

---

# **Lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutukset ikääntyneillä**

Kotihoidon henkilökunnan kokemukset omasta osaamisestaan liittyen ikääntyneiden käyttämien lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksiin



Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

Visamäki, kevät 2016

*Laura Hämäläinen*

Laura Hämäläinen



VISAMÄKI

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

**Tekijä**

Laura Hämäläinen

**Vuosi** 2016

**Työn nimi**

Lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutukset ikääntyneillä – Kotihoidon henkilökunnan kokemukset omasta osaamisestaan liittyen ikääntyneiden käyttämien lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksiin

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön aihe perustuu OPTIFEL-hankkeeseen (Optimised food products for elderly population). Hankkeen avulla pyritään kehittämään innovatiivisia ravintotuotteita helpottamaan ikääntyneiden arjessa pärjäämistä ja parantamaan ravitsemusta kasvien ja hedelmien avulla. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa kotihoidon henkilökunnan osaamisen kokemuksesta liittyen vanhusten käyttämien lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksiin sekä niihin liittyvistä osaamisen kehittämisen tarpeista.

Tutkimuksen kohderyhmän muodostivat kotihoidon työntekijät, joilla on lähihoitajan tai perushoitajan tutkinto sekä lisäksi henkilöt, jotka osallistuvat lääkehoidon ja ravitsemuksen toteutukseen kotihoidossa. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella syksyllä 2015. Kyselylomakkeita jaettiin yhteensä 30 kappaletta ja niitä palautui 24 kappaletta. Tutkimuksen aineisto analysoitiin sisällönanalyysia käyttäen.

Suurin osa vastaajista koki omaavansa perustason tiedot ikääntyneiden käyttäminen lääkkeiden ja ravinnon välisistä yhteisvaikutuksista. Tulosten mukaan kotihoidon henkilökunta haluaa tietää ja osata enemmän ikääntyneiden käyttämien lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksista. Vastaajat tiedostivat myös omien tietojensa rajallisuuden. Aineistosta nousi esille koulutustoiiveena farmaseutin luento, uusinta tietoa lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksista, koulutusta uusimmista ravitsemussuosituksista, lääkkeiden nimillä yksityiskohtaista lääkekoulutusta, tietoa vanhusten ravitsemuksesta sekä käytännön neuvoja lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutusten välttämiseksi.

Opinnäytetyön tuloksia pystytään hyödyntämään suuntaa antavasti kotihoidon henkilökunnan osaamisen kehittämisessä lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutusten osalta. Keskeistä tässä opinnäytetyössä oli tärkeän aiheen nostaminen esille kotihoitotyössä.

**Avainsanat** Ikääntyminen, ravitsemus, yhteisvaikutukset, kotihoito, osaamisen kehittäminen, ikääntyneen lääkitys

**Sivut** 63 s. + liitteet 6 s.

VISAMÄKI

Social and health care development and management

**Author**

Laura Hämäläinen

**Year** 2016

**Subject of Master's thesis**

Synergy of nutrition and medicine on elderly population – how do the home care personnel feel about their self-expertise on medicine-nutrition synergies

**ABSTRACT**

The subject of this thesis is based on the OPTIFEL-project (Optimized food products for elderly population). The project aims for developing innovative nutritional products to facilitate everyday living of elderly people and to improve nutritional quality through addition of vegetable and fruit.

The objective of this study was to gather information about how do the home care professionals feel about their know-how on facts concerning the synergy between nutrition and medicine, among elderly population. Another important goal is finding out which skills should be improved.

The target group for the study was composed among the employees of home care. Participants were either qualified as a practical nurse or persons otherwise dealing with the execution of nutrition and medication. The material for the study was collected via paper sheet questionnaire during autumn 2015. 30 question sheets were assigned and 24 was returned. The material was then analyzed by means of content analysis.

Majority of the participants felt of having basic knowledge on synergy between drugs and nutrition consumed by senior citizens. Respondents also showed interest in learning more about the subject. The answers also revealed that respondents were well aware of their deficiencies in knowledge. The material pointed out a need for a lecture, by a professional pharmacist, to get up to the date information about drug-food synergy, detailed information of drugs by name as well as latest nutritional recommendations. Practical hints were also desired, to avoid negative effects on combining food products and medicine.

The results of this thesis could be utilized to give guidelines for improving the knowledge and skills of the home care personnel. The key element on this thesis was underlining this important topic at home care.

**Keywords**

Ageing, nutrition, synergy, home care, improving know-how, medication of the elderly population.

**Pages**

63 p. + appendices 6 s.

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	1
2	IKÄÄNTYNEIDEN RAVITSEMUS.....	3
2.1.	Ikääntyminen.....	3
2.2.	Ikääntymisen aiheuttamat muutokset.....	4
2.3.	Ikääntymisen vaikutukset ravitsemukseen.....	7
2.4.	Valtakunnallinen ravitsemussuositus ikääntyneille .....	7
2.5.	Ikääntyneen hyvä ravitsemus .....	9
2.5.1.	Energia ja energiaravintoaineet .....	10
2.5.2.	Suojaravintoaineet .....	11
2.6.	Ravitsemustilan arviointi.....	12
2.7.	Kotihoidon henkilökunnan keinot vaikuttaa ikääntyneen ravitsemukseen .....	13
3	IKÄÄNTYNEIDEN LÄÄKEHOITO .....	14
3.1.	Lääkkeiden farmakokinetiikka.....	15
3.1.1.	Imeytyminen.....	15
3.1.2.	Jakautuminen.....	16
3.1.3.	Metabolia eli muuntuminen.....	16
3.1.4.	Erittyminen .....	17
3.2.	Ikääntyneiden yleisimmät käyttämät lääkkeet .....	17
3.3.	Aikaisempia tutkimuksia.....	18
4	LÄÄKKEET, JOILLA ON YHTEISVAIKUTUKSIA RAVINNON KANSSA .....	20
4.1.	Sydän- ja verisuonilääkkeet .....	22
4.2.	Verenohennuslääkkeet .....	23
4.3.	Neurologisten sairauksien lääkkeet.....	23
4.4.	Mahasuolikanavan hoitoon käytettävät lääkkeet.....	24
4.5.	Tuki- ja liikuntaelin sairauksien lääkkeet.....	24
4.6.	Psykelääkkeet.....	24
4.7.	Antibiootit .....	24
4.8.	Syöpälääkkeet.....	25
5	KOTIHOITO .....	25
5.1.	Kotihoidon asiakasprosessi .....	26
5.2.	Riihimäen kotipalvelu ja kotisairaanhoido.....	27
5.3.	Hyvinkään kotihoito.....	28
6	HENKILÖSTÖN OSAAMISEN KEHITTÄMINEN .....	28
6.1.	Osaamisen kehittämisen keinoja .....	30
6.1.1.	Perehdyttäminen .....	30
6.1.2.	Mentorointi .....	31
6.1.3.	Ammatillinen henkilöstökoulutus .....	31
6.1.4.	Benchmarking.....	32
6.1.5.	Osaamisen johtaminen.....	32
6.2.	Aikaisempia tutkimuksia osaamisen kehittämisestä .....	34

7	TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	35
8	TUTKIMUS- JA ANALYSOINTIMENETELMÄT .....	36
8.1.	Tutkimuksen kohderyhmä.....	36
8.2.	Tutkimuksen aineiston hankinta.....	36
8.3.	Tutkimusaineiston analyysi.....	38
9	TULOKSET.....	39
9.1.	Kotihoidon henkilökunnan kokemus omasta osaamisestaan liittyen ikääntyneiden käyttäminen lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksiin .....	41
9.1.1.	Hyvä osaaminen .....	41
9.1.2.	Perustiedot – enemmänkin voisi tietää .....	42
9.1.3.	Tarvitaan toimenpiteitä.....	43
9.1.4.	Osa työyhteisön tietoa .....	44
9.2.	Osaamisen kehittämisen tarpeet ravinnon ja lääkkeiden yhteisvaikutuksiin liittyen.....	44
9.2.1.	Ajantasaisen tiedon tarve.....	44
9.2.2.	Lisäkoulutuksen tarve.....	45
9.2.3.	Kertauskoulutuksen tarve .....	46
9.2.4.	Yksilöitymätön koulutuksen tarve.....	48
10	POHDINTA.....	49
10.1.	Tulosten tarkastelua ja päätelmiä .....	49
10.2.	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys .....	52
10.3.	Jatkotutkimusehdotukset .....	54
	LÄHTEET .....	55

Liite 1	Kyselylomake
Liite 2	Saatekirje
Liite 3	Tutkimuslupa Riihimäki (ei nähtävissä)
Liite 4	Tutkimuslupa Hyvinkää (ei nähtävissä)
Liite 5	Aineiston pelkistäminen ja luokittelu: Kotihoidon henkilökunnan kokemus omasta osaamisestaan liittyen ikääntyneiden käyttämien lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksista
Liite 6	Aineiston pelkistäminen ja luokittelu: Osaamisen kehittämisen tarpeet liittyen ravinnon ja lääkkeiden yhteisvaikutuksiin

## 1 JOHDANTO

Ravitsemukseen liittyvät asiat ovat tällä hetkellä pinnalla yhteiskunnassamme. Voisi jopa sanoa, että kaikki ruokaan ja ravitsemukseen liittyvä on trendikästä. Hyvä ravitsemus on keskeisessä roolissa ikääntyneiden toimintakyvyn, terveyden ja elämänlaadun tukemisessa (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 5). Ikääntyneille on suunniteltu oma ravitsemussuositus, mikä kertoo asian tärkeydestä myös yhteiskunnallisella tasolla. Ravitsemussuosituksen tavoitteena on, että ikääntyneiden parissa työskentelevät hoitotyön ammattilaiset tunnistaisivat käytännön työssä ravitsemustilan heikkenemisen ja toteuttaisivat ravitsemushoitoa osana ikääntyneen hyvää hoitoa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 5.)

Vuonna 2013 lääkkeitä myytiin Suomessa 2824 miljoonalla eurolla. Lääkkeiden myynti kasvoi noin 3% vuodesta 2012. (Suomen lääketilasto, 2014, 26.) Lääkkeitä käytetään kaikissa ikäryhmissä, ei pelkästään ikääntyneiden keskuudessa. Useimmat ikääntyneet käyttävät lääkkeitä säännöllisesti. Lähes joka kolmannella 75 vuotta täyttäneellä suomalaisella on käytössään vähintään 10 eri lääkettä. (Hartikainen & Ahonen 2011.)

Opinnäytetyön tavoitteena on nostaa esille ikääntyneiden käyttäminen lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutukset, koska siitä ei ole saatavilla juurikaan tutkimustietoa. On tärkeää tiedostaa ja ymmärtää, että ravinnolla ja lääkkeillä voi olla merkittäviä yhteisvaikutuksia. Eri lääkkeiden väliset yhteisvaikutukset on paremmin tiedostettu lääkehoidon osa-alue. Ravinnon ja lääkkeiden yhteisvaikutuksen syntymiseen voi vaikuttaa esimerkiksi lääkkeenoton ja syömisestä oikeanlainen rytmittäminen tiettyjen lääkkeiden kohdalla. Ravinto voi vaikuttaa lääkkeen imeytymiseen ja tätä kautta lääkkeen tehoon. Näin ravinnon ja lääkkeen välille syntyy yhteisvaikutus. Hoitotyön ammattilaisten tulee tiedostaa ravinnon ja lääkkeiden yhteisvaikutusten syntymisen mahdollisuus päivittäisessä asiakastyössä.

OPTIFEL (Optimised food products for elderly population) on hanke, johon opinnäytetyön aihe perustuu. OPTIFEL - hanke on EU- rahoitteinen kansainvälinen hanke, jossa on mukana 26 toimijaa Suomesta, Ranskasta, Espanjasta, Puolasta ja Iso-Britanniasta. Hankkeen keskeisenä mielenkiinnon kohteena on kasvien ja hedelmien käyttö. OPTIFEL- hankkeen keskeisenä tavoitteena on ikääntyneiden ravitsemuksen parantaminen lisäämällä tietoa ikääntyneiden ravitsemuksellista tarpeista ja makumieltymyksistä sekä ikääntyneille suunnattujen hedelmä-, marja-, ja vihannespohjaisten elintarvikkeiden ja helposti avattavien elintarvikepakkausten kehittäminen. Hankkeen avulla pyritään kehittämään innovatiivisia tuotteita helpottamaan ikäihmisten arjessa pärjäämistä ja parantamaan ikääntyneiden ravitsemusta. (Mäenpää, Pirttijärvi & Kautola 2015, 18-19.)

Kiinnostui OPTIFEL-hankkeen ja oman työkokemukseni myötä selvittämään, minkälaiseksi kotihoidon henkilökunta kokee oman osaamisensa liittyen ikääntyneiden käyttämien lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksiin ja minkälaisia osaamisen kehittämisen tarpeita kotihoidon henkilö-

kunnalla on ikääntyneiden käyttämien lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksiin liittyen. Opinnäytetyö on rajattu käsittelemään kotihoidon työntekijöiden kokemuksia lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksista, johtuen opinnäytetyöntekijän työhistoriasta kotihoidossa ja mielenkiinnosta kohderyhmään.

Työelämä muuttuu ja työelämän asettamat vaatimukset työntekijöiden osaamiselle muuttuvat jatkuvasti. Kotihoidon työntekijöiden tulee olla osaajia monilla eri osaamisen alueilla. Ei riitä, että hoitajalla on ravitsemusosaamista tai lääkeosaamista. Kotihoidossa tarvitaan laajaa osaamista hoitotyön eri osa-alueilta, jotta asiakkaille pystytään tarjoamaan laadukasta ja turvallista kotihoitopalvelua. Hoitotyön jatkuva kehittyminen tuo oman haasteensa osaamisen kehittämiseen ja ylläpitämiseen. Osaamisen kehittäminen organisaatiossa on työnantajan velvollisuus, mutta voisiko ajatella, että sen pitäisi olla myös työntekijän velvollisuus ammatillisesti ajateltuna? Työnantajan velvollisuus on mahdollistaa työntekijöiden kehittäminen, mutta työntekijöilläkin pitäisi olla vastuu oman ammattitaidon kehittämisestä. Hoitotyön luonne haastaa meidät oppimaan uutta ja päivittämään jo olemassa olevaa osaamistamme. Työntekijän kiinnostus ja sitoutuminen oman osaamisensa syventämiseen, on keskeistä yksilön ammattitaidon kehittämisessä.

Opinnäytetyöni voi parhaimmillaan herättää hoitotyön ammattilaisia huomioimaan päivittäisessä työssään lääkehoidon ja ravinnon yhteisvaikutusten mahdollisuuden ja huomaamaan mahdolliset puutteet omassa osaamisessaan tästä pienestä, mutta tärkeästä lääkehoidon osa-alueesta.

## 2 IKÄÄNTYNEIDEN RAVITSEMUS

### 2.1. Ikääntyminen

Koko Suomi ikääntyy seuraavat kolmekymmentä vuotta (Varamaa, Luomahaara, Peipponen & Voutilainen 2001, 9). Suomalaiset elävät koko ajan pidempään. Nopeimmin kasvava ikäryhmä on 80-vuotiaat. (Lyyra, Pikkarainen, Tiikkainen 2007, 5.) Vuonna 2000 Suomessa oli yli 65-vuotiaiden osuus koko väestöstä 15%, mutta vuonna 2030 se tulee olemaan 26,3%. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että joka neljäs Suomessa asuva henkilö, olisi ikääntynyt. (Tilastokeskus 2003.)

Eri kulttuureissa ihmisiä määritellään vanhoiksi eri-ikäisinä ja eri perustein. Pohjoismaissa ajatellaan, että vanhuus alkaa 75-80 ikävuoden välillä, koska ihmisen toimintakyvyssä tapahtuu silloin laskua. (Sarvimäki 2003, 78-80.) Kulttuuri vaikuttaa myös siihen, mitä nimityksiä käytämme vanhoista ihmisistä. Sana ikäihminen on ollut käytössä jo 1800-luvun lopulla. Se on otettu uudelleen käyttöön 1980-luvulla. (Ikäinstituutti n.d.)

Lyyran ym. (2007) toimittamassa kirjassa ikääntyneellä ihmisellä tarkoitetaan kaikkia yli 65-vuotiaita. He käyttävät 65-74-vuotiaista nimitystä kolmannen iän ihmiset. (Lyyra ym. 2007, 5.) Kolmannen iän ihmiset ovat jäämässä pois työelämästä ja siirtymässä eläkkeelle. Kolmannessa iässä harvemmin ilmenee vielä merkittävää avuntarvetta. Vasta neljännessä iässä eli vanhuudessa ilmenee hoidontarvetta ja riippuvuutta muista ihmisistä. (Liimatainen 2007, 36.)

Vanhus käsite on muuttunut vuosien aikana. Sata vuotta sitten 60-vuotiaita pidettiin vanhoina tai jopa vanhuksina. Tilanne on toinen 2000-luvulla. Monet 80-90 vuotta täyttäneet ovat tänä päivänä toimintakykyisiä ja aktiivisia. Toimintakykynsä puolesta heitä on vaikea kutsua vanhuksiksi, vaikka iän puolesta näin voisikin toimia. Kivelän (2005) mukaan nyky-yhteiskunnassa vanhus ilmaisu voidaan käyttää 90-100 vuotta täyttäneistä. Tavanomainen vanheneminen ja pitkäaikaiset sairaudet alkavat vaikuttaa ikääntyneen selviytymiseen arkielämässä noin 75 -80 vuoden iässä, jonka perusteella kyseisen iän saavuttaneita voidaan pitää iäkkäinä. Kivelän (2005) mukaan 58-63-vuotiaita voidaan pitää eläkeläisinä ja 65-75-vuotiaita seniorikansalaisina. Kivelä (2005) ei käyttäisi kalenteri-ikä määrittämään sitä, kuka on iäkäs, vanha tai vanhus. Toimivampi peruste määrittämään käsitteet iäkäs, vanha ja vanhus, on vanhuuteen liittyvissä tutkimuksissa käytetty arvio henkilön toimintakykyisyydestä. (Kivelä, 2005, 14-15.)

Kivelä (2005, 14-15) käyttää kaikenikäisistä 65 vuotta täyttäneistä nimitystä eläkeikäinen, 65-75 vuotiaista ikääntynyt ja 75-80 vuotiaista iäkäs, 85 vuotta täyttäneistä vanha ja 90-95 vuotiaista vanhus. Kivelä & Vaapio (2011, 9) tarkoittavat ikääntyneellä 65 vuotta täyttäneitä ja sitä vanhempia ihmisiä. He käyttävät 65-vuotta täyttäneiden ikäryhmästä nimityksiä seniorit, eläkeläiset, ikääntyneet ja iäkkäät. Vanhuksilla ja vanhoilla ihmisillä Kivelä & Vaapio (2011, 9) tarkoittavat ikääntyneiden vanhempiin ikäluokkiin kuuluvia. Voutilaisen (2004, 5) mukaan 65-vuotta täyttäneestä



väestöstä voidaan käytetään käsitteitä eläkeläinen, ikäihminen, ikääntynyt, iäkäs ihminen, seniori ja vanhus. Ikäihminen, ikääntynyt ja seniori käsitteet heijastavat aktiivisuutta, toisin kuin vanhus käsite. (Voutilainen 2004, 5.)

Rintalan (2003) mukaan vanhuskäsitys on moniulotteinen. Vanhuskäsitykseen vaikuttavat vanhuksiin liittyvät piirteet, vanhojen ihmisten erilaiset avuntarpeet sekä vanhuksille suunnatut sosiaali- ja terveystalvet. Palvelut kertovat siitä, kuinka vanhuksia yhteiskunnassamme arvostetaan ja kohdellaan. (Rintala 2003, 27.) Rintala on tutkinut vanhuskuvia ja vanhustenhuollon muodostumista 1850-luvulta 1990-luvulle. Tutkimuksesta mukaan 150 vuoden aikana vanhustenhuollossa on esiintynyt samanaikaisesti useampia vanhuskuvia. Sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmasta arviotuna erilaiset vanhuskuvat ei ole poissulkevia, vaan toisiaan täydentäviä. Rintalan tutkimuksessa vanhuskuvat peilaavat käsityksiä vanhenemismuutosten etenemisestä. (Rintala 2003, 215.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (2013) laatusuosituksessa hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi ikääntyneellä väestöllä tarkoitetaan vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevaa väestöä. Iäkkäällä ihmisellä tarkoitetaan henkilöä, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt. Toimintakyvyn heikkenemiseen voi olla syynä korkean iän myötä lisääntyneet tai pahentuneet sairaudet tai korkeaan ikään liittyvä rappeutuminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 10.)

Kielitoimiston nettisanakirjassa sana ikääntyä tarkoittaa vanhentua, vanhetta, tulla iäkkääksi. Vanhus tarkoittaa vanhaa ihmistä ja seniori vanhuksia. (Kotimaisten kielten keskus 2016.) On monia käsitteitä, joita ikääntyneistä voi käyttää. Yhtä oikeaa vaihtoehtoa ei ole. Käytän opinnäytetyössäni käsitettä ikääntynyt, koska sen avulla pystyy kuvaamaan parhaiten koko kotihoitoasiakaskuntaa. Ikääntyneellä tarkoitan tässä opinnäytetyössä kaikkia yli 65 vuotiaita henkilöitä.

### 2.2. Ikääntymisen aiheuttamat muutokset

Me kaikki ikäännyimme enemmän tai myöhemmin ja sen myötä tapahtuneet muutokset ovat palautumattomia. Vanhetessa ihmisessä tapahtuu paljon fysiologisia muutoksia. (Ravitsemusterapeutin yhdistys ry 2006, 10-11.) Ihmisen pituudessa alkaa tapahtua muutoksia 60 ikävuoden jälkeen, jolloin ihminen alkaa lyhentyä. Pituus vähenee noin 2 cm kymmenessä vuodessa. Pituuden väheneminen johtuu esimerkiksi ihmisen asennossa ja ryhdissä tapahtuvista muutoksista. (Suominen 2008, 96.)

Verenkiertoelimistössä tapahtuu muutoksia ikääntymisen myötä. Ikääntyneen sydämen syketiheydessä tapahtuu laskua, mikä johtuu sydämen toiminnan muutoksista. Ikääntyneen maksimaalisessa rasituksessa syketaso nousee korkeintaan 140-160-tasolle. (Kallinen 2008, 120-121.) Ikääntynyt rasittuu helpommin fyysisessä suorituksessa, koska sydämen pumppausvoima heikkenee iän myötä. (Ravitsemusterapeutin yhdistys ry, 2006, 10-11.)

Hengityselimistössä tapahtuu monia muutoksia, joilla on vaikutusta ikääntyneen väsymiseen fyysisessä rasituksessa. Keuhkokapasiteetin pieneneminen on yksi ikääntymisen seurauksena hengityselimistössä tapahtuva muutos. (Ravitsemusterapeutin yhdistys ry, 2006, 10-11.) Iän myötä rintakehän joustavuus vähenee ja ryhti muuttuu kumarammaksi, mikä lisää hengitystyön määrää. Keuhkoputkistoissa tapahtuvat muutokset ja limarauhasten määrän kasvu lisäävät hengitysvastusta ulos- ja sisäänhengityksessä. Ikääntyneen hengityslihakisto heikkenee, mikä aiheuttaa osaltaan nopeampaa väsymistä fyysisen kuormituksen aikana. (Kallinen 2008, 122-123.)

Ikääntyessä kehon koostumus muuttuu, koska lihaskudoksen määrä pienenee ja rasvakudoksen määrä kasvaa (Ravitsemusterapeutin yhdistys ry 2006, 10-11; Suominen 2008, 97-99). Lihaskudoksen määrän väheneminen vaikuttaa ihmisen toimintakykyyn ja jaksamiseen (Puranen & Suominen 2012, 6). Kehossa olevan nesteen ja solumassan määrä vähenee ikääntyessä. Nämä seikat aiheuttavat elimistön perusaineenvaihduntatason laskua. (Ravitsemusterapeutin yhdistys ry 2006, 10-11.) Paino nousee keskimäärin 50-60 vuoden ikään asti, mikä johtuu rasvan määrän lisääntymisestä. Paino kääntyy yleensä laskuun 70. ikävuoden kohdalla. (Suominen 2008, 97-99.)

Luustossa tapahtuu merkittäviä muutoksia ikääntymisen myötä. Luun määrä vähenee ja luiden rakenne heikkenee. Nämä muutokset alkavat jo 35-40 vuoden iässä. (Suominen 2008a, 103.) Naisilla on suuri riski luuston haurastumisesta johtuville murtumille, koska luuntiheys on naisilla pienempi miehiin verrattuna. Naisilla luuntiheyden pieneneminen kiihtyy vaihdevuosien jälkeen. (Ravitsemusterapeutin yhdistys ry 2006, 10-11.)

Iän myötä ruoansulatuskanavan limakalvoissa ja lihaksissa tapahtuu surkastumista aiheuttaen mahalaukun hitaampaa tyhjenemistä ja rasvan hitaampaa tai epätäydellistä sulamista. (Ravitsemusterapeutin yhdistys ry 2006, 10-11.) Ikääntyessä janontunnetta säätelevät fysiologiset mekanismit muuttuvat, jolloin janontunne vähenee. Tästä seuraa juomisen väheneminen, liian vähäinen nesteen saanti ja pahimmassa tapauksessa kuivuminen. (Mursu & Jyrkkä 2013, 22; Suominen 2007, 195-196.)

Maku- ja hajuaistit heikkenevät ihmisen ikääntyessä. Tämä voi aiheuttaa osaltaan ruokahaluttomuutta (Mursu & Jyrkkä 2013, 22; Ravitsemusterapeutin yhdistys ry 2006, 10-11). Suun limakalvoissa tapahtuu merkittäviä muutoksia. Syljeneritys vähenee ja suun limakalvot ohenevat. Tämä aiheuttaa suun herkistymistä tulehduksille ja haavoille. (Ravitsemusterapeutin yhdistys ry 2006, 10-11.)

Näkökyvyn vanheneminen ja heikentyminen voi olla huomaamaton prosessi, mutta pahimmillaan se vaikuttaa merkittävästi ihmisen itsenäiseen selviytymiseen. Erilaiset sairaudet voivat osaltaan huonontaa ikääntyneen näkökykyä. (Ravitsemusterapeutin yhdistys ry, 2006, 10-11; Hyvärinen 2008, 171.) Ikänäköisyys alkaa vaikuttaa lähelle katseluun noin 45 vuoden iässä (Hyvärinen 2008, 171).

Kuulo heikkenee iän myötä (Sorri & Huttunen 2008, 158-163; Suutama & Ruoppila 2007, 117). Ikäkuulolla tarkoitetaan kuuloaistin muutoksia, jotka syntyvät iän myötä. Ikäkuuloon liittyy yleisiä piirteitä, joita voi huomata kommunikoidessa ikääntyneen kanssa. Ikääntynyt voi kokea, ettei saa puheesta selvää, vaikka kuuleekin puheen. Ikääntyneestä tuntuu, että puheen kuulemista vaikeuttaa yleinen taustamelu ja kuunteleminen tuntuu väsyttävältä. Ikääntyneellä on vaikeuksia saada selvää liian nopeasta tai voimakkaasta puheesta. Hiljaisia ääniä ikääntynyt ei kuule ja kovat äänet tuntuvat pahalta. (Sorri & Huttunen 2008, 158-163.)

Ihminen oppii ja muistaa, mutta ikääntyminen tuo näihinkin muutoksia. Ensimmäisiä vanhenemismuutoksia ilmenee ns. joustavissa kyvyissä, joita ihminen tarvitsee uuden oppimisessa ja suoritusnopeutta vaativissa tehtävissä. Tällaisia tilanteita ovat erialaiset ongelmanratkaisutilanteet. Muistissa tapahtuvat muutokset vaihtelevat iän myötä. Lyhytkestoisessa työmuistissa ja pitkäkestoisessa tapahtumamuistissa tapahtuu heikkenemistä jo varhaisessa aikuisuudessa. (Suutama 2008, 193-194; Suutama & Ruoppila 2007, 117-120.) Myös ajattelussa tapahtuu muutoksia ihmisen ikääntyessä. Ajattelun joustavuus vähenee, mikä ilmenee vaikeutena muuttaa ajattelun suuntaa tai tarkastella asioita eri näkökulmasta. Luovuuden heikkeneminen ikääntymisen myötä selittyy kognitiivisilla tekijöillä, kuten tarkkaavaisuuden heikkenemisellä ja tiedon käsittelyn hidastumisella. (Suutama & Ruoppila 2007, 117-120.)

Ikääntyminen muuttaa ihmisen sosiaalista aktiivisuutta. Sosiaalinen aktiivisuus on tärkeää ikääntyneille, koska se pienentää toiminnanvajeen, dementiaan sairastumisen, masentuneisuuden, kuolleisuuden ja laitoshoitoon sijoittumisen riskiä. (Tiikkainen & Lyyra 2007, 73.) Ikääntymisellä voi olla vaikutusta ihmisen vapaa-aikaan ja harrastuksiin. Ikääntyminen voi aiheuttaa esteitä vapaa-ajan toimintaan osallistumiseen. Esteet voidaan jakaa yksilön sisäisiin, yksilöiden välisiin ja rakenteellisiin esteisiin. Sisäisiä esteitä ovat esimerkiksi ikääntyneen psyykkiset esteet kuten stressi ja masennus. Yksilöiden väliset esteet liittyvät yksilöiden välisiin suhteisiin ja vuorovaikutukseen. Rakenteelliset esteet ovat ympäristöstä aiheutuvia esteitä, taloudellisia tai velvollisuuksista johtuvia esteitä. Ikääntymiseen liittyvät psyko-sosiaaliset muutokset asettavat haasteita uusien vapaa-ajan toimintojen löytymiseen. (Pikkarainen 2007, 92-94.)

