



Lotta Koivula, Satu Luoma & Janica Niskala

OPTIKON AMMATTIETIIKKA NÄÖNTUTKIMUKSESSA

Kyselytutkimus – Hyvä näöntutkimuskäytäntö ammattietiikan pohjana

OPTIKON AMMATTIETIIKKA NÄÖNTUTKIMUKSESSA

Kyselytutkimus – Hyvä näöntutkimuskäytäntö ammattietiikan pohjana

Lotta Koivula, Satu Luoma & Janica Niskala
Opinnäytetyö
Syksy 2016
Optometrian tutkinto-ohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Optometrian tutkinto-ohjelma

Tekijät: Koivula, Lotta; Luoma, Satu & Niskala, Janica

Työn nimi: Optikon ammattietiikka näöntutkimuksessa: Kyselytutkimus – Hyvä näöntutkimuskäytäntö ammattietiikan pohjana

Työn ohjaaja: Juustila, Tuomas & Jussila, Aino-Liisa

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syksy 2016

Sivumäärä 95 + 10 liitesivua

Optinen ala on ollut jo pitkään murrosvaiheessa, joka jatkuu edelleen. Muutosta on tapahtunut erityisesti liikkeiden välisessä hintakilpailussa, mikä näkyy esimerkiksi kustannusten minimoimisena ja näöntutkimusaikojen lyhenemisenä.

Tutkimuksen pääongelman tarkoituksena oli arvioida, miten tehdyt näöntutkimukset vastaavat Optometrian Eettisen Neuvoston ohjetta Hyvästä näöntutkimuskäytännöstä. Tutkimuksen aliongelmissa vertailtiin, miten näöntutkimukseen varattu aika ja alan työkokemus vaikuttavat Hyvän näöntutkimuskäytännön ohjeiden noudattamiseen, sekä millaisia eroavaisuuksia on Hyvän näöntutkimuskäytännön ohjeiden noudattamisessa alan yksityisten yritysten ja ketjuliikkeiden välillä. Opinnäytetyön tavoitteena oli herätellä optikkoja ja työnantajia huomaamaan mahdolliset puutteet näöntutkimuksissa, ja tätä kautta kehittää näöntutkimuksia vastaamaan paremmin Hyvää näöntutkimuskäytäntöä.

Toteutimme kyselyn kvantitatiivisena kyselytutkimuksena, joka välitettiin sähköpostitse Suomessa työskenteleville optikoille ja optometristeille Suomen Optometrian Ammattilaiset ry:n kautta. Tarkastelun perustana oli Hyvä näöntutkimuskäytäntö, jonka osa-alueet muutettiin määrälliseen muotoon. Kysely tavoitti 201 vastaajaa, joiden arvioiden perusteella kokosimme tutkimustulokset.

Tulokset osoittivat, että näöntutkimusten kulku vastasi osittain Hyvän näöntutkimuskäytännön vaatimuksia. Parhaiten tutkimuksista toteutui anamneesin osa-alue, ja huonoiten objektiivisen tutkimuksen osa-alue. Joihinkin tutkimuksiin varatulla ajalla ei ollut vaikutusta. Saimme selville, että Hyvä näöntutkimuskäytäntö toteutui paremmin, kun aikaa oli varattu 30 minuuttia. Selkeimmät erot tutkimuksessamme ilmenivät siinä, työskentelivätkö vastaajat ketjuliikkeissä vai yksityisissä optikkoliikkeissä. Eroavaisuudet eivät kuitenkaan olleet vain toisen työskentelypaikan eduksi, vaan kummankin työympäristön osalta löytyi sekä hyvin toteutuneita, että kehitettäviä tutkimuskohtia. Vastaajien alan työkokemuksen vaikutus oli selkeimmin nähtävissä heidän välillään, jotka olivat työskennelleet optisella alalla alle 10 ja yli 31 vuotta.

Hyvän näöntutkimuskäytännön noudattamisessa on kehitettävää. Vaikuttaa siltä, että monet vastaajista hyötyisivät pidemmistä näöntutkimusajoista. Myös joidenkin testien kertaaminen voisi olla tarpeen, jotta tutkimustilanteessa muistettaisiin, miten ja miksi ne tehdään. Optikot kokivat pääasiassa toimivansa Hyvän näöntutkimuskäytännön mukaan eli ammattieettisesti, Hyvän näöntutkimuskäytännön vaatimat tutkimukset jäivät kuitenkin osittain toteutumatta.

Asiasanat: optikko, optometri, ammattietiikka, eettisyys, näöntutkimus, tutkimusaika, työkokemus

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Optometry

Authors: Koivula, Lotta; Luoma, Satu & Niskala, Janica
Title of thesis: Professional Ethics for Opticians Conducting Eye Examinations
Supervisors: Jussila, Aino-Liisa & Juustila, Tuomas
Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2016
Number of pages: 95 + 10 appendix pages

Optical industry has been undergoing a transition for some time. Pricecompetition has become more intense, chains stores are being established and client sessions have become shorter. Studying the Bachelor's Thesis of Mattila and Riuttala, we noticed a need to discuss the opticians' and optometrists' work from an ethical perspective.

Our objective was to study to what extent eye examinations are conducted according to the good practices as recommended by the Ethical Council of Optometry. Another objective was to examine if the length of the appointment, the professional's work experience and the setting – independent or chain store – have an effect on the results. We also hope to promote ethicality and client safety by making professionals and employers better aware of potential shortcomings in eye examinations.

This quantitative study used an e-mail questionnaire sent to opticians and optometrists through the Association of Finnish Professionals of Optometry. Data were collected and analyzed by Webropol software. The questionnaire mainly consisted of multiple choice questions, but some items were complemented with open-ended questions. Responses to the open-ended questions were quantified. A total of 201 opticians and optometrists around the country participated in the study.

The results showed that eye examinations were partly conducted according to the good practices guidelines, but there was much to improve. Guidelines were best observed for anamnesis and least observed for objektiv examinations. The length of the appointment did not always affect the observation of guidelines, but a longer examination time would have brought better results for example regarding documentation, cover test and measuring of reserve and heterophoria. For some functions, for example documentation, guideline compliance was better in chain stores, while for other functions, for example subjective examinations, it was better in independent retailers. There was no clear indication that the overall compliance was better in either of the settings. Significant differences were found in compliance between professionals who had worked the shortest and longest time in the optical field.

There is room for improvement in compliance with ethical guidelines. It seems that many respondents would benefit from longer appointment times. Refreshing skills in conducting some of the tests might also be useful.

Keywords: optician, optometrist, ethics, professional ethics, eye examination, examination time, work experience

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	7
2	EETTISYYS JA OPTISEN ALAN VAATIMUKSET.....	9
2.1	Etiikka optikon työssä.....	9
2.2	Optikon ammattietiikka ja ohjeistukset.....	9
2.3	Yrityksen etiikka ja vastuu.....	11
2.4	Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä.....	11
2.5	Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.....	12
2.6	Optinen ala ja sen kehitys Suomessa.....	13
3	HYVÄN NÄÖNTUTKIMUSKÄYTÄNNÖN VAATIMUKSET.....	15
3.1	Anamneesi.....	15
3.2	Objektiivinen tutkimus.....	16
3.3	Subjekttiivinen tutkimus.....	18
3.4	Yhteistoiminnan tutkimus.....	19
3.5	Lähinäön tutkimus.....	20
3.6	Dokumentointi.....	21
3.7	Refraktio ja silmälasimääräys.....	21
3.8	Palaute tutkittavalle näöntutkimuksesta.....	21
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT.....	23
5	TUTKIMUSMENETELMÄT JA TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	25
5.1	Tutkimusmetodologia.....	25
5.2	Tutkimusjoukko.....	25
5.3	Aineiston keruu ja analysointi.....	26
6	TUTKIMUSTULOKSET.....	28
6.1	Taustatiedot.....	28
6.2	Tehdyn näöntutkimuksen vastaavuus Hyvä näöntutkimuskäytäntö -ohjeistukseen.....	31
6.2.1	Näöntutkimusajan vaikutus Hyvän näöntutkimuskäytännön ohjeiden noudattamiseen.....	40
6.2.2	Erot Hyvän näöntutkimuskäytännön ohjeiden noudattamisessa ketjuliikkeiden ja yksityisten optikkoliikkeiden välillä.....	49
6.2.3	Alan työkokemuksen vaikutus Hyvän näöntutkimuskäytännön ohjeiden noudattamiseen.....	61
7	POHDINTA.....	79

7.1 Tulosten tarkastelu	81
7.2 Johtopäätökset	89
7.3 Validiteetti ja reliabiliteetti	90
7.4 Tutkimuksen eettisyys	91
7.5 Omat oppimiskokemukset ja jatkotutkimushaasteet	92
LÄHTEET	93
LIITTEET	96

1 JOHDANTO

Optinen ala on ollut jo pitkään suuressa murrosvaiheessa, joka jatkuu edelleen. Muutosta on tapahtunut erityisesti kilpailutilanteessa. Useat yritykset houkuttelevat asiakkaita muun muassa ilmaisilla näöntutkimuksilla. Lisäksi optikoiden ja optometristien työnkuva on muuttumassa lääketieteellisempään suuntaan diagnostisten lääkeaineiden tultua optikoiden ja optometristien käyttöön. (Näkemisen ja silmäterveyden toimiala 2012, 5, 14.)

Oulun ammattikorkeakoulussa tehdyssä opinnäytetyössä (Mattila & Riuttala 2010, viitattu 15.10.2016) on tutkittu näöntutkimukseen käytettävissä olevaa aikaa ja sen suhdetta näöntutkimuksen sisältöön. Optometristien koulutuksessa opetetaan noudattamaan Optometrian Eettisen neuvoston luomaa Hyvää näöntutkimuskäytäntöä, mutta tutkimuksesta on havaittavissa, että sen noudattamisessa saattaa kuitenkin olla puutoksia. Siksi halusimme lähteä tutkimaan tarkemmin näöntutkimuksen sisältöä eettisestä näkökulmasta. Aiemmissä tutkimuksissa ei ole myöskään selvitetty, onko jonkin tutkimuksen mahdolliselle tekemättä jättämiselle aina perusteltu syy. Tässä tutkimuksessa ammattietiikalla tarkoitetaan siis sitä, noudattavatko optikot ja optometristit työssään Optometrian Eettisen Neuvoston luomia ohjeita Hyvälle näöntutkimukselle. Ohjeet on luotu ohjaamaan optikkoja ja optometristeja työssään ammattitaitoiseen toimintaan, joka liittyy tiiviisti asiakasturvallisuuteen ja -tyytyväisyyteen.

Tutkimuksen pääongelman tarkoituksena oli arvioida, miten tehty näöntutkimus vastaa Optometrian Eettisen Neuvoston luomaa Hyvää näöntutkimuskäytäntö -ohjeistusta. Tutkimuksen ensimmäisessä alaongelmassa verrattiin, miten varattu aika vaikuttaa Hyvän näöntutkimuskäytännön ohjeiden noudattamiseen. Toisessa alaongelmassa verrattiin, millaisia eroavaisuuksia on Hyvän näöntutkimuskäytännön noudattamisessa yksityisten yritysten ja ketjuliikkeiden välillä. Kolmannessa alaongelmassa verrattiin, miten alan työkokemuksen määrä vaikuttaa Hyvän näöntutkimuskäytännön noudattamiseen.

Tavoitteena oli herätellä optikkoja ja työnantajia huomaamaan mahdolliset puutteet näöntutkimuksien sisällöissä ja tätä kautta kehittää näöntutkimuksia vastaamaan paremmin Hyvää näöntutkimuskäytäntöä. Tavoittelemme siis, että näöntutkimuksissa ilmenevien mahdollisten puutteiden (Mattila & Riuttala 2010) myötä optikot ja työnantajat täydentävät tutkimuksien sisältöä ja tutkimusvälineistöä, mikä edesauttaa asiakkaiden mahdollisten näköongelmien ilmituloa ja työnteki-

jöiden ammattitaidon ylläpitoa. Tämän myötä voidaan turvata asiakkaalle laadukas näöntutkimus alan muutoksista huolimatta. Uskomme, että näöntutkimuksen eettisyyden paraneminen kasvat-
taa asiakkaiden keskuudessa luottamusta optikoiden ja optometristien toimintaan ja jopa paran-
taa työn arvostusta heidän silmissään.

2 EETTISYYS JA OPTISEN ALAN VAATIMUKSET

Etiikalla tarkoitetaan tekoja, arvoja ja niiden hyväksyttävyyttä tutkivaa filosofian haaraa (Praxis 1994, 499). Arvolla puolestaan tarkoitetaan asiaa, joka on tavoiteltava, hyvä ja arvokas (Opetushallitus 2016, viitattu 13.4.2016). Optisen alan ohjaavia arvoja ovat vastuullisuus, asioinnin helpous ja käytännöllisyys, liiketaloudellisesti kannattava toiminta sekä yhteistyökyky (Näkemisen ja silmäterveyden toimiala 2012, 17). Eettisillä ohjeilla puolestaan tarkoitetaan ohjeita, joiden tarkoituksena on tukea ammattihenkilöiden eettistä päätöksentekoa heidän työssään (Optometrian Eettinen Neuvosto 2014b, viitattu 30.11.2015). Optometrian Eettinen Neuvosto on luonut juuri optometristeille kohdistuvat eettiset ohjeet koskien optometristin ammatin harjoittamista ja Hyvää tutkimuskäytäntöä. Perehdymme tässä työssä Hyvään näöntutkimuskäytäntöön.

2.1 Etiikka optikon työssä

Etiikassa on kehitelty yleisiä moraaliteorioita, joissa siirrytään moraalisen ajattelun sisälle ja pyritään yleisesti muotoilemaan niitä tekijöitä, jotka ovat oleellisia tekojen ja ihmisten moraalisisessa arvioinnissa. Moraaliteoriat voidaan jakaa kolmeen tyyppiin, joita ovat seurausetiikka, velvollisuusetiikka ja hyve-etiikka. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 44.) Seurausetiikan perusajatuksena on, että silloin kun arvioidaan tekojen oikeutta ja vääryyttä, huomio täytyy kohdistaa tekojen seurauksen hyvyyteen ja huonouteen. Seurausetiikassa olennaisempaa on miettiä hyvyyttä ja pahuutta kuin oikeutta ja vääryyttä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 46–47.) Velvollisuusetiikassa ajatellaan, että on olemassa joukko moraalisia velvollisuuksia, joita tulee noudattaa (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 50). Se muodostuu ajatuksesta, että teko itsessään voi olla oikea tai väärä. Velvollisuusetiikassa merkityksellisiä ovat moraalिसäännöt ja normit sekä kuuliaisuus niitä kohtaan. (Vuori-Kemilä, Lindroos, Nevala & Virtanen 2005, 29.) Optometristin työtä ohjaavia moraalिसääntöjä ovat esimerkiksi Optometrian Eettisen Neuvoston luomat eettiset ohjeet ja alalle asetetut lait. Hyve-etiikan tarkoituksena puolestaan on kertoa, milloin jokin teko on oikein tai väärin. Myös hyve-etiikka antaa vastauksia siihen, miten pitäisi toimia, mutta se keskittyy ensisijaisesti siihen, millaisia ominaisuuksia hyvällä ihmisellä olisi. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 54–55.)

2.2 Optikon ammattietiikka ja ohjeistukset

Ammattieettisyydeksi kutsutaan tilannetta, jossa työntekijä on sitoutunut ammatin arvoihin ja periaatteisiin ja pohtii ja soveltaa niitä käytännön tilanteissa (Vuori-Kemilä ym. 2005, 35). Tässä tutkimuksessa ammattietiikalla tarkoitetaan sitä, noudattaako optikko työssään Optometrian Eettisen Neuvoston luomia ohjeita Hyvälle näöntutkimukselle. Alalla työskentelevän on hahmoteltava oma näkemyksensä sekä ammatista että etiikan ja oikeudenmukaisuuden periaatteista. Työpaikalla ihminen ei toimi pelkkänä yksilönä, jolloin hänen arvonsa, hyveensä ja vastuunsa eivät määräydy vain hänen omasta toiminnastaan vaan myös siitä yhteisöstä ja organisaatiosta, jossa hän toimii. Tällöin ammattietiikka korostaa organisoitua sosiaalista ympäristöä. On siis erotettava toisistaan yksilön vastuu omasta toiminnastaan ja se keinotekoinen ympäristö, jossa henkilö tekee päätöksensä. Vain ammattilainen on alan asiantuntija, jonka vuoksi juuri hänen on huolehdittava oman työympäristönsä kehittämistä hyväksi ja oikeudenmukaiseksi. (Airaksinen 1992, 19–20.) Laillistettuihin ammattihenkilöihin kuuluvien optikoiden on sovellettava ammattitoiminnassaan yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti. Näitä menettelytapoja on optikon pyrittävä jatkuvasti täydentämään. (Valtioneuvoston asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä, 559/1994, 3:15.1, 2 §, 3:18 §.)

Ammattikuntansa edustajana ihmistä ohjaavat niin sanotut eettiset ammattisäännöt, eli ammattikunnan yhteiset arvot ja periaatteet. Koska työelämä kehittyy yhä monimutkaisemmaksi ja vaikeammin hallittavaksi, yhä useammat ammattikunnat luovat toiminnalleen omia eettisiä pelisääntöjä, sillä yleiset lait ja säädökset eivät enää riitä ohjaamaan käytännön työtä. Optisella alalla näitä sääntöjä ovat esimerkiksi Hyvä tutkimuskäytäntö ja optikon ammatin harjoittamisen eettiset ohjeet. Optikon ammatin harjoittamisen eettisten ohjeiden tarkoituksena on tukea optikoiden ja optometristien eettistä päätöksentekoa heidän päivittäisessä työssään. Niissä käsitellään muun muassa optikon vastuuta henkilönä ja työntekijänä, arvostuksen ylläpitoa ja edistämistä, lakia, asetuksia ja ohjeita, silmien terveyden ylläpitoa, edistämistä ja ennaltaehkäisyä sekä oman osaamisen kehittämistä (Liite 3). Lakien ja eettisyyden noudattamista käsitellään erityisesti kahdessa kohdassa: ”Optikon on ammattia harjoittaessaan toimittava lakien, asetusten sekä sosiaali- ja terveysministeriön, Valviran, aluehallintovirastojen ja Optometrian Eettisen Neuvoston toimialalle antamien ohjeiden mukaan” ja ”Optikon on noudatettava hyviä tapoja, korkeaa etiikkaa ja moraalia toiminnassaan. Optikko toimii tehtävässään oikeudenmukaisesti ja kohtelee jokaista ihmistä yhtä hyvin ja kunkin yksilöllisen tarpeen mukaan.” (Optometrian Eettinen Neuvosto 2014b, viitattu 30.11.2015.)

Eettiset ammattisäännöt ovat luonteeltaan ihanteita ja suosituksia toimintatavoista, eivät lainomaisia, eli ne eivät johda automaattisiin seuraamuksiin, mutta niiden noudattamatta jättäminen saattaa heikentää työn laatua. Eettiset ammattisäännöt eivät kerro, miten yksittäisissä eettisissä ongelmatilanteissa tulee toimia, jolloin tulevat esiin henkilön itsenäinen harkinta ja eettinen vastuu. Työelämän muuttuessa yhä kiireisemmäksi työyhteisöön kohdistuu usein ristiriitaisia odotuksia ja vaatimuksia, joihin työntekijän on pyrittävä muokkaamalla ja kehittämällä toimintaansa. Työyhteisöissä pitäisi ajoittain keskustella ja tarkistaa, mikä työssä on keskeistä ja miten käytänteitä ja organisaatiota pitäisi mahdollisesti muuttaa. (Vuori-Kemilä ym. 2005, 34–35.)

2.3 Yrityksen etiikka ja vastuu

Yrityksen etiikka, eli yrityksen moraaliset näkemykset, valinnat ja arvot, kertovat yrityksen ymmärryksestä erottaa hyvä ja paha toisistaan. Eettisen yrityksen oletetaan tuottavan yhteiskunnalle hyötyjä, sekä toimivan lakien ja hyvien tapojen mukaisesti. Yrityksen etiikka perustuu erityisesti rehellisyyteen, yhteiskuntavastuullisuuteen, luotettavuuteen, eettisyyteen ja lainmukaisuuteen. Nykypäivänä yrityksellä tai sen työntekijöillä ei ole varaa lipsua eettisistä periaatteista, sillä negatiivinen julkisuus aiheuttaa nopeasti haittaa muun muassa asiakassuhteisiin ja yrityksen imagoon. Kaikki toiminta on pääosin julkista ja tiedot ovat yhteiskunnallisen tarkastelun alla. (Business Fellows 2015, viitattu 13.10.2015.)

Yrityksellä on suuri vastuu kaikista yrityksen toimintaympäristön osa-alueista: asiakkaista, prosesseista ja henkilöstöstä. Henkilöstöllä olisi hyvä olla samanlainen arvomaailma kuin yrityksellä itsellään, sillä asenteet heijastuvat toimintaan. Yrityksen johdolla täytyy ottaa huomioon myös koko alan toimitus- ja arvoketju, ja pohdittava sopiiko esimerkiksi toimittajien ja jälleenmyyjien arvot yrityksen kannattamiin arvoihin. Kaikki asiat eivät kuitenkaan ole mustavalkoisia, vaan yrityksen täytyy tasapainoilla useiden tekijöiden välillä – esimerkiksi asiakkaiden toivomukset, tuotteiden kehittäjät ja liiketoiminnan edellytykset ovat usein ristiriidassa keskenään. Yrityksen ja yrittäjän täytyykin panostaa tasapainoon ja siihen, että yhteiskunnalliset hyödyt ovat isommat kuin haitat. (Business Fellows 2015, viitattu 13.10.2015.)

2.4 Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä

Vuonna 1994 voimaan astuneen lain tarkoituksena on edistää potilaiden turvallisuutta ja terveydenhuollon palvelujen laatua. Jotta nämä toteutuisivat, varmistetaan, että terveydenhuollon am-

ammattihenkilöllä on ammatin harjoittamiseen edellyttämä koulutus, jokin muu riittävä ammatillinen pätevyys ja muut valmiudet, jota ammattitoiminta edellyttää. Tarkoituksena on myös järjestää valvonta terveydenhuollon ammattihenkilöille terveyden- ja sairaanhoidossa ja lisäksi helpottaa ammatillisesti perusteltua terveydenhuollon ammattihenkilöiden yhteistyötä ja tarkoituksenmukaista käyttöä. (Valtioneuvoston asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, 1:1 §.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevat lakien lisäksi myös ammattieettiset velvollisuudet. Ammattitoiminnan päämääränä on muun muassa terveyden ylläpitäminen ja sen edistäminen sekä sairauksien ehkäiseminen. Laillistettuihin ammattihenkilöihin kuuluvien optikoiden on sovellettava ammattitoiminnassaan yleisesti hyväksytyjä ja kokemuseräisiä perusteltuja menettelytapoja ja koulutuksensa mukaisesti. Näitä menettelytapoja on optikon pyrittävä jatkuvasti täydentämään. Lisäksi ammattihenkilön on otettava huomioon toiminnassaan se, mitä hyötyä tai mahdollista haittaa potilaalle koituu ja mitä potilaan oikeuksista laissa säädetään. Terveydenhuollon ammattihenkilöllä on velvollisuus kouluttaa itseään, jotta hän pystyy ylläpitämään ja kehittämään ammattitoimintansa edellyttämää ammattitaitoa. Myös työnantaja on velvollinen luomaan edellytykset työntekijän ammatilliseen täydennyskoulutukseen. (Valtioneuvoston asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä, 559/1994, 3:15.1, 2 §, 3:18 §.)

2.5 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

Tässä laissa potilas määritellään henkilöksi, joka käyttää terveyden- ja sairaanhoitopalveluja tai on niiden kohteena. Optikkoliikkeessä tämän lain nojalla potilas mielletään asiakkaaksi, joka asioi liikkeessä esimerkiksi näöntarkastuksen puitteissa. Tällöin pyritään määrittämään asiakkaan terveydentila tai tekemällä toimenpiteitä terveydentilan ylläpitämiseksi terveydenhuollon ammattihenkilön toimesta. Potilaan tai asiakkaan asemasta ja oikeuksista pidetään huolta myös potilasasiakirjojen avulla. Niihin merkitään hänen terveydentilaansa, hoidon järjestämiseen ja toteuttamiseen koskevia tietoja muiden henkilökohtaisten tietojen lisäksi. Kaikki potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot ovat salassa pidettäviä, eikä niitä saa luovuttaa ilman potilaan kirjallista suostumusta. (Valtioneuvoston asetus potilaan asemasta ja oikeuksista, 785/1992, 1:2.1, 2 §, 653/2000, 4:12.1 §, 653/2000, 4:13.1 §.)

Jokainen Suomessa pysyvästi asuva henkilö on oikeutettu saamaan terveyden- ja sairaanhoitoa terveydentilansa edellyttämällä tavalla, ottaen huomioon siinä hetkessä olevat voimavarat terveydenhuollossa. Tällöin jokaisella optikolle tulevalla asiakkaalla on oikeus hyvään terveydenhoitoon

ja siihen liittyvään kohteluun. Asiakkaan hoito on järjestettävä siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Optikon työssä on myös muistettava se, että asiakkaalla on oikeus tulla palveluksi joko suomen tai ruotsin kielellä. Asiakkaalle on ilmoitettava ajankohta, jolloin hän pääsee hoitoon ja mikäli asiakkaalle ilmoitettu ajankohta muuttuu, on hänelle ilmoitettava muutoksen syy ja uusi ajankohta välittömästi. (Valtioneuvoston asetus potilaan asemasta ja oikeuksista, 785/1992, 2:3.1, 2, 4 §, 1335/2010, 2:4.1 §.)

Laissa säädetään potilaan tiedonsaantioikeudesta, jolloin hänelle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista. Tämä selvitys tulee antaa riittävän selkeästi, jotta potilas ymmärtää sen. (Valtioneuvoston asetus potilaan asemasta ja oikeuksista, 785/1992, 2:5 §, 621/1999, 3:11, 12 §.) Optikon työssä nämä huomioidaan siten, että esimerkiksi optikkoliikkeessä asioivalle asiakkaalle kerrotaan ne seikat, jotka näöntutkimuksessa saadaan selville. Lisäksi asiakkaalle on kerrottava, minkälaisia ratkaisuja näkemisen ongelmiin on saatavilla ja mikä niiden merkitys ja vaikutus on juuri kyseiselle asiakkaalle.

2.6 Optinen ala ja sen kehitys Suomessa

Optisella alalla käsitetään Suomessa silmä-, piilo- ja aurinkolasien sekä niiden oheistuotteiden tukku- ja vähittäiskauppa sekä näöntutkimukseen liittyvät palvelut. Optisella alalla toiminta on perustunut hyvään ammattiosaamiseen, hyvään tietopohjaan ja asiakasta palvelevien ratkaisujen löytämiseen. Optinen ala on tällä hetkellä yhdessä syvimmistä muutosjaksoistaan, ja pääosin muutos koskee ketjuuntumista ja koventunutta hintakilpailua. Myös liiketoiminnan kannattavuus on heikentynyt ja myyntikatteet pienentyneet etenkin yksityisten yritysten parissa. Hintojen ja katteiden liiallinen laskeminen aiheuttaa siis pienempien liikkeiden poistumista markkinoilta, koska kaikki eivät voi vastata hintakilpailuun suuryrityksiä vastaan. Palveluiden leikkaaminen ja työntekijöiden vähentäminen kustannusten pienentämisen vuoksi aiheuttaa muutoksia työpaikoilla: vaikka perusammattiosaaminen säilyy hyvänä, ammattiosaaminen tai sen toteuttaminen vähenee kustannuspaineiden alla. Optikot ovat saaneet käyttöönsä diagnostiset lääkeaineet, ja näöntarkastuspalveluista voidaan tehdä liiketoimintaa tuotekaupan ohelle. Rakenteellisesti optinen ala on erityiskauppaa ja terveydenhuoltoa, mutta tuotekauppa on teknisesti vaativien tuotteiden muoti-kauppaa. (Näkemisen ja silmäterveyden toimiala 2012, 6–15.)

Suurin osa alan liikkeistä kuuluu kaupparyhmiin tai ketjuihin. Pienien liikkeiden fuusioituminen yhdeksi aiheuttaa sen, että liikkeiden koko kasvaa ja niiden suhteellinen määrä vähentyy. (Optitieto

Oy 2009, 5.) Ketjuuntumisen vuoksi alan suurimman ja pienimmän yrityksen liikevaihto on yli tuhatkertainen. Liikevaihtoa johtavat Grandvisionin Instru optiikka, Silmäasema, Specsavers sekä pienemmät Fenno Optiikka ja Synsam. Nämä viisi ketjua muodostavat noin 75 % alan liikevaihdosta ja niiden kautta kulkee 85 % tavaravolyymista kuluttajille. Ketjujen lisäksi Suomessa toimii muutama löyhempi yhteistyörakenne ja useita riippumattomia optikkoliikkeitä. Lisäksi alalla on korkea järjestäytymisaste ja toimialan liikevaihdosta yhdeksänkymmentä prosenttia muodostuu Suomen Optinen Toimiala ry:n jäsenyrityksistä. (Näkemisen ja silmäterveyden toimiala 2012, 5.)

Verkostoituminen vaatii ketjuuntuneen liiketoiminnan, ja suuri osa verkostojen ulkopuolelle jäävistä liikkeistä ajautuu vaikeuksiin ilman vakiintunutta asiakaskuntaa tai erottuvaa liikeidea. Ketjuuntuminen mahdollistaa yhtenäisemmät liiketoimintamallit, konseptien erilaistumisen sekä ylläpitää kilpailua ja lisää kustannustehokkuutta. Verkostoituminen helpottaa tiedon hankkimista nopeasti, ja mahdollistaa tulevaisuudessa muun muassa potilas- ja asiakasrekisterin yhtenäistymisen. (Näkemisen ja silmäterveyden toimiala 2012, 10).

3 HYVÄN NÄÖNTUTKIMUSKÄYTÄNNÖN VAATIMUKSET

Optikkojen ja optometristien eettistä toimintaa ohjaa ja valvoo Optometrian Eettinen Neuvosto (Korja 2008, 41). Neuvosto on luonut 2014 optikoille ja optometristeille ohjeet Hyvästä tutkimuskäytännöstä. Ohjeet on jaettu kolmeen osa-alueeseen joita ovat Hyvä näöntutkimuskäytäntö, Hyvä piilolasisovituskäytäntö ja Hyvä silmien terveystarkastuskäytäntö. Hyvän näöntutkimuskäytännön tarkoituksena on kuvata ammattitaitoisesti tehdyn optometrisen näöntutkimuksen vaiheet. Se jaetaan pääpiirteittäin kahdeksaan osioon. Jokaisessa näöntutkimuksessa ei tarvitse olla kaikkia esitettyjä vaiheita ja joissakin niitä voi olla esitettyä enemmän. Toimenpiteistä voidaan kuitenkin poiketa vain perustellusta syystä. (Optometrian Eettinen Neuvosto 2014a, 4.)

Näöntutkimuksessa optikon tulee selvittää silmien taittovirheet, yhteistoiminnan ja näköjärjestelmän toimintakyky sekä huomioida tutkittavan näönkäytön tarpeet ja näkemisen oireet. Eri osa-alueet selvitetään käytettävissä olevilla välineillä, yleisesti hyväksytyin ja tarkoituksenmukaisin menetelmin. Optikon tulee kirjoittaa dokumentoidun refraktiotuloksen lisäksi erikseen silmälasimääräys, jota voidaan täsmentää silmälasien valinnan yhteydessä. (Optometrian Eettinen Neuvosto 2014a, 4.)

3.1 Anamneesi

Anamneesi, eli esitietojen kerääminen, on yksi näöntutkimuksen keskeisimmistä vaiheista. Anamneesissa on hyvä keskustella asiakkaan kanssa tutkimukseen tulon syystä, näkemisen oireista, aikaisemmista silmälasista, silmäleikkauksista ja silmävammoista. On tärkeää kysyä myös asiakkaan yleissairauksista ja -lääkityksistä, koska silmävaivat ovat usein yhteydessä yleissairauksiin ja käytössä oleviin lääkityksiin. Lääkitysten muutokset, tai esimerkiksi tutkittavan raskaus, saattavat aiheuttaa poikkeavan refraktiotuloksen. On hyvä selvittää myös suvussa esiintyneitä silmänsairauksia ja muita perinnöllisiä silmiin vaikuttavia yleissairauksia, sillä silloin tutkija voi vaikuttaa tutkimuksen kulkuun ja löytää helpommin silmänsairauteen viittaavia tekijöitä. Huolella tehty anamneesi nopeuttaa tutkimista, koska esitietojen keräys auttaa tutkijaa paljastamaan näkemisen ongelmien todellisen syyn. Anamneesi myös helpottaa tutkimuksia seuraavien käyntien yhteydessä, koska kattava asiakashistoria on jo tiedossa. (Korja 2008, 46–47; Saari 2011, 50–51; Optometrian eettinen neuvosto 2014a, 4.) Jos tutkittavalle on suoritettu silmämunaan kohdistunut

leikkaus tai hänellä on ilmeisesti silmäsairaus, optikko ei saa itsenäisesti määrätä henkilölle silmälasia (Valtioneuvoston asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 564/1994 16 §).

3.2 Objektiivinen tutkimus

Refraktiivinen tutkimus aloitetaan määrittelemällä objektiivinen refraktio. Objektiivisen tutkimuksesta tekee se, että asiakkaan antamaan palautteeseen ei turvauduta. Kyseinen tutkimus on alustava, joka varmistetaan subjektiivisella refraktiolla. Objektiivisen refraktion määrittämiseen voidaan käyttää joko autorefraktometriä tai skiaskoppia. Kumpaa tahansa käytetäänkin, tulee objektiivinen refraktio aina tehdä. (Essilor 2008, 19.)

Optometrian Eettisen Neuvoston laatimassa ohjeistuksessa objektiiviseen tutkimukseen tulisi sisältyä seitsemän eri tutkimusvaihetta. Tutkiminen voidaan aloittaa silmien ulkoisella tarkastelulla, jonka jälkeen suoritetaan peittokoe, silmien liiketesti, fiksaatio, konvergenssin lähipisteen mittaaminen, pupillireaktioiden tutkiminen sekä skiaskopia tai autorefraktometria. (Optometrian Eettinen Neuvosto 2014a, 5.)

Silmäluomien osalta tarkastellaan niiden asentoa ja mahdollisia poikkeavuuksia liikkuvuudessa. Luomet voivat myös näyttää turvonneilta, tulehtuneilta tai niissä voi näkyä kasvaimia. Mikäli silmät ovat työntyneenä ulospäin tai epätavallisen syvällä silmäkuopassa, ovat ne selkeitä huomioita silmästatuksesta. Sidekalvon osalta voi ulkoisella tarkastelulla huomata mahdollisen verestymisen. Mustuaismuutoksissa puolestaan huomioidaan mustuaisten koko ja muoto. Myös ihomuutokset ja ripsien asento tulee ottaa huomioon. (Saari 2011, 52–53.)

Peittokokeella seulotaan silmien heteroforioita- ja tropioita. Kokeen tarkoituksena on selvittää, onko asiakkaalla piilevää tai ilmeistä poikkeavuutta näköakseleissaan, jolloin hänen on vaikea kompensoida niitä. (Essilor 2008, 16.) Testillä määritetään silmien karsastuksen olemassaolo, tyyppi ja määrä (American Academy Of Ophthalmology 2015, viitattu 9.9.2016). Peittokoe tulisi tehdä sekä lähelle että kauas, jolloin asiakas kohdistaa katseensa kiintopisteeseen. Peittolapun laiton ja sen pois oton jälkeen silmien liikkeet kertovat asiakkaan forioista ja tropioista. Silmien liikkeiden laajuus ja nopeus on huomioitava. Nämä tulokset antavat alustavia tietoja asiakkaan ongelmista jo ennen varsinaisen refraktion tekemistä. Heteroforia muodostaa ongelman vain silloin, jos sen kompensointi osoittautuu vaikeaksi. (Essilor 2008, 16.)

Silmien liiketestin tarkoituksena on osoittaa lihaksen normaali toiminta. Mikäli löydöksenä on virheellinen liike, saattaa se johtua yhden tai useamman silmälihaksen tai niiden hermotuksen vauriosta. Testi on yksi keino tutkia useiden aivoalueiden toimintaa. (Rabbetts 1998, 147.) Silmien täytyy muuttaa tehokkaasti fokusta, liikettä ja työskennellä samanaikaisesti, jotta selkeä ja yksittäinen kuva olisi nähtävissä. Arvio akkommodaatiosta, silmien liikkeistä ja binokulariteetista määrittelee sen, miten hyvin silmät tarkentavat, liikkuvat ja työskentelevät yhdessä. Näiden toimivuutta testaamalla etsitään ongelmia, jotka estävät silmiä tarkentamasta tehokkaasti tai tekevät monien silmien yhtäaikaisen käytön hankalaksi. (American Optometric Association 2016, viitattu 4.9.2016.)

Mittaamalla konvergenssin lähipisteen saamme tietoa silmien kyvystä konvergoida eli kääntyä sisäänpäin. Konvergenssin lähipisteen etäisyys mitataan sarveiskalvon pinnasta kynän päähän ennen sen kahdentumista. (Korja 2008, 51–52.) Sen sijainti voi vaihdella lähimmillään kahdesta senttimetrinä yli viiteenkymmeneen senttimetriin (Rabbetts 1998, 159). Normaalit arvot konvergenssin lähipisteellä ovat yleensä 6 – 10 cm:n välillä (Rosenfield & Logan 2009, 248). Mikäli konvergenssin toiminta on vajavainen, aiheuttaa se erilaisia lähinäköongelmia. Oireina voi tällöin esiintyä kahtena näkemistä, tekstin sumenemista lukiessa ja keskittymisvaikeuksia lähityössä. Päänsärky on myös yksi konvergenssin vajaatoiminnan aiheuttamista oireista. (American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus 2012, viitattu 17.11.2016.)

Mustuaisreaktioiden tutkiminen on erityisen tärkeää silloin, jos näöntarkkuuksissa on todettu puoliero. Jos mustuaisreaktio on epäsymmetrinen, paljastaa se näköhermovaurion. Ainoa objektiivinen merkki toispuoleisesta näköhermoviasta on afferentti mustuaisdefekti. Sitä voidaan tutkia ”Swinging flashlight” -testillä, joka tuo esille sen, että sairaan silmän suora valoreaktio on huonompi kuin epäsuora valoreaktio. Normaalitilanteessa pupillit ovat pyöreät ja yhtä suuret. Hämärässä ne ovat laajat ja valossa puolestaan pienet. Pupillit supistuvat akkommodaatiossa. (Saari 2011, 364, 384–385.)

