

Statusartikel

Det tryghedsskabende anæstesitilsyn til børn og forældre

Amalie Abildtrup Sjølland¹, Jesper Hedegaard¹, Peter Ahlburg¹ & Hjördis Osk Atladottir^{1, 2}

1) Afsnit for Børn, Unge og Gravide, Bedøvelse og Operation Nord, Aarhus Universitetshospital, 2) Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet

Ugeskr Læger 2026;188:V09250736. doi: 10.61409/V09250736

HOVEDBUDSKABER

- Børn oplever ofte betydelig præoperativ frygt, som påvirker anæstesiindledning og efterforløb.
- Systematisk alderstilpasset kommunikation og aktiv inddragelse af forældre reducerer utryghed.
- Strukturerede planer og pædagogiske tilgange styrker kvalitet og tryghed i danske anæstesiforløb.

I Danmark modtager hvert år tusindvis af børn anæstesi i forbindelse med kirurgiske eller diagnostiske indgreb på landets sygehuse [1]. Forud for indgrebet tilbydes barnet og dets forældre som hovedregel et anæstesitilsyn. Under tilsynet gennemgår anæstesilægen patientens journal, medicinsk anamnese og aktuelt funktionsniveau med særligt fokus på luftveje, kardiopulmonal status, allergier, medicinforbrug og den objektive undersøgelse. Derudover omfatter tilsynet en gennemgang af hele anæstesiforløbet, herunder anæstesiindledning og opvågning [2-4].

Hos voksne udgør den somatiske vurdering typisk hoveddelen af tilsynet, mens den psykologiske forberedelse ofte spiller en større rolle ved pædiatriske anæstesitilsyn, da mange børn frygter bedøvelse og operation [2, 3]. Formålet med denne artikel er derfor at belyse, hvordan man kan etablere en god kontakt og relation til både barn og forældre, og dermed håndtere den præoperative frygt. Målet er at give familien et trygt og sammenhængende anæstesiforløb.

Præoperativ frygt

Mange børn oplever betydelig utryghed i forbindelse med hospitalsophold. Anæstesi og tanken om denne er en af de situationer, der kan udløse præoperativ frygt [5, 6]. Ubehandlet præoperativ frygt er forbundet med flere perioperative udfordringer, herunder samarbejdsvanskeligheder ved anæstesiindledning, øget behov for præmedicin, forstærket stressrespons samt øget risiko for postoperative adfærdsændringer som regressiv adfærd, søvnforstyrrelser og spiseproblemer [2, 3, 7]. Tidligere negative oplevelser udgør den stærkeste prædiktør for fremtidige negative erfaringer i mødet med sundhedsvæsenet og kan påvirke både barn og forældre langt ud over det aktuelle forløb [8]. En systematisk tilgang til håndtering af præoperativ frygt er derfor essentiel for at sikre en rolig og samarbejdsvillig anæstesiindledning. Vi anbefaler at benytte den pædagogiske ABCD-tilgang (Tabel 1) til barnet og forældrene, både til anæstesitilsyn og på operationsdagen.

TABEL 1 Den pædagogiske ABCD-tilgang til børn og forældre.

A: Aldersrelateret Tag hensyn til barnets alderstrin, når du henvender dig Vær opmærksom på, hvad der kendetegner barnets generelle udviklingstrin og dets måde at kommunikere Skræddersy din kommunikation i forhold til alder og interesser
B: Behov Vurder, hvad det enkelte barn umiddelbart har behov for, når du møder det Er det roligt eller bange? Har det brug for at du er tæt på eller længere væk? Tag højde for de behov, der typisk gør sig gældende på dets udviklingstrin
C: Centrum Henvend dig direkte til barnet, og hvis muligt, lad det være i centrum for din kommunikation Når du har en god kontakt med barnet og har skabt tillid, har du oftest også det samme med forældrene Husk, at du kan kommunikere indirekte med forældrene gennem din information til barnet
D: Don't ever forget forældrene Afklar, hvilke behov der skal imødekommes, for at forældrene kan føle sig trygge, og giv dem den nødvendige information og støtte, så de bedst muligt kan være der for deres barn

