

Anesthésie programmée au CHU du Point G: enquête de satisfaction des patients

Programmed anesthesia at the University Hospital of Point G: patient satisfaction survey

Diallo B¹, Dicko H¹, Keita M¹, Beye SA², Camara B¹, Dembélé AS³, Tall F⁴, Touré MK⁵, Diango DM³, Doumbia D¹, Coulibaly Y¹

1. Service d'Anesthésie-Réanimation & Urgences, CHU du Point G
2. Service d'Anesthésie-Réanimation, Hôpital régional de Ségou
3. Service d'Anesthésie-Réanimation & Urgences, CHU Gabriel Touré
4. Service d'Anesthésie-Réanimation & Urgences ; CHU Kati
5. Service d'Anesthésie-Réanimation, Hôpital Mère-Enfant

Auteur correspondant: Diallo Boubacar, **Email:** aboudiallo@gmail.com

Résumé

Objectif: Evaluer la satisfaction des patients opérés sous anesthésie programmée avec l'échelle de vécu périopératoire de l'anesthésie (EVAN)

Patients et méthode: Il s'agissait d'une étude transversale, évaluative, du 1^{er} au 31 janvier 2014 soit un mois. Un questionnaire d'EVAN a été rempli 24 heures après l'intervention par les patients de 18 ans au moins, opérés sous anesthésie programmée, parlant le bambara et/ou le français et ayant délibérément consenti à participer à l'étude. L'EVAN est une échelle qui permet d'exprimer un score global variant de 0 à 100 dans le sens d'une meilleure appréciation du vécu du patient. Les variations des différents scores de l'EVAN ont été comparées en fonction de l'âge, du sexe, de la classe ASA, du type d'anesthésie, de la durée de l'intervention et de la spécialité chirurgicale concernée

Résultats: L'analyse a porté sur 78 questionnaires, 50 femmes et 28 hommes de 45 ± 15 ans d'âge moyen. Les patients étaient globalement satisfaits de leur prise en charge avec un score moyen de 78 ± 9 (extrêmes : 96 et 55). Les scores de la dimension « explication » étaient les plus faibles (47 ± 28). La dimension « gênes » a enregistré les scores les plus élevés (86 ± 16). Le score global avait une corrélation significative avec la spécialité chirurgicale ($p = 0,004$). L'âge, le sexe, l'hypertension artérielle, la classe ASA, la technique et la spécialité chirurgicale, ont été retrouvés comme facteurs ayant une influence sur différentes dimensions de la satisfaction.

Conclusion: Au terme de cette enquête, il ressort que les patients opérés sous anesthésie programmée sont globalement satisfaits, même si des efforts sur l'information et les explications données doivent être fournis.

Mots clés : satisfaction, évaluation, anesthésie, Bamako

Summary

Objective : To evaluate the satisfaction of patients operated under anesthesia with programmed scale experienced perioperative anesthesia (EVAN)

Patients and method: This was a cross sectional study, evaluative, from 1 to 31 January 2014 a month. A questionnaire was filled EVAN 24 hours after surgery by 18 patients at least, programmed operated under anesthesia, speaking Bambara and / or French and who deliberately consented to participate in the study. The EVAN is a scale that allows us to express an overall score ranging from 0 to 100 in the direction of a better appreciation of the patient experience. Changes in scores of different l'EVAN were compared according to age, gender, ASA class, the type of anesthesia, duration of surgery and the surgical specialty concerned

Results: The analysis included 78 questionnaires, 50 women and 28 men aged 45 ± 15 years of average age. Patients were generally satisfied with their care with an average score of 78 ± 9 (range 96 to 55). Scores of "explanation" dimension were lowest (47 ± 28). The "discomfort" dimension has recorded the highest scores (86 ± 16). The overall score was significantly correlated with the surgical specialty ($p = 0.004$). The age, sex, hypertension, ASA class, technique and surgical specialty, were found as factors that influence different dimensions of satisfaction.

Conclusion: At the end of that investigation, it appears that patients operated on under anesthesia programmed are generally satisfied, although efforts on the information and explanations should be provided.

