

## Kansan terveyttä edistämässä —

'Promoting the Public's Health', 13. Conference of European Public Health Association, 10–12.12.2005 Graz, Itävalta

European Public Health Associationin 13. vuosikokouksen teemana oli monimerkityksellinen 'Promoting the Public's Health'. Kokouksessa osallistujia oli yli 800 ja abstrakteja oli lähetetty ennätysellisesti yli 550. Yhdeksän pääpuhujan lisäksi kokouksessa järjestettiin 60 istuntoa. Ensimmäistä kertaa istunnot oli jaettu kymmenen teeman alle, joten samaa teemaa koskevat esitykset löytyivät helposti ohjelmasta samoin koodein ja värein.

Kokouksen järjestivät Itävallan, Kroatian ja Slovenian kansanterveysjärjestöt. Suunnittelun ja toteutuksen apuna oli siis kolminkertainen määrä resursseja – samoin kuin puheita kokouksen avauksessa ja päätöksessä. Avaustunnon olivat paikalla kahden järjestäjään terveysministerit. Itävallan terveyden ja naisten (!) ministeri Maria Rauch-Kallat avasi puhakerroksen kuvailemalla maansa alkuvuoden 2006 EU-puheenjohtajakauden teemoja. Pääteemoina olivat kasvava diabetesongelma ja naisten terveys. Puheessaan ministeri viittasi sukupuolittaiseen lääketieteeseen, terveyspolitiikkaan ja terveystietämykseen, mutta konkreettiset toimet koskevat hieman vanhakantaisesti vain naisten terveyttä. Erityisteemoiksi on nostettu muun muassa luukato, sy-

dän- ja verisuonitaudit sekä tupakkoinnin ja keuhkosityövän yhteys – kaikki naisnäkökulmasta. Sukupuolierityisiä (gender-specific) ja -herkkiä (gender-sensitive) teemoja ei nostettu esille edes termeinä.

Kroatian terveysministeri Neven Ljubčić liputti vahvasti puheessaan maansa tulevan EU-jäsenyyden puolesta ja oletti sen lisäävän terveyden tasa-arvoa, terveyspalveluiden saatavuutta ja laatua. Avauspuhujen jälkeen ministerivieraiden poistuttua EU:n komission kansanterveysvirkamies Horst Kloppenburg kuvaili EU-maiden terveys- ja sosiaalijärjestelmiä kohtaavia uhkia globalisaatiosta alkaen. EU:n vastaus on terveystiedon, terveysosoitusten ja terveystietämyksen lisääminen sekä jäsenmaissa että yhteisötasolla. EU:n kansanterveysohjelma terveystieto-, terveysuhka- ja terveyden määrittäjäosioineen onkin aiempia teemakohtaisia ohjelmia suurempi. Kansanterveyden vahvistamiseksi komissio on suunnitellut vuosikymmenen loppupuolella kuluttaja-asioiden ja kansanterveysohjelman yhdistämistä ja budjetin moninkertaistamista, mutta EU:n poliittinen kriisi saattaa pienentää uutta ohjelmaa merkittävästi.

WHO:n Euroopan aluetoimiston puheenvuoron piti Nedret Emiroglu. Kööpenhaminan toimisto yrittää edistää WHO:n Atlantilta Tyynelle valtamerelle ulottuvan Euroopan 900 miljoonan asukkaan terveyttä. EU:n terveysongelmat ovat luonnollisesti aivan erilaiset kuin Kaukasian ja Keski-Aasian maiden. Kansalaisten terveydentila ja terveysongelmat vaihtelevat myös maiden sisällä, mihin terveydenhuoltojärjestelmien ja kansanterveystoimien olisi pystyttävä vastaa-

maan. WHO:n toimet kohdentuvat suurimman sairaustaakan aiheuttaviin tekijöihin, joista Euroopassa kolme tärkeintä ovat tupakka, tapaturmaiset ja väkivaltaiset kuolemat sekä länsieurooppalaisittain ehkä yllättäen tartuntataudit, kuten hiv/aids ja tuberkuloosi. Terveydentila on huonoin Itä-Euroopassa ja entisen Neuvostoliiton alueella sijaitseissa maissa, joten erityisesti nämä tarvitsevat kansainvälisen yhteisön tukea parempaa kansan terveyttä tavoitellessaan.

