

## Sopiiko skandinaavinen anestesiahoitajamalli Suomeen?

Per Rosenberg

Varttuneimmat lukijat muistavat hyvin sen ajan kun suomalaiset sairaanhoitajat antoivat eetterianestesiaota kirurgin valvonnassa. 1960- ja 1970-luvuilla Suomessa oli vielä pieniä sairaaloita, joissa hoitajat saattoivat antaa jopa yhdistelmäänestesiaota kirurgin valvonnassa ja kirurgin suorittaessa intubaation.

Suomen lääkintöhallitus antoi vuonna 1972 ohjekirjeen anestesiatyön organisaatiosta. Siinä ei ollut sairaanhoitajille tarkoin määritelty tehtäviä muuten kuin lääkärin avustaminen anestesiotehtävissä. Ohjeessa annettiin viime kädessä ylläkäärille varsin suuret valtuudet järjestää toimintaa omassa yksikössään. Ohje kumoutui kun Lääkintöhallitus lakkautettiin v. 1992.

Tällä hetkellä Suomessa ei ole viranomais määräystä anestesiatoiminnasta. Sen sijaan Suomessa on v. 1987 annettu valtakunnallisen anestesiaylilääkärin kokouksen valtuuttaman toimikunnan suositukset, jotka virallistettiin Suomen Anestesiologiyhdistyksen suositukseksi v. 1989 ja, jotka tarkistettiin v. 1997. Vuoden 1987 suosituksissa ei oltu määritelty työnjakoa lääkärin ja hoitajan välillä, mutta v. 1997 suosituksissa on erikseen mainittu, että anestesiaryhmää johtaa anestesiologian erikoislääkäri tai sellainen apulaislääkäri, jolla on riittävä pätevyys ja kyky suoriutua tehtävästä. Anestesiaryhmään kuuluu lääkäreitä avustava anestesiatoimintaan koulutettu ja riittävästi perehdytetty anestesiahoitaja (Anestesiologia ja tehohoito 1999, sivut 950–951). Erikseen on määritelty ne anestesiaan liittyvät tehtävät, jotka anestesia lääkäri suorittaa henkilökohtaisesti: anestesiamuodon valinta, anestesian vaativimpien vaiheiden hoito (sisältää aloituksen ja lopetuksen, sekä laajat puudutukset ja anestesian ylläpidon tar-

kastaminen aika ajoin). Suositusten mukaisesti, yksi anestesia lääkäri voi koulutetun henkilökunnan avulla hoitaa kahden leikkaussalin komplisoitumattomia anestesiaota samanaikaisesti.

Suomessa anestesiaerikoissairaanhoitajia on koulutettu sairaanhoitajaopistoissa vuosina 1966–1985 jonka jälkeen leikkaussalihoitajan (”instrumenttihoitajan”) ja anestesiahoitajan koulutus yhdistettiin leikkaus-anestesiaerikoissairaanhoitajakoulutukseksi. Vuonna 1992 koulutus siirtyi ammattikorkeakouluille. Nykyään koulutetuilla uusilla erikoissairaanhoitajilla on erittäin vähän käytännön työkokemusta ja koulutusta, ja siksi perehdytys käytännön työhön koulutuksen jälkeen on pitkä ja tapahtuu työn lomassa perehdyttäjän (erikoissairaanhoitaja) opastuksella. Nykyinen järjestelmä ei suosi anestesiaryhmän sisäisten tehtävien uudelleen jakoa ainakaan siihen suuntaan, että vastakoulutetulle hoitajalle voisi turvallisesti delegoida joitakin tähän asti selkeästi lääkärille kuuluvia tehtäviä.

### Tilanne muissa Pohjoismaissa

**ISLANTI** Islannissa koulutetut anestesia sairaanhoitajat voivat itsenäisesti antaa yleisanestesiaota (ASA 1–2) ja sedaatioita. Hoitajat eivät tee laajoja puudutuksia (epiduraalipuudutus, hartiapunospuudutus, spinaalipuudutus).

Anestesiahoitajilla on normaalin sairaanhoitajakoulutuksen lisäksi 4 vuoden erikoiskoulutus josta suurin osa on käytännön koulutusta.

Työnjakoa ja koulutusta ei ole määritelty viranomaisten taholta vaan niihin vaikuttavat edelleen paikalliset järjestelyt ja tarpeet. Anestesia lääkäri tapaa lähes kaikki potilaat ennen leikkausta ja määrää anestesiamuodon.