Ikääntyneen kokema yksinäisyyden tunne voi johtaa erilaisiin psyykkisiin ja fyysisiin terveysongelmiin. Yksinäisyys on keskeinen ikääntyneiden terveyttä ja hyvinvointia uhkaava tekijä (Tiikkainen 2007, 153.) Masentuneisuus on melko yleistä ikääntyneillä. Vakavaa depressiota sairastaa 2-5% iäkkäistä ihmisistä ja lievempää oireyhtymää 15-30%. Depressiivisyys on vanhuusiän yleisin psyykinen ongelma. Kuolema on usein läsnä ikääntyneen ihmisen elämässä, jolloin tulee myös ajatus omasta kuolemasta. Ikääntyneen masentuneisuuteen liittyy usein voimattomuuden tunne, joka liittyy omien voimien vähentymiseen ja omien vaikutusmahdollisuuksien rajoittumiseen. Tärkeää on, että hoitotyön ammattilaiset huomioivat ikääntyneiden alakuloisuuden ja ohjaavat apua tarvitsevat ikääntyneet hoidon piiriin. (Heikkinen 2007, 136-137.)

Seksuaalisen halun ja kyvyn väheneminen ovat yleisiä ikääntymiseen liittyviä muutoksia. Ikääntyvillä on oikeus seksuaalisuuden ilmaisuun, eikä seksuaalisuuden merkitystä tule vähätellä. (Valkama & Ryttyläinen 2007, 170-174; Kontula 2008, 242-244.) Ikääntyminen vaikuttaa ihmiseen kokonaisvaltaisesti ja kaikkiin elämän osa-alueisiin. Ikääntymistä ei voi estää, joten se on otettava osana elämää ja hyväksyttävä sen tuomat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset muutokset.

### 2.3. Ikääntymisen vaikutukset ravitsemukseen

Ikääntymiseen liittyy paljon fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia muutoksia, joilla on vaikutusta ikääntyneen ravinnontarpeeseen, ruokaan liittyviin valintoihin ja syömiskäyttäytymiseen (Sinisalo 2015, 95). Ravitsemus koetaan yleensä fyysiseen terveyteen liittyväksi tekijäksi, mutta ikääntyneillä ruoan psyykkiset ja sosiaaliset merkitykset korostuvat (Puranen & Suominen 2012, 8.) Ikääntyneelle ruoka voi olla ainoa jäljellä oleva nautinto. Ikääntyminen on voinut vaikeuttaa liikkumista eikä lukeminen tai television katselukaan enää onnistu huonontuneen näön takia. (Sinisalo 2015, 99.)

Ikääntyneiden ravitsemukselliset ongelmat ovat erilaisia kuin esimerkiksi työikäisen väestön. 65 vuotta täyttäneillä ja sitä vanhemmilla esiintyy virheravitsemusta alle 10%, kun taas 80 ikävuoden jälkeen virheravitsemuksen todennäköisyys lisääntyy nopeasti. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 12; Suominen 2007, 184-185.) Ikääntyneellä ravitsemustilan heikkenemiseen voi olla monia eri syitä. Ikääntymisen myötä ihmisille tulee erilaisia sairauksia, jotka heikentävät ruokahalua ja vaikeuttavat syömistä. Akuutti sairastuminen voi heikentää ikääntyneen ruokahalua niin, että siitä seuraa nopeaa ravitsemustilan heikkenemistä. Ruoan syöminen voi muuttua hankalaksi, koska ikääntyessä syljen eritysväheneminen ja purentakyky voi huonontua huonojen hampaiden takia. (Sinisalo 2015, 96.)

Ikääntyneellä ravintoaineiden tarve lisääntyy. Jos tätä seikkaa ei huomioida, voi ikääntyneen elimistö kärsiä ravintoaineiden puutteesta. Ikääntyneen ravitsemustilan ongelmat voivat johtua ruokavalion huonosta laadusta. Jos ikääntyneen ruokavalio on laadultaan huonoa, voi se aiheuttaa ravintoaineiden puutetta, sairastumisriskin kasvua ja sairauksista toipumisen hidastumista. (Puranen & Suominen 2012, 6; Suominen 2007, 184.) Yli 80-vuotiailla on suuri riski laihtua, koska tämä väestönosa saa liian vähän energiaa käyttämästään ravinnosta. Ikääntyneille lievää ylipainoa jopa suositellaan, koska 70 vuotta täyttäneillä lievä ylipaino näyttää vähentävän ennenaikaisen kuoleman riskiä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 12; Suominen 2007, 184-185.)

### 2.4. Valtakunnallinen ravitsemussuositus ikääntyneille

Vuonna 1981 on laadittu ensimmäinen suomalainen ravitsemussuositus. Ravitsemussuosituksen laatii Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Suositusten pohjana on käytetty pohjoismaisia ravitsemussuosituksia. Ravitsemussuositusten tavoitteena on tukea terveyden myönteistä kehitystä ravit-

semuksen keinoin. Suomalaisissa ravitsemussuosituksissa korostetaan ruokavaliota kokonaisuutena, sen monipuolisuutta, ruoan maukkautta sekä ruoasta saadun nautinnon merkitystä. (Tiainen 2011, 52; Sinisalo 2015, 67.) Vuonna 2010 on Suomessa julkaistu ensimmäistä kertaa ikääntyneille omat valtakunnalliset ravitsemussuositukset (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 5; Puranen & Suominen 2012, 9).

Valtakunnallisessa ravitsemussuosituksessa ikääntyneet jaotellaan neljään ryhmään toimintakyvyn mukaan ja annetaan ryhmäkohtaiset suositukset (Puranen & Suominen 2012, 9). Ryhmät ovat:

1. Hyväkuntoiset ikääntyneet.
2. Kotona asuvat joilla on useita sairauksia ja haurastumista, ei kuitenkaan ulkopolisen avun tarvetta.
3. Kotihoidon asiakkaat, joilla on avuntarvetta päivittäisissä toimissa, liikkumisessa ja peseytymisessä.
4. Ympärivuorokautisessa hoidossa olevat ikääntyneet, joilla on avuntarvetta useissa päivittäisissä toiminnoissa.

(Puranen & Suominen 2012, 9.)

Valtion ravitsemusneuvottelukunnan (2010) laatiman ravitsemussuosituksen mukaan ikääntyneen ruokavalion tulee olla monipuolinen ja sisältää riittävästi proteiinia. Ravinnosta saatavan energiamäärän tulee olla sopiva ikääntyneen energiankulutukseen nähden. Ikääntyneen ruokavaliossa pehmeiden ja hyvälaatuisten rasvojen käyttö on tärkeää ja perusteltua. Suolan liiallista käyttöä tulisi välttää. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 10.) Rungas suolankäyttö voi esimerkiksi heikentää useimpien verenpainelääkkeiden tehoa ja lisää näin elimistön nestemäärää. Tavallisen ruokasuolan voi korvata mineraalisuolalla, jolloin pystytään samalla lisäämään ruokavalion kaliumpitoisuutta. (Kantola 2004, 1585.) Ravitsemussuosituksessa kehoitetaan ikääntyneitä käyttämään D-vitamiinilisää ympäri vuoden annoksella 20 mikrogrammaa vuorokaudessa. Ikääntyneille suositellaan toimintakykyä ja lihaskuntoa ylläpitävää liikuntaa. Iän myötä erilaiset sairaudet yleistyvät. Akuuttien sairauksien aikana tulee huolehtia ikääntyneen riittävästä energian, proteiinin ja ravintoaineiden saannista. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 10.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tulee havainnoida ja ehkäistä ikääntyneiden asiakkaiden tahatonta laihtumista ja painonvaihtelua. Ravitsemussuosituksessa kannustetaan ikääntyneitä pitämään pientä ruokavaraa kotonaan ylläpitävien tilanteiden varalle. Ruokailun psykososiaalinen merkitys on erityisen tärkeää huomioida ikääntyneiden ravitsemuksen suunnittelun ja toteutuksen yhteydessä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 10.) Huono ruokahalu voi aiheuttaa annoskokojen pienenemistä, jolloin ravitsemustila kärsii. Ikääntyneiden onkin tärkeää syödä useita kertoja päivässä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 24.) Vaikka py-

rimme noudattamaan ravitsemussuositusten mukaista monipuolista ja terveellistä ruokavaliota, on hyvä huomioida ikääntyneen henkilön ruokailutottumukset yksilöllisesti. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 10.)

Toimintakyvyltään alentuneet kotihoidon asiakkaat, monisairaat ja ikääntyneet muodostavat asiakasryhmän, jonka ravitsemussuositukseen liittyy edellä esitettyjen lisäksi myös muita tekijöitä. Toimintakyvyltään alentuneiden kotihoidon asiakkaiden, monisairaiden ja ikääntyneiden kohdalla on tärkeää huomioida yksilölliset ruokailuun liittyvät toiveet. Kauppapalvelun ja ateriapalvelun avulla pystytään turvaamaan kotihoidon asiakkaiden päivittäinen ravinnonsaanti. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 11.) Kotihoidon asiakkaiden kohdalla tulee arvioida tarvitseeko ikääntynyt apua syömisessä ja muistaako hän syödä. Päivittäisten toimien avustamisen yhteydessä tulee muistaa huomioida myös suun kunto. Hyvä suun ja hampaiden kunto on erittäin tärkeää ruokailun onnistumisen kannalta. Tiivis yhteistyö kotihoidon henkilökunnan ja kotihoidon asiakkaiden omaisten kanssa mahdollistaa onnistuneen ravitsemuksen suunnittelun ja toteutuksen. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 11; Larmi, Tokola & Vätkkiö 2005, 34-37.)

### 2.5. Ikääntyneen hyvä ravitsemus

Hyvällä ravinnolla on terveyttä edistäviä vaikutuksia. Lahti-Kosken (2009) mukaan hyvä ruoka on monipuolista, värikästä ja vaihtelevaa. Haglund ym. (2010) ajattelevat, että terveellinen ja monipuolinen ruoka on myös maukasta ja sisältää riittävästi vitamiineja ja kivennäisaineita (Haglund ym. 2010, 9). Yleisesti ajatellaan, että hyvän ruokavalion perustana voidaan pitää kasviperäistä ruokaa, johon kuuluu täysjyväviljavalmisteita, kasviksia, hedelmiä, marjoja sekä perunaa. Hyvään ruokavalioon kuuluu myös maitovalmisteita, kalaa, vähärasvaista lihaa ja kananmunia. Kasviöljyt ja niitä sisältävät levitteet ovat keskeinen osa terveyttä edistävää ruokavaliota. (Lahti-Koski 2009.)

Ikääntyneen hyvä ravitsemus koostuu monista osa-alueista. Ruoan tulee koostua tutuista ruoka-aineista, olla maukasta ja sen tulee olla helposti syötävää. Sisällöllisesti ravinnossa tulee olla paljon valkuais- ja suojaravintoaineita, runsaasti kuituja sekä elimistölle välttämättömiä rasvahappoja (Sinisalo 2015, 96-98.) Ikääntyneen ravitsemuksessa on erityisen tärkeää turvata energian ja proteiinin saanti. Vitamiineja ja kivennäisaineita ikääntyneet tarvitsevat runsaasti. Elimistön ikääntymisen aiheuttamat muutokset saattavat huonontaa ruoan hyväksikäyttöä ja näin lisätä ravintoaineiden hävikkiä elimistössä. (Ravitsemusterapeutin yhdistys ry 2006, 10-11; Kivelä 2012, 33-34; Putkonen 2011, 81.) Hyvään ravitsemukseen kuuluu hyvä nestetasapaino. Ikääntyneillä elimistön vesipitoisuus pienee, jolloin nestehukan sieto heikkenee. Ikäihminen tarvitsee vettä noin 30 millilitraa painokiloa kohti vuorokaudessa. (Kivelä 2012, 36-37; Sinisalo 2015, 98.)

Jotta ikääntyneen hyvä ravitsemus pystytään turvaamaan, tulee sosiaali- ja terveydenhuollossa olla tarjolla riittävästi laadukkaita ja helposti saatavilla olevia ravitsemuspalveluita (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 57).

Ravitsemusterapeutti on ravitsemushoidon asiantuntija, jonka vastaanotolle julkisessa terveydenhuollossa tarvitaan lääkärin lähete. Ravitsemusterapeutti suunnittelee asiakkaan ruokavalion ja ohjaa asiakasta oikeanlaisen ruokavalion käytännön toteutuksissa. (Sinisalo 2015, 206-207.) On tärkeää, ettei ravitsemuspalveluiden piiriin hakeutuminen jää kiinni palveluiden korkeista hinnoista. Toimiva moniammatillinen yhteistyö asiakkaan ravitsemuksen onnistumisen turvaamiseksi on ensiarvoisen tärkeää. Hoitotyön ammattilaisilla tulee olla mahdollisuus saada koulutusta ikääntyneiden ravitsemuksesta sekä tehdä moniammatillista yhteistyötä ravitsemuksen asiantuntijoiden kanssa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 57.)

### 2.5.1. Energia ja energiavarainaineet

Iän myötä ihmisen energiantarve pienenee, koska liikkuminen vähenee ja perusaineenvaihdunta hidastuu. Ihminen tarvitsee energiaa perusaineenvaihdunnan ylläpitoon, lämmön tuotantoon ja liikkumiseen. Riittävien energiavarojen avulla ikääntyneellä on mahdollisuus toipua nopeammin sairauksista. Suositusten mukaan 1500 kilokaloria sisältävä ruokavalio mahdollistaa ikääntyneen riittävän ravintoaineiden saannin. Jos päivittäinen ravinnosta saatu energiamäärä jää toistuvasti alle suosituksen, tulee arvioida, onko tarvetta täydennysravintovalmisteille tai ravintolisälle. (Puranen & Suominen 2012, 20.) Energiatarvetta arvioitaessa on kuitenkin muistettava huomioida yksilölliset erot (Ravitsemusterapeutin yhdistys ry 2006, 10-11; Kivelä 2012, 33-34; Putkonen 2011, 81).

Elimistö tarvitsee toimiakseen rasvoja. Rasvoja on tyydyttyneitä ja tyydyttymättömiä. Tyydyttymättömiä rasvoja on kertatyydyttämättömiä ja monityydyttämättömiä rasvahappoja. Tyydyttyneitä rasvahappoja on eläinperäisissä tuotteissa kuten maidossa ja voissa. Kertatyydyttämättömiä rasvahappoja saa rypsiöljystä, oliiviöljystä ja margariinista. Kalasta, pellavansiemenistä ja saksanpähkinöistä saa monityydyttymättömiä rasvahappoja. (Haglund, Huupponen, Ventola & Hakala-Lahtinen 2010, 33-37; Puranen & Suominen 2012, 20.) Rasvojen tehtävä on toimia elimistössä solujen rakennusaineena, rasvaliukoisten vitamiinien kuljetuksessa sekä sappihappojen ja useiden hormonien rakennusaineena. Rasvasta elimistö saa energiaa. Rasvakudos toimii myös elimistön lämpöeristeenä ja suojaa sisäelimiä. Ikääntyneet voivat käyttää normaalirasvaisia maitotuotteita, kunhan ruokavalio sisältää myös pehmeitä rasvoja. Rasvalla on ruoan makua ja rakennetta parantava vaikutus, mikä on merkityksellistä ikääntyneen ravitsemuksen kannalta. (Puranen & Suominen 2012, 20.)

Omega-3-rasvahapot ovat monityydyttymättömiä rasvahappoja, joita saa kalasta, pellavansiemenöljystä ja margariinista (Puranen & Suominen 2012, 21; Arffman 2011, 19-20). Niillä on todettu olevan terveyttä edistäviä ominaisuuksia, kuten positiivisia vaikutuksia verenkiertoelimistöön ja sydämen toimintaan, riskiin sairastua muistisairauksiin sekä ihon ja nivelten kuntoon. Omega-3-rasvahappojen päivittäisen suositusannoksen saa kahdesta lusikallisesta rypsiöljyä. (Puranen & Suominen 2012, 21.)

Riittävä proteiinin saanti on tärkeä ikääntyneen ravitsemustilaan vaikuttava tekijä (Haglund ym. 2010, 145). Proteiinia tarvitaan elimistössä lihasten

rakennusaineeksi, solujen uusiutumiseen ja puolustuskyvyn ylläpitämiseen. Ikääntyneet tarvitsevat proteiinia enemmän kuin nuoret. Proteiinin puute voi näkyä ikääntyneillä voimattomuutena, infektiokerkkyytenä sekä haavojen paranemisen hidastumisena. (Puranen & Suominen 2012, 21.)

Ikääntyneen tulee nauttia runsaasti kuituja, jotka ovat hiilihydraatteja (Sinisalo 2015, 98). Hyviä kuidun lähteitä ovat täysjyväviljat, kasvikset, juurekset, marjat ja hedelmät. Kuidulla on suoliston ja vatsan hyvinvoinnin ylläpidossa keskeinen rooli. Kuitupitoisen ravinnon nauttimisen yhteydessä tulee huolehtia riittävästä nesteen saannista. (Puranen & Suominen 2012, 23.)

### 2.5.2. Suojaravintoaineet

Suojaravintoaineita ovat vitamiinit, kivennäisaineet, välttämättömät rasvahapot ja aminohapot. (Hujala 2011, 21; Sinisalo 2015, 16) Vitamiinit jaetaan rasva- ja vesiliukoisiin vitamiineihin. Rasvaliukoisia vitamiineja ovat A, D, E ja K-vitamiinit. Vesiliukoisia vitamiineja ovat B-ryhmän vitamiinit ja C-vitamiini. (Sinisalo 2015, 16). Ikääntyneille tärkeitä kivennäisaineita ovat esimerkiksi kalsium ja rauta.

Ikääntyminen aiheuttaa luuston haurastumista. Ikääntyneiden kohdalla on tärkeää huolehtia riittävästä kalsiumin saannista. (Puranen & Suominen 2012, 24). Kalsium on kivennäisaine, jonka avulla pystytään ylläpitämään luuston lujuutta ja ehkäisemään osteoporoosin syntyä (Kivelä 2012, 39-40). Kalsiumia saa maitovalmisteista. Suomalaiset saa pääsääntöisesti riittävästi kalsiumia ravinnosta runsaan maitotuotteiden käytön ansiosta. (Puranen & Suominen 2012, 24.)

Folaatti (B9-vitamiini) ja rauta ovat suojaravintoaineita. Folaatin saanti voi vähentyä ikääntyneillä huonojen hampaiden ja suun alueen ongelmien takia. Suunalueen ongelmat voivat vähentää raakojen kasvisten syöntiä, jotka ovat hyviä folaatin lähteitä. (Putkonen 2011, 82.) Folaattia saa myös viljatuotteista ja liharuoista. Elimistö tarvitsee folaattia punasolujen tuotantoon ja ruoansulatuskanavan toimintaan. Raudan saannin tarve lisääntyy iän myötä. (Sinisalo 2015, 20-22 : Putkonen 2011, 82.) Ihminen tarvitsee rautaa veren punasolujen muodostukseen ja kuljettamiseen. Hyviä raudan lähteitä ovat liha- ja viljatuotteet. (Sinisalo 2015, 22.)

Suomessa ikääntyneiden D-vitamiinin saanti on alle suositusten, jonka takia sitä suositellaan yli 60-vuotiaille ravintolisänä 20 mikrogrammaa vuorokaudessa. D-vitamiinia muodostuu iholla auringonvalon vaikutuksesta. D-vitamiinia saa myös ravinnosta kuten kalasta. D-vitamiinia tarvitaan kalsiumin imeytymiseen suolistossa ja immuunipuolustukseen. (Puranen & Suominen 2012, 25.) Luuston rakenteet pysyvät kunnossa riittävän D-vitamiinin saannin ansiosta. D-vitamiinilla tiedetään olevan muitakin hyödyllisiä vaikutuksia, kuten vastustuskyvyn paraneminen ja infektioalttiuden väheneminen. Jos ikääntynyt ei saa riittävästi D-vitamiinia, niin lihasvoimat heikkenevät ja syntyy lihaskatoa. Heikentynyt lihasvoima ja lihaskato aiheuttavat tasapainohäiriöitä, alttiutta kaatumisille ja kaatumavammoille. (Kivelä 2012, 38; Suominen 2007, 192-193.) Jotkut sairaudet



ja lääkkeet saattavat myös heikentää ikääntyneillä D-vitamiinin imeytymistä (Puranen & Suominen 2012, 25).

Ikääntyneelle C-vitamiinin tarve lisääntyy (Haglund ym 2010, 145). C-vitamiinin tehtävä on vahvistaa puolustuskykyä, ehkäistä tulehduksia, parantaa raudan imeytymistä ja toimia elimistössä antioksidanttina. Parhaiten C-vitamiinia saa tuoreista marjoista ja hedelmistä. C-vitamiinin tarvetta voi lisätä erilaiset sairaudet, lääkkeet ja tupakointi. Jos elimistö saa liian vähän C-vitamiinia, voi keho oirehtia väsymyksen tunteena, yleisenä heikkouden tunteena, ruokahaluttomuutena tai hengenahdistuksena. (Puranen & Suominen 2012, 25.)

B12-vitamiinin riittävän saannin turvaaminen ikääntyneellä on tärkeää. B12-vitamiinin puute lisää muistisairauksien riskiä ja aiheuttaa muistiongelmia. (Puranen & Suominen 2012, 27.) Tämä vitamiinin tehtävänä on osallistua hermojärjestelmän ylläpitoon ja elimistön puna- ja valkosolujen muodostukseen. Parhaita B12-vitamiinin lähteitä ovat kananmunat ja maitotuotteet. (Puranen & Suominen 2012, 27; Sinisalo 2015, 20-21.)

### 2.6. Ravitsemustilan arviointi

Virheravitsemukseen vaara kasvaa, mitä iäkkäämmästä tai sairaammasta henkilöstä on kyse (Putkonen 2011, 79). Erilaiset sairaudet ja niihin liittyvät lääkitykset, liikunnan väheneminen ja huono ruokahalu voivat altistaa ikääntyneen virheravitsemukselle. On hyvä muistaa, etteivät kaikki ravitsemusongelmista kärsivät ole ylipainoisia. Yksipuolinen ravinto voi aiheuttaa ylipainosta kärsivällä ikääntyneellä vitamiinien ja kivennäisainesten puutetta. Ikääntyneen puolustusjärjestelmä ei pysty toimimaan normaalisti, infektioalttius lisääntyy ja sairauksista toipuminen hidastuu, jos ravitsemustila on huono. Ravitsemuksen seurannan avulla on mahdollista tunnistaa ravitsemusongelmat. (Puranen & Suominen 2012, 13; Suominen 2007, 185; Strengell 2011, 108.)

Virhe- ja aliravitsemuksen syyt voidaan Suomisen (2007) mukaan jakaa kolmeen ryhmään. Ensimmäinen ryhmä on sosiaalisista ja ympäristöstä johtuvat syyt. Tässä ryhmässä virheravitsemuksen synnyn syynä voi olla esimerkiksi ikääntyneet kokema yksinäisyys ja köyhyys. Toinen ryhmä on psyykkiset syyt. Ikääntyneen sairastama dementia, masennus, alkoholismi tai kokema suru, voivat olla tässä ryhmässä virheravitsemuksen taustalla. Kolmas ryhmä on fysiologisista muutoksista, sairauksista ja lääkkeistä johtuvat syyt. Kolmannessa ryhmässä muutokset haju- ja makuaistissa, krooniset sairaudet, infektiot, lääkkeet ja nielemisvaikeudet voivat aiheuttaa ikääntyneelle virheravitsemusta. (Suominen 2007, 186-189.)

Painonseuranta on helppo ja yksinkertainen tapa seurata ikääntyneen ravitsemustilaa. Painonseuranta on hyvä toteuttaa kerran kuukaudessa ja kirjata mittaustulos ylös asiakkaan tietoihin. Keskeistä painon seurannassa on huomata, onko painonlasku suunniteltua vai tahatonta. Jos ikääntyneen paino laskee, on olemassa riski ravitsemustilan heikkenemiselle. Ikääntyneille suositellaan painoindeksiä 24-29, koska pieni ylipaino suojaa ikääntyneitä aliravitsemukselta, lihaskadolta ja osteoporoosilta. Alle 24 pai-

noindeksi lisää ikääntyneen sairastavuutta ja kuolleisuutta. (Puranen & Suominen, 2012, 13; Suominen 2007, 190.)

Painonseurannan lisäksi on olemassa erilaisia testejä, joiden avulla pystytään arvioimaan ikääntyneen ravitsemustilaa. MNA-testi eli Mini Nutrition Assessment on testi, jonka avulla pystytään löytämään ikääntyneet, joiden virhe- ja aliravitsemuksen riski on kasvanut. Kyseinen testi sisältää mitauksia, ruokavalion ja toimintakyvyn arvioinnin sekä henkilön oman arvioinnin terveydestään ja ravinnostaan. MNA-testin perusteella ei voida tehdä päätelmiä ikääntyneen ravinnonsaannista ja ruokavalion laadusta. (Mursu & Jyrkkä 2013, 22-23; Suominen 2007, 190.)

Ikääntyneiden ruokailun kartoittamiseen voidaan käyttää ruoankäyttölomaketta tai ruokailunseuranta lomaketta, jonka avulla pystytään arvioimaan ikääntyneen energian ja proteiinin saantia. Seuranta olisi suositeltavaa tehdä yhdestä kolmeen päivään. Arvioinnilla saadaan käsitys ikääntyneen syömän ravinnon energian ja proteiinin päivittäisestä saannista. Tämän jälkeen tuloksia pystytään vertaamaan suosituksiin. (Puranen & Suominen 2012, 14; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 30.)

## 2.7. Kotihoidon henkilökunnan keinot vaikuttaa ikääntyneen ravitsemukseen

Kotihoidon henkilökunnalla on monia keinoja vaikuttaa ikääntyneen ravitsemukseen. Kotihoidon asiakkaan ruokailun yksilöllinen tukeminen ja suunnittelu ovat kotihoidon henkilöstön keskeisiä tehtäviä. Näillä toimilla pystytään luomaan hyvä perusta onnistuneelle ravitsemukselle. Ruokailu voi olla ikääntyneelle päivän kohokohta. (Niinistö, Salminen Karjalainen 1998, 67; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 22-23.) Kotikäyntien yhteydessä kotihoidon henkilökunnan tulee huomioida asiakkaan syömistä ja juomista sekä tarvittaessa muistuttaa niistä. Ravitsemuksen hygieenisuus tulee myös varmistaa kotihoidon henkilökunnan toimesta, jos ikääntynyt ei siihen itse pysty. Hoitotyön ammattilaisten on tärkeää havainnoida asiakkaiden painossa tapahtuvat vaihtelut. On tärkeää huomata, milloin asiakas tarvitsee tehostettua ruokavaliota. Tarvittaessa kotihoidon henkilökunnan tulee konsultoida ravitsemusterapeutteja ravitsemukseen liittyvissä ongelmatilanteissa. Tällaisia tilanteita voivat olla esimerkiksi heikko ruokahalu tai tahaton laihtuminen. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 22-24.)

Ateriapalvelun käyttö on yleistä kotihoidon asiakkailta, koska sillä pystytään turvaamaan ikääntyneen päivittäinen ravitsemus. Joka toisella säännöllisen kotihoidon asiakkaalla on käytössä ateriapalvelu. Noin viidesosalla kotihoidon asiakkaista ateriapalvelu on käytössä seitsemänä päivänä viikossa. Kotiin kuljetettavat ateriat turvaavat noin kolmasosan asiakkaan päivittäisestä energian ja ravintoaineiden tarpeesta. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 23.) Kotihoidon asiakkaiden ravitsemuksesta pystytään huolehtimaan myös kauppapalvelun avulla. Kotihoidon työntekijät suunnittelevat yhdessä asiakkaan kanssa kauppaliistan tavaroista, joita asiakkaalle tuodaan. Näin asiakkaalla säilyy vaikuttamisen mahdollisuus omaan ravitsemukseensa ja yksilölliset makutottumukset pystytään huomioimaan. (Niinistö, Salminen Karjalainen 1998, 67.) Kotihoidon henki-

lökunnan tulee suunnitella ja arvioida asiakkaan ravitsemusta kokonaisuutena sekä toimia suunnitelmallisesti hyvän ravitsemuksen toteuttamiseksi. Määrätietoisella ja suunnitelmallisella ravitsemustasapainon ylläpidolla kotihoidon henkilökunta mahdollistaa ikääntyneen toimintakyvyn säilymisen. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 23.)

Valtion ravitsemusneuvottelukunta (2010) on nostanut esille asioita, jotka voivat viestiä ikääntyneen ravitsemuksellisista ongelmista. Aina kun kotihoidon asiakas tarvitsee apua kaupassa käynnissä, ruoanlaitossa tai syömisessä, nousee virheravitsemuksen riski. Ikääntyneen heikentynyt toimintakyky, näön heikentyminen, muistamattomuus, sekavuustilat tai masentuneisuus vaikuttavat aina myös ravitsemukseen ja sen toteutumiseen. Monilla ikääntyneillä on kroonisia sairauksia, käytössä useita lääkkeitä tai päivittäin kipuja, jolloin ravitsemuksesta huolehtiminen unohtuu. On selvää, että suun alueen ongelmat ja nielemisvaikeudet vaikuttavat merkittävästi ravitsemukseen ja syödyn ruoan määrään. Kotihoidon henkilökunnan tulee kiinnittää näihin asioihin erityistä huomiota päivittäisessä asiakastyössään. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 23-24.)

Kotihoidossa toimitaan asiakaslähtöisesti. Kotihoidon henkilökunta pyrkii huomioimaan ja suunnittelemaan ravitsemukseen liittyvät asiat yhdessä asiakkaan kanssa. (Niinistö, Salminen Karjalainen 1998, 67.) Kun ikääntyneellä säilyy vaikuttamisen mahdollisuus omaan ravitsemukseensa, lisääntyy myös syödyn ruoan määrä. Tavoitteena voidaan pitää ikääntyneen toimintakykyä, tarpeita vastaavan ja ikääntyneen itsenäisyyttä tukeva ravitsemusta. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 24.)

### 3 IKÄÄNTYNEIDEN LÄÄKEHOITO

Ikäihmisten lääkehoidon toteuttaminen vaatii paljon erityisosaamista (Kivelä S, 2004, 8). Iän myötä pitkäaikaissairaudet lisääntyvät, minkä seurauksena lääkkeiden käyttö lisääntyy. Sydän- ja verisuonisairauksien ja keskushermoston lääkkeet ovat yleisimpiä ikääntyneiden käyttämiä lääkkeitä. (Kivelä 2004, 11; Hartikainen 2002, 385.)