Håndtering af barnets præoperative frygt

Den præoperative frygt varierer fra barn til barn. Det er derfor vigtigt, at man giver sig tid til at observere barnet og først tilgå barnet, når det viser tegn på tryghed og samarbejdsvilje. Hvis barnet er roligt og virker trygt, kan du nærme dig hurtigt – ellers må du vente og interagere på afstand. Skab tryghed ved at »spejle« barnet. Brug samme stemmeniveau som barnet, når du taler, og sæt dig, så du kopierer barnets kropssposition. Træk vejret med samme hastighed som det, og sænk roligt hastigheden på vejtrækningen: Ofte vil barnet kopiere og følge dig [9].

Vind barnets tillid ved at tale om noget, barnet interesserer sig for, eller noget, som børn i den aldersgruppe interesserer sig for. Små børn lærer ved at imitere de voksne: Leg med udstyret, tal med barnets dukke, eller vis en dukke, der kan interagere med barnets dukke.

Separationsangst er et velkendt fænomen, som kan forekomme i alle aldre. Brug derfor forældrene aktivt, og lad børnene være hos forældrene, hvis de ønsker det. Hos nogle fylder frygten for smerte og ubehag ved anlæggelse af venekateter, mens andre kan have en mere eksistentiel frygt for ikke at vågne efter anæstesi [2, 5, 10]. **Tabel 2** illustrerer, hvordan barnets alder har betydning for både karakteren af den præoperative angst, og for hvilke tilgange der er mest hensigtsmæssige i mødet med barnet og dets familie.

TABEL 2 Barnets frygt i relation til anæstesi og relevant kommunikationsstrategi er afhængig af alder og udvikling.

Aldersgruppe	Typisk frygt	Centrale kommunikationsstrategier
Spædbarn (0-1 år)	Separationsangst Fremmede mennesker og omgivelser Smerte og ubehag Reagerer på stress og toneleje, specielt hvis forældrene er urolige Kulde, støj	Bevar forældrenærhed Skab ro og kendte lyde/stemmer Rolig, blid håndtering og »varm« stemme Øjenkontakt Dæmpet lys og lyd, varme tæpper
Tidlig barndom (1-3 år)	Separationsangst Frygt for smerte og medicinsk udstyr Tab af kontrol og manglende forståelse	Brug korte forklaringer og visuel støtte Udnyt bamse i leg, paralleleg, udnyt barnets nysgerrighed i legen Involver forældre aktivt i beroligelsen Skab forudsigelighed: »Nu sker ...« Distraction: sæbebobler, skærm, små aldersrelaterede opgaver osv.
Førskolealder (3-6 år)	Separationsangst Frygt for smerte Angst for det ukendte Frygt for at blive »ødelagt« (magisk tænkning)	Brug leg, dukker, billeder til forklaring Brug drømmerejser eller metaforhistorier Lav planer, der holder Giv barnet indflydelse, f.eks.: »Skal du sidde hos mor eller far?«
Mellemlang barndom (6-12 år)	Separationsangst Smerte og selve proceduren Øget kognitiv forståelse: realisme omkring fare, smerte og hospitalsmiljø Tab af kontrol over kroppen Frygt for død eller ikke at vågne op igen	Giv ærlig, alderssvarende information Involver barnet i valg (f.eks. maske/i.v. adgang, monitorering) Bekræft kompetence og mod Distraction virker fortsat: VR, video, fokusøvelser Brug drømmerejser eller metaforhistorier
Ungdom (12+ år)	Smerte, komplikationer, postoperativ kvalme Tab af privatliv, kropslig blufærdighed Tab af kontrol: »Hvad sker der, når jeg sover?« Øget behov for autonomi Frygt for død eller ikke at vågne op igen	Voksen tilgang Respekt for autonomi med mulighed for samtale uden forældre Konkret info om risici, integritet og kontrol

