

Opinnäytetyö AMK

Hoitotyön koulutusohjelma

ASHTK14

2016

Riikka Elfving

AIVOVERENKIERTO- HÄIRIÖISEN DYSFAGIAPOTILAAN RAVITSEMUSONGELMAT JA MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ

– Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Riikka Elfving

AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖISEN DYSFAGIAPOTILAAN RAVITSEMUSONGELMAT JA MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ

- Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli koota tutkimuksellista tietoa siitä, millaisia aivoverenkiertohäiriöisen dysfagiapotilaan ravitsemuksen ongelmia on olemassa ja miten moniammatillinen yhteistyö korostuu näiden potilaiden hoidossa ja kuntoutuksessa. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa teoreettista tietoa haettiin erilaisista tietokannoista. Käytetyimpiä ovat olleet Medic, Cochrane, Terveystietokanta, Google ja Google Scholar sekä PubMed.

Dysfagia on valittavan usein alidiagnosoitu toiminnallinen häiriö, jolla on monenlaisia vaikutuksia aivoverenkiertohäiriöpotilaan toipumiselle ja kuntoutumiselle. Tutkimusten mukaan lievä ja jopa keskivaikea dysfagiakin saattaa jäädä diagnosoimatta. Se lisää selvästi näiden potilaiden riskiä saada aspiraatiokeuhkokuume. Vajaaravitsemuksen uhka on todellinen, kun ruokamäärät pienenevät ja ravinnonsaanti heikkenee sitä kautta. Keskeisimpiä tuloksia kysymyksiini olivat ravitsemuksellisten ongelmien lisäksi potilaiden kokemat negatiivisuudentunteet ruokailua kohtaan, kun ruokailusta oli vaikeaa nauttia ja ruoan koostumusta jouduttiin muuttamaan helpommin nieltäväksi. Potilasohjauksessa keskeiseksi asioiksi nousivat AVH-potilaiden moninaiset puheen ja ymmärryksen ongelmat, joita voidaan helpottaa kirjallisilla potilasoppailla sekä erilaisilla korvaavilla kommunikaatiokeinoilla kuten kuvilla. Moniammatillisuus on sekä haaste että mahdollisuus. Saumaton, ammattirajat ylittävä tiimityö parantaa näiden potilaiden toipumista ja lisää potilasturvallisuutta.

ASIASANAT:

Dysfagia, nielemisvaikeus, aivoverenkiertohäiriö, potilasohjaus, moniammatillinen yhteistyö, ravitsemukselliset ongelmat, vajaaravitseminen.

Riikka Elfving

THE NUTRITION PROBLEMS OF CEREBROVASCULAR DISEASE DYSPHAGIA PATIENT AND MULTIDISCIPLINARY CO- OPERATION

- A descriptive literature review

The purpose of this thesis is to review studies about the problems of the nutrition of dysphagia patients, and to describe how multidisciplinary co-operation is part of the treatment and rehabilitation of a neurological dysphagia patient. The most used were Medic, Cochrane, Terveystietä, Google, Google Scholar and PubMed.

Dysphagia is unfortunately often an underdiagnosed functional disorder, which has a wide range of effects to the recovery and rehabilitation on cerebrovascular disease patients. According to studies, a mild and even a moderate dysphagia can be left undiagnosed. This clearly increases the risk of aspiration pneumonia for these patients. The risk of malnutrition also increases when the intakes of food become smaller. The most central answers to my questions were also the negative feeling toward eating, and the consistency of food had to be changed to be more easily swallowed. Relevant issues in the patient education were the many different problems in speech and comprehension of cerebrovascular disease patients. These problems could be alleviated with patients' guides and different substitutive communication means such as images. Multi-disciplinary is both a challenge and an opportunity. Seamless co-operation transcending professional boundaries improves the recovery of these patients and improves patient safe.

KEYWORDS:

Dysphagia, swallowing difficulty, cerebrovascular disease, patient education, multi-disciplinary co-operation, nutritional problems, malnutrition.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄT	8
3 KUVAILVAN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN LÄHTÖKOHDAT JA TOTEUTUS	9
3.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tutkimusmetodina	9
3.2 Kirjallisuuskatsauksen vaiheet	10
3.3 Tiedonhaku	11
3.4 Tietokannat ja hakusanat	12
3.5 Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset	12
4 DYSFAGIA ELI NIELEMISHÄIRIÖ	14
5 NIELEMISHÄIRIÖISEN POTILAAN RAVITSEMUKSEN TURVAAMINEN	17
5.1 Dysfagiapotilaan ravitsemuksen ongelmat	17
5.2 Akuutissa hoidossa olevan aivoverenkiertohäiriöpotilaan neste- ja ravitsemushoito	18
5.3 Vajaaravitsemuksen ehkäisy hoitotyön keinoin	19
5.4 Vajaaravitsemusriskin seulonta	20
5.5 Ruoan koostumus ja ruokailuarjessa selviämisen tukeminen sairaalassa	21
6 DYSFAGIAPOTILAAN TURVALLISEN RUOKAILUN OHJAUS	23
6.1 Aivoverenkiertohäiriön tuomat haasteet potilasohjauksessa	24
6.2 Potilaslähtöisyys ravitsemus- ja päivittäistoiminnan ohjauksessa	25
7 MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ DYSFAGIAPOTILAAN RAVITSEMUKSEN ARVIOINNISSA JA TOTEUTUKSESSA	27
8 POHDINTA	30
8.1 Luotettavuus	30
8.2 Eettisyys	31
8.3 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	32
LÄHTEET	36

LIITTEET

Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut itsenäiset tutkimukset.

TAULUKOT

Taulukko 1: Tietokannat	1
Taulukko 2: Tiedonhaku	2
Taulukko 3: Aineiston valintaan vaikuttavat sisäänotto- ja poissulkukriteerit	3

1 JOHDANTO

Suomessa sairastuu noin 25000 ihmistä vuodessa aivoverenkiertohäiriöön. Aivoverenkiertohäiriöllä (AVH) tarkoitetaan aivoverenkierron tilapäistä ja vielä korjaantuvaa häiriötä (TIA) tai pysyvän vaurion aiheuttavaa aivoinfarktia tai aivoverenvuotoa. AVH aiheuttaa aivojen toimintahäiriön, jonka seurauksena ilmenee esimerkiksi motorisia tai kielellisiä vaikeuksia. AVH:n jälkeen voi esiintyä dysfagiaa eli nielemisvaikeuksia, jotka usein helpottavat aivoverenkiertohäiriön jälkeen mutta joskus oireet voivat jäädä pitkäaikaisiksi. Heistä joka toiselle jää pysyvä haitta. (Aivoliitto 2010).

Aivoverenkiertohäiriöpotilas jolla on dysfagia, tarvitsee moniammatillista osaamista aina akuutista vaiheesta lähtien. Opinnäytetyössäni tarkastellaan yleisesti nielemishäiriötä ja sen aiheuttamia ravitsemuksellisia ongelmia. Hoitotyöntekijöille sekä potilaille on olemassa erilaisia kirjallisia oppaita. Esimerkiksi Aivoliiton ja Suomen Dysfagian kuntoutusyhdistyksen internetsivuilla on havainnollistetut sivut dysfagiasta toiminnallisena häiriönä, diagnostiikasta sekä hoidosta. (Aivoliitto 2010, Suomen dysfagian kuntoutusyhdistys ry. 2016.)

Dysfagiaa voi olla muillakin kuin AVH-potilailla, mutta oman mielenkiintoni vuoksi valitsin tämän potilasryhmän, koska se itsessään lisää haastetta hoitotyön ja potilaan näkökulmasta. Oma kokemukseni on se, että juuri aivoverenkiertohäiriöpotilaiden potilasohjaus on haasteellista mahdollisten kielellisten sekä neuropsykologisten vaikeuksien vuoksi. Myös AVH:n usein liittyvät halvaukset, tuntuu puutokset sekä oiretiedostamattomuus vaikuttavat siihen, miten nielemishäiriötä voidaan hoitaa ja miten potilas voidaan potilasohjauksessa ottaa mukaan hoitotyön auttamismenetelmiin. Myös lievänkin nielemishäiriön tunnistaminen edellyttää sairaanhoitajalta tietoa sekä reagointia tilanteeseen, vaikka diagnostiikka kuuluukin puheterapeuteille sekä lääkäreille. Yksikin aspiraatiosta aiheutunut keuhkokuume on turha ja vakava asia, johon voitaisiin ennaltaehkäisevästi kiinnittää huomiota diagnostiikan, oikea-aikaisen hoidon sekä moniammatillisen yhteistyön parantamisella. Ravitsemukselliset ongelmat kuten vajaaravitsemus on hoidettavissa oleva asia, joka edellyttää sekin moniammatillista osaamista. Ruokailuun ja ravitsemukseen liittyvissä asioissa potilasohjauksella on tärkeä merkitys AVH-potilaiden hoidossa. Psyykkisellä ja sosiaalisella tuella on myös merkittävä vaikutus nielemishäiriöön sekä aivoverenkiertohäiriöön. Kokonaisvaltaisessa hoidossa on pyrittävä aina huomioimaan

potilas ihmisenä ja omaan hoitoonsa osallistuvana aktiivisena osallisena. Sillä on potilasturvallisuutta lisäävää vaikutusta.

Nielemishäiriön mahdollisesti aiheuttama vajaaravitsemus on paitsi uhka aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumiselle ja paranemiselle, myös hoidettavissa oleva asia. Onkin valitettavaa, että jopa puoli miljoonaa potilasta kärsii vajaaravitsemuksesta, vaikka erilaisia vajaaravitsemusriskin seulontamenetelmiä on olemassa ja niiden käyttöä suositellaan jo sairaalantulovaiheessa, tai viimeistään 2. sairaalahoitopäivänä. Vajaaravitsemusriskiä nostaa sairaalahoidossa se, että vain noin 50 % potilaista todella syö kaiken sairaalassa tarjotun ruoan. Suuri osa potilaista jää jostain syystä myös ilman asianmukaista ravitsemushoitoa. (Orel-Kotikangas ym. 2014. 2231-2237).

Ravinnontarve lisääntyy, kun ihminen sairastuu. Ravitsemuksen tehostaminen on tärkeää sairailla potilailla ja aluksi mikäli mahdollista, tehostetaan syömiseen liittyviä toimintoja. (Pihlajamäki ym. 2012. 1734.) Nielemishäiriöstä kärsivä Ihminen alkaa pienentää hyvin nopeasti ruoka-annoksiaan, koska nieleminen on vaikeaa tai ruokailun aikana ilmenee ongelmia kuten lisääntyntä yskimistä tai ruoan pureskelun vaikeutta. (Äikäs 2007.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla aivoverenkiertohäiriöisen dysfagiapotilaan ravitsemuksen ongelmia ja moniammatillista yhteistyötä.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄT

Tämä opinnäytetyö on kuvaileva kirjallisuuskatsaus, jonka tarkoituksena oli koota näyttöön perustuvaa monitieteellistä tutkimuksellista tietoa esittämiini kysymyksiin AVH-dysfagiapotilaiden ravitsemuksen ongelmista sekä moniammatillisuuden haasteista. Tavoitteena oli laatia kirjallisuuskatsaus, joka voisi hyödyntää minua ammatillisesti neurologisten potilaiden hoitotyössä sairaanhoitajaksi valmistuttuani. Käytännönläheisyys ja käytettävyys omassa tulevassa työssäni olivat myös tavoitteita tälle opinnäytetyölleni.

Etsityn teorian tiedon tarkoitus oli vastata mahdollisimman hyvin sisäänottokriteereitä, jotka olin kirjallisuuskatsauksen alkuvaiheessa muodostanut. Kirjallisuuskatsausta ohjasivat myös kysymykset, jotka auttoivat tiedonhaussa ja aineiston valinnassa.

Kirjallisuuskatsausta ohjaavia kysymyksiä olivat:

- 1.) Mikä on dysfagia?
- 2.) Miten nielemishäiriöisen potilaan ravitsemus turvataan?
- 3.) Miten dysfagiapotilaan ruokailun turvallisuuteen kiinnitetään huomiota?
- 4.) Millaista moniammatillista osaamista aivoverenkiertohäiriöisen dysfagiapotilaan hoito sekä potilasohjaus vaativat ja mikä merkitys sairaanhoitajalla on dysfagiapotilaan hoidossa ja kuntoutuksessa?

3 KUVAILEVAN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN LÄHTÖKOHDAT JA TOTEUTUS

Tässä osiossa kerrotaan, millainen on kuvaileva kirjallisuuskatsaus ja millaisia vaiheita siihen kuuluu. Lisäksi kerrotaan tiedonhausta, tietokannoista sekä kirjallisuuskatsaukseen valituista tutkimuksista.

3.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tutkimusmetodina

Kirjallisuuskatsaus voi muodostaa kokonaiskuvan tietystä aihealueesta tai aihekokonaisuudesta. Kirjallisuuskatsaus voidaan tehdä erilaisiin tarkoituksiin, joten siksi on olemassa myös erityyppisiä katsauksia. Pääsääntöisesti kirjallisuuskatsaukset voidaan jakaa kolmeen päätyyppiin: kuvailevat kirjallisuuskatsaukset (narrative literature reviews), systemaattiset katsaukset (systematic reviews, systematisized reviews) sekä määrällinen meta-analyysi ja laadullinen metasynteesi (meta-analyysi). (Suhonen ym. 2016, 7-9).

Narratiivisten eli kuvailevien kirjallisuuskatsauksien tehtävänä on kertoa tai kuvata aiheeseen liittyvää aiempaa tutkimusta, tutkimuksen laajuutta, syvyyttä ja määrää. (Suhonen ym. 2016, 7-9.) Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa pääpaino on vastausten etsiminen kysymyksiin, mitä ilmiöstä tiedetään tai mitkä ovat ilmiön keskeisimmät käsitteet ja niiden väliset suhteet. Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta on käytetty monenlaisiin tarkoituksiin, kuten käsitteellisen ja teoreettisen kehityksen rakentamiseen, jonkin teorian kehittämiseen, tiettyyn aiheeseen liittyvän tiedon esittämiseen sekä ongelman tunnistamiseen. Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta voidaan pitää käyttökelpoisena tutkimusmenetelmänä myös akateemisissa opinnäytetöissä. (Kangasniemi ym. 2013).

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa valitaan tutkimuskysymys ja tuotetaan valitun aineiston perusteella kysymyksiin vastaus, joka on kuvailevaa sekä laadullista. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheiksi määritetään: 1) tutkimuskysymyksen muodostaminen, 2) aineiston valinta, 3) kuvailun rakentaminen ja 4) tuotetun tuloksen tarkasteleminen. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on aineistolähtöistä sekä ymmärrystä lisäävää. Käytännön hoitotyön kannalta kuvaileva kirjallisuuskatsaus kokoaa kliinistä tietoa yhteen. (Kangasniemi ym. 2013).