Kasvanut lääkkeiden käyttö on lisännyt huolta ikääntyneiden monilääkityksen riskistä (Jyrkkä, Enlund, Korhonen, Sulkava & Hartikainen 2009, 1039). Hartikainen (2002) mukaan monilääkityksellä tarkoitetaan vähintään viiden lääkkeen samanaikaista käyttöä. Monilääkityksestä voidaan käyttää myös käsitteitä lievä tai suuri monilääkitys. Lievä monilääkitys tarkoittaa, että ikääntyneellä on käytössä yli kaksi lääkettä. Lievään monilääkitykseen kuuluu myös kohtalainen monilääkitys, jolloin käytössä on neljä-viisi lääkettä tai yli viisi lääkettä. Suuressa monilääkityksessä on käytössä yli viisi lääkettä tai seitsemästä-kymmeneen lääkettä. Yleisimmät lääkeryhmät monilääkityillä ovat sydän- ja verenkiertolääkkeet sekä keskushermoston ja hengityselinsairauksien lääkkeet. Henkilöt, joilla on käytössä monia lääkkeitä, on käytössä muita enemmän myös käsikauppalääkkeitä. Yleisintä monilääkitys on iäkkäillä naisilla. (Hartikainen 2002, 385.)

Turvallisen lääkityskokonaisuuden löytyminen ei ole ainoa haaste ikääntyneen lääkityksen kokonaisuuden ja toteutuksen kannalta. Ikääntyneen

lääkkeiden otto voi olla haasteellista vaikeutuneen nielemisen takia. Nykyään on olemassa monenlaisia lääkemuotoja helpottamaan oikeanlaista annostelua. Markkinoilla on esimerkiksi dispergoituvia eli nopeasi suussa sulavia tabletteja, oraalinesteitä ja pistoksia. (Mursu & Jyrkkä 2013, 22-25.) Ikääntyneelle lääkepurkin avaaminen voi olla vaikeaa, nestemäisen lääkkeen annostelu on haasteellista vapisevilla käsillä ja oikean lääkkeenottoajan muistaminen on mahdotonta (Kivelä 2005, 18). Ikääntymisen tuomat muutokset luovat haasteita lääkityksen onnistumiseen.

Iäkkäiden lääkityksen soveltuvuuden arviointiin on tehty kansallinen tietokanta, jonka tarkoituksena on tukea 75 vuotta täyttäneiden lääkehoitoa koskevaa päätöksentekoa ja lisätä lääketurvallisuutta. Tietokanta on suunnattu terveydenhuollon ammattilaisten apuvälineeksi. Iäkkäiden tietokannassa lääkkeet on luokiteltu sen mukaan, kuinka hyvin ne soveltuvat 75 vuotta täyttäneiden käyttöön. (Huupponen, Jyrkkä & Ahonen 2014, 54.) Ikääntyneen onnistunut lääkehoito vaatii lääkäreiltä, hoitohenkilökunnalta ja kaikilta hoitoon osallistuvilta tietoa ja arvostavaa asennetta. On erittäin tärkeää, että omaisilla ja ikääntyneellä itsellään on tietoa käytössä olevista lääkkeistä ja mahdollisista haittavaikutuksista. Yhteistyöllä on mahdollista saavuttaa ikääntyneen turvallinen ja onnistunut lääkehoito. (Kivelä 2004, 13-14.)

### 3.1. Lääkkeiden farmakokinetiikka

Farmakokinetiikkaan kuuluu lääkeaineiden imeytyminen, lääkeaineiden jakautuminen elimistössä, lääkeaineiden muuntuminen eli metaboloituminen ja lääkeaineiden poistuminen elimistöstä eli eliminoituminen. Metaboloituminen tarkoittaa lääkeaineiden kulkua elimistössä ja niiden imeytymistä ja eliminoitumista. Lääkeaineen imeytymisellä tarkoitetaan lääkkeen kulkeutumista antopaikasta verenkiertoon. (Nurminen 2011, 62-63; Kivelä 2008, 356-357.)

#### 3.1.1. Imeytyminen

Yleensä lääkkeet annostellaan suunkautta, jolloin imeytyminen käynnistyy mahalaukussa. Suurin osa lääkkeistä imeytyy kuitenkin vasta ohutsuolessa. Ennen kuin lääkeaine pääsee imeytymään mahan tai suolen sisältöön, tulee sen vapautua suun kautta otetusta kapselista tai tabletista. Jotta lääkeaine pääsee maha-suolikanavasta verenkiertoon, sen tulee päästä ohutsuolen seinämän kalvojen läpi. Tähän vaikuttaa lääkeaineen rasva- ja vesiliukoisuus, molekyylikoko ja ionisoitumisaste ruoansulatuskanavan eri osissa. Rasvaliukoiset lääkkeet imeytyvät parhaiten ja vesiliukoiset lääkeaineet läpäisevät kalvoja huomattavasti nopeammin. Lääkkeen vaikuttavan aineen pääsy verenkiertoon saattaa vähentyä tai estyä, jos lääkeaine hajoaa mahalaukussa tai suolessa. (Nurminen 2011, 62-64; Kivelä 2005, 26.)

Iän tuomat fysiologiset muutokset vaikuttavat lääkeaineiden imeytymiseen. Syljen erityks vähenee iän myötä, joka osaltaan voi hidastaa lääkkeen imeytymistä. Ruokatorven lihaksistossa lihassolujen määrän väheneminen ja lihaksiston supistumiskyvyn heikkeneminen hidastaa lääkkeiden kul-

keutumista ruokatorvessa. Ikääntyessä mahalaukussa limakalvo ohenee, suolahapon ja ruoansulatusentsyymien tuotanto vähenee ja seinämän lihasvoima heikkenee. Mahalaukku tyhjenee hitaammin ikääntyneillä, mikä seurauksena ohutsuolessa imeytyvien lääkkeiden imeytyminen ja vaikutus saattaa alkaa myöhemmin. (Kivelä 2004, 20-21; Tiainen 2011a, 230; Kivelä 2008, 357.) Ikääntyessä ohutsuolessa limakalvon pinta-ala pienee ja verenkierto heikkenee. Nämä muutokset eivät kuitenkaan johda lääkkeen imeytymisen heikkenemiseen. Kun lihassolujen supistustoiminta hidastuu ja lääkkeet kulkeutuvat aikaisempaa hitaammin eteenpäin, lääkkeen vaikutus saattaa vain alkaa hitaammin. (Kivelä 2004, 21-22.)

Lääkkeen käyttäjän ruokavalio ja muu lääkitys muokkaavat merkittävässä määrin lääkkeen vaikuttavan aineen pääsyä verenkiertoon. Suun kautta annetun lääkeaineen metaboliaa suolen limakalvossa ja maksassa kutsutaan alkureitin metaboliaksi. (Huupponen & Raunio 2012, 76.) Suun kautta otettu lääkeaine imeytyy mahalaukussa ja ohutsuolessa. Sieltä lääkeaineen kulkeutuu porttilaskimon kautta maksaan, ennen yleistä verenkiertoon pääsemistä. Maksa voi muuttaa merkittävän osan lääkeainetta tehotomaan muotoon, jolloin vain osa lääkeaineesta pääsee vaikutuspaikalle. Tämän takia suunkautta annettaessa lääkkeen biologinen hyöty jää vähäiseksi. (Nurminen 2011, 64-65.) Lääkeaineen osuus, joka pääsee muuttumattomana verenkiertoon ja on mahdollisuus saavuttaa kohde-elin, kutsutaan lääkeaineen biologiseksi hyötyosuudeksi. Lääkeaineen, joka annostellaan laskimoon, hyötyosuus on 100 prosenttia. Suun kautta otettuna hyötyosuus vaihtelee lääkkeestä riippuen muutamasta prosentista lähelle sataa prosenttia. On tärkeää ymmärtää, että eri ihmisillä saman annoksen tuottamat lääkeainepitoisuudet verenkierrossa saattavat olla hyvinkin erilaiset. (Nurminen 2011, 67.)

### 3.1.2. Jakautuminen

Lääkeaineet jakautuvat verenkierron mukana kudoksiin ja lääkkeen vaikutuskohteeseen. Lääkeaineet kulkeutuvat solukalvojen läpi kudoksiin, mutta niiden pääsy vaikutuskohteeseen riippuu lääkeaineen ominaisuuksista. (Nurminen 2011, 67.) Ikääntymisen myötä ihmisen verenkierto heikkenee. Maksan kyky hajottaa ja munuaisten kyky erittää lääkettä heikkenevät, kun verenkierto hidastuu. (Kivelä 2008, 357.) Ikääntymisen myötä ihmisen veden osuus kehon painosta vähenee. Sirkka-Liisa Kivelä onkin todennut, että ikääntyminen on toiminnallista hidastumista, rasvoittumista ja kuivumista. Se miten muutokset vaikuttavat lääkkeiden jakautumiseen, riippuu siitä, onko lääke vesi- vai rasvaliukoinen. Plasman albumiinipitoisuus alenee iän myötä, jolloin vapaiden lääkeaineiden pitoisuudet kasvavat plasmassa ja niiden poistuminen elimistöstä nopeutuu. (Kivelä 2004, 23-24; Kivelä 2008, 357.)

### 3.1.3. Metabolia eli muuntuminen

Lääkeaineet muuntuvat yleensä maksassa, mutta myös ohutsuolessa, munuaisissa ja keuhkoissa (Kivelä 2005, 29; Kivelä 2008, 358-359; Pelkonen & Raunio 1998, 972-973). Maksassa tapahtuu ikääntymisen myötä muu-

toksia, joilla on vaikutusta lääkeaineiden metaboliaan. Ikääntymisen myötä maksan verenkierto heikkenee, maksasolujen määrä vähenee sekä maksan entsyymiaktiivisuus heikkenee. Näillä maksassa tapahtuvilla muutoksilla on vaikutusta lääkeaineiden muuntumisnopeuteen ja lääkeainepitoisuuksiin. (Kivelä 2008, 358-359.)

### 3.1.4. Erittyminen

Lääkeaine poistuu lopullisesti elimistöstä erittymällä. Erittyminen munuaisten kautta virtsaan on tärkein eritystie. (Nurminen 2011, 72; Kivelä 2005, 30.) Vanhetessa munuaisten verenkierto heikkenee ja kudospäämien pienenee, jolloin munuaisten kyky erittää lääkeaineita heikentyy. Vanheneminen hidastaa lääkeaineiden muuntumista maksassa eritettävään muotoon. (Kivelä 2004, 26-27.) Iän myötä maksan koko pienenee ja veren virtaus heikentyy. Maksa ei enää pysty yhtä tehokkaasti hajottamaan lääkkeitä, jolloin seurauksena voi olla korkeita lääkeainepitoisuuksia ja haittavaikutuksia. (Niskanen 2013.) Lääkeaineet voivat erittyä myös sapen kautta ohutsuoleen ja siitä edelleen ulosteeseen, mutta myös sylkeen, hiekeen ja keuhkojen kautta hengitysilmaan (Nurminen 2011, 72).

### 3.2. Ikääntyneiden yleisimmät käyttämät lääkkeet

Niskanen (2013) on artikkelissaan käsitellyt yleisimpiä ikääntyneiden käyttämiä reseptilääkkeitä vuonna 2012. (Taulukko 1. Ikääntyneiden yleisimmin käyttämät reseptilääkkeet vuonna 2012.) Tiedot perustuvat Kelan reseptitiedostosta saatuihin tietoihin. Yli 75-vuotiaiden ja sitä vanhempien ihmisten eniten käyttämä lääke on parasetamoli (kauppanimiltään esimerkiksi Panadol), jota käytetään kivunhoitoon. Sydän- ja verisuonilääkkeet ovat hallitsevassa asemassa käytetyimpien lääkkeiden listalla. (Niskanen 2013.) Taulukossa lääkeaineen perään on laitettu sulkuihin ryhmään kuuluvia lääkkeitä kauppanimillä ja kuvaus mihin kyseistä lääkeainetta yleisimmin käytetään.

Taulukko. 1. Ikääntyneiden yleisimmin käytössä olleet reseptilääkkeet vuonna 2012.

(Ikääntyneiden yleisimmin käytössä olevien lääkeaineiden käyttötarkoitukset on tarkistettu ilmaisesta terve.fi lääkeopas tietokannasta.)

1.	Parasetamoli (Panadol, Parasetamol-Ratiopharm, Para-Tabs, Pamol) Kipulääke
2.	Bisoprololi (Bisoproact, Bisoprolol Orion, Bisoprolol Sandoz, Emconcor) Beetasalpaaja. Käytetään sydänsairauksien ja korkean verenpaineen hoitoon.
3.	Simvastatiini (Simvastatin Ratiopharm, Simvastatin Orion, Zocor, Lipcut) Statiineihin kuuluva kolesteroliarvon alentamiseen käytettävä lääke.
4.	Furosemidi (Furesis, Vesix) Diureetti eli nesteenpoistolääke.
5.	Varfariini (Marevan) Antikoagulanttilääke, jota käytetään vähentämään veren hyytymistä.
6.	Amlodipiini (Amlodipiini Orion, Amloratio, Norvasc) Verenpainelääke.
7.	Pantopratsoli (Somac, Pantoprazol Actavis) Protonipumpun estäjä, joka estää mahan happoeritystä. Käytetään refluksoireiden hoitoon.
8.	Tsopikloni (Imovane ja Zopinox) Unettomuuden hoitoon käytettävä lääke.
9.	Levotyrokseeninatrium (Thyroxin) Kilpirauhasen vajaatoiminnan hoitoon käytettävä lääke
10.	Metoprololi (Metoprolol Orion, Metohexal) Kuuluu beetasalpaajiin ja käytetään kohonneen verenpaineen eli hypertonian, sydämen vajaatoiminnan ja rytmihäiriöiden sekä sepelvaltimotaudin hoidossa.

### 3.3. Aikaisempia tutkimuksia

Lumme-Sandt (2002) on tutkimuksessaan tutkinut itsenäisesti asuvien yli 65-vuotiaiden lääkkeiden käyttöä. Tutkija selvitti, minkälaisina lääkkeiden käyttäjinä ikäihmiset nähdään ja miten he itse kokevat oman lääkkeiden käyttönsä. Tutkijalle syntyi kuva moninaisesta lääkkeiden käytöstä. Tulosten mukaan ikäihmiset eivät noudattaneet hoito-ohjeita. Kyky ymmärtää ja muistaa ohjeita koettiin alentuneeksi tai siihen oli fyysisiä rajoitteita. Ikäihmisille lääkkeiden käytön perusteeksi riitti lääkärin määräys. Tutkimuksessa havaittiin, että käytettävä lääkeannostus ei välttämättä ollut sama kun lääkärin määräämä. Lääkkeen käyttäjä itse tekivät lopullisen päätöksen käyttääkö lääkettä vai ei. Avoin vuorovaikutus hoitohenkilökunnan ja ikäihmisen välillä koettiin tärkeänä tekijänä onnistuneessa lääkehoidossa. Tutkimuksen mukaan ikääntyneet tulisi nähdä terveydenhuollossa tasavertaisina ja omista asioistaan päättävinä aikuisina.

Jyrkkä (2011) tutki väitöskirjassaan Drug use and polypharmacy in elderly persons lääkkeiden käytössä ja monilääkityksessä tapahtuneita muutoksia 1990-luvun lopulta lähtien suomalaisilla ikääntyneillä. Tutkimuksessa käytettiin kahta seuranta-aineistoa Kuopio 75+ ja Hyvän hoidon strategia

tutkimuksia. Tutkimuksen mukaan iäkkäillä yleisimmin käytetty lääke-ryhmä oli sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeet. Iäkkäillä oli käytössä keskimäärin seitsemän lääkettä vuosina 1998-2004. Antitromboottisten lääkkeiden, vitamiinien ja kivennäisaineiden käyttö lisääntyi tutkimusajana. Tutkimuksen mukaan huonon itsearvioitun terveydentilan ja monilääkitykseen yhteys oli vahva. Tutkimuksessa havaittiin, että yhtä sairautta kohden käytössä olleiden lääkkeiden määrä oli suuri.

Ahonen (2011) on tutkinut vältettävien lääkkeiden käyttöä ja kliinisesti merkittävien yhteisvaikutusten esiintyvyyttä 77 vuotta täyttäneillä kuopiolaisilla. Vuonna 2006 tehdyn Hyvän hoidon strategia-tutkimuksesta saadut tiedot toimivat Ahosen tutkimuksen perustana. Tutkimuksen mukaan joka neljännellä kuopiolaisella ikäihmisellä oli käytössä vältettäviä lääkkeitä ja joka viides altistui merkittävälle yhteisvaikutuksille. Ikääntynyt, jolla oli ongelmia liikunta- ja toimintakyvyssä, käytti eniten vältettäviä lääkkeitä ja heillä esiintyi eniten haittavaikutuksia. Tutkimuksen mukaan vältettävien lääkkeiden käyttö aiheutti haittavaikutuksia, jotka olisivat olleet ennaltaehkäistävissä. Lähes kaikille vältettäväksi luokitelluille lääkkeille olisi saatavilla myös turvallinen vaihtoehto. Ahosen mukaan iäkkään henkilön lääkitys tulisi arvioida vähintään kerran vuodessa, mutta myös aina kun terveyden tilassa tapahtuu merkittävä muutos. Lääkityksen arvioinnissa tulisi hyödyntää enemmän moniammatillista yhteistyötä. Ahosen (2011) mukaan suomalaisten ikäihmisten lääkityksen tietokannan avulla olisi mahdollista havaita lääkitysongelmia ja sen käyttö tulisi olla mahdollista kaikkialla Suomessa lääkitykseen liittyvissä asioissa. Terveydenhuollon ammattilaisten perus- ja täydennyskoulutuksessa tulisi paneutua enemmän iäkkäiden lääkitykseen liittyvään osaamiseen.

Pietikäinen (2004) on tutkinut kotihoitoasiakkaan lääkehoitoa kotihoidon työntekijän näkökulmasta. Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia lääkehoidon edellytyksiä, lääkkeiden käsittelyä, lääkehoidon toimintaa sekä kotihoidon työntekijöiden yhteistyötä asiakkaan ja hänen omaisten ja läheisten kanssa. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa, miten kotihoidon henkilöstö kokee oman työnsä asiakkaan lääkehoidossa. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat vastasivat lääkehoitoon liittyvistä tehtävistä. Muulla kotihoidon henkilöstöllä oli merkittävä osuus avustaa asiakasta lääkehoidossa ja varmistaa lääkehoidon toteutuminen. Lääkehoidon täydennyskoulutus oli tulosten mukaan satunnaista ja sitä toivottiin enemmän. Lääkehoidon ohjauksessa korostui reseptilääkkeiden käytön ohjaus ja ravitsemuksen vaikutus lääkehoitoon. Yhteistyö omaisten kanssa koettiin tutkimuksen mukaan vähäiseksi.

Ikääntyneiden lääkitykseen ja sen toteutukseen vaikuttavat monet asiat ja siitä huolehtivat monet eri tahot, jolloin kokonaisuuden hallinta vaikeutuu. Ikääntyneellä on monesti käytössä useita eri lääkkeitä. Monilääkityksen seurauksena lisääntyy haitallisten sivuvaikutusten mahdollisuus. Ahosen (2011) mukaan suomalaisten ikäihmisten lääkityksen tietokannan avulla pystyttäisiin havaitsemaan lääkitysongelmia (Ahonen 2011, 138-139). Tässä asiassa on tapahtunut yhteiskunnassamme kehitystä. Nykyään Suomessa on käytössä iäkkäiden lääkityksen soveltuvuuden arviointiin kansallinen tietokanta. Tietokannan tarkoituksena on tukea 75 vuotta täyttänei-



den lääkehoitoa koskevaa päätöksentekoa ja lisätä lääketurvallisuutta. (Huupponen, Jyrkkä & Ahonen 2014, 54.) Erilaiset tietokannat ovat tarpeellisia apuvälineitä, mutta onnistuneen lääkehoidon keskeinen tekijä on ammattitaitoinen henkilökunta. On erittäin tärkeää, että ikääntyneitä hoitavien ammattilaisten lääkehoidon osaaminen on ajan tasalla ja siitä huolehditaan myös työnantajan toimesta. Pietikäisen (2004, 71) tutkimuksen mukaan kotihoidon henkilökunta toivoi saavansa enemmän lääkehoidon täydennyskoulutusta. Myös Ahosen (2011, 139) tutkimuksessa todettiin, että terveydenhuollon ammattilaisten perus- ja täydennyskoulutuksessa tulisi huomioida enemmän iäkkäiden lääkitykseen liittyviä asioita.

#### 4 LÄÄKKEET, JOILLA ON YHTEISVAIKUTUKSIA RAVINNON KANSSA

Ravinnon ja lääkeaineiden yhteisvaikutus voi muuttaa lääkeaineiden vaikutusmekanismeja elimistössä. Lääkkeet voivat vaikuttaa syömiseen ja ravinnonsaantiin, koska ne voivat muuttaa maku- ja hajuaistia, voimistaa ruokahalua, aiheuttaa vatsaoireita, kuivattaa suuta, aiheuttaa pahoinvointia tai ruokahaluttomuutta. (Mursu & Jyrkkä 2013, 22-23; Tiainen 2011a, 227.) Lääkeaineen pitoisuus voi muuttua haitalliselle tasolle tai riittämättömäksi riippuen lääkkeen ja ravinnon yhteisvaikutuksesta. Koska ihminen saa ravintoa jatkuvasti, lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutus vaikuttaa enemmän lääkitykseen. (Tiainen 2011a, 227.)

Iäkkäät ja sairaat ihmiset ovat herkkiä ravinnon ja lääkkeiden yhteisvaikutuksille. Ravitsemusta ja lääkehoitoa tarvitaan ikääntyneen hyvinvoinnin turvaamiseksi. (Tiainen 2009, 60; Tiainen 2011a, 228.) Perimällä on vaikutusta siihen, miten lääkeaine toimii elimistössä. Perimä vaikuttaa myös ruoansulatuksessa ja aineenvaihdunnassa toimivien entsyymien toimintaan. Monet sairaudet, monilääkitys, huono ja vajaavainen ravitsemustila, heikentynyt aineenvaihdunta sekä ikä lisäävät ravintoaineiden ja lääkeaineiden yhteisvaikutusten todennäköisyyttä. (Tiainen 2011a, 228.)

Ravinnon ja lääkeaineiden väliset yhteisvaikutukset voidaan jakaa Tiaisen (2011a) mukaan neljään eri ryhmän. Ensimmäinen ryhmä ovat biokemialliset tai fysikaaliset reaktiot. Tämän kaltaisia yhteisvaikutuksia voi syntyä esimerkiksi letkuruokinnan yhteydessä. Letkuruokinnassa on erittäin tärkeää, ettei lääkkeitä laiteta samanaikaisesti ravintovalmisteen kanssa. Toinen ryhmä on imeytymiseen vaikuttavat reaktiot. Lääkkeen ja ravinnon yhteisvaikutus voi hidastaa tai lisätä lääkkeen biologista käytettävyyttä. Tämä on yhteisvaikutusryhmistä yleisin. Kolmas ryhmä on ravinnon sisältämien aineiden ja lääkeaineiden jakautumisessa elimistöön verenkiertoon pääsemisen jälkeen syntyvät reaktiot ja neljäs ryhmä on ravintoaineiden ja lääkkeen eliminaatiossa ja puhdistamisessa tapahtuvat reaktiot. (Tiainen 2011a, 228-229.)

Ikääntyminen vaikuttaa lääkeaineiden ja ruoka-aineiden metaboliaan ja erittymiseen (Tiainen 2011a, 228-229). Lääkkeenoton yhteydessä syöty ruoka hidastaa lääkeaineen imeytymistä. Ruoka voi estää lääkeaineen pääsyn imeytymispaikkaan, jolloin terapeutin pitoisuuden saavuttaminen

voi estyä. (Tiainen 2011a, 230.) Osa lääkkeistä kehoitetaan ottamaan tyhjään vatsaan yhteisvaikutuksen syntymisen estämiseksi. Rasvainen ruoka voi hidastaa vatsan tyhjenemistä. Lääkeaineen imeytyminen hidastuu, mutta toisaalta rasvainen ruoka lisää sappisuolojen eritystä, jolloin rasvaliukoiset lääkkeet imeytyvät paremmin. (Tiainen 2011a, 230; Tiainen 2009, 56; Sinisalo 2015, 59.)

Onko vatsa täysi vai tyhjä, vaikuttaa lääkeaineiden käyttäytymiseen ja lääkkeen vaikutuksen alkamiseen (Tiainen 2009, 56; Tiainen 2011a, 230; Sinisalo 2015, 59). Pitkävaikutteisen lääkkeiden otossa tämä seikka korostuu. Esimerkiksi Opioidit hidastavat vatsan tyhjenemistä, joka aiheuttaa kyseisen lääkeaineen yleisimmän sivuvaikutuksen, ummetuksen. Osa lääkkeistä kehoitetaan ottamaan ruoan yhteydessä mahaärsytyksen vähentämiseksi. (Tiainen 2011a, 230.)

Imeytyminen vaikuttaa lääkeaineiden ja ravintoaineiden vaikuttavuuteen. Imeytymismuutoksista voi seurata ruoka- ja lääkeaineiden imeytymisen vähentymistä, lisääntymistä tai viivästymistä. Kun lääkkeen käytettävyyttä lisääntyy, voi lääkkeen teho parantua, mutta seurauksena voi olla myrkyllisiä vaikutuksia. (Tiainen 2011, 231.) Lääkeaineet ja ravintoaineet saattavat muodostaa ruoansulatuskanavassa imeytymättömän yhdisteen, joka vaikuttaa molempien aineiden imeytymiseen. Imeytymättömän yhdisteen muodostavat esimerkiksi maidon kalsium ja rautavalmisteet. (Tiainen 2009, 56-57; Tiainen 2011a, 230-231.) Nämä aineet huonontavat toistensa imeytymistä. Mahassamme oleva ruoan määrä vaikuttaa mahan pH-tasoon. Aterian jälkeen mahan pH on viidestä kuuteen ja tyhjässä mahassa yhdestä kahteen. Näin ruoka voi vaikuttaa lääkeaineiden liukoisuuteen. Hapoherkät lääkkeet hajoavat täydessä vatsassa nopeasti, jonka takia ne kehoitetaan ottamaan tyhjään vatsaan. Mahalaukun happamuuden muutokset voivat aiheuttaa yhteisvaikutuksia. Kun juomme maitoa aterian yhteydessä, mahan pH-taso nousee niin, että lääke jonka pitäisi hajota ohutsuolessa, hajoaakin jo mahalaukussa. Tämän seurauksena lääkkeen teho jää pienemmäksi. (Tiainen 2011a, 230-231; Sinisalo 2015, 59.)

Ravinnon ja lääkkeen yhteisvaikutuksen takia lääkeaineen metabolia voi estyä. Greipillä on yhteisvaikutuksia monien lääkeaineiden kanssa. Greipin nauttiminen tiettyjen lääkkeiden yhteydessä, voi aiheuttaa lääkeaineen metabolian vähenemistä tai lääkeaineen käytettävyyden lisääntymistä. (Tiainen 2009, 58; Tiainen 2011a, 232- 233; Sinisalo 2015, 60.) Myös erittymisvaiheessa voi syntyä lääkkeiden ja ravinnon hyödyllisiä tai haitallisia yhteisvaikutuksia. Haitallinen yhteisvaikutus syntyy esimerkiksi neste-poistolääkkeiden käytön yhteydessä. Neste-poistolääkettä käytettäessä natriumin ja veden poistuminen aiheuttaa kaliumin ja magnesiumin erittymisen kiihtymistä. Tämän yhteisvaikutuksen seurauksena alttius rytmihäiriöille kasvaa. (Tiainen 2011a, 232- 233.)

Hoitohenkilökunnan on tärkeää ymmärtää ja tunnistaa ravinnon ja lääkkeiden yhteisvaikutuksia. Asiakkaille tulee kertoa yhteisvaikutuksen mahdollisuudesta ja tarvittaessa konsultoida lääkäriä tai ravitsemusterapeuttia asiaan liittyvissä ongelmissa. Ikääntymiseen liittyvät muutokset ja sairaudet voivat muuttaa lääkkeiden ja ravintoaineiden vaikutuksia elimistössä.

Huono ravitsemustila voi vaikuttaa lääkkeen tehoon ja turvallisuuteen, mutta myös heikentää ikääntyneen yleisvointia ja edistää sairauksien syntymistä. (Mursu & Jyrkkä 2013, 22.) Lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksia tunnetaan edelleen puutteellisesti. Keskeistä on, ettei iäkkään ruokailemisesta ei saa tehdä liian vaikeaa eikä ruokailua pidä rajoittaa yhteisvaikutusten pelossa. (Mursu & Jyrkkä 2013, 24.) Jos ikääntyneen ravitsemustila on heikko, hän on alipainoinen ja laihtuu koko ajan, käytössä on pitkäaikainen lääkitys tai hänellä on ummetusta, pahoinvointia tai ripulia, on hyvä arvioida lääkkeen ja ravinnon yhteisvaikutuksen mahdollisuus. (Tiainen 2009, 55.)

Seuraavaksi kuvaan lääkeryhmittäin ikääntyneiden käyttämien lääkkeiden ja ravinnon mahdollisia yhteisvaikutuksia.

### 4.1. Sydän- ja verisuonilääkkeet

Sydän- ja verisuonitautien hoitoon käytettävillä lääkkeillä ja ravinnolla on yhteisvaikutuksia monenlaisten mekanismien kautta. Verenpainelääkkeet, kalsiumkanavan salpaajat (felodiini, nifedipiini, nisoldipiini ja nitrendipiini) voivat yhdessä greippimehun kanssa aiheuttaa verenpaineen laskua. (Tiainen 2011a, 235 ; Tiainen 2009, 58.) Lääkkeiden teho (käytettävyys) voi nousta moninkertaiseksi, jolloin vaikutus verenpaineeseen voi olla kaksinkertainen. Myös verpamiililla ja diltiatseemilla on havaittu yhteisvaikutuksia greippimehun kanssa. (Tiainen 2011a, 233.) Rytmihäiriölääkkeistä amiodaronin, disopyridiinin ja kinidiinin toksisuus (myrkyllisyys) lisääntyy, jos lääkkeen kanssa käytetään greippimehua. Runsaalla greippimehun käytöllä on heikentävää vaikutusta myös statiineihin. (Tiainen 2011a, 235.)