Positivt ordvalg

Ordvalg og formuleringer brugt til anæstesitilsynet kan have stor betydning for barnets oplevelse af selve anæstesen. Et simpelt eksempel er, at hvis man bliver bedt om ikke at tænke på sin højre hånd, vil man ubevidst rette opmærksomheden mod højre hånd [11, 12]. På samme måde kan bestemte udsagn under samtalen med barn og forældre få utilsigtede effekter. En sætning som »Det er ikke farligt« eller »Det gør ikke ondt« er objektivt set en positiv information, men hos modtageren kan fokus let flyttes til ordene farligt eller ondt, hvilket kan skabe utryghed. Derfor er det vigtigt at vælge formuleringer, der entydigt understøtter tryghed. I stedet kan man sige: »Anæstesi er meget sikkert for dig. Vi sidder sammen med dig og passer på dig hele tiden«. Denne type udsagn fremhæver sikkerhed og omsorg og hjælper både barn og forældre til at opleve situationen som mere rolig og tillidsfuld [13-15].

Reframing

En anden effektiv metode er reframing, hvor fokus flyttes fra det skræmmende til det hjælpsomme. Et barn med et brækket ben kan f.eks. mindes om, at operationen gør det muligt at lave det, barnet kan lide: »Hvor er det heldigt, at du kom her i dag, så du hurtigt bliver frisk og, hvem ved, måske kan skyde endnu bedre mål end tidligere?« Når man forklarer fasteregler, kan man f.eks. sætte fokus på, at på operationsdagen får barnet lov til at spise en sodavandsis til morgenmad. På den måde bliver situationen forstået i et mere positivt perspektiv [16, 17].

Drømmerejser

Drømmerejser guider barnet til et trygt, fantasifuldt sted og kan læres af forældrene som forberedelse før operationen. Spørg barnet, hvad det kunne tænke sig at drømme om, når det skal bedøves. Barnet kan forestille sig at flyve, lege på en strand eller svømme med delfiner, mens spørgsmål, som inddrager sanserne, »Hvilke farver ser du?«, »Hvad kan du høre?« og »Er det kold eller varmt?«, fastholder koncentrationen. Gentagen øvelse i rolige omgivelser derhjemme før operationsdagen skaber genkendelse og mestring, som kan anvendes ved

anæstesiindledning. Hvis man til tilsynet har lært barnets interesser at kende, kan man eventuelt bruge disse oplysninger til en spontan drømmerejse, som anæstesipersonalet kan lave på operationsdagen. Metoden kan med fordel kombineres med rolig og dyb vejrtrækning, som kan inkorporeres, inden drømmerejsen starter, f.eks. ved at forestille sig, at man forsigtigt puster en sæbeboble [12, 18, 19].

Håndtering af forældrenes præoperative frygt

Det er ikke kun barnet, der kan opleve præoperativ frygt – også forældrene kan føle sig utrygge i situationen [20, 21]. Forældrene kan under anæstesitilsynet med fordel forberedes på, hvordan de hjælper og støtter deres barn mest optimalt op til og på operationsdagen ved at spille en aktiv rolle under forberedelse og indledning af anæstesen (Tabel 3).

TABEL 3 Forældrene kan under anæstesitilsynet med fordel forberedes på, hvordan de hjælper og støtter deres barn mest optimalt op til og på operationsdagen.

Din rolle som forælder

For os er det vigtigt, at I er der som mor og far. Jeres tilstedeværelse og ro hjælper barnet

Hjælp dit barn til ro: Tal med rolig stemme, og brug din vejrtrækning bevidst til at give dig selv ro. Træk f.eks. vejret ind, og brug god tid til at puste ud

Lav selv små aftaler med barnet om, hvordan det vil falde i søvn, f.eks. holde i hånd, vil barnet sidde hos mor eller far, synge en sang eller se mobil. På den måde kan du give dit barn mest mulig kontrol over, hvad der skal ske – det hjælper jer begge

Sid gerne med det mindre barn på en beroligende måde, mens det falder i søvn

Pak til dagen sammen med barnet, og medbring barnets yndlingsting: en bamse, en sutteklud, en mobiltelefon

