

... og ikke stykkevis og delt

*En kartleggingsstudie av preoperativ anestesivurdering
ved to norske sykehus*

Astrid J. Arnesen Hug



Hovedoppgave ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

UNIVERSITETET I OSLO

Mars 2007



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Astrid J. Arnesen Hug

Dato: Mars 2007

Tittel og undertittel: ... og ikke stykkevis og delt.

En kartleggingsstudie av preoperativ anestesivurdering ved to norske sykehus.

Sammendrag:

Hensikt: Studiens hensikt er å undersøke hvordan gjennomføringen av preoperativ anestesivurdering samsvarer med kravet om faglig forsvarlighet. Preoperativ anestesivurdering er helsehjelp eller helsetjeneste, som utføres av helsepersonell.

Litteratur: Norm for preoperativ anestesivurdering utgått fra ”Standard for anestesi i Norge” beskrives. Begrepet faglig forsvarlighet diskuteres, belyst fra helsefaglig / anesthesiologisk litteratur og juridisk forståelse presentert for helsepersonell. Faglig forsvarlighet blir beskrevet som en tredelt dimensjon mindre god / god / optimal. Litteraturfunn viser at den kvalitet på helsehjelp som kan forventes er det som beskrives som ”god praksis”, i feltet mellom optimal og mindre god kvalitet.

Metode: I denne studien brukes et utforskende design, med et selvinstruerende spørreskjema utviklet spesielt for denne studien. Empirisk materiale fra spørreskjemaundersøkelsen, danner sammen med intervjuresultat og gjennomgang av eksisterende retningslinjer den totale datamengde. Dette materialet er gjenstand for en vurdering i forhold til kravet om faglig forsvarlighet, hvor evalueringsmetoden Audit anvendes.

Resultat: Et bekvemmelighetsutvalg av 40 anestesisykepleiere på to sykehus svar på spørreskjemaundersøkelsen, intervju med fagsykepleier og gjennomgang av eksisterende retningslinjer ved de deltagende sykehus utgjør datamaterialet. Funnene viser at den preoperative anestesivurdering kan være preget av tilfeldigheter, både når det gjelder gjennomføring og innhold. Materialet viser at begge sykehus har interne retningslinjer, men disse er i varierende grad kjent og det ser ut til at de i varierende grad blir fulgt. Enkelte svar viser imidlertid at det er mulig å følge de eksisterende retningslinjer.

Konklusjon: Utvalget og datamaterialets størrelse tillater ikke at funnene kan overføres til de resterende norske sykehus. Men materialet peker på at preoperativ anestesivurdering gjennomføres på en varierende måte, som både følger og avviker fra Standards norm. Det innsamlede datamaterialet gir heller ikke holdepunkt for å hevde at den praktiske gjennomføringen av preoperativ anestesivurdering er uforsvarlig. Imidlertid er det funnet holdepunkter for å kunne hevde at eksisterende praksis kan bli bedre ved at ¹⁾ lik praksis gjennomføres og ²⁾ eksisterende normer og retningslinjer følges.

Nøkkelord: Preoperativ anestesivurdering, faglig forsvarlighet, norsk helselovgivning, praktiske retningslinjer, evalueringsdesign Audit.



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Name: Astrid J. Arnesen Hug	Date: March, 2007
Title and subtitle: ... not a little bit here and a little bit there	
Practice of preanesthetic evaluation in two Norwegian hospitals	
<p><u>Abstract:</u></p> <p>Purpose: The purpose of this study is to explore the practice of how preanesthetic evaluation occurs and how this audited practice corresponds to national recommendations regarding “professional accountability”. Preanesthetic evaluation is a healthcare service, performed by professional health providers, i.e. anesthetists and nurse anaesthetists.</p> <p>Literature / Theory: “Standard for anesthesi i Norge” is a national, practical guideline, also including guidelines and recommendations for preanesthetic evaluation. Professional accountability will be discussed in the light of health related, anesthesiological and legal literature. Professional accountability is characterised as a threefold dimension, minimum standard / acceptable or good practice / very good practice. Good or acceptable practice is healthcare and services that falls in between expectations for maximum quality and minimal standards. This is characterised as “good practice”.</p> <p>Methods: This study has a exploratory design, and applies the evaluation approach Audit. For data collection a self-instructive questionnaire was developed specially for this study. The empirical material for this study is made up by the responses to the questionnaire, interview of nurses engaged in professional development and review of the local professional guidelines, one from each hospital.</p> <p>Results: Responses from a convenience sample of 40 nurse anesthetists in the two hospitals who filled in the questionnaire, interviews and practical guidelines, shows that preanesthetic evaluation is characterized somewhat by coincidence. In spite of the existence of practical guidelines, both local and national, the collected material shows that these are not always well known and followed by the anesthetist staff. At the same time some of the respondents to the questionnaire indicate that it is possible to follow the recommendations given in the practical guidelines.</p> <p>Conclusion: The findings from this study cannot be claimed as representative beyond the participatory hospitals. However, the study points out that preanesthetic evaluation are carried out in different ways, ranging from following the practical guidelines to only follow parts. The findings does not support suggestions that preanesthetic evaluation might be carried out in an unjustifiable way. On the other hand there are reasons to claim that practice may be improved by ¹⁾ harmonizing and standardising practice and ²⁾ following the existing practical guidelines.</p>	
Key words: Preanesthetic evaluation / assessment, professional accountability, Norwegian health-legislation, practical guidelines, Audit.	

FORORD

Takk til:

- Kathrine Altunsoy, ISH, for all praktisk hjelp.
- Biblioteketansatte ved ISH, for all hjelp med de mest innfløkte litteratursøk.
- IT-avdelingen ved ISH, for tålmodig hjelp med PC og dataprogram.
- Anne Moen, veileder, sykepleier, dr. polit. Tusen takk for din innsats! Du har vært inspirerende, krevende, kunnskapsrik og tålmodig i din veiledergjerning.
- Respondentene ved sykehus A og B. Tusen takk for at dere tok dere tid til å svare på mitt spørreskjema.
- Anestesisykepleierkolleger som har kommet med bidrag, kommentarer og innspill til denne oppgaven.
- Thomas. Tusen takk for all din støtte!

INNHALDSFORTEGNELSE

KAPITTEL 1 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Studiens bakgrunn og begrunnelse	1
1.3 Studiens hensikt og betydning	3
1.4 Presentasjon av problemstilling	3
1.5 Avgrensning av studien	4
1.6 Oppgavens oppbygging	5
KAPITTEL 2 KLARGJØRING AV SENTRALE BEGREPER	7
2.1 Innledning	7
2.2 Litteratursøk og funn	8
2.3 Anestesisykepleie; praksis og fag	10
2.4 Anestesi	15
2.5 Standard for anestesi i Norge	16
2.5.1 Norm for preoperativ anestesisvurdering	18
2.5.2 Hensikten med preoperativ anestesisvurdering	19
2.5.3 Hvem gjennomfører preoperativ anestesisvurdering?	21
2.5.4 Tidspunkt for preoperativ anestesisvurdering	23
2.6 Dokumentasjon av helsehjelp	25
2.7 Faglig forsvarlighet	28
2.7.1 Faglig forsvarlig preoperativ vurdering	31
2.8 Pasientsikkerhet	32
KAPITTEL 3 METODE	35
3.1 Innledning	35
3.2 Valg av Audit som forskningsdesign	36
3.2.1 Audit – et evalueringsdesign	37
3.2.2 Audit - fordeler, ulemper og interessekonflikter	41
3.2.3 Audit brukt i denne oppgaven	42
3.3 Valg av kartleggingsverktøy	43
3.3.1 Utvikling av skjema og spørsmål	44
3.3.2 Utarbeidelse av svaralternativ	48
3.3.3 Spørreskjema – kritikk av utvikling og bruk	49

3.4 Sykehusutvalget.....	54
3.5 Tilgang til praksisfeltet og praktisk gjennomføring	55
KAPITTEL 4 EMPIRISK UNDERSØKELSE OG DISKUSJON	58
4.1 Innledning.....	58
4.2 Resultat spørreskjemaundersøkelsen.....	59
4.2.1 Intervju og samtaler med sykepleierleder / fagsykepleier	62
4.2.2 Presentasjon av sykehusinterne og avdelingsinterne skjema og retningslinjer ..	65
4.3 Funn spørreskjemaundersøkelsen.....	67
4.4 Hvordan utføres preoperativ anestesivurdering.....	68
4.4.1 Diskusjon - Preoperativ anestesivurdering	72
4.5 Rutiner knyttet til preoperativ anestesivurdering	76
4.5.1 Diskusjon - Rutiner.....	80
4.6 Dokumentasjonsrutine	81
4.6.1 Diskusjon - Dokumentasjonsrutiner	85
4.7 Konsekvenser av ikke gjennomført preoperativ anestesivurdering.....	88
4.7.1 Diskusjon - Konsekvens av manglende preoperativ anestesivurdering	91
4.8 Oppsummering og diskusjon av samlet empirisk materiale.....	94
KAPITTEL 5 KONKLUSJON OG ANBEFALINGER	100
5.1 Forslag til videre forskning	101
5.2 Muligheter for anestesisykepleietjenesten.....	102
REFERANSELISTE.....	104

Modeller

Modell 1:	Kvalitetslinjen.....	s. 30
Modell 2:	Audit.....	s. 39
Modell 3:	Sammenfatning av empirisk materiale med forslag til videre forskning.....	s. 100

Tabeller

Tabell A:	Oversikt utsendte og returnerte spørreskjema.....	s. 60
Tabell B:	Samsvar med norm for preoperativ anestesisivurdering.....	s. 68
Tabell C:	Innhenting av preoperativ anestisirelatert informasjon.....	s. 70
Tabell D:	Tilgjengelig pasientjournal.....	s. 71
Tabell E:	Grunnlag for preoperativ vurdering.....	s. 77
Tabell F:	Hvem gjennomfører preoperativ anestesisivurdering.....	s. 79
Tabell G:	Dokumentasjon av planlagt men ikke gjennomført preoperativ visitt.....	s. 82
Tabell H:	Innhenter og dokumenterer andre yrkesgrupper anestisirelatert informasjon.....	s. 84
Tabell I:	Konsekvens av manglende preoperativt tilsyn.....	s. 88
Tabell J:	Pasientvurdering ved ankomst operasjonsavdelingen.....	s. 90
Tabell K:	Konsekvenser av uteblitt preoperativ anestesisivurdering.....	s. 91

Vedlegg

Vedlegg I:	Utsendte spørreskjema.
Vedlegg II:	Mottatte svar.
Vedlegg III:	Intervju med sykepleierleder / fagsykepleier.
Vedlegg IV:	Forespørsel via mail til avdelingsledere anestesiavdelingen sykehus A og B.
Vedlegg V:	Godkjenning via mail fra sykehus A.
Vedlegg VI:	Godkjenning via mail fra sykehus B.
Vedlegg VII:	Preoperativt meldeskjema sykehus A.
Vedlegg VIII:	Avdelingsinterne retningslinjer sykehus A.
Vedlegg IX:	Preoperativt meldeskjema sykehus B.
Vedlegg X:	ASA-klassifisering.

KAPITTEL 1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Som en del av cand.san. studiet ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo, skal det skrives en hovedfagsoppgave. Innenfor de rammer som Universitetet har utarbeidet for denne type oppgave, var det ved oppstart av hovedfag ellers fritt til å velge tema for oppgaven, bruk av forskningsmetode og hvordan arbeidet praktisk skulle gjennomføres.

Valg av tema – Den preoperative anestesivurdering – er gjort på bakgrunn av fagtilhørighet, interesse og egen erfaring. Som anesthesisykepleier har jeg erfart at den preoperative anestesivurdering av pasienter som skal behandles som del av et planlagt helsetjenestetilbud, i varierende grad blir gjennomført som beskrevet i ”Standard for anestesi i Norge”, (ALNSF, 1999). Jeg ønsket derfor å undersøke hvordan anesthesisykepleiere ved utvalgte sykehus opplever at den preoperative anestesivurdering faktisk gjennomføres.

1.2 Studiens bakgrunn og begrunnelse

Anestesi er et stort fagområde, beskrevet bestående av; anestesi, intensivmedisin, akuttmedisin og smertebehandling (Strømskag, 1999). Min erfaring er knyttet til anestesipraksis i sykehus, med hovedvekt på anestesi til pasienter i forbindelse med kirurgi eller behandling, enten planlagt eller som øyeblikkelig hjelp-behandling.

Interesseområdet mitt er rettet mot de pasienter som skal gjennomgå anestesi og kirurgi som del av et planlagt helsetjenestetilbud. I motsetning til de pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp, kan man i forhold til planlagt behandling blant annet undersøke, forberede og planlegge arbeidets gjennomføring, anestesivalg, ressursbehov, personellbehov og tidsaspekt (Kirkevold, 1996; ALNSF, 1999; Hovind, 2002).

Som en del av dette planlagte arbeid er den preoperative anestesivurdering. Det er den vurdering anestesipersonell gjør av pasient i forkant av anestesi og operasjon (ALNSF, 1999; Finstad, Valeberg, & Hovind, 2002).

Praksis med hensyn til hvordan den preoperative anestesivurdering blir gjennomført er varierende. Den kan bli gjort på grunnlag av lesing av journal eller annet skriftlig materiale, etter muntlig informasjon fra andre spesialistgrupper i sykehuset, eller ”tatt på sparket” når pasienten ankommer operasjonsavdelingen umiddelbart i forkant av planlagt operasjon.

Undring over denne praksis, den varierende gjennomføringen av preoperativ anestesivurdering har gitt lyst til å studere dette fenomen nærmere. Kolleger, både ved eget og andre arbeidssted bekrefter den opplevde praksis som et ikke ukjent fenomen i den anestesifaglige hverdag.

Anestesi er et selvsagt tilbud til pasienter i forbindelse med kirurgi og ubehagelige undersøkelser (Ræder, 1996). I forbindelse med planlagt behandling har helsepersonell den mulighet å forberede både pasient, eget arbeid og bruk av ressurser. Anestesi er ikke ufarlig. I enkelte, men heldigvis svært sjeldne situasjoner kan anestesi påføre pasienten skade og i verste fall død (Sigurdsson & McAteer, 1996; Fasting & Gisvold, 2002; Thomsen, 2006).

Den preoperative anestesivurdering kan derfor sees på som en mulighet til å avklare, avdekke og muligens redusere problem eller antatte problem som kan oppstå i forbindelse med anestesigjennomføringen. Vanskeligheter for eksempel i forbindelse med intubasjon kan i enkelte situasjoner være forventet, mens andre, som en allergisk reaksjon komme helt overraskende (Atkinson, 1993; Guttormsen, 2001; Brodsky, Lemmens, Brock-Utne, Vierra, & Saidman, 2002; Shingai et al., 2002). Planlagt behandling gir annen mulighet til forberedelse enn øyeblikkelig hjelp (ØH) situasjoner. I disse situasjonene er mulighet for overveielser begrenset, situasjonen krever umiddelbar handling (Kirkevold, 1996; Pasientrettighetsloven, 2001).

I forbindelse med planlagt behandling kan avklaringer i forkant av planlagt behandling, med forberedelse på eventuelle forventede komplikasjoner være medvirkende til bedre håndtering av situasjonen når / hvis problemet dukker opp. Eventuelle problemer kan da få mindre konsekvenser fordi det er antatt at det kan dukke opp eller fordi personalet er mer forberedt, med det resultat av pasienten i mindre grad blir skadelidende (Lingnau & Strohmenger, 2002; Atkinson, 1993).

1.3 Studiens hensikt og betydning

Hensikt med denne studien er å undersøke og få mer kunnskap om hvordan den preoperative anestesivurdering faktisk foregår. Kunnskap om denne praksis kan blant annet avdekkes ved bruk av spørreskjema (Polit & Beck, 2004). I den kliniske hverdag har innføring av helselovene satt nye begreper på dagsorden, hvorav begrepet ”faglig forsvarlig” er sentralt (Helsepersonelloven, 2001). Hva dette krav kan innebære i den medisinske hverdag, er bakgrunnen for å undersøke i hvilken grad den erfarte preoperative anestesivurdering foregår i henhold til faglig forsvarlighet.

Et fokus på samspill mellom fag, yrke og yrkesutøvelse i relasjon til kunnskap, normer og regler kan være med på å styrke faglige diskusjon i anestesisykepleiegruppen.

Betydningen av de funn som gjøres i forbindelse med denne studien kan på samme måte styrke den faglige diskusjon, samt synliggjøre en praksis. Hvorvidt denne praksis er god eller dårlig, fremkommer når de empiriske funn skal presenteres og diskuteres.

1.4 Presentasjon av problemstilling

Oppgavens hensikt er å belyse et praksisfenomen, den preoperative anestesivurdering. Studiens problemstilling er i hvilken grad den preoperative anestesivurdering samsvarer med lovens krav om faglig forsvarlighet. Denne problemstilling avdekker tre hovedretninger som grunnlag for litteraturstudier i forbindelse med denne undersøkelsen.

Det fenomen som skal kartlegges er planlagt gjort ved en spørreskjemaundersøkelse. Spørsmålene er knyttet til gjennomføring av preoperativ anestesisivurdering. Denne praksisen vil bli avdekket ved at egnede sykehus blir spurt om deltagelse og utvalgte respondenter mottar et spørreskjema utviklet for bruk i denne studien. Hvordan ”hverdagen” er må kartlegges før denne kan diskuteres. Derfor vil litteratur om utvikling og bruk av spørreskjema være gjenstand for søk.

Videre kreves begrepsavklaring av begrep referert fra både juridisk litteratur, medisinsk litteratur og sykepleie litteratur. Begrepene kan finnes enten i én type litteratur, eller slik de er brukt i flere av fagområdene. Det at begrep brukes i forskjellig litteratur vil fremkomme i forbindelse med bruk av referanser. Dette gjenspeiler den nærhet de forskjellige fagområdene har på enkelte områder, ved at juridisk terminologi blir brukt i medisin og at medisinsk terminologi brukes som forklaring, presisering eller norm i forståelsen av juridiske begrep. Et eksempel på dette er begrepet faglig forsvarlighet.

For å se på samsvar mellom praksis og teori vil det bli brukt et evalueringsdesign, hvis hovedhensikt er å vurdere ”noe” i forhold til ”noe annet”. Søk i litteraturen har vist at evaluering både er karakterisert som forskningsmetode og at det finnes forskjellige forskningsdesign, hvorav ett er valgt brukt for denne oppgaven.

1.5 Avgrensning av studien

Denne oppgaven henvender seg til anestesisykepleiere for å få kunnskap om deres erfaring med et praksisfenomen. Temaet – den preoperative anestesisivurdering – utføres av både anestesileger og anestesisykepleiere. I forbindelse med arbeidet med denne studien har det, fra enkelte kolleger, vært stilt kritiske spørsmål til at undersøkelsen bare omfatter anestesisykepleiere.

Bakgrunn for at det kun er yrkesgruppen anestesisykepleiere som er deltagende har sin forklaring i flere forhold. Anestesi er et fag som sykepleiere har lang tradisjon for å utøve (Nissen, 2000). I 1965 ble spesialutdanning i anestesisykepleie formalisert, og dagens helsepersonellov påpeker det personlige ansvar ethvert helsepersonell har for den

helsehjelp de utøver. Sykepleiere er i samme lov definert som helsepersonell, og de handlinger de utfører som helsehjelp (Helsepersonelloven, 2001). Eksisterende faglige retningslinjer og annen faglitteratur inkluderer anestesisykepleiere til blant annet å kunne gjennomføre preoperativ anestesivurdering (ALNSF, 1999; Roizen, Foss, Fischer, & Miller, 2000; Hovind, 2002).

Sykepleiere som gruppe har både nasjonale og internasjonale retningslinjer som beskriver deres arbeid og funksjon (Norsk Sykepleierforbund, 2001; International Council of Nurses, 2001; Helsepersonelloven, 2001). Disse bekrefter både egen yrkesfaglig, etisk og ansvarsmessige forhold som legitimerer bruken av kun sykepleiere som referansegruppe i denne oppgaven.

Med den faglige bakgrunn anestesisykepleierne har og de lovpålagte krav som gjelder for helsepersonell, inklusive sykepleiere, mener jeg det er forsvarlig å kun inkludere anestesisykepleiere i denne studien. Sakens kjerne er å kartlegge en praksis slik den erfares, noe anestesisykepleierne kan gi et innblikk i. Det er selve prosedyren ”Preoperativ anestesivurdering” som er en del av det anesthesiologiske arbeidet og ikke hvilken yrkesgruppe som utfører den, som er interessefeltet.

1.6 Oppgavens oppbygging

I dette kapittel har jeg presentert bakgrunnen for valget av tema i denne oppgave. Hensikten med studien er å kartlegge en eksisterende praksis og se funnenes samsvar med kravet om faglig forsvarlighet.

I kapittel 2 omhandler utvalgte begrep som er sentrale i denne oppgaven. De begrep som er gjenstand for diskusjon, er begrep som kan forstås forskjellig, som krever en situasjonsrelatert avklaring eller som fester i andre fagområder enn anestesi. Av disse kan nevnes oppgavens kjernebegrep preoperativ anestesivurdering og faglig forsvarlighet.

I kapittel 3 presenteres de metodiske valg og hvorfor disse er gjort. Styrke og svakheter gjøres rede for teoretisk, og det vises praktisk hvordan metodekritikk har vært brukt i blant annet utarbeidelse av spørreskjema og valg av deltagersykehus. .

I kapittel 4 presenteres de empiriske funn, som er fremkommet via intervju, spørreskjemaundersøkelsen og gjennomgang av sykehusinterne retningslinjer. Disse blir diskutert etterhvert som presentasjon gjøres. Det er valgt å disponere innholdet i dette kapittel slik, fordi det empiriske materialet inneholder tildes mange detaljer som kan fremstå overlappende.

I kapittel 5 redegjøres det for konklusjoner, konsekvenser for anestesisykepleie og forslag til videre studier.

KAPITTEL 2 KLARGJØRING AV SENTRALE BEGREPER

2.1 Innledning

Begrepene anestesi, preoperativ anestesivurdering, faglig forsvarlighet og pasienters sikkerhet er sentrale i denne oppgaven. Dette er begrep som kan brukes og forstås på forskjellige måter. De trenger derfor en konkretisering for å kunne bli brukt på en meningsfull måte som denne oppgaven krever.

Viktig i en begrepsdiskusjon er presentasjonen av hvordan sentrale begrep blir brukt i oppgaven. Det innebærer at diskusjonen belyser de utvalgte begrepene. En avslutning på diskusjonen gir en forståelse av hvordan de utvalgte begrep blir brukt i denne oppgaven. Et språklig begrep kan imidlertid ikke defineres på samme måte som et metrisk mål, hvor for eksempel "1 kg" betyr det samme uansett hvor kilobetegnelsen brukes.

Videre er en begrepsforståelse en forutsetning for bruk av evalueringsdesignet Audit, som er det design som er valgt brukt i denne oppgaven. Både det som skal vurderes – her den preoperative anestesivurdering, og det dette skal evalueres i forhold til – her Standards norm for preoperativ anestesivurdering og kravet om faglig forsvarlighet, må være så klart definert at det fyller de krav bruken av Audit krever (Øvretveit, 1998).

Hvordan et begrep forstås og brukes, kan variere ut fra hvilket ståsted det velges brukt og av hvem som bruker det. Dette er en oppgave skrevet av en anestesisykepleier og det antas at eventuell lesergruppe er anestesipersonell eller andre med spesiell interesse for tematikken. Det forutsettes dermed at lesergruppen har et visst medisinsk og anesthesiologisk kunnskapsnivå.

Begrepene anestesi og preoperativ anestesivurdering blir i oppgaven også omtalt under kategoriene helsehjelp eller helsetjenestetilbud. Disse to samlebegrepene brukes begge i referert litteratur, og fremkommer også i oppgaven i refererte sitater. Det er for at det skal være samsvar med litteratur at begge disse begrep også brukes i oppgaven (Sosial- og

helsedepartement, 1998; Helsepersonelloven, 2001; Norsk Sykepleierforbund, 2003; Befring, 2004).

Skjønn og skjønnsmessig vurdering er begreper som går igjen i mye av den refererte litteratur, både direkte og indirekte. I disse ligger det en verdimessig forståelse, som forstandig, rimelig eller sunt omdømme (Landrø & Wangensteen, 1991). Når praktiske fenomen skal beskrives teoretisk innebærer dette ofte skjønnsmessige men profesjonelt funderte vurderinger. Særlig gjelder dette hvis det fenomen som skal beskrives ikke er faste og konkrete som for eksempel ”1 kg”. Det er det skjønnsmessige innholdet til den eller de som beskriver som gjør seg gjeldende, et eksempel er hva den preoperative anestesivurdering innebærer. Hva som legges i den enkeltes skjønnsmessige vurdering, krever en dypere forklaring. Det viktige er å være bevisst på at skjønn ofte er med i beskrivelser, fortolkninger og vurderinger, og at tydeliggjøring av skjønn er å antyde retning og ikke sette faste rammer.

I denne studien er det anestesisykepleieres erfaring som er etterspurt. I oppgaven vil begrepene anestesisykepleier og anestesipersonell brukes. Dette gjøres fordi det anesthesiologiske arbeidet utføres av både anestesileger og anestesisykepleiere, og derfor vil være unaturlig å bare referere til anestesisykepleiere.

2.2 Litteratursøk og funn

Litteratursøk i forbindelse med skriving av denne oppgave ble i utgangspunktet rettet mot to hovedområder. Det ene hovedsøk er rettet mot egnet forskningsmetode, som omtales nærmere i metodekapitlet. Det andre hovedsøk er rettet mot preoperativ anestesivurdering med kombinasjoner knyttet til innhold, tid, sted og yrkesgrupper.

Søkerord som har vært benyttet er følgende:

Norske søkerord	Engelske søkerord
Preoperativ anestesivurdering	Preanesthetic evaluation
Preoperativ visitt	Patient safety
Pasientsikkerhet	Intubation
Praktiske retningslinjer	Practical guidelines
Intubasjonsproblem	Allergy
Allergi	Adverse events
Uønskede hendelser	Mortality and morbidity
Mortalitet og morbiditet	
Evaluering / forskning / metode	

Databaser som er søkt i er Ovid Medline, Embase og Cinahl. Videre er det søkt direkte i en del tidsskrift som Sykepleien, Tidsskrift for den Norske Lægeforening og Acta Anaesthesiologica Scandinavica. Detaljert søkerspor er med dagens enorme søkermulighet via Internett vanskelig å følge. En funnet artikkel kan ha flere mulig aktuelle referanser som ikke er funnet via primærsøket i aktuell database. Disse referanser må vurderes for bruk, før det går tilbake til søkerrekken i databasen. Det er vurdert som en kvalitetssikkerhet at det kun er søkt via Universitetet i Oslos database, sykehusbibliotek og biblioteket ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag.

Ett interessant funn registrert i forbindelse med litteratursøkene, er at mulig aktuelle artikler er utgått fra land over hele verden. Tema knyttet til preoperativ anestesivurdering er gjenstand for diskusjon. Det er blant annet funnet artikler utgående fra Japan, Israel, Tsjekkia, Iran samt land som er mer ”naturlig” for norske forhold å sammenlikne seg med som vesteuropeiske land, USA og Canada.

Til tross for at samtlige artikler er funnet direkte eller indirekte via databasene som nevnt over, er det ikke alle som i fulltekst er publisert språk tilgjengelig for meg, engelsk, tysk eller skandinaviske språk. Flere av disse artiklene på andre språk har interessante abstracts som tyder på relevans for denne oppgave, men som har ikke kunnet bli brukt på grunn av språklige hindringer (de Lange, 2001; Irita & Takahashi, 2000; Dostalova, Odraskova, Kulda, & Cerny, 2000; Gaitini, Vaida, & Madgar, 1998). Hvorfor disse er publisert på ”smale” språk er det ikke mulig å svare på. Den informasjon som er fremkommet i disse artiklenes abstracts har vekket interesse, men grunnet språkbarrierer dessverre ikke vært

mulig å bruke hele artiklene. Men det er interessant at temaet preoperativ anestesivurdering er gjenstand for diskusjon og oppmerksomhet i mange deler av verden.

I oppgaven er det referert til noen nettsider knyttet til de norske faggruppene Norsk Anestesiologisk forening eller Anestesisykepleiernes landsgruppe av Norsk sykepleierforbund. I noen grad er det også referert til avisartikler, for å vise at interesse for områder innen helsesektoren også er av almen interesse, og følgelig diskuteres blant annet dagspressen.

Litteraturfunn viser at det er stor interesse for preoperativ anestesivurdering. Det er både i fagbøker og fagartikler gjort rede for hva den preoperative anestesivurdering bør inneholde og hvorfor nevnte elementer bør være med (Roizen et al., 2000; Aitkenhead, 1996; ALNSF, 1999). Det som i liten grad er funnet, er beskrivelser av hvordan den praktiske gjennomføringen av preoperativ anestesivurdering faktisk skjer (Klopfenstein, 2002). Dette er i seg selv et interessant funn, da kunnskap om praksis kan avsløre behov for kvalitetsforbedring, endring og eventuelle studier (Guttormsen, 2001).

Pasienten blir av praktiske grunner enkelte steder i oppgaven omtalt som ”han”. Ordet ”dokumentasjon” eller ”dokument” blir enkelte steder brukt hvor ordet pasientjournal kunne vært brukt. Dette har sin grunn i at ikke alle pasienter har en journal når de innlegges på sykehus for planlagt operasjon, og at det dokument som da eksisterer for bruk av anestesipersonell er ”Preoperativt meldeskjema” som presenteres i kapittel 4.2.2.

2.3 Anestesisykepleie; praksis og fag

Anestesi er et spesialområde som sykepleiere har utøvd i langt over 100 år. Allerede i 1877 beskrev Rikke Nissen i sin ”Lærebog i Sygepleie” hvordan en diakonisse skulle bistå ved operasjoner med å kloroformere (= bedøve pasienten ved at denne innånder kloroform) den kirurgiske pasient (Nissen, 2000 s. 132 - 135):

”Ifald man ikke har de mer brugelige Kloroform-Apparater, kan man gjøre en Tut af et rent Lommetørklæde ved Hjælp af Knappenaale, hvorpaa man først helder en Theske Kloroform og holder den Syges Mund og Næse, saa at Øinene blive fri, og

den Syge i Begyndelsen endnu af og til kan indaande lidt frisk Luft. Den, der kloroformerer, staar bag den Syges Hoved, for ifald han bliver urolig, at kunne støtte dette mod sit Bryst, og søger især i Begyndelsen ved venlig Tiltale at bringe ham til at aande rolig og regelmæssig. ... Er den Syge bedøvet, saa holder man ikke længer Klædet for Munden, men understøtter Hovedet og forsætter først Kloroformeringen efter fornyet Oppfordring af Operatøren, idet man altid har Flasken ved Haanden. ... Død kan være Følge af at den (Kloroformeringen) fortsættes for længe. Hun maa derfor aldrig undlade at spørge Operatøren om Graden og Varigheden af Bedøvelsen og give Agt paa, at den Syge ved Kloroformen skal bringes i en rolig og dyb Søvn, der giver seg tilkjende ved et snorkende Aandedræt og en rolig, noget langsom Puls”.

Mye har endret seg siden disse ord ble skrevet. Anestesiens fagområde er ikke lenger bare ”å kloroformere”, men varierende fra å yte helsehjelp til akutt kritisk syke, lindrende behandling til pre- og postoperativ pleie og behandling (ALNSF, 1996; ALNSF, 1999; Hovind, 2002; Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Anestesisykepleierens kunnskapsplattform i utøvelsen av sitt fag bygger på forskjellige fagområder som sykepleie, anatomi, farmakologi og anestesiologi (ALNSF, 1996; Hovind, 2002). Helsehjelpen som gis må tilpasses den pasient og den situasjon som er aktuell. Situasjonene kan variere fra helsehjelp til akutt kritisk syke hvor det må handles umiddelbart, til arbeidssituasjoner som bærer preg av planlegging og overveide handlinger

Yrkesutøvelsen er i dag regulert ved lov og beskrevet i faglitteratur, hvilket diskuteres nærmere senere i denne oppgave. Likeledes setter samfunnet krav til den helsehjelp som gis, gitt i lover og regler. Pasienters interesse er også ivaretatt ved at disse er nedfelt i lov, hvor det heter at formålet med loven er; ” å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ... fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasient liv, integritet og menneskeverd” (Pasientrettighetsloven, 2001 § 1-1; Sosial- og helsedepartement, 1998).

I dette kapittel er de begrep som diskuteres knyttet til yrkesgruppen anestesisykepleiere og faget anestesisykepleie. Dette gjøres fordi oppgaven har utgangspunkt i anestesisykepleieres erfaring med den preoperative anestisivurdering og er skrevet av en anestesisykepleier.

Yrkesbetegnelse sykepleier og anestesisykepleier finnes begge brukt i referanser i denne oppgaven (Sosial- og helsedepartement, 1998; Helsepersonelloven, 2001; Norsk

Sykepleierforbund, 2003). Dette kan forklares med at sykepleiertittelen er en yrkestittel som favner flere spesialgrupper av sykepleiere som blant annet jordmor, helsesøster og anestesisykepleier. I Norge har disse gruppene den felles plattform at de er utdannet sykepleiere, med en videreutdanning eller spesialisering i de forskjellige spesialområdene. I praksis betyr det at en anestesisykepleier er sykepleier, mens en sykepleier ikke må være anestesisykepleier (ALNSF, 1996; Hovind, 2002; Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

Begrepene videreutdanning, spesialutdanning og spesialistutdanning er også begreper som i referanser brukes om prinsipielt samme sak. Disse begrepene henviser til det samme, nemlig en utdanning utover en grunnutdanning rettet mot et spesialområde, her anestesisykepleie (Hovind, 2002; Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). I denne oppgaven vil disse begrepene også bli brukt, oftest i samsvar med den litteratur det refereres til i de aktuelle tilfellene.

De sykepleiere som utøver faget anestesisykepleie i Norge er enten under spesialutdanning eller utdannet anestesisykepleiere. Spesialutdanningen i anestesisykepleie ble formalisert i 1965, etter nesten 100 års praktisk arbeid med og erfaring fra faget anestesi (Strømskag, 1999; Nissen, 2000; Hovind, 2002). De formelle krav som stilles til anestesisykepleiere er følgelig både en grunnutdanning i sykepleie og en videreutdanning i anestesisykepleie (ALNSF, 1996; Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

Sykepleie er et yrke, hvor et av målene med yrkesutøvelsen er å gi enhver pasient den sykepleie de trenger, uansett diagnose og behandling, tid og sted (Henderson, 1961). Sykepleiens spesielle funksjon er beskrevet av V. Henderson på følgende måte:

”Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål, som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredelig død), noe han ville ha gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort som mulig” (Henderson, 1961).

En videreutdanning i anestesisykepleie bygger på grunnutdanningens forståelse av sykepleie. De mange fagspesifikke krav som er tilknyttet spesialutdanningen er konkretisert i ”Rammeplan for videreutdanning i anestesisykepleie”, senere kalt

Rammeplanen (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). I Rammeplanen listes detaljert hvilke emner som spesialutdanningen innebærer, blant annet fordypning i sykepleie og anesthesiologi (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005 hovedemne 2). Om spesialutdanningen i anesthesisykepleie heter det:

”Yrkesutøvelsen krever utvidet sykepleiekunnskap og nødvendig medisinsk basiskunnskap om den akutt / kritisk syke pasient og den spesielle situasjon pasienten befinner seg i. Anesthesisykepleiefaget og –yrket innebærer forståelse for at man står i et skjæringspunkt mellom medisinsk teknologisk behandling og sykepleie hvor begge aspekter må ivaretas” (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005 kap. 2.1).

ALNSF har bygget videre på Rammeplanen når de har konkretisert anesthesisykepleierens arbeidsoppgaver og funksjon i ”Idegrunnlag og funksjonsbeskrivelse for anesthesisykepleiere” (ALNSF, 1996)

”Anesthesisykepleierens spesialkompetanse er rettet mot en spesiell pasientkategori. Dette er pasienter som skal ha en form for anestesi/analgesi/sedasjon og/eller pasienter som er akutt kritisk syke”. ... Anesthesisykepleieren skal ved hjelp av relevant kunnskap og sin kliniske kompetanse ivareta pasientens behov for sykepleie og anestesi: ¹⁾ i den pre-, per- og post-operative periode, ²⁾ ved spesielle undersøkelser /behandlinger, ³⁾ i akutte livstruende situasjoner og ⁴⁾ ved akutt eller kronisk smerte” (ALNSF, 1996 s. 1 og 4).

Sykepleie til pasienter i den preoperative periode er ett av anesthesisykepleierens funksjonsområder. I ovennevnte beskrivelse brukes begrepet preoperative periode, hvilket er ulikt det begrep som ellers brukes i oppgaven – preoperativ anestesisivurdering. Dette synes mer som en språklig variant, da preoperativ anestesisivurdering nødvendigvis må foregå i den preoperative periode (Finstad et al., 2002). Imidlertid skal det ikke sees bort fra at bruken av begrepet ”preoperativ periode” åpner for at annen type helsehjelp enn preoperativ anestesisivurdering kan gis pasienten i den preoperative periode. Dette faller utenfor oppgavens interesseområde, som er begrenset til den preoperative anestesisivurdering, og vil derfor ikke bli viet ytterligere oppmerksomhet. Anesthesisykepleierens plass i utføringen av den preoperative anestesisivurdering er stadfestet (ALNSF, 1999; Finstad et al., 2002; ASA Task Force on Preanesthesia Evaluation, 2002), men dette betyr ikke at dette praktiseres likt. Det ene sykehuset som ble kontaktet som mulig deltagende i undersøkelsen, var ikke aktuelt fordi det derfra ble fortalt at

anestesisykepleiere ikke deltar i den preoperative anestesisivurdering. Fra begge de deltagende sykehus kom det frem at preoperativ anestesisivurdering av anestesisykepleiere gjøres til pasienter klassifisert til ASA-gruppe I og II, mens anestesilegene vurderer dem i ASA-gruppe III, IV og V, se kapittel 2.5.4. ASA-klassifisering er et system hvis hensikt er å definere pasienten etter risiko eller sykdom. Denne gruppering inneholder seks punkter som definerer pasienter i forhold til deres totale helsesituasjon uavhengig av planlagt operativt inngrep. Punktene går fra 1 frisk til 5 moribund pasient (Finstad et al., 2002; ALNSF, 1999). På sykehus A fremkommer også arbeidsfordelingen mellom anestesileger og anestesisykepleiere i avdelingens retningslinjer for preoperativ anestesisivurdering, vist i vedlegg VII side 1. Bakgrunn for hvorfor denne arbeidsfordeling er slik, er ikke funnet beskrevet eller forklart i den gjennomgåtte litteratur, men det kan antas at grunn for dette er at den antatt ”sykeste” pasient bør gjennomgå en medisinsk vurdering gjort av anestesilege.

Enhver handling som utføres av helsepersonell og som enten er forbyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende, er helsehjelp (Helsepersonelloven, 2001; Pasientrettighetsloven, 2001). Denne definisjon innebærer at den preoperative anestesisivurdering er helsehjelp.

Ved gjennomgang av begrepene helsepersonell og helsehjelp ser man at disse begrepene er nært sammenknyttet. Begrepene er konkretisert ved anestesisykepleier og preoperativ anestesisivurdering. Dette kapitlets gjennomgang av begreper, faglige standarder og yrkesgruppers funksjons og ansvarsområde viser at anestesisykepleiere innehar faglige kvalifikasjoner til å utføre preoperative anestesisivurderinger (Henderson, 1961; ALNSF, 1996; ALNSF, 1999; Roizen et al., 2000; Hovind, 2002; Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Sykepleierens plass og funksjons i det norske helsevesen er fundamentert både via lover, fag og tradisjon. Som helsepersonell har sykepleieren ansvar for at den helsetjeneste hun utøver er tuftet på kunnskap, retningslinjer, normer og regler. Sykepleierens personlige ansvar for en forsvarlig yrkesutøvelse poengteres i yrkesetiske retningslinjer, faglitteratur og lovverk (Henderson, 1961; Norsk Sykepleierforbund, 2001; Hovind, 2002; ALNSF, 1999; Roizen et al., 2000; ASA Task Force on Preanesthesia Evaluation, 2002; Helsepersonelloven, 2001).

2.4 Anestesi

Anestesi er en medisinsk og sykepleiefaglig spesialitet (ALNSF, 1999; Strømskag, 1999).

I Norge er det to yrkesgrupper som arbeider innen spesialistområdet anestesi, leger og sykepleiere. Det innebærer at begge yrkesgruppene har en spesialutdanning utover ”grunnutdanning” medisin eller sykepleie. I praksis betyr det at personell ved en anesthesiavdeling enten er ferdige spesialister eller under spesialutdanning (Den norske lægeforening, 1995; ALNSF, 1996).

I denne oppgaven brukes anestesibegrepet om anestesi slik det blir praktisert i forbindelse med et kirurgisk inngrep. I praksis brukes ordet anestesi om forskjellig grad av eller form for bedøvelse. Anestesi stammer fra ordet ”anaesthesia” som betyr ufølsomhet, bedøvelse (Berulfsen, 2000). Det kan være generell anestesi som innebærer at pasienten sover, ikke føler smerte, ikke puster selv og er totalt muskelavslappet. En mindre omfangsrik anestesi er lokal bedøvelse av et lite kroppsområde hvor kirurgi er planlagt, hvor det eventuelt gis en grad av sedasjon i tillegg. Hensikten med anestesi er både å svekke pasientens bevisste oppfattelse av kirurgi og ubehagelige undersøkelser, u hensiktsmessige fysiologiske responser og reflekser og dessuten å legge forholdene til rette for den / de som utfører kirurgi / undersøkelser. (Ræder, 1996).

Anestesi blir derfor brukt som en samlebetegnelse for alle typer bedøvelse, og med den forutsetning at anestesipersonell er til stede når anestesi gjennomføres. Denne definisjonen er i samsvar med Standards definisjon av anesthesiologisk arbeid: ”Med anesthesiologisk arbeid forstås i denne forbindelse generell anestesi, regional anestesi, kontrollert sedasjon, postoperativ overvåking og annen observasjon med anestesiberedskap” (ALNSF, 1999 s. 4). Anestesiberedskap innebærer at ”Anestesilege eller anesthesisykepleier skal være tilstede hos pasienten kontinuerlig” (ALNSF, 1999 s. 8)

Anestesi er en forutsetning for at behandlende helsetjenestetilbud som kirurgi kan gjennomføres. I praksis betyr det at anestesi er en del av et totalt helsetjenestetilbud og at anestesipersonell er en spesialistgruppe som yter helsehjelp til pasienten i nært samarbeid med annet personell som kirurg og operasjonssykepleier (Ræder, 1996).

