



KUULONYHDYSHENKILÖPALVELUT ETELÄ-POHJANMAAN SAIRAAHOITOPIIRISSÄ

Kohti suunnitelmallista hoitoketjua

Minna Pajala

Opinnäytetyö
Marraskuu 2014
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen
ja johtamisen koulutusohjelma

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtamisen koulutusohjelma

PAJALA MINNA:

Kuulonyhdysheikkilöpalvelut Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä: Kohti suunnitelmallista hoitoketjua

Opinnäytetyö 89 sivua, joista liitteitä 18 sivua
Marraskuu 2014

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä kuulonyhdysheikkilöpalvelut terveystieteiden lähipalveluina ovat tärkeitä asiakaslähtöisyyden toteutumiseksi. Erikoissairanhoidossa tehdään edelleen työtehtäviä, jotka on mahdollista tehdä perusterveydenhuollossa. Kuulonyhdysheikkilöpalveluiden kehittämisellä voidaan säästää erikoissairanhoidon kustannuksissa ja vaikuttaa kuulonkuntoutuksen pitkiin jonoihin.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata terveystieteiden kuulonyhdysheikkilöiden työnkuvan toteutumista ja kehittämistarpeita sekä kartoittaa kuulonyhdysheikkilöiden näkökulmasta edellytyksiä kuulonkuntoutuksen hoitoketjun suunnitelmalliselle käyttöönnotolle Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa. Tutkimuskysymyksinä olivat: Millaisena terveystieteiden kuulonyhdysheikkilöiden työnkuva toteutuu? Mitkä ovat kehittämistarpeet kuulonyhdysheikkilöiden työnkuvassa? Millaiset ovat kriittiset menestystekijät kuulonkuntoutuksen hoitoketjun käyttöönnotolle henkilöstönäkökulmasta? Opinnäytetyön tavoitteena oli saada terveystieteiden kuulonyhdysheikkilön työnkuva näkyväksi ja huomioiduksi tulevissa järjestämissuunnitelmissa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää alueellista kuulonapuvälineiden palvelusuunnitelmaa mietittäessä, prosessien kuvauksessa ja hoitoketjun kehittämisessä. Opinnäytetyö toteutettiin Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä 27 terveystieteiden kuulonyhdysheikkilölle. Tutkimusmenetelmänä oli kvantitatiivinen ja aineisto kerättiin postikyselyinä. Kyselyyn vastasi 22 henkilöä ja vastausprosentiksi muodostui 81 %. Vastaukset analysoitiin Excel- taulukkolaskentaohjelmalla ja avoimet vastaukset sisällön erittelyllä.

Kuulonyhdysheikkilöiden työnkuva toteutuu perustyötehtävien osalta kuvauksen mukaisesti. Kehitettävää on kuulonyhdysheikkilöpalveluista tiedottamisessa asiakkaille ja hoitohenkilökunnalle. Hoitohenkilökunnalle tiedon jakaminen kuulonkuntoutuksesta on vähäistä. Aloittaessaan kuulonyhdysheikkilöt kokevat tarvitsevansa laajempaa perehdytystä. Vain alle kolmannes kuulonyhdysheikkilöistä koki, että esimiehillä on selkeä kuva kuulonyhdysheikkilön työnkuvasta.

Johtopäätöksinä voidaan todeta, että kuulonyhdysheikkilöiden näkökulmasta edellytykset suunnitelmalliselle hoitoketjun käyttöönnotolle ovat hyvät. Kuulonyhdysheikkilöt ja heidän organisaationsa suhtautuvat työnkuvien kehittämiseen positiivisesti. Ja yhteistyö erikoissairanhoidon kuulonkuntoutuksen asiantuntijoiden kanssa toimii hyvin ja sitä halutaan parantaa hoitoketjun kehittämiseksi.

Asiasanat: Kuulo, kuntoutus, yhteistyö, hoitoketju

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Development and Management in Health Care and
Social Services

PAJALA MINNA:

Services of the Contact Person for the Hearing Impaired in the Southern Ostrobothnia
Hospital District: Towards Organized Care Chain

Master's thesis 89 pages, appendices 18 pages
December 2014

The purpose of this thesis was to describe the scope of the job description and development needs of the contact persons for the hearing impaired in health care centers. The aim was to explore the requirements for adopting a systematical care chain in membership municipalities of Southern Ostrobothnia hospital district from the contact person's viewpoint. The aim was to make the job description of the contact person for the hearing impaired in health care centers visible and therefore better take into account upcoming health care organizing plans. The aim was to produce information, which can be used in the planning of regional services of the contact person for the hearing impaired as well as in describing the process and in developing care pathways.

The target group was 27 contact persons for the hearing impaired in the Southern Ostrobothnia hospital district. The quantitative research method was used and the data were collected by sending questionnaires. The response rate was 81%. The data were analyzed with excel-program and open responses-with content analysis.

The results showed that there is some need for improvement in the job description of the contact persons for the hearing impaired in terms of informing clients, the personnel of local health care centers and other health care professionals on what is hearing rehabilitation. The Contact persons for the hearing impaired need more orientation at the beginning. It can be concluded that cooperation with the hearing rehabilitation expert in special health care works well and improvement of cooperation is needed for the development of the care chain. There is good qualifications to introduce care pathways systematically in hearing rehabilitation.

Key words: Hearing, rehabilitation, cooperation, care chain

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	ETELÄ-POHJANMAAN SAIRAANHOITOPPIIRIN KUULONYHDYSHENKILÖPALVELUT.....	8
	2.1. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri toiminta-alueena.....	8
	2.2 Haasteet kuulonkuntoutuksessa	9
	2.3 Kuulonyhdys henkilön työnkuva Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä.....	10
	2.4 Kuulokojeet ja ikääntyminen Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä.....	12
	2.5 Lait, suositukset	12
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, KYSYMYKSET JA TAVOITTEET	15
4	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	16
	4.1 Hoitoketju	16
	4.2 Hoitoketjun vaikuttavuus	17
	4.3 Kohti kuulonkuntoutuksen hoitoketjua.....	17
	4.4 Hoitoketjun käyttöönotolla kohti tietoista vaikuttavuutta.....	19
	4.5 Hoitoketjun kriittiset menestystekijät	21
	4.6 Hoitoketjun kriittiset menestystekijät henkilöstönäkökulmasta.....	23
	4.6.1 Organisaatiokulttuuri ja johdantuki.....	23
	4.6.2 Riittävät resurssit ja henkilöstön asenteet.....	24
	4.6.3 Tiedot, taidot ja koulutus	25
	4.6.4 Yhteistyötaidot.....	27
	4.6.5 Potilastiedot työvälineenä.....	28
	4.6.6 Palveluista tiedottaminen.....	29
	4.7 Kirjallisuuskatsaus.....	30
5	OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT JA TOTEUTTAMINEN.....	32
	5.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä.....	32
	5.2 Tiedonkeruumenetelmänä strukturoitu kyselylomake ja avoin kysymys.....	33
	5.3 Aineiston analyysimenetelmät.....	35
6	TULOKSET	36
	6.1 Vastaajien taustatiedot	36
	6.2 Kuulonyhdys henkilöiden organisaatiokulttuuri ja johdon tuki	37
	6.3 Resurssit kuulonyhdys henkilön työnkuvassa.....	38
	6.4 Kuulonyhdys henkilöiden asenne työnkuvaan ja sen kehittämiseen	40
	6.5 Kuulonyhdys henkilöiden tiedot, taidot ja koulutus	42
	6.6 Kuulonyhdys henkilöiden yhteistyön toteuttaminen	45
	6.7 Potilastiedot kuulonyhdys henkilön työvälineenä.....	47
	6.8 Kuulonyhdys henkilöiden palveluista tiedottaminen.....	48

7	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	50
7.1	Opinnäytetyön luotettavuuden arviointi.....	50
7.2	Opinnäytetyön eettiset näkökulmat	52
7.3	Tulosten tarkastelu	54
7.4	Johtopäätökset.....	61
7.5	Tutkimuksen hyödyntäminen ja jatkotutkimushaasteet	63
	LÄHTEET.....	65
	LIITTEET	72
	Liite 1. Väestöennuste 2012 väestöllinen huoltosuhde alueittain 2011-2030	72
	Liite 2. Etelä-Pohjanmaan väestö ikäryhmittäin 1980-2040	73
	Liite 3. Terveyskeskusten kuulonyhdyshenkilöiden työnkuvaus	74
	Liite 4. Hoitoketjun kriittiset menestystekijät henkilöstönäkökulmasta Yhteenveto kirjallisuuskatsauksesta.....	75
	Liite 5. Alkuperäistutkimusten yhteenvetotaulukko.....	76
	Liite 6. Alkuperäistutkimusten laadun arviointi	77
	Liite 7. Resurssit kuulonyhdyshenkilön työkuvassa.....	78
	Liite 8. Resurssit muun hoitohenkilökunnan opetuksessa.....	79
	Liite 9. Kuulonyhdyshenkilöiden vastuutehtäviä	80
	Liite 10. Yhteydenotto asiakkaaseen kojeenkäytön ongelmissa.....	81
	Liite 11. Avointen kysymysten vastauksia	82
	Liite 12. Yhteistyö audionomien ja kuulontutkijoiden kanssa	83
	Liite 13. Saatekirje ja kysely kuulonyhdyshenkilöille	84

1 JOHDANTO

Kuulonkuntoutukseen hakeudutaan silloin kun sosiaalisissa tilanteissa on hankala selviytyä alentuneen kuulon vuoksi. Väärinymmärrykset ja puheeseen reagoimatta jättäminen ovat alkaneet vaikeuttaa sujuvaa kommunikointia. Ongelmat kommunikaatioissa aiheuttavat hämmennystä ja huonokuuloinen saattaa alkaa vältellä sosiaalisia tilanteita (Lonka 2005, 289). Suomessa on arviolta noin 750 000 kuulovikaista ja kuulokojekuntoutusta vaativia kuulovikoja on arviolta noin 280 000:lla (Sorri, Huttunen & Rudanko 2008a, 321). Huonokuuloisuus on todettu olevan kroonisista terveysongelmista yksi yleisemmistä (Sorri 2005, 78).

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä kuulonkuntoutuksen läheteiden määrät ovat lisääntyneet vuosittain. Kuulokojesovitusjonot ovat ostopalveluista ja jononpuruista huolimatta pidentyneet usein kuuden kuukauden pituisiksi. Näin on tapahtunut, vaikka audionomien eli kuulontutkijoiden virkoja on viimeisen viiden vuoden aikana lisätty kahdesta viiteen. (Kuoppala, 2013.) Apuvälinelainaukstilastoja perusteella Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella luovutettiin vuonna 2012 kuulokojeita 2352, joista kahden kuulokojeen sovituksia eli binlateraalaisia sovituksia oli arviolta noin 25-30%. Kommunikaattoreita luovutettiin 137 kappaletta. Kuulokojesovituksien potilasmäärät olivat vuonna 2013 noin 1600. (Effector- kuulokojeiden apuvälinetilasto 2010-2013.)

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella on kuulonyhdyshenkilöpalveluja, jotka ovat yli 20 vuoden ajan olleet terveyslähipalveluina. Asiakaslähtöisesti kuulonyhdyshenkilöpalvelut ovat usein keskitetty aikuisneuvolan, kotipalvelun tai kotisairaanhoidon osatoiminnaksi. Erikoissairaanhoidossa tehdään edelleen työtehtäviä, jotka olisi mahdollista tehdä perusterveydenhuollossa. Erikoissairaanhoidon kustannuksina nämä ovat tarpeettomia. (Kuoppala, 2013.) Tätä tilannetta peilattaessa, on väistämätöntä alkaa miettimään toimivaa yhtenäistä käytäntöä hoidonporrastuksessa selkeine työnkuvineen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Hoitoketjun suunnitelmallisella käyttöönotolla saataisiin palveluita myös kustannustehokkaammiksi.

Selkeän näkemyksen saamiseksi kuulonyhdyshenkilöiden työnkuvan toteutumisesta tehtiin ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyönä kysely Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä terveyskeskusten kuulonyhdyshenkilöille. Kysely rajattiin yli 65-vuotiaiden kuulonkuntoutuksen palveluihin. *Opinnäytetyön tarkoituksena* oli kuvata terveyskeskusten kuulonyhdyshenkilöiden työnkuvan toteutumista ja kehittämistarpeita sekä kartoittaa kuulonyhdyshenkilöiden näkökulmasta edellytyksiä kuulonkuntoutuksen hoitoketjun suunnitelmalliselle käyttöönotolle Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa.

Opinnäytetyön tavoitteena oli saada terveyskeskusten kuulonyhdyshenkilön työnkuva näkyväksi ja sitä kautta paremmin huomioiduksi tulevissa järjestämissuunnitelmissa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää alueellista kuulonapuvälineiden palvelusuunnitelmaa mietittäessä, prosessien kuvauksessa ja hoitoketjun kehittämisessä. Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuositus *alueellisen apuvälinepalveluiden suunnitelmasta* määrittää raamit sekä työn- ja vastuunjaon sopimiselle erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä että yhdenmukaisille käytännöille ja toimintatavoille.

2 ETELÄ-POHJANMAAN SAIRAANHOITOPiIRIN KUULONYHDYSHENKILÖPALVELUT

2.1 Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri toiminta-alueena

Vuonna 2014 Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri käsittää 19 jäsenkuntaa (kuvio 1). Kunnat ovat muodostaneet kuusi yhteistoiminta-alueita, joilla tuotetaan perusterveydenhuollon ja osittain sosiaalitoimen palveluita. Erikoissairaanhoidon palvelujen maksajina toimivat peruskunnat, vaikka laskutus jossain tapauksissa tapahtuukin yhteistoiminta-alueen/kuntayhtymän kautta. (Jäsenkuntaraportointi 2013.)

Yhteistoiminta-alueina ovat Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä (Isojoki, Karijoki, Kauhajoki, Teuva), Järvi- Pohjanmaan yhteistoiminta-alue (Alajärvi, Soini, Vimpeli), JIK -peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä (Ilmajoki, Jalasjärvi, Kurikka), Kuusiokuntien terveisyhtymä (Kuortane, Alavus, Ähtäri), Kuntayhtymä kaksineuvoinen (Kauhava, Lappajärvi, Evijärvi), Seinäjoen terveyskeskus (Seinäjoki, Isokyrö) ja Lapuan kaupungin terveyskeskus omana palveluiden tuottajana. (Jäsenkuntaraportointi 2013.)



KUVIO 1. ESHP sairaanhoitopiirin jäsenkunnat 2013

Kuntaliitoksista huolimatta vanhojen kuntarajojen sisällä on pyritty ylläpitämään kuulonyhdyshenkilötoimintaa. Kuntaliitosten myötä vain muutamat kunnat ovat luopuneet tästä. Tällä hetkellä terveyskeskuksissa toimii 27 kuulonyhdyshenkilöä. *Terveyskeskusten kuulonyhdyshenkilöverkoston* on mahdollistanut toiminta, joka on keskitetty aikuisneuvolan ja kotipalvelun tai kotisairaanhoidon osatoiminnaksi. Näiden 27 terveyskeskuksen kuulonyhdyshenkilön lisäksi on *nimettyjä vanhustenhuollon kuulonyhdyshenkilöitä*, joilla on mahdollista osallistua kuulokeskuksen järjestämiin koulutuksiin kaksi kertaa vuodessa. (Ruohoniemi, 2014.) Tässä opinnäytetyössä kyselyn kohderyhmänä ovat terveyskeskusten kuulonyhdyshenkilöt.

2.2 Haasteet kuulonkuntoutuksessa

Kun kuulo heikkenee iän myötä, kuulonkuntoutuksella pystytään tukemaan vanhusten omatoimista selviytymistä kotona ja itsenäisen elämän jatkumista mahdollisimman pitkään (Hannula & Mäki-Torkko 2013, 2129). Kuulonkuntoutuksen suurinta asiakasryhmää edustavat ikääntyvä väestö. Hannulan ja Mäki-Torkon (2013, 2129) mukaan ikäkuuloisuus on selvästi alidiagnosoitu kansantautina. Ikäkuulosta olisi tehtävä hoitosuositukset, kuten on laadittu muistakin kansantaudeista. Suomessa on arviolta noin 750 000 kuulovikaista ja kuulokojekuntoutusta vaativia kuulovikoja on arviolta noin 280 000:lla (Sorri ym. 2008a, 321).

Etelä-Pohjanmaalla väestöllinen huoltosuhde tulee nousemaan kunnissa kiihtyvällä tahdilla (liite 1). Väestöllinen huoltosuhde ilmoittaa kuinka monta alle 15-vuotiasta ja yli 65-vuotiasta on 100 työkäistä 15-64-vuotiasta kohti. Tulevaisuudessa sekä terveyspalveluiden menot että tarve henkilöstön lisäämiseen kasvavat, jos palvelujen tuottavuutta ja vaikuttavuutta ei saada parannettua (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b, 16). Korva-nenä- ja kurkkutautien Ylilääkäri Panu Kuoppalan (2013) mukaan kuulonkuntoutuksen toteutumisen hidastavana tekijänä on viime vuosina ollut jatkuva pula audionomeista eli kuulontutkijoista Seinäjoen keskussairaалassa. Audionomien puuttuminen on valtakunnallisesti nähtävissä koulutuksen vähäisyyden vuoksi (Suomen terveydenhoitajaliitto, 2011). Seinäjoen keskussairaалassa audionomien työmääriä ovat lisänneet yliopistosairaалoiden kouluikäisten lasten kuulokojekuntoutuksen ja seurannan siirtyminen erikoissairaanhoidon. Lisäksi vastasyntyneiden ja leikki-ikäisten kuulonseulonnoista seuraavat jatkotutkimukset tehdään korva- nenä kurkkutautien

poliklinikalla. Myös läheteiden määrät ikäihmisten kuulokojesovituksiin ovat olleet kasvussa viimevuosien aikana. Tämä näkyy pitkänä jonotusaikana kuulokojekuntoutukseen. (Kuoppala 2013.)

Seinäjoen keskussairaalassa kuulonkuntoutuksen haasteena on kuulokojeen luovutukseen liittyvä seuranta. Kuulonyhdyshenkilöpalveluiden ajatuksena on ollut, että palvelut korvaavan erikoissairaanhoidon kuulokojoiden saaneiden kontrollikäynnit Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Käytön ongelmissa erikoissairaanhoidon tai perusterveydenhuollon palveluihin hakeutuminen jää kuitenkin asiakkaan itsensä harkittavaksi. Työikäisten kontrolleja erikoissairaanhoidossa tehdään suunnitellusti tarvittaessa. (Ruohoniemi 2014.) Kontrollikäynnit kuulokojeen saaneille ovat valtakunnallisesti edelleen melko yleinen käytäntö erikoissairaanhoidossa.

Asiakasnäkökulmasta kuulonkuntoutuksen vaikuttavuuden saavuttamiseksi on keskeistä, miten kuulokojeet saadaan mahdollisimman aktiiviseen käyttöön kuulokojeen luovutuksen jälkeen (Kuoppala 2013). Kuulon heikkenemistä ei voi katsoa vain lääketieteellisestä näkökulmasta, vaan huonokuuloisuuteen vaikuttaa omakokemus hyvästä elämästä. Kuntoutusprosessin ongelma on usein se, että kuulokojeen saadessaan ihminen identifioi itsensä ensin vajaakuntoiseksi, eikä kuulokojeen hankkiminen poista huonokuuloisuuden uhkaa identiteetille. Tämän jälkeen huonokuuloisen on sopeuduttava ja opittava hyväksyttävä itsensä kojeen käytöstä huolimatta. Kuulokojeen saanut etsii identiteettiään huonokuuloisena pitkään kuulokojekuntoutuksen aloituksen jälkeen. Tarvitaan siis muutakin kuin lääketieteellistä interventiota. (Hindhede 2010, 384, 392.) Tarvitaan tukea ja ohjausta kuulokojeen käytön haasteissa. Kansallisella tasolla perusterveydenhuollossa ikäkuuloisten tavoittaminen ja motivointi kuulonkuntoutuksessa tarvitsee tulevaisuudessa parempia keinoja (Hannula & Mäki-Torkko 2013, 2129).

2.3 Kuulonyhdyshenkilön työnkuva Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa on Ruohoniemen (2014) mukaan 27 terveystieteiden kuulonyhdyshenkilöä, joiden tarkoituksena on tukea kuulonkuntoutuspalveluja saanutta asiakasta ja heidän omaisiaan. Heidän työnkuvassaan on mahdollisuus antaa ohjausta kojeen käytössä, puhdistuksessa ja

huollossa. Osa kuulonyhdysenkilöistä tekee lähetteen erikoissairaanhoidon kuulokojeen uusimiseen sekä kuulontutkimuksia. Lokakuusta 2012 alkaen kuulonyhdysenkilöillä on ollut mahdollisuus kommunikaattoreiden luovuttamiseen. Huonokuuloisella ääntä vahvistavan kommunikaattorin käyttö tulee kyseeseen silloin, kun käsien motoriikka on heikentynyt. Käytännön toimien lisäksi kuulonyhdysenkilöt tukevat ja ohjaavat kuuloon liittyvissä asioissa potilaita ja heidän omaisiaan (liite 2).

Asiakkaan saamien palveluiden lisäksi kuulonyhdysenkilöiden on mahdollista toimia tiedon ja osaamisen jalkauttajina terveyskeskusten muulle henkilökunnalle. Yhteistyö erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä osana työnkuvaa tehostaa potilaan saamia palveluja. (Ruohoniemi 2014.) Lisäksi kumppanuuksien luominen eri muodoissaan kolmannen sektorin toimijoiden kanssa tuo parhaimmillaan hyvän tuen asiakaslähtöisiin palveluihin. (Virtanen ym. 2011, 8.) Kuulonkuntoutuksessa tämä tarkoittaa yhteistyötä muun muassa kuulonkuntoutuksen ostopalveluyritysten ja kuuloliiton ja sen alaisten kuuloyhdistyksen kanssa. Jotta kuulonyhdysenkilöpalveluille taataan jatkuvuus, on Seinäjoen keskussairaалassa järjestetty koulutuksia 1-2 kertaa vuodessa. Tämä on tarpeen myös tulevaisuudessa. Muuttuva apuvälineteknologia ja yhdyshenkilöiden vaihtuvuus lisäävät koulutustarvetta. (Ruohoniemi 2014.)

Kuulokojekuntoutuksen ohjaustyöstä ja kojeiden perushuollosta osa tehdään tällä hetkellä Seinäjoen keskussairaalan kuulokeskuksessa. Lisäksi asiakkaat käyttävät ostopalveluyrityksen palveluita kuulokojeen perushuoltoihin ja vaativiin korjauksiin. Korvakappalemallinotot ovat erikoissairaanhoidon ja ostopalveluyrityksen työnkuvaa. (Aukeala 2014.) Seinäjoen keskussairaalan kuulokeskuksessa kuntoutusohjaaja tekee tarvittaessa käynnejä terveyskeskuksissa ja vanhainkodeilla korvakappalemallinottoa varten. Kuntoutusohjaaja kartoittaa tarpeen muihin kuolonapuvälineisiin (mm. ovikellon puhelimen ja palovaroittimen vahvistimien hälytysjärjestelmät) kotikäynneillä muun työnsä ohessa. Jotkut näistä palveluista voisivat olla osana terveyskeskusten kuulonyhdysenkilöiden työnkuvaa. Erikoissairaanhoidon toimina peruskuolonapuvälineiden, kuten kommunikaattoreiden luovutus, on kallista. Näin ollen perusterveydenhuoltoon toivottaisiinkin enemmän resursseja apuvälineiden luovutukseen. (Ruohoniemi 2014.)

2.4 Kuulokojeet ja ikääntyminen Etelä-Pohjanmaan Sairaanhoidopiirissä

Vuonna 2013 Etelä-Pohjanmaalla on noin 198 740 asukasta (Jäsenkuntaraportointi 2013). Kaiken kaikkiaan Etelä-Pohjanmaan sairaanhoidopiirin alueella luovutettiin vuonna 2012 kuulokojeita 2352 kappaletta ja kommunikaattoreita 137 kappaletta (Effector- kuulokojeiden apuvälinetilasto 2010 - 2013.) Tilastoja ei voi suoraan verrata henkilölukuiksi, sillä kahden kuulokojeen binlateraalisten sovitusten määrä on arviolta 20- 25 % läheteiden määrää suhteutettuna (Kuoppala 2013.)

Tämän päivän hyväkuntoisilla ikäihmisillä on haastavaa selviytyä kommunikaatioyhteiskunnassa, kun sen vaatimuksena selviytymiselle on hyvä kuulo (Hannula & Mäki-Torkko 2013, 2131). Kuulokojeiden apuvälinetilastoja tulevat kasvattamaan tulevaisuudessa suhteellisen väestön ikääntymisen myötä yleistyvät kuulonongelmat (Sorri 2005, 87). Etelä-Pohjanmaalla yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä oli vuonna 2010 19,7% ja vuoteen 2035 mennessä kasvua on noin 28 %:iin tilastokeskuksen arvioiden mukaan. Tämä tarkoittaa Etelä-Pohjanmaalla yli 65-vuotiaissa määrän kasvua noin 18 094 henkilöllä, vuosien 2010 - 2035 välisenä aikana (liite 3). Kuulonkuntoutusta tarvitsevia yli 75-vuotiaista on jopa kaksi kolmasosaa pohjoissuomalaisen laajan väestötutkimuksen perusteella (Sorri 2005, 87).

2.5 Lait ja suositukset

Sairaanhoidopiirin kuntien tehtäväksi on tullut laatia terveydenhuoltolain 34 §:n mukaan *terveydenhuollon järjestämissuunnitelma* (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010; Koivuranta-Vaara, Punnonen & Paavilainen. 2011). Tämän pohjalta potilaan hoidon kokonaisuuden yhteensovittamisesta vastaa kunnan perusterveydenhuolto (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010). *Terveydenhuollon järjestämissuunnitelma* perustuu alueen väestön terveysseurantatietoihin ja palvelutarpeisiin. Sisällöllisesti siinä sovitaan kuntien yhteistyöstä, palveluiden järjestämisestä, päivystyksestä ensihoitoineen, kuvantamisesta, lääkinnällisestä kuntoutuksesta ja yhteistyöstä muiden toimijoiden kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.) Yhteistyössä laaditun suunnitelman avulla voidaan purkaa päällekkäisyyksiä ja porrastaa palvelutoimintaa alueellisesti (Koivuranta-Vaara ym. 2011). Kuulonkuntoutus järjestetään osana lääkinnällistä

kuntoutusta. Etelä-Pohjanmaan järjestämissuunnitelmassa 2013-2016 ei ole mainittuna palveluiden järjestämisestä kuulonyhdyshenkilöiden osalta.

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut apuvälinepalveluiden laatusuositukset vuonna 2003. Suositus koskee sosiaali- ja terveydenhuollon apuvälinepalveluja, joita kunnat ja kuntayhtymät järjestävät. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2003, 11.) Apuvälinepalveluiden laatusuosituksissa puhutaan alueellisen suunnitelman laatimisesta, joka sisältää muun muassa työn- ja vastuunjaon sopimisista, yhdenmukaisista käytännöistä ja toimintatapojen yhtenäistämistä sekä lisäksi yhteisistä saatavuusperiaatteista ja soveltuvin osin toimintojen keskittämisestä. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2003, 11; Sosiaali- ja terveysministeriö 2012 a.) Suosituksen taustalla on voimassa oleva lainsäädäntö, jonka mukaan apuvälinepalveluja säätelevät kansanterveyslaki (66/1972), erikoissairaanhoidolaki (1062/1989), asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta (1015/1991) sekä laki (380/1987) ja asetus (759/1987) vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2003, 11.)

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä kuulonyhdyshenkilöpalvelut perustuvat vuonna 1990 korva- nenä- kurkkutautien poliklinikan johdon tekemään suositukseen kuulonyhdyshenkilöiden nimeämiseksi ja palveluiden käynnistämiseksi (Juppo 1990). Apuvälineiden osalta on tehty kuntien kanssa sopimus, jonka liitteenä on apuvälinekeskuksen perusohjeistus. Tässä perusohjeistuksessa mainitaan, että kuulokojeiden käytön seurannasta, lisäopetuksesta ja muiden tarvittavien apuvälineiden arvioinnista vastaavat kuulovammaisten kuntoutusohjaaja ja terveyskeskusten kuulonyhdyshenkilöt. Siten asiasta on sovittu yleisellä tasolla. (Korkiatupa 2014.)

Apuvälinepalveluiden tehokas järjestäminen on tärkeä tehtävä kunnille. Kun kunnat ja sairaanhoitopiirit tekevät sopimusta yhteistyöstään, toimintalinjoistaan ja vastuunjaostaan, voidaan vaikuttaa apuvälinepalveluihin laatua nostavasti ja kustannuksia vähentäen. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2003, 15.) Yleisesti ottaen työnjako apuvälineiden osalta erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä ei ole ollut riittävän selkeä ja sitä on täsmennettävä (Töytäri 2007, 13; Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2013a, 190). Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella kuulokuntoutuksen osalta erikoissairaanhoidossa tehdään

työtehtäviä, jotka olisivat tehtävissä perusterveydenhuollossa (Aukeala 2014; Kuoppala 2014). Tarvittaisiin selkeää prosessienkuvausta ja sen pohjalta hoitoketjun suunnittelua yli organisaatorajojen. Kun toiminta on suunnitelmallista ja apuvälineprosessit käydään läpi, pystytään tuottamaan tehokkaampia palveluita (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2003, 15).

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, KYSYMYKSET JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata terveyskeskusten kuulonyhdysheiköiden työnkuvan toteutumista ja kehittämistarpeita sekä kartoittaa kuulonyhdysheiköiden näkökulmasta edellytyksiä kuulonkuntoutuksen hoitoketjun suunnitelmalliselle käyttöönnotolle Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat:

1. Millaisena terveyskeskusten kuulonyhdysheiköiden työnkuva toteutuu?
2. Mitkä ovat kehittämistarpeet kuulonyhdysheiköiden työnkuvassa?
3. Millaiset ovat kriittiset menetystekijät kuulonkuntoutuksen hoitoketjun käyttöönnotolle henkilöstönäkökulmasta?

Opinnäytetyön tavoitteena oli saada terveyskeskusten kuulonyhdysheikön työnkuva näkyväksi ja sitä kautta paremmin huomioiduksi tulevissa järjestämssuunnitelmissa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää alueellista kuulonapuvälineiden palvelusuunnitelmaa mietittäessä, prosessien kuvauksessa ja hoitoketjun kehittämisessä. Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuositus *alueellisen apuvälinepalveluiden suunnitelmasta* määrittää raamit sekä työn- ja vastuunjaon sopimiselle erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä että yhdenmukaisille käytännöille ja toimintatavoille.