**NORJA** Norjassa anestesiatoiminnasta on omat kansalliset ohjeet ”Standard for anestesi i Norge” vuodesta 1991 lähtien. Ohjeessa mainitaan mm., että koulutetulla anestesiahoitajalla on delegoituja anestesiatyötehtäviä sekä sairaanhoitajatehtäviä. Anestesiahoitaja voi huolehtia hyväkuntoisten (ASA 1–2) potilaiden yleisanestesiasta kokonaan, sekä valvoa potilaita, joille on tehty regionaalinen anestesia (”laaja puudutus”) tai annetaan kontrolloitu sedatio. Anestesiahoitajat eivät itse tee laajoja puudutuksia.

Normaalin sairaanhoitajakoulutuksen lisäksi anestesiahoitajakoulutukseen kuuluu 18 kk:a kestävä teoriakoulutus sekä vuoden kestävä käytännön palvelu (yhteensä 2,5 vuotta).

Anestesiahoitajilla on parempi palkka kuin erikoishoitajilla vuodeosastoilla.

Yleensä anestesiologi tapaa potilaan etukäteen mutta joissakin sairaaloissa hoitaja voi myös itsenäisesti päättää ASA 1 -potilaan anestesiasta. Norjassa on vielä näihin päiviin asti ollut yksittäisiä pieniä sairaaloita, joissa esimerkiksi anestesiahoitajan läsnäolo sairaalassa anestesiahoitajan antaessa anestesiaa, ei ole ollut pakollista.

**RUOTSI** Ruotsissa anestesiatoiminta ei ole viranomaisten ohjaamaa. Ruotsin anestesiologian ja tehohoidon yhdistyksen (SFAI) ja Ruotsin anestesiahoitajayhdistyksen (Narkossköterske-föreningen i Sverige) välisessä sopimuksessa mainitaan, että lääkäri voi ”määrätä” anestesian (vrt. hoitomääräys), jonka anestesiahoitaja sen jälkeen toteuttaa. Edellytyksenä on, että anestesia-lääkäri ensin on tutkinut potilaan, keskustellut anestesiamenetelmä-vaihtoehtoista potilaan kanssa ja määrännyt esilääkkeen, sekä lopuksi arvioinut potilaan (ASA 1–2) soveltuvaksi anestesiahoitajan anestesoitavaksi. Anestesiahoitajat eivät tee laajoja puudutuksia, mutta joissakin sairaaloissa he voivat tehdä laskimopuudutuksia.

Ruotsissa 1-vuotinen anestesiahoitajakoulutus tapahtuu yliopistossa. Koulutukseen pääsee sairaanhoitajakoulutuksen ja vähintään yhden vuoden käytännön sairaanhoitajatyöpalvelun jälkeen.

Anestesiahoitajien palkka on samaa luokkaa kuin kättilöillä ja korkeampi kuin sairaanhoitajilla vuodeosastoilla.

Ruotsalaisessa mallissa anestesiahoitajilla on keskeinen rooli koska siinä edellytetään, että lääkäri on nähnyt ja tutkinut jokaisen anestesiahoitajan ja leikkaukseen tulevan potilaan. Anestesiahoitaja on yleensä läsnä leikkaussalissa induktiossa ja lopetuksessa, ja hänen kuuluisi käydä useita kertoja ja säännöllisesti leikkaussalissa potilaan luona anestesian ylläpidonkin aikana.

**TANSKA** Tanskassa anestesiatoiminnan organisaatio riippuu paljon siitä, minkä tasoinen ja kokoinen sairaalayksikkö on. Yliopistosairaloissa on samantyyppinen malli kuin Ruotsissa, eli anestesiahoitaja tapaa ja tutkii potilaan, jonka jälkeen hänen ”määrätään” anestesiasta voi huolehtia koulutettu anestesiahoitaja. Pienissä sairaaloissa myös anestesiahoitajat monasti osallistuvat potilaiden esitutkimiseen. Anestesiahoitajat eivät tee laajoja puudutuksia.

Tanskassa on Terveystieteiden (Sundhedsstyrelsen) ohjekirje vuodelta 1997 anestesiahoitajien koulutuksesta. Ohjekirjeessä, jonka valmisteluun osallistuivat Tanskan Anestesiologiyhdistys, Tanskan anestesiahoitajayhdistys ja Terveystieteiden edustajia, on mainittu, että hoitaja voi suorittaa anestesian lääkärin määräyksen perusteella.