Ruoka vaikuttaa ACE-estäjiin kuuluvien peindopriilin ja katopriilin imeytymiseen. Kun lääkkeet otetaan ruoan yhteydessä, niiden vaikuttavuus laskee. (Tiainen 2011a, 234.) Kaptopriilin sivuvaikutuksista suun kuivuminen, makuaisin heikkeneminen, pahoinvointi voivat johtaa ravitsemustilan heikkenemiseen (Tiainen 2009, 59; Tiainen 2011a, 234). Ace-estäjien käytön yhteydessä voi joutua vähentämään kaliumin saantia ruokavaliosta hyperkalemia vaaran takia. Veranpainetauti sairastavan ei tule nauttia liikaa lakritsia, koska lakritsin tiedetään nostavan verenpainetta. (Tiainen 2011a, 234.)

Diureetit ovat nesteenpoistolääkkeitä ja niitä on erilaisia. Kaliumia säästävien diureettien käytön yhteydessä tulee välttää runsaasti kaliumia sisältäviä ruoka-aineita Rytmihäiriöiden vaara kasvaa kalium tason noustessa liian korkeaksi. Tiatsidisiureeteista hydroklooritiatsidi voi aiheuttaa hypokalemiaa ja hyponatremiaa, koska se suurentaa natriumin ja kaliumin poistumista elimistöstä munuaisten kautta. Henkilöt, jotka rajoittavat suolan käyttöä, voivat kärsiä tästä sivuvaikutuksesta. Loop-diureetit poistavat elimistöstä natriumia, kaliumia, magnesiumia, kalsiumia ja kloridia. (Tiainen 2011a, 234-235; Kivelä 2005, 100.)

On olemassa sydän- ja verisuonilääkkeitä, joiden yhteydessä lääkityksen ja ruokailun ajoittaminen on erityisen tärkeää. Digoksiini ja varfariini ovat

esimerkiksi tällaisia lääkkeitä. Nämä lääkkeet tulee ottaa aina ruokailuun nähden samaan aikaan. Ruokavalio, joka sisältää runsaasti hiilihydraatteja, vähentää digoksiinin vaikutusta. (Tiainen 2011a, 235.) Myös runsaskuituista ruokavaliota on hyvä välttää Digoksiini lääkityksen yhteydessä (Tiainen 2011a, 235; Saano 1998, 1052).

MAO-estäjiä käyttävien verenpainepotilaiden on hyvä välttää tyramiinipitoista ruokaa. Kypsennetyissä juustoissa, punaviinissä, avokaadossa, inkiväärissä, luumussa ja pavuissa on tyramiinia. Yhteisvaikutuksen seurauksena voi olla raju verenpaineen nousu ja verenpainekriisi. (Tiainen 2011a, 235; Saano 1998, 1055)

### 4.2. Verenohennuslääkkeet

Varfariini lääkityksen yhteydessä on erittäin tärkeää pitää ravinnosta saatavan K-vitamiini määrä tasaisena (Mursu & Jyrkkä 2013, 24; Tiainen 2011a, 237). Jos ruokavaliossa on liikaa K-vitamiinia, verenohennuslääkkeen teho heikkenee. K-vitamiinia on runsaasti lehtikaalissa, ruusukaalissa ja pinaatissa. Myös kaalissa, salaattissa ja kurkussa on melko paljon K-vitamiinia. Karpalomehun on huomattu nostavan varfariinia käyttävien potilaiden INR-arvoja. Suurina annoksina A-, E-, D-, ja C vitamiini vaikuttavat verenohennuslääkkeen tehoon. Myös runsas alkoholin käyttö heikentää verenohennuslääkkeen tehoa. (Tiainen 2011a, 237.) Luontaistuotteita ei suositella ollenkaan varfariinia käyttäville potilaille (Kivelä 2005, 120).

### 4.3. Neurologisten sairauksien lääkkeet

Kun potilas aloittaa parkinson- tai epilepsialääkityksen, tulee häntä ohjata lääkkeen ja ravinnon yhteisvaikutuksista. Ruoan sisältämät aineet vaikuttavat lääkkeen tehoon, joka voi estää lääkkeellä tavoitellun vaikutuksen. Parkinsonin taudin hoidossa käytettäviä lääkkeitä ovat levodopan ja karpidopan. Runsaasti proteiinia sisältävien liha-, kala ja kanamunaruokien nauttimista tulee välttää levodopan ja karpidopan ottamisen yhteydessä. Levodopa ja karpidopa kilpailevat ohutsuolessa ravinnon amiohappojen kanssa samasta aminohappojen kuljettajasta, mutta haitallinen kilpailutilanne pystytään välttämään ravitsemuksella. Parkinson taudin hoitoon käytettävät lääkkeet annostellaan kerran päivässä, jolloin ruokailun suunnittelu on helpompaa. (Tiainen 2011a, 237.) Rautaa, kalsiumia, magnesiumia ja sinkkiä ei tulisi nauttia levodopan, karbidopan ja metyylidopan kanssa samaan aikaan, vaan pitää vähintään kahden tunnin tauko valmistaiden nauttimisen välillä (Tiainen 2011a, 238; Mursu & Jyrkkä 2013, 24).

Epilepsian hoidossa käytettävä lääke karbamatsepiini voi aiheuttaa suun alueen ongelmia ja makuaistin muutoksia. Seurauksena voi olla ruokahallittomuutta. Greippimehua ei tule käyttää karbamatsepiinin kanssa, koska greippi estää suuren osan lääkeaineen ensikierron metaboliasta. (Tiainen 2011a, 238-239.) Fenytoiini on toinen epilepsian hoidossa käytettävä lääke. Folaatti on vastavaikuttaja fenytoiinille, jolloin fenytoiinipitoisuus voi laskea merkittävästi ja aiheuttaa epilepsiakohtausten vaikeutumista. Fenytoiinin käytön yhteydessä kalsiumin imeytyminen voi heikentyä ja

esiintyä D-vitamiinin puutetta. (Tiainen 2011a, 238-239; Tiainen 2009, 60.)

### 4.4. Mahasuolikanavan hoitoon käytettävät lääkkeet

Mahasuolikanavan hoitoon käytettäviä lääkkeitä ovat esimerkiksi H<sub>2</sub>-salpaajat, protonipumpun estäjät kuten simetidiini, famotidiini ja ranitidiini ja antasidieni. Näiden lääkkeiden pitkäaikainen käyttö heikentää B-vitamiinin imeytymistä. (Tiainen 2009, 59.) Antasidit vähentävät A-vitamiinin, folaatin ja fosfaatin käytettävyyttä, jolloin seurauksena voi olla edellä mainittujen aineiden puute elimistössä. (Tiainen 2011a, 239-240.)

Väärinkäytettynä ulostuslääkkeet voivat aiheuttaa kaliumvajetta, imeytymishäiriöitä ja laihtumista. Ulostuslääkkeitä ei suositella käytettäväksi jatkuvasti. (Tiainen 2009, 60; Tiainen 2011a, 240.) Ripulilääkkeistä loperamidi voi aiheuttaa elektrolyytitasapainossa häiriöitä (Tiainen 2011a, 240).

### 4.5. Tuki- ja liikuntaelin sairauksien lääkkeet

On olemassa lääkkeitä, joiden ottamisen ja ruokailun välillä tulee olla tietty aika. Bisfosfonaatti on osteoporoosilääkkeenä käytetty valmiste, joka tulee ottaa tunti ennen aamiaista. Ruoka, rauta- ja kalsiumvalmisteet tai mahan sisältöä neutraloivat lääkkeet vähentävät bisfosfonaatin imeytymistä. (Tiainen 2011a, 240; Mursu & Jyrkkä 2013, 24.)

### 4.6. Psykelaäkkeet

Psykelaäkkeillä voi olla vaikutusta ikääntyneen ravitsemustilaan esimerkiksi aiheuttamalla painonnousua. Hoitotyön ammattilaisten tulee tiedostaa tämä asia. Kun aloitetaan psykelaäke selkeästi ylipainoiselle henkilölle, tulee huomioida jo koholla oleva sydän- ja verisuonitaudin riski. On tilanteita, joissa joudutaan miettimään vaihtoehtoista lääkitystä. (Tiainen 2011a, 241-242.) Trisykliset masennuslääkkeet saattavat aiheuttaa suun kuivumista, jonka seurauksena syöminen ja nieleminen saattavat vaikeutua (Tiainen 2009, 59; Kivelä 2005, 67). Diatsepaamin kanssa ei tule nauttia greippimehua, koska lääkkeen imeytyminen lisääntyy. Tämä voi aiheuttaa ikääntyneelle diatsepaamin vaikutuksen lisääntymistä. Yhteisvaikutus voi ilmetä uneliaisuutena, koska lääkkeen rauhoittava vaikutus pitenee. (Tiainen 2011a, 241-242.)

### 4.7. Antibiootit

Antibioottikuurien yhteydessä on tärkeää ajoittaa lääkkeen otto ja ruokailu oikein. Ravinnolla ja antibiooteilla tiedetään olevan yhteisvaikutuksia ravinnon eri aineiden kanssa. Useiden antibioottien imeytyminen heikkenee, kun se nautitaan ruoan kanssa. Tetrasykliiniä ei tule ottaa ruoan tai maidon kanssa yhtä aikaa, koska ruoan kanssa nautittuna lääkkeen biologinen käytettävyyttä heikkenee. Esimerkiksi kahviin tai teehen laitettu maito vaikuttaa tetrasykliinin pitoisuuden laskun. (Mursu & Jyrkkä 2013, 24; Tiainen

2011a, 242- 243.) Myöskään doksisykliiniä ei tule ottaa ruoan, maidon tai rauta- tai kalsiumvalmisteen kanssa (Tiainen 2011a, 242- 243).

#### 4.8. Syöpälääkkeet

Syöpälääkkeisiin liittyy haittavaikutuksia, joilla on vaikutusta ravitsemustilaan. Sytostaatit saattavat aiheuttaa pahoinvointia ja oksentelua, joka osaltaan aiheuttaa ruokahalun vähenemistä. (Tiainen 2009, 59.) Suun alueen ongelmat, kuten haavaumat ja ientulehdus, tekevät syömisestä vaikeaa. Yleisellä tasolla syöpälääkkeillä on vaikutusta ihmisen ravitsemustilaan lääkkeiden haittavaikutusten kautta. (Tiainen 2011a, 243-244.)

## 5 KOTIHOITO

Heinäkuussa 2014 on voimaan tullut laki (28.12.2012/980) ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista. Laki säätää kotihoidon ensisijaiseksi ikäihmisten palvelumuodoksi. Tällä tavoin pyritään yhteiskunnallisesti parantamaan ikääntyneen väestön hyvinvointia, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista. (Ikonen 2013, 12.; Laki 28.12.2012/980.)

Kotihoidossa on yhdistetty kotisairaanhoidon ja kotipalveluiden toiminnot (Ikonen 2013, 16). Kotihoidon palveluja annetaan asiakkaille tarveperiaatteen mukaan. Palveluja tarjotaan niitä eniten tarvitseville. Kunnat ovat laatineet kriteerit kotihoidon myöntämiselle, joilla pyritään selkeyttämään palvelujen kohdentamista asiakkaille. (Ikonen 2013, 28.) Kotihoidon tavoitteena on tukea asiakkaan toimintakykyä ja elämönhallintaa, jotta asiakas pystyy asumaan turvallisesti kodissaan mahdollisimman pitkään tarjolla olevien palveluiden turvin. Kyseiset palvelut kuuluvat kunnan lakisääteiseen järjestämisvastuuseen. Kunta voi itse tuottaa palvelun tai hankkia ne yksityisiltä palveluntuottajilta, kolmannelta sektorilta, toiselta kunnalta tai kuntayhtymältä ostopalveluina. (Paljärvi 2012, 23-24; Ikonen 2013-18-19.) Asiakas voi myös itse hankkia kotihoitopalveluita yksityisiltä palveluntuottajilta (Ikonen 2013, 18-19).

Kotihoito on palvelukokonaisuus, joka sisältää kotipalvelua, tukipalveluita sekä sairaanhoitopalveluita. Kotihoidon tehtävänä on auttaa avun- tarvitsijoita, joiden toimintakyky on tilapäisesti tai pysyvästi huonontunut. (Ikonen 2013, 15.) Ikäihmisten kotipalvelulla tarkoitetaan sosiaalihuoltolain 20§:n mukaista asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon kuuluvia tehtäviä ja toimintoja. Tukipalvelut ovat kotihoitoon liittyviä palveluita kuten turva-, ateria-, vaatehuolto-, siivous-, kylvytys- ja kuljetuspalveluita. Kotisairaanhoido on hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista jatkuvaa tai tilapäistä moniammatillisesti toteutettua sairaanhoidon palvelua. (Ikonen 2013, 16-17.) Paljärven (2012) mukaan kotihoidon palveluihin sisältyvät Ikonen (2013) kuvaamien palveluiden lisäksi omaishoidon tuki, päiväkeskustoiminta, asiointipalvelut, vanhusten perhehoito ja tehostettu asumispalvelu (Paljärvi 2012, 23-24). Tämän päivät kotihoidon tehtävänä on sovittaa erillisten palveluidentuottajien palvelut vastaamaan asiakkaiden yksilöllisiin tarpeisiin (Heinola 2007, 9).

Suurin osa kotihoidon asiakkaista on iäkkäitä henkilöitä, joilla on useampia pitkäaikaissairauksia ja terveysongelmia (Ikonen 2013, 18-19). Kotihoidon suurimman asiakasryhmä muodostavat 75-84- vuotiaat ikääntyneet. Heitä on noin puolet kotihoidon asiakkaista. Joka kolmas kotihoidon asiakkaista on täyttänyt 85 vuotta ja joka viides asiakkaista on 65-74- vuotiaita. (Luoma & Kattainen 2007, 18-19.) Säännöllisen kotihoidon piirissä oli vuonna 2014 yhteensä 72 531 asiakasta, joista 66% oli naisia. Säännöllisen kotihoidon asiakkaista oli 75 vuotta täyttäneitä 56066. Asiakkaista alle 65 vuotiaita oli 6526. (THL 2015, 1.) Kotihoidon palveluiden piiriin hakeutumisen yleisimmät syyt ovat fyysiset syyt, sairauden tutkimus ja hoito, dementoivat sairaudet sekä psyykkis-sosiaaliset syyt (Luoma & Kattainen 2007, 18-19).

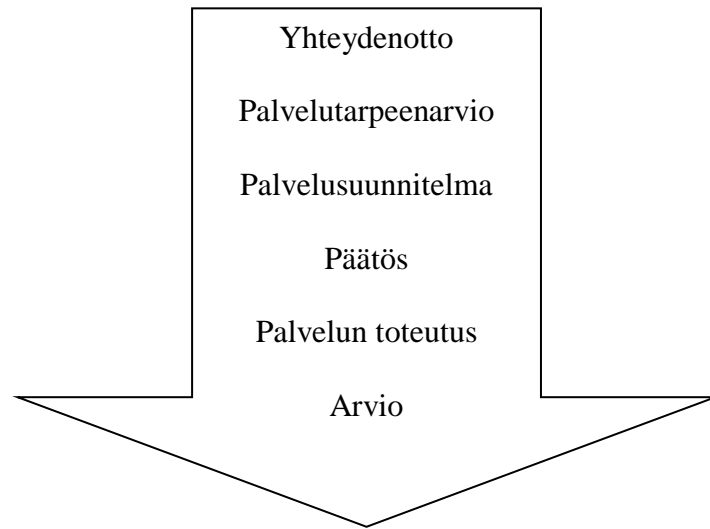
### 5.1. Kotihoidon asiakasprosessi

Kotihoidon asiakasprosessi käynnistyy yhteydenotolla kunnan palveluneuvontaan tai kotihoidon yksikköön. Yleensä ilmoitus kotihoitopalvelun tarpeesta tulee asiakkaalta tai hänen omaiseltaan, sairaalasta, terveyskeskuksesta tai muulta taholta. (Kuvio 1. Kotihoidon asiakasprosessi.) Asiakkuus kotihoidossa alkaa oikea-aikaisella palvelutarpeen arvioinnilla ja päätöksellä palveluiden käynnistämisestä. Tarvittaessa palveluohjaaja voi olla mukana palveluntarpeen arviointikäynnillä kotihoidon edustajan kanssa, jos näyttää, että palveluita tarvitaan monilta eri tahoilta. (Larmi, Tokola & Välikkiö 2005, 28-29; Ikonen 2013, 146-149; Heinola 2007, 26-27.)

Kotihoidon asiakkaan palvelut perustuvat palveluntarpeen arvioon, joka tehdään yhteistyössä asiakkaan kanssa. Asiakas esittää oman arvionsa palveluntarpeestaan. Asiakkaan kotona pärjäämistä, palveluntarvetta, ja sairaanhoidontarvetta hoitotyön ammattilainen selvitetään haastattelemalla ja havainnoimalla asiakkaan toimintaa. Palveluntarpeen arvioon kuuluu myös toimintakykyarvio, voimavara-arvio ja kodin esteettömyysarvio. Tavoitteena on luoda saumaton palvelukokonaisuus kotona asumisen turvaamiseksi yhdessä asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa. Kotihoidon palveluja toteutetaan kuntouttavaa työtettä käyttäen. Arviointikäynnillä saatujen tietojen perusteella kotihoidon edustaja määrittelevät yhdessä asiakkaan kanssa kotihoidon palvelun tarpeen. (Ikonen 2013, 146-149; Heinola 2007, 26-27.)

Palvelutarpeen arvioinnin perusteella asiakkaalle laaditaan kotihoidon palvelusuunnitelma. Myös kotihoidon maksut ja päätös kotihoidon myöntämisestä perustuu palvelutarpeen arviointiin. Asiakas saa päätöksen kirjallisena. Kotihoidon maksut määräytyvät voimassa olevien asiakasmaksulain ja –asetuksen mukaisesti sekä sosiaali- ja terveyslautakunnan hyväksymien kotihoidon asiakasmaksujen määräytymisperusteiden mukaan. Kotihoidon palvelut etenevät palvelusuunnitelman mukaisesti ja tarvittaessa palvelusuunnitelmaa muutetaan avutarpeen muuttuessa. (Ikonen, 2013, 159-160.) Hoito- ja palvelusuunnitelma toimii kotihoidon suunnittelun ja toteutuksen työvälineenä. (Heinola 2007, 26-27.)

Kuvio 1. Kotihoidon asiakasprosessi (Lähde: Ikonen, 2013, 147)



## 5.2. Riihimäen kotipalvelu ja kotisairaanhoido

Riihimäen vanhuspalveluiden tavoitteena on, että ikääntyneet voivat asua mahdollisimman pitkään omassa kodissaan omaisten ja lähiverkoston avulla. Vanhuspalveluiden lähtökohtana on ikäihmisten arvostaminen ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Tavoitteena on vastata hoitotyön keinoin asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin. Kaikille kotipalvelun asiakkaille laaditaan yksilöllinen palvelusuunnitelma. Kotihoitopalvelu voi olla tilapäistä tai säännöllistä palvelua. Riihimäellä kotihoidon tehtävänä on tukea ja auttaa asiakkaitaan selviytymään päivittäisistä toiminnoista silloin, kun asiakkaan toimintakyky on iän tai sairauden vuoksi heikentynyt. (Riihimäen kaupunki n.d.)

Kotisairaanhoido on toteutettu Riihimäen seudun terveyskeskus ky:n tuottamana maksullisena palveluna. Kotisairaanhoidoa annetaan silloin, kun asiakas ei pysty hankkimaan tarvitsemaansa palvelua terveydenhuollon toimipisteestä. Riihimäellä kotisairaanhoidon lääkäri ja sairaanhoitaja arvioivat asiakkaan hoidontarpeen yhdessä asiakkaan kanssa. Kotisairaanhoido tekee kotikäyntejä klo. 8-21 seitsemänä päivänä viikossa. (Riihimäen kaupunki n.d.)

Riihimäellä on aloittanut toimintansa kotisairaala. Kotisairaala- pilotti alkoi Riihimäellä marraskuussa 2015. Tavoitteena on, että kotisairaala-toiminta laajenee vuonna 2016 vastaamaan Hausjärven ja Lopen asiakkaiden hoidontarpeeseen. Kotisairaalassa asiakasta voidaan hoitaa omassa kodissaan lyhytaikaisessa, äkillisessä ja akuutissa sairaanhoidoa vaativassa tilanteessa. Kotisairaalan avulla pystytään vähentämään osastohoidon tarvetta ja asiakkaan siirtelyä palvelupisteestä toiseen. (Hossi, 2015.) Kotihoidon asiakas voi olla kotisairaalan asiakas esimerkiksi saattohoitotilanteessa.



### 5.3. Hyvinkään kotihoito

Hyvinkään kaupungin ikääntyneiden palveluiden tavoitteena on tarjota asiakkailleen itsenäistä selviytymistä tukevaa, hyvää elämänlaatua ylläpitävää ja edistävää hoitoa. Jos asiakas ei fyysisen, psyykkisen tai sosiaalisen toimintakykynsä vuoksi pysty itsenäisesti selviytymään päivittäisistä toiminnoistaan, on hänellä mahdollisuus saada Hyvinkäällä kotihoidon palveluja. (Hyvinkään kaupunki 2015.)

Kotihoitopalveluilla pyritään mahdollistamaan, että asiakas pystyy asumaan omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Kotihoidon tavoitteena on tukea asiakkaan arjessa selviytymistä. Kotihoitopalvelu voi olla neuvontaa, ohjausta, henkilökohtaista hoivaa, huolenpitoa, perusturvallisuuden tunteen lisäämistä, kuntoutusta ja kotisairaanhoidoa sekä kaupungin tarjoamia tukipalveluita. Asiakas, joka ei pysty käyttämään terveydenhuollon avovastaanottoja tai vastaavia palveluita, voi saada sairaanhoitopalveluita kotiinsa. Hyvinkäällä kotihoidon palveluja on mahdollista saada seitsemänä päivänä viikossa kellon ympäri. (Hyvinkään kaupunki 2015.)

Hyvinkäällä asiakkaan on mahdollista saada kotiinsa myös tehostetun kotihoidon palveluita. Hyvinkään tehostettu kotipalvelu tarjoaa asiakkailleen vaativampaa sairaanhoidollista palvelua. Yleensä tehostetun kotihoidon palvelut ovat jatkohoitoa asiakkaille, jotka kotiutuvat erikoissairaanhoidosta, päivystyspoliklinikalta tai terveyskeskussairaalasta. Palvelua voivat saada myös muiden Hyvinkään kaupungin yksiköiden asukkaat. (Hyvinkään kaupunki 2015.)

## 6 HENKILÖSTÖN OSAAMISEN KEHITTÄMINEN

Yksilön osaamisesta puhutaan monenlaisilla käsitteillä. Voidaan puhua taidoista, pätevyydestä tai kyvykkyydestä. (Viitala 2005, 113.) Viitala (2005) on kuvannut osaamista pyramidina. Alimmaisena pyramidissa on henkilön persoonalliset valmiudet esimerkiksi paineensietokyky, positiivisuus ja itseluottamus. Seuraavana ovat luovuus ja ongelmanratkaisukyky, sosiaaliset taidot ja organisaation osaaminen. Korkeimmalla pyramidissa on oman ammattialan osaaminen. Kaikki ominaisuudet, jotka ovat pyramidin alaosassa, ovat asioita, joita tarvitaan työelämässä toimialasta ja tehtävästä riippumatta. Ja mitä lähempänä pyramidin huippua ollaan, sitä lähemmin osaaminen liittyy suoritettavaan työtehtävään. (Viitala 2005, 116.)

Osaamisen tärkeä perusta on tieto. Tieto pystyy kanavoitumaan toiminnaksi vain, jos sen haltija osaa soveltaa tietoa. Ammattitaitona näkyvään osaamiseen sisältyvät tiedot, taidot ja asenteet. (Viitala 2005, 126; Kupias, Peltola & Pirinen 2014, 50.) Osaaminen kehittyy oppimisen avulla. Oppiminen saa aina aikaan muutoksen oppijassa, joka voi olla muutos tiedoissa, taidoissa tai asenteessa. Oppiessamme peilaamme opittavaa asiaa tai taitoa aikaisempiin kokemuksiimme. (Kupias ym. 2014, 109.) Oppiminen vaatii asioiden työstämistä, joka taas edellyttää oppijaltaan halua ja tahtoa oppia. Oppimista edistäviä asioita ovat tavoitteellisuus, motivaatio, aktii-

visuus oppimisessa, oppimisilmapiiri, vuorovaikutus sekä saatu palaute. (Kupias ym. 2014, 111.)

Helakorven (2005) mukaan osaamiseen liittyy keskeisesti kyvykkyys, elämänhallinta, ammattitaito ja asiantuntijuus. Voidaan ajatella, että ammatillinen osaaminen muodostuu ammatissa tarvittavista tiedoista ja taidoista, henkilön persoonallisuudesta ja kyvystä soveltaa taitoja erilaisissa sosiaalisissa tilanteissa. (Helakorpi 2005, 55-56.) Osaaminen on yksilöllistä ja yhteisöllistä, eikä se ole pelkästään tietämistä, vaan laajempaa tekemisen hallintaa. Työelämän osaaminen on muutoshalukkuutta, kykyä sietää epävarmuutta, joustavuutta sekä jatkuvaa arviointia ja kehittämistä. (Helakorpi 2005, 134.)

Jämsä & Manninen (2000) kuvaavat osaamista tiedon ja taidon yhdistelmäksi. Osaamiseen liittyy yleensä myös kokemus, mikä mahdollistaa tietojen ja taitojen laajentamisen ja selkeyttämisen. Sosiaali- ja terveysalalla osaamiseen liittyy keskeisesti kyky tunnistaa asiakkaan tarpeet, kyky asettaa tavoitteet yhteistyössä asiakkaan ja moniammatillisen tiimin kanssa, kyky valita tarkoituksenmukainen auttamistapa sekä kyky arvioida suunnitelman toteutumista. (Jämsä & Manninen 2000, 23.)

Osaamisen kehittäminen on prosessi, joka voidaan Viitalan (2005) mukaan jakaa kolmeen osaan. Organisaatiossa tai yrityksessä tulee tunnistaa ja määrittää osaaminen. Tällä tarkoitetaan kartoitusta, mitä osaamista organisaatiossa on nyt olemassa ja mitä tarvitaan tulevaisuudessa. Tämän jälkeen pystytään vertaamaan osaamisen nykytilaa tulevaisuuden osaamisen tarpeeseen sekä määrittämään osaamisen kehittämisen toimenpiteet. Näiden toimenpiteiden avulla pyritään vastaamaan tulevaisuuden osaamistarpeisiin. (Viitala 2005, 86-87.) Osaamisen kehittämisellä pyritään parantamaan palvelutuotannon tuloksellisuutta ja työelämän laatua. Osaamisen kehittäminen kuuluu strategiseen johtamiseen. Työelämä on jatkuvien haasteiden kohtaamista ja muuttuvia vaatimuksia, minkä takia jatkuva oppiminen on välttämätöntä. Osaamisen kehittämistä voidaan tukea esimerkiksi koulutuksella, perehdytyksellä, työnkierrolla, mentoroinnilla, tiimityöllä ja itseopiskelulla. (KT Kuntatyönantajat 2014.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutus on lakisääteistä. Lait, jotka ohjaavat terveydenhuollon täydennyskoulutusta ovat laki ja asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), työterveyshuoltolaki (1383/2001) ja terveydenhuoltolaki 1326/2010. Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut suosituksen täydennyskoulutuksen liittyen. (Sosiaali- ja terveysministeriö n.d.) Lain terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/1994 tarkoitus on edistää potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palveluiden laatua. Terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitaitoaan. Työnantajan tulee mahdollistaa ammattihenkilön osallistuminen tarvittavaan täydennyskoulutukseen. (Laki 559/194.) Henkilöstön kehittämien on keskeinen osa osaamisen ylläpitämistä, kehittämistä ja uudistamista. Henkilöstön kehittäminen avulla pystytään tehostamaan työtehtävien suorittamista, mahdollistamaan muutosten toteutumista, parantamaan laatua, tukemaan innovatiivisuutta sekä parantamaan yksilön työmarkkinakelpoisuutta. (Viitala 2005, 254.)

## 6.1. Osaamisen kehittämisen keinoja

Kunnallisen henkilöstön osaamisen kehittämiseen on laadittu suositus. Osaamisen kehittämisen tavoitteena voidaan pitää tuloksellisuutta ja palvelun laadun parantumista. Osaamisen kehittämisen tulee perustua kunnan palvelu- ja henkilöstöstrategioihin. Suosituksessa henkilöstön kehittämisen menetelminä ovat perehdyttäminen, ammatillinen henkilöstökoulutus sekä mentorointi. Henkilöstön kehittämisen periaatteita tulee käsitellä työnantajan ja henkilöstön välisestä yhteistoimintamenettelyissä kunnissa annetun lain (449/2007) mukaisesti. Keskeisiä toimia henkilöstön kehittämisessä ovat perehdyttäminen, henkilöstön osaamisen kehittäminen sekä yhteistyötaitojen kehittäminen. (KT Kuntatyöntajat 2008.) Lain (449/2007) tavoitteena on edistää henkilöstön ja työnantajan välistä yhteistoimintaa kunnissa ja kuntayhtymissä sekä mahdollistaa työntekijöiden osallistuminen kunnan toiminnan kehittämiseen ja antaa mahdollisuus vaikuttaa omaa työtään koskevien päätösten valmisteluun. Laki velvoittaa myös kuntia laatimaan henkilöstö- ja koulutussuunnitelman.

Kun suunnitellaan kunnan palvelustrategiaa pidemmällä tähtäimellä, tarvitaan osaamisen ennakointia, joka on keskeinen osa esimiestyötä. Osaamisen ennakoinnin tuloksena syntyy osaamisen kehittämissuunnitelma. Osaamisen kehittämisellä pyritään parantamaan työntekijän työsuoritusta. (KT kuntatyöntaja 2008.) Esimiestyö on tärkeä osaamisen kehittämisen apuväline. Työntekijät pystyvät kehittämään omaa osaamistaan organisaation strategian suuntaisesti vain, jos johto on onnistunut viestittämään organisaation strategiset valinnat ymmärrettävästi. Lähiesimiehet tekevät tätä työtä päivittäin. Työntekijän oppimishalu mahdollistaa osaamisen kehittymisen. Esimiehen tehtävänä on nähdä kehittymisintressit, mahdollistaa kehittyminen ja käyttää sopivia yksilöllisiä kannusteita osaamisen kehittämisessä. Esimiesten tulee osata hyödyntää työntekijöillä olemassa olevaa osaamista. (Kirjavainen & Laakso-Manninen 2000, 124.)