4 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Hoitoketju

”Stakesin Sosiaali- ja terveydenhuollon sanastossa *hoitoketju* määritellään saman asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvaksi sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajat ylittäväksi suunnitelmallisesti ja yksilöllisesti toteutetuksi hoitoprosessinkokonaisuudeksi.” (Silvennoinen-Nuora 2004, 34; Hyppönen, Hämäläinen, Pajukoski & Tenhunen, 2005, 46.) Pirkanmaan sairaanhoitopiirin työryhmän määritelmä hoitoketju käsitteestä poikkeaa Stakesin määritelmästä. Siinä painotetaan hoitoketjun olevan työkalu, minkä avulla määritetään tarpeelliset kehittämiskohdat, yhteistyö sekä työnjako. (Nordback 2010, 1549.) Suunnittelematon hoitoketju on usein potilaan näkökulmasta ketjumainen kokonaisuus, mutta palvelut tuotetaan eri organisaatioissa ilman erityistä yhteistyötä ja suunnitelmaa. Hoitoketjulla tarkoitetaan aina kuitenkin suunnitelmallista kokonaisuutta (Silvennoinen-Nuora 2010, 324–325). Stakesin sosiaali- ja terveydenhuollon sanaston mukaan *Palveluketju* nimitystä käytetään, jos ketjussa on palveluita myös muilta toimialoilta kuten sosiaali-, sivistys- tai sairaalateologinpalveluita (Silvennoinen-Nuora 2004, 34).

Hoitoketjun tavoitteena on tuottaa asiakkaalle sujuvia, laadukkaita ja tehokkaita palveluja (Nuutinen 2000, 1826). Hoitoketjut parantavat yhteistyötä ja tiedonkulkua sekä mahdollistavat konsultaation helpottumisen (Vainikainen 2005, 2012). Hoitoketju tulee rakentaa aina lähtökohtaisesti asiakkaiden tarpeista (Holmberg-Marttila & Valvanne 2011, 2227; Klemola, Saranto, Ensio & Kivekäs 2006, 2519; Vainikainen 2005, 2013). Asiakkaille hoitoketju selvittää, kuka tutkii, hoitaa, milloin ja missä sekä erityisesti kuka on vastuunkantaja ja päättämässä hoidosta (Vainikainen 2005, 2011). Tätä hoitoketjua on kehitettävä yhteistyössä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kanssa (Ketola ym. 2006, 7,26; Nuutinen 2000, 1823; Vainikainen 2005, 2013).

4.2 Hoitoketjun vaikuttavuus

Vaikuttavuus on kykyä aikaansaada haluttuja vaikutuksia palvelujen, palveluprosessien tai kokonaisten palvelujärjestelmien avulla. Hoitoketjun vaikuttavuudella tarkoitetaan hoitoketjukokonaisuuden taitoa saavuttaa sille asetetut tavoitteet ja saada aikaiseksi halutut vaikutukset. (Silvennoinen–Nuora 2004, 11–12; 2010, 310.) Tämä perustuu Kunnallisen työmarkkinalaitoksen (KT 15/2000) määritelmään (Silvennoinen–Nuora 2004, 11). Puhuttaessa vaikutuksista ja vaikuttavuudesta hoitoketjussa, tarkoitetaan niillä eri asioita. Vaikutukset ovat yksittäisten tapahtumien, hoitojen tai prosessien tuottamia, ja näiden kokonaisuuksia kutsutaan vaikuttavuudeksi. Vaikuttavuus voidaan jakaa asiakasvaikuttavuuteen ja yhteiskunnalliseen vaikuttavuuteen. (Silvennoinen–Nuora 2004, 9; 2010, 310.) Asiakasvaikuttavuus on muutosta parempaan terveydentilaan ja toimintakykyyn tai tilan vakaana pysymistä. Yhteiskunnallinen vaikuttavuus on palvelujen riittävyttä, kohdentuvuutta ja kustannusvaikuttavuutta. (Silvennoinen–Nuora 2010, 310.) Aistivammapotilaiden hoitoketjuajattelussa tarvitaan laatujärjestelmiä, joita on kehitettävä (Sorri, Huttunen, & Rudanko 2008c).

4.3 Kohti kuulonkuntoutuksen hoitoketjua

Kun kehitetään alueellisia hoitoketjuja, voidaan samalla parantaa tiedon kulkua ja sopia hoidon saumattomasta toteuttamisesta sen eri vaiheissa. Näin tuetaan Käypä hoito -suositusten toteutumista ja yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden noudattamista. (Koivuranta–Vaara ym. 2011.) Valtakunnallista kuulonkuntoutuksen hoitosuosituksia ei ole laadittu (Hannula & Mäki–Torkko 2013, 2134). Hoitosuosituksen tarvetta on kuitenkin aloitettu pohtimaan sairaanhoitopiireissä. Kuulokojepotilaan hyvästä ohjauksesta kuulokojeprosessissa löytyy esimerkiksi Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueelle laadittu alustava hoitotyön suositus (Pesonen–Simonen 2014, 44).

Raportointia erilaisista projekteista kuulonyhdyshenkilöverkostojen luomiseksi sairaanhoitopiireissä terveyskeskuksiin, -asemille ja kotisairaanhoidon tai neuvoloihin löytyi neljä. Näiden projektien perusteella kuulonyhdyshenkilöstä on käytetty synonyymeja kuuloyhdyshenkilö ja kuulonkuntoutuksen yhdyshenkilö. Vuonna 2001 Tampereen yliopistollisen keskussairaalan kuulokeskuksessa aloitettiin kehittämisprojekti hoitoketjun laajentamiseksi kuulonkuntoutuksessa käynnistämällä

kuulonyhdyshenkilötoimintaa (Kuulokeskuksen moniammatillinen työryhmä 2002, 7). Samoin tehtiin Hämeenlinnan keskussairaalan jäsenkunnissa vuonna 2004 Kuulolla - laatuprojektin myötä (Ahokas ym. 2014, 4). Vuonna 2006 Turun yliopistollisen keskussairaalan sairaanhoitopiirissä kuulonkuntoutuksen pitkät jonot ajoivat kuulonyhdyshenkilöverkoston luomiseen terveyskeskuksissa. Tämä kuulonyhdyshenkilöverkoston luominen oli osana Turun kuulohuollon kehittämisprojektia. (Salmela, Heikka, & Ernvall 2006, 15–16.) Kuuloliiton ”Onnistunut ikääntyminen 2005-2008” -projektin yhtenä tavoitteena oli aloittaa kuulonyhdyshenkilön säännöllinen vastaanotto ja vapaaehtoisten kuulolähipalveluiden käynnistäminen. ”Onnistunut ikääntyminen 2005-2008 ” projektiin valittiin kolme pilottikuntaa Kemi, Espoo ja Lieksa. (Ahola 2009, 3, 9.)

Tällä hetkellä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä kuulonkuntoutujien asioita hoidetaan omissa organisaatioissa erikoissairaanhoidossa ja kuulonyhdyshenkilöiden toimesta perusterveydenhuollossa. Kun suunniteltu alueellinen hoitoketju perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä järjestetään, tullaan siinä määrittämään työjakoa eri toimijoiden välillä (Nuutinen, Nuutinen & Erhola 2004, 2960). Mahdollisia erikoissairaanhoidon toimintoja tulee siirtää terveyskeskuksiin yhteistyössä perusterveydenhuollon kanssa. Sopimus hoidonporrastuksesta on tärkeä voimavarojen kustannustehokkaan käytön ja prosessien sujuvuuden näkökulmasta. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2013b, 6.) Erilaisissa alueellisissa kokeiluissa on ilmennyt, että monia kuulonhuollon perustehtäviä voidaan siirtää pois erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Tuoreinta tietotaitoa saadaan levitettyä joitain toimintoja keskittämällä ja toisia hajauttamalla. Tämä tarvitsee tuekseen jatkuvan henkilöstön kouluttamisen ja toiminnan arvioinnin. (Mäki-Torkko, Roine & Sorri 2004, 813.) Terveyskeskuksien kuulonyhdyshenkilöiltä saatu apu vähentää kuulokeskuksen kuormitusta kuulonkuntoutuskäynneistä (Salmela ym. 2006, 88; Ahokas ym. 2014, 4). Yleisellä tasolla terveydenhuollossa tavoitteena tulee olla ajatus siitä, että voimavarat terveydenhuollossa menevät tasan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä (Puska 2012, 7). Tästä ajatuksesta ollaan kuulonkuntoutuksessa huimasti jäljessä. Tämä ongelma kuitenkin säilyy niin kauan kuin audiomien toimia ei ole perusterveydenhuollossa.

Asiakas on yksi ja sama koko palveluketjun ajan ja yli palveluiden hallintarajojen. Asiakaslähtöisyydessä rajatut uudistukset tai innovaatiot vain yhden organisaation

sisällä ovat riittämättömiä. Asiakaslähtöinen ajattelu vaatii sektorirajat ylittäviä visioita. Näin kehitetään asiakaslähtöisempiä palvelukokonaisuuksia. Asiakaslähtöisyys parantaa parhaimmillaan palveluiden vaikuttavuutta, tehokkuutta ja tuottavuutta. (Silvennoinen-Nuora 2010, 323; Virtanen ym. 2011, 8,10.)

Jotta kuntoutuksen hoitoketjut onnistuisivat yli organisaatorajojen, on kiinnitettävä huomio kuntoutuksen suunnitelmallisuuteen, vastuutekijöihin ja yhteistyön toimivuuteen, ottaen huomioon organisaatioiden yksilölliset tarpeet ja toiveet (Puumalainen 2008). Hoitoketju erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä ei ole itsestään selvää kuolonkuntoutuksessa. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin vuodesta 1990 toiminut yhdyshenkilöverkosto onkin merkittävä etu kuolonkuntoutuksen hoitoketjun suunnitelmallisessa kehittämisessä. Hoitoketjujen kehittäminen voi parhaimmillaan vahvistaa terveydenhuoltolain asiakaskeskeisyystavoitteen saavuttamista parantaen laatua ja potilasturvallisuutta sekä asiakas- ja kustannusvaikuttavuutta (Koivuranta-Vaara ym. 2011).

4.4 Hoitoketjun käyttöönnotolla kohti tietoista vaikuttavuutta

Toimivalta hoitoketjulta edellytetään, että ennen hoitoketjun työstämistä kuvataan sen hetkiset prosessit (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2003, 15; Kaarna 2005, 76; Vainikainen 2005, 2011). Prosessien kuvauksella löydetään pullonkaulat ja sillä voidaan vaikuttaa resurssien oikeanlaista mitoitusta (Kaarna 2005, 76). Selkeän prosessien kuvauksen pohjalta tarvitaan hoitoketjun suunnittelua yli organisaatorajojen. Kun toiminta on suunnitelmallista ja apuvälineprosessit käydään läpi, pystytään tuottamaan tehokkaampia palveluita (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2003, 15).

Yksilöllisesti toteutuva hoitoprosessi on alueellisella tasolla tapahtuvaa toimintaa, jossa määritellään yhteistyöstä ja työnjaosta organisaatioiden välillä (Nuutinen 2000, 1823; Silvennoinen-Nuora 2010, 21). Suunnitelmallista yhteistyössä organisoitua kuolonkuntoutuksen hoitoketjua selkeine prosessinkuvauksineen ei ole tehty Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Pelkästään hoitoketjun kertarakentaminen ei riitä, vaan tarvitaan koulutusta, tiedon jalkauttamista sekä päivitystä. Näiden käytännön vaikuttavuutta on arvioitava (Vainikainen 2005, 2012). Menestyksekkäs hoitoketju on

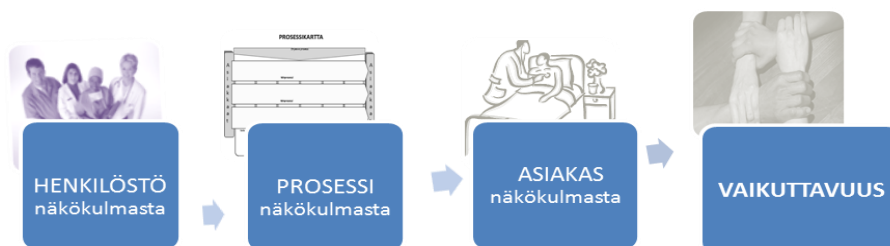
riippuvainen myös kehittämisprosesseista. Työntekijän on myös ymmärrettävä oma roolinsa hoitoketjussa. Jos näin ei ole, vaikuttaa se negatiivisesti hoitoketjun kehittämiseen. (Evans-Lacko, McChrone & Thornicroft 2010, 4)

On tärkeä, että hoitoketjun omistajuudesta on nimetty vastuuhenkilö, jonka tehtävä on koodinoida toimintaa (Nuutinen 2000, 1823). Omistajuudella tarkoitetaan johtamista ja hallinnointia prosessiin liittyvissä vastuu seikoissa ISO 9001 standardien mukaan. (Silvennoinen- Nuora 2004, 36). Hoitoketjun omistajuus on kehityksen perustana. Hoitoketjut tarvitsevat säännöllistä päivitystä aina hoito-ohjeiden muuttuessa tai jos vastuuhenkilö vaihtuu. (Välimaa 2012, 71.) Vastuuhenkilöiden panoksella sekä arvioinnilla on myös positiivinen vaikutus hoitoketjuun ja juurruttamiseen. (Silvennoinen–Nuora 2010, 306.) Tämän omistajuuden lisäksi hoitoketjulla täytyy olla yhteishuoltajuus (Nuutinen ym. 2004, 2962). Yhteishuoltajuus on parhaimmillaan jokaisen työntekijän vastuunkantoa hoitoketjun toimivuudesta.

Vaikuttavuuden mittaamisen mahdollisuuksia olisi hyvä miettiä hoitoketju-hankkeen alkumetreillä ja viimeistään hoitoketjujen päivitysvaiheessa (Nuutinen ym. 2004, 2961). Jokaiselle diagnosoipohjaisilla hoitoketjuille tulisi rakentaa oma vaikuttavuuden arviointijärjestelmä. Terveystieteiden hoitoketjun vaikuttavuuden arvioinnissa on lähtökohdana tavoitteiden kirjaaminen sekä mitä ja minkä asteista vaikuttavuutta tavoitellaan. Tavoitteet tulisi olla kohdistettuna hoito-, toimenpide- ja kuntoutustapahtumiin sekä hoitoketjun kriittisiin menestystekijöihin. Mittarit taas mittaavat ja vertaavat saavutettiin tavoitteet ja niistä analysoidaan, minkä asteisena tavoitteet toteutuivat. Tähän analysointiin liittyen on mietittävänä *hoitoketjun kriittisten menestystekijöiden estäviä ja edistäviä mekanismeja*, jotka vaikuttavat tavoitteiden saavuttamiseen ja tätä kautta vaikuttavat vaikuttavuuteen. (Silvennoinen-Nuora 2010, 6, 309, 322, 324.) Salmela ym. (2006, 85) ovat kommentoineet kuulonkuntoutuksen kehittämisprojektiin liittyen, että kuulonkuntoutuksen apuvälinepalveluissa olisi syytä miettiä vaikuttavuuden arviointia, jotta löydettäisiin hoitoketjun kriittisiä ”kohtia” asiakkaiden sekä hoitohenkilökunnan arvioimana.

4.5 Hoitoketjun kriittiset menestystekijät

Hoitoketjun kriittiset menestystekijät vaativat arviointia. Hoitoketjun *kriittiset menestystekijät* jaetaan henkilöstö-, prosessi-, asiakas- ja vaikuttavuusnäkökulmiin (kuvio 2). Nämä vaikuttavat toisiinsa kumulatiivisesti ja niiden yhtälönä syntyy vaikuttavuus (Lumijärvi 2002, 32; Silvennoinen-Nuora 2003, 14; 2004, 9; 2010, 305).



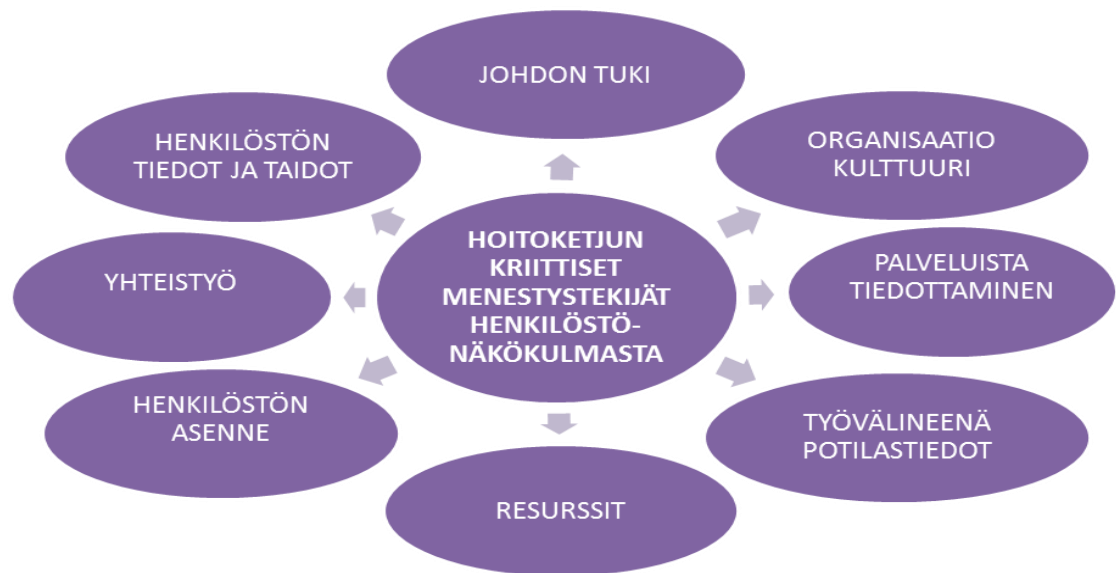
KUVIO 2. Kunnallisen markkinalaitoksen (KT:n) suositus 15/2000 vaikuttavuusketjusta

Nämä henkilöstö-, prosessi- ja asiakas-, ja vaikuttavuusnäkökulmat perustuvat kunnallisen markkinalaitoksen (KT:n) suositukseen 15/2000 vaikuttavuusketjusta (Silvennoinen-Nuora 2003, 11; 2004, 22). Tämän kunnallisen markkinalaitoksen vaikuttavuusketjun suosituksen taustalla on Ismo Lumijärven (1999) tasapainotetun mittariston malli, joka on mukailtu Kaplanin & Nortonin (1992) alkuperäisestä mallista (BSC, Balanced Scorecard). Tämä Lumijärven (1999) malliin pohjautuva kunnallisen markkinalaitoksen (KT:n) suositus 15/2000 poikkeaa näkökulmiltaan Kaplanin & Nortonin mallista, jotka olivat 1) talous-, 2) asiakas-, 3) sisäiset liiketoimintaprosessit- ja 4) oppimisen ja kasvun näkökulmat. (Silvennoinen-Nuora 2004, 11.)

Tässä opinnäytetyössä perehdytään kunnallisen markkinalaitoksen näkökulmiin perustuen hoitoketjun kriittisiin menestystekijöihin henkilöstönäkökulmasta. Hoitoketjuissa pitäisi lähtökohtaisesti aina selvittää, miten voidaan vaikuttaa henkilöstön aikaansaantokykyyn, että se edistäisi prosessien ja asiakastyön laadukkuutta sekä saavuttaa vaikutuksia ja muutoksia asiakkaiden tilanteessa mahdollisimman laajasti ja kustannustehokkaasti (Lumijärvi 1999, 14).

Hoitoketjun vaikuttavuuden mahdollistajina toimivat mekanismit, joiden avulla voidaan selittää vaikuttavuutta. Mekanismit toimivat hoitoketjun vaikuttavuutta estävinä tai edistävinä tekijöinä. (Silvennoinen-Nuora 2010, 300.) Aikaisempien tutkimuksien perusteella kriittisten menestystekijöiden mekanismit henkilöstönäkökulmasta muodostuivat osaksi opinnäytetyöni. Näitä olivat *organisaatiokulttuuri, johdon tuki, henkilöstön tiedot ja taidot sekä henkilöstön yhteistyötaidot, resurssit ja asenne* (liite 4). Hoitoketjun estävinä ja edistävinä tekijöinä Välimaa (2012) on nostanut esille pro gradussaan osaksi samoja mekanismeja kuin Silvennoinen-Nuora (2010) väitöksessään henkilöstönäkökulmasta. Nämä kriittiset menestystekijät henkilöstönäkökulmasta vaikuttavat myös lähtökohtaisesti, millaiset edellytykset hoitoketjun käyttöönotolle ovat. Ja ennen hoitoketjun käyttöönottoa on hyvä saada epäkohdat nostettua esiin, jotta niihin pystytään vaikuttamaan.

Palveluista tiedottaminen on edellytys palveluiden järjestämiselle ja siksi yhdistin opinnäytetyössäni sen mekanismeihin henkilöstönäkökulmasta. Ilman palveluista tiedottamista ei ole palveluja, joilla on mahdollista vastata asiakkaan tarpeisiin. Silvennoinen-Nuoran (2010) tutkimuksessa palveluista tiedottaminen ryhmiteltiin kriittisten menestystekijöiden tasapainotetussa mittaristossa asiakasnäkökulmaksi. Lisäksi tiedonkulku nähtiin Silvennoinen-Nuoran (2010) tutkimuksessa prosessinäkökulmalta. Tässä opinnäytetyössä halusin ottaa mekanismeihin mukaan potilastietojen saatavuuden kuulonyhdyshenkilön työvälineenä henkilöstönäkökulmasta. Näillä perusteilla lähdin kartoittamaan opinnäytetyössäni, mitkä edellytykset suunnitelmallisen hoitoketjun käyttöönotolle ovat kuulonkuntoutuksessa terveyskeskusten kuulonyhdyshenkilöiden näkökulmasta (kuvio 3).



KUVIO 3. Opinnäytyöni hoitoketjun kriittisen menestystekijät henkilöstönäkökulmasta

4.6 Hoitoketjun kriittiset menestystekijät henkilöstönäkökulmasta

4.6.1 Organisaatiokulttuuri ja johdon tuki

Organisaatiokulttuurissa on kysymys hallitsevista ajattelu- ja toimintatavoista. Ne ovat muodostuneet ja vahvistuneet ajan saatossa yhteisten kokemusten myötä. Ihmiset toimivat johdonmukaisesti, kun on kyse vahvasta kulttuuriorganisaatiosta. Johtamisen ja valvomisen tarve vähenee vahvan kulttuurin myötä, ohjaten ihmisiä kehittämään itseään ja työtään. (Karlöf & Lövingsson 2006, 58.)

Organisaation, jossa johto kohdistaa huomiotaan erityisesti vain rakenteisiin, työnjakoon, hallinnollisiin prosesseihin ja talouteen, ei välttämättä ymmärrä miten suuressa määrin kulttuuri toimii näiden tekijöiden ehdollistajana. Jos johto ei huomioi kulttuuria, ei se ilmeisimmin pääsee valitsemillaan keinoilla haluamiinsa tuloksiin. (Harisalo 2010, 272.)

Näkemykset organisaation kulttuureista voidaan jakaa Harisalon (2010, 273) mukaan kahteen ryhmään; 1) organisaatiot ovat kulttuureita ja 2) organisaatiot ovat kulttuureja muokkaavia yksiköitä. Kun organisaatio on kulttuuri, työntekijät ja johtajat eivät valitse

sitä vaan kulttuuri valitsee heidät. Tilanne on toinen, kun organisaatiolla oletetaan olevan oma kulttuurinsa, jota voidaan muokata ja kehittää (Harisalo 2010, 273). Hyvinvointialalla palveluiden kehityksen kulmakivinä ovat tiedolla johtaminen ja oppiva organisaatio (Kivelä, Koponen, Vahvaselkä & Vedenkannas 2008, 14). Kulttuuri on arvokas, koska se edistää organisaation menestymistä. Tässä ajatustavassa kulttuuri on johtamisen tulos ja sen merkityksen seuraaminen edellyttää aktiivista johtamista. Vahva kulttuuri muuttuu johtamattomana heikoksi. (Harisalo 2010, 273.)

Kun tavoitellaan hoitoketjussa moniammatillisuutta, suurimmat esteet ovat usein organisaation rakenteet, positiivisten kokemusten puute ja johdon asenteet (Holmberg-Marttila ym. 2011, 2227). Hoitoketjun käyttöönotossa tarvitaan selkeää johtamista, kehityksen ohjausta koulutuksiin ja henkilökunnan tukemista. Pelkkä ajan antaminen ei ratkaise eteen tulleita ongelmia. (Välimaa 2012, 23.) Tutkimuksen perusteella osaamisen tukeminen ja kannustaminen johdon näkökulmasta on koulutuksiin rohkaiseminen ja jopa velvoittaminen. Hyvä esimies tunnistaa osaamistarpeita, hän toimii koulutuksiin osallistumisen mahdollistajana ja kannustaa yhdessä oppimiseen. (Iharvaara 2013, 32.) Klemolan ym. (2006, 2521) hoitoketjua tutkivassa tutkimuksessa kehittämismyönteisyyttä oli myös nähtävissä. Organisaation johdon on aina toimittava kehittämistyöhön osallistumisen mahdollistajana (Klemola ym. 2006, 2519).

4.6.2 Riittävät resurssit ja henkilöstön asenteet

Hoitoketjuajattelussa potilaiden hoidossa kuntien yksilöllisyys on huomioitava erikoissairaanhoidon asiakkaina. (Nuutinen 2000, 1821; Nuutinen ym. 2004, 2960; Nordback ym. 2010, 1551). On osattava ottaa huomioon perusterveydenhuollon resurssit ja toivomukset, jotka muodostavat lähtökohdan potilaiden hoidolle moniammatillisessa yhteistyössä. (Nuutinen 2000, 1821.) Resurssit työntekijän näkökulmasta vähenevät, jos on jatkuva kiire ja hoitajana koetaan riittämättömyyttä. Kun halutaan saada hoitoketju osaksi hoitotyötä, vaatii se aikaa ja sitoutumista ja työn tekemistä sen eteen. (Välimaa 2012, 69.)

Lisäksi on huomioitava perusterveydenhuollon jo tarjolla olevia palveluita, nykyisiä käytäntöjä, henkilöstön määrää, osaamista ja saatavuutta sekä asenteet ja sijainti. Jos ratkaisut erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä koetaan

perusterveydenhuollossa erikoissairaanhoidon sanelemiksi, hoitoketju ei tule toimimaan. Tarpeiden ja näkemysten yhteensovittaminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä nähdään haasteena hoitoketjun kehittämiseksi ja koulutukselle. (Nuutinen ym. 2004, 2960, 2962.) Jotta nämä työntekijöiden resursseja osattaisiin käyttää oikein tarvitaan suunnitelmallista tietojen keräämistä. Tietojen ja tilastojen kirjaaminen tulisi olla osa henkilöstön työarkea. Kun työntekijät otetaan mukaan tuottamaan tietoa asiakaskäynneistä, mahdollistaa se palveluiden kehittämisen ja uudistamisen. (Lumijärvi 2013, 190.)

Tärkeänä päämääränä on asiakkaan ja palveluntarjoajan välinen konsensus. Kun löydetään yhteisymmärrys asiakkaan tarpeista ja palveluiden mahdollisuuksista tyydyttää näitä tarpeita, voidaan saavuttaa laadukkaita palveluita. Tämä vaatii asennemuutosta ja uudenlaista ymmärrystä palveluidentuottajien lisäksi myös asiakkailta. (Virtanen ym. 2011, 14.)

Esteitä hoitoketjun kehittämiseksi ja hoidon toimivalle porrastukselle voivat olla negatiiviset ennakoasenteet ja vakiintunut toimintakulttuuri, joiden muuttaminen saa aikaa vastarintaa (Nuutinen 2000, 1825). Negatiiviset tunteet on hyväksyttävä muutokseen liittyvinä tunteina. Kun niiden yli päästään, voidaan löytää luovuus ja uusia ratkaisukeinoja. Tämän jälkeen voi vasta seurata uusien mallien vakiintuminen käytännön toiminnaksi. (Nuutinen ym. 2004, 2961.) Ongelmana saattaa olla myös erikoissairaanhoidon tietämättömyys terveyskeskuksen resursseista ja mahdollisuuksista. Hoidossa mukana työskentelevien on tärkeää pyrkiä edesauttamaan ja parantamaan luottamusta, toistensa tuntemusta sekä yhteistyöhalukkuutta. Motivaatio hoitoketjuajatteluun löytyy työn kehittämisestä, joka onnistuessaan palkitsee hoitoketjun kaikkia osapuolia. (Nuutinen 2000, 1825.)

4.6.3 Tiedot, taidot ja koulutus

Organisaatiossa henkilöstö nähdään voimavarana (Klemola ym. 2006, 2519). Silloin kun lähtökohtaisesti henkilöstöä on kriittisistä menestystekijöistä katsottuna riittävästi ja henkilöstö on osaavaa (Silvennoinen–Nuora 2010, 6). Tämä osaavan henkilöstön työnkuva peilaa heidän tietojaan ja taitojaan toimia huonokuuloisen asiakkaan kanssa hänen tullessaan vastaanotolle. Asiakaslähtöiset palvelut ovat asiakkaan tarpeiden

pohjalta suunniteltua, eikä pelkästään palveluntuottajan tarpeista lähtevää. Tämä edellyttää organisaation asiakasymmärrystä. (Sorsa 2002, 68; Virtanen ym. 2011, 19.)

Kuulonyhdyshenkilöpalveluiden keskeisimpänä tavoitteena voidaan nähdä olemassa olevien kuulokojeiden käytön lisääminen. Vuorialhon (2006, 65) väitöksen mukaan ohjauksella kuulokojeen sovituksen jälkeen pystytään vähentämään käyttämättömien ensikojeiden määrää. Kuulonyhdyshenkilöiden koulutuksella saadaan kuulokojeiden käytön osaajia perusterveydenhuoltoon.

Huonokuuloisen lähipiiri tarvitsee myös tietoa ikäkuulosta, sen vaikutuksista ja kuulo-ongelmien hallitsemisesta (Mäki-Torkko, Hannula & Sorri 2006, 1337). Meyerin ja Hicksonin (2012, 73) systemaattisen kirjallisuuskatsauksen yksi johtopäätöksistä oli, että parhaiten kojeen käyttäjäksi sopeudutaan, kun potilas tiedosta oman kuulovikansa, mutta myös edistävän tekijänä nähdään omaisten positiivinen asenne ja tuen antaminen. Tarvitaan ymmärrystä myös ongelmiin, joissa sen lisäksi että kuullaan vaimeammin, myös äänet säröytyvät tai vääristyvät tai puheentunnistus- eli erotuskyvyssä on heikkenemistä (Sorri, Huttunen & Rudanko 2008b). Puheentunnistuskyvyn heiketessä kuulokojeen hyöty kuulolle on vähäisempi.

Omaisten ohjaaminen on muun muassa Itä-Savon sairaanhoitopiirin alustavassa kuulonkuntoutuksen hoitosuosituksessa nostettu asiakkaan ohjaamisen rinnalle ja omaisia pitäisi ottaa vastaanotolla mukaan aina kun asiakas on siihen halukas (Pesonen-Simonen 2014, 44–45). Vastaavasti omaisten ryhmämuotoista tai laajamittaisempi ohjaus aikuisten kuulonkuntoutuksessa on Suomessa kokeiluasteella, kun laajemmin sitä on käytetty ulkomailla jo pitkään (Sorri, ym. 2008b). Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä järjestettäville ensitietopäiville ovat myös lähiomaiset tervetulleita ensikojeiden saajien lisäksi. Näin pyritään lisäämään omaisten ymmärrystä kuulo-ongelmista.