Medvirk aktivt til, at de planer, der er aftalt med jeres barn, overholdes

Fortæl barnet, at »lægerne passer godt på dig, mens du sover«

Stil alle spørgsmål – også dem, I tænker, er små

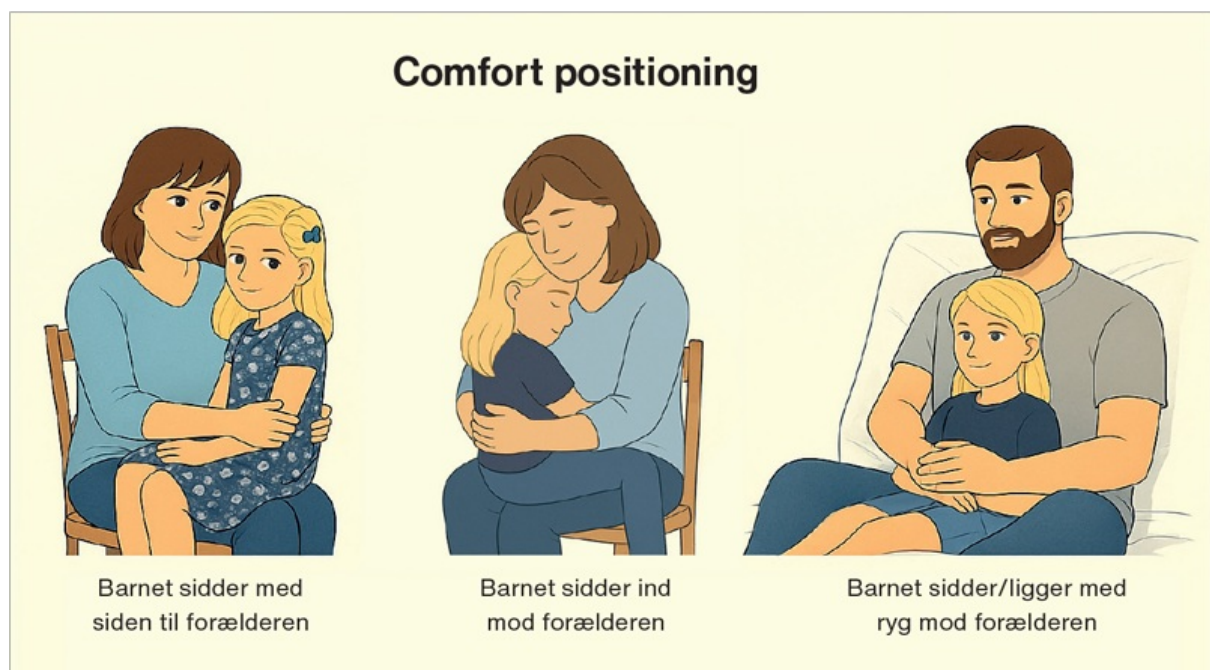
Når forældrene er velinformede, er det lettere for dem at være rolige, og de kan aktivt bidrage til at skabe tryghed for barnet. Omvendt kan ængstelige eller uforberedte forældre utilsigtet overføre deres usikkerhed til barnet. En grundig orientering om forløbet og forældrenes rolle er derfor essentiel [2, 22, 23]. Det kan også med fordel beskrives meget kort i udleveret informationsmateriale (Tabel 3).

Mange af de mest almindelige bekymringer, forældre har, kan adresseres indirekte i den samtale, man har med barnet om anæstesi, f.eks.: »Du skal vide, at vi sidder og passer på dig hele tiden, mens du ligger og drømmer. Mor og far er sammen med dig, når du falder i søvn – og de er der også, når du vågner«.

Planlægning af operationsdagen

Efter at have adresseret den angst, der må forekomme hos barnet og forældrene, er næste skridt at etablere en klar plan for operationsdagen. Dette gøres til anæstesitilsynet, hvor en struktureret gennemgang af anæstesiforløbet sikrer, at alle parter er forberedte og trygge i forløbet, og barnet så vidt muligt inddrages og gives medbestemmelse. Barnet kan f.eks. vælge, om det vil have en bamse med, og om det ønsker at sidde hos mor eller far (**Figur 1**). Der tages stilling til induktionsmetode og eventuelle afledningsstrategier såsom sæbebobler, hospitalsklovne, mobiltelefon eller VR-briller. En klar plan er særligt vigtig for børn, der skal i anæstesi for første gang, mens børn og familier med gentagne gode erfaringer ikke nødvendigvis behøver nyt tilsyn hver gang, men blot selv fortæller, hvordan det er bedst for ham/hende.

