

Neljäs Euroopan kansanterveyskokous — 4th European Public Health Conference: Welfare Development and Health, Kööpenhamina 9.–12.11.2011

Tämänvuotinen Euroopan kansanterveyskokous järjestettiin Kööpenhaminan esikaupunkialueella Bella Centerissä. Tilat olivat mainiot, ja kymmenen minuutin metroyhteys keskustaan helpotti kokousmatkailua. Osallistujia oli noin 1300 yli 40 maasta, abstraktejakin lähetettiin yli 750. Pienestä EUPHA-kokouksesta on kasvanut Euroopan tärkein kansanterveyskokous, hyvine ja huonoine puolineen. Välillä on ongelmallista puikkelehtia rinnakkaisessiodien välillä ja toisinaan esitysten taso tuntui vaihtelevan aiempaa enemmän.

Kokouksen avasivat Tanskan kansanterveyden Grand Old Man Finn Kamper-Jørgensen sekä järjestävien EUPHA:n ja ASPHER:in puheenjohtajat Walter Ricciardi ja Antoine Flahault. Avajaisissa julistettiin kesällä 2011 alkanut EUPHANxt-hanke, jonka tarkoitus on vahvistaa nuorten eurooppalaisten kansanterveystieteilijöiden verkostoitumista. Kokouksen aikana järjestettiin esimerkiksi alle 35-vuotiaiden osallistujien tapaaminen WHO:n Euroopan aluetoimiston johtajan ja järjestävien yhdistysten puheenjohtajien kanssa.

Avajaisista puuttui poliittinen avaus, sillä Tanska oli vastikään saanut uuden hallituksen. Sen sijaan avajaistilaisuudessa esiintyi pohjoismaisen hyvinvointitutkimuksen klassikko Gøsta Esping-Andersen, joka vertaili liberaalia, sosiaalidemokraattista ja konservatiivista hyvinvointipalveluiden järjestämismallia sekä niiden vaikutuksia kansanterveyteen ja hyvinvointiin. Toisin kuin markkinavetoinen tai perhekeskeinen järjestelmä, pohjoismainen kansalaisuuteen ja universalismiin perustuva sosiaalidemokraattinen järjestelmä tukeutuu julkisiin palveluihin. Puhdasoppisimpina esimerkkeinä Esping-Andersen piti Ruotsia ja Tanskaa, vaikka sielläkin vallassa ovat olleet viime vuodet oikeistovoimat. Terveysmenojen osalta järjestelmien väliset erot ovat pieniä: konservatiivisen mallin maissa terveysmenot ovat 10 prosenttia bruttokansantuotteesta, kun osuudet ovat 11 prosenttia sosiaalidemokraattisen ja 12 prosenttia liberaalin mallin maissa. Kaikissa malleissa valtaosa (70–80 %) terveysmenoista kateetaan julkisin varoin, eikä ryhmittymien välillä ole suuria eroja useimmissa Esping-Andersenin esittelemissä terveysindikaattoreissa tai terveyden eriarvoisuudessa. Maiden välinen vaihtelu ryhmittymien sisällä on kuitenkin suurta. Esimerkiksi sosiaalidemokraattisessa mallissa Suomi on lääkäripalvelujen käytössä selvä outlier: käytön jakauma tulojen mukaan on kaikista vertailun maista epätasa-arvoisin. Sen sijaan itse raportoidussa terveydessä väestöryhmien väliset erot ovat liberaalin mallin maissa suurimpia.

Imeväiskuolleisuudessa ja vastasyntyneiden terveydessä sosiaalidemokraattinen malli tuottaa selvästi parhaimmat tulokset. Sama

koskee köyhyyttä – erityisesti lapsiköyhyyttä ja pitkäaikaista köyhyyttä – joissa liberaali malli tuottaa eniten kurjuutta. Tällä on myös sukupolvet ylittävä vaikutus muun muassa vastasyntyneen terveyden sekä lapsuuden ja nuoruuden ongelmien kautta. Markkinaehtoisesti laskien kaikissa malleissa lapsiperheiden köyhyys on varsin samaa tasoa, mutta verotuksen ja julkisten palveluiden avulla väestöryhmien väliset erot tasoittuvat parhaiten sosiaalidemokraattisessa mallissa. Myös äidin työskenteleminen vähentää selkeästi lasten köyhyysriskiä. Maiden ryhmittymien eri leireihin ei ole pysyvää, mutta Esping-Andersenin oma suosikki tuli esityksestä selväksi. Keskustelu sosioekonomisten erojen kausaalisuudesta tosin jäi pintaraapaisuksi, kun esitelmöitsijälle viime vuosikymmenten tutkimus ei näyttänyt olevan tuttua.