Retinoskopia eli skiaskopia perustuu valon liikkeeseen, joka heijastuu silmästä. Liikettä tarkkailaan skiaskoopin läpi, jolloin tämä tekniikka mahdollistaa silmän refraktiivisen tilan arvioinnin. Asiakkaan palaute ei siis tässä objektiivisessa refraktiotekniikassa ole tarpeellinen ja siksi se on käytännöllinen tapa tehdä alustava refraktio kaikille asiakkaille. Erityisesti tämä soveltuu pienille lapsille ja niille, jotka eivät kykene kommunikoimaan. Refraktiivisen tilan arvioinnin lisäksi skiaskoop-

pi antaa tietoa silmän väliaineiden kirkkaudesta sekä säännöllisyydestä, ja siten voidaan arvioida näöntarkkuuden tasoa. (Essilor 2008, 20.)

Toinen tapa saada objektiivinen mittaustulos asiakkaan refraktiosta nopeasti ja helposti, on käyttää automaattista refraktometriä. Laite ottaa sarjan mittauksia ja laskee niistä keskiarvon. Tulokset eivät ole täysin luotettavia, sillä usein sfäärisessä voimakkuudessa on liikaa miinusta. Tällöin siis myopia on yliarvioitu ja hyperopia aliarvioitu, johtuen akkommodaatioärsykkeestä katseltaessa laitteen sisälle. Objektiivisen refraktion mittauksen lisäksi laitteella voidaan ottaa keratometriarvot. Niitä käytetään piilolinssisovituksissa, ja arvoja voidaan hyödyntää myös arvioitaessa, onko asiakkaan ametropia aksiaalinen vai refraktiivinen. Laitteen antamat mittaustulokset eivät kuitenkaan yksinään ole riittävä keino määrittämään refraktiota. (Essilor 2008, 19.)

3.3 Subjektiivinen tutkimus

Subjektiivisen tutkimuksen aluksi tulisi määrittää kaikkien tutkittavien näöntarkkuus käytössä olevilla laseilla. Näöntarkkuus käytössä olevilla laseilla antaa viitteitä mahdollisista tarvittavista muutoksista lasikorjaukseen jo ennen refraktion määrittämistä. (Korja 2008, 44, 282.) Subjektiivisen tutkimuksen ensimmäisiin vaiheisiin kuuluu myös näöntarkkuuden määrittäminen ilman optista korjausta eli niin sanottu vapaa visus. Vapaa visus määritetään ensin monokulaarisesti eli yksi silmä kerrallaan, jonka jälkeen myös binokulaarisesti eli molemmat silmät avoinna. (Rabbetts 1998, 93.) Vapaan visuksen avulla optikko voi arvioida asiakkaan taittovirhettä ja siten mahdollista odotettavissa olevaa silmälasireseptiä jo tutkimuksen alkuvaiheessa (Essilor 2008, 30).

Subjektiivinen refraktio on tekniikka, jolla määritetään taittovirhe siten, että käytetään hyväksi asiakkaan kykyä erottaa muutokset testimerkkien tarkkuudessa, kun erilaisia linsejä on sijoitettu silmän eteen. Subjektiivinen refraktio tehdään yleensä objektiivisen refraktion jälkeen, ja sillä tarkistetaan objektiivisen refraktion oikeellisuus. Subjektiivinen tutkimus voidaan aloittaa objektiivisen refraktion tuloksista tai edellisestä silmälasireseptistä. Subjektiivinen refraktio tehdään ensin monokulaarisesti. Suositeltavaa on, että aluksi määritetään molempien silmien sfäärinen voimakkuus ja sen jälkeen mahdollinen sylinterikorjaus ja sen akselisuunta. Tämän jälkeen monokulaarisesti saatu refraktio tarkennetaan ja tasapainotetaan binokulaarisesti. (Essilor 2008, 22.) Binokulaarisen tasapainotuksen tarkoituksena on varmistaa, että erikseen määritetyt oikean ja vasemman silmän refraktiot toimivat hyvin yhdessä, molempien silmien ollessa käytössä. Sfääristä voimakkuutta säädetään tarpeen mukaan kahden silmän akkommodatiivisen ponnistuksen tasoitta-

miseksi siten, että molempien silmien verkkokalvon kuvat ovat tarkentuneet samanaikaisesti. (Essilor 2008, 32.)

Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että myös kontrastiherkkyys tarjoaa hyödyllistä tietoa toiminnallisesta tai tosielämän näkökyvystä, joka ei ole selvitettävissä näöntarkkuudesta. Kontrastiherkkyden mittaaminen yhdessä näöntarkkuuden määrittämisen kanssa antaa paremman kuvan asiakkaan näkemisen laadusta. Kontrastiherkkyden mittausta voidaan esimerkiksi käyttää apuna selvitettyssä heikkonäköisen asiakkaan oireita, jolla kuitenkin on hyvä näöntarkkuus. (Elliot 2014, 58–59.)

3.4 Yhteistoiminnan tutkimus

Binokulaarinen näkeminen voidaan saavuttaa ainoastaan hyvin kehittyneen ja koordinoitun silmän motorisen ja neuraalisen järjestelmän kanssa sekä kummankin silmän järkevällä hienosäädöllä (Rabbetts 1998, 167). Jos binokulaarisessa näössä on havaittu poikkeavuutta, on tarpeen jatkaa tarkempaan tutkimukseen, jotta ongelma voidaan tunnistaa ja hoitaa. On tärkeää varmistua siitä, liittyykö poikkeavuus huonosti kompensoituneeseen foriaan eli piilevään karsastukseen vai tropiaan eli ilmeiseen karsastukseen. (Essilor 2008, 44, 46.) Ilmeistä karsastusta voidaan kutsua myös strabismukseksi (Terveysportti 2016, viitattu 26.9.2016). Käytämme tutkimuksessamme molempia termejä rinnakkain.

Heteroforian ja heterotropian kulma tulisi mitata sekä kauas että lähityöskentelyetäisyydelle. Vaikka kaukonäön tilanne olisikin ortoforinen, saattaa asiakkaalla silti olla heteroforiaa lähinäkemisessään. Tyypillisiä oireita heteroforialle ovat päänsäryt, väsynyt tai vetävä tunne silmissä, ajoittain hämärtyvä näkö sekä kirjainten hyppiminen. (Rabbetts 1998, 167–168, 178.) Ero heteroforian ja heterotropian välillä on se, että heteroforiassa bifoveaalinen fiksaatio säilyy. Heterotropiassa puolestaan ei, sillä toinen silmä poikkeaa eikä sen kuva asetu fovealle eli silmän tarkan näkemisen alueelle. (Rabbetts 1998, 184.) Tropia voi johtua monesta syystä, kuten refraktiivisesta, anatomisesta, neurologisesta tai patologisesta. Lisäksi tropia voi olla pysyvää tai ajoittaista, myötäseuraavaa tai ei-myötäseuraavaa, toispuoleista tai vuorottelevaa, akkommodatiivista tai ei-akkommodatiivista. (Essilor 2008, 45.)

Silmien vergenssireservit tai fuusiolaajuudet kertovat näköjärjestelmän kyvystä ylläpitää fuusio ja kompensoida heteroforioita. Fusionaaliset reservit ovat silmien kykyä konvergoida ja divergoida fiksaatiopisteeseen. (Essilor 2008, 44.) Binokulaarisen näkemisen tilan arvioinnissa fusionaalisten

reservien mittaaminen on tärkeää. On hyödyllistä tietää, mikä osa fusionaalisista reserveista on tarpeellinen heteroforian korjaamiseen. (Elliot 2014, 174.) Monet vergenssipoikkeamat ovat oireettomia. Potilailla, joilla on fusionaalisen vergenssin toimintahäiriö, on usein normaalit foriat ja akkommodaatio–konvergenssi -suhde, mutta fusionaalisen vergenssin laajuudet ovat heikentyneet. Heillä, joilla on vergenssipoikkeama, ei esiinny merkittäviä heteroforioita millään etäisyydellä. Konvergenssin vajaatoiminnassa sen sijaan esiintyy astenopiaoireita. (American Optometric Association 2011, viitattu 26.10.2016.)

Pelkkä monokulaarinen tarkastus ei riitä, sillä näkökyvylle asetetut vaatimukset ovat suuret ja useimmilla silmien käyttö on binokulaarista (Korja 2008, 103). Tällöin, jos oikean ja vasemman silmän tarkkuudet ovat samankaltaiset tai identtiset, on näöntarkkuus tavallisesti puolikkaasta rivistä yhteen riviin parempi kuin monokulaarisesti (Elliot 2014, 148). Normaali kaksisilmäinen näkeminen muodostuu silloin, kun oikean ja vasemman silmän näköakselit leikkaavat samassa kohteessa näkökentässä. Kun verkkokalvoille muodostuvat kuvat ovat verkkokalvon vastaavilla alueilla tai toleranssialueella mahdollistuu molempien silmien verkkokalvokuvien yhdistyminen yhdeksi kuvaksi aivojen näkökeskuksessa. Yhtenä näkemisen edellytyksenä oikean ja vasemman silmän kuuden kääntäjälihakseen täytyy toimia samanaikaisesti eri katsesuunnissa- ja etäisyyksissä, mahdollistaen yhdenmukaisen kääntymisen. (Korja 2008, 103.)

3.5 Lähinäön tutkimus

Lähinäön korjaustarpeen selvittäminen on rutiinitutkimus kaikille ikänäköisille ja asiakkaille, jotka kertovat lähinäön ongelmista (Elliot 2014, 37). Ikänäköisillä silmän akkommodaatiokyky heikenee ikääntymisen myötä, joka aiheuttaa vaikeuksia lähityöskentelyssä. Tällöin silmälasireseptiin määrätään plusvoimakkuutta, eli lähilisää, helpottamaan akkommodaatiota. (Korja 2008, 145.) Lähilisää voidaan määrittää myös nuorille helpottamaan lähityöskentelyä, mikäli se aiheuttaa oireita. Nuorilla pluslasien tarkoitus ei ole toimia akkommodaation jatkeena, vaan apuna helpottamassa suurta akkommodaatiokuormitusta. (Korja 2008, 147.)

Lähilisiä vaikuttaa lasien käyttöetäisyyteen lyhentämällä sitä. Samalla myös syväterävyysalue, eli kauko- ja lähipisteen välinen alue, lyhenee vaikka asiakkaan akkommodaatiolaajuus pysyy samana. Refraktio- ja silmälasimäärityksen yhteydessä on tärkeä muistaa esittää tutkittavalle kauko- ja lähipisteen sijainti ja syväterävyysalue. Tutkittavalle täytyy näyttää myös niin sanottu epä-

tarkka alue, johon hän ei näe kaukolaseilla eikä lukulaseilla tarkasti ilman etäisyyden muuttamista. (Korja 2008, 159.)

3.6 Dokumentointi

On oleellista, että kaikki optikon tekemät tutkimustulokset kirjataan ylös, myös tiedot asiakkaan historiasta. Jos ne jätetään kirjaamatta, katsotaan ne myöhemmin oikeudellisesta näkökulmasta tekemättömiksi. (Elliot 2014, 15.) Lain mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee dokumentoida tarpeelliset tiedot koskien tutkittavan hoidon järjestämistä, suunnittelua, toteuttamista ja seurannan turvaamista (Valtioneuvoston asetus potilaan asemasta ja oikeuksista, 653/2000, 4:12.1 §). Tutkimustulosten kirjaaminen on siis tärkeää laillisista syistä, mutta myös siksi, että ne ovat kollegan luettavissa, mikäli hän tutkii asiakkaan myöhemmin. On myös erittäin tärkeää varmistaa, että asiakaskortit varastoidaan tehokkaasti ja organisoidusti. (Elliot 2014, 15.)

3.7 Refraktio ja silmälasimääräys

Tehtyjen tutkimuksien perusteella optikko kirjaa refraktiotuloksen ja tekee kirjallisen silmälasimääräyksen tutkittavan toiveiden perusteella. Silmälasimääräys voi poiketa refraktiosta monin eri tavoin, esimerkiksi nuoren henkilön hyperopiaa voidaan alikorjata, tai karsastusoireita helpottaa sfääristä voimakkuutta muuttamalla. Joissain tapauksissa silmälasimääräystä voidaan tarkentaa myös kehys- ja linssivalintojen yhteydessä. Jos asiakas tarvitsee silmälaseja työtilanteissa, täytyy silmälasimääräyksessä ja linssivalinnassa ottaa yleisten näönkäytön tarpeiden lisäksi huomioon myös työn aiheuttamat vaatimukset, jotta päästään parhaaseen mahdolliseen tulokseen. Silmälasimääräys on onnistunut, jos asiakkaan näkemiseen liittyvät oireet ja vaivat poistuvat, sekä näkemiseen liittyvät toiveet toteutetaan. (Korja 2008, 43, 291; Optometrian eettinen neuvosto 2014a, 5–6.)

3.8 Palaute tutkittavalle näöntutkimuksesta

Näöntutkimuksesta annettavan suullisen palautteen täytyisi sisältää kansankielinen selvitys näöntarkkuuden muutoksista, lasien voimakkuuden muutoksista, silmien yhteistoiminnasta, silmien terveydentilan seurannasta, muista mahdollisista jatkotoimenpiteistä ja seuraavan näöntutkimuksen ajankohdasta (Optometrian eettinen neuvosto 2014a, 6). Suomen laissa määritetty tiedonsaantioikeus velvoittaa tutkijaa antamaan suullisen selvityksen tutkittavan hoitoon ja toimenpitei-

siin liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä jatkon kannalta. Tutkittavalle on annettava selvitys siten, että hän ymmärtää riittävästi sen sisällön. Jos terveydenhuollon ammattihenkilö ei osaa potilaan käyttämää kieltä tai potilas ei voi muun syyn vuoksi tulla ymmärretyksi, on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta. (Valtioneuvoston asetus potilaan asemasta ja oikeuksista, 785/1992, 2:5.1, 2 §.) Optikolla on velvollisuus ohjata asiakas lääkärin vastaanotolle, jos hän huomaa tutkimuksissaan viitteitä mahdollisista silmäsairauksista tai muusta lääketieteellistä tutkimusta vaativasta oireesta tai löydöksestä. Lääketieteellisiä diagnoosien tekeminen tai pois sulkeminen, eikä niiden vaatiman hoidon arviointi, kuitenkin kuulu optikon oikeuksiin eikä velvollisuuksiin. Optikon täytyy selvittää tämä myös asiakkaalle, jotta asiakkaalle ei synny virheellistä käsitystä. Siksi asiakasta on aina informoitava tutkimusten rajallisuudesta ja tutkimusten teknisisistä rajoituksista. (Valvira 2013, viitattu 22.09.2016).

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen pääongelman tarkoituksena oli arvioida, miten tehty näöntutkimus vastaa Optometrian Eettisen Neuvoston luomaa Hyvä näöntutkimuskäytäntö -ohjeistusta. Tutkimuksen ensimmäisessä alaongelmassa verrattiin, miten varattu aika vaikuttaa Hyvän näöntutkimuskäytännön ohjeiden noudattamiseen. Toisessa alaongelmassa verrattiin, millaisia eroavaisuuksia on Hyvän näöntutkimuskäytännön noudattamisessa yksityisten yritysten ja ketjuliikkeiden välillä. Kolmannessa alaongelmassa verrattiin, miten alan työkokemuksen määrä vaikuttaa Hyvän näöntutkimuskäytännön noudattamiseen.

Opinnäytetyön tavoitteena oli herätellä optikkoja ja työnantajia huomaamaan mahdolliset puutteet näöntutkimuksissa, ja tätä kautta kehittää näöntutkimuksia vastaamaan paremmin Hyvää näöntutkimuskäytäntöä. Tavoittelemme, että mahdollisten puutteiden (Matti & Riuttala 2010) huomaamisen myötä optikot ja työnantajat täydentävät tutkimuksien sisältöä ja tutkimusvälineistöä, mikä edesauttaa mahdollisten näköongelmien ilmituloa ja niihin voidaan reagoida varhaisemmassa vaiheessa. Tällöin voidaan turvata laadukkaat näöntutkimukset alan muutoksista huolimatta. Uskomme, että toimiminen eettisten ohjeiden mukaisesti kasvattaa myös asiakkaiden keskuudessa luottamusta optikoiden toimintaan, ja parantaa alan arvostusta.

Perinteisen kaavan mukaisesti etenevässä tutkimuksessa ongelma pyritään esittämään mahdollisimman selkeästi ja tarkkarajaisesti. Tutkimusongelmien esityksessä selitetään, miksi juuri näihin ongelmiin päädyttiin ja miksi ongelmat rajattiin juuri näin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 126, 128.) Valitsimme tutkimukseen yhden pääongelman, jota pyrimme täydentämään kolmella alaongelmalla. Pääongelman tarkoituksena oli arvioida yleisellä tasolla Hyvä näöntutkimuskäytäntö -ohjeistuksen noudattamista ja alaongelmilla pyrittiin vertailemaan ajan, työympäristön ja alan työkokemuksen vaikutusta samaan aiheeseen. Valitsimme nämä tarkentamaan aihetta siksi, että optisen alan muutokset ovat vaikuttaneet erityisesti tutkimusajan pituuteen. Alan muutokset ovat lisänneet eroja myös yksityisten optikkoliikkeiden ja ketjuliikkeiden välillä, minkä vuoksi tämä valikoitui toisen alaongelman täsmennykseksi. Alan työkokemuksen vaikutusta tutkimme siksi, että kokemuksen myötä tulleet asenteet, rutiinit ja työskentelymetodit saattavat osaltaan vaikuttaa näöntutkimuksen kulkuun.

Tutkimuksemme pyrki vastaamaan seuraaviin tutkimusongelmiin:

1. Miten tehty näöntutkimus vastaa Optometrian Eettisen Neuvoston luomaa Hyvä näöntutkimuskäytäntö -ohjeistusta?
 - 1.1 Miten varattu aika vaikuttaa Hyvän näöntutkimuskäytännön ohjeiden noudattamiseen?
 - 1.2 Millaisia eroja Hyvän näöntutkimuskäytännön ohjeiden noudattamisessa on yksityisillä optikkoliikkeillä ja ketjuliikkeillä?
 - 1.3 Miten alan työkokemus vaikuttaa Hyvän näöntutkimuskäytännön ohjeiden noudattamiseen?

Kvantitatiivisissa tutkimuksissa on mahdollista käyttää hypoteeseja, eli aiempaan tutkimustietoon perustuvia arvauksia mahdollisista eroista, suhteista ja syistä tutkittavien kohteiden välillä. Käytännössä niillä tarkoitetaan siis ennakoituja ratkaisuja tai selityksiä asetettuihin ongelmiin. (Hirsjärvi ym. 2009, 158.) Tutkimuksemme hypoteesina oli, että näöntutkimuksien sisällöissä on havaittavissa puutteita Hyvä näöntutkimuskäytäntö -ohjeistuksen näkökulmasta. Hypoteesimme, pääongelmaan liittyen, perustui Mattilan ja Riuttalan (2010) Oulun ammattikorkeakoulussa tekemään opinnäytetyöhön, jossa selvitettiin näöntutkimuksiin käytettävissä olevaa aikaa ja sen vaikutusta tutkimuksien sisältöön. Tutkimuksessa oli havaittavissa puutteita näöntutkimuksien sisällöissä eettisestä näkökulmasta.

5 TUTKIMUSMENETELMÄT JA TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimusmetodologia

Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus on lukumäärien ja prosentiosuuksien selvittämiseen perustuva tutkimustapa. Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla selvitetään usein eri asioiden välisiä riippuvuuksia ja tutkittavassa ilmiössä tapahtuneita muutoksia, kuten tässä tutkimuksessa näöntutkimukseen käytetyn ajan, alan työkokemuksen ja työympäristön suhdetta Hyvän näöntutkimuskäytännön toteutumiseen. Tilastollisen päättelyn keinoin tutkimustuloksia pyritään yleistämään koskemaan suurempaa joukkoa. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa selvitetään usein olemassa olevaa tilannetta, mutta siihen johtaneita syitä ei voida riittävästi selvittää. Siinä edellytetään riittävän suurta otosta tutkittavasta perusjoukosta. Aineiston keruuseen käytetään yleensä standardoituja tutkimuslomakkeita, joissa on valmiit vastausvaihtoehdot. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tuloksia kuvataan numeerisesti ja niitä voidaan havainnollistaa taulukoiden ja kuvioiden avulla. (Heikkilä 2014, 15.) Tässä tutkimustyyliässä korostetaan yleispäteviä syyn ja seurauksen lakeja, joiden taustalla on niin sanottu realistinen ontologia, jonka mukaan todellisuus rakentuu objektiivisesti todettavista asioista (Hirsjärvi ym. 2009, 139). Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmiä, kuten avoimia kysymyksiä, voidaan käyttää täydentämään kvantitatiivista tutkimusta ja myös parantamaan tutkimuksen luotettavuutta (Hirsjärvi ym. 2009, 233). Tässä tutkimuksessa avoimia kysymyksiä käytettiin tarkentamaan sellaisia kysymyksiä, joihin oli mahdotonta määritellä etukäteen kaikkia mahdollisia vastausvaihtoehtoja.

5.2 Tutkimusjoukko

Tutkimuksessamme perusjoukon muodostivat Suomen Optometrian Ammattilaiset ry:n, eli SOA ry:n, jäsenenä olevat optikot ja optometristit. Viesti lähetettiin kaikille noin 1000:lle jäsenelle, joista noin 200 oli opiskelijoita. Saatekirjeellä pyrittiin minimoimaan opiskelijoiden osuus vastaajista, mutta osa heistä saattoi silti olla opiskelijoita. Kokonaistutkimuksessa tutkimuksen kohteena on koko perusjoukko eli kyselylomake lähetetään koko perusjoukolle. Kokonaistutkimusta käytetään, jos perusjoukon määrä on alle sata, mutta sitä voidaan käyttää myös kyselytutkimuksissa, joissa perusjoukko on jopa 200–300. Kokonaistutkimus voidaan kuitenkin tehdä myös suuremmasta perusjoukosta esimerkiksi mitattavan ominaisuuden suuren vaihtelun vuoksi. (Heikkilä 2014, 31; Hirsjärvi ym. 2009, 179.) Kokonaistutkimukseen (n=1000) valituksi tuleminen oli kaikille yhtä todennä-

köistä, koska kysely lähetettiin kaikille jäsenille. Tässä tutkimuksessa käytettiin kokonaistutkimusta, koska tavoittelimme mahdollisimman suurta vastaajajoukkoa. Uskomme, että mikäli tutkimukseen olisi valittu pienempi otanta, emme olisi tavoittaneet näin montaa vastaajaa.

5.3 Aineiston keruu ja analysointi

Tutkimuksemme toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä kyselytutkimuksena. Tämän tutkimuksen strategiana käytettiin survey-tutkimusta, jonka tarkoituksena on kerätä tietoa standardoidussa muodossa joukolta ihmisiä (Hirsjärvi ym. 2009, 134). Tässä survey-tutkimuksessa ammattietiikan tarkastelun perustana oli siis Hyvä näöntutkimuskäytäntö -ohjeistus, jonka osa-alueet muutettiin mitattavaan muotoon, eli aineisto muokattiin kyselomakkeeksi. Kysely tunnetaan survey-tutkimuksen keskeisenä menetelmänä (Hirsjärvi ym. 2009, 193). Valitsimme sen tutkimuksemme aineistonkeruumenetelmäksi, koska halusimme saada tutkimukseemme suuren tutkimusjoukon, ja tätä myötä mahdollisimman yleistettävää tietoa tutkimastamme aiheesta. Uskoimme, että näin saamme laajemman näkökulman aiheesta. Lisäksi laajan tutkimusjoukon etuna oli se, että saavutimme optikoita ja optometristeja ympäri Suomen. Kysely koostui pääasiassa monivalintakysymyksistä, mutta joitakin kysymyksiä täsmennettiin avoimilla kysymyksillä (liite 2), joiden tulokset muutettiin kuitenkin analyysivaiheessa määrälliseen muotoon. Sama kysely lähetettiin jokaiselle tutkimukseen osallistujalle. Kyselyn toteutus suunniteltiin siten, että vastaajien henkilötietoja ei kerätty anonymiteetin säilyttämiseksi.

Suoritimme kyselyn esitestauksen viidelle kanssaopiskelijallemme. Esitestauksella halusimme varmistaa, ymmärretäänkö kysymykset vastaajien keskuudessa oikein tai onko kysymysten asetelussa kenties jotain parannettavaa. Tämän myötä pystyimme myös vaikuttamaan tutkimuksemme luotettavuuteen. Esitestaajien vastausten perusteella täsmensimme esimerkiksi kysymysten asetelua ja lisäsimme kyselyn yläreunaan palkin, josta voi seurata kyselyn etenemistä.

Aineisto kerättiin sähköisesti Webropol-ohjelmistolla, ja sillä luodun kyselyn linkki lähetettiin SOA ry:n kautta sähköpostitse kaikille yhdistykseen kuuluville optikoille ja optometristeille. Linkin sisältävään sähköpostiin oli liitetty tekemämme saatekirje (liite 1), jonka avulla pyrimme selittämään muun muassa vastaamisen tärkeyttä. Saatekirjeen alussa kerroimme itsestämme sekä tutkimuksemme tarkoituksesta ja tavoitteesta. Kysely lähetettiin sähköisesti, jotta se tavoittaisi mahdollisimman monta vastaajaa ja vastaaminen olisi ajankäytöllisesti helppoa. Kyselyyn oli mahdollista vastata kuuden viikon ajan. Ensimmäisen sähköpostin jälkeen lähetimme kaksi muistutusviestiä

kahden viikon välein. Suurin osa vastauksista kertyi kahden ensimmäisen viikon aikana, mutta vastauksia tuli myös viimeisinä viikkoina. Kyselyn ajankohta ja vastaamisajan pituus pyrittiin valitsemaan niin, että vastaajien mahdolliset kesälomat eivät vaikuttaisi kovin paljon vastaajamäärään.

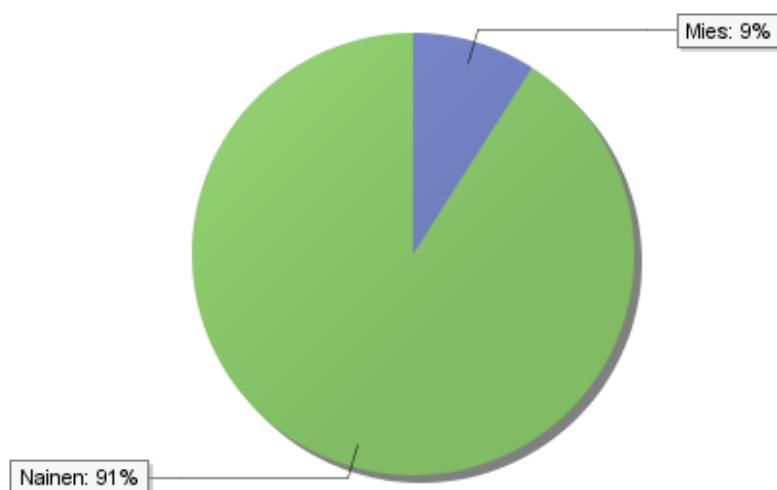
Kuten aineiston keruukin, myös sen analysointi tehtiin Webropol-ohjelman kautta. Ohjelman avulla oli mahdollista suodattaa vastauksia ja vertailla eri vastaajaryhmiä keskenään. Alaongelmiin liittyviä tuloksia puolestaan analysoitiin ristiintaulukoimalla. Analysoinnissa käytimme apuna kuvioita, joiden avulla pyrimme parantamaan tekstin luettavuutta ja ymmärrettävyyttä (Hirsjärvi ym. 2009, 322).

6 TUTKIMUSTULOKSET

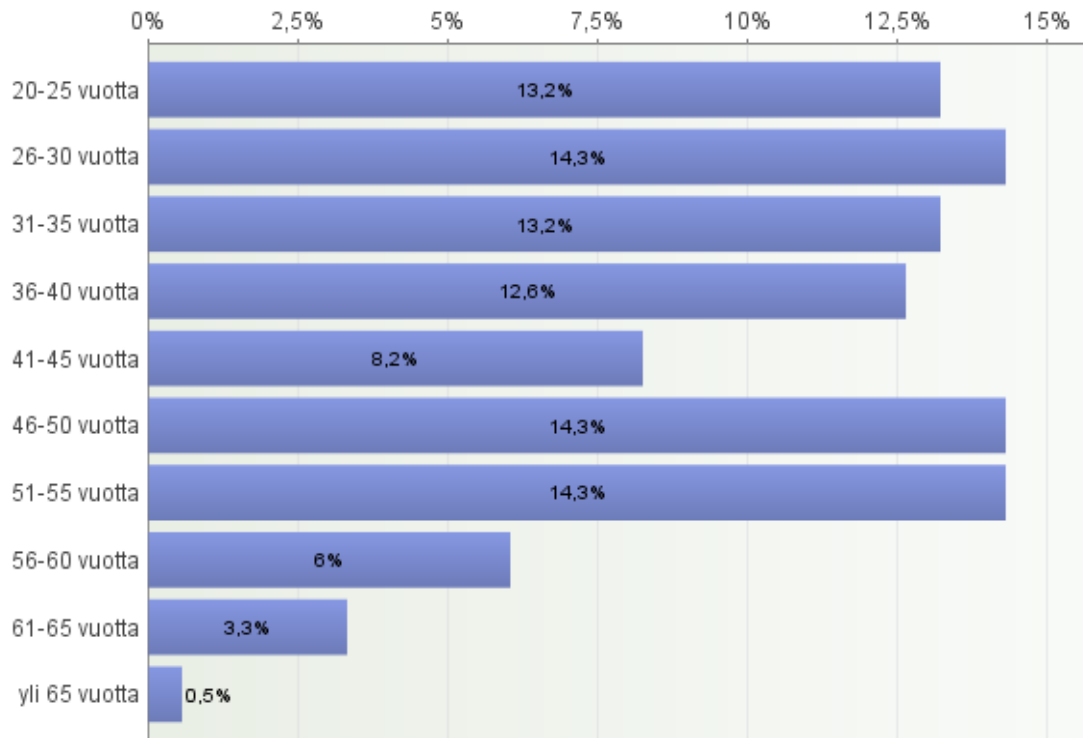
Kyselylomakkeemme sisältö pohjautuu pääosin Optometrian Eettisen Neuvoston luomiin ohjeisiin Hyvälle näöntutkimukselle. Ennen tutkimustuloksia esitellään taustatiedot, jonka jälkeen tutkimustulokset on jaettu tutkimusongelmittain. Tutkimustulosten tarkastelun selkeyttämiseksi käytetään kuvia ja numeroimattomia väliotsikoita. Vastausprosentit ilmoitetaan kaikissa tuloksissa yhden desimaalin tarkkuudella, koska otoksen koko oli yli 200 vastaajaa.

6.1 Taustatiedot

Taustatiedoissa selvitettiin vastaajan ikä, sukupuoli, opiskelupaikka ja alan työkokemus. Lisäksi taustatiedoissa kysyttiin, työskentelikö vastaaja sillä hetkellä ketjuliikkeessä vai yksityisessä optikkoliikkeessä, ja missä päin Suomea. Kyselyyn vastasi 201 optikkoa ja optometristia, joista 91,0 % oli naisia ja 9,0 % miehiä (kuvio 1). Vastaajien ikähaarukka oli melko tasainen alle 55-vuotiaiden kesken. Poikkeuksen tekivät 41–45 vuotiaat, joiden osuus kaikista vastaajista oli 8,2 %. Yli 56 vuotiaiden osuus kaikista vastaajista oli 9,8 % (kuvio 2). Yhteensä 57,2 % vastaajista oli opiskellut Oulussa ja 42,3 % Helsingissä. 0,5 % vastaajista oli opiskellut Tanskassa.

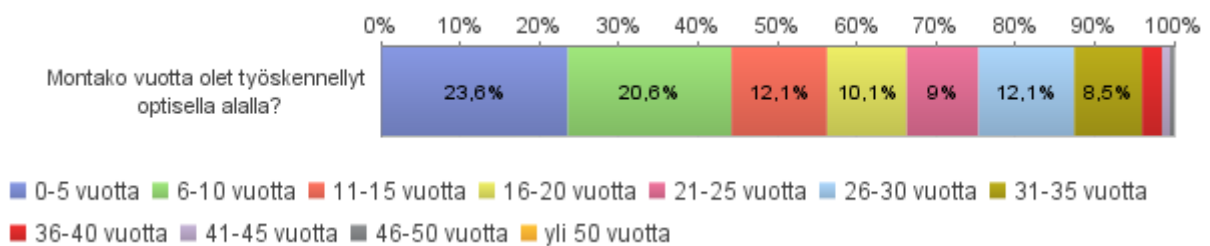


KUVIO 1. Vastaajien sukupuoli (n=199)



KUVIO 2. Vastaajien ikä (n=182)

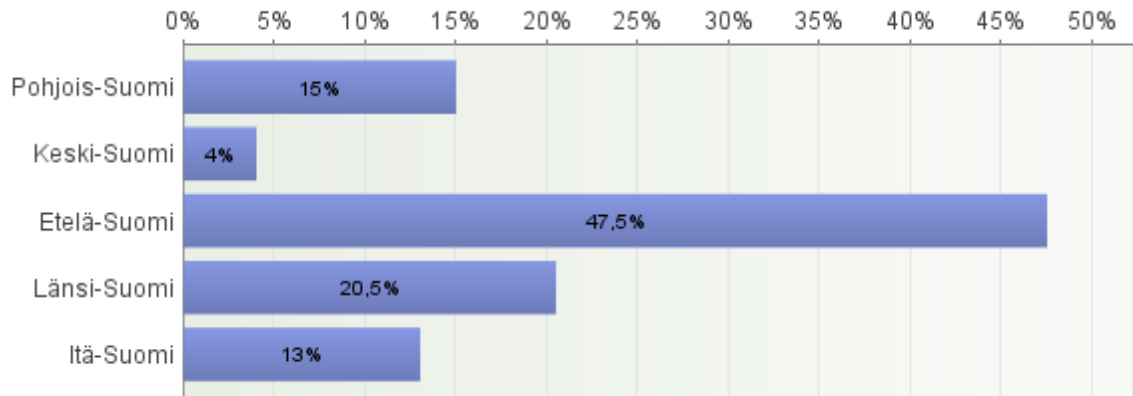
Alan työkokemusta kaikilla vastaajilla oli alle viisikymmentä vuotta (kuvio 3), mutta heistä suurimmalla osalla (44,2 %) kokemusta oli alle kymmenen vuotta. Suurin yksittäinen vastaajaryhmä koostui alle kuusi vuotta alalla olleista, ja toiseksi suurin 6–10 vuotta alalla työskennelleistä vastaajista.



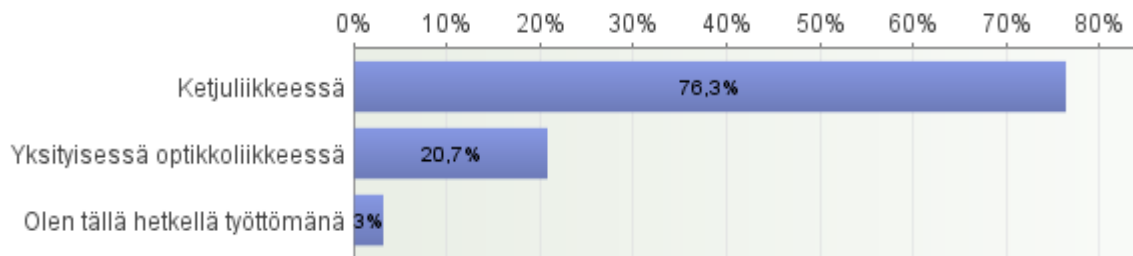
KUVIO 3. Vastaajien työkokemus optiselta alalta (n=199)

Kuten kuviossa 4 on nähtävissä, valtaosa (47,5 %) kyselyyn osallistujista työskenteli Etelä-Suomessa. Pohjois-Suomesta vastaajia oli 15,0 % ja Länsi-Suomesta 20,5 %. Toiseksi vähiten vastaajia oli Itä-Suomesta ja vähiten Keski-Suomesta. Suurin osa vastaajista (76,3 %) työskenteli

sillä hetkellä ketjuliikkeissä (kuvio 5). Yksityisissä optikkoliikkeissä työskenteli 20,7 % vastaajista ja loput kolme prosenttia olivat työttöminä.

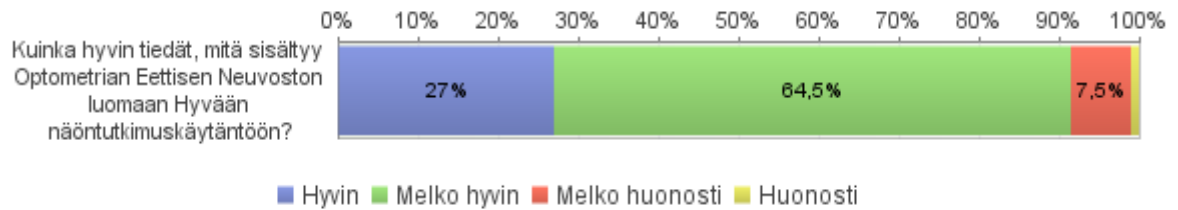


KUVIO 4. Vastaajien tämänhetkinen työskentelyalue (n=200)



KUVIO 5. Vastaajien tämänhetkinen työpaikka (n=198)

Kysyimme myös, miten hyvin vastaajat tiesivät, mitä Hyvä näöntutkimuskäytäntö -ohjeistus sisältää, sekä kokivatko he toimivansa sen mukaisesti. Yhteensä 91,5 % koki tuntevansa ohjeistuksen sisällön hyvin tai melko hyvin ja 8,5 % huonosti tai melko huonosti (kuvio 6). 77,8 % koki toimivansa ohjeistuksen mukaan, mutta vastaajista 22,2 % ei kokenut noudattavansa ohjeistusta, jolloin syyksi mainittiin pääasiassa ajan puute.