Et så nært samarbeid med annet personell, innebærer da at anestesipersonellet ikke kan planlegge og gjennomføre sitt arbeid uten tanke på samarbeid med de andre deltagende spesialistgruppene. Samarbeidet medfører at planlegging og gjennomføring av den tenkte anestesi, utover det direkte pasientrettede, også må ta hensyn til planlagt kirurgi, bruk av utstyr, ressurser og personell (ALNSF, 1999). Fordi anestesi gjennomføres i forbindelse med kirurgi, blir også den vurdering som anestesipersonell gjør i forkant av anestesi omtalt som den preoperativ anestisivurdering. I enkelte artikler blir begrepet ”preanestetisk” brukt (Flowerdew, 2004). Dette kan det hevdes er språklig mer korrekt, men begrepet ”preoperativ” er det begrep som brukes i praksis og som ikke minst gjenspeiler at anestesi da brukes i sammenheng med operasjon eller kirurgi (ALNSF, 1999; Roizen et al., 2000; Grimaldo et al., 2001; Takata, Benumof, & Mazzei, 2001).

2.5 Standard for anestesi i Norge

I Norge finnes det ett overordnet dokument som gir generelle anbefalinger for anesthesiologisk arbeid. Dokumentet er ”Standard for anestesi i Norge”, senere kalt Standard. Hensikt med dette dokument er ”å sikre tilfredsstillende anesthesiologisk praksis i Norge” (ALNSF, 1999 forord.), ved å beskrive blant annet konkrete arbeidsoppgaver, bruk av medisinsk tekniske utstyr, pasientklassifisering, arbeidsforhold og ansvarsforhold.

Standard har eksistert siden 1991. Standard er utarbeidet og godkjent av organisasjonene til de to yrkesgrupper som utfører anesthesiologisk arbeid (ALNSF, 1999). Disse er anestesilegenes ”Norsk Anesthesiologisk forening” (senere NAF) og anesthesisykepleiernes ”Anesthesisykepleiernes landsgruppe i Norsk Sykepleierforbund” (senere ALNSF).

Dokumentet er brukt som henvisning og kilde i forskjellige sammenhenger hvor faget anestesi omtales, diskuteres eller undervises i (Strømskag, 1999; Hovind, 2002). For bruk i praksis bemerkes at dokumentet er lett håndterbart, da det er forholdsvis lite, oversiktlig i bruk, med praktisk inndeling av kapitlene som er konkrete og lett forståelige, og elektronisk tilgjengelig på nettsider til både NAF og ALNSF (Norsk Anesthesiologisk forening, 2005; Anesthesisykepleiernes landsgruppe av Norsk Sykepleierforbund, 2005).

Denne profesjonsbaserte standard kom første gang i 1991, med 1. revidering i 1994, 2. revidering i 1998 og 3. revidering i 2005. Med denne bakgrunn antas det derfor at dokumentet er kjent i de anestesifaglige miljøer.

Det er 2. reviderte utgave av 1998 som legges til grunn i denne oppgaven. Denne er blant annet utgitt i eget faghefte for anestesisykepleiere kalt ”Standard for anestesi i Norge. Temahefte III” (ALNSF, 1999). Ved gjennomlesing av 2. og 3. reviderte utgave, noteres det at det kun er foretatt mindre endringer. Det er viktig å merke seg at kapitlet om ”Preoperativ vurdering, tilsyn og informasjon” står helt uforandret (ALNSF, 1999; Norsk Anestesiologisk forening, 2005). Årsaken til at det er 2. reviderte utgave som refereres til her, var at den var den eksisterende da arbeidet med denne oppgaven startet.

I innledningen til Standard står det at dokumentet er å anse som ”anbefalte retningslinjer for anestesiologisk arbeid”. Det innebærer at det ikke stilles krav til at Standard skal følges, men det anbefales videre at ”Avvik fra Standard må kunne begrunnes i hvert enkelt tilfelle” (ALNSF, 1999). Betydning og viktighet av en yrkesgruppes egne utarbeidede retningslinjer veier tungt. Helsetilsynet presiserer dette i sitt skriv ”Om regelverk” hvor det presiseres at sedvane – ”hvordan man ordner seg innenfor et område” tillegges vekt ved tolking av lover og forskrifter (Helsetilsynet, 2006a). Avsagte dommer etter 2001 viser hvordan Standard brukes som referansedokument i saker knyttet til anestesirelaterte forhold, at dokumentet blir tillagt stor grad av krav til å bli etterfulgt (Oslo Tingrett, 2004; Borgarting lagmannsrett, 2004). Dette viser litt av den status Standard har som retningsgivende når forståelse av faglig forsvarlig anestesiologisk arbeid diskuteres.

En praktisk retningslinje forutsetter regelmessige revideringer og endringer etter hvert som den medisinske utvikling endres (ALNSF, 1999; ASA Task Force on Preanesthesia Evaluation, 2002). Hvor viktig regelmessig vurdering er påpekes også i Standard selv ”for å være i samsvar med aktuell lovgivning og med medisinsk og teknologisk utvikling og praksis” (ALNSF, 1999 s. 4). Et konkret eksempel på hvordan Standards innhold endrer seg i takt med tiden, den teknologiske utviklingen og praksis er hvordan bruk av capnograf (instrument som måler ende-tidal karbondioksyd) er endret fra ”anbefalt brukes” til ”skal brukes” (ALNSF, 1999 s. 9; Norsk Anestesiologisk forening, 2005).

I hvilken grad dokumentet er brukt på landets anesthesiavdelinger er ikke kjent. I forordet til Standard står det at ”Standard for Anestesi i Norge har siden første versjon 1991 inntatt en sentral posisjon i norsk anestesi. Anesthesiavdelingene har tatt inn Standard i sine overordnede kvalitetsdokumenter” (ALNSF, 1999). Revisjonsarbeidet har vært diskutert på flere generalforsamlinger i NAF, før Fagutvalget for anestesi fikk fullmakt til å fullføre siste revisjon, hvor ALNSF også gav sin tilslutning (Norsk anesthesiologisk forening, 2005). Standard har et faglig fundament, blir brukt som referanse i norsk medisinsk litteratur, har eksistert over tid og er tilgjengelig både i papirversjon og elektronisk. Summen av dette gir derfor grunn til å anta at Standards retningslinjer er kjent i de kliniske avdelinger.

Det anesthesiologiske arbeid i Norge er regulert via forskjellige ”kanaler” utarbeidet av både anestesipersonell og samfunnet for øvrig, som lover og regler, yrkesetiske retningslinjer, faglige standarder og regulert utdanning (Helsepersonelloven, 2001; Norsk Sykepleierforbund, 2001; ALNSF, 1999; Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Til tross for denne forholdsvis detaljerte regulering skjer det uhell i forbindelse med anestesi, noe som ifølge Norsk Pasientskadeerstatning koster samfunnet millioner av kroner årlig (Thomsen, 2006). Uten her å antyde grunner til hvorfor uhell skjer, konstatere at uhell skjer og det er i den kliniske hverdag disse skjer. Nærmere kunnskap om hvorfor disse uhell skjer, hvordan og når kan fremskaffes blant annet via undersøkelse av hvordan det anesthesiologiske arbeid faktisk foregår.

2.5.1 Norm for preoperativ anestesivurdering

Kapitlet i Standard om ”Preoperativ vurdering, tilsyn og informasjon” gir anbefalinger for og vil derfor bli brukt som referanse for den preoperativ anestesivurdering (ALNSF, 1999):

”Det skal alltid foreligge medisinsk beslutning fra lege om at anestesi er nødvendig. Aktuell informasjon, også sykehusets pasientjournal med eventuelle tidligere anestesijournaler, skal være tilgjengelig. Alle pasienter skal tilsees og vurderes av anestesilege. Tilsyn kan etter avtale delegeres til anestesisykepleier. Herved kontrolleres og vurderes medisinske opplysninger, tidligere anestesierfaring, fysisk funksjonsnivå, aktuell medisiner, preoperativ faste, allergi eller intoleranse, tannproteser, gapefunksjon, nakkebevegelighet, blødningsanamnese og svar på supplerende undersøkelser. Det anbefales bruk av ASA-klassifisering for preoperativ vurdering av fysisk funksjonsnivå.

Endelig vurdering bør også ta hensyn til planlagt anestesi og det kirurgiske inngrepets art.

Pasienten gis informasjon om valg av premedikasjon, anestesimetode, spesielle risikofaktorer og om postanestesifasen”.

En norm forklares som ”regel, målestokk eller rettesnor” (Berulfsen, 2000). En norm innebærer ikke krav om å bli fulgt, men fungerer som en anbefaling av hva ”noe” bør være eller inneholde, i praksis en anbefalt retningslinje. En motsetning til en retningslinje er en ”rettsregel” eller lov, som setter krav til å bli fulgt eller etterkommet. Når det gjelder forståelse eller tolking av lov, legges det vekt på et fagområdes praksis og sedvane (Helsetilsynet, 2006a) hvilket igjen viser tilbake til de enkelte fagområdene rutiner og retningslinjer. Hensikten med en praktisk retningslinje er å sikre at det arbeid som utføres er i tråd med hva som kan forventes (ALNSF, 1999; ASA Task Force on Preanesthesia Evaluation, 2002; Pasternak, 2002; Hilditch, Asbury, & Crawford, 2003). Via utvikling av et system for klinisk bruk, kan tilfredsstillende praksis tilstrebes slik at mulighet for uønskede hendelser reduseres (Gaba, 2000; Cooper & Gaba, 2002).

2.5.2 Hensikten med preoperativ anestesivurdering.

Hensikten med den preoperative anestesivurdering vil kunne forklares forskjellig. Fordi det er anestesisykepleieres erfaring som er fokus i denne oppgave, vil hensikten med den preoperative anestesivurdering sees fra denne side. Anestesipersonell må, ved siden av å ta hensyn til pasientens behov, vurdere medisinske data, ressursbehov, tid, personellbehov både innen egen faggruppe og i forhold til samarbeidende spesialistgrupper (Ræder, 1996; Roizen et al., 2000; Klopfenstein, 2002).

Det er gjennomgående enighet om at målet med den preoperative vurderingen skal være en best mulig forberedt pasient, effektiv utnyttelse av både personell og utstyr hvor pasientens sikkerhet og kvalitet på helsetilbudet skal ivaretas (Aitkenhead, 1996; Roizen et al., 2000; Hovind, 2002). Dette kan beskrives som gjort i følgende sitat:

”The ultimate goals of preoperative medical assessment of patients are to reduce the morbidity of surgery, to increase the quality but decrease the cost of perioperative care, and to return the patient to desirable function as quickly as possible.

Traditionally, these goals have been facilitated by a preoperative meeting between the patient and the anesthesiologist. The meeting has five specific purposes:

1. To obtain pertinent information about the patient's medical history and physical and mental conditions, in order to determine which tests and consultations are needed.
 2. Guided by patient choices and the risk factors uncovered by medical history, to choose the care plans to be followed.
 3. To obtain informed consent.
 4. To educate the patient about anesthesia, perioperative care, and pain treatment in the hope of reducing anxiety and facilitating recovery.
 5. To make perioperative care more efficient and less expensive.
- (Roizen et al., 2000 s. 824).

Roizen et al. (2000) påpeker videre at hvis ovennevnte forhold ivaretas i forbindelse med den preoperative anestesivurderingen, så medfører dette at pasienttilfredsheten og sikkerheten øker, og de reelle kostnader knyttet til pasientens sykehusopphold senkes.

Aitkenhead (1996) skriver at det er anestesipersonellets plikt å sørge for at pasienten får den beste omsorg. Dette konkretiseres til fire punkter ¹⁾ vanskeligheter kan ventes, ²⁾ kontroll og sjekking av medisinsk teknisk utstyr / operasjonslokale / ekspertise, ³⁾ tilstrebe pasientsikkerhet og minimere sjanse for uhell og ⁴⁾ dempe relevant frykt eller angst hos pasienten. Han påpeker også hvor viktig det er at den som gjennomfører den preoperative anestesivurdering innehar gode kliniske ferdigheter. Det kan være en ulempe at mindre erfarne klinikere er dem som undersøker pasienten. Dette fordi erfarne klinikere kan avsløre forhold som ikke står i en journal, ved en nøye eksaminasjon av pasienten. Det totale ansvaret for pasienten fremkommer ved at anestesipersonellet har et spesifikt ansvar ved "vurdering av kirurgiens positive resultat versus eventuell generell risiko for pasienten". Men, den totale preoperative vurdering er et "team approach" for å sikre best mulig preoperative forhold for alle medlemmene av det behandlende team. Den preoperative visitt er karakterisert som "en handling som pasienten har krav på, som også sier noe om standarden og kvaliteten på det totale tilbudet fra en anesthesiavdeling" (Aitkenhead, 1996).

Anestesi som brukt i denne oppgave, er en helsehjelp som gis til pasienter i forbindelse med operasjon. Bruk av operasjonsstue inklusive utstyr og personell er den mest kostbare sektor i et sykehus (Latham, 1999; Roizen et al., 2000; Klopfenstein, 2002). Plikt til effektiv utnyttelse og bruk av ressurser omtales i Helsepersonellovens § 6 hvor det står:

”Helsepersonell skal sørge for at helsehjelp ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift” (Helsepersonelloven, 2001). Plikten til den effektive utnyttelse er altså ikke bare grunnet i hensynet til den enkelte pasient. Dette påpeker også at den enkelte pasients behandling er en del av et større system, både den enkelte helseinstitusjon og samfunnet for øvrig.

Hensikten med den preoperative anestesivurdering kan oppsummeres med at den inkluderer hensynet til den enkelte pasients behov, klargjøring av pasienten for anestesi, bruk av ressurser på effektiv måte gjennom god planlegging, vurdering av pasientens totale situasjon i forhold til eventuell gevinst av kirurgi, bygget på faglig grunnlag og klinisk erfaring.

Den preoperative anestesivurdering består av et møte med pasienten og gjennomgang av eksisterende dokumentasjon. Møtet mellom pasient og anestesiperson er ikke bare en høflighetsvisitt. Viktig informasjon avdekkes ved å se på pasienten, for eksempel vurdering av ytre del av luftveiene som munn, tenner, hake, nese og hals (American Society of Anesthesiologists, 1993; Randell, 1996). Møtet åpner også for direkte utveksling av informasjon, både pasient og anestesipersonell kan stille spørsmål og gi svar. I eventuell allerede eksisterende dokumentasjon finnes tidligere sykehistorie beskrevet. I et møte mellom pasient og anestesipersonell kan denne dokumentasjon gjennomgås og slik at aktualisering av pasientens situasjon kan gjøres. I tillegg kan resultat av eventuelle tilleggundersøkelser og tester leses og vurderes, slik at eventuell videre oppfølging av pasient i forkant av anestesi og kirurgi kan gjøres (Aitkenhead, 1996; ALNSF, 1999; Takata et al., 2001).

2.5.3 Hvem gjennomfører preoperativ anestesivurdering?

Når den gjelder den preoperative anestesivurderingen og hvem som skal gjennomføre den brukes yrkesbetegnelser forskjellig i litteraturen. Ved omtale av det personell som arbeider med anestesi, henvises det både til leger og sykepleiere. (ALNSF, 1999; Roizen et al., 2000; Pasternak, 2002; ASA Task Force on Preanesthesia Evaluation, 2002).

I Standard står det spesifikt at alle pasienter skal tilsees av anestesilege, men at dette kan delegeres til anestesisykepleier (ALNSF, 1999). Standard både åpner for og erkjenner med dette at den preoperative anestesivurdering er en funksjon som kan utføres av både anestesilege og anestesisykepleier. Hvordan denne arbeidsdeling skal foregå i praksis fremkommer ikke, så her er det åpnet for løsninger tilpasset det enkelte sykehus / arbeidssted.

Når det påpekes at det er anestesipersonell som skal gjennomføre den preoperative anestesivurdering, betyr ikke det dermed at annet helsepersonell ikke kan bidra med opplysninger eller informasjon om pasienten som kan være av særlig interesse for anestesigjennomføringen. Men, det påpekes at det er anestesipersonellets faglige ansvar at den vurdering som gjøres er i tråd med anestefaglig behov (Aitkenhead, 1996; Roizen et al., 2000; ASA Task Force on Preanesthesia Evaluation, 2002; Lingnau et al., 2002).

Aksept for de faglige utfordringer som krever at spesialistgruppene selv er de som er ansvarlige for helsetjenestetilbudet innen "egne" fagområder, fremkommer også i lovverket. I merknader til Helsepersonelloven (Sosial- og helsedepartement, 1998 s. 217) står følgende:

"Det generelle forsvarlighetskravet innebærer en plikt for alt helsepersonell til å holde seg innen sitt fagområde, og ikke overskride sine faglige kvalifikasjoner. Hensikten med dette kravet, er å sikre pasienten et forsvarlig helsetjenestetilbud, der den som presumptivt har de beste faglige kvalifikasjoner har det endelige ord når flere personellgrupper virker sammen."

Anestesi er en egen spesialitet innen "storfagene" medisin og sykepleie. Dette betyr at de som presumptivt innehar de beste faglige kvalifikasjonene innen denne spesialiteten, er personell med spesialistutdanning i anestesi. Det innebærer også at det er anestesilege eller anestesisykepleier som best ivaretar den preoperative anestesivurdering, og ikke at for eks. en kirurg er mer kompetent enn en anestesisykepleier (Den norske lægeforening, 1995; Sosial- og helsedepartement, 1998; ALNSF, 1996).

I Ohnstad (2001) blir dette ytterligere utdypet;

"Blant hovedelementene i forsvarlighetskravet er at helsepersonell i utgangspunktet ikke skal gå inn i situasjoner de ikke er kvalifisert til å håndtere. De må innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner. Det innebærer at helsepersonell ikke må undersøke, diagnostisere og behandle pasienter på mangelfullt faglig

grunnlag – eller påta seg oppgaver utover egen formell eller reell faglig kompetanse”.

Det presiseres at faglig forsvarlighet betyr at helsepersonell ikke skal gå ut over eget fagområde. Der hvor flere forskjellige spesialistgrupper samarbeider om pasienten, skal den som presumptivt har de beste faglige kvalifikasjoner ta avgjørelsene (Sosial- og helsedepartement, 1998). Når det gjelder anestesirelaterte forhold er det anestesileger eller anestesisykepleiere som svarer til dette kravet.

2.5.4 Tidspunkt for preoperativ anestesivurdering

Preoperativ betyr før operasjon, men når er før? Hva skal tidsaspektet avgjøres ut fra? Betyr tiden noe hvis man ser bort fra hva de rekvirerte forundersøkelser krever av tidsbruk?

Det er skrevet at den preoperative anestesivurderingen bør skje i en tidsramme før operasjon som innebærer at ønskede tester og supplerende undersøkelser skal være gjennomført og besvart, slik at korrigeringer eller optimalisering av tilleggsbehandling/forbehandling skal kunne bli gjort. Dette både til beste for pasienten og behandlende institusjon. Sistnevnte særlig med tanke på at vurdering i forkant er kostnadseffektivt, fordi utsettelse eller forsinkelser operasjonsdagen er kostbart (Roizen et al., 2000; Aitkenhead, 1996). ”Kostbart” brukt i denne sammenheng refereres ikke bare til økonomiske sider for helseinstitusjonen. For pasienten kan det ha både praktiske og økonomiske konsekvenser, fordi en planlagt operasjon ikke gjennomføres som tenkt. I avisartikkelen ”Hver tolvte operasjon avlyses” antydes det at å stryke en operasjon kan koste like mye som å gjennomføre den (Nilsen, 2004; Sosial og Helsedirektoratet, 2007).

Tidsbegrepet er derfor relatert til den enkelte pasients tilstand, nødvendige forundersøkelser og det kirurgiske inngrepets art og ikke kronologisk tid. Mange og eventuelt kompliserte forundersøkelser krever mer tid enn færre og enklere. En i utgangspunktet frisk pasient kan det antas krever mindre kompliserte og færre forberedelser enn en ”syk” pasient som skal gjennom samme kirurgi.

Det er den aktuelle pasients totale situasjon og det planlagte inngrepets art som antyder omfanget av og innholdet i ønskede undersøkelser og dermed tidsbehov i forkant av operasjonen. Jo høyere ASA-klassifisering er, desto ”sykere” er pasienten. En ”syk” pasient kan i utgangspunktet forventes være mer krevende anestesilogisk enn en frisk pasient. Liten og forventet ukomplisert kirurgi krever mindre forberedelse enn stor og komplisert kirurgi, hvor for eksempel fare for behandlingstrengende blødning er stor (ASA Task Force on Preanesthesia Evaluation, 2002). Pasient med antatte eller kjente forhold som kan komplisere anestesigjennomføring krever mer forberedelse enn en antatt ukomplisert pasient. .

American Society of Anesthesiologists (ASA) skisserer at den preoperative anestesivurdering kan skje samme dag som kirurgi, under forutsetning av at pasientens preoperative tilstand tillater det og kirurgien er av mindre omfang. Den preoperative anestesivurderingen skal inneholde minimum ¹⁾ inspeksjon av luftveiene, ²⁾ kartlegging av lungefunksjon inkl. auskultasjon og ³⁾ hjertets funksjon. Men hvis enten pasientens preoperative tilstand og / eller kirurgiske inngrep tilsier det, bør den preoperative anestesivurdering skje før dagen for planlagt kirurgi. ASA har ikke konkludert med når den preoperative anestesivurdering bør gjennomføres, men at det er anestesipersonell som er ansvarlig for gjennomføringen av denne (Pasternak, 2002).

Vurdering gjort operasjonsdagen kan falle uheldig. Den forestående begivenhet kan virke så skremmende på pasienten at han ikke evner å gi adekvate eller korrekte opplysninger (Lingnau et al., 2002). Modig (2000) hevder at preoperative vurderinger som er gjort på kort varsel kan oppfattes krenkende av pasientene og kan virke som et utslag av inkompetanse. Finstad og Valeberg anbefaler at vurdering av pasienten bør skje ”i en situasjon uten for mye spenning og stress” (2002 s. 53). Videre nevner de at pasienten ikke bør være påvirket av premedikasjon. Det må være avsatt tid til samtalen, den bør foregå i rolige omgivelser og bør innby til dialog mellom pasient og anestesipersonellet (Finstad et al., 2002).

De fleste pasienter får tidlig selve operasjonsdagen en eller annen form for premedikasjon. Hensikt med premedikasjon er flere, blant annet at pasienten skal blir beroliget (sedert) og få en viss grad av nedsatt hukommelse (amnesi) (Bodelsson, Lundberg, Roth, & Werner,

1998; Kanto, Watanabe, & Namiki, 1996; Finstad et al., 2002). Den sedative effekten med beroliget vesen og nedsatt grad av hukommelse, kan virke inn på pasientens evne til å gjøre rede for seg. Et viktig moment blir da å vurdere grad av troverdighet av informasjon gitt av pasient når pasient i forbindelse med en eventuelt preoperativ anestesivurdering blir bedt om å svare på viktige spørsmål om egen helse og beskrivelsen av denne. Effekt av premedikasjon er fra en pasient beskrevet på følgende måte: ”Jag fick en spruta på avdelningen och sen minns jag intet nå't förran det hela var över” (Bodelsson et al., 1998 s. 19).

2.6 Dokumentasjon av helsehjelp

Behovet for og arbeidet med dokumentasjon i helsetjenesten er svært aktuelt fordi tjenesten er blitt mer kompleks og kravene til innsyn øker, med krav til kvalitet og kontinuitet i behandlingen (Moen, Hellesø, Quivey, & Berge, 2002 s. 36). Dokumentasjonen skal formidle informasjon til andre medlemmer i behandlingsteamet, synliggjøre planlagt og utført handling, danne beslutningsgrunnlag, sikre trygg og riktig kommunikasjon mellom helsepersonell når det er flere behandlere og sist men ikke minst fremme pasienters sikkerhet (Moen, 1999; Moen et al., 2002). Heggdal (2006) påpeker også at dokumentasjon kan fungere som grunnlag for å begrunne krav om ressurser, for planlegging og ledelse av tjenesten.

Helsehjelp som utføres av helsepersonell inkludert anestesisykepleiere, skal dokumenteres i pasientens journal. Dette er beskrevet som et krav eller en plikt i Helsepersonelloven (2001). I § 39 heter det:

”Plikt til å føre journal. Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient. Plikten til å føre journal gjelder ikke for samarbeidende helsepersonell som gir hjelp etter instruksjon eller rettledning fra annet helsepersonell”.

I § 40 står det videre; ”Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, ... Det skal fremgå hvem som har ført opplysningene i journalen” (Helsepersonelloven, 2001).

Dokumentasjonsplikten knyttes til den helsehjelp som ytes. Begrepet helsehjelp er i Helsepersonelloven (2001) § 3 beskrevet på følgende måte: ” Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål og som utføres av helsepersonell”.

I tidligere gjeldende helselover var journalføringsplikt knyttet til spesifikke profesjonslover, som legelov og tannlegelov (Sosial- og helsedepartement, 1998). Dagens lovgivning har en annen utforming, hvor det påpekes at det nå sees videre enn til tidligere profesjonstilknyttet dokumentasjonsplikt. I Odelstingsproposisjon (senere Ot.prop.) nr. 13 forklares nærmere hva som forventes av pliktmessig dokumentasjon:

”Ansvar for å nedtegne opplysninger knyttes til helsehjelp og ikke som tidligere til profesjonsgruppene. ... Første ledd annet punktum (i Helsepersonellovens § 39,) innebærer at helsepersonell som gir helsehjelp etter instruksjon eller rettleiding fra annet helsepersonell, kan ha journalføringsplikt dersom de rent faktisk er alene om å gi den aktuelle helsehjelpen, eller for øvrig har en selvstendig rolle” (Sosial- og helsedepartement, 1998 s. 236)

Ovennevnte sitat åpner for tolkingsmuligheter. Spørsmålet er hvorvidt sykepleiere i en situasjon hvor de gjennomfører den preoperative anestesivurdering gjør dette etter instruksjon fra lege og dermed ikke fyller kravet til dokumentasjonsplikten, eller om handlingen er av selvstendig art slik at den som utfører den skal dokumentere sine funn. I Standard (ALNSF, 1999 s. 7) heter det at ”Tilsyn kan etter avtale delegeres til anestesisykepleier”. I dette utsagnet ligger implisitt at anestesisykepleier utfører dette arbeidet alene. Den anestesisykepleier som har utført den preoperative anestesivurdering skal dokumentere denne helsehjelp. På denne måten følges både Standard og Odelstingsproposisjon nr. 13 / 1998, når det gjelder helsehjelp og dokumentasjon av denne (ALNSF, 1999; Sosial- og helsedepartement, 1998).

Preoperativ anestesivurdering er helsehjelp. Det er også en viktig del av det totale anesthesiologiske tilbudet til pasienten, hvor selve vurderingen forventes gjennomført av anestesipersonell (ALNSF, 1999; Ohnstad, 2001; Klopfenstein, 2002; ASA Task Force on Preanesthesia Evaluation, 2002; Lingnau et al., 2002; Finstad et al., 2002). Hensikten er å avklare om den aktuelle pasient er i stand til å gjennomgå en anestesi, vurdert ut fra planlagt kirurgi, anestesitype, generelle medisinske hensyn, reelle muligheter og pasientspesifikke forhold. Anestesi er en forutsetning for gjennomføring av kirurgi og

ubehagelige prosedyrer eller undersøkelser (Ræder, 1996). Den preoperative anestesivurdering er helsehjelp, og utløser dermed en dokumentasjonsplikt. Den som har gjennomført den preoperative anestesivurdering, skal uavhengig av yrkestilhørighet dokumentere resultat fra den preoperative anestesivurdering (Sosial- og helsedepartement, 1998; Helsepersonelloven, 2001).

Dokumentasjon av helsehjelp gjøres ikke ”bare for å ha gjort det”. Dokumentasjonen har flere funksjoner, som et arbeidsredskap for helsepersonell med oversikt over den helsehjelp som er planlagt eller utført og som et dokument pasienten (med enkelte begrensninger) har krav på tilgang til eventuelt kopi av (Pasientrettighetsloven, 2001; Moen et al., 2002). Denne dokumentasjonen kan ikke minst være av betydning i rettsapparatet hvor helsepersonells yrkesutøvelse kan være gjenstand for retts sak eller forvaltningssak (Norges Høyesterett, 1997; Helsepersonelloven, 2001; Oslo Tingrett, 2004).

Men hva med helsehjelp, når denne er planlagt, men av en eller annen grunn ikke blir gjennomført? Skal dette dokumenteres? Et illustrativt eksempel er en pasient som er klargjort for operasjon og venter på å bli brakt til operasjonsavdelingen. Så kommer beskjed at operasjon avlyses, hvilket nødvendigvis vil ha konsekvenser for pasienten. Han blir ikke operert, og kan denne dagen slippe ytterligere fasting, eventuelt slippe premedikasjon, bevege seg fritt og ikke vente i sengen, dagen blir ikke som forventet. For tilstedeværende helsepersonell vil det kanskje være tilstrekkelig med muntlig informasjon, men det er å anta at denne informasjon må bringes videre til annet helsepersonell. Ny avtale om operasjon må gjøres, hvilket kan innebære repetisjon av enkelte preoperative prosedyrer. For pasient eller pårørende vil det kanskje være naturlig å stille spørsmål ved hvorfor en operasjon plutselig blir avlyst. Spørsmål kan dukke opp i ettertid, og da er journal det sted å lete etter informasjon og forklaringer.

Hvordan en uteblitt preoperativ anestesivurdering vil bli oppfattet av pasienten kan det være mange svar på. For at en helsehjelp skal savnes eller etterlyses, må det være kjent at en preoperativ anestesivurdering er obligatorisk. Gitt at den er obligatorisk vil en dokumentasjon av hvorfor den ikke er gjennomført gi en forklaring på dette, uansett om årsaken er knyttet til pasienten selv eller begrunnet av utenforliggende forhold. Gitt at den preoperative anestesivurdering ikke er obligatorisk, men gjennomføres hvis mulig, kan

dokumentasjon med begrunnelse for avlyst gjennomføring være med på å belyse faktiske arbeidssituasjoner. Via denne type dokumentasjon kan blant annet prioriteringer i arbeidssituasjonene, arbeidsmengde og personellbehov komme til uttrykk. Et avvik fra Standard anbefales det i Standards forord å begrunne skriftlig (ALNSF, 1999). Et annet viktig poeng med dokumentasjonsgjennomføringen er at det i rettstvister vil kunne ha stor betydning både for pasient, involvert personell og helsevesenet som system (Norges Høyesterett, 1997; ALNSF, 1999; Roizen et al., 2000; Oslo Tingrett, 2004).

Dokumentasjonsplikten er som beskrevet knyttet til handling og ikke profesjon. Den preoperative anestesivurdering er en funksjon som også utføres av anestesisykepleiere. Pasientdokumentasjon kan brukes internt i helseinstitusjoner og eksternt som i rettsapparatet. Gjennomgått litteratur henviser til planlagt og gjennomført helsehjelp. Et viktig spørsmål som gjenstår for diskusjon i forbindelse med gjennomgang av de empiriske funn, er praksis med uteblitt dokumentasjon ved planlagt men ikke gjennomført preoperativ anestesivurdering.

2.7 Faglig forsvarlighet

I forbindelse med Helsepersonellovens ikrafttredelse i 2001, har ett av de sentrale begrep, ”faglig forsvarlighet” blitt gjenstand for stadig tilbakevendende diskusjon. Diskusjonene har ikke gitt klare og entydige forståelser av hva begrepet inneholder, men man har oppnådd at temaet faglig forsvarlighet er synliggjort og satt på dagsorden i den kliniske hverdag (Befring, 2004; Norsk Sykepleierforbund, 2003; Molven, 2006a; Molven, 2006c; Molven, 2006b).

Loven er det overordnede styringsdokument som setter standard for helsepersonells yrkesutøvelse i Norge. ”Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten samt tillit til helsepersonell og helsetjeneste.” (Helsepersonelloven, 2001). At helsehjelpen skal være faglig forsvarlig omtales som en av de rettslige bærebjelkene i loven (Molven, 2003).

”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.” (Helsepersonelloven, 2001 § 4)

Det er et juridisk krav knyttet til at den helsehjelp som tilbys pasienten skal være faglig forsvarlig. Dette krav er å forstå som en minstestandard, og at det kan stilles forventninger til at helsehjelpen går ut over denne minstestandard. Men det innebærer på den annen side ikke en forventning om at det konkrete helsetilbudet må være maksimalt eller optimalt godt, tilbudet skal svare til den gode handling, hva som vanligvis bør kunne forventes i den aktuelle situasjon, det som til daglig kalles ”god praksis” (Norsk Sykepleierforbund, 2003 s. 2; Helsepersonelloven, 2001; Molven, 2003; Molven, 2006c).

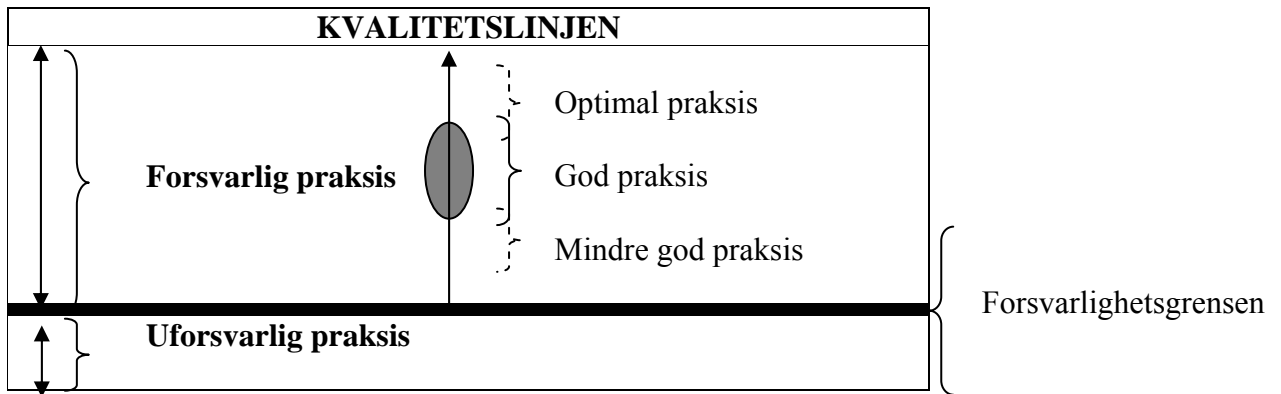
Til forsvarlighetskrav er det også knyttet forventninger til helsepersonellens formelle og reelle kvalifikasjoner, faglig tilhørighet og personlig erfaring og kompetanse (Helsepersonelloven, 2001).

Forsvarlighetsbegrepet er ikke statisk, men i noen grad avhengig av endringer i den medisinske kunnskap og med skifte av verdioppfatninger i tiden (Norges Høyesterett, 1997; Molven, 2003 s. 99; Norsk Sykepleierforbund, 2003; Molven, 2006c; ASA Task Force on Preanesthesia Evaluation, 2002). Det påpekes også at de som har retningslinjer å forholde seg til forventes å forholde seg til disse, mens der hvor dette ikke finnes, innrømmes et større slingsmonn (Molven, 2003).

Det er forskjellige forventninger knyttet til forsvarlighetskravet avhengig av hvordan den konkrete arbeidssituasjon faktisk er. Det stilles større krav til en situasjon hvor det er tid og ro til overveielser, enn i en situasjon hvor det må handles umiddelbart (Norsk Sykepleierforbund, 2003; Kirkevold, 1996). En viktig konkretisering av forsvarlighetskravet er at; ”du som sykepleier ikke skal gå inn i situasjoner du ikke er kvalifisert til å håndtere” (Norsk Sykepleierforbund, 2003 s. 2).

Helsetilsynet har presentert en modell som viser tolking av begrepet forsvarlig praksis versus uforsvarlig praksis (Helsetilsynet, 2001):

Modell 1 Kvalitetslinjen



Som modellen viser er den delt i de to begrepene forsvarlig praksis og uforsvarlig praksis. Det klareste teoretiske skillet går mellom hva som er forsvarlig og uforsvarlig praksis. Forutsetningen for at en praksis skal omtales som uforsvarlig er at den klart avviker fra det som omtales som god praksis, den skal være villet og helsepersonellet burde ha visst bedre. En uforsvarlig handling ledsages av subjektiv skyld, og vurdering av avviket vil være skjønnsmessig (Molven, 2006b).

Forhold ved arbeidets karakter, den enkelte pasient, muligheter, tid, sted og samfunnets interesse vil ha betydning. Retningslinjer kan hjelpe med å vurdere hva som er forsvarlig eller ikke. Men fravik av retningslinjer er ikke ensbetydende med uforsvarlig praksis. Faglig uenighet om en retningslinje kan begrunne avvike fra denne, hvilket betyr at den skjønnsmessige vurdering må være medvirkende i vurdering av enkelttilfeller. Et avvik fra en retningslinje kan for eksempel sies å være faglig forsvarlig når det er tilpasset den spesifikke pasient og situasjonen forøvrig (Norsk Anestesiologisk forening, 2003; ASA Task Force on Preanesthesia Evaluation, 2002; Norges Høyesterett, 1997; Molven, 2003).

Prinsipielt er det samme type vurderinger som gjelder, når en helsehjelp skal vurderes som mindre god / god / optimal praksis. En praksis som i én situasjon kan karakteriseres som optimal kan i andre situasjoner sees på som mindre god. Hvilke pasienter eller pasientgrupper som har rett til helsehjelp, hvilken helsehjelp og grad av helsehjelp har vært diskutert og forsøkt avklart. Det går igjen at skjønn, fortolking og forståelse også i denne dokumentasjon er tilstede (Norges offentlige utredninger, 1997).

Forsvarlighetskravet er ikke bare knyttet til helsepersonell som enkeltindivider eller fagpersoner. Det ligger en forventning i forsvarlighetskravet at helseinstitusjoner som system skal legge forholdene til rette for at ¹⁾ helsepersonell skal kunne holde seg faglig oppdatert og ²⁾ forholdene skal legges til rette for at det helsetilbud som tilbys skal være av en faglig forsvarlig karakter (Helsepersonelloven, 2001). Ansvar for forsvarlighet er med dette plassert både hos det enkelte helsepersonell og den enkelte helseinstitusjon.

Faglige diskusjoner, utarbeidelse av praktiske retningslinjer eller rettspraksis gir ikke klare og entydige svar på hva faglig forsvarlig yrkesutøvelse faktisk er, men påpeker at skjønn, faglig konsensus og vurderinger har avgjørende betydning. Det er lagt til grunn at utøvelse av den faglig forsvarlige handling er basert på gjensidighet mellom det enkelte helsepersonell og aktuell helseinstitusjon. Imøtekommelse eller konkretisering av begrepet faglig forsvarlig praksis vises blant annet i utarbeidede retningslinjer og standarder. Faglig forsvarlighet kan beskrives som en syntese av blant annet fagkunnskap, det enkelte helsepersonells formelle og reelle kompetanse, ressurser og muligheter tilpasset den spesifikke pasient, tid og sted (Norges Høyesterett, 1997; ALNSF, 1999; Den norske lægeforening, 1995; ALNSF, 1996; Norsk Anestesiologisk forening, 2003).

2.7.1 Faglig forsvarlig preoperativ vurdering

Faglig forsvarlighet er gjort rede for i generelle vendinger. I kommende kapittel vil faglig forsvarlighet diskuteres i forhold til den preoperative anestesivurdering

Selv om det er litt variasjon, er det konsensus om at den preoperative anestesivurdering bør inneholde vurderinger knyttet til; ¹⁾ pasientens situasjon generelt, ²⁾ det planlagte kirurgiske inngrep, ³⁾ inspeksjon av luftveier, ⁴⁾ risikovurdering, ⁵⁾ dialog pasient – anestesipersonell, ⁶⁾ gjennomføres tidsmessig adekvat i forkant av operasjon og anestesi og ⁷⁾ anestesipersonell skal foreta vurderingen. Den konkrete vurderingen innebærer også at det samtidig gjøres behovsvurderinger med tanke på bruk av ressurser, både menneskelige og tekniske / utstyrmessige, risikovurdering hvor forebygging av mulige uønskede hendelser er sentralt, tid og gevinst (Bodelsson et al., 1998; Latham, 1999; Roizen et al., 2000; ASA Task Force on Preanesthesia Evaluation, 2002; Pasternak, 2002).

Gitt at ovennevnte forhold anses som en anbefaling for god kvalitet på en yrkesutøvelse, kan Standards norm for den preoperative anestesivurderingen sies å være sammenfallende med det den øvrige litteratur anbefaler. Den faglig utarbeidet retningslinje er å anse som operasjonaliseringen av det Helsepersonelloven krever i sine overordnede føringer og kan følgelig brukes som mal når oppgavens kartlagte praksis skal evalueres.

2.8 Pasientsikkerhet

Helsetjenestetilbud kan sees på som en dynamisk prosess, hvor de som utfører tjenestene – helsearbeiderne - er i den ene enden og de som mottar – pasientene - er i den andre enden av prosessen. Mellom disse punktene spiller en rekke forhold inn, som blant annet medisinske muligheter, forhold ved pasient og helsepersonell, tid og sted, økonomiske og tekniske ressurser. Det er sluttresultatet av prosessen som er det som pasienten opplever (Kim, 2000).

I Norge er begrepet ”pasienters sikkerhet” en av de fire pilarene i Helsepersonellovens formålsparagraf (Helsepersonelloven, 2001). Begrepet er også grunnfestet i yrkesetiske retningslinjer for helsepersonell (Norsk Sykepleierforbund, 2001; Den norske lægeforening, 2002; International Council of Nurses, 2001).

At pasienters sikkerhet er tema for diskusjon er ikke et nytt fenomen. Allerede i ”Den Hippokratiske ed” påpekes helsearbeideres plikt til å ivareta pasienters sikkerhet på følgende måte; ”...og avstå fra å skade eller gjøre urett. ...enhver bevisst urett eller skade skal ligge meg fjernt...” (Ringnes, 2001). Temaet er også i dag aktuelt fordi uønskede hendelser, feil og omfang er gjenstad for oppmerksomhet og debatt både i dagspresse, fagartikler og fagbøker (Donaldson, Kohn, & Corrigan, 2000; Morath, 2005; Fasting et al., 2002; Brattebø, 2005; Hafstad, 2006)

I senere tid kan det stadig leses om forhold knyttet til pasienters sikkerhet eller mangel på sådan, uhell og uønskede medisinske hendelser, melding eller ikke om skader påført pasienter. Temaene vies oppmerksomhet både i dagspresse, fagartikler, fagbøker (Norsk Sykepleierforbund, 2003; Morath, 2005; Feiring, 2006; Bakke, 2005; Cooper et al., 2002).

