

Idékatalog, anæstesitilsyn

Den 8. december 2020 samlede Vælg Klogt fagpersoner, patienter og patientrepræsentanter til workshop. Formålet var i fællesskab at blive klogere på:

1. Hvornår er det nødvendigt at afholde anæstesitilsyn som fysisk møde før lavrisiko-operationer, og hvornår er det unødvendigt?
2. Hvilke alternativer (fx telemedicin) kan der være til at mødes fysisk ved anæstesitilsyn, når der er tale om lavrisiko operationer? Og hvilke fordele og ulemper er der ved alternativerne?

Sammensætningen fra deltagerne gjorde, at drøftelserne kom omkring mange relevante perspektiver på anbefalingen og bidrog med vigtige refleksioner til det videre arbejde.

Fastholdelse af gode erfaringer

Under Covid-19 pandemien er anæstesitilsyn blevet omlagt til alternative løsninger, så patienterne holdes væk fra hospitalerne så vidt muligt. Derfor efterleves denne Vælg Klogt-anbefaling allerede rigtig mange steder. Det er ikke så overraskende, da anbefalingen er affødt af gode erfaringer fra ændrede arbejdsgange i sundhedsvæsenet under Covid-19. Hensigten med anbefalingen er derfor at fastholde og udbrede de gode erfaringer – så man i sundhedsvæsenet ikke går tilbage til unødvendige procedurer, når pandemien er ovre.

Drøftelserne på workshoppen handlede i høj grad om, hvordan vi sikrer kvaliteten i anæstesitilsyn, når mødet ikke er fysisk, og i mindre grad om innovative telemedicinske løsninger for anæstesitilsyn. Derfor er indeværende idékatalog en opsamling på, hvilke overvejelser, der er relevante, når hospitalerne organiserer anæstesitilsyn før lavrisiko-operationer uden fysisk møde.

21. januar 2021

Vælg Klogt

Et samarbejde mellem
læger og patienter

Olof Palmes Allé 25
DK – 8200 Aarhus N

majstk@rm.dk
23 93 61 41

www.vaelgklogt.dk

Anbefaling

Udgangspunktet for drøftelserne på workshoppen var Vælg Klogts bud på følgende anbefaling:

"Undgå anæstesitilsyn ved fysisk fremmøde før lavrisiko-operationer."

Definitioner

Anæstesitilsyn

Anæstesitilsyn er en konsultation, hvor planen for bedøvelse i forbindelse med et indgreb lægges. Formålet med tilsynet er: 1) at vælge den rette form for anæstesi, 2) at vurdere anæstesimidler, overvågning og eventuelt behov for medicinering eller prøver før indgrebet, 3) at afdække allergier, vurdere luftvejene mm. og 4) at informere og forberede patienten på den forestående bedøvelse, og så vidt muligt tage hensyn til den enkelte patients ønsker.

Lavrisiko-operation

Lavrisiko-operationer er mindre kirurgiske indgreb, hvor den samlede operationsrisiko er lav. Patientens risiko for komplikationer under og efter indgrebet vurderes ud fra indgrebets omfang samt vurdering af patientens helbredstilstand og funktionsniveau. Patienter bliver inddelt i kategorier ud fra et anerkendt klassificeringssystem; American Society of Anesthesiologists (ASA)-klassifikationen (1). Raske patienter klassificeres som ASA I. Patienter uden væsentlig funktionsnedsættelse og med let systemisk sygdom svarende til; ryger, alkoholindtag i social sammenhæng, gravid, svær overvægt ($30 < \text{BMI} < 40$), velbehandlet sukkersyge/blodtryk/mild lungesygdom klassificeres som ASA II. Denne Vælg Klogt-anbefaling omfatter patienter, der er i grupperne ASA I og II. Eksempler på lavrisiko-operationer er: brokoperationer, diverse kikkertoperationer, diverse gynækologiske operationer, hånd- og fodkirurgi, kosmetiske indgreb m.fl.

Indsatsområder

På workshoppen blev der videndelt for at blive klogere på, hvornår anæstesitilsyn før lavrisiko-operationer er unødvendige at gennemføre ved fysiske møder. Og ikke mindst, hvilke muligheder der er for at

udvikle gode digitale anæstesitilsyn, hvor både patienter, sundhedspersonale og sundhedsvæsenet undgår unødvendige møder.

Vidensopsamlingen er inddelt i tre overordnede emner:

1. Konsensus på workshopen
2. Skalering af konsultationsform
3. Information til patienter

Med afsæt i løsningsforslagene, som er beskrevet i dette idékatalog, vil Vælg Klogt iværksætte samarbejder og tiltag, som skal implementere anbefalingen og kvalificere praksis.

1. Konsensus på workshopen

Indikation for fysiske anæstesitilsyn

Der var enighed blandt deltagerne på workshopen om, at der altid skal være mulighed for et fysisk anæstesitilsyn, når der er et behov. Deltagerne beskrev to overordnede faktorer, som skal kunne udløse et fysisk anæstesitilsyn:

- 1) Et sundhedsfagligt behov (kompleks sygdom, konkurrerende lidelser, usikkerhed om besværlige luftveje, manglende gabeevne mm.).
- 2) Hvis patienten er utryg (ved anæstesen, nåleskræk, stresset over situationen mm.).