Keywords: satisfaction, evaluation, anesthesia, Bamako

Introduction

L'anesthésie réanimation a atteint en 20 ans un niveau de risque faible dans les pays développés et se positionne comme l'un des systèmes ultra-sûrs [1]. Cependant, dans les pays en développement, elle reste toujours à risque élevé [2]. Son exercice exige une adaptation à des particularités : abondance des pathologies, pénurie des moyens matériels et humains [3-5].

La présence d'infrastructures adéquates et de praticiens qualifiés, l'utilisation d'équipements sanitaires performants sont des facteurs capitaux, qui peuvent améliorer la qualité de l'anesthésie. En anesthésie, la qualité des soins repose sur une triple exigence: la conformité à des normes de sécurité, le suivi continu d'indicateurs de fonctionnement et de résultats, et la prise en compte de la satisfaction des patients [6, 7, 8].

L'évaluation de la satisfaction des patients, dans le contexte de l'anesthésie, est difficile. Elle se heurte à des difficultés conceptuelles et surtout au manque d'outils validés pour une mesure précise [9-13]. L'échelle de vécu péri opératoire de l'anesthésie (EVAN) a été conçue et validée pour mesurer le vécu multidimensionnel de la période péri-anesthésique [14]. Rempli par le patient dans les suites de l'intervention, il permet d'explorer six dimensions du vécu péri-anesthésique : anxiété, gênes, craintes, douleurs-inconfort, explications, besoins.

L'objectif de ce travail était d'évaluer à l'aide de l'échelle multidimensionnelle EVAN, le vécu péri-anesthésique des patients opérés sous anesthésie programmée au CHU du Point G.

Patients et Méthode

Nous avons réalisé une enquête évaluative transversale sur un mois (du 1^{er} au 31 Janvier 2014) au CHU du Point G. Tous les patients âgés d'au moins 18 ans, opérés en chirurgie programmée, parlant le Bambara et/ou le Français, et ayant accepté de répondre au questionnaire, étaient inclus dans la série quelle que soit la technique d'anesthésie. Les critères de non inclusion étaient : les patients de moins de 18 ans, les patients opérés

en urgence, en ambulatoire, ne parlant ni Bambara ni Français, et le refus du patient à répondre au questionnaire.

La satisfaction des patients a été évaluée avec l'Echelle de Vécu périopératoire de l'Anesthésie (EVAN). Elle a été conçue et validée pour mesurer le vécu multidimensionnel de la période péri-anesthésique incluant la consultation. Cet auto-questionnaire, rempli par le patient dans les suites de l'intervention, explore six dimensions du vécu de l'anesthésie: anxiété, gênes, craintes, douleurs-inconfort, Explications, Besoins. Il permet d'exprimer un score global variant de 0 à 100 dans le sens d'une meilleure appréciation du vécu, résultat de la sommation de six scores indépendants variant dans le même sens.

Déroulement de l'enquête: l'enrôlement des patients se faisait 24 heures après l'intervention. Après obtention de leur consentement, un questionnaire d'EVAN était rempli par chaque patient répondant aux critères d'inclusion, dans les unités d'hospitalisation.

Les variations des différents scores de l'EVAN ont été comparées selon certains variables : âge, sexe, classe ASA, type d'anesthésie, durée de l'intervention et spécialité chirurgicale.

La gestion et l'analyse des données: la saisie et l'analyse des données ont été faites sur le logiciel SPSS 17.0. Les différents scores ont été rapportés sur une échelle de Likert conformément aux items du questionnaire, pour la comparaison des variables. Le test statistique utilisé était le Chi carré.

Résultats

Sur une période d'un mois, cent soixante-onze (171) patients ont subi une anesthésie, dont 110 pour une chirurgie programmée. Sur les 110 opérés en chirurgie programmée, un questionnaire a été adressé à 80 patients répondants aux critères d'inclusion. Deux patients ont été exclus de l'étude pour refus de répondre au questionnaire. L'analyse a porté sur 78 questionnaires, représentant une population de 50 femmes et de 28 hommes, de 45 ± 15 ans d'âge moyen (**Tableau I**).