Hoitohenkilökunnan kuulonapuvälineiden käytön opetukseen tulisi panostaa kuulonyhdyshenkilöiden koordinoimana. Kuuloliiton vapaaehtoiset ikähuonokuuloisten tukena-projektissa (2014) hoitohenkilöstölle tekemän kyselyn perusteella, perusterveydenhuollon kuulonkuntoutuksen haasteet ovatkin kuulokojeiden käytön seurannassa ja kuulonapuvälineiden käytönohjauksen riittämättömyydessä (Tuormaa 2014, 3). Koulutuksen tuoma vähäinen ymmärrys ikäkuuloisuudesta huolestuttaa ja

suuri määrä ikäkuuloisia ja heidän tarpeitaan voi jäädä tunnistamatta. Terveystuon ammattilaiset kokonaisuudessaan tarvitsevat tietoa, jotta ikäkuuloisen saisi avun ja tuen oikea-aikaisesti. (Tuormaa 2014, 14.) Hannula ja Mäki-Torkko (2013, 2129) kommentoivat tietoisuuden ikäkuulon yleisyydestä ja sen tuomista haittavaikutuksista kuntoutuksessa olevan heikkoa sekä kansalaisten että terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa omien kokemusien perusteella kuulokeskuksessa.

Osaava henkilöstö ymmärtää myös vertaistuen merkityksen. Kuuloliiton vapaaehtoisen ”ikähuonokuuloisten tukena” -projektissa (2014) laajan kyselyn perusteella terveydenhuollon ammattilaisten mielestä vertaistuella oli tärkeä merkitys ikähuonokuuloisen kuntoutukseen. Terveystuon ammattilaiset toivoivat yhteisiä vertaistukiryhmiä ikäkuuloisille ja heidän läheisilleen. Terveystuon ammattilaisten rooli jakoi mielipiteitä tasaisesti vertaistukiryhmien toimintaa käynnistävänä ja palveluun ohjaavana toimijana sekä ammattilaisena vertaistukiryhmän vetäjänä (Tuormaa 2014, 3.)

Alueellisen koulutus- sekä yhteistyöverkoston rakentaminen on tärkeä hoitoketju-ajattelun kehittämiseksi. (Nuutinen ym. 2004, 2961) Koulutuksista saatujen tietojen kautta edesautetaan hoitoketjujen juurruttamista (Nuutinen ym. 2004, 2961; Välimaa 2011, 71). Kriittisenä menestystekijänä tietojen ja taitojen kehittäminen oppivassa organisaatiossa auttaa lisäämään vaikuttavuutta muuttuvassa toimintaympäristössä (Kivelä ym. 2008, 6). Kuulonyhdyshenkilöiden koulutusta Etelä-Pohjamaan sairaanhoitopiirissä järjestettiin yksi–kaksi kertaa vuodessa.

4.6.4 Yhteistyötaidot

Yhteistyöllä luodaan pohja, jolla koordinoidaan ja kehitetään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitoketjua (Klemola ym. 2006, 2522; Silvennoinen-Nuora 2010, 307). Lisäksi tarkoitus on, että asiantuntijat erikoissairaanhoidossa siirtävät tietotaitoa koulutuksella ja konsultaatiolla perusterveydenhuoltoon (Silvennoinen-Nuora 2010, 21). Konsultaatiotilanteissa voidaan yhteistyössä käydä läpi ajatustenvaihtoa kyseessä olevaan ongelmaan ratkaisemiseksi (Vainikainen 2005, 2013; Paane-Tiainen 2013, 200). Moniammatillinen yhteistyö terveydenhuollossa on lisääntynyt poistaen samalla professionaalista hierarkisuutta (Silvennoinen- Nuora 2004, 127; Silvennoinen- Nuora

2010, 323). Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä yhteistyötä tukemaan on otettu kuulonyhdyshenkilöille tarkoitettu soittoaika sekä viestitoimintoa Effectorin kautta käytetään viestittelyyn kuulonkuntoutukseen liittyen (Ahokas ym. 2014, 5). Kuulonyhdyshenkilöiden työnkuvaa ja ammattitaitoa on kehitettävä moniammatillisessa yhteistyössä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä asiakaslähtöiseen suuntaan.

Alueellinen yhteistyö- ja koulutusverkostojen rakentaminen on erittäin tärkeää (Nuutinen, 2000, 1823; Nuutinen ym. 2004, 2961). Hyvällä yhteistyöllä sekä arvostuksella terveydenhuollon esimiesportaassa että kentällä saavutetaan inhimillisempää ja parempaa palvelua ja hoivaa. Terveydenhuollossa tarvitaan luottamusta ja toistemme tukemista ammattilaisten ja päättäjien kesken. Osapuolten aito yhteistyö ja kumppanuus auttavat pääsemään yli haasteiden sosiaali- ja terveydenhuollossa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001.) Lisäksi tarvitaan yhdyshenkilöverkoston kumppanuuksien luomista järjestöjen ja yksityisen palveluntuottajan kanssa. Asiakaslähtöisestä näkökulmasta yhteistyö ja kumppanuudet osaltaan tukevat asiakaslähtöisen toiminnan kehittämistä (Virtanen ym. 2011, 8).

4.6.5 Potilastiedot työvälteenä

Kun on lähdetty suunnittelemaan tietoteknologian hyödyntämistä strategisesti, tavoitteena on ollut tehdä mahdolliseksi ajatus siirtyä organisaatiokeskeisestä palveluiden järjestämisestä asiakaslähtöisiin saumattomiin palveluketjuihin. (Ekebon, 2005, 999.) Tämä tavoite johtaa siihen että, ajantasaiset tiedot potilaasta on oltava helposti saatavilla. Informaation kulun on oltava saumatonta eri organisaatioiden sisällä sekä yli organisaatorajojen. Sujuvan tiedonkulun estäviä tekijöitä saattaa olla organisaatiokulttuurissa ja henkilöstön asenteissa. Tietojärjestelmien yhteensopivuutta on vuosien mittaan parjattu yhteensopimattomuudesta. (Kaarna 2005, 76–77; Villikka 2007, 103; Silvennoinen-Nuora 2010, 307,309.) Eikä syyttä. Käyntitiedot erikoissairaanhoidossa eivät ole näkyneet suoraan perusterveydenhuollossa. Etelä-Pohjanmaalla alue-efficin käyttöön on siirrytty vuoden 2014 aikana.

4.6.6 Palveluista tiedottaminen

Julkisyhteisön viestintään liitetään lähtökohtaisesti tasa-arvo ja tasapuolinen ajattelu. Tästä huolimatta tulee ajatella kohderyhmän erityistarpeita ja näihin kohdistettua viestintää. (Högström 2002, 44, 46.) Palveluista tiedottaminen hoitohenkilökunnalle katsotaan olevan osa sisäistä viestintää ja asiakkaille osa ulkoista viestintää. Organisaation yhtenä menestyksen ehtona nähdään toimiva sisäinen viestintä. Henkilöstön tulee saada tietoa siitä, mikä auttaa omassa työssään ja on oleellista. (Österberg 2009,178.) Terveystieteiden tutkimuksessa viestintä koskee hoitohenkilökuntaa mutta myös kaikkia, jotka terveyskeskuksissa toimivat ajanvarauksessa. Kuulonkuntoutukseen liittyvä sekä tiedot palveluista ja niiden saatavuudesta että konsultaatioapu koskevat erityisesti ikäihmisten kanssa työskenteleviä.

Ulkoisessa viestinnässä tiedottamisen lähtökohtana ovat vastaanottajat, joille tiedottaminen pitää rakentaa huomioiden kohderyhmä ja valita keinot sekä tiedotuskanavat heidän mukaan. Tavoitteena tiedottamisella on lisätä tietoisuutta. (Siukosaari 2002, 163.) Tietoisuutta palveluista voidaan lisätä tiedotteilla, esitteillä, verkkojulkaisuina tai tulosteina, havaintovideoilla, diaesityksin, seinätauluilla tai esittäen asiaa tiedotustilaisuudessa. Lehtien palstoilla esimerkiksi paikallislehdissä tietoa saadaan jaettua asiakkaille. (Siukosaari 2002, 165–166,172,177.) Terveystieteiden tutkimuksessa kuten kuulonkuntoutus asiakkaiden kohdalla on mahdollista saada tiedot palveluista suoraan vastaanottokäytien yhteydessä. Yhteydenottamista varten tulisi yhdyshenkilöiden yhteystiedot olla helposti saatavilla.

Viestintäsuunnitelma pohjautuu toiminnan suunnitteluun, jonka taustalla on yhteisön toiminta-ajatukset, tavoitteet ja visiot. On tärkeä tuntee yhteistyö- ja kohderyhmät odotuksineen, että tarpeisiin voitaisiin vastata. (Siukosaari 2002,20.) Kuulonyhdysheiköiden kuten muidenkin erityistyöntekijöiden palveluista tiedottaminen tulisi olla osa suurempaa organisaation viestintäsuunnitelmaa, joka tukisi palveluiden näkyvyyttä ja saatavuutta.

4.7 Kirjallisuuskatsaus

Tutkittua tietoa kuulonkuntoutuksen kuulonyhdyshenkilöpalveluista tai hoitoketjun käyttöönnotosta ei ole. Kuuloon liittyen tutkimuksia löytyy muun muassa huonokuuloisen identiteetin rakentumisesta, miksi kuulokojeet jäävät käyttämättä ja miten yleistä huonokuuloisuus on. Projektiraportteja kuulonyhdyshenkilötoiminnan käynnistämisestä löytyi kirjallisuuskatsauksen ulkopuolelta peräti neljä kappaletta. Kirjallisuuskatsauksessa tieteellisen näkökulman saamiseksi keskityttiin tutkimuksiin, joissa oli tutkittua tietoa hoitoketjun kriittisistä menestystekijöistä henkilöstönäkökulmasta. Tutkimuksista koottiin alkuperäisten tutkimusten yhteenvetotaulukko (liite 5).

Tässä kirjallisuuskatsauksessa käytettiin kriteereitä laadun arvioimiseksi (liite 6). Arvioinnissa käytettiin Palomäki ja Piirtola (2012, 25, 73) kriteereitä, jotka oli luotu hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin sekä Kontion ja Johanssonin kvantitatiivisten ja kvalitatiivisten laatukriteereiden mukaan. Tässä Laadunarvioinnin lomakkeessa yhdistyivät kvalitatiivisten ja kvantitatiivisten tutkimusten arviointi. Tässä kirjallisuuskatsauksessa valikoitui kolme tutkimusta. Tutkimukset käytiin läpi valittujen kriteerien avulla. Tutkimukset pisteytettiin ja se avulla päätettiin otettiin niitä mukaan katsaukseen. Tutkimuksien valintakriteerinä oli, että tutkimus sai vähintään kymmenen pistettä.

Kirjallisuuskatsauksessa valikoituneissa tutkimuksissa yhteisenä nimittäjänä olivat se, että niissä muuttujina tutkittiin hoitoketjun estäviä ja edistäviä mekanismeja. Näistä saatiin poimittua kriittisiä menestystekijöitä henkilöstönäkökulmasta. Ja niistä koottiin taulukko havainnollistamaan opinnäytetyön pohjaksi valittuja mekanismeja (liite 4).

Koska kansainvälisesti on käytössä useita kymmeniä eri määritelmiä hoitoketjuista, johtaa tämä siihen, ettei tutkimusten vertailu keskenään ole helppoa. Itse termien käytössä on myös useita variaatioita. Tutkimuksia on myös häkellyttävän vähän hoitoketjun arviointimenetelmien välillä. Tämän vuoksi niistä ei ole tutkittuja tuloksia hoitoketjujen käytäntöjen hyödynnettäväksi (Vanhaecht ym. 2006, 529–530.) Vaikuttavuuden arviointimenetelmiä ei myöskään tunneta (Silvennoinen-Nuora 2010, 308). Kansainvälisissä tutkimuksissa on hoitoketjua tutkittu melko paljon. Niissä vertaillaan vaikuttavuutta ennen ja jälkeen hoitoketjun käyttöönoton tai verrataan

hoitoihin, joissa ei ole hoitoketjua käytössä (Silvennoinen-Nuora 2010,30). Estäviä ja edistäviä mekanismeja ei kansainvälisissä tutkimuksissa ollut käsitelty. (Tuqiri & Eriksson 2008, 9; Vanhaecht ym. 2006, 529). Näiden mekanismien tunteminen on tarpeellisia, että voidaan täysin ymmärtää miksi ja missä olosuhteissa hoitoketju johtaa haluttuihin tuloksiin tuottaen vaikuttavuutta. Tarvitaan laajempaa tutkimusta siitä, mitkä hoitoketjun arviointivälineet, rakenteet ja kriteeristöt vaikuttavat hoidon vaikuttavuuden saavuttamiseen. (Vanhaecht ym. 2006, 529–530.) Dy ym.(2005, 499) hoitoketjuja tutkineessa tutkimuksessaan ovat tulleet myös siihen lopputulokseen, että vaikka hoitoketju toimisikin toisessa paikassa hyvin, se ei takaa hoitoketjun tehokkuutta toisessa tilanteessa. Tämä johtuu siitä, että estävät ja edistävät mekanismit vaikuttavat hoitoketjun toimivuuteen. Dy ym. (2005, 499) tutkimuksen johtopäätöksenä todetaan, että epäselväksi jää mitkä hoitoketjun estävät ja edistävät tekijät eli mekanismit voivat lyhentää hoidon pituutta. Tällaista estävien ja edistävien tekijöiden mittaristoa on Silvennoinen-Nuora (2010) käyttänyt väitöksessään erityisesti prosessi- ja asiakasnäkökulmista.

5 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT JA TOTEUTTAMINEN

5.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

Kvantitatiivinen tutkimus antaa mahdollisuuden selittää, kuvata, kartoittaa, vertailla tai ennustaa ihmistä koskevia asioita ja ominaisuuksia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 138; Vilkka 2007, 19.) Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kuulonyhdyshenkilön työnkuvan toteutumista ja kehittämistarpeita sekä kartoittaa henkilöstönäkökulmasta edellytyksiä kuulonkuntoutuksen hoitoketjun käyttöönotolle. Opinnäytetyön kohderyhmänä olivat kaikki päävastuussa olevat kuulonyhdyshenkilöt Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa. Kyseessä oli siis kokonaistutkimus. Kokonaistutkimus on tutkimus, jossa kaikki perusjoukkoon kuuluvat otetaan mukaan tutkimukseen (Vilkka 2007, 51).

Virkan (2007, 20) mukaan kartoittamalla etsitään uusia näkökulmia asioihin ja voidaan tutkia vähemmän tunnettuja asioita ja ilmiöitä sekä selvittää tarkasteltavasta aiheesta kirjallisuutta. Kartoittavalla tutkimuksella on mahdollista löytää esimerkiksi keskeisiä teemoja, malleja tai tyypittelyjä (Vilkka 2007, 20). Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä etsii vastauksia kysymyksiin kuinka moni, kuinka paljon ja kuinka usein (Vilkka 2007, 14). Kvantitatiivisella tutkimuksella tarkoituksena on yleistäminen (Kananen 2011, 17).

Tässä opinnäytetyössä kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä nousi esille tarpeesta saada selville kuulonyhdyshenkilön työnkuvan toteutumista. Lähtökohtaisesti haluttiin tilastollista tietoa ja yleistettävyyttä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkuntien kuulonyhdyshenkilöiden työnkuvasta. Eli haluttiin tietoa siitä, mitä kuulonyhdyshenkilöt tekevät ja kuinka paljon. Edellytyksien selvittäminen hoitoketjun käyttöönotolle kriittisten menestystekijöiden kautta oli sopiva myös kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän näkökulmasta. Työnkuvan kehittämisehdotuksia kysyttiin myös avoimissa kysymyksissä, jotka lisäsivät tulosten luotettavuutta.

5.2 Kysely tiedonkeruun menetelmänä

Tutkimuksen tavoitteet on oltava selvillä, ennen kuin kyselylomakkeen laatiminen aloitetaan. Strukturoidulla kyselylomakkeella tutkittava asia ja sen ominaisuudet vakioidaan ja suunnitellaan kysymyksiksi ja vaihtoehdoiksi. Kysymykset pyritään muotoilemaan kaikille samalla tavalla ymmärrettäviksi. (Vilka 2007, 14–15.) Tässä kyselyssä pääasiallisena tiedonkeruumenetelmänä oli strukturoidut kysymykset.

Kun tehdään tutkimusta, valitaan harkitusti tutkimusmenetelmä ja mittari, jotka mittaavat haluttuja asioita (Ronkainen ym. 2013, 130). Opinnäytetyötä varten laadittiin uusi mittari, sillä valmiista mittaria ei ollut saatavilla aiheesta. Kyselylomakkeessa oli 5-portainen Likertin asteikko (1 = samaa mieltä, 2 = osittain samaa mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = osittain erimieltä, 5 = eri mieltä.) Kyselylomakkeessa Likertin asteikolla voidaan mitata vastaajien kokemuksellisia mielipiteitä (Vilka 2007, 45). Lisäksi työnkuvan laajuuteen liittyen oli kysymyksiä työtehtävistä kyllä - ei vaihtoehdoin ja joistain työtehtävistä strukturoiduin ”miten usein” vaihtoehdoin. Kyselyssä oli 48 strukturoitua ja kolme avointa kysymystä (liite 13).

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa käsitteellisiä asioita nimitetään muuttujiksi. Muuttujat jaotellaan pienempiin osa-alueisiin, kysymyksiin sekä vastausvaihtoehtoihin. Muuttujat valikoitiin omaan opinnäytetyöhön kirjallisuuskatsauksessa mainittujen tutkimuksien pohjalta (taulukko 1). Tämä jälkeen teoreettiset käsitteet muutetaan eli operationalisoidaan ymmärrettävään ja mitattavaan muotoon. (Vilka 2007, 36.) Teoriatiedon pohjalta jaoteltiin seitsemän eri muuttujaa. Muuttujat kerättiin Silvennoinen-Nuora (2010) väitöksen ja Välimaa (2012) pro gradu -tutkielman pohjalta. Silvennoinen-Nuoran tekemässä väitöksessä kriittisistä menestystekijöistä henkilöstönäkökulmasta oli nostettu esille kolmesta eri hoitoketjua tutkineista tutkimuksista.

TAULUKKO 1. Kyselyn muuttajat

MUUTTUJAT :	KYSYMYSTEN NUMEROT:
1. Kuulonyhdyshenkilöiden organisaatiokulttuuri ja johdon tuki	20, 21, 25, 26, 27
2. Kuulonyhdyshenkilöiden työnkuva, tiedot ja taidot	1f, 1a, 1b, 1m, 1g, 1i, 1n, 1p, 1l, 1h, 19, 22, 23, 24, 36, 37, 51
3. Kuulonyhdyshenkilöiden yhteistyön toteuttaminen	1j, 1q, 1k, 1o, 1r, 1s, 2, 3, 4, 30, 34, 35
4. resurssit kuulonyhdyshenkilön työnkuvassa	11, 13, 14, 15, 31, 32, 33, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 46
5. Kuulonyhdyshenkilöiden asenne työnkuvaan ja sen kehittämiseen	16, 17, 18, 28, 29, 36, 37
6. Potilastiedot kuulonyhdyshenkilön työvälineenä	5, 6, 45, 47
7. Kuulonyhdyshenkilöpalveluista tiedottaminen	7, 8, 9, 10

Kyselyssä kartoitettiin myös avoimilla kysymyksillä kuulonyhdyshenkilöpalveluiden kehittämisehdotuksia ja mahdollisista muutoksista työnkuvassa viimeisen vuoden aikana. Nämä avoimet kysymykset ovat mahdollisuus kertoa, mitä todella asiasta on sanottavana (Hirsjärvi ym. 2009, 201). Avointen kysymysten pohjalta voitiin nostaa esiin uusia kehittämisehdotuksia työnkuvien kehittämiseen sekä yhteistyöhön perusterveyden- ja erikoissairaanhoidon välillä. Avoimilla kysymyksillä pyrittiin vahvistamaan strukturoiduista kysymyksistä saatua tietoa ja lisäämään luotettavuutta.

Kyselylomakkeen suunniteluun varattiin paljon aikaa ja sen laajuuden vuoksi siitä pyrittiin tekemään mahdollisimman ymmärrettävä. Kyselylomakkeissa kysymysten muoto on vakioitu (Vilkka 2007, 28). Kun kyselylomake on ulkoisesti suunniteltu esteettisesti hyvin, houkuttelee se helpommin vastaamaan (Kananen 2011, 44). Tutkimusta varten anottiin tutkimuslupat seitsemältä kunnalta tai kuntayhtymältä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Haasteelliseksi muodostui tutkimuslupien saaminen aikataulussa. Toisissa tutkimuslupaprosessi oli sujuva, toisissa byrokraattinen. Aineistonkeruu toteutettiin kyselylomakkeella, joka lähetettiin postitse terveyskeskuksen kuulonyhdyshenkilöille. Kyselyitä postitettiin sen mukaan, kun tutkimuslupia saatiin kunnilta tai kuntayhtymiltä. Kysely toteutettiin touko-kesäkuussa 2014. Aikataulu oli tiivis, sillä kysely oli tarkoitus saada tehtyä ennen kesälomia. Kuulonyhdyshenkilöt saivat ennakkoon tiedotteen kyselystä puhelimitse ja jos ei tavoitettu niin sähköpostitse. Vastaamatta jättäneet saivat sähköpostitse muistutuksen

kyselystä. Varsinaista vastausaikaa oli noin kaksi viikkoa. Vastausprosentiksi muodostui 81 % (n=22). Kyselylomakkeita lähetettiin postitse 27 kappaletta.

5.3 Aineiston analyysimenetelmät

Tutkimustulosten havainnollistamiseksi luodaan havaintomatriiseja Excel-
taulukkolaskentaohjelmalla. Havaintomatriisi on taulukko, jossa vaakarivit ovat
tuloksista saatuja tilastoyksikköjä ja pystysarakkeet muuttujia. Yhdessä vaakarivissä on
yhden vastaajan vastaukset ja pystysarakkeessa kaikkien vastaajien yhden kysymyksen
saama tieto (Heikkilä 2008, 46–47.) Havaintomatriisi nopeutti aineiston tulkitsemisessä.

Tunnusluvuilla voidaan kertoa mihin suuruusluokkaan tai mittatasoon suurin osa
muuttujan havainnoista sijoittuu. Tällaisia tunnuslukujen sijainlukuja ovat mediaani,
moodi, aritmeettinen keskiarvo ja fraktiili. (Vilka 2007, 121.) Tässä opinnäytetyössä
aineisto esitettiin prosenttilukujen muodossa. Ristiintaulukoinnista luovuttiin, sillä
kokonaistutkimuksen vastaajia oli ainoastaan 27 kuulonyhdyshenkilöä.
Ristiintaulukoinnin avulla voidaan määrittää useampien muuttujien välinen riippuvuus
(Vilka 2007, 129). Jotta tulosten havainnollisuus ei heikentynyt, pyöristettiin
prosenttiluvut lähimmäksi kokonaisluvuksi. Vastaukset analysoitiin Excel-
taulukkolaskentaohjelmalla ja avoimet vastaukset sisällön erittelyllä.

Avoimet vastaukset luokiteltiin teemoittain eri ryhmiin. Niistä tieto kirjattiin suorina
lainauksina word -tekstinkäsittelyohjelmalla. Kaikki avointen kysymysten vastaukset
hyväksyttiin mukaan sisällön analysointivaiheessa. Avoimena kysymyksenä muut
perustyön ohella olevat vastuutehtävät jaoteltiin teemoihin, kuten myös
kehittämisehdotukset kuulonyhdyshenkilöiden työnkuvassa. Teemat käydään läpi
tulokset -osiossa. Avoimen kysymyksen perusteella ei viimeisen vuoden aikana ollut
tehty muutoksia terveystieteiden kuulonyhdyshenkilön työnkuvassa.

6 TULOKSET

6.1 Vastaajien taustatiedot

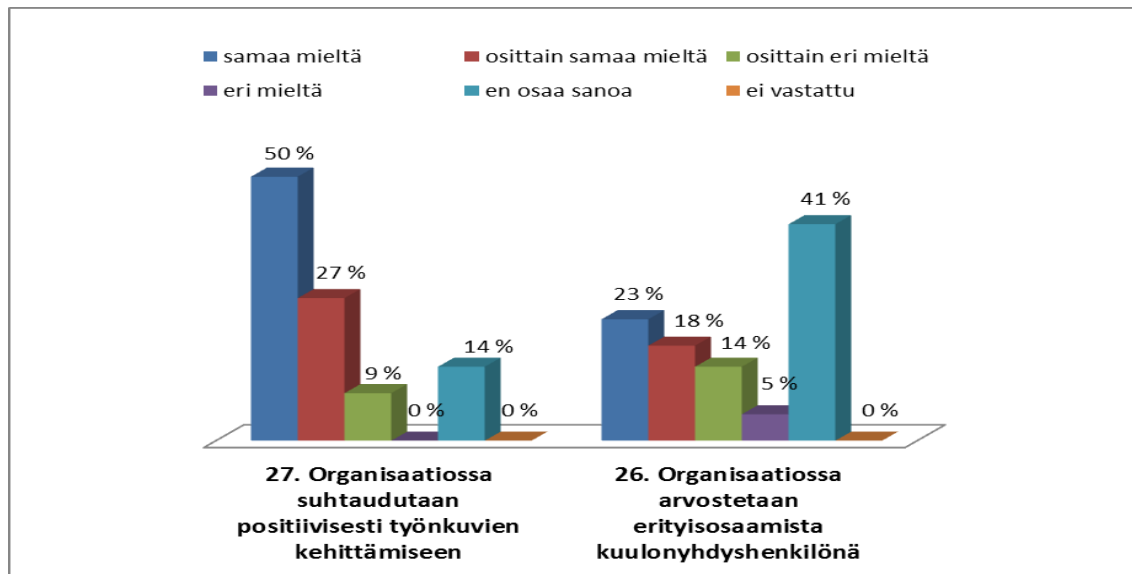
Taustatietoihin liittyviä kysymyksiä olivat toimipaikka, ammatti ja työkokemuksen pituus kuulonyhdyshenkilönä. Kaikki kyselyyn vastanneet olivat vastanneet kaikkiin kysymyksiin. Toimipaikoista kysyttäessä yhdistettiin kotisairaanhoido ja kotipalvelu samaan luokkaan, sillä vain kaksi työskenteli kotipalvelussa. Näistä toisesta vastauksesta oli toimipaikkana sekä kotisairaanhoido että kotipalvelu. Kaksi vastaajista vastasi ammatikseen sekä terveydenhoitajan että sairaanhoitajan, heidät on luokiteltuna terveydenhoitajiin (taulukko 2).

TAULUKKO 2. Vastaajien taustatiedot

TOIMIPAIKKA	n	% vastanneista
Kotisairaanhoido/kotipalvelu	9	41%
terveyskeskuksen/terveysaseman avovastaanotto	5	23%
Aikuisneuvola	7	32%
lastenneuvola	1	5%
AMMATTI		
sairaanhoitaja	3	14%
terveydenhoitaja	12	55%
lähi-/perushoitaja	4	18%
esimies	3	14%
TYÖKOKEMUS KUULONYHDYSHENKILÖNÄ		
alle 1/2 vuotta	4	18%
1/2-1 alle 1 vuotta	1	5%
1-2 vuotta	6	27%
3-5 vuotta	6	27%
6 vuotta tai enemmän	5	23%

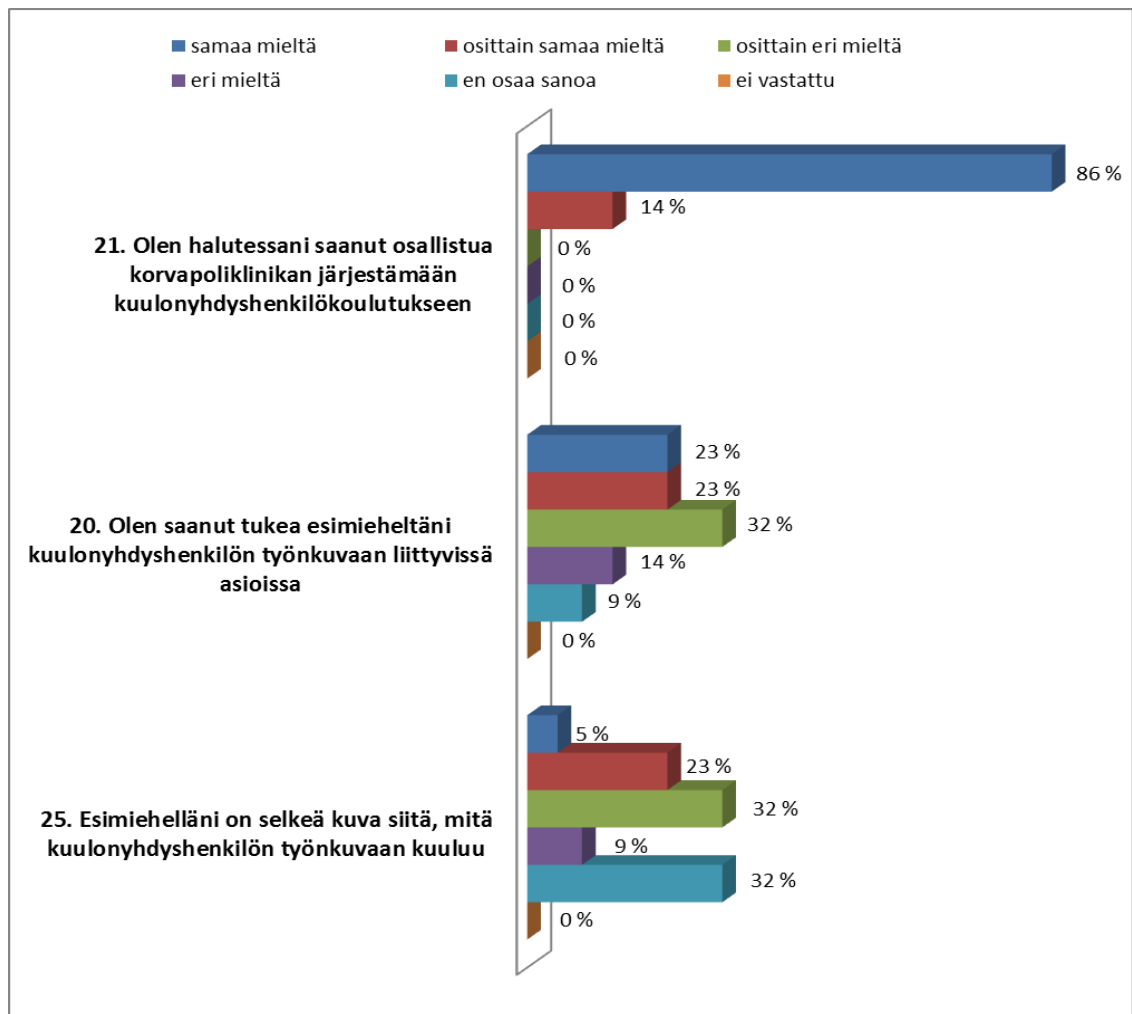
6.2 Kuulonyhdysenkilöiden organisaatiokulttuuri ja johdon tuki

Kysymyksissä 20, 21, 25, 26 ja 27 selvitettiin organisaatiokulttuuria ja johdon tukea kuulonyhdysenkilön työnkuvaan liittyen. 77%:n (n= 17) mielestä *organisaatiossa suhtaudutaan positiivisesti työnkuvan kehittämiseen*. Vain 9% (n=2) oli osittain eri mieltä. 41% (n=9) mielestä *organisaatiossani arvostetaan erityisosaamista kuulonyhdysenkilönä*. Osittain eri mieltä tai eri mieltä oli 18% (n=4) ja 41%(n=9) ei osannut sanoa mielipidettään (kuvio 4).