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa pääpaino on tutkimuskysymyksissä, jotka ohjaavat koko prosessia. Tavoitteena on asettaa riittävän väljä mutta toisaalta tarkka tutkimuskysymys. Aineiston riittävyys tai sopivuus tulee esille prosessin eri vaiheissa. Aineiston valinnan jälkeen alkaa kuvailun rakentaminen, jossa yhdistetään eri aineistoista tulevia tietoja ja vertaillaan sisältöjä. Tutkimusaineistoa tarkastellaan ja arvioidaan myös aineiston valinnan jälkeen. Tulosten tarkastelu-vaiheessa kootaan keskeiset tulokset ja vertaillaan laajempaan kontekstiin. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus onkin aiemman tiedon kuvaamiseen käytetty ilmiölähtöinen ja ymmärtämiseen tähtäävä tutkimusmenetelmä. (Kangasniemi ym. 2013).

Kirjallisuuskatsauksen tutkimusmateriaaliksi kelpaavat mm. tieteelliset lehdet, tutkimuskirjallisuus, julkisyhteisöjen selvitykset, tieteellisten järjestöjen julkaisut sekä muiden asiantuntijaorganisaatioiden selvitykset ja tutkimukset. (Salminen 2011, 31).

3.2 Kirjallisuuskatsauksen vaiheet

Riippumatta kirjallisuuskatsauksen tyypistä, katsaukset sisältävät tiettyjä vaiheita. Vaiheita ovat:

- 1.) Katsauksen tarkoituksen ja tutkimusongelman määrittäminen. Se antaa suunnan koko prosessille, tuottaa objektiivista tietoa, vaiheen aikana valitaan näkökulma sekä määritellään, mistä terveysongelmasta katsaus tehdään.
- 2.) Kirjallisuushaku ja aineiston valinta. Vaihe sisältää varsinaiset haut sekä relevantin kirjallisuuden valintaprosessin. Sähköinen tietokanta ja haut ovat kustannustehokkaita mutta voivat poissulkea katsaukseen sopivia tutkimuksia.
- 3.) Tutkimusten arviointi. Tässä vaiheessa perehdytään valittuihin tutkimuksiin ja tehdään aineiston arviointia.
- 4.) Aineiston analyysi ja synteesi. Tarkoituksena on järjestää ja tehdä yhteenvetoa valittujen tutkimusten tuloksista. Oleellista on, että jokaisesta alkuperäistutkimuksesta luetaan erityisen tarkasti tulososa ja johtopäätökset.

5.) Tulosten raportointi. Vaiheen viimeisessä vaiheessa katsaus kirjoitetaan lopulliseen muotoon. Pohdintaosiossa on tärkeää arvioida katsauksen luotettavuutta eli arvioida, mitkä katsauksen teossa ovat saattaneet aiheuttaa harhaa tuloksiin. (Niela-Vilén ym. 2016, 23-32).

3.3 Tiedonhaku

Aloitin tiedonhaun kesäkuussa 2015, jolloin etsin tietoa lähinnä vajaaravitsemuksesta neurologisten potilaiden näkökulmasta. Alusta asti oli selvää, että tulen tekemään opinnäytetyöni aivoverenkiertohäiriöpotilaista. AVH-potilaat ovat tulleet tutuksi aikaisemman työni ja työharjoitteluiden kautta. Halusin siis tehdä opinnäytetyön, joka olisi samalla minua kiinnostava aihe. Minulla on käytännön kokemusta siitä, millainen potilasryhmä on kyseessä ja millaisia erilaisia pääasiallisia haasteita heidän hoitotyössään on ollut. Nielemisongelmien tunnistaminen oli ajoittain haasteellista ja mielenkiintoni nousi siitä syystä aiheuttani kohtaan. Vajaaravitsemusriskin seulontaa toteutettiin myös enenevässä määrin yliopistosairaalassa, jossa olin suorittamassa työharjoitteluita.

Tiedonhaun aikana saamani tulokset tarkensivat opinnäytetyön aiheuttani. Joulukuussa 2015 opinnäytetyön aiheeksi tuli Aivoverenkiertohäiriöisen dysfagiapotilaan ravitsemusongelmat ja moniammatillinen yhteistyö. Tiedonhakua toteutin eri tietokannoista ja muutamista kirjallaisista. Kuvailuvaan kirjallisuuskatsaukseen tutkimusmetodina pääsin tutustumaan vasta opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa, koska alun perin minun oli tarkoituksena tehdä toiminnallinen opinnäytetyö.

Tietoa on siis haettu erilaisista tietokannoista, mutta myös tutustumalla muihin opinnäytetöihin, Pro-Graduihin sekä väitöskirjoihin. Niistä on saanut vinkkejä tiedonhakuun, kun aihealueen laajuus on täsmentynyt. Sähköisen aineiston heikkoutena näkisin sen, että mikäli tietoa etsivä haluaa juuri aiheeseensa sopivaa aineistoa, tulee hänen esimerkiksi tilata maksullisena artikkeli. Sähköinen haku tuotti paljon sopivaa aineistoehdokasta, mutta osa niistä ei ollut saatavilla ollenkaan sähköisesti.

Tiedonhaussa käytettäviä tietokantoja ja osumia on kuvattu Taulukossa 2.

3.4 Tietokannat ja hakusanat

Jotta tutkittua tietoa voi saada kattavasti omaan opinnäytetyöhönsä, kannattaa tietoa hakea useammasta tietokannasta. Tietokannat toimivat hieman eri tavoin ja hakusana tai – lauseke on muokattava jokaiseen tietokantaan sopivaksi. (Lehtiö ym. 2016,35-43).

Käytetyimpiä tietokantoja omassa opinnäytetyössäni ovat olleet Medic, Terveystietä, Cochrane library, Google, Google Scholar sekä PubMed. Tietoa on käytetty myös Duodecimin oppiporttia, jossa on ollut sähköisenä oppikirjoja esimerkiksi ravitsemustieteen sekä kuntoutukseen liittyen. Sieltä olen löytänyt suurimman osan ravitsemustietoa sekä kuntoutuksen näkökulmaa. Erityisen hyvin siellä oli vajaaravitsemuksesta sekä nielemishäiriöistä tietoa. Tietokannat on kuvattu taulukossa 1.

Hakusana on valittu tietokannasta riippuen kuvaamaan aiheeni ydinsanoja. Hakusanoja ovat olleet mm. dysfagia, nielemisvaikeus/häiriö, ravitsemus, ravitsemusongelmat, vajaaravitsemus, aivoverenkiertohäiriö, potilasohjaus, moniammatillisuus, dysphagia, stroke ja nutrition. Seuraavassa taulukossa on esitelty tietokannat ja hakusanat, osumien määrä sekä käytettyjen osumien määrä tässä kirjallisuuskatsauksessa. Theseus, jossa on ammattikorkeakoulujen opinnäytetöitä sähköisesti, käytin ainoastaan ylemmän ammattikorkeakouluopiskelijan opinnäytetyötä lähteenäni.

3.5 Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset

Olen koonnut taulukkoon opinnäytetyössäni käytetyt itsenäiset tutkimukset tai väitöskirjat. Taulukossa on siis vain itsenäiset tutkimukset, eikä esimerkiksi artikkeleita tai muita lähteitä, koska niitä oli runsaasti ja ne ovat olleet täydentämässä itsenäisiä tutkimuksia. Tutkimuksista, joita olen käyttänyt kirjallisuuskatsauksen teoriaosissa, on mainittuina oleellisimman asiat tutkimuksista kuten tekijät, julkaisuvuosi, julkaisun nimi, tutkittava aihe, tutkimuksen toteuttaminen sekä tutkimuksen tulokset. Nämä löytyvät Liitteestä 1.

Olen valinnut kirjallisuuskatsaukseni teoreettista tietoa pääosin elektronisista tieteellisistä tietokannoista, joka on tyypillistä juuri kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa. Tutkimusaineiston tulisi olla viimeaikaisia tutkimuksia sisältävää, mutta kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa aineiston sopivuuteen vaikuttavat myöskin muut kriteerit, kuten se, että löydetyn aineiston avulla asiaa voidaan tarkastella mahdollisimman ilmiölähtöisesti

sekä ennen kaikkea tarkoituksenmukaisesti omiin tutkimuskysymyksiin liittyen. (Kangasniemi ym. 2013). Oma aineistoni sisältää mahdollisimman tuoreesti päivitettyjä tietoja ja sisäänottokriteereideni mukaisia aineistoja. Tutkimukset on valittu sisäänottokriteereiden pohjalta mahdollisimman hyvin omia kysymyksiäni vastaaviksi. Valitut tutkimukset ovat liittyneet kysymyksiini ja ovat olleet kiitettävän hyvin viimeisten kuuden vuoden ajalta. Tutkimukset ja artikkelit on valittu niin että otsikko, tiivistelmä sekä lopuksi koko tutkimus tai artikkeli on sopinut tutkimuskysymyksiini. Koska dysfagia liittyy moniin muihinkin sairauksiin kuin aivoverenkiertohäiriöihin, olen pyrkinyt valitsemaan tutkimuksia ja artikkeleita lähtökohtaisesti neurologisen potilaan näkökulmasta.

Dysfagiasta on tehty opinnäytetöitä ammattikorkeakouluissa. Tässä muutamia ammattikorkeakouluopiskelijoiden opinnäytetöitä aiheesta: Opas hoitajille nielemisvaikeuksien tunnistamisesta ja nielemistä helpottavista auttamismenetelmistä (Korpela 2008), Dysfagian arviointi- ja hoitomenetelmät kirjallisuudessa (Turkulainen 2014), Ikääntyneiden dysfagiapotilaiden ravitsemukselliset haasteet (Rannaste 2016) ja Nielemisvaikeuksien tunnistaminen terveyskeskusosastolla – opas hoitajille (Hietto 2011). Myös aivoverenkiertohäiriöstä tehdyissä opinnäytetöissä oli tietoa dysfagiasta.

4 DYSFAGIA ELI NIELEMISHÄIRIÖ

Dysfagia tarkoittaa nielemisen vaikeutta, jossa ruoan tai juoman kuljettaminen suusta ruokatorveen on jostain syystä vaikeutunut tai ei onnistu lainkaan. Nielemisvaikeus voi ilmetä yhdessä tai useammassa nielemisen eri vaiheessa. Toimintahäiriö voi esiintyä siis nielussa tai ruokatorvessa. (Suomen dysfagian kuntoutusyhdistys ry. 2016; Denaro ym. 2013). Normaalissa nielemisessä on neljä vaihetta: pre-oraalinen eli valmisteleva vaihe jossa ihminen pureskellen hienontaa ruokansa nieltäväksi bolukseksi jossa syljellä on erityinen tehtävä boluksen muotoilun helpottamiseksi. Toinen vaihe on oraalinen vaihe, jossa ruoka-annos eli bolus kootaan suussa käyttäen kieltä apuna. Kieli kuljettaa boluksen kohti nielua. Oraalinen vaihe on lyhyt ja kestoltaan noin alle sekunnin. Nielemisrefleksi laukeaa, kun bolus osuu etummaiseen kitakaareen. Kolmas nielemisen vaihe on faryngeaalinen vaihe, jossa nieleminen muuttuu refleksitoiminnaksi. Tämän vaiheen aikana pehmeä suulaki sulkee nenänieluun suuontelon riittävän paineen mahdollistamiseksi, jotta bolus voi siirtyä helpommin kohti nielua eikä bolus kulkeudu nenänieluun. Tässä vaiheessa kieliluu liikkuu ylöspäin ja kurkunpää nousee ylös ja eteenpäin. Hengitys tauottuu ja kurkunkansi laskeutuu henkitorven päälle. Ruoka-annos ei joudu hengitysteihin, koska sen lisäksi taskuhuulet ja äänihuulet sulkeutuvat estäen sen. Nielussa tapahtuu peristalttisia liikkeitä, jotka kuljettavat bolusta edelleen alaspäin. Neljännessä vaiheessa, joka kestää noin 8-20 sekuntia, on esophageaalinen vaihe, jossa bolus siirtyy ruokatorveen ja peristalttisten liikkeiden kuljettamana vatsalaukkuun. (Suomen dysfagian kuntoutusyhdistys ry. 2016).

Nielemishäiriöitä on erilaisia. Niitä ovat mm. heikentynyt huulten sulku, heikentynyt pureskelu, heikentynyt kielen ja suulaen lihastoiminta, viivästynyt nielemisrefleksi ja heikentynyt nielun lihastoiminta. Jokaisessa häiriössä on omat haittansa, joihin ruoan koostumuksilla voidaan tuoda helpotusta. (Suomen MS-liitto 2013).

Dysfagia liittyy monenlaisiin neurologisiin sairauksiin kuten aivoverenkierron häiriöihin, aivovammoihin, degeneratiivisiin neurologisiin sairauksiin kuten Parkinsonin tauti, MS-tauti ja ALS-tauti. Dysfagiaa esiintyy myös muissa sairauksissa, kuten suun ja kaulan alueen syövässä sekä loppuvaiheen dementiaassa. (Suomen dysfagian kuntoutusyhdistys ry. 2016). Aivoverenkiertohäiriöissä nielemisen vaikeus on yleinen ja vaikeuden aste ja pitkäaikaisuus riippuvat siitä, missä aivojen osassa aivoverenkiertohäiriö on ollut. (PSHP

2016). Opinnäytetyössäni käsittelen lähinnä aivoverenkiertohäiriöpotilaita. Aivoverenkiertohäiriöihin liittyvät neuropsykologiset ongelmat asettavat oman haasteensa myös potilasohjauksessa.

Aivoverenkiertohäiriöihin liittyy usein ainakin sairastumisen alkuvaiheessa nielemisrefleksin heikentyminen josta syystä ohuiden nesteiden, kuten veden tai maidon juominen on hankaloitunut. Nielemisrefleksin heikentyminen aiheuttaa sen, että yhteys henkitorveen ei sulkeudu automaattisesti kuten normaalisti ja nesteitä valuu henkitorveen. Aivoverenkiertohäiriöön saattaa liittyä myös toispuolista halvaantumista ja tunnon heikentymistä jolloin myös poskien, huulten, kielen sekä suulaen toiminnoissa on häiriöitä. Ne taas vaikeuttavat kiinteän ruoan hienontamista sekä boluksen siirtämistä suun takaosaan. (VSSH 2015). Aspiraatio tapahtuu useimmiten ennen nielemistä tai nielemisen aikana. (Denaro ym. 2013). Nielemishäiriö lisää aspiraatoriskiä ja sitä kautta keuhkokuumeeseen sairastumista ja kuolleisuutta. (VSSH 2015; Geeganage ym. 2012).

