

TERVEYDEN EDISTÄMISEN TUTKIMUSOHJELMA  
(TERVE)

HEALTH PROMOTION RESEARCH PROGRAMME

**Ohjelmamuistio**  
**Programme Memorandum**

HELSINKI 2000

ISBN 951-715-348-1

# SISÄLLYS

| 3

1 JOHDANTO .....	5
2 TUTKIMUSOHJELMAN TAVOITE .....	7
3 SUOMALAISTEN TERVEYS .....	8
4 TERVEYDEN EDISTÄMISEN ARVOT JA ARVIOINTI .....	10
5 TERVEYDEN EDISTÄMISEN HAASTEET .....	11
5.1 Terveysteen vaikuttavat politiikat .....	12
5.2 Palvelujärjestelmät .....	13
5.3 Terveyserot .....	13
5.4 Lähiyhteisöt .....	14
5.5 Interventiotutkimukset .....	14
6 TUTKIMUSOHJELMAN TOTEUTTAMINEN .....	15
Aiehaku .....	16
Yksittäinen aiehakemus .....	17
Konsortion aiehakemus .....	17
Varsinainen haku .....	19
Yksittäisen tutkimusryhmän hakemus .....	19
Konsortion hakemus .....	20

# CONTENTS

1 INTRODUCTION .....	25
2 OBJECTIVES OF THE RESEARCH PROGRAMME .....	27
3 HEALTH IN FINLAND .....	28
4 VALUES AND EVALUATION OF HEALTH PROMOTION .....	30
5 CHALLENGES FOR HEALTH PROMOTION .....	32
5.1 Policies influencing health .....	33
5.2 Service systems .....	34
5.3 Health differences .....	34
5.4 Immediate communities .....	35
5.5 Intervention studies .....	35
6 IMPLEMENTATION OF THE PROGRAMME .....	36
Plan of intent .....	38
Individual plan of intent .....	38
Consortium plan of intent .....	39
Applications proper .....	40
Individual application .....	40
Consortium application .....	41



# 1 JOHDANTO

Terveyden edistäminen on sellaista tavoitteellista toimintaa, joka tähtää mahdollisimman hyvien edellytysten luomiseen yksilöiden, väestön ja sen osaryhmien terveyden toteutumiseksi. Tällöin terveydellä ymmärretään paitsi sairauden puuttumista myös fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia ja toimintakykyä. Terveyden edistämisen päämääräksi voidaan nähdä mm. sellaiset mitattavissa olevat tekijät kuin terveen eliniän piteneminen, odotettavissa olevan elämänlaadun paraneminen sekä väestöryhmien erojen pieneneminen terveyden eri ulottuvuuksilla.

Terveyden edistämisen keinoja ovat sellaiset terveyst- ja muut yhteiskuntapoliittiset ratkaisut, joiden avulla parannetaan yksilöiden ja yhteisöjen mahdollisuuksia terveyden saavuttamiseen. Terveyden edistämisen tutkimuksessa pyritään joko arvioimaan perustellusti terveyden edistämisen keinojen vaikuttavuutta tai tämän lisäksi myös luomaan tieteellisesti perusteltu keinovalikoima, jota sitten koetellaan selvittäen sekä prosessi- että lopputuloksia.

Terveyden edistämisen tutkimus on arvosidonnaista mutta ei yksiarvoista tutkimusta. Se etsii terveyden determinanteja ja keinoja terveyden saavuttamiseksi ja kysyy annetun päämäärän tarkempaa sisältöä ja sen saavuttamiseksi ehdotettujen keinojen tehokkuutta ja sosiaalista sekä eettistä hyväksyttävyyttä. Tutkimus kohdistuu myös terveyden edistämisen menetelmiin ja niiden vaikutusten arviointiin. Terveyden edistämisen tutkimus on välttämättä myös aidosti monitieteistä tutkimusta. Parhaimmillaan siinä integroituvat eri alojen lähestymistavat ja tutkimusmenetelmät.

Valtioneuvoston asettama Kansanterveyden neuvottelukunta on valmistellut Terveyttä kaikille 21 -ohjelmaa, joka on jatkoa Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelmalle ja perustuu maailman terveysjärjestö WHO:n vastaaviin maailmanlaajuisiin ohjelmiin. TK 21 -ohjelma toi-

mii laajana kehiksenä yhteiskunnan eri osa-alueilla kehitettävälle terveyden edistämiseksi. Terveysten edistämisen tutkimusohjelma perustuu TK 21 -ohjelmassa esitettyihin lähtökohtiin. Ohjelma liittyy EU:n viidennen puiteohjelman temaattiseen ohjelmaan "Elämänlaatu ja luonnonvarojen hallinta".

Useissa jo käynnistetyissä Suomen Akatemian tutkimusohjelmissa on liittymäkohtia Terveysten edistämisen tutkimusohjelmaan. Tällaisia ovat esimerkiksi Väestöryhmien väliset terveys- ja muut hyvinvointierot (TERO), Ympäristöterveyden (SYTTY) ja Ikääntymisen tutkimusohjelmat. Suomen Akatemia kiinnittää lisäksi huomiota infektio- tautien ja huumeriippuvuuden ongelma-alueisiin. Näiltä alueilta toivotaan hakemuksia ohjelmaan. Terveysten edistämisen tutkimusohjelma pyrkii kokonaisvaltaiseen lähestymiseen, johon edellä mainittujen ohjelmien aihealueet monessa suhteessa sisältyvät.

Suomen Akatemian hallitus nimitti ohjelman valmistelua varten ohjelmaryhmän, jonka toimikausi päättyy 31.12.2000. Ohjelmaryhmän puheenjohtajana on toiminut professori Matti Hakama, varapuheenjohtajana professori Hilka Riihimäki terveyden tutkimuksen toimikunnasta ja jäsenenä dosentti Sirkka Keränen ympäristön ja luonnonvarojen tutkimuksen toimikunnasta\*, professori Marianne Nyström luonnontieteiden ja tekniikan tutkimuksen toimikunnasta, professori Seppo Sajama kulttuurin ja yhteiskunnan tutkimuksen toimikunnasta, professori Katri Vehviläinen-Julkunen terveyden tutkimuksen toimikunnasta, professori Marjo-Riitta Järvelin Oulun yliopistosta, johtaja Tapani Melkas sosiaali- ja terveysministeriöstä ja toiminnanjohtaja Harri Vertio Terveysten edistämisen keskukselta. Ohjelmaryhmän asiantuntijasihteerinä on toiminut ylilääkäri Matti Rautalahti Suomen Syöpäyhdistyksestä. Suomen Akatemian hallintovirastosta ohjelmaryhmän työskentelyyn ovat osallistuneet tiedesihteerit Katri Haila, Eeva Ikonen, Riitta Launonen ja Tellervo Rajas. Ohjelmaryhmän sihteerinä on toiminut tiedesihteerinä Anna Mattila.

Ohjelmaryhmän edustajat ovat keskustelleet ohjelman sisällöstä, toteuttamisesta ja resurssoinnista eri sidosryhmien edustajien kanssa.

| 7

## 2 TUTKIMUSOHJELMAN TAVOITE

Tutkimusohjelman tavoitteena on etsiä keinoja ja kehittää menetelmiä kansakunnan ja kansalaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi mm. käyttäytymistieteellisen, yhteiskuntatieteellisen, ympäristötieteellisen, epidemiologisen sekä terveyttä edistävän teknologisen tutkimuksen avulla. Terveyden edistämisen tutkimuksen on vastattava tulevaisuuden haasteisiin ja ennakoitava tulevaa.

Tutkimusohjelman tehtävänä on tutkimuskohteita ja -aiheita ennakoimalla tunnistaa suuria yhteiskunnallisia muutoksia, löytää niistä terveyteen vaikuttavia tekijöitä – erityisesti sellaisia tekijöitä, joihin yksilön tai järjestelmän toimin voidaan vaikuttaa – ja lopuksi tehdä interventio- ja muita vaikuttavuustutkimuksia joko yksilötason tai yhteisötason keinoin. Tutkimusohjelmalla pyritään kehittämään terveyden edistämisen arvoihin kohdistuvaa ja käsitteellis-teoreettista tutkimusta.