Det kan fremstå som et paradoks at pasienters sikkerhet er et nødvendig diskusjonstema i helsesektoren hvor nettopp pasienter er fokus for yrkesutøvelsen. I stedet for å spekulere på hvorfor dette er nødvendig, kan man konstatere at det er et faktum. ”Medicine used to be simple, ineffektive, and relatively safe. Now it is complex, effective, and potentially dangerous” (Chantler, 1999).

Uhell og uønskede hendelser skjer, også i det norske helsevesen (Thomsen, 2006). Helsetilsynet står som utgiver av rapporten ”Meldesentralen – årsrapport”. Her omtales de meldte uhell og uønskede hendelser som skjer i norske helseinstitusjoner. Ifølge Spesialisthelsetjenesteloven (2001) skal: ”betydelig personskade som voldes på pasient og ... hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade” meldes Helsetilsynet (2001 § 3-3). ”Hovudformålet med meldeplikta er å klargjere kvifor hendingar har skjedd, og å førebyggje at tilsvarande hendingar skjer igjen, slik at pasientar ikkje skal risikere å bli utsette for skade” (Helsetilsynet, 2006b s. 6).

Selv om pasientskade selvfølgelig er meget beklagelig, så påpekes det i rapporten at Statens helsetilsyn ser det som positivt av tallet på meldinger har økt. De rapporterte hendelser er bare en del av hendelser som faktisk skjer. Åpenheten rundt det at uønskede hendelser faktisk finner sted, blir sett på som vesentlig for å kunne arbeide målrettet mot å redusere antall uønskede hendelser (Helsetilsynet, 2006b).

Denne tilnærmingen er i overensstemmelse med EU-direktivet ”Patient safety – making it Happen” (European Commission, 2005). Direktivet gir blant annet anbefalinger til nasjonale myndigheter, hvor det tilrådes å utarbeide administrative rutiner, obligatorisk undervisning for helsepersonell i området pasienters sikkerhet og sist men ikke minst arbeide for å skape en kultur som ved uønskede feil i helsetjenesten fokuserer på læring, på både individ og systemnivå, og ikke individuell straff med ”blame and shame”. Erkjennelse av at uønskede hendelser skjer, at menneskelige så vel som systemfaktorer spiller inn og at antall uhell via systematisk arbeid kan reduseres, er tema som har økende grad av interesse (Donaldson et al., 2000; European Commission, 2005; Morath, 2005).

Pasienters sikkerhet er knyttet til både til det enkelte individ og til helsetjenestens system eller tilrettelegging av praksis. Uhell skjer og vil fortsatt skje, og erkjennelsen av at det like gjerne er systemet som svikter i forbindelse med menneskelige handlinger har vært med på å avklare hvor forebyggende arbeid kan settes inn (Donaldson et al., 2000; Cooper, Newbower, Long, & McPeck, 2002; Thomsen, 2006; Helsetilsynet, 2006b). Fokus blir bevisst rettet mot å skape en kultur hvor uhell skal opp i lyset for at både system og individ skal kunne lære av dem og lage rutiner, prosedyrer og retningslinjer for å redusere antall uønskede hendelser. Pasienters sikkerhet kan brukes som et resultatmål for det helsetilbud pasienten tilbys og som argument for faglig utvikling og forbedring (Leape & Berwick, 2000; Nolan, 2000; Morath, 2005).

Hensikten med dette kapitlet er å gi i innføring av hvordan sentrale begreper blir brukt i oppgaven. Felles for disse begrepene er at de kan ha sammensatt betydning eller mening. Diskusjonen gir ikke en uttømmende forklaring på hvordan begrepene kan forstås, men angir retningen for hvordan de brukes i denne oppgaven. Enighet eller uenighet i begrepsbruk kan diskuteres, i en sammenheng hvor personlig forståelse og skjønn ligger til grunn.

KAPITTEL 3 METODE

3.1 Innledning

Valg av forskningsmetode er gjort på bakgrunn av hva slags type undersøkelse som planlegges utført, hvordan det tenkes gjennomført og hvilke midler og ressurser som er tilgjengelige (Lorensen, 1998). I denne oppgaven er det valgt å bruke spørreskjema i forbindelse med kartlegging av den preoperative anestesivurdering. Designet Audit er valgt brukt som evalueringsdesign, når evaluering av praksis er gjort i forhold til valgt teori. Disse vil bli presentert og redegjort for i dette kapittel.

Tema for denne oppgaven har sin opprinnelse i egne erfaringer med hvordan den preoperative anestesivurdering gjennomføres i praksis. Erfaringene er gjort i løpet av flere år i arbeid som anestesisykepleier. I uformelle fora er gjennomføringen av den preoperative anestesivurdering diskutert og bekreftet av anestesikolleger, både leger og sykepleiere, ved egen arbeidsplass og ved andre sykehus.

Det som ønskes vurdert i denne oppgaven er hvordan den preoperative anestesivurdering blir gjennomført ved elektiv kirurgi og dennes samsvar med lovens krav om faglig forsvarlighet (Helsepersonelloven, 2001). Anestesisykepleieres erfaring og utsagn om lokal praksis ønskes innhentet via en spørreskjemaundersøkelse.

Utgangspunktet for studien presenterte et behov for å finne en metode som er egnet for bruk av kartlegging av praksisen den preoperative anestesivurdering. Etter at praksis var kartlagt var den videre hensikt å vurdere denne i forhold til kravet om faglig forsvarlighet. Med dette kom også behovet for et egnet evalueringsverktøy.

Med et utgangspunkt som viser behov for kartleggingsverktøy og evalueringsverktøy ble søk etter metode i litteraturen igangsatt.

3.2 Valg av Audit som forskningsdesign

Søk i UiOs database gjorde at J. Øvretveits bok ”Evaluating health interventions : an introduction to evaluation of health treatments, services, policies, and organizational intervention” (1998) fanget min interesse. Jeg valgte å ville gjøre en kartleggingsstudie av preoperativ anestesivurdering, og vurdere de empiriske funn i forhold til Standards faglige anbefalinger og lovkravet om faglig forsvarlighet (ALNSF, 1999; Helsepersonelloven, 2001).

Øvretveits bok (Øvretveit, 1998) viste seg å være en praktisk veileder med teoretiske begrunnelser som gjør den lett å orientere seg i. Evaluering som metode var for forfatter forholdsvis ukjent før denne studien ble igangsatt, derfor var det et behov at metodeboken både viste bredde og detaljer slik at hensiktsmessig valg ble gjort.

Evaluering som forskningsmetode er en stadig mer brukt og anerkjent metode nasjonalt og internasjonalt (Almås, 1990). Almås hevder at ”Evaluering har gått inn i norsk fagspråk som ein spesialtyding av ordet vurdering, i den meininga at ein vil finne ut verknaden av eit tiltak” (Almås, 1990 , etterord).

Innen sykepleieforskning har man også sett nytten av evaluering som forskningsdesign.

”Evaluation research has an important role to play both in localized settings and in programs at the national level. Evaluations are often the cornerstone of an area of research known as policy research; nurses have become increasingly aware of the potential contribution their research can make to the formulation of national and local health policies and thus are undertaking evaluations that have implications for such policies” ... ”Evaluating research is an applied form of research that involves finding out how well a program, practice, procedure, or policy is working” (Polit & Hungler, 1999 s. 201).

Designet har flere likheter med ”sykepleiens problemløsende metode” (Kristoffersen, 1995), hvor metoden går ut på å observere – sette i gang tiltak – evaluere tiltak i forhold til ønsket mål. Hensikt med denne sammenlikning er å påpeke at det muligens mer teoretiske begrep evaluering har likhetstrekk med arbeidsformer sykepleiere bruker i den kliniske hverdag.

En evaluering kan gjennomføres på flere forskjellige måter, alt ettersom hva man ønsker evaluert, hvordan evalueringsarbeidet ønskes utført, eksisterende rammebetingelser, oppdragsgiver, hensikt og utgangspunkt. Et viktig poeng med evaluering er at det kan hjelpe til med å gjøre mer velbegrunnede valg. Men, oppmerksomheten må også rettes mot at evaluering kan være misledende. Uerfarne brukere som ikke kan vurdere evalueringens begrensninger, kvaliteten på og gjennomføringen av prosessen, kan ende opp med misvisende resultat (Øvretveit, 1998).

Almås (1990) påpeker den samfunnsmessige funksjonen evalueringen kan ha, hvor evaluator befinner seg i sjiktet mellom oppdragsgivers ønske om å legitimere sine tiltak og vurderingen av tiltaket i forhold til dem det er rettet mot. Videre setter Almås som klare forutsetninger at evaluator derfor må ha en viss fagkompetanse i forhold til det felt som evalueres. ”Det er ein hevdvunnen tradisjon i norsk samfunnsforskning at ein bør få vanke i det sosiale miljøet ein skal studere til ein ikke lenger luktar amatør. Kravet om sakkunnskap er berre ei stadfesting av denne tradisjonen” (1990 s. 19). Videre må forskeren være bevisst sin funksjon og plassering, ved å fastholde kravet til at forskningen skal være fri og uavhengig.

Det er beskrevet at evaluering som metode kan virke truende på mennesker. Selv der hvor evalueringen er rettet mot system eller ”ikke personlige tema” kan menneskene som deltar i det arbeid som evalueres føle det truende. Resultatet kan da bli at de deltagende personene kan bli så påvirket av evalueringsprosessen at det har innvirkning på det objekt som skal evalueres (Almås, 1990; Polit et al., 1999).

3.2.1 Audit – et evalueringsdesign

Øvretveit (1998) beskriver seks forskjellige evalueringsdesign, hvor det i denne oppgaven ble valgt å bruke designet Audit. Audit betyr oversatt til norsk ”revisjon”, og metodisk innebærer dette både en gjennomgang av ønsket materiale og en vurdering av dette i forhold til ”noe” annet. Designet ble funnet egnet fordi det kombinerer praksis og teori, som i denne oppgaven nettopp består i å vurdere et eksisterende praksisfenomen i forhold til eksisterende skriftlige retningslinjer. Videre er det beskrevet at evaluering er velegnet for vurdering av hvordan en praksis fungerer (Polit et al., 2004)

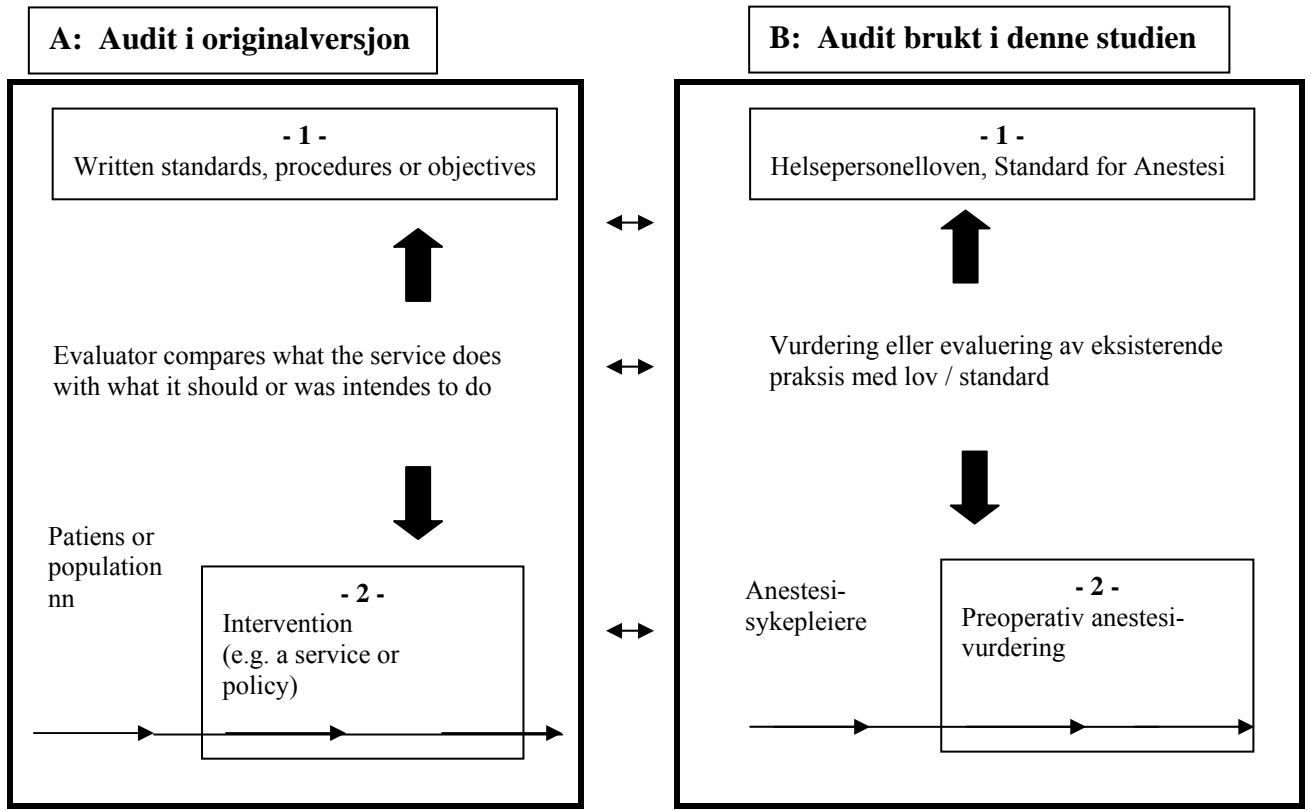
Den generelle bruken av Audit og dennes plass i gruppen ”forskningsmetoder” beskriver Øvretveit slik:

”Monitoring’ is certainly a better term to describe many of the activities which use this design (Audit), but this book takes a broad view of evaluation and includes audits as one form of evaluation. One reason for so doing is because information about whether people or services meet specifications or objectives is an increasingly important way to judge the value of what they are doing, where specifications and objectives are based on evidence about what is effective. Generally the value of audits depends on the validity of the guidelines, standards, procedures or objectives, and whether these are derived from evaluations carried out using other designs” (1998 s. 57).

Øvretveit (1998) har i sin bok presentert evalueringsdesignet Audit både vist som modell og grundigere med tekst. Modellen gir raskt og oversiktlig et innblikk av hvordan designet ser ut og fungerer, mens teksten går utover dette ved beskrive sider ved designet.

Presentasjonen av Audit-modellen her viser parallelt både originalversjonen og slik den ser ut når studiens teori, praksis og sammenheng er satt inn i den. Denne presentasjonsmåte er funnet hensiktsmessig, fordi det raskt gir leser innblikk i hvordan modellen blir brukt. Del A viser Audit i originalversjon slik Øvretveit (1998) viser i sin bok. Del B viser modellen slik den brukes med oppgavens teoretiske referanser, empiriske data og problemstilling satt inn i rammene.

Modell 2 Audit



Som vist over består modellen Audit av to ”bokser” -1- og -2-, som er plassert på hver sin side av selve evalueringsprosessen. Prosessens midtplassering viser at evalueringen er rettet mot begge ”boksene” og hva de måtte inneholde. Populasjonen, eller med hvilke ”øyne” denne evaluering gjøres, er plassert nærmest litt på siden, men med den hensikt å vise konteksten for evalueringen.

Slik modellen er presentert i originalversjon, viser den åpenhet for bruk både når det gjelder teoretiske referanser og den praksis eller service som ønskes vurdert. De rammer som er satt rundt både teori og praksis betyr at boksene innhold skal være forholdsvis klare og konsise (Øvretveit, 1998).

Før evaluering som prosess kan gjennomføres må innholdet konkretiseres, i forhold til hva den aktuelle studien har som hensikt å evaluere.

”Boks 1” er den eller de teoretiske referanserammer som brukes som evalueringsgrunnlag. I denne oppgaven er disse Helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 2001) og Standards norm for preoperativ anestesivurdering (ALNSF, 1999).

”Boks 2” er det fenomen som ønskes evaluert i forhold til boks 1, her den preoperative anestesivurdering.

Selve evalueringsprosessen foregår mellom boksene 1 og 2, her symbolisert ved at pilene går ut fra selve prosessen til begge bokser. Dette kan også beskrives som en vekselvirkning, hvor enheter vurderes ved å veies opp mot hverandre.

Konteksten eller i hvilken sammenheng disse ønskes vurdert er fra anestesisykepleiernes ståsted, hvordan de erfarer at den preoperative anestesivurdering faktisk skjer.

Forutsetningene som Øvretveit (1998) beskriver i bruken av Audit som design er at innholdet i ”Boks 1” og ”Boks 2” er klare og avgrensede. Skal ”noe” vurderes i forhold til ”noe annet” må både forsker, leser og målgruppe ha samme forståelse av hva de forskjellige ”noe” innebærer eller består av

Det kan stilles spørsmål ved om hvorvidt både Helsepersonelloven og Standard, hver for seg og sammen, er så klare og avgrensede at de fyller de gitte krav for å kunne brukes i dette designet. Fordi loven som sådan er generell og reiser tolknings spørsmål, er forvaltningspraksis og sedvane tillagt stor betydning når lover skal brukes og forstås (Helsetilsynet, 2006a). På denne måten kan det sies at Helsepersonelloven og i dette tilfelle Standard speiler og utfyller hverandre, ved at loven skisserer de overordnede føringer som Standard konkretiserer.

Det kan diskuteres hvorvidt de momentene som listes opp i Standards kapittel om preoperativ vurdering, er spesifikke nok til å fylle kravet om ”klarhet og avgrensing” som Audit krever. I pasientrettede handlinger ligger alltid en grad av skjønn og vurdering (Norsk Sykepleierforbund, 2003; ALNSF, 1999) som kan åpne for forskjellig tilnærming og resultat. Dette er forhold som nærmest ligger i saken natur, enhver pasient er unik slik at behandling må tilpasses denne. Men, en faggruppes egne utarbeidede retningslinjer må

regnes som såpass førende at kravet om ”klarhet og avgrensing” er imøtekommet (Oslo Tingrett, 2004). Det er derfor vurdert dithen at både Helsepersonelloven og Standard er så ”klare og avgrensede” at de kan brukes som evalueringsgrunnlaget i denne oppgaven.

Den preoperative anestesivurdering, viser de empiriske funn, blir i varierende grad utført, både med tanke på innhold og hvordan den utføres. Imidlertid er dette én prosedyre eller én type helsehjelp.

3.2.2 Audit - fordeler, ulemper og interessekonflikter

Fordeler med designet Audit er at det fremstår hensiktsmessig i bruk i forhold til gitte rammer ved gjennomføringen av det praktiske arbeid, forskers faglige ståsted, samt rammer og ressurser knyttet til en hovedfagsoppgave (Almås, 1990; Øvretveit, 1998).

Audit presenteres som en systematisk metode for å kunne gjennomføre en vurdering av ”noe” i forhold til ”noe”, nærmest som en veie av to komponenter i forhold til hverandre. Metoden krever forholdsvis få ressurser, noe som kan virke forlokkende på både den utførende forsker og finansierende arbeidsgiver. Audit kan frembringe resultater som er av nytteverdi og i enkelte tilfeller gi kunnskap som er overførbar eller generaliserbar. Metoden er egnet til å se hvordan et tilbud eller service samsvarer med utvalgte eller gitte referanserammer (Øvretveit, 1998).

Av ulemper nevnes særlig at metoden er avhengig av klart spesifiserte objekter, standarder eller prosedyrer som grunnlag for evalueringen. Man har diskutert hvorvidt Audit kan klassifiseres som evalueringsdesign. En grunn til dette er at metoden ikke innebærer en direkte måling av effekt eller funn, men hvorvidt prosedyrer eller standarder blir fulgt (Øvretveit, 1998). Det kan også hevdes at en undersøkelse som krever lite ressurser, kan virke overfladisk og useriøs, og at resultatet derfor må leses med forsiktighet. For forskeren selv kan en konsekvens være at det blant annet settes spørsmålsteget ved dennes seriøsitet, faglig tyngde og hensikt. Å begrunne valg av problemstilling, forskningsdesign og hensikt med arbeidet kan derfor være formålstjenlig (Øvretveit, 1998; Polit et al., 1999).

Avhengig av hvem som utfører evalueringsarbeidet og for hvem det utføres, kan det være duket for interessekonflikter. I helsetjenesteforskning nevner Øvretveit (1998) seks forskjellige ”interessegrupper eller perspektiv” (stakeholder) ¹⁾ pasient eller mulig pasient, ²⁾ helsepersonell, ³⁾ helsetjenesteledere, ⁴⁾ politikere, ⁵⁾ helse(tjeneste) forskere og ⁶⁾ media. Interesseeneighet eller motsetninger kan være tilstede. Et eksempel kan være at det må antas at pasientorganisasjoner kan ha andre ønsker og annen intensjon med å få avklart forhold innen helsevesenet enn for eksempel politikere. Uten at man tar stilling til hvorvidt en gruppe kan ha edlere hensikter enn en annen, er det viktig at forsker har klart for seg og redegjør for hvem og på vegne av hvem arbeidet utføres (Øvretveit, 1998). Almås påpeker også den mulighet at evaluator kan bli ”kjøpt” av oppdragsgiver for å produsere et ”ønsket” resultat (1990).

3.2.3 Audit brukt i denne oppgaven

Evalueringsdesignet Audit er brukt i forbindelse med evalueringen slik denne er gjennomført i denne oppgaven. Dette design ble valgt på bakgrunn av oppgavens forskningsspørsmål, som er å vurdere et praksisfenomen mot eksisterende skriftlig materiale (Øvretveit, 1998).

Tidligere er Audit beskrevet og vurdert i henhold til teoretisk rammer. Nå skal bruk av Audit i denne konkrete studie gjennomgå, hvor den praksis som ønskes evaluert er den preoperative anestesivurdering i forhold til Standards norm og Helsepersonellovens krav om faglig forsvarlighet (ALNSF, 1999; Helsepersonelloven, 2001).

Et sentralt spørsmål i denne sammenheng er hvorvidt Audit er brukt som forutsatt i denne studien. Det sentrale spørsmål er da knyttet til den klare forutsetning som Øvretveit beskriver, nemlig at det som evalueres og det dette skal evalueres i forhold til må være klart og forholdsvis entydig forklart (Øvretveit, 1998).

Begrepe faglig forsvarlighet og preoperativ anestesivurdering er de brukte begrep, mens den praksis som er evaluert er den preoperative anestesivurdering. Diskusjon av disse har vist at det i tilknytning til dem er stor grad av faglig skjønn. Bruk av skjønn kan virke

avklarende, men det kan også virke motsatt. Det kan følgelig også sies at bruk av Audit i denne studien vil være gjenstand for en skjønnsmessig vurdering.

Et forhold som taler for at Audit er brukt som forutsatt er at designet er presentert og omtalt i en boks som retter seg mot helsetjenesteforskning. Dette i seg selv kan bety at Øvretveit (1998) innrømmer et visst slingringsmonn fordi helsetjenester som sådan er vanskelig å definere klart (Norges offentlige utredninger, 1997).

Et annet forhold er at det ikke settes grenser hvor mengden av informasjon boksene i evalueringsdesignet skal inneholde. Derfor kan klarhet forstås som "alt" som er innenfor disse boksene er innefor grensene. Det som videre medvirker til at begrepene ikke passer innen boksenes rammer, er klare avvik fra gitt begrepsforståelse.

Etter min mening er de skjønnsmessige vurderinger som legges til grunn for forståelse og bruk av begrepet faglig forsvarlig preoperativ anestesivurdering klargjørende og innfor de rammer som Audit setter. Faglig forsvarlig inneholder både en rettslig standard og en faglig, etisk norm (Norsk Sykepleierforbund, 2003). Standard for anestesi, ved preoperativ anestesivurdering skisserer generelt hva denne bør innebære (ALNSF, 1999).

På den andre siden av evalueringsprosessen er den preoperative anestesivurdering. De empiriske funn viser at dette er en helsetjeneste som utføres på forskjellige måter, i forhold til ¹⁾ hvordan preoperativ anestesivurdering gjennomføres, ²⁾ rutinebakgrunn, ³⁾ dokumentasjonspraksis og ⁴⁾ konsekvenser av manglende preoperativ anestesivurdering. Eksemplifiseringen er med på å konkretisere prosedyren faglig forsvarlig og kan derfor hevdes å være innefor Audits rammer. Hensikten med og kriteriene for bruk av Audit synes derfor å være imøtekommet i denne studien.

3.3 Valg av kartleggingsverktøy

Kartlegging av ønsket fenomen kan gjøres på forskjellige måter som intervju, observasjon eller spørreskjema (Lorensen, 1998). Uansett metodebruk er poenget å samle data om det som ønskes kartlagt. Valg av instrument og / eller utviklingen av dette gjøres med

bakgrunn i de ønsker og muligheter forskeren har i forhold til blant annet å samle sitt datamateriale, hva som ønskes undersøkt, størrelsen på datamaterialet, tid, ressurser. (Øvretveit, 1998; Haraldsen, 1999).

Utslagsgivende for valg av datasamlingsmetode var ønsket om at flest mulig sykepleiere ved de deltagende anestesivdelinger skulle kunne være med. Det var også vektlagt at deltagelse skulle være frivillig. Fordi spørreskjemaundersøkelsen er gjennomført på kun to sykehus på et tidspunkt da det i Norge var 64 aktuelle sykehus var det et viktig å forsøke at flest mulig anestesisykepleiere svarte på skjemaet. Flest mulig respondenter og høy deltagelsesprosent styrker grad av representativitet ved de funn som gjøres (Haraldsen, 1999).

I avdelinger med døgnkontinuerlig drift betyr det at en stor del av personalet arbeider i turnus og i helger. For å nå flest mulig falt da valget på å bruke spørreskjema som hver enkelt anestesisykepleier skulle få tildelt. Det ble vektlagt at spørreskjema inklusive introduksjonssiden skulle gi nødvendig informasjon og være selvinstruerende. Dette for å sikre at alle deltagerne fikk lik informasjon og lik mulighet til å bidra med sin erfaring i denne studien.

Spørreskjema utlevert til hver enkelt av anestesisykepleierne gir respondentene frihet til å svare når det passer den enkelte, noe som i utgangspunktet ble tillagt betydning for grad av deltagelse. Utdeling av spørreskjema som ikke er registrert eller knyttet til mottager med navn eller kode, sikrer også at anonymiteten ivaretas, slik forutsetningen er for denne type oppgave. En skriftlig henvendelse sikrer ikke at mottagere forstår henvendelsen likt. Respondentene er enkeltindivid, som leser en tekst med sine øyne og sitt utgangspunkt, mer eller mindre nøyaktig. En skriftlig informasjon knyttet til spørreskjemaet sikrer imidlertid at respondent kan lese om igjen informasjonen, hvis behov for dette skulle dukke opp i forbindelse med gjennomgang av spørsmålene.

3.3.1 Utvikling av skjema og spørsmål

Bruk av allerede eksisterende spørreskjema er å foretrekke, da utvikling av nye spørreskjema krever tid og krefter og kun bør gjøres hvis annet alternativ ikke er å

oppdrive (Polit et al., 1999). Søk i litteratur etter allerede utviklede spørreskjema som kunne brukes i denne oppgaven gav intet resultat.

Første steg ble derfor å utarbeide et spørreskjema for å kartlegge forhold knyttet til den preoperative anestesivurdering. Fordi det ikke ble funnet egnet spørreskjema ble litteratursøk videre rettet mot utvikling av spørreskjema. Søk ble rettet mot 3 hovedområder; ¹⁾ utvikling av spørsmål, ²⁾ utvikling av svaralternativ og ³⁾ oppbygging av selve skjemaet. For både spørsmål og svar var språkbruk, rekkefølge, åpne eller lukkede formuleringer sentrale. For selve skjemaet var også søkertema mengde, lengde og utseende.

Anestesifaglig litteratursøk ble sentrert om preoperativ anestesivurdering, hensikt, praktisk gjennomføring, innhold og tidsaspekt. Egen anestesifaglige bakgrunnen med kunnskap om det felt som var ønsket kartlagt, gjorde at hovedtyngden av arbeidet kunne rettes mot utvikling av spørreskjema, både i forhold til oppbygging av spørsmål og utvikling av svaralternativ (Haraldsen, 1999).

Lite erfaring med og lite kjennskap til utvikling av spørreskjema, var grunn til spesifikke søk mot konkrete beskrivelser av og utvikling av spørreskjema (Grbich, 1999; Polit et al., 1999; Haraldsen, 1999; Polit et al., 2004). Som hovedbok for bruk i utvikling av spørreskjema falt valget falt på G. Haraldsens bok "Spørreskjemametodikk etter kokebokmetoden" (1999). Denne boken viste seg å være meget anvendelig og veiledende i utarbeidelsen av spørreskjemaet. Begrunnelse for hvorfor kommer meget betegnede frem i boken:

"Tradisjonelle metodebøker starter gjerne der denne slutter. De pleier å inneholde relativt lite om datainnsamling, og legger i stedet hovedvekten på hvordan dataene som er samlet inn, kan analyseres. Denne boka er et forsøk på å fylle noe av dette tomrommet i den tradisjonelle metodeundervisningen, og dermed bidra til at analysene av spørreskjemaundersøkelser ikke blir bygd på sandgrunn. (Haraldsen, 1999 s. 13)

Som utgangspunkt presiserer Haraldsen (1999) viktigheten av å vite hvem som skal spørres og hvordan spørsmålene skal stilles. Respondentene i denne undersøkelsen representerer på ett område en homogen gruppe. De er utdannet anestesisykepleiere som arbeider med pasienter i sitt daglige virke. Fellestrekkene ved respondentene er utnyttet ved at fagord og

termer er brukt i spørsmålene uten videre forklaring eller utdyping. Videre var i det undersøkt at preoperativ anestesisvurdering faktisk hører inn under de arbeidsoppgaver som anestesisykepleierne ved deltagende sykehus utfører, beskrevet i kapittel 3.5.

Ulikheter er at anestesisykepleierne er ansatt på forskjellige sykehus som man kan anta har sine egne kulturer og rutiner. Respondentene er også enkeltindivid med egne erfaringsbakgrunner, forskjellig allmennutdanning, kvinner og menn i forskjellige aldersgrupper. Det ligger implisitt at en utdanning er i kontinuerlig endring, blant annet for å tilpasses tid og sted (Strømskag, 1999; Nissen, 2000; Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Dette gjelder også spesialutdanningen i anestesisykepleie, hvilket innebærer at det kan være forskjeller i utdanningene og dermed forskjellig teoretisk kunnskapsbakgrunn blant anestesisykepleierne.

Antatte forskjeller i både språk og kultur er forsøkt fanget opp for og avklart ved at velvillige kolleger, senere kalt testpersoner, fra andre sykehus ble forespurt i arbeidet med utviklingen av både spørsmålstilling og svaralternativ. Testpersonene ble brukt i prosessen frem til ferdig utviklet spørreskjema. Innspillene fra disse ble tillagt stor betydning slik at innholdet skulle bli minst mulig preget av forfatterens egen forforståelse, kunnskap og erfaring (Haraldsen, 1999; Polit et al., 2004).

Bruken av testpersonene ivaretar forhold som beskrives som basis for utvikling av spørreskjemaundersøkelser: ¹⁾ betydningen av ord og uttrykk i spørsmålene, ²⁾ hvilke opplysninger spørsmålene ber respondentene hente frem for å svare og ³⁾ hvilken målestokk respondentene blir bedt om å bruke når de svarer (Haraldsen, 1999). Haraldsen (s. 91) presiserer at språket skal være slik folk faktisk snakker. Det poengteres at hvis ett eller flere av disse informasjonselementene mangler eller er utydelige, kan det hende at respondent ikke svarer eller fyller ut tomrom etter evne. Da er det ikke selve spørsmålene som gjør at de ikke besvares, men andre utenforliggende forhold (Haraldsen, 1999; Polit et al., 1999).

Et viktig poeng i utarbeidelsen av spørreskjemaet var at det ikke skulle fremstå som stort, komplisert og krevende. En introduksjonsside inneholdende en kort presentasjon, hensikt, forklaringer og praktiske opplysninger. Her ble også frivillig deltagelse poengtert, og ved

at man deltok og leverte skjemaet i retur anså man dette som et skriftlig informert samtykke til deltagelse. Den standardiserte informasjonen sikrer at alle deltagere har et mest mulig likt utgangspunkt for å behandle spørsmålene (Haraldsen, 1999).

Rekkefølgen på spørsmålene var planlagt. En forsiktig oppstart med demografiske spørsmål, før selve tematikken ble presentert. Det var lagt vekt på at spørsmålene skulle komme i logisk rekkefølge slik at det var en flyt i dem. For å unngå et kjedelig eller ensformig utseende, ble spørsmålenes svaralternativ brukt varierende (Haraldsen, 1999).

Det endelige spørreskjema ble på seks sider, hvorav den første var introduksjonssiden. Spørsmålene bestod av 8 hovedspørsmål, hvor enkelte har underspørsmål. Det totale antall respondentene da skulle svare på ble 18 spørsmål. Spørreskjemaet slik det ble trykket og levert respondentene vises i vedlegg I.

Utgangspunktet for innholdet i spørsmålene var en kombinasjon av egenerfaring og beskrivelser og retningslinjer knyttet til preoperativ anestesivurdering, både nasjonalt og internasjonalt. Fordi tematikken i oppgaven er forholdsvis smal, ble enkelte spørsmål ganske detaljfokusert. Selve kjernetemaet, hvordan den preoperative anestesivurdering blir utført, ble etterspurt fra to sider, ¹⁾ hvordan respondenten erfarer at den virkelig skjer og ²⁾ om preoperativ anestesivurdering skjer i samsvar med oppgitt mal eller norm. Spørsmålsvinklingen var gjort for å få frem variasjonene i hvordan etterspurt praksis faktisk er.

Spørreskjemaet ble del i to moduler, hvorav den første "Generelle opplysninger" - bestod av kun to demografiske spørsmål. Den andre modulen "Kartlegging av praksis" inneholdt de øvrige spørsmål. Det er diskutert hvorvidt det er riktig å bruke demografiske spørsmål som en forsiktig start i et spørreskjema, hvor tema er knyttet til helt andre områder. Det kan både virke positivt ved at det er spørsmål alle kan svare på, og motsatt ved at de innholdsmessig er noe helt annet enn tema som etterspørres. Da de demografiske spørsmål kun var to stykker, og hovedmodulen startet etter disse, ble ulempene ved denne start vurdert som mindre enn fordelene (Haraldsen, 1999; Polit et al., 2004).

3.3.2 Utarbeidelse av svaralternativ

Svaralternativ ble utarbeidet etter prinsipielt samme retningslinjer som spørsmålene (Haraldsen, 1999). Ved samtlige spørsmål med unntak av der hvor svarene var gradering på en skala var det åpnet for at respondenten kunne svare fritt i tillegg til de alternativ som var angitt, ved en rubrikk "Annet, beskriv". Dette inviterer til at respondenten kan gi egne svar, samt at det fanges opp hvis svaralternativene ikke rommer det respondenten vil svare. (Haraldsen, 1999; Polit et al., 2004). Kombinasjonen lukkede svaralternativ og mulighet for å gi egne kommentarer kan virke stimulerende på respondentene til å gi ytterligere bidrag samtidig som at de som kan eller vil gi egne kommentarer kan krysse av i de gitte svarrubrikkene. Motsatt blir også de som er komfortable med å bruke et av de gitte svaralternativ imøtekommet ved at det er mulig å kun krysse av for ønsket svar.

Under hvert spørsmål var det skrevet hvordan det skulle besvares, hvordan det skulle krysses av og hvor mange kryss som var ønsket, se vedlegg I.

Svaralternativ var utformet variert med faste og åpne svarmuligheter samt skalagradering. Dette var gjort for fremstå visuelt varierende, og fordi svarkategoriene fordret forskjellige svarmåter. De spørsmål som har faste svaralternativ har i tillegg en rubrikk for "Annet, beskriv", fordi det kunne antas at de gitte svaralternativ ikke dekket alle svarmuligheter.

Når det gjelder bruk av graderte skalaer diskuteres det hvorvidt disse skal ha et nøytralt midtpunkt eller ikke. På den ene siden fremheves det at skalaen bør bestå av partall, slik at respondentene må ta stilling til hvilken side av skalaen de vil gi sine svar og dermed ikke få mulighet til å slippe å ta stilling til spørsmålet ved å krysse av et nøytralt midttall. Hvis denne gradering ikke tilfredsstillter respondentene, kan et alternativ være at spørsmålet forblir ubesvart (Haraldsen, 1999; Polit et al., 2004). På den annen side hevdes det at graderte skalaer bør ha et nøytralt midttall, slik at respondenten har mulighet til å krysse av på det (Polit et al., 2004).

Det ble spurt etter kun selvformulerte svar i spørsmålene 3 b + 3 c. Disse spørsmålene ble utformet slik at svar kunne gis i stikkordsform, for å minske skrivemengden for respondentene. Grunn til dette var særlig antagelsen om at svarene kunne bli mange forskjellige og forskjellige fra de respektive sykehus.

I spørsmål 7 ble respondentene bedt om å karakterisere en del hendelser som kan oppstå i anestesisammenheng i forhold til gitte alvorlighetsgraderinger. Her var det også mulighet for å komme med egne eksempler, ved at flere åpne svarkolonner.

Det anestesifaglige miljø i Norge er forholdsvis lite. Muligheten for at deltagende sykehus eller respondenter skal kunne gjenkjennes er derfor stor. Særlig er faren stor for at personer innad i de deltagende sykehus kan gjenkjenne hverandre. På denne bakgrunn ble de demografiske spørsmål begrenset til to.

Da det spørreskjemaet ble vurdert som ferdig utviklet, ble velvillige kolleger bedt om å teste dette. Et par av disse som ikke hadde sett skjemaet tidligere, ble observert mens de svarte på spørsmålene for å måle tiden de brukte på dette. Tilbakemeldingene på skjemaet, både introduksjonssiden, spørsmålene og svaralternativene var positive. Tidsbruken var akseptabel, rundt 10 minutter. Det ble besluttet at spørreskjemaet skulle trykkes i eksisterende form.

3.3.3 Spørreskjema – kritikk av utvikling og bruk

I dette kapittel vil både utvikling av spørreskjema og valg av sykehus med respondenter vurderes med hensyn til både validitet og reliabilitet. Denne type forskningskritiske spørsmål besvares ikke i enkelte spørsmål, men må være tilstede som veiledende i den aktuelle forskningsprosessen (Hellevik, 1991; Haraldsen, 1999; Malterud, 2003; Polit et al., 1999). Hensikt med metodekritikk er å få redusert eller belyst eventuelle feilkilder, og at innsamlede data er mest mulig relevante eller gyldige (valide) og mest mulig pålitelige og repeterbare (reliable) i andre undersøkelser.

Reliabilitet er en betegnelse som sikter til nøyaktigheten eller presisjonen i de ulike leddene i en forskningsprosess. To typer feilkilder som må vurderes i denne sammenheng er de tilfeldige og de systematiske feil. Tilfeldige feil er de feil som forskeren ikke har kontroll over, for eksempel tid og utvalgets populasjon. De systematiske feil er feil som forskeren ikke kan ekskludere helt. Disse kan forventes å variere avhengig av både hva

som skal undersøkes og hvordan denne undersøkelsen foregår og kan ha innvirkning på resultatene av undersøkelsen. Men forebygging av systematiske feil kan gjøres ved at det vurderes om undersøkelsesinstrumentet, i denne studien utvikling og administrasjon av spørreskjemaet kan gjentas i forhold til det som ønskes undersøkt (Malterud, 2003; Hellevik, 1991; Aalen, 1994)

Validitet er knyttet til hvordan eller i hvilken grad datamaterialet relevante for problemstilling. Intern validitet (relevans) kan beskrives som materialets relevans for det som etterspørres. Spørsmål som må stilles i denne forbindelse er hva dataene sier noe om og under hvilke betingelser de er gyldige. Ekstern validitet er i hvilken grad de innsamlede data kan brukes utover den kontekst eller sammenheng de er kartlagt. (Hellevik, 1991; Malterud, 2003; Aalen, 1994). Overført til denne studien må det etterspørres om spørreskjemaundersøkelse er egnet til å kartlegge den aktuelle praksissituasjon. Forteller de kartlagte dataene hvordan den preoperative anestesivurdering faktisk foregår på de deltagende helseinstitusjoner, og kan materialets innhold overføres til å gjelde andre helseinstitusjoner.

Det er i dette kapittel videre valgt å presentere de metodekritiske overveingene slik de faktisk er gjort i denne studien. Hensikten med denne presentasjonsmåten er at leser skal kunne følge de vurderinger som er gjort (Hellevik, 1991; Aalen, 1994).

”En forutsetning for å lage en god spørreskjemaundersøkelse er at du vet hvor fallgruvene finnes før du beveger deg inn i terrenget” (Haraldsen, 1999 s. 21). Man må være klar over feilkilders eksistens når undersøkelser gjennomføres og presenteres. Mulige feilkilder i denne studien kan relateres både til forfatters fagtilknytning, spørsmålsutformingen, administrasjon av spørreskjemaene, svaralternativene og utvalget av deltagende sykehus ved anestesisykepleierne.

Et forhold som kan virke både positivt og negativt inn på denne undersøkelsen er forfatters yrkestilknytning som selv anestesisykepleier. Som positivt kan fremheves at tematikken er kjent, hvilket kan medvirke til at spørsmålsinnhold og utforming går rett på sak. Ord og uttrykk som er kjent i anestesimiljøet kan brukes, samtidig som respondenters ordbruk og beskrivelser kan være forståelig fordi forfatter kjenner praksisfeltet (Almås, 1990).

På den annen side, kan forfatters yrkestilknytning påvirke både spørsmål og svar i bestemte retninger. Studien er bygget på erfart praksis, litteratur, normer og regler. Praksis var bekreftet i uformelle fora, men ikke mer nøyaktig diskutert. Utforming av både spørsmål og svar må derfor nødvendigvis være påvirket av meg som har utformet dem. Påvirkningen kan være av en slik art at spørsmålene går i en retning, og ikke åpner for andre muligheter (Fog, 1994; Polit et al., 2004). På den annen side kan forfatters fagtilknytning være medvirkende til at spørsmålene stilles bredere, slik at variasjoner i svar har mulighet for å komme frem.