Sairanhoitajakoulutuksen jälkeen sairaanhoitajalta vaaditaan kahden vuoden käytännön sairaanhoitajatyöpalvelu ennen kuin hän voi päästä 2-vuotiseen anestesiahoitajakoulutukseen. Erikoissairanhoitajakoulutukseen kuuluu 10 viikon teoriajakso (n. 30 luentoa viikossa) ja loput on käytännön koulutusta.

Anestesiahoitajilla on n. 5 % korkeampi palkka kuin tavallisilla sairaanhoitajilla, mutta sama kuin muiden alojen erikoissairanhoitajilla.

Tanskassa paikalliset olosuhteet vaikuttavat edelleen työjärjestelyihin ja työnjakoon anestesiahoitajien ja -hoitajien välillä. Pienissä sairaaloissa anestesiahoitaja ei siis tapaa kaikkia anestesiahoitajien tulevia potilaita etukäteen.

## Pohdinta

Perinteistä työnjakoa anestesiahoitajien ja -hoitajien välillä Suomessa on pidetty hyvänä ja turvallisena. Tämä malli on maailmantasolla lähes ainutlaatuinen ja samantyyppisiä työnjakojärjestelyjä löytyy Italiasta, Ranskasta, Kuubasta, Sloveniasta ja Valko-Venäjältä (Anestesiologiyhdistysten Maailmanjärjestön tilasto v. 2002).

Erikoisalamme on jakautumassa yhä selkeämmin neljään osa-alueeseen, eli leikkaussali-anestesiologiaan, tehohoitolääketieteeseen, kivunhoitoon ja sairaalan ulkopuoliseen ensihoitoon. Kolmessa viimeksi mainitussa lääkärin ja hoitajan roolit ja työnjako ovat ainakin nykyisellään selkeästi määriteltävissä ja hoitajille on erityisalueiden kehityksen myötä langennut itsestään ns. perinteisiä lääkärin tehtäviä. Tietojen ja taitojen hallitsemisen perustana on määrätietoinen ja hyvin organisoitu koulutus, niin hoitajille kuin lääkäreille ja useimmiten yhdessä.

Näistä neljästä osa-alueesta perinteinen leikkaus-

salianestesiologia on Suomessa ehkä ollut konservatiivisin henkilöstön työnjaon kehittämässä. Anestesiahoitaja on pysynyt hoitajana ja avustajana. Tehdävät ja tavoitteet ovat säilyneet suurin piirtein sellaisenaan kuin ne kuvattiin 1960-luvun alussa aloitetussa anestesiahoitajan erikoiskoulutusohjelma-kokeilussa Helsingin sairaanhoitajaopistossa. Kehitystä on omalta osaltaan myös jarruttanut se, että varsinaisia anestesiaan erikoistuvia sairaanhoitajia ei enää Suomessa ole koulutettu vuoden 1985 jälkeen, jolloin alettiin kouluttaa leikkaus- ja anestesiaerikoissairaanhoitajia.

Vastauksena otsikossa esitettyyn kysymykseen esittäisin ensiksi, että ns. ”skandinaavinen malli” onkin hiukan monisäikeisempi asia kuin mitä ennen tätä kirjoitusta varten tekemääni taustatyötä olin luullut. Kussakin pohjoismaassa on oma mallinsa anestesiahoitajan pätevyys- ja koulutusvaatimuksista, mutta yhteistä on kuitenkin se, että hoitaja voi itsenäisesti antaa yleisanestesiaa, intu-

baatioineen ja ekstubaatioineen, hyväkuntoisille potilaille anestesiaerikoiskoulutuksen (ruots. ordination) mukaan.

Toiseksi haluan tuoda esille huolestumiseni suomalaisen anestesiahoitajan erikoistumiskoulutuksen puuttumisen johdosta. Nykyään koulutetaan ammattikorkeakouluissa lähes suoraan sairaanhoitajan perustutkinnon suorittaneista hoitajista yhdistelmäerikoissairaanhoitajia leikkaussali- ja anestesiatyöhön. Näiltä erikoissairaanhoitajilta puuttuu usein anestesiatyöhön tarvittava käytännön työkokemus ja käytännön koulutusta varsinaisen erikoistumisen aikana on hyvin vähän. Ainakaan heihin mitään ”skandinaavista mallia” ei voi soveltaa. □

---

Per Rosenberg  
professori  
Helsingin yliopisto



Seppo Lauritsalo