

# Miten sosiaali- ja terveyskeskukset toimivat?

## Perusterveydenhuollon yhteistyöverkostojen tarkastelua sosiaalisen verkostanalyysin näkökulmasta

Laura Hietapakka, Marko Elovainio, Visa Väisänen,  
Henrika Karhulahti-Nordström, Timo Sinervo

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintatapoja on pyritty uudistamaan vuosien varrella sote-organisaatioiden hallinnollisilla yhdistymisillä sekä erilaisilla ohjelmilla, joilla on tavoiteltu muun muassa palvelujen parempaa saatavuutta, laatua ja yhteentoimivuutta. Tutkimustietoa yhteistyön tiivistymisestä, uudeltaisista toimintamalleista tai näiden vaikutuksista ei juuri ole ollut. Aiempi tieto painottuu yhteistyötä ja -toimintaa koskeviin kokemuksiin. Uusien toimintatapojen kehittämiseksi tarvitaan tutkittua tietoa siitä, millaisia käytännön yhteistyöverkostot ovat, miten ne toimivat ja millaisia vaikutuksia niillä on henkilöstön ja asiakkaiden hyvinvointiin.

Tässä tutkimuksessa hyödynnämme sosiaalista verkostanalyysiä, menetelmää ja teoreettista lähestymistapaa, jota on kansainvälisessä tutkimuksessa käytetty esimerkiksi havainnollistamaan käytännön hoito- ja palveluketjuja sekä monialaista yhteistyötä ja tiedonkulkua sosiaali- ja terveydenhuollossa. Testaamme verkostanalyysiä suomalaisen perusterveydenhuollon kontekstissa, erilaisten määrällisten ja laadullisten aineistojen valossa. Tutkimuksessa hyödynnetyt aineistot ja tehdyt analyysit havainnollistavat, millaista tietoa menetelmän avulla on mahdollista tuottaa ja tuovat toisaalta näkyviin myös menetelmään liittyviä haasteita ja jatkotutkimusaiheita. Tutkimus antaa uusia ideoita erityisesti Perusterveydenhuollon hoitoilmoitusrekisterin (Avohilmo) hyödyntämiseen verkostotutkimuksessa.

Työpaperi on suunnattu erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöstä ja sosiaalisista rakenteista kiinnostuneille tutkijoille, päätöksentekijöille, palveluntuottajille sekä hoitoilmoitusrekisterien tietosisältöjen kehittäjille.



Työsuojelurahasto  
Arbetskyddsfonden  
The Finnish Work Environment Fund



## Lukijalle

Suomalaista perusterveydenhuoltoa kuvaavat tällä hetkellä entistä enemmän kustannuspaineet, pitkät hoitojonot sekä henkilöstön kuormittuminen ja vaihtuvuus. Näistä toimintaympäristöstön haasteista huolimatta sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden edellytetään tekevän yhteistyötä asiakkaan hyväksi ja palvelujen yhteensovittamiseksi. Yhteistyötä ja siihen vaikuttavia tekijöitä onkin tutkittu paljon, mutta tulokset ovat usein jääneet kuvailevalle tasolle, ja niistä on puuttunut tarkempi sote-alan ammattilaisten tai organisaatioiden välille muodostuvien yhteistyörakenteiden tarkastelu.

Tämän tutkimushankkeen idea syntyi toiveesta tutkia sote-ammattilaisten välistä yhteistyötä uudella tavalla. Kansainvälisessä tutkimuksessa viimeisten vuosikymmenten aikana on sovellettu sosiaalista verkostoaalyyysiä sote-alan kontekstissa varsin lupaavin tuloksin. Tutkimukset ovat lähteneet oletuksesta, että toimivaa yhteistyötä ja tiedonkulkua kuvaavat kontaktit eri ammattilaisten välillä linkittyvät parempaan hoidon laatuun ja yhteensovitettuihin palveluihin. Tutkimushankkeessamme tuomme tähän tutkimuskenttään uusia näkökulmia erilaisilla suomalaisilla aineistoilla. Toivomme, että tutkimuksemme inspiroi muitakin tutustumaan verkostoaalyyysin mahdollisuuksiin ja hyödyntämään sitä sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimuksessa.

Tutkimuksen aineistot on kerätty juuri ennen kuin nykyiset uudet hyvinvointialueet käynnistivät toimintansa vuonna 2023. Halusimme tuottaa niin sanottua pohjatietoa siitä tilanteesta, josta aiemmat organisaatiot siirtyivät uuteen hallintorakenteeseen. Toivomme, että tuloksista on hyötyä niin tutkimukseen osallistuneille organisaatioille kuin laajemminkin hyvinvointialueille yhteistyön rakenteiden arvioinnissa ja kehittämisessä.

Esittelemme tässä ”Toimivatko sote-keskukset – näkökulmana erilaiset toimintamallit, yhteistyöverkostot ja henkilöstön hyvinvointi” -tutkimushankkeemme loppuraportissa tuloksia kaikista kolmesta aineistosta, jotka tutkimuksessa kerättiin. Tätä kirjoitettaessa osa hankkeessa tehdyistä artikkelikäsitelmistä on julkaistu ja osa on vielä prosessissa (ks. liite 1). Olemme tehneet näistä julkaisuista erilliset koosteet tulososioon. Joitakin analyysejä on myös tehty aineistosta erikseen tätä raporttia varten. Raportin kokonaisuus on rakennettu siten, että aineisto-osioita on mahdollista lukea myös omina, erillisinä osinaan. Näiden osioiden lisäksi raportin alussa kuvataan laajemmin hankkeen lähtökohtia ja teoriataustaa, ja raportin lopussa koostetaan yhteen johtopäätökset ja jatkotutkimuskohteet.

Kiitämme tutkimuksen päärahoittajana toiminutta Työsuojelurahastoa tutkimuksen toteutuksen mahdollistamisesta. Yhtä suuri kiitos kuuluu tutkimukseen osallistuneille organisaatioille, yhdyshenkilöille ja yksittäisille tutkimukseen osallistuneille sote-ammattilaisille, jotka kaiken kiireen keskellä löysivät ajan osallistua tutkimuksemme ja tuottivat arvokasta tietoa tutkimusta varten.

Tutkimusryhmämme on lisäksi hankkeen aikana saanut paljon apua eri asiantuntijoilta sekä Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselta että Helsingin yliopistosta. Kiitokset THL:stä Salla Ruotsalaiselle, Outi Linnarannalle, Jaana Suvisaarelle ja kaikille Avohilmo-aineiston poiminnassa avustaneille. Helsingin yliopistosta kiitokset tilasto-osaajille Christian Hakuliselle, Maj Gutviligille ja Ripsa Niemelle. Kiitos myös hankkeessa ahkeroineille korkeakouluharjoittelijoille Addiena Luke-Currierille, Heidi Perälammelle ja Ida Antinille.

Helsingissä 17.9.2024

Kirjoittajat

## Tiivistelmä

Laura Hietapakka, Marko Elovainio, Visa Väisänen, Henrika Karhulahti-Nordström, Timo Sinervo. Miten sosiaali- ja terveyskeskukset toimivat? Perusterveydenhuollon yhteistyöverkostojen tarkastelua sosiaalisen verkostanalyysin näkökulmasta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpäpaperi 52/2024. 58 sivua. Helsinki 2024. ISBN 978-952-408-355-3 (verkkojulkaisu)

Mielenterveyspalvelujen kysyntä on kasvanut viime vuosina nopeasti. Mielenterveyden haasteet ovat usein kytköksissä myös somaattisiin terveysongelmiin ja erilaisten palvelujen ja tuen tarpeeseen. On esitetty, että monialainen yhteistyö, palvelujen yhteensovittaminen ja hoidon koordinaatio ovat avaintekijöitä paljon erilaisia palveluja tarvitsevien asiakkaiden avun saamisen varmistamisessa. Emme kuitenkaan tiedä tarpeeksi siitä, miten mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoito ja palvelut ovat käytännössä rakentuneet palvelujärjestelmässä tai erityisesti perusterveydenhuollossa, johon hoitoa tarvitsevat usein ensimmäisenä hakeutuvat.

Tässä tutkimushankkeessa testattiin kansainvälisessä tutkimuksessa suosittua sosiaalisen verkostanalyysin lähestymistapaa, jota on aiemmissa sote-alaan liittyvissä tutkimuksissa käytetty esimerkiksi hoidon koordinaation, ammatillisen tuen saamisen, sosiaalisen vaikuttamisen ja innovaatioiden levittämisen tutkimuksessa. Tässä tutkimuksessa verkostanalyysin avulla tarkasteltiin perusterveydenhuollossa toimivien ammattilaisten yhteistyö- ja kontaktiverkostojen rakenteita ja niihin yhteydessä olevia tekijöitä kolmella erilaisella aineistolla (rekisteri-, kysely- ja haastatteluaineisto).

Perusterveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteristä (Avohilmo) poimittiin mukaan täysi-ikäisten asiakkaiden käyntitiedot tietyn alueen seitsemästä kunnasta vuodelta 2021. Näistä tiedoista määriteltiin mielenterveys- ja päihdesyistä perusterveydenhuollossa asioineet potilaat sekä heidän käyntitietojaan kirjanneet ammattilaiset. Kahden ammattilaisen määritettiin kuuluvan samaan potilaanjakoverkostoon silloin, kun molemmat heistä olivat ottaneet vastaan tai kirjanneet käyntitietoja samasta potilaasta. Tavoitteena oli selvittää, mitkä ammattilaisiin liittyvät tekijät olivat yhteydessä potilaanjakoverkostoihin ja erosivatko potilaanjakoverkostot potilasryhmittäin (päihde-, psykoosi- ja masennusdiagnoosin omaavien potilaiden osalta). Tulosten perusteella kahdella eri ammattilaisella oli todennäköisemmin ollut yhteisiä potilaita, jos molemmat kuuluivat samaan ammattiryhmään, kirjasivat samalle palvelumuodolle tai työskentelivät samassa kunnassa. Potilasryhmittäisissä tarkasteluissa poikkeuksen tuloksiin muodostivat masennuspotilaisiin liittyvä verkosto, joissa eri ammattilaisten väliset potilaanjakoverkostot olivat todennäköisempiä, kuin yhteydet saman ammattiryhmän sisällä.

Kyselyaineisto kerättiin kahdeksan sosiaali- ja terveyskeskuksen työntekijöiltä, joista yhteensä 98 vastasi kyselyyn. Kyselyssä kartoitettiin ammattilaisten yhteistyötahoja ja yhteistyön tiiviyyttä. Lisäksi kysyttiin työhön ja työympäristöön sekä terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä kysymyksiä. Tavoitteena oli kuvata ammattilaisten verkostojen rakenteita sekä tarkastella valittujen verkostomuuttujien (yhteistyön määrä, voimakkuus ja homofilia) yhteyttä työyhteisö- ja hyvinvointimuuttujiin. Tulosten perusteella esimerkiksi suurempi yhteyksien määrä oli yhteydessä parempiin kokemuksiin työnhallinnasta, organisaatioon samaistumisesta ja työtyytyväisyydestä. Lisäksi yhteistyön määrä oli yhteydessä vähempään työn kuormittavuuden kokemukseen, työpaikan vaihtoaikaisiin ja univaikeuksiin.

Haastatteluaineisto kerättiin 15 asiakastyötä tekevältä sote-ammattilaiselta. Haastateltavaa pyydettiin lisätaamaan omat yhteistyötahonsa ja samalla kuvaamaan, kuinka tiivistä yhteistyö oli ollut ja millaiset tekijät olivat vaikuttaneet yhteistyöhön. Tulosten mukaan yhteistyötä selittäviä tekijöitä oli paljon, ja ne voitiin ryhmitellä organisaatioon liittyviin, eri ammattiryhmiin liittyviin, henkilökohtaisiin sekä asiakkaan tilanteeseen liittyviin tekijöihin. Yhteistyötä estävistä tekijöistä mainituimmat liittyivät organisaation linjauksiin ja toimintatapoihin sekä henkilöstöpulaan.

Kokonaisuutena tutkimushankkeessa tuotettiin yhteistyön rakenteista ja niihin yhteydessä olevista teki-  
jöistä kuvailevaa tietoa, jota voidaan hyödyntää nykyisten hyvinvointialueiden yhteistyökäytäntöjen kehittä-  
misessä. Tutkimustyön kannalta tulokset olivat kuitenkin vasta avaus tai pintaraapaisu mahdollisiin erilaisiin  
tutkimusasetelmiin, joita olisi mahdollista tarkastella hyödyntämällä sosiaalista verkostanalyysiä jatkossa.  
Tulevissa tutkimuksissa tulisi tarkastella erityisesti mahdollisuuksia hyödyntää verkostanalyysiä laajem-  
milla, valtakunnallisilla aineistoilla ja pitkittäistutkimusasetelmissä.

**Avainsanat:** verkostanalyysi, mielenterveys- ja päihdepalvelut, perusterveydenhuolto, rekisteritutkimus,  
kyselytutkimus, laadullinen tutkimus

## Sammandrag

Laura Hietapakka, Marko Elovainio, Visa Väisänen, Henrika Karhulahti-Nordström, Timo Sinervo. Miten sosiaali- ja terveystieteiden tutkimukset toimivat? Perusterveydenhuollon yhteistyöverkostojen tarkastelua sosiaalisen verkostanalyysin näkökulmasta. [Hur fungerar social- och hälsocentralerna? Granskning av primärvårdens samarbetsnätverk ur perspektivet för social nätverksanalys]. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Arbetsdokument 52/2024. 58 sidor. Helsingfors 2024. ISBN 978-952-408-355-3 (nätpublikation)

Efterfrågan på mentalvårdstjänster har ökat snabbt under de senaste åren. Utmaningarna med den psykiska hälsan är ofta också kopplade till somatiska hälsoproblem och olika behov av tjänster och stöd. Det har framförts att sektorsövergripande samarbete, samordning av tjänster och koordinering av vården är nyckelfaktorer för att säkerställa att klienter som behöver flera olika tjänster får hjälp. Vi vet dock inte tillräckligt om hur vården och tjänsterna för mentalvårds- och missbrukarklienter i praktiken har byggts upp i service-systemet eller särskilt inom primärvården, dit de som behöver vård ofta först söker sig.

I detta forskningsprojekt testades den i internationell forskning populära sociala nätverksanalysens infallsvinkeln, som i tidigare undersökningar inom social- och hälsovårdsbranschen har använts till exempel i forskning om koordinering av vård, erhållande av professionellt stöd, social påverkan och spridning av innovationer. I denna undersökning granskades med hjälp av nätverksanalys strukturerna i samarbets- och kontaktnätverken för yrkesutbildade personer inom primärvården och faktorer i anslutning till dem med tre olika material (register-, enkät- och intervjumaterial).

Ur primärvårdens vårdanmälningsregister (Avohilmo) tog man med besöksuppgifter om myndiga klienter från sju kommuner i ett visst område från 2021. Av dessa uppgifter definierades patienter som uppsökt primärvården på grund av problem med den psykiska hälsan och missbruk samt yrkesutbildade personer som registrerat deras besöksuppgifter. Två yrkesutbildade personer fastställdes höra till samma nätverk för patientdelning när båda hade tagit emot eller registrerat besöksuppgifter om samma patient. Målet var att utreda vilka faktorer med anknytning till de yrkesutbildade personerna som hade samband med nätverken för patientdelning och om de skiljde sig åt enligt patientgrupp (för patienter med diagnoserna missbruk, psykos och depression). Utifrån resultaten hade två olika yrkesutbildade personer mer sannolikt haft gemensamma patienter om båda hörde till samma yrkesgrupp, registrerade för samma serviceform eller arbetade i samma kommun. I granskningarna enligt patientgrupp utgjorde depressionspatienternas nätverk ett undantag, där nätverken för patientdelning mellan olika yrkesutbildade personer var mer sannolika än kontakterna inom samma yrkesgrupp.

Enkätmaterial samlades in av anställda vid åtta social- och hälsocentraler, av vilka sammanlagt 98 personer besvarade enkäten. I enkäten kartlades de yrkesutbildades samarbetspartner och hur intensivt samarbetet var. Dessutom ställdes frågor om jobb och arbetsmiljö samt hälsa och välbefinnande. Målet var att beskriva strukturerna i de professionella nätverken samt granska sambandet mellan de valda nätverksvariablerna (mängden samarbete, intensitet och homofili) samt variablerna för arbetsgemenskap och välbefinnande. Utifrån resultaten hade till exempel ett större antal kontakter ett samband med bättre erfarenheter av kontroll över arbetet, identifiering med organisationen och arbetstillfredsställelse. Dessutom var graden av samarbete förknippad med mindre upplevelse av arbetsbelastning, planer på att byta arbetsplats och sömnsvårigheter.

Intervjumaterialet samlades in av 15 yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården som utför klientarbete. Den intervjuade ombads lista sina egna samarbetspartner och samtidigt beskriva hur intensivt samarbetet hade varit och vilka faktorer som påverkat samarbetet. Enligt resultaten fanns det många faktorer som förklarade samarbetet och de kunde delas in i faktorer som gällde organisationen, olika yrkesgrupper, personliga faktorer och klientens situation. De mest nämnda faktorerna som hindrade samarbetet gällde organisationens riktlinjer och verksamhetssätt samt personalbrist.

Som helhet gav forskningsprojektet information som beskriver samarbetsstrukturerna och faktorer i anslutning till dem, och som kan utnyttjas för att utveckla samarbetspraxisen i de nuvarande välfärdsområdena. Med tanke på forskningsarbete var resultaten dock först en början eller en ytlig titt på eventuella olika forskningsupplägg som i fortsättningen skulle kunna granskas med hjälp av sociala nätverksanalyser. I kommande undersökningar bör man särskilt granska möjligheterna att utnyttja nätverksanalys med mer omfattande, riksomfattande material och i ett långsiktigt forskningsupplägg.

**Nyckelord:** nätverksanalys, mentalvårds- och missbrukartjänster, primärvård, registerundersökning, enkätundersökning, kvalitativ undersökning

## Abstract

Laura Hietapakka, Marko Elovainio, Visa Väisänen, Henrika Karhulahti-Nordström, Timo Sinervo. Miten sosiaali- ja terveystieteiden keskus toimivat? Perusterveydenhuollon yhteistyöverkoston tarkastelua sosiaalisen verkostanalyysin näkökulmasta. [How do the health and social services centres work? Examining collaborative primary health care networks from the perspective of social network analysis]. Finnish Institute for Health and Welfare (THL). Working paper 52/2024. 58 pages. Helsinki 2024. ISBN 978-952-408-355-3 (online publication)

Demand for mental health services has grown rapidly in recent years. Mental health challenges are often linked to somatic health problems and the need for different services and support. It has been argued that multidisciplinary cooperation, coordination of services and care coordination are key to ensuring that clients with a wide range of needs receive help. However, we do not know enough about how mental health and substance abuse treatment and services are structured in practice in the service system or, in particular, in primary health care, which is often the first point of contact for those in need of treatment.

This research project tested the social network analysis approach, which is popular in international research and has been used in previous studies in the field of health and social services, for example in research on care coordination, access to professional support, social influence, and diffusion of innovations. In this study, network analysis was used to examine the structures of cooperation and contact networks of primary health care professionals and the factors associated with them using three different types of data (register-, survey- and interview data).

From the Register of Primary Health Care Visits (Avohilmo), data on visits by adult clients in seven municipalities in a given region were extracted for the year 2021. These data were used to identify patients who had visited primary health care for mental health and substance abuse reasons and the professionals who recorded their visits. Two professionals were defined as belonging to the same patient-sharing network if both of them had met same patient or recorded visit information on the same patient. The aim was to find out which professional factors were associated with patient-sharing networks and whether patient-sharing networks differed between patient groups (substance abuse-, psychosis- and depression diagnoses). The results showed that two different professionals were more likely to have shared patients if they both belonged to the same professional group, registered for the same service or worked in the same municipality. The exception to the results in the patient group analyses was the network for patients with depression, where patient-sharing networks between different professionals were more likely than connections within the same professional group.

The survey data were collected from employees at eight health and social services centres, 98 of whom responded to the survey. The survey charted the cooperation between professionals and the extent to which they work together. Questions were also asked about work and the working environment, as well as employee well-being. The aim was to describe the structures of professional networks and to examine the relationship between the selected network variables (number of contacts, strength of contacts and homophily) and work environment and well-being variables. The results show, for example, that higher levels of contact were associated with better experiences of job control, organizational identification and job satisfaction. Additionally, the number of contacts was associated with lower levels of job demands, an intention to change jobs and sleep problems.

The interview data was collected from 15 health and social care professionals working with clients. The interviewees were asked to list their own contacts and at the same time to describe how close the cooperation had been and what factors had influenced it. The results showed that there were many factors explaining cooperation, which could be grouped into organisational, professional, personal and client-related factors. The most mentioned obstacles to cooperation were related to organisational policies and practices and lack of personnel.

As a whole, the research project produced descriptive data on cooperation structures and related factors that can be used to develop cooperation practices in existing well-being services counties. However, from a research perspective, the results were only an opening or glimpse into possible different research designs that

could be explored using social network analysis in the future. Future studies should in particular explore the possibilities of using network analysis with larger, nationwide data sets and in a longitudinal research design.

**Keywords:** network analysis, mental health and substance abuse services, primary health care, register studies, questionnaire survey, qualitative research



# Sisälllys

Lukijalle .....	2
Tiivistelmä .....	3
Sammandrag .....	5
Abstract .....	7
Sisälllys .....	9
1 Johdanto .....	10
1.1 Sosiaalinen verkostanalyysi sote-tutkimuksessa .....	11
1.2 Tutkimuksen toteutus ja tavoitteet .....	14
2 Sote-ammattilaisten potilaanjakoverkostot – tuloksia rekisteriaineistosta .....	16
2.1 Tutkimusaineisto ja -menetelmät .....	16
2.2 Tulokset.....	18
2.3 Pohdinta.....	21
3 Mielenterveys- tai päihdediagnoosin omaavien nuorten aikuisten terveyspalveluiden käyttö: Erilaiset palvelukäytön profiilit.....	23
3.1 Tutkimusaineisto ja -menetelmät .....	23
3.2 Tulokset.....	23
3.3 Pohdinta.....	24
4 Verkostomuuttajat hyvinvoinnin selittäjinä? – tuloksia kyselyaineistosta .....	26
4.1 Tutkimusaineisto ja -menetelmät .....	26
4.2 Tulokset.....	27
4.3 Pohdinta.....	34
5 Yhteistyö ja koettu työn kuormittavuus, hallintamahdollisuudet ja sosiaalinen tuki perusterveydenhuollossa: Sosiaalisen verkostanalyysin lähestymistapa .....	36
5.1 Tutkimusaineisto ja -menetelmät .....	36
5.2 Tulokset.....	37
5.3 Pohdinta.....	37
6 Mikä selittää yhteistyöverkostoja? – työntekijähaastattelujen tuloksia .....	38
6.1 Tutkimusaineisto ja -menetelmät .....	38
6.2 Tulokset.....	39
6.3 Pohdinta.....	44
7 Johtopäätökset .....	45
Lähteet .....	47
Liitteet .....	51
Liite 1. Hankkeen julkaisut .....	51
Liite 2. Esimerkki verkoston luomisesta ja verkostanalyysistä R-ohjelmalla .....	52
Liite 3. Tutkimuksessa käytetty mittaristo .....	56

# 1 Johdanto

Suomen perusterveydenhuolto poikkeaa useimpien muiden maiden perusterveydenhuollosta. Suurimmalta osalta terveyskeskukset ovat julkisen sektorin – aiempien kuntien, nyt hyvinvointialueiden – tuottamia ja terveyskeskuksissa työskentelee lääkärin ja sairaanhoitajien tai terveydenhoitajien lisäksi useita eri ammattilaisia (Keskimäki ym., 2018). Useimmissa muissa Euroopan maissa lääkärin vastaanotto toiminta on yksityisten ammatinharjoittajien toteuttamaa ja vastaanotoilla työskentelee lääkärin lisäksi lähinnä sairaanhoitajia. Lääkäreillä on usein omat potilaat ja hyvin suuri vapaus päättää, miten järjestellä työnsä.

Suomessa keskeinen ongelma terveyskeskuksissa on ollut pitkään vastaanottojen pitkät jonot, jotka voivat olla lääkärin vastaanotolle jopa useita kuukausia. Muissa läntisen Euroopan maissa tämä on varsin poikkeavaa (Tynkkynen ym., 2023). Yhteistä useille Euroopan maille on kuitenkin lääkäripula, yleensä erityisesti harvaan asutuilla alueilla. Suomessa lääkäripulaa esiintyy myös kaupunkialueilla, mikä on seurausta rinnakkaisista palveluista eli työterveyshuollosta ja yksityisistä palveluista (Huhtakangas ym., 2023).

Perusterveydenhuollon paljon ja useita erilaisia palveluita käyttävien asiakkaiden palveluiden yhteensovittaminen on myös yhteinen ongelma Euroopassa, vaikka Suomessa terveyskeskuksissa työskenteleekin useita ammattiryhmiä (Jolanki ym., 2017; Kodner, 2009). On laskettu, että noin kymmenen prosenttia terveyskeskusten asiakkaista käyttää jopa 80% kustannuksista. Asiakkailla voi olla paitsi useita somaattisia vaivoja, myös mielenterveyden ongelmia, sosiaalisia ongelmia tai päihdeongelmia (Koivisto & Tiirinki, 2020). Mikäli nämä asiakkaat ohjautuvat lääkärille eikä palveluiden yhteensovittaminen toimi, he eivät välttämättä saa kaikkiin vaivoihinsa apua ja palaavat vastaanotolle uudelleen (Peiponen ym., 2023).

Ryhmiä, joiden kohdalla palveluintegraatio on todettu tarpeelliseksi, ovat esimerkiksi asiakkaat, joilla on mielenterveyden ongelmia tai päihdeongelmia (Koivisto & Tiirinki, 2020). Näillä ryhmillä on usein samaan aikaan somaattisia vaivoja sekä sosiaalisia ongelmia. Toisaalta mielenterveysasiakkaista suurin osa käyttää palveluita varsin vähän, eikä tämä asiakasryhmä ole yhtenäinen. Tyypillinen ryhmä on myös iäkkäät potilaat, joilla on sydän- ja verisuonitauteja ja jotka tarvitsevat usein sairaalapalveluita.

Suomessa nämä haasteet ovat terveyskeskuksissa erityisen suuria osin palvelujärjestelmän vuoksi. Kun työikäisestä väestöstä suurin osa on työterveyshuollon asiakkaita, on terveyskeskusten asiakaskunta varsin erilainen kuin muissa Euroopan maissa ja paljon palveluita käyttäviä on enemmän (Saltman & Teperi, 2016).

Terveyskeskuksia on kehitetty viime vuosina erilaisten tiimimallien avulla ja usein on laajennettu sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien vastuita. Ilmiö on tuttu myös muissa maissa, mutta Suomessa sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien tehtävänkuvat ovat jo valmiiksi varsin laajat suhteessa muihin maihin (Maier & Aiken, 2016). Käytännössä työn uudelleenorganisointi on tarkoittanut sitä, että hoitajat paitsi ottavat puhelut vastaan, pyrkivät myös aloittamaan hoitoprosessin jo puhelimesta. Osan asiakkaiden ongelmista hoitajat pystyvät ratkaisemaan itse joko puhelimesta tai asiakaskäynnillä, osa asiakkaista ohjataan ensin laboratorioon ja vasta tämän jälkeen lääkärille. Joissakin malleissa hoitajat voivat konsultoida asiakaspuhelun aikana lääkäreitä. Entistä suurempi osa asiakkaiden hoidosta tapahtuu puhelimesta tai digitaalisina palveluina.

Toisaalta on kehitetty omalääkäri- ja hoitajamalleja, jolloin pyritään hyödyntämään sitä, että lääkäri tai hoitaja tuntee potilaan pidemmältä ajalta. Mallin on todettu parantavan hoidon jatkuvuutta ja sitä kautta lisäävän tehokkuutta (Eskola ym., 2022).