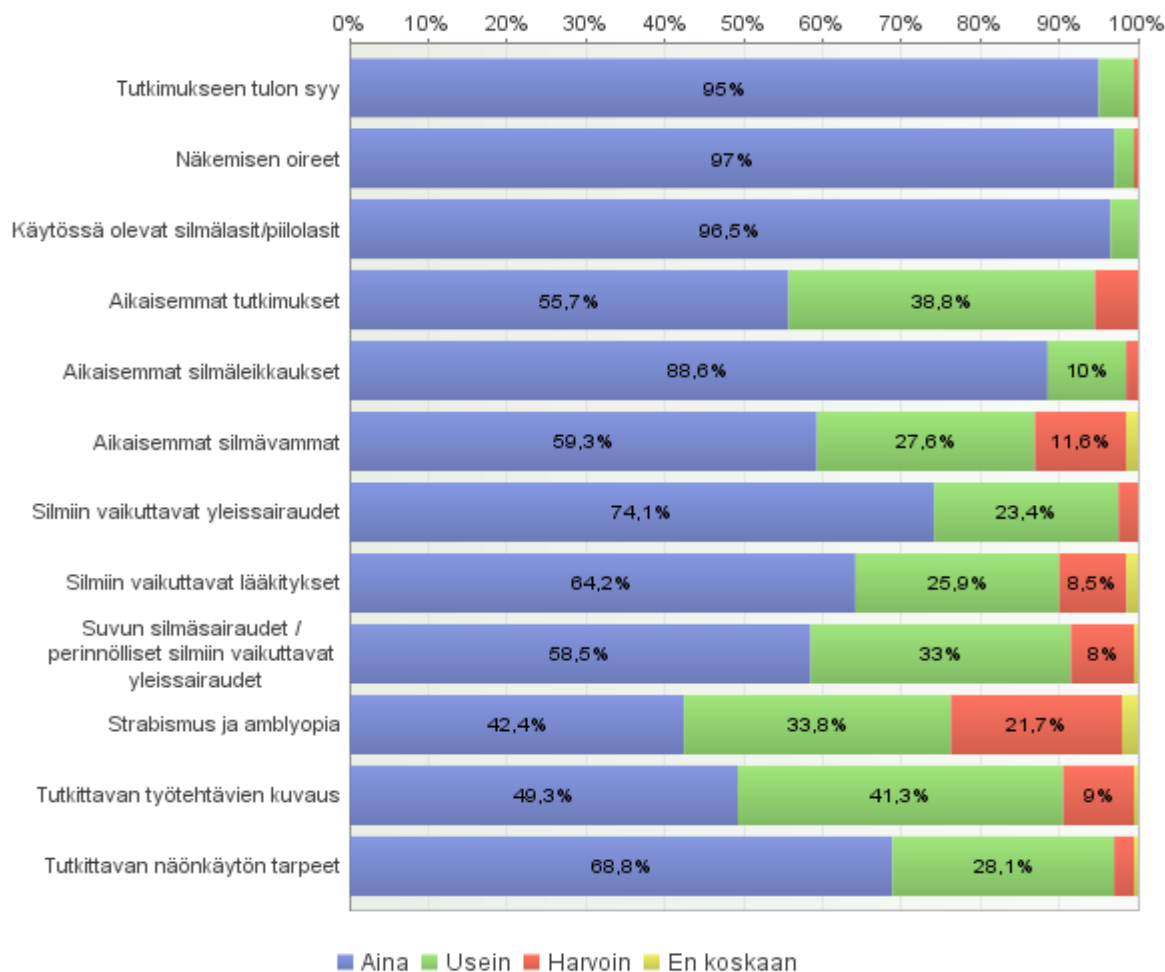


KUVIO 6. Vastaajien arvio, miten hyvin he tuntevat Hyvän näöntutkimuskäytännön sisällön (n=200)

6.2 Tehdyn näöntutkimuksen vastaavuus Hyvä näöntutkimuskäytäntö -ohjeistukseen

Anamneesi

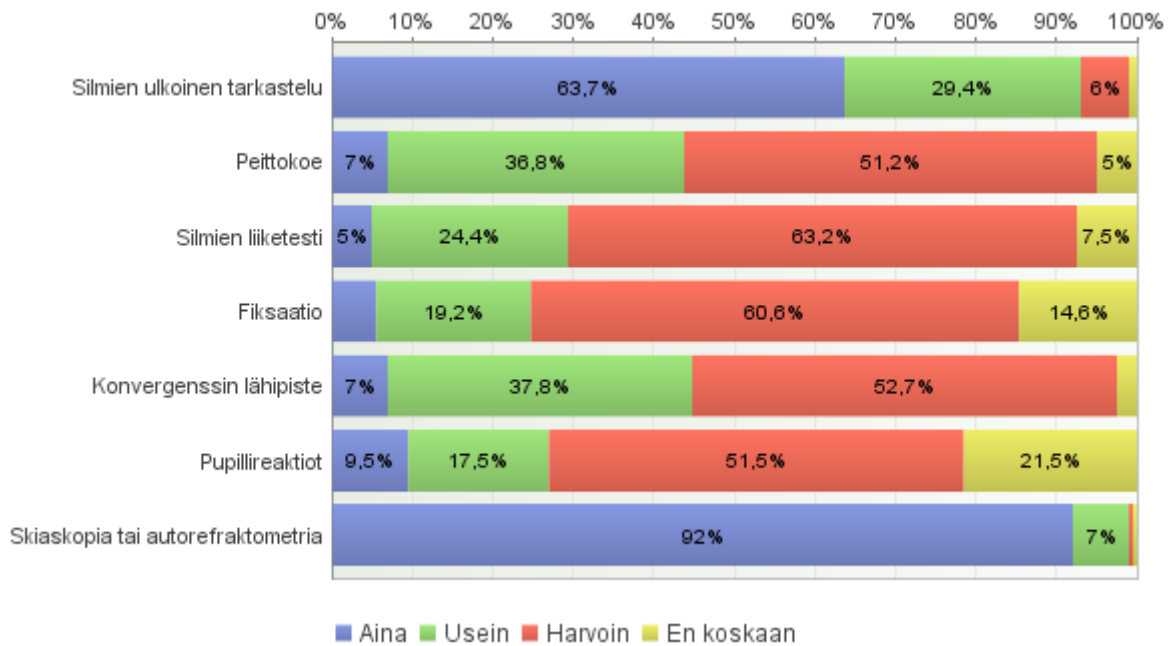
Lähes kaikki vastaajat (95–97 %) ottivat aina selvää tutkimukseen tulon syystä, näkemisen oireista ja käytössä olevista silmälaseista tai piilolinseistä. Kuviossa 7 käy ilmi, että vastaajista yhteensä 86,9 prosenttia selvitti asiakkaan aiemmat silmävammat aina tai usein. Strabismuksen ja amblyopian selvitti aina tai usein yhteensä 76,2% vastaajista.



KUVIO 7. Vastaajien arvio, miten usein he selvittivät anamneesiin kuuluvat asiat (n=201)

Objektiivinen tutkimus

Vastausten perusteella objektiiviseen tutkimukseen sisältyvistä tutkimusvaiheista useimmin toteutivat skiaskopia tai autorefraktometria sekä silmien ulkoinen tarkastelu (kuvio 8). Skiaskopian tai autorefraktometrian teki aina 92,0 % vastaajista ja ulkoisesti silmiä tarkasteli 63,7 % vastaajista aina ja 29,4 % usein. Peittokokeen ja konvergenssin lähipisteen tutkimusten osalta vastaajat jakautuivat tasaisesti. Seitsemän prosenttia kaikista vastaajista teki nämä kyseiset testit aina, 36,8 % usein ja hieman yli puolet harvoin. Pupillireaktioita tutki 51,5 % vastaajista harvoin, ja vastaajista 21,5 % ei tutkinut niitä koskaan. Fiksaation ja silmien liiketestin prosentuaaliset lukemat jakautuivat tasaisesti. Yli kuusikymmentä prosenttia vastauksista kertyi kummassakin testissä vastausvaihtoehtoon "harvoin" ja noin viisi prosenttia vastanneista teki kyseiset testit aina.

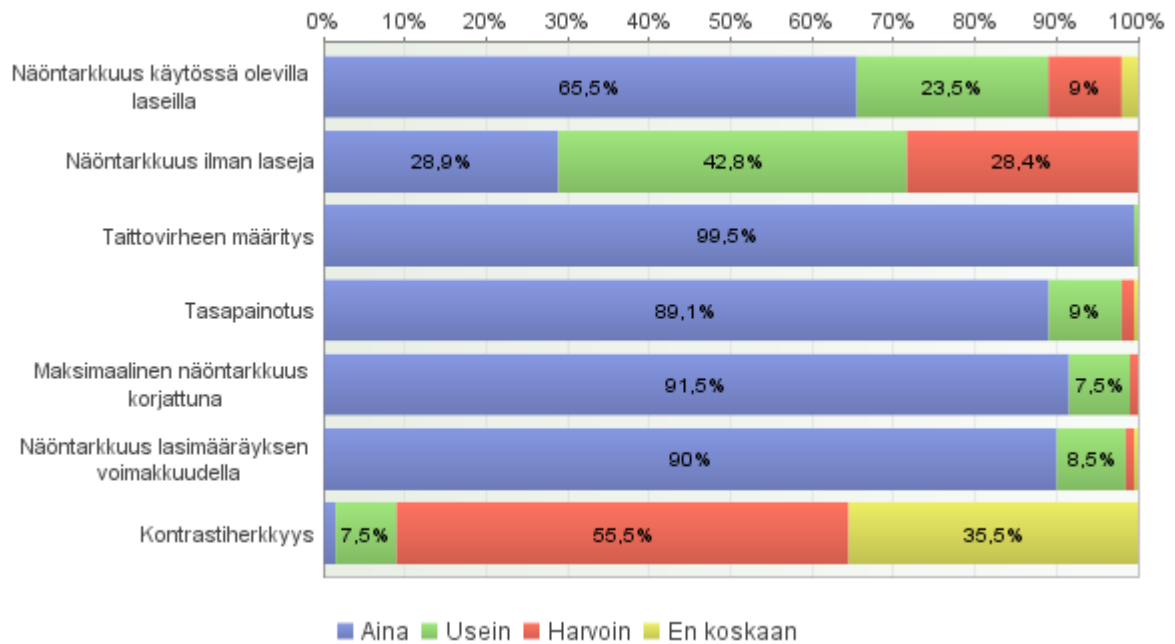


KUVIO 8. Vastaajien arvio, miten usein he selvittivät objektiivisen tutkimukseen kuuluvat asiat (n=201)

Subjektiiivinen tutkimus

Subjektiiivisen tutkimuksen osalta taittovirheen määrittäminen aina 99,5 % vastanneista ja usein 0,5 % vastanneista (kuvio 9). Maksimaalisen näöntarkkuuden puolestaan tutki aina 91,5 % ja 7,5 % usein. Näöntarkkuuden lasimääräyksen voimakkuudella tutki 90,0 % vastanneista aina ja 8,5 % usein. Loput vastanneista tutkivat sen harvoin tai eivät koskaan. 89,1 % vastanneista teki tasapainotuksen aina ja yhdeksän prosenttia usein. Yhteensä kaksi prosenttia vastanneista teki sen harvoin tai ei koskaan.

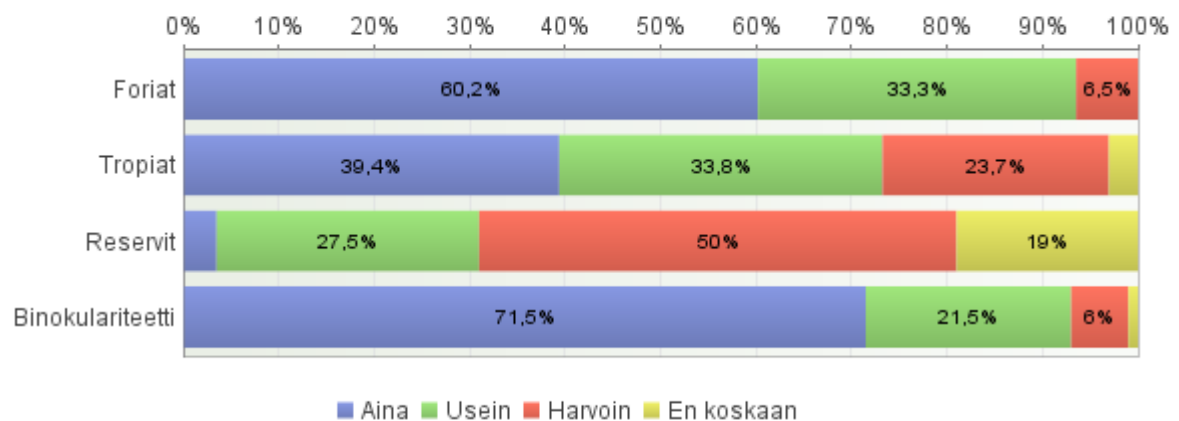
Kun näöntutkimuksen aikana tutkittiin kontrastiherkkyttä, yhteensä yhdeksän prosenttia vastanneista tutki sen aina tai usein, 55,5 % harvoin ja 35,5 % ei koskaan. Näöntarkkuuden ilman laseja tutki aina 28,9 %, usein 42,8 % ja harvoin 28,4 % vastanneista. Näöntarkkuuden käytössä olevilla laseilla puolestaan tutki aina tai usein yhteensä 89,0 % ja harvoin tai ei koskaan yhteensä yksi prosenttia vastanneista.



KUVIO 9. Vastajien arvio, miten usein he selvittivät subjektiiviseen tutkimukseen kuuluvat asiat (n=201)

Yhteistoiminnan tutkimus

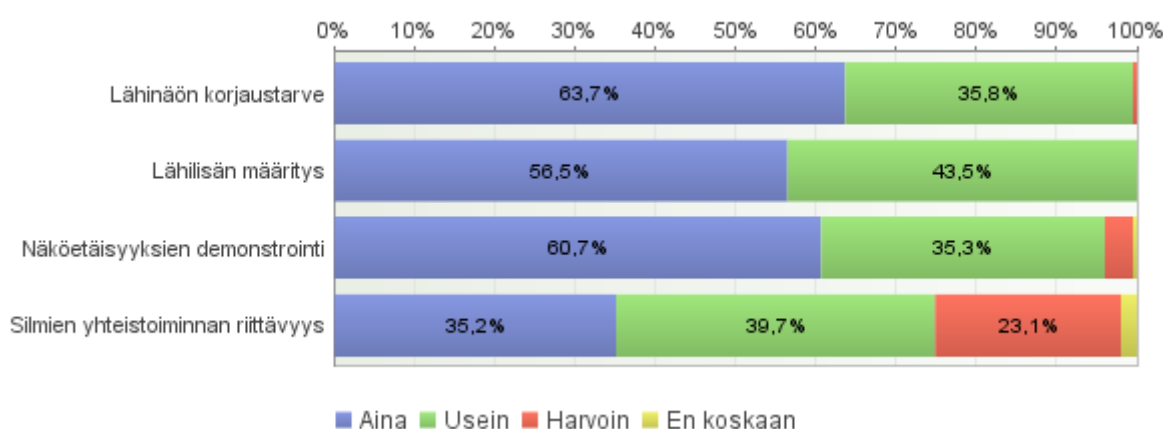
Tutkimustulokset osoittivat, että yhteistoiminnan tutkimuksessa binokulariteetin tutki aina 71,5 % vastanneista. Binokulariteetin lisäksi foriat tutkittiin enemmistön osalta (60,2 %) aina tai usein (33,3 %). Kuviosta 10 käy ilmi, että strabismusta eli tropiaa koskevat prosenttiluvut ovat puolestaan jakautuneet tasaisesti. Yhteensä 31,0 % vastanneista arvioi tutkineensa reservit aina tai usein ja harvoin tai ei koskaan vastanneita oli yhteensä 69,0 %.



KUVIO 10. Vastaajien arvio, miten usein he selvittivät yhteistoimintaan kuuluvat asiat (n=201)

Lähinäön tutkimus

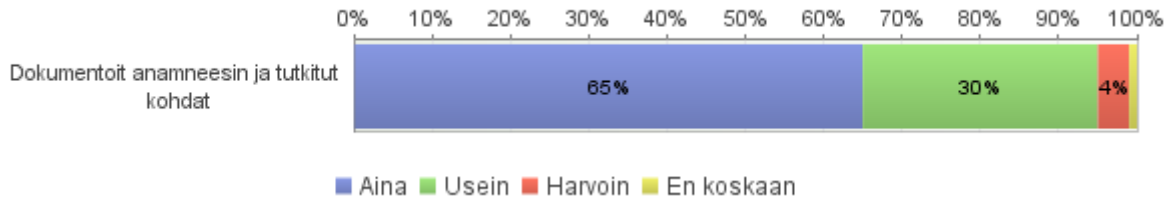
Kuten kuvio 11 näkyy, jokaisessa lähinäön tutkimuksen vaiheessa vastaukset jakautuvat pääasiassa vaihtoehtojen aina ja usein välille. Silmien yhteistoiminnan riittävyttä tutki harvoin tai ei koskaan yhteensä 25,1 % vastaajista. Lähilisän määrittämisen teki aina tai usein yhteensä 100,0 % vastaajista.



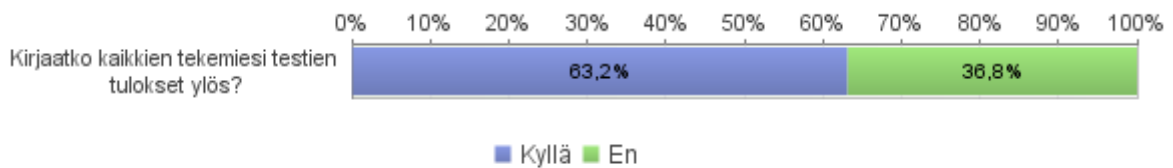
KUVIO 11. Vastaajien arvio, miten usein he selvittivät lähinäön tutkimiseen kuuluvat asiat (n=201)

Dokumentointi

Anamneesin ja tutkittujen kohtien dokumentointi toteutui tutkimustulosten mukaan enemmistön (65,0 %) osalta aina. Vastaajista 30,0 prosenttia dokumentoi tekemiensä tutkimusten tulokset usein ja loput viisi prosenttia harvoin tai ei koskaan (kuvio 12). Kysyimme tutkimuksessamme myöhemmin uudelleen "Kirjaatko kaikkien tekemiesi testien tulokset ylös?", jolloin muutoksia oli havaittavissa (kuvio 13). Jälkimmäisen kysymyksen "en"-vastauksia oli kertynyt 1,8 % enemmän, kuin mitä ensimmäisen kysymyksen osalta, jossa vastaukset jakautuivat kohtiin "usein", "harvoin" ja "en koskaan". Täten myös vastaukset "aina" ja "kyllä" poikkesivat toisistaan alle kahdella prosentilla.



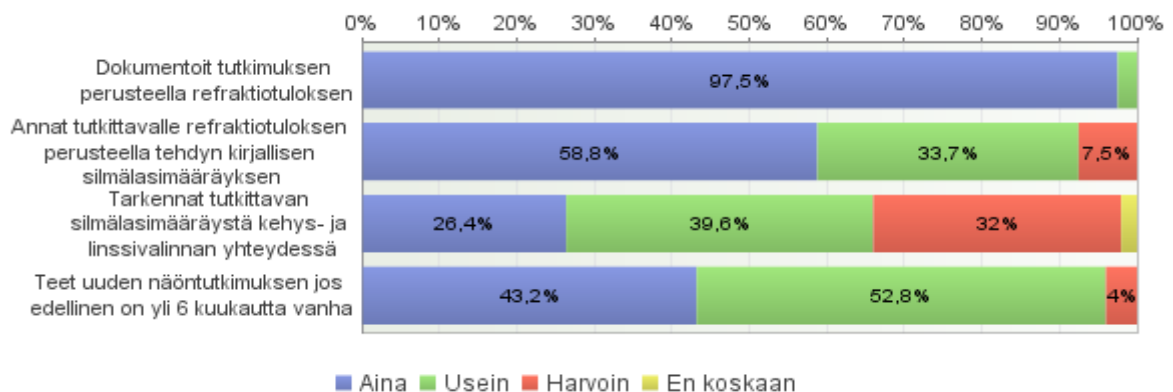
KUVIO 12. Vastaajien arvio, kuinka usein he dokumentoivat anamneesin ja tutkitut kohdat (n=200)



KUVIO 13. Kirjaatko kaikkien tekemiesi testien tulokset ylös? (n=201)

Refraktio ja silmälasimääräys

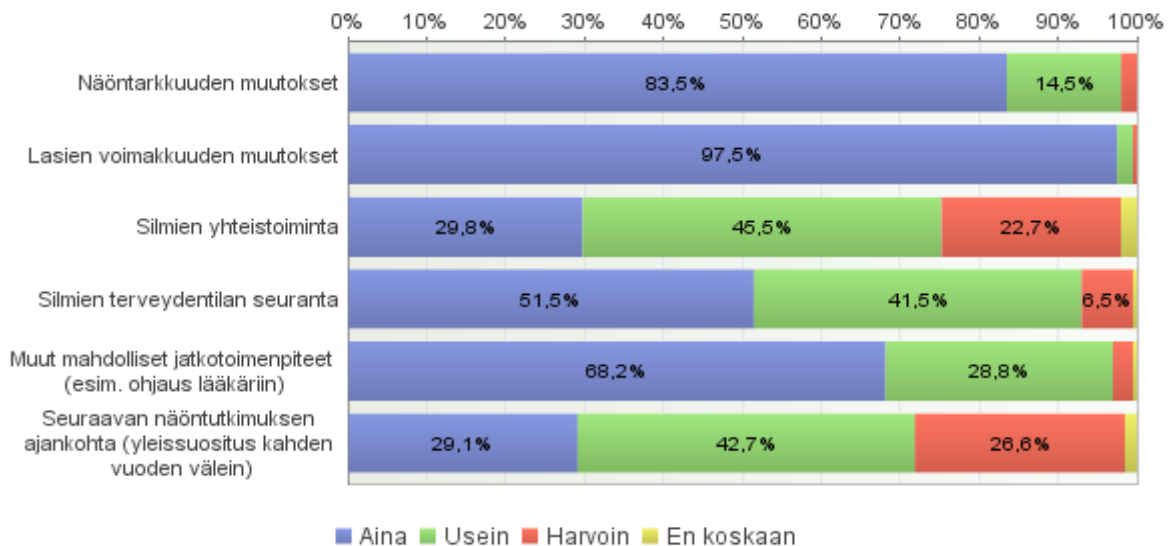
Kuvion 14 mukaan vastaajista 97,5 % dokumentoi aina refraktiotuloksen. Kirjallisen silmälasimääräyksen puolestaan antoi asiakkaalle yhteensä 92,5 % vastaajista aina tai usein ja 7,5 % harvoin. 26,4 % vastaajista tarkensi aina tutkittavan silmälasimääräystä kehys- ja linssivalinnan yhteydessä, ja 32,0 % teki sen harvoin. 43,2 % vastaajista teki aina uuden näöntarkastuksen, jos edellinen on yli kuusi kuukautta vanha.



KUVIO 14. Vastaajien arvio, kuinka usein he tekivät refraktioon ja silmälasimääräykseen liittyvät asiat (n=200)

Palaute tutkittavalle näöntutkimuksesta

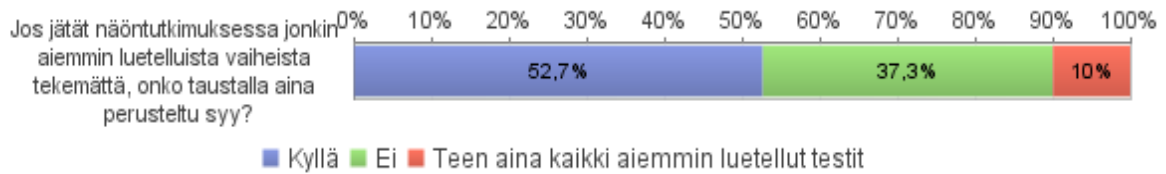
Lasien voimakkuuden muutoksista kertoi tutkittavalle aina 97,5 % vastaajista. Näöntarkkuuden muutoksista puolestaan kertoi aina 83,5 % vastaajista, ja muista mahdollisista jatkotoimenpiteistä 68,2 % vastaajista (kuvio 15). Seuraavan näöntutkimuksen ajankohdan kertoi aina 29,1 % ja harvoin 26,6 % vastaajista. Silmien yhteistoimintaa koskevista asioista 22,7 % vastaajista otti asian puheeksi harvoin ja 29,8 % aina. Silmien terveydentilan seurannasta tutkittavalle kertoi aina 51,5 % ja harvoin 6,5 % vastaajista.



KUVIO 15. Palautteen antaminen asiakkaalle tutkimuksen päätteeksi (n=200)

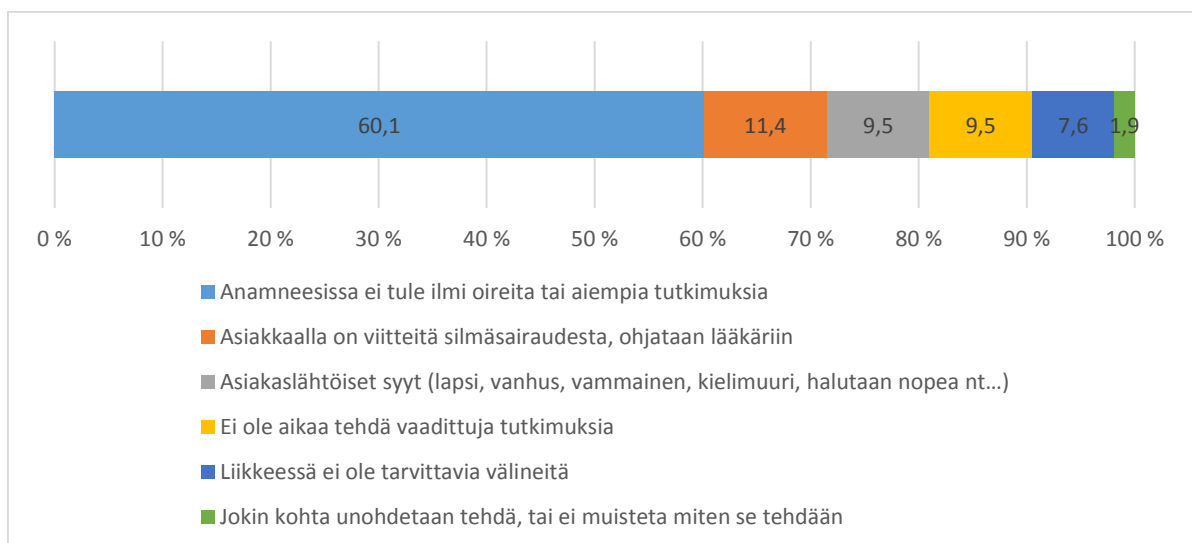
Vastaajien arvio perustellusta syystä

Hyvässä näöntutkimuskäytännön ohjeistuksessa mainitaan, että jonkun testeistä voi jättää tekemättä, jos taustalla on perusteltu syy. Vastanneista 52,7 % oli sitä mieltä, että heillä on aina jokin syy testin pois jättämiseen tutkimuksesta ja 37,3 % koki, että heillä ei aina ole perusteltua syytä (kuvio 16). Vastanneista 10,0 % kertoi tehneensä aina kaikki aiemmin luetellut testit.



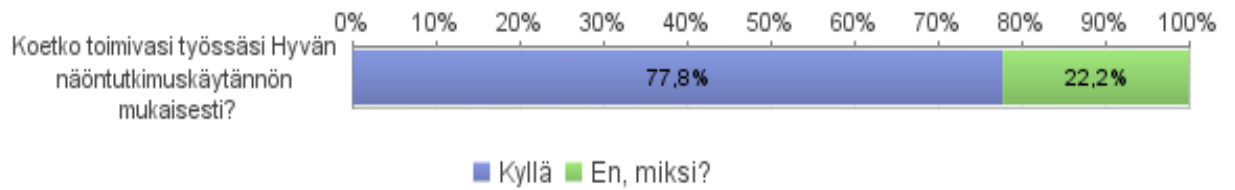
KUVIO 16. Onko vastaajilla aina perusteltu syy jättää jotain testejä tekemättä (n=201)

Vastanneista ne, jotka kokivat, että heillä oli jokin perusteltu syy, mainitsivat syyksi pääasiassa sen, että anamneesissa ei tullut ilmi oireita tai aiempia tutkimuksia (60,1 %). Kuviossa 17 on nähtävissä muut mainitut syyt. Niitä olivat muun muassa asiakaslähtöiset syyt (9,5 %), esimerkiksi kielimuuri, ja se, että asiakkaalla oli viitteitä silmäsairaudesta (11,4 %), jolloin hänet ohjattiin lääkärille. Lisäksi mainittiin ajan puute (9,5 %), välineiden puute (7,6 %) ja unohdus tai osaamattomuus (1,9 %).



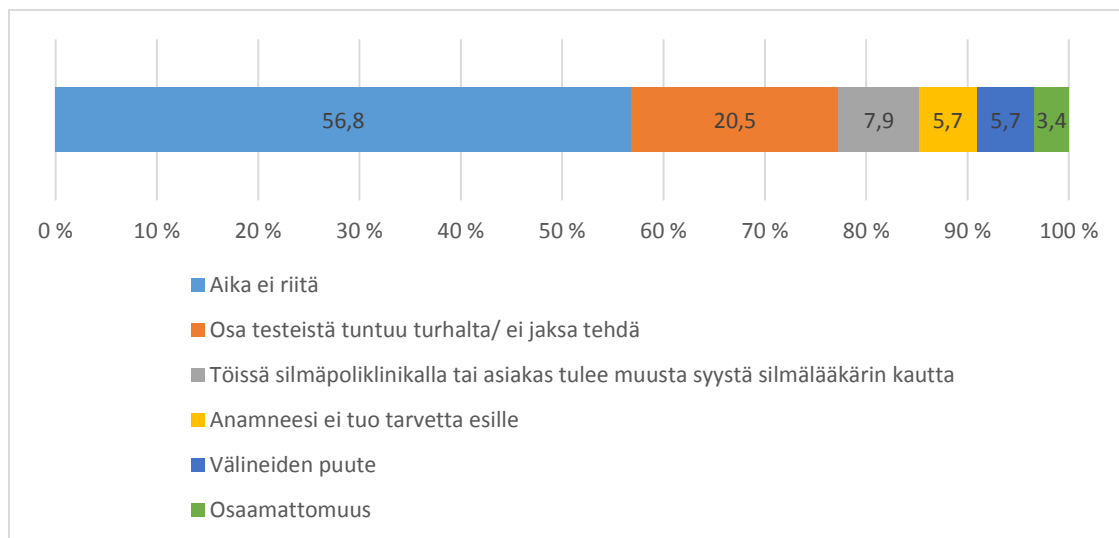
KUVIO 17. Vastaajien mainitsemat syyt testien jättämiseen pois tutkimuksesta (n=79)

Kysyimme myös, kuinka moni vastaajista koki toimivansa Hyvä näöntutkimuskäytäntö - ohjeistuksen mukaan. Jos vastaaja arvioi, ettei koe toimivansa ohjeistuksen mukaan, pyysimme täsmentämään miksi näin on. Vastanneista 77,8 % koki toimivansa ohjeistuksen mukaan, kun puolestaan 22,2 % oli sitä mieltä, ettei noudata ohjeistusta (kuvio 18).



KUVIO 18. Koetko toimivasi Hyvän näöntutkimuskäytännön mukaan? (n=198)

Vastanneista ne, jotka eivät noudata ohjeistusta, mainitsivat avoimissa vastauskentissä syyksi pääasiassa (56,8 %) ajan puutteen (kuvio 19). ”Jotain pitää jättää pois, sillä aikaa vain 20 min ja sinä aikana pitää ottaa myös silmänpohjakuvat”, kommentoi yksi vastaajista. Muita mainittuja syitä oli välineiden puute (5,7 %), osaamattomuus (3,4 %) ja se, että anamneesissa ei tule esiin tutkimisen tarvetta (5,7 %). Lisäksi osa totesi, että ei jaksakaan tehdä kaikkia testejä, tai että turhuuden tunne karsii osan testeistä pois (20,5 %). Osa vastanneista (7,9 %) työskenteli myös silmäpoliklinikalla, jolloin tutkimuksessa kiinnitetään huomiota hiukan eri asioihin. Eräs vastaajista kuvaili näöntutkimuksen haasteita näin: ”Ei kiire tai esim. 20 min varattu aika ole läheskään ainut syy lipsua tarkastuksen sisällöstä. Laitteilla ja niiden kunnolla tai jopa puutteilla on oma osuus. Tutkimuksesta ja tuloksista pitää kertoa asiakkaan vastaanottokyvyn mukaisesti olennainen ja tarpeellinen...ei muuten pysy aikataulussa.”



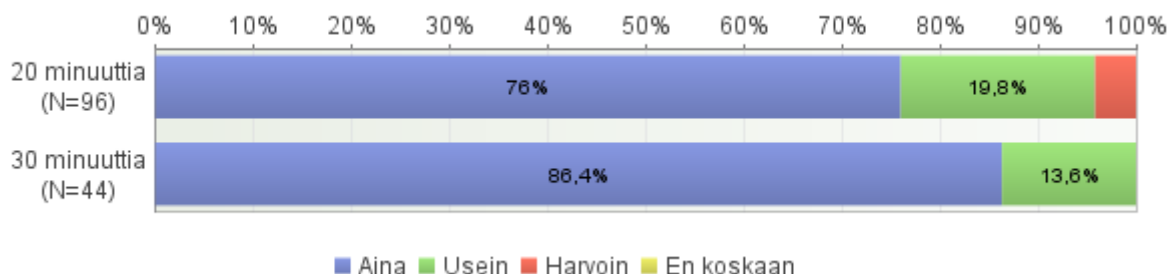
KUVIO 19. Vastaajien mainitsemat syyt, miksi he eivät toimi Hyvän näöntutkimuskäytännön mukaan (n=44)

6.2.1 Näöntutkimusajan vaikutus Hyvän näöntutkimuskäytännön ohjeiden noudattamiseen

Anamneesi

Vertasimme näöntutkimukseen varatun ajan vaikutusta tehtyyn anamneesiin, keskityimme erityisesti 20 ja 30 minuutin tarkastusaikojen eroihin, sillä yksikään vastaajista ei ilmoittanut varaavansa alle kahdenkymmenen tai yli kolmenkymmenen minuutin aikoja. Jos tarkastukseen oli varattu 20 minuuttia, optikoista 93,8 % tiedusteli tutkimukseen tulon syytä, 94,8 % näkemisen oireita ja 94,8 % käytössä olevia silmä- ja piilolasitietoja aina. Kun aikaa oli varattu 30 minuuttia, kaikki vastaajat kysyivät aiemmin mainittuja asioita aina. Aikaisemmista tutkimuksista optikoista 57,3 % tiedusteli asiaa aina, 38,5 % usein ja 4,2 % harvoin, kun aikaa oli 20 minuuttia, ja kun aikaa oli 30 minuuttia, vastaajista asiaa kysyi aina 63,6 %, usein 31,8 % ja harvoin 4,5 %.

Silmiin vaikuttavista yleissairauksista kysyi aina 76,0 %, usein 19,8 % ja harvoin 4,2 % vastaajista, kun aikaa oli varattu 20 minuuttia (kuvio 20). Kun aikaa oli varattu 30 minuuttia, 86,4 % vastaajista tiedusteli yleissairauksia aina ja 13,6 % kysyi niitä usein. Silmiin vaikuttavista lääkityksistä yhteensä 87,5 % vastanneista kysyi aina tai usein, kun aikaa oli varattu 20 minuuttia. Lääkityksistä kysyttiin todennäköisemmin, kun aikaa oli 10 minuuttia enemmän, sillä yhteensä 95,5 % vastaajista kysyi niistä aina tai usein. Samankaltaisia tuloksia saatiin, kun tiedusteltiin vastaajien kiinnostusta suvun silmäsairauksiin ja perinnöllisiin silmäsairauksiin. Jos aikaa oli 20 minuuttia, vastaajista yhteensä 91,7 % kysyi tietoja aina tai usein. Kun aikaa oli puoli tuntia, yhteensä 97,7 % vastaajista tiedusteli asiaa aina tai usein.



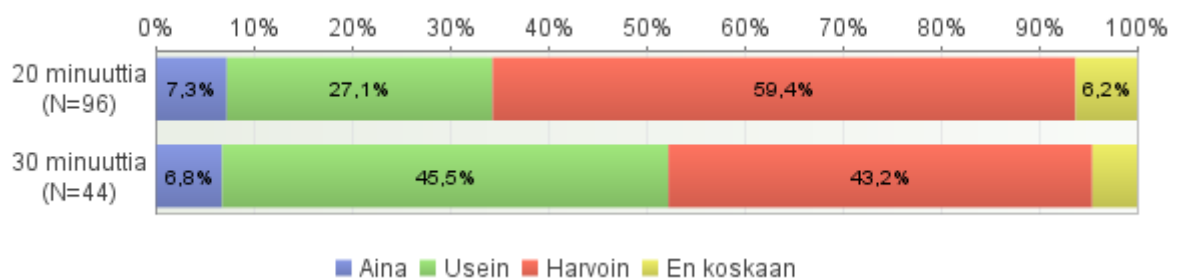
KUVIO 20. Silmiin vaikuttavien yleissairauksien selvittäminen tutkimuksessa verrattuna varattuun tutkimusaikaan (n=140)

Strabismusta ja amblyopiaa tiedusteli harvoin 21,9 % vastanneista, ja 3,1 % jätti asian huomiotta, kun aikaa oli varattu 20 minuuttia. Vastanneista 18,2 % tiedusteli asiaa harvoin ja 2,3 % vastanneista jätti asian tiedustelematta, kun näöntarkastusaika oli 30 minuuttia. Anamneesin muiden kohtien, eli aikaisempien silmäläikkäusten, silmävammojen, tutkittavien työtehtävien kuvausten ja näönkäytön tarpeiden arvioinnin välillä ei ilmennyt merkittäviä eroja eri tutkimusaikojen välillä.

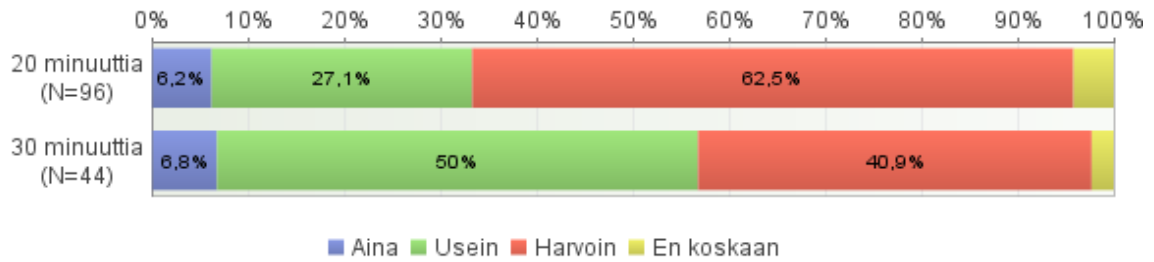
Objektiivinen tutkimus

Objektiiviseen tutkimukseen kuuluvien tutkimusten tekeminen verrattuna käytettävissä olevaan aikaan on jakautunut tasaisesti 20 minuutin ja 30 minuutin tutkimusaikojen välillä. Etenkään silmien ulkoisessa tarkastelussa ja konvergenssin lähipisteen mittaamisessa ei ole merkittäviä eroja. Vastaajista lähes kaikki tekivät skiaskopian tai autorefraktometrian sekä silmien ulkoisen tarkastelun. Tutkimusajan ollessa 20 minuuttia, skiaskopian tai autorefraktometritutkimuksen teki yhteensä 100,0 % vastaajista aina tai usein, ja pidemmänkin tutkimusajan puitteissa aina ja usein -vastaajien summa on 97,8 %.

Tarkasteltaessa peittokokeen vastauksia verrattuna näöntarkastukseen varattuun aikaan, yhteensä 52,3 % teki testin aina tai usein ajan ollessa 30 minuuttia. Varatun ajan ollessa lyhempi testin teki yhteensä 34,4 % vastaajista aina tai usein. Kuviosta 21 onkin nähtävissä, että testi on useammin osana tutkimusta, kun tutkimusaika on pidempi. Konvergenssin lähipisteen tutkimuksen teki usein viisikymmentä prosenttia vastaajista tutkimusajan ollessa 30 minuuttia, kun taas lyhemmässä ajassa testi tehtiin 27,1 %:n osalta usein (kuvio 22).