Anæstesitilsyn uden fysisk møde

Deltagerne delte erfaringer og idéer om anæstesitilsyn før lavrisiko-operationer. De var enige om, at mulighederne var mange, og at den rette løsning afhænger af, hvordan man er organiseret på det enkelte hospital samt fagpersonernes og patienternes præferencer. De former for anæstesitilsyn, der blev omtalt på workshopen var:

- Telefonkonsultation
- Videokonsultation
- Videoambulatorie i sundhedshus – i tilfælde, hvor der er lang transport til hospitalet
- Online spørgeskema
- Kirurger vurderer behovet for anæstesitilsyn før operation ud fra screeningskriterier.

- Papirtilsyn, hvor anæstesilæger vurderer behov for anæstesitilsyn ud fra journal, spørgeskema og kirurgens vurdering.

Det blev understreget, at det er vigtigt, at operationer ikke bliver aflyst på baggrund af oversete dårlige luftveje, manglende prøver o.l., som anæstesitilsynet er med til at sikre. Der blev desuden talt om, at telemedicinske løsninger kræver it-kompetencer samt udstyr, hvilket måske kan være en udfordring for nogle patienter og læger.

Overvejelser om ressourcer

De teknologiske og praktiske udfordringer ved telefon- og videokonsultationer blev drøftet. Deltagerne beskrev, at begge metoder kræver et fysisk rum at sidde i for anæstesilægen, og i forbindelse med videokonsultation endvidere en god internetforbindelse og it-udstyr.

På den baggrund blev der talt om, at en omlægning af anæstesitilsyn ikke nødvendigvis sparer tid og ressourcer, da det for lægen minder om et fysisk møde. Men der var enighed om, at patienten kan spare tid og penge ved ikke at skulle transportere sig unødigt til hospitalet.

Patienterne understregede dog, at det er vigtigt at få et tidspunkt eller et kort tidsrum for det telemedicinske anæstesitilsyn, så man som patient ikke spilder tid på at afvente et opkald i stedet.

Da anæstesilæger allerede nogle steder *ikke* ser patienten før ved selve operationen, blev det understreget, at implementeringsindsatserne for Vælg Klogt-anbefalingen ikke må blive mere tidskrævende for lægerne end udgangspunktet.

Eksisterende projekter

- På Hvidovre Hospital ser anæstesilægen som udgangspunkt ikke patienterne i dagkirurgien før ved operationen. Kirurgerne screener patienterne efter kriterier for at vurdere, hvem der skal tilses af en anæstesilæge. Screeningskriterierne er lavet ud fra et fagligt- og sikkerhedshensyn. Samtidig får patienterne tilbud om at se en anæstesilæge, hvis de er utrygge.
- På regionshospitalet Viborg laver de papirtilsyn forud for lavrisiko-operationer. Anæstesilægerne gennemgår journaler på operationspatienterne og vurderer på baggrund af journal, kirurgernes vurdering og et online spørgeskema, om der er behov for et fysisk anæstesitilsyn. Anæstesilæger og kirurger har et tæt samarbejde om

denne proces. Patienterne får også her tilbudt et fysisk anæstesitilsyn, hvis de er utrygge.

- I Morsø Sundhedscenter har de et videoambulatorie, hvor borgerne kan tale med en anæstesilæge på enten Thisted eller Aalborg hospital. Videoambulatoriet indeholder alt nødvendigt udstyr til en videokonsultation; It-udstyr og -support, vægt, blodtryksmåler mm.

Løsningsforslag

- Evalueringsopsamlinger af patienters oplevelser med anæstesitilsyn uden fysisk møde er ikke kendt af Vælg Klogt. Sådanne opsamlinger er en nødvendighed forud for implementering af anbefalingen.

Feedback

Der var ingen yderligere kommentarer til dette afsnit fra workshopdeltagerne.

2. Skalering af konsultationsform

Drøftelse af skaleringsmodel

På workshoppen blev det drøftet, hvordan og hvornår den ene form for anæstesitilsyn skal vælges frem for en anden. Herfra udsprang idéen om en skaleringsmodel, der kan hjælpe til at vælge den rette konsultationsform. Det blev tilføjet, at hvis en sådan model skal udvikles, skal der beskrives et standardiseret forløb og procedure, som inkluderer patienttyper, udredningsprogrammer, operationstyper og anæstesityper. Deltagerne mente også, at proceduren skal indeholde information om, hvem der skal træffe beslutningen om skalering af konsultationsformen – hvilken sundhedsfaglig person, der screener patienten, og hvem der træffer den endelige beslutning. Derudover skal patientens præferencer for den ene eller den anden konsultationsform inddrages – fx via et elektronisk spørgeskema.