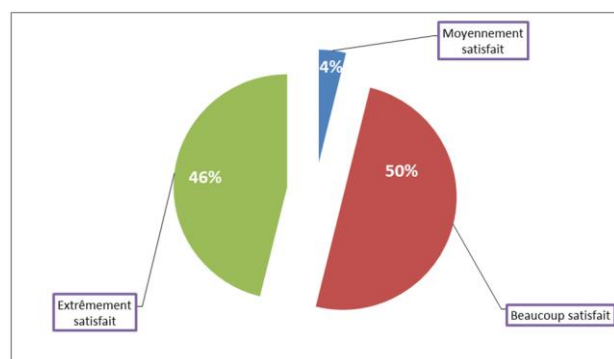
Tableau I : scores des dimensions et comparaisons avec les variables étudiées

Variables		Dimensions EVAN	Anxiété	Gènes	Besoins	Douleur	Explications	Craintes	Score Global
						inconfort			
Moyenne $\pm$ Ecart type			85 $\pm$ 19	86 $\pm$ 16	80 $\pm$ 20	79 $\pm$ 10	47 $\pm$ 28	77 $\pm$ 18	78 $\pm$ 9
Médiane			94	92	87	81	50	77,5	79
Extrêmes (Maxi – Min)			25-100	33-100	25-100	42 – 97	0 – 100	35 – 100	55-96
Sexe	Masculin		81 $\pm$ 23	85 $\pm$ 18	81 $\pm$ 21	81 $\pm$ 9	46 $\pm$ 22	82 $\pm$ 18	79 $\pm$ 10
	Féminin		88 $\pm$ 15	88 $\pm$ 14	79 $\pm$ 21	77 $\pm$ 10	47 $\pm$ 31	74 $\pm$ 18	77 $\pm$ 8
	P		0,028	0,365	0,950	0,709	0,043	0,108	0,878
Age	< 35		88 $\pm$ 17	89 $\pm$ 13	80 $\pm$ 21	78 $\pm$ 12	47 $\pm$ 31	75 $\pm$ 15	78 $\pm$ 9
	35 – 60		85 $\pm$ 17	84 $\pm$ 19	77 $\pm$ 22	79 $\pm$ 9	48 $\pm$ 28	72 $\pm$ 18	75 $\pm$ 15
	> 60		83 $\pm$ 24	87 $\pm$ 14	85 $\pm$ 16	79 $\pm$ 9	45 $\pm$ 20	90 $\pm$ 18	80 $\pm$ 10
	P		0,087	0,203	0,042	0,750	0,042	0,016	0,840
Classe ASA	ASA 1		88 $\pm$ 18	88 $\pm$ 14	80 $\pm$ 21	80 $\pm$ 12	49 $\pm$ 30	73 $\pm$ 19	78 $\pm$ 9
	ASA $\geq$ 2		83 $\pm$ 19	85 $\pm$ 18	79 $\pm$ 20	77 $\pm$ 8	44 $\pm$ 25	81 $\pm$ 17	77 $\pm$ 9
	P		0,001	0,353	0,896	0,417	0,577	0,261	0,642
Type de Chirurgie	Conventionnelle		85 $\pm$ 18	87 $\pm$ 15	80 $\pm$ 20	79 $\pm$ 8	44 $\pm$ 26	79 $\pm$ 18	78 $\pm$ 8
	Endoscopique		88 $\pm$ 19	85 $\pm$ 20	79 $\pm$ 22	77 $\pm$ 14	55 $\pm$ 33	70 $\pm$ 18	77 $\pm$ 10
	P		0,328	0,176	0,764	0,183	0,007	0,499	0,908
Spécialité chirurgicale	Urologique		79 $\pm$ 22	83 $\pm$ 15	83 $\pm$ 20	79 $\pm$ 9	49 $\pm$ 21	80 $\pm$ 16	78 $\pm$ 7
	Digestive		87 $\pm$ 18	90 $\pm$ 18	81 $\pm$ 19	79 $\pm$ 10	44 $\pm$ 25	74 $\pm$ 24	77 $\pm$ 11
	Gynéco-Obst.		90 $\pm$ 15	88 $\pm$ 17	72 $\pm$ 23	77 $\pm$ 11	49 $\pm$ 33	72 $\pm$ 17	77 $\pm$ 9
	Cardio-vasculaire		100	83	87	92	75	100	92
	Thyroïdienne		87 $\pm$ 16	87 $\pm$ 13	87 $\pm$ 15	81 $\pm$ 5	30 $\pm$ 30	88 $\pm$ 13	81 $\pm$ 9
	Autre (n=3)		85 $\pm$ 20	92 $\pm$ 14	92 $\pm$ 14	81 $\pm$ 15	54 $\pm$ 36	77 $\pm$ 16	81 $\pm$ 14
	P		0,699	0,302	0,689	0,876	0,098	0,127	0,004