Bruk av spørreskjema som datasamlingsverktøy har sine begrensninger. Disse kan rettes både mot bruk av spørreskjema som grunnlag for datainnsamling og direkte på selve spørsmålsstillingen. Det må tas med i vurderingen i hvilken grad valgte verktøy og utforming av spørsmålene er egnet for å avdekke det som ønskes undersøkt og hvordan dataene er fremkommet (Hellevik, 1991; Malterud, 2003). Når en undersøkelse kun baserer seg på skriftlige spørsmål, hvor respondenten selv skal ta stilling til gitte svaralternativ, utforme egne svar og bruke gradert svarskala, har datainnsamler utelukkende det skriftlige materiale å forholde seg til (Haraldsen, 1999). Språklig klarhet er derfor meget viktig for å unngå misforståelser som er knyttet til andre forhold enn det som det faktisk spørres om. Hvordan den enkelte leser forstår spørsmålene kan ikke fanges opp ved spørreskjemabruk, men jo mer klare og konsise spørsmålene er desto lettere er de å forstå. Bruk av testpersoner underveis i skjema utviklingen ble derfor meget viktig. Flere ”øyne” gir større mulighet til at uklarheter fanges opp og avklares. Testpersonene var valgt blant annet med bakgrunn i at de arbeider på forskjellige sykehus, men ingen fra de senere deltagende sykehus. Det ble tatt hensyn til respondenters eventuelle forskjellig forståelse av spørsmålene eller behov for å uttrykke seg utover det de gitte svaralternativene gav, ved at de fleste spørsmål også hadde svarkategorien ”Annet, beskriv”.

Motsatt er det også grunn til å fremheve spørreskjemaundersøkelers fortrinn. Forsker kan forholdsvis greit samle inn data fra et stort antall respondenter via ordinær postgang eller internett. Metoden er økonomisk gunstig og respondenter kan være anonyme. Metoden er fleksibel fordi den kan brukes i forbindelse med forskjellige undersøkelser og har et bredt

anvendelsesområde. Forsker kan raskt få et overblikk over det utvalgte tema, da datamaterialet i stor grad kan systematiseres rask. Systematisering av og arbeid med resultat fra *skjema* med faste svaralternativ er mindre arbeidskrevende enn *skjema* med åpne svaralternativ.

En utelukkende skriftlig kommunikasjon mellom spørsmålsstiller og respondent kan utestenge nyansert informasjon som kan være viktig. I denne studien var hensikten å kartlegge og få en viss oversikt prioritert fremfor å få frem nyanser. Derfor er det vurdert at bruk av kun spørreskjema er tilstrekkelig i denne studien. Men når kun spørreskjema blir brukt, skal det ikke sees bort fra at enkelte respondenter ikke er bekvemme med dette, og dermed ikke får uttrykt det de kanskje hadde kunnet gjennom et intervju eller samtale (Haraldsen, 1999; Malterud, 2003).

Spørsmål som ber respondenten svare fritt, gir svar som representerer en mer umiddelbar måling av hvordan vedkommende oppfatter spørsmålet og besvarer det. Men, det kan også være hindrende, fordi ikke alle mennesker uttrykker seg like godt skriftlig som muntlig og svaret dermed blir noe annet enn det spørsmålet var ute etter (Haraldsen, 1999; Polit et al., 2004). Imidlertid er svargruppen i denne undersøkelsen alle anestesisykepleiere, med den utdanning det krever, og har derfor en viss teoretisk bakgrunn og erfaring med å uttrykke seg skriftlig. Den type arbeid anestesisykepleiere har i sitt daglige virke, innebærer at en del av arbeidet er å uttrykke seg skriftlig i form av journalføring, papirbasert eller elektronisk. Siden bare to spørsmål var av typen ”beskriv” ble de vurdert til ikke å være ”avskrekkende” slik at respondentene ville unngå å svare.

Rækkefølgen på spørsmålene var bestemt med hensyn til både utseende og innhold. Det visuelle inntrykket kunne fremstå som monotont hvis likt utseende spørsmål og svar kom etter hverandre. Spørsmålene som krevde at respondenten selv skrev sitt svar ble plassert tilnærmet midt i spørreskjemaet. Dette fordi antagelsen om at respondenten da var blitt kjent med skjemaet og ikke ville la seg avskrekke med kravet om å formulere svaret selv (Haraldsen, 1999).

Den overordnede hensikt med undersøkelsen er å se i hvilken grad en praksis følger norm. Spørsmålet som retter seg direkte mot dette, spørsmål 8, ble plassert sist i skjemaet. Dette

ble gjort for redusere muligheten av at respondentene ville forholde seg til den gitte norm i de resterende spørsmålene. Imidlertid skal det ikke sees bort fra at enkelte respondenter ikke har besvart spørsmålene i oppgitt rekkefølge, og dermed kan ha blitt inspirert av normen i spørsmål 8 når de øvrige svar er avgitt. Temarekkefølgen i spørsmålene tok derfor utgangspunkt i at respondentene først skulle kunne ”beskrive” egen praksis før det siste spørsmålet.

Derfor ble respondentene først bedt om å beskrive sin praksis, før det avsluttende spørsmålet kom, hvor de ble bedt om å se på samsvar mellom erfaring og norm skissert etter Standards kapittel om preoperativ anestesivurdering.

Det ble lagt vekt på at spørreskjemaet skulle se enkelt ut. Komplisert utseende skjema kan i seg selv virke avskrekkende, som kan medføre at respondenter lar være å svare. Da er det ikke selve spørsmålene som er avskrekkende, men skjemaets visuelle uttrykk som gjør at personer ikke svarer (Haraldsen, 1999).

Utvalgsfeil, dvs. feil som gjøres når trekking av deltagere skal gjøres, er forsøkt unngått ved at alle anestesisykepleiere ved de medvirkende avdelinger har fått hvert sitt spørreskjema og dermed lik mulighet til deltagelse (Haraldsen, 1999). De medvirkende anestesisykepleierne er deltagere i undersøkelsen fordi de alle arbeider ved et sykehus som er valgt ut fordi de fyller inklusjonskriteriene, gjort rede for i kapittel 3.4. Utvalget er gjort på denne måten fordi denne studien handler om å studere et praksisfenomen, som ikke like aktuelt på alle landets sykehus anesthesiavdelinger. Svakheter ved utvalget kan derfor primært sees ved sykehusutvalget, se kapittel 3.4.

Spørsmålene er utformet med tanke på å ikke virke ekskluderende på eventuelle mulige respondenter (Polit et al., 2004). Hensikten var at alle anestesisykepleierne som arbeider med anestesi og pasienter på de utvalgte sykehus, skulle kunne svare på spørsmålene.

Lav svarprosent kan til den viss grad oppveies ved at svargruppen er forholdsvis homogen, og dermed kan svarene tillegges en økt grad av representativitet. Lav deltagelse kan gi målefeil, fordi frafall er større enn ønsket. Det bør tas med i vurderingen av svarprosenten at frafall vanligvis er større i selvutfyllingsskjemaer enn i intervjuundersøkelser. På den

annen side vil en representativ svargruppe virke i positiv retning hvordan resultat kan tolkes (Haraldsen, 1999 s. 85). Svarprosentens størrelse tillegges forskjellig vekt på bakgrunn av hvaslags type studie som gjennomføres. Er målet å komme frem til kunnskap som skal kunne overføres til andre deler av det teoretiske univers, bør svarene komme fra 70 % - 80 % av deltagerne. Denne studien er en beskrivende studie, hvor utvalgte anestesisykepleiere formidler sine erfaringer om preoperativ anestesivurdering, som kan brukes som grunnlag for videre studier.

Hvordan den konkrete utdelingen av spørreskjemaene foregikk, ble overlatt til fagsykepleierne ved de respektive sykehus. Spørreskjemaene var ikke personidentifiserbare i den forstand at navn på deltager var skrevet på. Skjemaene hadde kun kode som kunne vise fra hvilket sykehus de kom, dette for å sikre korrekt bearbeiding av dataene i forhold til det enkelte sykehuset. Tid for når skjema måtte være levert tilbake var gjort på bakgrunn av den tidsramme som var satt for når jeg skulle hente skjemaene på sykehusene. Denne tidsramme var blant annet satt slik at de som hadde "turnusfri" skulle få anledning til å delta når disse kom tilbake på arbeid. Tiden den enkelte da fikk for å svare på skjemaene ble derfor vurdert som god.

Det kan virke positivt på villigheten til å delta og dermed øke svarprosenten ved at den enkelte kan bruke den tid som trengs for å svare, svare når det passer og at skjemaet kan fysisk tas med og besvares i fred og ro. På den annen side kan for lang tidsramme virke uheldig ved at spørreskjemaet kan bli lagt til siden, glemt eller mistet med derav følgende lavere svarprosent. Ved de deltagende avdelinger var det lagt ut "svarkonvolutt" som deltagerne kunne legge sine skjema i når spørsmålene var besvart. Disse ble hentet etter avtalt tid, 3 – 4 uker etter at spørsmålene ble utdelt.

3.4 Sykehusutvalget

Kriterier for utvelgelse av deltagende sykehus er at de er offentlige, generelle sykehus hvor det foregår både planlagt (elektiv) og øyeblikkelig hjelp (ØH) kirurgi. Grunn til dette er at arbeidsoppgavene på denne type sykehus i en eller annen grad påvirkes av plikten til å yte øyeblikkelig hjelp overfor de pasienter som måtte trenge det (Helsepersonelloven, 2001).

Disse situasjonene må prioriteres, noe som kan medføre at planlagte arbeidsoppgaver kan stå i fare for å bli forskjøvet, utsatt eller avlyst. I praksis betyr dette at sykehuset (både på system og individnivå) i en eller annen grad må regne med å ikke få gjennomført planlagte arbeidsoppgaver som ønsket.

Anestesisykepleiere kan ha sin arbeidsplass på forskjellige typer helseinstitusjoner. Det er derfor de i forbindelse med denne studien er rekruttert på bakgrunn av hvilken type sykehus de arbeider på, og ikke primært at de er anestesisykepleiere. Dette kan synes underlig, men som vist i avsnittet over, er sykehus som både har elektiv og ØH funksjon strukturelt forskjellig fra en institusjon som kun utfører planlagt kirurgi eller som ikke har døgnkontinuerlig drift.

Et annet kriterium for utvelgelse av sykehus var ønsket om geografisk nærhet, i praksis hjemmehørende i Helse Sør og eller Helse Øst, slik at visitt til sykehusene kunne gjennomføres. Personlig kontakt oppfattes gjerne som positivt, noe som igjen kan øke interessen for deltagelse i undersøkelsen (Polit et al., 1999). Det var også viktig å ikke belaste velvillige og travelt opptatte fagsykepleiere mer enn nødvendig, derfor var det ønskelig at spørreskjemaene både kunne bringes til og hentes fra de deltagende sykehusene.

Denne form for utvelgelse kalles bekvemmelighetsutvalg, som kjennetegnes ved: ”at en studerer de enheter en først og lettest kommer over.” (Bjørndal, 2002 s. 115). En indirekte gevinst ved denne utvalgsmetoden er at den faglige tilknytning respondentene har, styrker de funn som gjøres i den empiriske undersøkelsen. Denne styrken oppveier til en viss grad svakhetene ved bekvemmelighetsutvalg (Haraldsen, 1999; Polit et al., 2004).

3.5 Tilgang til praksisfeltet og praktisk gjennomføring

Fire sykehus ved avdelingsleder anesthesiavdelingen, ble kontaktet med spørsmål om det var mulig å inkludere avdelingens sykepleiere i denne undersøkelsen. Henvendelse skjedde både via mail (vedlegg IV) og telefon. To sykehus svarte positivt (vedlegg V og VI). Ett sykehus var ikke aktuelt fordi anestesisykepleierne der ikke deltar i den

preoperative vurderingen. Ved ett sykehus svarte ikke avdelingsleder anestesivdelingen, verken på mail eller telefon. Aksept fra avdelingsleder for gjennomføring av en slik type undersøkelse som i denne oppgaven er nødvendig ifølge retningslinjene fra NSD (Personvernombudet, 2005). Resultatet av denne spørreundersøkelsen, var at to sykehus sa seg velvillige til å delta i studien.

Telefonsamtalene med avdelingslederne var preget av konkret informasjonsutveksling. Avdelingslederne var interessert i forfatters bakgrunn, faglige kunnskap om tematikken og hensikten med oppgaven. Prinsipielle føringer for gjennomføringen og presentasjon av funn ble også gjort rede for og diskutert. Spørreskjemaet ble ikke presentert i detalj, men det ble gjort rede for tema og innhold. Et forhold som særlig ble vektlagt var prinsippet om anonymitet, begrunnet både kollegialt og fordi det er en forutsetning for denne type undersøkelse, jfr. NSD's retningslinjer. Sykehusene benevnes følgelig A og B.

Avdelingslederne oppgav navn på kontaktperson(er) i avdelingens sykepleierledelse for det videre samarbeid. Disse ble så kontaktet pr telefon, hvor forfatter presenterte seg selv, bakgrunn for og hensikt med oppgaven, og konkrete forslag til praktisk gjennomføring. Sykepleierledelsen på begge sykehus var allerede informert om at jeg ville ta kontakt. Sykepleierleder oppgav navn på fagsykepleiere, som skulle være kontaktpersoner. I løpet av disse samtalene ble det også avklart hvor mange spørreskjema det enkelte sykehus trengte. E-postadresser ble utvekslet og dato for første møte ble avtalt. I god tid før dette møtet fikk fagsykepleierne oversendt via e-post komplett spørreskjema (vedlegg I) og intervjuguiden tiltenkt sykepleierleder / fagsykepleier (vedlegg II). Disse dokumentene ble oversendt i forkant av første møte, fordi det var ønskelig at deltagende kontaktpersoner skulle få satt seg inn i materialet, og for at møtene skulle bli så effektive som mulig. Videre er det viktig at assistenter (eller kontaktpersoner) som hjelper til i en undersøkelse kjenner godt til den undersøkelse som skal gjennomføres (Polit et al., 1999).

Til første møte ble forfatter tatt imot av både sykepleierleder og fagsykepleier. Disse hadde tydelig gjennomgått og diskutert det tilsendte materiale, slik at fagsykepleier i praksis ble avdelingens representant på møtene. Sykepleierleder var til stede i varierende grad, grunnet annet arbeid. Fagsykepleierne hadde forberedt seg grundig, og møtene var preget av konstruktiv diskusjon med detaljert gjennomgang av spørreskjemaet.

Intervjuspørsmålene ble gjennomgått og besvart. De interne retningslinjer som var etterspurt av forfatter ble utlevert, enkelte ettersendt. Ønsket antall spørreskjema ble overlevert, og antatt tidsramme før henting av skjemaene ble avtalt.

Antall spørreskjema som ble overlevert tilsvarte antall ansatte anestesisykepleiere ved anesthesiavdelingen. Ønsket var at samtlige sykepleiere med klinisk pasientarbeid skulle få et spørreskjema, hvilket betyr at sykepleiere med utelukkende administrativt arbeid ikke fikk et spørreskjema. Spørreskjemaets innhold forutsetter indirekte av respondentene har klinisk stillinger, for det er den eksisterende praksis som ønskes kartlagt.

Etter avtalt tid ble de besvarte spørreskjema hentet på de respektive sykehusene.

Fagsykepleiere på begge sykehus fortalte at deres erfaring var at svarprosent på spørreundersøkelser ofte kunne være lav, noe de mente var tilfelle også nå. Antatte og kjente argumenter for dette ble diskutert. Stor arbeidsmengde, følelse av å delta i et prosjekt man ikke får noe igjen for, arbeid for å tilfredsstille ”andres” interesser osv. ble nevnt. Disse forhold erkjennes og respekteres, og tas med i betraktning når det gjelder tilfredshet med svarprosent.

Fagsykepleiere opplyste at de som avtalt ikke i særlig grad hadde purret på svar. Den eksisterende svarprosent kan derfor sees på som avgitt av personer som ønsket å delta i undersøkelsen, frivillig og ikke under sterkt press.

Fagsykepleiere hadde selv valgt hvordan de ønsket å informere om og gjennomføre spørreundersøkelsen. De kjenner sine kolleger, arbeidsmiljøet osv. og vet hvordan det passer å introdusere et slikt arbeid.

KAPITTEL 4 EMPIRISK UNDERSØKELSE OG DISKUSJON

4.1 Innledning

I dette kapitlet presenteres den empiriske undersøkelsen som ble gjennomført ved to norske sykehus våren 2005. Det er resultatene fra spørreundersøkelsen som sammen med intervju av sykepleierleder / fagsykepleier og presentasjon av de sykehusinterne retningslinjer / dokumenter som danner grunnlaget for datamaterialet. Det empiriske materialet blir følgelig presentert i gruppene:

- Resultat av spørreundersøkelsen
- Intervjuene av sykepleierleder / fagsykepleier
- Presentasjon av de mottatte sykehusinterne retningslinjer / dokumenter

Vedlegg II omfatter spørreskjemaet med alle mottatte svar. Svarene er systematisert og blir presentert i form av tabeller. I de spørsmålene hvor respondentene har brukt muligheten til å gi kommentarer, står disse umiddelbart under det aktuelle spørsmål. Tabellene med svarene viser resultatene fra de respektive sykehus og begge sykehus sammen.

Vedlegg III viser spørsmålene tiltenkt sykepleierleder. I praksis ble det at sykepleierleder hadde gitt denne oppgaven til fagsykepleier, fordi disse kunne svare på spørsmålene. Svarene som vist i vedlegg III er notert i stikkordsform. Enkelte av opplysningene, kommentarer og informasjon fremkommet i disse møtene, brukes som referanse, forklaringer eller til å styrke funn gjort i spørreskjemaundersøkelsen.

Vedleggene V, VI, VII og VIII viser de mottatte retningslinjer og dokumenter. Disse vil bli brukt som referanser eller henvisninger i diskusjonen. De interne dokumentene vil derfor som sådan ikke bli vurdert eller diskutert,

Det er valgt å presentere resultatene i temagruppene med en fortløpende diskusjon etter hver temagruppe. Dette betyr at det blir en veksling i kommende presentasjon mellom gjennomgang av funn og diskusjon av disse. Det kan diskuteres hvorvidt det er

hensiktsmessig å ta diskusjon fortløpende og ikke til slutt når all presentasjon er gjort. En samlet diskusjon etter at alle presentasjoner er gjort, vil kunne medføre at leser må bla tilbake til funn for å se detaljene her. En diskusjon underveis vil medføre en avslutningsdiskusjon hvor det empiriske materialet blir vurdert i forhold til oppgavens problemstilling. Det empiriske materialet inneholder mange detaljer, hvilket gjør at diskusjon underveis fremstår ryddigere og mer oversiktlig. Fordeler og ulemper ved valget av denne praktiske gjennomføringen av presentasjon, funn og diskusjon er gjennomgått og funnet mest hensiktsmessig som gjennomført i oppgaven (Ilstad, 1987).

Både i presentasjon av funn og diskusjon vil det enkelte steder blir henvisning til resultat på tvers av temagruppene. Enkelte spørsmål bekrefter svar gjennomgått i annen temagruppe, derfor vil noe kryssreferering finnes. Det henvises da til intervju, vedlagte retningslinjer eller aktuelle tabeller og / eller spørsmål.

4.2 Resultat spørreskjemaundersøkelsen

De to fagsykepleierne fikk totalt 84 spørreskjema for utdeling til samtlige anestesisykepleiere ved avdelingene. 40 skjema ble besvart og returnert via fagsykepleierne, ingen ble returnert ubesvart. Fagsykepleierne på begge sykehus hadde fortalt at anestesisykepleierne tidligere har deltatt i flere undersøkelser på avdelingene. Erfaringer fra disse undersøkelsene var at svarprosenten ofte var forholdsvis lav. På denne bakgrunn ble resultatene på h.h.v. 44 % (n = 21) fra sykehus A og 51 % (n = 19) fra sykehus B mottatt som tilfredsstillende. Dette utgjør en svarprosent på 47 % (n = 40) for begge sykehusene sammen. Fordelingen av innkomne svar fra de to sykehusene er som vist i tabellen under:

Tabell A

Oversikt utsendte og returnerte spørreskjema

	Sykehus A	Sykehus B	Begge sykehus
Utdelte spørreskjema	47	37	84
Mottatte besvarte skjema	21	19	40
Svar %	44,68 = 44 %	51,35 = 51 %	47,60 = 47 %

De fleste respondentene har svart på alle spørsmål og underspørsmål. Gjennomgang av de som ikke er besvart har vært gjort for å se om det er tilfeldige eller systematiske frafall. Et systematisk frafall kan tyde på at spørsmålet er uklart, svaralternativ er uklare eller av spørsmålet ikke er relevant. Et eventuelt systematisk avvik må tas hensyn til ved gjennomgang av funn og diskusjon av disse (Hellevik, 1991).

Gjennomgang av de ubesvarte spørsmålene viser følgende:

- En respondent hadde utelatt å svare på spørsmålene 0.1 t.o.m. 1c. Disse spørsmålene står alle på side to i spørreskjemaet, altså baksiden av første ark. Det ble valgt å tolke dette dit hen at disse spørsmålene simpelthen var oversett.
- Spørsmål 3 er formet slik at hvis det svares nei på 3 a, så innebærer det at det ikke skal svares på 3 b og 3 c, hvilket betyr at manglende svar på disse ikke betyr at de er ubesvart.
- En respondent hadde unnlatt å svare på seks av ti utsagn i spørsmål 7, men kommentert hvorfor de ikke var besvart.
- To respondenter har ikke svart på de demografiske spørsmålene 0.1 og 0.2.
- Knyttet til de øvrige ubesvarte spørsmålene, sees det ikke noe mønster eller logisk forklaring.
- På spørsmål 1a er svaralternativ ”Ingen, Vet ikke og Andre, beskriv” ikke benyttet av noen av respondentene og følgelig ikke tatt med i tabellpresentasjonen.

Svaralternativ ”Annet, beskriv” var i varierende grad benyttet. Spørsmålene 2 a og 7 var dem med flest kommentarer, h.h.v. syv og ni stykker. Samtlige skrevne kommentarer kan leses i tilslutning til spørsmålene det gjelder, vedlegg II.

Begrepet ”preoperativ visitt / tilsyn / previsitt” brukes av flere respondenter i deres kommentarer. Siden spørsmålene utelukkende er stilet til anestesisykepleiere, må det antas at visitten de refererer til er visitt gjennomført av enten anestesilege eller anestesisykepleier, og ikke andre faggrupper. De har ikke definert om visitten også inkluderer bruk av tilgjengelig journal, hovedpoenget er at det planlegges eller har vært et møte mellom pasient og anestesipersonell.

Sykehusene har forskjellige interne retningslinjer. Disse blir det i hovedsak referert til, de viser hvordan interne retningslinjer kan variere. Hvorvidt disse er kjent i praksis vil kunne fremkomme i forbindelse med enkelte av spørsmålene.

Undersøkelsen skal presenteres ved de to sykehusene. Forskjeller og likheter kommer frem i presentasjonen. Disse kan være interessante og gi grunnlag for diskusjon på de respektive sykehus. Derfor er også svarene vist fra hvert sykehus for seg og begge sammen.

Resultatene fra spørsmålene hvor respondent er bedt om å svare ved å krysse av på en gradert skala, er i dette kapitlet presentert i to svargrupper, nemlig de som svarer bekreftende og de som svarer avkreftende på spørsmålet. Svarskalaene på samtlige av disse spørsmålene er delt slik at respondentene ikke kan krysse av et nøytralt ”midttall”, de har måttet krysse av slik at svar har fremkommet enten positivt eller negativt i forhold til det aktuelle spørsmål. På denne måten blir det meningsfullt å diskutere svarene og ikke hvis de skulle bli presentert som en lang rekke med forholdsvis få svar på hvert alternativ (Almås, 1990; Hellevik, 1991).

En viktig opplysning som kom som muntlig tilbakemelding via fagsykepleierne, var at spørreskjemaet var greit og lett å forstå. Til spørsmål 7 hadde noen respondenter stilt spørsmål ved om det gjaldt alvorlighetsgrad for pasient eller sykepleier. Fagsykepleier

hadde da informert om at spørsmålet var sykepleiers opplevelse som var fokus. Om alle respondenter har fått denne informasjon er imidlertid usikkert.

På sykehus A fortalte fagsykepleier at ”noen” antatte respondenter hadde sagt de ikke kunne delta i undersøkelsen. Dette var grunnlagt med at de kun innehar ”dagstillinger”, og at preoperativ anestesi vurdering hovedsaklig foregår på ettermiddag og kveld, altså etter ordinær arbeidstid og at de derfor sjelden eller aldri deltar i den preoperative anestesi vurderingen. Det fremgår også fra avdelingens retningslinjer at planlagt preoperativ anestesi vurdering starter kl 1630, vist i vedlegg VIII side 8. Hvor mange anestesisykepleiere i ”dagstillinger” som ikke har besvart vites ikke. Noen i samme situasjon har, viser svarene, kunnet svare på spørreskjemaet, så dette fremstår litt uklart.

Svaralternativer er kodet eller gruppert og alle mottatte svar vises i tabellene, vedlegg II. Hvert svaralternativ i hvert spørsmål er gitt et tall, hvis betydning står umiddelbart under den aktuelle tabell. Her er også alle de mottatte kommentarene skrevet, i parentes står også bokstavkoden for hvilket sykehus kommentaren stammer fra.

4.2.1 Intervju og samtaler med sykepleierleder / fagsykepleier

Det ble gjennomført to møter på hvert sykehus, det første i forbindelse med overlevering av spørreskjemaene, det andre i forbindelse med innhenting av spørreskjemaene. Det refereres hovedsakelig fra det første møtet, da mest informasjon ble utvekslet og intervju spørsmålene ble besvart da. ”Preoperativt meldeskjema” og eksisterende interne retningslinjer ble overlevert på fra sykehus A. Fra sykehus B ble det avtalt at ”Preoperative meldeskjema” kunne ettersendes.

Hensikt med disse møtene var flere. En kjent ”sannhet” er at sykehus kan ha forskjellige kulturer og tradisjoner, som ikke nødvendigvis er nedfelt i prosedyrer eller rutiner. For å få et innblikk i hvordan forholdene er på det enkelte sykehus, ble det vurdert som viktig å ha et møte med sykepleierrepresentant fra de deltagende avdelingene.

Intervjuene var i utgangspunktet planlagt til å gjelde sykepleierledere, så disse hadde i forkant fått tilsendt pr e-post intervju spørsmål og selve spørreskjemaet slik at de kunne

sette seg inn i disse og forberede eventuelle spørsmål. Intervju var også planlagt gjennomført pr telefon. Fra begge sykehus ble det imidlertid sagt at de ønsket å besvare disse spørsmålene i første møte, også fordi enkelte av spørsmålene fordret litt ”prat og historikk” og at fagsykepleierne hadde fått overlevert spørsmålene m.m. fordi disse var like kompetente til å besvare spørsmålene.

På den ene sykehuset var ikke sykepleierleder med på første møte, på det andre var sykepleierleder delvis tilstede. Det ble derfor fagsykepleierne på begge sykehus som svarte på de ønskede spørsmål, vist i vedlegg III. Svarene er notert i stikkordsform, og presentert separat fra begge sykehus. Det bemerkes at spørsmålet som gjelder stillingsinstruks ble vurdert til å være irrelevant i forhold til oppgaven og derfor ikke videre etterspurt.

Som innledning ble det gjort rede for bakgrunn og hensikt med oppgaven. Forfatters faglige bakgrunn og interesse for tematikken, begrunnelse for valgt av sykehus, utvikling av spørreskjema ble gjort rede for.

Fagsykepleierne hadde satt seg godt inn i både spørreskjemaet og intervju spørsmålene. Spørsmålene og de problemstillingene disse representerte ble diskutert og funnet relevante. Den praktiske gjennomføringene av selve undersøkelsen, med utdeling og innsamling av skjema, ble gjennomgått og avtalt. Noe ”utenom prat” for å beskrive arbeidshverdagen og dennes mange utfordringer gav et bredt og godt bilde av situasjonen på de respektive sykehusene. Blandingen av planlagte og ikke planlagte samtaleemner gjorde også sitt til at aktørene fikk bedre kjennskap til hverandre, og at sykehusene fikk presentert sin hverdag på en illustrativ måte. ”Interne uttrykk” som ble brukt i samtalen er i denne oppgaven omskrevet, av hensyn til kravet om anonymitet.

Spørreskjemaet ble kommentert som greit, bortsett fra spørsmål syv. Dette ble det sagt var diffust i og med at det ikke klart kom frem om situasjonene skulle sees på fra pasient eller anestesisykepleiers side. Fagsykepleierne på begge sykehus sa at de antok at spørsmål syv ville noen kunne stille seg spørrende til. Hensikten ble presisert, at det er den enkelte anestesisykepleiers oppfatning av beskrevne hendelser som ønskes kartlagt, og hvordan de selv synes disse er å takle, altså ikke sett fra pasientens side. Fagsykepleier på det andre

sykehuset som fikk spørreundersøkelsen lurte på om det var mulig å omskrive spørsmål syv. Dette kunne dessverre ikke imøtekommes, da det første sykehuset som hadde fått spørreskjemaene allerede hadde startet utdelingen av disse.

Interessen for og viktigheten av preoperativ anestesisivurdering ble fremhevet ved begge sykehus. Det ble fortalt om en del interne erfaringer og rutiner, eksisterende diskusjoner, meninger, ønsker og tanker som anestesisykepleierne generelt hadde i forhold til den preoperative anestesisivurderingen.

Fagsykepleierne fortalte at eksisterende praksis kunne være tuftet på uskrevede rutiner og lange tradisjoner. Disse opplysningene fremkom som særlig nyttige i forbindelse med lesing av sykehusenes "Preoperativt meldeskjema". Skjemaflyt og arbeidsfordeling ble forståelig når rutinene var forklart. Det ble videre fortalt at sykepleiergruppen hadde erfaring med spørreskjemaundersøkelser, men at svarprosenten viste seg ofte å være lav, uten at dette ble dokumentert.

Videre ble den daglige realitet med stort arbeidspress, budsjettfokusering, pågående endringsprosesser og varierende grad av nok personell på jobb påpekt. Dette kunne medføre at arbeidsoppgaver ble forskjøvet slik at det som må gjøres ble gjort og det som ikke må gjøres risikerte å bli utsatt eller ikke gjort. Særlig påvirker tilstrømmingen av "øyeblikkelig hjelp pasienter" de allerede planlagte arbeidsoppgavene.

Det ble fra forfatters side presisert at hensikten med undersøkelsen var å få frem en beskrivelse av et praksisfenomen slik den erfares av den enkelte anestesisykepleier og en antydning om i hvilket omfang dette eksisterer. Videre var et ønske om at deltagelse i undersøkelsen skulle være frivillig i den forstand at det ikke skulle presses på svar eller presse personer til å delta. Uansett respons fra respondentene, - forfatter er svært takknemlig for både tilgang til avdelingen og at de som deltar – deltar. En "frivillig" og kanskje mer ærlig deltagelse er å foretrekke, fremfor en presset deltagelse hvor sannhetsgehalten kanskje minsker i forhold til det å "få jobben unnagjort forttest mulig".

Videre ble det presisert at hvis spørsmål, uansett type, dukket opp, var det bare å ta kontakt, jfr. introduksjonssiden til spørreskjemaet. En fagsykepleier benyttet seg av dette

og tok kontakt for å få bekreftet en informasjon om spørsmål syv som var gitt i introduksjonsmøtet. Forøvrig var det ingen ikke-planlagte henvendelser.

Innhenting av spørreskjemaene ble gjort til avtalt tid. Fagsykepleierne fortalte at det hadde vært enkelte spørsmål knyttet til spørsmål syv, og at det ble svart at det er anestesisykepleiers opplevelse av situasjonen som etterspørres. Fagsykepleierne fortalte at de hadde delt ut spørreskjema til samtlige anestesisykepleiere, og at innsamlingen av utfylte skjema vart gjort ved at den enkelte kunne legge sitt skjema i en stor svarkonvolutt. Fagsykepleierne bekreftet også at de, som forfatter hadde ønsket, ikke hadde lagt press på medarbeiderne for å få større deltagelse. Ingen vesentlig ny informasjon vedrørende selve undersøkelsen fremkom i løpet av disse avsluttende møtene. En foreløpig takk for hjelp og imøtekommenhet ble gitt.

4.2.2 Presentasjon av sykehusinterne og avdelingsinterne skjema og retningslinjer

Samtlige skjema som er vist i denne oppgaven er scannet inn og anonymisert før de er lagt med som vedlegg i oppgaven. Anonymiseringen består i at både sykehusnavn og logo, samt identifiserbare blankettidentifikasjon er fjernet, i tråd med retningslinjene fra NSD (Personvernombudet, 2005).

Begge sykehus har egne skjema for melding av pasient til operasjon. Disse skjemaene er i oppgaven kalt "Preoperativt meldeskjema" presentert i vedleggene VII og IX.

Sykehus A "Preoperativt meldeskjema", vedlegg VII består av to ark, med gjennomslag fra første til andre ark. Første arks forside er tredelt. Dette er utformet som en sjekklister, hvor relevant informasjon, ønskede vurderinger og forberedelser og planlagt inngrep noteres. Signaturlinjene er for dem som har utført undersøkelsen / vurderingen, h.h.v. mottagende lege, operatør / seksjonsoverlege og anestesilege / anestesisykepleier. Dette ark ble det fortalt sendes sengeposten etter utfylling. Første arks bakside inneholder klassifikasjonskategorier og "kvitterings / sjekklister" for bruk av sykepleier på post.

På sykehus A har anesthesiavdelingen også utarbeidet egne retningslinjer for den preoperative anestesivurdering, presentert i vedlegg VIII. Disse er trykket på hvite A4 ark

uten logo eller navn, hvor det refereres til avdelingens metodebok under hvert dokument. Dokumentene benevnes "Preoperativ informasjon", "Preoperative forberedelser" og "Preoperativ faste". De er forholdsvis detaljert, med beskrivelse av hva som skal gjøres, hvordan, av hvem og når. Supplerende undersøkelser som skal gjennomføres relatert både til kronisk og aktuell lidelse listes opp. Fasteregime beskrives både relatert til alder og lidelse.

På sykehus B ble "Preoperativt meldeskjema" diskutert, forklart og ettersendt da med håndskrevne kommentarer knyttet til skjemaflyt og bruk. Dette dokumentet, vedlegg IX, som er utformet som en sjekklister, består av tre ark, hvorav 2/3 deler av første side kopieres ved gjennomslag til de to neste arkene. På denne delen dokumenteres forholdsvis generell informasjon, med signaturlinje for navn, dato og klokkeslett. Den nederste 1/3 del er spesifikk rettet mot den operasjon som er tiltenkt. Her er også rubrikk for ønsket anestesi. Det er verdt å merke at her også finnes en rubrikk for "Strøket / utsatt pga.". Denne del har også signaturlinje for navn og dato, men det fremgår ikke hvilken yrkesgruppe som er ment å skulle signere for dette.

På baksiden av første ark, side to, står "Retningslinjer for preoperativ forberedelse". Punktene her er av viktighet også for anestesigjennomføringen, men ikke nødvendigvis spesifikk for den. Nederst på siden er en innrammet rubrikk "Forslag til anestesi". Her kan krysses av hvilken type anestesi som er planlagt gjennomført, med tillegg av en rubrikk for kommentarer, men det fremgår ikke hvilken yrkesgruppe som skal signere her. Det er imidlertid grunn til å anta at anestesilege er den som skal dette, da for eksempel alternative anestesimedikament skal angis her. Her er også eget punkt for avkryssing om anestesisykepleier kan gi anestesi alene. Signeringslinjen er både for navn og dato.

Sykepleier som oversendte dette dokumentet har for hånd notert på skjemaet at ark en fungerer som meldeskjema til operasjonsavdelingen, ark to skal til pasientjournal, ark tre til turnuslege / mottagende lege.

Fagsykepleierne fra begge sykehus kunne formidle forholdsvis like erfaringer knyttet til det preoperative meldeskjemaet. Særlig var erfaringene at skjemaene ofte var ufullstendig eller dårlig utfylt, noe som kunne resultere i alt fra manglende til direkte misvisende

beskrivelse av pasient, dennes sykdom og planlagt operasjon. Hensikten med dette skjema ble trukket frem som positivt. Et godt utfylt skjema medvirker til at blant annet anestesipersonell kan forberede tiltenkt arbeid, og forberede pasienten på planlagt anestesi

Det ene sykehuset har stillingsbeskrivelse for fagsykepleier utarbeidet for å gjelde hele sykehuset. Det andre sykehuset har stillingsbeskrivelse for legene. Det ble imidlertid som tidligere forklart, ikke vektlagt å arbeide med å finne disse. Stillingsinstruksen for fagsykepleier er uinteressant i forhold til denne oppgaven, og på samme grunnlag ble det også valgt å se bort fra stillingsinstruks for legene.

4.3 Funn spørreskjemaundersøkelsen

Resultatet fra spørreskjemaundersøkelsen har gitt et godt innblikk i hvordan den preoperative anestesivurderingen gjennomføres ved de 2 deltagende sykehus. Noen spørsmål viser klare tendenser ved at mange har brukt samme svaralternativ, mens andre viser tildels markert variasjon i den praksis som eksisterer. Kommentarene som er skrevet har gitt nyttig tilleggsinformasjon og forklaring.

Presentasjonen er gjort tematisk, og følger derfor ikke rekkefølgen spørsmålene har i spørreskjemaet. Det er oppgavens problemstilling samt de innkomne svar som har vært avgjørende for hvilke spørsmål som er tatt med i gjennomgangen i dette kapitlet. Spørsmålene blir presentert i ulik grad, hvor enkelte spørsmål er gjenstand for dypere gjennomgang og diskusjon enn andre. Noen spørsmål blir kun vist i vedlegg II. .

Valg av temagrupperne er også gjort på bakgrunn av oppgavens problemstilling og de innkomne svar. De utvalgte spørsmål blir gjengitt, både med nummer og tekst, og svarene blir presentert i tabellform umiddelbart under. Tabellene har bokstavidentitet, som går i alfabetisk orden. I tabellene presenteres resultatene fra hvert sykehus og sykehusene sammen. I diskusjonene blir funnene vist som presentfordeling, eller faktisk antall. Ved prosentpresentasjon er desimaler ikke tatt med, slik at alle prosenttall er avrundet ned til hele tall. Dette er gjort på bakgrunn av at svarmengden er forholdsvis liten, med svar fra 40 respondenter.

Hensikten med å bruke tabellpresentasjon, er at tabeller raskt gir et oversiktlig bilde som er lett å forstå. Ved enkelte spørsmål i denne oppgaven er det ofte få svar fordelt på de enkelte svaralternativ. Fordi svarmengden, både totalt og enkeltvis, er forholdsvis liten, er det uhensiktsmessig å lage statistiske beregninger utover det å vise svarfrekvensen og slik den fordeler seg (Ilstad, 1987; Haraldsen, 1999).

4.4 Hvordan utføres preoperativ anestesivurdering

Dette kapittel har som hensikt å ¹⁾ undersøke i hvilken grad den eksisterende preoperative anestesivurdering samsvarer med Standards norm og ²⁾ hvordan respondentene beskriver at den preoperative anestesivurdering foregår. Det er valgt å begynne med presentasjon av det spørsmål som går rett til oppgavens kjerne, nemlig i hvilken grad den preoperative anestesivurdering gjennomføres etter en gitt norm som er basert på Standards anbefaling for preoperativ anestesivurdering. Dette er gjort slik for at norm skal vises først slik at leser vet hva den inneholder når videre presentasjon leses.

Spørsmål 8: *Hvor stor andel av pasientene som skal til planlagt kirurgi vil du anslå blir vurdert av anestesilege eller –sykepleier på følgende måte: ”Samtale mellom pasient og anestesisykepleier/lege, hvor oppdatert journal er tilstede, og resultatene av alle rekvirerte medisinske tilleggsundersøkelser som blodprøver, EKG, røntgen osv foreligger”. Funn vises i tabell B.*

Tabell B

Samsvar med norm for preoperativ anestesivurdering

	Sykehus A	Sykehus B	Begge sykehus
Bekreftende (Ja)	4	7	11
Avkreftende (Nei)	15	12	27
Vet ikke	2	—	2
n	21	19	40

Kommentar fra sykehus B:

”Men alle får tilbud om samtale m/anestesian. I de tilfellene det er noe spes. får pas. tilsyn eks. store opr. og hvor pas. har en del tilleggssyk, el. barn + fødende! + gen. v/alvorlig syke pas”.

Den norm som er skissert i spørsmål 8 har utgangspunkt i den beskrivelse av preoperativ anestesivurdering som finnes i Standard (ALNSF, 1999).

Det er gradforskjell i svarene fra sykehusene, men funnene viser en forholdsvis klar tendens ved at det at 67 % (n = 40) av respondentene skriver at pasientene ikke blir vurdert i forhold til normen. Men, 27 % (n = 40) svarer også at pasientene blir vurdert slik normen beskriver. De to respondentene fra sykehus A som har krysset av for at de ikke vet, kan forstås dithen av det ikke eksisterer noen absolutt systematikk i eksisterende praksis og tolkes dithen at ikke alle pasientene blir vurdert i forhold til gitte norm.

Kommentaren fra sykehus B gir to viktige opplysninger, nemlig at alle pasienter får tilbud om et preoperativt tilsyn, og der hvor det er spesielle forhold får alle et preoperativt anestesitilsyn.

Svarene i foregående spørsmål viser at ikke alle pasienter blir vurdert samsvarende med normen. Neste spørsmål har som hensikt å få frem en mer konkret beskrivelse av hvordan den preoperative anestesivurderingen foregår. Hovedfokus er rettet mot tilgjengelighet av pasientjournal / andre dokumenter og et møte med eller visitt til pasienten, funn vises i tabell C.

Spørsmål 1d: *Hvordan innhentes anestesirelatert informasjon om pasienten før planlagt kirurgi?*

Tabell C

Innhenting av preoperativ anestesirelatert informasjon

	Sykehus A	Sykehus B	Begge sykehus
Samtale med pasient og anestesilege / sykepleier hvor journal eventuelt er tilgjengelig	14	4	18
Samtale med pasient og anestesilege / sykepleier hvor journal alltid er tilgjengelig	6	3	9
Anestesilege / sykepleier gjennomgår journal, evt. andre dokumenter	—	9	9
Annet, beskriv	1	3	4
n	21	19	40

Kommentar fra sykehus A:

”Har nå elektronisk journal alt skal være scannet inn”.

”DIPS (datajournal)”.

Kommentar fra sykehus B:

”An.lege gjennomgår journal, lege / spl fordeler seg i mellom hvem som skal ha / bør ha pre-visitt”.

”Kirurgen fyller ut meldeskjema, hvis det er tid går spl / lege på previsitt. Har da tilgang på journal på post”.

”Meldeskjema skrevet av kirurgen som har vurdert pas”.

Svarene avdekker variasjon i hvordan den preoperative anestesivurderingen foregår, både internt på det enkelte sykehus og mellom sykehusene.

De mest markerte forskjellene mellom sykehusene er at det ved sykehus A svares at en preoperativ samtale med pasienten gjennomføres, mens det på sykehus B er en stor del av pasientene som vurderes i forkant av anestesi etter gjennomgang av skriftlig materiale. De interne forskjeller indikerer at den preoperative anestesivurdering ikke er strengt regelstyrt, men også preget av subjektive vurderinger.