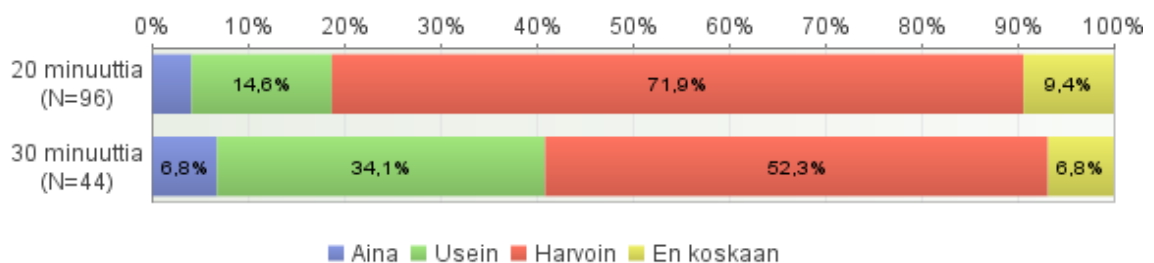
KUVIO 21. Peittokokeen tekeminen tutkimuksessa verrattuna varattuun tutkimusaikaan (n=140)



KUVIO 22. Konvergenssin lähipisteen tutkiminen verrattuna varattuun tutkimusaikaan (n=140)

Riippumatta näöntarkastukseen varatun ajan pituudesta, pupillireaktioita tutkittiin pääosin harvoin. Ajan ollessa pidempi vastaajista 55,8 % suoritti tutkimuksen harvoin, ja lyhemmän ajan puitteissa vastaajien määrä oli 46,9 %. Aina sen tutkivien osuus oli 11,5 % tutkimusajan ollessa 20 minuuttia, ja pidemmässä ajassa 9,3 %. Tarkasteltaessa heidän arvioitaan, jotka tutkivat pupillireaktiot usein, on lyhemmän tutkimusajan prosentuaalinen lukema isompi (18,8 %) kuin 30 minuutin tutkimusajassa (14,0 %).

Myös silmien liiketesti toteutui enemmistön osalta harvoin (kuvio 23). Lyhemmän tutkimusajan vastauksia tarkasteltaessa 71,9 % teki testin harvoin, ja kun aikaa on varattu 30 minuuttia, harvoin-vastanneiden määrä oli 52,3 %. Heitä, jotka tutkivat silmien liikkeet aina, oli lyhyen tutkimusajan osalta 4,2 % vastaajista. Kun tutkimusaikaa on 10 minuuttia enemmän, oli aina-vastaajien määrä 2,6 % suurempi. 34,1 % arvioi tutkineensa silmien liikkeet usein, kun aikaa oli käytettävissä enemmän. 20 minuutin tutkimusajassa 14,6 % vastaajista teki liiketestin usein. Vastaajista 9,4 % oli arvioinut, että ei tutki liikkeitä koskaan, jos tutkimukseen oli käytettävissä 20 minuuttia ja 6,8 % silloin, kun aikaa oli enemmän.



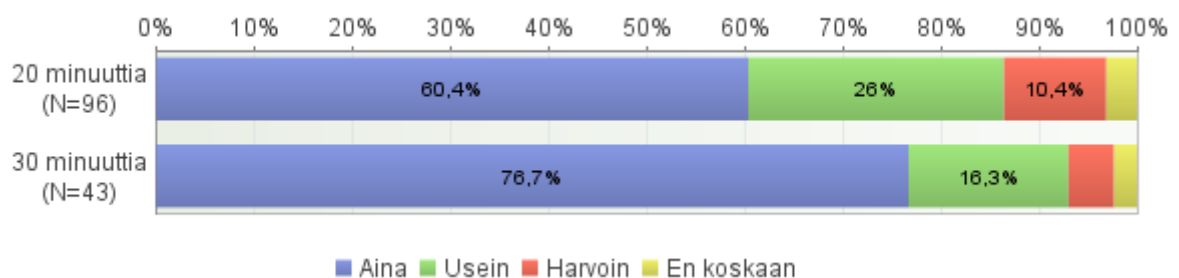
KUVIO 23. Silmien liikkeiden tutkiminen verrattuna varattuun tutkimusaikaan (n=140)

Fiksaatiotestin osalta vastaukset jakautuivat tasaisesti. Lyhyen tutkimusajan osalta vastaajista 6,3 % arvioi tutkineensa fiksaation aina ja 4,8 % heistä, joilla tutkimusaika oli 30 minuuttia. 11,5 % vastaajista, joilla tutkimusaikaa oli käytettävissä 20 minuuttia, tekee testin usein. Kun varattua aikaa oli enemmän, testin teki 21,4 % vastaajista usein. Yli puolet vastaajista tutki fiksaation pääosin harvoin, oli varatun ajan pituus kumpi tahansa. Loput vastaajista ei tehnyt testiä koskaan.

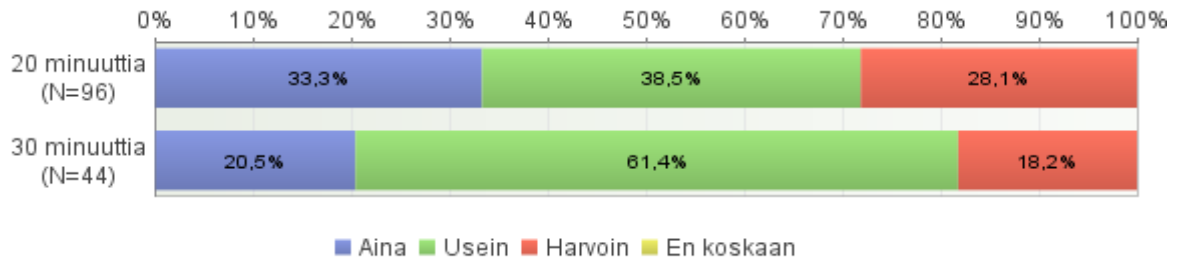
Subjektiiivinen tutkimus

Subjektiiivisen tutkimuksen osalta taittovirheen määrittämisessä, tasapainotuksessa, maksimaalisella näöntarkkuudella korjattuna ja näöntarkkuudella lasimääräyksen voimakkuudella on vähiten eroja eri tutkimusajojen välillä. Näöntutkimuksen subjektiiivista vaihetta ja näöntutkimukseen varattua aikaa verratessa huomio kiinnittyy kontrastiherkkyden mittaamisen eroihin. 20 minuutin tutkimusajoja tekevästä optikoista 41,1 % arvioi, ettei tutki kontrastiherkkyttä koskaan. Kun aikaa oli varattu 10 minuuttia enemmän, 27,3 % optikoista arvioi jättävänsä kontrastiherkkyden aina mittaamatta.

Kuviosta 24 näkyy, että kun aikaa oli varattu 20 minuuttia, vastaajista 60,4 % mittasi näöntarkkuuden käytössä olevilla laseilla aina. 10,4 % teki sen harvoin. Jos aikaa tutkimukselle oli varattu 30 minuuttia, 76,7 % vastaajista mittasi sen aina, ja 4,7 % harvoin. Samansuuntaisia tuloksia nähdään kuviosta 25, jossa vertaillaan näöntarkkuuden tutkimista ilman lasikorjausta samoista ajallisista lähtökohdista. Jos aikaa oli varattu 20 minuuttia, 28,1 % vastaajista mittasi näöntarkkuuden ilman laseja harvoin. Kun aikaa oli enemmän, harvoin-vastaajia on 10,1 % vähemmän.



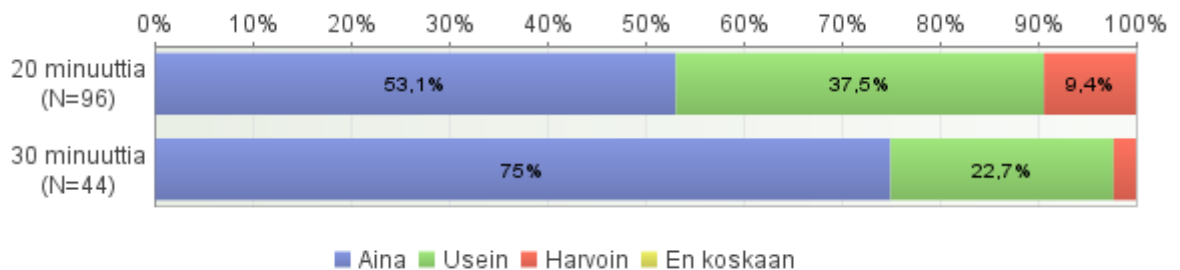
KUVIO 24. Näöntarkkuuden tutkiminen käytössä olevilla laseilla verrattuna varattuun tutkimusaikaan (n=139)



KUVIO 25. Näöntarkkuuden tutkiminen ilman lasikorjausta verrattuna tutkimusaikaan (n=140)

Yhteistoiminnan tutkimus

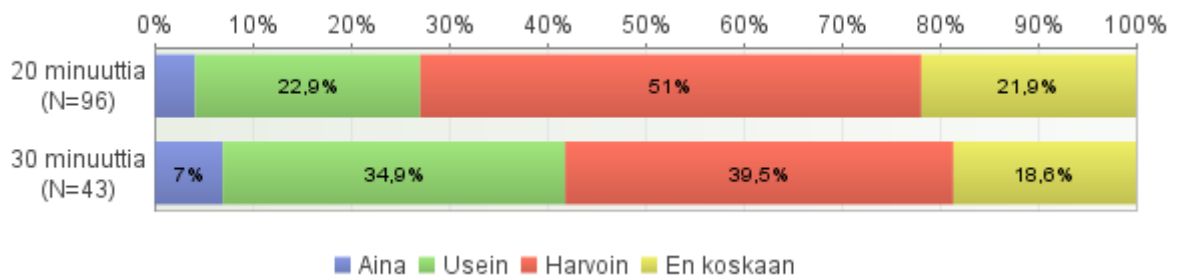
Tarkasteltaessa yhteistoiminnan tutkimuksia käy ilmi, että foriat tutkitaan enemmistön osalta aina tai usein. Tutkimusajan pituudella näyttää kuitenkin olevan vaikutusta siihen, kuinka moni tekee foriaa mittaavia testejä jokaisen tutkimuksen yhteydessä. Kun näöntutkimukseen varattu aika oli 20 minuuttia vastaajista 53,1 % teki testit aina. Kyseinen luku on kuitenkin 21,9 % pienempi verrattuna pidempään tutkimusaikaan. Kuvion 26 luvut kertovat, miten vastaajien arviot ovat jakautuneet muiden vastausvaihtoehtojen osalta.



KUVIO 26. Forioiden tutkiminen verrattuna varattuun tutkimusaikaan (n=140)

Ilmeisen karsastuksen tutkiminen varatun ajan puitteissa toteutui hieman vaihtelevasti. Tutkimusajan ollessa pidempi, puolet vastaajista tutki asiakkailtaan tropiat aina. Kun aikaa oli varattu 10 minuuttia vähemmän, testejä tehtiin 35,4 %:n osalta aina. Verrattaessa vaihtoehtoa "usein" kääntyvät lukemat toisin päin. Tällöin 36,5 % arvioi tutkineensa tropiat usein, kun aikaa oli 20 minuuttia ja 23,8 %, kun aikaa oli enemmän. "Harvoin" ja "en koskaan" -vastaukset jakautuivat melko tasaisesti, jolloin merkittäviä eroja ei ollut havaittavissa.

Vastausten perusteella reservien tutkiminen osana näöntutkimusta toteutui enemmistön (51,0 %) osalta harvoin, kun aikaa oli varattu 20 minuuttia. Saman ajan osalta 4,2 % vastaajista arvioi tehneensä kyseisiä mittauksia aina ja 22,9 % usein, kuten kuviossa 27 on nähtävissä. Tarkasteltaessa vastauksia pidemmän tutkimusajan osalta, arviot jakautuvat vastauksiin aina (7 %) tai usein (34,9 %). On kuitenkin huomioitava, että pidemmän ajan osalta vastaukset ”harvoin” ja ”ei koskaan” ovat keränneet vastaajia enemmän kuin edellä mainitut vaihtoehdot. Verrattaessa tutkimusaikojen välillä vastanneiden arvioita siitä, kuinka moni tutkii binokulariteetin aina, oli prosentuaalinen arvo 30 minuutin tutkimusajassa 77,3 %, kun lyhemmässä ajassa tutkimuksia suoritettiin 69,5 %:n osalta.



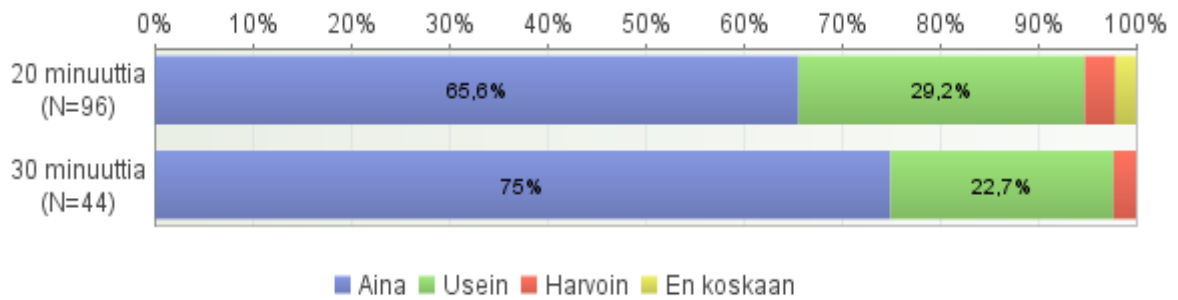
KUVIO 27. Reservien tutkiminen verrattuna varattuun näöntutkimusaikaan (n=139)

Lähinäön tutkimus

Lähinäön tutkimisen osalta kyselyssä ei käynyt ilmi suuria eroja näöntutkimusajan suhteen. Lähinäön korjaustarpeesta arvioitiin, että vastaajista yhteensä 99,0 % teki sen aina tai usein, jos aikaa oli varattuna 20 minuuttia. Kun aikaa oli enemmän, sen suoritti aina tai usein yhteensä 100,0 % vastaajista. Lähilisän määrittä ajasta riippumatta aina tai usein kaikki vastaajista. Silmien yhteistoiminnan riittävyttä tutki aina tai usein yhteensä 75,8 % optikoista, jos aikaa oli varattu 20 minuuttia. Tutkimusten määrä nousi 1,4 %, kun aikaa lisättiin 10 minuuttia. Eroja syntyi ajankäytöllisesti näköetäisyyden demonstroinnissa. Jos käynnille oli varattu 20 minuuttia, näköetäisyyksiä vastaajista havainnoi aina 60,4 %, usein 36,5 % ja harvoin 2,1 %. Kun tutkimusaika oli 30 minuuttia, vastaajista enemmistö (61,4 %) demonstroi etäisyyksiä aina, mutta usein sitä teki 31,8 % ja harvoin 6,8 %.

Dokumentointi

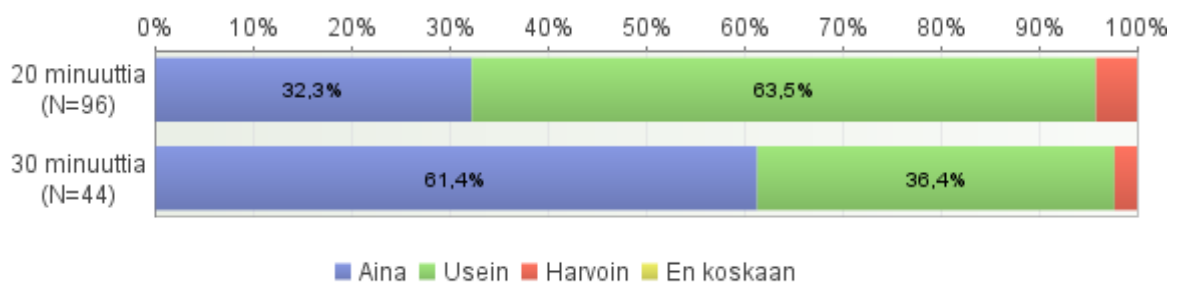
Dokumentoinnin suhde käytettävissä olevaan aikaan on melko tasainen, kun verrataan näöntutkimukseen varattuja aikoja keskenään (kuvio 28). Yhteensä 97,7 % heistä, joilla käytettävissä oli 30 minuuttia tutkimuksen tekemiseen, arvioivat kirjaavansa anamneesin ja tutkitut kohdat aina tai usein. 20 minuutin tutkimusajassa dokumentoinnin suoritti aina tai usein yhteensä 94,8 % vastaajista.



KUVIO 28. Tutkimuksen dokumentointi verrattuna varattuun tutkimusaikaan (n=140)

Refraktio ja silmälasimääräys

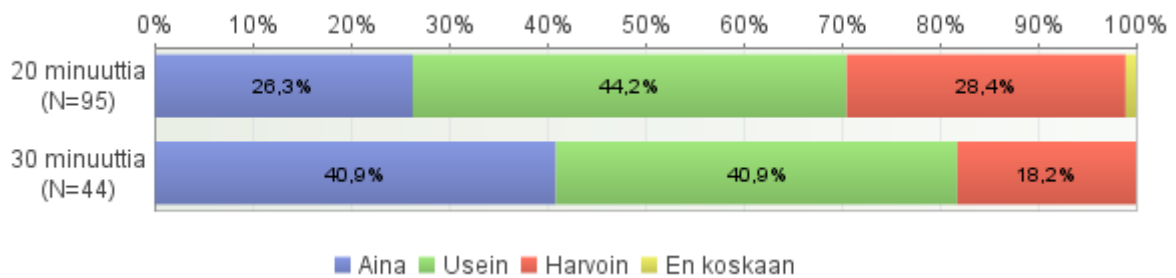
Vastaajista 96,9 % dokumentoi refraktiotuloksen aina, jos aikaa oli varattu 20 minuuttia. Kun tutkimukseen oli varattu aikaa kymmenen minuuttia enemmän, sen teki 100,0 % optikoista aina. Eettisten ohjeiden mukaan vanhentuneen, eli yli 6 kuukautta sitten tehdyn, silmälasireseptin uusi aina 20 minuutin tutkimusaikojä varavista vastaajista 32,3 %. Kun näöntutkimusaika oli 30 minuuttia, 61,4 % vastanneista arvioi tehneensä aina uuden tutkimuksen vanhentuneen tilalle (kuvio 29). Muita eroja kirjallisen silmälasimääräyksen luovuttamisen tai silmälasimääräyksen tarkentamisen myöhäisemmässä vaiheessa välillä ei juuri ole, kun verrataan näöntutkimusaikojen kestoa toisiinsa.



KUVIO 29. Uuden näöntutkimuksen tekeminen, jos edellinen on yli kuusi kuukautta vanha, verrattuna varattuun näöntutkimusaikaan (n=140)

Palaute tutkittavalle näöntutkimuksesta

Näöntutkimuksen lopuksi asiakkaalle kerrottavat asiat eivät juuri poikkea toisistaan, kun verrataan näöntutkimukseen varattuja aikoja keskenään. Näöntarkkuuden muutokset, lasien voimakkuuden muutokset, silmien yhteistoiminta, silmien terveydentilan seuranta ja mahdolliset jatkotoimenpiteet lääkärin osalta keskusteltiin asiakkaan kanssa tutkimusajasta riippumatta. Suurin ero käy ilmi kuviosta 30, jossa näkyy vastaajien tarve kertoa seuraavan näöntutkimuksen ajankohdasta. Jos aikaa oli varattu 20 minuuttia, 26,3 % vastaajista kertoi aina suositellun ajan uusintatarkastukselle. Usein sen kertoi 44,2 %, harvoin 28,4 % ja ei koskaan 1,1 %. Jos käytössä oli 30 minuuttia, 40,9 % vastaajista kertoi seuraavan tarkastuksen suositellun ajankohdan aina. Saman verran (40,9 %) vastanneista teki sen usein ja 18,2 % harvoin.

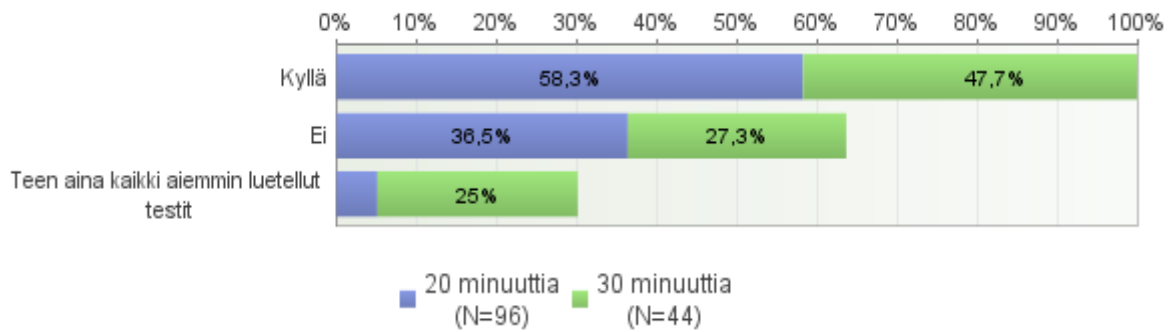


KUVIO 30. Seuraavan tutkimuksen suositellun ajankohdan kertominen tutkimuksen päätteeksi verrattuna tutkimusaikaan (n=139)

Jos jätät näöntutkimuksessa jonkin aiemmin luetelluista vaiheista tekemättä, onko taustalla aina perusteltu syy?

Kuviossa 31 näkyy vastaajien arvio siitä, kuinka usein heillä oli perusteltu syy jättää jokin yllä mainittu näöntutkimuksen osa tekemättä, verrattuna siihen, kuinka paljon aikaa näöntutkimukseen oli varattu. 20 minuutin näöntarkastuksia tekevästä vastaajista 58,3 % kertoi, että heillä oli perusteltu syy. 36,5 % arvioi, ettei heillä ollut perusteltua syytä. 5,2 % vastaajista arvioi, että he tekivät aina aiemmin luetellut testit. Kun aikaa oli varattu 30 minuuttia, vastaajista 47,7 % kertoi, että heillä oli perusteltu syy jättää jokin tutkimus tekemättä. 27,3 % arvioi, ettei heillä ollut perus-

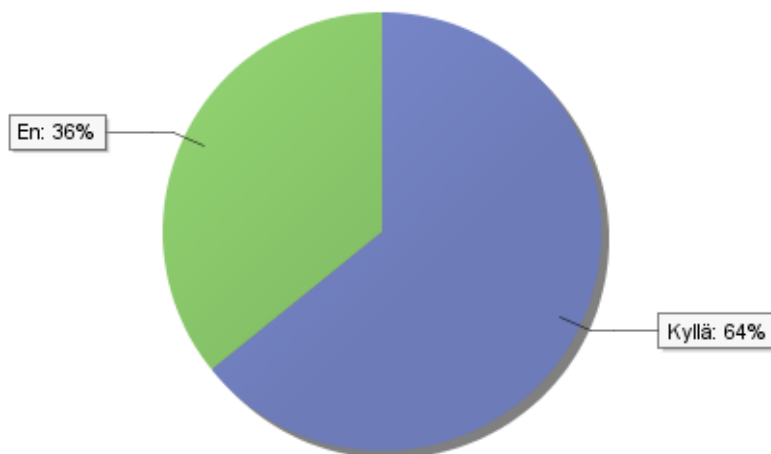
teltua syytä, ja 25,0 % arvioi tehneensä aina kaikki yllä luetellut testit.



KUVIO 31. Perusteltujen syiden määrä verrattuna näöntarkastusaikaan. (n=140)

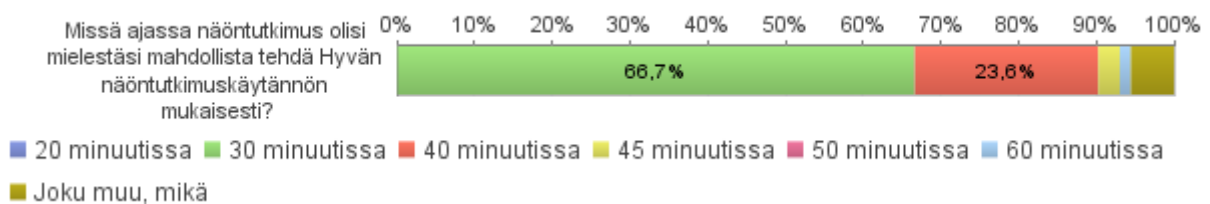
Vastaajat, jotka kertoivat jättävänsä osan näöntutkimuksen vaiheista tekemättä vain perustellusta syystä, saivat avoimen lisäkysymyksen, jossa tiedustelimme mahdollista perusteltua syytä. Vastaajat arvioivat sanallisesti omia syitä jättää tutkimusvaiheita tekemättä. Vastaajat, joille oli varattu 20 minuutin tarkastusaika, vetosivat 48,9 %:n todennäköisyydellä anamneesissa esiin nousseisiin oireisiin tai aiempiin historiatietoihin. Seuraavaksi yleisin perusteltu syy oli ajan puute tai kiire seuraavaan tarkastukseen (15,2 %). Kun aikaa oli varattu 30 minuuttia, ajan puutteeseen vetosi 6,7 % vastaajista. Puolen tunnin tutkimuksia tekevistä vastaajista 76,7 % koki, että anamneesissa tai alkututkimuksissa ilmi tulleet asiat eivät vaatineet lisätutkimista tai dokumentointia.

Kysyimme myös, kokivatko optikot, että työpaikalla näöntutkimukseen varattu aika riittää sen tekemiseen Hyvän näöntutkimuskäytännön mukaisesti. Heiltä, jotka vastasivat "ei" kysyimme lisäksi, kuinka paljon he kokevat tarvitsevansa aikaa, jotta tutkimuksen tekeminen Hyvän näöntutkimuskäytännön mukaisesti olisi mahdollista. Vastaajista 64,0 % koki, että heidän työpaikallaan näöntutkimukseen varattu aika riittää Hyvän näöntutkimuskäytännön noudattamiseen ja 36,0 % puolestaan koki ajan olevan liian lyhyt (kuvio 32).



KUVIO 32. Koetko, että nykyisellä/viimeisimmällä työpaikallasi näöntutkimukseen varattu aika riittää tutkimuksen tekemiseen Hyvän näöntutkimuskäytännön mukaisesti? (n=201)

Kuten kuviosta 33 näkyy, vastanneista ne, jotka kokivat, että aika ei riitä Hyvän näöntutkimuskäytännön noudattamiseen, arvioivat riittäväksi ajaksi pääasiassa (66,7 %) 30 minuuttia. 23,6 % vastaajista koki tarvitsevansa 40 minuuttia Hyvän näöntutkimuskäytännön noudattamiseen. 2,8 % koki tarvitsevansa 45 minuuttia ja 1,4 % 60 minuuttia. Vastaajista ne, jotka valitsivat kohdan ”joku muu, mikä” vastasivat muun muassa 20–40 minuuttia ja 30–40 minuuttia tai eivät osanneet arvioida tarkkaa aikaa tapauskohtaisuuden vuoksi.

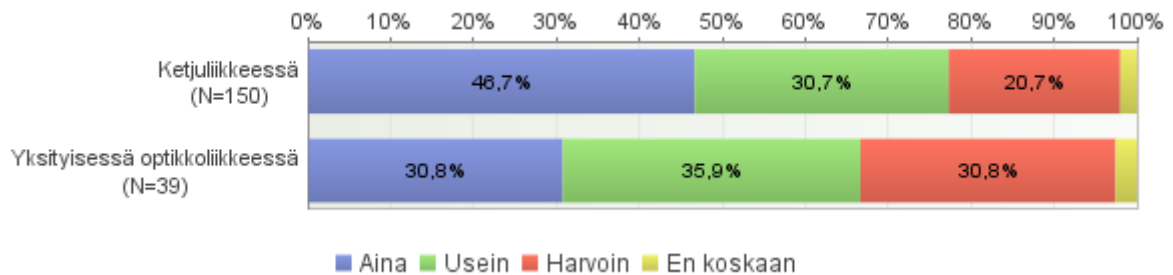


KUVIO 33. Missä ajassa näöntutkimus olisi mielestäsi mahdollista tehdä Hyvän näöntutkimuskäytännön mukaisesti? (n=72)

6.2.2 Erot Hyvän näöntutkimuskäytännön ohjeiden noudattamisessa ketjuliikkeiden ja yksityisten optikkoliikkeiden välillä

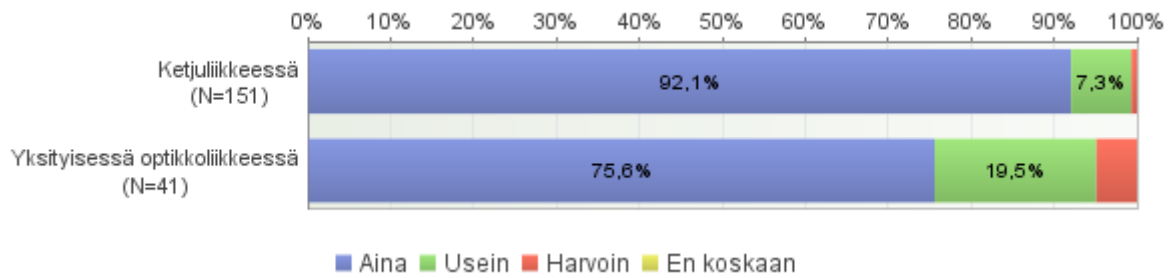
Anamneesi

Anamneesin vaiheiden toteutuksessa oli nähtävissä pieniä eroa ketjuliikkeissä ja yksityisissä optikkoliikkeissä työskentelevien vastaajien välillä. Kysyttäessä tutkimukseen tulon syytä, näkemisen oireita, käytössä olevia laseja tai piilolaseja, aikaisempia silmävammoja ja silmiin vaikuttavia yleissairauksia tai lääkityksiä, jakoutuivat vastaukset lähes samalla tavalla työpaikkojen välillä. Myös tutkittavan työtehtävien kuvaus ja näönkäytön tarpeet käytiin läpi riippumatta työorganisaatiosta. Lähes jokaisen anamneesin kohdan selvitti aina vähintään puolet vastaajista työpaikasta riippumatta. Strabismuksen ja amblyopian selvittäminen aina jää selvimmin alle puoleen (kuvio 34): ketjuissa työskentelevistä ne selvitti 46,7 % vastaajista ja yksityisissä optikkoliikkeissä työskentelevistä 30,8 % vastaajista.

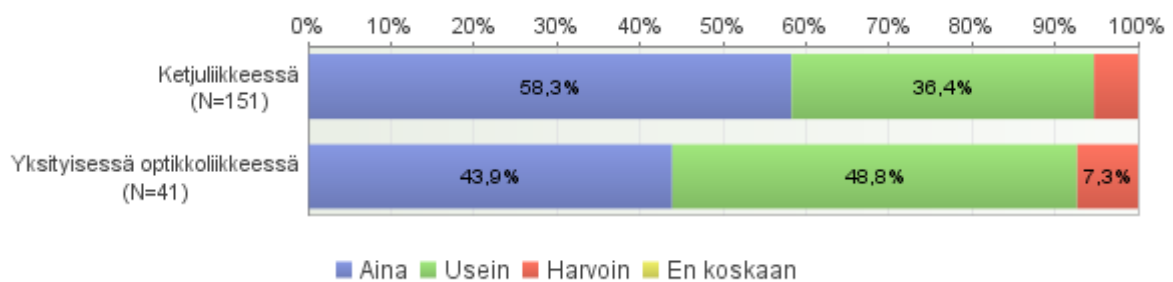


KUVIO 34. Strabismuksen ja amblyopian selvittäminen verrattuna työskentelypaikkaan (n=189)

Ero anamneesin kohtien toteutuksessa työpaikkojen välillä on muun muassa aiempien silmäleikkauksien selvittämisessä (kuvio 35). Ketjuliikkeissä työskentelevistä aiemmat silmäleikkaukset selvitti aina 92,1 %, ja yksityisissä optikkoliikkeissä työskentelevistä puolestaan 75,6 % vastaajista. Kuitenkin yksityisissä optikkoliikkeissä työskentelevistä 19,5 % ja ketjuliikkeissä työskentelevistä 7,3 % vastasi selvittävänsä aiemmat silmäleikkaukset usein. Kuvion 36 mukaan ketjuliikkeissä työskentelevistä vastaajista 58,3 % selvitti asiakkaan aiemmat tutkimukset aina, ja 36,4 % arvio selvittävänsä ne usein. Yksityisissä optikkoliikkeissä työskentelevistä 43,9 % arvioi selvittävänsä aina aiemmat tutkimukset ja 48,8 % kertoi selvittävänsä ne usein.

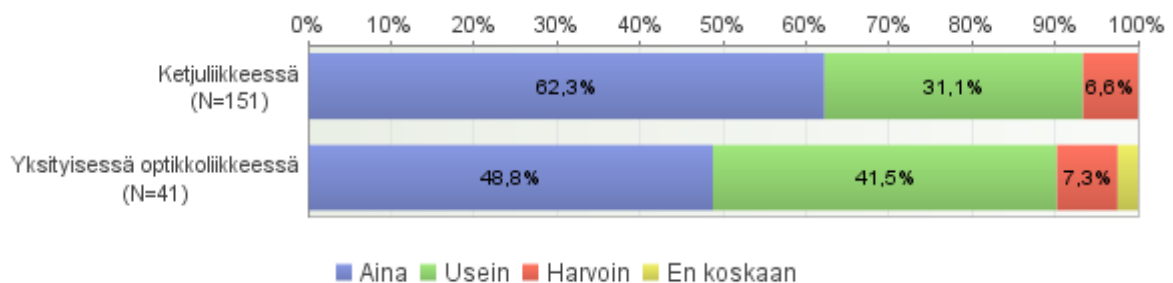


KUVIO 35. Aiempien silmäleikkauksien selvittäminen verrattuna työskentelypaikkaan (n=192)



KUVIO 36. Aiempien tutkimuksien selvittäminen verrattuna työskentelypaikkaan (n=192)

Kuvion 37 mukaan suvun silmä- ja yleissairauksia selvitti aina ketjuliikkeissä työskentelevistä vastaajista 62,3 % ja yksityisissä optikkoliikkeissä 48,8 %. Ketjuliikkeissä työskentelevistä vastaajista 31,1 % selvitti asian usein, ja 6,6 % kartoitti sen harvoin. Yksityisissä liikkeissä työskentelevistä vastaajista asian tiedusteli usein 41,5 % ja harvoin 7,3 %.

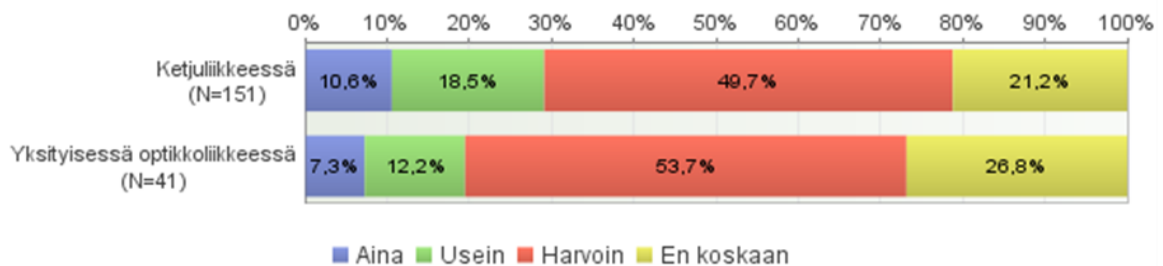


KUVIO 37. Suvun silmä- ja yleissairauksien selvittäminen verrattuna työskentelypaikkaan (n=192)

Objektiivinen tutkimus

Tarkastelimme myös objektiivisen tutkimuksen osa-alueiden suorittamista verrattuna vastaajien sen hetkiseen työskentelypaikkaan. Silmien ulkoisessa tarkastelussa, silmien liiketestissä eikä konvergenssin lähipisteen mittaamisessa ollut huomattavia eroja työskentelypaikkaan verrattuna. Peittokokeen arvioi tehneensä aina tai usein yhteensä 41,0 % ketjuliikkeissä työskentelevistä ja 51,2 % yksityisissä yrityksissä työskentelevistä vastaajista. Ketjuliikkeissä työskentelevistä vastaajista 6,0 % kertoi, ettei tee peittokoeita koskaan. Vastaava luku yksityisissä optikkoliikkeissä työskentelevistä vastaajista oli 2,4 %. Myös fiksaation mittaamisessa nousi esiin eroja eri työpaikkojen välillä. Ketjuliikkeissä työskentelevistä vastaajista yhteensä 22,7 % arvioi mitanneensa fiksaation aina tai usein, ja yksityisellä puolella tutkijoita oli sen sijaan yhteensä 30,0 % vastaajista. 16,0 % ketjuissa työskentelevistä optikoista kertoi, ettei mitannut fiksaatiota koskaan. Vastaava luku yksityisillä työskentelevistä oli 10,0 %.

Pupillireaktioiden mittaamisen yleisyyttä voidaan verrata kuviosta 38. Siitä käy ilmi, että ketjuliikkeissä pupillireaktioita mitattiin useammin kuin muualla. Vastaajista 10,6 % arvioi testanneensa ne aina ja 18,5 % usein. Yksityisissä optikkoliikkeissä työskentelevistä vastaajista 7,3 % kertoi tehneensä testin aina ja 12,2 % puolestaan usein. 21,2 % ketjuliikkeissä työskentelevistä kertoi, ettei tee lainkaan kyseistä testiä. Vastaava luku yksityisissä optikkoliikkeissä työskentelevillä oli 26,8 %.



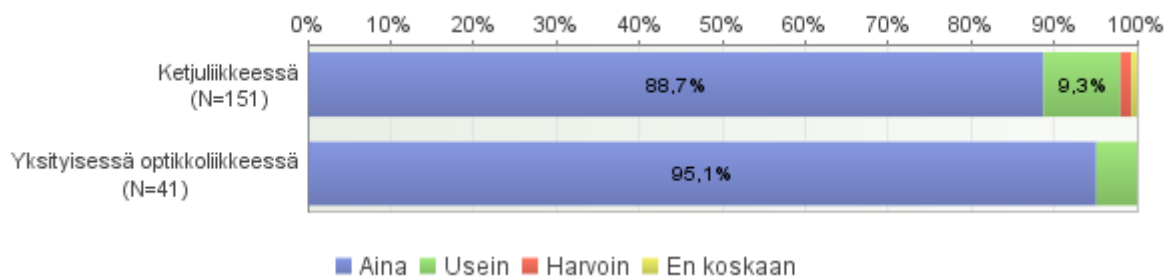
KUVIO 38. Pupillireaktioiden mittaaminen verrattuna työskentelypaikkaan (n=192)

Skiaskopiaa tai autorefraktometriä käytettiin yleisesti runsaasti, mutta pieniä eroja on havaittavissa työskentelypaikkojen välillä. Ketjuliikkeissä työskentelevistä vastaajista 93,4 % kertoi tehneensä vähintään toisen testeistä aina, ja usein sen teki 6,6 %. Yksityisissä optikkoliikkeissä vastaavat luvut olivat 87,8 % ja 7,3 %. Lisäksi 2,4 % arvioi tehneensä tutkimuksen harvoin, ja 2,4 % kertoi, ettei tee sitä koskaan.

