttakin tärkeämpää, kohdataan monentyyppisiä ja -tasoisia rajoitteita (Nikula 2003, 272). Tässä artikkelissa yhteistyötä edellyttävä asia on terveyden edistäminen, jonka toimintatasoja ovat yksilön-, lähiyhteisön-, yhteisön- ja yhteiskunnan tasot (Lahtinen ym 2003, 30) Terveyden edistämisen yhteiskunnallista tasoa on Suomessa ohjattu 1.1.2006 voimaan tulleella kansanterveyslain muutoksella (25.11.2005/928).

Kansanterveyslain muutoksen perusteluissa (HE 96/2005 vp) nähdään terveyden edistämisen sisältävän muun ohella mahdollisuuden kansanterveystyön palvelujärjestelmän aiheuttamien kustannusten hallintaan. Sosiaali- ja terveysvaliokunta puolestaan korosti lausunnossaan, ettei terveyden edistäminen ole pelkästään terveydenhuollon tehtävä, vaan terveyden edistämisen tulee kattaa kunnan toiminnan eri sektorit laajasti aina kaavoitusta myöten (StVM 15/2005 vp). Valiokunta totesi hallituksen esityksen korostavan "asianmukaisesti kansanterveystyön laaja-alaisuutta ja sen edellyttämää alueelliset ja toimivaltarajat ylittävän yhteistyön tarvetta". Hallituksen esityksen mukaan "suomalaisella kunnalla on laajan toimivaltansa takia hyvät mahdollisuudet terveyden laaja-alaiseen edistämiseen ja tarpeellisen yhteistyön rakentamiseen" (HE 96/2005).

MAAKUNNALLISUUS JA TERVEYDEN EDISTÄMINEN

Maakunta-alueita esiintyy Suomen historiassa jo ennen 1000-lukua. Heikki Kirkisen (1996, 14) mukaan "Suomi oli kasvanut naapurien tietoisuuden paikallisina ja heimollisina yhteisinä, joista vanhimpia kirjallisissa lähteissä ovat Suomi (Varsinais-Suomi), Häme ja Karjala". Kirkinen päätyy siihen, että nämä ovat olleet itsenäisiä paikallisia ja maakunnallisia ryhmittymiä, jotka perustuivat tietyn alueen asukkaiden yhteisiin etuihin, jonka lisäksi maakunnille kehittyi myös yhteisiä oikeuden ja muun kulttuurin perinteitä. Kirkisen mukaan (1996, 15) maakuntien aseman vahvistuminen koettiin sittemmin keskitetyn hallinnon uhaksi. Vaikka identiteetin kehitysedellytykset tämän johdosta heikkenivätkin, niin ne eivät kuitenkaan tuhoutuneet, vaan maakunnissa säilyi omaleimaisuutta ja yhteisöluonne.

Maakunnallisuuteen liittyvää tilastollista tutkimusta tukee se, että maakuntajako on vahvistettu valtioneuvoston vuonna 1992 tekemällä päätöksellä (Tilastokeskus 1995, 3). Maakuntajakoon tehdyn tarkistuksen jälkeen maakunnalliset luku-sarjat perustuvat samaan maakunta-aluejakoon niin, että vuoden 1999 Tilastollisesta vuosikirjasta (Tilastokeskus 1999a, 6) lähtien maakunnalliset luku-sarjat esitetään aluejaolla, joka on edelleen käytössä.

Maakunnallista omaleimaisuutta osaltaan tukee myös maakuntajakolaki vuodelta 1997, jonka mukaan maakunniksi määrätään alue, johon kuuluvat kunnat muodostavat toiminnallisesti ja taloudellisesti sekä alueen suunnittelun kannalta tarkoituksenmukaisen kokonaisuuden (Maakuntajakolaki 1159/1997, 1 §). Maakuntajakolain mukaisen kokonaisuuden muodostumisen ehdon toteutumista tukee yhtäläisyydet samaan maakuntaan kuuluvien kuntien historiassa, elinkeinorakenteessa ja paikalliskulttuurissa.

Suomen maakunnat ovat myös osa Euroopan Unionin hierarkista NUTS (Nomenclature of Territorial Units for Statistics)-alueluokitusjärjestelmää (Tilastokeskus 1999b, 7). Tässä alueluokitusjärjestelmässä "Suomi on jaettu ylimmällä eli NUTS 1 -tasolla Manner-Suomeen ja Ahvenanmaahan, seuraavilla tasoilla kuuteen suuralueeseen (NUTS 2) ja 20 maakuntaan (NUTS 3). Koko Euroopan Unionin alueella on NUTS 2 alueita 211 ja NUTS 3 -alueita 1093. Edellisten lisäksi seutukunnat ja kunnat muodostavat oman tasonsa

(NUTS 4 ja NUTS 5) (Tilastokeskus 1999b, 7)".

Terveyden edistämisenä tuodaan käytäntöön laaja-alaista terveystiedettä (Sihto ja Topo 2005, 1). "Yhteiskunnan tasolla terveyttä edistävillä yhteiskuntapolitiisilla toimenpiteillä luodaan toiminnan suuntaviivoja ja rakenteellisia edellytyksiä, joihin ihmisten tekemät yksilö- ja yhteisötason valinnat pääasiallisesti nojaavat. Terveyttä edistävä yhteiskuntapolitiikka on toimintaa, joka kehittää terveyttä sosiaalisten ja ympäristöllisten keinojen avulla ja resurssien tasapuolisella jaolla (Lahtinen ym. 2003, 30)." Terveyden edistämisen laaja-alaisuus tuo myös ainakin yhden rajoitteen sinänsä hyvän asian etenemiselle. Tämä laaja-alaisuus sivuaa tavalla tai toisella nimitään käyttäytymistämme, joka pitää sisällään terveyttä ylläpitäviä, mutta myös terveyttä kuluttavia piirteitä. Näihin terveyttä kuluttaviin käyttäytymistapoihin puuttumista ei kaikin osin pidetä tervetulleena. Tämä on havaittu esimerkiksi ruotsalaisten ja tanskalaisten terveyseroja selvittävässä Öresund-tutkimuksissa. "Tanskalaiset ovat vapaamielisiä uusliberaaleja, jotka eivät halua kajottavan yksilön terveystietämiseen. Alkoholien ja tupakan kulutustottumuksia ei haluta rajoittaa ja ruokailutottumuksissa ei siedetä neuvontaa (Hyyppä 2002, 38)". Äärimmillään tämä johtaa siihen, ettei raskaana olevien neuvonnassa kiinnitetä huomiota raskausajan tupakoinnin ja alkoholin käytön vaaroihin (Stenman 2000, 3479).