40 % des patients (n = 31) avait un antécédent d'intervention dont 17 % sous ALR, 15 % sous AG, et chez 8 % des antécédents d'AG et d'ALR étaient retrouvés. Une comorbidité était associée chez 31 % des patients (n = 24). La répartition des classes ASA était la suivante : ASA 1 = 55 %, ASA 2 = 44 %, ASA 3 = 1 % (**Tableau I**). L'anesthésie générale était réalisée chez 55% des patients, et l'ALR chez 45%. Les spécialités chirurgicales concernées étaient la gynéco-obstétrique (35 %),

l'urologie (32 %), la chirurgie digestive (19 %), la chirurgie endocrinienne (9 %), et divers autres domaines (5 %). La durée moyenne des interventions était de 92 $\pm$ 52 minutes.

Les patients étaient globalement satisfaits de leur prise en charge avec un score moyen de 78 $\pm$ 9, et des extrêmes de 96 et 55 (**Tableau I**). Quarante-six pour cent des patients étaient extrêmement satisfaits (**Figure.1**).

**Figure 1:** degré de satisfaction des patients

Nous n'avons pas eu de patient totalement insatisfait.

Parmi les dimensions explorées, les scores de la dimension « explication » étaient les plus faibles (47 ± 28). Les explications reçues étaient jugées extrêmement satisfaisantes par 5 % des patients alors que 16% n'étaient pas du tout satisfaits. La dimension « gênes » a enregistré les scores les plus élevés (86 ± 16). 1 % des patients étaient beaucoup gênés alors que 69 % n'avaient pas du tout de gêne. 50 % des patients n'avaient pas du tout de crainte, contre 4 % qui exprimaient beaucoup de craintes. 54 % des patients ne se plaignaient pas du tout de douleur et/ou d'inconfort. La dimension « besoins » était totalement satisfaite chez 55% des patients, contre 4% qui exprimaient beaucoup de besoins. Soixante-quatorze pour cent des patients n'étaient pas du tout anxieux alors que 4% exprimaient beaucoup d'anxiété.

Le score global variait de façon significative avec la spécialité chirurgicale ($p = 0,004$). Les chirurgies Gynécologique, digestive et urologique étaient les plus pourvoyeuses d'insatisfaction. Le lieu des interventions antérieures, avait une influence significative sur la satisfaction ($p = 0,016$).

Le score de la dimension « anxiété » variait avec la classe ASA ($p = 0,001$) et le sexe ($p = 0,028$). Il était significativement plus élevé chez les patients ASA1 (88 ± 19 VS 83 ± 19), et chez les femmes (88 ± 15 VS 81 ± 23). Le score de la dimension « gênes » ne variait ni avec le sexe, l'âge, la classe ASA, le type de chirurgie, le type d'anesthésie, la durée de l'intervention, ni la spécialité chirurgicale. Le score de la dimension « crainte » était significativement plus élevé chez les sujets âgés (90 ± 18 VS 72 ± 18 ; $p = 0,016$) et les non hypertendus (77 ± 19 VS 72 ± 12 ; $p = 0,008$). Celui de la dimension « douleur – Inconfort » ne variait ni avec le sexe, l'âge, la classe ASA, le type et la spécialité chirurgicale, le type d'anesthésie, ni la durée de l'intervention.