### 6.1.1. Perehdyttäminen

Perehdyttäminen on keskeinen osa osaamisen kehittämistä. Perehdytyksellä luodaan pohja työnteolle ja edellytykset siinä onnistumiselle. Esimiehen tehtävä on varmistaa perehdytyksen organisointi, suunnittelu ja toteutus. (Kupias ym. 2014, 100.) Perehdyttäminen on sekä henkilöstön kehittämistä koulutuksellisin keinoin että työturvallisuuslain (738/2002) mukaista työturvallisuus- ja työterveystoimintaa. Työturvallisuuslain tavoitteena on parantaa työympäristöä ja työolosuhteita työntekijöiden työkyvyn turvaamiseksi ja ylläpitämiseksi. Lain tavoitteena on torjua työtapaturmia, ammattitauteja ja muita työstä ja työympäristöstä johtuvia työntekijöiden fyysisen ja henkisen terveyden haittoja. Työturvallisuuslaissa korostetaan jatkuvan perehdytyksen merkitystä esimerkiksi vaaratilanteiden ennaltaehkäisyssä. (Työturvallisuuslaki 738/2002.)

### 6.1.2. Mentorointi

Mentoroinnilla tarkoitetaan vuorovaikutusprosessia, jossa osaava ja kokenut senioriasemassa oleva henkilö antaa ohjausta ja tukea nuoremmalle kollegalle. Mentoroinnin avulla työyhteisöön kertynyttä osaamista, kokemuksia ja käytäntöjä välittyy nuoremmille työntekijöille tai uusille esimiehille. Mentorointia pystytään käyttämään henkilökohtaisen kehittymisen menetelmänä, kun halutaan nopeuttaa osaamisen kehittymistä yksilöllisellä tasolla. Menetelmä sopii hiljaisen tiedon siirtämiseen. Mentorin tarkoituksena ei ole antaa valmiita vastauksia, vaan auttaa mentoroitavaa löytämään itselleen parhaat ratkaisut. (KT kuntatyönantaja 2008; Viitala 2005, 366.)

### 6.1.3. Ammatillinen henkilöstökoulutus

Ammatillisen henkilöstökoulutuksen muotoja ovat täydennys-, uudelleen- ja jatkokoulutus. Ammatillisen henkilöstökoulutuksen avulla pystytään parantamaan henkilöstön ammatillisia valmiuksia toimia työssään ja työyhteisössään. Henkilöstön koulutustarpeita tulee arvioida suhteessa kunnan toimintaa ohjaaviin strategisiin tavoitteisiin. (KT kuntatyönantaja 2008.) Täydennyskoulutus on koulutusta, jonka avulla ylläpidetään ja kehitetään työssä tarvittavaa osaamista. Täydennyskoulutuksen tavoitteena on terveydenhuollon henkilöstön osaamisen varmistaminen ja lisääminen sekä ammattitaidon ylläpitäminen, kehittäminen ja syventäminen vastaamaan työntekijän osaamistarpeita. Koulutuksen tavoitteena on myös organisaation perustehtävän ja toiminnan kehittäminen. Osaamisen varmistaminen voi kohdistua yksittäisen työntekijän osaamisen kehittämiseen hänen erikoisalallaan tai koko organisaatiossa tarvittavan yhteisen osaamisen parantamiseen. Ammatillisella täydennyskoulutuksella pystytään parantamaan toiminnan vaikuttavuutta, palveluiden laatua, potilasturvallisuutta ja asiakastytyväisyyttä. Täydennyskoulutus edistää myös henkilöstön työhön sitoutumista, työmotivaatiota, työtyytyväisyyttä ja hyvinvointia. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2004, 22.)

Aarnion (2005) tekemässä selvityksessä tarkastellaan terveydenhuollon täydennyskoulutuksen suunnittelua, toteuttamista ja seuranta-aikaa vuonna 2005. Tutkimuksessa selvitettiin, onko terveydenhuollon hoitohenkilöstön täydennyskoulutuksessa tapahtunut muutoksia vuonna 2003 uudistettujen kansanterveystieteen ja erikoissairaanhoidon ja vuonna 2004 ilmestyneen STM:n terveydenhuollon täydennyskoulutussuosituksen jälkeen. Aarnion mukaan terveydenhuollon hoitohenkilöstön täydennyskoulutussuositus ei toteudu STM:n täydennyskoulutussuosituksen mukaisesti vielä vuonna 2005. Täydennyskoulutuksen suunnittelusta ei ollut vielä tullut osa organisaatioiden strategian suunnittelua. Koulutus- ja sijaismäärärahojen vähäisyys vaikeuttivat riittävän täydennyskoulutuksen tarjoamista. (Aarnio 2005, 3.)

Markkasen (2009) selvityksessä kartoitettiin tehyläisten lähihoitajien käsityksiä lähihoitajakoulutuksen ja työelämässä tarvittavan osaamisen vastaavuudesta. Selvityksen mukaan julkisella sektorilla työskentelevistä lähihoitajista 61 % ja yksityisellä tai kolmannella sektorilla työskennelleistä

51 % oli osallistunut täydennyskoulutukseen kyselyä edeltäneen vuoden aikana. Koulutukseen osallistumisen esteenä oli, että sijaiset eivät pääse koulutukseen tai koulutukseen pääsy evättiin vedoten koulutusmäärärahojen vähäisyyteen, sijaispulaan tai rekrytointikieltoon. Selvityksestä saatujen tulosten mukaan osa vastaajista ilmoitti, etteivät osallistuneet koulutukseen, koska olivat vasta valmistuneita ammattiin, vaihtaneet työpaikkaa tai eivät pitäneet koulutusta tarpeellisena. Suurin osa vastanneista lähihoitajista piti lähihoitajakoulutuksen antamia valmiuksia hyvinä tai erinomaisina. Eniten kritiikkiä saivat lähihoitajakoulutuksen pirstaleisuus, koulujen tasoerot, koulutukseen pääsyn matala kynnyks ja koulutuksen arvostuksen puute. (Markkanen, 2009, 5.)

Nykypäivän työelämä odottaa, että koulutuksesta valmistuu lähes valmiita asiantuntijoita. Työelämä asettaa työntekijöille monenlaisia pätevyysvaatimuksia. Eri koulutusaloilta valmistuvilta odotetaan perustaitoja eli älyllisiä, kulttuurisia ja sosiaalisia valmiuksia, yleistaitoja ammattia varten sekä siirrettävissä olevia taitoja, joita opitaan läpi elämän. (Lauri 2007, 105.) On selvää, ettei nuoruusiässä saatu muodollinen koulutus ole riittävä takaamaan ammatillista osaamista koko työuralle. Osan opinnoista tulee tapahtua aidossa työympäristössä eli työssäoppimisena. (Helakorpi 2005,129.) Pelkkä työssäoppiminenkaan ei riitä ylläpitämään ammattitaitoa, vaan tarvitaan jatkuvaa työntekijän oma-aloitteista osaamisen ylläpitämistä ja työnantajan järjestämää täydennys- ja päivityskoulutusta.

### 6.1.4. Benchmarking

Benchmarking on yksi osaamisen kehittämisen keino. Viitalan (2005) mukaan Benchmarking tarkoittaa parhaista käytännöistä oppimista. Tämä yritysten kehittämistoimintaa kehittävässä menetelmässä opitaan jostakin, joka on mahdollisimman lähellä ideaalisuoritusta. Benchmarking menetelmässä kerätään tarkoituksenmukaisesti tietoa, vertaillaan ja parannetaan omaa toimintaa. (Viitala 2005, 373.) Nurmi (2012) määrittää benchmarking toiminnaksi, jossa organisaatiossa kartoitetaan, miten jokin asia tehdään. Tämän jälkeen katsotaan, miten sama asia tehdään muualla. Parhaat käytännöt kopioidaan, koska saman asian keksimiseen ei ole järkevää käyttää resursseja. Kaikki yritykset ovat erilaisia, niiden historia, arvot, resurssit, joten kaikkia toimintamuotoja ei voi kopioida. Benchmarking yhteydessä on tärkeää miettiä, onko järkevää perustaa yrityksen tai organisaation toiminta samankaltaisuuteen. Eikö tänä päivänä pitäisi erottua? (Nurmi 2012, 21.) Sosiaali- ja terveydenhuollon puolella olisi tarvetta käyttää benchmarking osaamisen kehittämisen keinoa. Aina ei tarvitsen keksiä kaikkia asioita itse, vaan voi oppia myös toisen organisaation toiminnasta ja tekemästä kehittämistyöstä.

### 6.1.5. Osaamisen johtaminen

Viitalan (2005) mukaan osaamisen johtaminen on yritysten toiminnan- ja kilpailukyvyn vahvistamista ja varmistamista organisaatiossa olevan osaamisen avulla. Osaamisen johtamisessa vaalitaan yrityksen osaamista ja kehitetään sitä kaikilla yrityksen tasoilla. Osaamisen johtaminen sisältää

kaiken sen toiminnan, jonka avulla yrityksen strategian edellyttämää osaamista ylläpidetään, kehitetään, uudistetaan ja hankitaan. (Viitala 2005, 14.) Tuomen & Sumkinin (2012) mielestä osaamisen ja työn johtaminen on esimiesten joka päiväistä työtä. Osaamisen johtamista ja työn johtamista ei pidä erottaa, vaan esimiehen tulee tehdä niitä rinnakkain. (Tuomi & Sumkin 2012, 28.)

Hyrkäs (2009, 25) mukaan osaamisen johtamiseen kuuluu keskeisesti tiedon siirtäminen, hyödyntäminen ja luominen sekä yhteistyö. Osaamisen johtamisessa on keskeistä strateginen näkökulma. Viitalan (2005) mielestä yksilön osaaminen on koko yrityksen osaamisen lähtökohta ja ratkaiseva tekijä. Pystyäkseen johtamaan osaamista, on ymmärrettävä mitä on yksilötasolla osaaminen ja oppiminen. (Viitala, 2005, 14-17.) Osaamisen johtamisessa tärkeintä on rakentaa yhteys yrityksen strategian ja yksilöiden osaamisen välille (Viitala 2005, 109).

Tuomen & Sumkinin (2012) mielestä organisaatioiden osaamisen kehittäminen keskittyy liikaa yksilöiden ja heidän erityisosaamisen varaan, jolloin koulutus- ja kehittämistoimenpiteet kohdistuvat yksittäisen henkilön osaamisen kehittämiseen. Organisaatioissa yksilön osaamista kehitetään erillisillä ja muusta toiminnasta irrallisilla koulutuspäivillä. Johdon tulisi-kin määrittää, mitä yksilöiden ja ryhmän tarvitsema osaaminen on suhteessa organisaation tarvitsemaan osaamiseen. Esimiehen tehtävänä on miettiä, mitä osaamista tulevaisuudessa tarvitaan, jotta organisaatio pystyy vastaamaan asiakkaiden palveluntarpeeseen. (Tuomi & Sumkin 2012, 52.)

Savolainen (2004) on tutkinut Pro gradu- tutkielmassaan osaamisen johtamista esimiestyössä. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, minkälaisia tehtäviä esimiehillä on osaamisen johtamisessa ja minkälaisia välineitä osaamisen johtamisessa voidaan hyödyntää. Tutkimuksesta saatujen tulosten perusteella esimiesten tulisi lisätä vuorovaikutusta alaistensa kanssa, parantaa omia vuorovaikutustaitoja, lisätä tietämystä esimiestyöhön liittyvistä rooleista, seurata alaistensa osaamista, tukea alaistensa osaamisen kehittämistä ja rakentaa yrityksen ilmapiiriä oppimista tukevaksi. Näillä keinoilla esimies pystyy kehittämään osaamisen johtamista. Osaamisen johtamisessa on keskeistä, että esimies tiedostaa roolinsa, asettaa oppimiselle suunnan, tukee oppimisprosessia ja kehittää oppimista tukevaa ilmapiiriä työyhteisössä. (Savolainen 2004, 97-101.)

Hyrkäksen (2009, 161-167) mukaan osaamisen johtamista osataan hyödyntää useissa Suomen kunnissa, vaikka kehitettävääkin vielä on. Osaamisen johtamisella on tärkeä merkitys organisaation kilpailukyvyn parantamisessa. Osaamisen johtamisessa on tärkeää, että esimies tiedostaa roolinsa, määrittää oppimiselle suunnan, on tukena oppimisprosessissa ja mahdollistaa hyvän ilmapiirin oppimiselle. Viitala (2005,16) mielestä yksilön osaaminen on koko yrityksen osaamisen lähtökohta ja ratkaiseva tekijä, kun taas Tuomen & Sumkinin (2012, 52) mielestä osaamisen kehittäminen keskittyy organisaatioissa liikaa yksilöiden osaamisen kehittämiseen.

## 6.2. Aikaisempia tutkimuksia osaamisen kehittämisestä

Niemi (2004) on tehnyt Pro gradu tutkielma Ammatillinen kasvu ja sitä edistävät kasvutekijät hoitotyössä. Tutkimuksessa pyrittiin kuvaamaan hoitotyöntekijöiden, sairaanhoitajien, perushoitajien ja lähihoitajien, kokemuksia ammatillisesta kasvusta ja sitä edistävästä tekijöistä hoitotyössä. Niemen (2004) mukaan ammatillinen kasvu merkitsee myönteistä asennoitumista oman ammattitaidon kasvuun, aktiivista itsensä kehittämistä, avun ja tuen vastaanottamista ja antamista sekä ammatillisen osaamisen ja voimavarojen kasvua työssä. Niemi (2004) nimeää ammatilliseen kasvuun liittyviksi kasvutekijöiksi työntekijän työ- ja elämän kokemuksen, halun ja kyvyn kehittyä, työn haastavuuden, työilmapiirin, työolot ja yleisen työn arvostuksen.

Salermo (2011) on tutkinut lähi- ja perushoitajien lääkehoito-osaamisesta vanhustyössä. Tutkimuksessa selvitettiin vanhustyön parissa työskentelevien lähi- ja perushoitajien teoreettista lääkehoito-osaamista, jotta jatkossa osataan suunnitella lääkehoidon täydennyskoulutuksia hoitohenkilöstön tarpeiden mukaisesti. Suurimmat puutteet osaamisessa kohdistuivat lääkehoidon perusteisiin ja lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutuksiin. Osa-alueista parhaiten hallittiin lääkkeiden säilyttäminen ja käsittely, vanhenemismuutokset sekä lääkelaskut. Tutkimuksen johtopäätöksenä Salermo totesi, että lähi- ja perushoitajilla on vakavia puutteita lääkehoito-osaamisessaan. Lääkehoidon osaaminen tulisi varmistaa peruskoulutuksessa ja sitä tulisi ylläpitää säännöllisillä täydennys- ja lisäkoulutuksilla.

Hassi (2005) on tehnyt liseniaatintutkimuksen yhteiskunnalliset muutossuunnat ja kotihoidon työntekijöiden osaaminen tulevaisuudessa: vanhustyön asiantuntijoiden käsityksiä yhteiskunnallisista megatrendeistä ja kotihoidossa vaadittavasta osaamisesta. Tutkimuksessa kuvattiin yhteiskunnan muutoksia ja niiden vaikutuksia tulevaisuudessa tehtävään kotihoitotyöhön. Tutkijalla oli oletus, että kotihoidossa työntekijöiden osaaminen ei vastaa tulevaisuudessa tarvittavaa osaamista. Hassin (2005) mukaan kotihoidossa tarvitaan osaamista neljältä eri osaamisalueelta. Ensimmäinen osaamisalue on sosiaalinen- ja tunneosaaminen, johon liittyy eettisyys hoitotyössä, ikääntyvän kohtaamisessa tarvittavia valmiuksia sekä tietoisuus ikääntyneen persoonallisuuden laaja-alaisuudesta ja tunteista. Toinen osaamisen osa-alue on kliininen osaaminen, johon kuuluu gerontologisen hoitotyön teoria ja prosessin hallinta, hoidollinen päätöksentekosaaminen, ohjaustaidot sekä tekninen osaaminen. Yhteistyöosaaminen on kolmas osaamisen alue, jota tarvitaan kotihoitotyössä. Siihen kuuluvat yhteistyötaidot, tiimiosaaminen ja ryhmätaidot. Neljäs osaamisen alue on Kehittämisen- ja kehittymisosaaminen, johon kuuluvat kansainvälisyystaidot, elinikäinen oppiminen, projektiosaaminen, urasuuntautuneisuus sekä muutoshalukkuus.

Paloniemi (2004) on tehnyt väitöskirjatutkimuksen Ikä, kokemus ja osaaminen työelämässä: työntekijöiden käsityksiä iän ja kokemuksen merkityksestä ammatillisessa osaamisessa ja sen kehittämisessä. Tutkimuksessa selvitettiin työntekijöiden käsityksiä ammatillisesta osaamisesta ja sen kehittämisestä. Tutkija tutki myös iän ja kokemuksen merkitystä työelämässä. Paloniemen mukaan työntekijöiden kokemus oli välttämätöntä työn

osaamisen ja kehittymisen kannalta. Työntekijät korostivat käytännön työn kautta saatua osaamista enemmän kuin ammatillisen koulutuksen kautta saatua osaamista. Kokemus ei kuitenkaan yksin riitä ammatillisen osaamisen rakentamiseen, vaan työntekijällä tuli olla koulutus ja henkilökohtaisia ominaisuuksia. Kokemuksesta ei ole apua, jos ei pysty muuttamaan toimintatapojaan ja hyödyntää niitä uusissa olosuhteissa. Keskustelut kollegoiden kanssa koettiin tärkeiksi osaamisen kehittämisen välineiksi.

Kuusivaara (2006) on tutkinut opinnäytetyössään (ylempi AMK) kotihoidohenkilöstön osaamisen kehittämistä ja hyvinvointiteknologiaa. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää Forssan kotihoidonhenkilöstön osaamisen taso ja minkälaista osaamista tulevaisuudessa tullaan tarvitsemaan. Tutkimus toteutettiin laadullisena toimintatutkimuksena. Aineistona oli Forssan kotihoidon henkilöstön kanssa käydyt kehityskeskustelut ja osaamiskartoitukset, jotka analysoitiin sisällön erittelyllä. Tutkimuksen konkreettinen tuotos oli taitokansion tuottaminen jokaiselle työntekijälle. Taitokansio toimii työntekijällä näyttönä omasta osaamisestaan. Kuusivaaran (2006) mukaan työssä oppiminen ei tapahdu itsestään, vaan se vaatii resursointia. Tutkija miettii tutkimuksessaan mahdollisuutta, että tulevaisuudessa työpaikoilla olisi erikseen oppimisen ohjaajia eli koulutus ja oppiminen siirtyisivät osittain työelämään.

Salermón (2011) tekemän tutkimuksen mukaan lähi- ja perushoitajilla oli vakavia puutteita lääkehoito-osaamisessaan. On tärkeää varmistaa hoitajan riittävä osaamisen taso lääkehoidosta jo ammatillisten opintojen yhteydessä. Työpaikoilla lääkehoito-osaamista tulisi ylläpitää säännöllisillä täydennys- ja lisäkoulutuksilla. (Salermo 2011, 56-59) Paloniemen (2004, 114) tutkimuksen mukaan työntekijät korostivat käytännön työn kautta saatua osaamista enemmän kuin ammatillisen koulutuksen kautta saatua osaamista. Ammatillisen osaamisen kehittämisen prosessissa nousi keskeiseksi yksilön persoonallisuus, elämän historia ja siihen vaikuttaneet valinnat sekä työympäristö (Paloniemi 2004, 106). Osaamisen kehittäminen on jatkuva prosessi, johon liittyy Niemen (2004, tiivistelmä) mukaan työntekijän työ- ja elämän kokemus, halu ja kyky kehittyä, työn haastavuus, työilmapiiri ja oman työn arvostus. Jos työntekijällä ei ole halua ja motivaatiota oppia uutta tai ylläpitää olemassa olevaa tietoa, niin oppiminen vaikeutuu ja ammatillinen kasvu estyy.

## 7 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli saada kokemukseräistä tietoa kotihoidon työntekijöiden osaamisesta liittyen ikääntyneiden käyttäminen lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksista ja siihen liittyvistä osaamisen kehittämisen tarpeista. Tutkimuksen tarkoituksena oli tuoda tärkeää aihetta esille ja saada tietoa aiheeseen liittyvästä osaamisen kokemuksesta, jota pystytään hyödyntämään kotihoidon henkilökunnan koulutussuunnitelmien laadinnassa.



### Tutkimuskysymykset

1. Minkälaiseksi kotihoidon henkilökunta kokee oman osaamisensa liittyen ikääntyneiden käyttämien lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksiin?
2. Minkälaisia osaamisen kehittämisen tarpeita kotihoidon henkilökunnalla on ikääntyneiden käyttämien lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksiin liittyen?

Tutkimusaineisto on kerätty Hyvinkään kaupungin ja Riihimäen kaupungin kotihoidoista. Aineistonkeräys kohteiden valintaan vaikutti niiden maantieteellinen sijainti. Opinnäytetyön laatijan kotihoidon työkokemuksen ja kiinnostuksen takia, tutkimus rajattiin koskemaan kotihoidon henkilökuntaa. Kysely osoitettiin lähihoitajille, perushoitajille tai muun koulutuksen omaaville henkilöille, jotka osallistuivat asiakkaiden päivittäisen lääkehuollon ja ravitsemuksen toteuttamiseen. Sairaanhoidajat ja terveydenhoitajat rajattiin kyselyn ulkopuolelle.

## 8 TUTKIMUS- JA ANALYSOINTIMENETELMÄT

### 8.1. Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimuksen kohderyhmän muodostivat kotihoidon työntekijät, joilla on lähihoitajan tai perushoitajan tutkinto sekä lisäksi henkilöt, jotka osallistuvat lääkehoidon ja ravitsemuksen toteutukseen kotihoidossa. Kyselyyn vastaajat valikoituivat satunnaisesti. Kyselyn liitteenä kyselyyn osallistujille toimitettiin saatekirje (Liite2), josta ilmeni tutkimuksen tavoite, tarkoitus sekä kyselyyn vastaamiseen liittyvät käytännönohjeet. Vastaajien henkilöllisyys ei selviä missään tutkimuksen vaiheessa. Sairaanhoidajat ja terveydenhoitajat rajattiin kyselyn ulkopuolelle. Sairaanhoidajien ja terveydenhoitajien koulutukseen sisältyy enemmän ravitsemukseen ja lääkkeisiin liittyvää opetusta.

### 8.2. Tutkimuksen aineiston hankinta

Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus. Laadullista tutkimusta käytetään silloin, kun tutkittavaa ilmiötä ei tunneta. (Kananen 2014, 16.) Tavoitteena on selvittää henkilöiden osaamista aiheesta, josta emme tiedä paljoa ja samalla ymmärtää sitä paremmin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 57; Räsänen n.d.) Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin, vaan siinä pyritään kuvaamaan ilmiöitä tai tapahtumaa, ymmärtämään tiettyä toimintaa tai antamaan teoreettinen tulkinta jollekin ilmiölle. Laadullisessa tutkimuksessa halutaan saada ymmärrystä ilmiöstä eli etsitään vastausta kysymykseen: ”Mistä tässä on kysymys?”. Tavoitteena ei ole yleistäminen. Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että henkilöt, joilta tietoa kerätään, tietävät tutkittavasta asiasta paljon ja heillä on kokemusta siitä. (Tuomi J, Sarajarvi A, 2009, 85; Kananen 2014,16.)

Laadullinen tutkimus tutkii vain yhtä tapausta, kun määrällinen tutkimus-ote tutkii tapausten joukkoa. Laadullisessa tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita ihmisten kokemuksista ja siitä, miten he kokevat ympäröivää maailmaa. (Kananen 2014, 17.)

Tässä tutkimuksessa halutaan saada käsitys kotihoidon henkilökunnan omasta osaamisen kokemuksesta ja osaamisen kehittämisen tarpeista liittyen ikääntyneiden käyttäminen lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksiin. Opinnäytetyössä käytetään induktiivista eli aineistolähtöistä lähestymistapaa. Koska tutkittavasta aiheesta ei ole juurikaan saatavilla tutkittua tietoa, on perusteltua käyttää induktiivista lähestymistapaa. Induktiivisessa lähestymistavassa luokitellaan sanoja niiden teoreettisen merkityksen pohjalta. Induktiivisessa analyysissä pyritään luomaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus, niin etteivät aikaisemmat tiedot ja teoriat ohjaa analyysiä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135.)

Kysely on yksi laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmä. Kun haluamme tietää, mitä ihminen ajattelee tai miksi hän toimii juuri näin, on järkevää kysyä sitä häneltä itseltään. Kyselyn laatija olettaa, että vastaajat ovat luku- ja kirjoitustaitoisia, eikä vastaajilla ole kirjoittamista haittaavia esteitä. Kyselyn laatija olettaa myös, että vastaajilla on halua ja kykyä ilmaista itseään tarkoittamallaan tavalla. Kyselyn vahvuudet haastatteluun verrattuna ovat kyselyn pienemmät kustannukset ja kuluvan ajan määrä. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 71-74.) Edellä mainittujen syiden perusteella opinnäytetyön tutkimusaineisto päädyttiin keräämään kyselyllä.

Aineisto on kerätty puolijäsennellyllä kyselylomakkeella (Liite 1.), jossa on avoimia kysymyksiä ja kysymyksiä vastausvaihtoehdoilla. Avoimiin kysymyksiin vastaajat voivat vastata omin sanoin. Kyselyssä on kaksi kysymystä valmiilla vastausvaihtoehdoilla. Näillä kysymyksillä kartoitettiin vastaajan sukupuoli ja työkokemus kotihoidotyöstä. Ennen kyselyn suorittamista kyselylomake esitettiin hoitotyön ammattilaisilla. Esitestauksella pystyttiin selvittämään, ovatko kysymykset ymmärrettävässä muodossa ja saadaanko asetetuilla kysymyksillä vastauksia tutkimusongelmaan. Esitestauksen jälkeen kyselylomakkeisiin tehtiin vielä pieniä muutoksia.

Kyselyt toteutettiin Hyvinkään ja Riihimäen kotihoidoissa tutkimusluvan myöntämisen jälkeen. Riihimäellä tutkimusluvan myönsi vs. Palvelualue päällikkö X kesäkuussa 2015 (Liite 3.) ja Hyvinkäällä Sosiaali- ja terveysjohtaja X kesäkuussa 2015 (Liite 4.). Olin yhteydessä kesäkuussa 2015 kotihoitojen esimiehiin, jolloin sovimme kyselyn tarkemmat suorittamisajankohdat. Opinnäytetyön laatija toimitti kyselylomakkeet palautuskuoriin kotihoitoihin ja sopi palautuskäytännöstä paikkakunnittain. Kyselyihin vastaamiseen varattiin aikaa kaksi viikkoa. Molempien kaupunkien kotihoidoissa oli nimetty vastuuhenkilö, jolle vastatut kyselylomakkeet toimitettiin keskitetysti ja hän huolehti kyselyiden postittamisesta opinnäytetyön laatijalle. Vastuuhenkilöille oli toimitettu kyselylomakkeille tarkoitettu palautuskuori, jossa oli postimaksu valmiiksi maksettuna.

Kotihoidoihin toimitettiin jaettavaksi yhteensä 30 kyselylomaketta. Kyselyt toteutettiin Riihimäen kotihoidoissa elokuussa 2015 ja Hyvinkäällä elo-

syyskuussa 2015. Ensin toimitettiin Riihimäen kotihoitoon 15 kappaletta kyselylomakkeita. Kun Riihimäen aineisto oli kerätty, toimitettiin Hyvinkään kotihoitoon 15 kappaletta kyselylomakkeita. Tarvittaessa oli valmius suurentaa Hyvinkään kotihoidon otosta. Tähän ei kuitenkaan ryhdytty. Opinnäytetyön laatija ei halunnut kuormittaa kotihoidon henkilökuntaa yhtään enempää, eikä vastaushalukkuutta ilmennyt enää. Kyselyihin vastaajat valikoituvat satunnaisesti ja kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Opinnäytetyön laatijalla ei ole missään prosessin vaiheessa ollut tietoa vastaajien henkilöllisyyksistä. Aineistonkeräysprosessissa pyrittiin kuormittamaan kotihoitojen henkilökuntaa mahdollisimman vähän.

### 8.3. Tutkimusaineiston analyysi

Laadullisen aineiston analysoinnin tarkoitus on informaatioarvon lisääminen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108). Tutkimusaineiston keräämisen jälkeen, alkaa tulosten analysointivaihe. Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota käytetään laadullisessa tutkimuksessa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 133.) Sisällönanalyysissä tarkastellaan aineistoa yhtäläisyyksiä ja eroja etsien. Sisällönanalyysin avulla muodostetaan tutkittavasta ilmiöstä tiivistetty kuvaus, joka liittyy tulokset suurempaan kontekstiin ja aihetta koskeviin muihin tutkimustuloksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105.)

Sisällönanalyysi aloitetaan aineistoon perehtymisellä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 137). Aineistoa analysoidessa tulee päättää, mikä tässä aineistossa kiinnostaa ja pitäytyä päätöksessä. Tutkija käy läpi aineistoaan ja nostaa esiin tutkimuksen kannalta keskeiset asiat. Samaa tarkoittavat asiat yhdistetään kategorioiksi ja nimetään mahdollisimman kuvaavalla nimellä. Aineiston ryhmittelyn jälkeen yhdistellään alakategorioita, joista muodostuu yläkategorioita. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 137.) Keskeistä on aineiston pilkkominen ja ryhmittely aihepiirien mukaan, jolloin on mahdollista vertailla tiettyjen asioiden esiintymistä aineistossa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93.) Sisällönanalyysi sopii täysin strukturoimattoman aineiston analysoimiseen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103). Sen avulla pyritään kuvaamaan tekstin sisältö sanallisesti, tiivistä ja selkeästi, kadottamatta sen sisältämää informaatiota (Tuomi & Sarajärvi 2009, 106-108).