Maakunnallisuus tässä artikkelissa nähdään kansalaisen näkökulmasta tahoksi, johon ei liitetä yksilön oikeuksiin ja vapauksiin puuttumista. Maakunnallisuus on väestölle enemmän heikko kuin vahva sidos. Heikot sosiaaliset siteet eivät rajoita ja ryhmitä, vaan sallivat myönteisen kanssakäymisen, kun taas vahvat siteet voivat johtaa epädemokratiaan, ryhmään kulumattomien syrjintään ja muihin haitallisiin toimiin. Heikot sosiaaliset verkostot integroivat kansalaisia yhteiskunnan toimintaan (Hyyppä 2002, 50 - 51). Yksilön, perheen ja yhteisön taitoja ja mahdollisuuksia oman elämäntyyliinsä ja ympäristönsä arviointiin lisäävä (Lahtinen ym. 2003, 30) ja edelleen elintapoihin ulottuva väestötason terveyden edistämistyö ei välttämättä hyödy siitä, että sen toteuttajana on taho, jolla koetaan olevan oikeus tai asema puuttua yksilön, perheen tai yhteisön toimintaan eli johon on vahva sidos. Maakunnallisuuteen liitettyllä terveyden edistämisen viestillä voi olla paremmat edellytykset tulla ymmärretyksi ja

hyväksytyksi kuin terveydenedistämisen viesti sel-
laiselta toimijalta, joka koetaan osaksi vahvaa
verkostoa. Maakunnallisuuteen liitettyinäkin ter-
veyden edistämistyö tarvitsee tuekseen yksilö-,
perhe- ja yhteisötason työmenetelmien tutkimus-
ja kehitystyötä (Vehviläinen-Julkunen ja Pietilä
2004, 267).

Terveyden edistämisen näkökulmasta maa-
kunnallisuus tarjoaa ulottuvuuden, joka saattaa
osoittautua hyödylliseksi lisäksi terveyden edistä-
mistyössä. Tämän erityispiirteen ehtona toisaalta
on se, että maakunnasta ei tule väestön näkö-
kulmasta vahvaa sidosta. Tätä uhkaa kasvattaa
esimerkiksi se, että maakunnan asukkaalla ei ole
"maakunnallisuutensa" valinnassa vaihtoehtoa,
joskin maakunnallisuus voi olla hyvin hentoa tai
jopa maailmankansalainen-asennetta

Väestön näkökulmasta perinteinen maakunta
on enemmän identiteetti- ja kielen murreasia,
vaikka maakunnat ovat nykyisin myös osa
virallista toimintajärjestelmää. Maakuntajaon
mukaiset maakuntaliitot ovat peruskuntien muo-
dostamia kuntayhtymiä, joiden pääasiallinen
tehtävä on maakunnan yleinen kehittäminen (Alu-
eiden kehittämislaki 2002, § 7). Alueviranomai-
sena maakuntaliittojen tulee muun muassa luoda
edellytyksiä hyvinvoinnin takaavalle osaamiseen
ja kestäväan kehitykseen perustuvalla taloudelli-
selle kasvulle (Alueiden kehittämislaki 2002, § 1).
Maakuntahallinnolla ei siis kansalaisen näkökul-
masta ole organisoitua yhteyttä terveyden edis-
tämiseen. Alueiden kehittämislaki mahdollistaa
kuitenkin sen, että maakuntaliitto niin halutes-
saan toimii myös terveyden edistämisasiossa.
Maakuntaliittojen lisäksi on maakuntapohjaisia
toimijoita, jotka saattavat olla maakuntaliittoakin
osuvampi maakunnallinen terveyden edistäjä.
Maakuntien kuuluminen EU:n NUTS-alueuoki-
tukseen lisää maakuntapohjaisen ja EU-tasoisien
erillisen hankkeen toteuttamismahdollisuuksia.
Maakunnallinen omaleimaisuus ja yhteisöluonne
tekevät myös maakunnan väestöstä terveyden
edistämisen näkökulmasta omaleimaisen ja var-
teenotettavan toimijan (Paasivaara ym. 2003,
207).

TUTKIMUKSEN VIITEKEHYS

Kuntia koskevalla yleisellä lainsäädännöllä on
säädetty, että esimerkiksi kunnan terveydenhuol-
lostaa vastaa kunnan määräämä toimielin (Kunta-

laki 365/1995). Pääsääntöisesti tämä on kunnan
terveyslautakunta, sosiaali- ja terveyslautakunta
tai kuntayhtymä, jonka jäsenenä kunta on. Kan-
santerveystutkimus on kuitenkin osoittanut, "että
valtaosa väestön terveyttä määrittävistä teki-
jistä ovat terveydenhuollon välittömien vaiku-
tumahdollisuuksien ulkopuolella (HE 96/2005
vp)". Kunnan muut kuin terveydenhuoltosektori
nousevat näin avainasemaan kunnan toimesta
tapatuvaan terveyden edistämiseen. Näiden
muiden toimintasektoreiden toimintatapa terve-
yden edistämisenä on kuntakohtaisten toimin-
tamallien varassa. Kunnissa ollaan siirtymässä
hierarkkisesta normi- ja resurssiohjauksesta
uuteen hallinta-ajatteluun, jonka perustana ovat
erilaiset, tapauskohtaisesti rakentuvat yhteistyö-,
kumppanuus- ja verkostosuhteet eri yhteistyöta-
hojen kanssa (Anttiroiko ym. 2003, 137). Tällai-
nen hallintokulttuuri tulee vähentämään kunnan
hallinnonalojen välisen yhteistyön epäsymmet-
risyyden haittavaikutuksia terveyden edistämi-
sessä (Nikula 2003, 273). Vielä 1990-luvulla
käytössä olleen kuntaorganisaation heikko sovel-
tuvuus terveyden edistämistyypin tehtävän
hoitoon tuli esille myös Kerttu Perttilän väitös-
kirjatyössä "Kunta terveyden edistäjänä" (Perttilä
1999, 132).

Aikuisväestölle tehtyjen terveystutkimus-
kyselyjen tulosten mukaan kunnalta terveyden
edistämisen lisätoimenpiteitä odottavien kunta-
laisten määrä on vähentynyt vuosina 1994 -
2003 (Nikula ym. 2006, 250). Aikuisväestölle te-
htyjen kyselytulosten valossa ei ole odotettavissa,
että kuntalaisten valitsemien luottamushenki-
löiden enemmistö olisi kuntalaisten edustajina
terveyden edistämisen lisätoimenpiteistä huolta
kantavia. Vaikkei kunnanjohtajille ja luottamus-
henkilöjohdolle hyvinvoinnista ja terveyden edis-
tämisenä kunnassa vuonna 2004 tehdyn kyselyn
tuloksia voi yleistää kaikkiiin Suomen kuntiin (Poi-
kajärvi ja Perttilä 2006, 3), niin tulokset ovat
samansuuntaisia koko maan tilannetta hyvin
edustavien aikuisväestön vastausten kanssa
(Nikula ym. 2006, 250).