Le score de la dimension « explication » était significativement plus faible chez les sujets âgés (45 ± 20 VS 48 ± 28 ; $p = 0,042$) alors qu'il était plus élevé chez les femmes (47 ± 31 VS 46 ± 22 ; $p = 0,043$) et les patients opérés sous chirurgie endoscopique (55 ± 33 VS 44 ± 26 ; $p = 0,007$). Le score de la dimension « besoins » était plus faible chez les patients âgés (79 ± 20 VS 80 ± 21 ; $p = 0,042$) et les hypertendus (73 ± 22 VS 81 ± 20 ; $p = 0,028$).

Discussion

Nous avons réalisé une enquête évaluative et transversale sur la satisfaction des patients au CHU du point G durant un mois. La principale limite de cette étude est son caractère mono-centrique donc le nombre limité de spécialités chirurgicales. Il s'agissait d'une population majoritairement jeune avec un âge inférieur à 50 ans dans 62 % des cas,

avec un âge moyen de 45 ans, et classée ASA1 à 55 %, contrairement à l'étude de Robert V [15] où 80 % de la population avait plus de 50 ans et 39% étaient ASA1; cependant il s'agissait d'une population de chirurgie ophtalmologique. Les femmes étaient prédominantes avec 71 % dans notre étude. Pernoud N et al [16] rapporte une prédominance masculine (55 %) dans leur série.

En valeur absolue, le score global était relativement élevé, ce qui semblerait indiquer que, dans l'ensemble, les patients avaient plutôt un vécu favorable. Ceci rejoint les résultats d'autres études dans lesquelles, le niveau de satisfaction était élevé [16-22]. Cependant il pourrait s'agir d'un biais, ou d'une réserve compréhensible chez des patients encore hospitalisés lors de l'enquête. D'où l'intérêt de la répétition de telles enquêtes pour apprécier l'évolution du score plutôt que de considérer sa valeur absolue. Dans les études précédentes [16, 20, 23, 24] les comparaisons entre les diverses populations laissaient apparaître des différences assez significatives en particulier, les patients les plus jeunes avaient un score global plus bas, témoin d'un vécu plus altéré. Ce qui conduisait les auteurs à discuter de l'influence de la pathologie sous-jacente et du terrain. Il ressortait de ces études qu'un âge supérieur à 50 ans relativiserait le vécu global de l'anesthésie par rapport à une pathologie fréquemment associée [16,20,25]. Dans notre étude ces différences observées n'étaient pas significatives. Le score global variait de manière significative seulement avec la spécialité chirurgicale.

Il est reconnu dans la littérature que l'information reçue lors de la consultation participe au vécu du patient en diminuant en particulier les « craintes » et « l'anxiété » [16, 17,22, 23, 26-29]. Le manque d'explication et plus généralement de communication avec le personnel médical est rapporté comme l'une des principales causes d'insatisfaction [16,22]. Dans cette étude il ressort que les scores les plus bas concernaient la dimension « explication », ce qui est également rapporté par N Pernoud et al. [16] dans leur série. Ce score était significativement plus élevé chez les moins de 50 ans, les femmes et les patients opérés sous chirurgie endoscopique. Les valeurs particulièrement basses du score « explication » observées quels que soit l'âge, le sexe, la spécialité chirurgicale, et la durée de l'intervention traduisent un déficit d'information et de communication avec les patients.

Le score de la dimension « anxiété » était significativement élevé chez les patients ASA1 et chez les femmes, contrairement aux résultats de la série de N Pernoud [16] où il n'était significativement élevé que chez les hommes.