Tutkimuspoliittisena tavoitteena on edistää tutkimusalojen välistä yhteistyötä. Tämä tapahtuu tukemalla olemassa olevia tutkimuskonsortioita ja edistämällä sellaisten syntymistä.

Suomessa on perinteisesti erinomaiset edellytykset väestöpohjaiselle tutkimukselle. Tietorekistereillä on maailmanlaajuisestikin erinomaista syvyyttä ja laajuutta. Ohjelma pyrkii hyödyntämään olemassa olevaa infrastruktuuria ja ennakoimaan terveyteen vaikuttavien muutosten edellyttämiä kehittämistarpeita.

Ohjelmassa edistetään tutkimuksen ja käytännön suhdetta. Projektirahoituksessa pyritään kattamaan koko innovaatioketju uusien terveyteen vaikuttavien tekijöitten ennakoimisesta ja tunnistamisesta uusiin toimintatapoihin ja tekniikoihin.

Ohjelmassa kiinnitetään huomiota myös tutkijankoulutukseen. Ohjelmaa tullaan arvioimaan sekä sen tieteellisten tulosten perusteella tieteen sisäisin arviointikriteerein että sen potentiaalisten ihmisten terveyteen kohdistuvien vaikutusten perusteella.

### 3 SUOMALAISTEN TERVEYS

Suomalaisten terveys on parantunut huomattavasti viime vuosikymmeninä. Kaksi kolmesta työikäisestä suomalaisesta pitää terveyttään hyvänä tai melko hyvänä. Huonoksi tai melko huonoksi arvioi terveytensä noin 2 % 15-24 -vuotiaista, vajaa 15 % eläkeikää lähestyvistä ja alle kolmasosa 80-84 -vuotiaista. Muissa Pohjoismaissa kansalaisten koettu terveydentila näyttää olevan hieman parempi kuin Suomessa. Kansanterveyslaitoksen aikuisväestön terveyskäyttämiskyselyjen mukaan vuonna 1997 55-64 -vuotiaista miehistä 58 % ja naisista 50 % arvioi kykenevänsä juoksemaan yli puolen kilometrin matkan, kun 1980-luvun alussa vastaavat osuudet olivat 35 % ja 24 %.

Kansanterveyden suotuisa yleiskehitys ilmenee myös ihmisten subjektiivisissa kokemuksissa. Etenkin keski-ikäisten koettu terveydentila on selvästi parempi kuin 1970-luvulla. Myönteinen kehitys ilmenee myös eläkeikäisillä. Tavallisista päivittäistoimista suoriutuvien osuus on suurentunut useimmissa ikäryhmissä. Finriski 97 -senioritutkimuksen (1997) ja Mini-Suomi -tutkimuksen (1978–1980) tulosten mukaan 65-74 -vuotiaiden liikkumiskyky, itsestä ja kodista huolehtiminen, näkö ja kuulo sekä psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky olisivat selvästi kohentuneet 20 vuodessa. Vakavasti toimintarajoitteisten ja apua tarvitsevien kansalaisten lukumäärä tulee kuitenkin väistämättä kasvamaan väestön ikärakenteen vanhenemisen takia.

Monet sairauksien ja tapaturmien aiheuttamat toimintakyvyn rajoitukset ovat viime vuosikymmeninä harvinaistuneet. Myönteinen kehitys johtuu osaksi työ- ja elinolojen kohentumisesta, jolloin monista



tehtävistä suoriudutaan vajaammalla toimintakyvyllä kuin aiemmin. Suotuisa kehitys näkyy kuitenkin myös sellaisissa tehtävissä, joihin ulkoiset olosuhteet eivät vaikuta.

Työikäisillä tärkeä toimintakyvyn ulottuvuus on suoriutuminen ansiotyöstä. Työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osuus alle 55-vuotiaista työikäisistä on pienentynyt 1970-luvun puolivälin jälkeen noin viidenneksellä. Mielenterveyden häiriöt ovat nousseet 1990-luvulla suurimmaksi eläkkeelle siirtymistä ja pitkäaikaista työkyvyttömyyttä aiheuttavaksi sairausryhmäksi.

Vuonna 1998 suomalaisten naisten keskimääräinen elinaika oli 80,8 vuotta ja miesten 73,5 vuotta. Naisten elinaika on pidentynyt 1970-luvun alusta 6 ja miesten yli 7 vuotta. Miesten elinajan odote on enää noin yhden vuoden lyhyempi kuin Euroopan unionissa keskimäärin ja naisten elinajan odote on yli EU:n keskitason. Elinajan odotteen piteneminen johtuu kuolleisuuden pienentymisestä kaikissa ikäryhmissä.

1980-luvun lopulla Suomessa, Ruotsissa ja Norjassa tehdyissä elinolutkimuksissa ei pitkäaikaissairastavuudessa todettu maiden välillä eroja: hieman yli 40 % 16-84 -vuotiaista vastaajista ilmoitti ainakin yhden pitkäaikaissairauden. Haittaava pitkäaikaissairastavuus oli kuitenkin yleisempää Suomessa (naiset 35 %, miehet 28 %) kuin Ruotsissa (naiset 27 %, miehet 21 %). Erittäin haittaava pitkäaikaissairastavuus oli samalla tasolla kaikissa kolmessa maassa.

Sekä Kelan terveyshaastattelujen että Tilastokeskuksen elinolutkimusten mukaan jotakin pitkäaikaissairautta sairastavien osuus on suurentunut 1980-luvun jälkipuoliskolta 1990-luvun puoliväliin nuoris- ja ikäryhmissä, mutta keski-ikäisillä ja iäkkäillä säilynyt ennallaan.

Suomalaisten terveys on monien osoittimien mukaan olennaisesti kohentunut. Väestöryhmien väliset terveyserot eivät sen sijaan ole pienentyneet. Sukupuolten, asuinalueiden, sosioekonomisten ryhmien ja siviilisäätyryhmien välillä on edelleen huomattavia eroja. Sosioekonomiset ja sukupuolten väliset kuolleisuuserot ovat Suomessa suuremmat kuin useimmissa Länsi-Euroopan maissa.

## 4 TERVEYDEN EDISTÄMISEN ARVOT JA ARVIOINTI

Vaikka terveyden tutkimus on lähtökohtaisesti terveyden arvoon sidottua, sitä ei voida sitoa yhteen terveydelle annettuun ahtaaseen tulkintaan, koska terveystieteet vaihtelevat ajasta ja kulttuurista toiseen. Siitä huolimatta, että kaikkialla ja kaikkina aikoina lähtökohtana ja ylimpänä arvona on terveys, terveystieteiden suuntaviivoja luotaessa ei pidä unohtaa sen kehyksiä eli yksilön hyvän elämän sovittamista yhteen muiden ihmisten hyvän elämän kanssa ja ympäristön ja talouden asettamien vaatimusten kanssa.

Terveyden edistämisen tutkimuksessa käytetään erilaisia vaikuttavuuden mittareita. Nämä voidaan karkeasti jakaa lyhytaikaisia vaikutuksia ja pitkäaikaisia vaikutuksia mittaaviin. Terveyden edistämisen kannalta aika ja toiminnan laajuus ovat ongelmallisia. Suhteellisen lyhyissä ja pienissä interventiotutkimuksissa tulostuloksiksi valitut päätetilat saattavat osoittaa vaikuttavuutta. Siirrettäessä tällaisten tutkimusten tuloksia käyttöön oikeassa elämässä, toiminnan tulokset voivat näkyä ihmisten terveydentilassa vasta vuosien ja vuosikymmenten kuluttua ja etenkin laajoihin väestöryhmiin liittyvissä toimituksissa suoraa syy-seuraussuhdetta on usein hankala todentaa pitävästi. Se, että terveyden edistämisen viimeisten vuosien aikana painotettu näytön merkitystä, on osaltaan vaikuttanut siihen että laajojen kokonaisuuksien arvioinnin sijaan on paneuduttu yksittäisten interventioiden arviointiin. Terveystieteiden vaikuttavien tekijöiden osalta vaikuttavuuden arviointi vaatii tarkastelua suhteessa yhteiskuntapolitiikan kokonaisuuteen, arvopohjaan ja aikaan.