Potilaalle nielemisvaikeudet vaikuttavat kokonaisvaltaisesti hänen elämäänsä. Ruokailusta voi olla vaikeaa nauttia ja ruokailuun liittyvä turvallisuudentunne voi muuttua. Eriyisesti ne, joiden ruoan koostumusta on jouduttu muuttamaan nielemisvaikeuden vuoksi tai nielemisen jälkeen suuhun jäi ruokaa, kokevat tyytymättömyyden tunnetta ruokailua kohtaan. Ihminen tarvitsee siis tukea ja tietoa häiriöönsä liittyen, jotta ravitsemuksesta voi tulla myös psyykkisesti ja sosiaalisesti myönteinen kokemus. Nielemishäiriö ei siis ole vain fysiologinen häiriö, vaan se vaikuttaa siitä kärsivän ihmisen muuhun elämän osa-alueisiin. (Haapanen 2014). Aivoverenkiertohäiriö muuttaa oleellisesti syömisen ja nielemisen nautinnollisuutta ja turvallisuutta ja potilaat eivät välttämättä osaa yhdistää näitä asioita nielemisvaikeus termiin kuuluviksi. (Kukkonen 2008, 88-89).

Potilaalle itselleen lieväkin nielemishäiriö on psyykkisesti ja sosiaalisesti raskas asia, joka vaikuttaa potilaan itsensä käsitykseen itsestään. Potilas saattaa kokea ruokailuun kuluvan ajan, kiireen ja itse nielemisvaikeuden kokonaisvaltaisena haittana. Joillekin potilaille tuli jopa pelkoa nielemisvaikeuksien vuoksi (Kukkonen 2008. 79-96.) Samaan tulokseen oli tullut myös Haapanen, jonka tutkittavat olivat kokeneet myös ruokailutilanteet pelottaviksi ja tyytyväisyys koko ruokailua kohtaan oli vähentynyt. (Haapanen 2014, 33-34).

Hoitohenkilökunnan on tärkeää tietää nielemishäiriöstä, sen oireista, kuntoutuksesta sekä suosituksista. Tiina Konsti on tehnyt ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäyte-

työn aiheesta Laatusuositukset hoitohenkilökunnalle aivoverenkiertohäiriöpotilaiden nielemisen tarkkailuun. Konsti korostaa opinnäytetyössään sitä, että hoitajien on tärkeää toimia suositusten mukaisesti arvioidessaan ja hoitaessaan dysfagiapotilasta. Yhtenäisillä ohjeilla kaikki AVH-potilasta hoitavat voivat sekä hoitaa että arvioida nielemistä samalla tavalla. Näin ollen hoitotyön laatu ja hoidon jatkuvuus paranevat. Laatusuosituksilla voidaan myös parantaa potilasohjausta nielemiseen liittyvissä asioissa. (Konsti 2010). Tarja Kukkosen (Kukkonen 2008, 8) logopedian tutkimuksessa tulee esille se, että lievät ja jopa keskivaikeat nielemishäiriöt voidaan alidiagnosoida koska puheterapeutit, hoitohenkilökunta sekä potilas itse voivat arvioida nielemishäiriön hyvin eri tavoin. Nielemishäiriöitä on erilaisia, mutta tietty kliininen seulontatutkimus dysfagiapotilaalle puheterapeutin suorittamana lisää arkipäivän hoitotyöhön varmuutta siitä, millainen potilaan todellinen boluskäsittely ja nieleminen on. (Kukkonen 2008).

5 NIELEMISHÄIRIÖISEN POTILAAN RAVITSEMUKSEN TURVAAMINEN

5.1 Dysfagiapotilaan ravitsemuksen ongelmat

Syöminen, ruokailu ja ruoka liittyvät toisiinsa ja kun syöminen vaikeutuu, se vaikuttaa koko ihmisen elämäntilanteeseen sekä kokemukseen elämänlaadusta. Vaikka nielemishäiriö olisikin kliinisesti katsottuna lieväästeinen, ihminen saattaa kokea sen elämänsä rajoittavaksi. Haapasen tutkimuksessa olevat tutkittavat olivat kokeneet syömisen ja nielemisen niin negatiivisena asiana, että he halusivat syödä mieluiten yksin ja he kokivat muutoin toisten huomion suuntaamista heidän ruokailuunsa. (Haapanen 2014, 1-34).

Ihmisen ollessa sairas hänen ravinnontarpeensa nousee. Ravitsemusta on tärkeä tehostaa, kun potilas on sairas tehostamalla syömiseen liittyviä toimintoja. Lääkäri vastaa potilaan kokonaishoidosta yhdessä hoitajien kanssa ja hoitoon kuuluu myös ravitsemuksen huomioiminen. Ravitsemusterapeutti on myös tärkeä yhteistyökumppani potilaan ravitsemuksellisessa hoidossa. (Pihlajamäki 2012. 1734).

Esimerkiksi aivoinfarktiin liittyy monia komplikaatioita, joita ovat neste- ja elektrolyyttitasapainon häiriön lisäksi myös ravitsemushäiriöt ja nieleminen (Lindsberg 2011). AVH-potilaalla voi esiintyä nielemisen häiriöitä eli dysfagiaa. Suurin osa nielemishäiriöistä helpottaa hyvinkin nopeasti aivoverenkiertohäiriön jälkeen, mutta joskus nielemisen häiriöt voivat jäädä pitkäaikaisiksi. Nielemisen vaikeudet johtuvat suun ja nielun alueen toimintahäiriöistä, halvauksesta, nielemiseen liittyvän refleksin hitaudesta tai toimimattomuudesta. Potilas voi esimerkiksi yskiä ruokaillessaan, kun juotava tai ruoka menee ns. väärään kurkkuun – tämä tarkoittaa sitä, että nautittu ruoka tai juoma osuu hengitysrakenteisiin, mutta ei mene kuitenkaan aina itse hengitysteihin. Jatkuva yskiminen ravinnon nauttimisen aikana on kuitenkin riskitekijänä aspiroinnille, jossa ruoka tai juoma menee hengitysteihin. (Aivoliitto 2010).

Nielemisongelma johtaa varsin usein ruokamäärien pienenemiseen. Siksi on tärkeää täydentää sileää sosemainen ruoka täydennysravintovalmisteilla ja runsaasti energiaa sisältävillä elintarvikkeilla. (VRN 2010, 77). Ruokahaluttomuus ja nielemishäiriö vähentävät ravinnonsaantia ja potilaalla on voinut ennen sairaalahoitoa ollut jo heikentynyt ravitsemustila. (Hoppu ym. 2013. 1097-1099).

Oleellisimmat ongelmat dysfagiaa sairastavalla ovat ravitsemustilan heikentyminen, painon laskeminen sekä toistuvat keuhkokuumeet. Kun potilaan nieleminen on vaikeutunut, syöminen on hankalampaa ja itse ruokailutilanne vaatii enemmän keskittymistä kuin ennen nielemisvaikeutta. (Aivoliitto 2011). Dysfagiapotilaan syöminen muuttuu niin, että syömiseen sekä nielemiseen on kiinnitettävä enemmän huomiota ja saatetaan tarvita erilaisia erityistekniikoita, jotta syöminen on turvallisempaa. Ruokailutilanteeseen annettavat ohjeet, jotka puheterapeutti useimmiten antaa, vähentää tukehtumisriskiä, tulehdusriskiä hengitysteissä sekä helpotetaan ruoan kulkeutumista ruokatorveen. (Suomen dysfagiakuntoutusyhdistys ry. 2016).

Sairauteen liittyvää vajaanavitsemusta esiintyy kaiken ikäisillä, mutta erityisessä riskissä ovat yli 65-vuotiaat potilaat. Tutkimukset osoittavat, että joka neljäs aikuisiässä oleva sairaalapotilas on vajaanavitettu tai vajaanavitsemusriskissä. Iäkkyyden lisäksi esimerkiksi neurologiset sairaudet lisäävät merkittävästi vajaanavitsemusriskiä. Pelkästään yhden vuorokauden paastotila aiheuttaa sen, että elimistön energiavarastot pienenevät merkittävästi ja maksan glykogeenivarastot ovat siinä vaiheessa enää puolet lähtötilanteesta. Kun potilas on 3 vuorokautta paastossa, hänelle kehittyy insuliiniresistenssi, joka tarkoittaa insuliinin stimuloiman glukoosinkäytön heikkenemisen perifeerisissä kudoksissa. Mikäli potilas joutuu olemaan tehohoidossa, 3 viikon aikana potilas menettää noin 15 % elimistön proteiini määrästä, pääasiassa lihaksista. (Bäcklund ym. 2014).

5.2 Akuutissa hoidossa olevan aivoverenkiertohäiriöpotilaan neste- ja ravitsemushoito

Aivoinfarktipotilas on useimmiten sairaalaan saapuessaan kuivunut. Kuivumistilalla on yhteys potilaan toipumisennusteeseen. Nesteensaamisen rajoituksia on voinut syntyä siitä, että potilas on hakeutunut hoitoon viiveellä ja hänellä on ollut jo nielemisvaikeutta ennen sairaalan tuloa. Samoin nesteitä on menetetty jo ennen hoitoon tulemistä. (Roine ym. 2002).

Akuutihoidossa olevalle AVH-potilaalle ei saa antaa suun kautta mitään, ennen kuin nieleminen on testattu. Potilaan nestetasapainosta tulee pitää huolta, sillä potilaan kuivuminen pahentaa aivoinfarktia ja altistaa myös sen uusiutumiselle. Liiallinen potilaan nesteytys taas pahentaa aivoödeemaa. Nestehukan korjauksessa pyritään normovolemiaan. Elektrolyyttitasapainosta huolehditaan sairaalassa, ja etenkin hyponatremian korjaus on tärkeää aivoinfarktipotilaan AVH-hoidon alkuvaiheessa. (Ahonen 2012, 357-361; Roine ym. 2002).

Akuutissa hoidossa on myös huomioitava myös se, että joka 5:s AVH-potilas kärsii veren suurentuneesta glukoosipitoisuudesta. Akuuttivaiheessa verensokeriarvo pyritäänkin pitämään normaalina alle 8 mmol/l jotta komplikaatiot ehkäistään. Verensokerin ollessa korkea, lisääntyy riski aivoinfarktin laajentumiselle sekä aivoturvotukselle. Siksi verensokeriarvoa mitataan useita kertoja vuorokaudessa. (Ahonen 2012. 357-361.; Roine ym. 2002).

5.3 Vajaaravitsemuksen ehkäisy hoitotyön keinoin

Potilaan ravitsemustilan korjaaminen on haastavampaa kuin ylläpitää hyvää ravitsemustilaa. Riippumatta potilaan perustaudista, kokonaishoidon tulisi aina sisältää myös arvion potilaan ravitsemuksellisesta tilasta ja mahdollisesta tehostetusta ravitsemushoidosta. Aliravitsemustilan korjaaminen ja sen syntymisen estäminen ovat erittäin tärkeitä elimistön häiriöttömälle toiminnalle. Aliravitsemus- tai paastotila voi johtaa sydämen heikentyneeseen pumppaustehoon, kun lihasmassa vähenee. Myös vakavia rytmihäiriöitä voi esiintyä. Pitkäaikainen sairaalassaoloaika lisää aina vajaaravitsemusriskiä. (Ala-Kokko & Alahuhta 2012; Hoppu ym. 2013. 1097-1099).

Jopa puolet sairaalapotilaista saattaa kärsiä niin merkittävästä vajaaravitsemuksesta, joka huonontaa potilaan toipumista sairauksista. Vajaaravitsemus lisää leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita ja kuolleisuutta. Potilas, joka ei kykene tai ole halukas nauttimaan riittävästi ravintoa suun kautta, kuuluu ravitsemushoidon piiriin. (Perttilä & Castrén 2012; Nuutinen ym. 2010). Jopa 20-40 %:lla potilaista, jotka ovat kriittisesti sairaita, esiintyy proteiinin puutosta. Proteiinin puutos uhkaa etenkin vajaaravittuja sekä toipilasvaiheessa olevia, vaikkakin proteiinin saannin arviot riippuvat aina monista tekijöistä. (Hoppu ym. 2013, 1097-1099). Hoitohenkilökunnalla on keskeinen tehtävä tunnistaa sairaalahoidon aikana potilaassa tapahtuvia muutoksia. Raportointi nähdään myös tärkeänä osana hoitajan työtä, kun potilaan toimintakyvyssä tapahtuu muutoksia. Tällöin lääkäritkin saavat tietoa siitä, mikä potilaan toimintakyky on, onko vajaaravitsemuksen uhkaa ja millainen on potilaan tilanne. Hoitohenkilökunnan on tärkeää seurata myös potilaan painoa säännöllisesti ja ravitsemustilan arviointia suositellaan jatkettavan, mikäli potilaan sairaalaoloaika pitkittyy. Ravitsemuksessa on tärkeää kiinnittää huomiota riittäväan proteiinin- ja energiansaantiin sairaalahoidon aikana. Näitä voidaan toteuttaa tarjoamalla runsasenergisä aterioita, potilaan mieliruokia ja proteiinipitoisia täydennysravintovalmisteita. Riittävä nesteensaanti on tärkeää, mutta tarpeetonta suonensisäistä

nesteytystä tulisi toisaalta välttää. Potilaiden nesteiden juomiseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota ja auttaa heitä tarpeen mukaan. (Jämsen ym. 2015, 981-983).

Nielemishäiriöstä kärsivä pienentää ruoka-annoksiaan ja sitä kautta vajaaravitsemus alkaa uhata. Nielemisen häiriöistä kärsivä potilas saa liian vähäisissä määrin nesteitä ja energiaa sekä tärkeitä suojaravintoaineita joista ennen pitkää seuraa väsyneisyyttä, vajaaravitsemusta, kuivumista sekä keuhkokuumetta. Toipumiseen se myös vaikuttaa, joten dysfagialla on monenlaisia negatiivisia seurauksia, jonka vuoksi on tärkeää tunnistaa ja hoitaa se. (Äikäs 2007; VRN 2010).

Neurologinen tai mekaaninen syy johtavat tavallisesti letkuravitsemuksen valintaan. Sen tavoitteena on korjata ja ehkäistä vajaaravitsemusta sekä parantaa potilaan toipumista. Letkuravitsemus suunnitellaan yksilöllisesti arvioimalla potilaan ravinnon ja nesteen tarpeita. (Saarnio 2014, 2239-2240). On tärkeää, että enteraalinen ravitsemus aloitetaan heti kun se on mahdollista. Jos kuitenkin ensimmäisen sairaalaviikon aikana arvioidusta energiantarpeesta toteutuu alle 60%, myös parenteraalinen ravitsemus tulee aloittaa. Aluksi potilaan tarvitsema energiamäärä on 20 kcal/kg/vrk ja jatkossa 25 kcal/kg/vrk. Glukoosin perustarve on noin 2-3 g/kg/vrk, rasvojen 0,7-1,5 g/kg/vrk ja aminohappojen 0,8-1,0 g/kg/vrk. (Bäcklund ym. 2014).