Le score de la dimension « crainte » était plus élevé chez les sujets âgés, et les non hypertendus. L'influence de l'âge, du sexe, du type de chirurgie et de la spécialité chirurgicale, sur cette dimension est retrouvée dans la littérature [16]. La dimension « gênes » est en partie liée à la perte d'autonomie. Les gênes augmentent avec la durée de l'intervention, en rapport avec les actes les plus importants, qui impliquent la présence de drainages, de sondes, de pansements, qui entravent la liberté gestuelle du patient. Le score de cette dimension ne variait ni avec le sexe, ni l'âge, ni la classe ASA, ni le type de chirurgie, le type d'anesthésie, ni la spécialité chirurgicale. Dans la série de Pernoud N [16], il était plus élevé lors des interventions les plus courtes, lors des actes non chirurgicaux, en chirurgie ophtalmologique et stomatologique. Essentiellement secondaire à l'acte chirurgical, elle est une des dimensions importantes se répercutant sur le vécu de cette période sur laquelle le médecin anesthésiste-réanimateur a peu d'influence. La dimension « douleur - Inconfort » ne variait ni avec le sexe, l'âge, la classe ASA, le type et la spécialité chirurgicale, le type d'anesthésie, ni la durée de

l'intervention. Dans l'étude de N. Pernoud [16] ce score était plus élevé chez les hommes, les plus de 50 ans, ceux ayant une classe ASA supérieure ou égale à 2, lors des interventions de courte durée, ainsi que pour les actes non chirurgicaux. Le score de la dimension « besoins » était plus élevé chez les patients âgés et les non hypertendus. Dans l'enquête française [15], en plus de l'âge, le type de chirurgie, et la spécialité chirurgicale constituaient des facteurs influençant la dimension « besoins ».

Conclusion

En dépit des limites d'effectifs et du faible nombre de spécialités chirurgicales, il ressort au terme de cette enquête, que les patients opérés sous anesthésie programmée sont globalement satisfaits, même si des efforts sur l'information et les explications données, doivent être fournies. L'âge, le sexe, l'hypertension artérielle, la classe ASA, la technique et la spécialité chirurgicale, ont été retrouvés comme facteurs ayant une influence sur différentes dimensions de la satisfaction. Des études à plus grande échelle en termes d'effectif et de structure sont nécessaires pour confirmer ou infirmer ces résultats.

Références

1. **Lonjaret, J.-Y. Verdin, F. Novès, O. Fourcade, T. Geeraerts;** Comment optimiser l'évaluation du risque préopératoire: 17 ans après le décret du 5 décembre 1994; Ann Fr Anesth Réanim. 2012; 31: 262-270
2. **Aubert M, Coursange F.** Anesthésie et réanimation en milieu tropical. Médecine en situation de catastrophe. Paris: éd Masson ; 1987, 194 -201.
3. **Binam F, Leomardeley P, Blatt A et al.** Pratique anesthésique à Yaoundé. Ann Fr Anesth Réanim 1999; 18: 647-56.
4. **Chobli M.** Morbidité et mortalité anesthésique: à propos de 6376 cas d'anesthésies au CNHU de Cotonou. Ann Fr Anesth Réanim 1986; 4:110.
5. **Sanou J, Vilasco B, Obey A et al.** Evolution de la démographie des praticiens en Afrique francophone au sud du Sahara. Ann Fr Anesth Réanim 1999 ; 18: 642-6.
6. **Petit J.** Evaluation des pratiques professionnelles et de l'organisation des soins en anesthésie-réanimation : une démarche stratégique. Ann Fr Anesth Réanim. 1996; 15: 9-12.
7. **Stieglitz P, Paven JF, Jacquot C.** Comment juger d'une bonne anesthésie ? In: Sfar, td. Conférences d'actualisation. Congrès national d'anesthésie réanimation. Paris: Elsevier: 1996. ID. 329-40.
8. **Coulibaly Y, Keita M, et al ;** Evaluation de la qualité des soins en anesthésie au CHU du Point G; abstract, 27^{ème} Congrès de la Société d'Anesthésie-Réanimation d'Afrique Noire Francophone - Dakar, Novembre 2011.
9. **Dexter F, Aker J, Wright WA.** Development of a measure of patient satisfaction with monitored anesthesia care: the Iowa patient satisfaction with monitored anesthesia care: the Iowa satisfaction with anesthesia scale. Anesthesiology 1997; 87: 865-73.
10. **Preble LM, Perlstein L, Katsoff-Seidman L, O'Connor TZ, Barash PG.** The patient care evaluation system: patients' perception of an aesthetic care. Conn Med 1993; 57: 363-6.
11. **Roussat MO, Ferber C, Mariani P, Sicard JF, Clergue F.** Evaluation de la qualité des soins en anesthésiologie. Le point de vue du patient : résultats d'une enquête de satisfaction. Ann Fr Anesth Réanim. 1995; 14 Suppl: R223.
12. **Whitty PM, Shaw IH, Goodwin DR.** Patient satisfaction with general anesthesia. Too difficult to measure? Anaesthesia.1996; 51: 327-32.
13. **VanWijk MG, Smalhout B.** A postoperative analysis of the patient's view of anaesthesia in a Netherlands' teaching hospital. Anaesthesia1990; 45: 679-82.