Mallit eivät kuitenkaan ole selkeärajaisia ja ratkaisut vaihtelevat. Tiimimallit ovat usein ns. omatiimejä, joissa pyritään lisäämään hoidon jatkuvuutta, jolloin tiimi oppii tuntemaan asiakkaat riittävän hyvin. Jos tiimi kuitenkin on suuri, on epävarmaa, opitaanko asiakkaita tuntemaan riittävän hyvin. Toiseksi asiakkaita on jaettu tiimeihin segmentoinnin avulla, eli pyritty ns. satunnaiskäyttäjien ja paljon palveluita käyttävien erottamiseen, jotta hoitoprosessit palvelisivat asiakkaita optimaalisesti.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen yhteydessä on mallinnettu sosiaali- ja terveyskeskusten toimintamalleja (Koivisto & Tiirinki, 2020). Tähän asti käytännön toteutuksessa uudistus on tarkoittanut sitä, että sosiaalityön ammattilaisia (sosiaalityöntekijä tai sosionomi) sekä psykiatrisia sairaanhoitajia ja fysioterapeuteja on lisätty terveyskeskuksiin lääkärin ja hoitajien työtovereiksi. Jo aiemmin näitä ammattiryhmiä on työskennellyt terveyskeskuksissa, mutta heidän työroolinsa ovat vaihdelleet. Sosionomit ja

sosiaalityöntekijät sen sijaan ovat sote-keskuksissa uusia ammattiryhmiä. Voidaan kuitenkin todeta, että suurimmaksi osaksi sote-keskukset ovat edelleen lähinnä terveydenhuoltoa ja sosiaalihuollon palvelut kuuluvat verkostoon niiden ympärillä.

Yhteistyö ammattilaisten välillä on tärkeää toisaalta normaalin palveluprosessin kannalta yleisestikin, mutta sen merkitys korostuu, kun asiakas tarvitsee useiden eri ammattilaisen palveluita. Moniammatillisella tiimityöllä näyttää useimmiten olevan hyötyjä asiakkaalle, etenkin asiakastyytyväisyyden osalta. Tutkimusnäyttö hyödyistä on kuitenkin varsin hataraa (Tandan ym., 2024). Tämä saattaa liittyä siihen, että jos arvioidaan moniammatillista yhteistyötä tai tiimityötä vain sen osalta, onko sitä vai eikö ole, jää analyysi varsin puutteelliseksi. Yhteistyö ja tiimityö eivät välttämättä toimi, vaikka sitä muodollisesti tehdäänkin (Mackie & Darvill, 2016). Esimerkiksi Auschra (Auschra, 2018) sekä Sinervo ja Keskimäki (Sinervo & Keskimäki, 2019) ovat kuvanneet, mitkä erilaiset ja eritasoiset tekijät voivat haitata palveluintegraatiota ja yhteistyötä. Yhteistyötä voivat estää tai edistää organisaatio- ja johtamisrakenteet, johtamistapa sekä se, että palveluprosessia ei ole eri ammattilaisten välillä sovittu selkeästi. Käytännön yhteistyön tasolla ongelmaksi voivat muodostua myös erilainen kieli, työn tavoitteet, asenteet ja liiallinen oman profession roolissa pysyminen.

Tutkimusnäyttö yhteistyön hyödyistä työntekijälle on myös heikkoa ja ristiriitaista (Baxter ym., 2018; Liu ym., 2023). Tiedetään kuitenkin, että integraatio ja yhteistyö voivat vähentää ammattiryhmien välisiä hierarkioita ja murtaa tiukkoja rooleja ammattilaisten välillä. Tämä voi tarkoittaa myös työntekijöiden parempaa vaikutusmahdollisuutta omaan työhönsä. Samoin yhteinen ja tehokkaampi päätöksenteko voi parantaa työntekijöiden hyvinvointia (Valentijn ym., 2013). Tiedetään myös, että hyvin toimiva tiimityö on yhteydessä vähäisempään työssä kuormittumiseen (Cho ym., 2022). Edelleen hyvin toimiva tiimityö ja laajat verkostot voivat vähentää kuormitusta, mikäli kuormitusta pystytään jakamaan toisten kanssa (Yanchus ym., 2017). Laajat verkostot ja toimiva yhteistyö voivat merkitä työntekijälle myös tuen saamista ja parempaa tiedon saantia.

## 1.1 Sosiaalinen verkostanalyysi sote-tutkimuksessa

Verkostanalyysi (Network analysis) tarkastelee muuttujien eli solmujen (nodes) välisiä yhteyksiä (ties tai edges), joista muodostuvaa rakennetta kutsutaan verkostoksi (network). Sosiaalinen verkostanalyysi (Social network analysis/ approach, SNA) viittaa empiiriseen tutkimusmenetelmään tai laajemmin myös teoreettisia näkökulmia sisältävään lähestymistapaan, jossa solmut ovat yksittäisiä ihmisiä tai toimijoita ja joiden välisistä yhteyksistä muodostuvia rakenteita kutsutaan sosiaalisiksi verkostoiksi. Menetelmä on hyödyllinen silloin, kun halutaan ymmärtää ja tuoda näkyviin tiettyjen ihmisryhmien tai yhteisöjen suhteiden rakenteita ja dynamiikkaa. Menetelmään kuuluu vahvasti erilaisten verkostoa kuvaavien tunnuslukujen laskeminen sekä visuaalinen esitystapa verkostograafeina (graphs), joilla esimerkiksi keskeisten toimijoiden asemaa verkostossa voidaan kuvata havainnollisesti.

Vuonna 2013 Reeves ja Hean kirjoittivat Journal of Interprofessional Care -julkaisun pääkirjoituksessa erilaisten teorioiden käytön tarpeellisuudesta eri ammattilaisten välistä yhteistyötä tarkasteltaessa. He nostivat esiin erityisesti puutteet sosiologian alaan liittyvien teorioiden hyödyntämisessä. Sosiaalisen verkostanalyysin juuret ovat erityisesti sosiologisessa tutkimuksessa ja, kuin vastauksena Reevesin ja Heanin toiveisiin, sosiaalisen verkostanalyysin soveltaminen sosiaali- ja terveydenhuollon kontekstissa on merkittävästi lisääntynyt viimeisten 15 vuoden kuluessa. Esimerkiksi Hu kollegoineen löysivät katsauksessaan yhteensä 13 terveydenhuollon ammattilaisten sosiaalisia verkostoja käsittelevää katsausartikkelia (sisältäen yli 300 erillistutkimusta), jotka on julkaistu vuosien 2010–2021 välillä (Hu ym. 2021). Katsauksessa jaoteltiin tutkitut aihealueet karkeasti kolmeen teoreettiseen teemaan: innovaatioiden tai tiedon leviämiseen ja levittämiseen liittyvät tutkimukset, hoidon koordinaatioon liittyvät tutkimukset ja sosiaaliseen vaikuttamiseen (esimerkiksi asenteiden leviämiseen) liittyvät tutkimukset. Tutkimushankkeemme näkökulma liittyy näistä teemoista keskeisimpään, eli hoidon koordinaatiota (care coordination) kuvaavaan tutkimukseen. Teemaan liittyvissä tutkimuksissa on tarkasteltu erityisesti ammattilaisten välistä yhteistyötä, yhteistyön rakenteita, tiedon välittämistä sekä tuen ja neuvojen jakamista ja saamista. Taustalla on näkemys siitä, että tiiviit kontaktit toimijoiden välillä linkittyvät parempaan hoidon laatuun ja yhteensovitetuihin palveluihin.

Tuoreessa tutkimuksessa Burns kollegoineen (2022) esittää sosiaalisen verkostanalyysin käsitteiden ja teorian linkittämistä integraatiotutkimukseen. Mainittujen tutkijoiden mukaan yhdistävä tekijä liittyy kommunikaatioon ja ammattilaisten väliseen vuorovaikutukseen (prosessuaaliseen näkökulmaan), joka on perustavanlaatuisen osa kliinisen integraation onnistumista. Tämä avaus on otettu vastaan mielenkiinnolla, ja keskustelu näkökulmien yhdistämisestä on jatkunut. Eri tutkijat ovat painottaneet muun muassa tarvetta eri tarkastelutasojen (makro-, meso- ja mikro) tarkemmalle määrittelylle, virallisten rakenteiden ja sosiaalisten prosessien (yhteis)vaikutusten arvioimiselle, erilaisten määrällisten ja laadullisten aineistojen hyödyntämiselle ja tutkimusasetelmien (kuten tutkimuskontekstien ja -kysymysten sekä tutkijakonsortioiden) tarkemmalle suunnittelulle (Charns & Bolton 2022, Gittel & Ali 2022, Kerrissey 2022). Otamme tässä tutkimushankkeessa osaltamme osaa keskusteluun soveltamalla sosiaalista verkostanalyysiä suomalaisen perusterveydenhuollon kontekstissa, jossa eri ammattilaisten välinen yhteistyö ja palvelujen yhteensovittaminen ovat edellytys asiakaslähtöisyyden toteutumiselle.

## Verkostoa kuvaavia tunnuslukuja ja käsitteitä

Verkoston rakenteen perusteella on mahdollista laskea erilaisia tunnuslukuja, jotka kuvaavat joko yksilön asemaa kyseisessä verkostossa tai verkostoa kokonaisuutena. Organisaatiokontekstissa on mahdollista tutkia tietyn organisaation (tai esimerkiksi osaston tai tiimin) sisäisiä (intra-group) suhteita työntekijöiden välillä, tai suhteita eri ryhmien tai eri organisaatioiden (inter-group) välillä. Näiden näkökulmien sisällä vaihtoehtoja riittää, esimerkiksi eräässä katsauksessa löydettiin eri tutkimuksista yhteensä jopa 180 erilaista tunnuslukua (DuGoff ym. 2018). Tutkimuskysymykset ja käytettävissä oleva aineisto rajaavat osin mahdollisuuksia valita kuhunkin tutkimukseen sopivat tunnusluvut, eikä ole olemassa yleistä konsensusista siitä, mitkä tunnusluvut ovat sote-tutkimuksessa tärkeimpiä. Tässä tutkimuksessa olemme valinneet erikseen kuhunkin aineistoomme sopivat tunnusluvut, joita on yleisesti käytetty myös monissa muissa maissa ja sote-kontekstissa tehdyissä verkostotutkimuksissa. Koonti näistä tunnusluvuista ja niiden määrittelmistä esitetään taulukossa 1.

Erilaisten tunnuslukujen laskemisen taustalla on usein teoreettisia näkemyksiä, joilla voidaan selittää toimijoiden välisiä yhteyksiä lukujen takana. Tämän tutkimuksen kannalta yksi tällainen olennainen teoreettinen näkökulma on homofilia-periaate. Tällä viitataan siihen, että samanlaiset ihmiset ovat todennäköisemmin tekemisissä keskenään kuin itsensä kanssa erilaisten ihmisten kanssa (McPherson ym. 2001). Periaate on todennettu lukuisissa tutkimuksissa sekä sote-alan kontekstissa että sen ulkopuolella. Sote-alalla on nähty esimerkiksi enemmän yhteistyötä samoissa tiloissa työskentelevien tai samanlaisen tutkintotaustan omaavien kanssa (esim. Hu ym. 2021). Muna vai kana -keskustelua on käyty siitä, onko taustamekanismina se, että ihminen hakeutuu tekemisiin itsensä kanssa samanlaisten ihmisten kanssa, vai päinvastoin niin, että samanlaisissa ympäristöissä oleminen muokkaa ihmisistä monilla tavoin samanlaisia (Prell 2012). Sote-alan erityispiirteet tuovat homofilia-käsitteeseen lisää kiinnostavia näkökantoja verrattuna moniin muihin konteksteihin. Esimerkiksi sote-ammattilaisten ei ole usein mahdollista valita itse työkavereitaan, vaan työtä tehdään tyypillisesti tarkoin määritellyssä organisaatiossa, jossa yleiset toimintatavat, hierarkiat ja eri ammattilaisten työtehtävät niihin kuuluvine päätösvaltoineen on ennalta määriteltä ammattitutkintojen mukaisesti. Samalla kuitenkin erityisesti perusterveydenhuollossa, jossa resurssit ovat niukat ja potilaskirjo laaja, on väistämättä tarve moniammatilliselle yhteistyölle ja kyvykkyydelle löytää keinoja toimia asiakkaan edun mukaisesti työympäristön haasteista huolimatta. Tässä tutkimuksessa tarkastelemme, missä määrin homofilia-käsite selittää yhteistyötä suomalaisessa perusterveydenhuollossa eri aineistojemme valossa.

Verkostanalyysien toteuttamiseen (kuten tunnuslukujen laskemiseen ja verkostokuvien piirtämiseen) löytyy erilaisia maksullisia ja maksuttomia ohjelmia. Tässä tutkimuksessa olemme käyttäneet avoimeen lähdekoodiin perustuvaa R-ohjelmointiympäristöä, jossa on mahdollista hyödyntää erilaisia analyysifunktioita sisältäviä paketteja ja tehdä tiettyyn aihealueeseen keskittyviä tarkasteluja. Sosiaaliselle verkostanalyysille ja verkostojen visuaaliselle esittämiselle on kehitetty omat vapaasti ladattavissa olevat R-pakettinsa (sna, igrph ja ggraph). Liitteessä 2 kuvataan esimerkki verkostanalyysin toteuttamisesta hyödyntäen R-koodeja ja R-ohjelman paketteja.

**Taulukko 1. Tässä tutkimuksessa käytettyjä sosiaalisen verkostanalyysin tunnuslukuja**

Tunnusluku	Määritelmä
<b>egosentrinen verkosto</b> (ego-centric networks/ personal networks)	Yksilötason (toimijakohtainen) verkosto (esim. tietyn henkilön yhteistyötahot)
<b>koko verkosto</b> (sociocentric/ whole networks)	Kokonainen rajattu verkosto (kaikkien toimijoiden välisten suhteiden tutkiminen)
<b>verkoston koko</b> (size)	Kuinka monta toimijaa verkostoon kuuluu
<b>tiheys</b> (density)	Aineistossa olevien yhteyksien määrä jaettuna suurimmalla mahdollisella yhteyksien määrällä
<b>yhteyksien määrä</b> (degree)	Keskinäisten yhteyksien määrä
<b>Vastaanottajakeskeisyys</b> (indegree centrality)	Niiden henkilöiden määrä, jotka ovat valinneet vastaajan yhteistyökumppanikseen
<b>Lähtelijäkeskeisyys</b> (outdegree centrality)	Niiden henkilöiden määrä, jotka vastaaja on itse valinnut omiksi yhteistyökumppaneikseen
<b>yhteyksien voimakkuus</b> (degree strength)	Yhteyksien vahvuus eli frekvenssi (tässä tutkimuksessa kuvaa sitä, kuinka usein yhteistyötä oli tehty)
<b>homofilia</b> (homophily)	Yhteyksien painottuminen itsen kanssa samanlaisiin henkilöihin enemmän kuin itsen kanssa erilaisiin henkilöihin
<b>välillisyyysluku</b> (betweenness)	Tietyn solmun kautta kulkevien verkoston solmuja yhdistävien lyhimpien polkujen määrä
<b>triadi ja transitiivisuus</b> (triads and transitivity)	Todennäköisyys sille, että jos A ja B ovat yhteyksissä toisiinsa ja B ja C ovat yhteyksissä toisiinsa, niin todennäköisesti myös A ja C ovat yhteyksissä toisiinsa
<b>klusteri</b> (cluster)	Verkoston osajoukko, joka on tiiviimmin yhteydessä keskenään kuin verkoston muiden solmujen kanssa.

## Kyselyt, rekisteriaineistot ja haastattelut verkostoaineistoina

Sosiaalisten verkostojen tutkimus edellyttää tutkittavan verkoston (ihmisjoukon) määrittämistä etukäteen. Tietoa ihmisten välisistä suhteista on käytännössä mahdollista kerätä lukuisilla erilaisilla määrällisillä ja laadullisilla aineistoilla (kuten kyselyt, rekisterit, haastattelut, tekstitiedostot, sosiaalisen median aineistot). Organisaatiokontekstissa kyselytutkimus on ollut tyypillisin tapa kerätä aineistoa (Agneessens&Lbianca 2022). Käytännössä tietoja henkilöiden välisistä kontakteista voidaan kartoittaa listaamalla valmiiksi eri toimijoiden nimet ja pyytämällä vastaajaa valitsemaan listalta kukin kontaktinsa (ns. roster-menetelmä). Toinen, erityisesti suuriin organisaatioihin sopiva tapa on pyytää vastaajaa itse kirjaamaan joko kaikki omat kontaktinsa tai esimerkiksi viisi tärkeintä kontaktaania (ns. name generator -menetelmä). Tässä tutkimuksessa tarkastelimme kyselyaineistolla sote-keskusten eri ammattilaisten välistä yhteistyötä ja toisaalta heidän kontaktejaan alueen muihin sosiaali- ja terveystalouteen ja viranomaisiin. Kyselyaineiston tarkempi kuvaus ja tulokset esitetään tämän raportin luvussa 4.

Potilastietojärjestelmien tai terveydenhuollon rekisterien hyödyntäminen verkostanalyttisesti on vaihtoehtoinen tapa tarkastella sote-ammattilaisten välisiä kontakteja ja niistä muodostuvia rakenteita. Rekisteritutkimuksella on useita etuja verrattuna kyselytutkimuksiin, jotka ovat usein aikaa vieviä ja kalliita toteuttaa sekä alttiita tulkinta- tai muistivirheille. Niin sanottujen potilaanjakoverkostojen (patient-sharing networks) tutkiminen on yleistynyt tietokoneiden kapasiteettien kasvun ja erilaisten analyysiohjelmien kehittymisen myötä (DuGoff ym. 2018). Potilaanjakoverkostot eli kontaktit ammattilaisten välille muodostuvat yhdestä

tai useammasta yhteisestä potilaasta, jonka eri ammattilaiset ovat kohdanneet vastaanotoillaan. Käyntitietoihin perustuva rekisteriaineisto ei täten suoraan kerro, onko kyseisten ammattilaisten välillä ollut yhteistyötä potilaan asioiden hoitamisessa. Kansainvälisestä tutkimuksesta on kuitenkin saatu näyttöä sille, että mitä enemmän yhteisiä potilaita ammattilaisilla oli, sitä todennäköisemmin he olivat myös tehneet yhteistyötä (Barnett ym. 2011). Suurin osa aiemmista potilaanjakoverkostoja kuvaavista tutkimuksista on tehty pääosin pelkästään lääkäreillä ja sairaalakontekstissa. Tässä tutkimuksessa tarkastelimme tietyn alueen kuntatasoisten palvelujen näkökulmasta kaikkien Perusterveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteriin (Avohilmo) kirjanneiden ammattilaisten välisiä kontakteja ja niistä muodostuvia verkostoja. Rekisteriaineiston tarkempi kuvaus ja tulokset esitetään luvussa 2.

Kysely- ja rekisteriaineistoilla saadaan tyypillisesti kuvattua kontaktien määrää, voimakkuutta ja rakenteita. Yksilön verkostolle antamat merkitykset ja tulkinnat yhteyksistä saattavat kuitenkin jäädä kokonaan puuttumaan ilman laadullista tutkimusta (Ahrens 2018, Bishop&Waring 2012). Haastatteluaineistojen avulla on toisinaan saatu tietoa esimerkiksi yllättävistä lähetekäytännöistä tai potilaiden taipumuksesta konsultoida hoitoon liittyvissä asioissa ensisijaisesti läheisiään eikä terveydenhuollon ammattilaisia (ks. Pomare ym. 2022). Tässä tutkimuksessa keräsimme haastatteluilla tietoa sote-keskuksissa työskentelevien ammattilaisten yhteistyötahoista ja yhteistyötä selittävistä tekijöistä. Haastatteluaineiston tarkempi kuvaus ja tulokset esitetään luvussa 6.

## Verkostoihin yhteydessä olevia tekijöitä

Organisaation toimijoiden keskinäisten yhteyksien selvittäminen verkostanalyysin avulla voi jo itsessään tuottaa hyödyllistä tietoa esimerkiksi terveydenhuollon käytännön rakenteiden havainnollistajana. Hyvin usein verkostanalyysiin kuitenkin liitetään (tarvittaessa muita aineistoja hyödyntämällä) lisätietoa, jolla voidaan joko kuvata tarkemmin sitä, millaiset asiat selittävät havaitun verkoston rakennetta (network antecedents), tai mihin asioihin verkoston rakenne on yhteydessä (network consequences).

Verkostojen muodostumista ovat aiemmissa tutkimuksissa selittäneet lukuisat ammattiryhmiin tai yksittäisiin ammattilaisiin liittyvät demografiset tekijät, potilaisiin tai potilasryhmiin liittyvät tekijät sekä laajemmin organisaatioihin tai tiettyihin sote-työympäristöihin liittyvät tekijät (Bae ym. 2015; Cunningham ym. 2011, Hu ym. 2021; Poghosyan ym. 2016; Tasseli 2014). Verkostoja selittävät tekijät ovat usein liittyneet edellä kuvattuun homofilia-käsitteeseen. Tässä tutkimuksessa tarkastelimme yhteistyöverkostojen selittäjiä sekä haastatteluaineistolla (luku 6) että rekisteriaineistolla (luku 2).

Aiemmissa tutkimuksissa on tarkasteltu verkoston kokonaisrakenteen tai yksittäisten verkstoroolien vaikutuksia muun muassa verkoston toimijoihin eli sote-ammattilaisiin, potilaisiin tai hoidon laatuun, organisaation suorituskykyyn tai palvelujen käyttöön ja kustannuksiin (Bae ym. 2015; Cunningham ym. 2011, DuGoff ym. 2018, Hu ym. 2021; Poghosyan ym. 2016; Tasseli 2014). Tiiviit verkostot, joissa ammattilaisilla on läheiset yhteistyösuhteet, ovat olleet yhteydessä esimerkiksi parempaan hoidon koordinaatioon, tehokkuuteen ja työtyytyväisyyteen (Hu ym. 2021, Tasseli 2014). Eri tutkimuksissa on kuitenkin saatu ristiriitaisia tuloksia verkostomuuttujien vaikutusten osalta (ks. Hu ym. 2021). Esimerkiksi verkostossa keskeisessä asemassa olevilla on ollut paremmat mahdollisuudet yhteistyöhön, tiedon välittämiseen ja luottamukselliseen suhteeseen muiden kanssa. Toisaalta liiallinen luotto keskeisiin toimijoihin on voinut saada verkostot alttiiksi myös kielteisille seurauksille. Vastaavasti tiiviit kontaktit toimijoiden välillä loivat enemmän mahdollisuuksia välittää tietoa, mutta liian tiiviit sisäiset verkostot voivat johtaa eristäytymiseen muista toimijoista tai rajoittaa ulkoisten yhteyksien määrää (Poghosyan ym. 2016). Tässä tutkimuksessa tarkastelimme kyselytutkimusaineistolla verkostomuuttujien yhteyksiä työntekijöiden työhön liittyviin tulkintoihin ja hyvinvointiin (luku 4).

## 1.2 Tutkimuksen toteutus ja tavoitteet

Tässä tutkimuksessa testattiin sosiaalisen verkostanalyysin soveltuvuutta perusterveydenhuollon yhteistyöverkostojen tarkasteluun suomalaisilla aineistoilla. Tutkimus toteutettiin yhdessä kumppaniorganisaatioiden kanssa, jotka vastasivat perusterveydenhuollon palvelujen järjestämisestä tietyllä maantieteellisellä alueella (ennen toiminnan siirtymistä hyvinvointialueiden vastuulle vuonna 2023). Koska perusterveydenhuollossa

kohdataan hyvin monenlaisia asiakkaita ja potilaita, oli yhteistyön määrittämiseksi tarpeen rajata etukäteen, minkä potilasryhmän suhteen yhteistyötä tarkastellaan. Organisaatioiden yhteyshenkilöiden kanssa käydyn keskustelun myötä tutkimuksen potilasryhmäksi valikoitui yhteisymmärryksessä mielenterveys- ja päihdepotilaat sillä perusteella, että heidän osuutensa palvelunkäyttäjinä on lisääntynyt ja heidän palvelutarpeensa ovat usein monenlaisia, jolloin myös yhteistyön tarve eri ammattilaisten välillä on todennäköisesti suuri.

Aineistoa kerättiin kolmella erilaisella aineistolla (rekisteri-, kysely- ja haastatteluaineistoilla), joiden tuloksia esitetään erikseen kunkin aineiston osalta tämän raportin seuraavissa luvuissa. Osa teksteistä perustuu julkaistuihin artikkeleihin, joiden viitetiedot esitetään lukujen yhteydessä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tutkimuseettinen työryhmä on puoltanut tutkimushanketta. Lisäksi tutkimusluvut hankkeen aineistojen keräämiselle saatiin tutkimuksen kohdeorganisaatioista.

Tutkimuksen tavoitteet olivat:

1. Hahmottaa ja kuvata yksittäisten sote-ammattilaisten yhteistyöverkostojen rakenne: Kuinka suuria yhteistyöverkostot ovat ja mistä ammattiryhmistä ne koostuvat? Ketkä ovat verkostoissa keskeisiä toimijoita? Kuinka tiiviitä yhteistyöverkostot ovat, eli kuinka usein yhteistyötä tehdään eri toimijoiden kanssa?
2. Tarkastella Perusterveydenhuollon hoitoilmoitusrekisterin (Avohilmo) perusteella muodostuvia potilaanjakoverkostoja kuntien ja eri potilasryhmien (päihde-, psykoosi- ja masennuspotilaat) tasoilla: Selittääkö tietyssä kunnassa, ammattiryhmässä tai tietyissä palveluissa toimiminen potilaanjakoverkostoja? Ovatko ammattilaisten kontaktit toisiinsa erilaiset eri potilasryhmissä?
3. Tutkia yhteistyö- ja potilaanjakoverkostoihin yhteydessä olevia tekijöitä: Mitkä tekijät selittävät yhteistyötä ammattilaisten itsensä kuvaamana? Ovatko verkostomuuttajat (verkoston koko tai yhteistyön tiiviys) yhteydessä työntekijöiden hyvinvointiin tai tulkintoihin työympäristöstään?

## 2 Sote-ammattilaisten potilaanjakoverkostot – tuloksia rekisteriaineistosta

Hietapakka, L., Sinervo, T., Väisänen, V., Niemi, R., Gutvilig, M., Linnaranta, O., Suvisaari, J., Ha-kulinen, C. & Elovainio, M. (2024). Patient-sharing networks among primary health care professionals taking care of patients with mental health problems or substance abuse. *BMJ Open* (arvioitavana).

Elovainio, M., Hietapakka, L., Gutvilig, M., Niemi, R., Komulainen, K., Pulkki-Råback, L., Väisänen, V., Sinervo, T. & Hakulinen, C. (2024). Variation in patient-sharing network characteristics of health care professionals treating different mental and substance use disorder patient sub-groups in primary care. *International Journal of Social Psychiatry*. <https://doi.org/10.1177/00207640241270827>

Tarve mielenterveyspalveluille on kasvanut 2010-luvun aikana. Mielenterveys- ja päihdehäiriöistä kärsivillä on usein monia samanaikaisia mielenterveyshäiriöitä ja somaattisia sairauksia (Berk ym., 2023; Momen ym., 2020; Plana-Ripoll ym., 2019) ja he tarvitsevat usein enemmän erilaisia tukitoimia ja monien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten palveluja verrattuna muihin (Firth ym., 2019). Hoitoon ja muihin palveluihin osallistuvien ammattilaisten, yksiköiden ja organisaatioiden kesken jaettu tieto onkin siten integroitava ja koordinoitava tehokkaasti (Firth ym., 2019; Wahlbeck ym., 2018).

Tehokkaan yhteistyön luominen edellyttää menetelmiä, joiden avulla voidaan tunnistaa ja analysoida terveydenhuollon ammattilaisten vuorovaikutuksen taustalla olevia rakenteita ja näihin rakenteisiin vaikuttavia tekijöitä. Sosiaalisen verkostanalyysin soveltaminen rekisteriaineistoissa on tarjonnut mahdollisuuden analysoida terveydenhuollon ammattilaisten välisiä yhteyksiä ja niiden kehittymistä tarkastelemalla niin sanottuja potilaanjakoverkostoja (eli verkostoja, jotka perustuvat eri ammattilaisten yhteisiin potilaisiin). Rekisteriaineistoilla on mahdollista myös tarkastella, miten potilaan ja ammattilaisten ominaisuudet vaikuttavat näiden potilaanjakoverkostojen muodostumiseen (Saint-Pierre ym., 2020).