Ensimmäisen kokouspäivän päätti Sir Michael Marmot, joka puhui maiden välisten terveyserojen vähentämisestä. WHO:n terveyden sosiaalisia määrittelijöitä käsitellyttä komissiota ja useiden aihepiiriä koskevien kansainvälisten raporttien kokoamista johtanut Marmot kuvasi esityksessään terveyseroja huonon sosiaalipoliittisen järjestelmän, epäoikeudenmukaisen taloudenpidon ja huonon politiikan myrkyllisenä yhdistelmänä. Euroopan maiden väliset terveyserot ovat hyvin tiedossa, kuten elinajanodotteen 20 vuoden ero. Myös maiden sisäisistä terveyseroista on enenevästi tietoja. Nämä erot ovat yleensä selvästi suurempia Keski- ja Itä-Euroopassa kuin muualla Euroopassa. Kansainvälisten asiantuntijoiden suositukset terveyserojen vähentämiseksi on laadittu elämäntapa- ja elämäntilanteella erityisesti lapsuuden ai-

kaa ja jatkuvaa taitojen kehittämistä korostaen. Lapsuuden ja nuoruuden terveyserot voivat olla biologisesti syntyneitä, mutta sosiaaliset tekijät joko vahvistavat hyvää kehitystä tai heikentävät sitä. Juuri nämä sosiaaliset tekijät ovat eriyneet sosiaaliryhmittäin. Köyhyyden vähentäminen on tärkeä tavoite, mutta monesti minimitoimeentulon turvaamiseen liittyvät poliittiset suositukset unohdetaan. Michael Marmot esitteli amerikkalaistalastaja, joiden mukaan rikkaimman prosentin osuus kaikista tuloista oli 23 prosenttia vuonna 1928. Heti tämän jälkeen alkaneen laman myötä osuus romahti ollen alimmillaan noin kahdeksan prosenttia 1970-luvun lopulla. Sen jälkeen rikkain sadasosa on kahminut tuloja kiihtyvällä vauhdilla: vuonna 2007 osuus oli noussut takaisin 23 prosenttiin. Kausaalisuutta ahneuden yhteydestä nykyiseen finanssikiiriin ei voida todistaa, mutta varsin varteenotettava selitys kuulostaa, nauratti Sir Michael yleisöä.

WHO:n Euroopan aluejohtaja Zsuzsanna Jakab esitteli WHO:n toimintaa, erityisesti järjestön Terveys 2020 -ohjelmaa. Sen vision mukaan vuonna 2020 eurooppalaisilla on mahdollisuus tavoittaa täysi terveyspotentiaalinsa ja hyvinvointinsa, ja tämän tavoitteen saavuttamista tuetaan sekä kansallisin että kansainvälisin toimin. Uuden WHO:n terveysohjelman peruspilarit ovat terveyden tasa-arvo, hyvä terveyden ja muut politiikan osaluuet kattava terveyshallinto (health governance), ehkäisevien toimenpiteiden taloudellisten vaikutusten mittaaminen ja käyttäminen terveyspolitiikassa sekä kansanterveyden ja sitä tukevien toimenpiteiden korostaminen. WHO on myös listannut 10 kansanterveyden kannalta tärkeintä toimintoa, jotka maiden pitäisi huomioida terveyspolitiikassaan. Nämä sisältävät mm. terveystutkimuksen rahoitta-

misen. Luennon päätteeksi aluejohtaja Jakab sai ASPHER:in Andrija Štampar -mitalin ansioistaan kansanterveyden alalla.