Illan pääpuhujia olivat Aucklandin yliopiston terveystaloustieteen professori Toni Ashton Uudesta-Seelannista ja professori Bernhard Badura Bielefeldin yliopistosta Saksasta. Ashton esitti seitsemän palan palapelin, joka kokoamalla voitaisiin uudistaa ja kehittää perusterveydenhuoltoa. Palat ovat visio, riittävä rahoitus, rakenne, tiedonkulku, yhteisöllisyys, työvoima ja yhteistyö. Ashtonin näkemys hyvästä perusterveydenhuollosta perustui WHO:n vuoden 1978 Alma Atan -julistukseen. Ashtonin mallissa riittävä rahoitus turvataan koko väestön kattavalla järjestelmällä, jossa yksi toimija vastaa palveluiden hankkimisesta. Palvelujen saatavuutta parannetaan järjestämällä ehkäiseviä palveluita muiden palvelujen yhteydessä esimerkiksi kouluissa, työpaikoilla ja kirkoissa sekä viemällä palvelut tarvittaessa kotiin. Palvelut tulisi järjestää alueellisesti ja moniammatillisten tiimien eikä yksittäisten lääkäreiden varaan. Tiedonkulkua parannetaan kehittämällä sähköistä viestintää. Henkilötunnus mahdollistaa eri rekistereiden linkkauksen ja edistää siten tiedonhankintaa ja -kulkua. Yhteisöllisyyden Ashton näki edistävän kokonaisvaltaista näkemystä, yh-

teisten arvojen syntymistä, palveluihin pääsyä ja oikeudenmukaisuutta. Terveydenhuollon työvoimalta vaaditaan yhä enemmän tietoa ja taitoja. Tiimityöhön, johtajuuteen, henkilöstön jaksamisen tukemiseen ja riittävään palkkaan tulisi kiinnittää huomiota. Palapeli, uudistunut perusterveydenhuolto, saadaan kootua viimeisen palasen eli yhteistyön avulla. Monet palaset lienevät Suomessa kohdallaan, mutta ehjän, kauniin palapelin kokoaminen vaatii vielä töitä.

Bernhard Badura puhui sosiaalisesta pääomasta ja sen yhteydestä talouteen ja terveyteen. Sosiaalinen pääoma karttuu perheessä ja muissa sukulaissuhteissa, lisääntyy sosiaalisessa kanssakäymisessä koulussa, erilaisissa yhteisöissä, harrastustoiminnassa ja työpaikoilla. Yhteisiin arvoihin perustuvilla sosiaalisilla verkostoilla on tärkeä vaikutus jäsenten hyvinvointiin ja tyytyväisyyteen. Sosiaalisen pääoman määrä kytkeytyy sosiaaliseen tasa-arvoon ja epätasa-arvoon sekä terveyteen – voidaanhan terveyden ja sairauden katsoa olevan seurausta sosiaalisten, psykologisten ja biologisten systeemien yhteisvaikutuksesta. Korkean sosiaalisen pääoman yhteisössä jäsenet saavat paljon sosiaalista tukea ja kärsivät vähän stressistä. Tällainen yhteisö on terveyttä ylläpitävä ja edistävä, toisin kuin alhaisen sosiaalisen pääoman yhteisö, jota kuvaavat sosiaalinen epätasa-arvo, heikot sosiaaliset taidot ja tiukka kontrolli. Baduran mukaan sosiaalisen pääoman merkitys on huomattu, ja se on tullut tärkeäksi poliittisissa instituutioissa ja liikke-elämässä.

Toisen kokouspäivän aamuna pääpuhujina olivat Ilona Kickbusch ja Jürgen Pelikan. Pitkään mm. WHO:ssa työskennelleen mutta nykyisin konsulttina toimivan Kickbuschin mukaan kansanterveyteen voidaan vaikuttaa, jos pystytään priorisoimaan muutamia tärkeitä

teemoja ja huolehtimaan niiden toteuttamisesta sekä ymmärretään, että terveyden kannalta tärkeitä poliittisia päätöksiä ei tehdä terveysjärjestelmän sisällä vaan avoimessa yhteiskunnassa. Kansanterveyden edistämisessä on tärkeää, että terveellisistä valinnoista tehdään helppoja, saadaan kansalaiset kiinnostumaan terveysasioista ja edistetään terveyden tasa-arvoa.