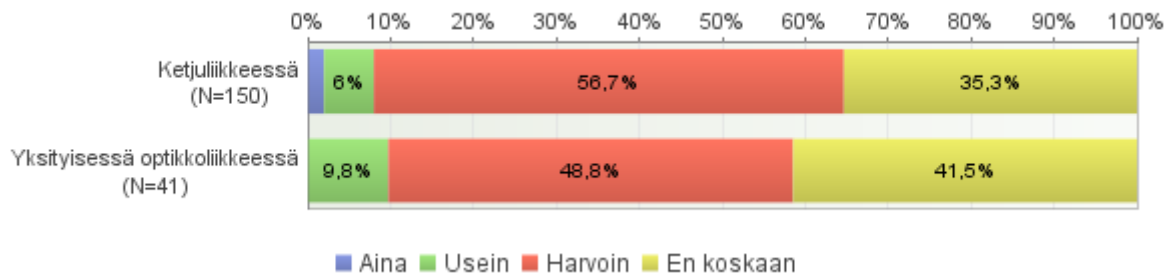
Subjektiiivinen tutkimus

Kun vertasimme subjektiivisen tutkimuksen osa-alueita ketjuliikkeissä ja yksityisissä optikkoliikkeissä työskentelevien vastaajien kesken, saimme selville, etteivät ne juurikaan eroa toisistaan. Etenkään taittovirheen määrittäminen ja maksimaalisen näöntarkkuuden määrittäminen korjattuna eivät poikkea huomattavasti toisistaan. Näöntarkkuuden käytössä olevilla lasilla määrittäminen aina 66,0 % ketjuliikkeissä työskentelevistä vastaajista, ja 61,0 % yksityisissä liikkeissä työskentelevistä vastaajista. Myös näöntarkkuuden ilman lasia mittaamisen yleisyys on molemmissa hyvin samankaltainen: ketjuliikkeissä vastaajista 27,2 % teki sen aina ja 43,0 % usein. Yksityisissä liikkeissä sen teki aina 26,8 % ja 48,8 % usein. Tasapainotuksen tekemisessä oli eroja, työskenteleekö vastaaja ketjuliikkeessä vai yksityisessä optikkoliikkeessä. Ketjuliikkeissä 91,4 % vastaajista teki tutkimuksen aina, ja 2,0 % harvoin. Yksityisissä optikkoliikkeissä vastaajista 85,4 % teki sen aina ja 14,6 % usein.

Kun tarkastellaan kuviota 39, voidaan huomata, että yksityisissä optikkoliikkeissä työskentelevistä vastaajista 95,1 % tarkisti näöntarkkuuden määrättyllä lasimääräyksellä aina. Ketjuliikkeissä työskentelevistä vastaajista 88,7 % tarkisti sen aina. Tutkittaessa kontrastiherkkyden mittaamista (kuvio 40) huomattiin, että ketjuliikkeissä työskentelevät vastaajat tekivät testiä useammin, kuin yksityisissä liikkeissä työskentelevät vastaajat. Kaksi prosenttia ketjuliikkeissä työskentelevistä vastaajista teki testin aina, 6,0 % usein ja 56,7 % harvoin ja 35,3 % ei koskaan. Yksityisillä työskentelevät tekivät testiä harvemmin. Vastaajista 41,5 % arvioi, ettei tehnyt testiä koskaan, ja hie-man alle puolet arvioivat tehneensä sen harvoin.



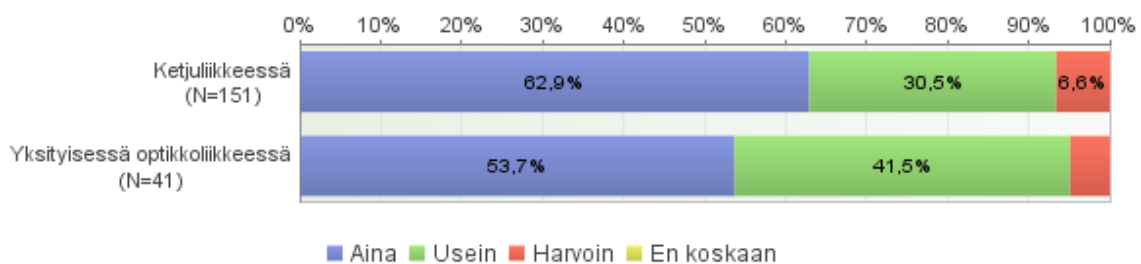
KUVIO 39. Näöntarkkuus uuden lasimääräyksen voimakkuudella verrattuna työskentelypaikkaan (n=192)



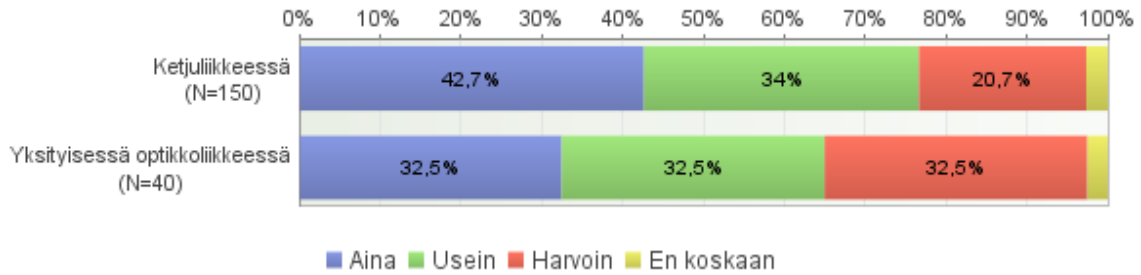
KUVIO 40. Kontrastiherkkyuden mittaaminen verrattuna työskentelypaikkaan (n=191)

Yhteistoiminnan tutkimus

Kysyttäessä yhteisnäön tutkimuksista, eroja ei ilmennyt reservien ja binokulariteetin tutkimisen välillä. Forioiden suhteen ilmeni, että ketjuliikkeissä työskentelevistä optikoista 62,9 % kertoi tutkineensa foriat aina, ja 30,5 % teki sen usein. Yksityisessä optikkoliikkeessä työskentelevät vastaajat tutkivat foriat aina 9,2 % harvemmin kuin ketjuliikkeissä työskentelevät vastaajat (kuvio 41). Heistä 41,5 % kuitenkin arvioi tehneensä foriatutkimuksia usein, ja 4,9 % teki niitä harvoin. Vastaava luku ketjuliikkeiden kohdalla oli 6,6 %. Kuten kuviosta 42 näkyy, myös ilmeistä karsastusta mitattaessa ketjuliikkeissä työskentelevistä vastaajista 42,7 % kertoi tutkineensa tropiat aina, ja 34 % kertoi tutkineensa ne usein. 20,7 % tutki tropioita harvoin. Yksityisissä optikkoliikkeissä työskentelevistä vastaajista 32,5 % tutki tropiat aina. Usein ne tutki 32,5 % ja harvoin 32,5 %. Molemmassa työskentelypaikassa osa (2,5–2,7 %) ei tutkinut tropioita ollenkaan.



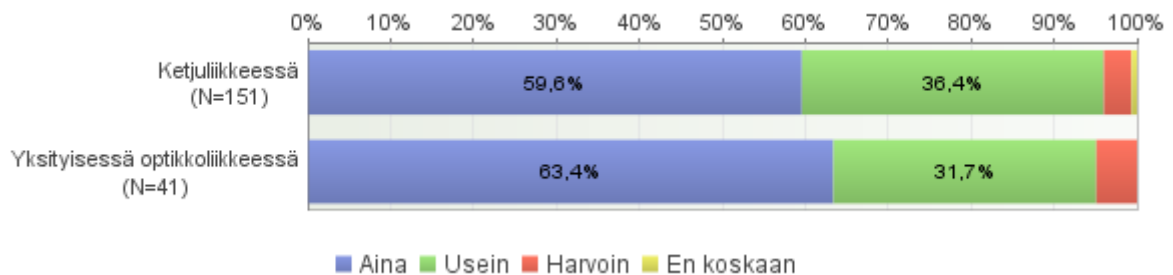
KUVIO 41. Forioiden tutkiminen verrattuna työskentelypaikkaan (n=192)



KUVIO 42. Tropicoiden tutkiminen verrattuna työskentelypaikkaan (n=190)

Lähinäön tutkimus

Lähinäön tutkimuksia verrattaessa ketjuliikkeissä ja yksityisissä optikkoliikkeissä työskentelevillä vastaajilla ei löytynyt monia eroavaisuuksia. Lähinäön korjaustarve määriteltiin aina tai usein 99,3-prosenttisesti, kun vastaaja työskenteli ketjuliikkeissä, ja 100-prosenttisesti, kun vastaaja työskenteli yksityisissä optikkoliikkeissä. Lähilisiä määriteltiin molemmissa työpaikoissa sata prosenttisesti aina tai usein. Näköetäisyyksiä demonstroitiin puolestaan hieman useammin yksityisissä optikkoliikkeissä, kuin ketjuissa (kuvio 43). Yksityisissä optikkoliikkeissä työskentelevistä vastaajista 63,4 % demonstroi näköetäisyyksiä aina ja ketjuliikkeissä työskentelevistä 59,6 % arvioi tehneensä sen aina.

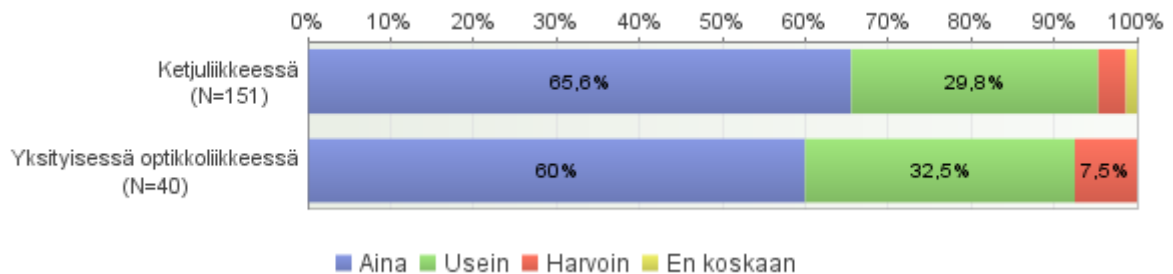


KUVIO 43. Näköetäisyyden demonstrointi verrattuna työskentelypaikkaan (n=192)

Silmien yhteistoiminnan riittävyyttä mitattiin aina tai usein yhteensä 5,3 % useammin ketjuliikkeissä, kuin yksityisissä optikkoliikkeissä. Ketjuliikkeissä työskentelevistä optikoista 1,3 % kertoi, ettei mittaa yhteistoiminnan riittävyyttä koskaan. Vastaava luku yksityisillä työskentelevistä oli 5,0 %.

Dokumentointi

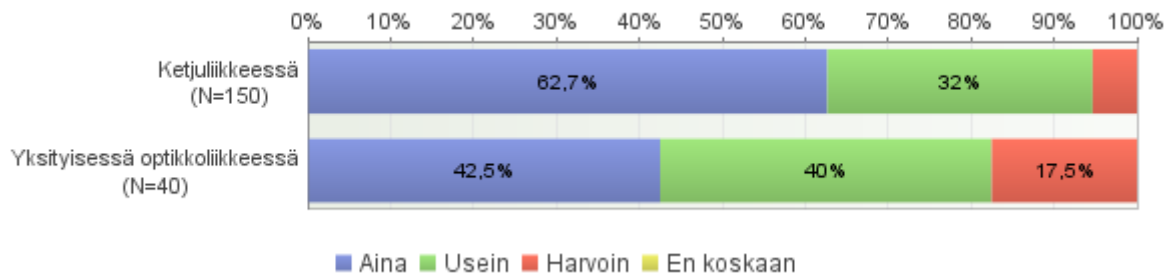
Vastaajat arvioivat alla olevan kuvion 44 mukaisesti, kuinka usein he dokumentoivat anamneesissa tulleet asiat ja tekemänsä tutkimukset. Tutkimuksemme mukaan ketjuliikkeissä työskentelevät vastaajat dokumentoivat näöntutkimuksen useammin, kuin yksityisissä optikkoliikkeissä työskentelevät vastaajat. Ketjuliikkeissä töissä olevista vastaajista 65,6 % arvioi dokumentoineensa tutkimuksensa aina, 29,8 % usein ja 3,3 % harvoin. Yksityisissä optikkoliikkeissä työskentelevistä vastaajista 60,0 prosenttia arvioi dokumentoineensa aina kaikki käynnit ja usein niin tekeviä oli 32,5 %. 7,5 % yksityisissä optikkoliikkeissä työskentelevistä vastaajista kertoi dokumentoineensa anamneesin ja tutkitut kohdat harvoin.



KUVIO 44. Anamneesin ja näöntarkastuksessa ilmi tulleiden seikkojen dokumentointi verrattuna työskentelypaikkaan (n=200)

Refraktio ja silmälasimääräys

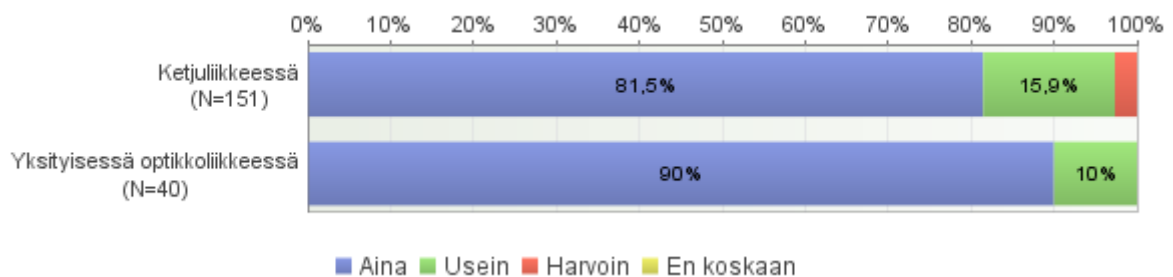
Kun verrattiin kirjallisen silmälasimääräyksen antamista vastaajien työskentelypaikkaan, kävi ilmi, että ketjuliikkeissä suurin osa optikoista antoi näöntutkimuksen jälkeen asiakkaalle kirjallisen silmälasimääräyksen, toisin kuin yksityisissä optikkoliikkeissä työskentelevistä vastaajista (kuvio 45). Ketjuliikkeissä työskentelevistä vastaajista 62,7 % antoi määräyksen aina ja 32,0 % usein. Harvoin määräyksiä antavia oli 5,3 %. Yksityisissä optikkoliikkeissä määräysten kirjallinen jakaminen oli vähäisempää: 42,5 % vastaajista arvioi antaneensa kirjallisen silmälasimääräyksen aina, ja 17,5 % kertoi antaneensa sen harvoin. Kaikki vastaajista dokumentoivat refraktiotuloksen aina tai usein, riippumatta työskentelypaikasta. Silmälasimääräyksen tarkentamisella esimerkiksi kehys- ja linssivalinnan yhteydessä, tai silmälasimääräyksen uusimisella kuuden kuukauden jälkeen ei ollut merkittävää eroa eri työskentelypaikkojen välillä.



KUVIO 45. Kirjallisen silmälasimääräyksen antaminen tutkittavalle verrattuna työskentelypaikkaan (n=190)

Palaute tutkittavalle näöntutkimuksesta

Näöntutkimuksen lopuksi kerrottavat asiat, kuten lasien voimakkuuden muutos, silmien terveydentilan seuranta, muut mahdolliset toimenpiteet ja seuraavan näöntutkimuksen ajankohta, eivät juurikaan poikenneet toisistaan, kun niitä verrattiin vastaajien työskentelypaikkoihin. Pieniä eroja voidaan huomata kuviosta 46, jossa käsitellään näöntarkkuuden muutoksen kertomista asiakkaalle. Ketjuliikkeissä työskentelevistä vastaajista 81,5 % kertoi muutoksista aina, 15,9 % kertoi niistä usein ja 2,6 % harvoin. Yksityisissä optikkoliikkeissä työskentelevistä vastaajista 90,0 % kertoi näöntarkkuuden muutoksista aina ja 10,0 % usein.

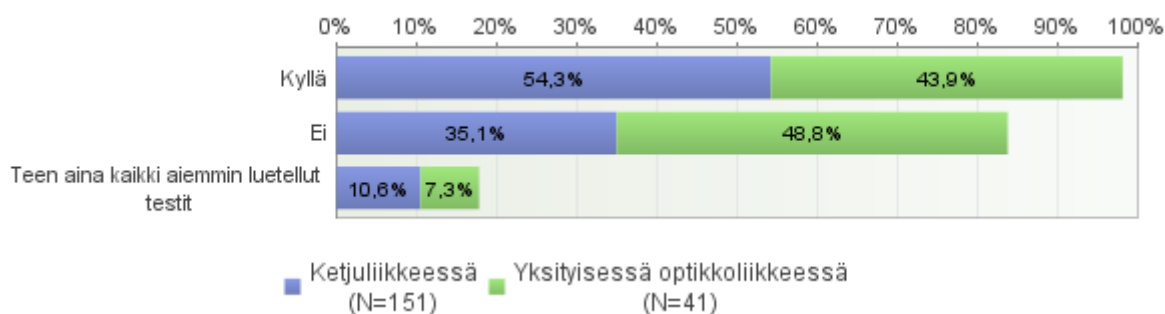


KUVIO 46. Näöntarkkuuksien muutoksista kertominen asiakkaalle verrattuna työskentelypaikkaan (n=200)

Myös silmien yhteistoiminnan tutkimustulosten kertomisessa asiakkaalle oli eroja. Yleisesti ottaen ketjuliikkeissä työskentelevät vastaajat kertoivat asiakkaalle yhteistoiminnasta useammin, kuin yksityisissä optikkoliikkeissä työskentelevät vastaajat. Ketjuissa työskentelevistä vastaajista 32,5 % kertoi tilanteesta aina, kun vastaava luku yksityisissä liikkeissä työskentelevillä oli 25,6 %.

Jos jätät näöntutkimuksessa jonkin aiemmin luetelluista vaiheista tekemättä, onko taustalla aina perusteltu syy?

Tiedustelimme vastaajilta, onko heillä jokin perusteltu syy, jos he jättävät jonkin aiemmin luetelluista vaiheista tekemättä ja vertasimme vastauksia osallistujien sen hetkiseen työskentelypaikkaan. Kuvion 47 mukaan ketjuliikkeissä työskentelevistä 54,3 %:lla oli perusteltu syy jättää jokin näöntutkimuksen vaihe tekemättä. 35,1 prosenttia kertoi, ettei heillä ollut varsinaista syytä, ja 10,6 % vastaajista kertoi, että he tekivät aina kaikki Hyvän näöntutkimuskäytännön mukaiset testit. Yksityisissä optikkoliikkeissä työskentelevistä vastaajista 43,9 % kertoi, että heillä oli aina perusteltu syy. 48,8 % arvioi, ettei heillä ollut perusteltua syytä, ja 7,3 % kertoo tehneensä aina kaikki testit.

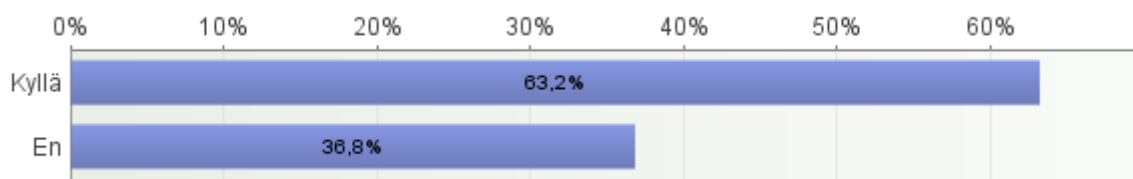


KUVIO 47. Perusteltujen syiden määrä verrattuna työskentelypaikkaan (n=192)

Vastaajat, jotka kertoivat jättävänsä osan näöntutkimuksen vaiheista tekemättä vain perustellusta syystä, saivat avoimen lisäkysymyksen, jossa tiedustelimme esimerkkiä perustellusta syystä. Ketjuliikkeissä työskentelevistä vastaajista 55,1 % kertoi arvioineensa tutkimustarpeet asiakkaan anamneesin tai historiatietojen perusteella. 11,8 % vastaajista viittasi, että suurin syy testien pois jättämisestä johtui asiakkaista itsestään, esimerkiksi henkilön iästä tai äidinkielestä. 8,8 % arvioi, että heillä ei ollut tarvittavaa välineistöä kaikkiin Hyvän näöntutkimuskäytännön vaatimiin tutkimuksiin. Saman verran vastaajista jätti tutkimuksia tekemättä, jos he huomasivat asiakkaalla olevan tarpeellista käydä silmälääkärin vastaanotolla. Kahdeksan prosenttia ketjuliikkeissä työskentelevistä vastaajista oli sitä mieltä, että suurin syy oli ajankäytölliset ongelmat. Kun ketjuissa työskenteleviä vastaajia verrattiin yksityisissä optikkoliikkeissä työskenteleviin vastaajiin, tulokset olivat hyvin samankaltaisia. Yksityisissä optikkoliikkeissä työskentelevistä vastaajista 71,4 % antoi esimerkin asiakkaan aiemmista tiedoista tai anamneesissa esiin tulleista asioista, jotka poissulki-

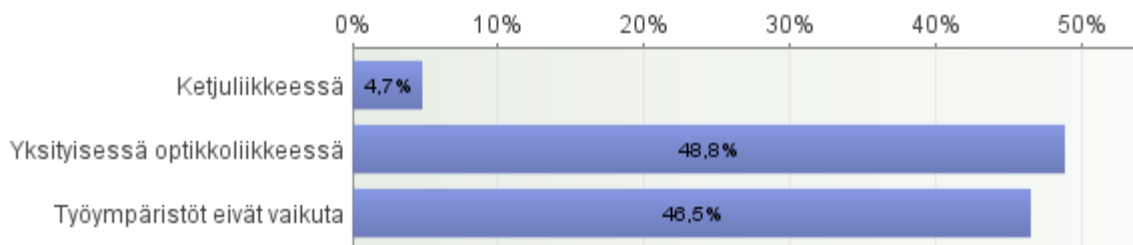
vat joitain testejä. Asiakaslähtöisiin syihin, kuten tutkittavan ikään tai äidinkieleen, viittasi 14,3 % vastaajista, ja välineistön puutoksiin ja ajankäytöllisiin ongelmiin yhteensä 14,2 % vastaajista.

Kysyimme myös, ovatko vastaajat työskennelleet uransa aikana sekä yksityisissä optikkoliikkeissä että ketjuliikkeissä. Heitä, jotka vastasivat kyllä, pyysimme vertaamaan, onko jommassakummassa Hyvän näöntutkimuskäytännön noudattaminen ollut heidän mielestään helpompaa ja miksi. Vastanneista 63,2 % oli työskennellyt sekä ketjuliikkeissä että yksityisissä optikkoliikkeissä ja loput 36,8 % olivat työskennellyt uransa aikana ainoastaan toisessa (kuvio 48).



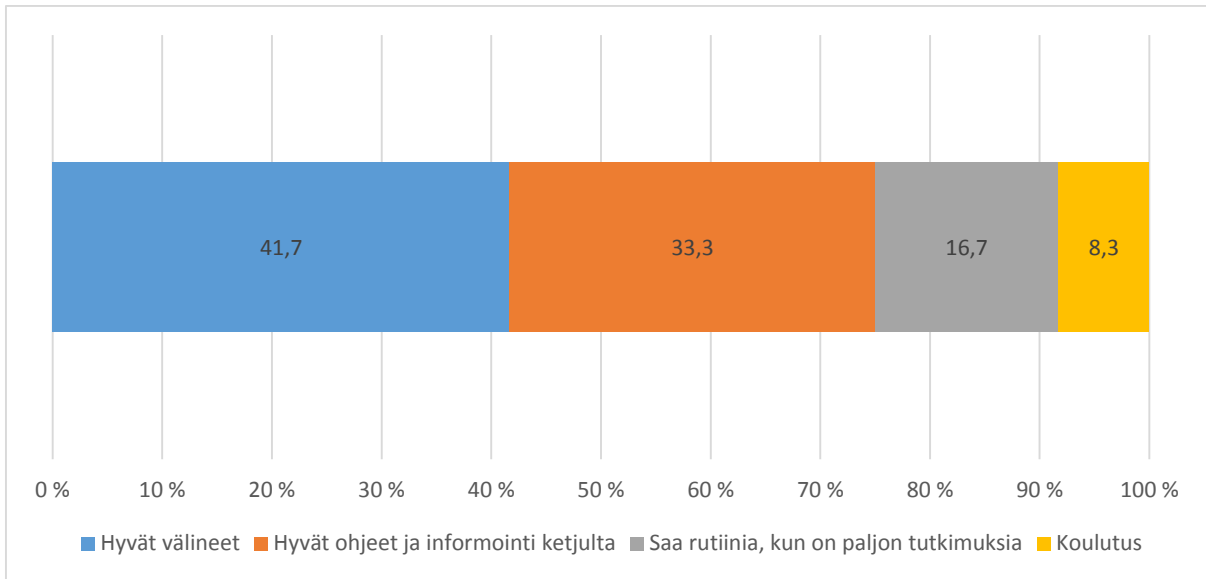
KUVIO 48. Oletko työskennellyt työurasi aikana sekä ketjuliikkeissä että yksityisissä optikkoliikkeissä? n=201

Sekä ketjuliikkeissä että yksityisissä optikkoliikkeissä työskennellyistä vastaajista 4,7 % koki, että Hyvän näöntutkimuskäytännön noudattaminen oli helpompaa ketjuliikkeissä. Kuten kuviosta 49 näkyy, 48,8 % puolestaan oli sitä mieltä, että ohjeistuksen noudattaminen oli helpompaa yksityisissä optikkoliikkeissä. Vastanneista 46,5 %:n mielestä työympäristöt eivät vaikuttaneet ohjeistuksen noudattamisen helppouteen.



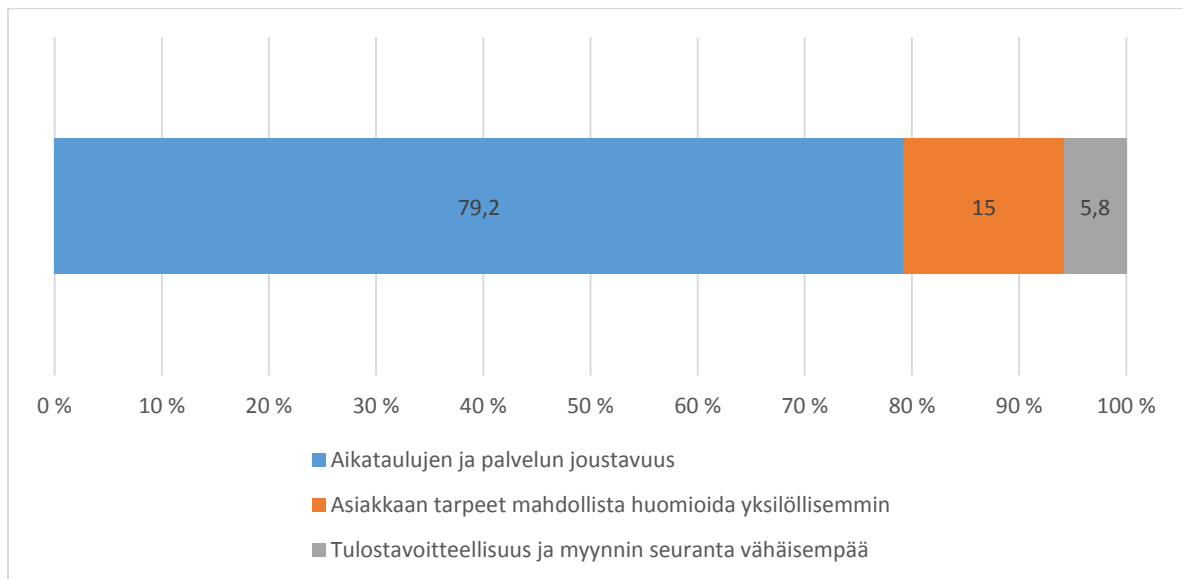
KUVIO 49. Kummassa työympäristössä näöntutkimuksen tekeminen Hyvän näöntutkimuskäytännön mukaisesti on helpompaa? n=127

Vastaajista ne, jotka kokivat ketjuliikkeen olevan helpompi työympäristö Hyvän näöntutkimuskäytännön noudattamiseen perustelivat vastaustaan käytössä olevilla hyvillä välineillä (41,7 %) sekä hyvillä ohjeilla ja informoinnilla (33,3 %) (kuvio 50). Lisäksi vastauksissa mainittiin ketjun tarjoama hyvä koulutus (8,3 %) sekä rutiinin tuoma varmuus, kun näöntutkimuksia on paljon (16,7 %). Eräs vastaajista kommentoi asiaa näin: ” Minun tapauksessani ketjussa on paremmat ohjeistukset ja informointi, ja konseptikäytännöt on paremmin mietittyjä. Loppupeleissä kaikki on itsestä kiinni.”



KUVIO 50. Syitä, miksi Hyvän näöntutkimuskäytännön noudattaminen on helpompaa ketjuliikkeissä (n=6)

Puolestaan vastaajista ne, jotka kokivat yksityisen optikkoliikkeen helpompana työympäristönä Hyvän näöntutkimuskäytännön noudattamiseen perustelivat vastaustaan pääasiassa aikataulujen ja palvelun joustavuudella (79,2 %). Kuten kuviosta 51 käy ilmi, perusteluiksi mainittiin myös palvelun laatu (15,0 %) sekä vähäisempi tulostavoitteellisuus ja myyntiseuranta (5,8 %).



KUVIO 51. Syitä, miksi Hyvän näöntutkimuskäytännön noudattaminen on helpompaa yksityisessä optikkoliikkeessä (n=60)

6.2.3 Alan työkokemuksen vaikutus Hyvän näöntutkimuskäytännön ohjeiden noudattamiseen

Anamneesi

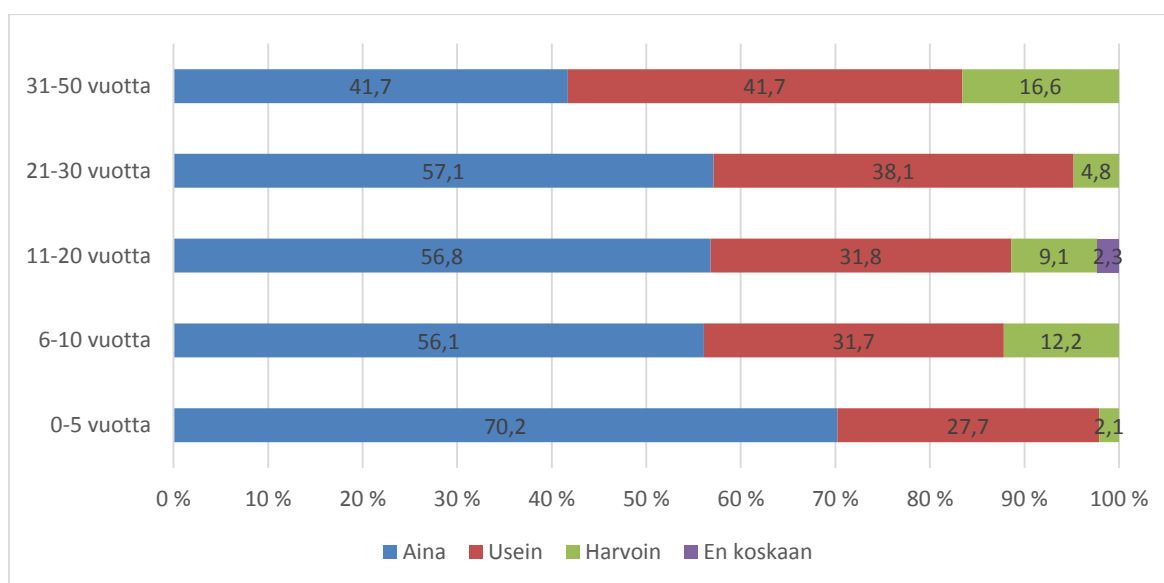
Tutkimukseen tulon syyn, näkemisen oireiden, aikaisempien silmäleikkauksien ja käytössä olevien silmä- ja piilolasien selvittämisessä ei ollut merkittävää eroa alan työkokemuksesta riippuen, vaan jokainen kohta selvitettiin lähes aina alan työkokemuksen määrästä riippumatta. Aiemmat tutkimukset selvitti aina 68,0 % yli 31 vuotta töissä olleista, kun puolestaan 6–10 vuotta töissä olleista ne selvitti aina 43,9 % vastanneista. Alle kuusi vuotta ja 11–20 vuotta töitä tehneistä aiemmat tutkimukset selvitti aina yli puolet vastaajista. Yli 31 vuotta työskennelleistä 28,0 % selvitti aiemmat tutkimukset usein, kun taas 6–10 vuotta töissä olleista ne selvitti usein 48,8 % vastanneista. Alle kuusi vuotta alan töitä tehneistä aiemmat tutkimukset selvitti harvoin 6,4 % vastanneista ja 6–10 vuotta töitä tehneistä 7,3 % vastanneista. Yli kymmenen vuotta alan töissä olleista noin neljä prosenttia selvitti aiemmat tutkimukset harvoin.

Aiemmat silmävammat kertoi selvittäneensä aina 71,4 % 21–30 vuotta alalla työskennelleistä ja 53,7 % 6–10 vuotta alalla työskennelleistä. Usein aiemmat silmävammat selvitti 21–30 vuotta alan töitä tehneistä 19,1 % ja 6–10 vuotta alalla työskennelleistä 31,7 % vastaajista. 16,6 % yli 31

vuotta alan töitä tehneistä ja 15,2 % alle kuusi vuotta alan töitä tehneistä selvitti aiemmat silmävammat harvoin. 11–20 vuotta alalla työskennelleistä 4,5 % ei selvittänyt aiempia silmävammoja koskaan.

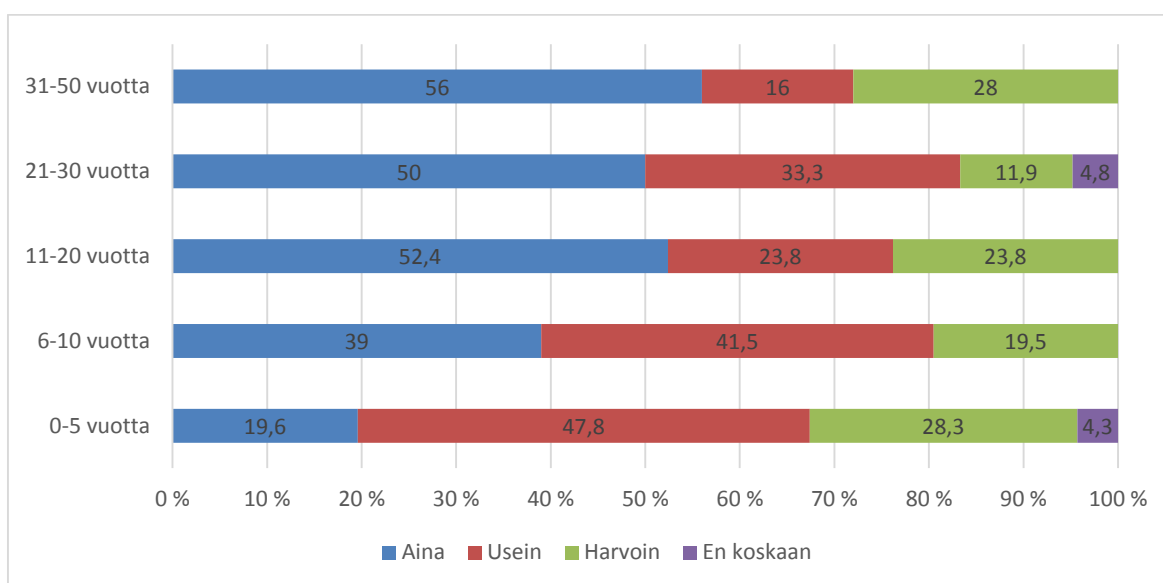
Silmiin vaikuttavat yleissairaudet kertoi selvittäneensä aina 80,9 % alle kuusi vuotta, ja 56,0 % yli 31 vuotta alalla työskennelleistä vastaajista. Usein silmiin vaikuttavat yleissairaudet selvitti alle kuusi vuotta alan töissä olleista 14,9 % ja yli 31 vuotta alan töissä olleista 44,0 % vastaajista. 21–30 vuotta alalla työskennelleistä silmiin vaikuttavat yleissairaudet selvitti harvoin 4,8 % vastaajaa. Vastanneista 75,0 % kertoi selvittäneensä silmiin vaikuttavat lääkitykset aina, kun alan työkokemusta oli kertynyt 11–20 vuotta. Lähes yhtä moni vastaaja (74,5 %) vastasi toimineensa samoin alan työkokemuksen ollessa alle kuusi vuotta. Usein ne selvitti alle kuusi vuotta alalla työskennelleistä 17,0 % ja 21–30 vuotta alalla työskennelleistä 35,7 % vastaajista. 14,6 % 6–10 ja 16,0 % yli 31 vuotta alalla työskennelleistä selvitti silmiin vaikuttavat lääkitykset harvoin. Noin 2,0 % 11–30 vuotta alan töitä tehneistä ei selvittänyt niitä koskaan.

Suvussa esiintyvät sairaudet selvitti aina noin puolet vastaajista alan työkokemuksesta riippumatta (kuvio 52). Alle kuusi vuotta alalla työskennelleistä ne selvitti kuitenkin aina 70,2 % vastaajista. Usein suvun sairaudet selvitti yli 31 vuotta alan töitä tehneistä 41,7 % ja alle kuusi vuotta alan töitä tehneistä 27,7 % vastanneista. Yli 31 vuoden työkokemuksella suvun sairaudet selvitti harvoin 16,6 % ja alle kuuden vuoden työkokemuksella 2,1 % vastaajista. 11–20 vuotta alalla työskennelleistä 2,3 % ei selvittänyt suvun sairauksia koskaan.