Kokouksen toinen päivä alkoi ranskalaisen Jean-Marie Robinen esityksellä ikääntyneiden elinajanodotteen ja terveen elinajanodotteen vaihtelusta eri maissa. Geenien arvioidaan selittävän neljänneksen havaituista eroista, kun taas loppuosa selittyy elintavoilla, ympäristötekijöillä ja yhteiskunnallisilla tekijöillä, kuten saatavilla olevilla palveluilla ja sosiaalietuisuuksilla. Eurostat ennustaa, että maiden väliset erot 65-vuotiaiden elinajanodotteessa puolittuvat seuraavien 50 vuoden kuluessa. Ikääntyvien eurooppalaisten valtioiden onkin mietittävä, miten ikääntyneiden määrän kasvu ja sen aiheuttama palvelutarve voidaan tyydyttää samalla, kun maiden välistä epätasa-arvoa vähennetään.

Robinen esityksen jälkeen professori Martin McKee Iso-Britanniasta puhui talouskriisistä ja sen vaikutuksista. Hän piti hyvin selvän luennon makroekonomin laeista, joita eivät näytä talouden asiantuntijat ymmärtävän, lehdistöstä ja poliitikoista nyt puhumattakaan. Talouskriisin terveysvaikutuksia on tutkittu niin 1930-luvulla Yhdysvalloissa kuin 1990-luvun Itä-Euroopassa. Itsemurhat lisääntyvät, mutta liikennekuolemat vähentyvät. Alkoholi-kuolemien kehitys riippuu alkoholin saatavuudesta, ja tartuntatautien kehitystä on mahdotonta ennustaa, sillä niihin vaikuttavat monet muutkin tekijät. Vahvat sosiaaliset rakenteet ja hyvinvointia tukevat julkiset palvelut kuitenkin vähentävät kriisin vaikutuksia. Nykyisen kriisin terveysvaikutuksia ei vielä ole voitu tutkia, sillä harvan maan vuoden 2010 terveystilastot ovat jo valmiina. Joidenkin EU-maiden tuoreimmat kuolemansyytiedot ovat vuodelta 2004. Vertailun vuoksi pörssitiedot

ovat julkisesti saatavilla 15 minuutin viiveellä. Tietopohjan parantamisen ja tiedonkeruun nopeuttamisen lisäksi tarvitaan toimintaa. EUPHA:n puheenjohtajan Walter Riccardin sanoin: ”Nyt on aika toimia eikä kirjoittaa tieteellisiä artikkeleita.”

Toisen päivän päätti istunto pohjoismaisen väestöpohjaisen rekisteritutkimuksen mahdollisuuksista. Tanskalainen Jørn Olsen keuhui kattavien ja korkealaatuisten rekisterien hyödyntämismahdollisuuksia, mutta samalla arvosteli rekisteritutkijoita laiskoiksi kehittämään innovatiivisia lähestymistapoja. Erityisesti muiden kuin rekisteritietojen yhdistäminen kansallisiin terveysrekistereihin on ollut vähäistä. Muita ongelmia ovat aineistojen rajoitettu saatavuus, rekisterien puutteellinen dokumentointi ja eri maiden rekisteritietojen yhdistämisen vaikeus. Aiemmin myös ylenmääräinen valvonta ja aineistojen kalleus ovat rajoittaneet rekisteritutkimusta, mutta monessa Pohjoismaassa tilanne on parantunut viime vuosina. Pohjoismaisilla aineistoilla on mm. voitu osoittaa syntymäpaiknon U-muotoinen yhteys myöhemmän koulumenestykseen, kumota epäily miehen steriloinnin jälkeisestä syöpäriskistä sekä tutkia matkapuhelimen käytön yhteyttä aivosyöpiin. Jatkossa on erityisesti parannettava aineistojen laatua. Rekisterienpitäjien olisi ehdottomasti korjattava tutkijoiden havaitsemat virheet. Lisäksi olisi kehitettävä tilastollisia menetelmiä, mm. aineistojen virheiden korjaamisen mallinusta.