Tässä osiossa kuvataan kahden tässä tutkimushankkeessa kirjoitetun artikkelikäsitelmän tuloksia rekisteriaineiston perusteella luoduista potilaanjakoverkostoista. Tutkimuksissa selvitettiin:

- Mitkä sote-ammattilaisiin liittyvät tekijät (kunta, ammattiryhmä tai palvelumuoto) selittivät mielenterveys- ja päihdepotilaisiin liittyviä potilaanjakoverkostoja (osatutkimus 1)
- Millaisia mahdollisia eroja potilaanjakoverkostoissa oli potilasryhmittäin (päihde-, psykoosi- ja masennuspotilaat) (osatutkimus 2)

### 2.1 Tutkimusaineisto ja -menetelmät

Rekisteriaineistona käytettiin Perusterveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteriä (Avohilmo), joka kokoaa yhteen eri potilastietojärjestelmiin kertyvää rakenteellista tietoa perusterveydenhuollon toiminnasta. Rekisteristä poimittiin mukaan käyntitiedot tutkimukseen osallistuvan organisaation seitsemästä kunnasta vuodelta 2021. Aineisto rajattiin täysi-ikäisiin potilaisiin, joilla oli ollut vuoden 2021 aikana vähintään yksi käynti jossakin sote-keskuksessa.

Hyödyntämällä rekisterissä olevaa, yksittäisen potilaan yksilöivää tunnistekoodia määritettiin ensin mielenterveys- ja päihdesyistä perusterveydenhuollossa asioineet potilaat. Yksittäisen käynnin määriteltiin liittyvän mielenterveys- tai päihdehäiriöihin, jos käynnin tiedoista löytyi 1) psykiatrian alan diagnoosi (ICD-10 tautiluokituksen F-koodit ja ICPC-2 luokituksen P-koodit, pois lukien dementia, älyllinen kehitysvammaisuus ja psyykkisen kehityksen/ oppimisen häiriöt) ja/tai 2) palvelumuotoluokituksesta koodi T71 (mielenterveystyö) tai T73 (päihdetyö), joita käyttävät mielenterveys- tai päihdetyöhön erikoistuneet ammattilaiset.

Toisessa vaiheessa aineistoon poimittiin mukaan määritellyn potilasjoukon kaikki perusterveydenhuollon käynnit. Palvelumuoto-luokituksista päädyttiin kuitenkin poistamaan kotiin vietävät palvelut (T40-T43), sillä tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita potilaiden toteuttamista käynneistä. Lisäksi poistettiin koodi T90 (muu



palvelutoiminta), sillä koodin perusteella ei ollut mahdollista määrittellä, millaisista käynneistä oli kyse (ammattilaisia ohjeistetaan käyttämään tätä palvelumuotoluokkaa silloin, kuin mikään muu olemassa olevista koodiluokista ei kuvaa käyntiä). Lisäksi myöhemmässä tarkastelussa jouduttiin jättämään pois myös työterveyshuollon palveluja kuvaavat palvelumuotoluokat T30 ja T31, sillä kyseisten käyntien kirjauksista ei useinkaan selvinnyt, mitä ammattiryhmää kirjannut ammattilainen edusti.

Lopuksi aineistosta poistettiin potilaat, joilla oli vain yksi perusterveydenhuollon käynti vuoden aikana sekä potilaat, joiden kaikki käynnit olivat vain yhdelle (samalle) ammattilaiselle. Tämä toteutettiin hyödyntäen rekisterissä olevaa ammattilaisen yksilöivää tunnustekoodia (Valviran ylläpitämä ammattirekisteri). Ne käynnit, joista puuttui ammattilaisen tunniste tai ammattiryhmätieto, jätettiin pois lopullisesta aineistosta.

Osatutkimuksessa 2 aineistosta jätettiin lisäksi pois sellaisten ammattilaisten käynnit, jotka eivät todennäköisesti liittyneet suoraan potilaiden hoitoon (kuten sihteerit, johtajat, apteekkihenkilökunta ja optikot). Kaikista käynneistä osatutkimukseen 2 poimittiin kolmen eri potilasryhmän käynnit: 1) päihdehäiriöitä sairastavat (ICD-10-diagnoosit F10–F19), 2) ne, joilla on psykoottisia häiriöitä (ICD-10 diagnoosit F20–F29) ja 3) ne, joilla on masennushäiriöitä (ICD-10 diagnoosit F30–F39). Aineistoon sisällytettiin kaikki näiden potilaiden käynnit, ei ainoastaan mainittuihin diagnooseihin liittyvät käynnit.

### Muuttujat (osatutkimus 1)

Analyseissä käytetyt muuttujat olivat kuntatieto (seitsemän kuntaa A-G), ammattiryhmätieto (jaoteltuna kolmeen luokkaan: 1) lääkärit, 2) hoitajat 3) muut ammattilaiset kuten psykologit ja fysioterapeutit), ja palvelumuototieto (jaoteltuna kolmeen luokkaan: 1) avosairaanhoido, 2) mielenterveys- ja päihdetyö) ja 3) muut palvelumuodot, esim. opiskeluterveydenhuolto ja fysioterapia). Pienellä osalla ammattilaisia oli kirjauksia useammassa eri kunnassa, ammattiryhmässä tai palvelumuodossa. Analyysejä varten näiden ammattilaisten käynnit merkittiin siihen ryhmään, jossa heillä oli eniten kirjauksia. Lopullinen aineisto koostui yhteensä 150 220 käynnistä, 8517 potilaasta and 1566 ammattilaisesta.

### Muuttujat (osatutkimus 2)

Analyseissä käytetyt muuttujat olivat palvelumuoto (jaoteltuna neljään luokkaan: 1) avosairaanhoido, 2) mielenterveys- ja päihdetyö, 3) seulonnat ja muut joukkotarkastukset sekä muu terveydenhoito ja 4) muut palvelumuodot) ja ammattiryhmätieto (jaoteltuna kolmeen luokkaan: 1) lääkärit, 2) sairaanhoitajat ja 3) muut ammattilaiset). Jos yhdellä ammattilaisella oli useampi kuin yksi rekisteröity ammatti, valittiin useimmin esiintyvä ammatti. Jos rekisteröityjen ammattien esiintymistiheys oli yhtä suuri, yksi valittiin satunnaisesti.

Ammattilaisen kunta määriteltiin kunnaksi, jossa suurin osa käynneistä kirjattiin. Jos ammattilainen työskenteli yhtä paljon useissa kunnissa, yksi valittiin sattumanvaraisesti. Lopullinen aineisto koostui 147 430 käynnistä, 8217 potilaasta ja 1559 ammattilaisesta.

### Potilaanjakoverkostojen muodostaminen

Kahden ammattilaisen välille muodostui yhteinen potilaanjakoverkosto (patient-sharing network), jos sama potilas oli käynyt heistä molempien vastaanotoilla (eli molemmilla oli kirjauksia potilaan käyntitiedoissa) vähintään kerran vuoden 2021 aikana. Kokonaisuutena ammattilaisten yhteisten potilaiden verkosto muodostui siten ammattilaisista (solmut) ja heidän välisistä yhteyksistään (yhteiset potilaat). Osatutkimuksessa 2 edellytettiin ennen verkoston muodostamista, että ammattilaisilla oli ollut vähintään viisi yhteistä potilasta vuoden aikana.

### Tilastolliset menetelmät

Osatutkimuksessa 1 verkostoja tarkasteltiin ensin kunnittain, jolloin aineistosta laskettiin kuntakohtaiset ammattilaisten yhteisten potilaiden verkostot (ammattilaisten välisten kontaktien määrä), verkoston tiheys (verkostossa olevien yhteyksien määrä jaettuna suurimmalla mahdollisella kontaktien määrällä), keskimääräinen ”matka” ammattilaisten välillä (kuinka monen ammattilaisen päässä toisistaan eri ammattilaiset ovat

verkostossa) ja transitiivisuus (todennäköisyys sille, että jos ammattilaisella A on ollut yhteisiä potilaita ammattilaisten B ja C kanssa, myös ammattilaisilla B ja C on ollut yhteisiä potilaita).

Osatutkimuksessa 2 yleiset ja diagnoosiryhmäkohtaiset verkostotunnusluvut laskettiin seuraavasti: Ensinnäkin raportoitiin potilaiden kokonaismäärä, ammattilaisten lukumäärä, käyntien mediaanimäärä ammattilaista kohti, käyntien mediaanimäärä potilasta kohti kullekin ammattilaiselle ja mediaanimäärä käyntejä potilasta kohti kuhunkin palvelutyyppiin liittyen. Toiseksi raportoitiin solmujen lukumäärä (ammattilaisten lukumäärä) ja kuinka monta kertaa ammattilaisilla oli vähintään viisi yhteistä potilasta (yhteyksien lukumäärä). Muita verkoston indikaattoreita olivat yhteyksien määrä (keskimääräinen kontaktien määrä ammattilaisten välillä), etäisyyskeskeisyys (keskimääräinen etäisyys ammattilaisesta kaikkiin muihin verkostossa oleviin ammattilaisiin), välillisyykeskeisyys (missä määrin ammattilainen yhdistää muita kahta ammattilaista), tiheys (yhteyksien määrä muihin ammattilaisiin jaettuna kaikkien mahdollisten verkon sisällä olevien yhteyksien määrällä), transitiivisuus (todennäköisyys, että jos ammattilaisella A on ollut yhteisiä potilaita ammattilaisten B ja C kanssa, niin ammattilaisilla B ja C on myös ollut yhteisiä potilaita) ja lopuksi ammattiryhmien suhteellinen yhteyksien määrä ja keskeisyys (keskimääräinen aste ja keskiarvo ammattiryhmän sisällä jaettuna keskimääräisellä asteella tai keskimääräisellä keskiarvolla muissa ammattiryhmissä).

Jotta kutakin diagnoosikohtaista verkostoa voitaisiin vertailla kaikkien potilaiden verkostoon potilaiden lukumääräeroista huolimatta, valitsimme satunnaisesti kaikki potilaat sisältävän ryhmän kunkin diagnoosiryhmän potilaiden määrään. Tämän jälkeen loimme 100 iteraatiota jokaisesta diagnoosiryhmän kokoisesta verkosta ja käytimme tätä arvojakaumaa testataksemme nollahypoteesia, jonka mukaan ryhmän tilastot olivat yhtä suuret kuin otokseen valittujen kaikkien potilaiden verkkojen keskimääräiset verkkotilastot, käyttämällä yhden otoksen Wilcoxon-merkittyjä arvotestejä ja ei-parametrisia mediaanitestejä (Higgins, 2005).

Koko aineiston tasoissa tarkasteluissa hyödynnettiin ERGM-analyysiä (exponential random graph models), jolla tarkasteltiin verkoston rakenteen yhteyksiä ammattilaisista tiedossa oleviin tekijöihin (kunta, ammattiryhmä ja palvelumuoto). ERGM-analyysi ennustaa (tässä tutkimuksessa) todennäköisyyttä sille, että kahdella eri ammattilaisilla on ollut yhteinen potilas.

BIC-arvoa (Bayesian Information Criterion) käytettiin vertaamaan sitä, kuinka hyvin hierarkkiset mallit sopivat dataan. Mitä pienempi BIC-arvo, sitä paremmin malli sopii dataan. Tilastolliset analyysit tehtiin R-ohjelman paketeilla ”tidyverse”, ”igraph”, ”sna”, ”ggraph” ja ”statnet” (ergm).

## 2.2 Tulokset

### Osatutkimus 1

Suurin osa ammattilaisista oli joko hoitajia tai lääkäreitä. Käyntitietoja oli merkitty eniten avosairaanhoidon, noin kolmasosa käynneistä oli mielenterveys- tai päihdetyöhön liittyviä käyntejä. Pienimmän kunnan aineistossa oli 155 potilasta ja 1503 käyntiä, ja suurimmassa kunnassa (F) 6977 potilasta ja 95 104 käyntiä.

Yksi aineistossa olevista kunnista oli muita suurempi, mikä vaikutti verkostotuloksiin. Kyseisen kunnan verkostotunnuslukuista tiheys ja transitiivisuus olivat matalammalla tasolla kuin muissa kunnissa. Kaikissa kunnissa kaksi ammattilaista oli keskimäärin kontaktissa toisiinsa kahden ammattilaisen kautta.

ERGM-tulokset esitetään taulukossa 2. ERGM-tuloksilla selitetään, missä määrin valitut muuttujat (kunta, ammattiryhmä ja palvelumuoto) selittävät yhteisten potilaiden todennäköisyyttä ammattilaisten välillä. Ensimmäisessä vaiheessa (Malli 1), katsottiin pelkkää kontaktien määrää yhteyksien selittäjänä. Toisessa vaiheessa (Malli 2) lisättiin kuntatieto ja katsottiin, missä määrin ammattilaisen kunta selittää sitä, että ammattilaisilla oli yhteisiä potilaita (nodefactor). Lisäksi katsottiin, toteutuuko niin sanottu homofilia-periaate (nodematch). Tällä tarkoitettiin sitä, onko todennäköisempää, että samassa kunnassa työskentelevillä ammattilaisilla on yhteisiä potilaita kuin niillä ammattilaisilla, jotka työskentelevät keskenään eri kunnissa. Vastaavat asiat katsottiin erikseen ammattiryhmä- (Malli 3) ja palvelumuototietojen (Malli 4) näkökulmista.

Homofilia-periaate näkyi tuloksissa tilastollisesti merkitsevinä yhteyksinä. Kahdella eri ammattilaisella oli todennäköisemmin ollut yhteisiä potilaita, jos molemmat kuuluivat samaan ammattiryhmään, kirjasiivat samalle palvelumuodolle tai työskentelivät samassa kunnassa. Myös päävaikutukset olivat merkitseviä ja niiden perusteella lääkärin ammattiryhmään kuulumisen ennusti kontaktien todennäköisyyttä enemmän kuin

kuuluminen johonkin muuhun ammattiryhmään. Mielenterveys- tai päihdetyöpalvelumuotoon kirjanneiden joukossa todennäköisyys yhteisille potilaille oli 1.68 kertaisesti suurempi verrattuna avosairaanhoidopalvelumuotoon kirjanneisiin ammattilaisiin.

**Taulukko 2. ERGM-analyysi kunnista, ammattiryhmistä ja palvelumuodoista (osatutkimus 1)**

	OR (CI)			
	Malli 1	Malli 2	Malli 3	Malli 4
Tiheys (kontaktien määrä)	0.13 (0.13-0.14)***	0.02 (0.02-0.20)***	0.03 (0.30-0.30)***	0.04 (0.04-0.04)***
Nodefactor.kunta F (ref.)				
Nodefactor.kunta A		2.33 (2.28-2.39)***	2.42 (2.36-2.48)***	2.74 (2.67-2.81)***
Nodefactor.kunta B		1.82 (1.8-1.84)***	1.84 (1.82-1.87)***	1.86 (1.84-1.89)***
Nodefactor.kunta C		2.92 (2.87-2.97)***	2.89 (2.84-2.94)***	3.15 (3.1-3.2)***
Nodefactor.kunta D		3.98 (3.85-4.11)***	3.76 (3.64-3.88)***	3.95 (3.82-4.08)***
Nodefactor.kunta E		3.07 (2.94-3.21)***	2.86 (2.74-3)***	3.68 (3.52-3.85)***
Nodefactor.kunta G		1.65 (1.56-1.76)***	1.56 (1.47-1.66)***	1.58 (1.49-1.68)***
Nodematch.kunta		11.15 (10.95-11.36)***	11.36 (11.15-11.58)***	12.50 (12.26-12.74)***
Nodefactor. ammattiryhmä.lääkärit (ref.)				
Nodefactor.ammattiryhmä.hoitajat			0.71 (0.7-0.72)***	0.70 (0.69-0.7)***
Nodefactor.ammattiryhmä.muut			0.59 (0.58-0.6)***	0.83 (0.81-0.84)***
Nodematch.ammattiryhmä			1.07 (1.05-1.08)***	1.06 (1.05-1.08)***
Nodefactor.palvelumuoto.avosairaanhoido (ref.)				
Nodefactor.palvelumuoto.mielen-terveys- ja päihdetyö				1.64 (1.61-1.67)***
Nodefactor.palvelumuoto.muut				0.46 (0.45-0.46)***
Nodematch.palvelumuoto				1.17 (1.15-1.19)***
BIC	891500.66	807686.73	800620.78	762893.10

\*\*\* p < 0.001

Nodefactor = päävaikutukset

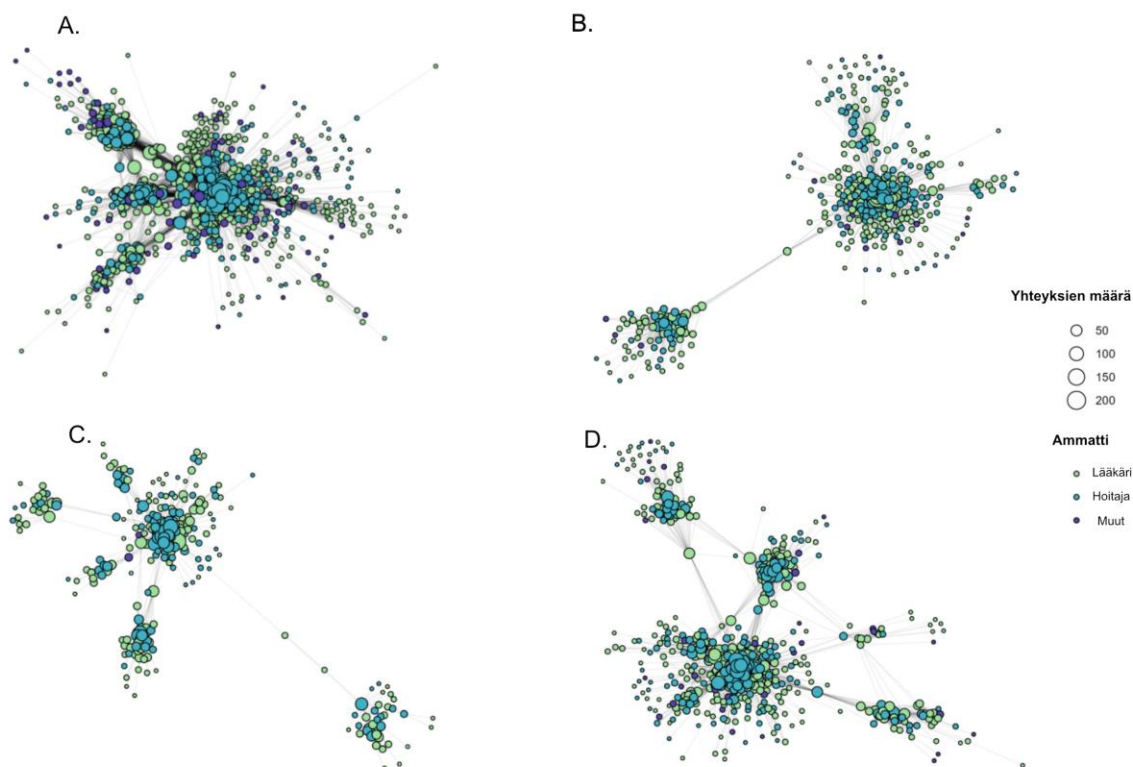
Nodematch = yhteyksien määrä saman ryhmän sisällä (homofilia)

## Osatutkimus 2

Tässä kaikkiin mielenterveys- ja päihdepotilaisiin perustuvaa verkostoa kutsutaan kaikkien potilaiden verkostoksi ja diagnoosiryhmien verkostoja päihde-, psykoosi- ja masennusverkostoiksi. Kuviossa 1 esitetyt verkostot viittaavat siihen, että ammattilaisilla oli todennäköisemmin yhteisiä potilaita saman kunnan sisällä kuin eri kuntien välillä diagnoosikohtaisissa verkostoissa verrattuna kaikkien potilaiden verkostoon. Myös ammattiryhmien sisällä näytti olevan jonkin verran klusteroitumista siten, että sairaanhoitajat olivat verkoston keskiössä ja muut ammattilaiset sen laidoilla. Verkostojen koot vaihtelivat potilasryhmien koon mukaan, mutta myös käyntien määrässä potilaskohtaisesti ja potilaskohtaisessa eri ammattilaisten luona oli selviä eroja. Käyntien mediaanimäärä potilasta kohti oli suurempi kussakin diagnoosikohtaisessa ryhmässä verrattuna kaikkien potilaiden ryhmään. Psykoosiverkostoissa oli käyntejä terveydenhuollon ammattilaisten luona useammin (mediaani 21 käyntiä, IQR 13–31) verrattuna kaikkien potilaiden verkostoon. Tämä näkyi myös ammattiryhmien osalta tarkasteltuna, erityisesti psykoosiverkostoissa oli enemmän käyntejä lääkäreillä (mediaani 7, IQR 3–13 ja sairaanhoitajilla mediaani 11, IQR 7–18) kuin kaikkien potilaiden verkostossa (mediaani 5, IQR 2–8 ja mediaani 8, IQR 5–14, vastaavasti).

Eri verkostojen potilaiden kokonaismäärän tarkastelun jälkeen ammattilaisten (solmujen) ja näitä ammattilaisia yhdistävien yhteyksien määrä oli suurempi diagnoosikohtaisissa verkostoissa verrattuna vastaaviin otoksiin otettuihin kaikkien potilaiden verkostoihin. Tämä merkitsi myös enemmän yhteyksiä muihin ammattilaisiin ja tiheämpiä verkostoja diagnoosikohtaisissa ryhmissä. Psykoosiverkostossa keskimääräinen tiheys oli 8,90, päihdeverkostossa 14,37 ja masennusverkostossa 23,07, jolloin vastaavat luvut otosverkostoissa olivat 3,94, 6,89 ja 18,24 (kaikki p-arvot <0,001). Keskimääräinen tiheys oli korkeampi päihde- ja psykoosiverkostoissa, mutta pienempi masennusverkostossa verrattuna vastaaviin otokseen valittuihin verkostoihin.

Transitiivisuus oli pienempi päihdeverkostossa, mutta korkeampi psykoosi- ja masennusverkostoissa kuin otokseen valituissa verkostoissa. Välillisyysskeskeisyys (betweenness) vaihteli potilasryhmien välillä. Päihde- ja psykoosiverkostoissa välillisyyysluku oli sairaanhoitajilla korkeampi ja lääkäreillä pienempi kuin kaikkien potilaiden verkostossa. Masennusverkostossa välillisyyysluku oli korkeampi lääkäreillä ja pienempi sairaanhoitajilla kuin kaikkien potilaiden verkostossa. Kaikkien potilaiden verkostoissa lääkäreillä oli suurempi taipumus ammatin sisäisiin yhteyksiin kuin muilla ammattiryhmillä. Lääkäreiden yhteyksien määrä (degree) oli alhaisempi päihdeverkostossa, mutta korkeampi muissa diagnoosikohtaisissa verkostoissa verrattuna otokseen valittuihin kaikkien potilaiden verkostoihin.



**Kuvio 1. Potilaanjakoverkostot seitsemässä kunnassa diagnoosiryhmittäin: (A) kaikkien potilaiden verkosto, (B) päihdeverkosto, (C) psykoosiverkosto, ja (D) masennusverkosto (osatutkimus 2).**

Kaikissa verkostoissa pääosin samassa kunnassa työskentelevät ammattilaiset jakoivat potilaita keskenään. Sairaanhoidajat jakoivat potilaita harvemman ammattilaisen kanssa kuin lääkärit kaikissa verkostoissa paitsi toisen mallin päihdeverkostossa. Tämä on linjassa yhteyksien määrään liittyvien mittausten kanssa, jotka osoittavat, että sairaanhoidajat jakoivat enemmän potilaita päihdeverkostossa, mutta vähemmän muissa. Masennusverkostossa saman ammatin omaaminen liittyi pienempään todennäköisyyteen potilaiden jakamisesta kahden ammattilaisen välillä. Sitä vastoin kaikkien potilaiden ja psykoosiverkostoissa ammattilaiset jakoivat potilaita todennäköisemmin niiden kanssa, joilla oli sama ammatti kuin heillä. Erilaiset homofilia-arvot viittasivat siihen, että lääkärit jakoivat potilaita todennäköisemmin muiden päihdeverkoston lääkäreiden kanssa, mutta vähemmän todennäköisesti masennusverkoston lääkäreiden kanssa. Sairaanhoidajat jakoivat potilaita todennäköisemmin muiden sairaanhoidajien kanssa kaikkien potilaiden verkostossa ja harvemmin muiden sairaanhoidajien kanssa päihdeverkostossa.

## 2.3 Pohdinta

Tämän tutkimuksen tulokset vahvistivat homofilia-hypoteesiin liittyviä aiemmissä tutkimuksissa (Creswick & Westbrook, 2010; Mascia ym., 2015; Paul ym., 2014) saatuja havaintoja siitä, että kontaktit ammattilaisten välillä tapahtuvat useammin samanlaisten kuin erilaisten ammattilaisten kanssa. Tässä tapauksessa samankalaisuus liittyi (osatutkimuksessa 1) samaan ammattiryhmään kuulumiseen, samaan palvelumuotoon tehtyihin kirjaamisiin ja samassa kunnassa työskentelemiseen. Tällaiset yhteydet voivat olla hyödyllisiä ammattilaisille, jos niihin liittyy tietojen jakamista tai vaikkapa neuvojen saamista kollegoilta. Yhteistyön rajautuminen vain itsen kanssa samanlaisten kanssa toimimiseen on kuitenkin mahdollinen haaste moniammatilliselle yhteistyölle tai useiden palvelujen yhteensovittamista edellyttävässä organisaatiossa, jossa kontakteja tarvittaisiin myös ohi ammatti- ja kuntarajojen.

Poikkeuksen homofilia-hypoteesille muodosti osatutkimus 2:n tulos, jossa masennusverkostossa havaittiin eri ammattiryhmien väliset potilaanjakoverkostot todennäköisempinä, kuin saman ammattiryhmän väliset potilaanjakoverkostot. Tarvittaisiin lisää tutkimusta siitä, millä tavoin moniammatillinen yhteistyö masennuspotilaiden kanssa mahdollisesti eroaa muihin mielenterveyspotilaisiin liittyvästä yhteistyöstä ja mikä tätä voisi selittää.

Osatutkimuksen 1 tulokset korostivat lääkärin roolia kontaktiverkostossa, sillä lääkäreillä havaittiin olevan suurin todennäköisyys olla yhteistyön osapuolena. Tulos on ymmärrettävä, sillä lääkäriä tarvitaan muun muassa diagnoosin määrittämisessä, läheteiden ja lääkemääräysten tekemisessä, ja näistä syistä monet muut ammatilliset joutuvatkin usein olemaan tekemisissä lääkärin kanssa. Toisaalta myös lääkäri tarvitsee usein muiden ammattilaisten asiantuntemusta erityisesti monialaisia tarpeita omaavien potilaiden kanssa.

Osatutkimuksessa 2 havaittiin joitakin eroja ammattiryhmien rooleissa eri diagnoosiverkostoissa. Erityisesti päihde- ja masennusverkostoissa hoitajat olivat muita keskeisempi ammattiryhmä. Tämä tulos kuvastanee suomalaisen perusterveydenhuollon hoitajakeskeistä toimintatapaa.

Osatutkimuksen 1 tulosten perusteella kontakteja oli myös todennäköisemmin niiden ammattilaisten kanssa, jotka olivat kirjanneet käyntitietoja mielenterveys- ja päihdetyö -palvelumuotoon. Tämä tulos viittaa siihen, että kontakteja oli eri palvelumuotoihin kirjanneiden ammattilaisten välillä, mikä voi liittyä potilaan monenlaisiin tarpeisiin. Tulos voi samalla kertoa myös moniammatillisesta yhteistyöstä, sillä palvelumuotokoodien käyttö kirjaamisissa on osin ammattiryhmäkohtaista (esim. psykiatriset hoitajat kirjaavat mielenterveys- ja päihdetyöhön, kun taas vastaanoton hoitajat ja lääkärit kirjaavat avosairaanhoidon).