Kunnan kaikkien toimintasektoreiden välistä
yhteistyötä häiritsevien kunnan sisäisten valta-,
talous- ym. intressien painoarvoa voidaan vähen-
tää yhteisillä ylemmän tason tavoitteilla, joiden
saavuttaminen edellyttää kunnan kaikkien toi-
mintasektoreiden yhteistyötä (Erwin 2005, 39).
Mikä voisi siis olla kunnan toimintasektoreille
ylemman tason tavoite, joka vähentäisi kunnan

sisäisten intressien painoarvoa? Kaikki kunnat ovat ensinnäkin mukana seudullisessa yhteistyössä. Näiden seutukuntien (yht. 79) toiminta esimerkiksi vuonna 2000 on painottunut ammatillisiin oppilaitoksiin, keskus- ja aluesairaaloihin, terveyskeskuksiin ja jätehuoltoon (Laamanen 2001, 23). Kaikkiaan 33 asiaryhmää sisältäneessä selvityksessä ei ollut mainintaa terveyden edistämisestä, mutta sen lisääminen ei olisi varmaankaan esteenä sille, että terveyden edistämisen ylemmän tason tavoite olisi seutukohtainen. Tässä tutkimuksessa kuntien toimintasektoreita yhdistäväksi ylemmän tason tavoitteeksi on kuitenkin otettu maakuntataso. Maakunta on seutukuntaa perinteisempi, jolloin esimerkiksi terveyden edistämiseen vaikuttava kulttuurinen taso korostuu. Niin ikään tilastollisesti maakuntataso tässä yhteydessä toimii paremmin koska maakunnittaiset lukusarjat ovat paremmin saatavilla. Tilastollinen merkitsevyys ja vertailu maakuntien kesken lisää luettavuutta verrattuna lähes nelinkertaiseen seutukuntien määrään. Mahdollisten merkittävien maakunnittaisten erojen jatkoanalysointi palauttaa luonnollisesti mielenkiinnon seutukuntakohtaisiin tietoihin.

Tämän artikkelin aineistoksi valikoituvien väestön elinolosuhteita kuvaavien tilastolukusarjojen avulla vuosilta 1999 ja 2005 tutkitaan, ovatko väestöjen elinolosuhteiden erot maakunnittain kasvamassa vai vähentymässä. Mikäli erot ovat kasvamassa, se lisää maakunnallisen terveyden edistämisen työotteen käyttökelpoisuutta. Mikäli väestön elinolosuhteiden maakunnittaiset erot ovat vähenemässä, terveyden edistämisen työotteen maakunnallistamiselle ei tältä pohjalta olisi sosiaalista tilausta.

AINEISTO JA MENETELMÄT

Aineistona käytetään vuodesta 1998 lähtien käytössä olleen maakuntajaon mukaisia tilastolukusarjoja vuosien 1999 ja 2005 Suomen tilastollisista vuosikirjoista. Vuoden 1999 tilastollisen vuosikirjan tiedot ovat pääosin vuodelta 1998. Vastaavasti vuoden 2005 tilastollisen vuosikirjan tiedot ovat pääosin vuodelta 2004 tai vuodenvaihteesta 2003/2004. Koska Tilastolliset vuosikirjat noudattavat vakiintunutta vuosittaisten tietojen esittämistapaa, esitetään käytettävät tilastolukusarjat vuosien 1999 ja 2005 tilastolukusarjoina niiden laskenta-ajankohdasta riippumatta. Lähtö-

kohtana tämän tutkimuksen piiriin otetun aineiston valinnassa on ollut se, että valitun asian maakunnittainen tilastotieto säännönmukaisesti on vuosittaisessa Suomen tilastollisessa vuosikirjassa. Pääosa tilastoaineistosta on voitu ottaa suoraan tilastollisten vuosikirjojen taulukoista, joissa ne on esitetty väestömäärään suhteutettuna. Väestömäärään suhteuttaminen on joidenkin lukusarjojen osalta tehty tätä tutkimusta varten (esimerkiksi 90-vuotiaiden määrä). Tilastollisissa vuosikirjoissa ei ole ollut maakunnallista tietoa alkoholin kulutuksesta ja rattijuopumusten määristä väestömäärään suhteutettuna. Nämä tiedot on poimittu vastaavan ajankohdan Päihdetilastollisista vuosikirjoista, koska alkoholin väärinkäyttö on kasvava kansanterveysasia. (Päihdetilastollinen vuosikirja 1999 ja 2004).

Tutkimukseen sisältyvät, laaja-alainen terveyskäsitteksen mukaisten asioiden lukusarjat on koottu taulukko 1:een. Tutkimukseen ei ole otettu sellaisia asioita, joiden sisällön ja terveyden edistämisen välistä yhteyttä on ollut vaikea mieltää. Tällaisia lukusarjoja olivat esimerkiksi vähittäiskaupan voluumi ja metsäpalot. Tutkimuksen piiriin on tullut lukusarjoja asioista, joiden yhteys terveyden edistämiseen on ollut miellellävissä, vaikkei yhteyden sisältöä ole tässä yhteydessä selvitetty (esimerkiksi asuntojen keskikoko ja yksihoitajaperheiden määrä). Lukusarjojen valinnan perusteena on ollut myös se, että väestö kokisi lukusarjan koskevan koko väestöä. Tarkastelun ulkopuolelle on näin jätetty esimerkiksi toimeentulotukeen liittyvät lukusarjat, vaikka tämäntapaiset tilastolukusarjat saattavat hyvinkin osuvasti kuvata koko väestön elinolosuhteita ja niissä esiintyviä eroja. Sen sijaan työllisyyteen liittyvät lukusarjat on otettu mukaan, vaikka esimerkiksi työttömät edustavat vain osaa väestöstä. Työelämä ja myös sen häiriöt nähdään tässä koko väestöä koskettavana ilmiönä, kun taas yksilötasolla luottamukselliset toimeentulotuki-tyyppiset asiat ovat väestölle vaikeammin yhteiseksi asiaksi hahmottuvia.

Tarkasteluun valikoituneiden asioiden lukusarjoja käytetään esimerkkeinä, ei otoksena lukuisammista tiedossa olevista lukusarjoista.

Menetelmänä käytetään tilastollisia analyysejä terveyden edistämiseen liittyvistä asioista maakuntatasolla. Tilasto-ohjelmana on käytetty Lappeenrannan teknillisen yliopiston ylläpitämän SPSS-ohjelman 14.0 versiota.

Tilastollista käsittelyä varten maakunnallisista

lukusarjoista on muodostettu vuosien 1999 ja 2005 luokat, joiden avulla pääosa tilastoanalyysista on toteutettu.

Kummassakin luokassa on näin vain 20 tapausta, joten on käytetty General Linear Model:n Univariate - testiä.