Norjan Kansanterveyslaitoksen varajohtaja Camilla Stoltenberg jatkoi rekisteritutkimusten esittelyä. Hänen tärkein viestinsä oli, että Pohjoismaiden olisi markkinoitava rekisteritutkimuksen mahdollisuuksia muihinkin maihin. Ruotsin puheenvuorosta vastasi professori Olle Lundberg Karoliinisesta instituutis-

ta. Hän korosti mahdollisuuksia yhdistää terveystietoja sosiaalista taustaa sekä sosiaalipalveluita ja -etuisuuksia koskeviin tietoihin. Ruotsin ongelmia ovat perhesuhteiden määrittämisen vaikeus, maastamuuton huono rekisteröiminen sekä aiempina vuosina tehty henkilötunnusten kierrättäminen. Lundberg kertoi, että lupien saaminen on tullut hankalammaksi: pahimmillaan kullekin tutkimuksen osatyölle on haettava oma lupansa ja muodostettava aineistonsa. Myös aineiston karkeistamista vaaditaan aiempaa enemmän. Muun muassa tarkkojen päivämäärien ja syntymävaltioiden sijaan tutkija joutuu tyytymään kuukausitietoon ja syntymämaanosaan, mikä heikentää tutkimusmahdollisuuksia.

Suomen edustajana paneelissa oli THL:n tutkimusprofessori Elina Hemminki. Hän kertasi rekisteritutkimuksen mahdollisuuksia. Rekistereitä voidaan käyttää myös kokeellisessa tutkimuksessa. Varhainen esimerkki on rintasyövän seulonkatutkimus, jonka perusteella tehtiin päätökset kansallisen seulonnan toteuttamisesta. Mutta ongelmiakin on, erityisesti ulkomaalaisten tutkijoiden pääsy rekistereihin on välillä ollut vaikeaa. Hemminki muistutti, että rekistereitä ja rekisteritutkimusta on muuallakin, kuten Virossa, Skotlannissa ja Kanadassa. Pohjoismaiden on hyödynnettävä yksiselitteisen henkilötunnuksen olemassaoloa ja rikasta rekisterimaailmaa muita maita paremmin ja nopeammin.

Viimeisen kokouspäivän aamu- ja iltajärjestettiin paneelikeskustelu kansanterveyskoulutuksesta. Antoine Flahault Ranskasta listasi tärkeimpiä koulutuksen sisällöllisiä tavoitteita: sosiaalisen oikeudenmukaisuuden ja monitieteellisyden sisäistäminen, innovatiivisuus, kansanterveyden ymmärtäminen laajassa kontekstissa, terveyshallinnon rakenteiden ymmärtäminen ja val-

mius niiden kehittämiseen sekä valmistautuminen poliittiseen keskusteluun myös muiden kuin samanimielisten kanssa. Keskustelussa painotettiin, että edelleenkin yhteydet tutkimuksen, koulutuksen ja käytännön työntekijöiden välillä ovat heikot. Myös esimerkiksi insinöörit, arkkitehdit ja kaupunkisuunnittelijat ovat avainasemassa kansanterveyden edistämisessä asumisessa ja yhteisöissä. Panelistit kommentoivatkin, että monessa kansanterveyden koulutusohjelmassa valtaosalla on muu kuin lääketieteellinen tausta.

Innovatiivisuutta edustivat Twitter-viestit, joita näytettiin myös auditoriossa. Taisi nuori Twitter-sukupolvi vielä nukkua aamusessioon aikana, sillä viestejä saatiin vain kouralliselta twiittaajaa. Osa näistäkin vain raportoi osallistumisestaan tai mainosti omia tekemisiään, vaikka muutama viesti veikin keskustelua eteenpäin. Tästä sai kiittää aktiivista puheenjohtajaa, WHO:n European Observatory for Health Systems and Policies -yksikön johtajaa Josep Figuerasia.

Kokouksen viimeinen pääpuhujaksi oli Tanskan kansankäräjien puhemies, moninkertainen entinen ministeri Mogens Lykketoft, joka esitteli Tanskan flexicurity-mallia. Mallissa irtisanominen on helppoa, mutta sosiaaliturva esimerkiksi työttömyyden kohdatessa on aluksi erittäin antelias. Näin työvoiman liikkuvuus on suurta ja työttömyys on ollut varsin alhaista. Hyvinvointipalvelut ovat ilmaisia, mutta verotus on kireää. Tilastolliseen vertailuun Lykketoft käytti vuoden 2002 UNDP:n vertailua (Human Development Index). Silloin Tanska ja Yhdysvallat olivat sijoilla 6 ja 14. Vertailu oli selvästi tehty tietoisesti, sillä vuodesta 1993 vallassa olleet sosiaalidemokraatit hävisivät vaalit vuonna 2001. Seuraavat 10 vuotta vallassa oli Venstre, jonka uuskonservativista ja uusliberaalista poli-

