

# **Retningslinjer for pasientinformasjon ved preoperativ anestesivisitt**

*En kvalitativ studie av gjeldene praksis ved norske helseforetak*

**Steinar Fritzner Greve Holmsen**



*Prosjektoppgave ved Det Medisinske fakultet Universitet i Oslo*

*Våren 2008*

## **Abstract:**

Very few studies have focused on guidelines for patient information given during the preoperative anaesthesia visit. The purpose of this study was to explore the volume and quality of the information patients receive in anaesthesia departments in Norway. A second goal was to survey the extension of written guidelines for this patient education.

An open-ended questionnaire with seven questions was used in this study. The questionnaire was distributed to 54 anaesthesia departments throughout the country. A systematic search for previous studies and articles about the subject was also done.

The response rate for the questionnaire survey was 87%.

The results showed that a surprisingly high proportion of the respondents reported that their department had written standard procedures for the preoperative anaesthesia visit. Further, the responses reveal that the procedures present a lack of focus on the interaction between the doctor and the patient, and a lacking effort to support the environment for patient education.

This gives rise to some concern. That is also true for the possible lack of focus on the doctor's part regarding the importance of individual adjustment of the information given to the patient. Finally, this study found that it is a well-established practice for anaesthesiologists and – nurses to share the pre-visit work. There is reason to believe that this sharing will benefit the patient in contributing to a more patient-focused preoperative anaesthesia visitation, in addition to the obvious benefits of economical and resource savings.

## **Innhold:**

- I. Innledning
- II. Metode
- III. Resultater
- IV. Aktuell forskning og litteratur
- V. Diskusjon
- VI. Litteraturliste

## **I. Innledning:**

Anestesifagets spede begynnelse dateres tilbake til begynnelsen av 1900-tallet. Da begynte man å fatte interesse for overvåkning av vitale funksjoner under kirurgiske inngrep, i tillegg til å besørge pasientens bevisstløshet. Siden har faget ekspandert i stor målestokk. I dag finner man anestesileger blant annet på intensivavdelinger og smerteklinikker. Likevel er det først og fremst aktiviteten innenfor operasjonssalene, de fleste lekfolk forbinder med anestesilegens virksomhet.

Grunnlaget for et vellykket utfall av anestesi prosedyrene under en operasjon, er i stor grad avhengig av forarbeidet. I tillegg til de medisinske tekniske aspektene ved resultatet, er forarbeidet også avgjørende for den helhetlige opplevelsen pasienten vil sitte igjen med etter endt behandling. En viktig nøkkel for å oppnå gode resultater på sist nevnte punkt, er informasjonen pasienten gis i forkant av operasjonen.

Lite tidligere forskning har hatt fokus på kartlegging av retningslinjene for denne preoperative pasientinformasjonen. Dette var bakgrunnen for valget av emnet til denne prosjektoppgaven. Målsetningen og ønsket for oppgaven var å kartlegge retningslinjene for pasientinformasjonen ved den preoperative anestesivisitten ved helseforetakene i Norge.

Problemstillingen representerer en aktuell bølge innenfor den moderne medisinske hverdagen, der det er satt søkelys på pasientens rettigheter og krav til medbestemmelsesrett. Nettopp for å imøtekomme en slik utvikling, er det viktig å ha oversikt over retningslinjer for pasientinformasjonen ved den preoperative anestesivisitten, og på hvilke punkter det eventuelt er rom for forbedringer.

## **II. Metode:**

### **Innsamling av data:**

Studiedesignet ble utformet som en kvalitativ studie av preoperativ anestesivisitt i lite format. Metodearbeidet bar preg av å ha en åpen karakter. Det var ikke formulert noen klare hypoteser i forkant. Et spørreskjema med åpne spørsmål ble valgt som kartleggingsverktøy. I tillegg til dette ble det gjort et systematisk søk etter aktuell litteratur på området.

Januar 07 ble det utarbeidet et spørreskjema bestående av syv ulike spørsmål, se tabell 1. Spørsmålsformuleringen, men også det forhold at mottakeren skulle svare ved hjelp av fri tekst, la opp til både tolkning og innholdsfokusering basert på respondentens tanker og bakgrunn. Spørreskjemaet ble utformet som en dobbeltside, hvor det var avsatt plass til mottakerens svar under hvert spørsmål. Størrelsen på tekstboksen der svaret kunne formuleres, gav til en viss grad uttrykk for en rangering av forventet omfang på de ulike svarene. Det ble vektlagt at skjemaet skulle se oversiktlig og overkommelig ut, slik at mottaker ikke skulle måtte avsette for mye tid til å svare.

1. Foreligger det standard prosedyre med preoperativ anestesivisitt ved sykehuset?
2. Gjennomføres preoperativ anestesivisitt ved alle former for anestesi? Hvis nei, hvilke former er ikke omfattet?
3. Hvem går preoperativ anestesivisitt?
4. Hvilken informasjon gis til pasienten ved en preoperativ anestesivisitt?
5. Gis det skriftelig informasjon til pasienten?
6. Informerer man pasienten om risiko ved anestesi? I så fall hvor detaljert og fyllestgjørende er denne informasjonen?
7. Foreligger det nedskrevne retningslinjer for preoperativ anestesivisitt ved sykehuset?

**Tabell 1**

Sammen med skjemaet fulgte et informasjonsskriv som beskrev bakgrunnen for prosjektet. Det ble uttrykt ønske om at en lege ved anesthesiavdelingen til det aktuelle helseforetak skulle besvare spørsmålene. Mottakeren ble også bedt om å vedlegge eventuelle skriftelige retningslinjer.

Nevnte skjema ble distribuert til 54 ulike enheter med somatisk virksomhet tilhørende ulike helseforetak i Norge. Hvordan mottakerne fordelte seg mellom de 4 helseregionene i landet, fremgår av tabell 2 under.

- 11 enheter tilhørende Helse Nord.
- 9 enheter tilhørende Helse Midt-Norge.
- 9 offentlige og 1 privat tilhørende Helse Vest.
- 22 offentlige og 2 private tilhørende Helse Sør-Øst

**Tabell 2**

Utvalget ble gjort via adresselister over helseforetakene tilgjengelig på de respektive helseforetakenes hjemmeside på internett. Kriterier som foretakets størrelse, aktivitetsnivå og geografi ble ikke benyttet til noen form for seleksjon. Målsetningen var altså å nå ut til flest mulige aktuelle anesthesiavdelinger. Enkelte av adressatene var underavdelinger av andre

mottakere. Omfanget av mottakerens anestesivirksomhet var altså ikke kjent, foruten det man kunne tenke seg til ut fra mer generell bakgrunnskunnskap.

Mars 07 ble det sendt ut en skriftelig påminnelse med ny kopi av spørreskjema og informasjonskriv, til de foretakende som ikke hadde besvart henvendelsen.

### **Analyse:**

Analysen av spørreskjemaet ble gjort på bakgrunn av innholdet i svarskjemaene. Det ble ikke lagt til grunn noen spesiell form for metode for tekstanalysen, materialet ble heller ikke kodet på noen spesiell måte. Aktuell forskningslitteratur og forskningsbasert kunnskap på området, dannet grunnlaget for analysen og for kategoriseringen. I tillegg kommer forfatterens egne antakelser om hva som var av betydning for oppgavens ønske om å kartlegge retningslinjene for pasient informasjonen ved den preoperative anestesivisitten.

### **Metodekritikk:**

I et retrospektivt skue er det først og fremst i forhold til utarbeidelsen av oppgavens spørreskjema det er rom for forbedringer. Bruk av spørreskjema som metodeverktøy krever kunnskap og erfaring knyttet til et slikt skjema sine sterke og svake sider. Det er nødvendig å gå systematisk til verks, for å sikre en tilstrekkelig reliabilitet og validitet. Sterkere ekspertise kunnet vært trukket inn, slik at hele skjemaet hadde fått en mer vanntett karakter. Det er viktig å utforme et skjema der man med stor grad av sannsynlighet kan anta at de ulike mottakerene tolker spørsmålsformuleringene likt. Da vil man sitte igjen med flere svar på ett og samme spørsmål, og ikke flere svar på flere ulike spørsmål. Validiteten til studien vil altså være helt avhengig av dette; har man virkelig belyst det man ønsket å belyse?

Hadde spørsmålene i spørreskjemaet hatt en mer lukket formulering, ville man oppnådd en større validitet og reliabilitet. Samtidig ville dette medført et tap i forhold til informasjonsmengden, tolkningsvariasjonene og nyansene i materialet.

Oppgavens materiale kunnet blitt styrket hvis hadde utført kvalitative intervjuer av anestesileger i tillegg. På grunn av tidsrammene for prosjektoppgaven var dette imidlertid ikke mulig å gjennomføre.

Kvalitative studier har i utgangspunktet den svakhet at de ikke kan brukes til å generalisere i statistisk forstand. Bakgrunnen for dette er i hovedsak to forhold; utvalget er som regel for lite og det er normalt ikke trukket tilfeldig (1). Volum var som tidligere nevnt den viktigste målsetningen for utvelgelsesprosessen til dette prosjektets materiale. Dette var mulig da det ikke forelå noen intensjoner om å for eksempel kartlegge geografiske forskjeller. På den annen side representerer det faktum at man sendte ut skjemaer til underavdelinger av andre mottakere et problem. I situasjoner der man benytter totale antall distribuerte skjemaer som grunnlag for beregninger, gjør dette problemet seg spesielt gjeldene, Det utgjør derimot også en styrke på den måten at eventuelle variasjoner mellom ”storebror og lillebror”, er en meget interessant observasjon.