5.4 Vajaaravitsemusriskin seulonta

Vajaaravitsemusriskin arviointia suositellaan tehtäväksi vähintään toisena hoitopäivänä ja riskiä arvioidaan viikon päästä tai muuna sovittuna aikana. Jos potilaalla on kohonnut vajaaravitsemusriski, ravitsemustilaa arvioidaan viipymättä tarkemmin ja tarpeen vaatiessa aloitetaan potilaalle tehty yksilöllinen tehostettu ravitsemushoito. Vajaaravitsemusriskin seulonta on tarpeen heti hoidon alussa ja myöhemmin sovitusti. Sen perusteella suunnitellaan potilaan tarkoituksenmukainen ja oikea-aikainen ravitsemushoito. Vajaaravitsemusriskin seulonta, jo todettu vajaaravitsemus, ravitsemushoitosuunnitelma toteutumisineen sekä seuranta on kirjattava potilaan asiakirjoihin järjestelmällisesti. NRS 2002 -menetelmää suositellaan aikuisten ravitsemusriskin seulonnassa sairaalassa, terveyskeskusten vuodeosastoilla sekä hoitolaitoksissa ja "MUST"-menetelmää avoterveydenhuollossa. NRS-2000- seulonta huomioi potilaan iän, ravitsemustilan ja sairauden oletetun vaikutuksen ravitsemustilanteeseen. (Nuutinen ym. 2010; Bäcklund ym. 2014). Hoitajilla on tärkeä merkitys potilaan vajaaravitsemusriskin tunnistamisessa. Jo tulokeskusteluvaiheessa olisi tavoitteena tehdä ensimmäinen seulonta. Potilaan pituus

ja paino mitataan. Mikäli mittaus ei onnistu, hoitaja kirjaa potilaan ilmoittaman pituuden ja painon mitat. Mikäli potilas ei tiedä omaa pituuttaan tai on esim. tajuton, pituus voidaan arvioida kyynärvarren pituuden tai polvi- kantapäämitan avulla. Potilaan ilmoittama pituus on kuitenkin niitä luotettavampi arvo. Hoitaja voi kysyä potilaan pituutta myös omaiselta. Mikäli potilaalta ei voida ottaa painoa, potilaan ilmoittama viimeinen paino kirjataan ylös. Hoitajan on tärkeää koota mahdollisimman tarkat esitiedot, koska ne ovat ravitsemustilan kokonaisarvion perusta. Potilaalta tai omaiselta kysytään mm. painon muutoksista, turvotuksista, lihaskatoa ja kuivumistilaa myös arvioidaan. Potilaalta selvitetään myös ruokailutottumukset ennen sairaalantuloa. Seulontamenetelmän avulla hoitaja voi kirjata kaiken oleellisen potilaasta ja seulontamenetelmän käyttäminen NRS 2002- tai MUST-menetelmällä aikaa kuluu alle 10 minuuttia. (Nuutinen ym. 2010, 3605-3608).

Ravitsemushoidolla on potilaan toipumisen kannalta tärkeä merkitys, koska vajaaravitsemus lisää tulehduksia, kuolleisuutta, komplikaatioita sekä lisää potilaiden sairaalapäiviä. Tavoitteena on tyydyttää potilaan tarvitsema neste- ja energiantarve niin, että potilaan omien kudosten käyttö elimistön polttoaineena on mahdollisimman vähäistä. Ravitsemushoidolla on myös tavoitteena tukea potilaan toipumista sairautensa aiheuttamista häiriöistä. (Bäcklund ym. 2014).

5.5 Ruoan koostumus ja ruokailuarjessa selviämisen tukeminen sairaalassa

Sairaaloissa potilaiden on mahdollista saada monipuolista ja ravintorikasta ruokavaliota, joka takaa riittävän ravitsemuksen. Riittävän ravinnonsaannin erilaisia turvaamiskeinoja ovat potilaalle sopiva ruokavalio ja tarvittaessa täydennysravintovalmisteet sekä letkuraavitsemus tai suonensisäinen ravitsemus. Mikäli potilaalla ei ole suun kautta tapahtuvaan ruokailuun estettä, potilaalle voidaan tilata sairaalan keittiöstä tehostettu ruokavalio joka sisältää enemmän energiaa sekä proteiineja. Jos nielemisvaikeus on hankala ja siihen liittyy aspiraatiotaipumus, suun kautta eli enteraalisesti tapahtuva ruokailu ei tule kyseeseen. Tutkimusnäyttöön ja hyviin käytäntöihin perustuva ravitsemushoito edistää kaikin tavoin potilaiden elämänlaatua, terveyttä sekä säästää myös kustannuksia. (Saarnio 2014; VRN 2010, 7).

Dysfagiapotilaan ruokaa voidaan muuttaa rakenteellisesti siten, että hänelle voidaan valmistaa pehmeää, karkeaa tai sileää sosemaista tai nestemäistä ruokaa yksilöllisin tarpein. Haasteellista onkin se, miten saadaan ruokien vaihtelevuus, ulkonäkö, ruoan maku

sekä ravintosisältö potilaalle mieluisaksi ja sopivaksi. Tällaisten ruoan rakennemuutosten kehittäminen edellyttää osaston henkilökunnan, erityistyöntekijöiden sekä ruokapalvelujen yhteistyötä. (VRN 2010, 72).

Riittävän ravinnon saamisen sekä koko ruokailuarjen selviämisen vuoksi syy jatkuvalle yskimiselle ruokailun tai juomisen yhteydessä olisi tärkeä selvittää. Nielemisvaikeuden arviointia tekevät puheterapeutit. Puheterapeutti voi auttaa erilaisten harjoitteluiden avulla potilasta, jolla on nielemisvaikeuksia. Nieleminen ja sitä kautta ruokailu voidaan saada turvallisiksi mm. ruokailuasennon sekä ruoan koostumuksen muutoksilla. Sileä ja sosemainen ruoka on nielemisvaikeuksista kärsivälle helpommin nieltävää kuin paljon pureskelua vaativa ruoka. Paksuhkot nesteet ovat myös helpompia juoda kuin ohuet nesteet. Potilaalle ohjataan syömisen ja juomisen ajaksi hyvä istuma-asento jossa hänen tulisi olla vielä vähintään 20 minuuttia ruokailun lopettamisen jälkeen. Tärkeää on tehdä rauhallinen ruokailutilanne, jossa potilas voi keskittyä syömiseen. Jos potilasta alkaa yskittää kesken ruokailun, hän saa yskiä, jotta hengitystiet puhdistuvat. (Aivoliitto 2015; PSHP 2016). Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ravitsemussuosituksessa suositellaan, että ruokailun jälkeen potilaan ylävartalo olisi pystyasennossa 30-45 minuuttia. (VRN 2010, 78). Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin potilasoppaassa pidetään taas vähintään 15 minuutin istuma-asentoa riittävänä nielun tyhjenemistä ajatellen ruokailun lopettamisen jälkeen (VSSH 2015). Suomen dysfagian kuntoutusyhdistys on laatinut ohjeen, jossa suositellaan vähintään 15 minuutin istuma-asentoa ruokailun jälkeen. (Suomen dysfagian kuntoutusyhdistys ry. 2016).

Potilaan ravitsemuksesta tulee huolehtia hyvin ja koska riskinä on laihduminen sekä vaajaravitsemus, potilasta on tärkeä ohjata ehkäisemään niitä. Painon seuraaminen on tärkeää viikoittain. Ravintovalistuksen ja ravitsemusohjeiden saaminen myös kirjallisina ehkäisee syömisen vaikeuksista johtuvia lisäongelmia. Myös ravitsemusterapeutin on tärkeä konsultoida, jotta potilaan ravitsemukselliset asiat huomioimaan laajasti. Hoitajan on lisäksi tärkeä ohjata potilasta myös riittävään nesteen saantiin. (Ahonen 2012, 742-743). Sairaanhoitajan tärkeisiin hoitotyön tehtäviin kuuluu potilaan painon ja ravinnon käytön seuranta, niiden kirjaaminen sekä niihin reagointi mahdollisimman viiveettä. Tieto potilaan lähtöpainosta on välttämätön, kun arvioidaan ravitsemustilan muutoksia. (Saarnio ym. 2014, 2240).

6 DYSFAGIAPOTILAAN TURVALLISEN RUOKAILUN OHJAUS

Potilaalle täytyy antaa selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, hoitovaihtoehtoista sekä niiden vaikutuksista hänen terveyteensä koska potilaalla on tiedonsaantioikeus. Laissa myös sanotaan, että terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava selvitys niin, että potilas sen riittävästi ymmärtää. Mikäli potilaan aisti- tai puhevika on esteenä ymmärretyksi tulemiselle, on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785).

Hyvällä ravitsemushoidolla ja vajaaravitsemuksen tunnistamisella lisätään potilasturvallisuutta ja hyviä hoitokäytäntöjä (Orell-Kotikangas ym. 2014).

Potilaan saamiin sairaanhoitopalveluihin sisältyy sairauksien ehkäiseminen, parantaminen ja kärsimysten lievittäminen. Lisäksi potilaan kuuluu saada sellaista ohjausta, jolla tuetaan yksilöllisesti potilaan hoitoon sitoutumista ja omahoitoa. (Ahonen 2012, 75). Potilaan saama tieto sairaudestaan, tutkimuksista sekä toimenpiteistä on tärkeä, koska se lieventää sairaan potilaan pelkoa sekä ahdistuneisuutta. Potilasohjauksessa on oleellista huomioida potilaan omat tarpeet ja elämäntilanne. Kaikille sairaalassa oleville potilaille on tärkeää saada yksilöllistä ja oikeanlaista ohjausta. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 2006, 16). Ravitsemushoidon tulisi sisältää aina oikea-aikaisen ja potilaslähtöisen ravitsemusohjauksen. (VRN 2010,7). Potilaat ja hänen läheisensä kaipaavat enemmän potilaan hoitoon liittyviä kirjallisia ohjeita. Tärkeäksi koettiin myös se, että ohjeet käydään yhdessä läpi sekä potilaan että läheisen kanssa. Erityisesti AVH-potilaille kirjalliset ohjeet ovat merkityksellisiä juuri saadun tiedon ymmärtämisellä. Tärkeää on myös, että saatua kirjallista tietoa voidaan kerrata myöhemmin ja sillä onkin potilaan sairaudesta selviytymiseen vaikutusta. Aivoverenkiertohäiriöt koskettavat useimmiten iäkkäämpiä ihmisiä, joten heidän kohdallaan tiedonsaannin turvaaminen on tärkeää varmistaa. (Virtanen 2014, 9-12). Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ravitsemus- ja nesteohjauksessa tulee huomioida potilaan muut oireet, kuten afasia, joka tarkoittaa kielellisen kyvyn häiriötä. Tällöin potilas ei pysty tuottamaan puhetta, ymmärtämään kuulemaansa tai hänellä on molemmat oireet.

Koska nielemisvaikeus vaikuttaa kokonaisvaltaisesti ihmisen elämän eri osa-alueisiin, neuvonnalla ja ohjauksella saatettaisiin helpottaa lieväasteisiä fysiologisia muutoksia.

Erityisesti sosiaalinen ja psyykinen tuki saattaisi auttaa nielemisvaikeudesta aiheutuneisiin vaivoihin. (Haapanen 2014, 33-35).

6.1 Aivoverenkiertohäiriön tuomat haasteet potilasohjauksessa

Aivojen vaurioituminen aivoverenkiertohäiriössä johtaa useimmiten vasemman aivopuoliskon alueen vaurioitumiseen. Se taas johtaa afasiaan, jossa puhutun ja kirjoitetun kielen ymmärrys ja tuottaminen on vaikeaa. Afasian vaikeusaste vaihtelee tuskin huomattavasta puhe- ja ymmärtämisvaikeudesta tilaan, jossa kaikki kielelliset toiminnot ovat huomattavan paljon vaikeutuneet. Tärkeää on muistaa, että puhehäiriöinen potilas on silti älykäs ja ajattelu saattaa olla aivan normaalia. Aivoverenkiertohäiriöihin liittyvät muut aivojen toiminnan häiriöt aiheuttavat usein samanaikaisesti monia muitakin oireita. Näitä ovat esimerkiksi muistiongelmien, hahmottamisen häiriöt ja halvausoireet. (Atula 2015). Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ravitsemus- ja nesteohjauksessa tulee huomioida potilaan mahdollinen afasia, joka tarkoittaa kielellisen kyvyn häiriötä. Tällöin potilas ei pysty tuottamaan puhetta, ymmärtämään kuulemaansa tai hänellä on molemmat oireet. (Ahonen 2012, 357-361).

Potilas voi siis ymmärtää ohjauksen ja hänelle kerrotut asiat, mutta vaikeasta afasiasta kärsivälle potilaalle voidaan käyttää puhetta korvaavia kommunikaatiokeinoja. Sairaanhoidajan on tärkeää ohjatessaan potilasta nielemiseen tai ravitsemukseen liittyvissä asioissa puhua selkeästi, hitaasti, toistaen, elekieltä käyttäen tai käyttämällä vaikkapa piirtämistä tai kuvia kommunikoinnin tukena. Kirjallinen ohje tukee suullista ohjetta. (Atula 2015; PSHP 2016). Sairauden akuutissa vaiheessa ravitsemuksellinen neuvonta on ohjaavampaa, koska silloin potilaalla ei välttämättä ole itsellään edellytyksiä ratkaisujen löytymiseen. (Schwab 2012). Noin 30 %:lla aivoverenkiertohäiriöpotilaista esiintyy anosognosia eli oiretiedostuksen puutetta, joka itsessään altistaa vaaratilanteille päivittäistoiminnoissa. Hoitohenkilökunnan on tärkeää tunnistaa ja ymmärtää tämä tila, joka useimmiten korjaantuu muutamien kuukausien sisällä sairastumisesta mutta toisille se voi jäädä pysyväksikin. (Nurmi ym. 2015, 228-233). Sairaanhoidajan on tärkeää tunnistaa ja ymmärtää oiretiedostuksen puute, jossa potilas ei esimerkiksi ymmärrä, että hän on halvaantunut. Tällainen potilas voi myös vähätellä oireitaan, ajattelee pystyvänsä tekemään enemmän kuin oikeasti kykenee tai potilas ei edes tiedä, miksi hän on sairaalassa. (Aivoliitto 2015).