14. **Auquier P, Blache JL, Colavolpe C, Eon B, Auffray JP, Pemoud N, et al.** Echelle de vécu périopératoire de l'anesthésie I. - Construction et validation. *Ann Fr Anesth Réanim* 1999; 18: 848 -57.
15. **N. Pernoud, J.C. Colavolpe, P. Auquier, al.** Echelle de vécu péri-opératoire de l'anesthésie: Résultats préliminaires; *Ann Fr Anesth Réanim* 1999; 18: 858-65,
16. **Preble LM, Perlstein L, Katsoff-Seidman L, O'Connor TZ, Barash PG.** The patient care evaluation system: patients' perception of anaesthetic care. *Conn Med* 1993; 57: 363-6.
17. **Whitty PM, Shaw IH, Goodwin DR.** Patient satisfaction with general anaesthesia. Too difficult to measure? *Anaesthesia* 1996; 51:327-32.
18. **Bothner LJ, Schwilk B, Steffen P, Eberhart LHJ, Becker U, Georgieff M.** Perioperative Anästhesie verlaufsbefragungen, postanästhesiologische Visite und Befragung zur Patientenzufriedenheit. Eine prospektive studie zu parametern der Prozess- und Ergebnisqualität in der Anästhesie. *Ansthesiol. Intensiv med Notfallmed Schmerzther* 1996; 3 1: 608-14.
19. **Clifton PJ.** Expectations and experiences of anaesthesia in a district general hospital. *Anaesthesia* 1984; 39: 281-5.
20. **Keep PJ, Jenkins JR.** From the other end of the needle. The patient's experience of routine anaesthesia. *Anaesthesia* 1978; 33: 830-2.
21. **Tong D, Chung F, Wong D.** Predictive factors in global and anesthesia satisfaction in ambulatory surgical patients. *Anesthesiology* 1997; 87: 856-64. 27
22. **Moerman N, VanDam FS, Muller MJ, Oosting H.** The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Anesth Analg* 1996; 82: 445-51.
23. **Dodds CP, Harding MI, More DG.** Anaesthesia in an Australian private hospital: the consumer's view. *Anaesth Intensive Care* 1985; 13: 325-9.
24. **Shevde K, Panagopoulos G.** A survey of 800 patients' knowledge, attitudes and concerns regarding anesthesia. *Anesth Analg* 1991; 73: 190-8
25. **Williams OA.** Patient knowledge of operative care. *J R Soc Med* 1993; 86:328-31.
26. **Penon C, Ecoffey C.** Evaluation par les patients de la qualité de la prise en charge anesthésique. *Ann Fr Anesth Réanim* 1995; 14: 374-5 - 29.
27. **Elsass P, Eikard B, Junge J, Lykke J, Staun P, Feldt-Rasmussen M.** Psychological effect of detailed preanesthetic information. *Acta Anaesthesiol Scand* 1987; 3 1: 579-83.
28. **Elsass P, Duedahl H, Friis B, Moller IW, Bredrraard Sorensen M.** The psychological effects of having a contact person from the anaesthetic staff. *Acta Anaesthesiol Scand* 1987; 31: 584-86.