Spørreskjemaet er besvart av leger ved de respektive anesthesiavdelinger. Dette er alene en forsikring om at det er faglig intellektuelle individer med stor kompetanse hva gjelder anesthesi som har besvart spørsmålene. Det er likevel på ingen måte slik at man her har henvendt seg til en homogen gruppe. I tillegg til de individuelle forskjeller man alltid vil stå ovenfor, kan det både ha vært overleger og assistent leger som har fylt ut spørreskjemaene. Da det ikke er mulig å identifisere respondentens stillingsbakgrunn, utgjør dette en ukjent faktor i materialet.

Den kirurgiske virksomheten her i landet har som tidligere nevnt vært gjenstand for store endringer de siste tiårene. I kjølvannet av den sterke veksten til den dagkirurgisk aktivitet, har også vilkårene for den preoperative anestesivisitten blitt endret. Det faktum at det ikke er gjort noen direkte diskriminering i oppgavens spørreskjemaet angående hvorvidt mottaker svarer fra et perspektiv med utgangspunkt i dagkirurgisk virksomhet eller mer tradisjonell visitt til inneliggende pasienter, representerer naturligvis en svakhet for materialet. Det gjelder først og fremst der det hadde vært ønskelig å måle hvorvidt det foreligger noen forskjeller på informasjonen gitt før et dagkirurgisk inngrep, og kirurgi der pasienten på forhånd er hospitalisert. Denne oppgaven vil med andre ord ikke ha mandat til å kunne uttale seg i klar tekst om dette, basert på eget materiale.

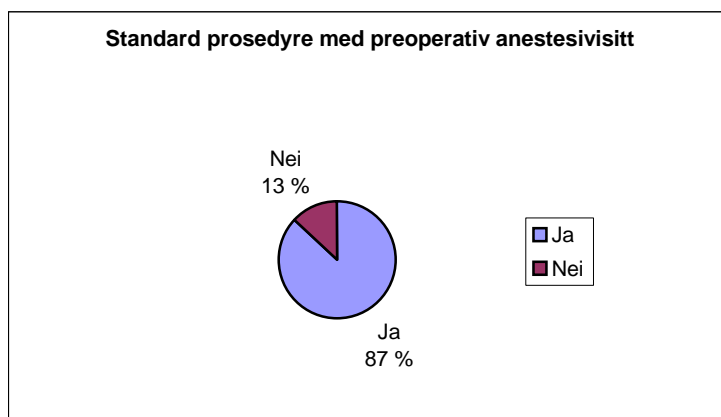
### III. Resultater:

Det var totalt 54 helseforetak som mottok spørreskjemaet. Av disse var det 46 som returnerte besvarte skjemaer, mens 1 foretak informerte om at den operative enheten ved sykehuset var nedlagt, og det var dermed ingen anestesiaktivitet på stedet. Det skal også nevnes at 2 foretak returnerte 2 skjemaer hver, da de besvarte både originalen og påminnelsen av spørreskjemaet etter at påminnelsen var sendt ut. De doble besvarelsene samsvarte imidlertid så mye, at de kunne regnes som 1 enhet hver. Enheten som hadde lagt ned sin anestesiaktivitet, ble trukket ut av materialet. Den endelige svarresponsen ble derfor 46 av 53 helseforetak, hvilket tilsvarer 87%. Dette var absolutt tilfredsstillende, og kunne tas til inntekt for at temaet til prosjektet ble funnet interessant av de ulike mottakerene. Det var også et signal om at spørreskjemaet ikke hadde virket for omfattende og tidkrevende, i tråd med målsetningen.

Oppfordringen til å vedlegge eventuelle skriftlige retningslinjer for anestesi preoperativt, resulterte i at 7 forskjellige adressanter sendte inn sine retningslinjer. 1 av nevnte 7 foretakene sendte i tillegg inn en informasjonsbrosjyre de benyttet ovenfor sine pasienter, det samme gjorde ytterligere 1 foretak.

#### **Standard prosedyre med preoperativ anestesiaktivitet?**

Slik det fremgår av figur 1 var det 40 foretak (87%), som angav at det var standard prosedyre med preoperativ anestesiaktivitet i deres arbeid. 26 besvarelser inneholdt et enkelt "ja" på dette spørsmålet. De øvrige fylte inn med noe mer utfyllende svar. Det var blant annet 6 stykker som henvisste til en standardisert sjekkliste/operasjonsskjema som standard for sin preoperativt. Dette er et skjema som foreligger i litt forskjellige utgaver, og er utarbeidet til raskt å gi en oversikt over pasientens tidligere sykdommer, faste medikamenter, allergier og fysiske status. Skjemaene er basert på avkrysning og små tekstbokser, og følger gjerne pasientens journal. I aktuelle materiale var det to foretak som sendte inn slike skjemaer. Ingen av disse inneholdt noe punkt der informasjonen til pasienten skulle dokumenteres eller beskrives.



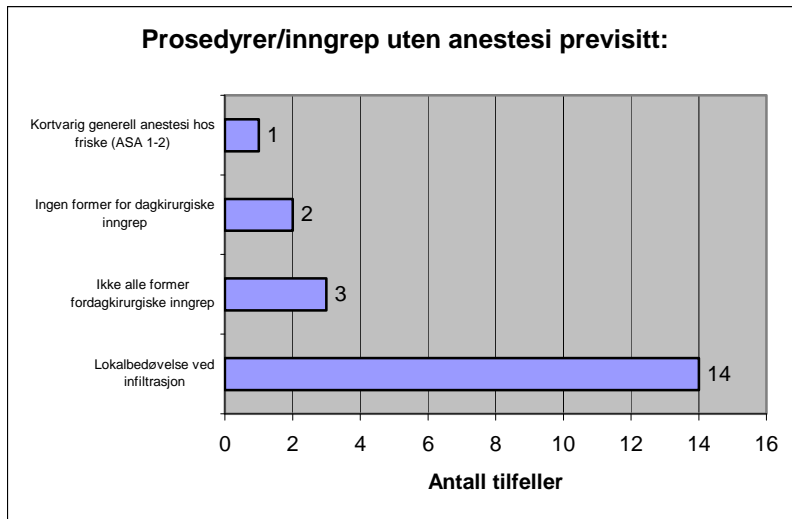
Figur 1

#### **Alle former for anestesi, eller noen unntak?**

På spørsmålet om preoperativ anestesiaktivitet gjennomføres ved alle former for anestesi, var det 27 besvarelser som kunne bekrefte dette. I de tilfellene der ikke alle former for anestesi var omfattet av sykehusets preoperative aktivitet, var det vanskelig å kategorisere svarene i



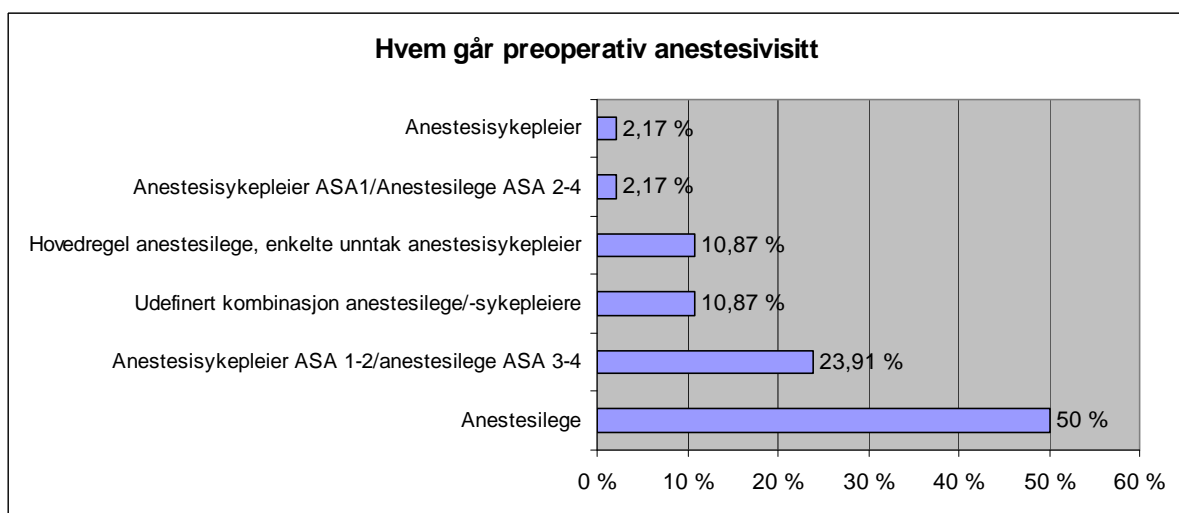
fornuftige grupper. Figur 2 viser at lokalbedøvelse ved infiltrasjon var det vanligste unntaket. Videre var deler av eller hele den dagkirurgiske aktiviteten, utelatt fra den vanlige visitten hos tilsamen 5 foretak, Forøvrig var det i enkelte tilfeller gjengitt helt spesifikke kirurgiske prosedyrer på listen av unntak, som ikke kan gjengis på grunn av anonymiserings hensyn.



Figur 2

### Hvem går preoperativ anestesisivitt?

Spørsmålet om hvem som stod for den anesthesiologiske previsitten var det som var enklest å kategorisere, og som var minst gjenstand for tolkning. Det er helt klart en overvekt av leger som står for utførelsen av virksomheten (se figur 3). Designet med en deling av oppgavene mellom anestesileger og anestesisykepleiere, hovedsakelig basert på inndeling av pasientene etter ASA klassifiseringen, er også mye benyttet. Det er forøvrig en interessant observasjon at det ser ut som det ikke først og fremst er tilgangen på anestesileger som bestemmer hvorvidt man innfører fordeling mellom sykepleiere og leger. De største foretakene der tettheten av anestesileger er høyest, er nemlig der det oftest foreligger en arbeidsfordeling mellom de to yrkesgruppene i utføringen av previsitten



Figur 3

## Hvilken informasjon gis til pasienten?

I tilknytning til spørsmålet om hvilken informasjon som ble gitt pasienten ved den preoperative anestesivisitten, var det 1 besvarelse som formidlet at dette hadde man ikke oversikten over. Samtlige av de resterende 45 besvarelsen sa at det bli gitt informasjon om anestesiens form og medisinske prosedyrer som premedikasjon, tekniske hjelpemidler og annet utstyr, samt det postoperative forløpet. Forøvrig kan nevnes at 10 besvarelser gav uttrykk for at man i valget av anestesiens form og type, hadde en stor grad av pasientsentrert fokus, der pasienten selv til en viss grad kunne påvirke og modifisere valget av anestesiformat. 3 besvarelser understreket denne innfallsvinkelen ytterligere, ved å si at informasjonen var individuell og avhengig av pasientens behov. 1 besvarelse sa informasjonen varierte i forhold til hvilken lege det var som utførte visitten.