Terveyden edistämisen päämääristä on helpompi päästä yksimielisyyteen kuin niistä keinoista, joilla näihin päämääriin pyritään. Toiminnan vaikuttavuuden arvioinnissa käytetyt menetelmät riippuvat toisaalta

sekä päämääristä että keinoista eli toiminnan sisällöstä. Keinoihin liittyviä näkökohtia, jotka usein sivuutetaan arvioinnissa, ovat esimerkiksi kustannukset ja toiminnan sovellettavuus laajassa mitassa. Koska terveyden edistäminen on parhaimmillaan synergistinen valikoima erilaista toimintaa, on sen vaikuttavuuden arvioinnissakin käytettävä vastaavasti valikoimaa erilaisia, kyseisiin toimintoihin sopivia keinoja.

Vaikuttavuuden arviointi on kiinteä osa toiminnan suunnittelua. Terveyden edistämiseen tähtävällä toiminnalla on parhaat onnistumisen mahdollisuudet, jos se perustuu tutkimustietoon, esim. epidemiologiseen, käyttäytymistieteelliseen tai yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen, perusteltuun teoreettiseen viitekehykseen, ongelman kannalta relevantteihin menetelmiin ja riittäviin voimavaroihin. Interventioiden on myös oltava riittävän suuria ja pitkäkestoisia, jotta tutkittavalla vaikutuksella on edes mahdollisuuksia erottua yhteiskunnassa tapahtuvista yleisistä muutoksista.

Terveyden edistämisen arviointi voi myös perustua ennalta sovitujen, toiminnan eri osat kattavien kriteerien käyttöön. Suomessa Terveyden edistämisen keskus on laatinut kriteerit laadukkaalle terveyden edistämistoiminnalle (<http://www.health.fi/paihde/hanketyokalut/laatukriteerit.html>).

Terveyden edistämisen keskus ja sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö ovat yhteistyössä luomassa vastaavaa kriteeristöä terveyden edistämisen tutkimukseen.

## 5 TERVEYDEN EDISTÄMISEN HAASTEET

Suomalaisten terveyden myönteisen kehityssuunnan jatkuminen edellyttää toteutettujen terveyttä edistävien toimenpiteiden jatkamista ja tehostamista sekä uusia ratkaisuja väestön elinolojen, terveystieteiden ja terveydenhuollon kehittämiseksi.

tottumusten sekä terveyspalvelujen parantamiseksi.

Terveyteen myönteisesti vaikuttavien elintapojen edistäminen on kansanterveyden kohentamisen tärkein keino. Tavoitteeseen ei päästä yksin yksilöön suuntautuvilla valistus- ja muilla vastaavilla toimenpiteillä. Työ-, asuin- ja vapaa-ajan ympäristön muokkaaminen terveyttä ja siihen myönteisesti vaikuttavia elintapoja edistäviksi on yksi terveyttä edistävän yhteiskuntapolitiikan tärkeimmistä keinoista.

TK 21 -ohjelmassa terveyteen vaikuttamisen tavat ja keinot jäsennetään sekä elinkaaren että toimintakenttien mukaan. Elinkaari-ajattelussa terveyden edistämistä tarkastellaan eri ikäkausille ominaisten tarpeiden, uhkien ja mahdollisuuksien näkökulmasta. Toimintakentät on määritelty toiminnallisten elinympäristöjen ja keskeisten toimijoiden näkökulmasta. Toimintakenttiä ovat koti-, asuin- ja lähiympäristö, kunta, koulu, työelämä, elinkeinoelämä, kulutus, vapaa-aika, media ja järjestöt.

Terveyden edistämisen tutkimuksessa on Suomessa tiettyjä keskeisiä alueita, jotka on tässä ryhmitelty viiteen pääryhmään. Tutkimusohjelman kannalta ne eivät ole rajauksia, vaan lähinnä esimerkkejä tutkimusalueista, joiden resurssointi on perusteltua. Suomessa on pitkään ja tuloksellisesti tutkittu terveyttä uhkaavia altisteita ja käyttäytymistä ja sairauksien riskiä lisääviä tekijöitä. Meillä on myös tehty laajojakin interventioita, joilla on vähennetty sairauksien vaaratekijöitä ja siten myös sairastuvuutta. Tässä ohjelmassa painotetaan tutkimusta, jonka näkökulmana on, miten tukea ja edistää terveyttä ja toimintakykyä.

## 5.1 TERVEYTEEN VAIKUTTAVAT POLITIIKAT

Eritasoisten ja -laajuisten, kuten yksilö-, yhteisö- ja yhteiskuntatason terveyteen vaikuttavien, strategisten ratkaisujen tutkimus on hyvin

keskeisessä asemassa mm. perusteltaessa yhteiskunnallisia investointeja. Erityisesti tarvitaan monitieteistä tutkimusta, kuten yhteiskuntatieteellisen, terveystaloustieteellisen ja lääketieteellisen tutkimuksen yhdistelmiä. On myös tärkeää arvioida sellaisia terveyttä tukevia, ympäristöpoliittisia lähestymistapoja, jotka kokonaisvaltaisesti ottavat huomioon asumisen, liikenteen ja kestävä kehityksen tarpeet.

Kansainväliset terveyteen vaikuttavat politiikat ovat yhä merkittävämpiä. Suomella on erityinen kiinnostus lähialueilla toteutettaviin politiikkoihin.

## 5.2 PALVELUJÄRJESTELMÄT

Terveyttä tukevien ja ongelmia ehkäisevien palveluiden järjestäminen on yksi tulevaisuuden haasteista palvelujärjestelmälle. Syntyvyys on pienentynyt ja samanaikaisesti vastasyntyneen elinajan odote on pidentynyt. Vanhusväestön määrä ja suhteellinen osuus kasvaa, lisäksi eläkeläisenä vietetty aika pitenee. Väestön vanheneminen nostaa esiin uusia terveyshaasteita.

## 5.3 TERVEYSEROT

Väestöryhmien väliset terveyserot ovat keskeinen yhteiskunnallinen ongelma. Ilman toimivia ratkaisuja tilanne lisää ainakin joidenkin ryhmien syrjäytymisen vaaraa ja kiihdyttää varhaista eläkkeelle siirtymistä. Terveyserojen mekanismeista, determinanteista ja vähentämisen keinoista ei ole riittävästi tietoa interventioden tai strategisten ratkaisujen perustaksi. Tutkimusta ei myöskään ole tehty riittävästi pysyvästi vajaakuntoisten ja vammaisten käytettävissä olevaan toimintakykyyn ja toimintaedellytyksiin vaikuttavista tekijöistä.

Lähes kaikki ihmiset elävät erilaisten ryhmien vaikutuspiirissä kuten perheen, koululuokan, työtovereiden ja harrastusryhmien. Terveyden ja sen edistämisen kannalta nämä ryhmät ovat usein hyvin tärkeitä. Tarvitaan kuitenkin lisää tietoa tällaisten lähiyhteisöjen vaikutuksista yksilöihin ja yksilöiden vaikutuksista niihin, yksilöiden toimintarajoista ryhmien puitteissa ja ryhmät huomioivista ja ryhmiä hyödyntävistä interventiomahdollisuuksista. Esimerkiksi millainen on psykososiaalisesti terveyttä tukeva työympäristö ja miten työelämän suhteet ja työyhteisön hyvinvointi vaikuttavat yksilön työkyvyn ylläpitoon. Samoin lasten ja nuorten olosuhteet vaikuttavat ratkaisevasti elintapavalintoihin ja terveyteen.

