

*Helena Känsäkoski**

Arvon luominen lasten lihavuuden hoidossa ja ennaltaehkäisyssä

Tänään käsiteltävän väitöskirjan aihe on arvon luominen lasten lihavuuden hoidossa ja ennaltaehkäisyssä. Tutkimus pyrkii lisäämään ymmärrystä siitä, miten arvoa luodaan lasten lihavuuden hoitoketjun tietoprosesseissa moniammatillisessa yhteistyössä. Luonteeltaan tutkimus on poikkitieteellinen. Siinä yhdistetään teorioita ja käsitteitä informaatiotutkimuksen ja liiketaloustieteen aloilta. Tämä luo uuden näkökulman, joka mahdollistaa ammattilaisten ja perheiden vuorovaikutuksen kehittämisen terveysneuvonnassa ja elintapaohjauksessa. Terveysneuvonta on perinteisesti ollut terveydenhuollon ammattilaisilta potilaille ylhäältä alaspäin välitettävää terveysinformaatiota, joka on saattanut jäädä liian yleiselle tasolle. Neuvojen toteuttaminen arkielämässä ei ole aina ollut helppoa. Potilaiden osallistuminen informaatio- ja tietoprosesseihin voi lisätä elintapaohjauksen vaikuttavuutta.

Aloitan tutkimuksen käsitteiden avaamisen arvon luomisesta. Liiketaloudesta peräisin olevan arvon luomisen periaatteen mukaan arvoa luodaan tuotteen tai palvelun tarjoajan ja asiakkaan vuorovaikutuksellisessa suhteessa (Normann & Ramirez 1994, Wikström ym. 1994, Vargo & Lush 2008a). Kun asiakas on itse vaikuttamassa saamansa tuotteen tai palvelun laatuun ja sopivuuteen juuri hänen tarpeisiinsa, voidaan tuottaa sitä mitä tarvitaan. Tästä hyötyvät sekä asiakkaat että tuotteen tai palvelun tarjoajat: asiakkaat saavat haluamansa ja yrityksen ei tarvitse tehdä hukkeinwestointeja. Näin muodostuu ns. win-win eli ”kaikki hyötyvät” –tilanne.

*Helena Känsäkosken väitöskirja *Value creation in childhood obesity care and prevention* tarkastettiin Oulun yliopistossa 16.5.2014. Väitöskirjan Sähköinen versio löytyy osoitteesta: <http://herkules oulu.fi/isbn9789526204130/isbn9789526204130.pdf>

Liiketaloustieteessä arvon luomista on mitattu rahana: yrityksen saavuttamalla kilpailuedulla, voitoilla ja kustannussäästöillä. Arvo ei kuitenkaan ole vain rahallista arvoa vaan ennen kaikkea sitä kokonaisuhyötyä, minkä asiakas saa tuotteesta tai palvelusta (Vargo & Lush 2004, 2008b, Holttinen 2010). Julkinen terveydenhuolto tuottaa kansalaisille terveyttä ja hyvinvointia edistäviä palveluja. Näin ollen tässä tutkimuksessa arvo on määritelty terveydeksi ja hyvinvoinniksi, jotka voidaan saavuttaa terveydenhuollon toimijoiden antaman hoidon ja esimerkiksi elintapaohjauksen avulla. Terveydenhuollon organisaatioille ja lopulta koko yhteiskunnalle lisääntynyt terveys ja hyvinvointi voi merkitä sairauskulujen vähenemistä.

Informaatiotutkimuksen alalla väitöskirja sijoittuu tietojohdamisen tutkimuksen alueeseen. Terveydenhuollon ammattilaisten tiedonhankintaa on tutkittu jo kauan osana muiden ammattilaisten ja asiantuntijoiden tiedonhankinnan tutkimusta (Leckie ym. 1996, Reddy & Jansen 2008). Myös kansalaisten terveystiedon hankintaa on tutkittu yhä enemmän (Case 2012). Sen sijaan terveydenhuolto-organisaatioiden tietojohdamiseen on paneuduttu huomattavasti vähemmän. Tietojohdamista suomalaisessa terveydenhuollossa on tutkittu aikaisemmin terveyshallintotieteen (Kivinen 2008, Simonen ym. 2011), kehittävän työtieteen (esim. Engeström ym. 2001) ja tuotantotalouden (Myllärniemi 2012, Laihonen 2009, 2012) aloilla. Informaatiotutkimuksen alalla tämä tutkimus on ensimmäinen, joka käsittelee tietojohdamista suomalaisessa terveydenhuollossa.