To personer ved sykehus A har gitt viktige opplysninger, nemlig at sykehuset har elektronisk pasientjournalssystem, hvilket muntlig ble bekreftet av fagsykepleier. I praksis betyr det at journal er tilgjengelig i enhver PC tilknyttet sykehusnettet, og ikke i en enkelt papirbasert versjon.

Kommentarene fra sykehus B gir også viktige tilleggsopplysninger. Felles er at de beskriver at det hovedsakelig skjer en gjennomgang av skriftlig dokumentasjon, enten av pasientens journal og / eller av det preoperative meldeskjema (vedlegg IX). Videre formidles at det preoperative meldeskjema blir utfylt av kirurg, og anestesipersonell gjør sine vurderinger ut fra dette. Rutinen rundt utfylling av ”Preoperativt meldeskjema” ble for øvrig bekreftet av fagsykepleier i intervjuet.

En av kommentarene forteller at anestesilege er den som gjennomgår journal, og at arbeidet med visitt så blir fordelt mellom anestesilege og anestesisykepleier. En visitt hos pasienten gjøres hvis det er behov eller mulighet, og da er journalen tilgjengelig på post for eventuelt bruk.

Når en preoperativ anestesivurdering gjennomføres ved gjennomgang av skriftlig dokumentasjon er det i neste spørsmål ønsket av avklare om disse dokument eller pasientjournal er tilgjengelig for bruk når dette ønskes. Funnene vises i tabell D.

Spørsmål 1 c: *Er komplett pasientjournal tilgjengelig for bruk til preoperativ anestesivurdering?*

Tabell D

Tilgjengelig pasientjournal

	Sykehus A	Sykehus B	Begge sykehus
Bekreftende	11	7	18
Avkreftende	9	9	18
Vet ikke	—	3	3
Ikke svart	1	—	1
n	21	19	40

Journalsystemene er forskjellig på de to sykehusene. Sykehus A har elektronisk journalsystem og sykehus B har papirbasert journalsystem, hvilket er opplyst både i kommentarer til enkelte spørsmål og av fagsykepleiere i løpet av intervjuet med dem.

Fra begge sykehus svarer flere avkreftende på at pasientjournal er til stede når den preoperative anestesivurdering gjennomføres. Slik journalene faktisk forefinnes på sykehusene innebærer det at tilgjengelighet er forskjellig. En papirversjon kan bare befinne seg ett sted, og er den i bruk eller av en eller annen grunn ikke der hvor det forventes, er den ikke umiddelbart tilgjengelig. Elektronisk journalsystem innebærer tilgjengelighet såfremt bruker har tilgang på datamaskin, har kunnskap om bruk av datamaskin, kan bruke programvare tilknyttet pasientdokumentasjon og har tilgang blant annet i form av gyldig passord. Tilgjengeligheten er da ikke begrenset til en person ad gangen. Men tilgjengelig kan være vanskelig hvis den preoperative anestesivurdering foregår i et rom eller lokale hvor det ikke er en datamaskin.

4.4.1 Diskusjon - Preoperativ anestesivurdering

Ifølge resultatene vist i tabell B anslår totalt 27 % (n = 40) av respondentene at pasientene blir vurdert i samsvar med normen bygget på Standard beskrivelse av preoperativ anestesivurdering. At nesten en tredjedel av pasientene blir vurdert i samsvar med normen kan bety flere ting, men særlig viktig fremstår det at dette faktisk er mulig i den kliniske hverdag.

Det er forholdsvis markerte forskjeller mellom sykehusene som sees når resultatene i tabell B studeres nærmere.

Ved sykehus A svarer fire av 21 (= 19 %), at den preoperative anestesivurdering skjer i samsvar med gitte norm. Denne norm er prinsipielt lik de interne retningslinjer sykehus A har utarbeidet, retningslinjer som er kjent for anestesisykepleierne vist i tabell E.

De interne retningslinjene fra sykehus A (vedlegg VII og VIII) viser i tillegg til det anestesifaglige innhold forholdsvis detaljert hvordan den preoperative anestesivurdering

forventes gjennomført, hvor både personellressurs, lokalitet og tidsangivelse er konkretisert.

Ved sykehus B svarer syv av 19 (= 36 %) i tabell B, at pasientene vurderes ifølge gitte norm. Retningslinjer for preoperative forberedelser som finnes på "Preoperativt meldeskjema" (vedlegg IX) inneholder enkelte element, blodprøver, EKG og relevant røntgenundersøkelse, som kan refereres til norm vist i tabell B. Imidlertid er normen vist i tabellen mer omfattende enn det som fremkommer i sykehusets eget "Preoperativt meldeskjema". Når disse syv respondentene svarer at den preoperative anestesisvurdering er i samsvar med norm, kan svarene indikere at den faktiske preoperative anestesisvurderingen er mer omfattende enn det som står i "Preoperativt meldeskjema" for sykehuset. Men her bør det også nevnes at språklige eller innholdsmessige detaljer kan ha gjort seg gjeldene når svar er avgitt.

Den videre oppmerksomhet rettes så mot de pasienter som faller utenfor beskrevne norm. Hvordan blir disse vurdert når den preoperative anestesisvurdering ikke skjer i samsvar med gitte norm? En antydning om hvordan disse blir vurdert preoperativt kommer frem i tabell C.

Svarene vist i tabell C viser hvordan respondentene mener den preoperative anestesisvurdering foregår. To forhold ved disse svarene skiller seg ut. Det ene er at den preoperative anestesisvurdering består av en samtale mellom pasient og anestesipersonell hvor journal i varierende grad er tilgjengelig for bruk. Det andre er at den preoperative anestesisvurdering baseres på gjennomgang av eksisterende dokumentasjon. Totalt svarer 27 av 40 av respondenter at den preoperative anestesisvurdering består av en samtale mellom pasient og anestesilege eller anestesisykepleier, hvor ni av disse 27 angir at journal alltid er tilgjengelig og de resterende 18 angir at journal eventuelt er tilgjengelig. Ni respondenter svarer imidlertid at den preoperative anestesisvurdering foregår ved gjennomgang av skriftlig materiale.

Svarene i tabell C viser at det på begge sykehus er mulig å gjennomføre en preoperativ anestesisvurdering som både innebærer en samtale med pasient og bruk av pasientens

journal, en praksis som er i overensstemmelse med Standards norm og referert litteratur (ALNSF, 1999; ASA Task Force on Preanesthesia Evaluation, 2002; Roizen et al., 2000).

På sykehus A er pasientjournal nå elektronisk (EPJ), ifølge to mottatte kommentarer vist i tabell C. Tilgjengelig EPJ innebærer derfor at dersom personalet har fysisk tilgang til dataverktøy, vet hvordan verktøyet skal brukes for å få frem ønsket materiale, har aktiv tilgang til å bruke verktøyet som passord eller liknende. EPJ innebærer også at journal i bruk ikke fysisk er låst hos en bruker. Flere personer kan lese eller gjennomgå samme journal samtidig, hvilket åpner for en fleksibel tilgjengelighet. Men, EPJ er ikke bare like praktisk og sikkert. Det må huskes at det er mennesker som dokumenterer i EPJ og mulighet for at dokumentasjon gjøres og er gjort på feil pasient er tilstede (Sosial- og helsedepartement, 1998). Videre skal det heller ikke sees bort fra at problem på systemnivå med datatilgjengelighet kan skje slik at personalet ikke kan lese eksisterende dokumentasjon. Når sykehuset har elektronisk journalsystem, er det også sannsynlig å anta at det eksisterer et tilstrekkelig antall datamaskiner for bruk, men dette er ikke undersøkt i forbindelse med denne oppgaven. Når det da på sykehus A er respondenter som svarer at journal eventuelt er tilgjengelig, kan dette tyde på at utilstrekkelig kunnskap om EPJ i vid forstand er det som er til hinder for tilgang til pasientjournal.

Ved sykehus B er pasientjournalen papirbasert. Svarene herfra er til en viss grad sammenliknbare med resultatet fra sykehus A, men en vesentlig forskjell er at fra sykehus B svarer også ni av 19 personer at den preoperative anestesivurdering foregår på grunnlag av gjennomgang av eksisterende journal eventuelt andre dokumenter, som vist i tabell C.

En papirbasert journal finnes i ett eksemplar, hvor eksisterende praksis er at alle papirer om pasienten skal samles. Papirjournal innebærer derfor at når en person bruker den, er journalen ikke tilgjengelig for annet personell. Journal bestående av ark har også den mulighet at ark kan forsvinne, fordi de lånes fra journal, legges i feil journal eller ikke er ferdig skrevet. To av respondentene kommenterer at "Preoperativt meldeskjema" brukes som vurderingsgrunnlag for videre anestesirelatert vurdering / planlegging. Som gjort rede for i kapittel 4.2.1 og 4.2.2, blir den ene delen av dette dokumentet levert operasjonsavdelingen når det er utfyllt av kirurg / mottagende lege. Her er dokumentet da tilgjengelig for blant annet anestesipersonell. Et av problemene med dette dokument er at

det ofte er dårlig eller direkte misvisende utfylt slik at den reelle nytten kan variere (ref. intervju med fagsykepleier). Til tross for slike problemer, viser kommentarene at dokumentet kan fungerer som en primærkilde for en eventuell videre vurdering av pasienten, hvor tilgang til eventuelt øvrig journal på post er mulig, vist i tabell C.

Gjennomgått litteratur beskriver at den preoperative anestesisvurdering skal bestå av samtale mellom pasient og anestesipersonell og gjennomgang av journal (ALNSF, 1999; Roizen et al., 2000). De overordnede mål med den preoperative anestesisvurdering slik de er beskrevet i kapittel 2.5.2 beskrives som best mulig forberedt pasient, effektiv utnyttelse av både personell og utstyr, fokus på kvalitet og sikkerhet. Målene nås mest hensiktsmessig ved at både samtale og gjennomgang av journal utføres. (Aitkenhead, 1996; Hovind, 2002; Roizen et al., 2000).

Hvorvidt disse mål oppnås ved en preoperativ anestesisvurdering med samtale og gjennomgang av journal er ingen garanti. Vesentlig informasjon kan unnsnippe, men denne ”tosidige” tilnærming og gjennomføringen av preoperative anestesisvurdering kan også sees på som en mulig til å avdekke viktige forhold som ikke fremkommer enten kun via journal eller samtale. Som eksempel på dette kan nevnes anatomiske forhold ved ytre luftveier som sees og fortolkes ut fra faglige hensyn av anestesipersonell, men som ikke er kommentert eller dokumentert i journalnotat gjort av kirurg (Randell, 1996). Håndtering av luftveiene i forbindelse med en anestesisgjennomføring er anestesipersonalets ansvar (Kristensen & Moller, 2001; Reinys & Snoey, 2002; Mellado, Thunedborg, Swiatek, & Kristensen, 2004). Eksempel på opplysninger som fremkommer i dokumentasjonsmengden kan være resultat av blodprøver. Noen pasienter etterspør, husker og forstår betydningen av disse mens andre ikke. Når pasienten ikke vet eller husker blodprøveresultatene må svarene finnes i dokumentasjonsmaterialet. En dobbel tilnærming til pasienten som dette kan karakteriseres som, kan derfor fungere som en kvalitetssikring i den preoperative anestesisvurdering.

Kommentaren fra sykehus B som er referert i tabell B påpeker noe interessant. Det er grunn til å stille spørsmål med ¹⁾ hvem avgjør om tilbudet om preoperativ anestesisvurdering skal tas imot eller ikke, ²⁾ hvem fremsetter tilbudet om anestesisyn, ³⁾ hvem avdekker eller dokumenterer om det er ”noe spesielt” med pasienten som ikke klart

fremkommer i forbindelse med diagnose eller operasjonsindikasjon. Hvis preoperativ anestesivurdering sees på som et tilbud pasienten selv skal avgjøre om han vil ta imot eller ikke, kan det stilles spørsmålstegn ved om hvorvidt pasienten kan gjøre kvalifiserte valg (Hovind, 2002). For å kunne svare på dette må det undersøkes om pasienten blant annet vet hva anestesi innebærer, hvordan anestesi kan gjennomføres og hvilke hensikter anestesipersonell har med den preoperative anestesivurdering. Tilbudet om preoperativ anestesivurdering er også avhengig av hvem som fremsetter dette og hvordan det gjøres. Har denne personen kunnskap om anestesi eller ikke, og hvis denne personen ikke er anestesipersonell, har denne tilstrekkelige kunnskaper om anestesi til å gi et reelt tilbud. Det tredje forhold er knyttet til hvem, i forstand yrkestilhørighet, som avdekker eller dokumenterer forhold ved pasienten som kan være av mulig interesse for anestesigjennomføringen. Det skal ikke helt sees bort fra at det i nevnte eksempler kan være personer utenom anestesipersonellet som har tilstrekkelig kunnskap om anestesi til å formidle dette til pasient og informasjon fra pasient til anestesipersonalet. Men som fagsykepleiere ved begge sykehus forteller, så er ofte utfyllingen av ”Preoperativt meldeskjema” utilstrekkelig for anestesipersonalet.

Det er i funnet litteratur enighet om at anestesipersonell er det personell som har den faglige kompetansen i spesialiteten anesthesiologi. Blant de arbeidsoppgaver som denne spesialistgruppe utfører, er den preoperative anestesivurdering. Praksis viser at den preoperative anestesivurdering er mulig gjennomført ifølge norm og i overensstemmelse med referert litteratur (Aitkenhead, 1996; ALNSF, 1999; Roizen et al., 2000; ASA Task Force on Preanesthesia Evaluation, 2002; Pasternak, 2002). Avvik fra normfulgt preoperativ anestesivurdering kan innebære som funnene i tabellene B, C og D at den faktiske preoperative anestesivurdering er mindre utførlig enn det normen anbefaler.

4.5 Rutiner knyttet til preoperativ anestesivurdering

Som beskrevet i kapittel 2.5 og 2.5.1 eksisterer Standard som en felles nasjonalt dokument for anesthesiologisk arbeid. I forbindelse med utviklingen av spørreskjemaet var det dette dokument som ble brukt som teoretisk tilknytning da spørsmål om rutiner eller bakgrunn for preoperativ anestesivurdering ble utformet. På dette tidspunktet var ikke

deltagersykehus funnet, slik at eventuell kjennskap til sykehusinterne retningslinjer ikke var tilstede.

Første spørsmål har som hensikt å avklare bakgrunn for gjennomføring av den preoperative anestesivurdering. Særlig er det ønskelig å undersøke hvorvidt dette er en formalisert rutine eller basert på tradisjon, i skriftlig eller muntlig form. Funn er presentert i tabell E.

Spørsmål 1 b: *Blir preoperativ anestesivurdering gjennomført på grunnlag av?*

Tabell E

Grunnlag for preoperativ vurdering

	Sykehus A	Sykehus B	Begge sykehus
Rutine etter skriftlige retningslinjer	20	9	29
Uskrevne tradisjoner	—	1	1
Tilfeldigheter, hvis tid/mulighet, ledig arbeidskapasitet, lyst osv.	—	8	8
Ikke svart	1	—	1
Annet, beskriv	—	1	1
N	21	19	40

Kommentar fra sykehus B

”Til de pasienter man utifra opplysninger finner ut at trenger, samt hvis det er tid og anledning og pasienten er tilstede (ikke på perm)”.

Fra sykehus A er samtlige svar minus ett at den preoperative anestesivurdering er tuftet på eksisterende skriftlige retningslinjer. Den ene som ikke har svart er den respondent som ikke har svart på noen av spørsmålene på baksiden av ark en i spørreskjemaet, og er derfor tolket dit hen at spørsmålene trolig er oversett. Funnene viser at eksisterende retningslinjer derfor er godt kjent blant anestesisykepleierne.

Dokumentene fra sykehus A er vist i vedleggene VII og VIII og presentert i kapittel 4.2.2. Vedlegg VII viser et fellesdokument hvor både mottagende lege, operatør / seksjonsoverlege og anestesilege / anestesisykepleier har sine definerte felt som skal

besvares / fylles ut og signeres i forkant av operasjonen. Vedlegg VIII viser et dokument utarbeidet ved anesthesiavdelingen som forholdsvis detaljert angir norm for innhold, gjennomføring og målsetting av den preoperative anestesivurdering.

Fra sykehus B spriker svarene. Ni (n = 19) av respondentene henviser til skriftlige retningslinjer, mens åtte (n = 19) henviser til uskrevne tradisjoner. Den ene respondenten som har krysset av for ”Annet, beskriv”, har gitt en kommentar. Det denne kommentaren forteller er at det gjøres en vurdering av pasienter ut fra opplysninger, hvor da den preoperative anestesivurdering gjennomføres hvis pasienten trenger det, og som i noen grad er avhengig av utenforliggende forhold som tid og at pasienten ikke er i permisjon, hvilket betyr at pasienten ikke tilstede på sykehuset. Sykehus B har dokumentet ”Preoperativt meldeskjema”, vist i vedlegg IX, som er et fellesdokument som ifølge fagsykepleier primært fylles ut av kirurg / mottagende lege før det videresendes til anestesipersonell. Anesthesiavdelingen har ingen egne skriftlige retningslinjer for preoperativ anestesivurdering. 10 av 19 anestesisykepleiere svarer også at bakgrunn for preoperativ anestesivurdering er bygget på uskrevne tradisjoner eller tilfældigheter

Funnene i tabell E viser at rutiner for preoperativ anestesivurdering er på bakgrunn av både skriftlige retningslinjer og tradisjoner. Kjennskap til bakgrunn for preoperativ anestesivurdering varierer. Det er klare forskjeller mellom sykehusene ved at fra sykehus A svares at skriftlige retningslinjer er bakgrunn for preoperativ anestesivurdering. Svarene fra sykehus B fordeler seg i nesten to like grupper, hvor den ene henviser til skriftlige retningslinjer og den andre ikke. Det er interessant å merke seg at ingen av respondentene har henvist til Standard. Dette dokument er ikke nevnt i spørreskjemaet fordi det kunne oppfattes som retningsgivende, men må antas være kjent i anestesifaglige miljøer (ALNSF, 1999; Strømskag, 1999; Hovind, 2002).

Anestesisykepleiere ved begge sykehus er kjent med at preoperativ anestesivurdering er en del av arbeidsområdet til anestesipersonalet, som vist i tabell E.

Nestes spørsmål har som hensikt å kartlegge om anestesisykepleierne faktisk utfører preoperativ anestesivurdering. Dette kriterium er som tidligere skrevet et krav for at deltagende sykehus kunne være med i denne studien. Respondentens svar vises i tabell F.

Dette spørsmål ønsker å avdekke den praktiske erfaring anestesisykepleiere har med å utføre den preoperative anestesisivurdering, om dette er en funksjon som de også utfører. Funnene vises i tabell F.

Spørsmål 1 a: *Hvem utfører preoperative anestesisivurdering ved ditt arbeidssted?*

Tabell F

Hvem gjennomfører preoperativ anestesisivurdering

	Sykehus A	Sykehus B	Begge sykehus
Anestesilege	5	7	12
Anestesisykepleier	2	—	2
Deles mellom anestesilege og anestesisykepleier	13	12	25
Ikke svart	1	—	1
N	21	19	40

Preoperativ anestesisivurdering er en arbeidsoppgave som anestesisykepleiere utfører. Dette bekreftes av 67 % (n = 40) av respondentene.

Som det fremgår av tabell F er det også krysset av i rubrikkene anestesilege og anestesisykepleier hver for seg. Variasjonene fremkommet her er ikke tillagt særlig vekt i diskusjonen, fordi hovedhensikten med spørsmålet var å få bekreftet at anestesisykepleiere deltar i den preoperative anestesisivurderingen. Svarvariasjonene kan skyldes uklart formulert spørsmål eller rekkefølgen på svarene, basert på enkeltpersoners individuelle erfaringer eller hvordan praktisk arbeidsfordeling oppleves eller gjennomføres.

Spredningen i svarene fra sykehus A kan muligens refereres til arbeidsfordeling mellom lege og sykepleier som beskrevet i de interne retningslinjene for preoperativ anestesisivurdering vist i vedlegg VIII, s. 1. Her står følgende: ”Hovedregelen er at anestesisykepleiere informerer pasienter i risikogruppe ASA 1 og 2. Anestesilege informerer ASA gruppe 3 og dårligere”. ASA-klassifisering er et system som kategoriserer pasienten i ”vanskelighetsgrader” ut fra deres generelle og aktuelle tilstand,

vises i vedlegg X. Hvorfor noen da har krysset av kun for anestesilege eller anesthesisykepleier fremstår uklart.

På sykehus B er det tradisjon for at anesthesisykepleiere utfører preoperativ visitt til pasientene, men det finnes ingen skriftlige retningslinjer som bekrefter dette. Denne informasjon kom i forbindelse med intervjuet med fagsykepleier, vist i vedlegg III. Hvorfor syv personer svarer at preoperativ anestesivurdering utføres av leger, kan muligens forstås i lys av kommentar i tilknytning til tabell C, hvor det skrives at anestesilege er den som gjennomgår journal og eller ”Preoperativt meldeskjema”, for så å organisere og fordele det videre arbeidet mellom anestesileger og anesthesisykepleiere.

4.5.1 Diskusjon - Rutiner

Svarene i tabell F viser at anesthesisykepleiere deltar i og gjennomfører den preoperative anestesivurdering. I hvilken grad de deltar fremkommer ikke av svarene, hovedpoenget er at dette er en funksjon som utføres også av anesthesisykepleiere. En deling av dette arbeidet mellom anestesileger og anesthesisykepleiere er beskrevet i Standard (ALNSF, 1999). Ved sykehus A (vedlegg VIII s. 1) blir denne funksjonsfordelingen konkretisert ytterligere, blant annet ved at det på ”Preoperativt meldeskjema” er signaturlinje hvor anestesilege alternativt anesthesisykepleier skal signere for utført arbeid.

Ved sykehus A er det interne retningslinjer som forholdsvis detaljert belyser innhold og gjennomføring av den preoperative anestesivurdering (vedlegg VIII). I dette dokument beskrives både hvem som skal utføre den preoperative anestesivurdering, hvordan dette skal gjøres og hva den preoperative anestesivurdering skal inneholde. Når 20 av 21 respondenter i tabell E svarer at bakgrunn for preoperativ anestesivurdering er bygget på skriftlige retningslinjer, er det sannsynlig disse det refereres til. Dette kan også forstås slik at disse retningslinjene er godt innarbeidet eller kjent i avdelingen.

Ved sykehus B er ”Retningslinjer for preoperativ forberedelse” integrert i ”Preoperativt meldeskjema”, vedlegg IX, side 2. Svarene fra dette sykehus spriker. I tabell E vises at ni (n = 19) svar viser til skriftlige retningslinjer, åtte (n = 19) viser til uskrevne tradisjoner mens en respondent har krysset av for ”Annet, beskriv” og gitt kommentar til dette.

Spriket i praksis kan ha flere forklaringer. De retningslinjer som fremkommer på ”Preoperativt meldeskjema” kan være oppfattet forskjellig. Ni respondenter oppfatter disse som skriftlige retningslinjer, mens de åtte ikke gjør det. En grunn kan være at skjemaet kan oppfattes som primært for kirurgisk bruk. Det skal heller ikke sees bort fra at forskjeller i ord og uttrykk brukt spørreskjemaet og ”Preoperativ meldeskjema” kan være medvirkende årsak til de sprikende svar vist i tabell E.

Undersøkelse av rutiner og praksis ved de to sykehusene viser forskjellige tendenser. For det første vises det at det er praktisk mulig å utarbeide lokalt tilpassede retningslinjer for preoperativ anestesivurdering, slik det er gjort på sykehus A. For det andre kan det tyde på at en synliggjøring eller bevisstgjøring på hva som kan henvises til og brukes som retningslinjer er nødvendig. For det tredje at det er behov for praktiske retningslinjer med bakgrunn i at praksis utføres forskjellig.

4.6 Dokumentasjonsrutine

Dokumentasjon av helsehjelp er gjort rede for i kapittel 2.6, hvor konklusjon er at helsehjelp som utføres av helsepersonell skal dokumenteres (Helsepersonelloven, 2001). Dette faktum kombinert med erfaring med hvordan preoperativ anestesivurdering, eller manglende sådan, utføres er bakgrunn for kommende spørsmål. Standards anmodning om at fravik fra denne bør dokumenteres, viser at faggruppene NAF og ALNSF erkjenner at avvik forekommer. I samme dokument står det eksplisitt at ”Anestesijournal skal fylles ut fortløpende ved utførelsen av anesthesiologisk arbeid” (ALNSF, 1999 kap. VI). Erfaring har vist at planlagt men ikke gjennomført preoperativ anestesivurdering ikke blir dokumentert. Hvorfor dette skjer, går det ikke inn på i denne studien, utgangspunktet er at dette er realiteten i ett eller annet omfang.

Spørsmål 5 trekker derfor dokumentasjonspraksis litt videre ved å undersøke om planlagt men ikke gjennomført preoperativ anestesivurdering blir dokumentert.. Funnene fremkommer i tabell G.

Spørsmål 5: *Hvis planlagt preoperativ visitt av anestesilege eller anestesisykepleier ikke blir gjennomført, blir dette dokumentert og begrunnet?*

Tabell G

Dokumentasjon av planlagt men ikke gjennomført preoperativ visitt

	Sykehus A	Sykehus B	Begge sykehus
Ja, alltid	—	2	2
Ja, ofte	—	3	3
Ja, sjelden	2	1	3
Nei	19	12	31
Annet, beskriv	—	1	1
n	21	19	40

Kommentar fra sykehus B:

”Kan ikke være for alle. Men har pas ønske om samtale med spl/lege, bør det dokumenteres når ikke har skjedd”.

Svarene i tabell G viser et sprik i praksis, både mellom sykehusene og internt på sykehusene. Imidlertid svarer flertallet på 77 % (n = 40) at dokumentasjon av planlagt men ikke gjennomført preoperativ anestesivurdering ikke dokumenteres.

Fra sykehus A svarer to av 21 at de sjelden dokumenterer avlyst preoperativ anestesivurdering. De resterende 19 svarer ”Nei” på at dette gjøres. Denne praksis viser igjen at det er mulig å dokumentere en planlagt men ikke gjennomført preoperativ anestesivurdering. Hvorfor disse to respondentene svarer ”Ja, sjelden” kommer ikke frem i materialet. Det kan imidlertid bety at disse i de sjeldne gangene denne dokumentasjon gjøres, har en ”god” grunn til å gjøre det. Gode grunner kan være at det ansees at pasienten har særdeles behov for en preoperativ anestesivurdering, enten på grunn av aktuell eller generell lidelse eller alder (Hovind, 2002; Hilditch et al., 2003)

De seks av 19 respondentene som på sykehus B har svart at de i en eller annen grad dokumenterer avlyst preoperativ anestesivurdering viser igjen at dette er en mulighet og at det er en mulighet som benyttes. Spriket i svarene kan tyde på at denne type

dokumentasjon er knyttet til enkeltpersoners tiltak eller avgjørelser, og ikke til rutine eller regel i avdelingen.

Kommentaren fra sykehus B, vist i tabell G er interessant men vanskelig å tolke. På den ene siden påpekes at det er pasientens ønske som bør tas hensyn til ved etterspurte dokumentasjon. Første del av kommentaren ”Kan ikke være for alle” er vanskelig å forstå hva som egentlig menes med. En forståelse kan være at ikke alle pasienter kan forvente en preoperativ anestesivurdering. En annen forståelse kan være at det ikke alltid er nødvendig å dokumentere hvorfor preoperativ anestesivurdering ikke gjennomføres, men at hvis pasienten har ytret ønske om en slik vurdering bør det dokumenteres hvorfor dette ønsket ikke kan imøtekommes.

Flere grunner til hvorfor planlagt men ikke gjennomført preoperativ anestesivurdering dokumenteres er påpekt. Spørsmålet kan også vendes, til at oppmerksomheten rettes mot de 77 % (n = 40) som svarer at de ikke utfører denne type dokumentasjon. Det dette viser at at det for anestesisykepleierne i stor grad skjer at de planlegger å utføre en preoperativ anestesivurdering, som av en eller annen grunn ikke blir eller kan bli gjennomført. Hva dette skyldes er med det aktuelle datamaterialet ikke mulig å svare på, men fagsykepleierne påpekte i intervjuet at stor pågang av ØH-pasienter kunne påvirke planlagte arbeidsoppgaver.

I forbindelse med en operasjon er det forskjellige yrkesgrupper og spesialistgrupper som deltar i forberedelsene og gjennomføringen av det planlagte inngrep. I hvilken grad disse undersøker og eventuelt informerer pasienten er forskjellig. Et utgangspunkt i denne forbindelse er at mottagende lege eller operatør dokumenterer sitt arbeid. Dokumentasjon gjort av denne yrkesgruppe blir blant annet bekreftet i intervjuene med fagsykepleierne og innholdet i ”Preoperativt meldeskjema”. Med kommende spørsmål er hensikten å undersøke om andre yrkesgrupper enn anestesipersonell innhenter og dokumenterer informasjon av særlig viktighet for anestesigjennomføringen, hvor funnene vises i tabell H.

Spørsmål 3 a: *Innhenter og dokumenterer andre yrkesgrupper informasjon av særlig viktighet for anestisgjennomføringen?*

Tabell H

Innhenter og dokumenterer andre yrkesgrupper anestisrelatert informasjon

	Sykehus A	Sykehus B	Begge sykehus
Ja	12	17	29
Nei	9	2	11
n	21	19	40

Funnene viser at det ved begge sykehus bekreftes at andre yrkesgrupper enn anestispersonell både innhenter og dokumenterer informasjon av særlig viktighet for anestisgjennomføringen. Dette indikerer ikke at innsamlet informasjon kun er av særlig viktighet relatert til anestisi, informasjonen kan være av viktighet for andre yrkesgrupper også.

Forskjellene mellom sykehusene er markerte. På sykehus A svarer 58 % (n = 21) og på sykehus B 90 % (n = 19) av anestisisykepleierne bekræftende på at andre yrkesgrupper innhenter og dokumenterer informasjon av særlig viktighet for anestisgjennomføringen. Denne forskjellen mellom sykehusene er markert, selv om det på begge sykehus er en overvekt som svarer som vist i tabell H. Imidlertid er det grunn til å reflektere over at hele 90 % svarer som de gjør på sykehus B.

Eksempel på hvilke yrkesgrupper som har innhentet opplysningene vises i vedlegg II i spørsmål 3 b hvor totalt 12 yrkesgrupper utenom anestispersonell nevnes. Hvilke typer opplysninger som innhentes vises i spørsmål 3 c, hvor en liste på totalt 25 eksempler er gitt. Det er verdt å legge merke til at forhold av særlig interesse for anestisgjennomføringen som tidligere erfaring med narkose, vanskelig intubasjon, luftveisanomalier og anestisønsker er i listen på opplysninger som blir innhentet og dokumentert av andre yrkesgrupper. Funnene i spørsmål 3 b og 3 c er ikke tatt med i gjennomgangen i dette kapittel. De består av to lange lister, hvor en diskusjon av disse ville fremstå forholdsvis meningsløs. Imidlertid egner funnene seg til å brukes som

illustrasjon, på hva yrkesgrupper inneholder og dokumenterer at anestesirelatert informasjon.

4.6.1 Diskusjon - Dokumentasjonsrutiner

Den avdekkede praksis viser to hovedtendenser. Planlagt men ikke gjennomført preoperativ anestesivurdering dokumenteres og begrunnes i liten grad. Andre spesialistgrupper enn anestesipersonell innhenter og dokumenterer anestesirelatert informasjon om pasienten.

Som det fremgår av tabell G svarer flertallet at planlagt men ikke gjennomført preoperativ anestesivurdering ikke dokumenteres. På den annen side viser 20 % (n = 40) at denne type dokumentasjon i en eller annen grad gjøres. Funnene kan tyde på at de som dokumenterer planlagt men ikke gjennomført preoperativ anestesivurdering, for det første benytter seg av denne muligheten og for det andre at dette gir grunn til å anta at de mener det er en hensikt med denne dokumentasjonen. Hvorfor så mange derimot ikke benytter seg av denne muligheten, er det vanskeligere å uttale seg om. Praktiske forskjeller knyttet til elektronisk pasientjournal og papirjournal kan spille en rolle. Er pasientjournalen elektronisk, kan det dokumenteres i denne der hvor en datamaskin er tilgjengelig, uansett tid og sted. Er journalen papirbasert innebærer det at dokumentasjon enten må gjøres direkte i den eksisterende, eller at notat blir tilføyd journalen, enten via diktering av notat eller ved å oversende et papirnotat. Denne påstand støttes imidlertid ikke av funnene i tabell G, hvor 90 % (n = 21) på sykehus A svarer "Nei" på om de dokumenterer planlagt men ikke gjennomført preoperativ anestesivurdering, og på sykehus B er forholdet 63 % (n = 19).

I kapittel 2.6 er forhold knyttet til dokumentasjonsplikt diskutert og gjort rede for. Konklusjon herfra er at all helsehjelp skal dokumenteres, mens det vesentlige spørsmålet nå er hvorvidt at planlagt men ikke gjennomført preoperativ anestesivurdering skal dokumenteres. I Ot.prop. nr. 13 / 1998, fremkommer det at dokumentasjonsplikten er knyttet til gitt helsehjelp, blant annet forklart med; "Plikten inntreer når det utføres pasientrettede tiltak" (Sosial- og helsedepartement, 1998 s. 119).

En litt annen vinkling av dokumentasjonsplikten påpekes i Standard. I forordet står det: ”Hvis avdelingene på eventuelle punkter ikke finner å følge Standard, anbefales dette skriftlig begrunnet” (ALNSF, 1999 s. 2). I samme dokument er som tidligere beskrevet norm for preoperativ anestesivurdering. Standard påpeker altså at også avvik anbefales dokumentert, i motsetning til hva som kan leses i Ot.prop. nr 13 som vist over.

Begrunnet dokumentasjon av hvorfor et planlagt helsetjenestetilbud ikke gjennomføres, kan det være med på å synliggjøre og forklare arbeidssituasjoner. Et sprik mellom behov og muligheter kan være med på å kan avdekke bemanningsbehov, beskrive den reelle hverdag og synliggjøre behov for strukturendringer. Et begrunnet avvik kan i spesielle situasjoner også være til hjelp for de involverte parter hvis en rettstvist skulle oppstå (Norges Høyesterett, 1997).

Dokumentasjonen kan også fungere som en huskeliste og arbeidsfordelingsliste for helsepersonellet, slik at planlagte arbeidsoppgaver blir gjennomført av tiltenkt personell. Journalen er et samleverk med pasientens historie som også kan fungere som et kommunikasjonsmedium mellom helsepersonell (Moen et al., 2002).

På den annen side kan det stilles spørsmål om hva anestesipersonell kan risikere ved å dokumentere at planlagt preoperativ anestesivurdering ikke gjennomføres. Generelt kan nevnes at hvis begrunnelsen er dårlig, usannsynlig eller usann, kan det fremstå som uheldig for den person som har dokumentert dette. I Ot.prop. nr. 13 / 1998 skrives, forholdsvis skarpt, at journaldokumentasjon ofte holder dårlig kvalitet og at dette kan ”påvirke utfallet av en klage i klart negativ retning for den eller det som påklages” (Sosial- og helsedepartement, 1998 s. 118).

Regler for hva som skal dokumenteres i en journal og hvordan dette skal gjøres, kan ha positive konsekvenser. Vet helsepersonellet hva de skal dokumentere i en journal, vet de også hva de kan forvente å lese i en journal. Er det rutine for at preoperativ anestesivurdering skal gjennomføres og dette ikke finnes journalført, tyder det på at vurderingen ikke er gjennomført, og da fungerer journalen som et kommunikasjonsmedium.

Andre spesialistgrupper enn anestesipersonell innhenter og dokumenterer informasjon om pasienten av særlig interesse for anestesigjennomføringen. Dette sees i tabell H hvor 72 % (n = 40) av svarene bekrefter dette. I vedlegg II spørsmål 3b er det listet opp titlene på de yrkesgrupper som respondentene har nevnt, med hele 12 forskjellige grupper. Erfaring sier at en del spørsmål pasienter stilles er av interesse for flere yrkesgrupper, men kan hende forskjellig begrunnet. For personell på sengepost er det viktig å vite at pasienten er allergisk mot banan slik at dette ikke blir servert, mens den samme informasjon er viktig for anestesipersonell da mulighet for kryssreaksjon mot latexallergi er tilstede (Shingai et al., 2002; Hovind, 2002).

De 25 eksemplene i spørsmål 3 c vist i vedlegg II, forteller hva andre yrkesgrupper spør om, forhold som er av spesiell interesse for anestesigjennomføringen, knyttet til luftveisvurderinger, anestesionsker og erfaringer. Men, det vises også at samme informasjon kan være av interesse i forskjellige situasjoner.

Forholdet mellom hva hvilke yrkesgrupper innhenter av informasjon og dokumenterer viser i de mottatte svar i spørsmålene 3 b og 3 c at kombinasjonsmulighetene er mange. Det essensielle er at informasjon av særlig viktighet for anestesigjennomføringen, innhentes av andre yrkesgrupper, med den mulighet at anestesipersonell må revurdere disse opplysningene før anestesi kan igangsettes. Funn eller opplysninger om pasienten kan være objektivt målbare og dermed dokumenteres av mange, som eks. høyde og vekt. Andre funn må bli gjenstand for faglig vurderinger, hvor konsekvenser av funn kan være til dels meget forskjellig avhengig av hvilke spesialistgrupper som må ta hensyn til funnene (Atkinson, 1993; Aitkenhead, 1996; Mikkola et al., 1998).

Diskusjon om hvem som er best egnet til å undersøke og behandle med påfølgende dokumentasjon av funn kan leses flere steder i Ot.prop. nr. 13 (1998). Kunnskap om at et behandlingsteam er eller kan være sammensatt av flere spesialistgrupper fremkommer i diskusjonen. Helsepersonell skal ha tilstrekkelige kvalifikasjoner til å utføre helsetjenesten, hvis ikke henviser til spesialistkompetanse. ”Hensikt med dette krav, er å sikre pasienten et forsvarlig helsetjenestetilbud, der den som presumptivt har de beste faglige kvalifikasjoner har det endelige ord når flere personellgrupper virker sammen” (Sosial- og helsedepartement, 1998 s. 217).

4.7 Konsekvenser av ikke gjennomført preoperativ anestesivurdering

Hensikten med kommende spørsmål er å avklare om manglende preoperativt tilsyn av pasienten har noen konsekvens for pasienten selv og / eller gjennomføringen av den planlagte operasjon. Konsekvensene for helseinstitusjonen kan være forskjellig og er det tema som det settes fokus på i dette kapittel. Funnene vises i tabell I.

Spørsmål 2 b: *Hvis pasienten ikke er tilsett av anestesilege eller –sykepleier preoperativt, hva gjøres i så fall når denne ankommer operasjonsavdelingen?*

Tabell I

Konsekvens av manglende preoperativt tilsyn

	Sykehus A	Sykehus B	Begge sykehus
Pasienten vurderes der og da <u>u</u> avhengig av hvilke supplerende undersøkelser som må gjøres	4	2	6
Pasienten vurderes der og da <u>a</u> vhengig av hvilke supplerende undersøkelser som må gjøres	16	16	32
Ingen konsekvenser	—	1	1
Annet, beskriv	1	—	1
N	21	19	40

Kommentar fra sykehus A:

”Pas. blir hentet ned til preoperativt rom i god tid før han skal inn på stue. An.spl. bemanner pre.opr.rom, tilkaller vakthavende an.lege / stueansv. anlege for å vurdere pas på preop”.

I svaralternativene er ordene uavhengig og avhengig understreket. Hensikten er å skille mellom anestesirelaterte vurderinger som kan gjøres der og da uten særlig forandring i tidsplanen, og det som krever mer innsats, tid eller andre undersøkelser for å kunne bli

vurdert. Det er liten forskjellig i ordlyden i det første og andre svaralternativet i tabell I, er så liten at muligheten for at disse forskjellene ikke er oppfattet er tilstede. Forskjellene er understreket for at respondentene skulle se dem. Men hvorvidt dette er klart nok fremkommet for respondentene kan det ikke sies noe om.

Slik svarene er gitt fremkommer det at vurderingen av pasienten kan gjøres, men med forbehold. Forbeholdet er knyttet til hva som må undersøkes eller avklares ytterligere. Hva dette kan være er ikke gått videre inn på. Vurdering kan derfor sies å være knyttet til faglig skjønn.

Kommentaren fra sykehus A forteller at det finnes et ”preoperativt rom” i nærhet av operasjonsstuene, som bemannes av anestesisykepleier, hvis oppgave, slik svaret indikerer, også er å vurdere pasienten og eventuelt tilkalle anestesilege for hjelp i dette arbeidet. Hva som er bakgrunn for etablering av dette rommet er ukjent. Det kommer heller ikke frem om hensikt med dette rommet er å gjennomføre en preoperativ anestesivurdering, eventuelt annen helsehjelp til pasienten i forkant av anestesi og operasjon. Grunn til at det er anestesisykepleier som bemanner dette rom er ikke forklart, men siden dette rom er bemannet er det sannsynlig å tro at bemanningen er gjort som følge av en behovsmessig overveining, hvor resultatet da ble anestesisykepleier.

Foregående spørsmåls funn viser at preoperativ anestesivurdering gjøres når pasient ankommer operasjonsavdelingen hvis dette ikke er gjort tidligere. Neste spørsmål har som hensikt å finne ut i hvilken grad dette skjer. Funnene vises i tabell J.

Spørsmål 4 a: *Sett i forhold til anestesigjennomføringen; hvor ofte må du stille oppklarende spørsmål av betydning og / eller gjøre ytterligere vurderinger av pasienten når denne ankommer operasjonsavdelingen?*

Tabell J

Pasientvurdering ved ankomst operasjonsavdelingen

	Sykehus A	Sykehus B	Begge sykehus
Alltid	12	10	22
Aldri	9	8	17
Ikke svart	—	1	1
n	21	19	40

Spørsmålet har i sin ordlyd brukt ”opklarende spørsmål av betydning” med den hensikt å forsøke å skille viktige spørsmål fra mindre viktige og fra de obligatoriske. Hva som er viktig eller ikke, er dermed overlatt til respondentene å avgjøre. I dette eksempel kan det nevnes at nettopp den skjønsmessige vurdering kan tenkes å være avgjørende for hva det enkelte anestesipersonell mener det er behov for å spørre pasienten om.