## 5.5 INTERVENTIOTUTKIMUKSET

Erikokoisia ja -pituisia interventiotutkimuksia on Suomessa tehty jo useiden vuosikymmenien ajan. Yhteiskunnallisen ja yhteisöllisen kehityksen huomioivia, kokeilevia ohjelmia tarvitaan kuitenkin koko ajan jo pelkästään menetelmien parantamiseksi. Terveysvaaroihin liittyvä tutkimus on meillä perinteisen vahvaa, mutta selvästi enemmän pitäisi panostaa esim. terveys- ja hyvinvointiosoittimien tutkimiseen ja psykososiaaliseen epidemiologiaan.

Terveyden edistämisen kannalta on yhä tärkeämpää tuntee interventiokehitykset, jotta toiminta voitaisiin suunnata tehokkaasti. Keskeisiä kehittämisalueita ovat myös vuorovaikutuksen lisääminen toiminnan kohteiden kanssa, esim. nuorten osallistuminen toiminnan suunnitteluun ja toteutukseen, ja paikallisuuden hyödyntäminen. Vuorovaikutuksellisuus on keskeinen elementti myös esimerkiksi hyvinvointikeskustelussa terveydenhuollon ammattilaisen ja asiakkaan

välillä. Tätä menetelmää, jossa pyritään virittämään prosesseja neuvonnan sijaan, on tutkittu vähän.

| 15

Yksilö- ja ryhmätasoiset terveysasenteet ovat ratkaisevia terveyden edistämisen onnistumiselle. Ne ovat myös yksi toiminnan kohde. Terveysasenteisiin voidaan vaikuttaa mm. terveystiedon opetuksella, jonka sisällön ja menetelmien arviointi on tärkeää. Toisaalta tiedon ja tulkintakyvyn tai -halukkuuden välillä vallitsee usein selvä epäsuhta, jonka syistä ei ole riittävästi tutkimustietoa.

Teknologian nopea kehitys antaa terveyden edistämiseenkin uusia potentiaalisia menetelmiä, mutta sisällön tutkimusta ja kehittämistyötä ei juurikaan ole tehty.

## 6 TUTKIMUSOHJELMAN TOTEUTTAMINEN

Terveyden edistämisen tutkimusohjelma on kolmivuotinen ja ajoittuu vuosille 2001-2004. Hankkeiden rahoitus voi alkaa aikaisintaan syyskuussa 2001. Ohjelma on Suomen Akatemian koordinoima ja sen toteuttavat Suomen Akatemia (terveyden tutkimuksen toimikunta, kulttuurin ja yhteiskunnan tutkimuksen toimikunta, luonnontieteiden ja tekniikan tutkimuksen toimikunta, ympäristön ja luonnonvarojen tutkimuksen toimikunta\*), ja liikenne- ja viestintäministeriö, sosiaali- ja terveysministeriö, ympäristöministeriö, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos, Työsuojelurahasto ja Yrjö Jahnessonin säätiö. Suomen Akatemian hallitus on varannut vuoden 2001 toimintasuunnitelmassa ohjelman rahoitukseen 29,2 Mmk. Tutkimusohjelman haku on kaksivaiheinen.

Tutkimusmäärärahaa voivat hakea yksittäiset tutkimusryhmät tai tutkimusryhmien muodostamat konsortiot. Yksittäisessä hankkeessa on yksi hankesuunnitelma ja yksi vastuullinen johtaja. Tähän luokkaan

16 | voi kuulua mm. monikeskustutkimukset. Konsortio koostuu kahdesta tai useammasta toisiaan tukevasta hankkeesta, joilla on yhteiset tavoitteet ja yhteinen tutkimussuunnitelma. Konsortion johtaja koordinoi konsortiokokonaisuutta. Konsortion muodostamat osahankkeet rahoitetaan kukin omina hankkeinaan, mutta konsortio toimii kokonaisuutena edistäen eri toiminta- ja tutkimusalojen välistä vuorovaikutusta. Hankkeissa voi olla osallisina ulkomaisia tutkimusryhmiä, mutta Suomen Akatemia vastaa pääasiassa vain Suomessa työskentelevien tutkimusryhmien sekä ulkomailla tutkijankoulutuksessa olevien suomalaistutkijoiden kustannuksista.

Hankkeiden arviointi perustuu seuraaviin kriteereihin:

- Yhteensopivuus tutkimusohjelman tavoitteiden kanssa
- Hakijan/tutkimusryhmän pätevyys
- Tutkimussuunnitelman tieteellinen laatu ja innovatiivisuus
- Tutkimussuunnitelman toteuttamiskelpoisuus
- Tieteenalojen väliset yhteydet ja monitieteisyys
- Kansalliset ja kansainväliset yhteydet
- Tutkimuksen merkitys tutkijankoulutukselle ja tutkimusympäristön kehittämiseksi
- Tutkimuksen merkitys sovellutusten ja tulosten käyttäjän kannalta

## AIEHAKU

Aiehaku päättyy **31.1.2001 klo 16.15.**



Aiehakemus laaditaan Suomen Akatemian hakulomakkeelle (SA 1.2000E) ja etusivulle merkitään tutkimusohjelman tunnus ”Terve”. Suositeltava kieli on englanti, mutta hakemuksen voi laatia myös suomeksi tai ruotsiksi. Lomake täytetään ohjeiden mukaisesti soveltuvin osin. Hakulomakkeessa mainittuja liitteitä ei tarvita, mutta liitteiksi pyydetään:

1) Korkeintaan neljän sivun mittainen tutkimussuunnitelma. Tutkimussuunnitelmasta tulee ilmetä tutkimuksen tavoitteet, tärkeimmät menetelmät, tekijät ja resurssit, yhteydet kansalliseen ja kansainväliseen tutkimukseen, hankkeen yhteydessä tapahtuva tutkijakoulutus sekä alustava budjetti.

2) Akatemian hakuohjeiden mukainen hankkeen vastuullisen johtajan korkeintaan kolmen sivun mittainen ansioluettelo, joka sisältää luettelon enintään 10 tutkimusaiheen kannalta tärkeimmästä julkaisusta.

Hakulomakkeet liitteineen toimitetaan 25 kappaleena Suomen Akatemian kirjaamoon.

KONSORTION AIEHAKEMUS

---

Aiehakemus laaditaan Suomen Akatemian hakulomakkeelle (SA 1.2000E) ja etusivulle merkitään tutkimusohjelman tunnus ”Terve”. Suositeltava kieli on englanti, mutta hakemuksen voi laatia myös suomeksi tai ruotsiksi. Kukin konsortion osapuoli täyttää hakulomakkeen oman osaprojektinsa osalta ja konsortion johtaja lisäksi koko konsortion osalta. Tutkimussuunnitelmia laaditaan vain yksi. Lomake täytetään ohjeiden mukaisesti soveltuvin osin. Hakulomakkeessa mainittuja liitteitä ei tarvita, mutta liitteiksi pyydetään:

1) Korkeintaan neljän sivun mittainen tutkimussuunnitelma. Tutkimussuunnitelmasta tulee ilmetä tutkimuksen tavoitteet, tärkeimmät menetelmät, tekijät ja resurssit, yhteydet kansalliseen ja kansainväliseen tutkimukseen, hankkeen yhteydessä tapahtuva tutkijakoulutus sekä alustava budjetti. Tutkimussuunnitelmasta tulee ilmetä omina otsikoina konsortion kaikkien osapuolien osuudet työn suorittamisessa sekä hankeyhteistyön toiminta kokonaisuutena sekä siitä saatava lisäarvo. Koko konsortion vastuullisen johtajan sekä kunkin tutkimusryhmän vastuullisen johtajan tulee allekirjoittaa yhteinen tutkimussuunnitelma.

2) Kunkin rahoitusta hakevan tutkimusryhmän korkeintaan yhden liuskan mittainen esittely.

3) Akatemian hakuohjeiden mukainen kunkin tutkimusryhmän vastuullisen johtajan korkeintaan kolmen sivun mittainen ansioluettelo, joka sisältää luettelon enintään 10 tutkimusaiheen kannalta tärkeimmästä julkaisusta.