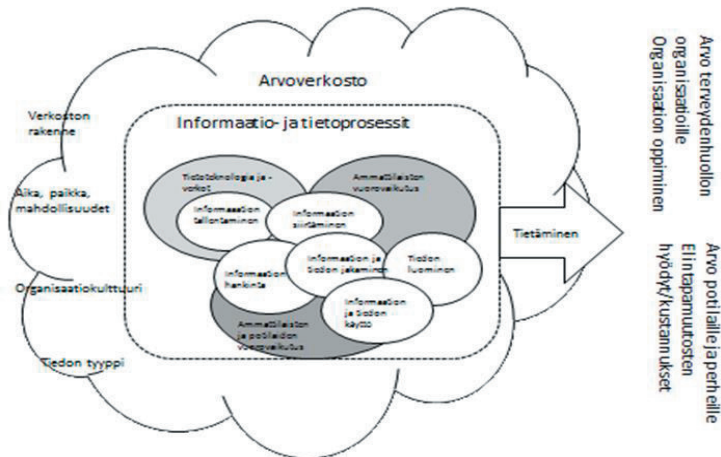
Tietojohdaminen tarkastelee organisaatioissa olevan tiedon hyödyntämistä osana niiden toimintaa. Organisaation tietopääoma on sen merkittävä voimavara. Terveydenhuollon organisaatioissa tietoa ja informaatiota on useassa muodossa. Potilasinformaatio on dokumentoitu

potilasasiakirjoihin - nykyisin enimmäkseen sähköisessä muodossa tietojärjestelmiin. Tyypillisesti asiantuntijaorganisaatioissa merkittävä osa tietopääomasta on työntekijöiden omassa tietämyksessä ja osaamisessa – näin myös terveydenhuollossa. Tietoa ja informaatioita on myös upotettuna organisaation käytäntöihin ja rutiineihin ja näitä koskeviin ohjeistuksiin ja sitä on myös piiloisessa organisaatiokulttuurissa. Tässä tutkimuksessa organisaation tietoa lähestytään tietämisenä, aktiivisena prosessina (Blackler 1995).

Toinen tämän väitöstutkimuksen pääkäsitteistä on tieto- ja informaatioprosessit. Näissä prosesseissa organisaatioissa käsitellään tietoa ja informaatiota. Tieto- ja informaatioprosesseja ovat informaation hankinta, sen siirto ja tallennus, tiedon jakaminen ja uuden tiedon luominen sekä tiedon ja informaation käyttö organisaation tuotteiden tai palvelujen saattamiseksi asiakkaille. Terveydenhuollossa nämä prosessit tapahtuvat tietojärjestelmien välityksellä, terveydenhuollon ammattilaisten keskinäisessä vuorovaikutuksessa sekä potilaiden ja ammattilaisten vuorovaikutuksessa. Prosesseihin vaikuttavat organisaatioissa sosiaalisen verkoston rakenne, aikaan, paikkaan ja tietojärjestelmiin liittyvät mahdollisuudet jakaa ja luoda tietoa ja siirtää informaatiota, tietämisen tyyppi (ks. esim. Ipe 2003) ja organisaatiokulttuuri alakulttuureineen (Huotari & Chatmann 2001). (Katso kuvio 1).

Tutkimusympäristönä on lasten lihavuuden hoito ja ennaltaehkäisy. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan elintason nousu sekä elinympäristön ja elintapojen muuttuminen ovat vaikuttaneet ylipainoisuuden ja lihavuuden yleistymiseen. Arkiliikkuminen ja fyysinen työ ovat vähentyneet ja toisaalta ruoan, monenlaisten välipalojen, virvoitusjuomien ja muiden herkkujen tarjonta on lisääntynyt. Suomalaisten miesten painoindeksi on noussut 1970-luvulta ja naisten 1980-luvulta lähtien. Viimeisen kymmenen vuoden aikana väestön lihomiskehitys on pysähtynyt, mutta liian korkealle tasolle. Lihavuus sinänsä ei merkitse sairautta, mutta lihavuus ja liikkumattomuus lisäävät riskiä sairastua mm. tyypin 2 diabetekseen, sydän- ja verisuonitauteihin sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksiin. Lihavuudesta on tullut kansanterveydellinen ongelma. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014).