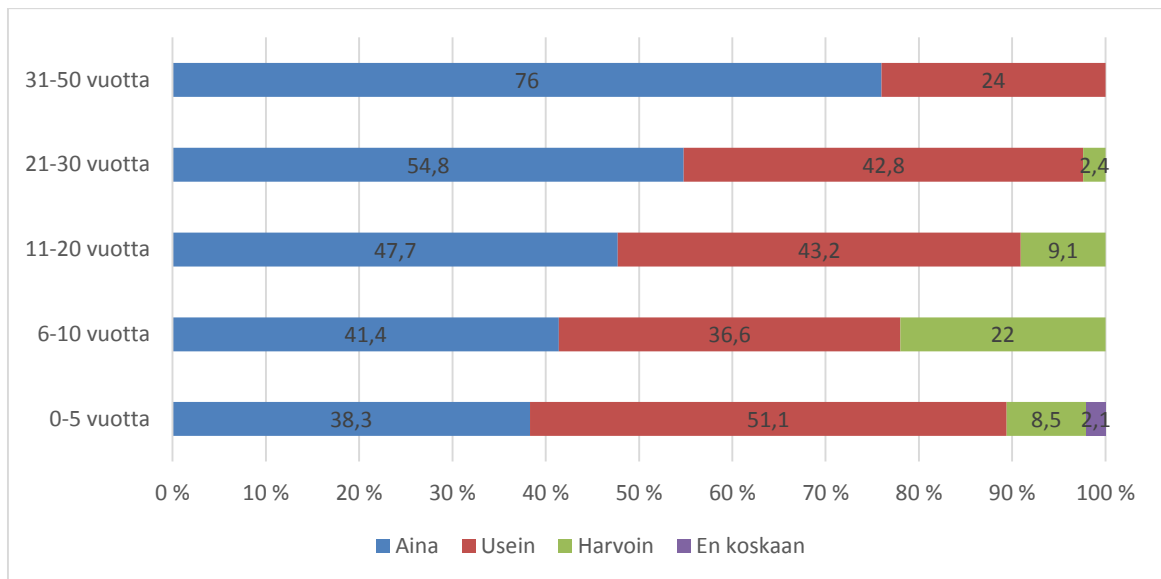
KUVIO 52. Suvun silmäsairauksien ja perinnöllisten silmiin vaikuttavien yleissairauksien selvittäminen verrattuna alan työkokemukseen (n= 201)

Kuvion 53 mukaan asiakkaan strabismuksen ja amblyopian selvitti tutkimuksen aikana aina 19,6 % alle kuusi vuotta alan töissä olleista ja heistä 47,8 % selvitti ne usein. 56,0 % pisimpään alalla olleista teki selvityksen aina ja 16,0 % puolestaan usein. Harvoin strabismuksen ja amblyopian selvitti alle kuusi vuotta alalla työskennelleistä 28,3 % ja 21–30 vuotta työskennelleistä yhteensä 16,7 % vastasi, että selvitti ne joko harvoin tai ei koskaan.



KUVIO 53. Strabismuksen ja amblyopian selvittäminen verrattuna alan työkokemukseen (n= 201)

76,0 % pisimmän työuran kartuttaneista ja 38,3 % alle kuusi vuotta alan töitä tehneistä vastaajista pyysi asiakasta kuvailemaan aina työtehtäviään tutkimuksen aikana. Kuten kuviossa 54 on nähtävissä, usein-vastausvaihtoehdossa osat vaihtuvat, kun pisimpään työtä tehneistä sen valitsi 24,0 % ja lyhimpään töitä tehneistä 51,1 % vastaajista. 6–10 vuotta työskennelleistä 22,0 % pyysi asiakasta kuvailemaan työtehtävänsä harvoin ja 21–30 vuotta töitä tehneistä 2,1 % ei koskaan.

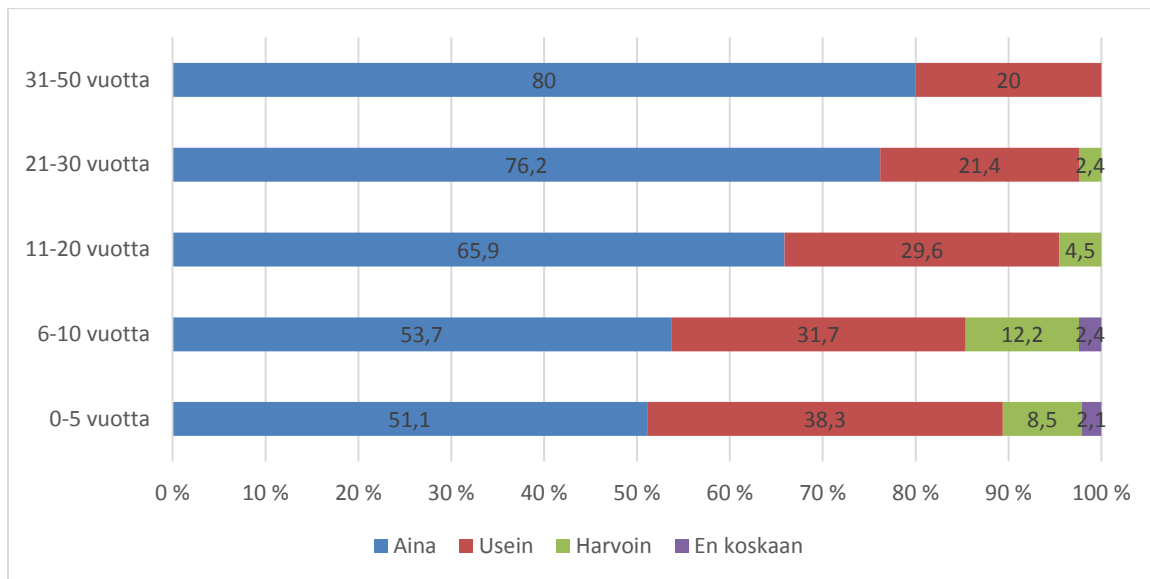


KUVIO 54. Tutkittavien työtehtävien selvittäminen verrattuna alan työkokemukseen (n= 201)

Asiakkaan näönkäytön tarpeet selvitti aina yli 60,0 % vastaajista työkokemuksesta riippumatta. Usein näönkäytön tarpeet selvitti 6–10 vuotta alan töitä tehneistä 34,1 % ja pisimpään alan töitä tehneistä 16,7 %. 11–20 vuotta alalla olleista 7,0 % selvitti tutkittavan näönkäytön tarpeet harvoin ja 2,1 % alle kuusi vuotta alalla työskennelleistä ei selvittänyt niitä koskaan.

Objektiivinen tutkimus

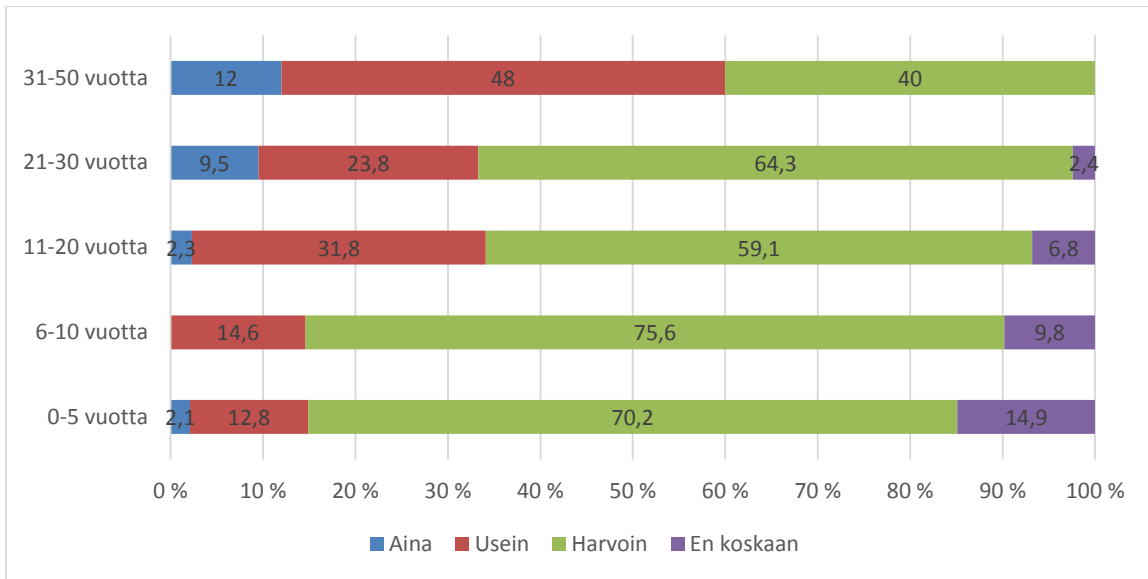
Yli puolet kaikista vastaajista tarkastelivat silmiä ulkoisesti aina tutkimuksen yhteydessä riippumatta alan työkokemuksen määrästä. Pisimpään alalla olleista 80,0 % arvioi tutkineensa aina silmiä ulkoisesti. Verrattaessa tätä alle kuusi vuotta työskennelleisiin, on heidän määränsä 28,9 % pienempi (kuvio 55).



KUVIO 55. Silmien ulkoinen tarkastelu verrattuna alan työkokemukseen (n= 201)

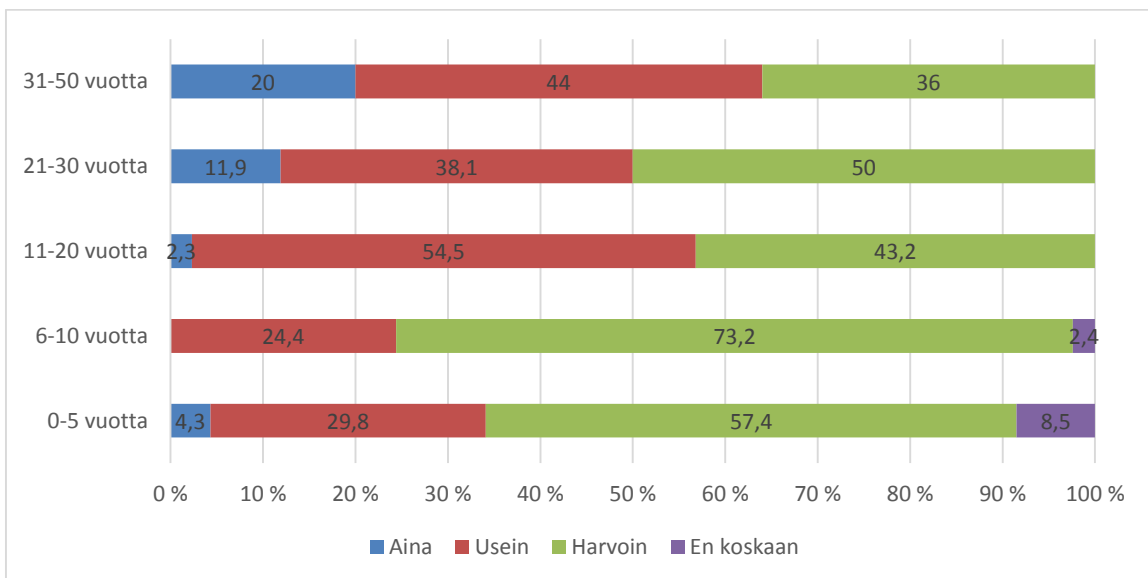
Vastaajien arviot peittokokeen tekemisestä jakoutuivat selkeimmin heidän osaltaan, jotka tekevät kyseisen testin harvoin. Optisella alalla 6–10 vuotta työskennelleistä 63,4 % arvioi tehneensä testin harvoin ja 29,3 % usein. Loput heistä arvioi, etteivät tee testiä koskaan. 11,9 % 21–50 vuotta töissä olleista vastaajista teki peittokokeen aina.

Silmien liiketestiä vastaajat tekivät pääasiassa harvoin riippumatta siitä, miten pitkään vastaaja oli alalla työskennellyt (kuvio 56). Vastaajista 75,6 %, jotka olivat työskennelleet alalla 6–10 vuotta, arvioi tutkineensa silmien liikkeitä harvoin. Heistä 14,6 % tekivät testin usein ja loput eivät koskaan (9,8 %). Pisimpään alalla olleista 12,0 % tutki liikkeitä aina, 48,0 % usein ja loput 40,0 % harvoin. 70,2 % heistä, joilla työura oli kertynyt alle kuusi vuotta, tutkivat silmien liikkeitä harvoin. 14,9 % ei tehnyt testiä koskaan ja loput 14,9 % vastaajista tutkivat silmien liikkeitä aina tai usein. Vähintään 11 vuotta ja enintään 30 vuotta optisen alan töitä tehneiden arviot eivät suuresti poikenneet toisistaan.



KUVIO 56. Silmien liiketestin tekeminen verrattuna alan työkokemukseen (n= 201)

Konvergenssin lähipisteen tutkiminen osana näöntutkimusta toteutui vaihtelevasti verrattaessa alan työkokemukseen. Vastaajista 20,0 % teki testin aina, kun kyseessä oli pisimpään työskennelleet vastaajat. Heistä 44,0 % mittasi konvergenssin lähipisteen usein, kuten kuviosta 57 on havaittavissa. Myös yli puolet (54,5 %) 11–20 vuotta alalla olleista vastaajista teki testin usein. 73,2 % heistä, jotka olivat työskennelleet alalla 6–10 vuotta, arvioivat tutkineensa konvergenssin lähipisteen harvoin.



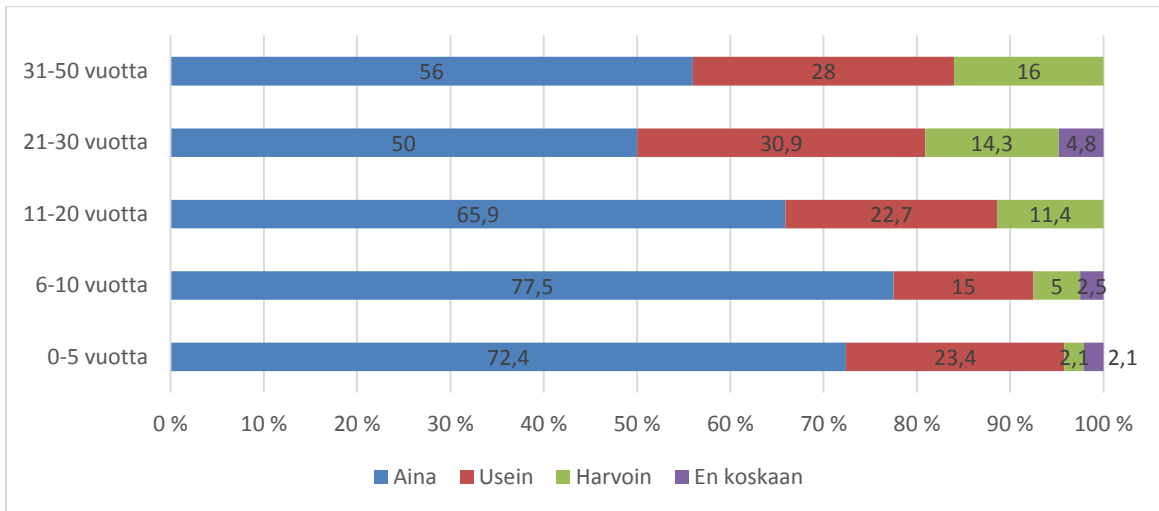
KUVIO 57. Konvergenssin lähipisteen mittaaminen verrattuna alan työkokemukseen (n=201)

Pupillireaktioiden tutkiminen usein jakautui tasaisesti 11 vuotta työskennelleistä eteenpäin, jolloin arviot olivat hieman yli 20,0 %. Alle kuusi vuotta alan työtä tehneiden aina-vastanneiden määrä (12,8 %) oli lähellä 6–10 vuotta työskennelleiden osuutta (12,2 %). Pääosin vastaajat arvioivat tutkineensa pupillireaktiot harvoin tai ei koskaan. 61,7 % alle kuusi vuotta alalla työskennelleistä teki testin harvoin ja 21,3 % ei koskaan. Kun alan työkokemusta oli kertynyt 21–30 vuotta, oli osuus hyvin lähellä edellä mainittua arvoa (23,8 %) heidän osaltaan, jotka eivät olleet tehneet testiä koskaan. Enintään viisi vuotta pidempään alalla olleista alle puolet (46,3 %) arvioivat tutkineensa pupillireaktiot harvoin ja 34,2 % ei koskaan.

Enemmistön osalta skiaskopia tai autorefraktometria toteutui aina tai usein, riippumatta kertyneistä työvuosista. Melkein samoihin lukemiin ylsivät sekä 11–20 vuotta (95,4 %) että yli 31 vuotta (96,0 %) optisella alalla työskennelleet, kun verrattiin aina-vastajien osuutta. 6–10 vuotta alan töitä tehneistä vastaajista arvioi tehneensä ainakin toisen tutkimuksista enemmistön osalta aina (90,3 %) tai usein (7,3 %), ja loput tekivät kyseisiä tutkimuksia harvoin.

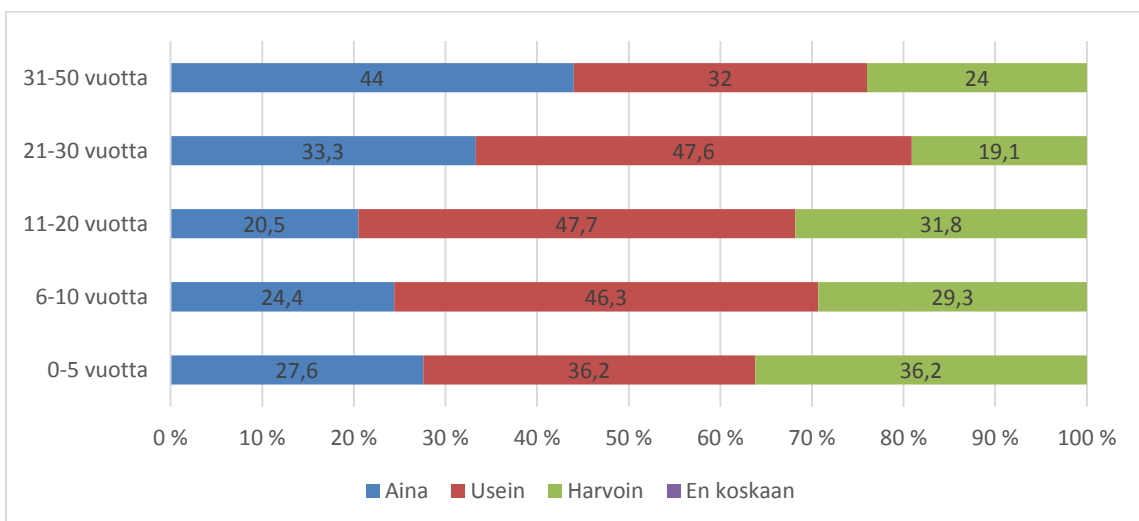
Subjektiiivinen tutkimus

Yli puolet vastaajista tutki näöntarkkuuden käytössä olevilla laseilla aina näöntutkimuksen yhteydessä. Suurin prosentuaalinen arvo (77,5 %) sen osalta löytyi 6–10 vuotta alan töissä olleiden vastauksista. Kun tarkastellaan 21–30 vuotta työskennelleiden arvioita, heistä 50,0 % tutki näöntarkkuuden käytössä olevilla laseilla aina ja 30,9 % usein. Saman työikäjakauman sisältä 14,3 % arvioi tehneensä harvoin ja loput ei koskaan. Muiden vastaajaryhmien osalta erot olivat hieman tasaisempia, kuten kuviosta 58 on nähtävissä.



KUVIO 58. Näöntarkkuuden tutkiminen käytössä olevilla lasilla verrattuna alan työkokemukseen (n=201)

Näöntarkkuuden tutkiminen ilman lasia oli vastausten perusteella vaihtelevasti osana näöntutkimusta. Vastaaajista 20,5 % arvioi tutkineensa näöntarkkuuden aina, kun kyseessä oli 11–20 vuotta työskennelleet vastaajat. Samaa vastaajaryhmää tarkasteltaessa oli havaittavissa, että hieman alle puolet vastaajista (47,7 %) tutki vapaan visuksen usein ja loput (31,8 %) harvoin. Pääasiassa optisella alalla olleista 44,0 % tutki näöntarkkuuden ilman lasia aina (kuvio 59).



KUVIO 59. Näöntarkkuuden tutkiminen ilman lasia verrattuna alan työkokemukseen (n= 201)

Subjekttiivisen tutkimuksen aikana tasapainotus tehtiin vastausten mukaan enemmistön osalta aina. Vastaajista 85,1 %, joilla työuraa oli kertynyt alle kuusi vuotta, tasapainotti näkemisen aina ja loput 14,9 % usein. Kun töitä oli takana maksimissaan viisi vuotta enemmän, asian usein tutkijoiden prosentuaalinen määrä oli 9,8 %. 21–30 vuotta työskennelleiden arvioissa 4,6 % teki tasapainotuksen harvoin ja yhteensä 4,8 % kymmenen vuotta pidempään alalla olleista teki sen harvoin tai ei koskaan.

6–30 vuotta työskennelleistä yli yhdeksänkymmentä prosenttia arvioi tutkineensa asiakkailtaan maksimaalisen näöntarkkuuden korjattuna aina. Ainoastaan alan työvuosia tähän mennessä vähiten (0–5 vuotta) ja eniten (31–50 vuotta) kartuttaneiden arviot olivat alle 90 %. Alle kuusi vuotta alan töitä tehneistä 10,7 % tutki kyseisen näöntarkkuuden usein ja pisimpään työskennelleistä puolestaan 16,0 %.

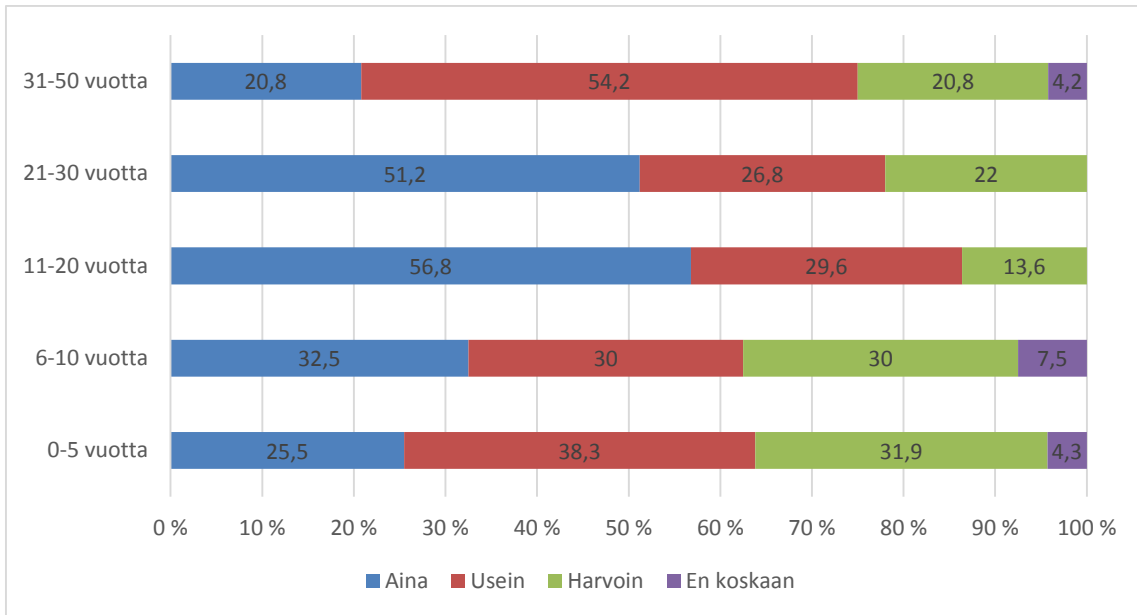
Näöntarkkuus lasimääräyksen voimakkuudella toteutui osana tutkimusta enemmistön osalta aina. Vastaajista 84,0 % tutki näöntarkkuuden lasimääräyksen voimakkuudella aina ja 16,0 % usein. Alle kuusi vuotta alan töitä tehneistä 85,1 % teki tutkimuksen aina ja 14,9 % usein. Muista 90,0 % teki tutkimuksen aina. 6–10 vuotta ja 21–30 vuotta optisen alan töitä tehneiden arvioista loput jakautuivat usein ja harvoin välille. Näiden työvuosien väliin jääneistä vastaajista 4,6 % tutki näöntarkkuuden lasimääräyksen voimakkuudella usein tai ei koskaan.

Kontrastiherkkyden tutkimisessa vastaukset jakautuivat pääosin ”harvoin” ja ”en koskaan” -vastausten välille. Yli puolet vastaajista määrittivät kontrastiherkkyden harvoin, kun alan työkokemusta oli 11 vuodesta 50 vuoteen. Enintään kymmenen vuotta alalla olleista alle puolet teki määrittämisen harvoin. 6–10 vuotta työskennelleistä 53,7 % ei ollut tehnyt kontrastiherkkyystestiä tutkimuksen yhteydessä koskaan. Kun työuraa oli takana eniten, aina ja usein vastausten prosenttiosuus oli 16.

Yhteistoiminnan tutkimus

Suurin osa vastaajista teki foriatutkimuksia aina riippumatta alan työkokemuksesta. Verrattaessa aina-vastauksia, forioita tutkivat eniten vastaajat, jotka olivat työskennelleet alalla 21–30 vuotta. Tutkimuksen usein suorittaneita oli 48,0 % pisimpään alalla olleista vastaajista. Muiden prosentuaaliset lukemat jakautuivat tasaisesti. 12,8 % alle kuusi vuotta työskennelleistä tutki foriat harvoin.

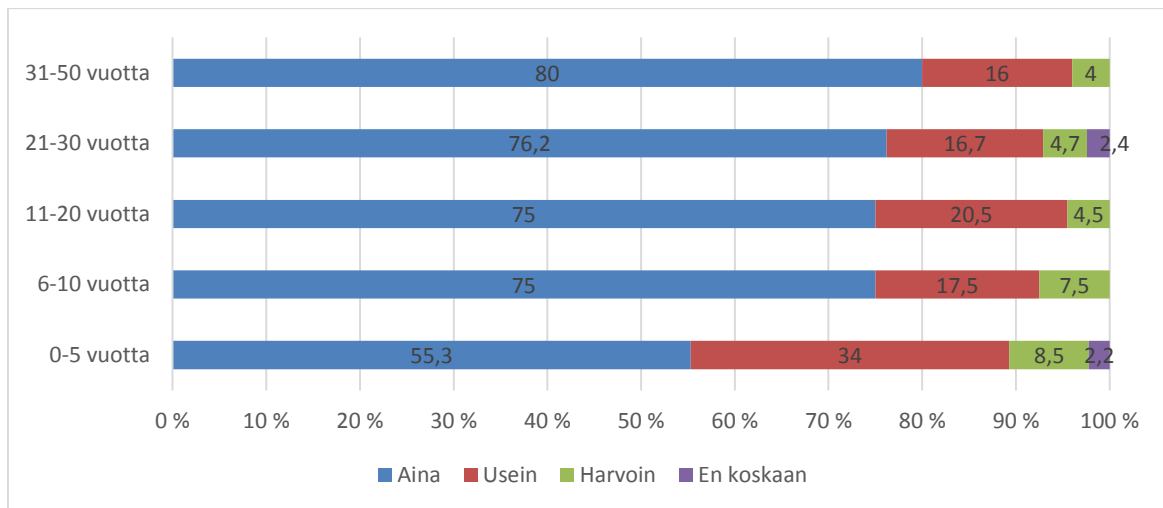
Kuvion 60 mukaan optisella alalla 11–20 vuotta olleista vastaajista 56,8 % tutki tropiat aina ja 21–30 vuotta työskennelleistä yli puolet (51,2 %). Pisimpään alan töissä olleista 20,8 % tutki tropiat aina, 54,2 % usein. Vastaajista 31,9 % tutki tropiat harvoin, kun alan työkokemusta oli kertynyt alle kuusi vuotta, ja 30,0 % 6–10 vuotta alalla olleista. Verrattaessa 11–20 vuotta alan töitä tehneitä lyhimpään alalla työskennelleisiin vastaajiin, prosentuaalinen ero ”aina” -vastausten välillä on 31,3 %.



KUVIO 60. Tropioiden tutkiminen verrattuna alan työkokemukseen (n= 201)

Reservien tutkiminen toteutui enemmistön (50,0–55,3 %) osalta harvoin, lukuun ottamatta 6–10 ja 21–30 vuotta optisella alalla työskennelleitä, joissa harvoin-vastaajia oli 43,9–45,2 %. Vastaajista 36,6 % tutki reservit usein osana näöntutkimusta, kun työvuosia oli takana 6–10 vuotta. 2,4–4,3 % vastaajista arvioi tehneensä reservimittaukset aina.

Kuvion 61 mukaan vastaajista enemmistö tutki binokulariteetin aina riippumatta alan työkokemuksesta. Prosentuaaliset lukemat jakautuivat 75–80 %:n välille, poikkeuksena alalla lyhyimpään työskennelleet, joista 55,3 % tutki binokulariteetin aina. Ero binokulariteetin aina ja usein tutkivien välillä on selkein lyhimpään työskennelleiden osalta, verrattuna muihin työssäolovuosiin. Usein binokulariteetin tutkivien vastaukset jakautuivat muiden osalta tasaisesti noin 16–20 %:n välille, kun taas alle kuusi vuotta alan töissä olleiden määrä oli 34 %.

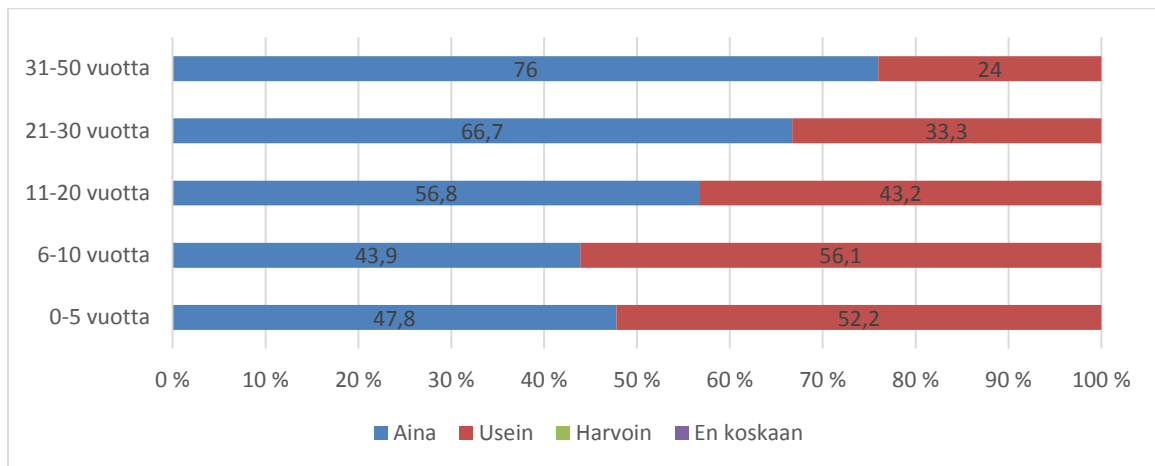


KUVIO 61. Binokulariteetin tutkiminen verrattuna alan työkokemukseen (n= 201)

Lähinäön tutkimus

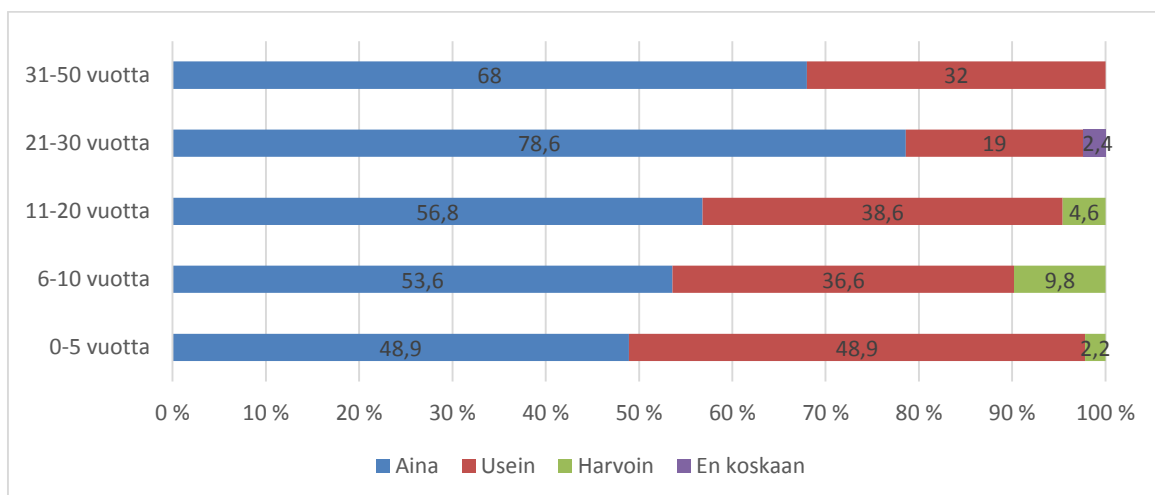
Lähinäön korjaustarpeen arviointia koskevat vastaukset jakautuivat tasaisesti aina ja usein tutkineiden kesken. Yli puolet vastaajista arvioi tutkineensa lähinäön korjaustarpeen aina ja loput heistä usein riippumatta alan työkokemuksesta. Alalla yli 21 vuotta työskennelleistä vastaajista 72,0–73,8 % selvitti lähinäön korjaustarpeen aina, kun alle 21 vuotta työskennelleistä vastaajista sen selvitti aina 56,1–61,7 %.

Myös lähilisän määritys jakautui edellä mainittujen vastausvaihtoehtojen mukaan (kuvio 62). Alle kymmenen vuotta työskennelleistä alle puolet arvioivat tehneensä määrityksen aina. Pidempään alalla olleista yli puolet arvioivat määrittäneensä lähilisän aina. Ero 31–50 vuotta ja 0–5 vuotta töitä tehneiden välillä oli 28,2 %, kun tarkastelussa oli vaihtoehto ”aina”.



KUVIO 62. Lähilisän määrittäminen verrattuna alan työkokemukseen (n=201)

Suurin osa vastaajista arvioi demonstroineensa näköetäisyydet asiakkaalle osana näöntutkimusta joko aina tai usein. 78,6 % vastaajista demonstroi näköetäisyydet aina, kun alan työkokemusta oli kertynyt 21–30 vuotta. Myös muiden osalta demonstraatio toteutui enemmistön osalta aina, lukuun ottamatta alle kuusi vuotta optisen alan töitä tehneitä (48,9 %). Kuten kuviosta 63 ilmenee, alle 21 vuotta alalla olleista muutamat vastaajat arvioivat demonstroineensa etäisyyksiä harvoin. Kun alan työkokemusta oli 6–10 vuotta, heistä 9,8 % demonstroi asiakkailleen näköetäisyydet harvoin.



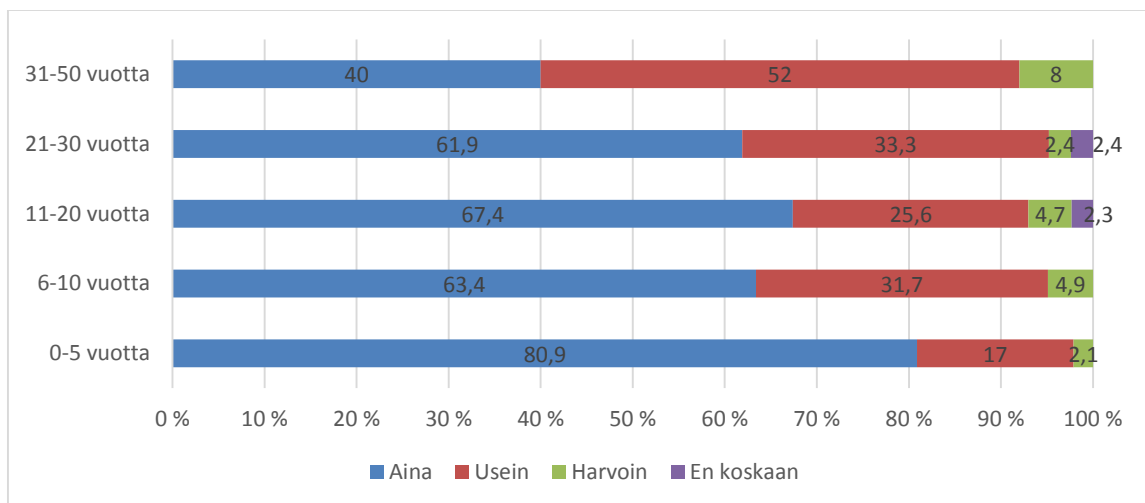
KUVIO 63. Näköetäisyyksien demonstrointi verrattuna alan työkokemukseen (n=201)

Alan työkokemus verrattuna silmien yhteistoiminnan riittävyyden tutkimiseen toteutui vastaajien arvioiden mukaan aina, usein tai harvoin. Hieman yli kolmekymmentä prosenttia alle 21 vuotta

alalla olleista vastaajista tutki aina silmien yhteistoiminnan riittävyttä. Kun alan työkokemusta oli kertynyt 10 vuotta lisää, tutkimuksen arvioi tehneensä aina 38,1 % vastaajista. Pisimpään työskennelleistä puolestaan 44,0 % tutki yhteistoiminnan riittävyden aina ja 48,0 % usein. Muiden alan työkokemuksen määrien osalta asian usein tutkivien arviot jakautuivat melko tasaisesti. Kun tarkastellaan alle kolmekymmentä vuotta alalla työskennelleiden vastauksia, heistä 21,4–28,3 % oli arvioinut tutkineensa yhteistoiminnan riittävyttä harvoin.

Dokumentointi

Kuvion 64 mukaan dokumentointi suoritettiin pääosin aina tai usein. Alle kuusi vuotta työskennelleistä 80,9 % toteutti dokumentoinnin aina. Vuosien 6–30 välillä arviot jakautuivat tasaisesti vastaajien välillä, jotka kirjasivat anamneesin ja tutkitut kohdat aina. Verrattaessa yli 31 vuotta alan töitä tehneiden arvioita, vastauksen jakautuvat aina (40,0 %), usein (52,0 %) ja harvoin (8,0 %) -vastausvaihtoehtojen välille. Tarkasteltaessa vielä vastaajista heitä, jotka suorittavat dokumentoinnin harvoin, oli prosentuaalinen arvo isoin pisimpään työskennelleillä (8,0 %). Muiden osalta harvoin dokumentoijia oli noin 2–5 %. Vastausprosentteissa löytyi myös arvioita siitä, ettei noin kaksi prosenttia vastaajista ollut suorittanut dokumentointia koskaan. Nämä arviot sijoittuivat 11–30 vuotta alalla töitä tehneiden vastauksiin.



KUVIO 64. Anamneesin ja tutkimuksien dokumentointi verrattuna alan työkokemukseen (n=200)

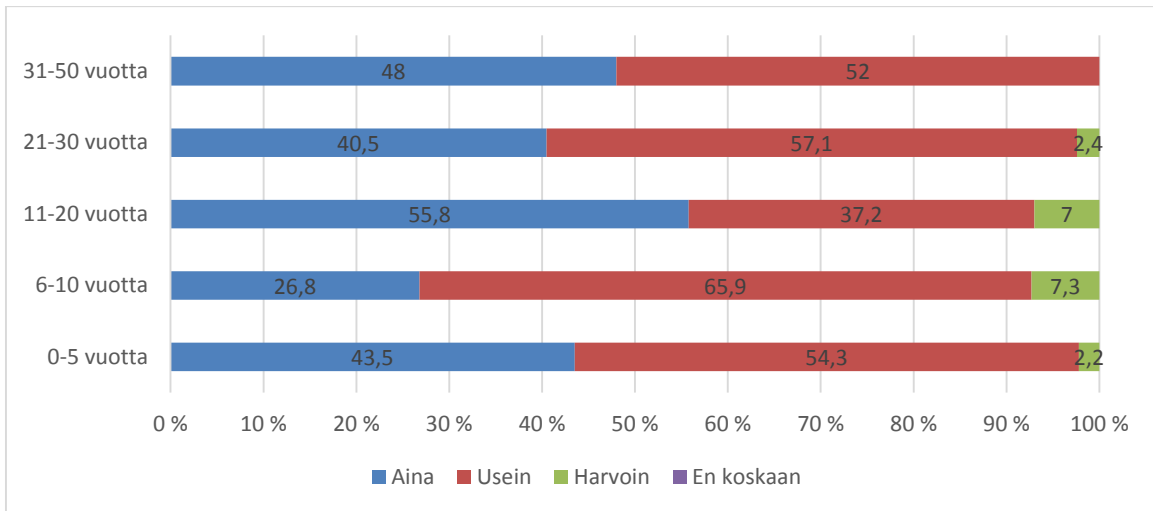
Refraktio ja silmälasimääräys

Vastaajien arviot sen osalta, dokumentoivatko he tutkimuksen perusteella refraktiotuloksen, jakautuivat pääosin vaihtoehtoon aina. Kahdeksan prosenttia vastanneista oli arvioinut dokumentoineensa usein, kun työvuosia oli kertynyt yli 31 vuotta. Usein dokumentoijia löytyi myös alle kuusi vuotta työskennelleistä (2,1 %) sekä 6–10 vuotta alalla olleista (4,9 %).