KUVIO 4. Organisaatiokulttuurin näkyminen

Vastaajista kaikki *kuulonyhdysenkilöt ovat saaneet lähes aina halutessaan osallistua kuulonyhdysenkilökoulutukseen*. 45% (n=10) vastaajista oli samaa tai osittain samaa mieltä siitä, että *on saanut esimieheltään tukea kuulonyhdysenkilön työnkuvaan liittyvissä asioissa*. Osittain eri mieltä tai eri mieltä esimiesten antamasta tuesta kuulonyhdysenkilön työnkuvaan liittyen oli 45% (n=10). *Esimehelläni on selkeä kuva kuulonyhdysenkilön työkuvasta* samaa tai osittain samaa mieltä oli 27% (n=6) ja osittain eri mieltä tai eri mieltä oli 41% (n=9) vastaajista. 32%(n=7) ei osannut sanoa mielipidettään asiaan (kuvio 5).



KUVIO 5. Esimiehen tuki kuulonyhdyshenkilön työnkuvaan

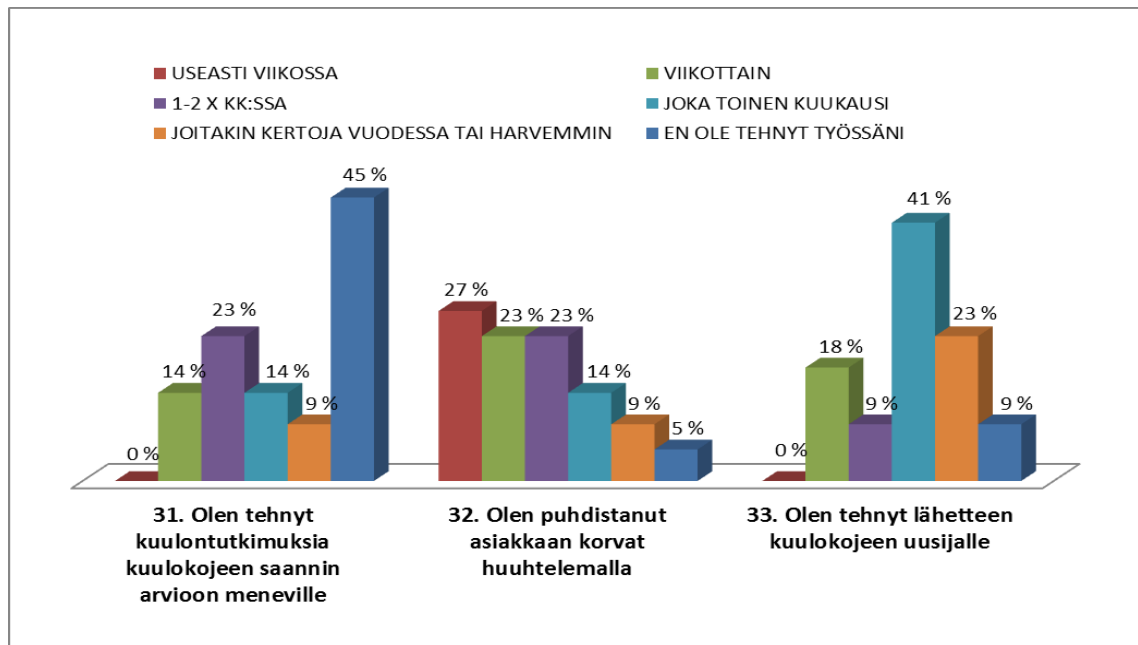
6.3 Resurssit kuulonyhdyshenkilön työnkuvaan

Resurssit sisältävät työaika- ja henkilöstöresurssit sekä työvälineet työnkuvan toteuttamiseksi. Kysymykset 11, 13 ja 15 käsittelivät *työajan riittävyyttä*. Kuulonyhdyshenkilöistä 41% (n=9) oli sitä mieltä, että *heillä on riittävästi aikaa tämän hetkisen kuulonyhdyshenkilön työnkuvan toteuttamiseen*. Vastaajista 36%:in (n=8) kokemana aikaa *ei ollut riittävästi kuulonyhdyshenkilön työnkuvan toteuttamiseen* (liite 7).

Vastaajista 55% (n=12) oli samaa tai osittain samaa mieltä siitä, että *terveyskeskuksen henkilökunta tarvitsee opetusta kojeiden käytössä, mutta aikaa ei riitä siihen*. Eri mieltä tai osittain eri mieltä oli 14% (n=3) vastanneista. 32% (n=7) ei osannut sanoa. Kuulonyhdyshenkilöistä 68% (n=15) mielestä *hoitohenkilökunta ottaa usein yhteyttä*

kuulonyhdyshenkilöön kuulokojeongelmissa. Vastaajista osittain eri mieltä tai eri mieltä oli 28% (n= 6) (liite 8).

Kysymyksissä 31, 32 ja 33 kysyttiin *miten usein työtehtäviä tehdään osana työnkuvaa* (kuvio 6). *Kuulontutkimuksia kuulokojeearvioon meneville ei ollut tehnyt* omassa työssään 45% (n=10). Lopuista 55% (n=12) kuulontutkimuksia oli viikottain tehnyt 14% (n=3), 1-2 kertaa kuussa 23% (n=5) ja joka toinen kuukausi tai harvemmin oli tehnyt 18% (n=4). *Asiakkaiden korvien puhdistusta huuhtelemalla* oli tehnyt useasti viikossa tai viikottain 50% (n=11) 1-2 kertaa kuussa 23% (n=5) ja joka toinen kuukausi tai harvemmin 23% (n=5).



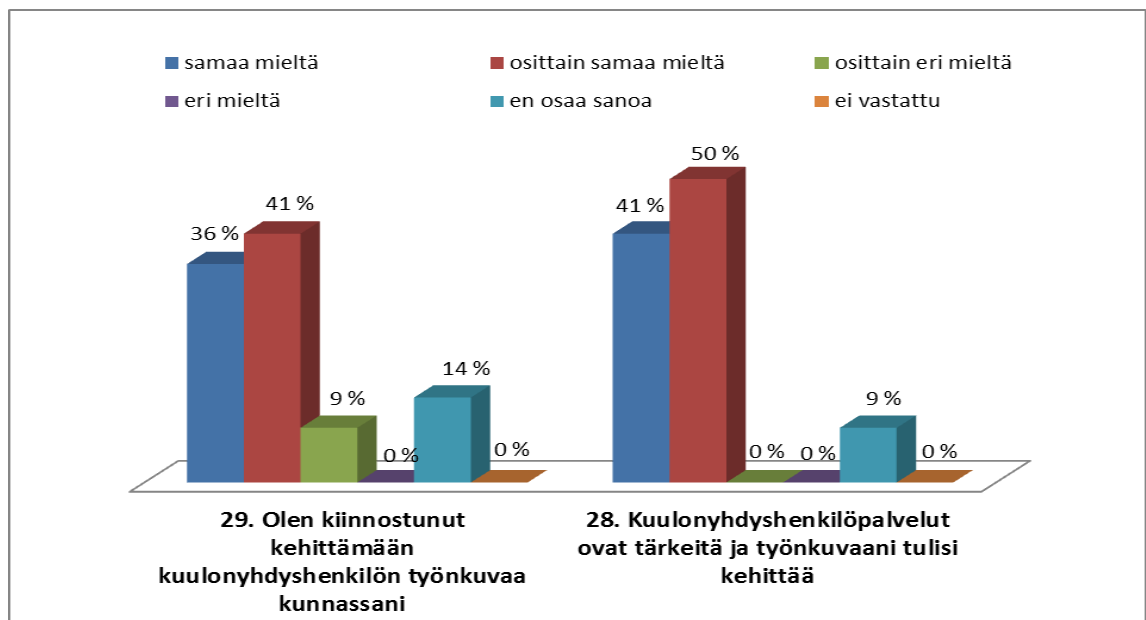
KUVIO 6. Miten usein kuulonyhdyshenkilö tekee työssään

Kuulonyhdyshenkilöt vastasivat avoimeen kysymykseen, jossa kysyttiin muita vastuutehtäviä omassa työssään. Vastaukset jaoteltiin kolmeen teemaan: 1) Yhdyshenkilön/hoitajan vastuutehtäviä, 2) muita potilasryhmiä koskevia vastuutehtäviä ja 3) työnkuvaa tukevia vastuutehtäviä. Yhdyshenkilön/hoitajan vastuutehtäviä olivat *marevan-, astma-, osteoporoosi-, reuma-, muisti-, sydän-, haavahoitajan tehtävät sekä syöpä- ja kuulonyhdyshenkilöntehtävät*. Muita asiakasryhmiä koskevia vastuutehtäviä olivat *matkailijoiden rokotukset, jalkahoidot, siedätykset, elintaparyhmäohjaukset ja pakolaisasiakkaat*. Työnkuvaa tukevia työtehtäviä olivat *hallinnolliset työt, hygieniayhdyshenkilön tehtävät ja keskusvarastotilauksista huolehtiminen* (liite 9).

Kysymyksissä 38, 39, 40, 43 ja 44 kysyttiin vastaanotto toiminnasta ja kotikäynneistä. *Vastaanotot* kuulokoje potilaille on mahdollisia kaikilla kuulonyhdyshenkilöillä. *Omia ajanvarausaikoja* kuulokojeen käyttäjille oli 23%:lla (n=5) ja *kotikäyntimahdollisuus* 50%:lla (n=11) vastaajista. *Työssään kuulontutkimuksia* kuulokoje arvioon meneville teki 45% (n=10). Vastaajista 41%:lla (n=9) oli omassa käytössään kuulontutkimuksiin tarkoitettu tutkimuslaitteisto ja lisäksi 18%:lla (n=4) äänieriö. Väittämässä 14, työssäni tulee *kuulo tai kuulokoje asioita eteen lähes päivittäin*, oli samaa tai osittain samaa mieltä 36% (n= 8) ja osittain eri mieltä tai eri mieltä oli 64% (=14) kuulonyhdyshenkilöistä. Kysymyksessä 46 kysyttiin kuulokojeasiakaskontakteista kerättyistä *tilastoista* joita oli kerännyt 14% (n=3) vastaajista.

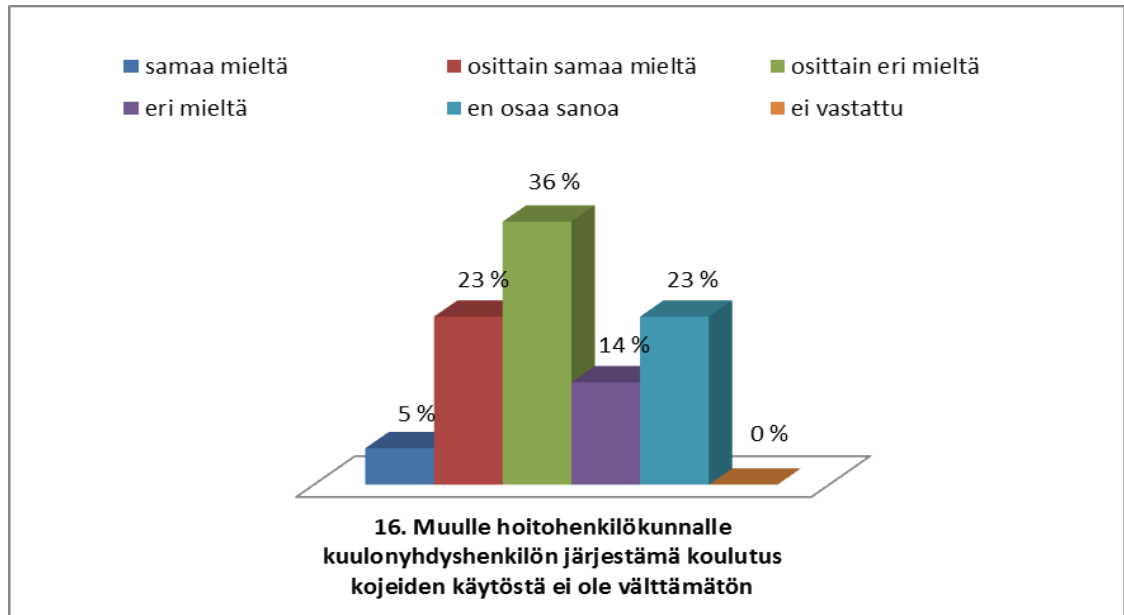
6.4 Kuulonyhdyshenkilöiden asenne työnkuvaan ja sen kehittämiseen

Kysymykset 16, 17, 18, 28 ja 29 arvioivat vastaajien asennoitumista omaan kuulonyhdyshenkilön työnkuvaan ja sen kehittämiseen. Kuulonyhdyshenkilöistä 91% (n= 20) oli yleisellä tasolla sitä mieltä, että *kuulonyhdyshenkilöpalvelut ovat tärkeitä ja omaa työnkuvaa tulisi kehittää*. *Kiinnostuneita kehittämään omaa kuulonyhdyshenkilön työnkuvaa* oli 77% (n=17) vastanneista (kuvio 7).



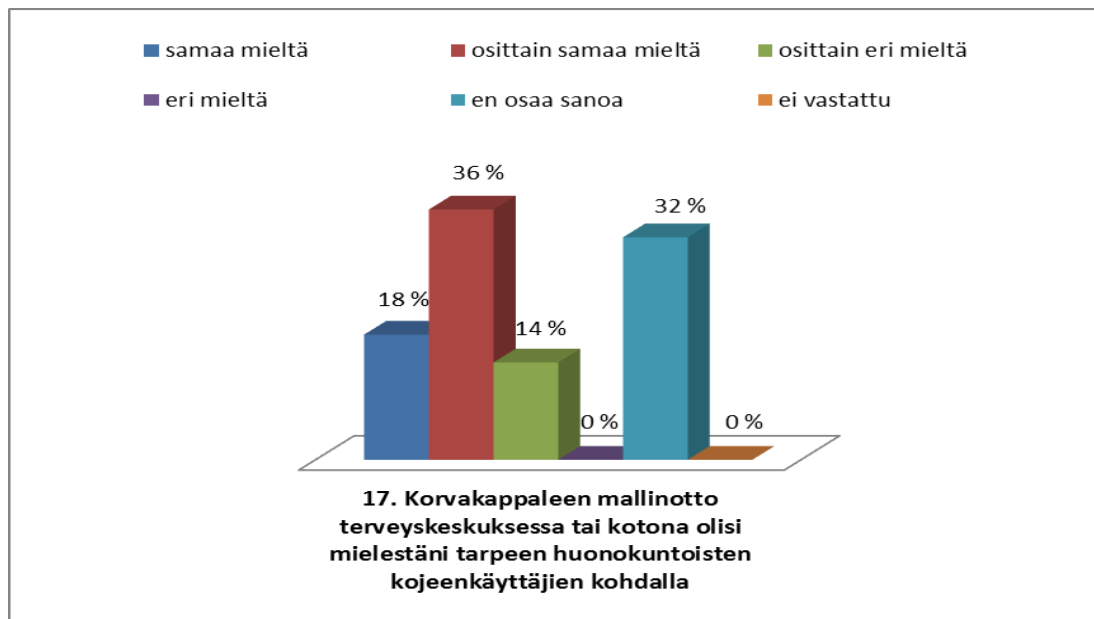
KUVIO 7. Kuulonyhdyshenkilöiden asenne työnkuvan kehittämiseen

Kuulonyhdyshenkilöistä 50% (n=11) oli eri mieltä tai osittain eri mieltä siitä, että *koulutuksen eivät ole välttämättömiä muulle hoitohenkilökunnalle*. Samaa mieltä tai osittain samaa mieltä oli 27% (n= 6) ja 23% (n=5) kuulonyhdyshenkilöistä ei osannut sanoa mielipidettään (kuvio 8).



KUVIO 8. Hoitohenkilökunnan kouluttamisen tarve kuulokojeista

36% oli samaa mieltä tai osittain samaa mieltä siitä että *ottavat yhteyttä asiakkaaseen, kun audionomin sanelussa on maininta kojeenkäytön ongelmasta*, ja osittain eri mieltä oli 41% (n= 9) (liite 10). Kuulonyhdyshenkilöistä 55%:n (n=12) mielestä *korvakappaleen mallinotto terveystieteiden osastolla olisi tarpeellinen huonokuntoisten kojeen käyttäjien kohdalla*. 14% (n= 3) oli osittain eri mieltä ja 32% (n=7) ei osannut sanoa mielipidettään (kuvio 9).

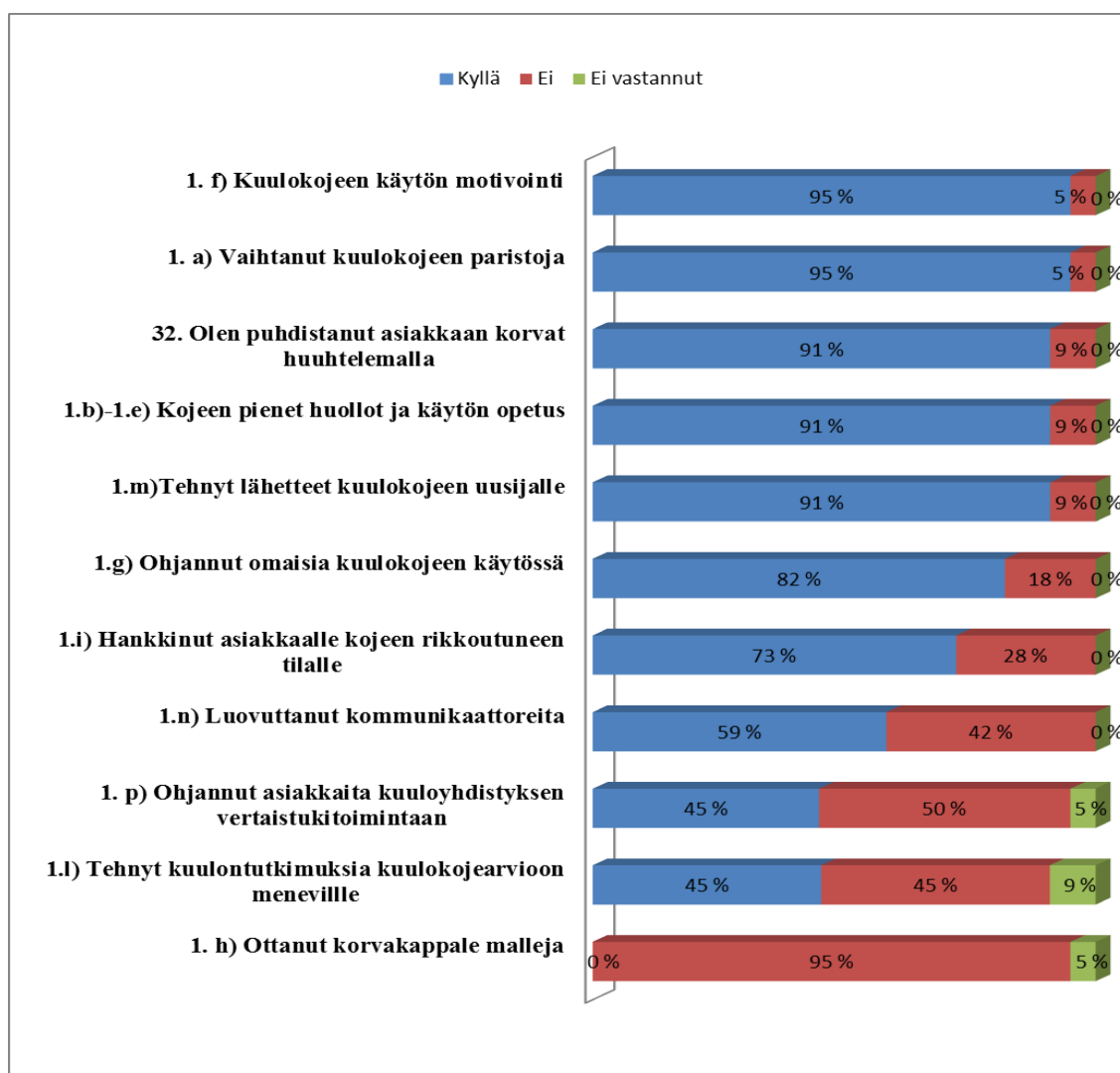


KUVIO 9. Korvakappalemallinoton tarpeellisuus terveyskeskuksissa

6.5 Kuulonyhdyshenkilöiden tiedot, taidot ja koulutus

Kysymyksien 1a),b),f),g),h),l),m),n) ,p) ,19, 22, 23, 24, 36, 37 ja 51 vastauksien kautta peilataan tietoja ja taitoja kuulonyhdyshenkilöiden työnkuvaan liittyvistä palveluista asiakkaille. Lisäksi kuulonyhdyshenkilöt ovat arvioineet omaa osaamistaan sekä kertoneet avoimissa vastauksissa työnkuvan muutoksista ja kehittämis ehdotuksista.

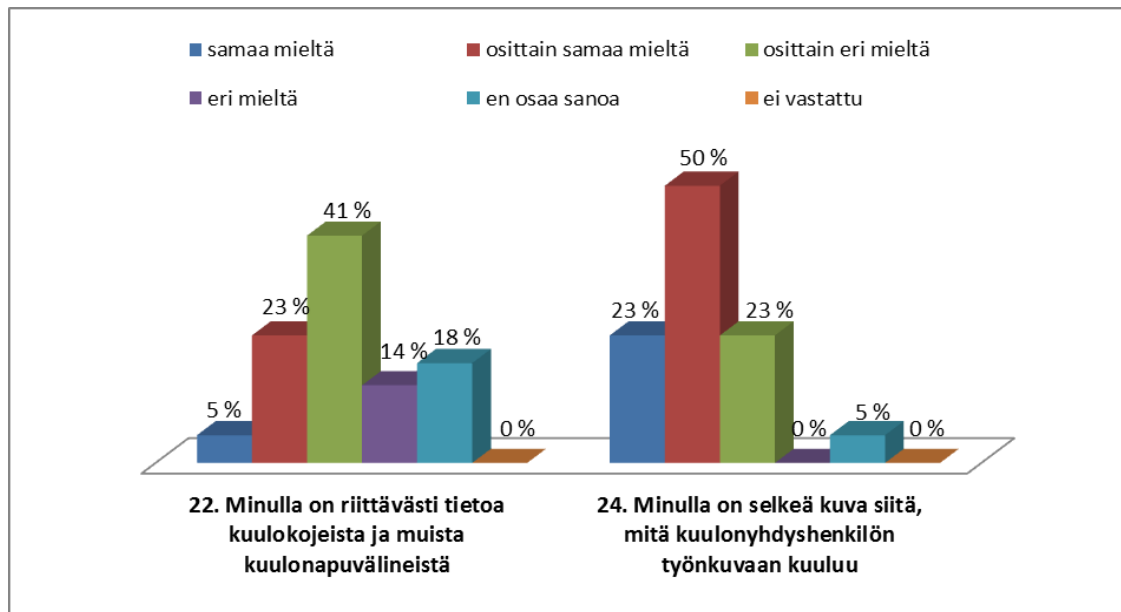
Kyselylomakkeen alussa kysyttiin *kuulonyhdyshenkilöiden palveluista asiakkaille*. Työssään 95% (n= 21) vastaajista oli motivoinut kuulokojeen käytössä ja vaihtanut paristoja kuulokojeisiin. 91%:lle (n=20) vastaajista tuttuja työtehtäviä oli korvien huuhtelut, kuulokojeen pienet huollot, kuulokojeiden käytön opetus sekä läheteiden tekemiset kuulokojeen uusijoille. Omaisten ohjaamista kuulokojeen käytössä oli tehnyt 82% (n=18) ja 73% (n=16) oli hankkinut asiakkaalle kuulokojeen rikkoutuneen tilalle. Kuulonyhdyshenkilöistä 45% (n=11) oli ohjannut asiakkaita vertaustukitoimintaan. Työssään kuulonyhdyshenkilönä kukaan ei ollut ottanut korvakappalemalleja (kuvio 10). Lisäksi muiksi työtehtäviksi mainittiin kuulokojeiden suodattimen vaihdot ja mm. väliletkun tilauksien tekeminen (kuvio 10).



KUVIO 10. Kuulonyhdyshenkilöiden palveluita asiakkaille

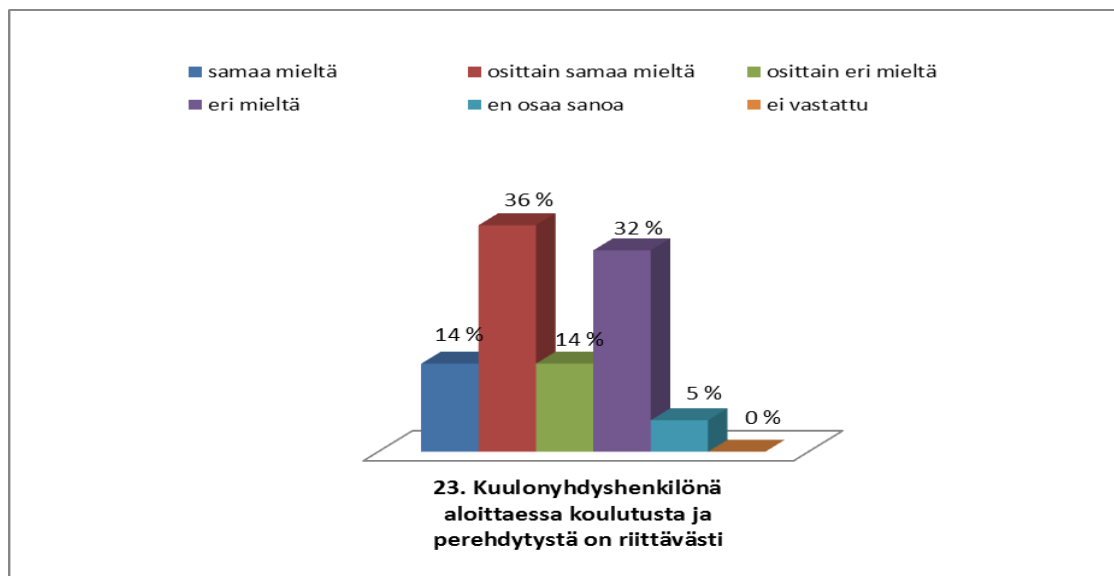
Kuulonyhdyshenkilön toteuttamista palveluista asiakkaille kommunikaattoreita oli luovuttanut 59% (n=13) vastaajista (kuvio 10). Kysymyksessä 19, kommunikaattorien luovutus tehtävänsiirtona on onnistunut hyvin 50% (n=11) mielestä. 23% oli osittain eri mieltä tai eri mieltä ja 27% (n=6) ei osannut sanoa mielipidettään. Vastaanotolta kuulokojeen väliletkua sai 82%:lta (n=18) kuulonyhdyshenkilöistä. Paristoja sai ostaa yhdeltä vastaajista.

Kysymykset 22, 23, 24 koskivat kuulonyhdyshenkilöiden *näkemystä omasta osaamisestaan työnkuvassaan*. 55% (n=12) kuulonyhdyshenkilöistä oli sitä mieltä, että heillä ei ole riittävästi tietoa kuulokojeista sekä muista kuulonapuvälineistä ja 28% (n=6) tietoa oli riittävästi. Kuulonyhdyshenkilöistä 73%:lla (n=16) oli omasta mielestään selkeä kuva siitä, mitä kuulonyhdyshenkilön työnkuvaan kuuluu ja 23% (n=5) vastanneista oli osittain eri mieltä (kuvio 11).



KUVIO 11. Kuulonyhdyshenkilöiden näkemys omasta osaamisestaan

Aloittaessaan kuulonyhdyshenkilönä, heille oli *koulutusta ja perehdytystä* riittävästi 50% :n (n=11) mielestä ja 45% (n=10) vastaajista oli osittain eri mieltä tai eri mieltä (kuvio 12). Moni vastaaja kertoi myös avoimessa kysymyksessä toivovansa parempaa perehdytystä tätä tehtävää aloittaessa.



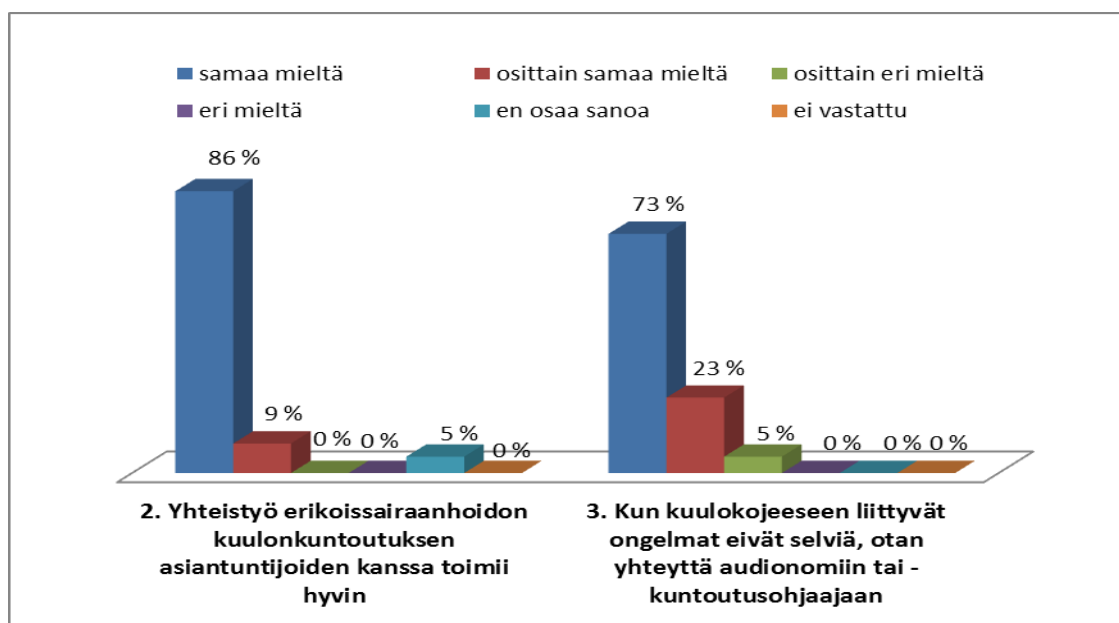
KUVIO 12. Kuulonyhdyshenkilöiden perehdytyksen riittävyys

Avoimessa kysymyksessä 36 kysyttiin, onko viimeisen vuoden aikana terveyskeskuksen kuulonyhdyshenkilöntyönkuvassa tehty tai suunnitteilla muutoksia. Kahdeksan vastaajista kommentoi ettei *muutoksia ole tehty*. Yksi kertoi eläkeiän olevan lähellä ja toinen oli varahenkilön ominaisuudessa vastuussa kuulonyhdyshenkilöpalveluista.