Liitteet 1–2 liitetään konsortion yhteiseen hakulomakkeeseen ja liite 3 kunkin tutkimusryhmän vastuullisen johtajan hakulomakkeeseen. Hakulomakkeet liitteineen toimitetaan Suomen Akatemian kirjaamoon lajiteltuina 25 kappaleena (yhtenä lähetyksenä).

Aihakemusten perusteella rahoittajien edustajista koottu ohjelmaryhmä tekee ehdotuksen niistä hankkeista, joilta pyydetään varsinaiset hakemukset tutkimussuunnitelmineen. Päätöksen jatkoon pääsevistä Akatemian rahoitusta hakevista hankkeista tekee Suomen Akatemian hallituksen asettama jaosto, joka koostuu tieteellisten toimikuntien jäsenistä. Hankkeiden tai konsortioiden vastuullisille johtajille ilmoitetaan kirjallisesti jaoston päätöksestä. Kirjeessä ilmoitetaan, mikäli hakijaa pyydetään osoittamaan hakemuksensa suoraan myös jollekin ohjelman toiselle rahoittajalle.

Varsinainen haku päättyy **27.4.2001 klo 16.15**.

YKSITTÄISEN TUTKIMUSRYHMÄN HAKEMUS

---

Hakemus laaditaan englanniksi Suomen Akatemian hakulomakkeelle (SA 1.2000E). Mukaan liitetään hakuohjeiden mukaiset liitteet. Hakulomakkeen etusivulle merkitään tutkimusohjelman tunnus ”Terve”. Tutkimussuunnitelman maksimipituus on 10 sivua. Tutkimussuunnitelmaan tulee lisäksi liittää erillinen enintään yhden sivun mittainen tiivistelmä. Tutkimussuunnitelmasta tulee ilmetä Akatemian yleisten hakuohjeiden mukaisesti tutkimuksen tausta, tavoitteet, tärkeimmät menetelmät, tekijät ja resurssit (sisältää tutkijankoulutuksen sekä kotimaisen ja kansainvälisen yhteistyön hankkeessa), odotettavissa olevat tutkimustulokset sekä hankkeen budjetti. Hakulomakkeet liitteineen toimitetaan Suomen Akatemian kirjaamoon 25 kappaleena.

Hakemuksen liitteet:

- 1) Tutkimussuunnitelman tiivistelmä
- 2) Tutkimussuunnitelma
- 3) Tutkimusraporttilomake erikseen jokaisesta tutkimuksen vastuuhenkilön johtamasta käynnissä olevasta, Akatemian rahoittamasta tutkimushankkeesta
- 4) Tutkimusraporttilomake erikseen jokaisesta tutkimuksen vastuuhenkilön johtamasta jo päättyneestä Akatemian rahoittamasta tutkimushankkeesta, josta ei ole vielä toimitettu loppuraporttia
- 5) Tutkimuksen vastuuhenkilön sekä niiden tutkijoiden, joiden palkkaukseen haetaan rahoitusta, ansio- ja julkaisuluettelot, mikäli tutkijoiden nimet ovat tiedossa
- 6) Jatko-opintoja suorittavien opintosuunnitelmien tiivistelmät

7) Eettisen toimikunnan tai koe-eläintoimikunnan lausunto, mikäli lausunto on aiheellinen

#### KONSORTION HAKEMUS

---

Hakemus laaditaan englanniksi Suomen Akatemian hakulomakkeelle (SA 1.2000E). Mukaan liitetään hakuohjeiden mukaiset liitteet. Hakulomakkeen etusivulle merkitään tutkimusohjelman tunnus ”Terve”. Konsortion vastuullinen johtaja ja tutkimusryhmien vastuulliset johtajat toimittavat täydellisen hakemuksen. Kukin konsortion osapuoli täyttää hakulomakkeen oman osaprojektinsa osalta ja konsortion johtaja lisäksi koko konsortion osalta. Tutkimussuunnitelmia laaditaan kuitenkin vain yksi. Tutkimussuunnitelman maksimipituus on 10 sivua. Tutkimussuunnitelmaan tulee liittää erillinen enintään yhden sivun mittainen tiivistelmä. Tutkimussuunnitelmasta tulee ilmetä Akatemian yleisten hakuohjeiden mukaisesti tutkimuksen tausta, tavoitteet, tärkeimmät menetelmät, tekijät ja resurssit (sisältää tutkijankoulutuksen sekä kotimaisen ja kansainvälisen yhteistyön hankkeessa), odotettavissa olevat tutkimustulokset sekä hankkeen budjetti. Tutkimussuunnitelmasta tulee ilmetä konsortion kaikkien osapuolien osuudet työn suorittamisessa, hankeyhteistyön toiminta kokonaisuutena sekä siitä saatava lisäarvo. Konsortion vastuullisen johtajan ja tutkimusryhmien vastuullisten johtajien tulee allekirjoittaa yhteinen tutkimussuunnitelma.

Hakemuksen liitteet:

- 1) Tutkimussuunnitelman tiivistelmä
- 2) Tutkimussuunnitelma
- 3) Rahoitusta hakevien tutkimusryhmien enintään yhden sivun mittainen kuvaus
- 4) Tutkimusraporttilomake erikseen jokaisesta tutkimuksen vastuu-

henkilön johtamasta käynnissä olevasta, Akatemian rahoittamasta tutkimushankkeesta

| 21

5) Tutkimusraporttilomake erikseen jokaisesta tutkimuksen vastuuhenkilön johtamasta jo päättyneestä Akatemian rahoittamasta tutkimushankkeesta, josta ei ole vielä toimitettu loppuraporttia

6) Tutkimuksen vastuuhenkilön sekä niiden tutkijoiden, joiden palkkaukseen haetaan rahoitusta, ansio- ja julkaisuluettelot, mikäli tutkijoiden nimet ovat tiedossa

7) Jatko-opintoja suorittavien opintosuunnitelmien tiivistelmät

8) Eettisen toimikunnan tai koe-eläintoimikunnan lausunto, mikäli lausunto on aiheellinen

Konsortion yhteiseen hakulomakkeeseen liitetään liitteet 1–3.

Kunkin tutkimusryhmän vastuullisen johtajan hakulomakkeeseen liitetään liitteet 4–8.

Hakulomakkeet liitteineen toimitetaan Suomen Akatemian kirjaamoon lajiteltuina 25 kappaleena (yhtenä lähetyksenä).

Tutkimusohjelman hakujulisteen, hakulomakkeita sekä Suomen Akatemian hakuoppaan saa Suomen Akatemian www-sivuilta osoitteesta <http://www.aka.fi> sekä Akatemian kirjaamosta, jonne myös hakemukset toimitetaan.

Akatemian yhteystiedot ovat:

PL 99, 00501 Helsinki

katuosoite Vilhonvuorenkatu 6

p. (09) 774 881

f. (09) 7748 8299

Tutkimusohjelman hakuun liittyviin kysymyksiin vastaavat:

Tiedesihteeri Anna Mattila  
(terveyden tutkimuksen yksikkö)  
puhelin (09) 7748 8285  
sähköposti [anna.mattila@aka.fi](mailto:anna.mattila@aka.fi)

Tiedesihteeri Tellervo Raijas  
(terveyden tutkimuksen yksikkö)  
puhelin (09) 7748 8245  
sähköposti [tellervo.raijjas@aka.fi](mailto:tellervo.raijjas@aka.fi)

Tiedesihteeri Katri Haila  
(ympäristön ja luonnonvarojen tutkimuksen yksikkö\*)  
puhelin (09) 7748 8216  
sähköposti [katri.haila@aka.fi](mailto:katri.haila@aka.fi)

Tiedesihteeri Eeva Ikonen  
(luonnontieteiden ja tekniikan tutkimuksen yksikkö)  
puhelin (09) 7748 8233  
sähköposti [eeva.ikonen@aka.fi](mailto:eeva.ikonen@aka.fi)

Tiedesihteeri Riitta Launonen  
(kulttuurin ja yhteiskunnan tutkimuksen yksikkö)  
puhelin (09) 7748 8229  
sähköposti [riitta.launonen@aka.fi](mailto:riitta.launonen@aka.fi)

\*1.1.2001 alkaen biotieteiden ja ympäristön tutkimuksen toimikunta

HEALTH PROMOTION  
RESEARCH PROGRAMME





# 1 INTRODUCTION

Health promotion is a goal oriented activity aimed at creating the best possible circumstances for individuals, the population and population groups to maintain good health. Health is here understood not only in terms of the absence of disease, but also in terms of physical, mental and social capacity and well-being. The objectives of health promotion may be considered to include such measurable factors as a longer healthy life expectancy, an improved quality of life and less pronounced differences between population groups on various dimensions of health.