Svarene viser at erfaringene fra de to sykehusene oppleves som forholdsvis like. Det etterspurte estimat viser at i overkant av halvparten av respondentene sier de må stille opklarende spørsmål av betydning når pasienten ankommer operasjonsavdelingen, mens i underkant av halvparten sier det motsatte. Hvorfor svarfordelingen er på denne måten er det ikke ut fra det foreliggende materiale mulig å uttale seg om. Men svarene indikerer at disse er bygget på individuelle erfaringer hvor interne retningslinjer for preoperativ anestesivurdering ikke er fulgt.

En preoperativ anestesivurdering av pasienten når denne ankommer operasjonsavdelingen kan bety at planlagt operasjon ikke kan igangsettes som planlagt. På den annen side, behøver dette ikke ha konsekvenser for operasjonsstart, fordi pasienten ankommer operasjonsavdelingen i god tid før operasjonsstart. Kommende spørsmål har som hensikt å få en antydning om utelatt preoperativ anestesivurdering kan ha praktiske konsekvenser for det videre arbeid på operasjonsavdelingen. Spørsmålene viser til en gradforskjell når det gjelder forsinkelse, utsettelse eller stryking av planlagt operasjon. Svarene er derfor presentert samlet i en tabell, K.

Spørsmål 4 b: *Forsinkes operasjonsstart av at du må gjøre ytterligere vurderinger? og*

Spørsmål 6: *Hender det at operasjoner blir utsatt evt. strøket grunnet anestesi-relaterte forhold?*

Tabell K

Konsekvenser av uteblitt preoperativ anestesi-vurdering

Spørsmål 4 b og 6	Sykehus A	Sykehus B
Operasjon forsinkes	8	2
Operasjons utsettes eller strykes	8	2
Ingen konsekvenser / annet	26	34
n	42 (n = 21 x 2)	38 (n = 19 x 2)

Svarene viser forskjell mellom de to sykehusene, men de er nesten identiske i svarene fra samme sykehus. Manglende preoperativ anestesi-vurdering innebærer at operasjonsstart ikke er som planlagt i 25 % (n = 80) av tilfellene. For de fleste pasienter går derimot operasjonsstart som planlagt.

4.7.1 Diskusjon - Konsekvens av manglende preoperativ anestesi-vurdering

Har en manglende preoperative anestesi-vurderingen noen konsekvens? Og hvis det har det, hva innebærer disse konsekvensene?

Funnene er i tabellpresentasjonene bearbeidet og gruppert i forhold til de detaljerte funn som sees i mottatte svar i vedlegg II. Denne bearbeiding er gjort for å få et mer funksjonelt materiale å bearbeide for diskusjon. Men det denne bearbeiding også medfører er at spredningene i svarene ikke kommer frem i tabellene. Dette er særlig aktuelt i spørsmål 4 a, som er presentert i tabell J.

Kjernen i spørsmålet er imidlertid at anestesi-personell må gjøre en vurdering av pasienten når denne ankommer operasjonsavdelingen. I denne forbindelse er det ett viktig forhold ved pasienten som bør presiseres, og det er i hvilken grad denne er påvirket av premedikasjon som omtalt i kapittel 2.5, og dermed i stand til å gi adekvate svar på

spørsmål som stilles (Bodelsson et al., 1998; Hovind, 2002). Premedikasjon er omtalt i ”preoperativt meldeskjema” fra begge sykehus. Fra sykehus A er premedikasjon nevnt i rubrikken ”Administreres på post” vedlegg VII side 2, hvilket innebærer at premedikasjon gis pasienten på posten før han blir brakt til operasjonsavdelingen. Ved sykehus B står premedikasjon nevnt på side 1 med gjennomslag til de to neste ark. Som beskrevet i kapittel 4.2.2 skal ark to følge med i pasientens journal. Det kommer ikke klart frem, verken i intervjuene eller kommentarene skrevet på dette dokument om journal følger pasienten til posten, men det kan antas at dette er praksis. Hvorvidt dette innebærer at premedikasjons skal administreres av personalet på post eller gis av personell som pasient ankommer operasjonsavdelingen fremkommer ikke. Men det er grunn til å anta at premedikasjon er tenkt gitt av personell på post, blant annet fordi effekt av premedikasjon er ønsket når pasient ankommer operasjonsavdelingen. En vurdering av pasienten innebærer nødvendigvis en viss form for kommunikasjon mellom pasient og personell, og da må en eventuell effekt av premedikasjon i form av at pasienten kan være noe ”sløvet” bevissthetsmessig tas hensyn til når spørsmål stilles og svar forventes.

Svarene i tabellene I, J og K viser at en uteblitt preoperativ anestesivurdering har konsekvenser. Vurdering av pasienten gjøres når denne ankommer operasjonsavdelingen, noe svarene i tabell J viser skjer i 55 % (n = 40) av tilfellene. Videre viser funnene i tabell K at vurdering av pasient når denne ankommer operasjonsavdelingen har dette konsekvenser som forsinkelse, utsettelse eller stryking av pasient i 20 % (n = 80) av tilfellene. På landsbasis er det vist at 8 % av planlagte operasjoner strykes (Sosial og Helsedirektoratet, 2007)

På den annen side innebærer den praksis at pasienten vurderes av anestesipersonell ved ankomst operasjonsavdelingen, faktisk gjennomgår en preoperativ anestesivurdering som sådan. Men, da er ikke forhold som blant annet pasientens reelle egnethet pga mulig sedative effekt av premedikasjon, redsel for forestående operasjon, tidspress hos personalet tatt med i kvalitetsvurderingen, kun at preoperativ anestesivurdering er gjennomført (Ræder, 1996; ALNSF, 1999; ASA Task Force on Preanesthesia Evaluation, 2002; Finstad et al., 2002; Lingnau et al., 2002).

Det kan sees på som en svakhet ved spørsmål 6 at det ikke skilles mellom utsettelse eller stryking av pasienten. En stryking av pasienten vil sannsynligvis ha andre konsekvenser enn en utsettelse. Å stryke en pasients planlagte operasjon har konsekvenser både for den enkelte pasient og den behandlende institusjon med personell. For institusjonen betyr en strøket operasjon både at endring i planlagt operasjonsprogram må påregnes og at dette også er en økonomisk utgift (Nilsen, 2004; Roizen et al., 2000).

Den preoperative anestesivurdering kan ikke utelates. Hvis dette ikke er gjennomført tidligere blir dette gjort når pasienten ankommer operasjonsavdelingen, hvilket fremkommer av funnene i tabell I. 97 % (n = 40) bekrefter denne praksis som vist i tabell I. Mer detaljert med hensyn til hva vurderingen da inneholder, hvordan nødvendige vurderinger eller undersøkelser gjøres, fremkommer ikke i denne undersøkelsen.

Det kan se ut som om praksis med anestesirelatert vurdering rett i forkant av operasjon er en kjent problemstilling ved sykehus A. Ved dette sykehuset eksisterer det en respondent har kalt "preoperativt rom", vist i tabell I. Videre forklares det at pasientene i god tid før operasjon hentes til dette rommet, som er bemannet av anestesisykepleier. Her kan da pasienten bli vurdert av anestesipersonell hvis det er behov eller ønskelig. Hvorvidt denne mulighet og praksis er med på å redusere antall strykinger, eller hindre forsinkelser i det oppsatte program fremkommer ikke. Men respondenten har brukt ordlyden "i god tid før han (pasienten) skal inn på stue" hvilket kan tyde på at det er tatt hensyn til den mulighet at vurdering her tar tid. På både spørsmål 4 b og 6 vist i tabell K, har åtte av 21 respondenter fra sykehus A svart at forsinkelser, utsettelser eller stryking av operasjon skjer grunnet anestesirelaterte forhold.

Når preoperativ anestesivurdering ikke er gjennomført har dette konsekvenser for både pasient og anestesipersonell, når pasient ankommer operasjonsavdelingen. Vurdering av pasienten, avhengig av hva som kan gjøres, må gjennomføres. Konsekvens at dette er at planlagt operasjonsstart kan bli forsinket, utsatt eller helt strøket. Avhengig av hvilke av disse forskyvingene som oppstår, har det videre konsekvenser for både pasient, personalet og planlagt arbeidsprogram.

4.8 Oppsummering og diskusjon av samlet empirisk materiale

Det empiriske materiale som er resultat av denne undersøkelsen består av svarene fra spørreskjemaundersøkelsen, mottatte retningslinjer og dokument fra sykehusene og intervju av fagsykepleierne.

Opplysninger gitt av fagsykepleiere har vært avklarende for å kunne forstå deler av intern tradisjon, uttrykk og arbeidsform. På samme måte har innholdet i de mottatte dokumenter fungert. Innholdet i disse har gitt informasjon som har vært med på å utfylle bildet av hvordan den preoperative anestesivurdering er ment å foregå og hva den skal inneholde.

Resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen er presentert i funngruppene

- Gjennomføring av preoperativ anestesivurdering
- Rutiner for preoperativ anestesivurdering
- Dokumentasjonspraksis
- Konsekvenser av ikke gjennomført preoperativ anestesivurdering

Gjennomføring av preoperativ anestesivurdering: Den preoperative anestesivurdering er en arbeidsoppgave som anestesisykepleiere ved begge sykehus utfører, en praksis som er i overensstemmelse med eksisterende retningslinjer (Strømskag, 1999; ALNSF, 1999; Hovind, 2002). I praksis viser det seg at preoperativ anestesivurdering enten gjennomføres som en samtale med pasienten hvor eksisterende dokumentasjon i ulik grad er tilgjengelig, eller som gjennomgang av eksisterende dokumentasjon. Funnene viser at denne dokumentasjonen ofte er gjort av annen type helsepersonell, for eksempel kirurg eller mottagende lege. Hvis ikke preoperativ anestesivurdering er utført, gjøres dette umiddelbart før operasjonsstart.

Forskning viser at kunnskap om pasient, god preoperativ forberedelse og planlegging medfører økt grad av sikkerhet, bedre forberedt pasient, mer effektiv utnyttelse av ressurser og personell (Aitkenhead, 1996; Roizen et al., 2000; Klopfenstein, 2002; Lingnau et al., 2002; Hilditch et al., 2003; Fasting et al., 2002). I forbindelse med en planlagt operasjon og anestesi er en av faktorene som gjenspeiler det forskningen viser, den preoperative anestesivurdering. Hensikt med den preoperative anestesivurdering er blant annet å

vurdere hvilke eller om pasienten har behov eller ønsker som må tas hensyn til i forbindelse med anestisigjennomføringen. Det å kartlegge den enkelte pasient, for å avklare problem eller behov er en sykepleiefaglig kompetanse (Kirkevold, 1996). Videreutdanning i anestesisykepleie er med på å spesifisere faglig kompetanse til å gjennomføre vurderinger av den enkelte pasients spesielle og generelle situasjon i relasjon til planlage anestesi (Hovind, 2002; Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005)

Når praktiske retningslinjer leses, kan det sees at det er trukket linjer til forskningsmateriale, ved at det i de praktiske retningslinjer er beskrevet hvordan den preoperative anestisivurdering skal gjennomføres og hva den skal inneholde. Forskningsresultat er på denne måten operasjonalisert, for bruk i den kliniske hverdag (Roizen et al., 2000; ASA Task Force on Preanesthesia Evaluation, 2002; Pasternak, 2002; ALNSF, 1999).

Som helsepersonell, settes det krav til at anestesisykepleieres arbeid skal utføres faglig forsvarlig (Helsepersonelloven, 2001). Det praktiske arbeidet innbefatter at den som utfører arbeidet har kunnskap om hva som kan gjøres, hva bør gjøres og hva det er mulig å gjøre (Kirkevold, 1996; Hovind, 2002). Overveielsene gjøres av den enkelte anestesisykepleier, og disse overveielsene er påvirket av skjønn (Molven, 2006b; Finstad et al., 2002; Hilditch et al., 2003). Den skjønnsmessige vurdering kan det sies ligger i skjæringspunktet mellom teortisk kunnskap og klinisk vurdering av den enkelte pasient. I ASA-klassifikasjonen ses det at pasienter er forsøkt gruppert i forhold til antatt risiko, og hvor det på bakgrunn av risikofaktorer må gjennomføres undersøekser eller tester av den enkelte pasient for å tilpasse den planlagte anestesi best mulig for pasienten (Finstad et al., 2002).

Helsetilsynet legger til grunn at faglig forsvarlig går ut over en minstestandard, men ikke kan kreves være optimal som vist i kapittel 2.7. Dette syne kan hevdes å være i samsvar med faglig forståelse av faglig forsvarlighet en holdning eller kunnskap som er formidlet til sykepleiere i faglitteratur (ALNSF, 1999; Helsetilsynet, 2001; Norsk Sykepleierforbund, 2001; Den norske lægeforening, 2002; Norsk Sykepleierforbund, 2003; Molven, 2006c; Befring, 2004). Den faglige forsvarlige handling er det som blir beskrevet som ”god praksis” (Norsk Sykepleierforbund, 2003). Men, god praksis er ikke det samme for alle

pasienter, for å avgjøre hva som er god praksis for den enkelte pasient må den skjønnsmessige vurdering gjøres (Molven, 2006c; Roizen et al., 2000; Hovind, 2002). I boken "Anestesisykepleie" blir dette særlig godt beskrevet i kapitlene om anestesisykepleie til barn og eldre, hvor nettopp pasientens situasjon i form av både fysisk og mental alder er beskrevet som grunnleggende faktorer (Fanghol & Valla, 2002; Hansen, 2002).

Rutiner for preoperativ anestesivurdering: NAF og ALNSF har sammen utarbeidet dokumentet Standard, hvis hensikt er å sikre tilfredsstillende anesthesiologisk arbeid i Norge. Her finnes også normer for preoperativ anestesivurdering (ALNSF, 1999). Dokumentet kan anses som en nasjonal standard, i den forstand at dokumentet er det eneste i sitt slag som er utarbeidet av de anestesifaglige miljøene i Norge. Dokumentet er forholdsvis detaljert, men på enkelte av de beskrevne områdene kan det forstås dithen at det ligger implisitt de enkeltes sykehus behov for utarbeidelse av lokale eller interne retningslinjer. Substansens innhold i Standard kan gjenkjennes i referert litteratur, som antyder en sammenheng mellom forskningsresultat og praktiske retningslinjer. Endringer i den medisinske utvikling kan også gjenkjennes i Standard, som beskrevet i kapittel 2.5.

Lokalet tilpassede retningslinjer kan blant annet sees i de mottatte dokument fra sykehusene A og B, vedlegg VII, VIII og IX. Disse er beskrevet i kapittel 4.2.2. Forskjeller i hva de forskjellige sykehus har utarbeidet av retningslinjer vises. Dette påpeker ett viktig forhold, nemlig at det er fullt mulig å utarbeide interne retningslinjer i en anesthesiavdeling. Forskjell i praksis kan ha mange grunner. Utarbeidelse av interne retningslinjer krever blant annet tid og resurser, og dette kan være forskjellig fra sykehus til sykehus. Eksisterende rutiner, som ikke er referert til skriftlig materiale, kan være ansett som så godt forankret at det ikke prioriteres å konkretisere disse ved å nedfelle dem skriftlig.

Ved sykehus A har anesthesiavdelingen utarbeidet skriftlige retningslinjer for preoperativ anestesivurdering, vedlegg VIII. Det er verdt å merke seg at dette vedlegg er meget konkret ved blant annet å angi tid og sted for når anestesipersonalet skal gjennomføre den preoperative visitten på de aktuelle postene. Pasientvurdering som en del av preoperativ

vurdering fremkommer også på skjemaet ”Preoperativt meldeskjema” hvor det er definert plass for utfylling og signering gjort av anestesipersonell, vedlegg VII.

På sykehus B er det plass for utfylling på ”Preoperativt meldeskjema” tiltenkt anestesipersonell. På side to samme skjema finnes ”Retningslinjer for preoperativ forberedelse”. Fagsykepleiere forteller at det eksisterer tradisjoner knyttet til gjennomføringen av den preoperative anestesivurdering. Fagsykepleierne ved sykehus B bekrefter det fagsykepleierne fra sykehus A har fortalt om ulik kvalitet på utfylling av ”Preoperativt meldeskjema” fra mottagende lege.

Dokumentasjonspraksis: Fra begge sykehus svares det at det er mulig å dokumentere at planlagt preoperativ anestesivurdering ikke er gjennomført som planlagt. Praksis varierer, men hovedtrekket er at dette gjøres i liten grad. Det fremkommer ikke av studiens materiale hvem som gjør denne dokumentasjon eller hvorfor de gjør det. En forklaring fra personene som gjør det kunne bidra med informasjon som kunne vært brukt som bakgrunn for videre undersøkelse. Det kan imidlertid antas at de personer som dokumenterer at planlagt preoperativ anestesivurdering ikke er gjennomført har en begrunnelse for hvorfor de gjør det.

I Standard er det beskrevet at dokumentasjon skal skje fortløpende ved anesthesiologisk arbeid, som skal inneholde alle vesentlige opplysninger om anestesi og forløp (ALNSF, 1999). Som tidligere beskrevet er tema dokumentasjonsplikt regulert ved lov og konkretisert i proposisjon (Helsepersonelloven, 2001; Sosial- og helsedepartement, 1998). Særlig kan teksten i refererte Ot.prop. åpne for tolkningsmuligheter. Det står; ”... å knytte ansvaret for den helsehjelp som gis, ...” (Sosial- og helsedepartement, 1998 s. 119 og 236). I gjennomgått litteratur finnes problemstillingen nevnt her i forbindelse med dokumentasjonsplikten, ikke beskrevet. Det kan derfor være å anta at dette enten ikke er undersøkt i andre land, at dokumentasjon gjennomføres ulikt i de forskjellige land eller at avlyst preoperativ anestesivurdering er en ukjent problemstilling. Sistnevnte argument, nemlig den manglende preoperative anestesivurdering gjenstand for diskusjon. I artikkelen ”Die präoperative Anästhesievisite” skrives det at i Tyskland, Østerrike og Sveits ikke er juridisk krav om preoperativ anestesivurdering i motsetning til i Frankrike hvor den

preoperative anestesiavurdering med bakgrunn i lovregel er gjort obligatorisk (Klopfenstein, 2002).

Konsekvenser av ikke gjennomført preoperativ anestesiavurdering: Fra begge sykehus viser funnene at konsekvenser av ikke gjennomført preoperativ anestesiavurdering er varierende. Det kan ha alt fra ingen konsekvens til at pasientens operasjon blir strøket fordi pasienten ikke er i stand til å gjennomgå en anestesi.

Litt sjablongmessig kan det sies at alle pasienter som skal gjennomgå anestesi møter anestesipersonell før igangsettes, senest umiddelbart før igangsettelse av planlagt anestesi, fordi det er anestesipersonalet som gir anestesi til pasienten. Her har da anestesipersonell en siste mulighet til å gjennomføre en preoperativ anestesiavurdering av pasienten. Dette kan ha konsekvenser for pasient på den ene side og helseinstitusjonen på den andre. Ikke tidligere avklarte forhold ved pasienten kan medføre at denne ikke er i stand til å gjennomgå anestesi, eller at supplerende undersøkelser må gjøres for anestesistart. Konsekvens av dette kan være at operasjon avlyses eller i en eller annen grad utsettes.

Hovedtrekkene i funnene er som følger:

- 67 % (n = 40) av pasientene blir ikke vurdert preoperativt av anestesipersonell i samsvar med den norm som er basert på Standard og i henhold til internasjonal litteratur.
- Pasientjournal er tilgjengelig for bruk i varierende grad, uansett om den foreligger i papirversjon eller elektronisk.
- Preoperativ anestesiavurdering er ofte kun gjennomgang av tilgjengelig skriftlig materiale
- Den tilgjengelige dokumentasjon er ofte gjort av andre yrkesgrupper, også når det gjelder informasjon / undersøkelser av særlig viktighet for anestesigjennomføringen.
- Ufullstendig preoperativ anestesiavurdering innebærer ofte at pasienten ved ankomst operasjonsavdelingen først da blir gjenstand for nødvendig vurdering.
- Ca ¼ del av pasientene får i en eller grad utsatt operasjonstidspunkt.
- Anestesipersonell dokumenterer i svært liten grad at de ikke får gjennomført planlagt preoperativ anestesiavurdering.

- Svarene avdekker varierende kjennskap til eksisterende interne retningslinjer, noen refererer til faktisk retningslinjer, mens andre refererer til ikke-eksisterende retningslinjer.

KAPITTEL 5 KONKLUSJON OG ANBEFALINGER

Utgangspunktet for denne studien var erfaring med hvordan den preoperative anestesivurdering blir gjennomført, og om denne praksis var ”god nok”. Denne bakgrunn gav grunnlaget for oppgaven, en kartlegging av eksisterende praksis med forskningsspørsmålet i hvilken grad det er samsvar mellom praksis og teori.

Modell 3 viser et skjematisk sammendrag over hvilke funn som er gjort i forbindelse med denne studien. I venstre kolonne vises evalueringsgrunnlaget for praksis med Helsepersonellovens krav om faglig forsvarlighet og Standards norm for preoperativ anestesivurdering. Den midtre kolonnen viser de funn som er fremkommet i forbindelse med denne studien, systematisert i samsvar med presentasjon i kapittel 4. Den høyre kolonne antyder forslag til hva som kan gjøres av videre forskning på bakgrunn av de funn som er gjort i denne studien.

Modell 3 Sammenfatning av empirisk materiale med forslag til videre forskning

Retningslinjer		Funn / Praksis	Mulige forskningsområder
Helsepersonell oven	➔	Preoperativ anestesivurdering gjøres <ul style="list-style-type: none"> • som beskrevet i norm • ved gjennomgang av skriftlig materiale • samtale 	Studier av praksisfenomen Pasientsikkerhet
Standard	➔	Retningslinjer og tradisjoner Skriftlige <ul style="list-style-type: none"> • skriftlige • muntlige (tradisjon) • tilfeldigheter 	Dokumentasjons praksis
	➔	Dokumentasjonsrutiner <ul style="list-style-type: none"> • tilfeldige • kan gjennomføres • gjennomføres ikke 	Kvalitetssikring av praktiske retningslinjer vs klinisk praksis
	➔	Konsekvens av manglende preoperativ anestesivurdering <ul style="list-style-type: none"> • ingen • vurderinger må gjøres ved ankomst operasjonsavdelingen 	Uønskede hendelser, forebygging
	➔	operasjon utsettes, forsinkes, strykes	Reduksjon av uhell i relasjon til anestesi, kvalitetsforbedring

Datamaterialets størrelse er ikke stort nok for å kunne brukes som et representativt utvalg for hvordan den preoperative anestesisivurdering foregår ved norske sykehus (Hellevik, 1991). Men det gir et bilde av hvordan halvparten av anestesisykepleierne ved anesthesiavdelingene ved to norske sykehus opplever at den preoperative anestesisivurdering blir gjennomført. I hvilken grad funnene formidler realiteten for alle anestesisykepleierne ved disse sykehusene kan diskuteres. Imidlertid styrker variasjonsbredden i funnene at ett eller flere element i den kartlagte praksis representerer forhold som de øvrige anestesisykepleiere er kjent med. Med en svarprosent på 48 % er ikke materialet fra det enkelte sykehus representativt for hele anesthesiavdelingen (Hellevik, 1991). På den annen side har nesten halvparten av avdelingens ansatte sykepleiere formidlet sin erfaring, og dette er en informasjon som må behandles seriøst og som kan brukes som grunnlag for utvidet forskning på dette felt.

Funnene viser at det er stor variasjon i hvordan praksis er, at det er mulig å følge eksisterende retningslinjer men at disse i varierende grad er kjent av personalet. Den preoperative anestesisivurdering er praktisert tøyelig. Anestesipersonellet bruker "siste mulighet" for å vurdere pasienten i forkant av en operasjon når denne ankommer operasjonsavdelingen. På denne måten kan det sies at preoperativ anestesisivurdering er gjennomført.

Det er ikke funnet holdepunkt i det empiriske materiale for å hevde at avdekket praksis er uforsvarlig. Det som imidlertid fremkommer, er at materialet avdekker en praksis som kan være gjenstand for forbedringsmuligheter ved å tilstrebe en lik praksis ved blant annet å følge de eksisterende praktiske retningslinjene. På denne måten kan det hevdes at faglig forsvarlig praksis slik intensjonen med begrepet er, imøtekommes.

5.1 Forslag til videre forskning

Andre og ikke minst like interessante konsekvenser av de empiriske funn er mulighetene disse gir for videre forskning. Innholdet i de empiriske funn kan brukes som utgangspunkt for videre forskning i samme tema. Videre kan denne studiens struktur være inspirerende

for å utføre studier i andre fagområder som anestesisykepleiere (og andre) arbeider med, ved å gjøre bruk av spørreskjema, evalueringsstudier eller kartleggingsstudier av klinisk praksis. Avhengig av interesse og mulighet kan nevnes;

- Pasientsikkerhet og preoperativ anestesivurdering
- Kliniske studier som å se på samsvar eller avvik fra eksisterende retningslinjer og hvilke konsekvenser dette har, her nevnes fasteregimer, kronisk og postoperativ smertebehandling, administrering og stell av perifer venekanyle.
- Kvalitetsforbedringstiltak i aktuelle kliniske områder i form av målrettet opplæring av personalet i for eksempel bruk av elektronisk verktøy / databehandling og dokumentasjon.
- Kliniske studier for å utvikle retningslinjer, eventuelt korrigere de eksisterende. Det kan nevnes anestesisykepleie til sykkelig overvektige, anestesisykepleie i forbindelse med dagkirurgi.
- Kartlegging av uønskede hendelser og mulige forebyggende tiltak, det kan nevnes tannskader oppstått i forbindelse med intubering og trykkskader etter uheldig leiring på operasjonsbordet.

5.2 Muligheter for anestesisykepleietjenesten

Denne studien kan være av nytte for anestesisykepleiere, og også andre sykepleiegrupper. Fokus er satt på et lite arbeidsområde som anestesisykepleiere arbeider med til daglig. En systematisk gjennomgang kan avsløre enkle forslag til forbedring, styrke god praksis og bevisstgjøre anestesisykepleierne deres ansvarsområde.

For sykepleiere i klinisk arbeid kan denne studien være med på å oppmuntre til;

- Faglig bevisstgjøring ved å fokusere på faglig forsvarlighet, kliniske arbeidsområder og arbeidsrutiner.
- Kritisk blikk på egen praksis, for utvikling av denne.
- Opplæring i forskningsmetoder, som intervju, observasjon, spørreundersøkelser.

- Sette fokus på opplæringsbehov, som eksempel dokumentasjon, bruk av elektronisk verktøy, kliniske teknikker som leiring, plastring av utstyr på pasienten allergiproblematikk knyttet til anestesi.
- Stimulere til økt forskning i praksis.

Respondentene har vist meg stor tillit ved å svare på mitt spørreskjema. De mange kommentarer som er gitt viser et engasjement blant anestesisykepleierne, et engasjement som kan stimuleres ytterligere ved å sette fokus på praksisforskning.

Reference List

- Aalen, O. O. (1994). *Innføring i statistikk med medisinske eksempler*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Aitkenhead, A. R. i. (1996). *Clinical anaesthesia*. New York: Churchill Livingstone.
- Almås, R. (1990). *Evaluering på norsk : ei innføring i vurdering av prosjektarbeid og handlingsretta forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- ALNSF (1996). *Idegrunnlag og funksjonsbeskrivelse for anestesisykepleiere*. Anestesisykepleiernes landsgruppe av Norsk Sykepleierforbund.
- ALNSF (1999). *Standard for anestesi i Norge*. Anestesisykepleiernes landsgruppe av Norsk Sykepleierforbund.
- American Society of Anesthesiologists (1993). Practice guidelines for management of the difficult airway. A report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway.[see comment]. *Anesthesiology*.78(3):597-602.
- Anestesisykepleiernes landsgruppe av Norsk Sykepleierforbund (2005). 4. utgave av Standard for anestesi i Norge. <http://www.alnsf.no/> [lest 25.02.2007].
- ASA Task Force on Preanesthesia Evaluation (2002). *Practice advisory for preanesthesia evaluation*. *Anesthesiology*.96(2):485-96.
- Atkinson, R. S. (1993). *Lee's synopsis of anaesthesia*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Bakke, H. K. (2005). Pasientsikkerhet. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, 1545.
- Befring, A. K. (2004). *Jus for jordmødre og sykepleiere*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Berulfsen, B. (2000). *Fremmedord blå ordbok*. Oslo: Kunnskapsforl.
- Bjørndal, A. (2002). *Statistikk for helsepersonell : en innføring*. Oslo: Pensumtjeneste.
- Bodelsson, M., Lundberg, D., Roth, B., & Werner, M. (1998). *Anestesiologi*. Lund: Studentlitteratur.

Borgarting lagmannsrett (2004). *Borgarting lagmannsrett - Dom*. LB-2005-2517.

Brattebø, G. (2005). 1600 dør av sykehusfeil. <http://www.vg.no/> [Sisert 02.09.2005].

Brodsky, J. B., Lemmens, H. J., Brock-Utne, J. G., Vierra, M., & Saidman, L. J. (2002). Morbid obesity and tracheal intubation. *Anesthesia & Analgesia*. 94(3):732-6; *table of contents*.

Chantler, C. (1999). The role and education of doctors in the delivery of health care. *The Lancet*, 353.

Cooper, J. B. & Gaba, D. (2002). No myth: anesthesia is a model for addressing patient safety. *Anesthesiology*. 97(6):1335-7.

Cooper, J. B., Newbower, R. S., Long, C. D., & McPeck, B. (2002). Preventable anesthesia mishaps: a study of human factors. 1978. *Quality & Safety in Health Care*. 11(3):277-82.

de Lange, J. J. (2001). Preoperative examination: anamnesis and physical examination mandatory. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 145, 2157-2159.

Den norske lægeforening (2002). *Etiske regler for leger*. <http://www.legeforeningen.no/indes.db2?id=485> [lest 06.12.2003].

Den norske lægeforening (1995). *Målbeskrivelse for anesthesiologi 1995*. <http://www.legeforeningen.no/utskrift.gan?id=1172&subid=0> [lest 11.09.2004].

Donaldson, M. S., Kohn, L. T., & Corrigan, J. (2000). *To err is human : building a safer health system*. Washington: National Academy Press.

Dostalova, V., Odrazkova, E., Kulda, K., & Cerny, V. (2000). The role of an anesthesiologic ambulance in preoperative preparation for anesthesia. *Anesteziologie-a-Neodkladna-Pece*, 11, 138-140.

European Commission (2005). *Patient Safety - Making it Happen*. European Commission DG Health and Consumer Protection.

Fanghol, R. & Valla, A. (2002). Anestesisykepleie til barn. In I.L.Hovind (Ed.), *Anestesisykepleie* (Oslo: Akribe Forlag).

Fasting, S. & Gisvold, S. E. (2002). Serious intraoperative problems--a five-year review of 83,844 anesthetics. *Canadian Journal of Anaesthesia*.49(6):545-53, -Jul.

Feiring, E. (2006). Flere melder fra om uønskede hendelser. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, 1190.

Finstad, A. S., Valeberg, B. T., & Hovind, I. L. r. (2002). Preoperativ informasjon og vurdering. In (pp. 53-64). Oslo: Akribe.

Flowerdew, R. M. M. (2004). Preanesthetic evaluation in private practice. *Anesthesiologi Clinics of North America*, 22, 141-153.

Fog, J. (1994). *Med samtalen som utgangspunkt*. København: Akademisk Fprrlag.

Gaba, D. M. (2000). Anaesthesiology as a model for patient safety in health care. *BMJ*.320(7237):785-8.

Gaitini, L., Vaida, S., & Madgar, S. (1998). Continuous quality improvement i anesthesia. *Harefuah*, 134, 6-12.

Grbich, C. (1999). *Qualitative research in health : an introduction*. London: Sage.

Grimaldo, D. A., Wiener-Kronish, J. P., Jurson, T., Shaughnessy, T. E., Curtis, J. R., & Liu, L. L. (2001). A randomized, controlled trial of advanced care planning discussions during preoperative evaluations. *Anesthesiology*.95(1):43-50; discussion 5A.

Guttormsen, A. B. (2001). Allergic reactions during anaesthesia - increased attention to the problem in Denmark and Norway. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 45, 1189-1190.

Hafstad, A. (2006). Bittert at de ikke innrømmet feil. <http://aftenposten.no/> [Sitert 23.05.2006].

Hansen, S. (2002). Anestesisykepleie til gamle. In I.L.Hovind (Ed.), (Oslo: Akribe forlag.

Haraldsen, G. (1999). *Spørreskjemametodikk : etter kokebokmetoden*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Heggdal, K. (2006). *Sykepleiedokumentasjon*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Hellevik, O. (1991). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.

Helsepersonelloven (2001). *Lov om helsepersonell m.v.* Oslo: Helsedepartementet.

Helsetilsynet (2006a). *Om regelverk*.

<http://www.helsetilsynet.no/templates/PrintPage.aspx?id=2901&url=http://www.helse...>
[lest 06.04.2006].

Helsetilsynet (2006b). *Meldesentralen - årsrapport 2004*. (5/2006 ed.).

Helsetilsynet (2001). *Fornyelse av den sentrale sosial- og helseforvaltningen - tilleggsuttalelse til høringsuttalelse av 2. april 2001*.

http://www.helsetilsynet.no/templates/LetterWithLinks_____5188.aspx [lest 02.03.2006}.

Henderson, V. (1961). *Sykepleiens grunnprinsipper*. Norsk Sykepleierforbund.

Hilditch, W. G., Asbury, A. J., & Crawford, J. M. (2003). Pre-operative screening: criteria for referring to anaesthetists. *Anaesthesia*.58(2):117-24.

Hovind, I. L. r. (2002). *Anestesisykepleie*. Oslo: Akribe.

Ilstad, S. (1987). *Survey-metoden : en veiledning i utvalgsundersøkelser*. [Trondheim]: Tapir.

International Council of Nurses (2001). *ICNs etiske regler for sykepleiere*. Geneva: International Council of Nurses.

Irita, K. & Takahashi, S. (2000). Lack of communication between anesthesiologists and surgeons; comparison of questionnaire survey among anesthesiologists with that among surgeons concerning pre-anesthetic evaluation of surgical patients. *Masui - Japanese Journal of Anesthesiology*, 49, 7-17.

Kanto, J., Watanabe, H., & Namiki, A. (1996). Pharmacological premedication for anaesthesia. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*.40(2):982-990, 982-990.

Kim, H. S. (2000). *The nature of theoretical thinking in nursing*. New York: Springer.

Kirkevold, M. (1996). *Vitenskap for praksis?* Oslo: Ad notam Gyldendal.

Klopfenstein, C. E. (2002). Die Anästhesievisite. *Schweiz Med Forum*, 12, 272-275.

Kristensen, M. S. & Moller, J. (2001). Airway management behaviour, experience and knowledge among Danish anaesthesiologists--room for improvement. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*.45(9):1181-5.

Kristoffersen, N. J. (1995). *Pasient og sykepleier : samhandling, opplevelse og identitet*.

Landrø, M. I. & Wangensteen, B. (1991). *Bokmålsordbok: definisjons- og rettskrivningsordbok*. [Oslo]: Hjemmets bokforlag.

Latham, L. B. (1999). Preanesthetic evaluation. *Dental Clinics of North America*.43(2):217-29.

Leape, L. L. & Berwick, D. M. (2000). Safe health care: are we up to it? *British Medical Journal*, 320, 725-726.

Lingnau, W. & Strohmenger, H. U. (2002). Responsibility of the anaesthesiologist in the preoperative risk evaluation. *Anaesthesist*.51(9):704-15.

Lorensen, M. (1998). *Spørsmålet bestemmer metoden : forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag*. Oslo: Universitetsforl.

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring*. Oslo: Universitetsforl.

Mellado, P. F., Thunedborg, L. P., Swiatek, F., & Kristensen, M. S. (2004). Anaesthesiological airway management in Denmark: assessment, equipment and documentation. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*.48(3):350-4.

Mikkola, J. H., Alenius, H., Kalkkinen, N., Turjanmaa, K., Palosuo, T., & Reunala, T. (1998). Hevein-like protein domains as a possible cause for allergen cross-reactivity between latex and banana. *The Journal of Allergy & Clinical Immunology*, 102, 1005-1012.

Modig, J. i. (2000). *Anestesi*. Stockholm: Liber.

Moen, A. (1999). *Informasjonsteknologi i sykepleietjenesten : muligheter og utfordringer*. [Oslo]: Akribe.

Moen, A., Hellesø, R., Quivey, M., & Berge, A. (2002). *Dokumentasjon og informasjonshåndtering : faglige og juridiske utfordringer og krav til journalføring for sykepleiere*. Oslo: Akribes.

Molven, O. (2006a). Bruk av advarsel ved brudd på forsvarlighetskravet. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 943-946.

Molven, O. (2006b). Vilkårene for advarsel ved brudd på forsvarlighetskravet. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 800-801.

Molven, O. (2006c). Forsvarlighetskravet i helsepersonelloven. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 643-644.

Molven, O. (2003). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Morath, J. M. (2005). *To do no harm : ensuring patient safety in health care organizations*. San Francisco: Jossey-Bass.

Nilsen, L. (2004). Hver tolvte operasjon avlyses. <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/> [sitert 21.12.2004].

Nissen, R. (2000). *Lærebog i Sygepleie for Diakonisser*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Nolan, T. W. (2000). System changes to improve patient safety. *British Medical Journal*, 320, 771-773.

Norges Høyesterett (1997). *Høyesterett - Kjennelse*. Rt-1997-1800 (491-97).

Norges offentlige utredninger, 1. 1. (1997). *Prioritering på ny*. Oslo.

Norsk Anestesiologisk forening (2005). 4. utgave av Standard for anestesi i Norge. <http://nafweb.no/> [lest 25.02.2007].

Norsk Anestesiologisk forening (2003). Preoperative fasterutiner. www.nafweb.no [sitert 04.11.2006].

Norsk anestesiologisk forening (2005). 3. revisjon av Standard.

Norsk Sykepleierforbund (2001). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere : ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Norsk Sykepleierforbund (2003). *Faglig forsvarlighet - også ditt ansvar*. <http://www.sykepleierforbundet.no/nettside/nsfmain.nsf/PrintArticles/ECC3BA2BB11A> [lest 19.09.2003].

Ohnstad, B. (2001). *Helsepersonelloven*. (vols. 121).

Oslo Tingrett (2004). *Oslo tingrett - Dom*. TOSLO-2004-54584.

Øvretveit, J. (1998). *Evaluating health interventions : an introduction to evaluation of health treatments, services, policies, and organizational interventions*. Buckingham [England]: Open University Press.

Pasientrettighetsloven (2001). *Lov om pasientrettigheter*. Oslo: Helsedepartementet.

Pasternak, L. R. (2002). *ASA practice guidelines for preanesthetic assessment*. *International Anesthesiology Clinics*.40(2):31-46.

Personvernombudet, N. s. d. (2005). *Meldeskjema*. www.nsd.uib.no/personvern [lest 09.02.2005].

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods*. Philadelphia: Lippincott.

Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research : principles and methods*. Philadelphia: Lippincott.

Ræder, J. C. (1996). Hva er anestesi? *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 25[116], 3015-3019.
Ref Type: Journal (Full)

Randell, T. (1996). Prediction of difficult intubation. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*.40(8 Pt 2):1016-23.

Reinys, T. A. & Snoey, E. R. (2002). Overcoming the difficult airway: preparedness makes all the difference. *Journal of Critical Illness*.17(10):371-8, 2002 Oct.(19 ref), 371-378.

Ringnes, A. (2001). Hippokrates' skrifter på norsk. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, 1752.

Roizen, M. F., Foss, J. F., Fischer, S. P., & Miller, R. D. r. (2000). Preoperative Evaluation. In *Anesthesia* (pp. 824-878). Philadelphia: Churchill Livingstone.

Shingai, Y., Nakagawa, K., Kato, T., Fujioka, T., Matsumoto, T., Kihana, T. et al. (2002). Severe allergy in a pregnant woman after vaginal examination with a latex glove. *Gynecologic & Obstetric Investigation*.54(3):183-4.

Sigurdsson, G. H. & McAteer, E. (1996). Morbidity and mortality associated with anaesthesia.[see comment]. [Review] [41 refs]. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*.40(8 Pt 2):1057-63.

Sosial og Helsedirektoratet (2007). Kvalitetsindikator. <http://www.sykehusvalg.no> [sitert 03.03.2007].

Sosial- og helsedepartement (1998). *Ot.prp. nr. 13 (1998-99). Om lov om helsepersonell m v.*

Spesialisthelsetjenesteloven (2001). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Oslo: Helsedepartementet.

Strømskag, K. E. (1999). *Et Fag på søyler : anesthesiens historie i Norge*. Oslo: Tano Aschehoug.

Takata, M. N., Benumof, J. L., & Mazzei, W. J. (2001). The preoperative evaluation form: assessment of quality from one hundred thirty-eight institutions and recommendations for a high-quality form. *Journal of Clinical Anesthesia*.13(5):345-52.

Thomsen, M. W. (2006). Anestesi. www.npe.no [lest 16.10.2006].

Utdannings- og forskningsdepartementet (2005). Rammeplan for videreutdanning i anestesisykepleie. <http://www.alnsf.no/> [sitert 10.03.2007].

7: Hvordan vil du karakterisere håndteringen av følgende situasjoner?Sett ett kryss for hver situasjon:

Situasjoner relatert til anestesi	Dramatisk	Vanskelig	Grei
Anafylaksi			
Arytmier som krever akutt intervensjon			
Asystole			
Awarenes			
BT-fall eller stigning som krever akutt intervensjon			
Feil ved medisinsk teknisk utstyr			
Feilsetting av medisiner			
Bronkospasme under vekking			
Mislykket intubasjon med ventilasjonsproblem			
Ventilasjonsproblem, peropertativt			
Annet,			
.....			
Annet,			
.....			