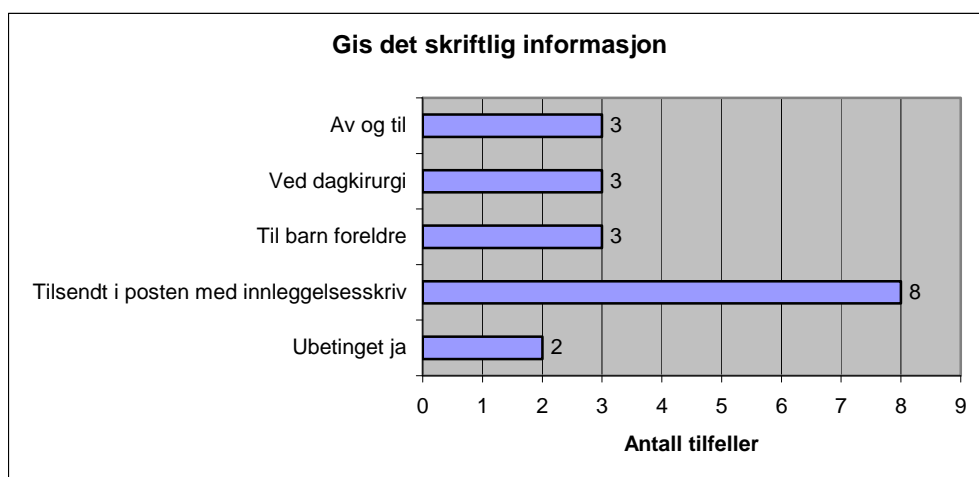
Det kan trekkes frem flere interessante sitater fra materialet tilhørende dette spørsmålet, blant annet:

- Det viktigste er å skape et tillitsforhold ovenfor pasienten.
- Pasienten tar anestesiens form gitt, og vil vite mer om det kirurgiske inngrepet.
- Ved engstelige pasienter må man konsentrere seg om å forklare og avdramatisere.

## Gis det skriftlig informasjon?

19 helseforetak kunne bekrefte at de deler ut skriftlig informasjon til pasientene. Spørreskjemaet la ikke opp til noen spesifisering av hvilke pasientgrupper og sammenhenger som var omfattet av denne praksisen. 25 foretak hadde ikke noe skriftlig informasjon tilgjengelig, mens de siste 2 enhetene holdt på å lage skriftelig materiell til pasienten. Det var med andre ord et flertall som ikke benyttet seg av skriftelig informasjon. Figur 4 viser en fordeling av praksisen med skriftlig materialet, hos de 19 nevnte avdelingene der man hadde tilgang til slikt. Dagkirurgi er nok en gang en kategori der det til tider eksisterer egne retningslinjer. Dagkirurgisk aktivitet skjuler seg også under kategorien "tilsendt i posten med innleggelsesskriv.

I tre av svarskjemaene var skriftelig informasjon på sykehusets hjemmesider på internett, nevnt som en mulig kanal for skriftelig informasjon til pasienten.

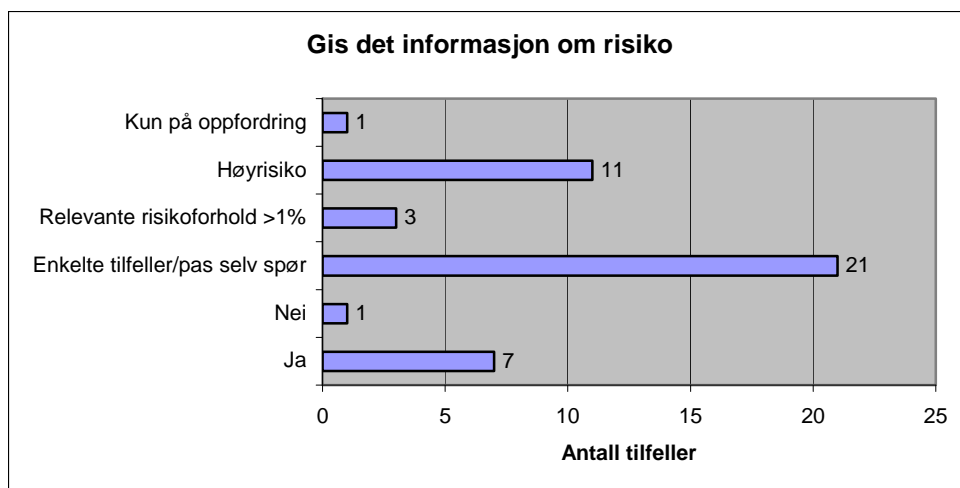


Figur 4

## Informerer man om risiko:

Spørsmålet om det gis informasjon om risiko, og eventuelt hvor omfattende informasjonen er, viste at risiko er et element i pasientinformasjonen i de fleste tilfeller. Spesielt hvis pasienten selv har tanker rundt dette temaet. Bare 1 besvarelse sa at risiko ikke var et tema ved visitten i det hele tatt. 7 skjemaer hadde et mer eller mindre ubetinget ja som svar. Majoriteten, nærmere bestemt 21, kunne plasseres i kategorien ”i enkelte tilfeller/der pasienten spør selv”. 3 besvarelser sa det utelukkende var der pasienten brakte temaet på banen selv, at det ble gitt risikoinformasjon. 3 besvarelser opererte med en grense på sannsynlighet over 1%, før man informerte pasienten om mulig uheldig utfall. 7 av skjemaene hadde denne grensen noe løsere definert i begrepet ”høyrisiko” (se figur 5).

Det kan i tillegg nevnes at 3 besvarelser vektla at informasjonen om mulig risiko, måtte veies i forhold til pasientens evne til å bearbeide informasjonen. 1 valgte å understreke at man ikke ønsket å stresse pasienten med risiko like før gjennomføringen av anestesian.

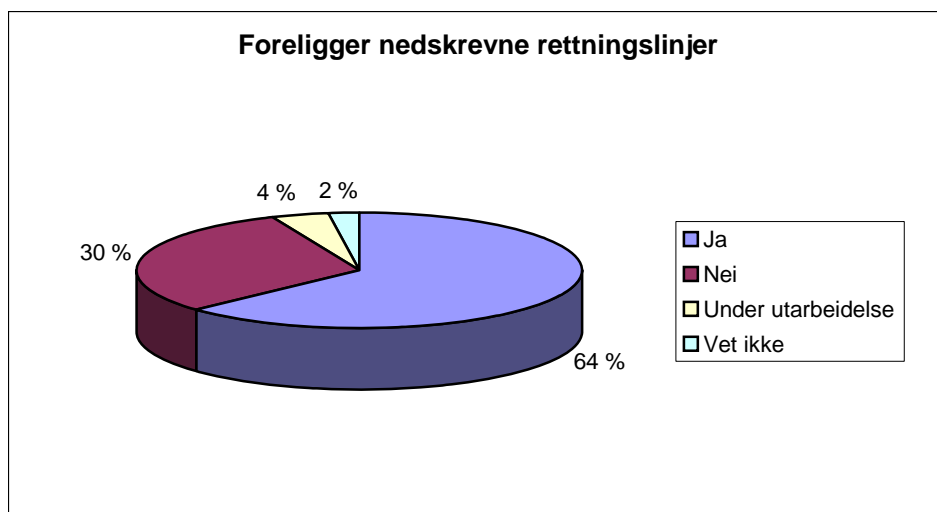


Figur 5

## Foreligger nedskrevne retningslinjer?

Det siste spørsmålet på spørreskjemaet gjaldt hvorvidt helseforetaket hadde skriftlig nedfelte retningslinjer for anestesi previsitten. Besvarelsene her viste et klart flertall hadde dette, nærmere bestemt 21 helseforetak (63%). Av de øvrige besvarelsene var det 14 som ikke hadde skriftlige retningslinjer, og 2 hvor man var i ferd med å utarbeide slike. Den siste besvarelsen gav uttrykk for at man ikke visste hvorvidt det var laget et slikt skriftlig dokument.

7 av besvarelsene la vekt på at retningslinjene kun omhandlet den praktiske organiseringen av previsitten, og ikke var myntet på informasjonen til pasienten. Ingen av besvarelsene bekreftet direkte at de skriftlige retningslinjene omhandlet den pasient rettede informasjonen. Med andre ord var det også her det faglige og tekniske perspektivet som hadde forrang.



**Figur 6**

### **Tilsendte retningslinjer:**

De 7 vedlagte skriftlige retningslinjene, dreide seg alle om utskrifter fra deler av de respektive sykehusenes rutiner beskrevet i kvalitets håndbøker på eget intranett. Innholdet og disposisjonen varierte i stor grad, det samme gjorde omfanget og detaljnivået. Det var noe ulikt hva helseforetakene kalte dokumentet sitt. De mest brukte termene i overskriftene var previsitt og preoperative rutiner.

Felles for alle 7 var et sterkt fokus på det medisinske elementet ved den preoperative visitten.