Kysymyksessä 37 kysyttiin miten voitaisiin kehittää kuulonyhdyshenkilöiden osaamista ja työnkuvaa yhteistyössä erikoissairaanhoidon kanssa. Kuulonyhdyshenkilöiden vastaukset teemoitettiin kolmeen ryhmään: 1) *Perehdytyksen tarpeellisuus kuulonyhdyshenkilönä aloittaessa*, 2) *erikoissairaanhoidon kuulonyhdyshenkilöiden koulutuksien säännöllinen jatkuminen ja* 3) *palveluiden kehittämisehdotukset* (liite11.)

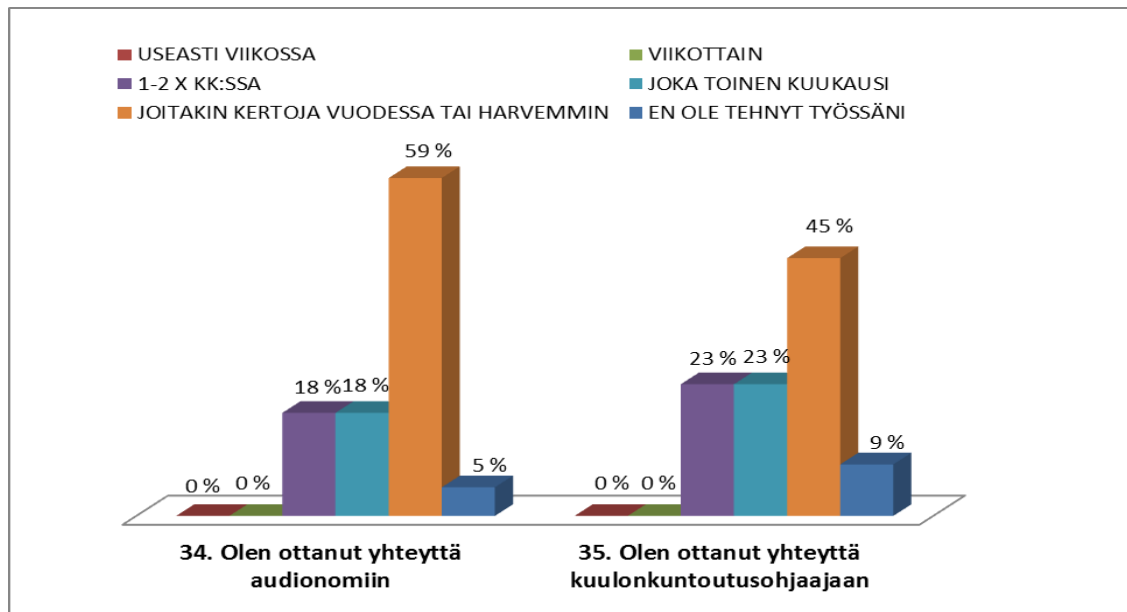
6.6 Kuulonyhdyshenkilöiden yhteistyön toteuttaminen

Kysymykset 2, 3, 4, 30, 34 ja 35 liittyvät kuulonyhdyshenkilöiden yhteistyöhön erikoissairaanhoidon kanssa. Kyselyyn vastanneista 95% (n=21) mielestä *yhteistyö erikoissairaanhoidon kuulonkuntoutuksen asiantuntijoiden kanssa toimii hyvin*. 95% (n=21) oli sitä mieltä, että *jos kuulokojeeseen liittyvät ongelmat eivät selviä, he ottavat yhteyttä audionomiin tai kuntoutusohjaajaan* (kuvio 13).



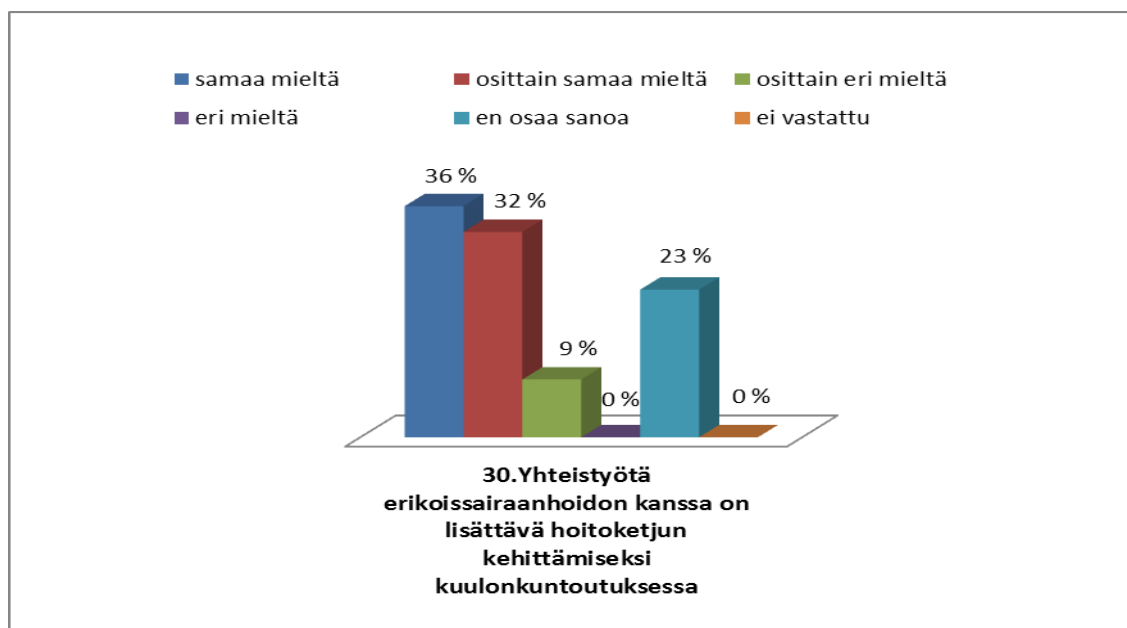
KUVIO 13. Yhteistyön toimivuus erikoissairaanhoidon kanssa

Audionomiin tai kuntoutusohjaajaan oli ottanut puhelimitse yhteyttä 95% (n=21) vastaajista. Joka toinen kuukausi tai kuukausittain audionomiin otti yhteyttä 36% (n= 8) ja kuntoutusohjaajaan 45% (n=10) vastaajista. Joitakin kertoja vuodessa tai harvemmin oli ottanut yhteyttä audionomiin 59% (n=13) ja kuulonkuntoutusohjaajaan 45% (n=10) (kuvio 14).



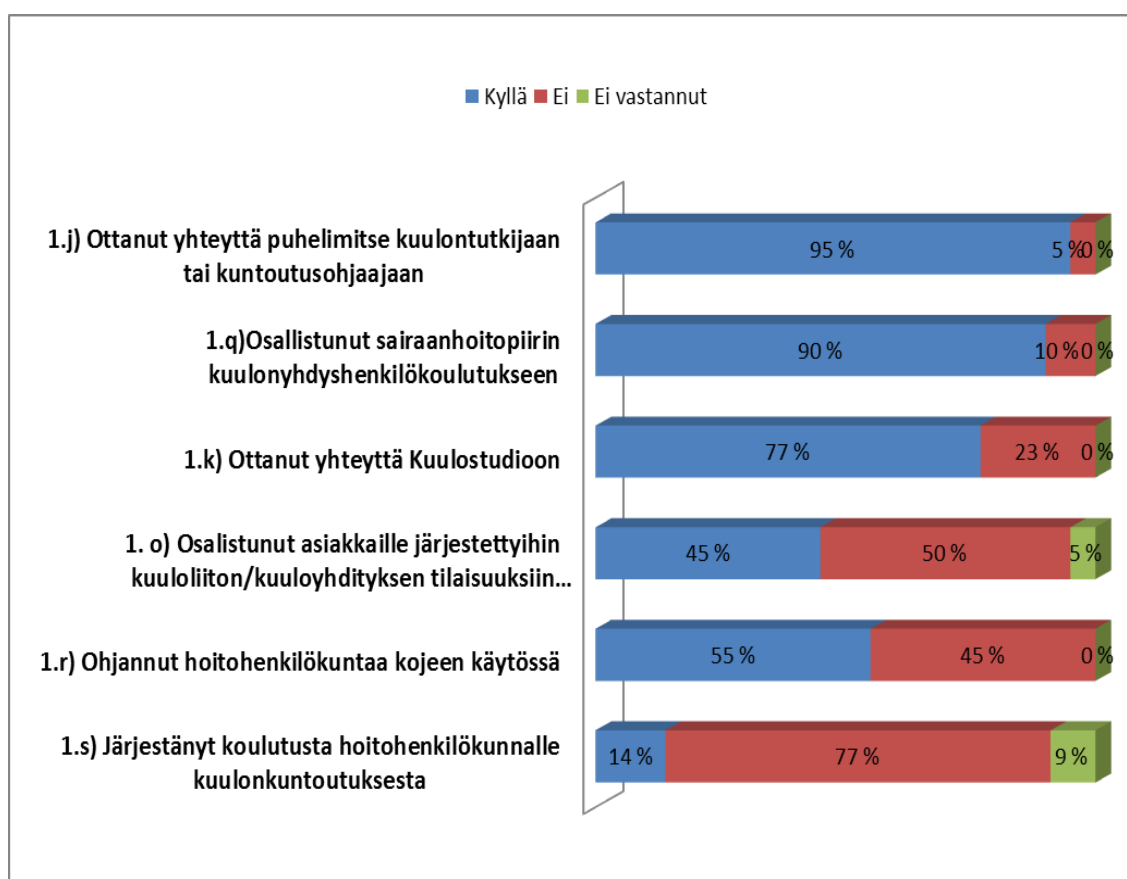
KUVIO 14. Yhteydenottaminen audioniiniin ja kuulonkuntoutusohjaajaan

Yhteistyötä on liian vähän erikoissairaanhoidon audionomiin ja kuntoutusohjaajien kanssa jakoi mielipiteitä. Samaa tai osittain samaa mieltä oli 28% (n=6). Eri mieltä tai osittain eri mieltä oli 41% (n=9) vastaajista. 32% (n=7) vastaajista ei osannut sanoa mielipidettään (liite 12). Yhteistyötä erikoissairaanhoidon kanssa on lisättävä hoitoketjun kehittämiseksi kuulonkuntoutuksessa vastaajista 68% (n=15) oli samaan tai osittain samaa mieltä ja 9% (n=2) oli osittain eri mieltä (kuvio 15).



KUVIO 15. Yhteistyön tarve hoitoketjun kehittämiseksi

Kyselylomakkeen ensimmäisessä osiossa oli kysymyksiä myös yhteistyön toteutumisesta. *Korvapoliklinikan järjestämiin kuulonyhdyshenkilökoulutuksiin* vastaajista oli osallistunut 90% (n=20). Seinäjoen keskussairaalalle ostopalveluita tuottavaan yritykseen *Kuulostudioon* oli ollut yhteydessä 77% (n=17) vastaajista. Vajaa puolet 45% (n=10) oli osallistunut asiakkaille järjestettyihin kuuloliiton/kuuloyhdistyksen tilaisuuksiin kuulonyhdyshenkilönä. Muutamista avointen kysymysten vastauksissa muihin työtehtäviin liittyen nostetiin esille eläkeliiton tilaisuuksiin osallistuminen kuulonyhdyshenkilönä. *Hoitohenkilökunnan ohjaamista kuulokojeen käytössä* oli toteuttanut 55% (n=12) vastaajista. Ja varsinaisia koulutuksia hoitohenkilökunnalle kuulonkuntoutuksesta oli järjestänyt 14% (n=3) kuulonyhdyshenkilöistä (kuvio 16).



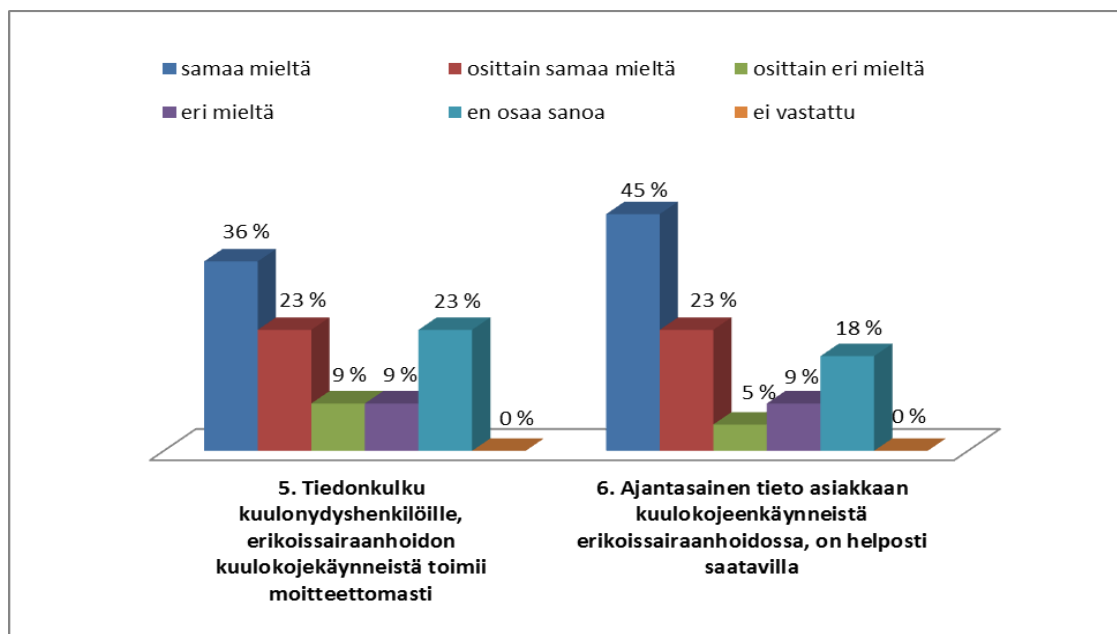
KUVIO 16. Kuulonyhdyshenkilöiden yhteistyön toteuttaminen

6.7 Potilastiedot kuulonyhdyshenkilön työvälineenä

Kymykset 5, 6, 45 ja 47 käsittelivät asiakastietojen kulkua erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Kyselyä tehtäessä 82%:lla (n=18) oli *alue-effic*

käytössään. Kun kysyttiin *tuleeko oman kunnan kuulokojeen saaneista asiakkaista tieto minulle*, 55% (n=12) mielestä tieto oli tullut. Yksi vastauksista hylättiin, koska vastaus oli kyllä ja ei.

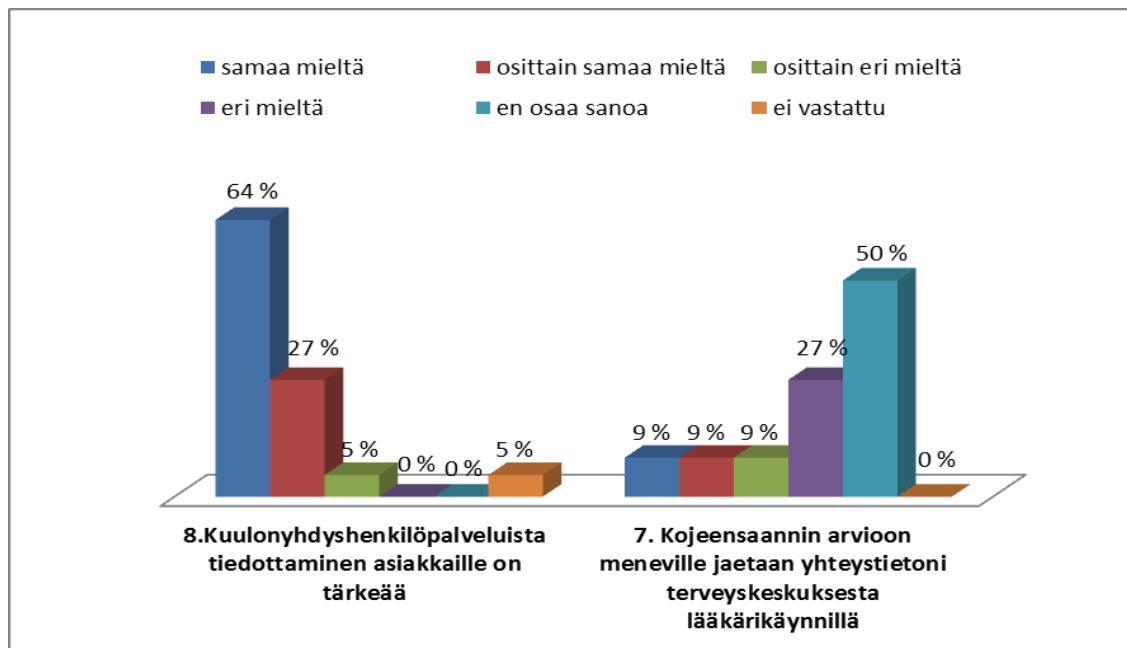
Vastaajista 59% (n= 13) oli samaa mieltä tai osittain samaa mieltä siitä, että *tiedonkulku kuulonyhdyshenkilölle erikoissairaanhoidon kuulokojekäynneistä toimi moitteettomasti*. Osittain eri mieltä tai eri mieltä oli 18% (n=4) vastaajista. *Ajantasainen tieto asiakkaan kuulokojekäynneistä erikoissairaanhoidosta* oli 77% (n=17) mielestä helposti saatavilla. Osittain eri mieltä tai eri mieltä oli 14% (n=3) vastanneista (kuvio 17).



KUVIO 17. Tiedonkulku erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä

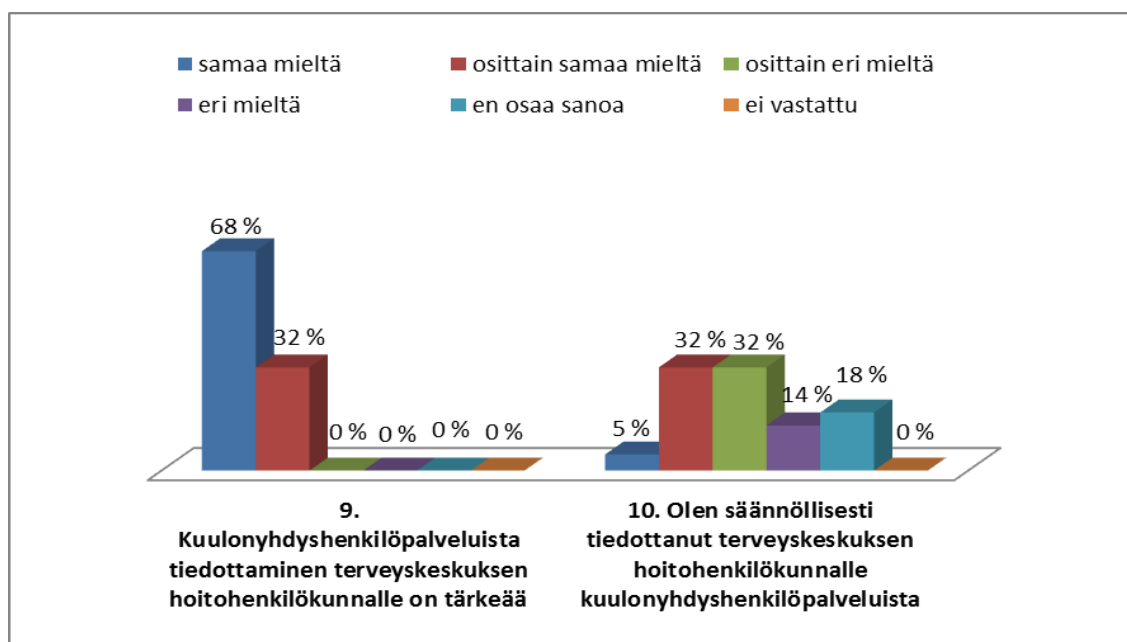
6.8 Kuulonyhdyshenkilöpalveluista tiedottaminen

Kysymykset 7 ja 8 käsittelivät kuulonyhdyshenkilöpalveluiden tiedottamista asiakkaille. Vastaajista 91%:n (n=20) mielestä *kuulonyhdyshenkilöpalveluista tiedottaminen asiakkaille on tärkeää*. Väittämään *kuulokojeen saannin arvioon meneville jaetaan yhteystietoni terveyskeskuksesta lääkärikäynnillä* ei osannut sanoa mielipidettään 50% (n= 11) kuulonyhdyshenkilöistä. Yhteystietojen jakamisesta lääkärikäynnillä oli 36% (n=8) osittain eri mieltä tai eri mieltä ja 18% (n=4) oli samaa tai osittain samaa mieltä (kuvio 18).



KUVIO 18. Kuulonyhdyshenkilöpalveluiden tiedottaminen asiakkaille

Kysymykset 9 ja 10 koskivat *kuulonyhdyshenkilöpalveluiden tiedottamista terveyskeskuksen henkilökunnalle*. Kaikkien vastaajien mielestä kuulonyhdyshenkilöpalveluista tiedottaminen terveyskeskuksen hoitohenkilökunnalle oli tärkeää. Kuitenkin 36% (n=8) vastaajista oli samaa tai osittain samaa mieltä siitä, *että oli säännöllisesti tiedottanut hoitohenkilökunnalle palveluistaan* 45% (n=10) oli osittain eri mieltä tai eri mieltä (kuvio 19).



KUVIO 19. Kuulonyhdyshenkilöpalveluista tiedottaminen hoitohenkilökunnalle

7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

7.1 Opinnäytetyön luotettavuuden arviointi

Tutkimuksen tarkoituksena luotettavuuteen pyrkiminen on tuloksien kannalta keskeinen (Kananen 2011, 118). Tässä opinnäytetyössä tarkoituksena oli kuvata terveyskeskusten kuulonyhdyshenkilöiden työnkuvan toteutumista ja kehittämistarpeita sekä kartoittaa henkilöstönäkökulmasta edellytyksiä kuulonkuntoutuksen hoitoketjun käyttöönotolle Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa. Luotettavuus pyrittiin huomioimaan läpi koko opinnäytetyön prosessin ajan.

Käsitteet validiteetti ja reliabiliteetti kuvaavat tutkimuksissa luotettavuutta. Validiteetti, eli pätevyys kertoo missä määrin on onnistuttu mittaamaan haluttua asiaa suhteessa tutkimusongelmaan. Validiteettiin kuuluu ulkoinen ja sisäinen validiteetti. (Heikkilä 2008, 186; Kananen 2011, 118.) Ulkoinen validiteetti kertoo tutkimustulosten yleistettävyydestä, voiko muutkin tutkijat tulkita tulokset samoin. Sisäinen validiteetti kertoo tutkimuksen johdonmukaisuutta, vastaavatko mitattavat asiat teoriassa käytettyjä käsitteitä. (Heikkilä 2008, 186–187; Kananen 2011, 118.)

Ulkoinen validiteetti pyrittiin huomioimaan vastauksia tulkittaessa ja johtopäätöksiä tehdessä. Tämä opinnäytetyönä tehty kysely toteutettiin Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa kaikille päivastuussa oleville kuulonyhdyshenkilöille, joten ulkoista validiteettia voidaan yleistää tämän alueen kuulonyhdyshenkilöihin. Näin ollen tutkimusta voidaan pitää validina. Sisäistä validiteettia opinnäytetyössä varmistettiin koko tutkimusprosessin ajan kirjaamisella ja tutkimusprosessin edetessä peilaamalla käsiteltäviä asioita tutkimuskysymyksiin.

Tutkimuksen luotettavuutta mitataan validiteetin lisäksi reliabiliteetillä. Reliabiliteetti kertoo, ettei tieto ole mitattu sattuman varaisesti. Heikentynyt reliabiliteetti voi johtua usein erilaisista mittaus- otanta- sekä käsittelyvirheistä. (Heikkilä 2008, 30, 187.) Reliabiliteetti jaetaan kahteen käsitteeseen, stabiliteettiin eli pysyvyyteen ja konsistenssiin eli yhtenäisyyteen (Kananen 2011, 118).

Stabiliteetti eli pysyvyys kuvaa mittarin toistettavuutta eli miten hyvin mittaus voidaan toistaa (Metsämuuronen 2000, 11; Kananen 2011, 118). Stabiliteettia on harvoin mitattu uusintatutkimuksella, koska uusintatutkimukset eivät ole taloudellisesti mahdollista toteuttaa. (Kananen 2011, 118–119; Ronkainen ym. 2013, 132.) Stabiliteettiä ei voitu arvioida, sillä mittaristo oli uusi ja tarvittaisiin uusintatutkimus sen mittaamiseksi, mutta oletuksena kysely olisi toistettavissa myöhemmin. Konsistenssi eli yhtenäisyys antaa kuvan siitä, mittaavatko mittarin osatekijät kaikki samaa asiaa (Kananen 2011, 119). Tässä opinnäytetyössä konsistenssillä tavoiteltiin sitä, että kyselylomakkeessa mitattiin vain haluttuja samoja tekijöitä.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa suuri vastaajien määrä on tavoitteena. Tässä opinnäytetyössä suurta otoksen määrää ei ole mahdollista saavuttaa, sillä kysely tehtiin kokonaistutkimuksena kaikille päävastuussa oleville kuulonyhdyshenkilöille Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa. Kokonaistutkimus tarkoittaa sitä, että koko perusjoukko otetaan mukaan tutkimukseen (Vilkkä 2007, 51; Heikkilä 2008, 33).

Mittarin validiteettia mietittäessä on ensin valittava oikeanlainen mittari (Kananen 2011, 121; Metsämuuronen 2000, 10). Valmiita mittareita ei aiheesta ollut, joten opinnäytetyössä käytettiin uutta mittaristoa. Kyselylomakkeen kysymykset pohjautuivat tutkimuskysymyksiin ja aiheeseen liittyvään tutkittuun tietoon. Käsitteet selkiytyivät aikaisempien tutkimuksien kautta kriittisiin menestystekijöihin henkilöstönäkökulmasta. Nämä kriittiset menestystekijät henkilöstönäkökulmasta muutettiin mitattavaan muotoon.

Kahdessa kunnassa kyselyt lähetettiin kahdelle kuulonyhdyshenkilölle ja muissa kunnissa vastaajia oli yksi. Mittarin luotettavuutta lisäsi korva- nenä- kurkkutautien poliklinikan kahden sairaanhoitajan mittariston esitestaus. Esitestaus vaikuttaa osaltaan luotettavuuteen (Kananen 2011, 22; Vilkkä 2007, 78; Metsämuuronen, 2000, 10). Kyselyn sijaisia koskeva väittämä numero 12. ”sijaiset osaavat aina kuulontutkijan työhön liittyvät työt” hylättiin, sillä kuulonyhdyshenkilö-sanalla oli epähuomiossa tullut kuulontutkija. Joissain kysymyksissä luotettavuuteen vaikutti suuri en osaa sanoa vastausten määrä. Tästä esimerkkinä kysymys, ”Jaettiinko yhteistietosi lääkärin vastaanotolla?”. Tähän yli puolet vastasi en osaa sanoa. Kyselyssä olisi myös voinut olla hiukan enemmän samoja kysymyksiä luotettavuuden varmistamiseksi.

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa vastausprosentti (Vehkalahti 2008, 44). Tutkimuskysymysten perusteella on harkittava oikeanlainen tiedonkeruumenetelmä (Heikkilä 2008, 18). Postikyselyn vastausprosenttina 81% oli hyvä ja kattava näkemys Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuulonyhdyshenkilöiden työnkuvasta. Usein kyselytutkimuksen vastausprosentit jäävät alle 50 %:n. (Vehkalahti 2008, 44.) Kysely suoritettiin touko-kesäkuun aikana. Tutkimuslupien saaminen eriaikaisesti vähensi viimeisten lähetettyjen kyselyiden vastausprosenttia. Tähän vaikutti mahdollisesti kesälomakauden alkaminen. Informointi tutkimuksesta puhelimitse tai sähköpostitse vaikutti osaltaan vastausprosenttiin.

Virhemahdollisuuksia vähentääkseni analysointivaiheessa taulukot ja kuviot tehtiin ensin valmiiksi ja tekstiä kirjoittaessa varmistettiin vielä prosenttilukujen paikkansa pitävyys. Ristiintaulukoinnista luovuttiin pienen aineiston vuoksi, sillä se olisi vääristänyt tulosten luotettavuutta. Lähtökohtana oli aiheen liittäminen tutkittuun tietoon hoitoketjun kriittisten menestystekijöiden henkilöstönäkökulman kautta, sillä tutkittua tietoa ei ole kuulonyhdyshenkilöistä eikä muista terveyskeskuksen yhdyshenkilöistä. Opinnäytetyössä saatiin selkeitä vastauksia opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin.

Opinnäytetyössä kuulonyhdyshenkilöille tehdyssä kyselyssä puhuttiin kuulontutkijoista erikoissairaanhoidon asiantuntijoina. Kuulontutkija -nimikettä käytettiin koska, se on vielä toistaiseksi käytössä Seinäjoen keskussairaalassa. Valtakunnallisesti suosituksien mukaan on suositeltu kuulontutkijasta käytetään audionomi -nimikettä (Tekniikka ja terveys KTN ry, Suomen terveydenhoitajaliitto STHL ry & STHL:n audionomiyhdistys ry 2009). Seinäjoen keskussairaalassa kuulontutkija -nimikettä tullaan anomaan muutettavaksi audionomi -nimikkeeksi ja muutosta odotetaan nimikkeeseen vuoden 2015 aikana (Aukeala 2014). Tämän vuoksi opinnäytetyön kirjallisessa tuotoksessa käytettiin audionomi -nimikettä kuulontutkijan sijaan.

7.2 Opinnäytetyön eettiset näkökulmat

Tutkimuksen alusta loppuun on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä, jotta tutkimus olisi eettisesti hyvä. (Hirsjärvi ym. 2009, 23). Tutkijan vastuulla on, millaisia ratkaisuja tutkimuksessa tehdään eettisesti ja moraalisesti (Tutkimuseettinen neuvottelukunta

2009, 11). Tutkimuksen eettisiin periaatteisiin kuuluu kolme osa-aluetta, jotka ovat: 1) Tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, 2) vahingoittamisen välttäminen sekä 3) yksityisyys ja tietosuojat. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009, 4.)

Osallistuminen tutkimukseen on aina vapaaehtoista, jolloin tutkimuksessa on annettu riittävästi tietoa. Suostumus on joko yksilöity tai se on yleinen. Yleinen suostumus koskee yleisesti tutkimuskäyttöä, johon voidaan liittää ehtoja. Ne voivat muun muassa koskea aineiston tallentamista ja arkistointia sekä millaisin ehdoin saa käyttää mahdollisissa tulevaisuudessa tutkimuksissa. Tutkimukseen osallistuvalla on oikeus keskeyttää osallistuminen tutkimukseen. Siihen mennessä kerättyä aineistoa on kuitenkin oikeus käyttää tutkimuksessa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009, 4–5.)