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimusongelmat voidaan muotoilla kysymyksen tai väittämän muotoon. Tutkimuksen pää ongelma voidaan jakaa myös tarkennettuihin alaongelmiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 75.) Tässä opinnäytetyössä oli kaksi tutkimuskysymystä, joiden näkökulmasta aineistoa tarkasteltiin: 1) kotihoidon työntekijöiden oman osaamisen kokemus ja 2) kotihoidon työntekijöiden osaamisen kehittämisen tarpeet liittyen ikääntyneiden käyttäminen lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksiin.

Sisällönanalyysi prosessista voidaan erottaa seuraavat vaiheet: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä analyysin luotettavuuden arviointi. Analyysiprosessin vaiheet voivat esiintyä myös samanaikaisesti. Tässä tutkimuksessa

analyysiprosessi aloitettiin aineistoon perehtymisellä. Kaikki kyselylomakkeista saadut vastaukset kirjoitettiin Exel-taulukkoon. Ensin opinnäytetyön laatija selvitti vastausten määrät ja sukupuolijakauman kunnittain. Tämän jälkeen vastauksia käsiteltiin yhtenä kokonaisuutena. Analysoijalla ei ollut enää tietoa mistä kunnasta vastaus oli. Aineistoa luettiin useita kertoja läpi, jotta kokonaisuus hahmottui. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 24-26.) Samalla etsittiin ilmaisia, jotka jollakin tavalla liittyvät kotihoidon henkilökunnan oman osaamisen kokemukseen tai osaamisen kehittämisen tarpeisiin. Muutamien sanojen mittaiset ajatuskokonaisuudet ja lauseet muodostivat tämän opinnäytetyön analyysiyksiköt. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 24-25; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 136-137.)

Keskeiseksi havaittu aineiston kohta eli alkuperäinen ilmaisu siirrettiin erilliseen Exel-tiedostoon. Analyysin selkeyttämiseksi löydetty analyysiyksiköt merkittiin värikoodeilla. Tämän avulla analysointiprosessi helpottui ja selkeytyi. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 27-28; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 137.)

Analyysin toisessa vaiheessa aineistoa ryhmiteltiin etsimällä siitä samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Samaa asiaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin ja yhdistettiin alaluokiksi. Tavoitteena oli muodostaa aineiston tulkinnan kautta syntyneitä alaluokkia, jotka kuvasivat kotihoidon henkilökunnan osaamisen kokemusta ja osaamisen kehittämisen tarvetta. Syntyneet alaluokat nimettiin niiden sisältöä kuvaavalla nimellä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 28; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 137.) Alaluokkiin ryhmittelyllä aineisto saatiin tiiviimpään muotoon analyysin kolmatta vaihetta eli aineiston abstrahointia eli käsitteellistämistä varten (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 28; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 137).

Näiden vaiheiden jälkeen suoritettiin aineiston abstrahointi eli yhdistettiin saman sisältöisiä luokkia yläluokiksi (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 29). Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen liittyviä vastauksia analysoitaessa nousi selkeästi esille neljä keskeistä osaamisen tason kokemusta. Pääluokiksi muodostuivat: Hyvä osaaminen; Osa työyhteisön tietoa; Tarvitaan toimenpiteitä-osaamisen taso ja Perustiedot- enemmänkin voisi tietää. Toisen tutkimuskysymyksen kohdalla pääluokiksi muodostuivat: Ajantasaisen tiedon tarve, Yksilöitymätön koulutuksen tarve, Lisäkoulutuksen tarve ja Kertauskoulutuksen tarve. Opinnäytetyön liitteissä 5. ja 6. on kuvattu aineiston analysointiprosessi pelkistämisen, luokittelun ja abstrahoinnin osalta (Liitteet 5 ja 6).

## 9 TULOKSET

Kyselyiden vastaukset oli kirjoitettu pääosin selkeästi ja ymmärrettävästi. Opinnäytetyön tekijä pystyi tulkitsemaan vastaukset muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta. Opinnäytetyön laatija ei pystynyt olemaan varma, mitä vastauksessa luki, joten tämä osa vastauksesta jätettiin huomioimatta. Näin tuloksiin ei päässyt virheellistä tietoa

Kotihoidoista kyselyitä palautui yhteensä 24 kappaletta, jolloin vastausprosentiksi muodostui 80%. Vastausprosentti oli olosuhteisiin nähden erittäin hyvä. Molemmissa kotihoidoissa oli menossa suuria muutoksia, joten kyselyyn vastaaminen on voinut tuntua henkilöstöstä ylimääräiseltä ponnistukselta perustyön lisäksi. Hyvinkään kotihoidosta vastausaikaa jouduttiin pidentämään, koska vastauksia ei palautunut kuin muutama määräaikaan mennessä.

Vastaajista 23 oli naisia ja 1 mies (Taulukko 2. Kyselyyn vastanneiden sukupuolijakauma). Kaikki vastaajat kuuluivat kohde ryhmään, mikä varmistettiin kotihoidon vastuuhenkilön toimesta. Vastaajien koulutusta ei haluttu tarkemmin kysyä, koska tarkoituksena ei ollut vertailla eri koulutuksen omaavien osaamisen tasoa, vaan käsitellä asiaa yleisemmällä tasolla. Sairaanhoidajat ja terveydenhoitajat oli rajattu kyselyn ulkopuolelle. Vastaajien jakautuminen määrällisesti ja sukupuolen mukaan oli ainoa asia, joka tuloksista katsottiin kummankin kaupungin osalta erikseen. Tämän jälkeen aineistot yhdistettiin. Analysointi vaiheessa opinnäytetyön laatijalla ei ollut tietoa kumman kunnan kotihoidosta vastaus oli. Aineistoa käsiteltiin yhtenä kokonaisuutena.

Taulukko 2. Kyselyyn vastanneiden sukupuolijakauma

	Kunta a	%	Kunta b	%
Vastanneista miehiä	1	11,1 %	-	-
Vastanneista naisia	8	88,9 %	15	100%
Yhteensä	9	100 %	15	

Kyselylomakkeessa kysyttiin vastaajien kotihoidon työkokemusta. (Taulukko 3. Vastaajien työkokemus kotihoitotyössä.) Puolella vastaajista oli työkokemusta yli 10 vuotta. 25 %:lla vastaajista oli työkokemusta yhdestä viiteen vuotta. Alle yksi vuotta työkokemusta oli 12,5 % vastaajista. Vastanneista 62,5% omasi kotihoidon työkokemusta enemmän kuin viisi vuotta. Voidaan todeta, että suurimmalla osalla vastanneista oli useiden vuosien työkokemus kotihoitotyöstä.

Taulukko 3. Vastaajien työkokemus kotihoitotyöstä

Työkokemus	vastanneita	%
alle 1 vuotta	3	12,5 %
1-5 vuotta	6	25 %
yli 5 vuotta	3	12,5 %
yli 10 vuotta	12	50 %
yht	24	

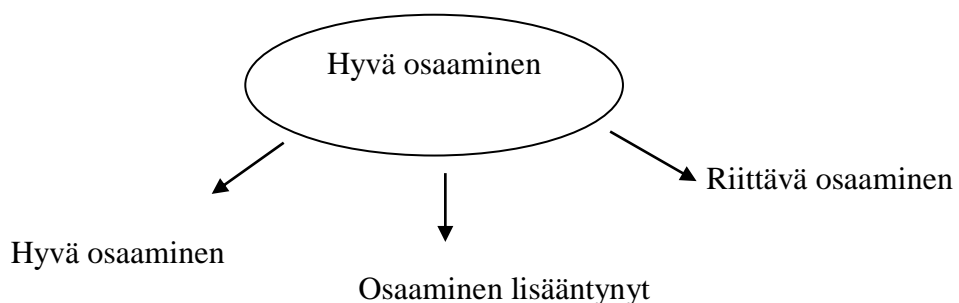
9.1. Kotihoidon henkilökunnan kokemus omasta osaamisestaan liittyen ikääntyneiden käyttäminen lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksiin

Opinnäytetyön ensimmäinen tutkimuskysymys käsitteli kotihoidon henkilökunnan osaamisen kokemusta. Kotihoidon henkilökunnan kokemus omasta osaamisestaan liittyen ikääntyneiden käyttämien lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksista muodostui neljästä pääluokasta, jotka olivat: Hyvä osaaminen, Perustiedot – enemmänkin voisi tietää, Tarvitaan toimenpiteitä ja Osa työyhteisön tietoa. Jokainen pääluokka muodostu useammasta alaluokasta.

9.1.1. Hyvä osaaminen

Kotihoidon työntekijä koki osaamisensa hyväksi, kun hänellä oli osaamista ikääntyneiden käyttäminen lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksista sekä halua kehittää omaa ammattitaitoaan. Hyvä osaaminen muodostui alaluokista: hyvä osaaminen, osaaminen lisääntynyt ja riittävä osaaminen. (Kuvio 2. Hyvä osaaminen.)

Kuvio 2. Hyvä osaaminen



Vastaajista osa koki, että ikääntyneiden käyttämien lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksiin liittyvä osaaminen on heillä hyvällä tasolla. Koettiin, että osaamista on karttunut ajan myötä, mutta edelleen kaivattiin lisää osaamista aiheeseen liittyen. Myös asian esille nostaminen koettiin mielekkääksi aiheen tärkeyden takia. Kotihoidon henkilökunnalla oli halua ja kiinnostusta kehittää omaa osaamistaan lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksista.

*”Tietämystä karttunut, mutta aihe on niin tärkeä, että aiheesta pitäisi puhua enemmän sekä saada koulutusta.”*

Eräs vastaajista koki, että osaaminen liittyen ikääntyneiden ravitsemuksen ja lääkkeiden yhteisvaikutuksiin oli riittävää, jotta pärjää kotihoitotyössä. Osaaminen koettiin hyväksi, kun työntekijällä oli osaamista yleisimmistä yhteisvaikutuksista.

*”Kotihoidossa mielestäni riittävä”*

*”Hyvin. Tiedän ainakin yleisimmät yhteisvaikutukset.”*

### 9.1.2. Perustiedot – enemmänkin voisi tietää

Aineiston mukaan kotihoidossa on osaamista, mutta samalla koetaan tarvetta saada lisää osaamista lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksista. Perustiedon omaavat kotihoiton työntekijät tiedostivat puutteet osaamisessaan lääkehoidon ja ravinnon yhteisvaikutuksiin liittyen. Perustiedot – enemmänkin voisi tietää pääluokka muodostui alaluokista: perustiedot, kohtalaiset tiedot, keskinkertainen osaaminen, osaamista tarvitaan lisää ja kohtuulliset tiedot. (Kuvio 3. Perustiedot – enemmänkin voisi tietää)

Kuvio 3. Perustiedot – enemmänkin voisi tietää



Suurin osa vastaajista koki olevansa perustiedon osaajia. Tähän osaamisen tason ryhmään kuului selkeästi ajatus, että halutaan tietää ja osata enemmän ikääntyneiden käyttämien lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksista. Vastaajat tiedostivat myös omien tietojensa rajallisuuden.

*”Perusasiat tietää, kuten ruokavaliot, mutta ei kaikkia yhteisvaikutuksia voi läheskään tietää.”*

Käytäntö ja ammattiopinnot olivat tuoneet vastaajille osaamista lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksista. Tiettyjen lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutukset osattiin ja tiedettiin, mutta samalla koettiin, että osaamista tarvitaan lisää. Vastaajat kuvasivat osaamistaan keskinkertaiseksi tai kohtuulliseksi yhteisvaikutusten osalta.

*”Osaamisen taso on kohtalainen, koska asioita on käyty paljon koulussa. Kyllä niitä miettii...”*

*”Keskinkertainen tietämys.”*

*”Käytäntö opettanut vuosien varrella.”*

*”Tietyistä lääkkeistä tiedän mutta toki osaaminen voisi olla laajempaa-kin.”*

*”Kohtuullinen. Tiedot pohjautuvat pitkälti opiskeluaikoihin”*

Kiireellä koettiin olevan vaikutusta lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksiin liittyvään osaamiseen. Eräs vastaajista koki, että kiireen takia ei ehdi perehtymään ravinnon ja lääkkeiden mahdollisiin yhteisvaikutuksiin. Vastaajan oli vain luotettava, että lääkkeen määrännyt lääkäri on huomionut asian.

*”Työ tilanne kiireinen ei juurikaan ehdi perehtymään aiheeseen...”*

### 9.1.3. Tarvitaan toimenpiteitä

Osalla kotihoidon työntekijöistä oli selkeitä tarpeita saada lisää osaamista lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksiin liittyen. Tarvitaan toimenpiteitä pääluokka muodostui alaluokista: puutteellinen osaaminen ja puutteelliset tiedot. (Kuvio 4. Tarvitaan toimenpiteitä.)

Kuvio 4. Tarvitaan toimenpiteitä



Kyselyyn vastanneet tiedostivat tietojensa puutteellisuuden ja rajallisuuden. Vastavalmistuminen, ajan puute sekä opetuksen puuttuminen aiheesta, nähtiin syinä puutteelliseen osaamiseen lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksista.

*”Olen siis varsin noviisi näissä asioissa...”*

*” Näitä asioita yhteisvaikutuksista ei ole käsitelty tai opetettu.”*

Eräs vastaajista koki, että kokemuksen myötä osaaminen eri lääkkeiden välisistä yhteisvaikutuksista on lisääntynyt, mutta ei lääkkeiden ja ravinnon välisistä yhteisvaikutuksista.



*”Vuosien varrella on tullut tietoa lääkkeiden yhteisvaikutuksista, mutta ei niinkään ravinnon ja lääkkeiden yhteisvaikutuksista.”*

Yksi vastaajista nosti esille vastavalmistumisen vaikutuksen tiedon jäsen-telemättömyyteen. Vastaja uskoi, että käytännössä asioiden kohtaaminen auttaa selkeyttämään tietoa, jota hänelle on opintojen aikana kertynyt.

*”Opintojen pohjalta päässä on vielä melkoinen sekamelska tietoa, jonka odotan selkeytyvän sitä mukaan kun käytännössä kohtaan asioita.”*

Ajan puutteella koettiin olevan vaikutusta ravinnon ja lääkkeiden yhteisvaikutuksiin liittyvään osaamisen kokemukseen. Koettiin, ettei ollut aikaa perehtyä lääkitykseen liittyviin asioihin.

*”Enpä voi kovin kehua, koska ei ole aikaa lukea lääkkeiden vaikutuksia”*

#### 9.1.4. Osa työyhteisön tietoa

Osaamista voi olla yksilö- ja tiimitasolla. Yksilön osaaminen tulee nähdä osana tiimin tai työyhteisön osaamista. Tiimissä olevan tiedon tiedostaminen ja hyödyntäminen mahdollistaa yksilön tieto-aidon kehittymisen. Eräissä vastuksissa nousi esille tiimissä olevan osaamisen ja sen hyödyntämisen mahdollisuuden. Keskeistä on tiimissä olemassa olevan tiedon saattaminen kaikkien työntekijöiden käyttöön.

*”...meillä on hyvä tiimi, jossa on paljon tietoa”*

#### 9.2. Osaamisen kehittämisen tarpeet ravinnon ja lääkkeiden yhteisvaikutuksiin liittyen

Toinen tutkimuskysymys tässä opinnäytetyössä koski kotihoidon henkilökunnan osaamisen kehittämisen tarpeita ikääntyneiden käyttämien lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksiin liittyen. Osaamisen kehittämisen tarpeisiin muodostui pääluokkia neljä. Pääluokat olivat: Ajantasaisen tiedon tarve, Yksilöitymätön koulutuksen tarve, Lisäkoulutuksen tarve ja Kertauskoulutuksen tarve. Lisäksi aineistosta nousi selkeästi esiin kaksi osaamisalue kokonaisuutta: lääkitykseen liittyvä erityisosaaminen ja ravitsemusosaaminen, joiden tiedostaminen on erityisen tärkeää kotihoidon osaamisen kehittämistarpeisiin vastaamisessa. Käsitelen ravitsemusosaamisen ja lääkkeisiin liittyvän erityisosaamisen tarkemmin kertauskoulutus alaluokan kohdalla, mutta nämä osa-alueet liittyvät myös ajantasaisen tiedon tarve, yksilöitymätön koulutuksen tarve sekä lisäkoulutuksen tarve alaluokkiin.

##### 9.2.1. Ajantasaisen tiedon tarve

Ajantasaisen tiedon tarve kuvastaa tässä opinnäytetyössä tilannetta, jossa työntekijä kokee tarvetta saada osaamisen vastaamaan tämän hetken tutkimuksista saatuja tietoja. Kyselyyn vastanneet kokivat tarvetta saada tietojen päivittämistä. Vastaajilla on yksilöllinen tietotausta lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksista. Vastausten perusteella koettiin tarvetta saada

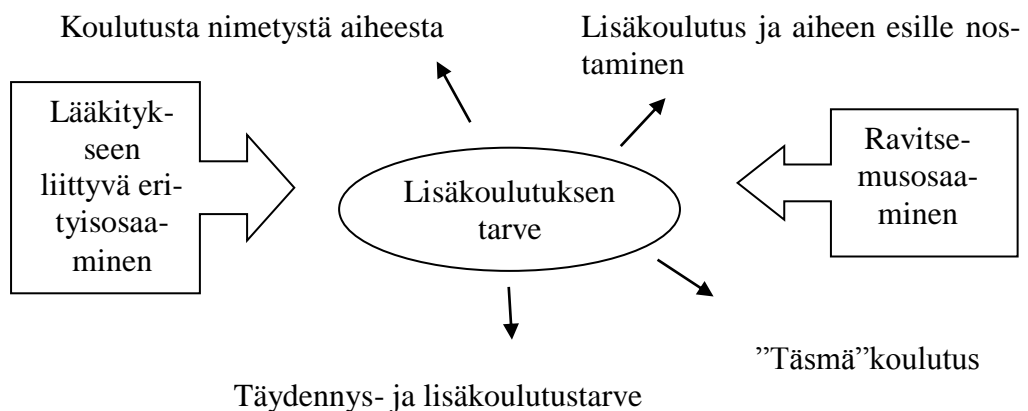
oma osaaminen lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksista tällä hetkellä olemassa olevan tiedon tasalle lääkkeiden ja ravitsemuksen yhteisvaikutuksista.

*”Kyllä. Tietojen päivittämistä kaipaisi.”*

### 9.2.2. Lisäkoulutuksen tarve

Lisäkoulutuksella tarkoitetaan tässä opinnäyteyön luokittelussa koulutusta, joka sisältää jatko- ja täydennyskoulutuksen sekä ”täsmä” koulutuksen. Keskeistä on, että saadaan uutta osaamista aiheeseen liittyen, jolloin osaamisella on mahdollisuus siirtyä seuraavalle tasolle. Pääluokan lisäkoulutuksen tarve alle muodostui neljä alaluokkaa. Alaluokat olivat: koulutusta nimenomaisesti aiheesta, lisäkoulutus ja aiheen esille nostaminen, täydennys- ja lisäkoulutustarve sekä ”täsmä” koulutus. (Kuvio 5. Lisäkoulutuksen tarve.)

Kuvio 5. Lisäkoulutuksen tarve



Osassa vastauksissa oli nimetty selkeästi, minkälaista koulutusta vastaaja haluaisi saada. Toivottiin uutta tietoa lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksista, koulutusta uusimmista ravitsemussuosituksista, farmaseutin pitämää luentoa, lääkkeiden nimillä yksityiskohtaista lääkekoulutusta, tietoa vanhusten ravitsemuksesta sekä käytännön neuvoja lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutusten välttämiseksi. Koulutusta kaivattiin myös luontaistuotteiden käytöstä muun lääkityksen rinnalla.

*”...lisäkoulutus ei olisi pahasta. Aina tulee uutta tietoa ja juuri lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksista voisi saada lisää koulutusta.”*

*”Tärkeintä, että käydään läpi uusimmat ravitsemussuositukset.”*

*”Farmaseutin luento tuntuisi hyvältä...”*

*”On tarvetta. Tarve tietää ihan konkreettisia asioita”*

*”Koulutusta jossa kerrotaan etenkin vanhusten ravitsemuksesta...”*

*”...käytännön neuvoja/ohjeita ravitsemuksen ja lääkkeiden yhteisvaikutusten välttämiseksi.”*

Aiheena lääkkeiden ja ravitsemuksen yhteisvaikutusten esille nostaminen koettiin tärkeäksi. Vastaajat kokivat, että lääkkeiden ja ravitsemuksen yhteisvaikutuksista pitäisi puhua enemmän.

*”...pitäisi puhua enemmän ja saada koulutusta...”*

Vastauksista nousi esiin halu saada lisä- ja täydennyskoulutusta. Täydennys- ja lisäkoulutus nähtiin tarpeelliseksi, koska hoitajien rooli ikääntyneiden ravitsemuksen toteuttamisessa koettiin suureksi. Myös ”täsmä” koulutus toteutettuna työpaikalla oli toivottu koulutusmuoto.

*”Kyllä olisi lisäkoulutus hyvä.”*

*”Hoitajilla on melko suuri rooli ikäihmisten ravitsemuksen oikeanlaisessa toteuttamisessa - siksi täydennys/lisäkoulutus tarpeen.”*

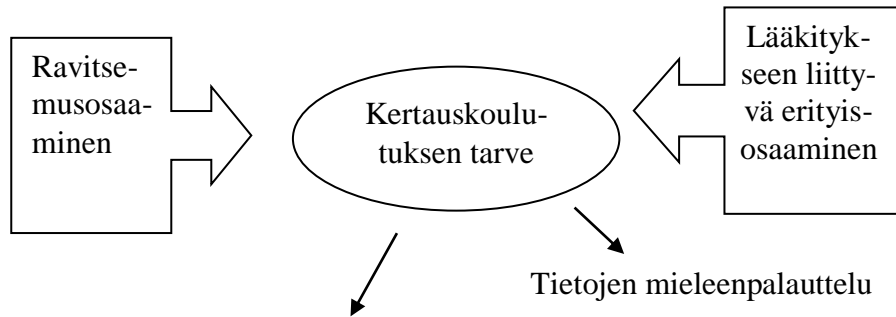
*”Täsmä koulutus työpaikalla”*

### 9.2.3. Kertauskoulutuksen tarve

Kertaus tarkoittaa opitun asian opiskelua uudelleen. Kertauskoulutuksen tarvetta ilmenee, kun työntekijällä olemassa oleva osaaminen on jäsentelämätöntä, hajanaista tai olemassa olevia tietoja ei ole käytetty pitkään aikaan. Tämä ajatus ohjasi opinnäytetyön aineiston luokittelua kertauskoulutuksen osalta. Kotihoidon työntekijät kokivat tarvetta saada kertauskoulutusta. Tämän tiedon lisäksi on keskeistä tietää, minkälaisista osaamista henkilökunnalla on lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksiin liittyen.

Aineistosta nousi esille kotihoidon henkilökunnan tarve saada kertauskoulutusta lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksista. Kertauskoulutuksen tarpeeseen liittyvät keskeisesti tarve luennolle, jossa kerrataan keskeisimpiä asioita yhteisvaikutuksista, kertauskurssin tarve ja tietojen mieleen palauttaminen. Kertauskoulutuksen tarve pääluokan alaluokat ovat: kertauskurssin tai luennon muodossa ja tietojen mieleenpalauttaminen. (Kuvio 6. Kertauskoulutuksen tarve.) Aineistosta nousi esille kaksi osaamiskokonaisuutta: ravitsemusosaaminen ja lääkitykseen liittyvä erityisosaaminen. Näiden osaamiskokonaisuuksien kautta pystytään miettimään osaamisen kehittämiseksi asetettavia osaamistavoitteita.

Kuvio 6. Kertauskoulutuksen tarve



Kertausta kurssin tai luennon muodossa

Pidempi poissaolo työstä lisäsi tarvetta saada kertauskoulutusta ikääntyneiden käyttämien lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksista.

*”Kurssi/luento yleisimmistä asioista olisi tietysti hyvä kerrata.”*

*”...aiheesta olisi hyvä sada preppausta kun ollut reilu 2 vuotta poissa työelämästä.”*

Aineistosta nousi esille kaksi osaamisen kokonaisuutta, joiden tiedostaminen ja yhdistäminen mahdollistaa osaamisen kehittämisen tarpeen hahmottamisen ja koulutuksen suunnittelun. Vastaajilla oli ravitsemusosaamista ja lääkkeisiin liittyvää erityisosaamista. Nämä osaamisen alueet liittyvät keskeisesti lääkkeiden ja ravinnon välisiin yhteisvaikutuksiin.

Kotihoidon henkilökunnalla oli ravitsemusosaamista, jolla on vaikutusta lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksiin. Ravitsemusosaamista on diabeetikon lääkehoidosta ja ravitsemuksesta, erityisruokavalioista, kihdin ravitsemushoidosta ja Marevan potilaan ravitsemuksesta. Vastaajilla oli osaamista diabeetikon hoidossa käytettävästä ruokavaliosta ja lääkityksestä. Kotihoidon henkilökunnalla oli osaamista kihti ja sappi ruokavalioista, koska niitä oli paljon käytössä kotihoidon asiakkailla. Marevan potilaan hoidossa käytettävä ruokavalio oli ravitsemusosaamisen osa-alue, joka nousi myös aineistosta esille.

*”Diabetes potilaan ruokavalio/lääkitys hallinnassa”*

*”Vanhuksilla tulee paljon vastaan kihti ja sappi ruokavalio asioita”*

*”Marevan potilailla huomioitava ruokavalio”*

Aineistosta kävi ilmi erilaisia lääkkeisiin liittyviä erityisosaamisen osa-alueita, jotka vaikuttavat osaltaan lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksiin. Olemassa olevaa tietoa ja osaamista oli kolesterolilääkkeen tarpeeseen vaikuttamisesta, luontaistuotteiden käytöstä, Marevan potilaan hoidosta sekä ravinnon erilaisista vaikutuksista lääkkeisiin. Vastaajilla oli tietoa ruokavalion vaikutuksesta kolesterolilääkkeen tarpeeseen. Ymmär-

rettiin, että oikeanlaisella ruokavaliolla pystytään vähentämään kolesterolilääkkeen tarvetta. Toinen aineistosta esiin noussut yksittäinen lääkkeisiin liittyvä erityisosaamisen alue oli luontaistuotteet. Tiedettiin, kuinka tärkeää on huomioida lääkkeiden ja luontaistuotteiden yhtäaikaisessa käytössä yhteisvaikutusten mahdollisuus.

*”Kolesterolilääkettä voisi vähentää oikean ruokavalion ansiosta”*

*”Selvitä aina luontaistuotteet vs lääkelista”*

Aineiston mukaan kotihoidon henkilökunnalla oli Marevan potilaan hoitoon liittyvää osaamista. Kotihoidon henkilökunnalla oli tietoa Marevan lääkityksen aikana käytettävän ravinnon vaikutuksesta potilaan INR tasoon ja sen mahdollisiin muutoksiin.

*”Marevan lääkityksen aikana mm vihreät vihannekset voivat olla haitaksi”*

Ravinnolla tiedettiin olevan erilaisia vaikutuksia lääkkeisiin. Aineiston mukaan tiedettiin, että ravinto voi vaikuttaa lääkeaineen imeytymiseen tai lääkkeen toimintaan. Tiedettiin, että ravinto voi estää tai voimistaa lääkeaineen imeytymistä. Toinen selkeä aihekokonaisuus, joka aineistosta nousi esille, oli kotihoidon henkilökunnan osaaminen maitotuotteiden ja lääkkeiden yhtäaikaisesta käytöstä. Yleisellä tasolla tiedostettiin, että maitotuotteilla on vaikutusta tiettyjen lääkkeiden imeytymiseen. Esimerkkinä vastauksista nousi esille antibiootit ja rautalääkkeet.

*”Ruoka-aine voi haitata lääkeaineiden imeytymistä - estä tai voimistaa”*

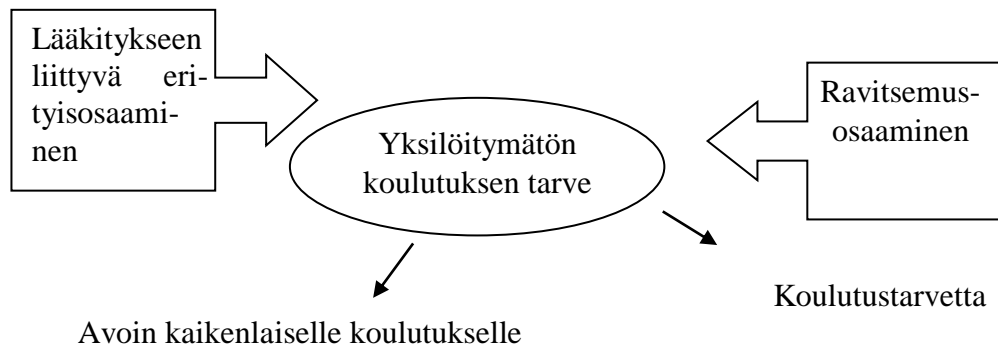
*”Lähinnä tulee mieleen ravinnon vaikutus, silloin kun se estää lääkeainetta imeytymästä tai vaikuttaa lääkkeen toimintaan”*

*”...maitotuotteet huonontavat lääkkeiden imeytymistä antibioottihoito tai rautalääkkeet.”*

#### 9.2.4. Yksilöitymätön koulutuksen tarve

Kotihoidossa suhtauduttiin myönteisesti koulutuksiin ja koettiin että on tarvetta saada koulutusta lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksista. Kuitenkaan vastaajat eivät pystyneet kuvaamaan, minkälaista koulututusta he tarvitsisivat. Yksilöitymätön koulutuksen tarve pääluokan muodostivat alaluokat: avoin kaikenlaiselle koulutukselle ja koulutustarvetta. (Kuvio 7. Yksilöitymätön koulutuksen tarve.)

Kuvio 7. Yksilöitymätön koulutuksen tarve



Vastauksista nousi esille tarve saada koulutusta, mutta ei osattu nimetä minkälaiselle koulutukselle olisi tarvetta. Koettiin, ettei koulutusta voi olla liikaa ja että aina on tarvetta kouluttautua. Koulutusmyönteisyys oli ilmeistä kotihoidon henkilökunnan keskuudessa.