Det var nøye beskrevet hvordan man skulle administrere inntak av faste medisiner, fasterutiner, rutinemessige preoperative undersøkelser som blodprøver, EKG og røntgen thorax. For 1 av helseforetakene var dette det eneste innholdet i retningslinjene. For 5 av foretakene var det i tillegg i varierende grad, inkludert en beskrivelse av hvordan man kan informere pasienten best mulig. Det siste eksemplaret av retningslinjer skilte seg imidlertid klart fra de øvrige hva gjelder forsøk på å se previsitten fra pasientens synsvinkel. Her var det inkludert råd for å skape en best mulig ramme rundt samtalen, og hvordan kommunisere så tydelig som mulig. Dette var også de eneste retningslinjene der det å bidra til økt mestring og redusert stress hos pasienten ved å gi god informasjon, var inkludert i omtalen av hensikten med anestesi previsitt. I de øvrige dokumentene var hensikten med previsitt først og fremst definert som økt pasientsikkerhet, bedre pasientlogistikk og raskere flyt i operasjonsprogrammet.

## **IV. Aktuell forskning og litteratur:**

### **Litteratursøk:**

Litteratursøket ble gjort fra databasen til Universitetet i Oslo. Det ble søkt etter artikler i Pubmed og Tidsskrift for den norske lægeforening. Søket ble gjort i perioden desember 2006 til januar 2008. Det ble brukt følgende engelske og norske søkeord: pasientinformasjon, prean(a)esthetic patient information/education, preane(a)esthetic interview/consultation, prean(a)esthesia guidelines/standards.

Språklig ble søket begrenset til artikler på engelsk og de skandinaviske språkene. Fra en del av de relevante artikkelfunnene ble kildehenvisningen brukt til å spore opp flere artikler. Derfor kan noe av den refererte litteraturen ikke søkes frem ved hjelp av de nevnte søketermene.

Videre ble hjemmesidene til The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, National Health Service GB, The American Society of Anesthesiologists, National Health and Medical Research Council Australia og anesthesi.no brukt til å finne relevante retningslinjer og andre publikasjoner.

### **Retningslinjer:**

”Standard for anestesi” (2) er det overordnede dokumentet hva gjelder anbefalinger for anesthesiologisk arbeid i Norge. Dokumentet er utarbeidet og godkjent av Norsk Anesthesiologisk forening og Anestesisykepleierenes landsgruppe i Norsk Sykepleierforbund. Første utgave forelå i 1991, og det er siden vært gjennomført revisjoner i 1994, 1998 og 2004. Hensikten med standarden er å sikre tilfredstillende anesthesiologisk praksis i Norge. Den inneholder beskrivelse av organisering av arbeidet, kontroll og bruk av medisinsk teknisk utstyr, gjennomføringen av prosedyrer, krav til dokumentasjon og forhold vedrørende det postoperativt forløpet. Ett avsnitt er viet det som kalles ”Preoperativ vurdering, tilsyn og informasjon. Her er det beskrevet hvilke medisinske problemstillinger utøveren bak previsitten bør avdekke. Hva gjelder informasjon til pasienten står følgende: ”Pasienten gis informasjon om valg av premedikasjon, anestesi metode, spesielle risikofaktorer og om postanestesifasen”.

Liknende dokumenter foreligger i flere ulike land. Den økte fremhevingen av pasientens juridiske rettigheter og krav til innhenting av samtykker før start av behandling, har gjort disse retningslinjene mer omfattende og detaljerte i mange tilfeller. The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland (AAGBI) har laget en grundig beskrivelse av gjennomføringen av anestesi previsitt i ”Consent for Anaesthesia” (3), sist revidert januar 2006. Dette er en gjennomgang av lovverket og de juridiske aspektene ved samtykke prosessen. Det står skrevet at pasienter bør få informasjon om gangen i anestesi prosessen, alternative anestesi metoder, postoperativt forløp og mulige bivirkninger. Hva gjelder sistnevnte omfatter dette både vanlig forekommende problemer som kvalme og hodepine, men også sjeldne og mer alvorlige forhold som uønsket bevissthet under inngrep, nerveskader og mulig død. Det er angitt klare instruksjoner om individualisering av risikoinformasjon både i forhold til pasientens helse, men også livssituasjon og yrke. Ett eksempel er stemmebåndsskader hos profesjonelle sangere. I tillegg finner man omtalt mer praktiske forhold som timingen for previsitten og supplement av skriftlig informasjon.

National Health Service (NHS) i England opprettet i 2002 en faggruppe under navnet ” Pre-operative Assessment Project.” De fikk i oppgave å kartlegge hvor mange sykehus i England som utførte effektive preoperative visitter. Videre skulle de dernest utarbeide pilot sider for å

forbedre rutineene på britiske sykehus. NHS sin hovedmotivasjon for oppstart av denne gruppen, var det faktum at 68% av operasjonskanselleringer ved den dagkirurgiske aktiviteten i en undersøkelse i England, skyldtes såkalt pasient kansellering. (4). Tilsvarende tall for inneliggende pasienter var 52% (5). De arbeidsrelaterte konsekvensene, men ikke minst de økonomiske tapene som følge av dette, resulterte i dannelsen av fagutvalget. De har senere publisert flere dokumenter og øvelsesprogramsider, blant annet: National Good Practice Guidance on Pre-operative Assessment for Day Surgery (4) og National Good Practice Guidance on Pre-operative Assessment for Inpatient Surgery (5). Her fokuseres det på prosessen rundt preoperativ visitt, for å gjøre den så effektiv som mulig. God informasjon til pasienten både om praktiske forhold og risiko, er inkludert som et viktig ledd i dette. Arbeidet det her er snakk om, omfatter selvfølgelig mer enn bare anestesileddet ved kirurgi. Utvalget laget derfor en guide under navnet "Pre-operativ Assessment The Role of the Anaesthetist" (6), for å avklare anestesipersonalets rolle i den preoperative vurderingen.

Krysser man Atlanteren har også The American Society of Anesthesiologists (ASA) utarbeidet retningslinjer for anestesi virksomhet. I 1987 vedtok de Basic Standards of Preanesthesia Care (7), et meget kort dokument som omhandler krav til oversikt over pasientens journal, opptak av anamnese, preoperative tester og dokumentasjon. ASA publiserte i 2002 Practice Advisory for Preanesthesia Evaluation (8). Dette er en systematisk rapport på litteratur og forskningsresultater. På grunn av manglende gode kontrollerte studier, så de seg nødt til å kalle det en praksis veileder og ikke retningslinjer eller en standard. Veilederen garanterer ikke noe spesifikt utfall av previsitten, men kan danne et utgangspunkt som eventuelt kan tilpasses og modifiseres lokalt. Artikkelen omtaler de praktiske forholdene ved previsitten, og begrunner sine råd med å vise til det som foreligger av forskning. Desidert mest fokus er rettet mot preoperative tester, som for eksempel EKG, blodprøver og bildediagnostiske hjelpemidler.

National Health and Medical Research Council i Australia har utformet generelle retningslinjer for medisinsk personell sin informasjon til pasienter (9). De ble sist oppdatert i 2004. Her redegjøres det for betydningen av god informasjon. Det er imidlertid understreket at ingen retningslinjer kan dekke alle omstendigheter i et møte mellom pasient og lege. Disse retningslinjene tar ikke høyde for å beskrive kvaliteten på den kontakten som bør finne sted mellom de to partene. I tillegg er dokumentet tydelig på at det ikke representerer noen lov, og at handling på tvers av teksten ikke automatisk er å regne som upassende praksis. Det er videre gitt spesifikke råd for hvilke forhold man bør informere pasientene om. Det gjelder blant annet tilstanden eller sykdommens natur, muligheter og alternativer for behandling og diagnostisering, usikkerhet rundt diagnose og behandling, samt konsekvenser på sikt. Risikoinformasjon er omtalt i et eget avsnitt. Det er ikke angitt noen konkret grense for hvor omfattende denne informasjonen bør være. Men ethvert risikoaspekt som sannsynligvis vil kunne påvirke pasientens beslutning, skal bringes frem. Det står også skrevet at informasjon skal holdes tilbake i minst mulig grad. Bare der informasjonen vil kunne skade pasienten fysisk eller psykisk, eller der legen finner en forespørsel fra pasienten om ikke å bli informert fornuftig, kan man avstå fra å informere. Til slutt er det inkludert et avsnitt med råd om hvordan man informerer pasienter på en best mulig måte. Det gjelder teknikker som repetisjon av nøkkelpunkter, tillegg av skriftlig materiale, samt å utvise overvåkenhet ovenfor pasientens respons underveis i samtalen. Bruk av tolk der det er nødvendig, er også nevnt som et viktig hjelpemiddel.

## **Bruk og vurdering av retningslinjer:**

Nasjonale helsemyndigheter og nasjonale anestesi foreninger har altså i mange tilfeller utarbeidet dokumenter med råd og veiledning for gjennomføringen av anestesi previsitten. Det finnes lite studier og forskning som har rettet sin oppmerksomhet mot bruken av disse retningslinjene.

Et unntak er imidlertid Watkins et al. (10) sin kartlegging av praksisen ved sykehus i Storbritannia. Deres arbeid viste at 72% av anestesivdelinger hadde rutiner for samtykke til anestesi som var i tråd med AAGBI sine retningslinjer. Få avdelinger fulgte imidlertid britiske helsemyndigheter sine anbefalinger om skriftlig samtykke til anestesi fra pasienten. Forfatterne fant det bekymringsfullt at nesten 1/3 av avdelingene ikke hadde rutiner for samtykke, og heller ikke hadde planer om å etablere en slik politikk.

Thoms et al. (11) undersøkte den skriftlige informasjon anestesivdelinger i Storbritannia gav til sine pasienter. 50% av avdelingene gav informasjon ved anestesi poliklinikker, 35% la det ved innkallingen sendt i posten, mens 34% gav informasjonen ved innleggelse i avdelingen. Bare 36 av de 177 responderne angav at de gjorde bruk av AAGBI sine retningslinjer i utarbeidelsen av sitt skriftlige materiale. Likevel mente den store majoriteten at det var best om det ble laget sentrale retningslinjer for det skriftlige materialet, som så kunne tilpasses lokalt.