tiikkaa Lykketoft sosiaalidemokraattina luonnollisesti kritisoi. Uusimpien HDI-tietojen mukaan Tanska on tipahtanut sijalle 16, mutta Yhdysvallat on noussut sijalle 4. Sijoituksen parantumista voidaan odottaa vain, mikäli julkinen valta tukee kansalaisiaan käyttämään omia henkisiä resurssejaan mm. koulutuksen ja työn kautta. Lykketoft varottikin julkisten hyvinvointimenojen radikaalista vähentämisestä, minkä mm. Kreikka on kohtaava. Tämä tulee vain pitkittämään taloudellista kriisiä.

Pääpuhujien ohella kokouksessa oli tarjolla yhteensä 65 suullista rinnakkaisessiota tai workshopia sekä 60 moderoitua posterisessiota. Rinnakkaisessiot oli jaoteltu 20 kattoteeman alle, joista 13 piti sisällään sekä suullisia että posteriesityksiä, loput seitsemän vain postereita. Alla esitellään tarkemmin eräitä sessioiden aihealueita.

Sairauspoissaolosessioiden esitykset käsitelivät sekä lyhyt- ja pitkäaikaista työkyvyttömyyttä että yleisemmin työn ja terveyden välistä yhteyttä. Käsiteltiin muun muassa sosiodemografisten tekijöiden, fyysisten ja psykososiaalisten työolosuhteiden, terveystyökyvyyden sekä kivun ja muiden terveysmittarien yhteyttä työkykyyn, sairauspoissaoloihin tai työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen sekä mahdollisuuksiin palata töihin. Paljon keskusteltiin myös terveyden ja työkyvyttömyyden monimutkaisesta yhteydestä. Fyysiset sairaudet ja mielenterveyden häiriöt heikentävät työkykyä, mutta sairauslomalla tai varhaiseläkkeellä olemisella saattaa itsessään olla vaikutuksia terveydentilan kehitykseen. Pohdittiin, missä määrin sairauslomalla olevien korkeampi sairastavuus ja kuolleisuus johtuvat terveydentilaltaan heikompien valikoitumisella työstä pois ja missä määrin työelämän ulkopuolella olemisen kielteisistä vaikutuksista terveyteen ja hyvin-

vointiin. Keskustelussa tuotiin esiin, että tutkimuksissa yleisimmin käytetyillä asetelmilla kysymykseen on lähes mahdotonta vastata ja pohdittiin satunnaistetun kontrolliasetelman käytön mahdollisuutta sairauslomien terveysvaikutuksien arvioinnissa sekä tämän eettistä hyväksytävyyttä. Esiin tuotiin myös lainsäädännön sekä lääkärin diagnostikikäytäntöjen rooli. Työkyvyn ja sairausloman tarpeen arvioinnissa on monia haasteita, mikä johtaa helposti diagnosoinnin epäjärjestelmällisyyteen. Pohdittiin myös, onko lääkärintodistus aina välttämätön sairauspoissaolokäytännöissä.

Toisena laajana teemana käsiteltiin terveyteen liittyvää epätasa-arvoa, niin alueellisia eroja ja ympäristöriskejä kuin äitiysterveyttä ja lapsuusajan terveyseroja. Teeman alle kuulunut psyykkisen oireilun riskitekijöitä käsitellyt sessio olisi hyvin voinut olla myös mielenterveysteen alla.

Terveyskäyttäytymistä käsiteltiin useassa sessiossa, joista yksi oli omistettu kokonaan tupakoinnille, ja lisäksi kuultiin esityksiä alkoholin ja huumeiden käytöstä. Kuluttajat ja potilaat-teeman yksi sessio keskittyi ruokatottumusten kehittymiseen elämänkaaren eri vaiheissa. Helen Hausner Tanskasta toi esiin, että äidinmaidon mukana tulevat makukokemukset voivat vaikuttaa imeväisen haluun kokeilla uusia makuja: imetetty lapsi tottuu laajempiin makuvaihteluihin kuin korvikeruokittu lapsi. Christine Lange Ranskasta esitteli Opaline-tutkimuksen tuloksia. Mitä enemmän vaihtelua ruokalajeissa on lisäruokiin totutteluvaiheessa, sitä helpommin lapsi hyväksyy myöhemmin uusia ruokia. Jenni Vaarno kertoi Turun yliopistossa käynnissä olevasta STEPS-tutkimuksesta (Hyvän kasvun avaimet), jossa tutkitaan laajasti lasten kehitykseen liittyviä terveydellisiä, psykologisia, taloudellisia, sosiaalisia ja kasvatuksellisia