Tutkimus jättää silti avoimeksi kysymyksen siitä, millainen ammattilaisverkosto olisi optimaalinen monenlaisia tarpeita omaavien mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoidossa. Lorant ja työtoverit ovat tarkastelleet asiaa tutkimuksessaan ja todenneet, että vastaus riippuu siitä, mitä tavoitteita verkostolle asetetaan (Lorant ym., 2017). Heidän tutkimuksensa perusteella esimerkiksi palvelujen yhteensovittaminen ja toisaalta hoidon jatkuvuus saattaisivat edellyttää keskenään erilaisia verkostorakenteita. Jatkossa olisikin tärkeää määrittellä, millaisia tavoitteita ammattilaisten välisille verkostoille toivotaan, ja arvioida verkoston toimintaa suhteessa tavoitteisiin.

Tutkimuksen vahvuutena voidaan pitää sitä, että hoitoilmoitusrekisteriä ei ole aiemmin sovellettu suomalaisessa tutkimuksessa sosiaalisen verkostoanalyysin näkökulmasta. Tutkimusaineisto rajautui kuitenkin vain yhdelle alueelle Suomessa ja käyntitietoihin yhdeltä vuodelta. Tuloksia ei siten voi yleistää valtakunnallisesti koko Suomeen.

Tutkimuksen haasteena oli mielenterveys- ja päihdepotilaiden määrittäminen rekisteristä. Hyödynsimme diagnoositietojen lisäksi palvelumuoto-luokkatietoa, joka ei kuitenkaan viittaa potilaan käynnin syyhyn, vaan ohjaa enemmän ammattilaisten hallinnollista kirjaamista. Puutteet hoitoilmoitusrekisterissä mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyen on havaittu, ja palvelujen sisältöjä kuvaavia toimenpidekoodeja on kehitetty ja otettu vähitellen valtakunnalliseen käyttöön (Linnaranta ym., 2022).

Rekisteriaineistosta löydetty kontaktit (ammattilaisia yhdistävät potilaat) eivät välttämättä kuvaa suoraan ammattilaisten välistä yhteistyötä. Potilaiden käyntejä rekisterissä voivat selittää lukuiset potilaaseen tai hänen palvelutarpeisiinsa liittyvät seikat, mutta myös organisaatioiden toiminta tai sote-alaan vaikuttaneet tekijät, kuten Covid19-pandemia ja henkilöstön vaihtuvuus. Jatkossa olisikin kiinnostavaa selvittää potilaiden käyntien taustalla olevia syitä ja suhteuttaa tietoa rekistereiden perusteella luotuihin potilaanjakoverkostoihin.

# 3 Mielenterveys- tai päihdediagnoosin omaavien nuorten aikuisten terveystalveluiden käyttö: Erilaiset palvelukäytön profiilit

Väisänen V, Linnaranta O, Sinervo T, Hietapakka L & Elovainio M (2024). Healthcare use of young Finnish adults with mental disorders – profiles and profile membership determinants. *BMC Primary Care* 25, 238. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02497-z>

Kattavat, oikea-aikaiset ja yhteensovitettut perusterveydenhuollon palvelut ovat terveystalvelujärjestelmämme ja sen kehittämisen ytimessä. Näillä palveluilla pyritään vastaamaan erityisesti tiettyjen asiakasryhmien, kuten ikääntyneiden asiakkaiden, kasvaviin palvelutarpeisiin. Nuorten aikuisten pahoinvoinnin lisääntyessä mielenterveys- ja päihdepalveluiden rooli keskeisenä palvelukokonaisuutena on myös kasvamassa. Hoitamattomana mielenterveys- ja päihdeongelmat kasaantuvat ja voivat johtaa sekä yksilön että yhteiskunnan kannalta kalliisiin ja jopa traagisiin lopputuloksiin (Leibson, 2001; Palmu & Partonen, 2023).

Mielenterveys- tai päihdediagnoosin omaavien nuorten aikuisten terveystalveluiden käytöstä ei kuitenkaan tiedetä paljoa. Kansallisen mielenterveysstrategian tavoitteisiin kuuluu kokonaisvaltainen ja oikea-aikainen hoito, minkä saavuttamiseksi tarvitaan kattavaa tietopohjaa mielenterveyspalveluiden nykytilasta ja saatavuudesta (Linnaranta ym., 2022). Tässä tutkimuksessa pyrittiin selvittämään eri palvelukäytön profiileja Suomessa asuvilla nuorilla aikuisilla, joilla on mielenterveys- tai päihdediagnoosi. Lisäksi tarkoituksena oli tutkia palvelukäyttöä tarkemmin ja sen jakautumista eri diagnoosien ja taustatekijöiden kesken.

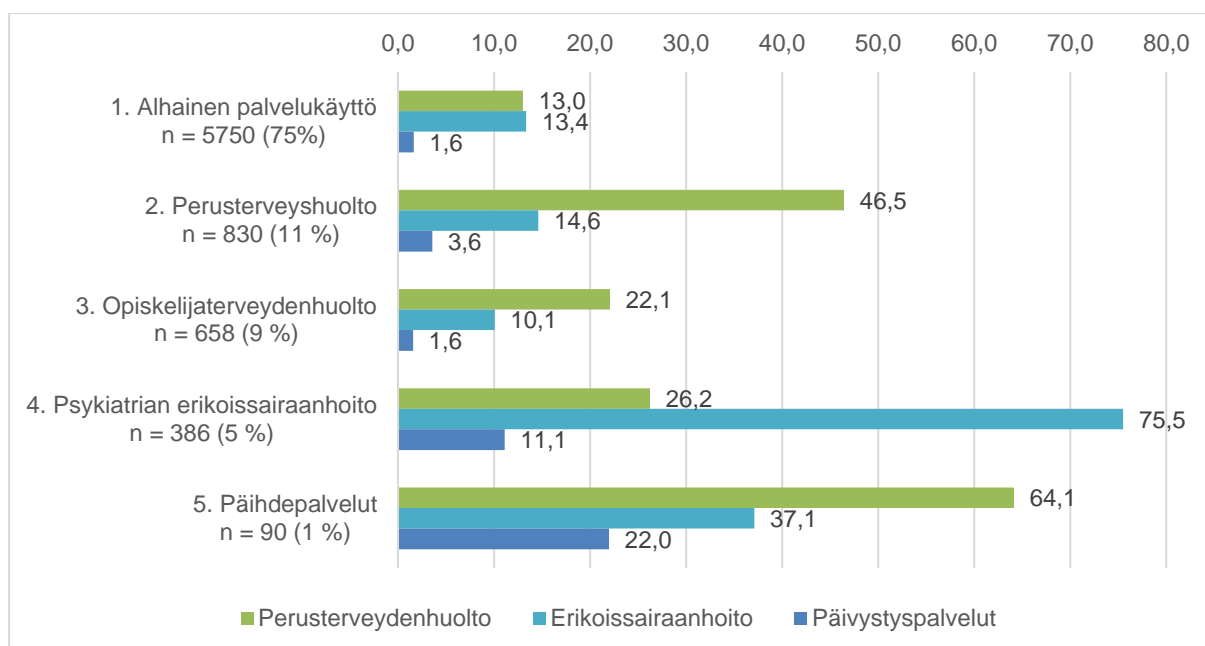
## 3.1 Tutkimusaineisto ja -menetelmät

Kaikki mielenterveys- tai päihdediagnoosin omaavat alle 30-vuotiaat nuoret aikuiset tunnistettiin yhdeltä hyvinvointialueelta (n = 7714). Vuosien 2020–2021 aikana kirjatut käynnit perusterveydenhuollossa (157 864 kpl) ja erikoissairaanhoidossa (134 154 kpl) poimittiin THL:n hoitoilmoitusrekistereistä.

Viisi profiilia muodostettiin K-Means klusteroinnilla, perustuen henkilöiden käyntimääriin perusterveydenhuollon eri palvelutyypeissä, akuuttivastaanotolla, päiivystyksessä, sekä erikoissairaanhoidon erikoisaloilla. Profiileja tarkasteltiin kuvailevan analyysin avulla, sekä yksilöllisten ja palvelukäyttöä kuvaavien tekijöiden yhteyttä profiiliin kuulumiseen analysoitiin multinomiaalisella logistisella regressiolla.

## 3.2 Tulokset

Valtaosa (75 %) nuorista aikuisista kuului alhaisen palvelukäytön profiiliin (Kuvio 2). Tässä ryhmässä palvelujen käyttö oli yleisesti ottaen matalaa ja puolilla ryhmän jäsenistä oli alle kuusi perusterveydenhuollon käyntiä vuodessa. Toinen (11 %) ja kolmas (9 %) profiili keskittyivät perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluihin, opiskelijaterveydenhuolto painottuen ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön palveluihin ja kouluterveydenhuoltoon. Muu palvelukäyttö oli vähäistä. Neljännen profiilin palvelukäyttö oli kohonnutta erityisesti psykiatrian erikoissairaanhoidossa, minkä lisäksi myös perustason ja päiivystyksellisiä palveluita käytettiin jonkin verran. Viidennes ja pienin profiili (1 %) koostui perusterveydenhuollon päihdepalveluita paljon käyttävistä, jonka lisäksi myös päiivystyspalveluiden sekä erikoissairaanhoidon palveluiden käyttö oli korkeaa.



**Kuvio 2. Palvelukäytön perusteella löydetty profiilit ja niiden keskimääräinen palvelukäyttö (käyntiä vuosina 2020–2021).**

Profiileihin kuulumista ennustivat erityisesti ikä, sukupuoli, sekä diagnoosit (Taulukko 3). Hoidon jatkuvuus peruspalveluissa oli korkeampaa perusterveydenhuoltoon keskittyvissä profiileissa, ja palvelukäyttö ammattiryhmittäin oli huomattavan erilaista eri profiileissa.

**Taulukko 3. Profiileihin kuulumiseen tilastollisesti yhteydessä olevat tekijät (Odds ratio).**

Profiili	Ikä	Sukupuoli (nainen)	Diagnoosi	Palvelukäyttö
<b>1. Alhainen palvelukäyttö (referenssiryhmä)</b>				
<b>2. Perusterveydenhuolto</b>	Vanhempi: 1.04	2.58	-	Hoidon jatkuvuus: 1.04 PTH hoitajan käynnit: 1.29
<b>3. Opiskelijaterveydenhuolto</b>	Nuorempi: 0.82	1.99	-	Hoidon jatkuvuus: 1.05 PTH hoitajan käynnit: 1.15
<b>4. Psykiatrisen erikoissairaanhoido</b>	-	1.37	Päihde: 2.51 Psykoosi: 1.63	PTH lääkärin käynnit: 1.09 PTH hoitajan käynnit: 1.13 ESH lääkärin käynnit: 1.38
<b>5. Päihdepalvelut</b>	Vanhempi: 1.11	-	Päihde: 58.9	PTH hoitajan käynnit: 1.39

### 3.3 Pohdinta

Valtaosa nuorista aikuisista, joilla on mielenterveys- tai päihdediagnoosi, käyttää vain vähän sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. On todennäköistä, että näillä henkilöillä on jonkin verran tyydyttämätöntä palveluntarvetta, minkä takia sote-palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta tulisi lisätä esimerkiksi matalan kynnyksen palveluja tuottamalla. Tulokset myös mukailevat Suomen mielenterveysstrategiaa, missä mielenterveys- ja päihdepalvelujen hoitoketju tulisi tuottaa perustason palveluissa, siirtyen tarpeen vaatiessa erikoissairaanhoidon piiriin, missä tavoitteena kuntoutuminen ja paluu perusterveydenhuollon piiriin.



Paljon palveluita tarvitsevat ja käyttävät ryhmät nostavat esiin eri ammattilaisten ja ammattiryhmien yhteistyön tärkeyden. Jotta kokonaisvaltaista ja hoidon integraatioon keskittyvää palvelua pystytään tarjoamaan, tulee sote-ammattilaisten ja organisaatioiden kyetä saumattomaan yhteistyöhön sekä eri tiimien ja ammattiryhmien sisällä että välillä. Samalla on huolehdittava eri palveluiden välillä siirtyvien asiakkaiden hoidon jatkuvuudesta ja tarvittavan tiedon siirtymisestä.

Tulokset puoltavatkin moniammatillisten tiimien käyttöä, erityisesti rajatuilla ja paljon palveluita tarvitsevilla asiakasryhmillä. Samalla on huolehdittava hoitoon pääsystä ja matalan kynnyksen palveluiden yhteensovittamisesta, ottaen huomioon populaation sisällä olevia mahdollisia ryhmittymiä. Esimerkiksi nuoret miehet tulosten mukaan alikäyttävät palveluita, mihin voi liittyä yhteiskunnallisia ja sosiaalisia tekijöitä, mutta myös nykyisen sote-palvelujen haasteita kohdata heitä tehokkaasti.

Mielenterveys- ja päihdediagnoosin omaavien asiakkaiden palveluntarve ei rajautunut pelkästään miepä-palveluihin. Aikaisemmissakin tutkimuksissa on huomattu, että mielenterveyspalvelujen käyttö on yhteydessä myös korkeampaan somaattisen hoidon tarpeeseen. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan palvelukäyttö olikin usein sirpaloituneena useaan eri palveluun, mikä korostaa sote-ammattilaisten vastuuta tunnistaa erilaisia palvelutarpeita ja ohjata asiakkaita tehokkaasti ja oikea-aikaisesti heidän tarvitsemiinsa palveluihin. Tässä prosessissa toimiva yhteistyö on keskeistä.

## 4 Verkostomuuttajat hyvinvoinnin selittäjinä? – tuloksia kyselyaineistosta

Työyhteisö ja sosiaaliset suhteet työtovereihin vaikuttavat merkittävästi työtyytyväisyyteen ja voivat saada työntekijät sitoutumaan työpaikkaansa voimakkaammin. Sosiaalisen verkostoanalyysin näkökulmasta merkittäviä tekijöitä työntekijän hyvinvoinnin kannalta voivat olla monet kokonaisverkoston rakennetekijät (kuten verkoston koko ja tiiviys) tai yksilön oma asema tai rooli verkostossaan suhteessa muihin.

Aiemmissa tutkimuksissa on esimerkiksi havaittu, että työtovereiden suurempi määrä oli yhteydessä organisaatioon samaistumiseen (Van Beek ym., 2013) ja vähempään haluun vaihtaa työpaikkaa (Mossholder ym., 2005). Näiden tulosten perusteella suuri yhteistyökumppanien määrä on työntekijälle myönteinen asia, sillä se voi kuvata parempaa tiedonkulkua ja sitä kautta työkuorman parempaa hallintaa. Toisaalta suuri yhteistyökumppanien määrä voi olla työntekijälle päinvastoin kuormitusta lisäävä tekijä. Esimerkiksi Mojzisch kollegoinee (Mojzisch ym., 2021) havaitsi opiskelijoilla toteutetussa tutkimuksessaan, että verkoston keskeisenä jäsenenä oleminen lisäsi opiskelijan stressin kokemusta erityisesti, jos hän ei ollut sosiaalisesti samaistunut eli tuntenut yhteenkuuluvuutta muihin opiskelijoihin. Sosiaali- ja terveydenhuollossa merkitystä voi olla myös sillä, minkä ammattiryhmän kanssa yhteistyösuhteita on, sillä suhteet itsen kanssa samanlaisiin henkilöihin ovat usein muita voimakkaampia (homofilia-hypoteesi). Tämä on näkynyt eräässä tutkimuksessa niin, että hoitajat hakivat sosiaalista tukea enemmän toisilta hoitajilta kuin esihenkilöiltä (MacPhee & Scott, 2002).

Aiemmissa tutkimuksissa on tuotu esille tarve tarkastella verkoston rakennetekijöiden suhdetta työntekijöiden hyvinvointiin erilaisissa sote-konteksteissa (Cunningham ym., 2012). Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin sote-ammattilaisten yhteistyökontaktien määrän, kontaktien laadun (frekvenssi) ja homofilian (yhteyksien painottumisen omaan ammattiryhmään) yhteyksiä laaja-alaisesti erilaisiin työyhteisö- ja hyvinvointimuuttujiin kyselyaineiston valossa.

### 4.1 Tutkimusaineisto ja -menetelmät

Tutkimukseen osallistui kolmen organisaation kahdeksan sote- tai terveystieteiden keskuksista (jatkossa sote-keskus). Kyselyn kohdejoukkona olivat sote-keskuksissa asiakastyötä tekevät ammattilaiset. Organisaatioiden esihenkilöt toimittivat tutkijoille työntekijöidensä nimilistat ja työsähköpostiosoitteet, joihin henkilökohtainen sähköinen Webropol-kyselylomakelinkki ja saatekirje toimitettiin. Saatteessa vastaajalle kerrottiin tutkimuksesta ja osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Vastaajalle kerrottiin lisäksi, että kyselyyn vastaaminen tulkittiin suostumukseksi osallistua tutkimukseen. Aineisto kerättiin joulukuussa 2022 ja kyselyyn vastaamisesta lähetettiin kaksi muistutusta niille, jotka eivät olleet kyselyyn vielä vastanneet. Kysely lähetettiin yhteensä 349 vastaajalle, joista 98 vastasi (vastausprosentti 28).

Kyselyssä kartoitettiin sosiodemografisia taustatekijöitä (sukupuoli ja ikä). Lisäksi kysyttiin työskentely-aikaa nykyisessä työyhteisössä, työsuhteen laatua (vakinaisuus / määräaikaisuus), etätöiden määrää sekä toimimista asiakastyön ohella myös esihenkilönä.

Sote-keskuksen sisäistä yhteistyötä kartoitettiin verkostoanalyysin periaatteiden (Holtrop ym., 2018) mukaisesti nimien tasolla ja vastaajaa pyydettiin arvioimaan kunkin kollegan osalta yhteistyön laatua eli frekvenssiä (asteikolla 1 = useita kertoja päivässä, 2 = noin kerran päivässä, 3 = noin kerran viikossa, 4 = noin kerran kuussa, 5 = harvemmin). Kyselylomakkeet oli räätälöity erikseen kullekin sote-keskukselle siten, että kukin vastaaja näki lomakkeessaan niiden ammattilaisten nimet, jotka työskentelivät hänen kanssaan samassa sote-keskuksessa. Vastaajaa ohjeistettiin seuraavasti: ”Seuraavassa esitetään nimilistoja sote-keskuksesi/terveyskeskuksesi työntekijöistä. Valitse nimilistoista jokainen henkilö, jonka kanssa olet tehnyt yhteistyötä paljon erilaisia palveluja käyttäneiden työikäisten mielenterveys- tai päihdeasiakkaiden asioiden hoitamisessa viimeisen puolen vuoden aikana. Yhteistyöllä tarkoitetaan kaikkea virallista ja epävirallista tiedonvaihtoa, neuvottelua tai konsultointia asiakkaan asioiden hoitamiseen liittyen riippumatta, onko kontakti

tapahtunut kasvokkain tai jollain muulla tavalla (esim. puhelimitse, potilastietojärjestelmän kautta lähetettynä viestinä, sähköpostitse tai etäkokouksissa). Ohita ne henkilöt, joiden kanssa et ole tehnyt yhteistyötä ollenkaan viimeisen puolen vuoden aikana. Jätä myös oman nimesi kohta tyhjäksi.”

Sote-keskuksen ulkoista yhteistyötä kartoitettiin pyytämällä vastaajaa valitsemaan valmiista listasta, minkä kaikkien sote-keskuksen ulkopuolisten sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen (esim. erikoissairaanhoidon ja ikääntyneiden palvelut) ja muiden alueen toimijoiden (viranomaistahot, kuten Kela ja poliisi) kanssa oli tehnyt yhteistyötä. Vastaajaa pyydettiin arvioimaan yhteistyötä kokonaisuutena riippumatta siitä, oliko tehnyt yhteistyötä yhden tai useamman henkilön kanssa kussakin palvelussa. Vastaajat saivat myös tarvittaessa listata avokysymykseen erikseen lisää yhteistyötahoja.

Työhön ja työyhteisöön liittyen kyselyssä mitattiin työn psykososiaalisina tekijöinä johtamisen oikeudenmukaisuutta (Colquitt, 2001) (mittarin lyhennetty versio (Elovainio ym., 2010)), vaikutusmahdollisuuksia (Karasek, 1985), kuormitustekijöitä (Harris, 1989; Kivimäki & Lindström, 1992), tiimityötä (Kivimäki & Elovainio, 1999), rooliristiriitoja (Rizzo ym., 1970), organisaatioon samaistumista (Mael & Ashforth, 1992), työtyytyväisyyttä (Hackman & Oldham, 1975), työpaikan vaihtoaikkeitä ja työssä saatua sosiaalista tukea (Jetten ym., 2012).

Terveystieteen ja hyvinvointiin liittyen kyselyssä mitattiin psyykkistä hyvinvointia (Mental health inventory, MHI-5), uni-ongelmia (Jenkins ym., 1988) ja stressin kokemusta (Elo ym., 2003). Käytettyjä mittareita on sovellettu myös aikaisemmissa tutkimuksissa, niiden tarkemmat kuvaukset ilmenevät liitteestä 3.

Tässä raportissa kuvataan miten verkostanalyysillä kuvattu yhteistyö (verkostomuuttajat) oli yhteydessä työyhteisö- ja hyvinvointimuuttajiin. Analyysiä varten muodostettiin yhteistyön määrää, yhteistyön laatua (frekvenssi) ja moniammatillisuutta eli yhteistyön jakautumista ammattiryhmittäin (homofilia) kuvaavat muuttajat. Yhteistyön määrää tarkasteltiin vastaanottajakeskeisyyden (in-degree) näkökulmasta, joka kuvaa sitä, kuinka usein työntekijä on valittu yhteistyökumppaniksi. Yhteistyön laatu viittasi yhteistyön frekvenssiin (kuinka usein yhteistyötä oli ollut keskimäärin). Homofilia-muuttaja luotiin laskemalla kuinka iso osuus vastaajan yhteistyökumppaniksi valinneissa kontakteissa oli vastaajan kanssa samaa ammattiryhmää olevia.

Työyhteisö- ja hyvinvointimuuttajien keskinäisiä yhteyksiä tutkitaan kuvailevalla analyysillä sekä korrelaatiokertoimia hyödyntäen. Lisäksi lineaarisella regressioanalyysillä analysoidaan verkostomuuttajien yhteyttä työyhteisö- ja hyvinvointimuuttajiin (vakioiden henkilön iän, sukupuolen, sekä ammattiryhmän).

## 4.2 Tulokset

Kyselyyn vastanneiden (n = 98) taustatiedot näkyvät taulukossa 4. Hieman alle puolet vastaajista oli sairaanhoitajia tai lähihoitajia. Loput olivat tasaisesti lääkäreitä, psykiatrisia hoitajia tai päihdehoitajia, tai sosiaalityötä tekeviä. Terapeutteja vastaajissa oli vain 8 (8 %). Vastaajien keski-ikä oli noin 45 vuotta ja valtaosa heistä oli naisia (86 %). Suurin osa työntekijöistä oli vakituksessa työsuhhteessa (94 %) ja teki työtä kokoaikaisesti (93 %). Noin joka viides vastaaja teki etätöitä vähintään kerran viikossa.

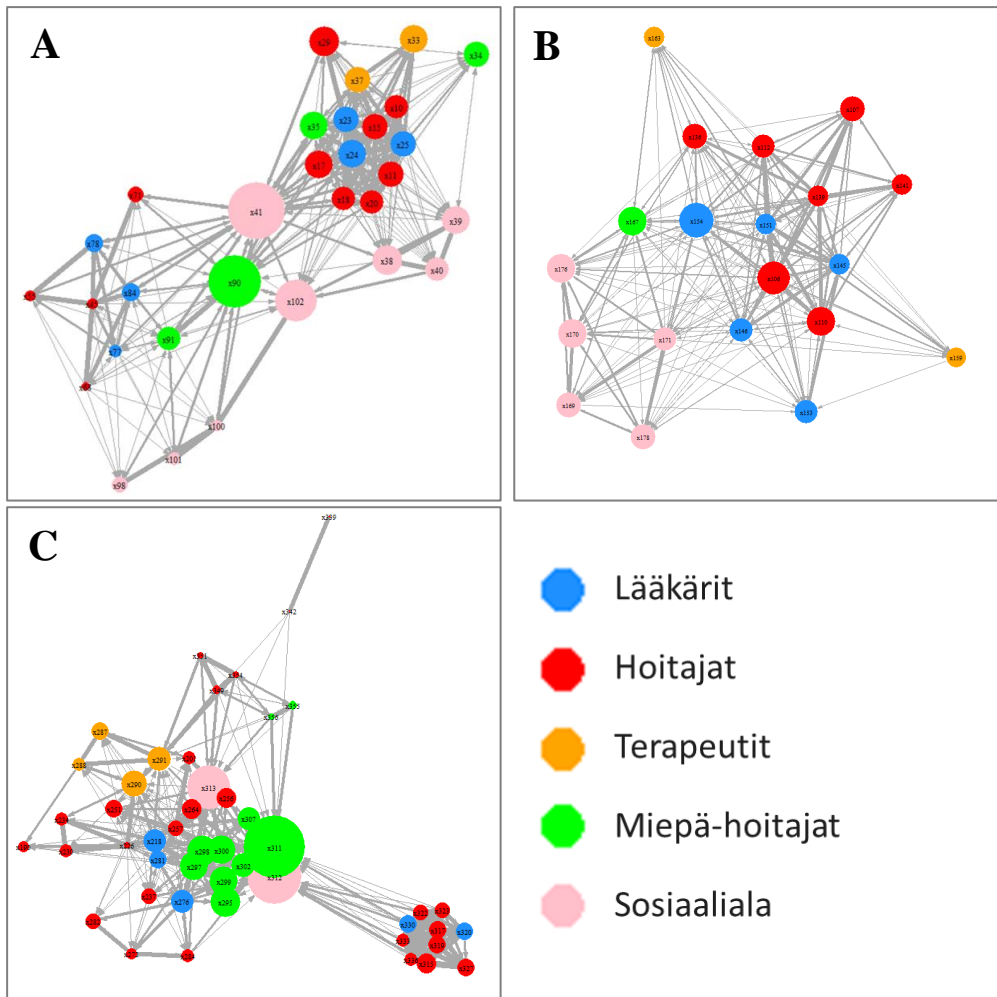
**Taulukko 4. Tutkimusjoukon taustatiedot (n = 96–98)**

Muuttuja	n	%
<b>Ikä</b>		
Alle 30	7	7,3 %
30–39	25	26,0 %
40–49	27	28,1 %
50–59	28	29,2 %
60 tai yli	9	9,4 %
<b>Sukupuoli</b>		
Nainen	84	85,7 %
Mies	12	12,2 %
Muu	2	2,0 %
<b>Ammattiryhmä</b>		
Lääkäri	16	16,3 %
Sairaanhoitaja tai lähihoitaja	44	44,9 %
Terapeutti	8	8,2 %
Psykiatrinen tai päihdehoitaja	15	15,3 %
Sosiaalityö	15	15,3 %
<b>Työhön liittyvät tekijät</b>		
Esimies- tai työnjohdollinen asema	13	13,3 %
Vakituisen työ	92	93,9 %
Kokoaikainen työ	91	92,9 %
Etätöitä vähintään kerran viikossa	20	20,4 %

### Moniammatillinen yhteistyö sote-keskuksissa

Tutkimukseen osallistuneet sote-keskukset jakautuivat hallinnollisesti kolmeen eri organisaatioon. Kuviossa 3 esitetään kustakin kolmesta organisaatiosta kyselyyn vastanneiden työntekijöiden keskinäiset yhteistyöverkostot visuaalisessa muodossa. Kuvioissa vastaajat ovat solmuja ja solmujen värikoodit kertovat, mihin ammattiryhmään vastaaja kuului. Nuolet vastaajien eli solmujen välillä kuvaavat vastaanottajakeskeisyyttä, eli sitä, että vastaaja oli valittu yhteistyökontaktiksi kyselyssä. Solmun koko liittyy kontaktien määrään, eli suurimman kokoiset solmut ovat niitä vastaajia, jotka useimmat muut olivat nimenneet yhteistyökumppanikseen. Yhteyksien (nuolien) paksuus viittaa yhteistyön tiiviyyteen; mitä paksummalla se on merkitty, sitä useammin eli tiiviimmin kyseisen henkilön kanssa tehtiin yhteistyötä.