FIGUR 1 Ved komfort positioning støtter forælderen barnet fysisk og følelsesmæssigt. Barnet sidder hos forælderen i en støttende og tryk stilling. Herved undgås tvangspræget fastholdelse, og proceduren gennemføres med mindre frygt [24].



Hos meget bekymrede børn kan der udarbejdes særligt detaljerede planer og individuelle aftaler. Præmedicin kan være et nyttigt supplement, men kan efter vores vurdering aldrig erstatte samtalen. Da det sjældent er den samme anæstesilæge, der udfører tilsynet og møder barnet på operationsdagen, er det væsentligt at forsikre barnet om, at de aftalte planer videregives til personalet på dagen. Alle beslutninger bør derfor dokumenteres grundigt i journalen, så personalet er forberedt, og aftalerne overholdes [2, 3]. Det anbefales desuden at notere, hvilken forælder der deltog i samtalen, så personalet på dagen kan sikre, at den tilstedeværende forælder er bekendt med planerne.

Ændring i planer

Det forekommer, at de planer, der er udarbejdet ved anæstesitilsynet, ikke kan gennemføres, fordi barnet på operationsdagen bliver overvældet af frygt eller bekymring. Det er væsentligt at identificere disse børn i god tid, så planen kan justeres, før barnet ankommer på operationsstuen. Her er et tæt samarbejde mellem modtagende sygeplejerske og anæstesi-personale afgørende for et godt forløb. Justeringerne kan omfatte anlæggelse af venekateter på sengeafdelingen eller i et roligt lokale uden for operationsområdet, skift fra i.v. indledning til inhalationsindledning, ændring af afledningsstrategi eller anvendelse af præmedicin.

I sjældne tilfælde skal planen tilpasses på grund af anæstesifaglige hensyn. I sådanne situationer bør familien informeres så tidligt som muligt, hvorefter der udarbejdes en ny tryk plan.

Fordelen ved et anæstesitilsyn med fysisk fremmøde

Det fysiske anæstesitilsyn rummer særlige kvaliteter, og mange børn oplever øget tryghed ved det personlige møde. For både barn og forældre giver det mulighed for at etablere en relation til en sundhedsperson, mens anæstesi-lægen opnår en væsentlig indsigt i barnets samarbejdsevne. Et barn, som oplever tillid til behandleren, deltager ofte aktivt og legende i undersøgelsen, hvilket i sig selv bidrager til at styrke forældrenes oplevelse af tryghed i situationen. Det fysiske møde muliggør desuden inddragelse af flere sanser, hvilket reducerer antallet af ukendte faktorer på operationsdagen. Barnet kan f.eks. få lov til at holde og mærke anæstesi-masken samt vælge en duft hertil. Barnet kan mærke på et venekateter uden nål for at se, at den er lavet af plastik og ikke er farlig. Lægen kan samtidig inspicere vener og vejlede forældrene i korrekt placering af lokalbedøvende plaster.

Alternativer til fysisk fremmøde

Inden for voksenanæstesi vinder videobaserede konsultationer til præanæstetisk tilsyn i stigende grad indpas [25]. Børn er vokset op med digitale medier og er generelt fortrolige med denne kommunikationsform. Der ses samtidig øget brug af digitalt forberedelsesmateriale, herunder interaktive apps og videoer, hvor sundhedspersonale forklarer procedurer i et alderstilpasset sprog. Flere studier viser, at virtuelle samtaler før anæstesi hos børn kan være både effektive og tidsbesparende. De digitale løsninger giver særligt fordele for familier med lang transporttid, og for nogle børn og forældre kan forberedelsen have større effekt i hjemmets trygge rammer, f.eks. for børn med neurodivergens [26-30].