## **Forskning og litteratur:**

Begrunnelsen for gjennomføring av anestesi previsitt kan vektlegges og argumenteres ulikt avhengig av hvilket perspektiv man legger til grunn. Vincent J. Kopp (12) definerte tre ulike involverte aktører med hver sin innfallsvinkel: Pasient, anestesilegen, og økonomisk ansvarlig for helsetjenesten. Han pekte på de ulike partenes ønsker, plikter og retter, som medfører at anestesi forberedelsene har ulik betydning for disse tre gruppene.

Denne tre delingen benyttes nedenfor til fremstilling av annen litteratur og forskning rundt temaet anestesi previsitt.

## **Pasient perspektivet:**

Det er avslørt at pasientene har overraskende lite kunnskaper om anestesi profesjonens arbeid og fagbakgrunn. Ved en undersøkelse av pasienter i Storbritannia, var det bare 65% som trodde anestesilegen var en lege (13). Liknende studier i Storbritannia, Australia og USA viste at prosentandelen som trodde anestesilegen var en medisinsk kvalifisert doktor, varierte fra 50-80.

I en studie (14) fant man at bare 18,2% av pasientene identifiserte anestesilegen som den ansvarlige for pasientens velvære under operasjonen. 37,1% trodde det var kirurgen selv som tok seg av dette. Undersøkelse av pasientens tanker om mulighetene for sansing under operasjoner i generell anestesi, viste også mangelfulle kunnskaper. 60,6% av pasientene forventet ikke å huske noe fra operasjonen i ettertid, 5,3% forventet å ha drømmer fra inngrepet, 8,3% trodde de ville høre konversasjonen i operasjonssalen underveis, mens 25,8% var usikre på sanseintrykk fra inngrepet. Videre fant man at alle pasienter forstod viktigheten av preoperativ fasterutiner, men 16,7% trodde flytende væske ikke var omfattet av regimet.

Hva pasienter frykter ved et kirurgisk inngrep har vært gjenstand for flere undersøkelser. Pasientenes bekymringer involverer ofte uventede aspekter ved anestesiprosedyrene. Smerte

var den største redselen til 39,4%, ikke våkne etter operasjonen 22%, våkne opp under operasjonen 18,9%, mens 16,7% angav størst frykt for operasjonen i seg selv (14). Enkelte studier har inkludert demografiske variabler i sitt arbeid (13). Dette har avdekket noen tendenser. Pasientens alder ser ut til å være inverst relatert til graden av bekymring, altså desto eldre pasienten er desto færre bekymringer. For det andre er det tegn til at kvinner uttrykker mer frykt og engstelse for anestesi enn menn, dog har enkelte studier ikke vist denne tendensen. Det er blitt hevdet at menn underrapporterer graden av bekymring. En kanskje mer interessant observasjon er det faktum at verken tidligere erfaringer med anestesi eller tidligere type anestesi man har opplevd, har vist signifikant betydning for pasientens bekymringer. Elsass et al. mente derimot å kunne vise at tidligere opplevelser med anestesi var mer betydningsfullt for pasientens engstelse, enn detaljert informasjon i forkant (15)

Effekten informasjon gitt ved previsitt har på pasientens bekymring før et inngrep, har av flere blitt brukt til å vurdere kvaliteten og nytten av det preoperative arbeidet. Utbredelsen av preoperativ engstelse hos pasientene har vist seg å variere mellom 11% og 80% (16). Tallene har sprikt veldig alt avhengig av metode som har ligget bak undersøkelsen. Størst innsidens ble påvist når psykiatere brukte valide spørreskjemaer, mens utelukkende bruk av klinisk observasjon resulterte i de laveste verdiene.

Så langt tilbake som i 1963 viste Egbert et al. (17), at anestesi previsitt var et effektivt middel for å redusere pasientens engstelse før en operasjon. Studier etter dette har vist at opplysningsvirksomhet ovenfor pasientene kan senke spenningsnivået hos pasientene (18), og redusere behovet for sederende midler gitt for å dempe angst og smerte. Dette kan forkorte tidsrommet mellom kirurgi og utskrivelse (19).

Det er imidlertid flere som har trukket det siste poenget i tvil, og vist at det er lite sammenheng mellom preoperativ engstelse og postoperativ bedring. Andre faktorer som sosioøkonomisk tilhørighet og selve det kirurgisk inngrepet, har vist seg mer betydningsfull for varigheten av det postoperative forløpet (20). Det man imidlertid har kunnet enes om, er at kvaliteten på den postoperative fasen kan øke som følge av god preoperativ informasjon.

Den beviste sammenhengen mellom preoperativ engstelse og postoperativ smerte har blitt trukket i tvil av enkelte. Tradisjonelt har man ment at den preoperative informasjonens positive virkning på pasientens engstelse, har virket gunstig på den postoperative smertekontrollen. Andre har derimot ment at pasientinformasjonen vil gi forskjellige psykologiske responser hos de ulike individene. Den nevrotiske pasienten vil få økt sitt preoperative angstnivå som følge av detaljert informasjon, mens den rolige pasienten med unaturlig høye forventninger til den postoperative smertelindringen kan bli mer frustrert ved gjennombrudd av postoperativ smerte. Mengden informasjon som er ideell er derfor ukjent, og krever individuell tilpasning alt avhengig av pasienten (18).

Multimedia utviklingen har utfordret anestesipersonellet til å måtte tenke nytt rundt informasjonsprosessen ovenfor pasientene. Leigh et al. (21) viste i 1977 at en informasjonsbrosjyre ikke var så effektivt som et personlig møte med anestesilegen. Mange har videre utviklet den skriftlig informasjonen etter dette, mens andre har tatt i bruk kanaler som video og internett. Undersøkelser har vist at skriftlig informasjon og bruk av informasjonsvideoer, kan øke den angstdempende effekten av previsitten, dog ikke mye. Video har ikke vist seg overlegen skriftlig informasjon, men video har vist seg mest effektiv hva gjelder evne til å øke kunnskapsnivået om anestesi hos pasienten (20, 22). Flere studier har konkludert med at informasjon fra video og brosjyrer, ikke har resultert i noen økning i pasientens generelle tilfredshet med sykehusoppholdet (13, 23). I Snyder-Ramos et al. sin studie (24) fant man imidlertid en signifikant økning i pasientens tilfredshet



med informasjonen, i den gruppen som i tillegg til den vanlige legesamtalen hadde mottatt en brosjyre eller sett en video, sammenliknet med gruppen som bare hadde vært i gjennom en legesamtale.

Det som likevel er viktig å ta med seg i evalueringen av alternative informasjonskanaler, er Bondy et al. sitt materiale (19), som viste at når informasjon ble gjort tilgjengelig, var det 98% som leste brosjyren og 92% som så videoen. 50% av de som hadde hatt tilgang til slik ekstra informasjon, sa seg enig i at den hadde redusert deres engstelse i forkant av inngrepet.

Mange undersøkelser har vist at det pasienter forstår og husker fra pasientinformasjonen er skuffende lite (25). Pasientene har et selektivt minneapparat, hvor man har en tendens til å huske det som støtter den beslutningen man allerede er i ferd med å forme. Informasjonen som skaper usikkerhet og angst, selekteres vekk fra pasientens oppmerksomhet.

Pasientene har individuelle føringar i forhold til sin hunger etter informasjon. Yterpunktene representeres ved de som søker aktivt etter informasjon, og de som aktivt unngår informasjon. Den store utfordringen til helsepersonellet har vist seg å ligge i det faktum at pasientene er minst redde når den preoperative informasjonen matcher deres grad av vilje til å søke informasjon. Den mest signifikante effekten av å gi detaljert informasjon før en prosedyre fant man i tilknytning til et lite antall bivirkninger som sløvhet, kvalme og en generell følelse av ubehag (13).

Hvorvidt det er fordelaktig å informere om sjeldne men alvorlige bivirkninger ble undersøkt hos foreldre til friske barn som skulle gjennomgå polikliniske inngrep (13). Da anestesi previsitten tok opp risikoen for død, var det 88% av foreldrene som ble spurt etterpå som ønsket denne informasjonen. Hvis anestesi previsitten ikke nevnte denne risikoen, var det 47% av foreldrene som svarte at de ønsket det hadde blitt tatt opp, og 38% ville ikke diskutere risikoen .

Hyppigheten en risiko må ha før det er indisert å diskutere den i previsitten, har vært gjenstand for flere diskusjoner. En mulig grense på 1% har blitt trukket frem i flere sammenhenger. Bethune et al. (26) viste i sitt arbeid med kvinner som mottok epidural anestesi i Australia og England, at en slik grense ikke ville tilfredsstillte majoriteten av disse kvinnenes krav til informasjon. De siste tiårs økning i saker der pasienter har trukket leger for rettsapparatet som følge av mangelfull informasjon, har gjort at rettsinstanser har måttet forsøke å definere en slik prosentgrense for opplysningsplikt. I amerikansk rettspraksis har det vært antydning at uventede resultater som forekommer sjeldnere enn 0,25-0,75 % av tilfellene, ikke kan forventes å bli omtalt i samtykkeformular (25). Vel så ofte har man derimot støttet seg til uspesifikke begreper som ”pasient-sentrert standard”, som innebærer det informasjonsbehov en gjennomsnittlig pasients trenger for å kunne foreta et selvstendig og velbegrunnet valg (27).

Lee et al. gjorde en betydningsfull observasjon da han fant at grundig og detaljert informasjon om risiko ved generell anestesi før en operasjon, ikke medførte noen økt grad av engstelse hos pasientene(20).

Hvis informasjonen pasienten mottar skal ha den effekten avsender ønsker, må man imidlertid strekke seg lenger enn bare det å gjøre pasienten bevisst på det aktuelle forhold. Man er nødt til å skape en følelse av at informasjonen øker pasientens evne til å ta kontroll over egen situasjon. Først da får informasjonen betydning for pasientens vurderinger (13).