6.2 Potilaslähtöisyys ravitsemus- ja päivittäistoiminnan ohjauksessa

Ravitsemuksesta on tärkeää keskustella potilaan kanssa ja selvittää, millaisia ruokia hän tavallisesti syö ja mistä hän pitää. Ravitsemussuunnitelmassa huomioidaan potilaan omat ruokailutottumukset ja mieltymykset. Sairauden akuutissa vaiheessa potilaan sen hetkinen ruokailu ja ravinnonsaanti sekä mahdolliset niihin liittyvät ongelmat on tärkeää käydä läpi potilaan ja/tai hänen omaistensa sekä hoitajien avustuksella. (Schwab 2012). Omaisten mukaan ottaminen on myös tärkeä potilaan hoidossa, erityisesti muistisairaana hoidossa, koska läheisen ihmisen läsnäololla voidaan huomattavasti vähentää potilaan sekavuutta ja helpottaa myös hoidollisten toimenpiteiden sujuvuutta. (Jämsen ym. 2015, 981-983).

Ravitsemusohjauksessa on tarkoituksena muuttaa potilaan ruokatottumuksia sairauden vaatimalla tavalla. Ravitsemussuosituksiin perustuva ravitsemushoito perustellaan potilaalle ja mahdollisuuksien mukaan hoidolle asetetaan tavoitteet yhdessä potilaan kanssa. Jotta potilas on hoitomyönteinen suunnitellulle ravitsemushoidolle, ohjauksen tulee olla yksilöllistä, mahdollisimman käytännönläheistä sekä havainnollista. (Schwab 2012).

Ruokailuohjaus sekä asentohoito vuoteessa ovat kuntoutuksen osa-alueita, joissa sairaanhoitaja ohjaa potilasta. Afaatikoille voidaan käyttää puhetta selventäviä kuvia hoitotyössä ja potilasohjauksessa. (Junkkarinen 2014).

Nielemishäiriöisille potilaille on olemassa kirjallisia oppaita, joita sairaanhoitaja voi käyttää työssään potilasohjauksessa. Oppaat on tehty potilasystävällisiksi ja niihin on kerätty keskeiset nielemishäiriöön liittyvät syyt, seuraukset sekä auttamismenetelmät. Oppaat myös tarjoavat potilaan omaisille tietoa häiriöstä, joka ei aina ole lievimmässä muodossa helposti huomattavissa. Esimerkiksi Suomen MS-liitto (nykyinen Neuroliitto) on julkaissut kuvitetun ja tutkimusnäyttöön perustuvan oppaan Helposti nieltävä – apua nielemisen vaikeuksiin. (Suomen MS-liitto 2013). Myös Suomen dysfagian kuntoutusyhdistyksen internetsivuilla on informatiivista tietoa niin hoitohenkilölle kuin potilaillekin, joka helpottaa toiminnallisen nielemishäiriön ymmärtämistä sekä hoito – että kuntoutuskäytäntöjä. Yhdistys on laatinut myös käytännöllisen, ruokailuun ja ruokiin liittyvän oppaan dysfagiapotilaille. (Suomen dysfagian kuntoutusyhdistys ry. 2016). Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin internetsivuilta löytyy ammattilaisille potilasoppaita, joista löytyy nielemishäiriöstä kirjallinen tuotos. (VSSH 2015).

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä oli valmistellut ensimmäisen potilasturvallisuusstrategian vuosille 2009-2013. Kansallisen potilasturvallisuusstrategian kokonaistavoitteessa yhdeksi hoidon laadun osaksi linjattiin potilasturvallisuus. Keskeinen tavoite oli mm. sillä, että potilaan omaa osallisuutta ja potilaslähtöisyyttä lisätään. Näin potilaalla on mahdollisuus itse osallistua potilasturvallisuuden parantamiseen. (Autti ym. 2014). Potilasta ja hänen läheisiään on tärkeää rohkaista siihen, että he voivat vaikuttaa hoitoon ja potilasturvallisuuteen. THL on tuottanut potilasturvallisuuden oppaan, joka on tarkoitettu potilaille sekä heidän läheisilleen juuri tätä ajatusta varten. Opasta on ollut laatimassa eri potilasjärjestöt sekä potilaat itse. (THL 2016). AVH-dysfagiapotilas sekä hänen läheisensä on tärkeää ottaa alusta asti mukaan hoidon suunnitteluun sekä kaikkeen siihen päivittäiseen toimintaan, jolla voidaan lisätä paitsi potilaan kuntoutumista, myös potilasturvallisuutta.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta VRN laatii ravitsemussuosituksia, joiden tavoitteena on yhdenmukaistaa ravitsemushoitoa sekä siihen liittyviä käytäntöjä niin että potilaat saavat mahdollisimman laadukasta kokonaishoitoa sekä kuntoutusta. Suositukseen liittyy liitteitä, jotka ovat ladattavissa sähköisinä sairaaloihin ja terveyskeskuksiin. Liitteistä löytyy mm. laihtumisen pisteytys, NRS- ja MUST-lomakkeet. Potilaslähtöiseen hoitotyöhön dysfagiapotilaille soveltuu hyvin Ruokailun seuranta aterioittain-lomake, jolla voidaan yhdessä potilaan kanssa käydä läpi syötyjen aterioiden määrä ja ruokailuun liittyviä pulmia. (VRN 2010).

7 MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ

DYSFAGIAPOTILAAN RAVITSEMUKSEN

ARVIOINNISSA JA TOTEUTUKSESSA

Aivoverenkiertohäiriöllä on fyysisesti, psyykkisesti sekä sosiaalisesti merkittäviä seurauksia ja tämän potilasryhmän kuntoutus on hyvin vaativaa sekä pitkäkestoista. Moniammatillinen yhteistyö on edellytys aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntouttamisessa (Reunanen 2004).

Moniammatillinen yhteistyö tarkoittaa toimintamuotoa eri ammattikuntien välillä. Sosiaali- ja terveysalalla tällaista tiimissä tehtävää asiakaslähtöiseen ja yhteisölliseen asiantuntijatyöhön suuntautuvaa yhteistyötä sanotaan moniammatilliseksi yhteistyöksi. Moniammatillinen yhteistyö voi kuitenkin olla haaste käytännön työssä, koska yhteistyö toisen asiantuntijan kanssa edellyttää luottamuksen syntymistä, joustavuutta omassa ammatillisessa roolissaan ammatillisia rajapintoja rikkoenkin sekä vastuukysymysten määrittelyä moniammatillisessa ryhmässä. Myös eri alan asiantuntijoiden vuorovaikutustaidot olivat yksi haaste moniammatillisessa yhteistyössä. Moniammatillisessa yhteistyössä pyritään niin eri alan asiantuntijoiden kuin potilaidenkin kannalta parempaan hoito- ja päätöksentekotyöhön, jossa keskeisenä tavoitteena on saada kokonaiskuva potilaan hoidollisista ja kuntoutuksellisista tarpeista. (Markkola 2013, 6-8; Isoherranen 2012; Nikander 2003). Moniammatillinen toimintatapa yhdessä avoimen ilmapiirin sekä jatkuva toiminnan kehittäminen ovat olennaisia potilasturvallisuutta parantavia asioita. Potilasturvallisuutta parannetaan myös yhteisesti sovittujen, tutkimukseen ja kokemukseen perustuvien käytänteiden avulla. (Autti ym. 2014).

Raija Mäntynen (2007) on omassa väitöskirjassaan tuonut esille, että aivohalvauspotilaiden mahdollisuudet saada vaikuttavaa moniammatillista kuntoutusta on vaihdellut Suomessa sekä alueellisesti että paikallisesti. Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa uutta tietoa erilaista kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä nimenomaan sairaanhoitajan hoitotyön toiminnan näkökulmasta AVH-potilaiden kanssa. Sairaanhoitajien toimintaa oli tarkasteltu hoitajien itsensä sekä kuntoutukseen osallistuvien muiden työntekijöiden pohjalta ja mukaan otettiin myös AVH-kuntoutujat läheisineen. Väitöstutkimuksen tulokset osoittavat, että niin työntekijät, kuntoutujat kuin heidän läheisensäkin kokivat sairaanhoitajan kokonaisvaltaisen vastuunoton merkityksellisenä AVH-potilaiden koko kuntou-

tusprosessin tukemisessa. Tiimityötavoilla oli myös vaikuttavuutta sairaanhoitajien asiantuntijuuden näkyväksi tuloon AVH-potilaiden hoidossa. Mäntynen pitääkin tärkeänä omien tutkimustulostensa takia sitä, että sairaanhoitajien tulisi saada säännöllisesti vahvistusta omalle asiantuntijuudelleen moniammatillisen kouluttautumisen kautta ja sitä kautta omahoitajuutta pystyttäisiin hyödyntämään tehokkaammin AVH -kuntoutumisen edistämässä. (Mäntynen 2007).

Näyttöön perustuvaa tietoa on olemassa siis siitä, että moniammatillisella kuntoutuksella on hyötyä AVH-potilaan alkuvaiheenkin kuntoutuksessa. Moniammatillinen toiminta tapahtuu tiimissä, mutta se, miten tiimit toimivat tehokkaasti kuntoutusta edistäen, ei Mäntynsen (2007) mukaan ole, vaikka moniammatillista tiimityötä kuitenkin toteutetaan. Sairaanhoitajien asiantuntijuus vaikuttaa olevan erilainen sen suhteen, missä toimintaympäristössä sairaanhoitaja työskentelee – moniammatillisuuden hyöty sairaanhoitajan asiantuntijuudelle oli kuntoutuskeskuksessa parempi kuin terveyskeskuksen vuodeosastolla. Mäntynen suosittelee omien tutkimustulostensa perusteella, että sairaanhoitajan roolia AVH-potilaiden kuntoutumisprosessin keskeisenä tukijana tulisi määrätietoisesti vahvistaa sekä sisäisellä että ulkoisella moniammatillisella koulutuksella. (Mäntynen 2007, 31-128). AVH-potilaan kohdalla kuntoutusyhteistyö tarkoittaa siis sitä, että kuntoutus tapahtuu moniammatillisena yhteistyönä, johon osallistuu koko hoito- ja terapiahenkilökunta. Kaikki ohjaavat potilasta yhteneväisin periaattein. Myös potilas ja hänen omaisensa otetaan mukaan yhteistyöhön. (Junkkarinen 2014).

Moniammatillisessa yhteistyössä pyritään eri asiantuntijoita hyödyntämällä saamaan kokonaiskuva potilaan tilanteesta, jolloin tietoa ja erilaisia näkökulmia voidaan yhdessä pohtia potilaan parhaaksi. Tietojen yhteen kokoaminen on tärkeää, koska jokaisella ammattilaisella on oma kapea erityisosaamisalueensa. Terveystieteiden yksikön sisällä neurologisen kuntoutujan moniammatilliseen työryhmään voi kuulua lääkäri, sairaanhoitaja, perushoitaja, puheterapeutti, toimintaterapeutti, ravitsemusterapeutti sekä fysioterapeutti. (Seppänen 2008, 1-11).

Dysfagiapotilaiden diagnosointi, hoito ja kuntoutus edellyttää moniammatillista yhteistyötä. (Aaltonen ym. 2009; Arkkila ym. 2009). Dysfagiapotilaan kokonaiskuntoutuksessa on mukana eri asiantuntijoita. Näillä ammattilaisilla on omat erityistehtävänsä dysfagiapotilaan tutkimisessa ja hoidossa. Neurologi vastaa neurologisten sairauksien diagnostiikasta sekä hoidosta, puheterapeutti osallistuu dysfagian diagnosointiin yhdessä neurologin kanssa ja vastaa kuntoutuksesta. Puheterapeutti arvioi myös potilaan ruoan sopivan koostumuksen (normaali, pehmeä, soseutettu) sekä mahdollisen särkeuttamisen

tarpeen ruokiin ja juomiin. Ravitsemusterapeutin tehtävänä on antaa ravitsemusohjausta ja suunnitella parenteraalista ravitsemushoitoa yhdessä hoitavan lääkärin kanssa. Ravitsemusterapeutti vastaa siitä, että dysfagiapotilas saa riittävän ja monipuolisen ravinnon sekä nesteytyksen. Hän suunnittelee myös annoskoot sekä mahdolliset lisäravinteet. Toimintaterapeutti vastaa syömistä helpottavien apuvälineiden hankkimisesta sekä niiden hyödyntämisestä dysfagiapotilaan hoidossa ja kuntoutuksessa. Fysioterapeutin tehtäviin kuuluu mm. ruokailuasentojen sekä -liikkeiden arviointi ja kuntoutus. Sairaanhoidajat ohjaavat dysfagiapotilasta sekä hänen omaisiaan ja osallistuvat muun hoitohenkilökunnan kanssa potilaan hoitoon, arviointiin sekä kuntoutukseen. Moniammatillisen yhteistyön lisääminen voidaan nähdä dysfagiapotilaan oireiden hallintaa lisäävänä asiana. (Aaltonen ym. 2009, 1541-1543).

Eri alan ammattilaiset voivat arvioida eri tavoin potilaan nielemishäiriötä. Tämä tulee esille Kukkosen tutkimuksessa, jossa hän toteaa, että puheterapeutin, sairaanhoitajan sekä potilaan arviot voivat poiketa merkittävästikin toisistaan arvioitaessa nielemisen häiriötä sekä aspiraatoriskiä. Tutkimuksesta tulee esille myöskin se, että koska nielemisen arviointi on nimenomaan puheterapeutin tehtävä ja heillä on käytössään erilaisia arviointimenetelmiä, he saavat erilaisia arviointituloksia kuin sairaanhoitajat sekä potilaat. (Kukkonen 2008). Mielestäni tämä osoittaa sen, miten tärkeää on tehdä moniammatillista yhteistyötä, jotta potilaiden nielemishäiriöt huomataan ajoissa ja toisaalta miten tärkeää on myös ottaa nielemishäiriön arviointiin mukaan potilas. Tämän voisin nähdä potilasturvallisuusasiana – aivoverenkiertohäiriö ja dysfagia ovat haastavia häiriöitä, joissa moniammatillinen työryhmä on potilasturvallisuutta parantava asia.