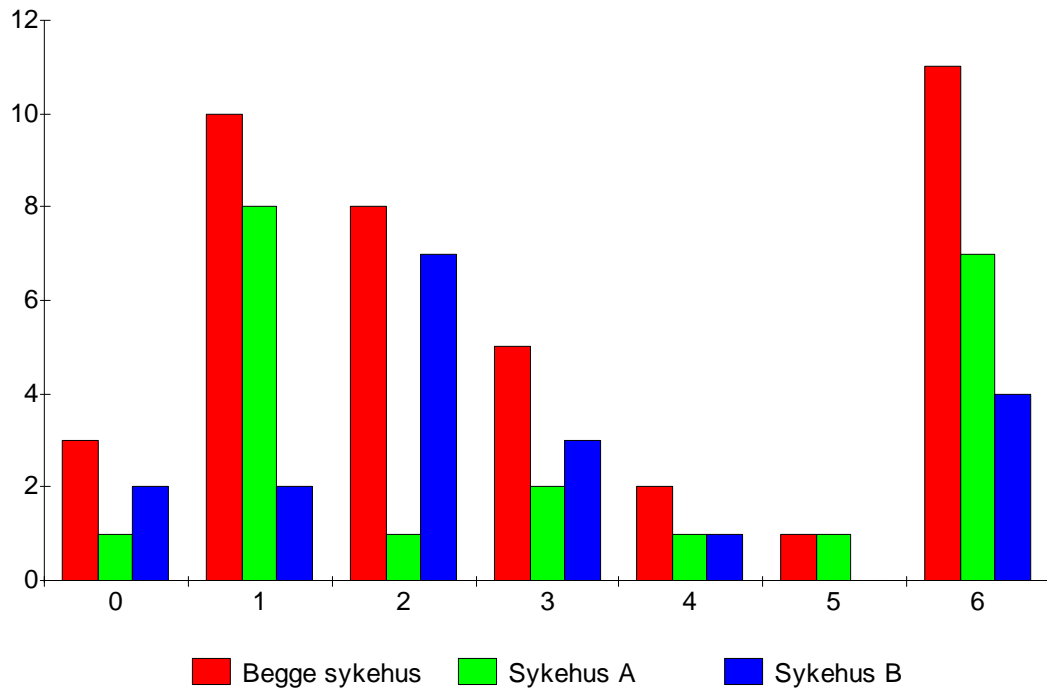
8: Hvor stor andel av pasientene som skal til planlagt kirurgi vil du anslå blir preoperativt vurdert av anestesilege- eller sykepleier på følgende måte:

Samtale mellom pasient og anestesisykepleier/lege, hvor oppdatert journal er tilstede, og resultatene av alle rekvirerte medisinske tilleggsundersøkelser som blodprøver, EKG, røntgen osv foreligger.

Sett ring rundt ett passende tall:

Aldri 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Alltid Vet ikke

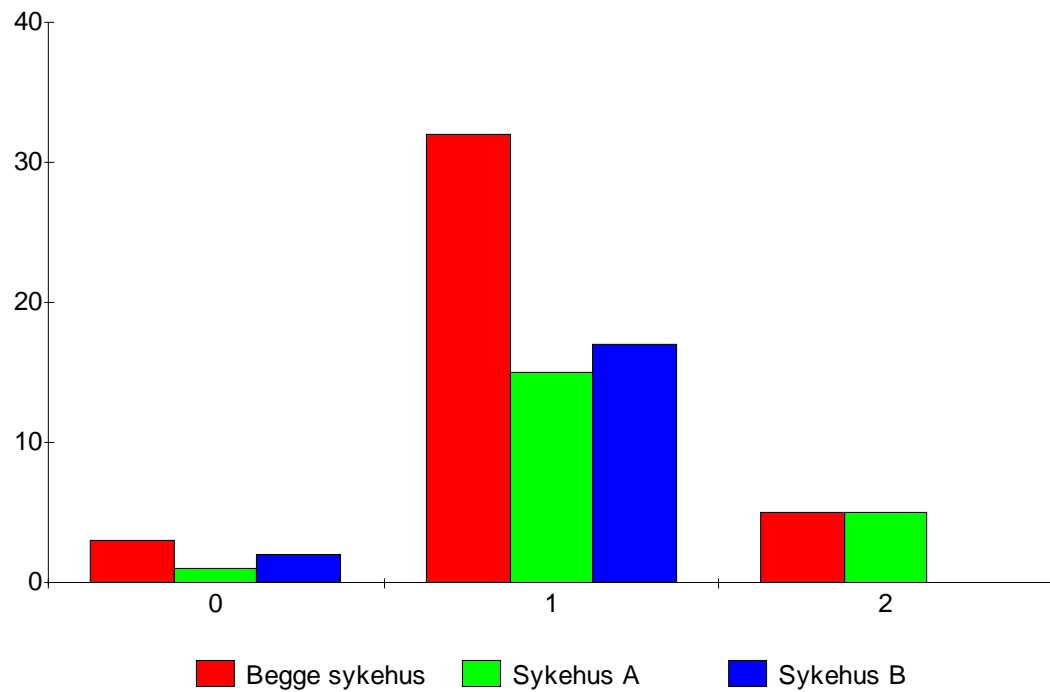
Spørsmål 0.1
Hvor mange år har du arbeidet som anestesisykepleier?



Svaralternativ

- 0 Ikke besvart
- 1 1-3 år
- 2 3-6 år
- 3 6-9 år
- 4 9-12 år
- 5 12-15 år
- 6 15 år og mer

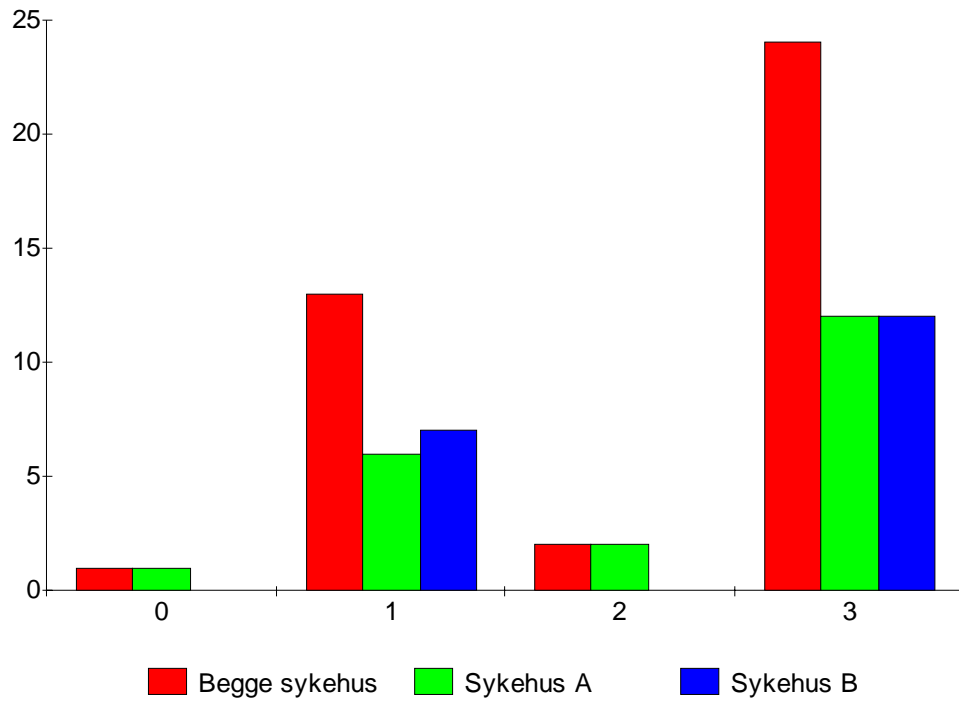
Spørsmål 0.2
Arbeider du i turnus?



Svaralternativ

- 0 Ikke besvart
- 1 Ja
- 2 Nei

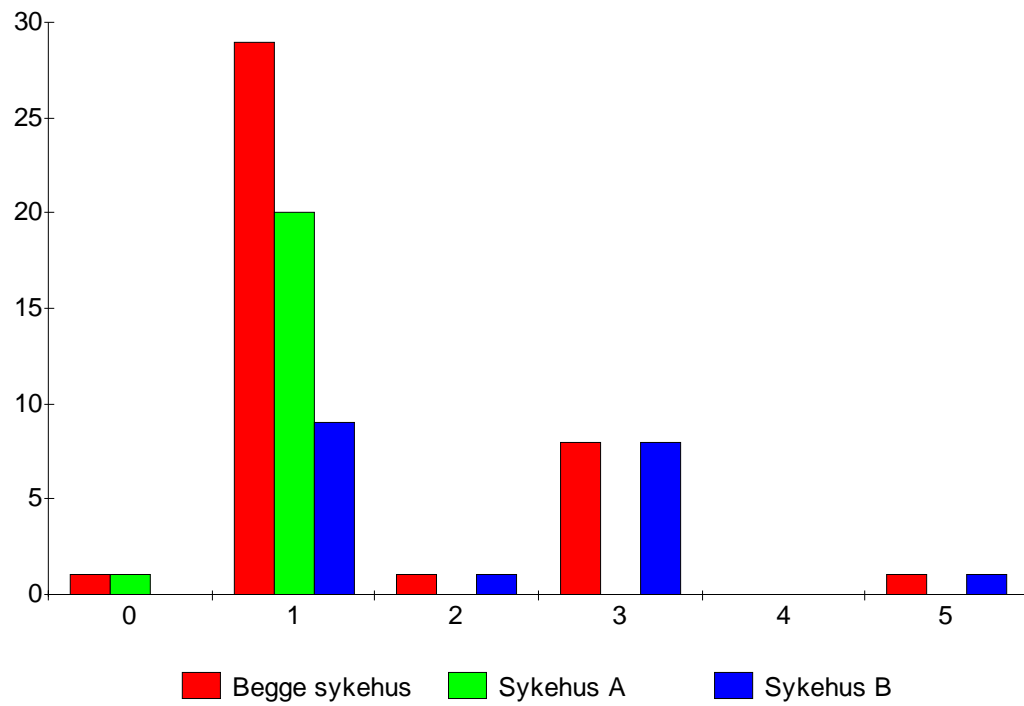
Spørsmål 1a
Hvem utfører preoperativ anestesivurdering ved ditt arbeidssted?



Svaralternativ

- 0 Ikke besvart
- 1 Anestesilege
- 2 Anestesisykepleier
- 3 Deles mellom anestesilege- og sykepleier

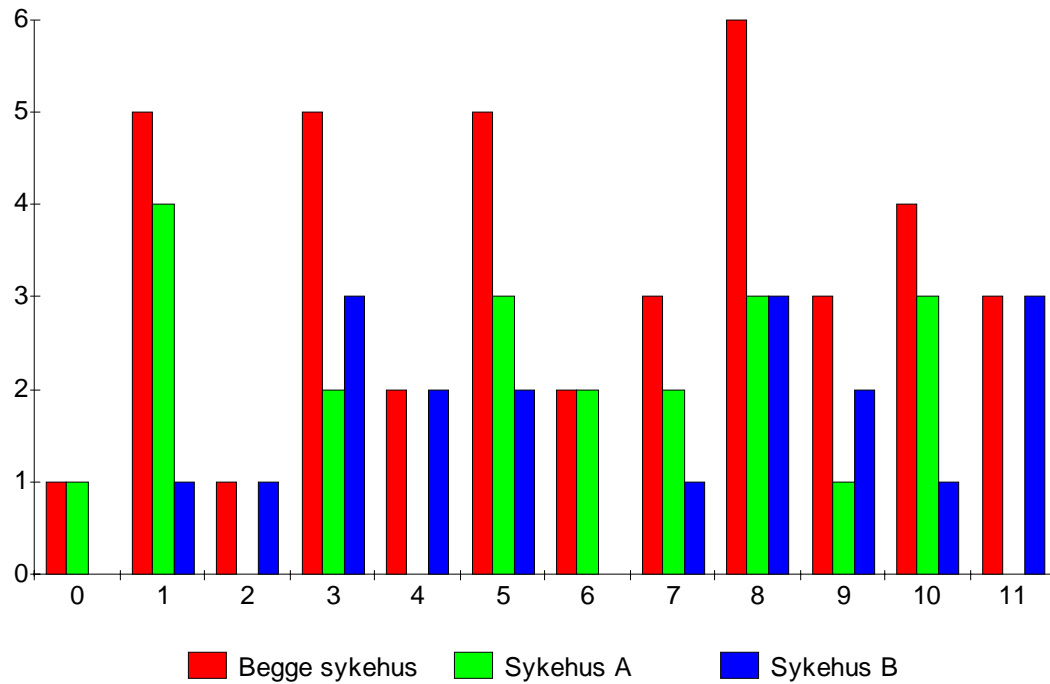
Spørsmål 1b
Blir preoperativ anestesi vurdering gjennomført på grunnlag av?



Svaralternativ

- 0 Ikke besvart
- 1 Rutine etter skriftlige retningslinjer
- 2 Uskrevne tradisjoner
- 3 Tilfeldigheter, hvis tid/mulighet, ledig arbeidskapasitet, lyst osv.
- 4 Vet ikke
- 5 Andre, beskriv
" Til de pasienter man utifra opplysninger finner ut at trenger, samt hvis det er tid og anledning og pasienten er tilstede (ikke på perm)". (B)

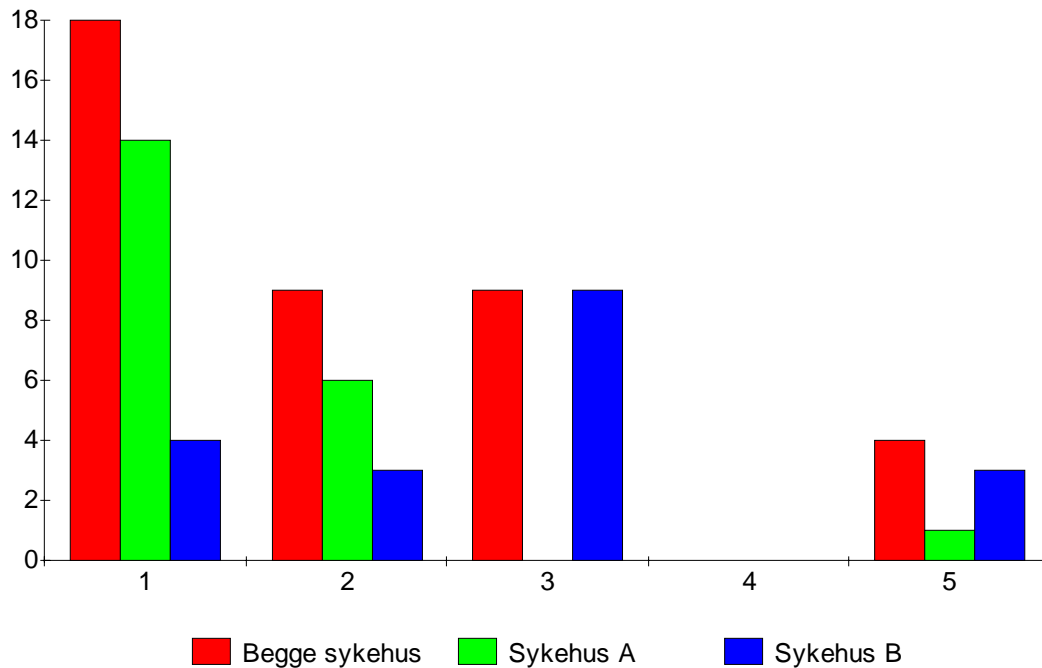
Spørsmål 1c
Er komplett pasientjournal tilgjengelig for bruk til preoperativ
anestesivurdering?



Svaralternativ

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	0
Aldri									Alltid	Vet ikke	Ikke svart

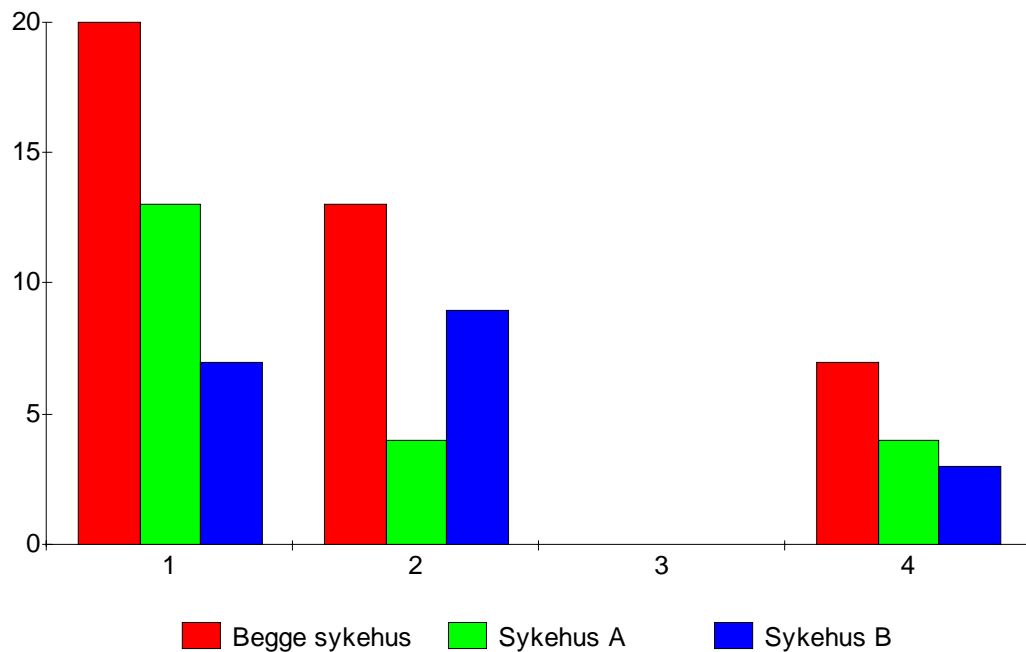
Spørsmål 1d
Hvordan innhentes anestesirelatert informasjon om pasienten før planlagt kirurgi?



Svaralternativ

- 1 Samtale mellom pasient og anestesilege/sykepleier hvor journal eventuelt er tilgjengelig
- 2 Samtale mellom pasient og anestesilege/sykepleier, hvor journal alltid er tilgjengelig
- 3 Anestesisykepleier/lege gjennomgår journal, evt. andre dokumenter
- 4 Vet ikke
- 5 Annet
 - "DIPS (datajournal)". (A)
 - "Har nå elektronisk journal alt skal være scannet inn". (A)
 - "Kirurgen fyller ut meldeskjema, hvis det er tid går spl/lege på previsitt. Har da tilgang på journal på post". (B)
 - "Meldeskjema skrevet av kirurgen som har vurdert pas". (B)
 - "An.lege gjennomgår journal, lege/spl fordeler seg imellom hvem som skal/bør ha pre-visitt". (B)

Spørsmål 2a
Kan du lese på anestesikurven om pasienten er blitt tilsett av anestesilege eller anestesisykepleier?

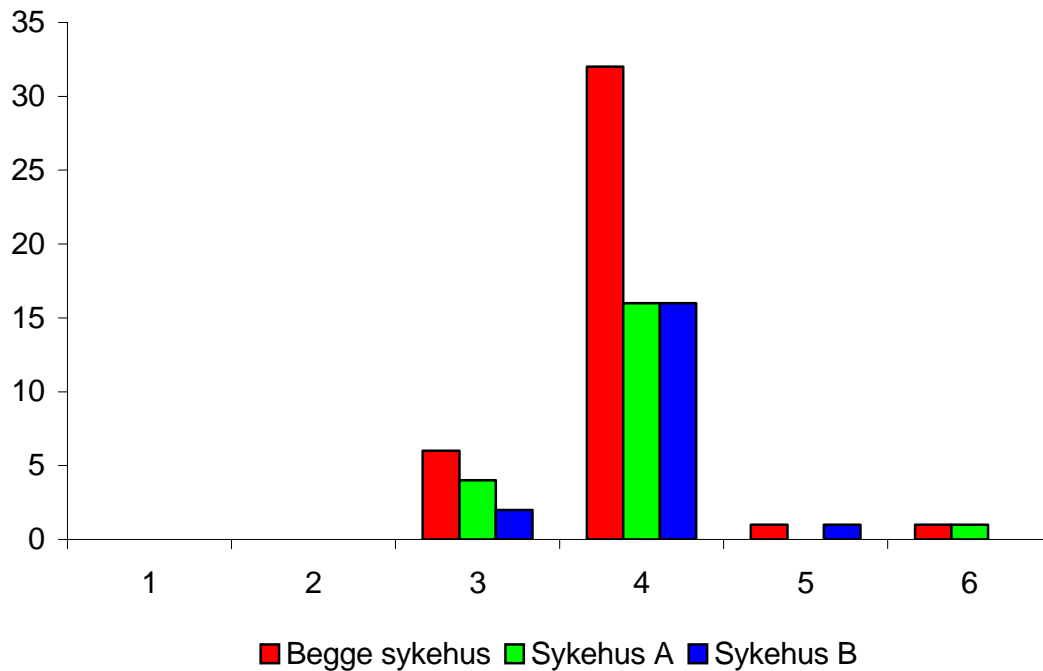


Svaralternativ

- 1 Ja
- 2 Nei
- 3 Vet ikke
- 4 Annet, beskriv
 - "Varierer". (A)
 - "Det dokumenteres på preoperativt skjema". (A)
 - "Skrevet på henvisning til operasjon. Et lite felt for preopr. vurd". (A)
 - "Av og til". (A)
 - "Hvis de skriver på pre-journal bak og dette gjøres alltid der det er noe spesielt". (B)
 - "Anestesilege signerer pre.opr. skjema". (B)
 - "Den som går pre-visitt skriver en kommentar og signerer". (B)

Spørsmål 2b

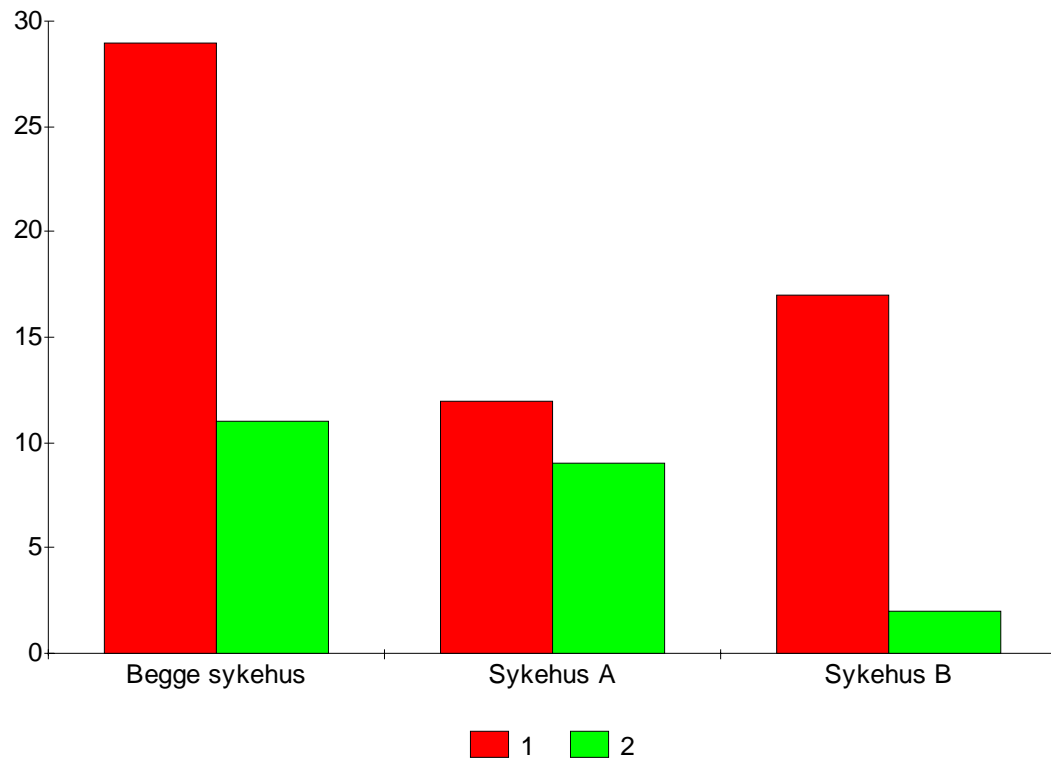
Hvis pasienten ikke er tilsett av anestesilege eller sykepleier preoperativt, hva gjøres i så fall når denne ankommer operasjonsavdelingen?



Svaralternativ

- 1 Pasienten strykes fra dagens program
- 2 Pasienten kjøres tilbake til post i påvente av preoperativt anestesitilsyn
- 3 Pasienten vurderes der og da uavhengig av hvilke supplerende undersøkelser som må gjøres
- 4 Pasienten vurderes der og da avhengig av hvilke supplerende undersøkelser som må gjøres
- 5 Det får ingen konsekvenser
- 6 Annet, beskriv
"Pas. blir hentet ned til preoperativt rom i god tid før han skal inn på stue.
An.spl. bemanner pre.opr.rom, tilkaller vakthavende an.lege/stueansv. anlege for å vurdere pas på preop". (A)

Spørsmål 3a
Innhenter og dokumenterer andre yrkesgrupper informasjon av særlig viktighet for anestesi gjennomføringen?

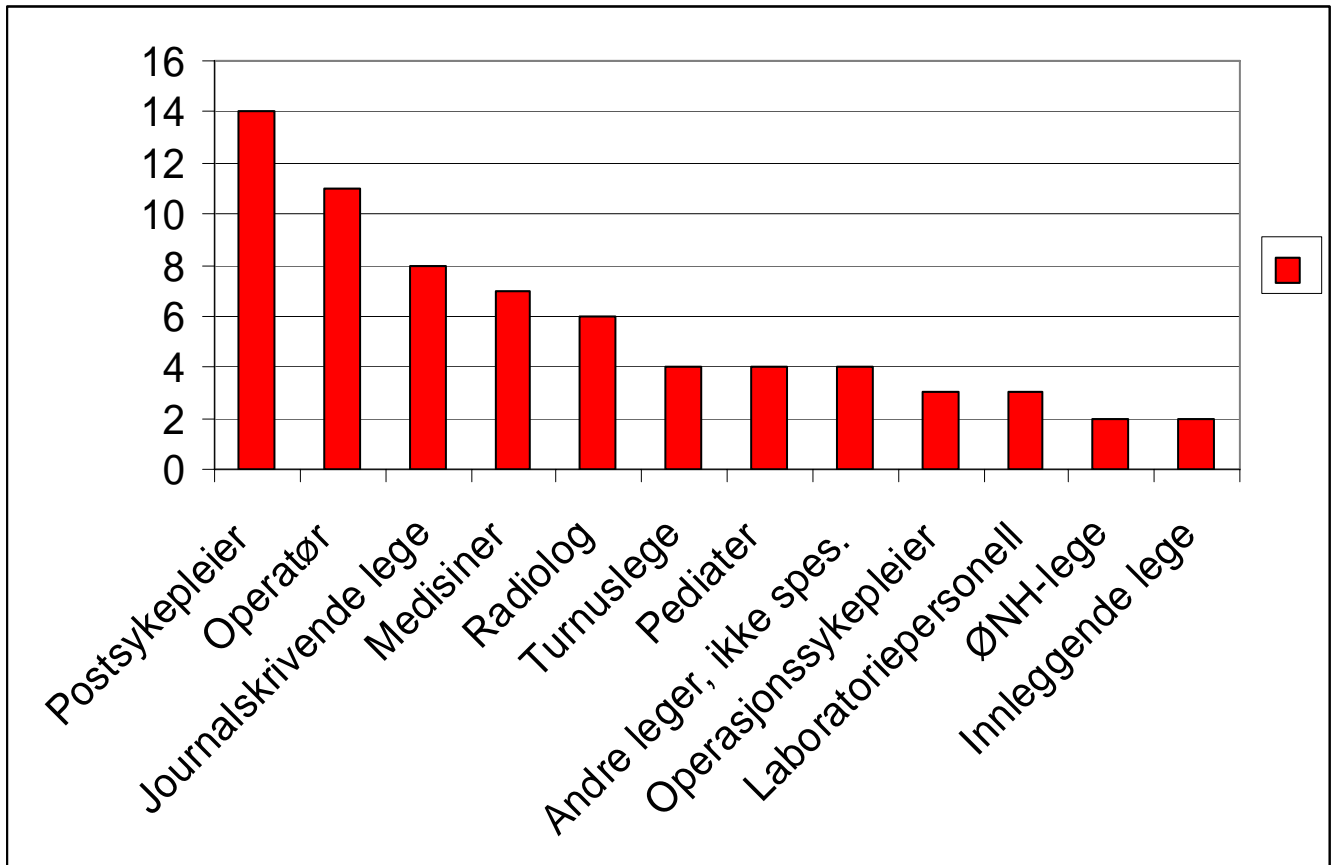


Svaralternativ

- 1 Ja
- 2 Nei

Spørsmål 3b

Hvis Ja på spørsmål 3a, hvem eller hvilken yrkesgruppe(r) gjør det?

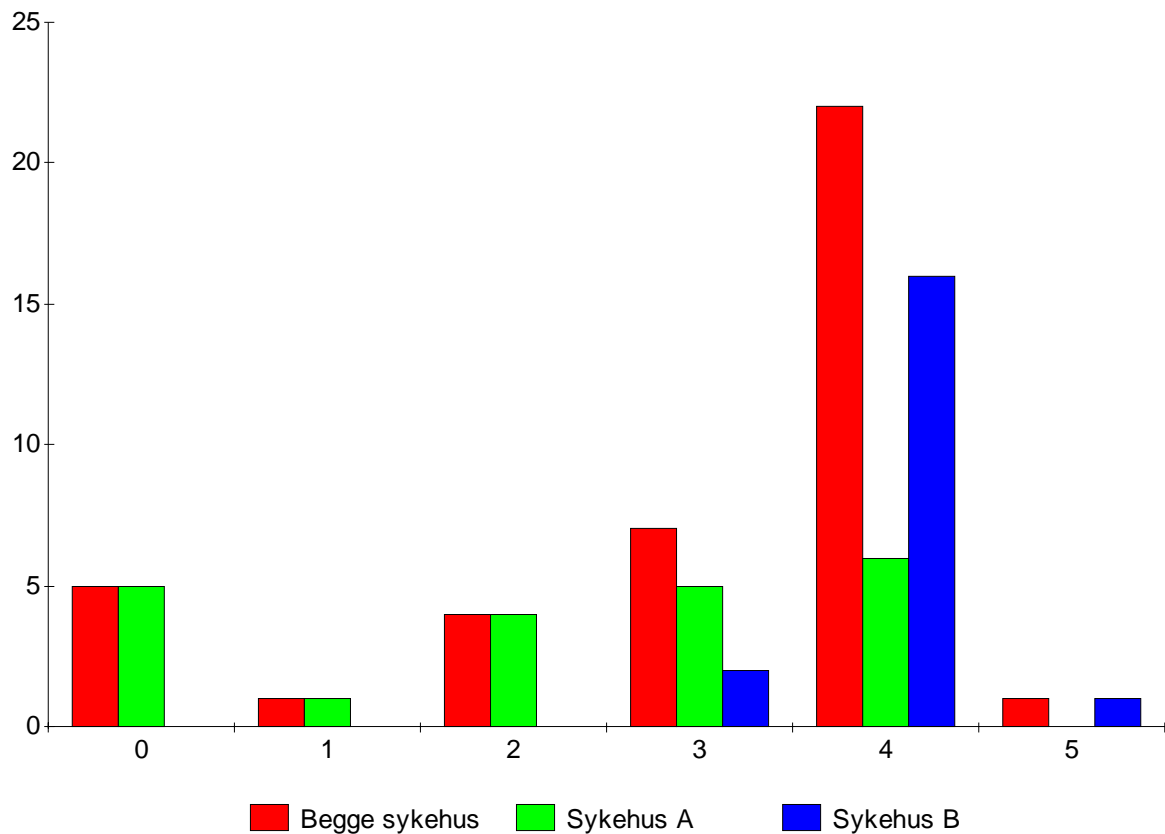


Spørsmål 3c

Beskriv eksempler på opplysninger dokumentert av andre yrkesgrupper.

Svar	Antall
Tidligere sykdommer	9
Preoperativ forberedelse / sjekkliste	4
Medikamentbruk	4
Allergier	4
Tidligere erfaring med narkose	3
Transfusjonskomplikasjoner	2
Se skjema	2
Reumatoid artritt	2
Psyk / redsel	2
Leiring	2
Hjertesykdommer	2
Fastetid	2
Div. røntgen us. (ekko,MR,CT)	2
Beskrivelse av tilsynet	2
Vanskelig intubasjon	1
Tidligere innleggelser	1
Religion	1
Merking av opr.området	1
Medisinsk tilsyn	1
Luftveisanomalier	1
Kvalme	1
Journalnotat	1
Generelt spes. ønsker fra pasienten	1
Blodprøver	1
Anestesioensker	1

Spørsmål 3d
Hvordan håndterer du informasjon/vurderinger gjort av andre yrkesgrupper?

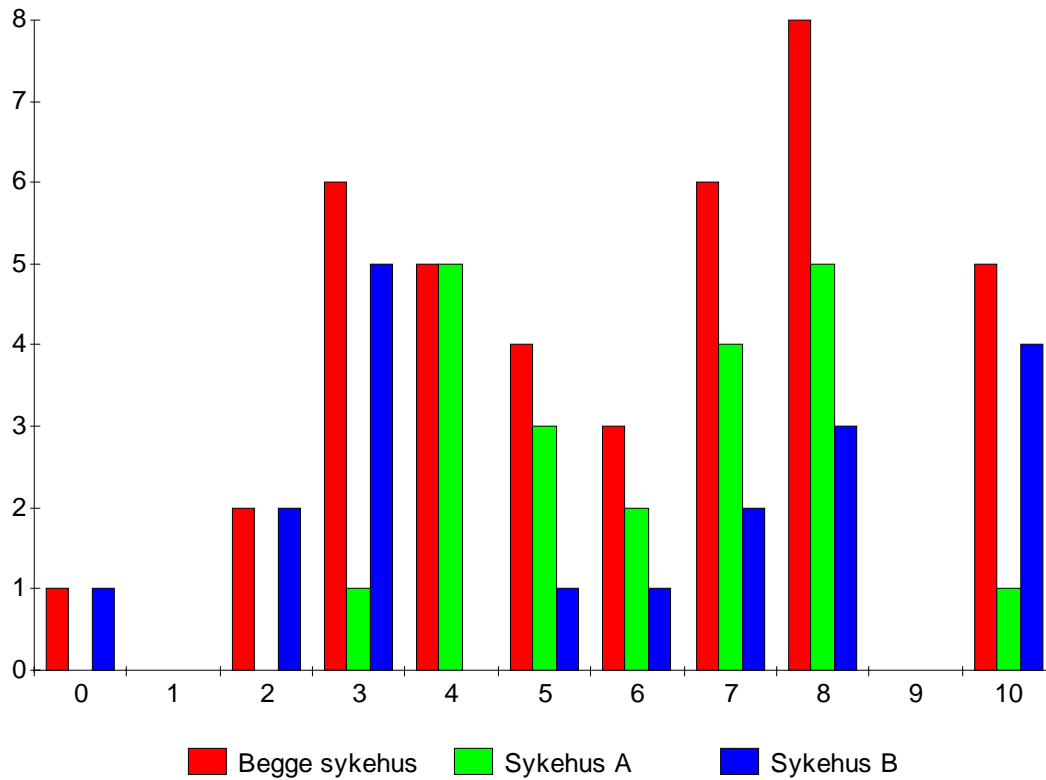


Svaralternativ

- 0 Ikke besvart
 - 1 Godtar det som står slik det står
 - 2 Spør om samme sak med egne ord/vinklinger/eksempler
 - 3 Søker råd fra egen yrkesgruppe, lege eller sykepleier
 - 4 Håndteres avhengig av hva slags informasjon/vurderinger som foreligger
 - 5 Annet, beskriv
- En har satt kryss på både alternativ 4 og 5. (B)

Spørsmål 4a

Sett i forhold til anestesigjennomføringen; hvor ofte må du stille oppklarende spørsmål av betydning og/eller gjøre ytterligere vurderinger av pasienten når denne ankommer operasjonsavdelingen?



Svaralternativ

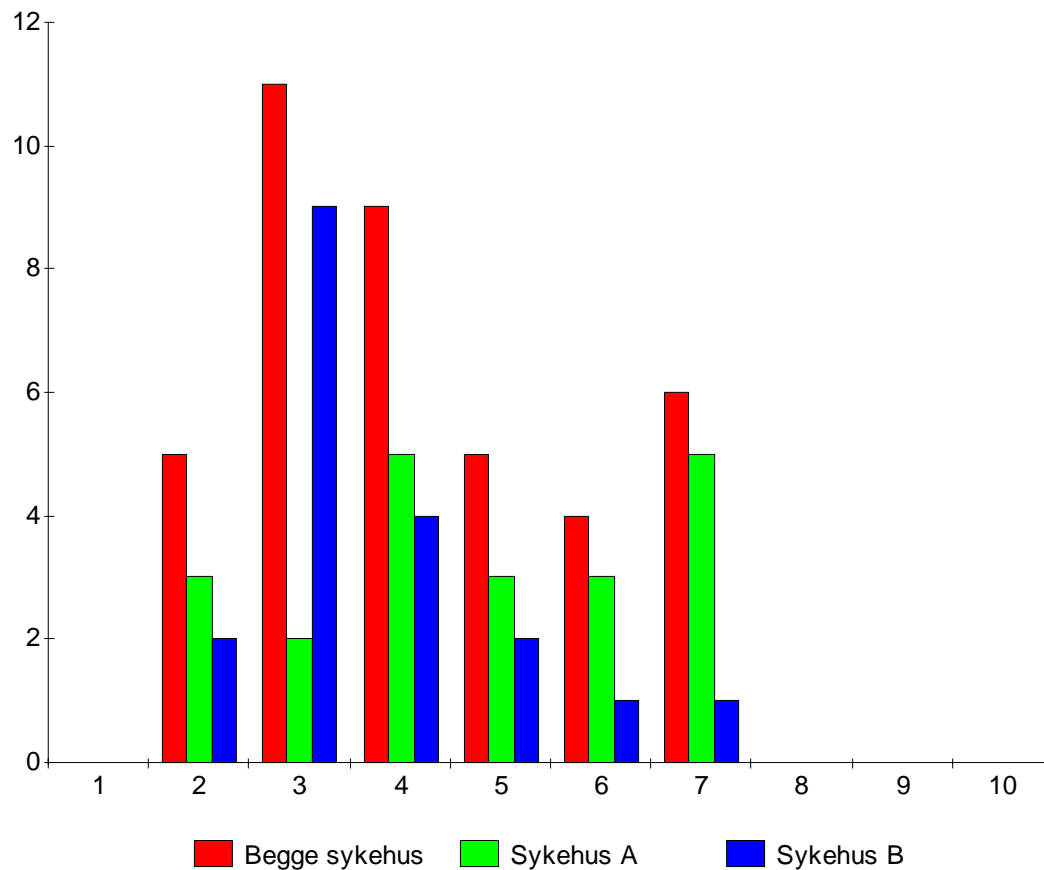
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0
Aldri **Alltid** **Ikke svart**

Kommentar fra sykehus B:

"Sjelden v/ elektive pas. (alt. 2). Oftere v/ ø.hj.innl (alt. 8)".

"Kontrollerer ID, faste, allergi, tannstatus (alt. 10)".

Spørsmål 4b
Forsinkes operasjonsstart av at du må gjøre ytterligere vurderinger?

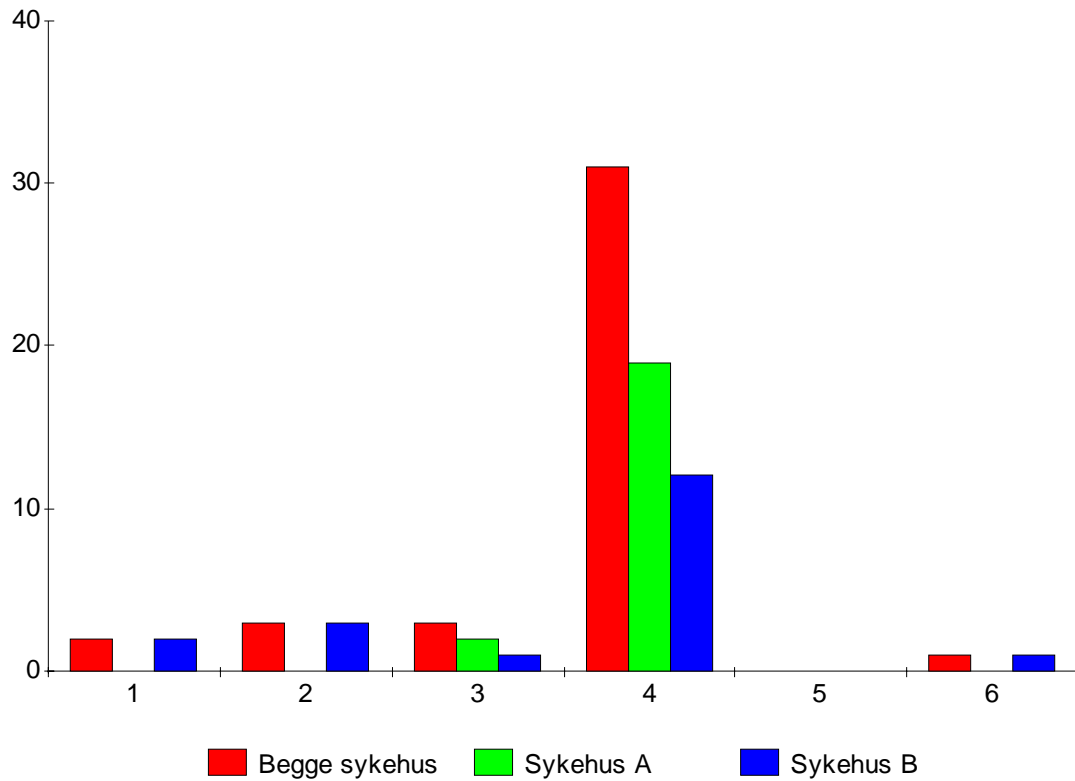


Svaralternativ

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Aldri **Alltid**

Spørsmål 5

Hvis planlagt preoperativ visitt av anestesilege eller anesthesisykepleier ikke blir gjennomført, blir dette dokumentert og begrunnet?

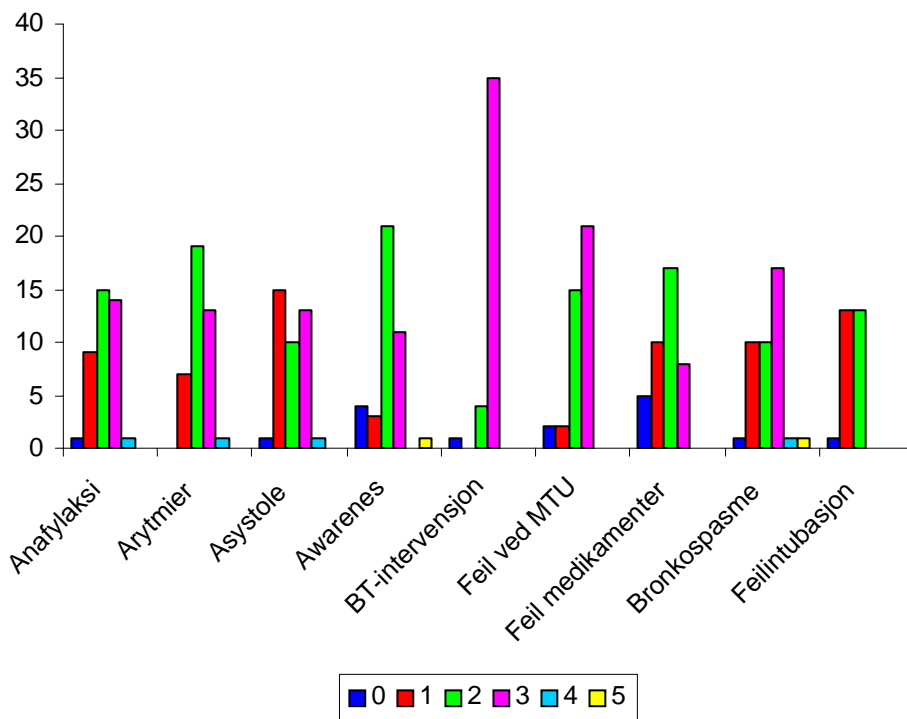


Svaralternativ

- 1 Ja, alltid
- 2 Ja, ofte
- 3 Ja, sjelden
- 4 Nei
- 5 Vet ikke
- 6 Annet, beskriv:

"Kan ikke være for alle. Men har pas ønske om samtale med spl/lege, bør det dokumenteres når ikke har skjedd". (B)

Spørsmål 7
Hvordan vi du karakterisere håndteringen av følgende situasjoner?