## **Anestesilegens perspektiv:**

I likhet med de andre disiplinene innenfor det medisinske faget, har anestesi hatt en enorm utvikling siden sin begynnelse. I dag har man mulighet til å utføre prosedyrer som tidligere fortonet seg som urealistiske drømmer. Dette har imidlertid resultert i en situasjon der man stadig strekker strikken lenger, med tanke på hvilke pasienter man godkjenner for prosedyrer som innebærer behov for generell anestesi. Til tross for dette har generell anestesi meget robuste tall å vise til hva gjelder trygghet. Data fra Storbritannia viser en mortalitet på mindre enn 1: 100 000 (28).

Parallelt med veksten i det medisinske personell sine handlingsmuligheter, har legene mistet mye av sin autoritet i lege-pasient-forholdet. Informasjonsasymmetrien der legen tidligere alltid viste mer om problemet enn pasienten, er i mange tilfeller blitt borte. Samtidig er det mange pasienter som ønsker å være aktive bidragsytere i beslutninger om egen helse (29). Utformingen av pasientrettighetslover har eskalert denne utviklingen ytterligere. I lovverket har det funnet sted en alminneliggjøring av det tidligere "herre-knekt-forholdet" mellom legen og pasienten. Knekten har fått oppjustert sin posisjon på bekostning av herren. Pasientrettighetsloven av 1999 (30), slår entydig fast at pasienten har rett til medvirkning og informasjon.

Flere har rettet oppmerksomheten mot hvorvidt anestesiutdannelsen i kommunikasjon er god nok. Den medisinske historikeren E. Shorter mente at for leger generelt hadde ferdighetene i samtaleteknikk falt dramatisk i kjølvannet de store terapeutiske gjennombruddene etter den andre verdenskrig (31). Anestesiens ekspansjon til områder som smertebehandling og perioperativ pleie, har gjort at anestesileger har økt kontakt med pasienter som er våkne. Dette har i neste omgang gjort det mulig å ytterligere stress viktigheten av kommunikative egenskaper. Da kontakten med pasienten ved den preoperative anestesivisitten ofte er svært kort, er evnen til god kommunikasjon svært viktig for å utnytte den tiden som er tilgjengelig (32).

Fra Nürnbergkoden og via Helsinkideklarasjonene fra 1964 og 1975, har kravet om informert samtykke vokst seg større og større. Pasientens autonomi blir vurdert høyere enn helsepersonellens ønske om velgjørenhet. Dette legger sterke føringer og krav til kvaliteten på legens informasjon til pasientene. I majoriteten av tilfellene vil pasienten og anestesilegen være enig om planen for behandlingen. Men respekt for pasientens selvråderett blir mer problematisk når det oppstår uenighet, spesielt når pasienten aviser råd som medisinsk sett er entydig til det beste, for eksempel det å velge lokal anestesi fremfor generell anestesi (33).

Det vil til stadighet oppstå situasjoner der man må vurdere hvorvidt pasienten er samtykkekompetent. Noen har hevdet at sykdom i seg selv, gjør pasienten bare delvis autonom. I anesthesiologisk arbeid kan for eksempel nevnes smertelindring ved fødsler og behandling av kroniske smerter. Pasientene vil ofte både fysisk og psykologisk være avhengig av anestesiutdannelsens intervensjon (33).

Denne problemstillingen kan overføres videre til informasjonsprosessen ved anesthesiologisk previsitt. Spørsmålet dreier seg om nivået og kvaliteten på informasjonen. Vil en pasient på noe som helst tidspunkt være fullt informert om alle tenkelige fakta som kan påvirke vedkommendes avgjørelse? Hvis nei, vil pasientens autonomi i så tilfellet være innskrenket? White sier i sin artikkel (33) at svaret på det første spørsmålet er et selvfølgelig nei, mens det neste svaret blir ja. Han påpeker videre at hvis man skulle ha hatt en previsitt som oppfylte kravene til pasientens autonomi, måtte legen ha inntatt en rolle som en nøytral informasjons

bank. Dette er jo på ingen måte representativt for det møtet pasientene ønsker å ha med anestesilegen før operasjonen. Derfor vil pasientens avgjørelser alltid til en viss grad være basert på en redusert selvråderett.

Forrest et al. gjennomførte en studie (34) der man så på betydningen av risikofaktorer kategorisert som preoperativ sykdom, kirurgisk prosedyrer, demografiske variabler og anestesimetoder, i forhold til alvorlig uønskede perioperative hendelser. Resultatene var noe overraskende. For det første var antallet prediktorer assosiert med hver risikokategori, veldig lavt med tanke på mangfoldet av tilstander innen medisinsk praksis. For det andre var insidensen av komplikasjoner assosiert med de ulike prediktorene lav i de aller fleste tilfellene. For det tredje fant man at interaksjonen mellom sykdomstilstander, prosedyrer, demografiske faktorer og anestesimetoder gav ulike risikoprofiler. En pasient kan altså bli utsatt for ulik risiko avhengig av type behandling. For det fjerde, og kanskje aller mest interessant i denne sammenheng, viste det seg at det var samtalen med pasienten som avdekket risikofaktorene, og ikke screening prøver og diagnostiske data samlet inn uavhengig av anamnesen. Dette understreker den manglende verdien uavhengige screening prøver har i previsitten, og hvor grunnleggende den gode pasientsamtalen er i previsitten (35).

Tidligere, da anestesiarbeidet på de ulike sykehusene var av en atskillig mindre målestokk enn hva som er tilfellet i dag, var det vanlig at det var samme anestesilegen som gikk previsitt og som senere stod for gjennomføringen av anestesiprosedyren. På de ulike avdelingene er dette i dag sjelden tilfellet. Simini et al. (36) undersøkte nærmere problemstillingen som kan kalles ”en pasient – en anestesilege” (modell A) versus ”en pasient – to anestesileger” (modell B). 81,3% av de spurte anesthesiavdelingene foretrakk modell A, 10,1% foretrakk modell B, mens 8,6% hadde ingen preferanser. Det var likevel 89,9% av avdelingene som praktiserte modell B. Den store majoriteten av pasientene foretrakk i likhet med legene modell A. Den rådende praksisen er dermed ikke i samsvar med verken anestesilegene eller pasientene sine ønsker.

Pasientens perspektiv og legens perspektiv kan komme på kollisjonskurs i flere sammenhenger. Macario et al. (37) undersøkte hvilke kliniske bivirkninger ved anestesi legene trodde pasientens mente var viktigst å unngå. I rangert rekkefølge listet man opp: innledende smerter, kvalme, oppkast, preoperativ engstelse, og ubehag under innleggelse av intravenøs tilgang. Tilsvarende undersøkelse av pasientens rangering viste at det kun var samsvar med innledende smerte, oppkast og kvalme. Kopp (38) konkluderte med at kanskje det ikke er automatikk i at mange års fartstid i praksis, gir innsikt i pasientens bekymringer. Tilsvarende viste Fung og Cohen i sitt materiale at anestesilegene undervurderte den vekten pasientene la på verdien av informasjon og kommunikasjon under previsitten (12).

### **Den økonomisk ansvarlig sitt perspektiv:**

Denne innfallsvinkelen har stimulert utviklingen og nytenkning innen effektivisering av det preoperative arbeidet. Det tidligste publiserte etterspørselen etter anesthesi poliklinikker kom allerede i 1949 (12). De siste årene har slike poliklinikker blitt mer og mer vanlig. Praksisen er likevel så fersk, at det foreligger lite forskning på denne organiseringen av arbeidet. Hariharan et al. undersøkte preanestesi poliklinikk på Trinidad. De fant at blant pasientene som hadde oppsøkt anesthesi poliklinikken forut for operasjonen, var det en signifikant reduksjon av tilfeller med sen kansellering av operasjonen. Hyppigste årsak til slik sen avlysning, var at pasienten ikke møtte til operasjonen. De fant også at legene henviste for få pasienter til å utnyttet anesthesi poliklinikkens fulle potensial.

Den tidligere nevnte ekspansjon av anestesiens virksomhet stiller krav til sterkere formalisering av avdelingenes arbeid. Som antydnet ovenfor, er preoperative diagnostiske tester uten spesifikke indikasjoner, verken nyttige eller kostnadseffektive. Preoperative laboratorietester bør være basert på faktorer som alder, kjønn, tidligere og kroniske sykdommer, type kirurgi og anestesi (40). En god preoperativ vurdering med en tilfredstillende anamnese legger grunnlaget for dette.

I forbindelse med evaluering av rammene for anestesi previsitten, er timingen for møtet mellom pasient og lege et mye diskutert tema. I lys av dagens krav til respekt for pasientens autonomi, og at forholdene skal legges til rette for et veloverveid informert samtykke fra pasienten, har flere pekt på at det er etisk problematisk at anestesi previsitten gjerne finner sted etter innleggelsen i avdelingen. Dette fordi omgivelsene da i seg selv legger store føringer på pasientens avgjørelser, og gir den enkelte lite tid til å vurdere sin situasjon (41). Anestesipoliklinikker representerer en mulig løsning på dette problemet i forhold til elektive pasientinnleggelser.

Anestesi forberedelser blir også gjenstand for granskning i forhold til økonomiske innsparinger. Enkelte har annonsert muligheten av større vekt på skriftlig informasjon, for å redusere tiden anestesilegene må bruke på previsitt. Det er imidlertid viktig å merke seg at selv om skriftelig informasjon kan sikre et minimum av fullstendighet, og gi pasienten mulighet til repetisjon og refleksjon, vil det ikke kunne erstatte den muntlige kommunikasjonen. Muntlig informasjon kan lett individualiseres i forhold til pasientens behov, og er egnet til å skape nærhet og tillit mellom pasient og lege. Skriftlig og muntlig informasjon kan i så måte utfyller hverandre (25).