Ravitsemushoitoa toteuttavat eri ammattilaiset. Hoitotyöntekijöiden tehtäviin kuuluvat mm. vajaaravitsemusriskin seulonta, ravinnontarpeen arviointi ja yksilöllinen ruokatilaus, ruoanjakeluun ja tarjoiluun osallistuminen yhteistyössä laitoshuoltajien kanssa, potilaan avustaminen ruokailuissa tarvittaessa, ravinnonsaannin sekä painon seuranta, potilaan haastattelu ja palautteen pyytäminen, ravitsemusohjaukseen osallistuminen sekä tiedon siirto jatkohoitopaikkaan. (VRN 2010, 18). Moniammatillisuus korostuu myös ravitsemushoidossa: Ravitsemustyöryhmät, joita on sairaaloissa, toimivat moniammatillisesti. Työryhmiin kuuluvat mm. lääkäri, ravitsemussuunnittelija, ruokapalveluyksikön esimies, hoitaja ja ravitsemusterapeutti. (VRN 2010, 18; Nuutinen ym. 2010, 3605-3608).

8 POHDINTA

Tässä luvussa pohditaan eettisyyteen ja luotettavuuteen vaikuttavia tekijöitä sekä tarkastellaan saamia vastauksia tutkimuskysymyksiin sekä niistä esille nousseisiin ajatuksiin.

8.1 Luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on ihminen, hänen elämänpiirinsä sekä niihin eri tavoin liittyvät merkitykset. Koska laadullisessa tutkimuksessa ollaan tekemisissä kertomusten, tarinoiden ja merkityksien kanssa, tieto ei ole tilastollisesti yleistettävissä kuten määrällisissä tutkimuksissa. Tieteellisen tutkimuksen pyrkimys on kuitenkin aina tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, 16, 127).

Reliaabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta, joka voidaan todeta monella eri tavalla. Esimerkiksi jos kaksi tutkijaa pääsee samanlaiseen tulokseen, tulosta voidaan pitää reliaabelina. Validius tarkoittaa pätevyyttä joka myös liittyy tutkimuksen arviointiin. Validius tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juurikin sitä, mitä oli tarkoitus mitata. Niin kvalitatiivisessa kuin kvantitatiivisissa tutkimuksissa voidaan tutkimuksen validiutta tarkentaa niin että käytetään tutkimuksessa useita erilaisia menetelmiä. (Hirsjärvi 2003, 216-218). Laadullisessa tutkimuksessa reliaabelius on haaste, koska vaikka kaksi tutkijaa tutkisi samaa asiaa samoilla aineistoilla, samanlaiseen lopputulokseen he eivät välttämättä päätyisi. Logopedian tutkimuksissa saatetaan käyttää sekä laadullista että määrällistä tutkimusta – menetelmien monipuolisuus tekee tutkimustuloksista siis luotettavampia sekä yleistettävämpiä mitä pelkkä laadullinen tutkimus. Esimerkiksi Tarja Kukkosen tutkimus oli sekä laadullinen että määrällinen.

Tutkimuksen luotettavuutta on mahdollista lisätä muotoilemalla riittävän täsmällinen ja selkeä tutkimuskysymys, jolle esitetään siihen liittyvä teoreettinen viitekehys. (Kangasniemi ym. 2013, 297).

Laadullisessa tutkimuksessa on kuitenkin luotettavuuskriteereitä. Niitä ovat:

- 1.) Uskottavuus (credibility), joka tarkoittaa tutkimuksen ja tutkimustulosten uskottavuutta sekä miten se on osoitettu tutkimuksessa.

- 2.) Vahvistettavuus (dependability, auditability), joka liittyy koko tutkimusprosessiin. Laadullisissa tutkimuksissa tämä on hankalaa, koska toinen tutkija, jolla on sama aineisto, ei välttämättä päädy samaan tulkintaan.
- 3.) Reflektiivisyys, joka tarkoittaa, että tutkijan täytyy olla tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä.
- 4.) Siirrettävyys (transferability) tarkoittaa sitä, että tutkimustulosten siirrettävyys on mahdollista vastaaviin tilanteisiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 127-129).

Kirjallisuuskatsaukseni luotettavuutta ovat lisänneet itsenäisten tutkimusten alkuperäisyys sekä lääketieteellisen tiedon löytyminen yleisesti hyväksytyistä tietokannoista. Luotettavuutta on lisännyt myös se, että olen vastannut tutkimuskysymyksiini ja ollut aiheeni parissa kaiken kaikkiaan 11 kuukautta perehtyen aiheeseeni laajasti ja sen pohjalta valitsemaan oleellisemman teorian tiedon. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta on saattanut heikentää joidenkin tutkimusten poisjättäminen (tietoa ei ole ollut sähköisesti saatavilla tai muusta syystä saatavilla). Kirjallisuuskatsauksen aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit ovat vaikuttaneet aineiston valintaan. Taulukossa 3 esitellään nämä kriteerit.

Kaikki kirjallisuuskatsaukseen sopivat tutkimusartikkelit eivät olleet suoraan saatavilla sähköisistä tietokannoista. Kokotekstin saatavuus tai artikkeleiden maksuttomuus ei saisi määritellä kirjallisuuskatsauksen mukaanotto- tai poissulkukriteereitä, koska se saattaa johtaa ongelmiin kirjallisuuskatsauksen luotettavuudessa. Kuitenkin esimerkiksi kandidaatin tutkielmissa siitä voidaan kuitenkin joustaa. (Niela-Vilén ym. 2016, 26). Omassa kirjallisuuskatsauksessani olen jättänyt sellaisia aineistoja pois, jotka ovat olleet maksullisia tai niitä ei muuten ole saavutettu.

8.2 Eettisyys

Suomessa opetus- ja kulttuuriministeriö on asettanut tutkimuseettisen neuvottelukunnan, joka yhteistyössä tiedeyhteisön kanssa on laatinut uusitun tutkimuseettisen ohjeen siitä, mitä on hyvä tieteellinen käytäntö. Tätä HTK-ohjetta noudatetaan kaikilla tieteenaloilla Suomessa. Tutkimus on tehty hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla, mikäli tutkimus on eettisesti hyväksyttävää, luotettavaa ja tulokset ovat uskottavia. Tutkimuksessa on noudatettava oman tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, joita ovat

rehellisyys, yleinen huolellisuus sekä tarkkuus tutkimustyössä. Myös tulosten tallentamisessa ja kaikenlaisessa esittämisessä noudatetaan samoja toimintatapoja. Tutkijoiden on asianmukaisesti huomioitava toisten tutkijoiden tekemää työtä ja saavutuksia kunnioittaen ja arvostaen. Tutkija on myös hankkinut tarvittavat tutkimusluvut omalle tutkimukselleen ja tarpeen vaatiessa eettinen ennakkoarviointi on suoritettu. Tutkimuksen hyvään etiikkaan kuuluvat myös tiedonkäsittelyyn ja aineistoon liittyvät sopimukset, sidonnaisuuksien ilmoittaminen asianosaisille, mahdolliset esteellisyysasiat sekä tietosuojaa koskevat asiat. Puutteellinen tai epäasiallinen viittaaminen heikentävät myös eettisyyttä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012-2014).

Tässä opinnäytetyössä käytettyjen lähteiden viittauksiin on panostettu hyvin eli lähdemerkinnät ovat asianmukaisia ja plagiointia ei ole tehty missään raportin vaiheessa. Plagioinnilla tarkoitetaan luvaton lainaamista, jolloin toisen tekemä artikkeli tai esimerkiksi tutkimustulos esitetään omanaan. Olen kiinnittänyt erityistä huolellisuutta siihen, mikä on minun omaa tekstiäni ja mikä on lainattua. Lainattujen lähteiden perään olen merkinnyt kaikki ne lähteet, joista tieto on peräisin. Tieto on siis löydettävissä sille viitatuista osoitteista. Plagioinnin tarkistus on tehty Urkund-plagiointiohjelmalla, joka tarkistaa automaattisesti käytetyn lähdeaineiston työssäni. Tiedon raportointivaiheessa eettisyyttä on korostanut tutkijoiden tutkimustulosten kunnioitus ja arvostaminen. Olen perehtynyt tutkimusten laatuun ja tutkimuseettisiin asioihin mm. arvioimalla tutkimuksien alkuperäisyyttä, aitoutta sekä sopivuutta omaan aineistooni. Käytetyistä itsenäisistä tutkimuksista olen laatinut oman liitteen, josta selviää kunkin tutkimuksen tarkoitus, tutkimusmenetelmät sekä tutkimustuloksia. (Liite 1).

Tietokantoihin pääseminen on edellyttänyt tunnistautumista mm. Oppiporttiin, Terveysporttiin sekä muihin käyttämiini tietokantoihin. Kirjautuminen on tapahtunut Turun ammattikorkeakoulun kirjaston Nelli-portaalin kautta. Kirjallisuuskatsauksen ollessa kuvaileva, olen koonnut teoreettista tietoa yhteen omiin kysymyksiini nähden. Kirjallisuuskatsausta ohjaavien kysymysten avulla olen valinnut lähdeaineistoja omaan opinnäytetyöhöni käyttäen laajasti erilaisia lähteitä, joilla olen parantanut oman työni luotettavuutta ja eettisyyttä.

8.3 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tutkimuskysymykseni liittyivät aivoverenkiertohäiriöiden dysfagiapotilaan ravitsemuksen ongelmiin sekä moniammatilliseen yhteistyöhön. Itsenäisissä tutkimuksissa (liite 1), jotka

olivat paljolti laadullisia tutkimuksia, tutkimusten luotettavuutta oltiin arvioitu luotettavuuskriteereiden mukaisesti. Tutkimukset eivät sellaisenaan ole yleistettävissä, koska otantakoko saattoi olla pieni ja laadullisessa tutkimuksessa toisen tutkijan samankaltaista tulosta ei ollut saatavilla tai sitä ei voitu sellaisenaan verrata.

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli koota kliinistä tietoa yhteen omien kysymysteni pohjalta. Toiminnallisena häiriönä dysfagia esiintyy eri tavoin eri ihmisillä ja siihen on olemassa erilaisia diagnostisia menetelmiä. Moniammatillisuuden merkitys niin aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuin dysfagiapotilaankin kohdalla on suuri – parhaaseen hoitotulokseen päästään moniammatillisuutta toteuttaen ja kehittäen. Ravitsemuksen ongelmat ovat dysfagiapotilailla yleisiä, kun ravitsemuksen ongelmia ajatellaan laajemmin myös syömiseen arkipäivän toimintona liittyvänä asiana kuin sosiaalisenakin asiana. Fysiologisia vaivoja voidaan tutkia ja hoitaa. Vajaaravitsemusriskin seulontaa toteutetaan enenevässä määrin sairaaloissa ja hoitolaitoksissa, mutta ymmärretäänkö sen merkitys potilaan kokonaishoidon kannalta? Miksi silti vuodeosastopotilaiden vajaaravitseminen on yleistä, vaikka hoitokeinoja on olemassa ja erilaisia seulontamenetelmiä käytössä?

Aivoverenkiertohäiriö itsessään lisää erilaisia haasteita potilasohjaukseen sekä ravitsemusongelmien hoitamiseen. Puheen – ja ymmärryksen vaikeudet, oiretiedostamattomuus, halvausoireet sekä sairauden vakavuus ovat asioita, joita hoitajan on tärkeä tiedostaa hoitotyötä tehdessään. Ravitsemuksen ongelmia voidaan hoitaa erilaisin menetelmin, kuten ruokavaliota tehostamalla, ruoan koostumusta muuttamalla sekä ruokailuasentojen huomioimisella. Potilas on tärkeää ottaa mukaan häntä koskevaan päätöksentekoon moniammatillisessa työryhmässä omaisia unohtamatta.

Aivoverenkiertohäiriöisen dysfagiapotilaan hoito edellyttää monien eri asiantuntijoiden saumatonta yhteistyötä. Tärkeää on myös tuntee toisen asiantuntijan aluetta niin, että omia ammatillisia rajapintoja pystyy rikkomaan. Tärkeintä on osata tunnistaa omat ammatilliset rajansa ja pyrkiä löytämään potilaalle paras mahdollinen asiantuntijuus muualta, mikäli omat tietotaidot eivät siihen riitä.

Dysfagia on monimuotoinen häiriö, joka vaikuttaa monella tavalla ihmisen jokapäiväiseen toimintakykyyn sekä elämänlaatuun. Halusin nostaa esille myös häiriön sosiaalisen sekä psyykkisen puolen, koska varsin usein se unohtuu hoitotyötä tehdessämme. Kokonaisvaltaiseen ajatteluun liittyy kuitenkin myös niiden huomioiminen potilastyössä ja vuorovaikutuksessa.

Sekä dysfagia että aivoverenkiertohäiriö ovat häiriöinä sellaisia, jotka edellyttävät moniammatillista yhteistyötä. Se tuli esille tieteellisissä artikkeleissa, tutkimuksissa sekä sairaanhoitopiirien potilasoppaista. Vaikka sairaanhoitaja ei diagnosoi, hän voi olla ensimmäinen asiantuntija, joka havaitsee potilaan nielemisvaikeuden tehdessään potilaan lähellä päivittäisiä hoitotöitä. Vahvistusta sairaanhoitajan rooliin aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoidossa antoivat kaikki aiheeseen liittyvät tutkimukset sekä artikkelit, joissa korostettiin moniammatillista yhteistyötä. Myös dysfagian tunnistamisessa ja hoidollisissa toimenpiteissä sairaanhoitajan rooli on ilmiselvä. Sairaanhoitajan asiantuntijuutta pidettiin myös Raija Mäntysen (2007) tutkimuksessa tärkeänä ja hänen tutkimuksessaan nousi esille se, että sairaanhoitajilta puuttuu neurologisen potilaan hoitamisen erikoisosaaminen, koska koulutuksenkaan aikana erikoistumista ei tule. Samoin hänen tutkimustuloksensa vahvisti käsitystäni siitä, että mitä toimivampi moniammatillinen tiimi on, sitä parempi sairaanhoitajan asiantuntijuus vaativalla erikoisalalla on.

Ravitsemukselliset ongelmat ovat moninaisia dysfagiapotilailla. Tutkimuksien sekä näyttöön perustuvan tiedon pohjalta dysfagia altistaa monenlaisille ravitsemuksellisille ongelmille joista vajaaravitsemus sekä ravinnon yksipuolisuus ovat keskeisimpiä. Dysfagiapotilaan syöminen saattaa tarvita erityistekniikkaa ja ponnistelua, jotta potilas saa riittävässä määrin ravintoa ja syöminen on turvallista. Sairaalahoidossa olevalle dysfagiapotilaalle suositellaan laadittavaksi ravitsemussuunnitelma ja ravitsemuksellisiin epäkohtiin tulisi puuttua varhaisessa vaiheessa. Sairaanhoitajan rooli myös ravitsemuksen turvaamisessa ja siihen liittyvissä asioissa on näytön perusteella kiistaton – sairaanhoitaja osallistuu potilaan päivittäistoimintojen tukemiseen mm. syömisessä, ruokailuasentojen ohjaamisessa, vajaaravitsemusriskin seulonnan tekemisessä, potilaan ravitsemuksellisten asioiden havainnoitsijana sekä moniammatillisen työryhmän jäsenenä.