Eriyisen huolestuttavaa on, että myös lapset ja nuoret ovat lihonneet viimeisten vuosikymmenien aikana. Lapsuusiän ylipaino ja lihavuus lisäävät riskiä lihavuuteen aikuisiässä. Myös lasten liikkumaton elämäntapa on yleistynyt ja on jopa ennustettu että nykylapset eivät elä yhtä vanhoiksi kuin vanhempansa, jos muutosta ei tapahdu. Alle kouluikäisistä ja ala-asteikäisistä lapsista noin 10-15 prosenttia on ylipainoisia. Yläasteikäisistä ylipainoa esiintyy jo 20-25 prosentilla ja myös lihavuuden vaikeusaste on kasvanut. (Kautiainen



Kuvio1. Tutkimuksen viitekehys

ym. 2010, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014).

Lapsuusiän lihavuus liittyy sydän- ja verisuonitautien riskitekijöihin kuten kohonneeseen verenpaineeseen, poikkeaviin veren rasva-arvoihin ja sokeriaineenvaihdunnan häiriöihin. Riski pienenee merkittävästi, mikäli lapsena lihava henkilö saavuttaa normaalipainon aikuisikänsä mennessä. Näin ollen on tärkeää puuttua lasten ja nuorten ylipainoon ja lihavuuteen ajoissa. (Lihavuus (lapset) käypä hoito-suositus 2013).

Lasten ja nuorten ylipainon ja lihavuuden tärkein hoitomuoto on perheiden elintapaohjaus, joka tähtää pysyviin elintapamuutoksiin. Tätä korostetaan myös lasten lihavuuden Käypä Hoito-suosituksessa. Päävastuu lasten lihavuuden hoidon ja ennaltaehkäisyn toteuttamisesta kuuluu perusterveydenhuollolle, siis lastenneuvoloille, kouluterveydenhuollolle ja terveyskeskuksille. Erikoissairaanhoitoon kuuluvat ne lapset, joiden lihavuus on erityisen vaikea-asteinen tai joilla lihavuuteen liittyy sairauksia tai erotusdiagnostiikka vaatii lisätutkimuksia. Erikoissairaanhoitoa on tarjolla alueellisissa keskussairaaloissa ja maamme viidessä yliopistollisessa sairaalassa.

Suomen nykyisessä terveydenhuoltojärjestelmässä perusterveydenhuollolla ja erikoissairaanhoidolla on eri järjestäjät, erillinen hallinto ja erilaiset tietojärjestelmät. Perusterveydenhuolto on kuntien ja kuntayhtymien vastuulla. Erikoissairaanhoidosta vastaavat sairaanhoitopiirit. Erikoissairaanhoitoon pääseminen vaatii lähetteen perusterveydenhuollosta ja hoidon päätyttyä perusterveydenhuollon toimijoille tulee hoitopalaute annetusta hoidosta. Tätä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä käytäntöä kutsutaan hoitoketjiksi tai yksittäisten potilaiden kohdalla hoitopoluksi (Nuutinen 2000).

Väitöstutkimuksessani perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työntekijöiden moniammatillista yhteistoimintaa, hoitoketjua, tarkastellaan arvoa luovana verkostona. Verkoston muodostavat perusterveydenhuollon terveydenhoitajat ja lääkärit neuvoloissa ja kouluissa, sekä ravitsemusterapeutit ja fysioterapeutit, jos heitä on terveyskeskusten palveluksessa. Erikoissairaanhoidossa verkoston jäseniä ovat lastensairauksien poliklinikoiden sairaanhoitajat, lastenlääkärit, ravitsemusterapeutit ja fysioterapeutit. Tietoverkot ovat myös osa tätä arvoverkostoa. Arvon luomisen periaatteen

mukaisesti asiakas, tässä tapauksessa siis potilas ja hänen läheisensä ovat osa verkostoa.