Suurimmassa organisaatiossa oli 47 vastaajaa ja pienimmässä 20. Organisaatioissa A ja C sosiaalialan ammattilaiset ja miepä-hoitajat olivat verkoston keskeisimpiä yhteistyötahoja (suurimmat solmukoot). Kaikissa organisaatioissa keskimäärin 10 henkilöä oli valinnut vastaajan yhteistyökumppanikseen. Yhteistyön tiiviyn näkökulmasta organisaatiossa B yhteistyötä tehtiin eri ammattilaisten kanssa keskimäärin kuukausittain tai harvemmin, kun taas kahdessa muussa organisaatiossa yhteistyötä oli ollut työntekijöiden kesken keskimäärin viikoittain tai kuukausittain.



Kuvio 3. Yhteistyöverkostot eri ammattilaisten välillä kolmessa organisaatiossa (N=98).

### Yhteistyö sote-keskuksen ulkopuolisiin tahoihin

Taulukossa 5 esitetään vastaajien yhteistyötahot sote-keskuksen ulkopuolisiin toimijoihin. Alueen sosiaali- ja terveyspalveluiden osalta suurin osa lääkäreistä oli tehnyt yhteistyötä erikoissairaanhoidon psykiatrian tai päihdepsykiatrian toimialan kanssa. Muiden ammattiryhmien edustajat puolestaan olivat tehneet yhteistyötä erityisesti psykososiaalisen tai sosiaalisen kuntoutuksen ja ikääntyneiden palveluohjauksen kanssa. Myös Kela ja TE-toimisto olivat merkittävimpien yhteistyötahojen joukossa. Avovastauksissa valmiilta listalta puuttuneina yhteistyötahoina oli mainittu erityisesti apteekki, liikuntapalvelut, etsivä nuoriso- ja vanhustyö sekä maahanmuuttajien palvelut.

**Taulukko 5. Sote-keskuksen ulkopuolisten toimijoiden kanssa tehty yhteistyö työikäisten mielenterveys- tai päihdeasiakkaiden asioiden hoitamisessa. Solut, joiden arvo on yli 50 prosenttia ovat tummennettuina**

	Kaikki n = 96	Lääkärit n = 15	Hoitajat n = 58	Muut n = 23
<b>Yhteistyötahojen määrä yhteensä (ka.)</b>	4,6	6,2	3,9	5,5
<b>Muut alueen sosiaali- ja terveyspalvelut (%)</b>				
ESH Psykiatria	39,60 %	<b>93,30 %</b>	25,90 %	39,10 %
ESH Päihdepsykiatria	18,80 %	<b>53,30 %</b>	13,80 %	8,70 %
Päihdepäivystys	19,80 %	26,70 %	20,70 %	13,00 %
Mielenterveys- tai päihdehuollon asumispalveluyksiköt	36,50 %	46,70 %	31,00 %	43,50 %
Psykososiaalinen tai sosiaalinen kuntoutus	24,00 %	26,70 %	12,10 %	<b>52,20 %</b>
Työikäisten sosiaalipalvelut	17,70 %	13,30 %	20,70 %	13,00 %
Ikääntyneiden kotihoito	36,50 %	33,30 %	39,70 %	30,40 %
Ikääntyneiden palveluasuminen	20,80 %	33,30 %	20,70 %	13,00 %
Ikääntyneiden palveluneuvonta ja -ohjaus	40,60 %	33,30 %	36,20 %	<b>56,50 %</b>
<b>Muut alueen toimijat (%)</b>				
A-klinikka	16,70 %	6,70 %	13,80 %	30,40 %
Selviämishoitoasema	18,80 %	13,30 %	17,20 %	26,10 %
Kolmas sektori	29,20 %	26,70 %	22,40 %	47,80 %
Työterveyshuolto	16,70 %	20,00 %	22,40 %	0,00 %
Kela	46,90 %	<b>73,30 %</b>	32,80 %	<b>65,20 %</b>
TE-toimisto	35,40 %	<b>66,70 %</b>	19,00 %	<b>56,50 %</b>
Poliisi	25,00 %	40,00 %	22,40 %	21,70 %
Seurakunta	19,80 %	13,30 %	15,50 %	34,80 %

### Verkostomuuttajien yhteydet työyhteisö- ja hyvinvointimuuttajiin

Taulukossa 6 esitetään tutkimusaineistossa mitatut työyhteisö- ja hyvinvointimuuttajat. Vastaajat kokivat työnsä keskimäärin melko kuormittavaksi ja kiireiseksi (ka. molemmissa 3,6 asteikolla 1–5). Stressin kokemukset olivat keskimääräisiä (3,0 asteikolla 1–5), kun taas psyykinen hyvinvointi oli vähintään kohtalaisella tasolla valtaosalla vastaajista (70,3 asteikolla 1–100, tässä isompi luku viittaa vähempään kuormittuneisuuteen). Sen sijaan hieman alle kolmasosalla vastaajista (29 %) oli yleisesti käytetyn raja-arvon (< 60) mukaan kohonnut riski mielenterveyden kuormittuneisuudelle. Univaikeudet eivät olleet erityisen yleisiä vastaajilla (3,0 asteikolla 1–6).

Työtä tukevista tekijöistä työn hallintamahdollisuudet koettiin kohtalaisen hyväksi (3,5 asteikolla 1–5) ja kollegoilta saatu sosiaalinen tuki keskimäärin hyväksi (5,7 asteikolla 1–7). Vaikka työtyytyväisyys oli kohtalaisen hyvällä tasolla (3,5 asteikolla 1–5), työpaikan vaihtoaikeet olivat myös keskimäärin yleisiä (3,0 asteikolla 1–5). Organisaatioon samaistuminen ja johtamisen oikeudenmukaisuus koettiin kohtalaisen hyväksi (3,4 ja 3,7 asteikoilla 1–5). Tiimityö ja sen toimivuus sen sijaan koettiin keskimäärin hyväksi (4,0 asteikolla 1–5).

**Taulukko 6. Työyhteisö- ja hyvinvointimuuttajat aineistossa (n = 95–98)**

Muuttuja	Keskiarvo	Mediaani	Keskihajonta
<b>Työn kuormittavuus (1–5)</b>	3,6	3,5	1,0
<b>Stressi (1–5)</b>	3,0	3,0	1,1
<b>Kiire (1–5)</b>	3,6	4,0	1,1
<b>Psyykkinen hyvinvointi (1–100)</b>	70,3	72,0	18,3
<b>Psyykkinen hyvinvointi &lt; 60 (n, %)</b>	18 (18,9 %)		
<b>Univaikkeudet (1–6)</b>	3,0	2,8	1,4
<b>Työn hallintamahdollisuudet (1–5)</b>	3,5	3,7	1,1
<b>Rooliristiriidat (1–5)</b>	3,1	3,3	1,1
<b>Sosiaalinen tuki (1–7)</b>	5,7	5,8	1,1
<b>Työpaikan vaihtoaikheet (1–5)</b>	3,1	3,0	1,4
<b>Työtyytyväisyys (1–5)</b>	3,5	4,0	1,2
<b>Organisaatioon samaistuminen (1–5)</b>	3,4	3,5	0,8
<b>Johtamisen oikeudenmukaisuus (1–5)</b>	3,7	3,9	0,9
<b>Tiimityö (1–5)</b>	4,0	4,2	1,0

Työyhteisö- ja hyvinvointimittareiden keskinäiset korrelaatiokertoimet näkyvät taulukossa 7. Monet mittareista korreloivat tilastollisesti merkitsevästi toistensa kanssa. Työn kuormitusmuuttajat olivat johdonmukaisesti yhteydessä toisiinsa, eniten työn kuormittavuus ja kiire (0,74). Työn hallintamahdollisuudet olivat sen sijaan käänteisesti yhteydessä kaikkiin kuormitusmuuttajiin, sekä positiivisesti sosiaaliseen tukeen. Sosiaalinen tuki oli yhteydessä myös parempaan työtyytyväisyyteen ja vähempiin työpaikan vaihtoaikheisiin (0,28 ja -0,30).

Organisaatiomuuttujista organisaatioon samaistuminen oli yhteydessä vain johtamisen oikeudenmukaisuuteen (0,34). Johtamisen oikeudenmukaisuus sen sijaan korreloi johdonmukaisesti käänteisesti kuormitusmuuttajien kanssa ja vastaavasti positiivisesti kaikkien työhyvinvointia kuvaavien muuttajien kanssa. Tiimityö korreloi kohtalaisen vahvasti sosiaalisen tuen ja johtamisen oikeudenmukaisuuden kanssa (0,47 ja 0,50).

Taulukko 7. Korrelaatiomatriisi työyhteisö- ja hyvinvointimuuttujien välisistä yhteyksistä (n = 96–98). Tilastollisesti merkitsevät ( $p < 0,05$ ) korrelaatiokertoimet merkitty tummennettuna

+	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.
<b>1. Työn kuormittavuus</b>													
<b>2. Stressi</b>	<b>0,37</b>												
<b>3. Kiire</b>	<b>0,74</b>	<b>0,36</b>											
<b>4. MHI-5</b>	<b>-0,36</b>	<b>-0,66</b>	<b>-0,33</b>										
<b>5. Univaikeudet</b>	<b>0,28</b>	<b>0,65</b>	<b>0,24</b>	<b>-0,54</b>									
<b>6. Hallintamahdollisuudet</b>	<b>-0,40</b>	<b>-0,27</b>	<b>-0,29</b>	<b>0,32</b>	<b>-0,25</b>								
<b>7. Rooliristiriidat</b>	<b>0,56</b>	<b>0,38</b>	<b>0,53</b>	<b>-0,43</b>	<b>0,37</b>	<b>-0,41</b>							
<b>8. Sosiaalinen tuki</b>	-0,26	-0,17	-0,23	0,14	-0,07	<b>0,34</b>	-0,14						
<b>9. Työpaikan vaihtoaikheet</b>	<b>0,51</b>	<b>0,43</b>	<b>0,43</b>	<b>-0,47</b>	<b>0,38</b>	<b>-0,38</b>	<b>0,42</b>	<b>-0,30</b>					
<b>10. Työtyytyväisyys</b>	<b>-0,50</b>	<b>-0,39</b>	<b>-0,47</b>	<b>0,46</b>	<b>-0,37</b>	<b>0,52</b>	<b>-0,49</b>	<b>0,27</b>	<b>-0,62</b>				
<b>11. Organisaatioon samaistuminen</b>	0,00	-0,08	0,13	0,04	-0,09	0,19	-0,06	0,19	-0,03	0,22			
<b>12. Johtamisen oikeudenmukaisuus</b>	<b>-0,26</b>	<b>-0,36</b>	<b>-0,26</b>	<b>0,36</b>	<b>-0,30</b>	<b>0,38</b>	<b>-0,45</b>	<b>0,33</b>	<b>-0,38</b>	<b>0,50</b>	<b>0,35</b>		
<b>13. Tiimityö</b>	-0,13	<b>-0,22</b>	-0,13	<b>0,21</b>	-0,10	0,10	-0,19	<b>0,47</b>	-0,14	<b>0,31</b>	0,20	<b>0,49</b>	

Seuraavaksi tarkastelimme verkostomuuttujien (yhteistyön määrä, laatu ja homofilia) yhteyksiä työyhteisö- ja hyvinvointimuuttujiin lineaarisella regressioanalyysillä (Taulukot 8–12).

Yhteistyön määrään olivat tilastollisesti merkitsevästi positiivisesti yhteydessä työn hallintamahdollisuudet ( $B = 0.38$ ), organisaatioon samaistuminen ( $B = 0.18$ ) ja työtyytyväisyys ( $B = 0.29$ ). Yhteistyön määrällä oli sen sijaan negatiivinen yhteys työn kuormittavuuteen ( $B = -0.18$ ), työpaikan vaihtoaikaisiin ( $B = -0.40$ ) sekä univaikeuksiin ( $B = -0.26$ ).

Yhteistyön laadulla eli frekvenssillä tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä oli vähemmän. Se oli yhteydessä organisaatioon samaistumiseen ( $B = 0.24$ ) sekä sosiaaliseen tukeen ( $B = 0.34$ ). Homofilialla, (prosentiosuus yhteyksistä, jotka olivat saman ammattiryhmän kanssa) ei ollut tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä hyvinvointi- ja kuormitusmuuttujiin. Stressillä ja sosiaalisella tuella oli kuitenkin heikko tilastollinen yhteys homofiliaan ( $p < 0.10$ ).



**Taulukko 8. Verkostomuuttajien tilastolliset yhteydet työn kuormittavuuteen ja kiireeseen kuvattuna lineaarisen regressioanalyysin estimaateilla. Ikä, sukupuoli ja ammattiryhmä vakioitu (n = 93)**

	Työn kuormittavuus (1-5)		Kiire (1-5)	
	Univariaatit	Multivariaatti	Univariaatit	Multivariaatti
<b>Yhteistyön määrä (1-5)</b>	-0.18*	-0.23*	-0.04	-0.08
<b>Yhteistyön frekvenssi (1-5)</b>	0.05	0.16	0.07	0.11
<b>Homofilia (%)</b>	0.00	0.00	0.00	0.00

† p < 0,10; \*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001

**Taulukko 9. Verkostomuuttajien tilastolliset yhteydet työn hallintamahdollisuuksiin kuvattuna lineaarisen regressioanalyysin estimaateilla. Ikä, sukupuoli ja ammattiryhmä vakioitu (n = 93)**

	Työn hallintamahdollisuudet (1-5)		Rooliristiriidat (1-5)	
	Univariaatit	Multivariaatti	Univariaatit	Multivariaatti
<b>Yhteistyön määrä (1-5)</b>	0.38***	0.41***	-0.07	-0.12
<b>Yhteistyön frekvenssi (1-5)</b>	0.10	-0.09	0.09	0.13
<b>Homofilia (%)</b>	-0.00	-0.00	0.01	0.01

† p < 0,10; \*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001

**Taulukko 10. Verkostomuuttajien tilastolliset yhteydet stressiin, univaikeuksiin ja psyykkiseen hyvinvointiin kuvattuna lineaarisen regressioanalyysin estimaateilla. Ikä, sukupuoli ja ammattiryhmä vakioitu (n = 93)**

	Stressi (1-5)		Univaikeudet (1-6)		Psyykinen hyvinvointi (1-100)	
	Univariaatit	Multivariaatti	Univariaatit	Multivariaatti	Univariaatit	Multivariaatti
<b>Yhteistyön määrä (1-5)</b>	-0.15	-0.13	-0.26*	-0.27 <sup>†</sup>	1.43 <sup>†</sup>	1.89*
<b>Yhteistyön frekvenssi (1-5)</b>	-0.10	-0.06	-0.11	0.02	-0.67	-1.55
<b>Homofilia (%)</b>	0.01 <sup>†</sup>	0.01 <sup>†</sup>	0.00	0.00	-0.02	-0.01

† p < 0,10; \*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001

**Taulukko 11. Verkostomuuttajien tilastolliset yhteydet työpaikan vaihtoaikaisiin, työtyytyväisyyteen ja sosiaaliseen tukeen kuvattuna lineaarisen regressioanalyysin estimaateilla. Ikä, sukupuoli ja ammattiryhmä vakioitu (n = 93)**

	Työpaikan vaihtoaikaiset (1-5)		Työtyytyväisyys (1-6)		Sosiaalinen tuki (1-7)	
	Univariaatit	Multivariaatti	Univariaatit	Multivariaatti	Univariaatit	Multivariaatti
	<b>Yhteistyön määrä (1-5)</b>	-0.40**	-0.46**	0.29**	0.33**	0.17
<b>Yhteistyön frekvenssi (1-5)</b>	-0.00	0.20	0.04	-0.11	0.34*	0.27 <sup>†</sup>
<b>Homofilia (%)</b>	0.01	0.01	-0.00	-0.00	0.01 <sup>†</sup>	0.01

<sup>†</sup> p < 0,10; \*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001

**Taulukko 12. Verkostomuuttajien tilastolliset yhteydet organisaatioon samaistumiseen, johtamisen oikeudenmukaisuuteen ja tiimityöhön kuvattuna lineaarisen regressioanalyysin estimaateilla. Ikä, sukupuoli ja ammattiryhmä vakioitu (n = 93)**

	Organisaatioon samaistuminen (1-5)		Johtamisen oikeudenmukaisuus (1-5)		Tiimityö (1-5)	
	Univariaatit	Multivariaatti	Univariaatit	Multivariaatti	Univariaatit	Multivariaatti
	<b>Yhteistyön määrä (1-5)</b>	0.18*	0.14	0.12	0.15 <sup>†</sup>	0.02
<b>Yhteistyön frekvenssi (1-5)</b>	0.24*	0.16	-0.03	-0.12	0.17	0.16
<b>Homofilia (%)</b>	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01 <sup>†</sup>	0.01 <sup>†</sup>

<sup>†</sup> p < 0,10; \*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001

### 4.3 Pohdinta

Tämän tutkimuksen perusteella yhteistyötä oli ollut ilahduttavasti eri ammattilaisten välillä ja myös sosiaali- ja terveyskeskuksen ulkopuolisia toimijoita ja yhteistyötahoja oli tunnistettu paljon. Erot yhteistyöverkostoissa organisaatioittain selittyvät osin tutkimukseen osallistuneiden organisaatioiden koon ja tiimirakenteiden eroilla. Joissakin sote-keskuksissa tiimeihin oli nimetty esimerkiksi terveysosasto- ja psykiatrinen sairaanhoitaja, joihin vastaanoton lääkärit ja sairaanhoitajat voivat olla yhteydessä tarvittaessa. Tämä todennäköisesti vaikutti kyseisten erityistyöntekijöiden näkymiseen merkittävänä yhteistyötahoina (eniten kontakteja oli heihin). Verkostokuvioiden selittämiseen tarvittaisiin kuitenkin enemmän tietoa organisaatioista tai vastaajilta itseltään, jotta syyt yhteistyötahojen taustalla avautuisivat (ks. yhteistyötä selittävästä tekijöistä tarkemmin tämän raportin luvusta 6).

Tässä luvussa kyselyn verkostomuuttajiksi oli valittu yksilötason tekijöitä (kontaktien määrä, laatu ja homofilia). Olennainen rajausta oli siinä, että tarkasteltiin sitä, missä määrin muut kyselyyn vastanneet olivat valinneet vastaajan yhteistyökumppaniksi (vastaanottajakeskeisyys), eikä sitä, minkä verran vastaaja itse oli valinnut kontakteja (lähettäjäkeskeisyys). Vastaanottajakeskeisyyttä on aiemmissa tutkimuksissa pidetty osoituksena siitä, että kyseinen henkilö on (tietyn asian suhteen) arvovaltainen henkilö ryhmässään, ja muut arvostavat häntä tiedon lähteenä (esim. Siciliano & Thompson 2018). Tässä tutkimuksessa muuttujavalinnan etuna pidettiin sitä, että tieto oli peräisin usealta eri vastaajalta (verrattuna tilanteeseen, jossa kaikki yhteistyötahoiksi valitut kontaktit perustuvat yhden vastaajan näkemykseen).

Eri verkostomuuttajia tarkasteltiin suhteessa työyhteisö- ja hyvinvointimuuttajiin sekä erikseen että yhdessä. Erityisesti yhteistyön määrän havaittiin olevan yhteydessä moniin muuttajiin. Ne, jotka oli muita useammin valittu yhteistyötahoiksi, kokivat työnsä muita hallittavamaksi ja olivat tyytyväisempiä ja samaistuneempia työhönsä. Lisäksi he kokivat työnsä vähemmän kuormittavaksi ja heillä oli muita vähemmän

työpaikan vaihtoaikkeitä ja univaikeuksia. Tulokset ovat aiempien kansainvälisten tutkimusten kaltaisia eli niiden perusteella yhteistyön määrällä voidaan nähdä olevan myönteisiä vaikutuksia työntekijän hyvinvoinnin kannalta. Lisää tutkimusta yhteistyön määrän suhteesta eri tekijöihin ja tekijöiden välisistä vaikutusmekanismeista kuitenkin tarvitaan (ks. myös tämän raportin seuraava luku 5).

Yhteistyön laadun eli frekvenssin osalta tilastollisesti merkitseviä tuloksia oli vähemmän. Tiiviimpi yhteistyö oli yhteydessä sosiaaliseen tukeen ja vahvempaan organisaatioon samaistumiseen.

Kyselyn vastausprosentti jäi toivottua matalammaksi, ja siitä syystä tässä tutkimuksessa ei ollut mielekästä tarkastella yhteistyöverkostoja koko verkoston tasolla. Jatkotutkimuksissa tulisi pohtia keinoja lisätä vastausaktiivisuutta tai vaihtoehtoisesti kartoittaa muita tapoja laajentaa tiedonkeruuta, jotta tutkittavasta ilmiöstä saataisiin kattavammin tietoa. Lisäksi tulevaisuudessa voitaisiin tarkastella yhteistyöverkostojen lisäksi esimerkiksi sosiaalisen tuen tai ystävyy verkostojen rakenteita ja niiden vaikutuksia työntekijöiden hyvinvointiin.

Tulokset antavat myös ideoita käytännön soite-keskustyössä tehtävän yhteistyön kehittämiseksi. Tulosten perusteella näyttäisi siltä, että yhteistyön määrä on tärkeä tekijä työntekijöiden hyvinvoinnin kannalta. Organisaatioissa tulisikin varmistaa, että jokaisella työntekijällä on riittävästi mahdollisuuksia saada työssä tarvittavaa (sosiaalista) tukea ja että yhteistyöverkostot toimivat työntekijöiden arjessa.

# 5 Yhteistyö ja koettu työn kuormittavuus, hallintamahdollisuudet ja sosiaalinen tuki perusterveydenhuollossa: Sosiaalisen verkostanalyysin lähestymistapa

Väisänen V, Luke-Currier A, Hietapakka L, Elovainio M & Sinervo T (2024). Collaboration and perceived job demands, job control and social support in primary care; social network approach. *Journal of Integrated Care*. (Hyväksytty julkaistavaksi.)

Hoidon integraatiota on tutkittu erityisesti hoidon laadun ja tehokkuuden näkökulmasta (Cameron ym., 2014; Rijken ym., 2013). Sen vaikutuksia sote-ammattilaisten kuormitukseen ja hyvinvointiin ei ole kuitenkaan juurikaan tutkittu. Työntekijöiden välinen yhteistyö on olennainen osa toimivaa hoidon integraatiota ja sosiaalinen verkostanalyysi mahdollistaa näiden yhteyksien tutkimisen myös yksilötasolla (Burns ym., 2022). Kirjallisuudessa on tunnustettu tutkimustarve selvittää verkostomuuttujien ja ulkoisten tekijöiden, kuten koettun hyvinvoinnin, yhteyksiä (Gittell & Ali, 2022).

Sote-ammattilaisten yhteistyön vaikutuksia koettuun työn kuormittavuuteen, hallintamahdollisuuksiin ja sosiaaliseen tukeen tarkasteltiin perustuen Karasekin JDC-S malliin (Karasek ym., 1998). Mallia on tutkittu kattavasti ja sillä on selvitetty tietynlaisen työn vaikutuksia ja toisaalta näiden vaikutusten yhteyksiä esimerkiksi sairastavuuteen, työntekijöiden vaihtuvuuteen ja työtyytyväisyyteen (Häusser ym., 2010). Sen sijaan verkostomuuttujien, kuten yhteistyön määrän vaikutuksia mallin muuttujiin ei ole selvitetty.

Seuraava tutkimuskysymys muodostettiin: Miten yhteistyön eri ominaisuudet vaikuttavat työn kuormittavuuteen, työn hallintamahdollisuuksiin ja sosiaaliseen tukeen sote-ammattilaisilla suomalaisissa sosiaali- ja terveyskeskuksissa?

## 5.1 Tutkimusaineisto ja -menetelmät

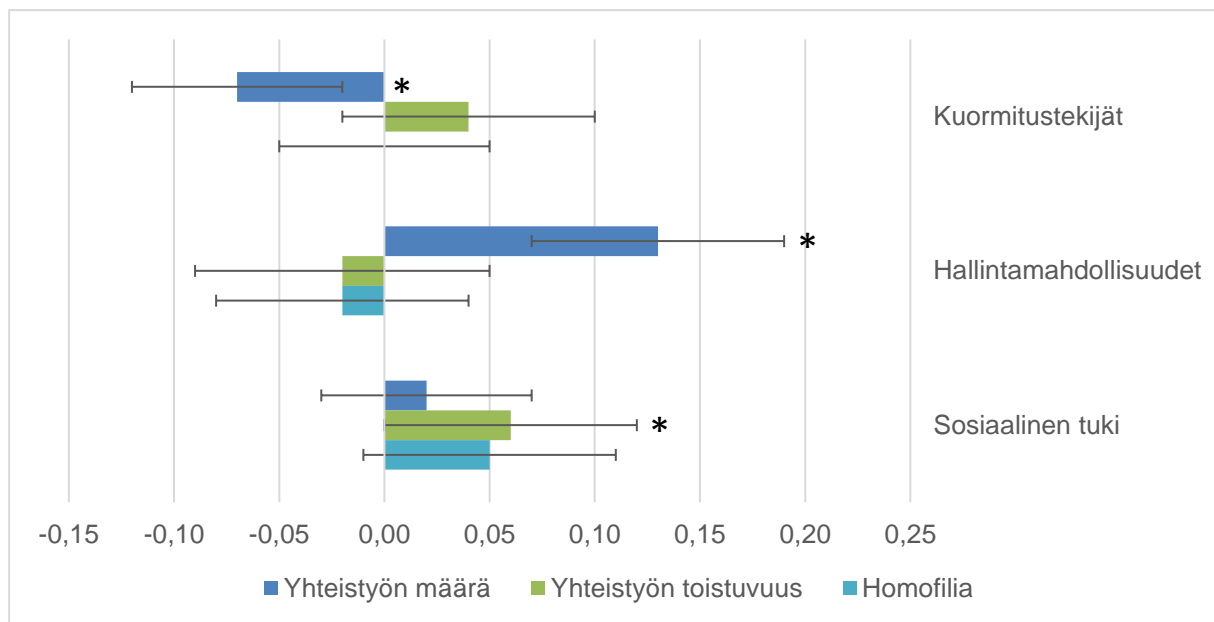
Tutkimuksen aineistona käytettiin tässä hankkeessa kerättyä kyselyaineistoa. Sote-ammattilaisten välistä yhteistyötä (määrää, toistuvuutta ja homofiliaa) kuvattiin verkostomuuttujilla. Yhteistyön määrää vastasi verkostomuuttuja *individual density*, joka kuvaa tiettyyn henkilöön muiden valitsemien ammattilaisten yhteyksien määrää. Muuttuja vakioitiin henkilöiden määrällä, joilla oli mahdollisuus valita kyseinen henkilö yhteistyötahokseen (kyselyssä olleiden nimien määrä). Yhteistyön toistuvuutta kuvattiin verkostomuuttujalla *strength*, joka vastasi kyseisten yhteyksien vahvuutta, eli kuinka usein keskimäärin muut sote-ammattilaiset kertoivat tekevänsä yhteistyötä tietyn henkilön kanssa. *Homofiliaa*, eli työntekijöiden taipumusta tehdä yhteistyötä oman ammattiryhmänsä sisällä, kuvattiin yhteyksien osuudella, jotka kohdistuivat tietyn henkilön omaan ammattiryhmään.

Työn kuormitustekijöitä vastasivat Karasekin mallin mukaiset summamuuttujat työn kuormittavuus (*job demands*), työn hallintamahdollisuudet (*job control*) ja sosiaalinen tuki (*social support*).

Yhteistyön määrään, toistuvuuden ja homofilian yhteyttä työn kuormittavuuteen, hallintamahdollisuuksiin, sekä sosiaaliseen tukeen selvitettiin lineaarisella regressioanalyysillä. Mallit vakioitiin vastaajan iällä, sukupuolella ja ammattiryhmällä.

## 5.2 Tulokset

Yhdenvälisissä tarkasteluissa suurempi yhteyksien määrä korreloi korkeamman työn hallintamahdollisuuksien ja alemman työn kuormituksen kanssa. Vakioiduissa regressiomalleissa enemmän yhteistyötä, eli suurempi yhteyksien määrä, oli yhteydessä alhaisempaan koettuun kuormitustekijöihin sekä korkeampiin hallintamahdollisuuksiin (Kuvio 4). Työntekijöillä, joilla oli enemmän useasti toistuvaa yhteistyötä ja jotka tekivät useammin töitä oman ammattiryhmänsä kanssa, raportoivat saaneensa enemmän sosiaalista tukea työssään.