The means of health promotion include measures of health and social policy that are aimed at improving individuals' and communities' prospects of attaining health. The aim in health promotion research is either to provide a sound assessment of the effectiveness of the means of health promotion, or additionally to create a scientifically justified range of means that is then tested in relation to both the process and outcomes.

Health promotion research is informed by values, but not by any one specific value. It aims to uncover determinants of health and to find means of attaining health, and it inquires about the specific contents of the given objective, the effectiveness of the means proposed for achieving that objective and the social and ethical acceptability of those means. A further concern in research is with the methods of health promotion and with the assessment of their impacts. Health promotion research is also of necessity a genuinely multidisciplinary exercise. At its best it combines the approaches and methods of different fields of study.

Based on corresponding worldwide programmes sponsored by the World Health Organization (WHO), the Government-appointed National Public Health Committee has been preparing an extension

to the Health for All by 2000 programme in the form of the Health for All 21 programme. The new programme will provide a broad framework for health promotion efforts in different areas of society. The Health Promotion Research Programme is based on the same premises as are set out in the Health for All 21 programme. The Programme is incorporated in the thematic programme 'Quality of Life and Management of Living Resources' under the Fifth EU Framework Programme.

Many of the Academy's ongoing research programmes share interests in common with the Health Promotion Research Programme. Examples include the Programme on Health and Other Welfare Differences between Population Groups, the Environment and Health Programme as well as the Research Programme on Ageing. Other areas of special interest are problems related to infectious diseases and drug addiction. The Academy encourages researchers working in these areas to submit applications for participation in the Programme. The Health Promotion Research Programme will be adopting a broad and comprehensive approach, aiming to incorporate the themes of the research programmes mentioned above.

Appointed by the Academy's Board, a programme steering group whose term runs until 31 December 2000 has been in charge of preparations for the programme. The committee is chaired by Professor Matti Hakama, vice-chair is Professor Hilikka Riihimäki from the Research Council for Health. Other group members are Docent Sirkka Keränen (Research Council for Environment and Natural Resources\*), Professor Marianne Nyström (Research Council for Natural Sciences and Engineering), Professor Seppo Sajama (Research Council for Culture and Society), Professor Katri Vehviläinen-Julkunen (Research Council for Health), Professor Marjo-Riitta Järvelin (University of Oulu), Director Tapani Melkas (Ministry of Social Affairs and Health) and Executive Director Harri Vertio (Finnish Centre for Health Promotion). Matti Rautalahti, Chief Medi-

cal Officer at the Finnish Cancer Association has served as the group's special expert. Senior Advisors Katri Haila, Eeva Ikonen, Riitta Launonen and Tellervo Raijas from the Academy's Administrative Office have also taken part in the preparatory work. Senior Advisor Anna Mattila has been the group's secretary.

| 27

Members of the programme steering group have had discussions with representatives of different interest groups on the contents of the programme, its implementation and resource allocation.

## 2 OBJECTIVES OF THE RESEARCH PROGRAMME

The objective of the Health Promotion Research Programme is to find ways and develop methods with which to promote the health and well-being of the nation and individual citizens. This objective will be pursued among others by means of research in behavioural sciences, social sciences, environmental sciences, epidemiology as well as research in health technology. Research in health promotion must aim to address future challenges and to anticipate future trends.

For the identification of relevant subjects for future research the Programme is expected to locate major trends of social change, to identify factors within those trends that have an impact on health (and particularly such factors that can be influenced through individual or system measures) and finally to conduct intervention and impact studies either at the individual or community level. Furthermore, the Research Programme is aimed at supporting research concerned with the values of health promotion as well as conceptual and theoretical research.

With respect to research policy the aim of the Programme is to promote research collaboration between different fields of study. This will be done by supporting existing research consortia and encouraging

the creation of new consortia.

Finland traditionally provides excellent conditions for population-based studies; even by global standards the data registers available in the country are exceptionally comprehensive. The Programme aims to make the best possible use of the existing infrastructure and to anticipate the development needs arising from the changes that have an impact on health.

The Programme will aim to strengthen the relationship between research and practice. Project funding will cover the whole innovation chain from the anticipation and identification of factors impacting health to new practical methods and techniques.

Another component incorporated in the Programme is researcher training. The Programme will be judged by its results both on the basis of scientific evaluation criteria and on the basis of its potential impacts on people's health.

### 3 HEALTH IN FINLAND

Public health has improved noticeably in Finland during the past few decades. In the working age population two in three people now regard their health as good or rather good. In the age group 15-24 around 2% describe their health as poor, among people approaching retirement age the proportion is close on 15% and among elderly people aged 80-84 almost one-third. In other Scandinavian countries it seems that self-perceived health is somewhat better than in Finland. In its health behaviour surveys among the adult population, the National Public Health Institute found in 1997 that 58% of men and 50% of women aged 55-64 believed they were capable of running a distance of more than 500 metres, while the figures in the early 1980s were 35% and 24%, respectively.

The favourable trends in public health are also reflected in people's subjective experiences. In particular, middle-aged groups now report much better self-rated health than they did in the 1970s. There are also signs of improvement among people of retirement age. The proportion of people coping with activities of daily living has increased in most age groups. The results of the Finriski (1997) and Mini-Finland (1978-1980) studies showed that in the age group 65-74, mobility, coping with self-care and household chores, eyesight and hearing as well as mental and social capacity had clearly improved during the past 20 years. However, the number of people with severe restrictions in functional capacity and needing assistance is set to increase as the population continues to age.

Many functional restrictions caused by illnesses and accidents have become much rarer in recent decades. This can be attributed in part to improved working and living conditions, which have meant that many tasks can now be accomplished at lower levels of functional capacity. However, the favourable trends are also evident in tasks where there have been no changes in external circumstances.

An important dimension of functional capacity in the population of working age is the capacity for gainful employment. Since the mid-1970s the number of people on invalidity pension as a proportion of the working-age population under 55 has decreased by around one-fifth. In the 1990s mental disorders have emerged as the biggest single cause of retirement and long-term incapacity for work.

In 1998 the average life expectancy of Finnish women was 80.8 years, for men the figure was 73.5 years. Since the early 1970s women's life expectancy has increased by six years and that of men by seven years. Compared to the averages for the European Union, men's life expectancy in Finland is now just one year shorter than in the EU, while the figure for women has exceeded the European average. The increase in life expectancy is due to the lowered levels of mortality in all age groups.

Living conditions surveys in Finland, Sweden and Norway in the 1980s revealed no country differences in long-term morbidity: just over 40% of respondents aged 16-84 reported at least one long-term illness. However, long-term morbidity causing handicaps was more common in Finland (women 35%, men 28%) than in Sweden (women 27%, men 21%). Long-term morbidity causing severe handicaps was at the same level in all three countries.

Health interviews conducted by the Social Insurance Institution and living conditions surveys by Statistics Finland have shown that the proportion of people with some chronic illness has increased from the late 1980s through to the mid-1990s in younger age groups, whereas no change has been recorded among the middle-aged or the elderly.