Vastaajien arviot jakautuivat tasaisesti aina ja usein vaihtoehtojen välillä, kun vertailtiin silmälasimääräyksen antamista tutkittavalle. Yli puolet vastaajista oli arvioinut antaneensa refraktiotuloksen perusteella tehdyn silmälasimääräyksen tutkittavalleen aina, riippumatta siitä, kuinka pitkään oli ollut alalla. 11–20 vuotta alan työkokemusta kartuttaneista 55,8 % antoi silmälasimääräyksen aina, 27,9 % usein ja loput harvoin. 63,4 % arvioi tehneensä näin aina, kun alan työkokemusta oli 21–30 vuotta. Samasta ryhmästä 31,7 % toteutti tämän usein ja loput 4,9 % harvoin.

34,0 % heistä, joilla työuraa oli kertynyt alle kuusi vuotta, olivat arvioineet tarkentaneensa silmälasimääräystä kehys- ja linssivalinnan yhteydessä aina. Samasta ryhmästä 36,2 % tarkensi lasimääräystä usein ja 27,7 % harvoin. 29,2 % pisimpään työskennelleistä tarkensi silmälasimääräystä aina ja 45,8 % usein. Kun alan työkokemusta oli 6–10 vuotta, aina lasimääräystä tarkentaneiden osuus oli 21,9 % vastaajista, 36,6 % vastaajista sen teki usein tai harvoin, ja loput eivät koskaan.

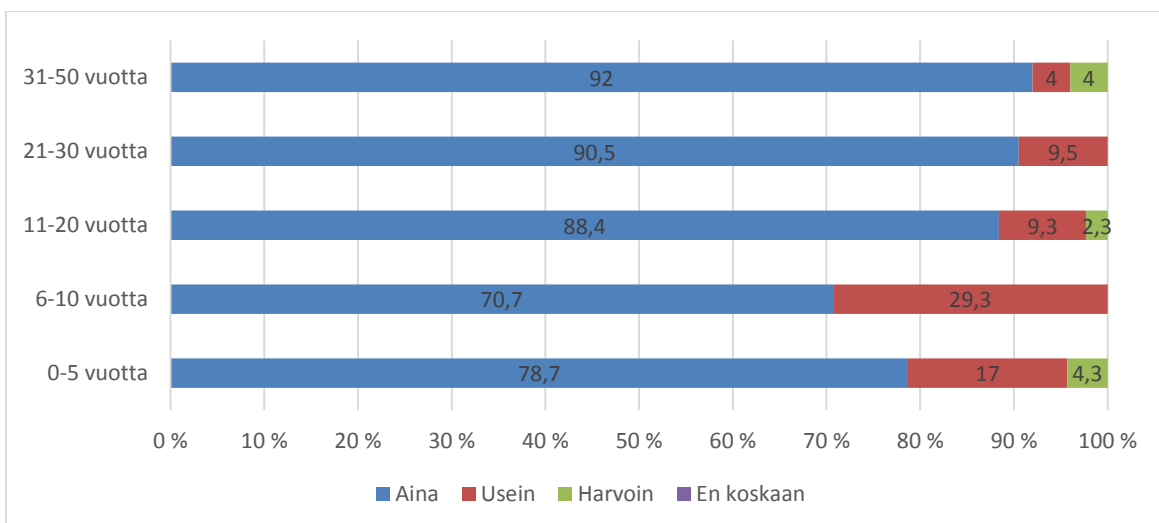
Vastaajien arvioissa oli havaittavissa vaihtelevuutta siinä, tehtiinkö uusi näöntutkimus, jos edellinen oli yli kuusi kuukautta vanha. Yli puolet vastanneista teki uuden näöntutkimuksen usein, lukuun ottamatta 11–20 vuotta alalla työskennelleitä (kuvio 65). Heistä 55,8 % arvioi tehneensä näin aina, 37,2 % usein ja loput 7,0 % harvoin. 26,8 % heistä, joilla työvuosia oli takana 6–10 vuotta, tekivät uuden näöntutkimuksen aina. Saman ryhmän vastaajista 65,9 % toteutti tämän usein ja 7,3 % harvoin.



KUVIO 65. Alan työkokemukseen uuden näöntutkimuksen tekemiseen, jos edellinen on yli 6 kuukautta vanha, verrattuna alan työkokemukseen (n=200)

Palaute tutkittavalle näöntutkimuksesta

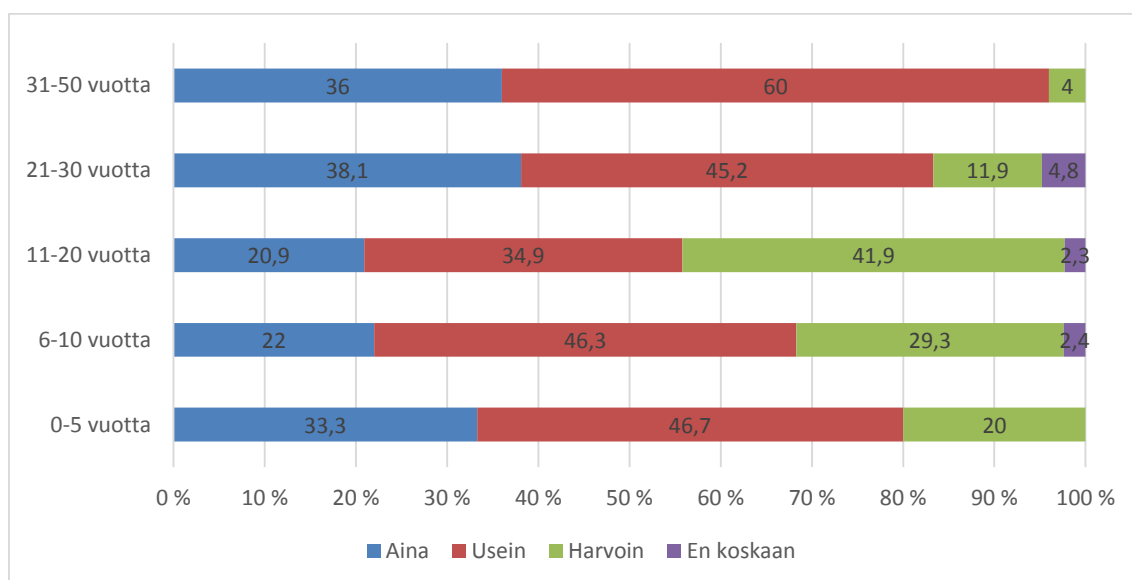
Pisimpään työskennelleistä vastaajista 92,0 % kertoi tutkittavalleen aina näöntarkkuuden muutoksista (kuvio 82). Heistä neljä prosenttia kertoi muutoksista usein ja loput neljä prosenttia harvoin, kuten kuvosta 66 on nähtävissä. Verrattaessa palautteen antoa 6–10 vuotta alalla olleisiin, heistä 70,7 % antoi palautteen tutkittavalleen näöntarkkuuden muutoksista aina ja loput 29,3 % usein. Alle kuusi vuotta alalla työskennelleistä vastaajista 78,7 % kertoi muutoksista aina, 17,0 % kertoi usein ja 4,3 % harvoin.



KUVIO 66. Näöntarkkuuden muutoksista annettava palaute verrattuna alan työkokemukseen (n=200)

Vastaajien arvioiden mukaan palaute tutkittavalle lasien voimakkuuden muutoksista annettiin pääosin aina. Kun alan työkokemusta oli alle kaksikymmentä vuotta, usein-vastanneita oli 9,3 %. Ainoastaan 2,3 % arvio antaneensa kyseistä palautetta harvoin, kun alan töitä oli tehty 11–20 vuotta.

Kuviosta 67 on havaittavissa, että silmien yhteistoiminnasta tutkittavalle annettava palaute vaihteli alan työkokemuksesta riippuen. 20,9 % vastaajista antoi palautteen silmien yhteistoiminnasta tutkittavalleen aina, kun alan työkokemusta oli takana 11–20 vuotta. Heistä 34,9 % antoi palautetta silmien yhteistoiminnasta usein ja 41,9 % harvoin. Kun työelämässä oli oltu vähintään 31 vuotta, aina palautteen antavien osuus oli 36,0 % ja usein 60,0 %. 38,1 % heistä, joilla alan työkokemusta oli 21–30 vuotta, antoivat palautteen silmien yhteistoiminnasta aina. 45,2 % samaan ryhmään kuuluvista kertoi yhteistoiminnasta usein, 11,9 % harvoin ja loput 4,8 % eivät koskaan.



KUVIO 67. Silmien yhteistoiminnasta annettava palaute verrattuna alan työkokemukseen (n=200)

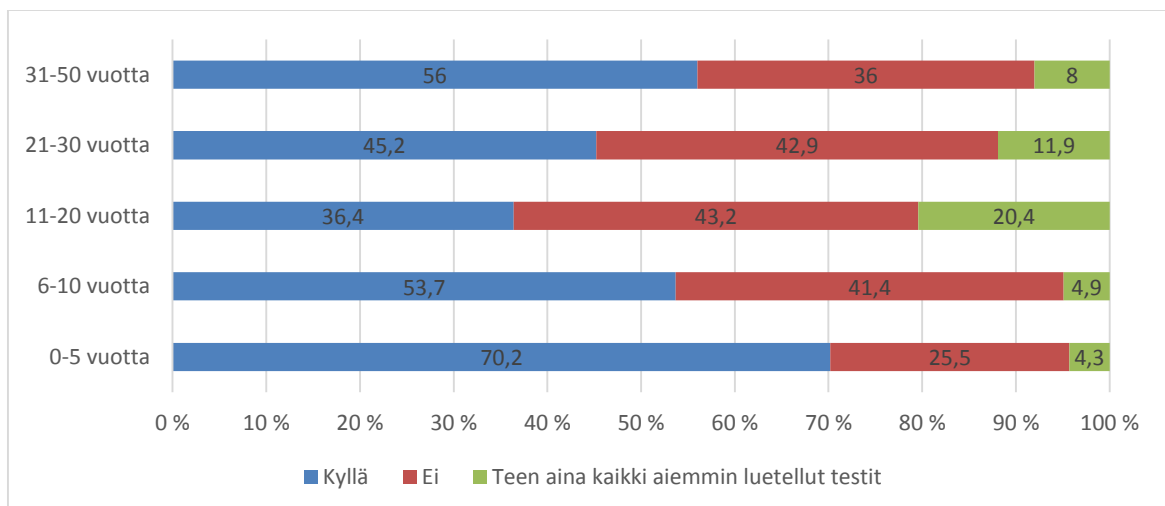
Enemmistön osalta tutkittavalle annettiin palaute silmien terveydentilan seurannasta aina, lukuun ottamatta heitä, jotka olivat työskennelleet alalla alle kuusi vuotta. Heistä 38,3 % antoi kyseisen palautteen aina ja yli puolet usein. Loput 10,6 % olivat arvioineet tehneensä näin harvoin. Pisimpään työskennelleistä 60,0 % antoi palautteen silmien terveydentilan seurannasta aina ja 36,0 %

teki näin usein.

Muiden mahdollisten jatkotoimenpiteiden osalta enemmistö antoi palautteen tutkittavalleen aina. 75,6 % alan töissä lyhimmän aikaa olleista kertoi asiakkaalleen aina mahdollisista jatkotoimenpiteistä, kuten ohjasi esimerkiksi lääkäriin. Loput heistä arvioivat toimivansa näin usein. Lähes samoihin arvoihin päätyivät 21–30 vuotta työskennelleet. 58,5 % heistä, joilla työuran tähänastinen pituus oli ollut 6–10 vuotta, toteuttivat kyseisen palautteenannon tutkittavalleen aina, ja 39,0 % arvioi tehneensä sen usein ja loput ei koskaan.

Jos jätät näöntutkimuksessa jonkin aiemmin luetelluista vaiheista tekemättä, onko taustalla aina perusteltu syy?

Kyselyssä selvitimme myös alan työkokemuksen määrän vaikutusta siihen, oliko optikoilla aina perusteltu syy, mikäli he jättivät jonkun tutkimuksen vaiheista tekemättä (kuvio 68). Alle kuusi vuotta alan työtä tehneistä 70,2 % oli sitä mieltä, että heillä oli aina perusteltu syy. Vastaavasti 11–20 vuotta työskennelleistä sitä mieltä oli 36,4 % vastaajista. 11–20 vuotta työskennelleistä 43,2 % ja alle kuusi vuotta työskennelleistä 25,5 % koki, ettei heillä ollut aina perusteltua syytä. 20,4 % 11–20 vuotta töissä olleista uskoi tehneensä aina kaikki aiemmin kyselyssä mainitut testit.



KUVIO 68. Perusteltujen syiden määrä verrattuna alan työkokemukseen.

Kysymykseen vastanneista he, joilla oli aina perusteltu syy, kertoivat avoimessa kysymyksessä esimerkkejä mahdollisista syistä. Alle kuusi vuotta töitä tehneistä suurin osa (75,0 %) perusteli

testien tekemättä jättämistä sillä, ettei asiakas tuonut esiin lisätestejä vaativia oireita. Muita mainittuja syitä olivat muun muassa asiakkaan ohjaus lääkäriin ja tästä syystä näöntarkastuksien keskeytyminen (8,3 %) ja se, ettei liikkeissä ollut tarvittavia välineitä testien tekemiseen (8,3 %). Myös 6–10 vuotta työskennelleet mainitsivat suurimmaksi (64,3 %) syykseen sen, ettei asiakkaalla ollut lisätestejä vaativia oireita. 14,3 % 6–10 vuotta alalla työskentelevistä toimi sairaalaoptikkona, jolloin tutkimuksen kulku oli hieman erilainen. Lisäksi syiksi mainittiin liian lyhyt aika (14,3 %) ja asiakkaan ohjaustarve lääkärille (7,1 %). Myös 11–20 vuotta alan työtä tehneet mainitsivat suurimmaksi osaksi (70,0 %) syyksi sen, ettei kaikilla asiakkailla ollut oireita. Muita mainittuja syitä olivat välineiden puute (10,0 %), hiukan erilainen työnkuva kuin optikkoliikkeissä normaalisti (10,0 %) ja ettei asiakkaan kanssa ollut yhteistä kieltä (10,0 %). 21–30 vuotta työskennelleet perustelivat testien tekemättä jättämistä pääasiassa (33,3 %) sillä, että anamneesissa ei ollut tullut aina esiin tarvetta tarkemmille tutkimuksille. Perusteluiksi mainittiin myös ajan puute (13,3 %), yhteisnäön heikkoudet (13,3 %) sekä se, ettei asiakkailla ollut ilmennyt ongelmiin viittaavia oireita (20,0 %). Yli 31 vuotta alan töitä tehneiden keskuudessa pääasiassa (25,0 %) syyksi mainittiin se, että optikko ei ollut kokenut testiä tarpeelliseksi. Muita mainittuja syitä olivat esimerkiksi ajan puute (20,8 %) ja tarve ohjata asiakas lääkärille jatkotutkimuksiin (16,7 %).

7 POHDINTA

Vaikka käsittelimme tutkimuksessamme optikoiden ja optometristien tekemiä näöntarkastuksia verrattuna Hyvään näöntutkimuskäytäntöön, Hyvä näöntutkimuskäytäntö ei kuitenkaan ole ainut tapa tehdä näöntutkimus oikein. Elliot (2007, 11–13) on esitellyt kirjassaan vaihtoehtoisia tyyliä hyvän näöntutkimuksen tekemiseen. Hän on jakanut tyyli kolmeen näöntutkimusstrategiaan: tietokantatutkimukseen, näköjärjestelmiin perustuvaan tutkimukseen ja ongelmakeskeiseen tutkimukseen. Tietokantatutkimuksella hän tarkoittaa tutkimusta, jossa käytetään periaatteessa samoja testejä jokaisessa tutkimuksessa, kuten Hyvässä näöntutkimuskäytännössä. Tässä tyyliässä suurta kerättyä tietokantaa käytetään varmistamaan, että useimpien asiakkaiden ongelmat ovat ratkaistavissa kyseisten testien avulla. Tämä tyyli on käytännöllinen opiskelijoille, joille pitää opettaa jokin tutkimuksen peruskaava, mutta se ei välttämättä toimi kokeneille työntekijöille. (Elliot 2007, 11.) Mielestämme ainakin vastavalmistuneiden ja lyhyen kokemuksen omaavien tulee käyttää tätä näöntutkimusstrategiaa, koska he eivät ole vielä niin kokeneita, että osaavat varmasti valita juuri oikeat testit asiakkaan oireiden perusteella. Kaikkien tutkimusten tekeminen vie kuitenkin paljon aikaa, eikä niiden tekeminen mielestämme ole mahdollista 20 minuutissa, joka tutkimuksemme perusteella on yleisimmin (66,2 %) varauksessa käytetty tutkimusaika. Mielestämme työnantajan pitää ottaa huomioon, että kokemattomilla työntekijöillä on tutkimuksen tekemiseen enemmän aikaa käytössään.

Näköjärjestelmiin perustuva tutkimus puolestaan sisältää arvion näkökyvystä, refraktiivisesta ja binokulaarisesta näköjärjestelmästä sekä silmän terveyden tilasta. Tässä tyyliässä tutkimus ei ole määritelty testien käytöllä vaan näköjärjestelmän arvioinnilla. Tämä tyyli on paljon joustavampi, koska se ei vaadi ennalta määrättyjen testien käyttöä. Tällaisessa tutkimustyyliässä vähimmäistietokanta on kerätty silloin, kun näköjärjestelmää on testattu. Tarkoituksena on siis ajatella asiakkaan näköjärjestelmää eikä käyttää yksittäisiä testejä. (Elliot 2007, 11–12.)

Ongelmakeskeisen tutkimuksen tarkoituksena on keskittyä asiakkaan esiin tuomiin ongelmiin. Tutkimuksessa ei kuitenkaan käytetä vain niitä testejä, jotka auttavat ratkaisemaan asiakkaan ongelman, koska tutkimuksen perustana on näköjärjestelmiin perustuvan tutkimusstrategian lähestymistapa. Ongelmakeskeisen tutkimuksen suorittamiseksi anamneesi on erittäin tärkeä, sillä se ohjaa koko tutkimusta. Anamneesissa kerätystä informaatiosta tulee päätellä lista alustavista ongelman aiheuttajista. Esimerkiksi jos teini-ikäisen asiakkaan oireet ovat heikentynyt kaukonäkö,

mutta normaali lähinäkö, voidaan ongelmaksi oireiden perusteella epäillä myopiaa tai pseudomyopiaa. Tällöin on todennäköistä, että oikean ongelman löytämiseen riittäisivät näöntarkkuuden selvittäminen, skiaskopia ja subjektiivinen refraktio. Pseudomyopian varmistamiseksi voidaan kuitenkin joutua tekemään syklорефракτιо, eli refraktio jossa silmän oma akkommodaatio on lamautettu. Tutkimuksessa käytettävien lisätestien tarkoituksena on arvioida muiden näköjärjestelmien toimivuutta ja, riippuen laillisista vaatimuksista, tutkimuksen tulee sisältää aiemmin mainittujen testien lisäksi minimissään peittokoe, pupillireaktioiden tutkiminen ja mikroskopointi. (Elliot 2007, 12.)

Ongelmakeskeinen tutkimus on kuitenkin jonkin verran kyseenalaistettu tutkimustyyli vaihtelevuutensa vuoksi, koska samantyyllisetkin oireet voivat aiheuttaa erilaiset epäilyt eri ikäisillä tutkittavilla, ja tätä kautta niissä käytetään täysin eri testejä. Käyttäessään tätä tutkimustyyliä tutkijan tulee myös olla tietoinen, että yksikään uusi tai muutettu silmälasiresepti ei saa aiheuttaa uusia oireita. Tutkijan tulee esimerkiksi ottaa huomioon, että lisääntynyt myopian korjaus voi todennäköisesti aiheuttaa lisää esoforiaa. Tällöin pitää tutkimuksen aikana selvittää, ettei siitä aiheudu ongelmaa uusilla lasilla ennen lasimääräyksen tekemistä. (Elliot 2007, 12.)

Ongelmakeskeisen tutkimuksen haittana on riippuvuus tutkittavan ongelmista. Luonnollisesti ongelmakeskeistä tutkimusta ei voida käyttää, jos tutkittava ei osaa tuoda ilmi ongelmia ja tällöin on käytettävä tietokantaan perustuvaa tutkimusta. Mahdollisia syitä, miksi tutkittavat eivät paljasta oireitaan voivat olla ne, etteivät he osaa yhdistää päänsärkyään näköönsä tai olettavat, että tutkija kysyy suoraan niitä asioita, jotka ovat tutkimuksen kannalta tärkeitä. Lisäksi he saattavat luulla, että hieman hämärtynyt näkö on normaali iän tuoma muutos, tai että esimerkiksi salamoinnin mainitseminen ei ole tärkeää tai saa heidät vaikuttamaan hölmöiltä. Eli tutkimuksessa painottuu huolellisen anamneesin tärkeys, jolloin vaaditaan täydellisiä kommunikointitaitoja. (Elliot 2007, 13.) Anamneesin tulee siis olla mahdollisimman tarkka ja siinä on hyvä kysyä erikseen eri oireista, vaikkei asiakas itse tuo niitä ilmi, sillä asiakas ei välttämättä itse osaa yhdistää niitä näköön tai pidä niitä tärkeinä. Tämä tutkimustyyli vaatii mielestämme paljon kokemusta siitä, mitä testejä vaaditaan asiakkaiden kuvaamiin mahdollisiin ongelmiin. Sen tekemistä ei mielestämme voi vaatia vastavalmistuneilta tai muilla tavoin kokemattomilta työntekijöiltä, sillä heillä ei vielä ole kokemuksen tuomaa tietämystä.

Mielestämme näöntutkimuksen tekeminen 20 minuutin tutkimusajassa vaatii jo melko hyvääkin ongelmakeskeistä tutkimusta. Tällä hetkellä niillä työpaikoilla, joissa se on käytössä, sitä vaadi-

taan todennäköisesti kaikilta työntekijöiltä, oli sitten kokenut tai kokematon. Kyselyssä kysyttiin perusteltua syytä joidenkin testien tekemättä jättämiselle ja usea vastaaja toi ilmi sen, että anamneesissa ilmi tulevat oireet eivät anna aihetta tutkimiselle. Näin vastanneet käyttävät ongelmakeskeistä tutkimusta eli heillä pitäisi olla todella hyvä työkokemus näöntutkimuksista, jotta tällainen tutkimus olisi asiakkaalle riittävä. Emme kuitenkaan usko, että näin vastanneista kaikki todellisuudessa pystyvät samalla turvaamaan asiakkaan tarpeiden vaatiman tutkimuksen.

Toki edellä mainittuja eri tutkimustyyliä on mahdollista myös yhdistää. Silloin tutkimusta lähestytään keräämällä täydellinen tietopohja ja informaatio alustavan tutkimuksen kautta ja sitten käytetään ongelmakeskeistä tyyliä myöhemmissä tutkimuksissa. Tämä edellyttää eri ajanvarausta ensimmäiselle kerralle ja jatkotutkimuksia varten. (Elliot 2007, 13.)

7.1 Tulosten tarkastelu

Tulokset osoittivat, että tutkimusten kulku vastasi osittain eettisten ohjeiden vaatimuksia, mutta havaittavissa oli myös kohtia, jotka kaipaavat parannusta. Yksi parhaiten vaatimukset täyttävistä oli anamneesi, jossa vain pieni prosentti vastaajista arvioi tehneensä jonkin tutkimuskohdan harvoin. Myös dokumentointi vastasi hyvin annettuja vaatimuksia. Uskomme, että vastaajat ymmärtävät hyvän anamneesin tärkeyden, minkä vuoksi myös sen osa-alueiden toteutusprosentit ovat niin hyviä. Korjan (2008, 46–47) mukaan huolella tehty anamneesi nopeuttaa tutkimista, koska esitietojen keräys auttaa tutkijaa paljastamaan näkemisen ongelmien todellisen syyn. Lisäksi Korja (2008) on maininnut anamneesin myös helpottavan tutkimuksia seuraavien käyntien yhteydessä, koska kattava asiakashistoria on jo tiedossa. Vastaajat ovat luultavasti työssään kohdanneet tilanteita, joissa asiakkaan aiemmista tiedoista on ollut hyötyä, minkä myötä he ovat viimeistään ymmärtäneet myös dokumentoinnin tärkeyden.

Objektiivisen tutkimuksen testit toteutuivat melko huonosti, sillä yli puolet vastaajista tutkivat niitä vain harvoin. Poikkeuksena olivat silmien ulkoinen tarkastelu sekä skiaskopia ja autorefraktometria, jotka toteutuvat melko hyvin. Muiden testien vähäiselle käytölle syynä voi olla se, että testejä pidetään turhina tai liikaa aikaa vievinä. Etenkin peittokokeen epäsuosio yllätti, sillä peittokoe on tärkeä menetelmä silmien karsastuksen olemassaolon, tyyppin ja määrän määrittämiseen (American Academy Of Ophthalmology 2015, viitattu 9.9.2016). Rabbetsin (1998, 147) mukaan silmien liiketestillä voidaan tutkia useiden aivoalueiden toimintaa, joten voisi kuvitella tutkimusmenetelmän olevan suuremmassa suosiossa. Hyvin toteutunut silmien ulkoinen tarkastelu saattaa perus-

tua tutkimuksen helppouteen, sillä kaiken muun tutkimisen ohella silmien ulkoinen tarkastelu toteutuu ikään kuin samalla, jolloin siihen ei erikseen tarvitse juurikaan käyttää ylimääräistä aikaa. Skiaskopian ja autorefraktometrian suosio puolestaan saattaa perustua niiden avulla tapahtuvaan tutkimuksen nopeuttamiseen, helpottamiseen ja varmentamiseen. Objektiiiset tutkimukset ovat anamneesin ohella tärkeitä, sillä tulokset antavat ennakkotietoja asiakkaan mahdollisista ongelmista jo ennen varsinaisen refraktion tekemistä (Essilor 2008, 16).

Subjektiiivinen tutkimus vastasi melko hyvin vaatimuksia, mutta kontrastiherkkyden tutkiminen toteutui heikosti. Kyseinen testi on melko pitkä ja jopa vaikeasti selitettävä, joten sille ei yleensä lie-
ne aikaa. Lisäksi näöntutkijalla saattaa herätä kysymys, onko testillä käytännön hyötyä silmälasimäärityksessä ja antaako se todellisuudessa oleellista lisäinformaatiota. Kuitenkin Elliotin (2014, 58–59) mukaan kontrastiherkkyys tarjoaa hyödyllistä tietoa toiminnallisesta ja tosielämän näköky-
vystä, jolloin saadaan parempi kokonaiskuva asiakkaan näkemisen laadusta.

Yhteistoiminnan tutkimuksessa reservien tutkiminen täytti annetut vaatimukset tämän osa-alueen tutkimuksista heikoiten. Reservitestit saatetaan kokea pitkinä, asiakkaalle hankalasti selitettävinä sekä epämiellyttävinä. Uskomme, että tästä syystä monet saattavat käyttää kyseisiä testejä vain, mikäli asiakas tuo tietynlaisia oireita ilmi anamneesissa. On kuitenkin tärkeää tutkia reservejä silloinkin, kun asiakas ei tuo ilmi selkeitä oireita, sillä monet vergenssipoikkeamat ovat oireettomia. Mahdolliset oireet vergenssipoikkeamista ilmenevät tavallisesti silloin, kun visuaalinen ympäristö on muuttunut ja erityisesti silloin, kun lähityö on lisääntynyt. (American Optometric Association 2011, viitattu 26.10.2016.)

Lähinäön tutkiminen sekä refraktio ja silmälasimääräys toteutuivat lähes kaikissa alakohdissa aina tai usein, eli ne vastasivat hyvin Hyvän näöntutkimuskäytännön vaatimuksia. Elliotin (2014, 37) mukaan lähinäön korjaustarpeen selvittäminen onkin rutiinitutkimus kaikille ikänäköisille ja heille, jotka kertovat lähinäön ongelmista. Kolmasosa vastaajista tarkensi asiakkaan silmälasimääräystä harvoin kehys- ja linssivalinnan yhteydessä. Tämä mahdollisesti johtuu suurimmaksi osaksi siitä, että optikot tai optometristit eivät useinkaan enää tee asiakkaan silmälasitilausta, vaan myyjä jatkaa asiakkaan kanssa tutkimuksen jälkeen.

Dokumentointi on yksi parhaiten toteutuvista näöntutkimuksen vaiheista. On erittäin hyvä, että tutkijat ovat ymmärtäneet dokumentoinnin tärkeyden, sillä jos ne jätetään kirjaamatta, katsotaan ne Elliotin (2014, 15) mukaan myöhemmin oikeudellisesta näkökulmasta tekemättömiksi. Lisäksi

myös lain mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee dokumentoida tarpeelliset tiedot koskien tutkittavan hoidon järjestämistä, suunnittelua, toteuttamista ja seurannan turvaamista (Valtioneuvoston asetus potilaan asemasta ja oikeuksista, 653/2000, 4:12.1 §).

Jopa yli kolmasosa vastaajista myönsi, ettei heillä ole perusteltua syytä jättää testejä tekemättä. Tässä on kenties syynä se, että he eivät pidä kaikkia testejä tärkeänä. Reilu neljäsosa vastaajista kertoi seuraavan tutkimuksen suositusajankohdan harvoin, mutta monissa liikkeissä asiakkaalle lähtee automaattinen muistutusviesti kahden vuoden välein, mikäli asiakas ei sillä välin ole käynyt tutkimuksessa. Ne vastaajat, joilla mielestään oli perusteltu syy, mainitsivat syyksi pääasiassa sen, ettei anamneesissa tullut ilmi tarvetta testin käyttämiselle. Mielestämme se on riittävän perusteltu syy, mikäli vastaaja on erittäin kokenut ja osaa käyttää luotettavasti ongelmakeskeistä tutkimusstrategiaa (Elliot 2007, 12). Emme kuitenkaan usko, että kaikki tämän syyn maininneet ovat niin kokeneita, että voivat täysin luotettavasti käyttää ongelmakeskeistä tutkimusstrategiaa. Vastanneista vähän alle neljäsosa koki, että ei toimi Hyvän näöntutkimuskäytännön mukaan ja heistä yli puolet mainitsi syyksi ajan puutteen.

Näöntutkimusajan vaikutus Hyvän näöntutkimuskäytännön ohjeiden noudattamiseen

Näöntutkimukseen varatun ajan pituudella ei ollut merkitystä anamneesin ja lähinäön tutkimisen osalta. Myös muut tutkimukset toteutuivat osittain yhtä hyvin käytettävissä olevasta ajasta riippumatta. Kuitenkin niissä kohdissa, joissa oli selvä ero vastausten välillä, toteutui Hyvä näöntutkimuskäytäntö paremmin, kun aikaa oli varattu 30 minuuttia. 30 minuutin ajassa toteutuivat paremmin muun muassa dokumentointi, reservien ja forioiden mittaaminen sekä peittokoe. Uskomme, että pidempi aika mahdollistaa sen, että kaikki vähänkin tarpeellisilta tuntuvat testit ehtii tekemään rauhassa. Varmuuden vuoksi pystyy tekemään myös sellaisia testejä, joita ei välttämättä anamneesin perusteella osaa arvioida tarpeellisiksi, eli käyttää tietokantatutkimusta, jollainen Hyvä näöntutkimuskäytäntökin tavallaan on (Elliot 2007, 11).

Optometrian Eettinen Neuvosto (2014a, 4) ohjeistaa, ettei jokaisessa näöntutkimuksessa tarvitse olla kaikkia aiemmin esitettyjä vaiheita, mutta niistä voidaan poiketa vain perustellusta syystä. Lyhemmässä ajassa koettiin useammin, että vastaajalla oli jokin syy jättää testi tekemättä. Todennäköisesti kaikki vastaajat eivät tekisi kaikkia mainittuja testejä, vaikka aikaa olisikin enemmän. Luultavasti he ovat olosuhteiden pakosta tottuneet karsimaan osan testeistä, tai eivät pidä niitä jostain syystä tärkeinä. Kuitenkin suurempi prosentti myös niistä vastaajista, jotka kokivat, että

heillä ei aina ole perusteltua syytä testien tekemättä jättämiselle, työskentelivät paikassa, jossa tutkimuksen tekoon varattiin aikaa 20 minuuttia. Huomattavasti suurempi prosentti vastasi tehneensä kaikki testit, kun aikaa oli 30 minuuttia. Tämä todennäköisesti siksi, että on aikaa tehdä enemmän testejä, vaikka niiden teko ei välttämättä juuri kyseiselle asiakkaalle olisi tarpeellista.

Yli puolet vastaajista kokivat tutkimusajan liian lyhyeksi sen ollessa 20 minuuttia. Silloin, kun he kokivat näin, on oletettavissa, että heiltä jäi jotain tekemättä, tai he joutuvat tahtomattaan kiirehtimään. Tutkimusajan ollessa 30 minuuttia, enää vain noin kymmenesosa oli sitä mieltä, että aika ei riitä tutkimuksen tekemiseen Hyvän näöntutkimuskäytännön mukaisesti. Lisäksi riittäväksi ajaksi arvioitiin pääasiassa 30–40 minuuttia. Varattua tutkimusaikaa ei tarvitse pidentää kuin kymmenen minuuttia, jotta suurin osa vastaajista ehtii tekemään tutkimuksen mielestään huolellisesti. Tämä ei mielestämme ole täysin mahdotonta myöskään yrityksen näkökulmasta. Työelämä on muuttunut tässä suhteessa jo vähän liiankin kiireiseksi ja työyhteisöön kohdistuu jo melko ristiriitaisia vaatimuksia. Tutkimus pitäisi tehdä hyvin, mutta mahdollisimman lyhyesti ja kustannustehokkaasti. Optikot ovat varmasti joutuneet kehittämään toimintaansa yrittäessään mahtua tähän muottiin, mutta suunta ei välttämättä ole oikea. Työyhteisössä on korkea aika keskustella tämän hetken käytänteistä etenkin tutkimusaikojen suhteen ja mahdollisesti muuttaa niitä tilanteen vaatimalla tavalla. (Vuori-Kemilä ym. 2005, 34–35.)

Uskomme, että tilanteessa, jolloin näöntutkija kokee joutuvansa nopeuttamaan näöntutkimuksen kulkua, hän toimii vastoin omaa eettistä näkemystään. Lisäksi työntekijän oma eettinen näkemys saattaa riidellä yrityksen asettamia tutkimusaikoja vastaan, jolloin henkilön ja yrityksen etiikka ovat ristiriidassa. Tässä tulee hyvin ilmi se, miten työntekijä ei voi toimia vain oman näkemyksensä mukaan, vaan myös työympäristö määrittää hänen toimintaansa (Airaksinen 1992, 19–20). Joitakin tutkimuksia ehtii tehdä lyhemmissäkin ajassa. Mikäli päivä kuitenkin on varattu täyteen 20 minuutin aikoja, kuormittaa se näöntutkijaa huomattavasti ja vaikuttaa hänen jaksamiseensa. Joissain tilanteissa asiakkaan kanssa voi mennä varattua aikaa pidempään, josta saattaa syntyä ikään kuin ketjureaktio, jolloin muutkin päivän ajat myöhästyvät.

Lyhentyneet näöntarkastusajat luovat mielestämme painetta työntekijälle muokata toimintaansa, mutta kuinka paljon näöntutkimuksesta on mahdollista tinkiä laadun kärsimättä? Ja kuinka moni todellisuudessa osaa tehdä tutkimuksen laadusta tinkimättä? Näkemisen ja silmäterveyden toimialan (2012, 14) mukaan, palveluiden leikkaaminen ja työntekijöiden vähentäminen kustannusten pienentämisen vuoksi aiheuttaa muutoksia työpaikoilla: vaikka perusammattiosaaminen säi-

lyisi hyvänä, ammattiosaaminen tai sen toteuttaminen vähenee kustannuspaineiden alla. Nyt, kun terveydenhuollollista näkökulmaa painotetaan yhä enemmän, käy näöntutkimukseen varattu aika vähiin. Eräs vastaajista kertoi huomanneensa kollegoiden vaihtavan alaa aiempaa useammin, eikä asia ollut tullut hänelle yllätyksenä. Avoimissa vastauksissa tutkimusaikaa kommentoitiin muun muassa näin: ”Meillä on nyt 30min ajat, kokeilussa oli 20 min ajat, jotka oli aivan katastrofi. Juuri ja juuri 30min riittää, jotta oikeasti ehdit tehdä kaikki testit ja osiot ja selittää asiakkaalle asioita. Onneksi (ainakin toistaiseksi) 20 min ajoista luovuttiin, kun huomattiin että homma ei toimi.” Kolmas vastaajista kommentoi, että hän pitää kahdenkymmenen minuutin tutkimusaikoja todella huonona asiana, koska siinä ajassa ei ehdi tehdä tutkimukseen vaadittavia asioita kunnolla.

Erot Hyvän näöntutkimuskäytännön ohjeiden noudattamisessa ketjuliikkeiden ja yksityisten optikkoliikkeiden välillä

Selkeimmät erot vastauksissa tulivat ilmi siinä, kuinka vastaajan työskentelypaikka vaikutti Hyvän näöntutkimuskäytännön noudattamiseen. Eroavaisuudet eivät kuitenkaan olleet vain toisen puolesta tai vastaan, vaan kummankin työympäristön osalta löytyi sekä hyvin toteutuneita asioita, että kehitettävääkin. Tutkimuksen tulkinnessa on otettava huomioon, etteivät kaikki ketjuliikkeet tai yksityiset optikkoliikkeet ole käytännöllään samanlaisia. Kaikkia ketjuliikkeitä ei käytännössä voi rinnastaa toisiinsa, ja yksityisten yritysten puolella hajonta on vielä suurempaa. Osa yksityisistä optikkoliikkeistä ovat enemmän myyntipainotteisia kuin toiset, joka voi vaikuttaa muun muassa näöntarkastusten sisältöön, tai laitteiden ja ammattiosaamisen ylläpitämiseen. Lisäksi Airaksinen (1992, 19–20) huomauttaa, että on erotettava toisistaan yksikön vastuu omasta toiminnastaan ja se ympäristö, jossa henkilö tekee ammattieettisyyttä koskevat päätöksensä. Toisaalta työpaikalla ihminen ei toimi pelkkänä yksilönä, vaan hän ottaa vaikutteita myös yhteisöstä ja organisaatiosta. Näistä syistä alan ketjuliikkeiden ja yksityisten optikkoliikkeiden vertailu on vaikeaa ja yleistettävyyttä heikkoa.