**Kuvio 4. Yhteistyön yhteys työn kuormittavuuteen, hallintamahdollisuuksiin ja sosiaaliseen tukeen. Mallit vakioitu iällä, sukupuolella ja ammattiryhmällä. Tilastollisesti merkitsevät yhteydet on kuvattu tähdellä (\*).**

## 5.3 Pohdinta

Sosiaalisen verkostanalyysi mahdollisti yhteistyön ja työtä kuvaavien muuttujien tutkimisen. Tulosten mukaan yhteistyöllä voidaan vaikuttaa sekä työn kuormitustekijöihin (yhteyksien määrä), työn hallintamahdollisuuksiin (yhteyksien määrä), sekä sosiaaliseen tukeen (yhteyksien toistuvuus sekä oman ammattiryhmän kanssa tehty yhteistyö). Mahdolliset vaikutusmekanismit saattavat liittyä laadukkaamman tiimityön toteutumiseen (Cho ym., 2022), toimivampaan työyhteisöön (Purdy ym., 2010), tehokkaaseen tiedon ja vastuiden jakamiseen (Tasselli, 2015) sekä mahdollisten läheisten työkalvereiden antamaan tukeen (Garrett & McDaniel, 2001).

Perusterveydenhuollossa tehtävää eri sote-ammattilaisten välistä toimivaa yhteistyötä tulisi mahdollisuuksien mukaan lisätä, sillä se tukee myös työntekijöiden kuormitusta ja hyvinvointia. Sen sijaan erityistyöntekijät (esim. fysioterapeutit), jotka jakavat työaikaansa usean eri toimipisteen kesken, voivat kokea saavansa riittämättömästi sosiaalista tukea oman ammattiryhmänsä jäseniltä. Työparityöskentelyä tai yhteisiä tapaamisia, joissa voidaan käsitellä työyhteisön tai asiakastyön asioita, voivat parantaa koettua sosiaalista tukea ja edistää työn hallintamahdollisuuksia.

Tutkimusta haistasi kuitenkin sen pieni osallistujamäärä ja alhainen vastausprosentti, minkä takia sen tuottamia tuloksia ei voida pitää täysin luotettavina. Jatkotutkimuksessa tulisi ottaa huomioon enemmän mahdollisia sekoittavia tekijöitä, kuten yksilöiden sijainti organisaation sosiaalisessa hierarkiassa. Yhteistyön vaikutuksia työhön tulisi tutkia myös muissa konteksteissa, esimerkiksi ikääntyneiden palveluissa tai erikoissairaanhoidossa.

## 6 Mikä selittää yhteistyöverkostoja? – työntekijähaastattelujen tuloksia

Perusterveydenhuollon avovastaanotto toiminta perustuu vahvasti moniammatilliseen toimintatapaan, jossa eri ammattilaiset työskentelevät usein tiiminä asiakkaan tai potilaan hyväksi. Toimiva kommunikaatio ja yhteistyö eri ammattilaisten välillä on ratkaisevan tärkeää, sillä se voi parantaa hoidon laatua ja vähentää turhaa palvelunkäyttöä ja sitä kautta hoitoon liittyviä kustannuksia.

Aiemmissa tutkimuksissa on havaittu, että yhteistyötä voidaan käytännössä tehdä yhtä lailla virallisista kuin epävirallisista syistä. Amerikkalaisessa tutkimuskatsauksessa viralliset ammatilliset yhteistyöverkostot liittyivät konsultointiin potilaan asioissa, tiedonvälitykseen, lääkemääräyksistä tai hoidosta päättämiseen, yhteisiin potilaisiin tai tutkimukseen ja ammatilliseen kehittymiseen (Poghosyan ym., 2016). Epävirallisilla yhteistyöverkostoilla puolestaan viitattiin esimerkiksi ammattilaisten välisiin henkilökohtaisiin ystävyys- tai tukiverkostoihin.

Useissa katsauksissa on myös ryhmitelty laajemmin teemoja, jotka selittävät tai kuvaavat yhteistyöverkostoja sote-ammattilaisten välillä. Näitä teemoja ovat olleet demografiset tekijät, ammattiryhmiin tai heidän välisiin suhteisiinsa liittyvät tekijät, organisaatioon (tai laajemmin tiettyyn sote-kontekstiin) liittyvät tekijät sekä potilaisiin liittyvät tekijät (Bae ym., 2015; Hu ym., 2021; Poghosyan ym., 2016; Tasselli, 2014). Katsauksissa yhteistyötä on havaittu olevan enemmän esimerkiksi tietyn ammattiryhmän sisällä kuin eri ammattilaisten välillä, samassa organisaatiossa tai työtiloissa työskentelevien välillä kuin etäällä työskentelevien välillä ja yhteisiä potilaita kuin eri potilaita hoitaneiden ammattilaisten välillä (Hu ym., 2021). Poikkeuksena tähän on australialainen tutkimus, jossa eri ammattilaisten ja palvelujen yhteensovittamista edellyttävässä organisaatiossa yhteistyötä oli ollut enemmän yli ammattirajojen kuin saman ammattiryhmän sisällä (Pomare ym., 2019).

Suurin osa aiemmasta verkostotutkimuksesta perustuu määrälliseen tutkimukseen, jolla ei useinkaan pystytä avaamaan tarkemmin yksilöiden itsensä antamia merkityksiä tai tulkintoja yhteistyön toteutumiselle tai sen esteille. Käytännön yhteistyössä vaikuttavien tekijöiden ymmärtäminen eri ammattilaisten näkökulmista on kuitenkin olennaista palvelujen kehittämisessä moniammatillisesti toimiviksi.

Tässä luvussa tarkastellaan haastatteluaineiston valossa, millaiset tekijät selittivät tai olivat vaikuttaneet perusterveydenhuollon sote-ammattilaisten välisiin yhteistyöverkostoihin (tai niiden puuttumiseen) heidän itsensä kuvaamana. Lopuksi peilataan tutkimuksen tuloksia kansainvälisessä verkostotutkimuksessa saatuihin havaintoihin.

### 6.1 Tutkimusaineisto ja -menetelmät

Tutkimuksessa haastateltiin asiakastyötä tekeviä ammattilaisia, jotka työskentelivät tutkimukseen osallistuvien organisaatioiden sote-keskuksissa tai terveyskeskuksissa. Kohdejoukossa rajauduttiin mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kannalta keskeisiin ammattilaisiin eli vastaanoton lääkäreihin ja hoitajiin, psykiatriin sairaanhoitajiin ja päihdehoitajiin (jatkossa miepä-ammattilaiset) sekä terveyssoseaalityötä tekeviin sosiaaliohjaajiin tai palveluohjaajiin (sosiaalialan ammattilaiset). Tutkimukseen osallistuvien organisaatioiden esihenkilöt rekrytoivat haastateltavat.

Haastateltaviksi saatiin kolmesta eri organisaatiosta yhteensä 15 sote-ammattilaista, joista viisi oli lääkäreitä, viisi vastaanoton sairaanhoitajia, kaksi miepä-ammattilaisia ja kolme sosiaalialan ammattilaisia. Kaikki heistä työskentelivät osana moniammatillista tiimiä, joskin tiimien kokoonpanot ja toimintatavat vaihtelivat hieman organisaatioittain. Osalla haastateltavista oli pitkä työkokemus ja osa taas oli ollut nykyisessä työssänsä vasta muutamia kuukausia. Haastateltavat saivat etukäteen tutkimustiedotteen ja heiltä pyydettiin kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Haastattelujen alussa haastateltaville kerrottiin tutkimuksen tavoitteista ja haastatteluaineiston tutkimuseettisistä käytöistä ja säilytyksestä. Haastateltavien oli mahdollista esittää vapaasti kysymyksiä tutkimukseen liittyen.

Haastattelut toteutettiin marras-joulukuussa 2022 etäyhteydellä Microsoft Teamsin kautta. Kaksi tutkijaa suoritti haastattelut, joista kolme toteutettiin parihaastatteluina ja yhdeksän yksilöhaastatteluina. Haastattelurunko koostui kahdesta teemakokonaisuudesta: yhteistyöverkostojen kartoittamisesta ja arvioinnista sekä sote-keskuksen virallisten toimintamallien kuvaamisesta ja niihin liittyvistä kokemuksista. Tässä luvussa kuvataan ensiksi mainittuun teemaan eli yhteistyöverkostoihin liittyviä tuloksia.

Haastateltavaa pyydettiin listaamaan henkilöitä ja tahoja, joiden kanssa hän oli ollut omassa työssään tekemisissä tai jollain tavalla yhteistyössä erilaisia palveluja käyttäneiden tai tarvinneiden, työikäisten mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden asioita hoidettaessa. Yhteistyöllä viitattiin laaja-alaisesti kaikkeen viralliseen ja epäviralliseen tiedonvaihtoon, neuvotteluun tai konsultointiin riippumatta oliko kontakti tapahtunut kasvokkain tai jollain muulla tavalla (esim. puhelimitse, potilastietojärjestelmän kautta lähetettynä viestinä, sähköpostitse tai etäkokouksissa). Listatessaan yhteistyötahoja, haastateltavaa pyydettiin samalla arvioimaan, kuinka tiivistä yhteistyö on ollut kyseisen henkilön tai tahon kanssa, sekä perustelemaan, miksi ja millaisissa asioissa yhteistyötä oli tai ei ollut ollut.

Haastattelut nauhoitettiin ja niiden kestot vaihtelivat 41 minuutista 84 minuuttiin. Haastattelut litteroitiin (litteroitua tekstiä oli yhteensä 240 sivua).

Analyysimenetelmänä käytettiin teoriaohjaavaa sisällönanalyysiä (Tuomi & Sarajärvi 2013). Tässä menetelmässä tekstimuotoisesta aineistosta tunnistetaan ja koodataan sisältökokonaisuuksia aineistolähtöisesti mutta teoreettiset käsitteet tuodaan valmiina aiemmasta tutkimuksesta. Käytännössä aineiston analysointi aloitettiin aineistoa lukemalla ja perehtymällä tarkemmin sen sisältöön. Tämän jälkeen aineistosta etsittiin ja merkittiin koodaamalla kohdat, joissa tuli esille jokin tekijä, joka oli joko suoraan selittänyt yhteistyötä tai sen puutetta tai vaikuttanut yhteistyöhön jollain tavalla (alakoodit). Analyysiyksikkönä oli haastateltavan esittämä ajatuskokonaisuus, joka vaihteli muutamasta sanasta muutama lauseeseen. Näitä alakodeja ryhmiteltiin sen jälkeen verkostotutkimuskatsauksissa havaittujen laajempiin teemoihin (yläkoodeihin), joita olivat organisaatioon liittyvät tekijät, eri ammattiryhmiin liittyvät tekijät, henkilökohtaiset tekijät ja asiakkaan tilanteeseen liittyvät tekijät.

Koodaamisen apuna käytettiin laadullisen aineiston hallintaohjelmaa (Atlas.ti versio 9.1). Haastattelut koodasi yksi tutkija, ja samalla toinen tutkija koodasi erikseen kuusi sattumanvaraisesti valittua haastattelua. Luotettavuuden vahvistamiseksi luokituksista keskusteltiin yhdessä, minkä jälkeen luotiin lopulliset luokat. Aineisto oli hyvin heterogeeninen, mikä näkyi esimerkiksi siten, että samalla alakoodilla saattoi olla sekä myönteisiä että kielteisiä vaikutuksia yhteistyöhön. Esimerkiksi fyysinen työskentelypaikka oli usein edistänyt yhteistyötä (jos se oli lähellä muita ammattilaisia), tai toisaalta heikentänyt yhteistyötä (jos se oli etäällä muista ammattilaisista). Eri alakoodit myös kytkeytyivät toisiinsa, mikä näkyi siinä, että yksittäinen ajatuskokonaisuus haastattelussa saattoi sisältää koodaamisen päätteeksi useita eri koodeja. Analyseissä tällainen ”päällekkäisyys” sallittiin ja ratkaistiin siten, että tulosten kuvaamisen yhteydessä avataan tarkemmin, millä tavalla tietty tekijä liittyi yhteen tai useampaan teemaan.

Tulokset esitetään seuraavassa jaoteltuna teemoittain. Tulosten kuvaamisen yhteydessä esitetään suoria lainauksia haastatteluista ja niiden perässä on tieto haastateltavan ammattiryhmästä. Tunnistettavuuden ehkäisemiseksi lainaukset on muokattu yleiskielelle. Hakasulkeisiin on lisätty asiayhteyttä tarkentavia sanoja, ja sulkujen sisällä olevat pisteet viittaavat välistä poistettuun tekstiin.

## 6.2 Tulokset

Kooste neljästä teemasta ja niiden alakooeista esitetään taulukossa 13. Määrällisesti eniten keskustelua aineistossa oli organisaatioon liittyvistä tekijöistä. Organisaatiotekijöihin liittyvät alakoodit näyttäytyivät myös muiden teemojen alakooeja useammin yhteistyötä hankaloittaneina kuin edistäneinä tekijöinä (poikkeuksena fyysinen työskentelypaikka, jonka läheisyys useimmiten koettiin yhteistyötä edistävänä tekijänä).

**Taulukko 13. Yhteistyötä selittäneitä tai siihen vaikuttaneita tekijöitä haastatteluaineistossa**

ORGANISAATIOON LIITTYVÄT TEKIJÄT	ERI AMMATTIRYHMIIN LIITTYVÄT TEKIJÄT
Henkilöstöressurit	Avun tai tuen saaminen/tarjoaminen
Tiimin toimintamalli	Kokoneiden ammattilaisten hyödyntäminen
Miepä-asiakkaiden hoitoon liittyvät toimintakäytännöt	Tarve toisen ammattilaisen erityisosaamiselle tai kontakteille
Yhteydenottokanavat	Tiedon välittäminen ja eri ammattilaisten välisen työnjaon pohtiminen yhdessä
Fyysinen työskentelypaikka	Hoidon jatkuvuuden turvaaminen
HENKILÖKOHTAISET TEKIJÄT	ASIAKKAAN TILANTEeseen LIITTYVÄT TEKIJÄT
Tutut kollegat	Asiakkaan palvelu- tai hoitotarpeet
Vuorovaikutussuhteet	Asiakkaan etuuskien hakemiseen liittyvät kontaktitarpeet
Persoonaa/ motivaatio yhteistyöhön	Asiakkaan aiemmat hoitokontaktit

### Organisaatioon liittyvät tekijät

Organisaatioon liittyvillä tekijöillä viitataan organisaation päätettävissä oleviin asioihin, kuten linjauksiin, jotka ovat voineet heikentää tai mahdollistaa käytännön yhteistyötä eri ammattilaisten tai tahojen välillä. Tässä tutkimuksessa tällaisia teemoja olivat henkilöstöressurit, tiimin toimintamalli ja miepä-asiakkaiden hoitoon liittyvät toimintakäytännöt, yhteydenottokanavat ja fyysiset työskentelypaikat.

### Henkilöstöressurit

Puutteellisten henkilöstöressurssien, erityisesti lääkäripulan, todettiin hankaloittaneen yhteistyötä monin tavoin. Koska oli vaikeaa löytää vastaanottoaikoja lääkäreille, hoitajat olivat joutuneet turvautumaan muihin ammattilaisiin edistääkseen potilaiden hoidon tai asioiden etenemistä ja toisaalta säästääkseen vähäisiä resursseja niille, jotka akuuteimmin tarvitsivat lääkäriä. Myös erityistyöntekijät olivat huomanneet henkilöstöressurssien puutteen vaikutukset:

”Tiedonvaihdossa ja yhdessä tekemisessä on parantamisen varaa. Paljon sanotaan, että se liittyy myös resurssiin, ja se on totta. Lääkäri- ja hoitajavajetta on. Sen huomaa heti siinä, että kun on kiireisempi vaihe, niin esimerkiksi minulle ohjautuu sellaisella viikolla paljon vähemmän asiakkaita.” [sosiaalialan ammattilainen]

”(…) kuinka potilaan hoitoa tulisi järjestää siitä yhteydenotosta eteenpäin. Pitäisikö mennä lääkäriille tai voiko tulla sinulle ja niin edelleen. Siinä ehkä on tausta-ajatuksena se, että voidaanko sillä keinoin vähän säästää lääkäriresurssia enemmän sitä tarvitseville.” [miepä-ammattilainen]

Henkilöstön puute oli vaikuttanut myös siihen, että hyödyllisiksi koettuja yhteisvastaanottoja (esimerkiksi fysioterapeutin ja lääkärin pitämä yhteinen vastaanotto) tai usean eri ammattilaisen yhteisiä palaverieita potilaan asioiden hoitamiseksi ei ollut mahdollista järjestää tai kaikille sopivia aikoja niitä varten oli vaikea löytää. Resurssipula näkyi konkreettisesti myös niin, että organisaatioon palkattujen työkykykoordinaattorien hyödyntäminen ei ollut mahdollista, koska heillä ei ollut resursseja ottaa enempää uusia asiakkaita. Lisäksi uusien yhteistyötä parantavien toimintatapojen kehittämiseen ei välttämättä ollut resurssipulan vuoksi voimavaroja:

”Ensisijainen asia on hoitaa somaattinen tai psyykinen sairaus, ihan se perustyö. Silloin ei ole tilaa, eikä työntekijöillä sellaista resurssia lähteä miettimään, että miten tämä tehtäisiin uudella tavalla, ottaa vastaan uusia malleja ja juurruttaa sitä. Se ei ole kenenkään yksittäisen työntekijän vastustusta, vaan minä näen sen niin, että enää eivät rahkeet riitä.” [sosiaalialan ammattilainen]



### Tiimin toimintamalli ja miepä-asiakkaiden hoitoon liittyvät toimintakäytännöt

Tiimien sovitut toimintatavat ja konsultointikäytännöt olivat ohjanneet yhteistyön ohjautumista ja keskittymistä tietyille ammattilaisille. Potilaiden puhelut ohjautuivat tiimimallissa vastaanoton hoitajille, mikä korosti hoitajien vastuuta ja keskeistä roolia yhteistyöverkostossa potilaiden tai heidän asioidensa eteenpäin ohjaajina. Aiemmin hoitajien tukena oli ollut samassa tilassa työskenteleviä lääkäreitä, joita konsultoitiin potilaiden asioissa. Lääkäriresurssien heikentyessä organisaatioissa oli siirrytty konsultoimaan lääkäreitä pääosin etäyhteydellä. Paikalla oli myös fyysisesti usein ainakin yksi tiimilääkäri, mutta hän piti omaa potilasvastaanottoaan, eikä sen vuoksi ollut juurikaan hoitajien käytettävissä. Yksi lääkäreistä kuvasi erilaisia haasteita, joita etänä olevien lääkärin konsultointi oli aiheuttanut hoitajille:

”Välttämättä etälääkärit eivät pysty vastaamaan heti siihen kysymykseen, kun siellä on niin paljon hoitajia konsultoimassa heitä. Ja välttämättä ne lääkärit, jotka siellä ovat, niin eivät ole olleet täällä töissä, joten he eivät tiedä tätä paikallista järjestelmää (...) Siinä on tullut haastetta hoitajille ilmeisesti aika paljon verrattuna siihen, että meidän yksi tiimilääkärimme olisi siinä tiimitilassa konsultoitavissa.” [vastaanoton lääkäri]

Tiimimallin lisäksi mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden asioiden hoitamiseksi oli organisaatioissa omat toimintakäytäntönsä, jotka myös olivat vaikuttaneet potilaiden ohjaamiseen ja yhteistyöhön eri ammattilaisten välillä. Esimerkiksi käytäntönä oli, että psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolle päästäkseen potilaan tuli ensin saada diagnoosi lääkäriltä. Psykiatriset hoitajat kokivat tämän käytännön turhauttavana ja resurssien haaskaamisena, sillä monissa tapauksissa he kokivat voivansa tehdä asiakkaan hyväksi asioita jo ennen asiakkaan ohjaamista lääkärille. Vastaanoton hoitajat ja miepä-ammattilaiset olivatkin kokeneet työssään ristiriitaa asiakkaan hyväksi toimimisen ja toimintakäytäntöjen noudattamisen välillä. Usein he olivat toiminnassaan priorisoineet asiakkaan asioiden edistämistä, vaikka se olisi tarkoittanut virallista toimintamallia vastaan toimimista.

”Jos itse tiedän, että kyseinen lääkäri tekee tänään vastaanottoa ja hän on hoitanut asiakkaan asiaa aikaisemmin vastaanotollaan, niin sitten yleensä yritän jossain välissä käydä koputtelemassa lääkärin ovea ja pyydän katsomaan [asiaa]. Vaikka ei saisi.” [vastaanoton hoitaja]

”Olen vähän ollut kansalaistottelematon tässä kohtaa, että olen ottanut potilaita, vaikkei heillä sitä diagnoosia ole. Tällä hetkellä se on perusteltu niin, että lääkäriresurssi on niin niukkaa, niin järkevyyden vuoksi potilas ohjataan psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolle. Näin ollen potilaan hoito ei vaarannu, koska voin kuitenkin konsultoida lääkäriä välittömästi.” [miepä-ammattilainen]

### Yhteydenottokanavat

Organisaation mahdollistamien yhteydenottokanavien koettiin helpottavan yhteistyötä eri tahojen kanssa. Erityisesti sosiaalialan ammattilaiset kertoivat hyötyneensä Kelan ja sosiaalihuollon neuvontanumeroista. Myös sote-keskuksen sisällä eri ammattilaisten väliseen konsultointiin oli olemassa useita eri kanavia, joita pidettiin toimivina.

”(..) kaikille on viranomaisnumerot olemassa, että jos tulee jotain, sosiaaliohjaajalle, psykiatriselle sairaanhoitajalle ja fysioterapeutille saa soittaa (...) että siinä mielessä tässä toimintamallissa on paljon hyvääkin.” [vastaanoton sairaanhoitaja]

Toisaalta erilliset tietojärjestelmät ja tarve saada potilaalta lupa tietojen jakamiseen eri ammattilaisten välillä mainittiin muutamassa haastattelussa yhteistyötä heikentävänä tekijänä.

”Meillä tulee olla selkeät yhteydenottotavat niihin henkilöihin, joita me pidämme järkevänä sen potilaan hoidon ja oireiden lievittämisessä. Siinä mielessä enemmänkin pitäisi luoda toimintamalli tai yhteydenpitokanava, miten me otamme yhteyden johonkin henkilöön. Sosiaalipuoli nyt on yhden sortin muurin takana ja yksi ongelmahan on nämä eri tietojärjestelmät.” [miepä-ammattilainen]

### **Fyysinen työskentelypaikka**

Yhteisen työtilan, vierekkäisten huoneiden tai samassa kerroksessa työskentelyn todettiin mahdollistavan eri ammattilaisten matalan kynnyksen konsultoinnin ja ammatillisen tuen saamisen. Toisiin tutustumista olivat edistäneet myös yhteisiin tiimipalaveriin osallistuminen ja eri ammattilaisten näkeminen esimerkiksi kahvihuoneessa. Erityisesti uusien työntekijöiden toivottiin käyvän yhteisissä tiloissa, jotta heidän kasvonsa tulisivat tutuiksi ja heidän kanssaan olisi siten jatkossa helpompi asioida.

Useissa haastatteluissa todettiin, että fyysisesti etäällä olevien, tai vain yhtenä päivänä viikossa paikalla olevien ammattilaisten kanssa yhteistyötä tai kontaktimahdollisuuksia oli saattanut olla vähemmän.

”Olen nimenomaan näissä mielenterveys- ja päihdeasioissa kokenut, että aika vähän mielenterveys- ja päihdepuolen työntekijät osallistuvat meidän tiimin erilaisiin palaveriin. Se on voinut vaikuttaa, kun ei ole sellaisia kohtaamisia käytännössä [ollenkaan].” [vastaanoton lääkäri]

Toisaalta kauempana työskentelevien erityistyöntekijöiden kerrottiin tulevan toisinaan yhteisiin tiimitiloihin tai -kokouksiin ”muistuttamaan olemassaolostaan”. Yksi sosiaalialan ammattilaisista piti tätä monessakin mielessä tärkeänä oman työnsä kannalta:

”Ajattelen, että on tärkeätä pitää esillä [sosiaaliohjausta tai terveysosiaalityötä] ja sen takia on tärkeätä myös käydä fyysisesti siellä tiimissä, ikään kuin muistuttaa läsnäolostaan. Ja myös siitä, että meille ohjataan asiakkaita ja ohjataan niin sanotusti oikeita asiakkaita.” [sosiaalialan ammattilainen]

### **Eri ammattiryhmiin liittyvät tekijät**

Tässä osiossa tarkasteltiin, millaisia syitä haastateltavat esittivät sille, että olivat tehneet yhteistyötä nimenomaan tietyn ammattiryhmän edustajan kanssa. Tällaisia syitä olivat avun tai tuen saaminen, kokeneiden ammattilaisten hyödyntäminen sekä tarve toisen ammattilaisen erityisosaamiselle tai kontakteille.

#### **Avun tai tuen saaminen ja kokeneiden ammattilaisten hyödyntäminen**

Haastateltavat kertoivat kysyvänsä tarvittaessa neuvoja tai mielipidettä erityisesti oman ammattiryhmänsä jäseniltä. Lisäksi lääkärit kokivat hyödylliseksi yhteistyön kokeneiden hoitajien kanssa. Kokemuksella viitattiin joidenkin hoitajien pitkään työkokemukseen tai alueen potilaiden tuntemiseen.

”Ainakin itse tulee konsultoitua kollegoita, jotka tässä tiimitilassa on (...) että minulla on tällainen tapaus täällä, että onko kukaan ikinä törmännyt vaikka tällaiseen ja sitten vähän kysynyt, et miten on joku muu toiminut tai miten on tapana ollut toimia näissä.” [vastaanoton sairaanhoitaja]

”(...) meillä on nimittäin hyvät ja kokeneet psykiatriset sairaanhoitajat, että mitä hän on mieltä esimerkiksi lääkitykseen tässä, ja toki sitten itsemurhavaara on toinen, mikä on semmoinen tärkeä, jota kokenut psykiatrinen sairaanhoitaja pystyy hyvin arvioimaan.” [vastaanoton lääkäri]

#### **Tarve toisen ammattilaisen erityisosaamiselle tai kontakteille**

Tiettyjen ammattilaisten kanssa oli tehty yhteistyötä siksi, että asiakkaan tarpeet liittyivät kyseisen ammattiryhmän edustajan erityisosaamiseen tai virallisesti hänelle kuuluvaan työtehtävään. Joihinkin ammattilaisiin oltiin yhteydessä siksi, että heillä oli tarvittavat verkostot potilaan tarpeiden kannalta. Esimerkiksi päihdehoitajalla todettiin olevan suorat yhteydet muihin päihdealan ammattilaisiin tai sosiaaliohjaajalla sosiaalityöntekijöihin, joten he pystyivät hoitamaan potilaan asioita eteenpäin näiltä osin. Myös hoidon jatkuvuuden turvaaminen oli syy pyrkiä olemaan yhteistyössä tiettyyn aiemminkin potilaan asioita hoitaneeseen ammattilaiseen. Tiettyjä ammattilaisia pyrittiin myös tietoisesti hyödyntämään jo ihan siksi, että kyseinen palvelu oli organisaatiossa käytettävissä. Tällaiset maininnat haastatteluissa koskivat usein psykofyysistä fysioterapeuttia ja sosiaaliohjaajaa.

”Kun meillä on niitä sosiaaliohjaajia käytössä, niin oikein hyviä käyttää, ja pyrkii muistamaan potilaiden kohdalla, kun puhutaan yksinäisyydestä tai esimerkiksi tuen tarpeista.” [vastaanoton lääkäri]

### **Tiedon välittäminen ja eri ammattilaisten välisen työnjaon pohtiminen yhdessä**

Yksi syy olla yhteydessä toisiin ammattilaisiin oli välittää tietoa tietyn ammattilaisen roolista asiakkaan asioiden hoitamisessa tai eri ammattilaisten välisestä yhteistyöstä. Erityisesti sosiaalialan ammattilaiset toivat esille tarpeen käydä keskustelua heidän työnkuvastaan:

”[Organisaation] työikäisten sosiaalityöntekijän ja sosiaaliohjaajan kanssa käytiin vuoropuhelua, että miten he voivat esimerkiksi taas hyödyntää minua vaikka hakemusten täytössä. Työnjakoa ja sitä keskustelua minusta on tarpeen kyllä käydä jatkuvasti, että se selkeytyy meille kaikille.” [sosiaalialan ammattilainen]

### **Henkilökohtaiset tekijät**

Henkilökohtaisilla tekijöillä viitattiin nimensä mukaisesti yksilön henkilökohtaisiin kokemuksiin yhteistyöstä tiettyjen ammattilaisten kanssa. Tutut työoverit, välittömät vuorovaikutussuhteet ja motivaatio tehdä yhteistyötä tulivat esille tässä teemassa.