Kategori 0: Ikke besvart

Kategori 1: Dramatisk

Kategori 2: Dramatisk – vanskelig

Kategori 3: Vanskelig

Kategori 4: Vanskelig - grei

Kategori 5: Grei

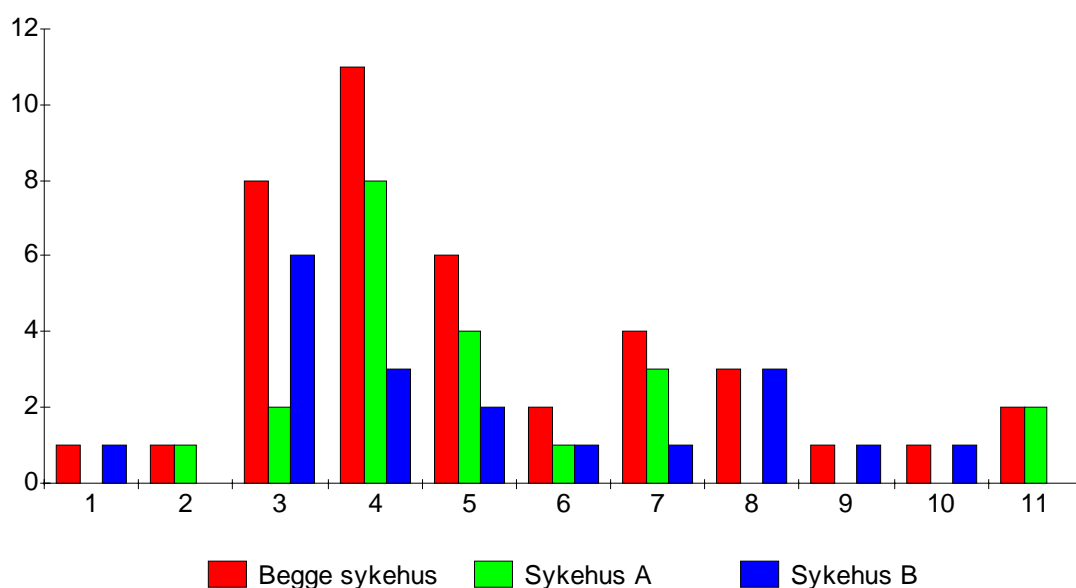
Skrevne kommentarer:

- er her veldig usikker på ”hva” du er ute etter her! (A)
- ”en uoversiktlig bag med alt for mye utstyr i blir brukt v/ vanskelige intub”. (A)
- vanskelig å ringe alternativer. Flytende overganger (B)
- Opplever alle disse situasjonene som dramatiske, og med et ”høyere adrenalininnhold” hos meg, men ikke nødvendigvis vanskelige fordi jeg vet hva som skal gjøres. (B)
- Noen av disse situasjonene kan være vanskelige avhengig av pas. tilstand pre-opr. Jeg vet hva jeg skal gjøre i situasjonene, men ingen situasjon er like, og derfor kan den i noen tilfeller gå over fra å være greit til vanskelig. (B)
- Kommer helt an på situasjonen umulig å svare generelt! (B)
- ”Awareness; vanskelig fordi det er vondt hvis pas har opplevd dette. Alle disse situasjonene i p. 7 er jo dramatiske for pasienten, men jeg vet hva jeg skal/må gjøre stort sett!!” (B)
- Voksen / barn? (B)
- Mange av disse situasjonene er jo dramatiske, men jeg regner med du sikter til min håndtering av dette. (B)

Spørsmål 8

Hvor stor andel av pasientene som skal til planlagt kirurgi vil du anslå blir preoperativt vurdert av anestesilege eller anestesisykepleier på følgende måte:

Samtale mellom pasient og anestesisykepleier/lege, hvor oppdatert journal er tilstede, og resultatene av alle rekvirerte medisinske tilleggsundersøkelser som blodprøver, EKG, røntgen osv foreligger.



Svaralternativ

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
 Aldri Alltid Vet ikke

Skrevne kommentarer

- Men alle får tilbud om samtale m/anestesen. I de tilfellene det er noe spes. får pas. tilsyn eks. store opr. og hvor pas. har en del tilleggssyk, el. barn + fødende! + gen. v/alvorlig syke pas.

Spørsmål til avdelingssykepleiere

Hvor mange ansatte sykepleiere er det i avdelingen.

Sykehus A 47

Sykehus B 37

Eksisterer det skriftlig stillingsinstruks for både anestesileger og anestesisykepleiere.

Hvis ja, kan jeg få kopi?

Sykehus A Ja for assisterende avdelingssjef, fagutviklingssykepleier, ikke for anestesisykepleiere. For leger vet ikke

Sykehus B Ja

Foreligger det avdelings- eller sykehuslaget skriftlige retningslinjer for hvordan preoperative anestesivurdering skal eller bør gjennomføres?

Hvis ja, kan jeg få kopi?

Sykehus A Ja, sykehusinterne

Sykehus B Nei

Har sykehuset utarbeidet eget dokument / ark for utfylling som dokumentasjon for gjennomført preoperativ vurdering av anestesilege/sykepleier.

Hvis ja, kan jeg få kopi?

Sykehus A Ja, henvisning til operasjon eller undersøkelse som krever anestesi, grønnskjema

Sykehus B Kirurg utfyller "Meldeskjema til operasjon".

Her er ingen ASA-klassifisering.

Kan være dårlig utfyllt

Er det evt. muntlige eksisterende retningslinjer for hvordan preoperativ anestesivurdering skal gjøres?

Sykehus A Nei, skriftlige

Sykehus B Delvis. Anestesisykepleiers oppgave mer av typen "besøk" for å høre om pasienten har noen spesielle behov eller ønsker.

Tradisjon av legene stoler på sykepleierne

Er preoperativ anestesivurdering en oppgave som utføres av anestesisykepleiere.

Sykehus A Ja

Sykehus B Ja

Hvis preoperativ anestesivurdering deles mellom leger og sykepleiere, undersøk hvordan og hvorfor, er det skriftlige eller muntlige retningslinjer for dette.

Sykehus A Anestesileger ASA III og IV.

Anestesisykepleiere: ASA I og II.

ASA-klassifisering skjer på grunnlag av hva kirurgen dokumenterer, se øverste tredjedel første side. Programmet (Hvem deltar her??) vurderer deling av pasientene til sykepleier og lege.

Sykehus B Tradisjon for at leger går previsitt til barn og pasienter i ASA-gruppe 3 og 4, samt pasienter som skal gjennomgå større operasjoner.

Astrid Arnesen Hug
Christiesgate 30
0557 OSLO
astridarnesen@hug.as
mobil 95-86-48-03

01.03.05

Til avdelingsleder
NAVN
MAILADRESSE
Anestesiavdelingen
SYKEHUSETS NAVN

KARTLEGGING – PREOPERATIV ANESTESIVURDERING

Jeg viser til hyggelig telefonsamtale med deg i dag, hvor jeg fortalte om mitt prosjekt i forbindelse med min hovedfagsoppgave ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Jeg er meget takknemlig for at du sier ja til at jeg kan gjennomføre denne undersøkelsen blant anestesisykepleierne ved din avdeling.

Som avtalt oversender jeg deg kopi av spørreskjemaet med følgebrev, de spørsmål jeg ønsker å stille leder av sykepleierne samt svarbrev som er din skriftlige godkjenning for utsendelse av spørreskjemaene.

For ordens skyld oppsummerer jeg kort hva vi ble enige om da vi snakket sammen:

- 1: Min kontaktperson i avdelingen er avdelingssykepleier XXXX.
- 2: Jeg avtaler med XXXX hvordan jeg praktisk skal gjennomføre min undersøkelse. XXXX er også den jeg stiller spørsmålene, skissert for deg i vedlegg 2.
- 3: Spørreskjema gis til anestesisykepleiere som er involvert i direkte pasientarbeid, inklusive praksisveiledere, personer med tilleggsansvar som drift, personal m.m. vedlegg 1
- 4: Alle mottatte spørreskjema vil bli behandlet konfidensielt og makulert når hovedfagsoppgaven er sensurert.
- 5: Data vil bli behandlet slik at de ikke kan tilbakeføres til deltagende sykehus.

Veileder for hovedfagsoppgaven er sykepleier og forsker, dr. polit. Anne Moen,
e-postadresse anne.moen@intermedia.uio.no

Ønsker du ytterligere informasjon eller opplysninger før du returnerer svarbrevet kan jeg kontaktes på mobiltelefon eller e-post.

Når hovedfagsoppgaven er sensurert, vil jeg sende ett eksemplar til avdelingen.
På forhånd - tusen takk!

Med vennlig hilsen

Astrid Arnesen Hug
Vedlegg

- 1: Spørreskjema til anestesisykepleiere.
- 2: Spørsmål til avdelingssykepleiere – via telefon.
- 3: Svarbrev fra avdelingsleder

VEDLEGG V

Fra:	[REDACTED]
Til:	"astrid arnesen hug" <astridarnesen@hug.as>
Kopi:	[REDACTED]
Emne:	SV: Hovedfagsoppgave
Dato:	3/7/2005 2:07:55 PM

Hallo Astrid!

Prosjektet godkjennes av meg. Lykke til!

[REDACTED]

-----Opprinnelig melding-----

Fra: astrid arnesen hug [mailto:astridarnesen@hug.as]

Sendt: 7. mars 2005 13:01

Til: [REDACTED]

Emne: Hovedfagsoppgave

Til [REDACTED]

Sender som vedlegg spørreskjema mm som jeg fortalte deg om. Det jeg ber om at du sender meg i retur er det vedlegget som heter "Svarslipp fra avdelingsledere", det blir da den formelle godkjenningen til at jeg kan dele ut spørreskjemaene.

Takk for din imøtekommenhet.

MVH Astrid Arnesen Hug

VEDLEGG VI

Fra:	[REDACTED]
Til:	"astrid arnesen hug" <astridarnesen@hug.as>
Emne:	SV: Hovedfagsoppgave
Dato:	3/19/2005 1:52:23 PM

Hermed "svarslipp". Du mottar signert utgave per post.

[REDACTED]

-----Opprinnelig melding-----

Fra: astrid arnesen hug [mailto:astridarnesen@hug.as]

Sendt: 1. mars 2005 14:22

Til: [REDACTED]

Emne: Hovedfagsoppgave

Til [REDACTED]

Takk for hyggelig telefonsamtale tidligere idag.

Vedlagt oversendes som avtalt det materiale jeg fortalte om.

Vedlegg som heter "Svarslipp fra avdelingsledere" er det jeg ber deg signere og sende i retur til meg på mail. Det er den formelle godkjenningen til å gjennomføre spørreundersøkelsen.

Videre er det et brev til deg som avdelingsleder, selve spørreskjemaet til sykepleierne og et notat med spørsmål som jeg ønsker å stille avdelingssykepleier.

Jeg takker for din imøtekommenhet.

MVH

Astrid Arnesen Hug

<p>HENVISNING TIL OPERASJON ELLER UNDERSØKELSE SOM KREVER ANESTESI</p> <p>PASIENTEN ER SOMATISK OG PSYKISK FRISK, <input type="checkbox"/> BRUKER INGEN FASTE MEDISINER OG HAR INGEN ALLERGI <input type="checkbox"/></p> <p>LIDER PASIENTEN AV SYKDOMMER I:</p> <p>KRETSLØPSORGANER JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/></p> <p>Hjertesvikt <input type="checkbox"/></p> <p>Iskemisk hj. sykd. <input type="checkbox"/></p> <p>Tidl. infarkt. Ev. når <input type="checkbox"/></p> <p>Hjertelette-fell <input type="checkbox"/></p> <p>Rytmeforstyrrelser <input type="checkbox"/></p> <p>Hypertoni <input type="checkbox"/></p> <p>Trombo/emboliak sykd. <input type="checkbox"/></p> <p>Annet <input type="checkbox"/></p> <p>RESPIRASJONSORGANER JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/></p> <p>Astma bronchiale <input type="checkbox"/></p> <p>Bronkitt/emfysem <input type="checkbox"/></p> <p>Lufteveisinfeksjon <input type="checkbox"/></p> <p>Byking <input type="checkbox"/></p> <p>Annet <input type="checkbox"/></p> <p>SMITTSOM SYKDOM <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> Ø-hjelp</p> <p><input type="checkbox"/> Elektiv</p> <p><input type="checkbox"/> Innl. fast</p> <p><input type="checkbox"/> Dagkirurgi</p> <p><input type="checkbox"/> Poliklinisk</p>	<p>Pas. data:</p> <p>Post:</p> <p>HØYDE: _____ BLODTRYKK: _____ PULS: _____ TEMP: _____ VEKT: _____ KONTR. BT: _____ FASTER FRA KL: _____</p>
<p>MEDIKAMENTER, DOSERING _____ TIDLIGERE ANESTESIKOMPLIKASJON _____ ALLERGI/ALLERGISK MANIFESTASJON _____</p>		
<p>..... Dato: _____ Underskrift av mottagende lege _____</p>		
<p>DIAGNØSE: _____ PLANLÅGT INNGREP: _____ FORVENTET VARIGHET: _____</p>		
<p>BESKJEDER TIL OPERASJONSAVD: Leie: <input type="checkbox"/> Rtg./gjennomlysn. <input type="checkbox"/> Antibiotikaproylaksje <input type="checkbox"/> SNITTFØRING/VÅSKET OMRÅDE: <input type="checkbox"/> Blodtomhet <input type="checkbox"/> Tromboseproylaksje <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> høyre <input type="checkbox"/> venstre <input type="checkbox"/> Frysesnitt <input type="checkbox"/> Smittefare <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> felt tegnet på pasienten <input type="checkbox"/> Pasienten er informert <input type="checkbox"/> Spes. Beskieder: _____</p>		
<p>..... Underskrift av operatør/seksjonsoverlege _____</p>		
<p>ØNSKET ANESTESI: NARKOSE <input type="checkbox"/> EPIDURAL <input type="checkbox"/> SPINAL <input type="checkbox"/> NERVEBLOKK/IRA <input type="checkbox"/> LOKAL <input type="checkbox"/></p>		
<p>ASA-GRUPPE: _____ Premedikasjon: _____</p> <p>NYHA-KLASSE: _____</p> <p>Planlagt anestesi: _____</p> <p>Morgenmedisiner: _____</p> <p>Beskjed til post: _____</p> <p>Monitorering: _____</p> <p>Notater: _____</p> <p>Pasienten bør også vurderes av: _____ Dato: _____ (Spesialitet) Anestesilege</p>	<p>Preoperativ visit:</p> <p>Nakke: _____ Gap/Kjeve: _____</p> <p>Ryggsmerter: _____ Hodepine: _____</p> <p>Tannstatus: _____</p> <p>Tidl. an. probl: _____</p> <p>Handikap: _____</p> <p>Blør mye/problemer ved (ring rundt): Barbering, neseblødning, menstruasjon, fødsel, tannuttrekk, operasjon, blåmerker.</p> <p>Preoperativ info. etter an.avd.s rutiner: <input type="checkbox"/> Informert om risiko <input type="checkbox"/></p> <p>Notater: _____</p> <p>..... Dato: _____ Anestesilege/Anestesisykepleier</p>	<p>DEL C</p> <p>DEL B</p> <p>DEL A</p>

ASA-KLASSIFIKASJON:

- Gruppe I:** Frisk pasient, < 80år,
< 5 sigaretter/dag.
- Gruppe II:** Moderat organisk lidelse eller funksjonsforstyrrelse, eks. > 80 år,
< 3 mndr. Gravid > uke 20,
> 5 sigaretter/dag, lett KOLS,
benign, ukomplisert hypertensjon.
- Gruppe III:** Alvorlig organisk sykdom eller funksjonsforstyrrelse,
eks: mod.-alv. lungesykd.
angina pect., infarkt > 6 mndr. siden.
- Gruppe IV:** Livstruende organisk sykdom,
eks: infarkt < 6 mndr. siden,
malign hypertensjon,
manifest hjertesvikt, ustabil angina.

- Gruppe V:** Moribund pasient.
- Gruppe D:** Donor.

NEW YORK HEART ASSOCIATION (NHYA): Klassifisering av funksjonsnivå.

- Klasse I:** Vanlig aktivitet gir ikke angina.
- Klasse II:** Kun små begrensninger ved vanlig aktivitet.
- Klasse III:** Sterke begrensninger ved vanlig aktivitet. (Får sterke plager ved å gå opp en trapp).
- Klasse IV:** Tåler ingen fysisk aktivitet. Kan ha hvile-angina.

KONTROLLSKJEMA OPERASJONSPASIENTER:

Før pasienten kjøres til operasjonsavdelingen skal nedenstående punkter være ordnet og kvittert for av den sykepleier som har ansvar for pasienten. Start tidlig med forberedelsene slik at det er tid til å rette opp mangler.

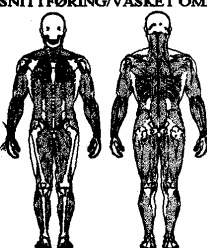
Ved mangelfull forberedelse av pasient:

- Prøv å rette opp mangelen.
- Hvis ikke mulig, meld fra til postlege eller ekspedisjonen på operasjonsavdelingen for å få avgjort om operasjon må utsettes.

ADMINISTRERES PÅ POST:		GITT / I ORDEN:	Ja:	Nei:
PREMEDIKASJON:	Gis, etter forordn. av anestesilege.			
MORGENMEDISINER:	Gis, etter forordn. av anestesilege.			
TROMBOSEPROFYLAKSE:	Gis/sendes med etter forordn. av kirurg.			
ANTIBIOTIKA:	Sendes med, etter forordn. av kirurg.			
BLOD-SCREENING/BESTILLING:	Utført ?			
PAPIRER som skal følge med til operasjonsavdelingen:		I ORDEN:	Ja:	Nei:
JOURNAL:				
PREOPERATIVT SKJEMA:				
KURVE:				
CARDEX:				
BLODPRØVESVAR: (obs. blodsukker/ TT tatt samme morgen).				
ANDRE PRØVESVAR: (EKG, Rtg. mm.).				
5 NAVNEKLISTRELAPPER, evt. HISTOLOGIREMISSE:				
ANNET:		I ORDEN:	Ja:	Nei:
SMINKE, NEGLELAKK:	Fjernes på post.			
SMYKKER, KLOKKE:	Beholdes på post.			
BRILLER, HØREAPPARAT, TANNPROTESER:	Følger med pasienten.			
TROMBOSESTRØMPER:	Sendes med pasienten.			
PLOG og SANDSEKK:	Sendes med v/hofteoperasjoner.			
ASTHMAINHALATOR:	Sendes med pasienten.			

Dato: _____ Signatur sykepleier: _____

HENVISNING TIL OPERASJON ELLER UNDERSØKELSE SOM KREVER ANESTESI		<input type="checkbox"/> Ø-hjelp <input type="checkbox"/> Elektiv <input type="checkbox"/> Innl. fast <input type="checkbox"/> Dagkirurgi <input type="checkbox"/> Poliklinisk	Pas. data: Post:
PASIENTEN ER SOMATISK OG PSYKISK FRISK, <input type="checkbox"/> BRUKER INGEN FASTE MEDISINER OG HAR INGEN ALLERGI <input type="checkbox"/>		HØYDE: VEKT:	BLODTRYKK: PULS: TEMP: KONTR. BT: FASTER FRA KL:
LIDER PASIENTEN AV SYKDOMMER I:			
KRETSLØPSORGANER JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>		NYRE/LEVER/MAGE/TARM JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
Hjertesvikt <input type="checkbox"/> Ischemisk hj. sykd. <input type="checkbox"/> Tidl. infarkt. Ev. når <input type="checkbox"/> Hjerteklafe-feil <input type="checkbox"/> Rytmeforstyrrelser <input type="checkbox"/> Hypertoni <input type="checkbox"/> Trombo/embolisk sykd. <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/>		Redusert nyrefunksjon <input type="checkbox"/> Leversykdom <input type="checkbox"/> Ulcus pept./gastritt <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/> STOFFSKIFTE/BLOD JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Thyroidea-sykd. <input type="checkbox"/> Binyresykdom <input type="checkbox"/> Blødningssykdom <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/>	
RESPIRASJONSORGANER JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>		SKJELETT/MUSKEL/NERVE JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
Astma bronchiale <input type="checkbox"/> Bronkitt/emfysem <input type="checkbox"/> Luftveisinfeksjon <input type="checkbox"/> Ryking <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/>		Reumatisk sykdom <input type="checkbox"/> Nevrologisk sykdom <input type="checkbox"/> Psykisk sykdom <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/>	
SMITTSOM SYKDOM <input type="checkbox"/>			
MEDIKAMENTER, DOSERING		TIDLIGERE ANESTESIKOMPLIKASJON	
Dato: _____ Underskrift av mottagende lege _____			
DIAGNOSE:		PLANLAGT INNGREP:	

BESKJEDER TIL OPERASJONSAVD:			
Leie: <input type="checkbox"/> Rtg./gjennomlysn. <input type="checkbox"/> Antibiotikaproylaksje <input type="checkbox"/> SNITTFØRING/VASKET OMRÅDE: <input type="checkbox"/> Bløtdornhet <input type="checkbox"/> Tromboseproylaksje <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> høyre <input type="checkbox"/> venstre <input type="checkbox"/> Frysesnitt <input type="checkbox"/> Smittefare <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> felt tegnet på pasienten <input type="checkbox"/> Pasienten er informert <input type="checkbox"/> Spes. Beskjeder: _____			
		_____ Underskrift av operatør/seksjonsoverlege	
ØNSKET ANESTESI: NARKOSE <input type="checkbox"/> EPIDURAL <input type="checkbox"/> SPINAL <input type="checkbox"/> NERVEBLOKK/IRA <input type="checkbox"/> LOKAL <input type="checkbox"/>			
ASA-GRUPPE:		Preoperativ visitt:	
Premedikasjon:		Nakke: Gap/Kjeve:	
NYHA-KLASSE:		Ryggsmerter: Hodepine:	
Planlagt anestesi:		Tannstatus:	
Morgenmedisiner:		Tidl. an. probl:	
Beskjed til post:		Handikap:	
Notater:		Blør mye/problemer ved (ring rundt): Barbering, neseblødning, menstruasjon, fødsel, tannuttrekk, operasjon, blåmerker.	
Monitorering:		Preoperativ info. etter an.avd.s rutiner: <input type="checkbox"/> Informert om faste: <input type="checkbox"/>	
Pasienten bør også vurderes av: _____ Dato: _____		_____ Dato: _____	
(Spesialitet)		Anestesilege	
		Anestesilege/Anestesisykepleier	

PREOPERATIV INFORMASJON

Anestesisykepleier har sammen med anesteselege ansvar for å informere neste dags operasjonspasienter. Hovedregelen er at anestesisykepleier informerer pasienter i risikogruppe ASA 1 og 2. Anesteselege informerer ASA gruppe 3 og dårligere. Informasjonen utføres av sykepleier på mellomvakt som er spesielt avsatt til dette formålet.

Previsitten fungerer slik at den sykepleieren som har denne, tar en kopi av morgendagens operasjonsprogram for å få en oversikt over de aktuelle pasientene. Grønn-skjemaene til disse pasientene befinner seg i en hylle merket *anestesisykepleier* inne i buret. Deretter tar man kontakt med postene etter tur (se egen liste) for å minne de på å sende ned de aktuelle pasientene til faste klokkeslett.

Pasienten informeres om:

- Betydningen av faste
- Premedikasjon
- Møte med operasjonsavdelingen (innleggelse av venekanyle, monitorering osv)
- Anestesimetode
- Postoperativt forløp
- Postoperativ smerte- og kvalmebehandling

Opplysninger om pasienten innhentes i følge punkter i rubrikken *previsitt* på det grønne skjemaet. Her dokumenteres også informasjonen. Pasientene gis mulighet til å stille spørsmål og rydde opp i eventuelle uklarheter.

Målsetting:

- At pasienten er godt informert om forestående anestesi
- At data som har betydning for gjennomføringen av anestesen innsamles
- At nødvendige tiltak og forberedelser iverksettes i tide.

Samtale tidspunkt:

Ca. kl. 16 (**mandag - torsdag**) ringer den an.spl. som har ansvaret for infovisitten til postene og gir beskjed om hvilke pas. som står på morgendagens opr.program. Minn postene om deres tidspunkt for info.visitt. Fortell samtidig hvilke pas. som er ASA 3 eller dårligere og at ikke disse skal sendes ned til oss. Spør også om posten har sengeliggende pas. som vi må oppsøke. Postene har fått tildelt følgende tider:

- Kl. 16.30:
- Kl. 17.00:
- Kl. 18.00:
- Kl. 18.30:
- Kl. 19.00:
- Kl. 19.30:

Fredag sender postene ned pas. kl. 14.00 (de pas. man vet skal opereres mandag).

PREOPERATIVE FORBEREDELSE

Ved ankomst operasjonsavdelingen skal følgende ting sjekkes hos pasienten:

Følger journalen med pasienten?

Er det **preoperative skjemaet** (grønnskjemaet) tilfredsstillende utfyllt av både kirurg og anestesilege?

Datainnsamling:

- Fødselsnummer, tidl. anestesier, allergier, tidligere sykdommer, medisiner, vekt, tannstatus, gapeevne, røykevaner o.a.

Er pasienten fastende?

- Fastetid hos voksne er seks timer (kan drikke litt vann inntil fire timer før operasjon).
- Barn fra 1-12 år har lik fastetid som voksne (6timer), men de kan drikke litt vann eller saft inntil 2 timer før operasjon.
- Spedbarn kan få morsmelk fire timer før operasjonen (saft eller vann inntil to timer før).
- Pasienter som har smerter, får opiat, er uttalt overvektig, har obstruksjon i øvre del av mage-tarm eller har "akutt abdomen", regnes som ikke-fastende.

Har pasienten tatt de aktuelle blodprøver?

Frisk pasient til lite inngrep:

- Minimal blødningsfare: Ingen prøver.
 - Reell blødningsfare: Hgb, screening evt. bestille blod.
- Pasient med tilleggssykdommer og/eller stort inngrep og/eller redusert allmentilstand:
- Minimal blødningsfare: Hgb, Na, K, Kreat, Alb, Trc, NT, Glucose evt. tilleggssprøver.
 - Reell blødningsfare: Hgb, Na, K, Kreat, Alb, Trc, NT, Glucose, Screening, evt. blodbestilling + evt. tilleggssprøver.
 - Husk; INR og glucose hos de pasienter der det er aktuelt.

Blodprøvesvar opptil 1 mnd. gamle kan aksepteres hos pasienter med god almentilstand og velregulert tilleggssykdom.

Pasienter med ustabil tilstand eller sykdom skal ha blodprøver som er tatt innenfor det siste døgnet.

Dersom vi må ta blodprøver selv:

- 1) **Rødt** glass, uten tilsetning, er "kasteglass".
- 2) **Lyseblått** glass (Na-citrat) er til koagulasjonsprøver.
- 3) **Lys lilla** glass (EDTA) 3 ml, er til hematologi.
- 4) **Lilla** glass (EDTA) 5 ml, er til blodbank (gruppe og screening).
- 5) **Orrange** glass (trombin) er til hurtigkoagulerende serumanalyser.

Dersom vi skal ta flere glass, er det viktig at vi fyller glassene i denne rekkefølgen.

Er det utført EKG?

- Hjerte/karsykdom, hypertensjon, lungesykdom, Klinisk patologiske hjertefunn, diabetes mellitus > 10 år, elektrolyttforstyrrelser.

Rtg. Thorax;

- Mistanke om pneumoni, atelektase, pneumothorax, tuberkulose, malign sykdom, hjertesvikt.

Rtg. Cervicalcolumna;

- Rheumatoid artritt, Mb. Bechtrew, psoriasisartritt, Downs syndrom.

Er tilsyn utført?

- Anestesi tilsyn, medisinske tilsyn, nevrologisk tilsyn etc. der dette er forordnet på det preoperative skjemaet, eller skulle vært tatt rutinemessig. s.111 i

Er operasjonsfeltet merket? (Spesielt ved parede kroppsdelar)

PREOPERATIV FASTE**Barn opp til 1 år:**

- Morsmelk/melk inntil 4 timer før operasjon og/eller klar saft/vann inntil 2 timer før operasjon.
- Når barnet skal opereres om morgenen bør det vekkes midt på natten eller senest 2,5 timer før operasjon for å drikke.

Barn 1 - 12 år:

- Ikke spise, drikke, tygge tyggegummi, sugе pastiller siste 6 timer før operasjon.
- Klar saft/vann (ca. 150 ml) inntil 2 timer før operasjon.
- Jo mindre barn, desto viktigere at de får drikke.

Ungdom og voksne:

- Ikke spise, røyke, tygge tyggegummi, sugе pastiller siste 6 timer før operasjon.
- Ikke drikke siste 4 timer før operasjon. Faste medisiner kan tas med ½ glass vann 2 t. før op.
- Våkner pasienten om natten, inntil kl. 04, kan pasienten drikke 1 glass klar saft/vann.

Før alle aldersgrupper gjelder:

Preoperativ saft bør være sukkerholdig, ikke tilsatt kunstig søtningsstoff.

Ikke fastende:

Pasient som har smerter, får opiater, er spesielt engstelig, er uttalt overvektig, har obstruksjon i øvre del av mage-tarm eller "akutt abdomen," regnes som ikke fastende.
Unntak fra disse retningslinjer kan gjøres av spesialist i anestesi etter nærmere vurdering

Se egen prosedyre: Innledning av narkose hos pasienter med ikke-tom ventrikkel.

PREJOURNAL / MELDESKJEMA TIL OPERASJON

Ir dato: Innl. lege:

Ø.hj. kl: Fast lege:

Pasient id.

DIAGNOSE:

Tidl. sykd./opr.:

- Utfyllende opplysninger: (Tidl.op. etc)*
- Hjertesykd.:
 - Lungesykd.:
 - Hormonsykd.:
 - Rcumatisme:
 - Infeksjons sykd.:
 - Diabetes:

- Gyn:** S.M.:
 Menses:
 Para:
 Gravida:
 Menopause:
 Gravitetst: Pos. Neg.

Aktuell sykehistorie:

Status presens:

Temp.: Vekt: Cor: Status lokalis:
 Bt.: Pulm:
 Puls: Høyde: Abd.:

Faste medikamenter:

Allergi:

Supplerende us:

	Rekvirert	Utført:
Lab:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RTG:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urin analyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cervix Bakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Premed:

Forordninger:

Pas. skal faste: Medikamenter:
 Fastende fra kl. Væske:

Dato: Kl. Sign:

Diagnose **Operatør:** Beregnet op.tid:min

Operasjon: **Assistent:** Pas. informert

Hastegrad:

- Umiddelbart
- Innen 1-2 timer
- I løpet av vekten
- Elektivt
- Planlagt op.dato

- EKG tatt
- RTG thorax tatt
- RTG cerv.col. tatt
- Blodtomhet
- Gjennomlysning
- RTG bilder til op.stuen

- Anestesi
- Indremed.
- Pediater

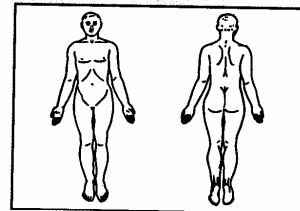
Tilsyn diktert Tilsyn utført

Ønsket anestesi:

- Generell
- Lokal
- Iv.reg.
- Plexus
- Epidural/spinal

- Ant. poser SAG i reserve
 Type/Screening
- Blodsmitte

- Ryggleie
- Mageleie
- H. side ned
- V. side ned
- Benholder



Antibiotikaprofylaxe

Spesialutstyr

Tromboseprofylaxe: Høydose Lavdose

Dato: Sign:

Strøket/Utsatt pga: Sign:

RETNINGSLINJER FOR PREOPERATIV FORBEREDELSE

- Faste:** Generelt gjelder at **fast føde**, incl. melk, kan tas inntil **6** timer før anestesistart.
Vann og klare væsker (saft, brus, kaffe, te) kan tas inntil **2** timer før anestesistart.
 Premedikasjon i tablettform kan tas med max. **ett** glass vann inntil 1 time før anestesistart.
 For barn gjelder de samme regler, men **morsmelk** kan tas inntil **4** timer før anestesistart.
Ø. hjelp-pas. samt pas. med forsinket ventrikkeltømming vurderes individuelt.
 Disse regler gjelder **både for generell og regional anestesi.**
- EKG:** Tas på alle over **60** år samt på alle med hjerte-karsykdommer eller med mistanke om dette.
 EKG skal ikke være eldre enn **6** måneder. Nytt EKG skal tas preoperativt ved forverring av cardielle status.
- Rtg. thorax:** Er en målrettet undersøkelse, som tas ved mistanke om patologi.
- Rtg. cerv.col.:** Tas på alle pas. med reumatoid artritt, Mb.Bechterew og psoriasisartritt.
 Undersøkelsen skal ikke være eldre enn 12 mndr.
 Ved tidligere patologiske forandringer må indikasjonen for ny undersøkelse vurderes individuelt.
- Medisiner:** Medisiner for **hypertensjon, angina pectoris** og **epilepsi** skal tas operasjonsdagen.
- Insulin:** Standarddosering er 1000 ml Glukose 10% tilsatt 30 IE Insulin Actrapid.
 Infusjonshastighet 40 ml/time.
 Ved B-Glukose < 5 mmol/l eller > 15 mmol/l justeres insulinmengden eller infusjonstakten.
Husk B-Glukose operasjonsdagen.
- Perorale antidiabetika:** Gis ikke operasjonsdagen. Glukose 5% påbegynnes. **B-Glukose tas operasjonsdagen.**
- Steroider:** Pasienten tar sin vanlige dose peroralt operasjonsdagen.
 Ved stor kirurgi skal pasienten ha Celeston chronodose 1-2 ml im., dosen avhengig av inngrepets størrelse og pasientens preoperative dosering.
- P-piller:** Ved småinngrep (<30 min): Behøver ikke seponeres. Tromboseprofylakse ikke nødvendig.
 Ved inngrep 30 min - 2 timer: Behøver ikke seponeres. Vanlig tromboseprofylakse.
 Høyrisikoingrep og inngrep > 2 timer: seponeres i **4 uker**. Vanlig tromboseprofylakse.
- Hormonsubstitusjon:** Seponering ikke nødvendig. Tromboseprofylakse etter vanlige retningslinjer.
- Blodprøver:** **Kir. inntakstprøver** tas på alle **inneliggende** pasienter.
 På dagkirurgiske pasienter tas blodprøver utelukkende på mistanke om patologi.
 Tillegg: **B-Glukose** på diabetikere. **TT** på pasienter i antikoagulasjonsbehandling.
HIV - test og **Hepatitt** - prøver tas på smitterisikopasienter.

Forslag til anestesi:

- Spinal Maske Pento
 EDA LM Propof.
 Plexus Intub. Ketalar
 IVRA Sevofl. Isoflur.
 Crash-innledn. Annet _____

Kommentarer:

Ekstra monitorering: a. kran SVK S-Ganz Annet _____Anestesisykepleier kan gi anestesi alene:

dato/sign.

PREJOURNAL / MELDESKJEMA TIL OPERASJON

Dato: _____ Innl. lege: _____
 Ø.hj. kl.: _____ Fast lege: _____

Pasient id. _____

DIAGNOSE:

Tidl. sykd./opr.: Hjertesykdom: <input type="checkbox"/> Lungesykd.: <input type="checkbox"/> Hormonsykdom: <input type="checkbox"/> Reumatisme: <input type="checkbox"/> Infeksjons sykdom: <input type="checkbox"/> Diabetes: <input type="checkbox"/>	<i>Utfyllende opplysninger: (Tidl.op. etc)</i>	Gyn: S.M.: Menses: _____ Para: _____ Gravida: _____ Menopause: _____ Gravitetest: Pos. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/>
---	--	---

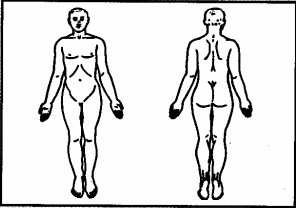
Aktuell sykehistorie:

Status presens:
 Temp.: _____ Vekt: _____ Cor: _____ Status lokalis: _____
 Bt.: _____ Pulm: _____
 Puls: _____ Høyde: _____ Abd.: _____

Faste medikamenter:	Allergi: _____
Premed:	Supplerende us: _____ Rekvirert _____ Utført: _____ Lab: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> RTG: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> EKG _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Urin analyse Urin stix: <input type="checkbox"/> Bakt us: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cervix Bakt _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HCG _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Forordninger:
 Pas. skal faste: Medikamenter: _____
 Fastende fra kl. _____ Væske: _____

Dato: _____ Kl. _____ Sign. _____

Diagnose	Operator:	Beregnet op.tid: min
Operasjon:	Assistent:	Pas. informert <input type="checkbox"/>
Hastegrad: Umiddelbart <input type="checkbox"/> Innen 1-2 timer <input type="checkbox"/> I løpet av vaktten <input type="checkbox"/> Elektivt <input type="checkbox"/> Planlagt op.dato <input type="text"/>	EKG tatt <input type="checkbox"/> RTG thorax tatt <input type="checkbox"/> RTG cerv.col. tatt <input type="checkbox"/> Blodtomhet <input type="checkbox"/> Gjennomlysning <input type="checkbox"/> RTG bilder til op.stuen <input type="checkbox"/> Ant. poser SAG i reserve Type/Screening <input type="checkbox"/> Blodsmitte <input type="checkbox"/>	Anestesi <input type="checkbox"/> Indremed. <input type="checkbox"/> Pediater <input type="checkbox"/> Ryngleie <input type="checkbox"/> Mageleie <input type="checkbox"/> H. side ned <input type="checkbox"/> V. side ned <input type="checkbox"/> Benholder <input type="checkbox"/>
Ønsket anestesi: Generell <input type="checkbox"/> Lokal <input type="checkbox"/> Iv.reg. <input type="checkbox"/> Plexus <input type="checkbox"/> Epidural/spinal <input type="checkbox"/>	Tilsyn diktert <input type="checkbox"/> Tilsyn utført <input type="checkbox"/>	
Antibiotica profylaxe Trombose profylaxe: Høydose <input type="checkbox"/> Lavdose <input type="checkbox"/>	Spesialutstyr	Dato: _____ Sign: _____
Dato: _____ Sign: _____	Strøket/Utsatt pga: _____	Sign: _____

PREJOURNAL / MELDESKJEMA TIL OPERASJON

Inn. dato: _____ Innl. lege: _____
 Ø.hj. kl.: _____ Fast lege: _____

Pasient id. _____

DIAGNOSE:

Tidl. sykd./opr.:

Hjertesykdom:
 Lungesykd.:
 Hormonsykdom:
 Reumatisme:
 Infeksjons sykdom:
 Diabetes:

Ufyllende opplysninger: (Tidl.op, etc)

Gyn:

S.M.:

Menses: _____
 Para: _____
 Gravida: _____
 Menopause: _____

Gravitetest: Pos. Neg.

Aktuell sykehistorie:

Status presens:

Temp.: _____

Vekt: _____

Cor: _____

Status lokalis: _____

Bt.: _____

Pulm: _____

Puls: _____

Høyde: _____

Abd.: _____

Faste medikamenter:

Allergi: _____

Supplerende us:

Rekvirert Utført:

Lab: _____ RTG: _____ EKG _____ Urin analyse Urin stix: Bakt us: Cervix Bakt _____ HCG _____

Premed:

Forordninger:

Pas. skal faste:

Medikamenter: _____

Fastende fra kl. _____

Væske: _____

Dato: _____

Kl. _____

Sign. _____

Egne notater, prøvesvar etc.:

ASA-KLASSIFIKASJON

ASA-I

”Frisk pasient”. Ingen organisk, fysiologisk, biokjemisk eller psykiatrisk forstyrrelse. Den aktuelle lidelsen er lokalisert og gir ikke generelle systemforstyrrelser. Mindre enn 5 sigaretters røyking per dag. Alder under 80 år.

Eksempel: Frisk 50-åring, ikke-røyker, til åreknuteoperasjon.

ASA-II

Moderat organisk lidelse eller forstyrrelse som ikke forårsaker funksjonelle begrensninger, men som kan medføre spesielle forholdsregler eller anestesitekniske tiltak. Lidelsen(e) kan enten være forårsaket av den aktuelle sykdommen pasienten skal opereres for, eller av en annen patologisk prosess. Alder over 80 år og nyfødte under 3 måneder. Mer enn 5 sigaretters røyking per dag.

Eksempler: Lett organisk hjertesykdom. Ukomplisert diabetes (type 1 og 2). Godartet, ukkomplisert hypertensjon. Frisk 20-åring med kjeveleddsperre

ASA-III

Alvorlig organisk sykdom eller forstyrrelse som gir definerte funksjonelle begrensninger.

Eksempler: Diabetes med organkomplikasjoner. Invalidiserende hjertesykdom. Moderat til alvorlig lungesykdom. Angina pectoris. Gjennomgått hjerteinfarkt (mer enn 6 måneder siden).

ASA-IV

Livstruende organisk sykdom som ikke behøver å være relatert til den aktuelle kirurgiske lidelsen eller som ikke alltid bedres ved det kirurgiske inngrepet.

Eksempler: Malign hypertensjon. Nylig gjennomgått hjerteinfarkt (mindre enn 6 måneder siden). Sterkt framskreden lever-, nyre-, lunge- eller endokrin dysfunksjon. Manifest hjertesvikt. Ustabil angina pectoris. Subaraknoidalblødning, pasienten våken eller somnolent

ASA-V

Moribund pasient som ikke forventes å overleve 24 timer, med eller uten kirurgi.

Eksempler: Pasient i sjokk med aortaaneurisme. Dypt komatøs pasient med intrakraniell blødning