Tutkittavia on kohdeltava arvostavasti ja kirjoitustapa on oltava kunnioittava. Tutkimuskohteelle ei koidu vahinkoa, kun tuloksia ei esitetä arvostelevasti, asenteellisesti tai epäkunnioittavasti. Jos tulokset eivät perustu kattavaan aineistoon ja riittävän systemaattiseen analyysiin, ei leimaavia tuloksia saa julkaista. Periaate ei koske tilannetta, jossa tutkimustulokset eivät vain ole mieluisia kaiken kaikkiaan. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009, 7–8.)

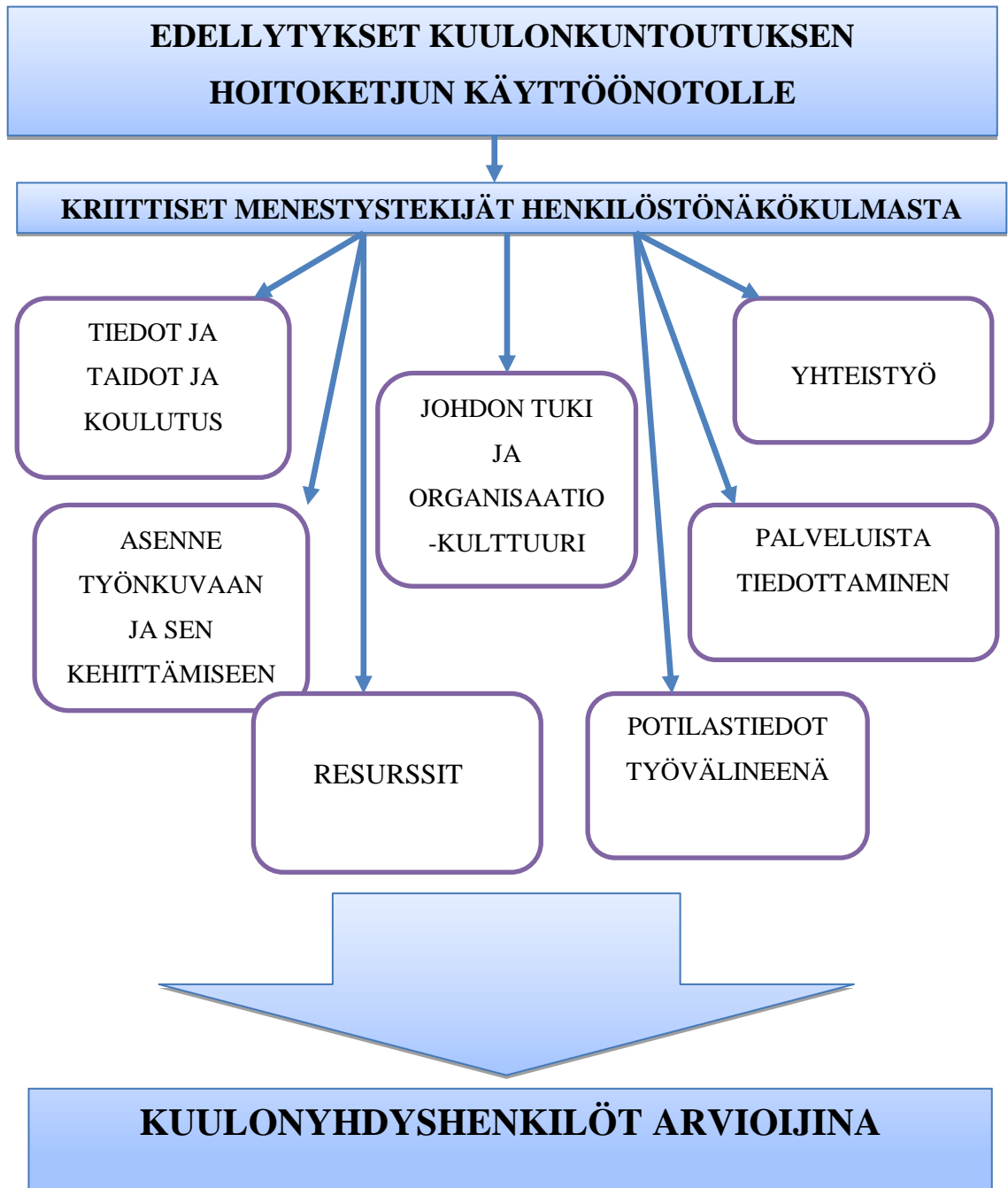
Suomessa yksityisyyden suoja on perustuslain suojaamia oikeuksia. Puhuttaessa tunnisteellisesta aineistosta, sen käsittelyä säädetään henkilötietolaissa. (Henkilötietolaki 1999/523.) Lain mukaan henkilötietoja saa käsitellä vain tutkimukseen osallistuvan suostumuksella. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009, 8). Tässä opinnäytetyön tuloksissa ei ole tunnistettavissa yksittäisiä henkilöitä, koska tulokset esitetään prosentuaalisesti. Avointen vastauksien vastauksia analysoitaessa huomioitiin anonyyminä säilyminen.

Opinnäytetyön eri vaiheissa huomioitiin tutkimuseettiset periaatteet. Tutkimusluvut anottiin yhteensä seitsemältä terveyskeskuskuntayhtymältä tai terveyskeskukselta. Luvat myönnettiin tietyin edellytyksin ja yhteistä kaikilla oli valmiin tutkimuksen lähettäminen johtaville hoitajille. Kuulonyhdyshenkilöitä informoitiin tulevasta kyselystä puhelimitse tai sähköpostitse ennen kuin kysely lähetettiin. Kyselyyn liitettiin saatekirje, jossa kerrottiin tarkemmin tiedot opinnäytetyön tarkoituksesta ja hyödyistä. Vastaajien henkilöllisyys ei tullut missään vaiheessa ilmi ja tästä kerrottiin saatekirjeessä. Tutkimustulokset analysoitiin sellaisena kuin ne oli vastattu mitään pois

jättämättä. Kyselylomakkeet tullaan hävittämään opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen. Kaikki vastauslomakkeet hyväksyttiin tutkimukseen.

7.3 Tulosten tarkastelu

Tässä opinnäytetyössä saatiin tietoa kuulonyhdys henkilöiden kuvaamana; millaisena kuulonyhdys henkilöiden työnkuva toteutuu ja mitkä kehittämistarpeet ovat Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa. Opinnäytetyö kuvaa myös edellytyksiä kuulonkuntoutuksen hoitoketjun käyttöönotolle henkilöstönäkökulmasta Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa kuulonyhdys henkilöiden arvioimana. Nämä edellytyksiä kuvaavat kriittiset menestystekijät henkilöstönäkökulmasta jaettiin seitsemään osatekijään, jotka ovat: 1) organisaatiokulttuuri kulttuuri ja johdon tuki 2) tiedot, taidot ja koulutus 3) yhteistyö 4) resurssit 5) asenne työnkuvaan ja sen kehittämiseen 6) potilastiedot työvälineenä 7) palveluista tiedottaminen (kuvio 20).



KUVIO 20. Kriittiset menestystekijät henkilöstönäkökulmasta kuulonyhdysheikilöiden arvioimana

Hyvä organisaatiokulttuuri sekä johdon tuki ovat pohja osaavan henkilöstön hyödyntämisessä (Klemola ym. 2006, 2519). Vastaajista kolme neljäsosan mielestä organisaatioissa suhtauduttiin positiivisesti työnkuvien kehittämiseen. Tämä on hyvä pohja työnkuvan kehittämiseksi, sillä kyselyn perusteella kehittämismyönteisyys näkyi myös kuulonyhdysheikilöissä. Johdon tuki näkyi koulutusmyönteisyytenä, joka mahdollistaa kuulonyhdysheikilökoulutukseen osallistumisen. Mielenpitoet jakautuivat

tasaa siitä, olivatko he saaneet tukea esimieheltään kuulonyhdyshenkilön työnkuvaan liittyvissä asioissa. Tätä peilaa osaksi se, millainen tietämys esimiehellä koettiin olevan kuulonyhdyshenkilön työnkuvasta. Sillä vain 27% heistä koki, että esimiehellä oli selkeä näkemys kuulonyhdyshenkilön työnkuvasta. Puutetta oli jonkin verran kuulonyhdyshenkilöiden erityisosaamisen arvostamisessa organisaation sisällä. Sillä vain 41% kuulonyhdyshenkilöistä koki, että organisaatiossa arvostettiin heidän erityisosaamistaan. Toisaalta 41% vastaajista ei osannut sanoa mielipidettään.

Kuulonyhdyshenkilöpalvelut kunnissa ovat asiakaslähtöisyyden kannalta ensiarvoisen tärkeitä lähipalveluita. Kaikilla oli mahdollisuus järjestää vastaanottokäyntejä, mutta omia ajanvarausaikoja kuulokojeen käyttäjille on vain alle neljäsosalla kuulonyhdyshenkilöistä. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella puolella kuulonyhdyshenkilöistä oli mahdollisuus tehdä kotikäyntejä. Tampereen viiden kunnan pilottihankkeessa vuonna 2002 oli lähes kaikilla yksi kiinteä vastaanottoaika ja mahdollisuus kotikäynteihin (Paananen -Eerola 2004). Kuulokojeiden huoltokäynneistä yksi kolmasosa tapahtui Tampereen projektin aikana kotikäynneillä tai laitoksissa (Kuulokeskuksen moniammatillinen työryhmä. 2002, 8). Tampereen projektin aikana joissain kunnissa vastuuta oli jaettu niin, että yksi vastuuhenkilö teki kotikäyntejä ja toinen piti vastaanottoa terveyskeskuksessa (Paananen-Eerola 2004).

Henkilöstön aikaansaantokyky ja nähdään perustana tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden saavuttamisena (Silvennoinen-Nuora 2010, 306). Mielestäni aikaansaantokykyyn vaikuttaa myös työnkuvan hyvä suunnittelu ja resursointi. Kuulo- tai kuulokojeasioita tulee vastaan lähes päivittäin yhdelle kolmasosalla kuulonyhdyshenkilöistä. Korvien huuhtelun teki useasti viikossa tai viikoittain puolet vastanneista. Alle puolet otti työssään kuulontutkimuksia ensimmäisen kuulokojeen saannin arvioon meneville. Kuulontutkimuksiin tarkoitettu tutkimuslaitteisto oli alle puolella ja äänierio oli vain neljällä vastaajista. Luotettavalla kuulontutkimuksella on merkitystä kuulonkuntoutuksen aloituksen ja jatkon kannalta, sillä se nopeuttaa parhaimmillaan kuntoutuksen aloittamista erikoissairanhoidossa ja parantaa kuulonkuntoutujien hoitoon pääsyä (Ahokas ym. 2014, 4).

Kaikki kuulonyhdyshenkilöt tekevät kuulokojeiden uusijoille lähetteitä, mutta vain kolme teki lähetteitä viikoittain ja yli puolet joka toinen kuukausi tai harvemmin. Usein lähetteitä tekevien työssä väestöpohja oli suuri. Lisäksi se, miten ajanvarauksessa

osataan ohjata potilaat yhdyshenkilölle, tai miten asiakkaat ovat tietoisia käytännöistä, vaikuttavat myös kuulonyhdyshenkilöiden tekemien läheteiden määriin kuulokojeen uusijoille. Tilastoja kuulonkuntoutuksen asiakkaista Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella teki vain 14% vastaajista. Esimerkkinä Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiristä tilastojen kerättiin suunnitellusti kaikilta ja kuulonkuntoutusohjaaja kokoaa kuntien ja kuntayhtymien kuulonyhdyshenkilöiltä saamat tilastot yhteen (Ahokas ym. 2014, 5). Hoitoketjuissa Silvennoinen-Nuora (2010, 304) aineistojen perusteella eri yhdyshenkilöt ja -hoitajat erikoisosajina ovat terveystieteissä tärkeässä roolissa ja yhteydenotto perustuu matalan kynnyksen periaatteeseen.

Kuulonyhdyshenkilöistä kaksi viidesosaa koki, että aikaa työnkuvan toteuttamiseen on riittävästi. Ja yli puolet kuulonyhdyshenkilöistä vastasi, että nykyisessä työtehtävässä ei riitä aikaa kouluttaa kuulokojeasioissa muuta hoitohenkilökuntaa. Hoitohenkilökunnan kouluttamista oli järjestänyt 14% kuulonyhdyshenkilöistä. Salmelan ym. (2006, 59, 72) kehittämissuunnitelmaan liittyvässä laajassa kyselyssä hoitohenkilökunnalle kaksi kolmasosaa hoitajista ja yksi kolmasosa lääkäreistä toivoi koulutusta kuulonapuvälineistä. Tutkimuksien perusteella noin puolet hoitajista vastasi osaavansa auttaa kuulonapuvälineiden käytön neuvomisessa (Salmelan ym. 2006, 59; Kivimäki 2010, 37). Vastaavasti hoitohenkilöstöstä 14% oli saanut koulutusta kuuloasioista, kuuloliiton usean kunnan hoitohenkilöstölle tekemän kyselyn perusteella (Tuormaa 2014, 14).

Resursseihin liittyen muut vastuutehtävät oman perustyötehtävän ohessa olivat moninaisia. Avoimesta vastauksesta näkyi, että joillakin vastuutehtäviä oli huomattavan paljon. Silvennoinen-Nuoran (2010, 307) tutkimusaineiston perusteella henkilöstön haasteeksi nousi kiire työssä. Jopa työssä hoitoalalla pysymisen vuoksi on etsitty keinoja oikeanlaiseen työtehtävissä resursointiin. Tehyn lausunnossa Nordström (2010) ehdottaa, että kiinnitetään huomiota muun muassa hyvään johtamiseen, työtehtävien sopivaan määrään ja koulutuksen lisäämiseen, jotta on mahdollisuus kehittyä asiantuntijuudessa. Mielestäni esimiehellä tulee olla tietoa eri vastuutehtävien kuormittavuuksista, jotta päästään tasapainoon työnkuvassa. Koko työnkuvan epätasapainoa on usein hankala todentaa, joten ainoastaan työntekijät itse pystyvät antamaan kuvaa vastuutehtäviensä kuormittavuudesta suhteessa omiin resursseihin.

Kuulonyhdys henkilön perustyönkuvaan liittyvistä kysymyksistä kuulokojeiden pienet huollot ja käytön ohjaukset olivat heille tuttuja työtehtäviä. Näitä ovat väliletkujen vaihdot, korvakappaleiden puhdistukset ja kojeen kunnan tarkastukset sekä käytön ohjaukset. Kun kuulonyhdys henkilöt hoitavat perustehtävät, jää audionomeille paremmat mahdollisuudet keskittyä kuulokojekuntoutuksen keskeisimpiin työtehtäviin. Tampereen yliopistollisen sairaalan kehittämisprojekti vuonna 2002 käynnisti viidessä jäsenkunnassa kuulonyhdys henkilötoiminnan ja heidän luokseen tulleista kojeiden huoltoa tarvitsevista asiakkaista ainoastaan 20% jouduttiin ohjaamaan kuulokeskukseen (Kuulokeskuksen moniammatillinen työryhmä 2002, 8).

Vuonna 2012 kuulonyhdys henkilöt saivat tehtävänkuvaansa kommunikaattoreiden luovuttamisen. Ohjaus tähän annettiin kuulonyhdys henkilökoulutuksessa. Kyselyn perusteella kuulonyhdys henkilöistä 59% oli luovuttanut kommunikaattoreita. Tätä tulosta tukee se, että vastaajien mielestä vain puolella kommunikaattoreiden luovutus tehtävän siirtäminen oli onnistunut hyvin. Tehtävänsiirroissa tarvitaan pitkäjänteistä ohjausta ja asiaan palaamista useammassa koulutuksessa käytännön juurruttamiseksi.

Korvakappalemallinot eivät ole osa kuulonyhdys henkilöiden työnkuvaa Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Vastaajista yli puolet oli kuitenkin sitä mieltä, että terveyskeskuksissa on hyvä ottaa korvakappalemallit huonokuntoisten asiakkaiden kohdalla. 14% oli eri mieltä asiasta. Muun muassa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella kuulonyhdys henkilöt uusivat korvakappaleita ottamalla korvakappalemalleja (Paananen-Eerola 2004).

Kuulokojeenkäyttäjän ohjauksessa on mietittävä tehostamista. Miten kuulonyhdys henkilöt suhtautuvat, kun audionomin sanelussa on maininta kuulokojeen käytön oppimisen ongelmasta. Siinä tilanteessa yhteyttä asiakkaaseen ottaisi vain reilu kolmasosa kuulonyhdys henkilöistä. Suurin osa jättäisi yhteydenottamisen asiakkaan omalle vastuulle. Kuulokojeen sovituksen jälkeen, ohjauksella pystytään vähentämään käyttämättömien ensikojeiden määrää (Vuorialho 2006, 65).

Jokainen asiakas on kohdattava omana yksilönä, mutta asiakas on kuitenkin osa perhettä, osa lähiyhteisöään (Virtanen ym. 2011, 18). Kuulonkuntoutuksen eri vaiheissa, omaisen mukaan ottaminen ohjauksen käynnillä on yksilöllistä palvelua. Tässä opinnäytetyössä 81% terveyskeskuksen kuulonyhdys henkilöstä on työssään antanut

ohjausta omaisille kojeen käytössä. Tämä ei kuitenkaan kerro kokonaisuudessaan, miten usein ohjausta on annettu ja huomioidaanko omaiset. Koski-Pärnän (2012, 45) tutkimuksen mukaan kuulokojepotilaat arvioivat omaisten tiedonsaannissa ja hoitoon osallistumisessa olevan jonkin verran puutteita erikoissairaanhoidon käyntien jälkeen. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä järjestettävä ensitietopäivä on tarkoitettu ensikojeen saaneiden lisäksi heidän lähiomaisilleen. Näin omaisten ymmärrystä kuulo-ongelmissa pyritään lisäämään.

Tässä opinnäytetyössä terveyskeskuksen kuulonyhdyshenkilöistä alle puolet oli osallistunut joskus kuuloliiton tai yhdistyksen tilaisuuksiin kuulonyhdyshenkilönä. Ja alle puolet oli ohjannut asiakkaita kuuloyhdistyksen vertaistukitoimintaan. Kuuloliiton kyselyssä terveydenhuollon ammattilaiset toivoivat yhteisiä vertaistukiryhmiä ikäkuuloisille ja heidän läheisilleen (Tuormaa 2014, 3). Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella kuulonyhdyshenkilöiden toimesta tietoa kuulokojeen käyttäjien vertaistukitoiminnasta hyödynnetään vähän. Kun asiakas on saanut kuulokojeen, Koski-Pärnän (2012, 46) tutkimuksen mukaan yli kolmasosa ei ollut saanut tietoa potilasjärjestöjen toiminnasta erikoissairaanhoidosta. Näiltä potilasjärjestöiltä on mahdollista saada lisää tietoa ja neuvontaa kuuloasioista ja vertaistuesta. Potilasjärjestöjen toimintaa tulisi hyödyntää huomattavasti enemmän kuulokojepotilaiden ohjauksessa ja vertaistuen tarjoamisessa. Yhteystietojen luovutus olisi tarpeen ja omalle vastuulle jää mahdollinen yhteydenottaminen. (Koski-Pärnä 2012, 46.)

Lähes kolme neljäsosan mielestä kuulonyhdyshenkilöiden yhteistyötä erikoissairaanhoidon kanssa on lisättävä hoitoketjun kehittämiseksi kuulonkuntoutuksessa. Aikaisemmissa hoitoketjuja tutkivissa tutkimuksissa yhteistyön parantaminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä koettiin ensiarvoisen tärkeänä (Silvennoinen-Nuora 2010, 307). Kaiken kaikkiaan kuulonyhdyshenkilöiden kokema yhteistyö erikoissairaanhoidon kuulonkuntoutuksen asiantuntijoiden kanssa koettiin toimivan erittäin hyvin.

Kuulonyhdyshenkilönä aloittaessa vastaajista hiukan alle puolet koki, että perehdytystä ei ole ollut riittävästi. Avointen kysymysten vastaukset tukivat tätä tulosta. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä perehdytyskoulutus tulee kuulonyhdyshenkilöpäivään osallistuessa, joka on yksi tai kaksi kertaa vuodessa. Muun muassa Tampereen

pilottihankkeessa hoitoketjun laajentamiseksi kuulonyhdysenkilöiden perehdytys kuulokeskuksessa oli viikon mittainen ja perehdytykseen kuului myös asiakkaille suunnattuun ensitietokurssiin osallistuminen (Kuulokeskuksen moniammatillinen työryhmä 2002, 5; Vainio 2004). Tämän kaltainen perehdytys antaisi heti alussa varmuutta vastuutehtävään ja madaltaisi kynnystä yhteistyöhön kuulokeskuksen henkilökunnan ja yhdysenkilöiden välillä.

Suunnitelmallista tiedottamista kuulonyhdysenkilöpalveluista ei ole. Asenne palveluiden tiedottamiseen oli kuitenkin peruslähtökohtaisesti positiivinen ja tiedottamista sekä asiakkaille että hoitohenkilökunnalle pidettiin tärkeänä. Tarkennettaessa kysymyksiä asiakkaille tiedottamisesta, puolet eivät osanneet sanoa, jaetaanko lääkärikäynnin yhteydessä kuulonyhdysenkilön yhteystietoja ja vain neljän mielestä yhteystiedot jaettiin. Puolet vastasi, että eivät olleet tiedottaneet säännöllisesti kuulonyhdysenkilöpalveluista terveyskeskuksen hoitohenkilökunnalle.

Alue-effica on tuonut tullessaan potilastietojen saumattoman kulun erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Kyselyä tehtäessä 82%:lla alue-effica oli jo käytössä. Kyselyssä ei varmastikaan vielä näkynyt alue-efficin tuomia etuja, koska useassa paikassa sisäänajovaihe oli käynnissä aineistoa kerättyä keväällä 2014. Vain vähän yli puolet koki, että tiedonkulku kuulonyhdysenkilölle erikoissairaanhoidon kuulokojekäynneistä toimi moitteettomasti. Aikaisempien tutkimuksien perusteella sujuvalle tiedonkululle estävinä tekijöinä rakenteellisten tekijöiden lisäksi voivat olla organisaation toimintakulttuuri, ja työntekijän asennoitumiseen liittyvät tekijät (Silvennoinen-Nuora 2010, 307). Muutosvaiheesta huolimatta ajantasainen tieto asiakkaan kuulokojekäynneistä erikoissairaanhoidosta oli kolme neljäsosan mielestä helposti saatavilla.

Vastaajista yli 90% oli sitä mieltä, että kuulonyhdysenkilöpalvelut ovat tärkeitä ja heidän omaa työnkuvaansa siinä tulisi kehittää. Yli kolme neljäsosaa vastaajista oli kiinnostuneita kehittämään kuulonyhdysenkilön työnkuvaa omassa kunnassa. Osaksi tämä kehittämismyöteisyys heijastui kuulonyhdysenkilöiden tyytyväisyydestä koulutuksiin sekä organisaation positiivisesta suhtautumisesta työnkuvien kehittämiseen. Klemolan ym. (2006, 2521) hoitoketjuja tutkivassa tutkimuksessa halukkuus aktiiviseen kehittämiseen oli myös nähtävissä.

Vaikka kuulonyhdyshenkilöt olivat tyytyväisiä omiin koulutuksiin ja audionomin asiakaskäyntien tiedonsaannin helppouteen, yli puolet vastaajista oli edelleen sitä mieltä, että he eivät tiedä riittävästi kuulokojeasioista. Tähän saattaa vaikuttaa muun muassa kuulokojeiden voimakas teknologinen kehittyminen mutta myös se, että puolet kuulonyhdyshenkilöistä on toiminut enintään kaksi vuotta vastuutehtävässään. Silvennoinen-Nuoran (2004, 130) tutkimuksen mukaan toimintojen kehittämisen esteeksi voi muodostua vastuuhoidajien puuttuminen tai vaihtuminen. Se vaikuttaa siihen, pystytäänkö tarjoamaan haluttuja palveluita ja ovatko ne riittäviä ja laadukkaita.

7.4 Johtopäätökset

Ennen opinnäytetyön aloittamista lähtökohtana oli ajatus siitä, miten voidaan kehittää kuulokuntoutuksen lähipalveluita, joissa tavoitteena ovat palveluiden saatavuuden tasavertaisuus, asiakas- ja kustannusvaikuttavuus. Lisäksi asiakkaiden sekä muun hoitohenkilökunnan tietoisuus kuulonyhdyshenkilöpalveluista nähtiin keskeisenä, jotta asiakkaat kuulo-ongelmineen hakeutuvat suoraan oikealle henkilölle. Erikoissairaanhoidon näkökulmasta kuulonyhdyshenkilöiden työnjaon uudelleen miettiminen ja yhteistyön kehittäminen vanhan hyvän yhteistyön pohjalta nähtiin positiivisena kehittämishaasteena.

Kuulokuntoutuksessa tarvitaan alueellisten suunnitelmien laatimista. Alueellisen suunnitelman laatimista suositellaan sosiaali- ja terveysministeriön apuvälinepalvelujen laatusuosituksissa. Nämä suunnitelmat sisältävät työn- ja vastuunjaon sekä yhdenmukaisten käytäntöjen sopimisen ja toimintatapojen yhtenäistämisen. Apuvälinepalvelujen laatusuosituksissa puhutaan saatavuusperiaatteista ja soveltuvien osien toimintojen keskittämisestä. Yhteistyössä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kanssa, voidaan suunnitellun hoitoketjun avulla poistaa päällekkäisyyksiä ja selkeyttää työnkuvaa porrastamalla palveluja.

Työnjako kuulokuntoutuksessa tulisi miettiä tarkkaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä, sillä se ei ole riittävän selkeä. Erityisesti korvakappaleiden mallinottoa kuulonyhdyshenkilön toimesta on työtehtävänä harkittava, onko sitä mahdollista tehdä terveyskeskuksissa. Lisäksi kommunikaattoreiden luovutus on aikaisemmin siirretty perusterveydenhuoltoon ja sen

suunniteltu tehostaminen vähentää osaltaan erikoissairaanhoidon käyntejä. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä asiakkaille ei ole kolmatta vastaanottokäyntiä. Tästä johtuen tulee miettiä, miten kojeen luovuttamisen jälkeen voidaan huomioida asiakkaat, joille kojeen käytön oppiminen on hankalaa ja siihen tarvittaisiin enemmän tukea.

Kyselyn perusteella on tarpeellista perehdyttää aloittavat kuulonyhdyshenkilöt kuulonkuntoutukseen korva- nenä- kurkkutautien poliklinikalla. Se parantaa moniammatillista yhteistyötä kuulokeskuksen kanssa ja antaa hyvän pohjan toiminnan kehittämiseksi. Perehdytyksen tueksi voidaan laatia perehdytyskansion kuulonkuntoutuksen käytännöistä ja apuvälineistä.

Jotta saavutettaisiin asiakas- ja kustannusvaikuttavuutta, pitkän aikavälin tavoitteena tarvitaan lisää tiedon jakamista kuulonapuvälineistä muulle hoitohenkilökunnalle. Tiedon jakaminen vaatii kuulonyhdyshenkilöille lisäresursseja. Tässä kolmannen sektorin yhteistyöllä voi olla suuri merkitys. Jää nähtäväksi, millaisia yhteistyömahdollisuuksia on perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja kolmannen sektorin välillä. Yksi tukimuoto julkisen terveydenhuollon rinnalla, mutta ei perusterveydenhuollon kuulonyhdyshenkilötoiminnan korvaavana tekijänä, olisi kuuloliiton lähipalvelut. Tukimuotona kuuloliiton kuulolähipalvelujen pilottihankkeista saadut kokemukset perustuvat vapaaehtoiseen vertaistukitoimintaan. On myös huomioitava paremmin tiedottaminen kolmannen sektorin palveluista kuulonkuntoutuksen asiakkaille ja omaisille.

Yhteistyön toimivuus koulutusten ja puhelinkonsultaatioiden pohjalta on hyvä kuulonkuntoutuksessa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Yhteistyömuotona puhelinkonsultaatioiden määrää erikoissairaanhoidon tulee voida kasvattaa, jotta asiantuntijatukea erikoissairaanhoidosta saadaan lisättyä. Sillä kuulonyhdyshenkilöt kokivat puutteita nykyisessä osaamisessaan kuulonapuvälineiden osalta. He toivoivat, että kuulonyhdyshenkilöiden säännöllinen koulutus jatkuu ennallaan. Tämä tarkoittaa koulutuksia kaksi kertaa vuodessa. Vuonna 2014 koulutuksia pidettiin poikkeuksellisesti vain keväällä.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa on hyvät edellytykset organisaatorajat ylittävälle hoitoketjun suunnitelmalliselle käyttönotolle henkilöstönäkökulmasta. Tämän toteuttamiseksi on tärkeää, että työntekijöiden resurssit

otetaan huomioon ja esimiehille kerrotaan työnkuvan tuomat haasteet. Saatu tulos kehittämismyönteisyydestä luo hyvän pohja hoitoketjuajattelulle. Johdon hyvä tuki ja työntekijän motivaatio ovat tärkeitä palveluiden olemassa ololle ja kehittymiselle. Kuulonyhdysenkilöt itse pitivät lähipalveluitaan ja niiden kehittämistä tärkeinä. Nämä seikat voidaan todeta opinnäytetyön henkilöstön kriittisistä menestystekijöiden tuloksia tarkasteltaessa.

Kuulonkuntoutustyötä tehneenä asiakasymmärrys on oleellinen, kun kehitetään palveluita. Kyse ei ole pelkästään kuulosta, vaan sillä on suuria vaikutuksia elämän hallintaan ja selviytymiseen omien asioiden hoidossa. Sosiaalinen elämä helposti kaventuu, erityisesti riittävän ajoissa hoitamattoman huonokuuloisuuden myötä. Tulevaisuudessa tarvitaan kuulonkuntoutuksessa uusia innovaatioita ja kehittymistä, sillä erikoissairaanhoidossa paineet kasvavat ikäihmisten määrän lisääntyessä. Kuulonapuvälinepalveluiden suunnitelmallisen hoitoketjun käyttöönotolla ja kouluttamisella on mahdollista vaikuttaa palveluiden asiakas- ja kustannusvaikuttavuuteen. Kriittiset menestystekijät arvioidaan kokonaisvaltaisesti henkilöstö-, prosessi- ja asiakasnäkökulmista. Ja tähän tarvitaan organisaatorajat ylittävää moniammatillisessa yhteistyössä tehtyä suunnittelua ja arviointia vaikuttavuuden saavuttamiseksi.

7.5 Tutkimuksen hyödyntäminen ja jatkotutkimushaasteet

Kyselystä saatuja tuloksia voitaisiin käyttää hyödyksi kuulonyhdysenkilöpalvelujen ja -koulutuksen kehittämiseen. Nähtäväksi jää, miten hyvin kyselyn tuottamaa tietoa halutaan hyödyntää alueellista kuulonapuvälinepalveluiden suunnitelmia mietittäessä, prosessien kuvauksessa ja hoitoketjun kehittämisessä. Tätä kyselyä on mahdollista hyödyntää myös hoitoketjun käyttöönoton jälkeen, jolloin nähdään, onko epäkohtiin saatu muutosta koulutuksen ja hoitoketjun käyttöönoton myötä.