#### **Tutut kollegat**

Sosiaalialan ammattilaiset kuvasivat, että tiimissä heidän palvelujaan osattiin hyödyntää koko ajan paremmin, kun heidät tunnistettiin kasvoista, heidän palvelunsa tuli tutuksi ja muut ammattilaiset olivat huomanneet yhteistyön hyödyt. Lääkärit kokivat pitkältä ajalta tutujen hoitajien kanssa työskentelyn helppona, koska tunsivat toisen ammattilaisen osaamisen:

”Hoitajat aika hyvin tunsin, että mitä osaamista heillä on, ja mitä asioita he tietävät hyvin, missä asioissa välttämättä ei ole niin paljoa tietämystä. Niin siinä pystyi aika hyvin sen perusteella päättämään, että tarvitseeko itse mennä esimerkiksi käymään hoitajan koneella.” [vastaanoton lääkäri]

#### **Välittömät vuorovaikutussuhteet ja oma motivaatio tehdä yhteistyötä**

Osa haastatelluista kertoi itse pyrkivänsä luomaan välittömät vuorovaikutussuhteet yhteistyön mahdollistamiseksi. Joitakin työtovereita kehuttiin poikkeuksellisina persoonina, joiden hyvät yhteistyötaidot, avuliaisuus ja asioihin tarttuminen tai nopea konsultaatioihin vastaaminen olivat edistäneet keskinäistä yhteistyötä.

”Erityismaininta [tietylle ammattilaiselle], joka lukee lähetteet hyvin. Mistään muualta ei ole sillä tavalla, että joku lukee lähetteet ja laittaa sinulle viestipiikillä tietoa. Jos tämä kestää kauemmin kuin mitä toivoisi, niin hän pääsee sinne tai antaa hoito-ohjeita.” [vastaanoton lääkäri]

### **Asiakkaan tilanteeseen liittyvät tekijät**

Asiakaskeskeisyys näkyi läpi haastattelujen ammattilaisia ohjaavana tekijänä. Siihen liittyen haastateltavat toivat esille, että yhteistyötä määrittävät asiakkaan erilaiset tarpeet ja tilanteet. Myös asiakkaan aiemmat hoitokontaktit otettiin mukaan moniammatilliseen yhteistyöhön.

#### **Asiakkaan palvelu- tai hoitotarpeet**

Useissa haastatteluissa todettiin, että asiakkaan vaivat tai palvelutarpeet määrittivät sen, mitä ammattilaisia tai tahoja tarvittiin mukaan yhteistyöhön. Mainittuja yhteistyötahoja olivat useat erityistyöntekijät, kuten psykofyysinen fysioterapeutti tai sosiaalialan ammattilaiset.

”(...) psykofyysistä fysioterapiaa on aika monella paljon palveluita käyttävillä hoitomuotona, mitä voidaan käyttää (...) jos on paljon ongelmaa, on myös jotain, mistä joskus tarvitsee käydä sitten tutkimuksessa tai konsultaatiossa erikoisairaanhoidossakin.” [vastaanoton lääkäri]

Myös huoli asiakkaasta tai asiakkaan epäselvä tilanne mainittiin syynä olla yhteydessä toiseen ammattilaiseen. Lisäksi yhteistyöhön kutsuttiin usein asiakkaalle aiemmin nimetyt vastuuhenkilöt, jos sellaisia oli olemassa. Yhteiset palaverit tai yhteisvastaanotot nähtiin näissä tapauksissa sekä informatiivisina eri ammattilaisille että kätevinä asiakkaalle, koska hänen ei tarvinnut silloin kertoa samoja asioita useaan kertaan eri ammattilaisille. Yhteistyötä ohjaavina tekijöinä mainittiin asiakkaan hoidon järjestämiseen liittyviä asioita, jolla tarkoitettiin muun muassa (jatko)hoitosuunnitelman laatimista, etuuksien hakemiseen liittyviä asioita, diagnoosin selvittelyä, hoitoon liittyvien päätösten tekemistä, kotona pärjäämisen arviointia tai monialaisten palvelujen yhteensovittamista.

### 6.3 Pohdinta

Tutkimus osoitti, että lukuisat erilaiset tekijät selittävät tai liittyvät tavalla tai toisella perusterveydenhuollon sote-ammattilaisten väliseen yhteistyöhön. Aineiston perusteella vaikuttaa siltä, että monissa tilanteissa yhteistyötä olisi haluttu tehdä eri tavalla tai eri ammattilaisten kanssa, mutta ihanteellinen yhteistyö ei ollut aina käytännössä mahdollista. Eniten yhteistyötä näyttivät rajoittavan organisaation sovitut toimintatavat tai linjaukset, joita haastateltavat rohkeasti kyseenalaistivat. Erityisen epäonnistuneina haastateltavat kokivat sellaiset linjaukset, kuten konsultointikäytännöt, jotka monimutkaistivat tai hidastivat asiakkaan hoidon tai palvelun saamista.

Organisaatiotekijöiden painottuminen yhteistyöhön vaikuttavina tekijöinä ei ollut yllättävä tulos. Aiheen näkyminen aineistossa johtui todennäköisesti siitä, että samassa haastattelussa kartoitettiin myös virallisia sovittuja toimintamalleja ja niihin liittyviä kokemuksia ja siksi näistä aihepiireistä oli luonnollisesti eniten keskustelua aineistossa. Lisäksi tutkimuksen rajaus eli asiakkaan asioiden hoitamisessa tarvittavan yhteistyön kartoittaminen saattoi ohjata haastateltavaa ajattelemaa erityisesti virallista yhteistyötä, vaikka tähän ei tietoisesti rajauduttu. On mahdollista, että jos olisimme kysyneet haastateltavilta vaikkapa sosiaalisen tuen saamisen verkostoista, olisivat tulokset voineet olla erisuuntaisia.

Monet esille tulleista yhteistyöhön vaikuttaneista tekijöistä on havaittu myös kansainvälisissä verkostotutkimuksissa. Erityisesti yhteisten työtilojen myötä syntyvillä kasvokkaisilla kohtaamisilla on toistuvasti todettu olevan yhteys lisääntyneeseen yhteistyöhön, kuten tässäkin tutkimuksessa tuli esille. Organisaatiomuutoksia tehtäessä tulisikin ymmärtää, kuinka suuri vaikutus tilajärjestelyillä on käytännön yhteistyölle. Tuoreessa tutkimuksessa todettiin, että pyrkimys tehostaa tilankäyttöä näyttäisi ohjaavan tilasuunnittelua enemmän kuin työn sisällöt ja vaatimukset (Harjunheimo & Peteri, 2023).

Yksi mainituimmista esteistä toimivalle yhteistyölle tässä tutkimuksessa oli henkilöstöpula, joka oli jopa pakottanut organisaation muuttamaan linjauksiaan konsultointikäytännöistään. Suhteessa aiempaan tutkimukseen on kiinnostavaa, että rajallisten resurssien on todettu vaikeuttavan yhteistyötä terveydenhuoltotutkimuksessa (Wei ym., 2022), mutta sosiaalisia verkostoja kuvaavissa katsauksissa sitä ei ole erikseen nostettu esiin yhteistyöhön vaikuttavana organisaatiotekijänä (joista on mainittu usein vain yleisesti organisaation järjestelyt). On mahdollista, että resursseihin liittyvät haasteet tulevat paremmin esiin laadullisessa verkostotutkimuksessa kuin määrällisessä (Hall ym., 2019). Ylipäänsä laadullista tutkimusta tarvittaisiin verkostotutkimuksessa lisää, sillä sen avulla on mahdollista avata yksityiskohtaisemmin yksilöiden tulkintoja verkostoistaan.

Tämän haastatteluaineiston vahvuutena on, että näkemyksiä yhteistyöstä saatiin kaikilta keskeisiltä mielen-terveys- ja päihdeasiakkaita työssään kohtaavilta perusterveydenhuollon ammattilaisilta. Aineisto jäi kuitenkin tavoiteltua pienemmäksi, mikä näkyi esimerkiksi siinä, että niin sanottua aineiston kumuloitumista ei juurikaan ilmennyt, vaan uusia asioita tuli esille eri haastatteluissa loppuun asti. Tästä syystä tuloksia ei ole mahdollista yleistää kaikkialle Suomen perusterveydenhuoltoon, vaan jatkotutkimusta tarvittaisiin kattavammin eri ammattilaisilta ja erilaisista organisaatioista eri puolilta Suomea.

## 7 Johtopäätökset

Tässä tutkimuksessa testattiin kansainvälisessä tutkimuksessa aiemmin käytettyä sosiaalista verkostanalyysiä suomalaisen perusterveydenhuollon kontekstissa. Tutkimuksessa porauduttiin tietyn maantieteellisen alueen ammattilaisten välisiin kontakteihin ja niistä muodostuviin yhteistyöverkostoihin. Tavoitteena oli saada tietoa siitä, mitä yhteistyöverkostot kertovat sote-keskusten toiminnasta ja siellä työskentelevistä ammattilaisista. Tutkimustulokset nostivat esiin eri ammattilaisten keskeisiä rooleja yhteistyöverkostoissa, verkostojen eroja potilasryhmittäin, yhteistyötä ja verkostoja selittäviä tekijöitä, sekä verkostomuuttujien yhteyttä työntekijöiden jaksamiseen työssään. Tulosten perusteella on myönteistä, että eri ammattilaisten välisiä yhteistyöverkostoja löytyi ja erityisesti yhteistyökontaktien määrä näytti olevan myönteisesti yhteydessä työntekijöiden vähempään kuormittumiseen työssään. Tuloksia voidaan hyödyntää sekä jatkotutkimuksissa että pohjatietona kehitettäessä hyvinvointialueiden toimintatapoja.

Käytännön kannalta yksi verkostanalyysin merkittävistä eduista on se, että kerätty tieto kuvaa usein myös toimijoiden välisiä epävirallisia kontakteja, joista ei usein ole olemassa tietoa. Tämä antaa johtajille kiinnostavan mahdollisuuden peilata yhteistyön todellisuutta organisaation virallisiin hallinnollisiin linjauksiin ja toimintatapoihin. Yhteistyöverkostojen esittäminen helposti hahmotettavana verkostokuviona tarjoaa johtajille ja sote-alan kehittäjille kätevän visuaalisen työvälineen, jolla he voivat myös tarvittaessa itse luoda ja tarkastella organisaationsa henkilöstötietoja hyödyntämällä (kuvaamme verkostanalyysin ja kuvion tekemisen perusteita tämän raportin liitteessä x). Aiemmissa kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu, että verkostokuvion näkeminen on ollut organisaation johtajille silmiä avaava kokemus ja johtanut suosituksiin organisaation toiminnan kehittämistä (Cross ym., 2002).

Tässä tutkimuksessa havaittiin, että sekä rekisteri- että kyselyaineistoihin perustuva verkostanalyysi osoittautui toimivaksi menetelmäksi ja tuotti uudenlaista tietoa eri aineistojen tasoilla suomalaisessa kontekstissa. Vastavia havaintoja on tehty Suomessa kuntien eri tehtävien välisiä verkostoja tarkastelleessa tutkimuksessa (Nordin ym., 2021). Tämän tutkimuksen rekisteriaineiston avulla pystyttiin luomaan kokonaiskuva potilaanjakoverkostoista, joita ei olisi ollut mahdollista saada koostetuksi yksittäisiltä toimijoilta kysymällä tai käyttämällä jotain muuta analyysitapaa. Hoitoilmoitusrekisterin (Avohilmo) ammattitietojen kattavuuden ansiosta saimme myös laajennettua tutkimusnäkökulmaa aiempien tutkimusten lääkäriverkostokeskeisyydestä moniammatillisten kontaktiverkostojen tarkasteluun. Jatkossa olisi kiinnostavaa tutkia, miten potilaanjakoverkostot (mahdollisesti) muuttuvat ajan tai järjestelmään kohdistuvien kannusteiden myötä (DuGoff ym., 2018).

Sote-alalla tehdyissä verkostotutkimuksissa on havaittu sekä yhtäläisyyksiä että eroja verkstorakenteita kuvaavissa tuloksissa erilaisten sote-kontekstien välillä (esim. Bae ym., 2015). Toisinaan tulokset eri maista tai sote-ympäristöistä ovat olleet keskenään ristiriitaisia, mihin on voinut osaltaan vaikuttaa verkostoista laskettavien tunnuslukujen suuri määrä ja niiden vaihteleva hyödyntäminen. Optimaalista yhteistyörakennetta tai keinoja sellaisen saavuttamiseksi ei olekaan pystytty toistaiseksi osoittamaan. Toisaalta voidaan kysyä, onko konsensusta edes tarpeen saavuttaa, sillä erilaiset sote-organisaatiot ja kontekstit voivat toimiakseen edellyttää erityyppisiä painotuksia esimerkiksi yhteistyössä kulloinkin tarvittavien tahojen ja yhteistyön tiyvyyden osalta. Onkin esitetty, että sote-alan verkostotutkimuksessa olisi tarpeen tarkastella eri konteksteja ja yhteistyön toimivuutta suhteessa työtä ohjaaviin tavoitteisiin (esim. Lorant ym., 2017). Oman haasteensa tähän luo se, että keskenään ristiriitaisia tavoitteita voi olla useita ja toisaalta organisaation eri toimijoilla voi olla erilaiset näkemykset siitä, mitkä niistä ovat työn kannalta tärkeimpiä. Esimerkiksi organisaatioiden johtajat voivat toivoa, että työtavoissa huomioitaisiin kustannustehokkuus, kun taas asiakastyötä tekevät ammattilaiset voivat painottaa enemmän vaikkapa asiakkaan sujuvaa palvelujen saantia, kuten tämän tutkimuksen haastatteluaineistossa havaittiin.

Sosiaalisen verkostanalyysin hyödyntäminen sote-kontekstissa edellyttääkin huolellista tutkimusasetelmien rakentamista ja niihin liittyvien kysymysten pohdintaa (ks. esim. DuGoff ym., 2018). Mietittäviä asioita jatkotutkimuksessa ovat muun muassa verkoston toimijakokonaisuuden ja sen rajojen määrittely: onko mielekästä tarkastella organisaation sisäisiä kontakteja vai kenties kahden tai useamman eri organisaation

välisen toimijoiden keskinäisiä kontakteja? Ollaanko kiinnostuneita yhteistyötä kuvaavista kontakteista vai esimerkiksi innovaatioiden tai asenteiden levittämiseen liittyvistä kontakteista? Millaiset teoreettiset viitekehukset ohjaavat tutkimusta ja ketä tai mitä varten verkostotietoa selvitetään? Millaista aineistoa on tarjolla tutkittavan ilmiön tarkastelemiseksi verkostanalyttisesti ja miten analysointi kannattaa toteuttaa? Miten voidaan parantaa tutkimukseen osallistuvien osallistumisaktiivisuutta ja miten varmistetaan tutkimuseettisten periaatteiden toteutuminen?

Tässä tutkimushankkeessa on osaltaan vastattu yllä oleviin kysymyksiin ja esitelty yksi tapa toteuttaa verkostanalyysiä tietyssä sote-kontekstissa. On toivottavaa, että sosiaalisen verkostanalyysin hyödyntäminen suomalaisessa(kin) sote-alan tutkimuksessa jatkuu ja laajenee, sillä menetelmällä on paljon potentiaalia tuottaa vastauksia tai uusia näkökulmia kysymyksiin, joihin perinteisemmällä menetelmällä ei ole pystytty vastaamaan (Parnell & Robinson, 2018).

## Lähteet

- Agneessens, F., & Labianca, G.J. (2022) Collecting survey-based social network information in work organizations. *Social Networks*, 68, 31-47. <https://doi.org/10.1016/j.socnet.2021.04.003>
- Ahrens, P. (2018). Qualitative network analysis: A useful tool for investigating policy networks in transnational settings? *Methodological Innovations* 11(1). <https://doi.org/10.1177/2059799118769816>
- Auschra, C. (2018). Barriers to the Integration of Care in Inter-Organisational Settings: A Literature Review. *International Journal of Integrated Care*, 18(1), 5. <https://doi.org/10.5334/ijic.3068>
- Bae, S.-H., Nikolaev, A., Seo, J. Y., & Castner, J. (2015). Health care provider social network analysis: A systematic review. *Nursing Outlook*, 63(5), 566–584. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2015.05.006>
- Barnett M.L., Landon B.E., O'Malley A.J., Keating N.L. & Christakis N.A. 2011. Mapping Physician Networks with Self-Reported and Administrative Data. *Health Services Research* 2011 Oct 46(5), 1592-1609. doi: 10.1111/j.1475-6773.2011.01262.x
- Baxter, S., Johnson, M., Chambers, D., Sutton, A., Goyder, E., & Booth, A. (2018). The effects of integrated care: A systematic review of UK and international evidence. *BMC Health Services Research*, 18(1), 350. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3161-3>
- Berk, M., Köhler-Forsberg, O., Turner, M., Penninx, B. W. J. H., Wrobel, A., Firth, J., Loughman, A., Reavley, N. J., McGrath, J. J., Momen, N. C., Plana-Ripoll, O., O'Neil, A., Siskind, D., Williams, L. J., Carvalho, A. F., Schmaal, L., Walker, A. J., Dean, O., Walder, K., ... Marx, W. (2023). Comorbidity between major depressive disorder and physical diseases: A comprehensive review of epidemiology, mechanisms and management. *World Psychiatry*, 22(3), 366–387. <https://doi.org/10.1002/wps.21110>
- Bishop, S. & Waring, J. (2012). Discovering healthcare professional-practice networks: the added value of qualitative SNA. *Qualitative Research in Organizations and Management*, Vol. 7(3), pp. 308-322. <https://doi.org/10.1108/17465641211279770>
- Burns, L. R., Nembhard, I. M., & Shortell, S. M. (2022). Integrating network theory into the study of integrated healthcare. *Social Science & Medicine*, 296, 114664. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114664>
- Cameron, A., Lart, R., Bostock, L., & Coomber, C. (2014). Factors that promote and hinder joint and integrated working between health and social care services: A review of research literature. *Health & Social Care in the Community*, 22(3), 225–233. <https://doi.org/10.1111/hsc.12057>
- Charns, M.P. & Bolton, R.E. (2022). ). Commentary on Burns, Nembhard and Shortell, “Integrating network theory into the study of integrated healthcare”: Revisiting and extending research on structural and processual factors affecting coordination. *Social Science & Medicine*, 305 <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115037>
- Cho, H., Sagherian, K., Scott, L. D., & Steege, L. M. (2022). Occupational fatigue, workload and nursing teamwork in hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 78(8), 2313–2326. <https://doi.org/10.1111/jan.15246>
- Colquitt, J. A. (2001). On the dimensionality of organizational justice: A construct validation of a measure. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 386–400. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.386>
- Creswick, N., & Westbrook, J. I. (2010). Social network analysis of medication advice-seeking interactions among staff in an Australian hospital. *International Journal of Medical Informatics*, 79(6), e116–e125. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2008.08.005>
- Cross, R., Borgatti, S. P., & Parker, A. (2002). Making Invisible Work Visible: Using Social Network Analysis to Support Strategic Collaboration. *California Management Review*, 44(2), 25–46. <https://doi.org/10.2307/41166121>
- Cunningham, F. C., Ranmuthugala, G., Plumb, J., Georgiou, A., Westbrook, J. I., & Braithwaite, J. (2012). Health professional networks as a vector for improving healthcare quality and safety: A systematic review. *BMJ Quality & Safety*, 21(3), 239–249. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000187>
- DuGoff, E. H., Fernandes-Taylor, S., Weissman, G. E., Huntley, J. H., & Pollack, C. E. (2018). A scoping review of patient-sharing network studies using administrative data. *Translational Behavioral Medicine*, 8(4), 598–625. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibx015>
- Elo, A.-L., Leppänen, A., & Jahkola, A. (2003). Validity of a single-item measure of stress symptoms. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 29(6), 444–451. <https://doi.org/10.5271/sjweh.752>
- Elovainio, M., Heponiemi, T., Kuusio, H., Sinervo, T., Hintsala, T., & Aalto, A.-M. (2010). Developing a Short Measure of Organizational Justice: A Multisample Health Professionals Study. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 52(11), 1068–1074. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e3181f8447c>
- Eskola, P., Tuompo, W., Riekkari, M., Timonen, M., & Auvinen, J. (2022). *Hoidon jatkuvuusmalli: Omalääkäri 2.0 -selvityksen loppuraportti* (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportteja ja muistioita No. 17). <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9884-1>
- Firth, J., Siddiqi, N., Koyanagi, A., Siskind, D., Rosenbaum, S., Galletly, C., Allan, S., Canejo, C., Carney, R., Carvalho, A. F., Chatterton, M. L., Correll, C. U., Curtis, J., Gaughran, F., Heald, A., Hoare, E., Jackson, S. E., Kisely, S., Lovell, K., ... Stubbs, B. (2019). The Lancet Psychiatry Commission: A blueprint for protecting physical health in people with mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 6(8), 675–712. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30132-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30132-4)
- Garrett, D. K., & McDaniel, A. M. (2001). A New Look at Nurse Burnout: The Effects of Environmental Uncertainty and Social Climate. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 31(2), 91–96. <https://doi.org/10.1097/00005110-200102000-00009>

- Gittel, J. H., & Ali, H. N. (2022). Strengthening networks for healthcare integration: A commentary. *Social Science & Medicine*, 305, 115036. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115036>
- Hackman, J., & Oldham, G. (1975). Development of the Job Diagnostic Survey. *Journal of Applied Psychology*, 60, 159–170.
- Hall, T., Kakuma, R., Palmer, L., Minas, H., Martins, J., & Armstrong, G. (2019). Intersectoral collaboration for people-centred mental health care in Timor-Leste: A mixed-methods study using qualitative and social network analysis. *International Journal of Mental Health Systems*, 13(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0328-1>
- Harjunheimo, F., & Peteri, V. (2023). Säättöä ja sähläämistä—Terveysaseman tilamuutos ja työntekijöiden eletty tila. *Yhteiskuntapolitiikka*, 88(5–6), 465–475.
- Harris, P. E. (1989). The nurse stress index. *Work & Stress*, 3(4), 335–346. <https://doi.org/10.1080/02678378908256952>
- Holtrop, J. S., Ruland, S., Diaz, S., Morrato, E. H., & Jones, E. (2018). Using Social Network Analysis to Examine the Effect of Care Management Structure on Chronic Disease Management Communication Within Primary Care. *Journal of General Internal Medicine*, 33(5), 612–620. <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4247-z>
- Hu, H., Yang, Y., Zhang, C., Huang, C., Guan, X., & Shi, L. (2021). Review of social networks of professionals in healthcare settings—Where are we and what else is needed? *Globalization and Health*, 17(1), 139. <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00772-7>
- Huhtakangas, M., Sinervo, T., Michelutti, P., Vitello, F., Kovacs, E., Chevillard, G., & Brinzac, M.-G. (2023). *D5.3 Report of the state of art of desertification in Europe and ways to mitigate desertification* (Ref. Ares (2023) 5382178 - 03/08/2023). <https://oasesproject.eu/wp-content/uploads/2023/08/D5.3.-Report-of-the-state-of-art-of-desertification-in-Europe-and-ways-to-mitigate-desertification.pdf>
- Häusser, J. A., Mojzisch, A., Niesel, M., & Schulz-Hardt, S. (2010). Ten years on: A review of recent research on the Job Demand–Control (-Support) model and psychological well-being. *Work & Stress*, 24(1), 1–35. <https://doi.org/10.1080/02678371003683747>
- Jenkins, C. D., Stanton, B.-A., Niemcryk, S. J., & Rose, R. M. (1988). A scale for the estimation of sleep problems in clinical research. *Journal of Clinical Epidemiology*, 41(4), 313–321. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(88\)90138-2](https://doi.org/10.1016/0895-4356(88)90138-2)
- Jetten, J., Haslam, C., & Haslam, S. A. (2012). *The social cure: Identity, health and well-being*. (ss. xvii, 390). Psychology Press.
- Jolanki, O., Tynkkynen, L.-K., & Sinervo, T. (2017). Professionals' views on integrated care. *Journal of Integrated Care*, 25(4), 247–255. <https://doi.org/10.1108/JICA-06-2017-0018>
- Karasek, R. (1985). Job Content Questionnaire and User's Guide. *Los Angeles: Department of Industrial and Systems Engineering, University of Southern California*.
- Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., & Amick, B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(4), 322–355. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.3.4.322>
- Kerrissey, M. (2022). Commentary on “Integrating network theory into the study of integrated healthcare”. *Social Science & Medicine*, 305. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115035>
- Keskimäki, I., Sinervo, T., Koivisto, J., Organization, W. H., & others. (2018). Integrating health and social services in Finland: Regional and local initiatives to coordinate care. *Public health panorama*, 4(04), 679–687.
- Kivimäki, M., & Elovainio, M. (1999). A short version of the Team Climate Inventory: Development and psychometric properties. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72(2), 241–246. <https://doi.org/10.1348/096317999166644>
- Kivimäki, M., & Lindström, K. (1992). Työstressi ja hyvinvointi hoitoalalla: Kyselylomakkeen kehittäminen. *Hoitotiede*, 4, 115–124.
- Kodner, D. (2009). All Together Now: A Conceptual Exploration of Integrated Care. *Healthcare Quarterly*, 13(sp), 6–15. <https://doi.org/10.12927/hcq.2009.21091>
- Koivisto, J., & Tiirinki, H. (2020). *Monialaisen palvelutarpeen tunnistaminen sosiaali-, terveys- ja työvoimajärjestelmissä* (Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja No. 38). <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-908-0>
- Leibson, C. L. (2001). Use and Costs of Medical Care for Children and Adolescents With and Without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *JAMA*, 285(1), 60. <https://doi.org/10.1001/jama.285.1.60>
- Linnaranta, O., Strand, T., Suvisaari, J., Partonen, T., & Solin, P. (2022). Mielenterveysstrategia 2020-2030: Toimeenpanon ensimmäiset vuodet ja yhteisen tekemisen tahto [Mental Health Strategy 2020-2023: The first years of implementation and the will to work together]. *THL Työpaperi*, 55. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-990-0>
- Liu, M., Wang, J., Lou, J., Zhao, R., Deng, J., & Liu, Z. (2023). What is the impact of integrated care on the job satisfaction of primary healthcare providers: A systematic review. *Human Resources for Health*, 21(1), 86. <https://doi.org/10.1186/s12960-023-00874-w>
- Lorant, V., Nazroo, J., Nicaise, P., & The Title107 Study Group. (2017). Optimal Network for Patients with Severe Mental Illness: A Social Network Analysis. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(6), 877–887. <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0800-7>
- Mackie, S., & Darvill, A. (2016). Factors enabling implementation of integrated health and social care: A systematic review. *British Journal of Community Nursing*, 21(2), 82–87. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2016.21.2.82>
- MacPhee, M., & Scott, J. (2002). The Role of Social Support Networks for Rural Hospital Nurses: Supporting and Sustaining the Rural Nursing Work Force. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 32(5), 264–272. <https://doi.org/10.1097/00005110-200205000-00006>
- Mael, F., & Ashforth, B. E. (1992). Alumni and their alma mater: A partial test of the reformulated model of