Legeressurser kan imidlertid frigis gjennom den todeling som har blitt mer og mer utbredt, der både anestesileger og anestesisykepleiere utfører previsitten. Fordelene ved en slik praksis har vist seg å være flere. Blant annet det overlappende perspektivet man finner hos sykepleiere med spesialutdannelse innenfor anestisifaget, men som også er godt kjent med sykepleiefagets omsorgstilnærming, på engelsk kalt "the nursing perspectives" (40).

## **V. Diskusjon:**

Den høye forekomsten av avdelinger som kunne bekrefte at de hadde standard prosedyre med anestesi previsitt og skriftlige retningslinjer for denne, var noe overraskende ved evalueringen av spørreundersøkelsen. For alle involverte parter må dette kunne sies å være en positiv overraskelse. Likevel var det flere både eksplisitte og implisitte signaler i materialet, om at retningslinjene og prosedyrene hovedsakelig omhandlet de tekniske og organisatoriske forholdene rundt previsitten. Kvaliteten på innholdet i møte mellom pasient og behandler, så ut til å være mindre belyst. Ved å overlate til den enkelte fagperson å utforme den kvalitative disposisjonen til previsitten, vil sannsynligheten for at pasienten sitter igjen med en følelse av mangelfull informasjon kunne øke. Denne faren vil aldri kunne elimineres helt, men en generell beskrivelse av hvordan man bør møte pasienten og skape en god ramme for informasjon og veiledning, vil kunne sikre kvaliteten på informasjonen. Et slikt perspektiv på informasjon trenger ikke å gå på akkord med det medisinsk faglige innholdet i retningslinjene, men kan bidra til å styrke viljen og evnen til å se saken fra pasientens ståsted. Ved utarbeidelsen av retningslinjene, skal man imidlertid ta høyde for de mange uforutsigbare faktorer og variabler som påvirker møtet mellom pasienten og legen.

Flere studier har vist betydningen av at informasjonen ved anestesi previsitt er tilpasset den enkelte pasientens behov og ønsker (13). Dette gjør jobben med utarbeidelsen av generelle retningslinjer mer komplisert. Det understreker nødvendigheten av rom for individuell tilpasning av retningslinjene. Den manglende vektleggingen og fokus på en slik individualisering av informasjonen ved previsitten, er et forhold i materialet fra spørreundersøkelsen som gir grunn til bekymring.

Undersøkelser i andre land har vist at flere har etterspurt sentrale retningslinjer fra landets anestesiforeninger, både med tanke på informasjonen gitt under selve previsitten, og for innholdet i eventuell supplerende informasjonsmateriale (42). Enkelte av respondentene til spørreskjemaet i denne oppgaven, gav også uttrykk for et slikt ønske, spesielt angående spørsmål om risikoinformasjon. Ønsket i fagkretsene om tydeligere sentrale retningslinjer for informasjonsomfanget ved anestesi previsitten, ser altså ut til å også være gjeldene i Norge. Men i tråd med tidligere funn, gav flere av respondenten til spørreskjemaet uttrykk for behov for eventuelle lokale justeringer av slike retningslinjer ved det enkelte helseforetak og avdeling.

Vår tids nye pasientrolle og legerolle har vært trukket frem som viktige føringer når det gjelder dagens krav og rammer for pasientinformasjon (29). Nye lover og juridiske bestemmelser har befestet pasientens stilling og autonomi ved spørsmål om medisinsk intervensjon. Mens det ovenfor ble understreket verdien av å definere rammer for innholdet i pasientinformasjonen ved anestesi previsitten gjennom retningslinjer, er det grunn til å advare mot å la det juridiske perspektivet i for stor grad bli rettesnor i en slik innramming. Jussens kjølige og upersonlige tilnærming vil kunne medføre en fare for å bite seg selv i halen hva gjelder pasientinformasjon. Det er påvist at pasienter som oppfatter det informerte samtykke som en juridisk formalitet, bruker mindre tid på å studere informasjonen, og husker innholdet dårligere (25). Det er derfor et poeng at informasjonen må vektlegge det pedagogiske budskapet og den mellommenneskelige konteksten informasjonen gis i, fremfor formelle juridiske retningslinjer. På den måten er sannsynligheten størst for å oppnå de dokumenterte gunstige effektene av en velinformert pasient, som for eksempel redusert preoperativ engstelse og et kvalitativt bedre postoperativt forløp (17, 18).

Debatten rundt hvorvidt det skal innhentes et eget skriftlig samtykke til anestesi prosedyrer fra pasienten, har versert i flere land. Den naturlige symbiosen mellom kirurgien og anestesi i sfæren rundt operasjonssalen, representerer tidvis en kilde til forvirring både for pasienter og fagpersoner. Grenselinjene mellom kirurg og anestesilege blir ofte utydelige, og man kan sitte igjen med en følelse av at anestesi bare følger kirurgien helt automatisk. Men anestesiarbeidet er heftet med et eget, og tidvis uavhengig, sett med risikofaktorer og bivirkninger. Dette er det viktig at pasienten gjøres oppmerksom på. Krav til eget skriftlig samtykke for anestesi prosedyrene, kan nok tenkes å sikre en økt bevissthet hos de involverte partene omkring denne problemstillingen. Samtidig må en slik eventuell samtykke praksis konstrueres slik at den unngår den juridiske fallgraven nevnt i forrige avsnitt. Samtykke formularer kan lett bli oppfattet som defensive juridiske forpliktelser. Et fokus der det skinner igjennom at målsetningen er en best mulig informert og samtykke kompetent pasient er derfor ønskelig, framfor et bilde preget av behov for juridisk ryggdekning. I sum fremstår likevel argumentene som sterke nok, til å anbefale en debatt omkring separat skriftlig samtykke for anestesi også i Norge.

Det har vært pekt på de sterke og svake sidene ved henholdsvis muntlig og skriftlig informasjon. Supplerende informasjon kan selvfølgelig utvides til også å omfatte andre mediekkanaler som for eksempel video. Det virker uansett klart at de ulike formene for opplysningskilder alene ofte vil være utilstrekkelig, men at de sammen kan utfylle hverandre. Skriftlig informasjon vil kunne sikre en grad av minimumsinformasjon, som man alltid er avhengig av. Hvis gitt i god nok tid, vil det kunne legge til rette for en bedre forberedt pasient, som er direkte i forhold til sine spørsmål ved previsitten. Salzwedel et al. (22) påviste riktignok at anestesi previsitten tok lenger tid som følge av bruk av informasjonsvideo i forkant. Likevel vil dette kunne forsvares, når man setter pasientens utbytte av samtalen som en viktig målsetning for arbeidet. Det samme vil gjelde det faktum at hospitaliseringstiden forblir den samme uavhengig av graden av pasientinformasjon preoperativt. Kvaliteten på pasientens postoperative fase øker. Det er naturlig nok grunn til å være bekymret angående hvordan disse argumentene vil holde stand i møte med dagens krav til økonomisk lønnsom drift.

Slik som Leigh et al. (21) slo fast for over 30 år siden, vil en informasjonsbrosjyre eller en informasjonsvideo aldri kunne fungerer som en fullgod erstatter for møtet mellom pasient og lege. Slikt materiale har imidlertid vist seg å kunne medvirke til å redusere pasientens angstnivå før forestående kirurgisk inngrep (20, 22), og representerer med andre ord et god supplement til legesamtalen. Dersom man har gode rutiner for distribusjon av slik supplerende informasjon i forkant av hospitaliseringen, vil man kunne dra maksimal nytte av fordelene til blant annet informasjonsbrosjyrer. Det gjelder for eksempel pasientens mulighet for repetisjon og refleksjon i rolige og kjente omgivelser hjemme.

Spørsmål angående risikoinformasjon vil alltid være et aktuelt tema. I likhet med flere andre situasjoner er det vanskelig å gi en fasit i forhold til hvilket detaljnivå man skal legge seg på. Pasientrettighetsloven (30) stiller imidlertid strenge krav til innholdet i pasientinformasjonen. Paragraf 3-2 sitt klare budskap er det skal veldige gode grunner til før man avstår fra å gi pasienten informasjon. Funnene i spørreundersøkelsen viser at praksisen ved norske helseforetak, ikke tar lovverkets krav alvorlig nok når det kommer til risikoinformasjon ved anestesi. Her blir det viktig å understreke de studier som har demonstrert at detaljert risikoinformasjon preoperativt, ikke øker pasientens angstnivå (20). Nettopp en slik frykt for å skape unødig angst hos pasienten gjennom detaljert risikoinformasjon, kom til uttrykk hos

enkelte av respondentene til spørreundersøkelsen. Motivet deres er selvfølgelig godt, men representerer altså i følge empiri en uberettiget bekymring.

Fordelingen av previsitt arbeidet mellom anestesileger og anestesisykepleiere ser ut til å være en veletablert arbeidsmodell ved flere norske sykehus. Som nevnt i resultatkapitlet var det en interessant observasjon at en slik todeling var mest utbredt ved de større helseforetakene. Tilgangen på anestesileger så dermed ikke ut til å være det avgjørende for en slik organisering. I forlengelsen av dette ville det være naturlig å spekulere i om det er tilgjengeligheten av anestesisykepleierne som er det avgjørende. Oppgavens materiale gir ingen holdepunkter for en slik konklusjon. De store helseforetakene kan derimot tenkes å ha en klar fordel hva gjelder utvikling av et faglig miljø og rekruttering av anestesisykepleier. Dette skyldes ikke bare bedre tilgjengeligheten av sykepleiere, men trolig også større tiltrekningskraft, som følge av mer variert og avansert aktivitet. Hvorvidt dette er den hele og fulle forklaring, blir derimot et ubesvart spørsmål

De positive effektene i kjølvannet av en slik organisering, der man fordeler previsitt arbeidet mellom sykepleiere og leger, er trolig mer vidtstreckende en bare økonomisk gevinst og frigjøring av lege arbeidskraft. Blant annet representerer sykepleiestandens omsorgsperspektiv et fokus som kan legge til rette for mer dialog enn monolog fra fagpersonens side under den preoperative anestesivisitten. Et samarbeid der de to yrkesgruppene fungerer innenfor sine respektive kompetanseområder, vil med andre ord kunne tilføre et nyttig og fruktbart samspill for begge faggrupper, med en utvidet horisont for pasientens interesser.