Kyselyn tulokset julkistetaan Seinäjoen keskussairaalassa järjestetyssä kuulonyhdysenkilökoulutuksessa 2015. Opinnäytetyö lähetetään kuntayhtymien ja terveyskeskuksien luvan myöntäneille esimiehille. Valmis opinnäytetyö lähetetään nähtäväksi perusterveydenhuollon ja terveyden edistämisen yksikön Aksilan avainhenkilöille, jotka ovat mukana suunnittelemassa yhteistyötä Etelä-Pohjanmaan

sairaanhoitopiiriin alaisena organisaationa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Yksikkö osallistuu muun muassa terveydenhuollon järjestämissuunnitelman laatimiseen. Opinnäytetyön ulkopuolella kyselyn tuloksista tullaan tekemään posterin, joka esitellään STHL:n audionomiyhdistyksen valtakunnallisilla audiomipäivillä Tampereella keväällä 2015.

Jatkotutkimushaasteina olisi hyvä tutkia asiakkaiden näkemystä kuulonyhdyshenkilöpalveluiden saavutettavuudesta ja toimivuudesta lähipalveluina. Asiakaslähtöisyys on pohja palveluiden tuottamiselle lähipalveluina. Kyselylomaketta voi hyödyntää jatkossa sairaanhoitopiireissä, joissa vastaavanlaisia kuulonyhdyshenkilöpalveluita järjestetään.

LÄHTEET

Ahokas, J., Kilpikivi, A., Koskela, T., Luotolampi-Lehtonen, H., Nordman R., Räisänen P. Tapanainen, P., Vienonen, M. Viitanen, L. & Yli-Eerola, N. 2014. Kuulonkuntoutus Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä osa 2. Korvapoli/Kuulokeskus. Kuulokeskuksen yhteistyörajapintojen kuvaaminen sekä lasten kuulonkuntoutus Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä. Luettu 1.10.2014. KHSHP:n intranetjulkaisu.

Ahola, T. 2009. Onnistunut ikääntyminen 2005-2008. Huonokuuloisten ikäihmisten toimintakyvyn turvaamisen projekti. Loppuraportti. Kuuloliitto ry.

Aukeala, K. Seinäjoen keskussairaalan korva-nenä-kurkkutautien poliklinikan osastonhoitaja. 2014. Haastattelu 14.1.2014 Haastattelija Pajala M. Seinäjoki.

Dy, S., Garg, P., Nyberg, D., Dawson, P.B., Pronovost, P.J., Morlock, L., Rubin, H. & Wu, W. Critical Pathway Effectiveness: Assessing the Impact of Patient, Hospital Care, and Pathway Characteristics Using Qualitative Comparative Analysis 2005. Health Services Research vol. 40 (2), 499-516.

Effector- kuulokojeiden apuvälinetilasto 2010-2013. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Luettu 6.2.2014

Ekebon, R. 2005. Sosiaali- ja terveydenhuollon saumaton palveluketju. Suomen Lääkärilehti vol 60 (9), 999-1000.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2013 a). Terveystuon järejstämssuunnitelma 2013 -2016 Etelä-Pohjanmaa. Luettu 23.1.2014

http://www.epshp.fi/1/yksikoiden_sivut/kuntayhtymahallinto/perusterveydenhuolto_ja_terveystuon_edistaminen/jarjestamssuunnitelma

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2013 b). Toiminta- ja taloussuunnitelma 2013–2015: Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Luettu 9.2.2013

http://www.epshp.fi/files/54/Toiminta_ja_taloussuunnitelma_2013-2015.pdf

Evans-Lacko, S., Jarrett, M., McChrone, P. & Thornicroft G. 2010. Facilitators and barriers to implementing clinical care pathways. BMC Health Services Research 10:182.

Hannula, S. & Mäki-Torkko E. 2013. Ikäkuuloinen potilas perusterveydenhuollossa. Suomen lääkärilehti vol 68 (35), 2129-2134.

Harisalo R. 2010. Organisaatioteoriat. Tampere: Juvenes Print.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7. Painos. Helsinki:Edita Prima Oy.

Henkilötietolaki 22.4.1999/523. Luettu 1.10.2014

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>

Hindhede, A. L. 2010. Everyday trajectories of hearing correction. Health Sociology Review, vol. 19 (3), 382–394.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Holmberg-Marttila, D. & Valvanne, J. 2011. Hoitoketjut toimiviksi potilaan ketjuiksi. Suomen lääkirilehti vol. 66 (32), 2227 – 2227a.

Hyppönen, H., Hämäläinen, P., Pajukoski, M. & Tenhunen E. 2005. Selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilulain (22.9.2000/811) toimeenpanosta kokeilualueilla. Stakes. Loppuraportteja 6/2005.

Högström, A. 2002. Yhteiskunnallinen viestintä. Helsinki: Inforviestintä Oy.

Iharvaara, O. 2013. Esimies tukijana ja kannustajana muutosprosessin johtamisessa – vanhusten kotihoidon hoitajien kokemukset. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Pro gradu –tutkielma.

Juppo, A. 1990. Seinäjoen keskussairaala, korva-nenä- kurkkutautien poliklinikan suositus kuulonyhdyshenkilöiden nimeämiseksi. Luettu 14.2.2013

Jäsenkuntaraportointi 2013. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Luettu 10.2.2013
http://www.epshp.fi/1/tietopankki/tilastot_ja_raportit/jasenkuntaraportointi/

Kaarna, T. 2005. Hoitoketjujen kustannusten, ajan ja laadun ohjausmalli. Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Diplomityö.

Kananen, J. 2011. Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Tampere: Juvenes Print.

Karlöf, B. & Lövingsson, F. 2006. Organisaation olemus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Ketola, E., Mäntyranta, T., Mäkinen, R., Voipio-Pulkki, L-M., Kaila, M., Tulonen-Tapio, J., Nuutinen, M., Aalto, P., Kortakangas, P., Bramder, P. & Komulainen, J. 2006. Hoitosuosituksista hoitoketjuiksi. Opas hoitoketjujen laadintaan ja toimeenpanoon. Luettu 29.9.2014 .

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/hoitoketjut-ja-opaat1>

Kivelä, S., Koponen, I., Vahvaselkä, I. & Vedenkannas, M. 2008. Johdanto. Teoksessa Kivelä, S, Koponen, I. & Vahvaselkä, I. (toim.) Opimmeko asiakassuhteista – Oppivan asiakassuhteen mahdollisuudet ja rajoitukset hyvinvointialan palveluita kilpailuttaessa. Vantaa: Laurea - ammattikorkeakoulun julkaisusarja B-28, 7-22. Luettu.10.9.2014
<http://markkinointi.laurea.fi/julkaisut/b/b28.pdf>

Kivimäki, T. 2010. Ikääntymisen vaikutus näköön ja kuuloon –aistitoimintojen heikentymisen tunnistaminen ja arviointi sekä ikääntyneen tukeminen. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu – tutkielma.

Klemola, L., Saranto, K., Ensio, A. & Kivekäs, E. 2006. Lonkka- ja sydänpotilaiden hoitoketjun toimivuus ja niiden kehittäminen henkilökunnan näkökulmasta. Suomen lääkirilehti vol. 61 (23), 2519- 2523.

Koivuranta-Vaara, P., Punnonen, H. & Paavilainen, M. 2011. Terveydenhuoltolain mukainen järjestämissuunnitelma. Yleiskirje 21/80/2011. Kuntaliitto. Luettu 26.4.2013. <http://www.kunnat.net/fi/Kuntaliitto/yleiskirjeet-lausunnot/yleiskirjeet/2011/Sivut/y21802011-terveydenhuoltolain-jarjestamissuunnitelma.aspx>

Korkiatupa, R. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueellisen apuvälinekeskuksen apuvälinepäällikkö. Kysymyksiä kuulonkuntoutuksesta. Sähköpostiviesti. riitta.korkiatupa(at)epshp.fi. Luettu 19.1.2014

Koski-Pärnä, K. 2012. Kuulokoje potilaan tiedon saanti. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Kuoppala, P. Seinäjoen keskussairaalan korva- nenä- kurkkutautien ylilääkäri. 2013. Haastattelu 14.8.2013. Haastattelija. Pajala M. Seinäjoki.

Kuulokeskuksen moniammatillinen työryhmä. 2002. Hoitoketjun laajentaminen kuulokojekuntoutuksessa -projekti. Tampereen yliopistollinen sairaala. Operatiivinen tulosalue. KNK -klinikka.

Lonka, E. 2005. Huonokuuloisen aikuisen kommunikointitaitojen kuntoutus. Teoksessa Lonka, E. & Korpijaakko-Huuhka A. (toim.) Kuulon ja kielen kuntoutusvuorovaikutuksesta kommunikointiin. 2 painos. Helsinki: Yliopistopaino 287- 304.

Lumijärvi, I. 1999. Tasapainotetun mittariston malli ja kunta-alan tuloksellisuusarviointi. Työturvallisuuskeskus. Helsinki: Edita.

Lumijärvi, I. 2002. Henkilöstövoimavarojen aikaansaannoskykyosion tutkiminen ja arviointi julkisella sektorilla. Teoksessa Suurnäkki, Timo (toim.) Henkilöstövoimavarojen analysointi, seuranta ja kehittäminen. Asiantuntijat kertovat. Työturvallisuus keskus. Helsinki: Gummerus, s. 30–48.

Lumijärvi, I. 2013. Tutkimuksen keskeiset havainnot ja ehdotukset. Teoksessa Lumijärvi, I., Harisalo, R., Stenvall, J., Rannisto, P-H., Liski, A., Hatakka, A. & Tyvitalo, J. (toim.) Kohti tuloksellista kehittämistoimintaa. Suomen kuntaliitto, Acta 248. Helsinki: Kuntatalonpaino, 189-191. Luettu 20.9.2014 shop.kunnat.net/download.php?filename=uploads/acta248...pdf

Metsämuuronen, J. 2000. Tilastollisen kuvauksen perusteet. Vöru: Jaabes OU.

Meyer, C. & Hickson, L. 2012. What factors influence help-seeking for hearing impairment and hearing aid adoption in older adults? International Journal of Audiology. vol. 51 (2), 66-74.

Mäki-Torkko, E., Hannula S. & Sorri M. 2006. Ikääntyvän kuulo. Suomen lääkäri-lehti. Duodecim vol. 61(12), 1337-1341.

Mäki-Torkko, E., Roine, R. & Sorri, M. 2004. Aikuisten kuulovikojen yleisyys, kuulokojekuntoutus ja sen kustannukset : kirjallisuuskatsaus sekä Suomen, Tanskan ja Iso-Britannian palvelujärjestelmien vertailu. Duodecim vol. 120(7), 807-813.

Nordback, I., Salo, M., Holmberg-Marttila, D., Päivä, H., Liimatainen, T., Porkkala, T. & Kaila, M. 2010. Kehittämistyössä tarvitaan täsmällisiä termejä. Suomen Lääkäri-lehti vol. 65 (17), 1549- 1551.

Nordström, S. 2010 Sosiaali- ja terveystieteiden koulutuspaikkojen lisääminen ei ratkaise työvoimapulaa. Luettu 28.8.2014.
www.tehy.fi/tehy/ajankohtaista/?x22250=21465003

Nuutinen, M. 2000. Hoitoketju. Duodecim vol.116 (17), 1821-1828. Luettu 5.1.2014
www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo91721.pdf

Nuutinen, L., Nuutinen, M. & Erhola, M. 2004. Käypä-hoitosuositukset alueellisten hoito-ohjelmien ja hoitoketjujen pohjana. Duodecim vol. 120(24), 2955-2962.

Paananen-Eerola, M. 2004. Hoitoketjuajattelu palvelujen laadun tukena kuulonkuntoutuksessa. Valtakunnalliset kuulontutkijapäivät 29.-30.1.2004 Tampere. Kehittämisen ja tutkimustoiminta käytännöntyön tukena. Sisäkorvaistutkuntoutus moniammatillisena työryhmässä.

Paane-Tiainen, T. 2013. Murtuuko muuri. Lääkäriverkko pyrkimyksenä muuttaa alueellista yhteistyötä Kymenlaakson sairaanhoitopiirissä. Käyttätymistieteiden laitos. Helsingin yliopisto. Kasvatustieteellisiä tutkimuksia 248.

Palomäki, G. & Piirtola, H. 2012. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus terveydenhuollon hoitoketjuista ja niiden vaikuttavuudesta. Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma. Tampereen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Pesonen-Simonen, K. 2014. Kuulokojeputilaan hyvä ohjaus kojesovitusprosessissa. Alustava hoitotyön suositus. Terveystieteiden aikakauslehti 6/2014, 44-45.

Puska, P. 2012. Perusterveydenhuollon ja ehkäisevän työn vahvistaminen. Terveystieteiden aikakauslehti 8/2012, 6-7.

Puumalainen, J. 2008. Kuntoutus osana hoitoketjua. Duodecim. Luettu 29.9.2014.
http://www.terveysportti.fi/dtk/tyt/koti?p_artikkeli=00004&p_haku=hoitoketju_ja_kuntoutus

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S. & Paavilainen, E. 2013. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Ruohoniemi, H. Seinäjoen keskussairaalan huonokuuloisten aikuisten kuulonkuntoutusohjaaja. 2014. Haastattelu 8.1.2014. Haastattelija Pajala M. Seinäjoki.

Salmela, M., Heikka, H. & Ernvall, S. 2006. Perusterveydenhuollossa toimivan henkilökunnan rooli, valmiudet ja koulutustarve ikähuonokuuloisten kuulonkuntoutuksessa: Kuulohuollonkehittämiprojekti Varsinais-Suomessa. Tutkimuksia 23. Turun ammattikorkeakoulu. Turku: Turun kaupungin painatuspalvelukeskus.

Silvennoinen-Nuora, L. 2003. Arvioinnin käsitteistä ja alkukartoituksen tutkimusasetelmää. Teoksessa Silvennoinen-Nuora, L., Huotari, P., Ratilainen, K. & Sihvonen, M. Kuntien tuloksellisuusarviointia kehittämässä. Tasapainotettu mittaristo kunnallisten palveluiden tuloksellisuuden arvioinnissa. Tampereen yliopisto. Hallintotieteen laitos. Hallintotiede. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy, 5-37.

Silvennoinen-Nuora, L. 2004. Hoitoketjut ja vaikuttavuus. Vaikuttavuuden arviointi reumapotilaan hoitoketjussa. Tampereen yliopisto. Hallintotieteiden keskus. Tampere: Peka Offset.

Silvennoinen-Nuora, L. 2010. Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa: mikä mahdollistaa vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin. Tampereen yliopisto. Kauppa- ja hallintotieteiden tiedekunta. Johtamistieteiden laitos. Väitöskirja.

Siukosaari, S. 2002. Yhteisöviestinnän opas. 2. tarkastettu painos. Helsinki: Tietosanoma oy.

Sorri, M. 2005. Kuulovikojen tyypit, etiologia ja esiintyvyys. Teoksessa Lonka, E. & Korpijaakko-Huuhka, A-M. (toim.) Kuulon ja kielen kuntoutus. Vuorovaikutuksesta kommunikointiin. 2. muuttumaton painos. Helsinki: Yliopistopaino, 77-88.

Sorri, M., Huttunen, K. & Rudanko S-L. 2008 a). Kuulo- ja näkövammat. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. 2. painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 318-346.

Sorri, M., Huttunen, K. & Rudanko S-L. 2008 b). Kuulonkuntoutuksen sisältö ja järjestäminen. Duodecim. Luettu 28.8.2014
[http://www.terveysportti.fi/dtk/tyt/koti?p_artikkeli=kun00320&p_haku=kuulonkuntoutuksen sisältö ja järjestäminen](http://www.terveysportti.fi/dtk/tyt/koti?p_artikkeli=kun00320&p_haku=kuulonkuntoutuksen_sisalto_ja_jarjestaminen)

Sorri, M., Huttunen, K. & Rudanko S-L. 2008 c). Tulevaisuuden haasteet aistivammaopotilaiden kuntoutuksessa. Duodecim. Luettu 28.8.2014
[http://www.terveysportti.fi/dtk/tyt/avaa+p_artikkeli=00347&p_haku=hoitoketju ja kuntoutus](http://www.terveysportti.fi/dtk/tyt/avaa+p_artikkeli=00347&p_haku=hoitoketju_ja_kuntoutus)

Sorsa, M. 2002. Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveyspalveluissa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen yksikkö. Pro gradu –tutkielma

Suomen terveydenhoitajaliitto 2011. Audionomeista huutava pula - Voidaanko väestölle turvata riittäviä ja ammattitaitoisia kuulonhuollon palveluja. STHL:N tiedote 14.5.2011 Luettu 9.4.2013
http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/fi/ajankohtaista/sthln_tiedotteet/?a=viewItem&item_id=316

Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Sosiaali- ja terveysministeriö Helsinki: ETENE-julkaisuja 1. Luettu 28.8.2014
<http://www.etene.fi/julkaisut/2001>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Terveydenhuoltolaki - Yhteinen sisältölaaki perusterveydenhuollolle ja erikoissairaanhoidolle. Luentomateriaali. Luettu 11.4.2013
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39502&name=DLFE-11705.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a). Asettamispäätös STM019:00/2012. Luettu 13.12.2013
<http://www.stm.fi/vireilla/tyoryhmat/apuvalinepalvelut>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012 - 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Luettu 3.2.2013

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2003. Apuvälinepalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita. 2003:7.

Tekniikka ja terveys KTN ry, Suomen terveydenhoitajaliitto STHL ry & STHL:n audionomiyhdistys ry 10.9.2009. Kuulontutkijan –ammattinimikkeestä audionomiksi Luettu 10.9.2014

http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/.../Audionomikirje_yksityissektori.pdf

Tuormaa, T. 2014 Vapaaehtoiset ikähuonokuuloisten tukena – projekti, terveydenhuollon ammattilaisille suunnattu kysely. Kuuloliitto ry. Tutkimusraportti.

<http://www.kuuloliitto.fi/fin/kuuloliitto/ajankohtaista/?nid=832>

Tuqiri, K. & Eriksson S. Stroke care pathways – A mechanism for Driving Nursing Clinical Practice Improvement Project. Australasian Journal of Neuroscience 2008. vol. 19 (1), 9-12.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Luettu 15.7.2014.

<http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>

Töytäri, O. 2007. Apuvälineiden ja apuvälinepalveluiden saatavuus terveyskeskuksissa ja keskussairaaloissa 2006: Selvitys apuvälineiden luovutuskäytännöistä ja apuvälinepalvelujen toteutuksesta. STAKES. Raportteja. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus : 15/2007

Vainikainen, T. 2005. Hoitoketjut rakentuvat yhteistyöllä – ylläpito vaatii yhteishuoltajuutta. Duodecim vol.121(3), 2010-2013.

Vainio, A. 2004. Kotisairaanhoidajan koulutus kunnassa tapahtuvaan kuulokojeen käytönohjaukseen ja huoltoon. Valtakunnalliset kuulontutkijapäivät 29.-30.1.2004 Tampere. Kehittämisen ja tutkimustoiminta käytännöntyön tukena. Sisäkorvaistutkentoutus moniammatillisena työryhmässä.

Vanhaecht, K., Witte, K., Depreitere, R. & Sermeus, W. 2006. Clinical pathway audit tools: asystematic review Journal of Nursing Mangement. 14, 529-537.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Villikka, M. 2007. Hoitoketjun kustannukset perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon: Case Lappeenranta ja Imatra. Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Diplomityö.

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus. 281/2011. Helsinki: DTPage Oy.

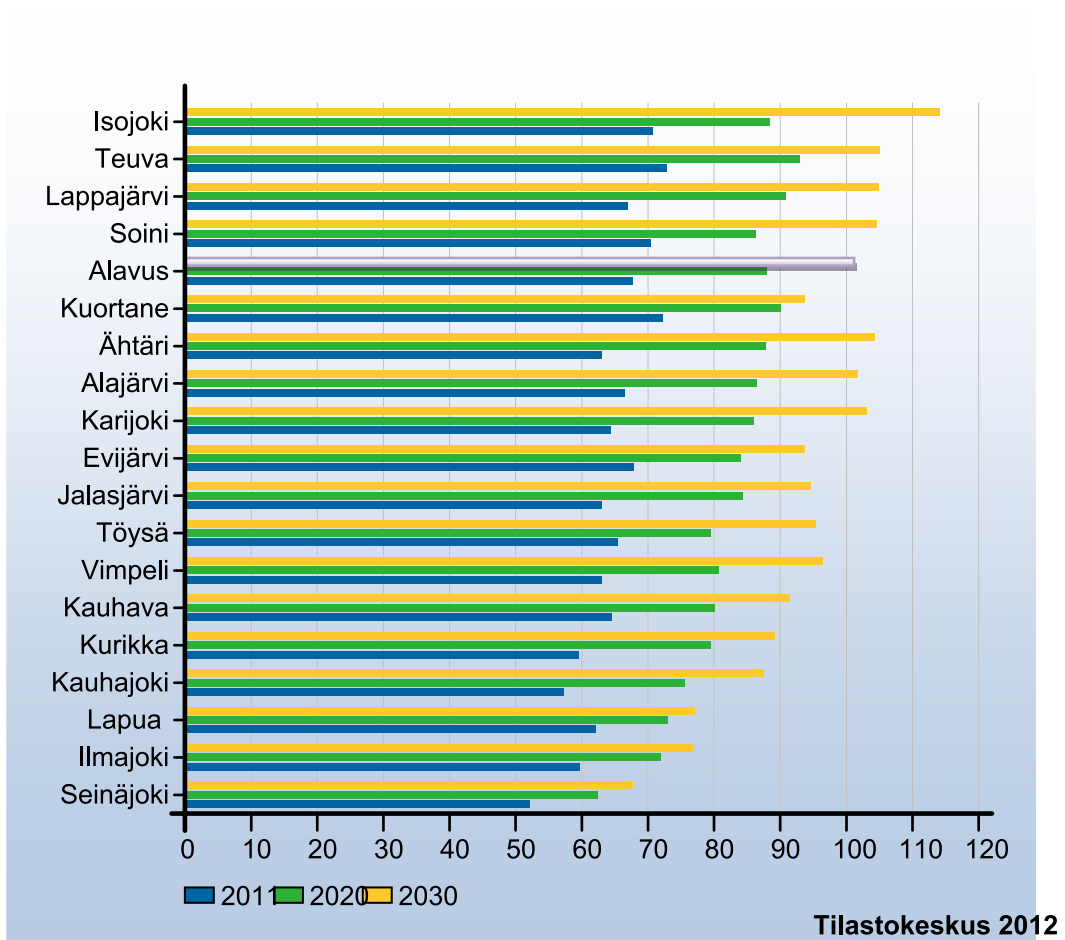
Vuorialho A. 2006. Cost and effectiveness of hearing aid rehabilitation in the elderly. Acta Universitatis Ouluensis. Sarja D osa 896. Oulu: Oulu university press. Väitöskirja.

Välimaa, V. 2012. Koulutusintervention vaikutus hoitoketjun implementoinnissa. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Pro gradu –tutkielma.

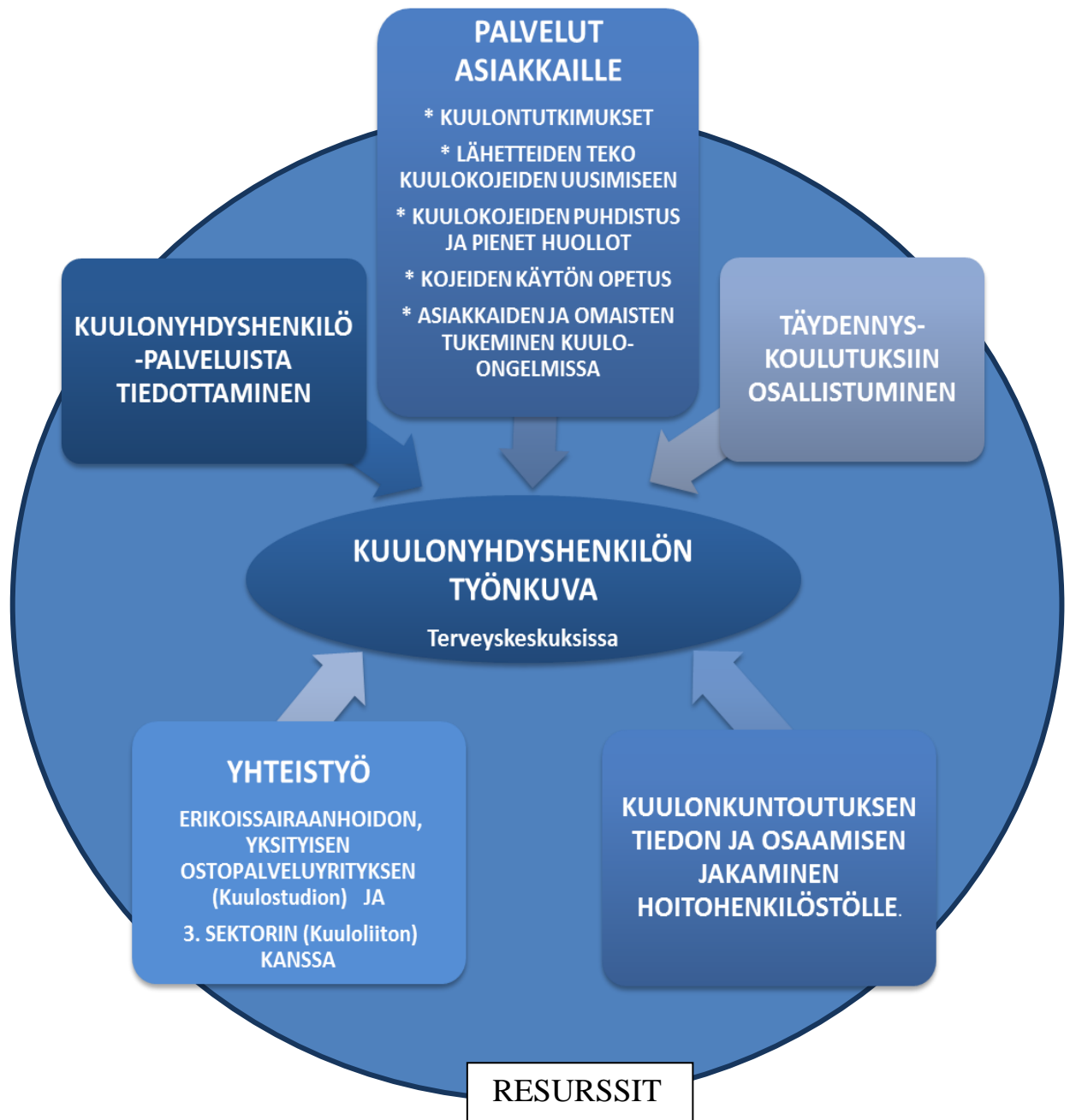
Österberg, M. 2009. Henkilöstöasiantuntijan käsikirja. 3. uudistettu painos. Helsinki: Gummerus.

LIITE 1.

Väestöennuste 2012 Väestöllinen huoltosuhde alueittain 2011 - 2030



LIITE 2. Terveyskeskusten kuulonyhdysheiköiden työnkuvaus



LIITE 3. Etelä-Pohjanmaan väestö ikäryhmittäin 1980-2040

	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
0-19 -vuotiaat	57 849	56 502	55 119	54 509	50 691	47 335	45 923
20-34 -vuotiaat	46 490	44 989	40 909	36 422	31 925	31 376	31 840
35-49 -vuotiaat	32 547	37 950	42 720	45 493	42 001	38 141	34 124
50-64 -vuotiaat.	33 484	33 336	31 793	31 140	36 439	40 917	43 479
65-79 vuotiaat	21 542	22 996	24 751	26 007	26 466	26 040	26 455
80v. täyttäneet	3 857	5 042	6 378	7 286	8 093	10 003	11 683

	2015	2020	2025	2030	2035	2040
0-19 -vuotiaat	45 008	45 686	46 402	46 506	46 338	46 188
20-34 -vuotiaat	32 498	31 436	30 801	30 334	31 004	31 855
35-49 -vuotiaat	32 174	32 575	34 093	35 064	34 342	33 768
50-64 -vuotiaat.	40 519	37 249	33 993	32 541	33 143	34 785
65-79 vuotiaat	31 643	35 734	37 978	36 136	33 995	31 646
80v. täyttäneet	12 410	13 164	14 576	19 101	22 237	23 735

Tilastokeskus
Vuoden 2012 aluejako.

Etelä-Pohjanmaan ennakointiportaali. Väestöennustepaketti 2012.