TULOKSET

Tässä tutkimuksessa on verrattu terveyden edistämiseen liittyviä maakunnallisia lukusarjoja vuosilta 1999 ja 2005. Vuoden 1999 tilanteessa maakuntien kesken tutkimuksen piiriin otetuissa 17 asiassa olleita eroja tässä tutkimuksessa pidetään "normaaleina" maakuntien välisinä eroina. Maakuntien olemassaolo perustuu erilaisuuteen, joka näkyy siis myös tilastoluvuissa. Tämän tutkimuksen kannalta oleellista on mahdolliset muutokset 17 asian tilastoarvoissa vuosien 1999 ja 2005 välillä.

Taulukossa 1 tutkimuksen piiriin otetut asiat on lueteltu niin, että ensimmäisenä on seitsemän sellaista asiaa, joissa maakunnalliset muutokset vuodesta 1999 vuoteen 2005 ovat olleet sekä pienimmät että maakunnallisia eroja supistavia. Näistä vähäisin muutos on tapahtunut ruotsinkielisten väestöosuudessa. Ruotsinkielisten väestöosuutta kuvaavien %-lukujen hajonta on pienentynyt 23,92:sta 23,47:ään, joten muutos on vähentänyt hieman maakunnallisia eroja. Samansuuntainen muutos on ollut teollisuudessa työskentelevien %-osuuden sekä palveluissa työskentelevien %-osuuden kehityksessä. Teollisuudessa työskentelevien maakunnallisten prosenttilukujen hajonta on pienentynyt 5,31:sta 4,5:een ja palveluissa työskentelevien 5,48:sta 5,14:ään. Lasten ja nuorten (0 - 14 v.) osuus väestöstä on prosentuaalisesti vähentynyt 1,5 prosenttiyksikköä ja hajonta pienentynyt 2,7:stä 1,41:een. Maa- ja metsätaloudessa työskentelevien %-osuus on laskenut vuoden 1999:n 9,2 %:stä 6 %:een vuonna 2005 ja hajonta 3,92:sta 2,66:een. Työttömyys on vähentynyt neljällä prosenttiyksiköllä ja huoltosuhte 0,3:lla, hajonnat ovat laskeneet vastaavasti 4,66:sta 3,74:ään ja 0,25:stä 0,22:een

Muissa tutkituista 17:sta asiasta 10:n kohdalla muutokset ovat lisänneet maakuntien välisiä eroja. Näistä lievin muutos on asuntojen neliömäärän keskiarvossa, kokonaiskeskiarvo on noussut vuodesta 1999 vuoteen 2005 men-

nessä n. 1,5 neliötä ja hajonta on kasvanut 5,14:stä 5,17:ään. Vastaavasti yksinhuoltajaperheiden %-luvun keskiarvo on noussut lähes prosenttiyksiköllä ja hajonta kasvanut 2,39:stä 2,45:een. Maakuntien väestön keski-ikä ovat nousseet noin puoli vuotta ja keski-ikä hajonta kasvanut 1,38:sta 1,51:een. Eläkkeensaajien %-osuuksien keskiarvo on noussut n. 1,5 prosenttiyksiköllä ja hajonta kasvanut 2,56:sta 3,02:een. Pendelöinnin piirissä olevien %-määrän keskiarvo on kasvanut yli neljällä prosenttiyksiköllä ja hajonta noussut 6,89:stä 7,44:ään. Näinkään runsas pendelöinnin määrän lisääntyminen ei kuitenkaan ole vielä tilastollisesti merkitsevä, kun tilastolliseksi n:ksi tulee maakuntien lukumäärä. Alkoholin kulutus (100 %) asukasta kohden on kasvanut 6,9 litrasta 7,7 litraan vuodessa ja hajonta 1,07:stä 1,27:ään. Rattijuopumusten määrä 1000 18 vuotta täyttäneitä kohti vuodessa on noussut 5,9:stä tapauksesta vuonna 1999 6,7:ään tapaukseen vuonna 2005 ja hajonta on kasvanut 0,949:stä 1,014:ään. Prosentti-osuuksien keskiarvo on 90-vuotiaiden kohdalla kasvanut 0,15:llä ja hajonta 0,11:stä 0,13:een. Keskiasteen tutkinnon suorittaneiden prosentti-osuus on kasvanut yli 3 % yksiköllä ja hajonta 1,46:sta 3,42:een. Korkea-asteen tutkinnon suorittaneiden prosentti-osuuksien keskiarvo on noussut peräti 18,7 %-yksiköllä ja hajonta kasvanut 2,37:stä 3,18:aan.

Vaikka tutkimuksen piiriin otetuista asioista muutoksia oli enemmän siihen suuntaan, että maakuntien väliset erot ovat kasvamassa, on kuitenkin myös merkillepantavaa, että silloin kun maakuntien laskennallinen keskiarvo jonkin asian osalta on pienentynyt, niin tähän tutkimukseen valikoituneiden asioiden tilastoarvoissa myös hajonta on pienentynyt.

POHDINTA

Tässä tutkimuksessa tilastollisen aineisto osoittaa maakuntien välisten erojen vahvistuneen vuodesta 1999 vuoteen 2005. Tutkimukseen valitut 17 asiaa poimittiin Suomen virallisen tilastokirjan siitä aineistosta, jossa tiedot oli esitetty maakunnitain. Erityisasioiden ja -ryhmien tilastolukusarjoja ei otettu mukaan tutkimukseen. Maakuntien välisten erojen vahvistumista osoittivat 10 asian lukusarjat ja erojen pienentymistä 7 asian lukusarjat. Yhdenkin tutkimukseen valitun asian

Taulukko 1. Koonta maakuntien välisten erojen pysyvyyttä - muutosta viestivien asioiden lukusarjoista vuosilta 1999 ja 2005.