*”Koulutusta ei ole koskaan liikaa. Kyllä olisi tarpeen.”*

*”Koulutusta tarvitaan aina lisää. En osaa eritellä tarkemmin mitä siinä tulisi käsitellä.”*

## 10 POHDINTA

### 10.1. Tulosten tarkastelua ja päätelmiä

Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada tietoa kotihoidon työntekijöiden omasta osaamisen kokemuksesta liittyen ikääntyneiden käyttäminen lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksiin sekä siihen liittyvistä osaamisen kehittämisen tarpeista. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä tietoisuutta lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksista ikääntyneillä. Lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutukset tulee ymmärtää osaksi lääkehoidon kokonaisuutta. Nykyään tiedämme jo enemmän lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksista, mutta emme vielä tarpeeksi.

Opinnäytetyön aihe liittyy OPTIFEL-hankkeeseen. Hankkeen keskeisenä tavoitteena on ikääntyneiden ravitsemuksen parantaminen lisäämällä tietoa ikääntyneiden ravitsemuksellista tarpeista ja makumieltymyksistä sekä ikääntyneille suunnattujen hedelmä-, marja-, ja vihannespohjaisten elintarvikkeiden ja helposti avattavien elintarvikepakkausten kehittäminen. Hankkeen aikana tapahtuvassa kehittämistyössä pystytään huomioimaan lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutusten mahdollisuus ja estämään se oikeanlaisilla raaka-aine valinnoilla. Esimerkkinä voi toimia greipin käyttö erilaisissa ikääntyneiden ravitsemusta helpottamaan kehitettävissä juomissa tai hedelmävalmisteissa. Monien eri lääkkeiden nauttiminen yhdessä greipin kanssa, voi aiheuttaa ei-toivottuja yhteisvaikutuksia. Tämän tiedon valossa greipin käyttöä erilaisissa ikääntyneille suunnatuissa hedelmäval-

misteissa tulee miettiä tarkasti tuotteiden kehittämissä vaiheissa. OPTIFEL-hanke voi parhaimmillaan toimia tiedottamisen väylänä, tärkeän asian esille nostajana ja yhteisvaikutusten syntyminen estäjänä.

Kyselyyn vastanneista suurimmalla osalla oli pitkä työkokemus kotihoitotyöstä. Vastanneista yli puolella oli kotihoidon työkokemusta enemmän kuin viisi vuotta. Niemen (2004, tiivistelmä) mukaan ammattitaito vahvistuu iän, työkokemuksen ja työvuosien lisääntyessä nykyisessä työyksikössä. Kyselyyn vastanneista osa koki, että osaamista oli kertynyt kokemuksen myötä ravinnon ja lääkkeiden yhteisvaikutuksista. Kotihoidon työntekijöistä kuitenkin osa koki, ettei omaa riittäviä tietoja lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksista. Onko niin, että lääkkeiden ja ravitsemuksen väliin yhteisvaikutuksiin liittyvä osaaminen vaatii aktiivista tietojen päivittämistä, jolloin kokemuksen tuoma osaaminen ei yksin riitä?

Lähihoitajien lääkehoidon osaamisen taso on herättänyt huolta aikaisemmissä tutkimuksissa. Tämän työn tulosten perusteella suurin osa kotihoidon henkilökunnasta koki, että heidän osaamisensa lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksista oli perustasoa. Salermon (2011) tutkimuksen mukaan lähihoitajien tiedot lääkehoidon perusteista olivat keskimäärin heikot, mutta haitta- ja yhteisvaikutusten osalta osaaminen oli kohtalaista (Salermon, 2011, 55). Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan kotihoidon henkilökunnalla oli osaamista lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksista, mutta samalla he tiedostivat osaamisensa rajallisuuden ja puutteet. Tämän työn tuloksia voidaan pitää samansuuntaisina kuin Salermon (2011) tutkimuksesta saadut tulokset. Lääkehoidon osa-alue on vaativa hoitotyön alue, joka vaatii niin ammatillisessa- kuin täydennyskoulutuksessa erityistä huomiota.

Hoitajien ammatillisen koulutuksen sisällössä lääkehoidon ja ravitsemuksen yhteisvaikutusten osalta, on tässä työssä saatujen tulosten mukaan tapahtunut muutoksia. Kaikki hoitajat eivät ole saaneet ammatillisten opintojensa aikana opetusta lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksista. Vastavalmistuneet kotihoidon työntekijät olivat aineiston mukaan saaneet opintojensa aikana opetusta lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksista. Aineiston mukaan tämän päivän lähihoitajakoulutukseen sisältyy opetusta lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksista, mikä on erittäin tärkeä ja merkittävä asia. Kun aihe on osa lähihoitajakoulutuksen lääkehoidon opetussuunnitelmaa, niin se mahdollistaa aiheeseen liittyvän tietoisuuden ja osaamisen lisääntymisen hoitotyön ammattilaisten keskuudessa.

Kotihoidossa oltiin koulutusmyönteisiä ja kiinnostuneita saamaan koulutusta lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksista. Osa vastaajista osasi nimetä konkreettisesti minkälaista koulutusta he tarvitsisivat, mutta osalla vastaajista koulutustarve ei ollut yhtä jäsentynyt. Aineiston mukaan kotihoidossa kaivataan uutta tietoa lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksista, uusinta tietoa ravitsemussuosituksista, farmaseutin pitämää luentoa, ohjeita yhteisvaikutuksen välttämiseksi sekä spesifistä tietoa lääkkeen ja ravinnon yhteisvaikutuksista.

Työntekijän myönteinen asenne kehittymiseen ja tietoinen pyrkimys kehittää ammattitaitoaan yhteiskunnallisten muutosten mukaiseksi, tukee työntekijän ammatillista kasvua. Ammatillisen kasvun kannalta on merkityksellistä työyhteisön antama tuki. (Niemi 2004, tiivistelmä) Tämän mukaan oma asenne ja ilmapiiri työyhteisössä olisivat keskeisessä roolissa työntekijän oppimisessa ja ammattitaidon kehittämisessä. Voisi siis ajatella, että kotihoidon työntekijäryhmä, joka kokee tarvitsevansa lisäkoulutusta, todennäköisemmin tulee omaksumaan uutta tietoa. Koulutusten järjestäminen vaatii työnantajalta resursointia ja rahaa, joten on tärkeää varmistua koulutusta suunniteltaessa työntekijöiden halusta ja valmiuksista sitoutua uuden oppimiseen. Tieto työntekijän koulutusmyönteisyydestä on työnantajan näkökulmasta merkityksellinen. Työntekijät tarvitsevat työnantajan tukea ammatillisessa kehittämisessä ja mahdollisuuksia osaamisen lisäämiseen.

Koulutusten järjestäminen organisaatioissa on suunnitelmallista toimintaa. Kunnan strategia ohjaa yksiköiden koulutussuunnitelmia ja asettaa koulutautumiselle tavoitteen. Kuntien taloudellinen tilanne on haasteellinen, mikä osaltaan vaikuttaa siihen, minkälaista koulutusta henkilöstölle pystytään tarjoamaan. Hoitajien tarve lisä- ja päivityskoulutukseen on suuri, koska hoitoalalla asiat muuttuvat ja kehittyvät koko ajan. Työnantajat joutuvat priorisoimaan koulutuksia ja miettimään koulutuksia painottaen tulevaisuuden osaamistarvetta. Taloudellinen tilanne haastaa työntekijät ja työyhteisöt löytämään keinoja uuden oppimiseen ilman kalliita koulutuspäiviä. Tämän opinnäytetyön viitekehystä pystytään käyttämään materiaalina ikääntyneiden lääkityksen ja ravinnon yhteisvaikutuksia käsiteltävässä työpakkakoulutuksessa, ilman suuria kustannuksia. Koulutuksen tarpeeseen voidaan osaltaan vastata oppimalla hyödyntämään työyhteisössä olevaa osaamista. Työyhteisössä on osaamista, jota ei välttämättä saada koko työyhteisön käyttöön. Suunnitelmallisen ja organisoiden perehdytyksen merkitystä ei voi liikaa korostaa olemassa olevan osaamisen jakamisessa. Hyvä perehdytys voi osaltaan vähentää kotihoidon henkilöstön koulutuksen tarvetta.

Kotihoitopalvelu on muutosten keskellä. Kotihoitotyössä on tapahtunut paljon rakenteellisia ja toiminnallisia muutoksia. Myös kotihoidon ammattilaisten osaamisen tarpeet tulevat muuttumaan tulevaisuudessa. Hoitajien tulee olla moniosaajia, joilla tietoa, taitoa ja erityisiä hoitotyön vaatimia ominaisuuksia. Lääkehoidon ja ravinnon yhteisvaikutukset ovat vain yksi osa-alue koko lääkehoidon osaamisen kentästä, joka hoitajien tulee hallita. Ei tarvitse osata kaikkea yhteisvaikutuksista, mutta tietynlainen tietoisuus ja yhteisvaikutusten mahdollisuuden tiedostaminen, tulee olla asiakkaiden lääkehoitoon osallistuvilla hoitotyön ammattilaisilla. Hoitajien osaamisen tason tulee olla riittävä lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutusten osalta, jotta hän pystyy toteuttamaan työpaikallaan asiakkaan kokonaisvaltaista lääkehoitoa.

Onko parempi, että ikääntyneet syövät riittävästi ja monipuolisesti ja ottavat lääkkeet oman muistinsa edellyttämällä tavalla? Vai onko tavoiteltavaa, että lääkkeiden otto tapahtuu erittäin tarkasti, jolloin ravitsemus saattaa kärsiä? Mursu ja Jyrkkä (2013, 24) ovat todenneet, ettei ikääntyneen



ruokailusta pitäisi tehdä liian monimutkaista eikä ruokavaliota tulisi rajoittaa yhteisvaikutuksen pelossa. Vaikka näin toimittaisiinkin, tulee hoitohenkilökunnan tunnistaa lääkkeet, joilla tiedetään olevan merkittäviä yhteisvaikutuksia ravinnon kanssa. Tämä opinnäytetyö lisää lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksiin liittyvää tietoa ja tietoisuutta hoitotyön ammattilaisten joukossa. On tärkeää olla valmiina oppimaan uutta ja ylläpitämään ammattiosaamista yhdessä.

### 10.2. Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tutkijan, aineiston laadun, aineiston analyysin ja tulosten esittämisen kautta. Aineiston analysoinnin onnistumiseen vaikuttavat tutkijan taidot, arvostukset ja oivalluskyky. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuus kysymykseen liittyy myös se, kuinka luotettavasti opinnäytteen laatija on pystynyt pelkistämään aineiston. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 36.) Tutkijan tulee pystyä osoittamaan yhteys tulosten ja aineiston välillä (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 37). Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kriteereinä voidaan pitää uskottavuutta, siirrettävyyttä, riippuvuutta ja vahvistettavuutta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160).

Tutkimusta voidaan pitää uskottavana, jos tulokset on kuvattu niin selkeästi, että lukija ymmärtää miten analyysi on tehty. Samalla tulee tarkastella analyysiprosessia ja tulosten validiteettia eli onko tutkimuksessa mitattu mitä oli suunniteltu. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että analyysi on kuvattu hyvin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.) Opinnäytetyössä olen pyrkinyt kuvaamaan analyysiprosessia mahdollisimman selkeästi. Luokitteluprosessia on avattu taulukoiden avulla (Liitteet 5 ja 6), jotta lukijan on helpompi hahmottaa prosessin eri vaiheita ja ymmärtää luokittelun perusteet. Kyselyistä nostetut lyhyet alkuperäisilmaukset lisäävät myös osaltaan tutkimuksen uskottavuutta. Opinnäytetyön validiteettia olisi pystytty parantamaan kyselylomakkeen kysymyksiä muuttamalla. Laajemman aineiston saaminen olisi edellyttänyt vieläkin tarkempia ja yksityiskohtaisempia kysymyksiä. Nyt aineisto jäi melko suppeaksi.

Laadullisessa tutkimuksessa tulee kuvata tutkimuskonteksti, osallistujien valinta, taustojen selvittäminen, aineiston keräys ja aineiston analyysin tarkka kuvaus. Tällöin puhutaan siirrettävyydestä, joka on luotettavuuden arvioinnin kriteeri. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.) Opinnäytetyön raportoinnissa on pyritty siirrettävyyteen. Raportissa on kuvattu tutkimuskohteen valinta, aineistonkeräysprosessi ja aineiston analysointi. Opinnäytetyön raportissa on lyhyitä suoria lainauksia kyselylomakkeiden vastauksista, jotta vastaajia ei pysty tunnistamaan niistä. Osallistujajoukon kuvaus on tehty yleisellä tasolla ja sen valintaan liittyvät asiat on kuvattu raportissa tavalla, joka mahdollistaa vastaajille identiteettisuojan.

Opinnäytetyön laatijan työskentely kotihoidossa voi heikentää tulosten objektiivista käsittelyä ja tätä kautta tutkimuksen luotettavuutta, varsinkin kun toinen aineiston keräyskohteista on opinnäytetyön laatijan työpaikka.

Opinnäytetyön laatija on ollut poissa työelämästä viimeiset seitsemän vuotta, mikä lisää etäisyyttä tutkittavaan kohteeseen ja samalla mahdollistaa objektiivisemmän aineiston käsittelyn.

Laadullisen tutkimuksen keskeisiä eettisiä periaatteita ovat tiedonantajan vapaaehtoisuus ja henkilöllisyyden suojaaminen sekä luottamuksellisuus. Tutkimus ei missään vaiheessa saa vahingoittaa tutkittavaa fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti. Tutkimuksesta saatavat hyödyt tulee olla suuremmat kuin haitat. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 27; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 39.) Opinnäytetyöhön liittyvät tutkimusluvut hoidettiin asiaankuuluvalla tavalla ennen tutkimuksen aloittamista. Tutkimuslupahakemukseen liitettiin tutkimussuunnitelma, josta ilmeni mitä tutkitaan, missä tutkitaan ja miten tutkitaan. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 45). Hakemuksen liitteenä oli myös tutkimuksessa käytettävä kyselylomake (Liite 1.) ja saatekirje (Liite 2.) kyselyyn vastaajille. Saatekirjeellä kyselyn vastaajille tiedotettiin tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet sekä mitä kyselyyn osallistuminen merkitsee. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 28-29.) Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Kyselyihin vastaamiseen varattiin kaksi viikkoa aikaa. Toisessa kaupungissa vastaamisaikaa jouduttiin pidentämään, koska vastattuja kyselylomakkeita palautui vain muutama. Kyselyyn osallistumisen vapaaehtoisuus saattoi kärsiä vastausajan pidentämisen yhteydessä. Työntekijöille saattoi tulla tunne, ettei heillä ole mahdollisuutta kieltäytyä kyselyyn osallistumisesta. Kotihoidon vastuuhenkilö saattoi kokea painetta, että täytettyjä kyselylomakkeita on saatava lisää. Tilanteella on voinut olla myös vaikutusta vastausten sisältöön ja vastausten pituuteen.

Eettisesti on tärkeää, että tutkimuksen tulokset julkaistaan avoimesti ja rehellisesti, kuitenkin huomioiden tutkittavien tietosuoja. Rehellisyys vaati opinnäytteen laatijalta objektiivisuutta. Tuloksia raportoidessa ei saa aiheuttaa vahinkoa tutkittaville. Nimettömyyden takaaminen tutkittavalle ei riitä, vaan edes tutkittavien lähiympäristö ei saa tunnistaa heitä. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 31.) Tuloksia analysoitaessa on pyritty rehellisyyteen. Tuloksissa on esitetty vain asioita, jotka nousevat aineistosta. Myös vastaajien tunnistamattomuuteen on kiinnitetty huomiota tulosten raportointi vaiheessa. Aineisto on analysoitu yhtenä kokonaisuutena. Ainoastaan vastanneiden määrät kunnittain laskettiin ja vastaajien sukupuolijakauma selvitetty kunnittain. Tämän jälkeen on ollut käytössä vain yksi aineisto, josta ei pysty päättelemään kumman kunnan kotihoidosta vastaus on peräisin. Kotihoidoista saatujen aineistojen yhdistämisellä pyrittiin parantamaan vastaajien tietosuoja.

Analyysiprosessi oli haasteellinen opinnäytetyön laatijan vähäisen kokemuksen takia. Kirjallisuudessa ei myöskään esitetty yksiselitteistä tapaa, jolla sisällönanalyysi tulisi tehdä, mikä osaltaan lisäsi epävarmuuden tunnetta analysointiprosessissa. Analyysiprosessin lopputuloksena saatiin kuitenkin vastaukset kahteen asetettuun tutkimuskysymykseen. Opinnäytetyön laatija joutui kohtaamaan opinnäytetyöprosessin aikana itsestään riippumattomista syistä aikataulullisia paineita. Opinnäytetyön valmiiksi saattamisen tarve, saattoi verottaa raportin syvyyttä.

### 10.3. Jatkotutkimusehdotukset

Ikääntyneiden ravinnon ja lääkkeiden yhteisvaikutuksista ei ole juuri saatavilla tutkittua tietoa ja siitä tiedetään edelleen liian vähän. Tutkimus tietoa kaivataan. Opinnäytetyöprosessin aikana nousi esille muutamia jatkotutkimusehdotuksia:

- Minkälainen on lähihoitajakoulutuksen lääkehoidon sisältö lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutusten osalta? Minkälaiseen osaamisen tasoon ammattiopinnot valmistavat hoitajaa lääkkeiden ja ravitsemuksen yhteisvaikutusten osalta?
- Minkälaista osaamista on eri ammattiryhmissä (sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, lähihoitajat, perushoitajat) lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksiin liittyen?
- Kuinka paljon ikääntyneillä havaitaan lääkkeiden ja ravinnon aiheuttamia yhteisvaikutuksia?
- Miten lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutukset otetaan huomioon kotihoitotyössä?

## LÄHTEET

- Aarnio, A. 2005. Täydennyskoulutus terveydenhuollossa, Tehyn julkaisusarja B: selvitykset 1/2005. pdf-tiedosto. Viitattu 18.1.2016.  
[https://www.google.fi/?gfe\\_rd=cr&ei=uZScVsrVEYar8wecrIX4DA&gws\\_rd=ssl#q=t%C3%A4ydennyskoulutus selvitys+markkanen](https://www.google.fi/?gfe_rd=cr&ei=uZScVsrVEYar8wecrIX4DA&gws_rd=ssl#q=t%C3%A4ydennyskoulutus selvitys+markkanen)
- Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Riika: Vastapaino.
- Ahonen, J. 2011. Vältettävät lääkkeet ja yhteisvaikutukset, Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta. Farmasian laitos. pdf-tiedosto. Viitattu 21.1.2015.  
[http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-0500-0/urn\\_isbn\\_978-952-61-0500-0.pdf/](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0500-0/urn_isbn_978-952-61-0500-0.pdf/)
- Arffman, S. 2011. Ruoka ja ravintoaineet. Teoksessa Arffman, S. & Tiainen, A-M. 2011. Ravitsemusapteeekkityössä. Helsinki: Edita Prima Oy. s. 12-49.
- Erikoissairaanhoidonlaki 1.12.1989/1062. Finlex. Viitattu 6.3.2016.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>
- Haglund, B., Huupponen, T., Ventola, A-L. & Hakala-Lahtinen, P. 2010. Ihmisen ravitsemus. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Hartikainen, S. & Ahonen, J. 2011. Iäkkäiden lääkityksen tietokanta tukee lääkevalintoja. Sic Lääketietoa Fimeasta. 1/2011. 22-25. Viitattu 8.2.2016  
[http://sic.fimea.fi/iakkaiden\\_laakityksen\\_tietokanta.aspx](http://sic.fimea.fi/iakkaiden_laakityksen_tietokanta.aspx)
- Hartikainen, S. 2002. Iäkkään monilääkitys. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2002; 118(4). 385-391. pdf-tiedosto. Viitattu 8.2.2016.  
<http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&ved=0ahUKEwiypLmPgOjKAhWGbSYKHZwTDG4QFgg9MAU&url=http%3A%2F%2Fwww.ebm-guidelines.com%2Fmedia%2Fduo%2Fduo92787.pdf&usq=AFQjCNF8nhiz3fQJsqeF3HjcLs26xLzpnA&sig2=Fbvm9x77ZpxIiegSbkNHWA>
- Hassi, T. 2005. Yhteiskunnalliset muutossuunnat ja kotihoiton työntekijöiden osaaminen tulevaisuudessa: vanhustyön asiantuntijoiden käsityksiä yhteiskunnallisista megatrendeistä ja kotihoitossa vaadittavasta osaamisesta. Tampereen kasvatustieteiden tiedekunta. Kasvatustieteiden laitos. Lisensiaattitutkimus. pdf-tiedosto. Viitattu 12.3.2015  
<http://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-14617>
- Heinola, R. 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito – Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. (toim.) Heinola, R. Stakes. Oppaita 70. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy. s. 9-11.

Heikkinen, R-L. 2007. Mielen tasapaino. Teoksessa Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) 2007. Vanheneminen ja terveys. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Helakorpi, S. 2005. Työn taidot – Ajattelua, tekoja ja yhteistyötä. Hämeen ammattikorkeakoulu. Ammatillinen opettajakorkeakoulu. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy.

Hossi, L. 2015. Kotisairaala vähentää potilaan juoksuttamista paikasta toiseen. Yle uutiset artikkeli. Viitattu 3.1.2016.

[http://yle.fi/uutiset/kotisairaala\\_vahentaa\\_potilaan\\_juoksuttamista\\_paikasta\\_toiseen/8444280](http://yle.fi/uutiset/kotisairaala_vahentaa_potilaan_juoksuttamista_paikasta_toiseen/8444280)

Hujala, N. 2011. Suojaravintoaineet. Teoksessa Arffman, S. & Tiainen, A-M. 2011. Ravitsemus apteekkityössä. Helsinki: Edita Prima Oy. s. 21-42.

Huupponen, R., Jyrkkä, J. & Ahonen, J. 2014. Iäkkäiden lääkityksen tietokanta on työkalu lääkehoidon soveltuvuuden arviointiin. Sic! julkaistu numerossa 1/2014 . 54-57. pdf-tiedosto. Viitattu 25.1.16.

[http://sic.fimea.fi/iakkaiden\\_laakityksen\\_tietokanta](http://sic.fimea.fi/iakkaiden_laakityksen_tietokanta)

Huupponen, R. & Raunio, H. 2012. Farmakokinetiikka. Teoksessa Koulu, M., Mervaala, E. & Tuomisto, J. (toim.) 2012. Farmakologia ja toksikologia. Porvoo: Bookwell Oy.

Hyrkäs, E. 2009. Osaamisen johtaminen Suomen kunnissa. Väitöskirja Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Kauppätieteellinen tiedekunta, Johtaminen ja organisaatiot. Acta Universitatis Lappeenrantaensis 338. Väitöskirja. pdf-tiedosto. Viitattu 7.1.2016.

<http://www.doria.fi/handle/10024/43678>

Hyvinkään kaupunki. 2015. Ikääntyvien palvelut . Viitattu 3.1.2015

<http://www.hyvinkaa.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/ikaantyvien-palvelut/tukea-kotiin/>

Hyvärinen, L. 2008. Näön vanheneminen. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) 2008. Gerontologia. Duodecim. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy. s. 171-180.

Ikonen, E-R. 2013. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita.

Ikäinstituutti, Ikääntyvä väestö. Viitattu 24.1.2016

<http://www.vapaaehtoiseksiseniorina.fi/ikatietoa/ikaantyyva+vaesto/>

Jyrkkä, J., Enlund, H., Korhonen, M., Sulkava, R. & Hartikainen, S. 2009. Polypharmacy Status as an Indicator Mortality in an Elderly Population. Drug Safety 2009b ; 26. 1039-1048. Viitattu 27.1.2016.

<http://link.springer.com/article/10.2165/11319530-000000000-00000>

Jyrkkä, J. 2011. Drug use and polypharmacy in elderly persons, Publications of the University of Eastern Finland. School of Pharmacy Kuopio: Kopijyvä Oy. pdf-tiedosto. Viitattu 6.1.2015.

[http://scholar.google.fi/scholar?q=drug+use+and+polypharmacy+in+elderly+persons&hl=fi&as\\_sdt=0&as\\_vis=1&oi=scholart&sa=X&ei=oberVJfgG6bfywPh0YHYCw&ved=0CBsQgQMwAA](http://scholar.google.fi/scholar?q=drug+use+and+polypharmacy+in+elderly+persons&hl=fi&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart&sa=X&ei=oberVJfgG6bfywPh0YHYCw&ved=0CBsQgQMwAA)

Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuoteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Kallinen, M. 2008. Kestävyys. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) 2008. Gerontologia. Duodecim. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy. s. 120-128.

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä: miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY pro.

Kantola, I. 2004. Mitä tehdä, kun kaikki verenpainelääkkeet ovat jo käytössä? Duodecim 2004;120 s. 1583-1588. pdf-tiedosto. Viitattu 7.1.2016.

[http://scholar.google.fi/scholar?q=suola+ja+verenpainel%C3%A4%C3%A4kitys&btnG=&hl=fi&as\\_sdt=0%2C5](http://scholar.google.fi/scholar?q=suola+ja+verenpainel%C3%A4%C3%A4kitys&btnG=&hl=fi&as_sdt=0%2C5)

Kirjavainen, P. & Laakso-Manninen, R. 2000. Strategisen osaamisen johtaminen – yrityksen tieto ja osaaminen kilpailuedun lähteeksi Helsinki: Edita Oyj.

Kivelä, S-L. 2004. Vanhusten lääkehoito. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kivelä, S-L. 2005. Me, ikääntyminen ja lääkkeet. Werner Söderström Osakeyhtiö.

Kivelä, S-L. 2008. Lääkkeet ja ikääntyminen. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) 2008. Gerontologia. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. s. 354-365.

Kivelä, S-L. 2012. Hyviä vuosia - arvokas ja turvallinen ikääntyminen. Helsinki: Kirjapaja.

Kivelä, S-L. & Vaapio, S. 2011. Vanhana tänään. Suomen senioriliike ry. Eesti: Tallinnan Raamatutrukikoda.

Kontula, O. 2008. Seksuaalinen käyttäytyminen. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) 2008. Gerontologia. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. s. 242-260.

Kotimaisten kielten keskus. kielitoimiston sanakirja. Viitattu 5.2.2016  
<http://www.kielitoimistonsanakirja.fi/>

KT Kuntatyönantaja. 2008, Kunnallisen henkilöstön osaamisen kehittämistä koskeva suositus sekä työ- ja virkaehtosopimus ammattiyhdistyskoulutuksesta. Viitattu 3.3.2016

<http://www.kuntatyönantajat.fi/fi/sopimukset/työelämän-kehittäminen/henkilöstöjohtaminen-tuloksellisuus-ja-osaaminen/Sivut/osaamisen-kehittämistä-koskeva-suositus.aspx>

KT Kuntatyönantajat. 2014. Osaamisen kehittäminen on jatkuva prosessi. Viitattu 9.3.2015.

<http://www.kuntatyönantajat.fi/fi/työelämän-kehittäminen/osaamisen-kehittäminen/Sivut/default.aspx>

Kupias, P., Peltola, R. & Pirinen, J. 2014. Esimies osaamisen kehittäjänä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kuusivaara, R. 2006. Kotihoitohenkilöstön osaamisen kehittäminen ja hyvinvointiteknologia. Hämeen ammattikorkeakoulu. Hyvinvointiteknologian koulutusohjelma. Ylempi amk opinnäytetyö. Tampere: Domus-Offset Oy.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980. Finlex. Viitattu 24.2.2016.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Lahti-Koski, M. 2009. Terveellinen ravinto. Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 20.12.2015.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=seh00150](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00150)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 28.6.1994/559. Finlex. Viitattu 15.1.2016.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Laki työnantajan ja henkilöstön välisestä yhteistoiminnasta kunnissa 13.4.2007/449, Finlex. Viitattu 14.1.2016.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070449>

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullinen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Larmi, A., Tokola, E. & Välikkiö, H. 2005. Kotihoidon työkäytäntöjä. Vammala: Vammalan kirjapaino.

Lauri, S. 2007. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. Helsinki WSOY Oppimateriaalit.

Liimatainen, L. 2007. Terveyden edistäminen. Teoksessa Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) 2007. Vanheneminen ja terveys. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Lumme-Sandt, K. 2002. Ikäihmiset ja lääkkeiden käytön moninaiset maailmat. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. terveystieteen laitos. Acta Univesitatis Tamperensis; 900. pdf-tiedosto. Viitattu 10.12.2014.

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67255/951-44-5525-8.pdf?sequence=1/>

Luoma, M-L. & Kattainen, E. 2007. Asiakasrakenne. Teoksessa Heinola, R. (toim.) 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito – Opas ikääntyneiden kotihoiton laatuun. Stakes oppaita 70. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy. 18-21.

Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) 2007. Vanheneminen ja terveys. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Markkanen, K. 2009. Lähihoitaja- sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilainen. Tehyläisten lähihoitajien käsityksiä koulutuksesta ja työelämästä. Tehyn julkaisusarja B: 2009:1. Helsinki: Multiprint Oy. pdf-tiedosto. Viitattu 18.1.2016.

[https://www.google.fi/?gfe\\_rd=cr&ei=uZScVsrVEYar8wecrIX4DA&gws\\_rd=ssl#q=L%C3%A4hihoitaja-+sosiaali-+ja+terveydenhuollon+ammattilainen](https://www.google.fi/?gfe_rd=cr&ei=uZScVsrVEYar8wecrIX4DA&gws_rd=ssl#q=L%C3%A4hihoitaja-+sosiaali-+ja+terveydenhuollon+ammattilainen)

Mursu, J. & Jyrkkä, J. 2013. Hyvä ravitseminen tukee iäkkäiden lääkehoidon onnistumista. Sic! Lääketietoa Fimeasta 2/2013. s. 22-25. Viitattu 12.1.2016.