Erilaisia potilastyössä käytettäviä lomakkeita on saatavilla esimerkiksi Valtion ravitsemusneuvottelukunnan internetsivuilta, joissa on mm. syödyn ruoan seurantaan tarkoitettu lomake sekä vajaaravitsemusriskiseulontaan tarkoitettuja lomakkeita. (VRN 2010). Ravitsemuksellisia ongelmia voidaan havaita myös näiden lomakkeiden käytön avulla ja saada tärkeää tietoa mahdollisesta vajaaravitsemusriskistä. Myös potilaan osallisuus omaan hoitoonsa sekä kuntoutukseensa on mahdollista, kun lomakkeiden käyttöä ohjeistetaan potilaalle sekä hänen läheisilleen.

Sairaanhoitajan on tärkeää tietää normaalin nielemisen vaiheet, aivoverenkiertohäiriön sekä dysfagian yhdessä aiheuttamat mahdolliset lisähaitat kuten lisääntynyt aspiraatioriski, tukehtumisriski sekä halvauksiin liittyvät tuntepuutokset. Sairaanhoitajan työssä

erikoistumista ei välttämättä voida nähdä vain käytännön harjoitteluilla vaan Mäntysenkin (2007) tutkimuksessa suositeltiin lisäkoulutuksia sairaanhoitajille AVH-potilaiden hoitoon liittyen. Moniammatillisessa työryhmässä työskentely vaatii jokaiselta sen toimijalta myös hyviä vuorovaikutustaitoja, joustavuutta sekä kuntouttavaa työtettä. Jotta yhteiseen tavoitteeseen potilaan kuntoutuksessa voidaan päästä, tarvitaan moniammatillisessa tiimityössä jokaisen asiantuntijan rohkeaa osaamisensa ja toisaalta osaamattomuutensa esille nostamista.

LÄHTEET

- Aaltonen Leena-Maija, Saarela Mika, Jousimaa Jukkapekka, Aherto Assi ja Arkkila Perttu. 2009. Dysfagia – moniammatillinen haaste. Katsaus. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2009;125(14):1535-44. Viitattu 23.11.2015 <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti>
- Ahonen Outi, Blek-Vehkaluoto Mari, Ekola Sirkka, Partamies Sanna, Sulosaari Virpi, Uski-Tallqvist Tuija. 2012. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. 1.-2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Aivoliitto. 2011. Nielemisvaikeudet. Viitattu 24.11.2015 [http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_\(avh\)/perustietoa_avh_sta/nielemisvaikeudet](http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_(avh)/perustietoa_avh_sta/nielemisvaikeudet)
- Ala-Kokko Tero & Alahuhta Seppo. 2012. Tehostetun ravitsemushoidon ravitsemussuunnitelma. Ravitsemustiede. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 4.4.2016 http://www.oppiportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04594&p_selaus=87068
- Arkkila Perttu & Aaltonen Leena-Maija. 2009. Miten tutkin nielemisvaikeutta? Katsausartikkeli. Lääkärilehti. 11.12.2009. Viitattu 20.4.2016 <http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/miten-tutkin-nielemisvaikeutta/>
- Atula Sari. 2015. Afasia (aivolähtöinen puhehäiriö). Viitattu 4.1.2016 http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00557
- Autti Taina & Keistinen Timo. 2014. Potilasturvallisuuden perusteet. Duodecim oppiportti. Viitattu 3.5.2016 <http://www.oppiportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/op/ptp00203/do>
- Bäcklund Minna & Mäkisalo Heikki. 2014. Parenteraalinen ravitsemus – lyhytaikainen ja pysyvä hoito. Viitattu 4.5.2016 <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltkb/koti>
- Denaro Nerina, Merlano Marco C. & Russi Elvio G. ym. 2013. Dysphagia in Head and Neck Cancer Patients: Pretreatment Evaluation, Predictive Factors, and Assessment during Radio-Chemotherapy, Recommendations (verkkojulkaisu). Viitattu 24.4.2016 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3781223/>
- Geeganage Chamila, Beavan Jessica, Ellender Sharon & Bath Philip MW. 2012. Interventions for dysphagia and nutritional support in acute and subacute stroke. (Review). The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd. Viitattu 16.4.2016 <http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.turkuamk.fi/doi/10.1002/14651858.CD000323.pub2/epdf>
- Haapanen Marjut. 2014. Parkinson-potilaiden syömisen ja nielemisen sensomotoriset valmiudet. Ryhmätutkimus. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Logopedi-an pro gradu-tutkielma.
- Hietto Maria. 2011. Nielemisvaikeuksien tunnistaminen terveyskeskusosastolla – Opas hoitajille. Metropolia ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 11.5.2016 <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/81847/Nielemisvaikeuksien%20tunnistaminen%20Terveyskeskusosastolla%202011.pdf?sequence=2>
- Hirsjärvi Sirkka, Remes Pirkko, Sajavaara Paula. 2003. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Tekijät ja Kirjayhtymä Oy.
- Hoppu Sanna, Ahonen Tommi, Kuitunen Anne. 2013. Parenteraalinen ravitsemus vuodeosastolla. Katsaus. Suomen lääkäri-lehti 15/2013.

Isoherranen Kaarina. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Akateeminen väitöskirja.

Junkkarinen Anne. 2014. Aivohalvauspotilaan kuntoutus. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 23.4.2016 <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/shk/koti>

Jämsen Esa, Kerminen Hanna, Strandberg Timo. 2015. Kun tauti paranee, mutta potilas ei – Sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn heikentyminen. Artikkel. Suomen lääkärilehti 14-15/2015.

Kangasniemi Mari, Utriainen Katri, Ahonen Sanna-Mari, Pietilä Anna-Maija, Jääskeläinen Petri & Liikanen Eeva 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. Hoitotiede 25 (4), 291–301.

Konsti Tiina. 2010. Laatusuosituksien hoitohenkilökunnalle aivoverenkiertohäiriöpotilaiden nielemisen tarkkailuun. Opinnäytetyö. Saimaan ammattikorkeakoulu. Terveystieteen edistämisen koulutusohjelma. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto.

Korpela Kati. 2008. Opas hoitajille nielemisvaikeuksien tunnistamisesta ja nielemistä helpottavista auttamismenetelmistä. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala, Pori. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 11.5.2016 http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/494/2008_samk_sote_korpela_kati.pdf?sequence=1

Kukkonen Tarja. 2008. Häiriöitä, vaikeuksia ja vaivaa – aivoverenkiertohäiriökuntoutujien nielemistoiminnan arviointi subakuutissa vaiheessa. Tampereen yliopisto. Puheopin laitos. Logopedian lisensiaatin työ. Viitattu 22.11.2015

Kylmä Jari & Juvakka Taru. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785.

Lindsberg Perttu, Sairanen Tiina, Häppölä Olli, Kaarisalo Minna, Numminen Heikki, Peurala Sinikka, Poutiainen Erja, Roine Risto, Sivenius Juhani, Syväne Mikko, Vikatmaa Pirkka, Vuorela Piia. 2011. Aivoinfarkti. Löydettävissä osoitteesta: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=hoi50051. Viitattu 22.11.2015.

Lehtiö Leeni & Johansson Elise. 2016. Järjestelmällinen tiedonhaku hoitotieteessä. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Toimittaneet Stolt Minna, Axelin Anna & Suhonen Riitta.

Markkola Kirsi. 2013. Moniammatillinen, ammattiryhmien välinen ja ammattirajat ylittävä yhteistyö erikoissairaanhoidossa. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu-tutkielma.

Mäntynen Raija. 2007. Kuntoutumista edistävä hoitotyö aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Niela-Vilén Hannakaisa & Hamari Lotta. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Toimittaneet Stolt Minna, Axelin Anna, Suhonen Riitta.

Nikander Pirjo. 2003. Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Vuorovaikutuksellinen näkökulma. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2003: 40 279–290. Artikkel. Viitattu 6.4.2016 <http://people.uta.fi/~pirjo.nikander/Nikander.pdf>

Nuutinen Outi, Siljamäki-Ojansuu Ulla ja Peltola Terttu. 2010. Vajaaravitsemusriskin seulonta. Katsaus. Suomen lääkärilehti 44/2010.

Nurmi Mari E. & Jehkonen Mervi. 2015. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan oiretiedostuksen puutteellisuuden eli anosognosian tunnistaminen ja kuntoutus. Katsaus. Duodecim 2015: 131:228–34. Viitattu 15.4.2016 <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/xmedia/duo/duo12089.pdf>

Orell-Kotikangas Helena, Antikainen Anne ja Pihlajamäki Jussi. 2014. Sairaalapotilaan vajaaravitsemuksen havaitseminen ja hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 21.4.2016 <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti>

Perttilä Juha & Castrén Maaret. 2012. Enteraalinen ravitseminen. Ravitsemustiede. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 4.4.2016 http://www.oppiporrti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04594&p_selaus=87068

Pihlajamäki Jussi, Gylling Helena ja Schwab Ursula. 2012. Hyvä ravitseminen on elinehto – erityisesti sairaille. Vaikeasti sairaan ravitseminen. Pääkirjoitus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2012; 128:1733–4. Viitattu 23.11.2015 <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/xmedia/duo/duo10481.pdf>

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Lipponen Kaija, Kyngäs Helvi & Kääriäinen Maria (toim.). Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

PSHP. TAYS. 2016. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ohjaus. Viitattu 4.4.2016 http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/AVHpotilaan_ohjaus#Aivoverenkiertohäiriöidenmoninaisetoireet

Rannaste Terhi. 2016. Ikääntyneiden dysfagiapotilaiden ravitsemukselliset haasteet – Kirjallisuuskatsaus. Metropolia ammattikorkeakoulu. Terveys- ja hoitoalan tutkinto-ohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 11.5.2016 http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/108999/Terhi_Rannaste.pdf?sequence=1

Reunanen Merja, Talvitie Ulla, Pyöriä Outi, Järvikoski Aila. 2004. Aivohalvaukseen sairastuneiden ihmisten kuntoutuskokemukset kertomuksina. Tieteellinen artikkeli. Kuntoutus 2/2012.

Roine Risto, Herrala Lauri ja Sotaniemi Kyösti. 2002. Aivoinfarktin hoito aivohalvauksyksikössä. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 20.4.2016 <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti>

Roine Risto. 2010. Ravitseminen akuutissa vaiheessa. Käypähoito. Suositukset. Aivoinfarkti. Viitattu 24.4.2016 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix00638>

Salminen Ari. 2011. Mikä on kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62. Julkisjohtaminen 4. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Saarnio Juha, Pohju Anne ja Ahtola Heikki. 2014. Teema: Katsaus: Sairaalan ihmisen ravitseminen. Enteraalisen ravitsemuksen aiheet ja toteuttaminen. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2014. Viitattu 23.11.2015 <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/xmedia/duo/duo11943.pdf>

Schwab Ursula. 2012. Potilaan ruokailutottumusten selvittäminen ja ravitsemusneuvonta. Ravitsemustiede. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 4.4.2016 http://www.oppiporrti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04594&p_selaus=87068

Seppänen Helena. 2008. Tietojen luovutus, tietosuoja ja moniammatillinen yhteistyö julkisessa terveydenhuollossa. Tampereen yliopisto. Oikeustieteen laitos. Pro Gradu-tutkielma.

Suhonen Riitta, Axelin Anna ja Stolt Minna. 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Toimittaneet Stolt Minna, Axelin Anna ja Suhonen Riitta.

Suomen Dysfagian kuntoutusyhdistys ry. 2016. Dysfagia. Viitattu 27.11.2015 <http://www.dysfagia.fi/>

Suomen MS-liitto. 2013. Helposti nieltävä – apua nielemisen vaikeuksiin. Viitattu 12.4.2016. <http://www.neurolitto.fi/oppaat/helposti-nielt%c3%a4v%c3%a4>

THL 2016. Laatu ja potilasturvallisuus. Potilaan opas. Viitattu 9.5.2016 <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/asiakas-ja-potilas/potilaan-opas>

Turkulainen Timo. 2014. Dysfagian arviointi- ja hoitomenetelmät kirjallisuudessa – Integroiva kirjallisuuskatsaus. Turun ammattikorkeakoulu. Suun terveydenhuollon koulutusohjelma. Opin-näytetyö. Viitattu 11.5.2016 http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/84356/Opn_2014.pdf?sequence=1

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012-2014. Viitattu 22.5.2016 <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje>

Virtanen Pirjo. 2014. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen läheisensä tiedonsaanti päivystyspoliklinikalla. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 27.11.2015 <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/95190/978-951-44-9432-1.pdf?sequence=1>

VRN. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Viitattu 11.4.2016 http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemushoito_nettti_2.painos.pdf

VSSH. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2015. Kuntoutus ja neurologia. Nielemishäiriöt. Potilasopas. Viitattu 14.4.2016 <http://ohjepankki.vssh.fi/fi/tulosta/fxd/5072/>

Äikäs Heli. 2007. Nielemishäiriö johtaa usein vajaaravitsemukseen. Nutricia News on Nutricia Clinical Oy:n asiakaslehti. Viitattu 23.11.2015 http://www.nutricia.fi/images/uploads/Files/Nutricia%20NEWS/Nutricia_News_3_07_painosc.pdf