asioita. Hän kuvasi vanhempien neofobian (varauksellisuus uusia ruokia kohtaan) yhteyttä uusien ruokien tarjoamiseen lapselle. Arja Lyytikäinen Jyväskylän yliopistosta kuvasi ruokatottumusten muutoksia Calex-tutkimukseen osallistuneiden tyttöjen kasvaessa 10-vuotiaista 18-vuotiaiksi. Tietyistä ruoista pitäminen oli vahvasti yhteydessä ruokien käyttöön ja kasvien kohdalla myös käytön lisääntymiseen ajan myötä. Jos Mojet Hollannista kuvasi makuaiestimusten muutosten, muistin ja oppimisen vaikutuksia iäkkäiden makumieltymyksiin. Ruokaan kohdistuvat ennako-odotukset ovat merkittävä tekijä arvioidessamme syömämme ruuan miellyttävyyttä.

Yksi posteresityksistä oli omistettu tanskalaisen Steno-keskuksen projektin esittelylle. Steno Health Promotion Center (www.steno.dk) on Steno Diabeteskeskuksen yhteyteen perustettu tutkimus- ja kehitysorganisaatio, joka pyrkii yhdistämään humanistista tutkimusta perinteiseen lääketieteelliseen tutkimukseen ja löytämään sekä tuoreita että eri näkökulmia yhdistäviä tieteellisiä ja käytännön työkaluja terveyden edistämisen haasteisiin. Työtä tehdään kolmella osa-alueella: terveyden edistäminen, ehkäiseminen ja potilashoito. Posteriessio kohdistui lähinnä jälkimmäiseen osa-alueeseen. Ulla Møller Hansen esitteli tutkimusta, jossa oli laadullisten tutkimusmenetelmien avulla pyritty hahmottamaan, mitä potilaat itse odottavat ohjaukselta. Odotukset kiteytyivät neljään aihealueeseen: elämän huomioiminen kokonaisuutena, ei pelkän sairauden kautta; mahdollisuuksien ja haasteiden selkiyttäminen; asioiden fiksi aikataulutaminen ja yhteys muihin ihmisiin. Gitte Englund puolestaan esitteli pilottitestausvaiheen läpikäyneitä innovatiivisia vuorovaikutuksen välineitä. Session osallistujilla oli mahdollisuus pai-

kan päällä myös nähdä konkreettisesti kehitettyjä työkaluja, jotka vaikuttivat varsin toimivilta. Kuva-, teksti- ja kysymysmateriaalien tarkoituksena on helpottaa potilaita sanallistamaan, jakamaan ja reflektimaan omia kokemuksiaan. Steno-kehitystyössä keskeistä on potilaan näkeminen aktiivisena ohjauksen osapuolena. Jane Voigt kertoi vielä ammattilaisten ohjaustaitovaatimuksia kartoittaneesta osatutkimuksesta. Monipuolisen aineiston avulla ammattilainen kuvattiin jonglöörinä, joka tasapainoilee neljän erilaisen roolin välillä. Vapaasti suomennettuna roolit olivat empaattinen ohjaaja (embracer), asioiden mahdollistaja (facilitator), terveystiedon kääntäjä (translator) ja inspiraattori (initiator).

Ferenc Bojanin mukaan nimettyyn nuorten tutkijoiden kilpailuun oli valittu kuusi alle 35-vuotiaasta tutkijaa, joiden abstraktit olivat saaneet parhaimmat pisteet. Suomi oli kisassa erittäin hienosti edustettuna, sillä mukaan olivat päässeet Noora Berg, Taina Leinonen ja Aino Salonsalmi. Sessiossa painotettiin eläköitymistä ennustavat tekijät. Lisäksi käsiteltiin alkoholin humalahakuista juomista, kulttuurikonkreetin huomioivia diabetesinterventioita sekä naapurustotekijöiden yhteyttä itse raportoituun terveyteen. Paikalla oli esityksiä arvioimassa neljän tuomarin arvovaltainen raati, johon kuuluivat Arja Aro ja Torben Jørgensen Tanskasta, Julian Mamo Maltalta sekä Helmut Brand Alankomaista.