Several indicators confirm that there has been a marked improvement in the health of the nation. By contrast the health differences between population groups have not grown any smaller. There still remain considerable health differences between men and women, between different regions, socio-economic groups and marital status groups. Socio-economic and gender differences in mortality are greater in Finland than anywhere else in western Europe.

## 4 VALUES AND EVALUATION OF HEALTH PROMOTION

Although health research is by definition tied to the value of health, it cannot be tied up with the narrow interpretation of health because concepts of health vary over time and from one culture to the next. Health is of course at all times and in every place the single overriding value, but it is important not to overlook the general framework of health policy when decisions are made on how it should be oriented, i.e. the need to fit together the individual's good life with other people's

good life and with the requirements of the environment and the economy.

Health promotion research uses various kinds of indices for the measurement of impacts and effectiveness. A crude distinction may be made between measures of short-term impacts and long-term impacts. Two dimensions are particularly problematic from a health promotion point of view, namely time and the extent or coverage of the activity. In relatively short and minor intervention studies the outcomes that are chosen as measures of performance may provide an indication of effectiveness. When the results of these studies are then applied to real life situations, the impacts of the intervention may not be visible in people's health status until years or decades later, and especially in studies involving large population groups it is often difficult to establish any immediate causal relationship. The tendency in the past few years to put ever greater weight in health promotion on the role of evidence has meant that instead of broader programmes, the accent has been on evaluating the impacts of individual interventions. As far as health-related factors are concerned it is important that impacts and effectiveness are evaluated against social policy at large, its value basis, and time.

It is easier to reach a consensus on the objectives of health promotion than it is to agree on the means with which those objectives shall be pursued. On the other hand the methods used in evaluations of the impacts of a given activity depend on both the objectives and the means, or on the contents of that activity. Among the aspects related to means that are often ignored in evaluation are the costs as well as the applicability of the activity on a broader scale. Since health promotion, at its best, consists of a synergistic array of different kinds of activities, it is important that its evaluation also comprises a range of different kinds of means that fit in with those activities.

Impact evaluation constitutes an integral part of operational planning. Activities aimed at health promotion have the best chances of succeeding if they are based on solid research evidence, for instance

on epidemiological, behavioural or social scientific research, on a sound theoretical framework, on methods that are relevant to the problem and if there is access to sufficient resources. It is also important that interventions are big enough and last long enough so that the effects being measured even have the chance of being distinguished from the broader changes taking place in society.

The evaluation of health promotion may also be based on a set of criteria established in advance and covering all the different aspects of the activity. In Finland the Finnish Centre for Health Promotion has set out its own criteria for a high standard of health promotion work (<http://www.health.fi/>).

The Finnish Centre for Health Promotion and the Ministry of Social Affairs and Health are currently working on a similar set of criteria for health promotion research.

## 5 CHALLENGES FOR HEALTH PROMOTION

If the encouraging trends in the nation's health are to be sustained, it is essential that ongoing health promotion efforts are continued and intensified and that new solutions are introduced to develop health services and to improve people's living conditions and health habits.

The most important means of improving public health is to promote lifestyles that have positive health effects. This objective cannot be reached simply by means of educational and other interventions at the individual level. One of the key means of health-promoting social policy is to shape working, living and leisure environments so that they are conducive to good health and healthy lifestyles.

In the Health for All 21 programme, the different means of influencing health are presented within the concepts of both life-span



and fields of activity. life-span approach health promotion is considered from the point of view of the needs, threats and opportunities that are typical of different periods of life. Fields of activity, then, are defined from the vantage-point of living environments and key actors: they include the home environment, the living environment and immediate neighbourhood, municipality, school, the workplace, business and industry, consumption, leisure, the media and organisations.

Health promotion research in Finland should focus on certain key areas that are here divided into five main categories. These should not be considered to mark the boundaries for the Research Programme, but rather they are intended as examples of research areas in which resource allocation is considered justified. Finland has a long and successful track record of research into health-threatening exposures and behaviours and into factors increasing the risk of illness. We have also had quite extensive interventions to reduce risk factors for illnesses and therefore morbidity as well. In this Programme the accent is on research in which the main concern is with how to support and promote health and functional capacity.

## 5.1 POLICIES INFLUENCING HEALTH

Research into strategic solutions that have an impact on health at the individual, community and society level, has a key role to play for instance in the motivation of societal investment. In particular, there is a need for multidisciplinary research which combines work in such areas as the social sciences, health economics and medicine. It is also important to assess health-supporting environmental policy approaches that take into account the needs of housing, transport and sustainable development.

International policies influencing health have become increasingly important. Finland has a vested interest in the policies pursued in its neighbouring areas in northwest Russia and the Baltic states.

## 5.2 SERVICE SYSTEMS

One of the main future challenges for the service system is the provision of services that effectively support the maintenance of health and prevent the development of problems. The birth rate has dropped and at the same time life expectancy at birth has increased. The elderly population is continuing to grow in both absolute and relative numbers, and the number of years people spend in retirement is increasing. The ageing of the population throws up new health challenges.

## 5.3 HEALTH DIFFERENCES

Socio-economic health differences are a major problem for society. Unless effective steps are taken to resolve the problem, the risk of marginalisation is set to increase at least for certain groups and the numbers retiring early are bound to grow. Not enough is known about the mechanisms, determinants and ways of reducing health differences to create a solid foundation for interventions or strategic solutions. More research is also needed on the remaining functional capacities of disabled people and on factors influencing the conditions under which they could exercise those capacities.

Almost all people live within the influence of various kinds of groups, such as the family, school class, colleagues at work, leisure groups. These groups are often of crucial importance to health and health promotion. However, more information is needed on the impacts of these kinds of immediate communities on individuals and vice versa, on the confines of the action of individuals within groups as well as on possible interventions that take account of groups and make use of groups. For instance, what are the distinctive characteristics of a working environment that lends psychosocial support to health, how do relationships and welfare in the workplace influence the maintenance of the individual's working capacity? Furthermore, the conditions of children and young people have a decisive impact on lifestyle choices and health.

## 5.5 INTERVENTION STUDIES

Intervention studies of different sizes and different duration have been conducted in Finland for several decades. However, new experimental programmes that take account of ongoing developments in society and in communities are needed all the time just for the sake of improving existing methods. Research concerned with health hazards is traditionally a strong area in Finland, but much more effort should be invested in exploring health and welfare indicators and psychosocial epidemiology, for example.

For reasons of efficiency it has become more and more important to have a close knowledge of the target groups of health promotion interventions. It is also necessary to increase interaction with those target groups, for instance to encourage closer involvement by young

people in the planning of activities, and to take full advantage of locality. Interaction is also an important element in welfare discussions between the health care professional and client. There has been little research into this method that aims to inspire processes instead of one-way counselling.

Health attitudes at the individual and group level are crucially important to the success of health promotion. They are also one target for activities. One way to influence health attitudes is by means of health education, the contents and methods of which should also be evaluated. On the other hand there is often a stark imbalance between the information provided and the ability or willingness to receive and interpret that information, the reasons for which certainly warrant closer research.

Rapid advances in technology have opened up potential new methods for health promotion as well, but there has been hardly any research and development efforts with respect to contents.

## 6 IMPLEMENTATION OF THE PROGRAMME

The Health Promotion Research Programme is scheduled to run for three years in 2001–2004. Appropriations granted will be available no sooner than September 2001. The Programme will be coordinated by the Academy of Finland and carried out jointly by the Academy (the Research Council for Health, the Research Council for Culture and Society, the Research Council for Natural Sciences and Engineering and the Research Council for Environment and Natural Resources\*), the Ministry of Transport and Communications, the Ministry of Social Affairs and Health, the Ministry of the Environment, the Social

Insurance Institution, National Public Health Institute, the Finnish Work Environment Fund and the Yrjö Jahnsson Foundation. In its action plan for 2001 the Academy's Board has earmarked a total of FIM 29.2 million for the programme. Applications will be processed in two phases.