Erojen kehityssuunta	Asia ja käytetty yksikkö	Erojen F-arvo	Erojen p-arvo	Aineiston N/n/n ₁ *)
Asiat, joiden esiintymisen keskiarvotiedon mukaan maakuntien väliset erot ovat pienentyneet	Ruotsinkielisten % osuus	0,001	0,971	n = 293 269
	Elinkeinona teollisuus % osuus	0,048	0,828	N = 2 222 000
	Elinkeinona palvelu % osuus	4,427	0,042	N = 2 222 000
	0-14-vuotiaiden % osuus	5,420	0,025	n = 951 145
	Elinkeinona maa- ja metsätal. % osuus	9,180	0,004	N = 2 222 000
	Työttömyys %	9,350	0,004	n = 285 000
	Huoltosuhte, tyött.+ työv.ulkop./ työllisillä	18,167	0,000	N = 5 159 646
	Asuntojen keskikoko neliöinä	0,808	0,374	N = 2 416 378
	Yksinhuoltajaperheiden %-määrä	1,039	0,315	N = 600 653
	Väestön keski-ikä vuosissa.	1,449	0,236	N = 5 159 646
	Eläkkeensaajien % osuus	2,813	0,102	n = 1 207 327
	Pendelöinti, % osuus työvoimasta	3,39	0,073	N = 2 222 000
Asiat, joiden esiintymisen keskiarvotietojen mukaan maakuntien väliset erot ovat kasvaneet	Alkoholin kulutus ltr/as (100 %)	6,028	0,019	N = 5 159 646
	Rattijuopumusten määrä /1000 18 v. kohti	6,143	0,018	n ₁ = 21 850
	90-vuotiaiden % osuus	15,367	0,000	n = 20 339
	Keskiasteen tutkintojen % osuus	15,399	0,001	N = 4 208 501
	Korkea-asteen tutkintojen % osuus	449,160	0,000	N = 4 208 501

*) Aineiston N = koko aineiston koko Suomen tilastollisessa vuosikirjassa 1999 (Tilastokeskus 1999a)

Aineiston n = kohderyhmän suuruus (Tilastokeskus 1999a)

Aineiston n₁ = liikennejuopumustapaukset vuonna 1998 (Tilastokeskus 1999a)

tilastojen muuttuminen erojen kasvusta niiden pienenemisen suuntaan muuttaisi siis kokonaisvertailutuloksen niin, että 9 asian lukusarjojen mukaan maakuntien väliset erot olisivat lisääntyneet ja 8 asian lukusarjojen mukaan pienentyneet. Maakunnallisia eroja selvittävän tutkimusasetelman muutos voi näin antaa toisenlaisen tuloksen kuin mihin nyt päädyttiin.

Havaitulle maakuntien eriytymissuunnalle tämä tutkimus ei osoita syytekijöitä. Niiden tarkempi analysointi voi joko vahvistaa ja heikentää nyt tehdyn havainnon painoarvoa. Havaittu kehityssuunta ei esimerkiksi ole yhteneväinen EU:n piirissä havaitulle maiden välisten alkoholinkäyttötapojen harmonisoinnille (Anderson ja Baumberg 2006, 116). Huomionarvoista on, että 17:n asian osalta 7:ssä maakunnittaiset erot pienenivät tässäkin tutkimuksessa. Tämä tutkimus kohdistuu vain vuosien 1999 ja 2005 välillä tapahtuneisiin muutoksiin ja jo muutaman vuoden kuluttua tapahtuvalla tutkimuksen toistolla tullaan saamaan lisää luotettavuutta tutkimuksen nyt esiin nostamaan ilmiöön. Käytetyn aineiston avulla ei ole yritetty selvittää mahdollista havaitun muutoksen jatkuvuutta. Mikäli maakuntien yksilöllistyminen jatkuu, se tulee edellyttämään maakunnallisen toimintatavan vahvistamista muissakin kuin vain terveyden edistämiseen liittyvissä asioissa.

Tässä tutkimuksessa käytettyjen tietojen mukaan väestön terveyteen ja sen edistämiseen liittyvissä asioissa muutokset eivät ole samantaisia maakuntien kesken. Tämä luo tarpeita maakunnalliselle terveyden edistämistyölle. Tällöin terveyden edistämistyön sisältöasiat tulevat maakunnan väkeä paremmin puhutteleviksi, voidaan nähdä maakunnallisia kehittämistarpeita, arvioida maakunnan olosuhteisiin soveltuvia toimintatapoja, asettaa etenemistavoitteita ja sopia seurantatavoista. Näin maakunnallisuudesta voidaan saada terveyden edistämistyöhön soveltuva tartuntapinta. Tämän tutkimuksen tarkoituksena ei ollut paneutua maakuntakohtaisiin asioihin tai tiettyjen asioiden esiintymiseroihin maakunnittain. Tällä tutkimuksella on ollut tarkoitus yleisellä tasolla arvioida maakunnallisuuden käyttökelpoisuutta terveyden edistämistyössä. Yleisen tason vastaus on myönteinen. Maakuntiin liittyy ominaispiirteitä, jotka aikaansaavat siten omaleimaiset olosuhteet, että niitä voi hyödyntää terveyden edistämistyön suunnittelussa, toteutuksessa ja seurannassa. Näiden ominaispiirteiden säilymistä

on luonnollisesti seurattava, mutta niiden merkitys ei välittömästi häviä vaikka tässä tutkimuksessa havaittu maakunnittaiten erojen kasvu pysähtyisikin.

Maakunnalliset erot kasvoivat tutkimuksen piiriin otetuista 17 asiasta 10:ssä asiassa, samoin maakunnallisten keskiarvojen hajonnat. Tämä viittaisi siihen suuntaan, että samaan aikaan kun osassa asioita tullaan lähemmäs valtakunnallista keskiarvoa, niin toisissa asioissa maakunnat etenevät omia polkujaan vahvistaen olemassa olevaa maakunnallista erilaisuuttaan.

Alueellisia työttömyys- ja työllisyyseroja on Janne Huovari (1999) selvittänyt Pellervon taloudellisen tutkimuslaitoksen työpaperissa N:o 27. Seutukunnittain tehdystä selvityksestä todetaan seutukuntien suhteellisen aseman pysyneen melko vakaana (Huovari 1999, 12). Vaikka Huovarin tekemä selvitys perustuu edellisen kymmenluvun tietoihin ja työttömyys on vähentynyt 2000-luvun alussa, niin alueiden erilaistumiskehitykseen Huovarin selvitys antaa saman suuntaisen vastauksen kuin tämäkin tutkimus.

Terveyden edistämisen näkökulmasta on hyvä tietää myös, onko terveyden edistämiseen liittyvistä maakunnallisilla lukusarjoilla yhteys väestön olemassa olevaan terveyteen. Tämän tutkimuksen piiriin tulleissa 17 tilastolukusarjassa on mukana 90-vuotiaiden osuus väestöstä. Korkean iän saavuttamisen edellytyksiä väestötasolla ovat muun muassa terveyttä ylläpitävä ympäristö, elinolosuhteet (vrt. Taulukko 3) ja elintavat. Väestötasolla terveyden edistämisen yksinomainen tavoite ei voi kuitenkaan olla korkean iän saavuttaminen, vaan terveemmän elämän saavuttaminen vaikka se päättyykin ennen kuin henkilö täyttää 90 vuotta. Sairausvakuutuksen tiedoista löytyy maakunnittain lääkkeiden erityiskorvauksen saajien väestöosuudet. Koska erityiskorvattujen lääkkeiden käyttöä ja korvauksia ohjataan yhtenäisillä valtakunnallisilla ohjeilla, voidaan korvauksen saajista kertovaa tilastotietoa pitää yhtenä väestötason terveystietona (Kansaneläkelaitos 2005, 87 - 96). Tätä tutkimusta varten on laskettu erityiskorvattavia lääkkeitä käyttämättömien väestöosuus maakunnittain. Taulukkoon 2 on laskettu tämän tutkimuksen piiriin otetun 17 asian ja lääkkeiden erityiskorvauksia käyttämättömien määrien väliset korrelaatiot vuodelta 2005.