I en heltisk hverdag på et sykehus blir tiden rakst mangelvare. Konsekvensen er naturlig nok at det hele veien må gjøres prioriteringer. Økonomiske hensyn vil også til enhver tid være av avgjørende betydning for nevnte prioriteringer. Midt i denne tidvis stormfulle tilværelsen, er det lett å tenke seg at anesthesi previsitten kan bli offer for uheldige nedskjæringer. Nettopp i en slik situasjon vil verdien av gode retningslinjer for gjennomføringen av previsitten og kvaliteten på den informasjonen pasienten bør gis, være stor. Samtidig er det viktig at man i utarbeidelsen av slike retningslinjer tar mål av seg å utforme et dokument som fremstår som overkommelig og praktisk gjennomførbart. Så lenge slike retningslinjer ikke er å oppfatte som en lov, vil de lett bli gjenstand for neglisjering hvis de oppleves som å være utopiske for en travel anesthesiavdeling.

Pasient-lege samtalen inneholder av og til kompliserende forhold som ikke er belyst i denne oppgaven. Det gjelder blant annet pårørendes rolle, spesielt i situasjoner der pasienten selv ikke er samtykkekompetent. Der pasienten er et barn, vil man også stå ovenfor ekstra utfordringer. Dette er sentrale aspekter ved spørsmål angående pasientinformasjon, og bør belyses i fremtidig forskning og arbeid med retningslinjer for den preoperative anestesivisitten.

### **Konklusjon:**

Studien viste at en overraskende stor del av landets helseforetak har anesthesi previsitt som en standard prosedyre, samt at de har skriftlige retningslinjer for denne. Forfatteren fant det imidlertid bekymringsfullt at det var lite fokus på kvaliteten og rammen for møtet mellom pasient og lege i disse retningslinjene, og at verdien av individualisering av pasientinformasjonen var manglende understreket. Materialet viste også at Pasientrettighetslovens krav til informasjon, i stor grad ikke er tilstrekkelig imøtekommet hva gjelder risikoinformasjon. En modell med fordeling av anesthesi previsitt aktiviteten mellom anestesileger og –sykepleiere, viste seg å være veletablert ved flere helseforetak. Et slikt

tverrfaglig samarbeid har trolig positiv innvirkning på utviklingen av en mer pasientfokusert preoperativ anestesivisitt, i tillegg til mer åpenbare økonomiske og ressursbesparende gevinster.



## **Litteraturliste:**

1. Benestad HB, Laake P (red): *Forskningsmetode i medisin og biofag*. ISBN 82-05-31115-3, Gyldendal Akademisk, Oslo 2005.
2. Norsk anesthesiologisk forening: *Standard for anestesi*, 2005.
3. The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland: *Consent for Anaesthesia*, London 2006.
4. National Health Service (GB): *National Good Practice Guidance on Pre-operative Assessment for Day Surgery*, 2002.
5. National Health Service (GB): *National Good Practice Guidance on Pre-operative Assessment for Inpatient Surgery*, 2003.
6. The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland: *Pre-operativ Assessment The Role of the Anaesthetist*, 2001.
7. The American Society of Anesthesiologists: *Basic Standards of Preanesthesia Care*, 1987.
8. The Task Force on Preanesthesia Evaluation (ASA): *Practice Advisory for Preanesthesia Evaluation*. *Anesthesiology* 2002, 96:485-96.
9. Australian Government National Health and Medical Research Council: *General Guidelines for Medical Practitioners on Providing Information to Patients*, Australia 2004.
10. Watkins EJ, Milligan LJ, O'Beirne HA: *Information and consent for anaesthesia: a postal survey of current practice in Great Britain*. *Anaesthesia* 2001, 56:879-905.
11. Thoms GMM, McHugh GA, Lack JA: *What information do anaesthetists provide for patients?* *British Journal of Anaesthesia* 2002, 89:917-19.
12. Kopp VJ: *Preoperative Preparation Value, Perspective and Practice in Patient Care*. *Anesthesiol Clinics of North America* 2000, 18:551-74.
13. Kluft JM, Roizen MF: *Current Understanding of Patients' Attitudes Toward and Preparation for Anesthesia: A Review*. *Anesth Analg* 1996, 83: 1314-21.
14. Chew STH, Tan T, Tan SS, Ip-Yam PC: *A Survey of Patients' Knowledge of Anaesthesia and Perioperative Care*. *Singapore Med J*. 1998, 39:399-402.
15. Waisel DB, Truog RD: *The Benefits of the Explanation of the Risks of Anesthesia in the Day Surgery Patient*. *Journal of Clinical Anesthesia* 1995, 7: 200-204.
16. Maranets I, Kain ZN: *Preoperative anxiety and intraoperative anesthetic requirements*. *Anesth Analg* 1999, 89: 1346-51.
17. Egbert LD, Battit G, Turndorf H, Beecher HK: *The value of the preoperative visit by an anesthetist. A study of doctor-patient rapport*. *The Journal of the American Medical Association* 1963, 17: 553-5.
18. Lam KK, Chan MTV, Chen PP, Kee WDN: *Structured Preoperative Patient Education for Patient-Controlled Analgesia*. *Journal of Clinical Anesthesia* 2001, 13: 465-469.
19. Bondy LR, Sims N, Schroeder DR, Offord KP, Narr BJ: *The Effect of Anesthetic Patient Education on Preoperative Patient Anxiety*. *Regional Anesthesia and Pain Medicine* 1999, 24: 158-164.
20. Lee A, Chui PT, Gin T: *Educating Patients About Anesthesia: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials of Media-Based Interventions*. *Anesth Analg* 2003, 96: 1424-31.
21. Leigh JM, Walker J, Janaganathan P: *Effect of preoperative anaesthetic visit on anxiety*. *Br Med J*. 1977, 15: 987-9.
22. Salzwedel C, Petersen C, Blanc I, Koch U, Goetz AE, Schuster M: *The Effect of Detailed, Video-Assisted Anesthesia Risk Education on Patient Anxiety and the Duration of the Preanesthetic Interview*. *Anesth Analg* 2008, 106: 202-9.

23. Heidegger T, Nuebling M, Germann R, Borg H, Flückiger K, Coi T, Husemann Y: Patient satisfaction with anesthesia care: information alone does not lead to improvement. *Can J Anesth* 2004, 51: 801-805.
24. Snyder-Ramos SA, Seintsch H, Böttiger BW, Motsch J, Martin E, Bauer M: Patient Satisfaction and Information Gain After the Preanesthetic Visit: A Comparison of Face-to-Face Interview, Brochure, and Video. *Anesth Analg* 2005, 100: 1753-8.
25. Aunan E: Skriftlig informasjon og smatytte til ortopedisk kirurgi. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003, 18: 2594-6.
26. Bethune L, Harper N, Lucas DN, Robinson NP, Cox M, Lilley A, Yentis SM: Complications of obstetric regional analgesia: how much information is enough? *International Journal of Obstetric Anesthesia* 2004, 13: 30-34.
27. Liang BA: What Needs To Be Said? Informed Consent in the Context of Spinal Anesthesia. *Journal of Clinical Anesthesia* 1996, 8: 525-527.
28. White SM, Baldwin TJ: Consent for Anaesthesia. *Anaesthesia* 2003, 58: 760-774.
29. Bjørndal A: Pasientene får mer makt. *Dagens Medisin* 2004, 02/04.
30. Sosial og helsedepartementet: Lov om pasientrettigheter, Lov 1999-07-02 nr 63.
31. Loge JH: En god samtale om en dårlig nyhet – er det mulig? *Omsorg* 2003, 2: 13-17.
32. Hepner DL, Bader AM: The Perioperative and Professionalism: The Two Must go Together. *Anesth Analg* 2001, 93: 1088-1090.
33. White SM: Consent for anaesthesia. *J Med Ethics* 2004, 30: 286-290.
34. Forrest JB, Rehder K, Cahalan MK, Goldsmith CH: Multicenter study of general anesthesia. III. Predictors of severe perioperative adverse outcomes. *Anesthesiology*, 1992, 76: 3-15.
35. Kopp VJ, Shafer A: Anesthesiologists and Perioperative Communication. *Anesthesiology* 2000, 93: 548-55.
36. Simini B, Bertolini G: Should same anaesthetist do preoperative anaesthetic visit and give subsequent anaesthetic? *BMJ* 2003, 327: 79-80.
37. Macario A, Weigner M, Truong P: Which clinical anesthesia outcomes are both common and important to avoid? The perspective of a panel of expert anesthesiologists. *Anesth Analg* 1999, 88: 1085-1091.
38. Kopp VJ: Communication with patients before anesthesia and obtention of preanesthetic consent. *Current Opinion in Anesthesiology* 2002, 15: 251-255.
39. Hariharan S, Chen D, Merritt-Charles L: Evaluation of the utilization of the preanaesthetic clinics in a University teaching hospital. *BMC Health Services Research* 2006, 6:59.
40. Cassidy J, Marley RA: Preoperative Assessment of the Ambulatory Patient. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 1996, 11: 334-343.
41. Maltby JR, Eagle CJ: Informed consent for clinical anaesthesia research. *Can J Anaesth* 1993, 40: 891-6.
42. Thoms GMM, McHuch GA, Lacj JA: What information do anaesthetists provide for patients? *British Journal of Anaesthesia* 2002, 89: 917-919.