Applications are invited from individual research teams or from consortia of several teams. An individual research project has one project plan and one person in charge; multicentre studies would fall into this category. A consortium consists of two or more projects that share the same research plan and the same objectives. Coordination is the responsibility of the consortium's leader. The projects involved in the consortium are funded separately, but the consortium works closely as a unit to promote exchange and interaction between different components and fields of study. Projects may include foreign-based teams, but as a rule funding from the Academy of Finland is only available for teams working in Finland and for Finnish researchers in post-graduate training abroad.

Applications will be evaluated on the following criteria:

- Compatibility with Programme objectives
- Competence of applicant /research team
- Scientific quality and innovativeness of research plan
- Feasibility of research plan
- Contacts between disciplines and interdisciplinarity
- National and international contacts
- Significance of the research in terms of researcher training and the development of research environments
- Relevance and applicability of the results

The deadline for plans of intent is **4.15 pm on 31 January 2001**.

#### INDIVIDUAL PLAN OF INTENT

---

Plans of intent shall be prepared on Academy of Finland application form SA 1.2000E, with the programme acronym ('Terve') indicated on the first page. The language of preference is English, but the plans may also be written in Finnish or Swedish. The form shall be completed according to the instructions given as applicable. The appendices specified in the instructions are not required, but the following documents shall be attached:

1) A research plan no more than four pages in length. The research plan shall detail the objectives of the research, its main methods, the researchers involved and resources available, contacts with national and international research, researcher training provided in connection with the project as well as the project's preliminary budget.

2) The CV of the person in charge of the project, written in accordance with the Academy's application instructions but no longer than three pages in length. The CV shall include a list of no more than ten key publications relevant to the research subject.

Applications shall be sent to the Academy of Finland Registrar's Office in 25 copies.

The plan of intent shall be prepared on Academy of Finland application form SA 1.2000E, with the programme acronym ('Terve') indicated on the first page. The language of preference is English, but the plans may also be written in Finnish or Swedish. Each partner of the consortium shall complete its own application form; in addition the consortium leader shall complete an application on behalf of the whole consortium. Only one research plan shall be prepared. The form shall be completed according to the instructions given as applicable. The appendices specified in the instructions are not required, but the following documents shall be attached:

1) A research plan no longer than four pages in length. The research plan shall detail the objectives of the research, its main methods, the researchers involved and resources available, contacts with national and international research, researcher training provided in connection with the project as well as the project's preliminary budget. The research plan should detail under separate headings the share of work undertaken by each party in the consortium and describe the total collaborative effort and the added value gained from the project. The joint research plan shall be signed by the consortium leader and by the responsible leaders of each research team involved.

2) A short presentation, no longer than one page in length, of each research team applying for funding.

3) The CV of the leader of each research team, written in accordance with the Academy's application instructions but no longer than three pages in length. The CV shall include a list of no more than ten key publications relevant to the research subject.

Appendices 1–2 shall be attached to the consortium application and Appendix 3 to the application of each responsible team leader. All

40 | application documents complete with appendices shall be submitted to the Academy of Finland Registrar's Office in 25 copies, under one cover.

A programme steering group consisting of representatives of the organisations funding the research programme will review the plans of intent and submit its proposal on projects that will be invited to file second-phase research applications and research plans. The final decision rests with a section appointed by the Academy's Board and consisting of Research Council members. The persons in charge of the projects or consortia will be informed in writing about the section's decision. Applicants will be informed in the letter if they are advised to file their applications direct to other funding bodies.

## APPLICATIONS PROPER

The deadline for applications proper is **4.15 pm on 27 April 2001.**

### INDIVIDUAL APPLICATION

---

Applications proper shall be prepared in English on Academy of Finland application form SA 1.2000E, complete with all appendices as specified in the Academy's instructions. The programme acronym ('Terve') shall be clearly marked on the first page. The research plan should be no more than 10 pages in length; a separate one-page summary shall also be attached. In keeping with the Academy's general application instructions the plan should describe the background of the project, its objectives, main methods, the researchers involved and resources available (including researcher training and national



and international cooperation within the project), the expected research results and the project's budget. Applications shall be sent to the Academy of Finland Registrar's Office in 25 copies.

| 41

The following documents shall be attached to the applications:

- 1) Summary of research plan
- 2) Research plan
- 3) Separate research report forms for each Academy-funded research project currently ongoing under the supervision of the person in charge
- 4) Separate research report forms for each Academy-funded research project concluded under the supervision of the person in charge insofar as the final report on the project has not yet been submitted
- 5) CVs and lists of publications for the person in charge of the research and for researchers whose salaries shall be paid from the appropriations granted, insofar as the names of the researchers are known
- 6) Summaries of the study plans of all post-graduate students
- 7) Statement by an ethical committee or an experimental animals committee, if relevant.

#### CONSORTIUMAPPLICATION

Applications proper shall be prepared in English on Academy of Finland application form SA 1.2000E, complete with all appendices as specified in the Academy's instructions. The programme acronym ('Terve') shall be clearly marked on the first page. Full applications shall be submitted by both the responsible consortium leader and the responsible leaders of each research team. Each partner of the consortium shall complete its own application form; in addition the consortium leader shall complete an application on behalf of the whole

consortium. Only one research plan shall be prepared, no more than 10 pages in length. A separate one-page summary shall also be attached. In keeping with the Academy's general application instructions the plan should describe the background of the project, its objectives, main methods, the researchers involved and resources available (including researcher training and national and international cooperation within the project), the expected research results and the project's budget. The research plan should detail the share of work undertaken by each party in the consortium and describe the total collaborative effort and the added value gained from the project. The joint research plan shall be signed by the consortium leader and by the responsible leaders of each research team involved.

The following documents shall be attached to the applications:

- 1) Summary of research plan
- 2) Research plan
- 3) A description no more than one page in length of the research teams applying for funding
- 4) Separate research report forms for each Academy-funded research project currently ongoing under the supervision of the person in charge
- 5) Separate research report forms for each Academy-funded research project concluded under the supervision of the person in charge insofar as the final report on the project has not yet been submitted
- 6) CVs and lists of publications for the person in charge of the research and for researchers whose salaries shall be paid from the appropriations granted, insofar as the names of the researchers are known
- 7) Summaries of the study plans of all post-graduate students
- 8) Statement by an ethical committee or an experimental animals committee, if relevant.

Appendices 1–3 shall be attached to the consortium application.

| 43

Appendices 4–8 shall be attached to the application of each responsible team leader.

All application documents complete with appendices shall be submitted to the Academy of Finland Registrar's Office in 25 copies, under one cover.

The call for proposals to this programme, application forms and the Academy Guide for Applicants can be obtained from the Academy's web pages at <http://www.aka.fi/eng> and from the Registrar's Office, where applications should also be returned.

Academy of Finland  
mailing address: P.O. Box 99, FIN-00501 Helsinki  
street address: Vilhonvuorenkatu 6  
tel. +358 9 774 881  
fax +358 9 7748 8299

Any enquiries should be addressed to:

Senior Advisor Anna Mattila  
(Health Research Unit)  
tel. +358 9 7748 8285  
e-mail [anna.mattila@aka.fi](mailto:anna.mattila@aka.fi)

Senior Advisor Tellervo Raijas  
(Health Research Unit)  
tel. +358 9 7748 8245  
e-mail [tellervo.raijas@aka.fi](mailto:tellervo.raijas@aka.fi)

44 | Senior Advisor Katri Haila  
(Environmental and Natural Resources Research Unit\*)  
tel. +358 9 7748 8216  
e-mail [katri.haila@aka.fi](mailto:katri.haila@aka.fi)

Senior Advisor Eeva Ikonen  
(Natural Sciences and Engineering Research Unit)  
tel. +358 9 7748 8233  
e-mail [eeva.ikonen@aka.fi](mailto:eeva.ikonen@aka.fi)

Senior Advisor Riitta Launonen  
(Culture and Society Research Unit)  
tel. +358 9 7748 8229  
e-mail [riitta.launonen@aka.fi](mailto:riitta.launonen@aka.fi)

\*As from 1 Jan 2001, the Research Council for Biosciences and Environment