Tämän tutkimuksen piiriin otetun 17 asian ja lääkkeiden erityiskorvauksia käyttämättömien

Taulukko 2. Elinolosuhteiden yhteys erityiskorvattaviin lääkkeisiin ja työkyvyttömyyseläkkeisiin vuonna 2005

Elinolosuhdetta kuvaava asia	Korrelaatio erityiskorvattavia lääkkeitä käyttämättömien % määrään vuonna 2005		Korrelaatio työkyvyttömyyseläkkeellä olevien % määrään vuonna 2005	
		p-arvo		p-arvo
Pendelöinti-liikennettä	,864	,000	-,831	,000
Korkea-asteen tutkinnon suorittaneet	,540	,014	-,406	,076
Äidinkieli ruotsi	,476	,034	-,633	,003
Elinkeinona palvelut	,450	,047	-,383	,096
Lasten (0 – 14 v.) osuus väestössä	,405	,076	-,322	,166
90-vuotiaiden osuus väestöstä	,177	,456	-,423	,063
Asunnon keskikoko	,141	,553	-,252	,285
Yksinhuoltajaperheiden määrä	,095	,689	,051	,832
Elinkeinona teollisuus	,019	,937	-,035	,882
Alkoholin kulutus	-,172	,468	,364	,115
Rattijuopumusten määrä	-,407	,075	,540	,014
Väestön keski-ikä	-,514	,020	,374	,104
Työttömyys	-,726	,000	,803	,000
Elinkeinona maa- ja metsätalous	-,751	,000	,661	,002
Eläkkeensaajien osuus väestössä	-,826	,000	,724	,000
Huoltosuhde	-,890	,000	,904	,000
Keskiasteen tutkinnon suorittaneet	-,911	,000	,876	,000

määrien väliset korrelaatiot (Taulukko 2) 12 asian osalta ovat 0,4 - 0,9 eli merkittäviä. Lääkkeiden erityiskorvauksia käyttämättömien määrällä on 0,2:a pienempi korrelaatio 90-vuotiaiden määrään, alkoholin kulutuksen määrään, asuntojen keskikokoon neliömäärään, yksinhuoltajaperheiden %-määrään ja työskentelyyn teollisuudessa. Tulkitsematta tuloksia enempää, voidaan todeta pääosalla tämän tutkimuksen piiriin otetuista asioista olevan merkittävä yhteys terveyden yhdeksi mittariksi valittuun lääkekorvausten käyttämättömyyteen.

Kaikkia ikäluokkia koskevan lääkkeiden erityiskorvauksien käytön lisäksi verrattiin tämän tutkimukseen piiriin otettuja elinolosuhdeasioiden yhteyttä työkyvyttömyyseläkkeellä olevien % osuuteen. Työkyvyttömyyseläkkeellä olevien ja lääkkeiden erityiskorvauksia käyttävien määrien välillä on erittäin voimakas ja merkittävä korrelaatio (.943, p-arvo .000).

Niinpä työkyvyttömyyseläkkeellä olevien määrä korreloi paljolti samalla tavalla tämän tutkimuksen piiriin otettuihin elinolosuhdeasioihin kuin lääkkeiden erityiskorvausten käyttämättömyys (Taulukko

2). Pienimmät korrelaatiot ovat työkyvyttömyyseläkkeellä olevien sekä yksinhuoltajaperheiden (.051) ja teollisuudessa työskentelevien (-,035) määrien välillä.

Tässä tutkimuksessa kuvattujen asioiden lisäksi lukuisat muut asiat vaikuttavat elinolosuhteisiin. Tuloksia voikin vain varauksella siirtää koskemaan joko laajempia tai suppeampia alueita tai esim. yksilö- ja ryhmätasoja. Tällä artikkelilla ei liioin ollut tarkoitus tutkia terveyden edistämiseen liittyviä syy - seuraussuhteita, vaan ainoastaan, ovatko maakunnat näiden tietojen valossa menettämässä vai kasvattamassa omailemisuuttaan. On mahdollista, että tulokset joltain osin väestötasolla ovat syy - seuraussuhteidenkin osalta suuntaa antavia. Tätä tukee tulosten vertailu esimerkiksi Jenni Blomgrenin väitöstutkimukseen "Asuinseutujen vaikutukset aikuisväestön huono-osaisuusriskeihin" (Blomgren 2006, 238). Tulosten samansuuntaisuus merkinnee alueellisesti sitä, että terveyden edistämistarpeiden suhteellisia kärkialueita ovat ne, joilla huono-osaisuusriskit ovat koholla. Maakuntapohjainen terveyden edistämistyö voi mitä ilmeisimmin yleisten

Taulukko 3. Elinolosuhteiden ja korkean iän yhteydet vuosina 1999 ja 2005.

Elinolosuhdetta kuvaava asia	Korrelaatio 90-vuotaiden vuonna 1999, p-arvo	%-osuuteen vuonna 2005, p-arvo
Työttömyys	-,761 ,000	-,595 ,006
Äidinkieli ruotsi	,746 ,000	,704 ,001
Huoltosuhde	-,624 ,003	-,372 ,106
Keskiasteen tutkinto	-,567 ,009	-,193 ,416
Rattijuopumus	-,514 ,020	-,301 ,197
Pedelöinti-työmatkaliikenne	,504 ,024	,248 ,293
Alkoholin kulutus	-,516 ,020	-,565 ,009
Asuntojen keskikoko	,410 ,073	,463 ,040
Väestön keski-ikä	,391 ,089	,433 ,056
Yksinhuoltajaperheiden määrä	-,237 ,315	-,388 0,91
0-14-vuotiaiden lasten määrä	-,096 ,688	-,230 ,329
Elinkeinona palvelu	-,047 ,843	-,405 ,076
Elinkeinona teollisuus	,046 ,847	,076 ,750
Elinkeinona maa- ja metsätalous	-,044 ,854	,539 0,14
Korkea-asteen tutkinto	-,038 ,872	-,386 0,93
Eläkkeensaajien osuus väestöstä	,032 ,892	,149 ,532

tilastolukusarjojen ohella hyödyntää alueilla tai alueellisesti tehtyjä tutkimuksia, koska yleisten tilastolukusarjojen viesti terveyden edistämistarpeista on samansuuntainen yksilöidymmällä työotteella tehtyjen tutkimustulosten kanssa.