[http://sic.fimea.fi/2\\_2013/hyva\\_ravitseminen\\_tukee\\_iaekkaiden\\_laakehoidon\\_onnistumista/](http://sic.fimea.fi/2_2013/hyva_ravitseminen_tukee_iaekkaiden_laakehoidon_onnistumista/) viitattu 21.1.2013

Mäenpää, T., Pirttijärvi, T. & Kautola, H. 2015. Ikääntyneet voisivat lisätä hedelmien ja kasvien käyttöä. Gery 2/2015 Voimaa ruoasta. s.18-19. Viitattu 21.3.2016.

[http://www.gery.fi/@Search/Select?E\\*Q=m%C3%A4en%C3%A4%C3%A4](http://www.gery.fi/@Search/Select?E*Q=m%C3%A4en%C3%A4%C3%A4)

Niemi, L. 2004. Ammatillinen kasvu ja sitä edistävät kasvutekijät hoitotyössä. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma. Viitattu 9.1.2016.

<http://uta32-kk.lib.helsinki.fi/handle/10024/91551>

Niinistö, L., Salminen, P. & Karjalainen, P. 1998. Kotihoito. (toim.) Mäkinen, E. Porvoo: WSOY-Kirjapainoyksikkö.

Niskanen, L. 2013. Ikäihmisten lääkehoito on taitolaji. Sic! Lääketietoa Fimeasta 2/2013. Viitattu 21.1.2015

[http://sic.fimea.fi/2\\_2013/ikaihmissen\\_laakehoito\\_on\\_taitolaji/](http://sic.fimea.fi/2_2013/ikaihmissen_laakehoito_on_taitolaji/)



Nurmi, K. 2012. Kipeän muutoksen lääkkeet – kohti parempia muutoksia. Jyväskylä: Kopiojyvä Oy.

Nurminen, M-L. 2011. Lääkehoito. Helsinki: WSOY pro Oy.

Paljärvi, S. 2012. Muuttuva kotihoito, 15 vuoden seurantatutkimus Kuopion kotihoidon organisoinnista, sisällöstä ja laadusta. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Dissertations in Social Sciences and Business Studies No 39. Väitöskirja. Kuopio. pdf-tiedosto. Viitattu 24.2.2016.

<http://scholar.google.fi/scholar?hl=fi&q=palj%C3%A4rvi+muuttuva+kotihoito&btnG=>

Paloniemi, S. 2004. Ikä, kokemus ja osaaminen työelämässä: työntekijöiden käsityksiä iän ja kokemuksen merkityksestä ammatillisessa osaamisessa ja sen kehittämisessä, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 253. Väitöskirja. pdf-tiedosto. Viitattu 12.3.2015. <http://urn.fi/URN:ISBN:951-39-2039-9>

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Tutkimussuunnitelman laadinta kvantitatiivisessa ja kvalitatiivisessa tutkimuksessa. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. s.35-48.

Pelkonen, O. & Raunio, H. 1998. Mitä tiedämme lääkkeiden metaboliasta. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 1998; 114(10). s. 971-977. pdf-tiedosto. Viitattu 8.3.2016.

[http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo80230&dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_p\\_auth=](http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo80230&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=)

Pietikäinen, T-H. 2004. Kotihoitoasiakkaan lääkehoito kotihoidon työntekijän näkökulmasta. Tampereen Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen laitos . Pro gradu-tutkielma. pdf-tiedosto. Viitattu 12.3.2015

<http://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-12784>

Pikkarainen, A. 2007. Vapaa-aika ja harrastukset. Teoksessa Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) 2007. Vanheneminen ja terveys. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Puranen, T. & Suominen, M. 2012. Ikääntyneen ravitsemus – opas ravitsemuksen arviointiin ja ravitsemushoitoon. Helsinki: Trinket Oy.

Putkonen, L. 2011. Ikääntyvät ja vanhukset. Teoksessa Arffman, S. & Tiainen, A-M. 2011. Ravitsemus apteekkityössä. Helsinki: Edita Prima Oy. s. 79-83.

Ravitsemusterapeuttien yhdistys r.y. 2006. Ikääntyneen ravitsemus ja erityisruokavaliot – opas ikääntyneitä hoitavalle henkilökunnalle. (toim.) Suominen, Merja. Vammala: Vammalan kirjapaino.

Riihimäen kaupunki. Vanhuspalvelut. Viitattu 3.1.2016.

<http://www.riihimaki.fi/palvelut/sosiaalipalvelut/vanhuspalvelut/kotihoito/>

Rintala, T. 2003. Vanhuskuvat ja vanhustenhuollon muotoutuminen 1850-luvulta 1990-luvulle. Stakes. Tutkimuksia 132. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Räsänen, H. Kvalitatiiviset tutkimusmenetelmät. luentomateriaali. pdf-tiedosto. Viitattu 14.1.2015.

<http://www.hamk.fi/verkostot/kudos/menetelmat/Sivut/default.aspx>

Saano, V. 1998. Ruoka ja lääkkeet. Duodecim 114: 1051-1057. pdf-tiedosto. Viitattu 29.2.2016.

[http://scholar.google.fi/scholar?q=Saano+Ruoka+ja+l%C3%A4k%C3%A4kkeet&btnG=&hl=fi&as\\_sdt=0%2C5](http://scholar.google.fi/scholar?q=Saano+Ruoka+ja+l%C3%A4k%C3%A4kkeet&btnG=&hl=fi&as_sdt=0%2C5)

Salerno, E. 2011. Lähi- ja perushoitajien lääkehoito-osaaminen vanhus-työssä. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Terveystieteiden laitos. Gerontologian ja kansanterveyden Pro gradu – tutkielma. pdf-tiedosto. Viitattu 9.1.2016.

<https://jyx.jyu.fi/dspace/handle/123456789/27151>

Sarvimäki, A. 2003. Vanheneminen eri kulttuureissa ja etnisissä ryhmissä. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Duodecim Tampere: Tammer-paino Oy.

Savolainen, J. 2004. Osaamisen johtaminen esimiestyössä, Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Kauppätieteiden osasto. Pro gradu – tutkielma. pdf-tiedosto. Viitattu 12.3.2015. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe20051231>

Sinisalo, L. 2015. Ravitsemus hoitotyössä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Sorri, M. & Huttunen, K. 2008. Ikääntyneen kuulo. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) 2008. Gerontologia. Duodecim. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy. s. 158-170.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Terveystieteiden täydennyskoulutussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:3. Helsinki. pdf-tiedosto. Viitattu 18.1.2016.

[https://www.google.fi/?gfe\\_rd=cr&ei=uZScVsrVEYar8wecrIX4DA&gws\\_rd=ssl#q=super+2004+t%C3%A4ydennyskoulutusvelvoite](https://www.google.fi/?gfe_rd=cr&ei=uZScVsrVEYar8wecrIX4DA&gws_rd=ssl#q=super+2004+t%C3%A4ydennyskoulutusvelvoite)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. pdf-tiedosto. Viitattu 4.2.2016.

<https://www.julkari.fi/handle/10024/116180>

Sosiaali- ja terveysministeriö. Täydennyskoulutus. Viitattu 9.3.2016.

<http://stm.fi/sotehenkilosto/taydennyskoulutus>

Strengell, K. 2011. Vajaaravitsemuksen toteaminen ja hoito. Teoksessa Arffman, S. & Tiainen, A-M. 2011. Ravitseminen apteekkityössä. Helsinki: Edita Prima Oy. s. 108-109.

Suomen lääketilasto 2013. 2014. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos. Helsinki. Viitattu 10.12.2014.

[http://www.fimea.fi/download/27596\\_SLT\\_2013\\_net.pdf/](http://www.fimea.fi/download/27596_SLT_2013_net.pdf/)

Suominen, M. 2007. Ravitseminen. Teoksessa Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) 2007. Vanheneminen ja terveys. Tampere: Tammer-Paino Oy. s.183-200

Suominen, H. 2008. Kehon rakenne ja koostumus. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) 2008. Gerontologia. Duodecim. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy. s. 96-101.

Suominen, H. 2008a. Luuston kunto. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) 2008. Gerontologia. Duodecim. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy. s. 102-106.

Suutama, T. & Ruoppila, I. 2007. Kognitiivinen toimintakyky. Teoksessa Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) 2007. Vanheneminen ja terveys Tampere: Tammer-Paino Oy. s. 115-128

Suutama, T. 2008. Muisti ja oppiminen. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) 2008. Gerontologia. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. s. 192-203.

Terve.fi- palvelu. Lääkeopas. Viitattu 23.2.2016.

<http://www.tohtori.fi/laakeopas/etusivu>

THL. 2015. Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2014. s. 1-23. Viitattu 6.3.2016.

<http://www.julkari.fi/handle/10024/126302>

Tiainen, A-M. 2009. Ravinnon ja lääkkeiden vuorovaikutus. Teoksessa Arffman, S., Partanen, R., Peltonen, H. & Sinisalo, L. (toim.) Ravitseminen hoitotyössä. Helsinki: Edita Prima Oy. s. 55-61.

Tiainen, A-M. 2011. Ruokavalion koostaminen. Teoksessa Arffman, S. & Tiainen, A-M. 2011. Ravitseminen apteekkityössä. Helsinki: Edita Prima Oy. s. 50-63.

Tiainen, A-M. 2011a. Ravinnon sisältämien aineiden ja lääkeaineiden yhteisvaikutukset. Teoksessa Arffman, S. & Tiainen, A-M. 2011. Ravitseminen apteekkityössä. Helsinki: Edita Prima Oy. s. 228-248.

Tiikkainen, P. & Lyyra, T-M. 2007. Sosiaaliset suhteet. Teoksessa Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) 2007. Vanheneminen ja terveys. Tampere: Tammer-Paino Oy. s. 69-86

Tiikkainen, P. 2007. Yksinäisyys ja yhteisyys. Teoksessa Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) 2007. Vanheneminen ja terveys. Tampere: Tammer-Paino Oy. s.145-168

Tilastokeskus. 2003. Väestön ikääntyminen on suhteellista. Viitattu 29.2.2016.

[http://www.stat.fi/tup/tietoaika/tilaajat/ta\\_05\\_03\\_nieminen.html](http://www.stat.fi/tup/tietoaika/tilaajat/ta_05_03_nieminen.html)

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuomi, L. & Sumkin, T. 2012. Osaamisen ja työn johtaminen – organisaation oppimisen oivalluksia. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Työterveyshuoltolaki 21.12.2001/1383. Finlex. Viitattu 15.1.2016.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383>

Työturvallisuuslaki 2002. Finlex. Viitattu 14.1.2016.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2002/20020738>

Vaaramaa, M., Luomahaara, J., Peipponen, A. & Voutilainen, P. 2001. Koko kunta ikääntyneiden asialla – näkökulmia ikääntyneiden itsenäisen selviytymisen sekä hoidon ja palvelujen kehittämiseen. Stakes Raportteja 259. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Valkama, S. & Ryttyläinen, K. 2007. Seksuaalisuus. Teoksessa Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) 2007. Vanheneminen ja terveys. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2014. Terveyttä ruoasta - Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Helsinki: Edita Prima Oy.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Porvoo: WSOY. s. 26-34.

Viitala, R. 2005. Johda osaamista! Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Voutilainen, P. 2004. Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa, Stakes Tutkimuksia 142. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

**KYSELY KOTIHOIDON HENKILÖKUNNALLE IKÄÄNTYNEIDEN RAVITSEMUKSEN JA LÄÄKEHOIDON YHTEISVAIKUTUKSISTA**

Kyselylomakkeessa on kysymyksiä, joissa on annettu vastausvaihtoehdot ja avoimia kysymyksiä, joihin voit vastata omin sanoin. Tarvittaessa voit jatkaa vastauksiasi sivun kääntöpuolelle.

Valitse 1. ja 2. kysymyksestä sopivin vaihtoehto:

1. Olen                                      mies \_\_\_\_\_                                      nainen \_\_\_\_\_
  
2. Työkokemuksesi kotihoidossa    alle 1v. \_\_\_\_\_ 1-5v \_\_\_\_\_ yli 5v \_\_\_\_\_ yli 10v \_\_\_\_\_

Vastaa vapaamuotoisesti seuraaviin kysymyksiin:

3. Miten koet pystyväsi vaikuttamaan kotihoidon asiakkaan ravitsemuksen ja lääkehoidon toteutukseen? Nimeä konkreettisia keinoja.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
4. Minkälaisia vaikutuksia ravinnolla voi olla vanhuksen käyttämään lääkehoitoon? Nimeä konkreettisia asioita.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
5. Miten kuvailisit osaamisesi tasoa vanhusten käyttämien lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksista? Perustele vastauksesi.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
6. Onko sinulla tarvetta saada lisäkoulutusta lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksista? Jos on, niin minkälaista lisäkoulutusta koet tarvitsevasi? Perustele vastauksesi.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kiitos vastauksestasi! Kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti.



Saatekirje

SAATEKIRJE

## **HYVÄ KOTIHOIDON TYÖNTEKIJÄ**

Opiskelen Hämeen ammattikorkeakoulussa Ylempää AMK- tutkintoa, Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen. Opinnäytetyöni käsittelee vanhusten käyttäminen lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksia. Opinnäytetyöni aihe perustuu Optimised Food Products For Elderly Population – hankkeeseen, jonka tarkoituksena on parantaa vanhusväestön ravitsemusta ja syömisen iloa vihannesten ja hedelmien avulla. Hanke on saanut rahoitusta Euroopan Unionilta ja siinä on mukana 26 kumppania kahdeksasta eri maasta.

Opinnäytetyöni tavoitteena on saada käsitys kotihoidon henkilökunnan osaamisesta liittyen vanhusten käyttämien lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksiin sekä niihin liittyvistä osaamisen kehittämisen tarpeista.

On tärkeää saada huomiota aiheelle, josta ei ole saatavilla paljoakaan tutkimustietoa. Opinnäytetyöni aineisto kerätään kyselyllä, johon pyydän sinua osallistumaan. Osallistuminen merkitsee oheisen kyselylomakkeen täyttämistä ja palauttamista määräaikaan mennessä. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja luottamuksellista. Toivon, että vastaat kyselyyn, koska on tärkeää nostaa esille vanhusten käyttämien lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutukset ja niihin liittyvä osaamisen kehittäminen.

Tutkimuksen tekemiseen on haettu asianmukaisesti lupa. Hyvinkään kaupungin Sosiaali- ja terveysjohtaja Pirjo Laitinen-Parkkonen on myöntänyt tutkimusluvan 15.6.2015. Antamasi vastaukset käsitellään nimettöminä ja ehdottoman luottamuksellisesti. Opinnäytetyössäni ei paljastu kenenkään vastaajan henkilöllisyys.

Kyselylomakkeen täyttäminen vie sinulta 5-20 minuuttia aikaa. Tämän saatekirjeen yhteydessä on kyselylomake ja kirjekuori. Kun olet vastannut kyselyyn, laita kyselylomake kirjekuoreen ja palauta se esimiehesi ohjeistamaan paikkaan. Kyselylomakkeet tulee olla palautettuna viimeistään 31.8.2015.

Kiitos ajastasi!

Ystävällisin terveisin

*Laura Hämäläinen*

Aineiston pelkistäminen ja luokittelu: Kotihoidon henkilökunnan kokemus omasta osaamisestaan liittyen ikääntyneiden käyttämien lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksista

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Pääluokka
Hyvin. Tiedän ainakin yleisimmät yhteisvaikutukset. Ikääntyneen diabetes ruokavalio tulee hoitajien tietää	Hyvä osaamisen taso	Hyvä osaaminen	Hyvä osaaminen
Tietämystä karttunut, mutta aihe on niin tärkeä, että aiheesta pitäisi puhua enemmän sekä saada koulutusta.	Osaamista on kertynyt	Osaaminen lisääntynyt	Hyvä osaaminen
Kotihoidossa mielestäni riittävä	Kotihoidossa riittävä osaaminen	Riittävä osaaminen	Hyvä osaaminen
Perustiedon osaaja	Perustason osaaminen	Perustiedot	Perustiedot- enemmänkin voisi tietää
Parit perus asiat hallussa, joita edelleen maininnut. Ei tule äkkiseltään muuta mieleen.	Perusasiat tietää	Perustiedot	Perustiedot- enemmänkin voisi tietää
Perusasiat tietää, kuten ruokavaliot, mutta ei kaikkia yhteisvaikutuksia voi läheskään tietää	Tieto perusasioista	Perustiedot	Perustiedot- enemmänkin voisi tietää
Tunnistan yleisimmät sairaudet mitkä vaikuttavat ruokavaliota muuttamalla hyvin vointiin ja lääkitykseen. Diabetes, kihti, Marevan-lääkitys, sappi...	Yleistason osaamista	Perustiedot	Perustiedot- enemmänkin voisi tietää
Osaamisen taso on kohtalainen, koska asioita on käyty paljon koulussa. Kyllä niitä miettii yleensä asiakkaiden luona.	Kohtalainen osaamisen taso, koulusta saadut tiedot	Kohtalaiset tiedot	Perustiedot- enemmänkin voisi tietää
Keskinkertainen tietämys.	Keskinkertainen osaaminen	Keskinkertainen osaaminen	Perustiedot- enemmänkin voisi tietää
Työ tilanne kiireinen ei juurikaan ehdi perehtymään aiheeseen, ja luottaa siihen että jos lääkäri määrännyt lääkkeet ja asiakkaalla monipuoliset ateriat niin asia ok.	Kiireinen työtilanne vaikeuttaa aiheeseen perehtymistä, ei ehdi perehtymään	Keskinkertainen osaaminen	Perustiedot- enemmänkin voisi tietää
Mielestäni osaamiseni voisi olla syvempääkin	Voisi tietää enemmänkin	Osaamista tarvitaan lisää	Perustiedot- enemmänkin voisi tietää
Tietyistä lääkkeistä tiedän mutta toki osaaminen voisi olla laajempaa	Tiettyjen lääkkeiden osalta osaamista on, mutta tarvitaan laajempaa osaamista	Osaamista tarvitaan lisää	Perustiedot- enemmänkin voisi tietää
Tiedän jonkin verran, enemmänkin voisi tietää	Osaamista on, mutta enemmänkin voisi olla	Osaamista tarvitaan lisää	Perustiedot- enemmänkin voisi tietää
Kohtuullinen. Tiedot pohjautuvat pitkälti opiskeluaikoihin	Kohtuullinen osaaminen, joka perustuu opintoihin	Kohtuulliset tiedot	Perustiedot- enemmänkin voisi tietää
Olen siis varsin noviisi näissä asioissa...	Osaamiseltaan noviisi	Puutteellinen osaaminen	Tavitaan toimenpiteitä
Näitä asioita yhteisvaikutuksista ei ole käsitelty tai opetettu	Yhteisvaikutuksista ei ole saanut koulutusta	Puutteellinen osaaminen	Tavitaan toimenpiteitä
Opintojen pohjalta päässä on vielä melkoinen sekamelska tietoa, jonka odotan selkeytyvän sitä mukaan kun käytännössä kohtaan asioita	Jäsentymätöntä tietoa on, joka selkeytyy käytännön kokemuksen myötä	Puutteellinen osaaminen	Tavitaan toimenpiteitä
Enpä voi kovin kehua, koska ei ole aikaa lukea lääkkeiden vaikutuksia	Osaamista ei voi kehua	Puutteellinen osaaminen	Tavitaan toimenpiteitä
Vuosien varrella on tullut tietoa lääkkeiden yhteisvaikutuksista, mutta ei niinkään ravinnon ja lääkkeiden yhteisvaikutuksista.	Lääkkeiden väliset yhteisvaikutukset tiedossa paremmin kuin lääkkeiden ja ravinnon, puutteellinen tieto	Puutteelliset tiedot	Tavitaan toimenpiteitä
...meillä on hyvä tiimi, jossa on paljon tietoa	Tiimissä osaamista	Työyhteisössä olevan osaamisen tiedostaminen	Osa työyhteisön tietoa

Aineiston pelkistäminen ja luokittelu: Osaamisen kehittämisen tarpeet liittyen ravinnon ja lääkkeiden yhteisvaikutuksiin

Taulukko 2. Aineiston pelkistäminen ja luokittelu: Osaamisen kehittämisen tarpeet liittyen ravinnon ja lääkkeiden yhteisvaikutuksiin			
Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Pääluokka
Kyllä. Tietojen päivittämistä kaipaisi.	Tietojen päivittäminen tarpeellista	Olemassa olevan tiedon päivittämistä	Ajantasaisen tiedon tarve
Mikä ettei. Mitä olisi tarjolla	Minkälaista koulutusta on tarjolla?	Avoin kaikenlaiselle koulutukselle	Yksilöitymätön koulutuksen tarve
Koulutusta ei ole koskaan liikaa. Kyllä olisi tarpeen.	Koulutus tarpeen, ei voi olla liikaa	Koulutustarvetta	Yksilöitymätön koulutuksen tarve
Suottaapi olla	Tarvetta on	Koulutustarvetta	Yksilöitymätön koulutuksen tarve
Koulutusta tarvitaan aina lisää. En osaa eritellä tarkemmin mitä siinä tulisi käsitellä	Aina tarvitaan koulutusta	Koulutustarvetta	Yksilöitymätön koulutuksen tarve
Varmaankin lisäkoulutus ei olisi pahasta. Aina tulee uutta tietoa ja juuri lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksista voisi saada lisää koulutusta	Lisäkoulutus ei olisi pahasta. Uutta tietoa lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutuksista koulutusta	Koulutusta nimetystä aiheesta	Lisäkoulutuksen tarve
Lisäkoulutusta voi aina olla. Tärkeintä, että käydään läpi uusimmat ravitsemussuositukset.	Lisäkoulutusta tarvitaan, tärkeää käydä ravitsemussuositukset läpi	Koulutusta nimetystä aiheesta	Lisäkoulutuksen tarve
Kyllä, lisäkoulusta ei ole koskaan liikaa	Tarve lisäkoulutukseen	Koulutusta nimetystä aiheesta	Lisäkoulutuksen tarve
Farmaseutin luento tuntuisi hyvältä... minulla ei ole farmaseutin tietotaitoa.	Farmaseutin luento	Koulutusta nimetystä aiheesta	Lisäkoulutuksen tarve
On tarvetta. Tarve tietää ihan konkreettisia asioita esim. Prazol valmisteita ei olisi hyvä käyttää maitotuotteiden kanssa. Lääkenimet, ei luokat.	Tarvetta saada tietoa konkreettista asioista, yksittäisistä lääkkeistä	Koulutusta nimetystä aiheesta	Lisäkoulutuksen tarve
Koulutusta jossa kerrotaan etenkin vanhus ravitsemuksesta...	Koulutusta vanhus ravitsemuksesta	Koulutusta nimetystä aiheesta	Lisäkoulutuksen tarve
...käytännön neuvoja/ohjeita ravitsemuksen ja lääkkeiden yhteisvaikutusten välttämiseksi.	Neuvoja ja ohjeita ravitsemuksen ja lääkkeiden yhteisvaikutusten välttämiseksi	Koulutusta nimetystä aiheesta	Lisäkoulutuksen tarve
Myös luontaistuotteiden käyttö yhtäaikaisesti(joita jotkut vanhukset mielellään ottavat) olisi hyvä saada tietoa	Halu saada tietoa luontaistuotteiden yhtäaikaista käytöstä	Koulutusta nimetystä aiheesta	Lisäkoulutuksen tarve
...pitäisi puhua enemmän ja saada koulutusta...	aiheesta puhuminen ja lisää koulutusta	Lisäkoulutus ja aiheen esille nostaminen	Lisäkoulutuksen tarve
lisäkoulutus aina paikallaan	lisäkoulutusta	Täydennys- ja lisäkoulutustarve	Lisäkoulutuksen tarve
Kyllä olisi lisäkoulutus hyvä.	Lisäkoulutus	Täydennys- ja lisäkoulutustarve	Lisäkoulutuksen tarve
Hoitajilla on melko suuri rooli ikäihmisten ravitsemuksen oikeanlaisessa toteuttamisessa - siksi täydennys/lisäkoulutus tarpeen.	Täydennys/lisäkoulutus tarpeellista, hoitajilla keskeinen rooli vanhus ravitsemuksen toteutuksessa	Täydennys- ja lisäkoulutustarve	Lisäkoulutuksen tarve
Oliisi tarvetta. Täsmäkoulutus työpaikalla	Täsmäkoulutusta työpaikalla	Täsmäkoulutus	Lisäkoulutuksen tarve
Kertaus on aina paikallaan, jokin luento esimerkein olisi paikallaan	Kertausta tarvitaan, luento	Kertausta kurssin tai luennon muodossa	Kertauskoulutuksen tarve
Kurssi/luento yleisimmistä asiasta olisi tietysti hyvä kerrata	Kertaamista kurssin/luennon avulla yleisistä asioista	Kertausta kurssin tai luennon muodossa	Kertauskoulutuksen tarve
No tästä aiheesta olisi hyvä sada preppausta kun ollut reilu 2 vuotta poissa työelämästä	Preppausta tarvitaan, pitkä poissaolo työelämästä	Tietojen mieleenpalauttelu	Kertauskoulutuksen tarve
Diabetes potilaan ruokavalio/lääkitys hallinnassa	Osaa diabeetikon hoidossa käytettävän lääkityksen ja ruokavaliion	Diabeetikon lääkahoito ja ravitsemus	Ravitsemusosaaminen
Vanhuksilla tulee paljon vastaan kihti ja sappi ruokavalio asioita	Kihti ja sappi ruokavaliot	Erytysruokavaliot	Ravitsemusosaaminen
Ymmärrän erilaisten sairauksien ruokavaliot esim. keliakkiko=gluteiiniton, asiakkaan tereyden tarkkailu esim. verenpaineen seuranta	Erialaisten sairauksien ruokavaliot	Erytysruokavaliot	Ravitsemusosaaminen
Kihti---ravinto--oireet pahenee	Kihtiin hoito	Kihtiin ravitsemushoito	Ravitsemusosaaminen
Marevan potilailla huomioitava ruokavalio	Marevan potilaan ruokavalio	Marevan potilaan ravitsemus	Ravitsemusosaaminen
Kolesteroliilääkettä voisi vähentää oikean ruokavaliion ansiosta	Kolesteroliilääkkeen tarvetta voi vähentää ruokavaliolla	Kolesteroliilääkkeen tarpeeseen vaikuttaminen	Lääkitykseen liittyvä erityisosaaminen
Selvitä aina luontaistuotteet vs lääkelista	Luontaistuotteiden yhteensopivuus käytössä olevien lääkkeiden kanssa	Luontaistuotteen käyttö	Lääkitykseen liittyvä erityisosaaminen
Marevanin kanssa huomioitava ettei liikaa vihreää	Marevan lääkityksen yhteydessä käytettävä ruokavalio	Marevan potilaan hoito	Lääkitykseen liittyvä erityisosaaminen
Marevan hoito--ravinto --inr heittelee	Ravinnon merkitys Marevan hoidossa	Marevan potilaan hoito	Lääkitykseen liittyvä erityisosaaminen
Marevan lääkityksen aikana mm vihreät vihannekset voivat olla haitaksi	Vihreät vihannekset haitaksi Marevan lääkityksen aikana	Marevan potilaan hoito	Lääkitykseen liittyvä erityisosaaminen
Marevan hoidon vaikutus-ravitsemus	Ravinnon merkitys Marevan hoidossa	Marevan potilaan hoito	Lääkitykseen liittyvä erityisosaaminen
Marevanin kanssa pitää olla tarkka mitä syö	Marevan lääkityksen yhteydessä tarkkailtava mitä syö	Marevan potilaan hoito	Lääkitykseen liittyvä erityisosaaminen
...sydän ja- verisuonilääkkeiden kanssa greippiä ei suositella	Greippi ei sovi sydän- ja verisuonilääkkeiden kanssa	Ravinnon erilaiset vaikutukset lääkkeisiin	Lääkitykseen liittyvä erityisosaaminen
(ravinto) Se voi tehostaa/ vähentää lääkkeiden vaikutusta	Ravinto voi tehostaa ta vähentää lääkkeen vaikutusta	Ravinnon erilaiset vaikutukset lääkkeisiin	Lääkitykseen liittyvä erityisosaaminen
Jotkin ravintoaineet voivat vaikuttaa lääkkeen vaikutukseen	Ravintoaineilla vaikutusta lääkkeeseen	Ravinnon erilaiset vaikutukset lääkkeisiin	Lääkitykseen liittyvä erityisosaaminen
Lääkkeen imeytymisen hidatuminen/tehostuminen	Lääkkeen imeytyminen voi hidastua tai tehostua	Ravinnon erilaiset vaikutukset lääkkeisiin	Lääkitykseen liittyvä erityisosaaminen
Ruoka-aine voi haitata lääkeaineiden imeytymistä - estä tai voimistaa	Ravinnon vaikutus estää tai voimistaa lääkeaineiden imeytymistä	Ravinnon erilaiset vaikutukset lääkkeisiin	Lääkitykseen liittyvä erityisosaaminen
Lähinnä tulee mieleen ravinnon vaikutus, silloin kun se estää lääkeainetta imeytymistä tai vaikuttaa lääkkeen toimintaan	Ravinto voi estää lääkeaineen imeytymiseen tai vaikuttaa toimintaan	Ravinnon erilaiset vaikutukset lääkkeisiin	Lääkitykseen liittyvä erityisosaaminen
imeytymisen/lääkkeen hyöty			
Maitopohjaiset tuotteet heikentävät joidenkin lääkeaineiden imeytymistä	Maitopohjaisten tuotteiden vaikutus lääkeaineen imeytymiseen	Ravinnon erilaiset vaikutukset lääkkeisiin	Lääkitykseen liittyvä erityisosaaminen
...maitotuotteet huonontavat lääkkeiden imeytymistä antibiootit tai rautalääkkeet.	Maitotuotteet heikentävät antibioottien tai rautalääkkeen imeytymistä	Ravinnon erilaiset vaikutukset lääkkeisiin	Lääkitykseen liittyvä erityisosaaminen
Joidenkin antibioottien kanssa ei voi syödä/juoda maitotuotteita	antibiootit ja maitotuotteet mahdollisuus yhteisvaikutukseen	Ravinnon erilaiset vaikutukset lääkkeisiin	Lääkitykseen liittyvä erityisosaaminen
Kalsium kumoa tiettyjen ab:n vaikutuksia	Kalsium vaikuttaa joiden antibioottien vaikutukseen	Ravinnon erilaiset vaikutukset lääkkeisiin	Lääkitykseen liittyvä erityisosaaminen