- organizational identification. *Journal of Organizational Behavior*, 13(2), 103–123.  
<https://doi.org/10.1002/job.4030130202>
- Maier, C. B., & Aiken, L. H. (2016). Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: A cross-country comparative study. *The European Journal of Public Health*, 26(6), 927–934.  
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw098>
- Mascia, D., Angeli, F., & Di Vincenzo, F. (2015). Effect of hospital referral networks on patient readmissions. *Social Science & Medicine*, 132, 113–121.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.03.029>
- McHorney, C.A. & Ware, J.E.JR. 1995. Construction and Validation of an Alternate Form General Mental Health Scale for the Medical Outcomes Study Short-Form 36-Item Health Survey. *Medical Care* 33(1, January 1995).
- McPherson, M., Smith-Lovin, L., & Cook, J.M. (2001). BIRDS OF A FEATHER: Homophily in Social Networks. *Annual Review of Sociology*, 27:415–44.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.415>
- Mojzisch, A., Frisch, J. U., Doehne, M., Reder, M., & Häusser, J. A. (2021). Interactive effects of social network centrality and social identification on stress. *British Journal of Psychology*, 112(1), 144–162.  
<https://doi.org/10.1111/bjop.12447>
- Momen, N. C., Plana-Ripoll, O., Agerbo, E., Benros, M. E., Børghlum, A. D., Christensen, M. K., Dalsgaard, S., Degenhardt, L., De Jonge, P., Debost, J.-C. P. G., Fenger-Grøn, M., Gunn, J. M., Iburg, K. M., Kessing, L. V., Kessler, R. C., Laursen, T. M., Lim, C. C. W., Mors, O., Mortensen, P. B., ... McGrath, J. J. (2020). Association between Mental Disorders and Subsequent Medical Conditions. *New England Journal of Medicine*, 382(18), 1721–1731.  
<https://doi.org/10.1056/NEJMoa1915784>
- Mossholder, K. W., Settoon, R. P., & Henagan, S. C. (2005). A Relational Perspective on Turnover: Examining Structural, Attitudinal, and Behavioral Predictors. *Academy of Management Journal*, 48(4), 607–618.  
<https://doi.org/10.5465/amj.2005.17843941>
- Nordin, P., Aronen, K., & Jan-Erik Johanson. (2021). TEHTÄVÄKOHTAINEN YHTEISTYÖ KUNNISSA.  
<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.21663.89768>
- Palmu, R., & Partonen, T. (2023). Severe or chronic disease in childhood predicts suicidality and links to anxiety in young adulthood. *Nordic Journal of Psychiatry*, 77(8), 754–759.  
<https://doi.org/10.1080/08039488.2023.2238677>
- Parnell, J. M., & Robinson, J. C. (2018). Social network analysis: Presenting an underused method for nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 74(6), 1310–1318.  
<https://doi.org/10.1111/jan.13541>
- Paul, S., Keating, N. L., Landon, B. E., & O'Malley, A. J. (2014). Results from using a new dyadic-dependence model to analyze sociocentric physician networks. *Social Science & Medicine*, 117, 67–75.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.07.014>
- Peiponen, J., Tiilikainen, E., & Kinni, R.-L. (2023). Pyörivää kehää ja pallottelua: Tuen tarpeisiin vastaamisen haasteet ikääntyneiden asiakas- ja palveluohjauksessa. *Focus Localis*, 51(2). <https://journal.fi/focuslocalis/article/view/122968>
- Plana-Ripoll, O., Pedersen, C. B., Holtz, Y., Benros, M. E., Dalsgaard, S., De Jonge, P., Fan, C. C., Degenhardt, L., Ganna, A., Greve, A. N., Gunn, J., Iburg, K. M., Kessing, L. V., Lee, B. K., Lim, C. C. W., Mors, O., Nordentoft, M., Prior, A., Roest, A. M., ... McGrath, J. J. (2019). Exploring Comorbidity Within Mental Disorders Among a Danish National Population. *JAMA Psychiatry*, 76(3), 259.  
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3658>
- Prell, C. (2012). Social network analysis. History, theory & methodology. Sage Publications Ltd. Great Britain.
- Poghosyan, L., Lucero, R. J., Knutson, A. R., W. Friedberg, M., & Poghosyan, H. (2016). Social networks in health care teams: Evidence from the United States. *Journal of Health Organization and Management*, 30(7), 1119–1139.  
<https://doi.org/10.1108/JHOM-12-2015-0201>
- Pomare, C., Churruca, K., Ellis, L. A., Long, J. C., & Braithwaite, J. (2019). A revised model of uncertainty in complex healthcare settings: A scoping review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 25(2), 176–182.  
<https://doi.org/10.1111/jep.13079>
- Purdy, N., Spence Laschinger, H. K., Finegan, J., Kerr, M., & Olivera, F. (2010). Effects of work environments on nurse and patient outcomes: Effects of work environments on nurse and patient outcomes. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 901–913. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01172.x>
- Rijken, M., Struckmann, V., Dyakova, M., Melchiorre, M. G., Rissanen, S., & van Ginneken, E. (2013). ICARE4EU: improving care for people with multiple chronic conditions in Europe. *Eurohealth*, 19(3), 29–31. WHO IRIS.
- Rizzo, J. R., House, R. J., & Lirtzman, S. I. (1970). Role Conflict and Ambiguity in Complex Organizations. *Administrative Science Quarterly*, 15(2), 150.  
<https://doi.org/10.2307/2391486>
- Saint-Pierre, C., Prieto, F., Herskovic, V., & Sepulveda, M. (2020). Team Collaboration Networks and Multidisciplinarity in Diabetes Care: Implications for Patient Outcomes. *IEEE Journal of Biomedical and Health Informatics*, 24(1), 319–329. <https://doi.org/10.1109/JBHI.2019.2901427>
- Saltman, R. B., & Teperi, J. (2016). Health reform in Finland: Current proposals and unresolved challenges. *Health Economics, Policy and Law*, 11(3), 303–319.  
<https://doi.org/10.1017/S1744133116000013>
- Sinervo, T., & Keskimäki, I. (2019). Palveluintegraatiota käytännössä: Mikä edistää ja mikä estää integraatiota? *Yhteiskuntapolitiikka*, 84(4), 425–433.
- Tandan, M., Dunlea, S., Cullen, W., & Bury, G. (2024). Teamwork and its impact on chronic disease clinical outcomes in primary care: A systematic review and meta-analysis. *Public Health*, 229, 88–115.  
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2024.01.019>
- Tasselli, S. (2014). Social Networks of Professionals in Health Care Organizations: A Review. *Medical Care Research and Review*, 71(6), 619–660.  
<https://doi.org/10.1177/1077558714557079>

- Tasselli, S. (2015). Social Networks and Inter-professional Knowledge Transfer: The Case of Healthcare Professionals. *Organization Studies*, 36(7), 841–872. <https://doi.org/10.1177/0170840614556917>
- Tynkkynen, L.-K., Keskimäki, I., Karanikolos, M., & Litvinova, Y. (2023). *Finland: Health system summary*. World Health Organization. Regional Office for Europe; WHO IRIS. <https://iris.who.int/handle/10665/366710>
- Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: A comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13(1). <https://doi.org/10.5334/ijic.886>
- Van Beek, A. P. A., Wagner, C., Frijters, D. H. M., Ribbe, M. W., & Groenewegen, P. P. (2013). The ties that bind? Social networks of nursing staff and staff's behaviour towards residents with dementia. *Social Networks*, 35(3), 347–356. <https://doi.org/10.1016/j.socnet.2013.03.006>
- Wahlbeck, K., Hietala, O., Kuosmanen, L., McDaid, D., Mikkonen, J., Parkkonen, J., Reini, K., Salovuori, S., & Tourunen, J. (2018). Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut [Functioning mental health and substance use services]. *Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja*, 89. <https://www.julkari.fi/handle/10024/136063>
- Wei, H., Horns, P., Sears, S. F., Huang, K., Smith, C. M., & Wei, T. L. (2022). A systematic meta-review of systematic reviews about interprofessional collaboration: Facilitators, barriers, and outcomes. *Journal of Interprofessional Care*, 36(5), 735–749. <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1973975>
- Yanchus, N. J., Ohler, L., Crowe, E., Teclaw, R., & Osatuke, K. (2017). ‘You just can’t do it all’: A secondary analysis of nurses’ perceptions of teamwork, staffing and workload. *Journal of Research in Nursing*, 22(4), 313–325. <https://doi.org/10.1177/1744987117710305>

## Liitteet

### Liite 1. Hankkeen julkaisut

#### Julkaisut kansainvälisissä tieteellisissä julkaisuissa

- Elovainio, M., Hietapakka, L., Gutvilig, M., Niemi, R., Komulainen, K., Pulkki-Råback, L., Väisänen, V., Sinervo, T. & Hakulinen C. (2024). Variation in patient-sharing network characteristics of health care professionals treating different mental and substance use disorder patient sub-groups in primary care. *International Journal of Social Psychiatry*, August 30.  
<https://doi.org/10.1177/00207640241270827>
- Väisänen, V., Linnaranta, O., Sinervo, T., Hietapakka, L. & Elovainio, M. Healthcare use of young Finnish adults with mental disorders – profiles and profile membership determinants. (2024). *BMC Primary Care* volume 25, Article number: 238 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02497-z>
- Väisänen, V., Luke-Currier, A., Hietapakka, L., Elovainio, M. & Sinervo, T. (2024). Collaboration and perceived job demands, job control and social support in primary care; social network approach. *Journal of Integrated Care* (hyväksytty julkaistavaksi).
- Hietapakka, L., Sinervo, T., Väisänen, V., Niemi, R., Gutvilig, M., Linnaranta, O., Suvisaari, J., Hakulinen, C., Elovainio, M. (2024). Patient-sharing networks among primary health care professionals taking care of patients with mental health problems or substance abuse. *BMJ Open* (arvioitavana).

#### Pro gradu-työt

- Luke-Currier, A. (2023). Social network analysis of health and social service centres in Finland, focusing on integrated care from the network and individual perspectives. Thesis for Master of Governance and Leadership in European Public Health. Maastricht University.

#### Kongressiesitykset

- Hietapakka, L., 2023. Patient-sharing relationships among primary healthcare professionals taking care of patients with mental health problems or substance abuse. Poster. ICIC-conference, Antwerpen 22-24.5.2023.
- Ruotsalainen, S., Implementing new teamwork models in primary care – perceptions of professionals. Suullinen esitys. ICIC-conference, Antwerpen 22-24.5.2023.
- Sinervo, T., Development of multiprofessional teamwork in Finnish health and social service centers, achievements and challenges. Poster. ICIC-conference, Antwerpen 22-24.5.2023.
- Luke-Currier, A., 2023. Social network analysis of health and social service centers (HSSCs) in Finland, focus on integrated care. Suullinen esitys. Europub-health conference, kesäkuu 2023.
- Sinervo, T. & Hietapakka, L. 2022. Multiprofessional teamwork in Finnish health and social service centers, experiences of managers. October 2022. *The European Journal of Public Health* 32(Supplement\_3). DOI: 10.1093/eurpub/ckac131.376
- Sinervo, T. & Hietapakka, L. 2022. Moniammatillinen tiimityö sote-keskuksissa, esihenkilöiden ja työntekijöiden kokemuksia. Työelämän tutkimuspäivät. Suullinen esitys. 14.9.2022. Tampere.
- Hietapakka, L. 2022. Sote-ammattilaisten väliset yhteydet rekisterien valossa. Esimerkkinä mielen-terveys- ja päihdepalveluja käyttävät asiakkaat. Perustason sote-palveluiden tutkimusverkosto. Suullinen esitys. 17.5.2022. Virtuaalinen tilaisuus.

## Liite 2. Esimerkki verkoston luomisesta ja verkostanalyysistä R-ohjelmalla

Tässä liitteessä luodaan kuvitteellinen yhteistyöverkosto hyödyntäen R-ohjelmaa ja siellä sosiaalista verkostanalyysiä varten luotuja niin sanottuja paketteja (packages), joiden avulla verkosto on mahdollista luoda, visualisoida ja laskea siihen liittyviä tunnuslukuja.

Esimerkin verkosto on mahdollista luoda seuraamalla ohjeita ja ajamalla esitetyt koodit R-studiossa. Kopioi sitä varten tämän liitteen alla olevat koodit R-studioon ja aja ne siellä. Voit myös hyödyntää koodeja oman todellisen yhteistyöverkoston (tai minkä tahansa kontaktiverkoston) luomisessa, jos aineistosi on samassa muodossa, kuin tässä esitetty esimerkkiaineisto. Huomaa kuitenkin, että tässä esitettyjen koodeihin sisältyvien funktioiden toimiminen saattaa riippua käytössä olevasta R-versiosta sekä käytettyjen pakettien versioista. Tämän esimerkin koodit toimivat testatusti ainakin R-versiolla 4.4.1 (2024-06-14), statnet-paketin versiolla 2019.6 ja igraph-paketin versiolla 2.0.3.

Esimerkissä kuvataan pitkän matkaa, mitä kussakin koodivaiheessa tehdään. Kuvaukset tai lisätiedot on merkitty **# -merkillä ja oranssilla värillä**. Tämän merkin kohdalla olevat tiedot eivät siis ole osa koodia mutta niitä ei tarvitse poistaa koodeja ajettaessa (ohjelma tunnistaa # -merkin eikä yhdistä sitä koodiin kuuluvaan sisältöön).

Aloita tästä:

**#Ensimmäisenä ladataan tarvittavat R-paketit (xlsx, igraph ja statnet) R-Studioon ja otetaan ne käyttöön library-komennolla. (Jos kyseiset paketit löytyvät sinulta jo valmiiksi asennettuina, aja ainoastaan library-alkuiset komennot.)**

```
install.packages("xlsx")
install.packages("igraph")
install.packages("statnet")
library(igraph)
library(statnet)
library(xlsx)
```

**#Seuraavaksi simuloidaan verkosto, esimerkkinä luodaan kuvitteellinen 10 hengen verkosto:**

```
num_nodes <- 10
```

**#Matriisin voi tehdä base R:n funktiolla:**

```
my_sociomatrix <- matrix(round(runif(num_nodes*num_nodes)), # edge values
                          nrow = num_nodes, #nrow oltava sama kuin ncol
                          ncol = num_nodes)
```

**#Jos sinulla on oma aineisto, voit hakea olemassa olevan datan Excelistä omaa tiedostopolkuasi hyödyntämällä (poista siinä tapauksessa # -merkki alla olevien koodien edestä ja lisää oman tiedostopolkusi tiedot koodiin ennen koodien ajamista):**

```
# my_sociomatrix <- read.xlsx("POLKU/my_sociomatrix.xlsx", 1)
# my_sociomatrix <- as.matrix(my_sociomatrix)
```

**# Seuraavaksi poistetaan henkilöiden yhteydet itseensä:**

```
diag(my_sociomatrix) <- 0
```

**# Muodostetaan seuraavaksi verkosto-objekti:**

```
net <- as.network(x = my_sociomatrix, # tehdään verkosto
                 directed = TRUE, # määritellään, että yhteyksillä on suunta
                 loops = FALSE, # kielletään yhteydet itseen
                 matrix.type = "adjacency" # käytetään matriisia
                 )
```

# Voimme antaa solmujen nimiksi vaikka kirjaimet:

```
network.vertex.names(net) <- LETTERS[1:10]
```

# Voidaan tulostaa verkosto

```
plot(net,displaylabels = T) # Näyttää myös nimet (kirjaimet)
```

# Nämä voidaan pienessä verkostossa syöttää myös käsin vaikka nimiksi:

```
network.vertex.names(net) <- c("Su-
sanna", "Riikka", "Anna", "Kari", "Simo", "Tom", "Mika", "Toni", "Matti", "Seppo")
```

# Muuttujan luonti, tässä esimerkkinä:

```
occup <- c(rep("Lääkäri",num_nodes/2),rep("Hoitaja",num_nodes/2))
```

# Katsotaan onnistuiko

```
print(occup)
```

# Lisätään verkosto objektiin

```
set.vertex.attribute(net, # verkoston nimi
```

```
    "Ammatti", # verkostomuuttujan nimi
```

```
    occup # muuttujan arvo
```

```
)
```

# Voidaan lisätä myös esimerkiksi ikä-muuttuja:

```
age <- round(rnorm(num_nodes,20,3))
```

```
set.vertex.attribute(net,"Ikä",age)
```

```
summary.network(net, # verkosto
```

```
    print.adj = FALSE)
```

# Verkoston visualisointiesimerkki, tässä annetaan oma väri kullekin ammatille:

```
node_colors <- rep("",num_nodes)
```

```
for(i in 1:num_nodes){
```

```
  if(get.node.attr(net,"Ammatti")[i] == "Lääkäri"){
```

```
    node_colors[i] <- "lightblue"
```

```
  }else{
```

```
    node_colors[i] <- "maroon"
```

```
  }
```

```
}
```

```
print(node_colors)
```

```
plot.network(net, #
```

```
    vertex.col = node_colors, # värit
```

```
    vertex.cex = (age)/2, # solmun koko iän mukaan
```

```
    displaylabels = T, # näyttää myös nimet
```

```
    label.pos = 5 # nimien paikka määrittäminen
```

```
)
```

#Keskeisyys-indikaattoreiden laskeminen

```
Degree <- degree(net)
```

```

Indegree.Undirected <- degree(net, cmode="indegree")
Outdegree.Undirected <- degree(net, cmode="outdegree")
Closeness <- closeness(net)
Betweenness <- betweenness(net)

x.names <- c("P1","P2","P3","P4","P5","P6","P7","P8","P9","P10")
ee<- as.data.frame(rbind(x.names,Degree, Indegree.Undirected, Outdegree.Undirected))
names(ee) <- ee %>% slice(1) %>% unlist()
ee<- ee%>% slice(-1)
ee

network.vertex.names(net) <- c("P1","P2","P3","P4","P5","P6","P7","P8","P9","P10")

lay <- gplot(net, mode="fruchtermanreingold") #määritellään layout
gplot(net, coord=lay,
  usearrows=TRUE,
  vertex.col = node_colors, # väri ammatin mukaan
  vertex.cex=degree(net)/3, #solmun koko keskeisyyden mukaan
  displaylabels = T,label.pos = 5,
  main="Lääkärien (sininen) ja hoitajien (punainen) yhteistyöverkosto", sub="Solmun koko kuvaa kes-
keisyyttä", cex.sub=1.2)

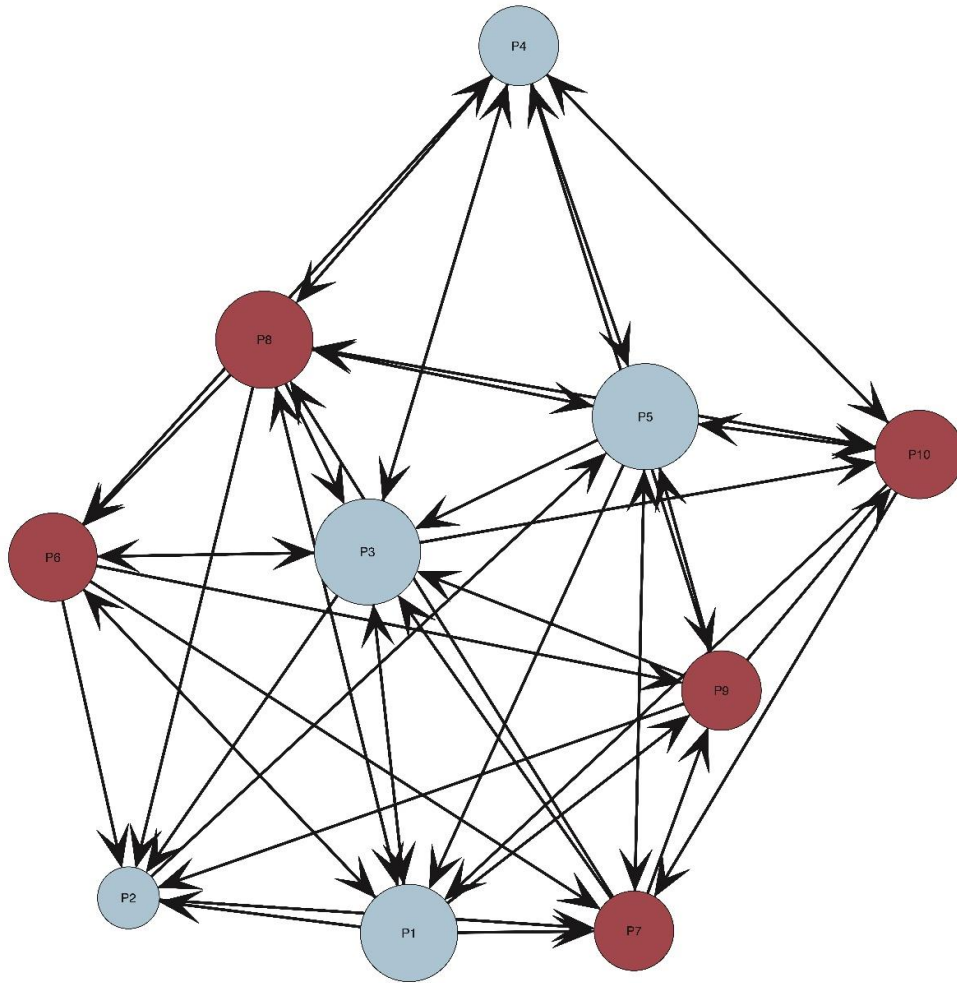
# Jos haluat verkostosta kuvan pdf-muodossa

pdf("fig1_esimerkki.pdf",
  width = 16, height = 16,
  bg = "white",
  colormodel = "cmyk")
gplot(net, coord=lay,
  usearrows=TRUE,
  vertex.col = node_colors, # väri ammatin mukaan
  vertex.cex=degree(net)/5, #solmun koko keskeisyyden mukaan
  displaylabels = T,label.pos = 5,
  main="Lääkärien (sininen) ja hoitajien (punainen) yhteistyöverkosto", sub="Solmun koko kuvaa kes-
keisyyttä", cex.sub=1.2)
dev.off()

# Lopputuloksena kuva näyttää tältä (seuraavalla sivulla):

```

Lääkärien (sininen) ja hoitajien (punainen) yhteistyöverkosto



Solmun koko kuvaa keskeisyyttä

## Liite 3. Tutkimuksessa käytetty mittaristo

Sisältö	Asteikko	Alkuperäinen mittari ja lähde	Cronbach alpha
<b>TIIMITYÖ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pidämme toisemme ajan tasalla työasioissa</li> <li>- Tietoa todella pyritään jakamaan työyksikön sisällä</li> <li>- Asenteemme on ”toimimme yhdessä”</li> <li>- Jokainen tuntee tulevansa ymmärretyksi ja olevansa hyväksytty</li> </ul>	1=täysin eri mieltä 5=täysin samaa mieltä	Team climate inventory (TCI) (Kivimäki & Elovainio, 1999)	$\alpha = 0.910$
<b>ORGANISAATIOON SAMAISTUMINEN</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kun joku arvostelee sote-keskustamme / terveyskeskustamme, se tuntuu ikään kuin henkilökohtaiselta loukkaukselta</li> <li>- Olen hyvin kiinnostunut siitä, mitä muut ihmiset ajattelevat sote-keskuksestamme / terveyskeskuksestamme</li> <li>- Kun puhun sote-keskuksestamme / terveyskeskuksestamme, puhun useammin "meistä" kuin "heistä"</li> <li>- Sote-keskuksemme / terveyskeskuksemme menestyminen on myös minun menestymistäni</li> <li>- Kun joku kehuu sote-keskustamme / terveyskeskustamme, se tuntuu minusta ikään kuin henkilökohtaiselta kohteliaisuudelta</li> <li>- Jos tiedotusvälineissä kritisoitaisiin sote-keskustamme / terveyskeskustamme, tuntisin itseni kiusaantuneeksi</li> </ul>	1=täysin eri mieltä 5=täysin samaa mieltä	Organizational identification (Mael & Ashforth, 1992)	$\alpha = 0.840$
<b>JOHTAMISEN OIKEUDENMUKAISUUS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaikilla on oikeus sanoa mielipiteensä ja kokemuksensa itseään koskevissa asioissa</li> <li>- Tehdyt päätökset ovat työpaikallamme olleet johdonmukaisia</li> <li>- Työpaikallamme päätöksen eivät ole puolueellisia</li> <li>- Esihenkilöni kohtelee alaisiaan ystävällisesti ja huomaavaisesti</li> <li>- Esihenkilöni kohtelee alaisiaan kunnioittavasti</li> <li>- Esihenkilöni osaa ottaa huomioon alaisensa tarpeet ja osaa kuunnella alaisiaan</li> <li>- Saamani palkka ja arvostus vastaavat työhöni antamaani panostusta</li> <li>- Saamani palkka ja arvostus ovat sopivia siihen nähden mitä olen työssäni saanut aikaan</li> </ul>	1=täysin eri mieltä 5=täysin samaa mieltä	Organizational justice (Colquitt, 2001)	$\alpha = 0.880$



<b>TYÖTYTYTYVÄISYYS</b> - Yleisesti ottaen olen hyvin tyytyväinen työhöni	1=täysin eri mieltä 5=täysin samaa mieltä	Job satisfaction (Hackman & Oldham, 1975)	
<b>TYÖN HALLINTAMAHDOLLISUUDET</b> - Voin tehdä paljon itsenäisiä päätöksiä työssäni - Minulla on sananvaltaa omiin töihini - Minulla on hyvin vähän vapautta päättää miten teen työni	1=täysin eri mieltä 5=täysin samaa mieltä	Job control (Karasek, 1979)	$\alpha = 0.799$
<b>TYÖPAIKAN VAIHTOAIKEET</b> - Olen suunnitellut vaihtavani työpaikkaa / työnantajaa	1=täysin eri mieltä 5=täysin samaa mieltä	Turnover	
<b>ROOLIKONFLIKTI</b> - Minun on joissakin tilanteissa toimittava vastoin sääntöjä tai toimintaperiaatteita saadakseni tehtäväni suoritettua - Saan yhteensovittamattomia pyyntöjä kahdelta tai useammalta ihmiseltä - Saan tehtäviä ilman, että niiden toteuttamiseen olisi riittävästi resursseja tai työvälineitä	1=täysin eri mieltä 5=täysin samaa mieltä	Role conflict (Rizzo ym., 1970)	$\alpha = 0.787$
<b>TYÖN VAATIMUKSET</b> - Työni vaatii erittäin kovaa työntekoa - Minulta edellytetään kohtuutonta työmäärää - Minulla ei ole tarpeeksi aikaa saada töitäni tehdyksi - Konsultointimahdollisuuksien puute - Jatkuvat keskeytykset, työtehtäviä ei voi tehdä yhtäjaksoisesti alusta loppuun	1=erittäin harvoin tai ei koskaan 5=erittäin usein tai jatkuvasti	Job demands (Karasek, 1979)	$\alpha = 0.767$
<b>SOSIAALINEN TUKI</b> - Saan henkistä tukea työtovereiltani - Saan tarvitsemaani apua työtovereiltani - Saan tarvitsemiani resursseja - Saan tarvitsemiani neuvoja työtovereiltani	1=en lainkaan 7=erittäin paljon	Social support (Jetten ym., 2012)	$\alpha = 0.869$
<b>PSYKKINEN HYVINVOINTI</b> - Ollut hyvin hermostunut - Tuntenut mielialan niin matalaksi, ettei mikään ole voinut piristää teitä - Tuntenut itsenne tyyneksi ja rauhalliseksi - Tuntenut itsenne alakuloiseksi ja apeaksi - Ollut onnellinen	1=koko ajan 6=en lainkaan	Mental health inventory (MHI-5) (McHorney, C.A. & Ware, J.E. Jr., 1995)	$\alpha = 0.867$
<b>UNIONGELMAT</b> - Nukahtamisvaikeuksia - Heräilyä useita kertoja yön aikana - Vaikeuksia pysyä unessa (mukaan lukien liian aikaisin heräämisen)	1=ei lainkaan 6=joka yö	Sleeping problems (Jenkins ym., 1988)	$\alpha = 0.874$

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Olet tuntenut itsesi väsyneeksi ja uupuneeksi herättyäsi tavallisen yön jälkeen</li> </ul>			
<p><b>STRESSI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tunnetko sinä nykyisin stressiä (stressillä tarkoitetaan tilannetta, jossa ihminen tuntee itsensä jännittyneeksi, levottomaksi, hermostuneeksi tai ahdistuneeksi tai hänen on vaikea nukkua asioiden vaivatessa jatkuvasti mieltä)?</li> </ul>	<p>1=en lainkaan 5=erittäin paljon</p>	<p>Stress (Elo ym., 2003)</p>	