Taulukosta 1 oli luettavissa, etteivät väestön kieliolosuhteet ole maakunnissa juurikaan muuttuneet vuodesta 1999 vuoteen 2005. Ruotsinkielisen väestön terveys on tutkimuksissa todettu (Hyypä 2002, 175) suomenkielisiä paremmaksi ja korkeana pysyvä korrelaatio viestinee tilastoluissa vaikeasti esiin nousevan tapakulttuurin suuresta merkityksestä terveydelle ja sen mukanaan tuomaan korkeaan ikään (vrt. Taulukko 1 ja 2). Tässä artikkelissa käytetty tutkimusote osoittaa, että ilman erillisiä aineiston kokoamisia voidaan yleisistä tilastotiedoista saada terveyden edistämistyössä hyödynnettävissä olevaa maakunnan väestöä koskevaa perustietoa. Tämä turvaa sen, että maakunnissa ja maakuntatasoisesti voidaan terveyden edistämiseen liittyviä asioita tarkastella vuosittain täydentyvien uusien tilastolukusarjojen avulla.

Mahdolliset jatkotutkimukset tuovat lisätietoa myös siihen, ovatko maakunnat sellaisia alueyksiköitä, joiden kohdalla toteutuu ns. kasaantumismilmiö (Riihinen 1965, 19). Kasaantumismilmiön toteutuminen maakuntatasolla täydentäisi syy-seuraus-suhdetutkimusta..

Tilastollisten sidonnaisuuksien säilyminen maakunta-tason lukusarjoissa mahdollistaa sen, että annettaessa kansanterveydellistä palautetta väestölle, voidaan viesti esittää heidän näkökulmastaan riittävän läheisillä tiedoilla. Vielä konkreettisempaa olisi seutukunnallinen tai peruskuntakohtainen palauteinformaatio, mutta eräiltä osin ainakaan nykyisellään tietoja ei ole käytettävissä seutukunta- tai peruskuntakohtaisesti. Näin on esimerkiksi alkoholin kulutustietojen osalta, koska kaikissa kunnissa alkoholin myyntiä ei ole järjestetty samalla tavoin. Maakuntaa pienempien alueiden tietojen esittäminen voisi myös johtaa siihen, että liikutaan väestön vahvoiksi kokeman sidosryhmän tasolla, jolloin tilanteeseen latautuu myös vahvan sidosryhmän heikot ominaisuudet (suppea-alaisuus, ehdottomuus, torjunta) (Ilmonen 2000, 17 -18). Tältä osin myös perinteisen maakunnallisuuden soveltuvuus terveyden edistämistyöhön tässä artikkelissa tarkoitettussa mielessä on uhattuna Kainuun maakuntakokeilun myötä, mikäli maakunta Kainuun maakuntakokeilussa väestön näkökulmasta

muuttuu heikosta vahvaksi sidosryhmäksi (Suhonen ym 2006, 125; Hyypä 2002, 50-51).

Terveyteen liittyvä ja terveyden edistämiseen tähtäävän palauteinformaation merkitys rakentuu paljossa sen kautta, miten viesti puhuttelee väestöä. Viestin puhuttelevuutta voitaneen lisätä siihen maakuntakohtaisia lokalisoiteja; väestön maakuntaidentiteetti luo tällöin pohjaa viestin vastaanotolle. Maakunta-nimi on yleensä siten yleisellä tasolla, ettei siitä tule rajoitetta sitoutumiselle maakuntaidentiteettiin. Seutukuntanimet muodostetaan yleensä keskuskunnan nimen mukaan ja se saattaa joissakin tilanteissa aiheuttaa sen, että seutukuntaidentiteettiä ei koeta yhtä vetovoimaisena kuin maakuntaidentiteettiä.

JOHTOPÄÄTÖKSET

Maailmanlaajuisten, EU-tasojen ja kansallisten tavoitteiden mukaista olisi elintasoerojen kaventaminen. Käytettävissä olevien tutkimusten mukaan kansalliset elintasoerot ovat kasvamassa (Kainulainen ym. 2001, 95, Heikkilä ym. 2002, 6). Tämän artikkelin raportoin tutkimuksen mukaan myös maakuntien väliset erot tässä artikkelissa käsiteltyjen lukusarjojen valossa ovat lisääntyneet vuodesta 1999 vuoteen 2005. Tässä tutkimuksessa yksilöitiin myös elinolosuhdeasioita, joissa maakuntien väliset erot samana ajanjaksona ovat vähentyneet. Mitä ilmeisimmin havaitulla erilaistumisella on yhteys elintasoerojen kasvamiseen. Maakuntakohtaiset tiedot mahdollistavat maakunnallisen tutkimuksen kansallisella tasolla ja tilastollisesti avautuu myös vertailumahdollisuus 1073:een muuhun EU:n maakuntaan. Maakunnallisen tutkimuksen tulosten kiinnostavuus on hyvä kun esimerkiksi maakunnallinen tiedotusvälineistö voi raportoida tuloksia lukijakunnalleen juuri heitä koskevana.

Kerttu Perttilän väitöskirjassa "Terveyden edistäminen kunnan tehtävänä" on käsitelty muun muassa sitä, millaisen kuvan paikalliset sanomalehdet välittävät terveyden edistamisestä. "Sanomalehtien artikkeleista hahmottui neljä terveyden edistämisen puhekielintä: ihmisten omavastuu, kunnan välittäminen asukkaidensa hyvinvoinnista, yhteisvastuullisuus ja osallistuminen sekä kunnallinen politiikka (Perttilä 1999, 114)." Maakuntalehdet ovat yksi maakunnallisuuden voimavara ja näin maakuntalehdet voivat vastavasti maakuntatasoisesti toimia väestön elinolo-

suhdetietojen välittäjänä (Blomgren 2006, 256) ja terveyden edistämisen uutiskanavana (Mustonen 1997, 156). Maakunnallisilla viestimillä on hyvä maakunnallisten suhtautumistapojen tuntemus ja näin ne voivat ansiokkaasti muokata (eli lokalisoida) kulloisiakin terveyden edistämisen tilannetietoja lukijoille heidän omaan asenneilmastoon sovitettuna. Maakunnallisesta terveyden edistämisasiasta voi muotoutua myös maakunnan asioiden esillenoston väline (Kivistö 1997, 88). Maakunnalliset viestimet saattavat kokea lukijakuntansa hyvinvointiin liittyvän terveyden edistämisen niin omakseen, että terveyden edistämisasioiden esilläpitoa alkaa ruokkia vaihtoteorian mukainen mielekkäisyys maakuntaviestimen näkökulmasta (Nikula 2001, 272).