Der kan dog være udfordringer med at opbygge tillid gennem skærmen. Særligt yngre børn kan have vanskeligt ved at aflæse mimik og nonverbal kommunikation over skærm, hvilket kan vanskeliggøre den ønskede relationen mellem barn og sundhedspersonale [26]. Skolebørn synes derimod at være den mest egnede målgruppe til virtuelle samtaler, da de i højere grad forstår lægens information og kan indgå aktivt i dialogen. En væsentlig begrænsning er, at der ikke kan foretages en objektiv klinisk undersøgelse, hvis dette kræves. Det er desuden afgørende, at de teknologiske løsninger er stabile, sikre og brugervenlige [26, 30].

Konklusion

Mange børn oplever betydelig præoperativ utryghed. Overordnet set handler frygten for børn i alle aldersgrupper ofte om tab af kontrol, smerte, adskillelse fra forældre og det ukendte. Anæstesitilsynet rummer en væsentlig psykologisk dimension, der kan reducere præoperativ frygt og styrke samarbejdet mellem personale, barn og forældre ved anæstesiindledning.

Korrespondance Hjördis Osk Atladóttir. E-mail: hjoeatla@rm.dk

Antaget 11. december 2025

Publiceret på ugeskriftet.dk 16. marts 2026

Open Access under Creative Commons License CC BY-NC-ND 4.0

Side 6 af 8

Interessekonflikter ingen. Alle forfattere har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Disse er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2026;188:V09250736

doi 10.61409/V09250736

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](#)

SUMMARY

The reassuring anesthesia supervision for children and parents

Many children experience significant preoperative anxiety that affects cooperation and recovery. This review finds that age-appropriate communication, positive framing, and active parental involvement help reduce fear and support calm induction. Clear, individualised plans and supportive strategies improve safety, trust, and overall quality of pediatric anesthesia care.

REFERENCER

1. Rigshospitalet. Millioner til bedre behandling af delir hos små børn, 2025. <https://www.rigshospitalet.dk/presse-og-nyt/nyheder/nyheder/Sider/2025/Januar/millioner-til-bedre-behandling-af-delir-hos-smaa-boern.aspx> (22. nov 2025)
2. Afshari A, Clausen NG, Hansen TG. Børneanæstesi. 3. udgave. FADL, 2023
3. Fletke KJ, Kaysin A, Jones S. Preoperative evaluation in children. Am Fam Physician. 2022;105(6):640-649
4. Cote CJ, Lerman J, Anderson BJ. A practice of anesthesia for infants and children. 6th ed. Saunders/Elsevier, 2019
5. Amouroux R, Rousseau-Salvador C, Annequin D. Preoperative anxiety: clinical manifestations, evaluation and prevention. Annales médico-psychologiques revue psychiatrique. 2010;168(8):588-592. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2009.10.017>
6. Drake-Brockman TFE, Dodd M, Cooney S et al. Children's anxiety in the perioperative environment: a qualitative exploration with children, parents and staff at a tertiary paediatric hospital. Acta Anaesthesiol Scand. 2025;69(10):e70135. <https://doi.org/10.1111/aas.70135>
7. Sablewski A, Jacobi T, Walter S et al. Impact of video distraction on anxiety during anesthesia induction in pediatric patients premedicated with midazolam: a randomized controlled trial. Pediatr Anesth. 2025;35(7):542-551. <https://doi.org/10.1111/pan.15105>
8. Banchs RJ, Lerman J. Preoperative anxiety management, emergence delirium, and postoperative behavior. Anesthesiol Clin. 2014;32(1):1-23. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2013.10.011>
9. Krauss BA, Krauss BS. Managing the frightened child. Ann Emerg Med. 2019;74(1):30-35. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2018.12.011>
10. Friedrich S, Reis S, Meybohm P, Kranke P. Preoperative anxiety. Curr Opin Anaesthesiol. 2022;35(6):674-678. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000001186>
11. McLeod S. Ironi process theory & the White Bear Experiment. SimplyPsychology. 10. okt 2023. <https://www.simplypsychology.org/ironic-process-theory-white-bear-experiment.html> (22. nov 2025)
12. Lang EM, Laser E. Patient sedation without medication: rapid rapport and quick hypnotic techniques. CreateSpace Independent Publishing Platform, 2011
13. Österberg SA, Andersson L. I saw myself as an important piece of a jigsaw puzzle: parents experiences of their child's anaesthesia induction. J Child Health Care. 2025;29(2):444-455. <https://doi.org/10.1177/13674935231218039>
14. Chen YC, Foster J, Schmied V et al. Parents' lived experiences of their child's undergoing emergence delirium during anaesthesia recovery: a descriptive phenomenological study. J Adv Nurs. 2025. Online ahead of print. <https://doi.org/10.1111/jan.70157>
15. Videnscenter for Børnesmerter, Region Hovedstaden. Hvad skal jeg sige til mit barn?, 2016. <https://www.rigshospitalet.dk/afdelinger-og-klinikker/julianemarie/videnscenter-for-boernesmerter/til->