LIITE 4. Hoitoketjun kriittiset menestystekijät henkilöstönäkökulmasta

- Yhteenvedo kirjallisuuskatsauksesta

YLÄKATEGORIAT	ALAKATEGORIAT: Hoitoketjun edistävät tekijät henkilöstönäkökulmalta	ALAKATEGORIAT: Hoitoketjun estävät tekijät henkilöstönäkökulmalta
Johdon tuki	tuki ja ymmärrys työtehtävissä	Johdon puutteellinen tuki
Organisaatio kulttuuri	kehittämismyönteinen kulttuuri ja kollegojen tuki ja ymmärrys	joustamaton organisaatiokulttuuri
Resurssit	ajan käytön, henkilöstön ja työvälineiden riittävyys	kiire, henkilöstön vaihtuvuus, pula osaavasta henkilöstöstä, puutteet työvälineissä
Asenne	Kiinnostus vaikuttaa tekijöihin, kehittämismyönteisyys	Sitoutumattomuus, muutosvastarinta
Osaaminen tiedot ja taidot	osaava henkilöstö	tietämättömyys, puutteet tiedoissa ja taidoissa
Koulutus	jatkuva täydennyskouluttautuminen	koulutuksen puute
Yhteistyö, tiimityö	yhteistyö- ja tiimitaidot, yhteistyön kanavat, konsultointi	yhteistyötahoa ei tunneta, haluttomuus yhteistyöhön

LIITE 5. Alkuperäistutkimusten yhteenvetotaulukko

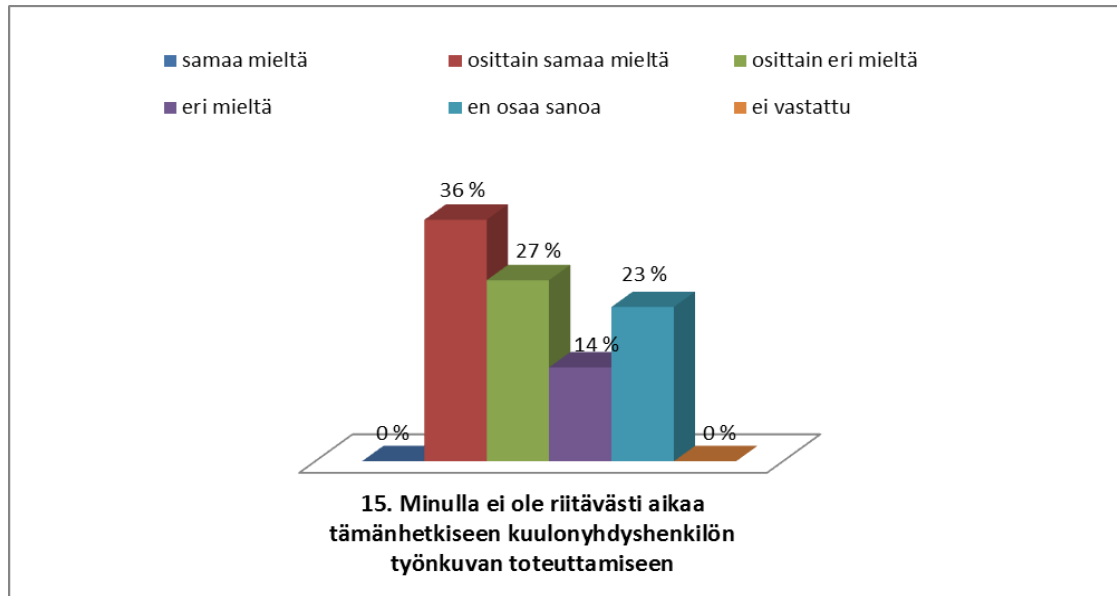
	Tutkimuksen tekijä(t), julkaisuvuosi, tutkimuksen taso, maa	Tarkoitus ja tavoitteet	Metodologiset lähtökohdat	Keskeiset tulokset	Näytön aste/ laadun arvioinnin pisteytys
1	Silvennoinen -Nuora 2004 Pro gradu -tutkielma Suomi	Tavoitteena oli tutkia hoitoketjua ja sen vaikuttavuuden arviointia ja miten vaikuttavuuden arviointia voitaisiin kehittää	Kvalitatiivinen tutkimus Reumaa sairastavat potilaat (N=6) Hoitoketjuun osalliset asiantuntijuuden perusteella (N=17) Teoriaohjaava sisällönanalyysi	Hoitoketjun toimintaa heikensivät henkilöstön suuri vaihtuvuus ja vähäisyys, tietosuoja ja tiedonkulun ongelmat. Vaikuttavuuden arvioinnin ongelmat liittyivät käsitteisiin, konkretisointiin sekä arviointimenetelmiin.	IV/14
2	Silvennoinen -Nuora 2010 Väitöskirja Suomi	Tavoitteena oli tuottaa tietoa kokonaisvaltaisen vaikuttavuuden arviointiin ja löytää vaikuttavuuteen johtavia kriittisiä menestystekijöitä , lisäksi tutkia sähköisen potilastietojärjestelmän hyödyntävyys mahdollisuuksia vaikuttavuuden arvioinnissa.	Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen asiantuntija- ja potilashaastattelut (N=110) Kysely reuma-potilaille (N=76) Teoriaohjaava sisällönanalyysi ja tilastollinen analyysi	Eri diagnoosiperusteisiin hoitoketjuihin on rakennettava omat vaikuttavuuden arviointijärjestelmänsä ja vaikutuksia ja vaikuttavuutta tulisi arvioida tavoitelähtöisesti.	III(b)/20
3	Välimaa, V. 2012 Pro gradu -tutkielma Suomi	Tarkoituksena oli arvioida koulutusinterventioita vaikutuksia sepelvaltimotautia sairastavan potilaan hoitoketjuohjelman (MCC) käyttöön otossa, sekä <i>kuvata MCC-ohjelman käyttöä estäviä tekijöitä</i> . Tavoitteena oli toteuttaa hoitoketjuohjelman käyttöä edistävä koulutusinterventio ja tutkia sen merkitystä hoitoketjun implementoinnissa.	Kvalitatiivinen tutkimus Vaasan keskussairaalan sydänvalvonta-, vuode-tarkkailuosaston henkilökunta kokonaisuudessaan (N= 59) Tilastollinen analyysi	MCC-ohjelman <i>hoitoketjun käyttöä estävinä tekijöinä</i> nousivat esille riittämättömät resurssit henkilöstömäärissä, ajassa ja tietokoneiden vähäisyydessä ja niiden käytön ongelmissa. Tiedoissa ja taidoissa koettiin puutteita. Asenteet olivat <i>positiiviset</i> MCC-ohjelmaa kohtaan ennen ja jälkeen koulutuksen	

LIITE 6. Alkuperäistutkimusten laadun arviointi (Palomäki, G. & Piirtola, H. 2012)

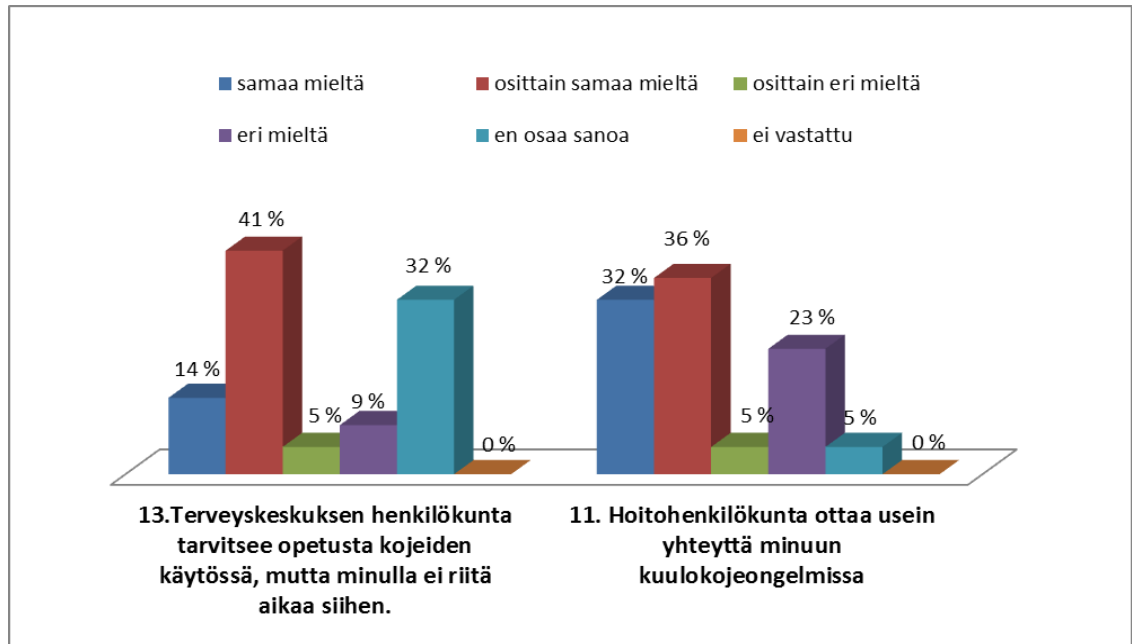
ALKUPERÄISTUTKIMUSTEN LAADUN ARVIOINTI			
Tutkimus			
	Kyllä	Ei	Ei tietoa / Ei sovellu
Tutkimuksen tausta ja tarkoitus			
Tutkittava ilmiö on määritelty selkeästi.			
Tutkimuksen aihe on perusteltu kirjallisuuskatsauksen avulla sisällöllisesti, menetelmällisesti ja eettisesti.			
Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät on määritelty selkeästi.			
Aineisto ja menetelmät			
Aineistonkeruumenetelmä ja – konteksti on perusteltu ja kuvattu riittävän yksityiskohtaisesti.			
Aineiston keruumenetelmä soveltuu tutkittavaan ilmiöön.			
Aineiston keruu on kuvattu.			
Aineiston käsittelyn ja analyysin päävaiheet on kuvattu.			
Analyysimenetelmä soveltuu tutkittavaan ilmiöön.			
Tutkimus on luotettava ja eettisesti toteutettu.			
Tutkimuksen kohderyhmä on relevantti			
Tutkimuksen otos on riittävä ja sitä on arvioitu. (kvantitatiivinen tutkimus)			
Tutkimuksen sisällön riittävyttä on arvioitu. (kvalitatiivinen tutkimus)			
Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys			
Tutkija on nimennyt kriteerit, ja niiden pohjalta arvioinut tutkimuksen luotettavuutta.			
Tutkija on pohtinut eettisiä kysymyksiä huolellisesti.			
Tulokset ja johtopäätökset			
Tulosten merkittävyyttä on arvioitu.			
Tutkimuksen tulokset ovat merkittäviä ja yhteneväisiä aikaisempiin tutkimuksiin verrattuna.			
Tulokset on esitetty selkeästi ja niitä on verrattu aikaisempiin tutkimuksiin.			
Tutkimusten tulokset perustuvat tutkimuksiin ja ovat hyödynnettävissä.			
Kokonaisarvio			
Tutkimus muodostaa eheän, selkeän ja loogisen kokonaisuuden.			
Tutkimuksesta saadaan vastauksia tutkimuskysymyksiin.			
Tutkimus on sovellettavissa suomalaisen terveydenhuollon kenttään.			

(mukailten Jousimaa, Liira, Liira & Komulainen 2010, 1936–1941; Kontio ym. 2007, 103 -107; Sairaanhoidtajaliitto 2004, 10–19.) Laadun arvioinnin maksimipistemäärä oli 20 pistettä.

LIITE 7. Resurssit kuulonyhdys henkilön työnkuvassa



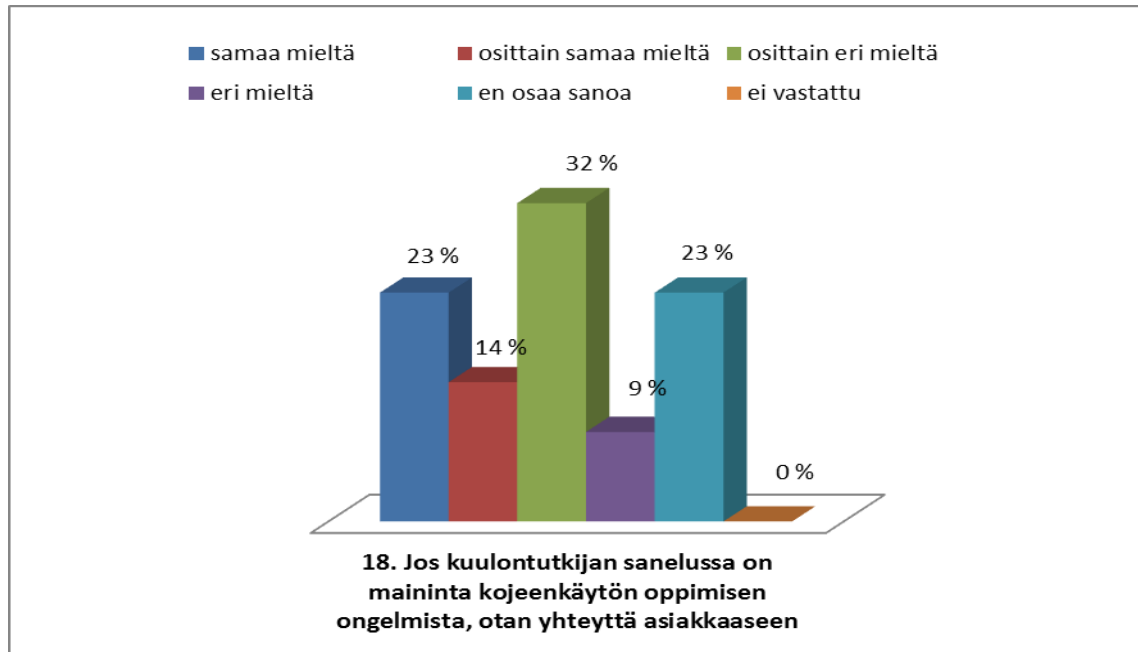
LIITE 8. Resurssit muun hoitohenkilökunnan opetuksessa



LIITE 9. Kuulonyhdys henkilön vastuutehtäviä

KUULONYHDYSHENKILÖIDEN VASTUUTEHTÄVIÄ PERUSTYÖNKUVAN LISÄKSI		
YHDYSHENKILÖN/ HOITAJAN VASTUUTEHTÄVIÄ	MUITA POTILASRYHMIÄ KOSKEVIA VASTUUTEHTÄVIÄ	TYÖNKUVAA TUKEVIA VASTUUTEHTÄVIÄ
<ul style="list-style-type: none"> • MAREVANHOITAJA • ASTMAHOITAJA • DIABETESHOITAJA • OSTEOPOROOSIHOITAJA • SYÖPÄYHDYSHENKILÖ • REUMAHOITAJA • MUISTIHOITAJA • SYDÄNHOITAJA • HAAVAHOITAJA • KUULONYHDYSHENKILÖ 	<ul style="list-style-type: none"> • MATKAILIJOIDEN ROKOTUKSET • JALKAHOIDOT • SIEDÄTYKSET • ELINTAPARYHMÄOHJAUS • PAKOILAIS-ASIAKKAAT 	<ul style="list-style-type: none"> • HALLINNOLLISET TYÖT • HYGIENIAYHDYSHENKILÖN TEHTÄVÄT • KESKUSVARASTOTILAUKSET

LIITE 10. Yhteydenotto asiakkaaseen kojeenkäytön ongelmassa



LIITE 11. Avointen kysymysten vastauksia

Kysymyksessä 37 kysyttiin miten voitaisiin kehittää kuulonyhdyshenkilöiden osaamista ja työnkuvaa, yhteistyössä erikoissairaanhoidon kanssa. Ensimmäiseksi nousi esille *perehdytyksen tarpeellisuus* kuulonyhdyshenkilönä aloittaessa:

”Kun aloittaa kuulonyhdyshenkilön työt olisi hyvä olla oma perehdytyspäivä”

”Perehdytys työn alkaessa. Nyt sain perehdytyksen kollegalta neuvolassa”

”Ehdottomasti ensitietopäivään osallistuminen ennen kuin voi olla yhdyshenkilöksi nimetty”

”Varmasti hyviä mahdollisuuksia on, hyvän perehdytyksen jälkeen. Oma kokemukseni vuosien varrelta on että tiedän saaneeni paljon hyvää tietoa, jota olen saanut jakaa asiakkailleni.”

”Koen itse saaneeni aina hyviä neuvoja ottaessani yhteyttä erikoissairaanhoidon. Kiitos siitä!”

Toinen vastauksista nousut tekijä oli *erikoissairaanhoidon kuulonyhdyshenkilökoulutuksien säännöllinen jatkuminen josta tuli seuraavanlaisia kommentteja:*

”Säännölliset käytännönläheiset koulutukset saisivat jatkua”

”Koulutus- yhteistyöpalaverit”

”Järjestää yhteisiä koulutustilaisuuksia. 1x vuodessa ei riitä.”

”Enemmän yhteisiä koulutuspäiviä.”

”Koulutuspäivät olleet hyviä ja riittäviä.”

”Tuntuu vielä vähän epävarmalta, kun on kokemusta asiasta kertynyt vasta vähän. Kuulonyhdyshenkilöiden koulutuspäiviltä olen saanut tärkeää tietoa ja ainoastaan ainut paikka, josta olen saanut tietoa. Työhön tullessani 1 ½ vuotta sitten, en saanut asiaan minkäänlaista perehdytystä, eikä asia ollut entuudestaan tuttua”

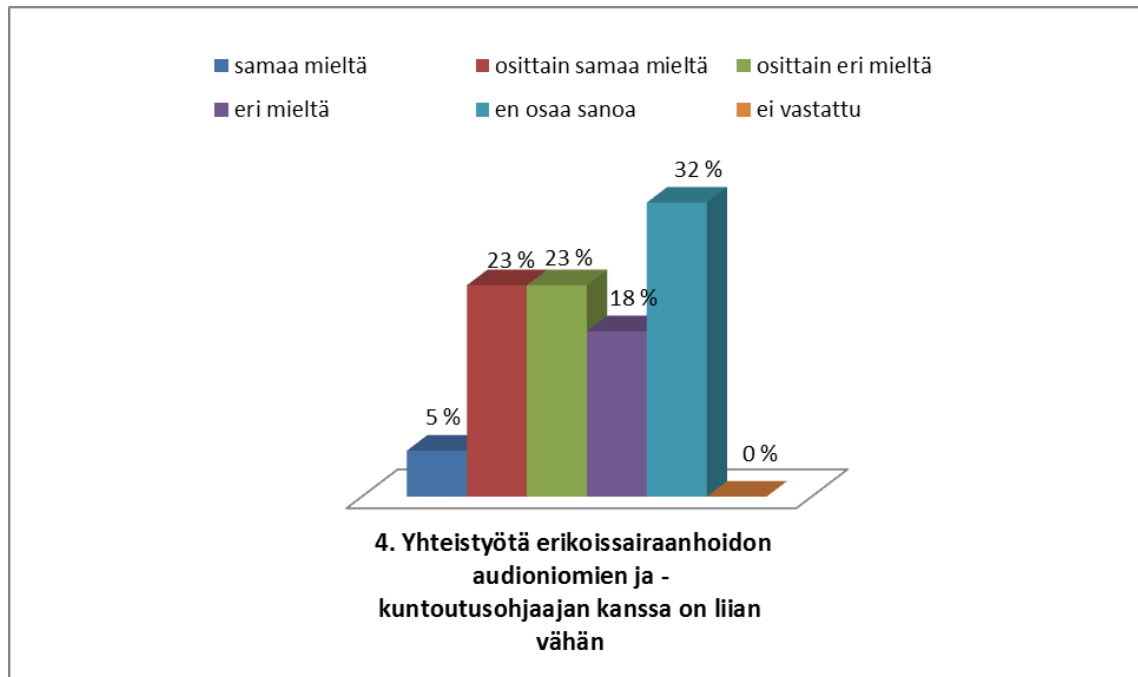
Kolmanneksi palveluiden kehittämiseksi terveyskeskuksissa ehdotettiin seuraavaa yhteistyössä erikoissairaanhoidon kanssa:

”Voisi järjestää pieniin kuntiin terveyskeskuksien tiloihin kuulokojeen huoltopäivän, joihin kutsutaan kaikki kuulokojeen käyttäjät kunnan alueelta. TEEMAA voisi vaihdella.”

”Olen informoinut että olen kuulonyhdyshenkilö, mutta varmasti voisin jossakin kohtaa käydä osastolla opastamassa väkeä kuulokojeen käytössä. Itselläkään ei ole niin kovin paljon vielä kokemusta että on jäänyt käymättä.”

”Vielä enemmän ”vastuuta”, mutta ei kuitenkaan niin että työ kärsii. Aikaa siihen pitäisi löytyä”

LIITE 12. Yhteistyö audiomien ja kuulonkuntoutusohjaajien kanssa



LIITE 13. Saatekirje ja kysely kuulonyhdyshenkilöille

Hyvä Kuulonyhdyshenkilö !

Toimin kuulontutkijana korvapoliiklinikan kuulokeskuksessa, ja opiskelen Tampereen ammattikorkeakoulussa hoitotyön kehittämisen ja johtamisen YAMK -tutkintoa. Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvata terveystieteiden kuulonyhdyshenkilöpalveluiden työnkuvan laajuutta ja kehittämistarpeita, ja kartoittaa henkilöstönäkökulmasta edellytyksiä kuulonkuntoutuksen hoitoketjun käyttöönotolle Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa.

Toimintanne on tärkeää ja valtakunnallisesti olette edelläkävijöiden asemassa. Kuulonyhdyshenkilöpalveluilla Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä on yli 20 vuoden toimintahistoria, ja vastaavaa toimintaa on eri sairaanhoitopiireissä vaihtelevasti. Kuulonyhdyshenkilöpalveluita on aloitettu eri projektein viimeisen kymmenen vuoden aikana ympäri Suomen. Projekteista on tullut pysyviä, ja ne on koettu arvokkaiksi kuulonkuntoutuksen hoidonpurrastuksessa.

Mitä tästä tutkimuksesta on hyötyä käytännössä? Tutkimus mahdollistaa teidän mielipiteenne kuulemiselle. *Opinnäytetyön tavoitteena* on saada terveystieteiden kuulonyhdyshenkilön työnkuva näkyväksi ja paremmin huomioiduksi tulevissa järjestämissuunnitelmissa. Tutkimustuloksina saatua tietoa voidaan hyödyntää alueellista kuulonapuvälinepalveluiden suunnitelmia mietittäessä, prosessien kuvauksessa ja hoitoketjun kehittämisessä. Alueellisella kuulonapuvälinepalveluiden suunnitelmalla luotaisiin raamit sekä työn- ja vastuunjaon sopimiselle erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä, että yhdenmukaisille käytännöille ja toimintatavoille terveystieteiden kuulonyhdyshenkilöpalveluissa.

Toivoisinkin nyt teidän vastaavan kyselyyn kesäkuun 5. päivään mennessä. Lomakkeen täyttäminen kestää esitestauksen perusteella noin 10-15min. Tutkimuksen vastaajien henkilöllisyys ei tule missään vaiheessa ilmi, ja aineisto käsitellään luottamuksellisesti.

Ystävällisin terveisin:

Minna Pajala,

kuulontutkija YAMK-opiskelija

Korva-nenä-kurkkutautien poliklinikan kuulokeskus

Kysely kuulonyhdyshenkilöille

Tämän kyselyn tarkoitus on kartoittaa kuulonyhdyshenkilöiden työkuva, ja sitä mitkä tekijät edistävät ja estävät hoitoketju ajattelua. Kyselyyn vastaamalla vaikutat käsityksiin siitä millaisena kuulonyhdyshenkilön työkuva nähdään ja miten sitä kehitetään.

Työkuvaasi liittyen valitse kyllä tai ei -vaihtoehto ympyröimällä numero.

1.	KUULONYHDYSHENKILÖNÄ OLEN TEHNYT SEURAAVAA:	KYLLÄ	EI
a)	vaihtanut kuulokojeen paristoja	1	2
b)	vaihtanut korva-kpl:n väliletkuja	1	2
c)	puhdistanut korvakappaleita	1	2
d)	opettanut kuulokojeen korvaan laitossa	1	2
e)	ohjannut kuulokojeen puhdistuksessa	1	2
f)	motivoinut kuulokojeen käyttöön	1	2
g)	ohjannut omaisia kuulokojeen käytössä	1	2
h)	ottanut korvakappale malleja	1	2
i)	hankkinut potilaalle kojeen rikkoutuneen tilalle	1	2
j)	ottanut yhteyttä puhelimitse kuulontutkijaan/kuntoutusohjaajaan	1	2
k)	ottanut yhteyttä Kuulostudioon kojeasioissa	1	2
l)	tehnyt kuulontutkimuksia kojeearvioon meneville	1	2
m)	tehnyt lähetteen kojeen uusijalle	1	2
n)	luovuttanut kommunikaattoreita	1	2
o)	osallistunut asiakkaille järjestettyihin kuuloliiton/ kuuloyhdistyksen tilaisuuksiin, kuulonyhdyshenkilönä	1	2
p)	ohjannut potilaita kuuloyhdistyksen vertaistuki toimintaan	1	2
q)	osallistunut sairaanhoitopiirin kuulonyhdyshenkilökoulutukseen	1	2
r)	ohjannut hoitohenkilökuntaa kojeen käytössä	1	2
s)	järjestänyt koulutusta hoitohenkilökunnalle kuulonkuntoutuksesta	1	2
t)	Muut kuulonyhdyshenkilön tehtävät. Mitkä? _____ _____		

Vastaa seuraaviin väittämiin ympyröimällä YKSI vaihtoehto, joka kuvaa parhaiten kokemuksiasi yhdyshenkilönä.

TYÖNKUVA	samaa mieltä	osittain samaa mieltä	ei osaa sanoa	osittain eri mieltä	eri mieltä
2. Yhteistyö erikoissairaanhoidon kuulonkuntoutuksen asiantuntijoiden kanssa toimii hyvin.	1	2	3	4	5
3. Kun kuulokojeeseen liittyvät ongelmat eivät selviä, otan yhteyttä kuulontutkijaan tai kuntoutusohjaajaan.	1	2	3	4	5
4. Yhteistyötä erikoissairaanhoidon kuulontutkijoiden ja -kuntoutusohjaajan kanssa on liian vähän.	1	2	3	4	5
5. Tiedonkulku kuulonyhdyshenkilöille, kuulokojekäynneistä erikoissairaanhoidossa, toimii moitteettomasti.	1	2	3	4	5
6. Ajantasainen tieto, asiakkaan kuulokojekäynneistä erikoissairaanhoidossa helposti saatavilla.	1	2	3	4	5
7. Kojeensaannin arvioon meneville jaetaan yhteystietoni terveyskeskuksesta lääkärikäynnillä.	1	2	3	4	5
8. Kuulonyhdyshenkilöpalveluista tiedottaminen asiakkaille on tärkeää.	1	2	3	4	5
9. Kuulonyhdyshenkilöpalveluista tiedottaminen terveyskeskuksen hoitohenkilökunnalle on tärkeää.	1	2	3	4	5
10. Olen säännöllisesti tiedottanut terveyskeskuksen hoitohenkilökunnalle kuulonyhdyshenkilöpalveluista.	1	2	3	4	5
11. Hoitohenkilökunta ottaa usein yhteyttä minuun kuulokoje ongelmassa.	1	2	3	4	5
12. Sijaiset osaavat aina hyvin kuulontutkijan työkuvaan liittyvät työt.	1	2	3	4	5
13. Terveyskeskuksen henkilökunta tarvitsee opetusta kojeiden käytössä, mutta minulla ei riitä aikaa ohjaukseen.	1	2	3	4	5
14. Työssäni tulee eteen kuulokoje/kuulo asioita lähes päivittäin.	1	2	3	4	5

TYÖNKUVA	samaa mieltä	osittain samaa mieltä	ei osaa sanoa	osittain eri mieltä	eri mieltä
15. Minulla ei ole riittävästi aikaa tämän hetkiseen kuulonyhdyshenkilön työnkuvan toteuttamiseen.	1	2	3	4	5
16. Muulle hoitohenkilökunnalle kuulonyhdyshenkilön järjestämä koulutus kojeiden käytöstä ei ole välttämätöntä.	1	2	3	4	5
17. Korvakappaleen mallinotto terveyskeskuksessa tai kotona olisi mielestäni tarpeen huonokuntoisten kojeen käyttäjien kohdalla.	1	2	3	4	5
18. Jos kuulontutkijan sanelussa on mainintaa kojeenkäytön oppimisen ongelmista, otan yhteyttä asiakkaaseen.	1	2	3	4	5
19. Kommunikaattoreiden luovutus, tehtävänsiirtona työnkuvassani on onnistunut erinomaisesti.	1	2	3	4	5
20. Olen saanut tukea esimieheltäni kuulonyhdyshenkilön työnkuvaan liittyvissä asioissa.	1	2	3	4	5
21. Olen halutessani saanut osallistua korvapoliiklinikan järjestämään kuulonyhdyshenkilökoulutukseen.	1	2	3	4	5
22. Minulla on riittävästi tietoa kuulo-kojeista ja muista kuulonapuvälineistä.	1	2	3	4	5
23. Kuulonyhdyshenkilönä aloittaessa koulutusta ja perehdytystä on riittävästi.	1	2	3	4	5
24. Minulla on selkeä kuva siitä, mitä kuulonyhdyshenkilön työnkuvaan kuuluu.	1	2	3	4	5
25. Esimiehilläni on selkeä kuva siitä, mitä kuulonyhdyshenkilön työnkuvaan kuuluu.	1	2	3	4	5
26. Organisaatiossa arvostetaan erityisosaamista kuulonyhdyshenkilönä.	1	2	3	4	5
TYÖNKUVAN KEHITTÄMINEN					
27. Organisaatiossani suhtaudutaan positiivisesti työnkuvien kehittämiseen.	1	2	3	4	5
28. Kuulonyhdyshenkilöpalvelut ovat tärkeitä ja työnkuvaani tulisi kehittää.	1	2	3	4	5

29. Olisin kiinnostunut kehittämään kuulonyhdyshenkilön työnkuvaa kunnassani.	1	2	3	4	5
30. Yhteistyötä erikoissairaanhoidon kanssa on lisättävä hoitoketjun kehittämiseksi kuulonkuntoutuksessa.	1	2	3	4	5

Vastaa seuraaviin kysymyksiin ympäröimällä YKSI vaihtoehto kuhunkin kysymykseen.

MITEN USEIN...	en ole tehnyt työssäni	useita kertoja vko:ssa/ useita asiakkaita vko:ssa	viikottain	1-2 kertaa kk:ssa	joka toinen kk:si	joitakin kertoja vuodessa	kerran vuodessa tai harvemmin
31. olen tehnyt kuulontutkimuksia kuulokojeen saannin arvioon meneville	0	1	2	3	4	5	6
32. olen puhdistanut asiakkaan korvat huuhtelemalla	0	1	2	3	4	5	6
33. olen tehnyt lähetteen kuulokojeen uusijalle	0	1	2	3	4	5	6
34. olen ottanut yhteyttä kuulontutkijaan	0	1	2	3	4	5	6
35. olen ottanut yhteyttä kuulonkuntoutusohjaajaan	0	1	2	3	4	5	6

36. Onko viimeisen vuoden aikana terveyskeskuksen kuulonyhdyshenkilön työnkuvassa tehty muutoksia tai onko niitä suunnitteilla? Jos on muutoksia, millaisia? Mitä olet niistä mieltä?

37. Miten voitaisiin kehittää kuulonyhdyshenkilöiden osaamista ja työnkuvaa, yhteistyössä erikoissairaanhoidon kanssa ?

Valitse kyllä tai ei- vaihtoehto ympyröimällä numero	KYLLÄ	EI
38. Kuuloasioissa on mahdollisuus tulla vastaanotolleni	1	2
39. Minulta saa/saa ostaa kuulokojeen väliletkua	1	2
40. Minulta saa/saa ostaa kuulokojeparistoja	1	2
41. Käytössäni on kuulontutkimukseen tarkoitettu tutkimuslaitteisto	1	2
42. Käytössäni on kuulontutkimukseen tarkoitettu äänieriö	1	2
43. Kuulokojeen tarvitsijoille/käyttäjille on omia ajanvarausaikoja	1	2
44. Kuulokojeen käyttäjillä on mahdollisuus saada minut kotikäynnille	1	2
45. Oman kunnan kuulokojeen saaneista asiakkaista tulee tietoa minulle	1	2
46. Olen kerännyt erillisiä tilastoja kuulokojeasiakaskontakteistani	1	2
47. Alue-eflica on jo käytössäni, ja pystyn näkemään tästä eteenpäin erikoissairaanhoidon potilas-/asiakaskäynnit	1	2

Valitse oikea vaihtoehto ympyröimällä numero

48. **Työskentelen:**
- 1 kotisairaanhoidossa
 - 2 kotipalvelussa
 - 3 TK:n /terveysaseman avovastaanotolla
 - 4 Aikuisneuvolassa
 - 5 muualla, missä _____

49. **Ammattini:**
- 1 sairaanhoitaja
 - 2 terveydenhoitaja
 - 3 lähihoitaja/perushoitaja
 - 4 muu mikä _____

50. **Työkokemukseni kuulonyhdyshenkilönä:**
- 1 alle ½ vuotta
 - 2 ½ - alle 1 vuotta
 - 3 1-2 vuotta
 - 4 3-5 vuotta
 - 5 6 vuotta tai enemmän

51. **Muut vastuutehtävät työssäni ovat:** _____

TARKISTATHAN, ETTÄ OLET VASTANNUT KAIKKIIN KYSYMYKSIIN.

Kiitos vastauksistasi !