Alan ketjuliikkeissä työskentelevät selvittivät aina anamneesissa noin kuudesosan verran paremmin aiemmat tutkimukset -ja leikkaukset, yleissairaudet, suvun sairaudet ja strabismuksen, mutta muiden kohtien osalta arviot jakautuivat kutakuinkin tasan yksityisten liikkeiden kanssa. Saaren (2011, 50–51) mukaan on tärkeää kysyä myös asiakkaan yleissairauksista ja -lääkityksistä, koska silmävaivat ovat usein yhteydessä yleissairauksiin ja käytössä oleviin lääkityksiin. Dokumentointi toteutui aina myös hieman paremmin ketjuliikkeissä. Näiden pienten ero-

vaisuusien taustalla voi olla se, että osassa ketjuliikkeissä anamneesiin ja dokumentointiin on valmis runko, jota tutkimuksen tekijä voi täyttää tutkimuksen aikana.

Objektiivisessa tutkimuksessa eroja havaittiin peittokokeen, konvergenssin ja pupillireaktioiden osalta. Yksityisissä optikkoliikkeissä aina ja usein -vastauksia kertyi noin 10–20 % enemmän, kun kyseessä oli peittokoe ja konvergenssin lähipisteen tutkiminen. Ketjuliikkeissä pupillireaktioiden tutkiminen toteutui aina tai usein noin kymmenesosan useammin verrattaessa yksityisiin optikkoliikkeisiin. Sama tulos saatiin myös tropioiden ja forioiden tutkimisessa. Tutkimuksen alussa tehdyn peittokokeen tulokset antavat alustavia tietoja asiakkaan ongelmista jo ennen varsinaisen refraction tekemistä (Essilor 2008, 16). Tutkimustulosten perusteella yksityisissä optikkoliikkeissä työskentelevillä oli yleensä enemmän aikaa käytettävissä tutkimuksen tekemiseen, joten oli hiukan odotustemme vastaista, että objektiiviset tutkimukset toteutuivatkin paremmin ketjuliikkeissä. Mietimme mahdollisuutta, että kaikissa yksityisissä optikkoliikkeissä ei välttämättä ole kaikkia näöntutkimuksen eri vaiheisiin tarvittavia välineitä käytössä, esimerkiksi Maddoxin siipeä. Välineiden puute vaikuttaa suoraan testien tekemiseen. Pohdintamme perustuu siihen, että avoimissa vastauksissa mainittiin, että Hyvän näöntutkimuskäytännön toteuttaminen oli helpompaa ketjuliikkeissä, koska siellä oli paremmat välineet käytössä.

Refraction tarkentaminen asiakkaalle tehtiin yksityisissä liikkeissä hieman paremmin. Mahdollinen syy siihen on, että yleensä optikko tai optometrismi itse jatkaa asiakkaan kanssa lasien valintaan, jolloin hänellä on parempi mahdollisuus tarkentaa refraktiota. Ketjuliikkeissä puolestaan myyjä on useimmiten se, joka palvelee asiakasta lasien valinnan yhteydessä, jolloin pätevyyttä refraction tarkentamiseen ei ole. Silmälasimääräyksen antaminen asiakkaan mukaan toteutui ketjuliikkeissä puolestaan paremmin. Tässä syynä voi olla, että yksityisissä liikkeissä pelätään enemmän asiakkaan menevän reseptin kanssa viereiseen liikkeeseen. Tällöin asiakas ostaisi tuotteet varmemmin kyseisestä liikkeestä, kun reseptiä ei anneta mukaan.

Näöntarkkuuden muutoksista kertoi 10 % useammin yksityisissä optikkoliikkeissä työskentelevät vastaajat, kuin ketjuliikkeissä työskentelevät vastaajat. Uskomme syyn olevan, että aikaa on käytettävissä hieman enemmän. Lisäksi yksityisissä liikkeissä etuna on se, että näöntutkija pystyy itse kertomaan mahdollisista muutoksista. Ketjuliikkeissä puolestaan aikataulu on tiukempi ja asiakas ohjataan melko nopeasti tarkastuksen jälkeen myyjän palveltavaksi. Valtioneuvoston asetus potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, 2:5.1, 2 §) kuitenkin velvoittaa tutkijaa antamaan

suullisen selvityksen tutkittavan hoitoon ja toimenpiteisiin liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä jatkon kannalta.

Avoimista vastauksista poimimme muutamia kommentteja, miksi ketjuliike tai yksityinen optikko-liike on parempi työympäristö Hyvän näöntutkimuskäytännön noudattamiseen. Ketjuliikkeiden puolesta kommentoitiin muun muassa niin, että vastaajan mielestä ketjussa on paremmat ohjeistukset ja informointi, sekä konseptikäytännöt ovat paremmin mietittyjä. Hän kertoi myös, että loppujen lopuksi kaikki on optikosta itsestään kiinni. Yksityisten liikkeiden puolesta useimmat kommentit perustuivat sisällöltään samoihin asioihin. Eräessä kommentissa kerrottiin, että optikko saa toimia vapaammin ja asiakkaat voi ottaa huomioon yksilöllisemmin. Tarvittaessa optikko saa myös käyttää enemmän aikaa kutakin asiakasta kohden. Pääosin vastauksista kävi ilmi se, että asiakkaat voidaan huomioida paremmin, kun aikaa on käytettävissä enemmän. Kommenteista oli nähtävissä myös se, ettei testejä tarvitse karsia välttämättä yhtä paljon kuin ketjuliikkeissä. "Kii-reettömämpi työympäristö verrattuna ketjujen liikkeeseen. Täydemmät näöntarkastusajat ketjun liikkeissä antavat painetta aikatauluissa pysymiseen työpäivän aikana, jolloin on pakko karsia pois tutkimuksesta "ylimääräiset" testit.." -kommentoi eräs vastaajista. Lisäksi poimimme avoimista kommentteista erään vastaajan näkemyksen siihen, mitä kaikkea optikolta ja optometriltä nykyään vaaditaan annetun ajan puitteissa:

Teen näöntutkimuksen joka tapauksessa ammattietiikkaa noudattaen. Ketjun liikkeessä painostetaan tekemään nopeammin ja vain ihan kaupan kannalta välttämättömimmät testit. Nykyään arvostetaan vain nopeutta ja euroja. Silmien terveyden arviointiin ei 20 minuutissa jää aikaa, varsinkin, kun iso osa ajasta menee alkulämmittelyyn (henkilö- ja osoitetietojen kyselyyn, ent. lasien mittaukseen, autorefumittaukseen, anamneesiin),... Virallisen ohjeen mukaan 20 min sisältää myös lyhyen mikroskoopoinnin ja piilolinssien silmiin laittamisen sekä erilaisten lasikorjausmahdollisuuksien demonstroinnin. Kyllä siinä saa olla melko nopea, jos meinaa tehdä työnsä huolella. Yksityisellä puolella on enemmän aikaa käytettävänä asiakkaaseen, kun ymmärrettävästi panostetaan laatuun, ei määrään. (Anonyymi vastaaja)

Alan työkokemuksen vaikutus Hyvän näöntutkimuskäytännön ohjeiden noudattamiseen

Alan työkokemuksen vaikutus oli selkeimmin nähtävissä heidän osaltaan, jotka olivat työskennelleet optisella alalla alle 10 vuotta tai yli 31 vuotta. Pisimpään alalla työskennelleet tekivät joitakin testejä useammin kuin nuoremmat, sillä kokemus oli mahdollisesti opettanut tiettyjen testien tärkeyden. Myös tässä kohdassa erot voivat johtua siitä, että kokemuksen myötä ongelmakeskeinen tutkimus mahdollistaa jättämään joitakin testejä pois tutkimuksesta. Elliotin (2007, 12) mukaan

ongelmakeskeisen tutkimuksen tarkoituksena on keskittyä asiakkaan esiin tuomiin ongelmiin. Anamneesissa reilusti yli puolet vastaajista, joilla työkokemusta oli alle kuusi vuotta, selvitti suvussa esiintyvät sairaudet aina. Työkokemuksen pysyessä samana, vastaajista kaksi kolmasosaa selvitti myös silmiin vaikuttavat lääkkeet aina. Koulutuksen muutos ja silmien terveydentilan tutkimisen painottaminen opetussuunnitelmassa on varmasti vaikuttanut siihen, että viimevuosina valmistuneet kiinnittävät näihin seikkoihin enemmän huomiota.

Objektiivisen tutkimuksen osalta arviot jakoutuivat pisimpään alalla olleiden eduksi, kun tarkasteltiin aina ja usein -vastausvaihtoehtoja. Heikoimmat tulokset olivat heillä, joilla työuraa oli takana enintään 10 vuotta. Selkeimmät erot olivat silmien liiketestin, fiksaation ja konvergenssin lähipisteen osalta. Silmien liiketestin avulla voidaan osoittaa lihaksen normaali toiminta. Mikäli löydöksenä on virheellinen liike, saattaa se johtua yhden tai useamman silmälihaksen tai niiden hermostuksen vauriosta. (Rabbetts 1998, 147.) Nämä tuloksista ilmenneet erot saattavat johtua esimerkiksi siitä, että kokemuksen myötä perusjutut sujuvat paljon nopeammin, jolloin aikaa jää muillekin testeille.

Yhteistoiminnan tutkimukseen sisältyvä tropioiden tutkiminen toteutui selkeästi paremmin 11–20 vuotta töitä tehneillä kuin pisimpään alalla olleilla, joka saattaa johtua siitä, että he tutkivat vielä varmuuden vuoksi sellaiset asiat, joihin anamneesi ei välttämättä anna aihetta (Elliot 2007, 11). Pidempään alalla olleet käyttävät luultavasti usein ongelmakeskeistä tutkimusstrategiaa, joka voi mahdollistaa tropioiden tutkimattomuuden (Elliot 2007, 12). Binokulaarisen näön tutkiminen puolestaan tehdään paremmin aina, kun työura oli yli 31 vuotta verrattuna lyhimmän kokemuksen kartuttaneisiin vastaajiin. Tämä mahdollisesti johtuu työuran kartuttamasta kokemuksesta, jonka myötä vastaajat tietävät, miten suuri vaikutus toimivalla binokulariteetilla on.

Lähinäköön perustuvien testien tekeminen toteutui parhaiten heillä, joilla alan kokemusta oli eniten. Muita harvemmin lähinäön tutkimisen toteuttivat he, joilla työkokemusta oli alle kymmenen vuotta. Dokumentointi tehtiin selkeästi paremmin, kun alan työkokemusta oli alle kuusi vuotta. Syynä voi olla, että alan uusimmat työntekijät muistavat koulussa opetetun dokumentoinnin tärkeyden paremmin, jolloin he ovat mahdollisesti tunnollisempia sen tekemisessä. Myös Elliot (2014, 15) painottaa dokumentoinnin merkitystä kirjassaan *Clinical procedures in primary eye care*.

Pääosin palautteen antaminen tutkittavalle toteutui aina pisimpään työskennelleiltä paremmin kuin alle kaksikymmentä vuotta alalla olleilta. Optikolla on velvollisuus ohjata asiakas lääkärin vastaanotolle, jos hän huomaa tutkimuksissaan viitteitä mahdollisista silmäsairauksista tai muusta lääketieteellistä tutkimusta vaativasta oireesta tai löydöksestä (Valvira 2013, viitattu 22.09.2016). Alle kuusi vuotta alalla olleet ohjasivat asiakkaan useammin lääkärille kuin alalla yli kuusi vuotta työskennelleet. Tämä luultavasti johtuu siitä, että heillä ei vielä ole niin hyvää kokemusta, jotta tietävät, mikä todellisuudessa vaatii lääkärillä käyntiä ja mikä on normaalia.

Perusteltu syy jättää jokin tekemättä löytyi aina paremmin heiltä, joilla oli alle kuuden vuoden kokemus verrattuna 11–20 vuoden kokemukseen. He, joilla kokemusta oli vähemmän, joutunevat miettimään tarkemmin, mitä testeistä voi jättää pois. Tämän myötä he myös joutuvat selittämään itselleen, miksi valitsivat juuri näin ja täten pohtivat näöntutkimuksen kulkua paremmin. Perusteluna syynä voidaan pitää esimerkiksi sitä, että tarvetta tutkimiselle ei tule ilmi anamneesissa, mikäli käytössä on ongelmakeskeinen tutkimustyyli. Tällöin näöntutkijan on oltava todella kokenut ja osattava tehdä erittäin huolellinen anamneesi, jotta hän osaa valita juuri oikeat testit ongelmien selvittämiseksi (Elliot 2007, 11–12). Voi tietenkin olla myös tilanteita, että asiakas ei itse osaa kertoa oireista ja yhdistää niitä silmiin.

7.2 Johtopäätökset

Tutkimuksemme hypoteesina oli, että näöntutkimuksien sisällössä on havaittavissa puutteita Hyvä näöntutkimuskäytäntö -ohjeistuksen näkökulmasta. Asettamamme hypoteesi toteutui, mutta odotimme, että näöntarkastuksiin tulleiden muutosten myötä puutteet olisivat hiukan lisääntyneet verrattuna Mattilan ja Riuttalan (2010) saamiin tuloksiin. Tuloksissa ei kuitenkaan ollut niin paljon eroavaisuuksia Hyvään näöntutkimuskäytäntöön, kuin Mattilan ja Riuttalan (2010) työn pohjalta odotimme. Samat puutteet, jotka olivat havaittavissa heidän opinnäytetyönsä tuloksista, löytyvät myös tekemästämme tutkimuksesta.

Hyvän näöntutkimuskäytännön noudattamisessa näöntutkimuksissa on kehitettävää. Kehitettävää on erityisesti objektiivisen tutkimuksen osa-alueiden tutkimisessa. Tutkimuksen perusteella vaikuttaa siltä, että monet vastaajista hyötyisivät pidemmistä näöntutkimusajoista. Hieman yli puolet vastaajista pitivät nykyistä näöntutkimusaikaa riittävänä, mutta yli kolmasosa kaipasi siihen pidentymistä. Sekä alan yksityisissä liikkeissä, että ketjuliikkeissä on kehitettävää näöntutkimuksien sisällöissä. Molempien pitäisi kiinnittää huomiota erityisesti objektiivisen tutkimuksen osa-

alueisiin, sekä reservien mittaukseen. Niiden toteutumisessa olisi molemmilla kaikista eniten parantamisen varaa. Alan pitkä työkokemus vaikutti positiivisesti tutkimusten tekemiseen. Myös työkokemuksen osalta kaikkien pitäisi kiinnittää huomiota erityisesti objektiivisen tutkimuksen osalle alueisiin sekä reservien mittaukseen. Lisäksi pidempään alalla olleiden pitäisi kehittää muun muassa tropioiden tutkimista sekä lyhempään alalla olleiden silmien yhteistoiminnan riittävyden tutkimista. Ainakin osaa vastaajista hyödyttäisi myös joidenkin testien kertaaminen, jotta tutkimustilanteessa muistettaisiin miten ja miksi ne tehdään.

Tutkimuksen perusteella optikot kokivat pääasiassa toimivansa Hyvän näöntutkimuskäytännön mukaan eli ammattieettisesti, Hyvän näöntutkimuskäytännön vaatimat tutkimukset jäivät kuitenkin osittain toteutumatta. Viidesosa vastaajista koki, että ei toimi ammattieettisesti. Perusteluksi mainittiin pääasiassa ajan puute. Vastauksista on siis havaittavissa, että jotkut vastaajista joutuivat osittain ristiriitaan ammattieettisyytensä kanssa. He olisivat halunneet tutkia asiakkaita perusteellisemmin ja pidempään, mutta työympäristön asettamat rajat eivät välttämättä aina mahdollistaneet sitä.

7.3 Validiteetti ja reliabiliteetti

Validiteetti kertoo tutkimuksen pätevyuden, eli mitattiinko sitä mitä piti. Validiteetti on tutkimuksen kannalta ensisijaisen tärkeää. (Vehkalahti 2008, 41.) Tutkimuksen validiteettia pyrittiin parantamaan sillä, että teimme kyselyn itse useaan otteeseen ennen sen lähetystä eteenpäin ja lisäksi myös viisi optometrian opiskelijaa esitesti kyselylomakkeen. Mielestämme tutkimustulokset onnistuivat vastaamaan niihin ongelmiin, mihin pyrittiinkin saamaan vastaus. Reliabiliteetti puolestaan kertoo, kuinka tutkimus toistettavissa ja sen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia (Hirsjärvi ym. 2009, 231). Mittauksen reliabiliteetti on sitä korkeampi, mitä vähemmän mittausvirheitä siihen sisältyy (Vehkalahti 2008, 41). Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida muun muassa vastausprosentilla (Ketokivi 2008, 43). Kyselymme lähetettiin noin tuhannelle, joista noin kaksisataa oli opiskelijoita. Kyselyyn vastasi 201 henkilöä eli kyselymme vastausprosentti on noin 20, jolloin tutkimuksen kato on noin 80 %. Vastausprosentti on kuitenkin aina monien tekijöiden summa, ja verkkotutkimuksissa vastausprosenttia 20–30 % pidetään erittäin onnistuneena (SurveyMonkey 2016, viitattu 8.11.2016). Vastausten perusteella kyselyyn osallistui ainakin kaksi sairaalaoptikkoa, joiden työnkuva luultavasti on hiukan erilainen, minkä vuoksi heidän vastauksensa voivat hiukan vääristää tuloksia. Saatekirjeellä pyrimme minimoimaan opiskelijoiden osuuden vastaajista. On kuitenkin mahdollista, että kaikki eivät huomioineet saatekirjeen sisältöä tämän suhteen,

joten myös jotkut opiskelijat saattoivat vastata kyselyyn. Kyselyn alkuun olisi pitänyt laittaa erottelva kysymys, jolla olisimme voineet varmistaa vain valmistuneiden optikoiden vastaamisen kyselyyn.

Reliabiliteettia paransi se, että kysely toteutettiin Internet-kyselynä. Tämä mahdollisti sen, että haastattelijan vaikutus lopputuloksiin vältettiin ja anonymiteetti säilytettiin. Avoimiin kysymyksiin puolestaan jätettiin osittain vastaamatta, sen osalta haastattelu olisi voinut olla parempi tapa. Haastattelu olisi kuitenkin vaatinut lisäresursseja, emmekä olisi saaneet yhtä rehellisiä vastauksia kuin anonymiteetin turvin. Vastausten tarkkuus puolestaan oli hieman kyseenalainen, sillä vastaajat ovat voineet vastata kysymyksiin epätotuudenmukaisesti omaksi edukseen. Lisäksi vastaajista suurin osa työskenteli ketjuliikkeissä, jolloin vastausten verrattavuus suhteessa yksityisissä liikkeissä työskenteleviin vastaajiin saattoi aiheuttaa tulosten vääristymistä toisen vastaajaryhmän eduksi. Validiteetin toteutumiseen on saattanut vaikuttaa myös kysymykset strabismuksesta, jonka merkitystä eivät kaikki ole ehkä ymmärtäneet.

7.4 Tutkimuksen eettisyys

Noudatimme tutkimuksessamme Tutkimuseettisen neuvottelukunnan luomaa ohjetta Hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Tutkimus voidaan katsoa eettisesti hyväksi, kun se noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää muun muassa tiedeyhteisön tunnustamien toimintatapojen noudattamista, tutkimuksessa käytettyjen aiempien tutkimusten arvostamista lähdeviittein sekä tutkimuksen yksityiskohtaista suunnittelua, toteutusta ja raportointia. Tutkimuksen lähtökohtana tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen ja epärehellisyyttä tulee välttää kaikissa tutkimustyön vaiheissa. (Hirsjärvi ym. 2009, 23–25; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6–7.) Tutkimuksemme ei aiheuta haittaa yksittäiselle vastaajalle eikä tämän työuralle, sillä vastaajien henkilöllisyyttä ei tiedusteltu tutkimuksen missään vaiheessa. Haittaa ei synny myöskään yksittäisille yrityksille, sillä yritysten toiminimitietoja ei ole tiedusteltu tutkimuksen missään vaiheessa. Tutkimuksen objektiivisuus saavutettiin siten, että pysyimme erillään haastateltavista kohteista (Virsta 2016, viitattu 7.11.2016). Tutkimuksemme saatekirjeessä tuotiin selkeästi ilmi, että kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista ja vastaamisen voi jättää kesken milloin tahansa. Olemme toimineet tutkimuksessamme rehellisesti ja tutkimuseettisesti: tutkimuksen aineistoa ei ole sepitetty, vääristelty, plagioitu tai anastettu (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 8–9). Suorat lainaukset on eritelty selkeästi muusta tekstistä.

7.5 Omat oppimiskokemukset ja jatkotutkimushaasteet

Opinnäytetyö on ollut pitkä ja laaja prosessi. Sen aikana opimme, että aihetta olisi pitänyt rajata vielä huomattavasti enemmän tai joitakin alaongelmia olisi pitänyt jättää pois, jotta tutkimuksesta ei olisi tullut näin laaja. Emme hahmottaneet kyselyä tehdessämme, kuinka laajat tulokset kuskakin tutkimusongelmasta tulee. Tämän vuoksi niitä tuli liikaa ja koko tutkimusaineistosta liian laaja. Opinnäytetyö opetti meitä käsittelemään suuria aineistoja, rajaamaan aihekokonaisuuksia ja hakemaan tietoa monipuolisista lähteistä.

Tämän tutkimuksen tekeminen on opettanut meitä kiinnittämään huomiota oman näöntutkimuksemme kulkuun. Airaksisen (1992, 19–20) mukaan vain ammattilainen on alansa asiantuntija, jonka vuoksi juuri hänen on huolehdittava oman työympäristönsä kehittämisestä. Tutkimustulosten perusteella pystymme valmistuttuamme kehittämään ilmenneitä puutteita omassa työelämässämme, sekä perustelemaan asiantuntevasti näöntutkimukseen tarvittavan ajan merkitystä ja täten vaikuttamaan jaksamiseemme työelämässä.

Tutkimuksen aikana mieleemme tuli jatkotutkimushaaste esimerkiksi projektiluontoisesta työstä, jossa kehitetään konkreettisia parannusehdotuksia tai toimintatapoja näöntutkimuksen laadun parantamiseksi. Toinen jatkotutkimushaaste on haastattelu optikoille ja optometristeille, jossa selvitetään, minkälaista konkreettista haittaa he ovat kokeneet liian tiukoista aikatauluista. Edellä mainittujen asioiden lisäksi voi myös pohtia, pitäisikö Hyvää näöntutkimuskäytäntöä mahdollisesti päivittää vastaamaan paremmin nykypäivän näöntutkimuksia.

LÄHTEET

Airaksinen, T. 1992. Ammattien ja ansaitsemisen etiikka. 2. painos. Helsinki: Yliopistopaino.

American Academy Of Ophtalmology. 2015. Cover tests. Viitattu 9.9.2016, http://eyewiki.aao.org/Cover_Tests.

American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus. 2012. Convergence Insufficiency. Viitattu 17.11.2016, <https://www.aapos.org/terms/conditions/38>.

American Optometric Association. 2011. Care of the Patient with Accommodative and Vergence Dysfunction. Viitattu 26.10.2016, <http://www.aoa.org/documents/optometrists/CPG-18.pdf>.

American Optometric Association. 2016. Comprehensive Eye and Vision Examination. Viitattu 4.9.2016, <http://www.aoa.org/patients-and-public/caring-for-your-vision/comprehensive-eye-and-vision-examination?sso=y>.

Business Fellows. 2015. Yrittäjän etiikka – liiketoiminnan perimmäisten kysymysten äärellä. Viitattu 13.10.2015, <https://www.businessfellows.com/articles/23>.

Elliot, D. B. 2007. Clinical procedures in primary eye care. 3. painos. Philadelphia: Elsevier Saunders.

Elliot, D. B. 2014. Clinical procedures in primary eye care. 4. painos. Philadelphia: Elsevier Saunders.

Essilor International. 2008. Practical Refraction. Varilux University.

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Porvoo: Edita.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15.–17. painos. Helsinki: Tammi.

Ketokivi, M. 2008. Tilastollinen päättely ja tieteellinen argumentointi. 1. painos. Helsinki: Gaudemus Oy.

Korja, T. 2008. Silmälasien määrääminen. Helsinki: Kirjapaino keili Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOY opimateriaalit Oy.

Mattila, K. & Riuttala T. 2010. Näöntutkimukset optikon työssä: Kyselytutkimus optikoille. Viitattu 15.10.2016,
https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/21889/Mattila_Katja_Riuttala_Taru.pdf?sequence=1

Näkemisen ja silmäterveyden toimiala. 2012. Optisen alan toimialastrategia 2012. Viitattu 1.11.2016, http://www.naery.fi/wp-content/uploads/sot_strategia2012_a4_net.pdf.

Opetushallitus. 2016. Ihmisen elämä ja etiikka. Viitattu 13.4.2016,
http://www02.oph.fi/etalukio/uskonto/kurssi3/sivu_3_2_1.html.

Optitieto Oy. 2010. Optinen ala Suomessa 2009–2010. Viitattu 14.10.2015,
http://www.optometria.fi/media/oatn-pdf/optinen_ala_2009_2010.pdf.

Optometrian Eettinen Neuvosto. 2014a. Hyvä optikon tutkimuskäytäntö -ohjeistus. Viitattu 3.11.2015,
http://www.optometria.fi/media/tiedostot/hyva-optikon-tutkimuskaytando-ohjeistus_2014-id-4106.pdf.

Optometrian Eettinen Neuvosto. 2014b. Optikon ammatin harjoittamisen eettiset ohjeet. Viitattu 30.11.2015,
<http://www.optometria.fi/media/optikon-ammatin-harjoittamisen-eettiset-ohjeet-2014.pdf>.

Praxis. 1994. Käytännön yritystaito. Osa 2. Juva: WSOY.

Rabbetts, R. B. 1998. Bennett & Rabbetts' Clinical visual optics. 3.Painos. Oxford: Butterworth-Heinemann.

Rosenfield, M. & Logan, N. 2009. Optometry: Science, Techniques and Clinical Management. 2.Painos. Butterworth-Heinemann.

Saari, K.M. 2011. Silmätautioppi. 6. painos. Keuruu: Kandidaattikustannus Oy.

Terveysportti. 2016. Terminologian tietokannat. Viitattu 26.9.2016, http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/terveysportti/rex_terminologia.koti.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa: Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Viitattu 15.11.2015, http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Valvira. 2013. Optikon ja silmälääkärin välisestä työnjaosta ja potilaan informoinnista. Viitattu 22.09.2016, <https://www.valvira.fi/-/optikon-ja-silmalaakar-in-valisesta-tyonjaosta-ja-potilaan-informoinnista>.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. 1. painos. Vammala: Tammi.

Virsta. 2016. Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen erot. Viitattu 7.11.2016, <https://www.stat.fi/virsta/tkeruu/01/07/>.

Vuori-Kemilä, A., Lindroos, S., Nevala, S. & Virtanen, J. A. 2005. Ihmisen hyvä: Etiikka lähihoitotyössä. 1. painos. Helsinki: WSOY.

LIITTEET

SAATEKIRJE

LIITE 1

Hei kaikki optikot ja optometristit!

Oulussa 1.5.2016

Olemme kolme optometreriopiskelijaa Oulun ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyösämme kyselytutkimuksen, joka on lähetetty Suomessa työskenteleville optikoille ja optometristeille. Tutkimuksemme aiheena on optikoiden ammattietiikka näöntutkimuksessa. Opinnäytetyösämme ammattietiikalla tarkoitetaan sitä, noudattaako optikko työssään Optometrian Eettisen Neuvoston luomia ohjeita hyvälle näöntutkimukselle.

Tutkimuksemme tarkoituksena on tutkia ja arvioida sitä, täyttääkö näöntutkimuksen tekeminen työpaikalla Optometrian Eettisen Neuvoston luomissa ohjeissa hyvälle näöntutkimukselle määritetyt kohdat. Lisäksi tarkoituksena on vertailla, vaikuttavatko tutkimusajan lyheneminen ja yksityisessä optikkoliikkeissä tai ketjussa työskentely hyvän näöntutkimuksen ohjeiden noudattamiseen. Tutkimuksella pyrimme herättelemään alalla toimijoita huomaamaan näöntutkimuksen mahdollisia puutoskohtia.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista, ja vastaamisen voi lopettaa kesken kyselyn. Anonymiteetin suojaamiseksi henkilö- ja yrityskohtaisia tietoja ei kerätä. Tällöin ketään ei voida millään tavalla yhdistää yksittäisiin vastauksiin eikä tiettyyn yritykseen.

Kysely on sähköisessä muodossa, ja vastaamiseen kuluu noin kymmenen minuuttia. Olemme kiitollisia kaikista vastauksista, sillä jokainen niistä on tarpeellinen tutkimuksen onnistumisen kannalta. Toivomme, että voisitte käyttää pienen hetken vastaamiseen.

Pääsette kyselyyn klikkaamalla alla olevaa linkkiä tai kopioimalla linkin selaimen osoiteriville.

<https://www.webropolsurveys.com/R/2290A31BEBFDE0FA.par>

Vastausaika päättyy 31.5.2016. Mikäli teillä herää kyselyymme liittyvää kysymistä, voitte ottaa meihin yhteyttä.

Kiitos jo etukäteen!

Ystävällisin terveisin,

Lotta Koivula
0407645404

Satu Luoma
0505375424

Janica Niskala
0449758616

o3kolo00@students.oamk.fi o3lusa00@students.oamk.fi o3nija02@students.oamk.fi

Optikon ammattietiikka näöntutkimuksessa

1. Sukupuolesi?

- Mies
- Nainen

2. Ikäsi?

- 20-25 vuotta
- 26-30 vuotta
- 31-35 vuotta
- 36-40 vuotta
- 41-45 vuotta
- 46-50 vuotta
- 51-55 vuotta
- 56-60 vuotta
- 61-65 vuotta
- yli 65 vuotta

3. Missä koulussa olet opiskellut?

- Optikko-opistossa
- Instrumentariumin koulussa
- Helsingin ammattikorkeakoulu Stadiassa
- Metropolia ammattikorkeakoulussa
- Oulun ammattikorkeakoulussa
- Jossain muussa, missä _____

4. Montako vuotta olet työskennellyt optisella alalla?

- 0-5 vuotta
- 6-10 vuotta
- 11-15 vuotta
- 16-20 vuotta
- 21-25 vuotta
- 26-30 vuotta
- 31-35 vuotta
- 36-40 vuotta
- 41-45 vuotta
- 46-50 vuotta
- yli 50 vuotta

5. Missä päin Suomea työskentelet?

- Pohjois-Suomi
- Keski-Suomi
- Etelä-Suomi
- Länsi-Suomi
- Itä-Suomi

6. Työskenteletkö tällä hetkellä ketjuliikkeessä vai yksityisessä optikkoliikkeessä?

- Ketjuliikkeessä
- Yksityisessä optikkoliikkeessä
- Olen tällä hetkellä työttömänä

7. Onko nykyisellä/viimeisimmällä työpaikallasi määrätty tietty aika näöntutkimuksen tekemiseen? *

- Kyllä
- Ei

8. Aikaa näöntutkimuksen tekemiseen on varattu..

- 10 minuuttia
- 15 minuuttia
- 20 minuuttia
- 30 minuuttia
- 45 minuuttia
- 60 minuuttia
- Joku muu, mikä? _____

9. Kuinka hyvin tiedät, mitä sisältyy Optometrian Eettisen Neuvoston luomaan Hyvään näöntutkimuskäytäntöön?

- Hyvin
- Melko hyvin
- Melko huonosti
- Huonosti

10. Koetko toimivasi työssäsi Hyvän näöntutkimuskäytännön mukaisesti?

- Kyllä
- En, miksi? _____

11. Oletko työskennellyt työurasi aikana sekä ketjuliikkeessä että yksityisessä optikkoliikkeessä? *

- Kyllä
- En

12. Koetko, että jommassa kummassa työympäristössä näöntutkimuksen tekeminen Hyvän näöntutkimuskäytännön mukaisesti on helpompaa? *

- Ketjuliikkeessä
- Yksityisessä optikkoliikkeessä
- Työympäristöt eivät vaikuta

13. Mitkä tekijät mielestäsi vaikuttavat siihen, että Hyvän näöntutkimuskäytännön toteuttaminen on helpompaa ketjuliikkeessä kuin yksityisessä optikkoliikkeessä? *

14. Mitkä tekijät mielestäsi vaikuttavat siihen, että Hyvän näöntutkimuskäytännön toteuttaminen on helpompaa yksityisessä optikkoliikkeessä kuin ketjuliikkeessä? *

15. Koetko, että nykyisellä/viimeisimmällä työpaikallasi näöntutkimukseen varattu aika riittää tutkimuksen tekemiseen Hyvän näöntutkimuskäytännön mukaisesti? *

- Kyllä
- En

16. Missä ajassa näöntutkimus olisi mielestäsi mahdollista tehdä Hyvän näöntutkimuskäytännön mukaisesti?

- 20 minuutissa
- 30 minuutissa
- 40 minuutissa
- 45 minuutissa
- 50 minuutissa
- 60 minuutissa
- Joku muu, mikä _____

Seuraavissa kohdissa pyydämme arvioimaan mahdollisimman totuudenmukaisesti, kuinka usein selvität seuraavia näöntutkimuksen eri vaiheisiin liittyviä asioita näöntutkimuksen aikana

17. Anamneesi

	Aina	Usein	Harvoin	En koskaan
Tutkimukseen tulon syy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Näkemisen oireet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Käytössä olevat silmälasit/piilolasit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aikaisemmat tutkimukset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aikaisemmat silmäleikkaukset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aikaisemmat silmävammat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Silmiin vaikuttavat yleissairaudet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Silmiin vaikuttavat lääkitykset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suvun silmäsairaudet / perinnölliset silmiin vaikuttavat yleissairaudet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Strabismus ja amblyopia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tutkittavan työtehtävien kuvaus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tutkittavan näönkäytön tarpeet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Objektiivinen tutkimus

	Aina	Usein	Harvoin	En koskaan
Silmien ulkoinen tarkastelu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Peittokoe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Silmien liiketesti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fiksaatio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konvergenssin lähipiste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pupillireaktiot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Skiasopia tai autorefraktometria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Subjektiiivinen tutkimus

	Aina	Usein	Harvoin	En koskaan
Näöntarkkuus käytössä olevilla lasilla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Näöntarkkuus ilman laseja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taittovirheen määrittäminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tasapainotus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maksimaalinen näöntarkkuus korjattuna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Näöntarkkuus lasimääräyksen voimakkuudella	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kontrastiherkkyys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Yhteistoiminnan tutkimus

	Aina	Usein	Harvoin	En koskaan
Foriat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tropiat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reservit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Binokulariteetti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. Lähinäön tutkimus

	Aina	Usein	Harvoin	En koskaan
Lähinäön korjaustarve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lähilisän määrittäminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Näköetäisyyksien demonstrointi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Silmien yhteistoiminnan riittävyys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Seuraavissa kohdissa pyydämme arvioimaan mahdollisimman tarkasti, kuinka usein teet seuraavat asiat

22. Dokumentointi

Aina Usein Harvoin En koskaan

Dokumentoit anamneesin ja tutkitut kohdat

23. Refraktio ja silmälasimääräys

Aina Usein Harvoin En koskaan

Dokumentoit tutkimuksen perusteella refraktiotuloksen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annat tutkittavalle refraktiotuloksen perusteella tehdyn kirjallisen silmälasimääräyksen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tarkennat tutkittavan silmälasimääräystä kehys- ja linssi-valinnan yhteydessä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teet uuden näöntutkimuksen jos edellinen on yli 6 kuukautta vanha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. Kuinka usein kerrot asiakkaalle näöntutkimuksen päätteeksi seuraavat seikat?

Aina Usein Harvoin En koskaan

Näöntarkkuuden muutokset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lasien voimakkuuden muutokset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Silmien yhteistoiminta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Silmien terveydentilan seuranta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muut mahdolliset jatkotoimenpiteet (esim. ohjaus lääkäriin)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seuraavan näöntutkimuksen ajankohta (yleissuositus kahden vuoden välein)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Jos jätät näöntutkimuksessa jonkin aiemmin luetelluista vaiheista tekemättä, onko taudilla aina perusteltu syy? *

- Kyllä
- Ei
- Teen aina kaikki aiemmin luetellut testit

26. Anna jokin esimerkki mahdollisesta perustellusta syystä

27. Kirjaatko kaikkien tekemiesi testien tulokset ylös?

Kyllä

En

28. Alla olevaan kenttään voit antaa palautetta kyselyyn liittyen. Muistathan vielä lähettää vastauksesi :)



OPTIKON AMMATIN HARJOITTAMISEN EETTISET OHJEET

Optometrian Eettisen Neuvoston laatimien optikon ammatin harjoittamisen eettisten ohjeiden tarkoituksena on tukea optikoiden ja optometristien eettistä päätöksentekoa heidän päivittäisessä työssään.

- Optikon tehtävänä on väestön hyvän näkemisen ylläpitäminen ja edistäminen sekä ennaltaehkäisevästä silmien terveydentilasta huolehtiminen.
- Optikon on ammattia harjoittaessaan toimittava lakien, asetusten sekä sosiaali- ja terveysministeriön, Valviran, aluehallintovirastojen ja Optometrian Eettisen Neuvoston toimialalle antamien ohjeiden mukaan.
- Optikon tulee toiminnallaan ja toimillaan ylläpitää ja edistää ammatin arvostusta niin kansalaisten, muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden kuin valvovien viranomaistenkin keskuudessa.
- Optikko arvioi oman pätevyytensä vastaanottaessaan tehtäviä ja vastaa tekemistään toimenpiteistä henkilökohtaisesti. Optikko on toiminnastaan ensisijaisesti vastuussa palvelun käyttäjälle.
- Optikon on noudatettava hyviä tapoja, korkeaa etiikkaa ja moraalialue toiminnassaan. Optikko toimii tehtävässään oikeudenmukaisesti ja kohtelee jokaista ihmistä yhtä hyvin ja kunkin yksilöllisen tarpeen mukaan.
- Optikko kunnioittaa omaa ja muiden ammattiryhmien edustajien asiantuntemusta, eikä arvostele muiden työtä.
- Optikon tulee aktiivisesti seurata toimialan kehitystä, huolehtia tarvittavasta lisä- ja jatkokoulutuksestaan sekä ylläpitää ammattitaitoaan säännöllisellä täydennyskoulutuksella.
- Mahdolliset näönhuoltotoiminnassa tapahtuneet virheet ratkaistaan asiallisesti terveydenhuollon ammattilaisten kesken.
- Optikko tuo ammattietiikan ja näiden eettisten ohjeiden vastaisen toiminnan tarvittaessa Optometrian Eettisen Neuvoston käsiteltäväksi.