- [foraelldre/Documents/ord-der-dur.pdf](#) (22. nov 2025)
16. Frameworks Institute. Reframing children's mental health, 2021.
<https://www.frameworksinstitute.org/resources/reframing-childrens-mental-health> (22. nov 2025)
 17. Navein A, McTaggart J, Hodgson X et al. Effective healthcare communication with children and young people: a systematic review of barriers and facilitators. Arch Dis Child. 2022;107(12):1111-1116. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2022-324132>
 18. Sugarman L, Wester II LSW, Wester W, red. Therapeutic hypnosis with children and adolescents. 2nd ed. Crown House Publishing, 2013
 19. Kuttner L. Pediatric hypnosis: pre-, peri-, and post-anesthesia. Pediatr Anesth. 2012;22(6):573-7.
<https://doi.org/10.1111/j.1460-9592.2012.03860.x>
 20. Chang CM, Li Y, Or LL et al. A qualitative study exploring Singaporean parents' perceptions on preparing their child for surgery. J Pediatr Nurs. 2020;54:e69-e77. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.05.004>
 21. Claus LE, Links AR, Amos J et al. Parent experience of communication about children's surgery: a qualitative analysis. Pediatr Qual Saf. 2021;6(3):e403. <https://doi.org/10.1097/pq9.0000000000000403>
 22. Bogusaite L, Razlevici I, Lukosiene L, Macas A. Evaluation of preoperative information needs in pediatric anesthesiology. Med Sci Monit. 2018;24:8773-8780. <https://doi.org/10.12659/MSM.910734g/>
 23. Andersson L, Österberg SA, Johansson P, Knutsson S. The interplay between children, their parents and anaesthesia staff during the child's anaesthesia – an observational study. J Clin Nurs. 2022;31(15-16):2240-2251.
<https://doi.org/10.1111/jocn.16042>
 24. Meg Foundation. Comfort Positions – a guide for parents and healthcare professionals, 2023.
<https://www.megfoundationforpain.org/comfort-positions-a-guide-for-parents-and-healthcare-professionals/> (22. nov 2025)
 25. Godiksen LB. Samtale før bedøvelse. <https://vaelgklogt.dk/anbefalinger/samtale-foer-bedoevelse> (22. nov 2025)
 26. Blackburn F, Butler M, Cheung CR. "The paediatrician will hear you now": making virtual outpatient consultations work for children and young people. Arch Dis Child. 2021;106(11):1041-1043. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-321021>
 27. Strassberger-Nerschbach N, Magyaros F, Maria W et al. Quality comparison of remote anesthetic consultation versus on-site consultation in children with sedation for a magnetic resonance imaging examination – a randomized controlled trial. Pediatr Anesth. 2023;33(8):647-656. <https://doi.org/10.1111/pan.14679>
 28. Goldstein F, Glueck D. Developing rapport and therapeutic alliance during telemental health sessions with children and adolescents. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2016;26(3):204-11. <https://doi.org/10.1089/cap.2015.0022>
 29. Kern D, Bourdaud N, Jaber H et al. Teleconsultation in pediatric anesthesia: first assessment of feasibility, quality, and satisfaction in France. Pediatr Anesth. 2023;33(7):552-561. <https://doi.org/10.1111/pan.14663>
 30. Neumann C, Schleifer G, Strassberger-Nerschbach N et al. Digital online anaesthesia patient informed consent before elective diagnostic procedures or surgery: recent practice in children – an exploratory ESAIC survey (2021). J Clin Med. 2022;11(3):502. <https://doi.org/10.3390/jcm11030502>