Kirjallisuuskatsaukseen valitut itsenäiset tutkimukset

Tekijät(t) Julkaisuvuosi Julkaisun nimi	Tutkittava aihe	Miten tutkimus on toteutettu	Tutkimuksen tulokset
Haapanen Marjut. 2014. Parkinson-potilaiden syömis- ja nielemisen sensomotoriset valmiudet.	Parkinsonin tautia sairastavien henkilöiden syömiseen ja nielemiseen liittyvien vaikeuksien kartoittaminen.	Tutkimukseen osallistui 30 vapaaehtoista Parkinsonin tautia sairastavaa henkilöä, joiden syömis- ja nielemisen sujumista arvioitiin kliinisesti sekä subjektiivisesti. Kliinisiä tutkimusmenetelmiä olivat vedennielemistesti, suun alueen sensomotorinen tutkimus sekä kohonnutta aspiraatoriskiä seulovala testi. Tutkittavien subjektiivisia kokemuksia kartoitettiin ruokailuun ja syömiseen liittyvällä haastattelulla. Laadullinen ja määrällinen tutkimus.	Tutkimustulosten perusteella Parkinsonin tautia sairastavilla henkilöillä voi esiintyä vaihtelevan paljon erilaisia ruoankäsittelyn ja nielemisen vaikeuksia. Esille nousseet vaikeudet olivat sidoksissa käytettyyn tutkimusmenetelmään, ja tästä syystä nielemistoimintoja arvioitaessa onkin tärkeää tehdä päätelmät usean kliinisen tutkimusmenetelmän avulla kokonaiskuvan saavuttamiseksi.
Isoherranen Kaarina. 2012. Uhkavai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä.	Väitöskirjatutkimus kartoitti niitä haasteita ja ilmiöitä, joita eri asiantuntijat kohtaavat, kun heidän organisatiossaan lähdetään kehittämään moniammatillista yhteistyötä. Tutkimuksen kohteena oli pääasiassa akuuttihoitoa antava suuri sairaala,	Tutkimusaineisto kerättiin fokusryhmähaastatteluina, jotka suoritettiin erikseen eri asiantuntijaryhmille ja lisäksi viidelle yhdessä työskentelevälle tiimille. Haastatteluihin osallistui kokonaisuudessaan 81 eri asiantuntijaa; asiantuntijaryhmissä 41 ja tiimeissä 40 henkilöä. Laadullinen tutkimus.	Tutkimuksen mukaan keskeisiksi haasteiksi osoittautuivat sovitusti joustavat roolit, vastuukysymysten määrittely, yhteisen tiedon luomisen käytännöt sekä tiimityön ja vuorovaikutustaitojen oppiminen. Haasteena olivat myös organisaation rakenteet, jotka eivät aina mahdollista yhteisen tiedon luontia ja yhteisen toimintamallin kehittämistä. NykYTEKNIKAN tarjoamista

	jonka potilaista enemmistö on vanhuksia.		mahdollisuuksista huolimatta organisaatio osoittautui vaikeasti ylitettäväksi rajaksi pyrittäessä potilaslähtöiseen työskentelyyn.
Konsti Tiina. 2010. Laatusuosituksien hoitohenkilökunnalle aivoverenkiertohäiriöpotilaiden nielemisen tarkkailuun.	Kehittämistehtävän tavoitteena oli tuottaa laatusuosituksia aivoverenkiertohäiriöpotilaan nielemisen tarkkailuun ja ohjaamiseen Etelä-Karjalan keskussairaalan neurologiselle osastolle ja kuvata kehittävän työn tutkimuksen prosessin vaiheet. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan nielemishäiriöiden ohjaamisen ja arvioinnin kehittäminen vaatii moniammatillista yhteistyötä. Laatusuosituksien tarkoitus on tuottaa tietoa hoitohenkilökunnalle nielemiseen liittyvistä asioista.	Tutkimusmenetelmänä käytettiin kehittävää työntutkimusta. Aineisto kerättiin ryhmähaastattelulla. Haastattelut (N=6) valittiin harkinnanvaraisella otannalla. Saatua aineisto käsiteltiin sisällön analyysillä käyttäen induktiivista lähestymistapaa. Laadullinen tutkimus.	Laatusuosituksia tarvitaan, jotta jokainen hoitaja toimisi suosituksien mukaan arvioidessaan nielemistä ja ohjattaessaan potilasta sekä omaista. Potilaan ja omaisten kannalta laatusuosituksien merkittävät hoidon jatkuvuutta ja turvallisuutta, kun jokainen noudattaa samoja suosituksia ja toimii laatusuosituksien mukaisesti.
Kukkonen Tarja. 2008. Häiriöitä, vaikeuksia ja vaivaa – aivoverenkiertohäiriökuntoutujien nielemistoiminnan arviointi subakuutissa vaiheessa	Kartoitetaan kuntoutusosastolla toimivien sairaanhoidajien, puheterapeutin sekä potilaiden arvioita nielemistoiminnan muutoksista.	Tutkimusmenetelminä käytettiin nielemisen sensomotoristen edellytysten arviointia, ruokailun seulonta-arviota, happisaturaatiomittausta, kahta kliinistä kohonneen aspiraatoriskin arviointimenetelmää, syömis- ja nielemistoimintaa	Menetelmien avulla saatiin esille monimuotoinen nielemisen toimintahäiriöiden kirjo. Tutkimuksessa keskeisiksi kliinisiksi syömisen ja nielemisen häiriöiden ilmentäjiksi osoittautuivat sylkivuoto, ruokailuun kuluva pidentynyt aika, ruokakonsistenssin muutostarve, 100 ml:n vesimäärän sarjallisen nielemisen vähemmällä kuin 10 kerralla, desaturaatio < 3 prosenttia leposaturaatiosta sekä ruokailuun

		<p>koskevaa haastattelua sekä muiden neurologisten puutosoireiden kartoituslomaketta.</p> <p>Laadullinen ja määrällinen tutkimus.</p>	<p>liittyvä yskiminen, takanielun ja huulikulman tuntomuutokset ja kurkun selvittelytarve nielemisen jälkeen. Tutkimuksessa nousi esille myös se, että sairaanhoitajat, potilaat ja puheterapeutit päätyivät nielemistoiminnan arvioissa varsin erilaisiin johtopäätöksiin ja että nielemistoiminnan lievilläkin muutoksilla on merkittävä vaikutus ihmisen psykososiaaliselle hyvinvoinnille.</p>
<p>Markkola Kirsi. 2013. Moniammatillinen, ammattiryhmien välinen ja ammattirajat ylittävä yhteistyö erikoissairaanhoidossa.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata terveydenhuoltoalan eri ammattiryhmien muodostamien tiimien kokemuksia moniammatillisesta yhteistyöstä erikoissairaanhoidossa.</p>	<p>Tutkimuksen kohderyhmänä olivat fysioterapeutit, puhterapeutit, sairaanhoitajat ja toimintaterapeutit, jotka tekevät yhteistyötä erilaisissa tiimeissä eräässä erikoissairaanhoidon sairaalassa eteläisessä Suomessa. Aineisto kerättiin fokusryhmähaastatteluna (n=6) haastatteluun osallistuneiden osallistujien kokonaismäärän ollessa 24.</p> <p>Laadullinen tutkimus.</p>	<p>Tutkimuksen tuloksena saatiin haastateltavien kokemuksiin perustuvia moniammatillisen yhteistyön, ammattiryhmien välisen yhteistyön ja ammattirajat ylittävän yhteistyön eri muotojen ominaispiirteitä, joita ilmeni kaikissa osallistuneissa ryhmissä eri painotuksin. Jokainen ryhmä oli kehittänyt toimintaansa tarpeitaan vastaavasti, mutta optimaalista tasoa ei kaikissa ryhmissä ole saavutettu. Yhteistyössä osallistujat kokivat erilaisia tekijöitä, joilla oli merkitystä niin työntekijälle, potilaan saamalle palvelulle kuin organisaation tuottamalle palvelulle. Toisaalta moniammatillinen yhteistyömuoto sujuessaan tuki yksittäisen työntekijän suoriutumista omassa tehtävässään.</p>
<p>Seppänen Helena. 2008. Tietojen luovutus, tietosuoja ja moniammatillinen yhteistyö julkisessa terveydenhuollossa.</p>	<p>Tutkimus on lainopillinen tutkimus. Keskeisenä tehtävänä on systematisoida julkisen terveyshuollon salassapitoon ja tietojen luovuttamiseen liit-</p>	<p>Tutkielma kuuluu sekä informaatio-oikeuden että sosiaalioikeuden alaan. Tutkimuksessa kootaan voimassa olevaa lainsäädäntöä yhteen.</p> <p>Lainopillinen tutkimus.</p>	<p>Eri viranomaisten tiedonsaantioikeus on erilaista. Terveydenhuollossa ei ole lakiin perustuvaa oikeutta saada potilaastaan koskevaa salassa pidettävää tietoa muilta viranomaisilta ilman potilaan kirjallista suostumusta.</p>

	tyvää lainsäädäntöä. Moniammatillisen yhteistyön sallassapito ja lainsäädäntö.		
Virtanen Pirjo. 2014. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen läheisensä tiedonsaanti päivystyspoliklinikalla.	Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata aivoverenkiertohäiriöpotilaan (AVH-potilaan) ja hänen läheisensä tiedonsaantia päivystyspoliklinikalla ja verrata potilaan ja hänen läheisensä kokemuksia tiedonsaannista ennen koulutusinterventiota ja koulutusintervention jälkeen.	Tutkimukseen osallistui 362 päivystyspoliklinikalla käynyttä AVH-potilasta ja 157 heidän läheistään. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella kahdessa tutkimusajankohdassa kahden yliopistollisen sairaalan päivystyspoliklinikalta. Laadullinen tutkimus.	AVH-potilaan ja hänen läheisensä kokemukset tiedonsaannin toteutumisesta päivystyspoliklinikalla vaihtelevat ja nostavat esille sekä hyvin toteutuneita, että kehitettäviä tiedonsaannin osa-alueita. Tulokset osoittavat, että potilaat saavat tietoa paremmin kuin läheiset. Lisäksi tiedonsaantikokemuksiin vaikuttavat myös potilaan yksilölliset tekijät kuten sukupuoli ja siviilisääty. Tiedottamalla arvioidusta odotusajan kestosta voidaan vaikuttaa myönteisemmän kokemuksen syntymiseen, vaikka odotusaika olisikin useita tunteja. Tulokset osoittivat, että potilaat ja läheiset kaipasivat enemmän hoitoon liittyviä kirjallisia ohjeita ja ohjeiden käymistä lävitse yhdessä potilaan ja läheisen kanssa. Kirjallisten ohjeiden merkitys AVH-potilaille on suuri, koska saadun tiedon ymmärtämisellä ja tiedon kertaamisella on vaikutusta siihen, kuinka potilas selviytyy jatkossa sairautensa kanssa. AVH koskettaa useimmin iäkkäämpiä potilasryhmiä, joten erityisesti juuri iäkkäämpien potilaiden tiedonsaannin turvaaminen tulisi varmistaa.
Mäntynen Raija. 2007. Kuntoutumista edistävä hoitotyö	Tuottaa kliinisen hoitotyön alueelta uutta tietoa kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä sairaanhoitajan	Sairaanhoitajan toimintaa tarkasteltiin sairaanhoitajien itsensä ja kuntoutukseen osallistuvien muiden työntekijöiden sekä	Työntekijät tunnistivat tutkimuksen toimintaympäristöissä kuntoutuksen yhteisen arvo- ja tietoperustan merkityksen vaikuttavalle kuntoutukselle. Aivohalvauspotilaiden kuntoutuksen toimintatavat olivat

<p>aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa</p>	<p>toiminnan näkökulmasta aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä (3 - 4 kuukautta sairastumisesta) moniammatillisessa kuntoutuksessa erilaisissa toimintaympäristöissä.</p>	<p>kuntoutujien ja heidän läheistensä näkemysten pohjalta.</p> <p>Aineisto ja menetelmät: Tutkimusaineisto kerättiin vuosina 2003 - 2005 yhdestä kuntoutuskeskuksesta ja kahdesta terveyskeskuksesta. Tutkimuksen haastatteluihin osallistui yhteensä 107 vastaajaa.</p> <p>Laadullinen tutkimus.</p>	<p>kuitenkin erilaisia kuntoutuskeskuksessa ja terveyskeskuksissa henkilöstöresurssien ja yksiköiden toimintakulttuureiden vuoksi. Kuntoutuskeskuksessa moniammatillisen tiimin säännölliset kokoontumiset vahvistivat kokonaisnäkemysten luomista kuntoutujan tilanteesta. Kuntoutujan ja hänen läheistensä läsnäolo tiimin kokoontumisessa ei kuitenkaan aina toteutunut yhteisiä kuntoutumisen tavoitteita asetettaessa. Eri toimintaympäristöjen työntekijät pitivät sairaanhoitajan roolia kuntoutumisprosessin tukemisessa merkityksellisenä. Kuntoutujien ja heidän läheistensä kokemuksena tämä tuli selkeämmin esiin kuntoutuskeskuksessa kuin terveyskeskuksissa ($p = 0.027$). Sairaanhoitajan roolitietoisuus vahvistui terveyskeskuksissa kahdenvälisessä hoitajien ja terapeuttien yhteistyössä ja kuntoutuskeskuksessa laaja-pohjaisessa moniammatillisessa tiimityössä luoden edellytyksiä tarkoituksenmukaiselle roolirajojen rikkomiselle.</p>
--	--	---	---

Taulukot

Taulukko 1: Tietokannat

Tietokanta	Kuvaus
PubMed	MEDLINE tietokannan ylläpitäjän vapaasti käytettävissä oleva käyttöliittymä. Vuonna 2015 PubMedissa oli yli 20 miljoonaa artikkelia biolääketieteen alalta. Aineistoa on vuodesta 1946 lähtien.
Medic	Kotimainen terveystieteiden tietokanta. Tietokanta ollut vuodesta 1978 lähtien. Sisältää viitteitä artikkeleista, kirjoista, väitöskirjoista, opinnäytetöistä sekä tutkimuslaitosten raporteista.
Cochrane Library	Näyttöön perustuvaan tietoon pohjautuva tietokanta. Löytyy mm. Cochranen systemaattisia katsausartikkeleita ja kontrolloitujen tutkimusten rekisteri.
Terveysportti	Terveystieteiden ammattilaisille suunnattu tietokanta, jossa lukuisia aputietokantoja joissa ajankohtainen tieto. Sisällön tuottajina ovat Duodecimin laaja asiantuntijaorganisaatio ja yhteistyökumppanit.

Taulukko 2: Tiedonhaku

Tietokanta	Hakusanat	Osumien määrä	Käytettyjen osu- mien määrä
Medic	Dysfagia	37	3
Medic	Ravitsemus AND nieleminen	576	1
Medic	Potilasohjaus AND ravitsemus	11	1
Medic	Vajaaravitsemus	4	1
Cochrane Library	Dysphagia AND Stroke	306	1
PubMed	Dysphagia AND Stroke	1570	1
Terveysportti	Dysfagia	347	1
Terveysportti	Vajaaravitsemus	34	5
Terveysportti	Tehostettu ravitse- mushoito	15	1

Taulukko 3: Aineiston valintaan vaikuttavat sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
<p>Julkaisut ovat pääasiallisesti tieteellisiä alkuperäistutkimuksia tai tieteellisiä artikkeleita ja väitöskirjoja.</p> <p>Valitut tutkimukset ovat ohjaavien kysymysteni kannalta olennaisia.</p> <p>Tutkimukset on julkaistu 2000-2016.</p> <p>Tutkimukset ovat eri tieteenaloilta koska aihealue on monitieteellisyyteen liittyvä.</p> <p>Aineisto on pääosin elektronista.</p>	<p>Aineiston alkuperää ei tiedetä.</p> <p>Aineisto ei ole näyttöön perustuvaa tutkimuksellista tietoa tai löydetylle tiedolle ei löydy tutkimuksellista näyttöä.</p>