Ennen kansanterveyskokouksen varsinaisen ohjelman alkua järjestettiin useita lyhyempiä kokouksia. EUPHA:n hallintoneuvosto (Governing Council) kokoontui torstaiaamuna kokoukseen, jossa saatiin päätökseen monivuotinen hallinnon uudistus, jossa muun muassa hallintoneuvoston nimi vaihtui Governing Boardiksi. Aikaisemman yksivuotisen presidentti-

kauden sijasta presidenttikausi kestää nykyisin kolme vuotta. EUPHA:n presidenttinä jatkaa Walter Ricciardi Italiasta. EUPHA:n kasvun myötä myös hallintoneuvoston jäsenten lukumäärää on tullut tarpeen vähentää. Yhteensä EUPHA:n sateenvarjoidistyksen alla toimii 43 eri kansanterveysjärjestöä 36 eri maasta. Kustakin maasta yksi henkilö (aikaisemman kahden edustajan sijasta) toimii neuvoston jäsenenä. Sosiaalilääketieteen yhdistystä edustaa seuraavat kolme vuotta Hannamaria Kuusio THL:stä.

Jäsenistön näkökulmasta EUPHA:n toiminta keskittyy paljon jaoksiin, joiden lukumäärä on nykyisellään 20. Tämän vuoden kokouksessa hyväksyttiin kaksi uutta jaosta (Section on Health Impact Assessment ja Section on Public Health Monitoring and Reporting). Jaokset järjestävät pre-konferenssien ja työpajojen lisäksi vuosikokouksen, jotka ovat kaikille osallistujille avoimia tapahtumia. EUPHA vastaa myös EU:n rahoittamasta PHIRE-hankkeesta (Public Health Innovation and Research in Europe), joka kartoittaa eri maiden kansanterveyden tutkimusta ja innovaatiotoimintaa Euroopassa.

Maailman kansanterveysjärjestöjen liitto (WFPHA), jonka jäsen Sosiaalilääketieteen yhdistyskin on, esitteli kokouksessa uusia toimintalinjojaan. Jäsenjärjestöjen kyselyn perusteella on linjattu, että jatkossa WFPHA keskittyy ympäristöterveyteen, terveyden tasa-arvoon, terveyskoulutukseen ja tupakan vastaiseen toimintaan. Tämän lisäksi tuetaan erityisesti kehittyvien maiden kansanterveystoimintaa, mm. perustamalla Afrikan ja Tyynenmeren alueen alueelliset järjestöt. Seuraava WFPHA-kokous järjestetäänkin Afrikassa, Addis Abebassa huhtikuun viimeisellä viikolla. Euroopan maiden kanssa tehdään yhteistyötä päällekkäisyyksien välttämiseksi.

Seuraava Euroopan kansanterveyskonferenssi järjestetään 7.–10. 11.2012 St. Julienissa, Maltalla. Monet osallistujat merkitsivätkin jo kalentereihin Välimeren auringossa järjestettävän kokouksen. Abstraktien jättöaika päättyy vapunpäivänä 2012. Lisätietoja saa EUPHA:n kotisivulta (www.eupha.org), josta löytää tietoa myös Maltaan jälkeisistä kokouksista vuonna 2013 Brysselissä, 2014 Glasgow'ssa ja 2015 Milanossa.

NIINA METSÄ-SIMOLA
VTM, DI, tutkija
Helsingin yliopisto
Sosiaalitieteiden laitos

TAINA LEINONEN
VTM, tutkija
Helsingin yliopisto
Sosiaalitieteiden laitos

SANNA TALVIA
ETM, KM, ravitsemustutkija
Turun yliopisto
Sydäntutkimuskeskus

ILMO KESKIMÄKI
LT, Tutkimusprofessori
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Sosiaali- ja terveyspalvelut

HANNAMARIA KUUSIO
FM, Th, tutkija
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Palvelujärjestelmän
tutkimusyksikkö

MIKA GISSLER
FT, VTM
Tutkimusprofessori
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Professori
Pohjoismainen
kansanterveystieteen
korkeakoulu
Göteborg