Opmærksomhedspunkter

Deltagerne gjorde opmærksomme på, at kirurgen og anæstesilægen kan have forskellige vurderinger af den samme person. Derfor vil en skaleringsmodel kræve et godt organisatorisk samarbejde på tværs af specialer, og der var også forbehold for, hvorvidt den samme model vil

kunne bruges af alle. I selve implementering og forankringen vil det derfor nok blive nødvendigt at tænke lokal tilpasning ind. Endelig var der fokus på, at man i arbejdet med en skaleringsmodel skal sikre sig mod fejl.

Løsningsforslag

- "Tilsynstrappen" var et bud på et navn til en skaleringsmodel for anæstesitilsyn, som blev drøftet på workshopen. Idéen med en skaleringsmodel er, at jo højere op på stigen du kommer, jo mere ressourcekrævende er anæstesitilsynet (tidsmæssigt og økonomisk). Det mindst ressourcekrævende er et "papir"/journal-tilsyn, derefter telefonisk anæstesitilsyn, video anæstesitilsyn og øverst det fysiske anæstesitilsyn. Den enkelte afdeling beslutter hvilket anæstesitilsyn, der skal være udgangspunktet (fx journal-tilsyn), og så kan der skaleres op ved behov. Tanken er, at mødeformen ændres (skaleres op), hvis lægen ud fra opsatte kriterier vurderer, at der er behov for anden konsultationsform fx video eller fysisk. På samme måde vil patienten kunne ændre på konsultationsformen, hvis han har præferencer.

Eksisterende projekter

- Ikke kendt.

Feedback

I tilbagemeldingerne på idékataloget blev der gjort opmærksom på, at der er mange detaljer, der skal tages stilling til under udviklingen af en skaleringsstrappe for anæstesitilsyn, så værktøjets funktion bliver tydelig. Først og fremmest skal det tydeliggøres, hvad der skal vægte i forhold til valget af anæstesitilsyn; om det er patientens/lægens ønsker, eller om det laveste trin (journal-tilsyn) der altid skal være udgangspunktet. Derudover blev der udtrykt tvivl om, hvor hensigtsmæssigt det er, at kun to kategorier afgør hvor "ressourcekrævende" et tilsyn er – nemlig tid og økonomi. Der er behov en beskrivelse af, hvilken tid der er tale om; patientens eller hospitalets? Det blev derfor anbefalet at overveje, hvilken model for sundhedsøkonomi der skal lægges til grund for udvælgelsen.

3. Information til patienter

Hvad er relevant for patienten?

Et gennemgående tema på workshoppen var 'information til patienter', som står over for et kommende anæstesitilsyn. Deltagerne understregede, at patienter skal have grundig information om, hvilke muligheder de har i forbindelse med anæstesitilsyn samt tydelige kriterier for, hvornår hvilken konsultationsform er tilstrækkelig. Der var ønsker om, at informationsmaterialet skulle indeholde viden om alle de forhold, der kan være relevante som patient; fx ventetid ved forskellige konsultationsformer, informationer om anæstesi og formålet med anæstesitilsynet. På samme måde mente deltagerne, at det er en fordel, at patienter får information om, hvad lægen gerne vil vide ved det forestående anæstesitilsyn – fx ved konkrete eksempler på, hvorfor lægen spørger som han gør. Det blev desuden understreget, at informationsmaterialet selvfølgelig skulle sendes ud før anæstesitilsynet, for at give patienter mulighed for at forberede sig.

Udvikling af informationsmateriale

Der blev talt om fordele og ulemper ved forskellige informationskilder. Der var enighed om, at eftersom mennesker hører, forstår, lærer og tilegner sig viden forskelligt, må informationsmaterialet nødvendigvis også udgøres af flere typer materiale – ikke kun den traditionelle pjece. Idéer om at inddrage andre eksperter uden for sundhedsvæsenet – fx nogen der kan lave videoer, er it-kyndige inden for e-læring o.l., blev bakket op. Deltagerne beskrev også, at informationsmaterialet skal kunne opfylde den enkelte patients informationsbehov. Det kræver ifølge deltagerne, at der opsamles viden om, hvad patienter spørger om i forbindelse med anæstesi, for at kunne målrette informationen. Deltagerne gjorde opmærksom på, at tekst og video giver mulighed for gentagelse, hvilket kan være en fordel.

Eksisterende projekter

- Oplevelsesøkonomer er brugt på ortopædkirurgisk afdeling på Aalborg Universitetshospital til udvikling af patientmateriale. Oplevelsesøkonomerne så ting som de sundhedsfaglige ikke gjorde.

Feedback

Tilbagemeldingerne på idékataloget understregede, at Vælg Klogt med denne indsats vil kunne bidrage til at flytte fokus fra, hvad sundhedsvæsenet tror patienter har brug for information om, til et fokus på hvad patienter oplever at have brug for af information.

Referenceliste

1. Dansk Selskab for Almen Medicin. *ASA klassifikation / dansk oversættelse*. november 2015. Tilgængelig http://www.dasaim.dk/wp-content/uploads/2017/01/ASA-Physical-Status-Classification-System-2014_inkl-dansk-overs%C3%A6ttelse.pdf. Tilgået [23.11.2020].