LÄHTEET

- Ahonen, Pertti (1985): Hallinnon arvioinnin lähestymistapoja. Valtiovarainministeriö, Järjestelyosasto. Valtion painatuskeskus. Helsinki 1985.
- Alueiden kehittämisslaki 12.7.2002/602.
- Anttiroiko Ari-Veikko, Haveri Arto, Karhu Veli, Ryyänen Aimo, Siitonen Pentti (2003): Kuntien toiminta, johtaminen ja hallintasuhteet. Kunnallistutkimuksia. Tampereen yliopisto, Kunnallistieteiden laitos. Tampere University Press 2003.
- Anderson Peter, Baumberg Ben (2006): Alcohol in Europe, A public health perspective. Institute of Alcohol Studies, UK. Printed by services of the European Commission (OIL), Luxembourg 2006.
- Blomgren, Jenni (2005): Huono-osaisuus Suomen kaupunkiseutukunnissa: alue-erot ja sosiaalisen ympäristön vaikutukset 1990-luvulla. Helsingin yliopiston elektroninen julkaisu - <http://ethesis.helsinki.fi> 12.5.2006.
- Durkheim, Émilie (1990): Sosiaalisesta työnjaosta. Suomentanut Seppo Randell. Gaudeamus. Gummeruksen kirjapaino Oy, Jyväskylä 1990.
- Erwin, Phil (2005): Asenteet ja niihin vaikuttaminen. Suomentanut ja suomenkieliseen versioon tehdyt täydennykset; Mirja Ahokas. Porvoo Helsinki, WSOY 2005.
- Hallituksen esitys 96/2005.
- Huovari, Janne (1999). Alueelliset työttömyys- ja työllisyserot. Pellervon taloudellisen tutkimuslaitoksen työpapereita N:o 27. Helsinki, joulukuu 1999.
- Heikkilä Matti, Rintala Taina, Airio Ilpo ja Kainulainen Sakari (2002):
- Hyvinvointi ja tulevaisuus maalla ja kaupungissa. Stakes, tutkimuksia 126. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi 2002.
- Heikkilä, Tarja (2002): Tilastollinen tutkimus. Edita Prima Oy. Helsinki 2002
- Hyyppä, Markku T (2002): Elinvoimaa yhteisöstä. PS-kustannus. Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu 2002.
- Hyyppä, Markku T (2002): Elinvoimaa yhteisöstä. Otavan Kirjapaino Oy. Keuruu 2002.
- Ilmonen, Kaj (2000): Sosiaalinen pääoma: käsite ja sen ongelmallisuus. Kirjoitus Kaj Ilmonen toimittamassa kirjassa "Sosiaalinen pääoma ja luottamus". Jyväskylän yliopistopaino, Jyväskylä 2000.
- Kansaneläkelaitos (2005): Kelan sairausvakuutuslilasto. Kansaneläkelaitos, Tilastoryhmä, Helsinki 2005.
- Kansanterveyslain muutos 25.11.2005/928.
- Kainulainen Sakari, Rintala Taina ja Heikkilä Matti (2001): Hyvinvoinnin alueellinen erilaistuminen 1990-luvun Suomessa. Stakes, tutkimuksia 114. Gummeruksen Kirjapaino Oy, Saarijärvi 2001.
- Kirkinen, Heikki (1996): Maakuntahallinto - kansantavallan uusi taso. WSOY:n graafiset laitokset. Juva 1996.
- Kivistö, Kalevi (1997): Kuinka käy keskusomalaisuuden. Kirjoitus Kalle Virtapohjan toimittamassa kirjassa "Puheenvuoroja identiteetistä". Gummeruksen Kirjapaino Oy, Jyväskylä 1997.
- Kuntalaki 17.3.1995/365.
- Laamanen, Elina toim. (2001): Seutuyhteistyön suunta. Suomen kuntaliitto, Helsinki 2001.
- Lahtinen Eero, Koskinen-Ollonqvist Pirjo, Rouvinen-Wilenius Päivi, Tuominen Päivi (2003): Muutos ja mahdollisuus. Terveyden edistämisen tutkimuksen arviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:15. Helsinki 2003.
- Maakuntajakolaki 11.12.1997/1159.
- Mustonen, Anu (1997): Media ja identiteetti. Kirjoitus Kalle Virtapohjan toimittamassa kirjassa "Puheenvuoroja identiteetistä". Gummeruksen Kirjapaino Oy, Jyväskylä 1997.
- Nikula, Jaakko (2001): Terveyttä edistävään yhteistyöhön sektorirajat ylittäen. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti vsk 38 (2001): 3, s. 269 - 273.
- Nikula, Jaakko (2003): Epäsymmetria kuntien hallinnonalojen välisessä yhteistyössä. Hallinnon Tutkimus 22(2003): 3, s. 261 - 274.
- Nikula Jaakko, Uutela Antti, Puska Pekka (2006): Kotikuntaan kohdistetut odotukset terveyden edistämässä. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 3/2006 s. 249 - 258.
- Paasivaara Leena, Leskinen Hannu, Kinnunen Juha, Hassi Juhani (2003):
- Terveyden hoidon ja palvelujen strategia Kainuun haja-asutusalueella - paikallisuuteen perustuva näkökulma. Hallinnon Tutkimus 22(2003):3, s. 204 - 211.
- Perttilä, Kerttu (1999): Terveyden edistäminen kunnan tehtävänä. Gummeruksen Kirjapaino Oy, Jyväskylä 1999.
- Poikajärvi Kristiina, Perttilä Kerttu (2006): Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa. Raportti kunnanjohtajien ja luottamushenkilöjohdon kyselystä 2004. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittä-

- miskeskus. Stakesin monistamo. Helsinki 2006.
- Riihinen, Olavi (1965): Teollistuvan yhteiskunnan alueellinen erilaistuneisuus. Werner Söderström Osakeyhtiö. Savon Sanomain Kirjapaino Oy, Kuopio 1965.
- Sihto, Marita ja Topo, Päivi (2005): Lisää politiikkarelevanssia kansanterveystutkimukseen. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti vsk 42 (2005): 1, s. 1-3. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuslaitos 15/2005.
- Stenman, Svante (2000): Sund, sundare, Öresund. Suomen Lääkäriala vsk 55 (2000): 35, s. 3478 - 3479.
- Tilastokeskus (1995): Suomen tilastollinen vuosikirja 1995.
- Tilastokeskus (1999a): Suomen tilastollinen vuosikirja 1999. Tilastokeskus.
- Karisto, Hämeenlinna 1999.
- Tilastokeskus (1999b). Itä-Suomen katsaus 1999. Tilastokeskus. Multiprint, Oulu 1999.
- Tilastokeskus (2005). Suomen tilastollinen vuosikirja 2005. Tilastokeskus 2005.
- Vehviläinen-Julkunen Katri ja Pietilä Anna-Maija(2004): Tutkimus Kuopion yliopiston hoitotieteen laitoksella - Tavoitteena yhteiskunnallinen vaikuttaminen. Hoitotiede 16(2004):6, s. 266 - 268.