Kickbuschin mukaan terveyspolitiikan toimintaympäristö on muuttunut. Ensiksi terveyttä koskevia päätöksiä ei voida tehdä, jos ei ymmärretä globalisaation, valtiot ylittävän päätöksenteon ja kansavälisten sopimusten vaikutuksia. Toiseksi terveys on markkinoistunut kaupallisuuden, yksityistämisen ja kuluttajaliikkeen kasvun myötä. Kuvaavaa on terveys- ja kuluttajasioiden niputtaminen yhteen kuten EU:n komission organisaatorakenne ja suunniteltu yhteinen ohjelma osoittavat. Kolmanneksi järjestelmien lisäksi ihmiset ovat muuttaneet modernisaation ja yhteiskunnan moniarvoistumisen myötä. Neljänneksi terveysalalla on aivan uusia toimijoita (mm. media, julkisuuden henkilöt sekä terveys-, kuluttaja- ja potilasliikkeet), joiden vaikutus terveyspolitiikkaan sekä kansalaisten terveysnäkömyksiin ja -käyttäytymiseen kasvaa.

Wieniläinen sosiologian professori Jürgen Pelikan puhui terveyden edistämisestä terveydenhuollossa aloittaen vertauksella auton elinkaaresta, jota pyritään pidentämään autojen hyvällä suunnittelulla ja valmistuksella, kuljettajien koulutuksella, tieverkoston parantamisella sekä tarkoituksenmukaisilla liikennesäännöillä. Ihmisen elinkaareen pidentämiseen vastaava ehkäisyyn ja edistämiseen perustuva lähestymistapa ei lainkaan päde, vaan tavoitteeseen pyritään edelleen korjaavaan lääketieteen keinoin: teollisuusmaissa noin kymmenys bruttokansantuotteesta sijoitetaan ter-

veyspalveluihin, mutta niiden vaikutuksen terveydentilan parantamiseen arvioidaan olevan vain 10–25 prosenttia. Terveyden edistämiseen kohdennetaan vain kolme prosenttia terveysmenoista.

Miten edistää terveyttä kodeissa, kouluissa ja työpaikoilla? Pelikanin mukaan terveydenhuollon laajentumista ei voi estää eikä sen voimaa saa vähätellä. Sen takia kannattaa toimia terveydenhuoltojärjestelmän sisällä ja sitä kehittäen tuoden sairauksien hoitamisen ja ehkäisemisen rinnalle terveyden edistämisen ja suojelun. Sairaanhoidon lisäksi terveyttä on käsiteltävä opetuksessa ja koulutuksessa sekä yhdyskuntasuunnittelussa. Kehitykseen voi kuitenkin vaikuttaa. Esimerkiksi Pelikan otti Suomen esille nostaman mielenterveyden edistämisen – terveyttä ei ole ilman mielenterveyttä – ja päätti luennon iskulauseeseen: terveydenhuoltoa ei ole ilman terveyden edistämistä.

Viimeinen kokouspäivä alkoi kahdella terveysjärjestelmiä koskevalla esitelmällä. Kroatialainen professori Selma Šogorić pohti, kuinka lisääntyviin terveysongelmiin ja kasvaviin terveysodotuksiin voidaan vastata vähenevillä resursseilla. 1990-luvulla yleistyneiden kansallisesti keskitettyjen ratkaisujen rinnalla kukoisti paikallistason toiminta. Yhteisötason työssä on tärkeää määritellä asukkaiden terveys-tarpeet, priorisoida terveysongelmat, arvioida terveysresurssit realistisesti, pyrkiä konsensukseen eri toimijoiden kanssa, luoda verkostoja eri sektorien välillä, turvata laadukkaat tarpeiden mukaiset palvelut sekä mitata järjestelmän toimivuutta ja tuloksia. Kauniit tavoitteet eivät kuitenkaan yksin riitä, vaan terveysasioiden johdonmukaiseen edistämiseen tarvitaan myös pitkäaikaista sitoutumista.

Maailmanpankissa työskentelevä itävaltalainen Armin Fidler kirjoitti Keski- ja Itä-Euroopan viime

vuosikymmenellä alkaneita terveysuudistuksia, joissa on vaarana, että kansanterveys unohtuu rakennettaessa taloudellisesti kestävää järjestelmää poliittisten myrskyjen ja uusien terveysuhkien varjossa. Suurin osa entisistä sosialistista maista on taloudellisesti toipunut kommunismin romahduksesta, mutta erityisesti Kaukasuksen ja Keski-Aasian maat ovat kaukana vielä 1980-luvun tasosta.