Kyseessä on laadullinen tapaustutkimus. Laadullinen tutkimus pyrkii kartoittamaan monimuotoista todellista elämämaailmaa mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tutkimuksen aineisto kerättiin kahdessa suomalaisessa yliopistollisessa sairaanhoitopiirissä vuosina 2009-2012. Aineisto koostuu 30 terveydenhuollon ammattilaisen teemahaastatteluista, terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirien hoitopolkuohjeistuksista ja hoitoketjutyöryhmän kokousmuistioista. Potilaiden ja heidän vanhempiensa osallisuutta lasten lihavuuden hoidon tieto- ja informaatioprosesseihin kartoitettiin erikoissairaanhoitoon ohjattujen potilaiden ja heidän vanhempiensa teemahaastatteluilla (N=6) ja perheiden lomakekyselyllä (N=13). Aineisto analysoitiin laadullisen tutkimuksen periaatteiden mukaisesti luokittelemalla haastateltavien ilmaisuja alaluokkiin, joista saattoi koota laajempia teemoja ja kokonaisuuksia (Strauss & Corbin 1990). Analyysitapa oli teoriasidonnainen eli analyysi ei suoraan perustunut teoriaan, mutta löydöksille etsittiin teoriasta selityksiä tai vahvistusta (Saaranen - Kauppinen & Puusniekka 2006).

Tulokset osoittavat, että nykyisessä hoitoketjikäytännössä tieto- ja informaatioprosessit eivät riittävästi tue arvon luomista. Arvon luomista ja tietoprosesseja estäviä rajoja muodostavat terveydenhuolto-organisaatioiden erilliset tietojärjestelmät, toimintatavat, rajoja uusintavat organisaatiokulttuurit ja kiire. Tulokset osoittavat myös, että kaikkea terveydenhuollon tietoa ei voi jakaa tietojärjestelmien välityksellä.

Laadullisessa tutkimuksessa aineistosta nousee usein esiin sellaisia ilmiöitä ja näkökulmia, joita aikaisimmassa tutkimuksissa ei ole kattavasti käsitteellistetty. Tässä tutkimuksessa nousivat esiin lasten lihavuuden hoitoon liittyvät tunteet. Potilailla ja perheillä tunteet saattavat esiintyä häpeänä tai ongelman kieltämisenä. Eräs haastattelemani terveydenhuollon ammattilainen kertoo näin: *"Suurin haaste on sellaiset ihmiset tai perheet, jotka eivät näe tätä – tavallaan ulkoistetaan se ongelma. Että se on niin kuin terveydenhuollon ongelma eikä heidän. Että ehkä se on sen ongelma kieltäminen se, tää lapsen ylipainon kieltäminen. Ja jonkin verranhan tulee aina sellaista sitten, että heille sanottiin pahasti siellä neuvolassa ja he loukkaantui siellä että aika paljon on tällaista tunneaineuksen käsittelyä*

minunkin työssä.”

Terveydenhuollon ammattilaisilla potilasohjaukseen liittyvät tunteet ilmenivät turhautumisena, kun tuloksia ei saavuteta. Terveydenhuollon ammattilainen sanoi haastattelussa, että

”onnistunut hoito olisi tietenkin sellainen, että se ylipaino häviäisi, mutta se on kyllä aika äärimmäisen turhauttavaa työtä se lihavuuden hoito oman kokemuksen mukaan, että harvoin sellaisia ihmeitä nähdään kuitenkaan.”

Aikaisemmin organisaation tietämisen typologiaan sisällytettyjen faktatiedon, taitotiedon, ja organisaation rutiineihin ja käytäntöihin liittyvän tietämisen lisäksi terveydenhuollon ammattilaisten tietämiseen kuuluu siis myös myötäelävän, empaattisen tietämisen tyyppi.

Perheet kokivat terveysneuvonnan hyväksi, mutta vaikutukset pysyviin elämäntapamuutoksiin eivät nouse vahvasti esille. Elintapaohjauksen arvo muodostuu potilaiden ja heidän perheidensä arjen käytännöissä, missä annettuja ohjeita ja neuvoja toteutetaan. Jatkossa olisi siis tärkeää saada tutkimuksiin mukaan enemmän potilaiden ja heidän perheidensä näkökulmaa. Tutkimuksessa sovellettua teoriaa ja viitekehystä voidaan testata vastaavissa terveydenhuollon yhteistoimintahankkeissa ja hoitoketjuissa. Niiden avulla voidaan kehittää arvoa luovia tietoprosesseja ja tietojohdantamista terveydenhuollossa.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistuksen, ns. SOTE-uudistuksen, tavoitteena on, että perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido ja myös sosiaalipalvelut toimivat jatkossa saumattomammin yhdessä. Uudessa sote-mallissa kaikki sosiaali- ja terveyspalvelut ovat saman järjestelmän piirissä ja niistä huolehtivat viisi eri sote-alueita. Pyrkimyksenä on mahdollistaa mm. toimivat palveluketjut, purkaa hallinnon raja-aitoja ja siirtää painopistettä ehkäiseviin ja oikea-aikaisiin palveluihin. Nähtäväksi jää, muuttaako tämä myös terveydenhuollon tieto- ja informaatioprosesseja tehokammiksi.