Kaikissa uusissa EU-maissa terveysmenot ovat kutakuinkin odotetulla tasolla kansantalouteen nähden. Näiden maiden terveysjärjestelmien haasteina ovat kasvavien lääkemenojen ja lääketieteellisen teknologian kustannusten hallitseminen, liian laaja sairaalaverkosto, asiakasmaksujen kohtuullistaminen, palveluiden oikeudenmukainen tarjoaminen, terveysvakuutusjärjestelmien muuttaminen maksajasta ostajaksi ja terveydenhuollon ammattilaisten palkkojen parantaminen maastamuuton ehkäisemiseksi. Alhainen syntyvyys ja väestön ikääntyminen vaikeuttavat edelleen julkisten menojen hallintaa. Kansalaisten terveydentila paranee – mutta hitaasti. Esimerkiksi 20-vuotiaiden miesten ennaaikaisen kuoleman riski on kaikissa Keski- ja Itä-Euroopan maissa korkeampi kuin yhdessäkään vanhassa EU-maassa. Kansanterveyttä voidaan parantaa ja terveysmenojen kasvua hillitä panostamalla kansanterveystyöhön ja ehkäiseviin palveluihin. Maailmanpankin ja Yhdysvaltain CDC:n vuo-

den 2004 tutkimuksen mukaan myös terveystietojärjestelmän parantaminen rekisteripohjaisen tiedonkeruun suuntaan on välttämätöntä palveluiden kehittämiseksi.

Kokouksen yhteydessä järjestettiin perinteinen EUPHA:n hallintoneuvoston (Governing Council) kokous, jossa Suomen edustajina olivat Arja R. Aro ja Mika Gissler sekä EUPHA:n ravitsemusjaoston puheenjohtaja Enni Mertanen. Lisäksi kokoukseen osallistuivat kokouksessa EUPHA:n puheenjohtajistoon nimitetty Sosiaalilääketieteen yhdistyksen puheenjohtaja Ilmo Keskimäki sekä Hannamaria Kuusio, vuonna 2007 Helsingissä järjestettävän EUPHA-kokouksen koordinaattori.

Joidenkin vuosien ajan EUPHA on ollut tiukalla talouskuurilla mm. joidenkin merkittävien sponsorien jättäytymisen vuoksi. Nyt tilanne näyttää valoisammalta. European Journal of Public Health -lehti on kasvattanut volyymiään ja lyhentänyt julkaisuviivettä. Uudet artikkelit julkaistaankin nopeasti internetissä huomattavasti ennen painetun lehden valmistumista. Suunnitteilla on myös siirtyminen osittain Open Access -julkaisuun, jolloin kirjoittajat voivat julkaisukustannukset maksamalla antaa artikkelinsa ilmaiseksi kaikkien käyttöön.

Vuoden 2006 EUPHA-kokous järjestetään 16–18.11.2006 Sveitsin Montreux'ssa teemalla 'Politics, Policies and/or the Public Health'. Seuraavan kokouksen järjestävät

sitten suomalaiset – Sosiaalilääketieteen yhdistys yhdessä mm. Stakesin, Kansanterveyslaitoksen ja Työterveyslaitoksen kanssa – teemalla 'The Future of Public Health in the Unified Europe' 11–13.10.2007. Kokouksen paikalliseen järjestelytoimikuntaan on kutsuttu asiantuntijoita ympäri Suomea eri tieteenaloilta, eri yliopistoista ja tutkimuslaitoksista. Kokousta ennen 10–11.10.2007 järjestetään perinteinen Pohjoismainen sosiaalilääketieteen ja kansanterveystieteen kokous, jossa keskitytään pohjoismaisiin teemoihin, kuten hyvinvointimalliimme, sosiaali- ja terveyspalveluiden tutkimukseen sekä rekisteritutkimukseen. Kummankin kokouksen suunnitteluun ja toteutukseen kivaan apua! Ottakaa yhteyttä esimerkiksi Sosiaalilääketieteen yhdistyksen sihteerin kautta (sihteer@socialmedicine.fi).

**REIJA KLEMETTI**

*TtM, tutkija*

STAKES

**MIKA GISSLER**

*FT, VT, dosentti, kehittämisspällikkö*

STAKES

**ILMO KESKIMÄKI**

*LT, dosentti, tutkimusspällikkö*

STAKES

**HANNAMARIA KUUSIO**

*FM, tutkija, koordinaattori*

STAKES