Lähteet:

- Blackler, F. (1995). Knowledge, knowledge work and organizations: an overview and interpretation. *Organization Studies* 16(6): 1021-1046.
- Case, D.O. (2012). Looking for information: A survey of research on information seeking, needs and behaviour. 3. ed. Bingley: Emerald.
- Engeström, Y., Engeström, R. & Kerosuo, H. (2001). Neuvottelevan työtavan kehittäminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä Helsingissä: väliraportti. Helsinki: Helsingin kaupungin terveystoisto.
- Holttinen, H. (2010). Social practices as units of value creation: theoretical underpinnings and implications. *International Journal of Quality and Service Sciences* 2(1): 95-112.
- Huotari, M-L & Chatman, E.A. (2001). Using everyday life information seeking to explain organizational behavior. *Library and Information Science Research*, 23(4): 351-366.
- Ipe, M (2003). Knowledge sharing in organizations: a conceptual framework. *Human Resources Development Review* 2(4): 337-359.
- Kautiainen, S., Koljonen, S., Takkinen, H.M., Pakkala, K., Dunkel, L., Eriksson, J.G., Simell, O., Knip, M. & Virtanen, S. (2010). Leikki-ikäisten ylipainoisuus ja lihavuus. *Suomen Lääkärilehti* 65(34): 2675 – 2683
- Kivinen, T. (2008). Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 158. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Laihonen, H. (2009). Terveysjärjestelmän johtamisen tietovirrat. Akateeminen väitöskirja. Tampereen teknillinen yliopisto. Julkaisu 824. Tampere: Tampereen Yliopistopaino.
- Laihonen, H. (2012). Knowledge structures of a health ecosystem. *Journal of Health Organization and Management* 26(4): 542-558.
- Leckie, G.J., Pettigrew, K.E., Sylvain, C. (1996). Modeling the information seeking of professionals: a general model deriving from research on engineers, health care professionals, and lawyers. *Library Quarterly* 66(2): 161-193.
- Lihavuus(lapset) Käypä hoito-suositus URL: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50034>. (8.6.2014).
- Myllärniemi, J., Laihonen, H., Karppinen, H. & Seppänen, K. (2012). Knowledge management practices in healthcare services. *Measuring Business Excellence* 16(4): 54-65.
- Normann, R. & Ramirez, R. (1994). From value chain to value constellation. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Nuutinen, M (2000). Hoitoketju. *Duodecim* 116: 1821-1828.
- Reddy, M.C. & Jansen, B.J. (2008). A model for understanding collaborative information behavior in context: A study of two healthcare

- teams. *Information Processing & Management* 44: 256-273.
- Saaranen - Kauppinen, A. & Puusniekka, A. (2006). KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietovarasto. URL: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/>. (8.6.2014).
- Simonen, O., Blom, M. & Viitanen, E. (2011). Knowledge of effectiveness and its application in secondary health care management. *International Journal of Productivity and Performance Management* 60(8): 797-812.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research. Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park: Sage Pbl.
- Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (2014). URL: <http://www.thl.fi>. (8.6.2014).
- Vargo, S.L. & Lush, R.F. (2004). The four services marketing myths: remnants from a manufacturing model. *Journal of Service Research* 6(4): 324-335.
- Vargo, S.L. & Lush, R.F. (2008a). Service-dominant logic: continuing the evolution. *Journal of the Academy of Marketing Science* 36: 1-10.
- Vargo, S.L. & Lush, R.F. (2008b). Why “service”? *Journal of the Academy of Marketing Science* 36: 25-38.
- Wikström, S., Normann, R., Anell, B., Ekvall, G., Forslin, J. & Skärvad, P-H. (1994). *Knowledge and value. A new perspective on corporate transformation*. London: Routledge.