

FSOP *nyt*

Unge
patienter er ikke
bare små voksne

HVORDAN SKABER VI
TRYGHED, TILLID OG BEDRE
OPERATIONSFORLØB FOR
UNGE MENNESKER?

BLACK BOX PÅ OPERATIONSSTUEN

NY TEKNOLOGI AFSLØRER FORSKELLEN MELLEM
DOKUMENTATION OG VIRKELIGHED



RIKSFÖRENINGEN FÖR
OPERATIONSSJUKVÅRD

8th

NORINA

CONGRESS
2027

High Competence, High Quality Care

21.-23.4.2027

CLARION HOTEL HELSINKI
FINLAND



THE CALL FOR ABSTRACTS IS NOW **OPEN!**

We are inviting you to submit abstracts. **The submitted abstracts should reflect the theme of the congress 'High Competence, High Quality Care' and address various aspects of operating room nursing, including clinical patient care, management, and education.** Abstracts are expected to demonstrate how professional competence and high quality care practices support and strengthen patient safety in operating rooms.

Please read the detailed instructions and submit your abstract via <https://norna2027.eventsair.site/> by **30th of September 2026.**

The conference is targeted at clinical operating room nurses, nurse managers and leaders, nurse researchers, specialists, educators, and all others interested in operating room nursing.

Follow the conference updates at <https://norna2027.eventsair.site>





Fagligt Selskab for
Operationssygeplejersker
har opdateret de
Nationale Kompetencekort
for nyansatte uden
operationserfaring.

SE DEM HER

FSOP_{nyt}

**Redaktionsgruppe og
ansvarshavende redaktører:**
Mirjam Damgaard Kjær
mirjkjae@rm.dk
Frank Leth Petersen
Frank.Leth.Petersen@regionh.dk
Naja Nielsen
naja.nielsen.01@regionh.dk

Redaktør:
Claus Christensen, journalist

Grafisk produktion:
Lars Brink, Adman

Kontakt FSOP-nyt:
Send et indlæg eller
kontakt FSOPs bestyrelse:
tenna.kershoej.petersen.
01@regionh.dk

Bliv medlem:
<https://dsr.dk/fs/fs2/medlemskab>

Om FSOP
<https://dsr.dk/fs/fs2>

FSOPs facebookgruppe
FSOP - Fagligt selskab for
Operationssygeplejersker



UNGE PATIENTER KRÆVER MERE END STANDARDBEHANDLING 4

Birgitte Lykkeberg sætter fokus på, hvordan operationssygeplejersker kan skabe tryghed og bedre forløb for unge patienter.

OMSORG KAN IKKE GØRES OP I REGNEARK 6

Emma Holten udfordrer sundhedsvæsenets økonomiske logikker og sætter værdien af omsorg til debat.

TAK TIL ÅRETS UDSKILLERE 9

Innovative produkter og ny viden til operationssygeplejersker fra hele landet.

BLACK BOX AFLØRER BLINDE VINKLER PÅ OPERATIONSSSTUEN 10

Ny teknologi fra Rigshospitalet giver unikt indblik i samarbejde, sikkerhed og psykologisk tryghed.

NÅR PATIENTENS SIDSTE ØNSKE MØDER OPERATIONSSSTUEN 14

Implementeringsprojekt om respekt for begrænset behandlingsønske i neurokirurgien.

PSYKIATRI OG SOMATIK STØDER SAMMEN 17

Dagmars personlige historie sætter fokus på mødet mellem mennesker og sundhedsvæsen.

TO OPERATIONSSYGEPLEJERSKER OG EN ROBOT 20

Sådan blev robotassisteret thoraxkirurgi implementeret gennem træning, i æring og tværfagligt samarbejde.

BLIV INSPIRERET I FINLAND 24

Tag med til NORNA 2027 i Finland og bliv inspireret af kolleger fra hele Norden.

SAFETY BEYOND CHECKLISTS 25

Patient safety depends on more than guidelines and individual responsibility. Anette Nyberg explores how teamwork, experience and organisational support shape safer perioperative care.

NYE MEDLEMMER OG INFORMATION FRA FSOP 27



FSOP
TEMADAG
2026

Birgitte Lykkeberg, klinisk
Afdeling for Hjertesygdomme

Man skal behandle unge med den samme omsorg som børn og respekt som voksne

Klinisk sygeplejespecialist Birgitte Lykkeberg sætter fokus på, hvordan operationssygeplejersker kan skabe større tryghed og bedre forløb for unge patienter.

Operationssygeplejersker kan gøre en afgørende forskel for unge patienter ved at møde dem i øjenhøjde, skabe tryghed og forstå den særlige livsfase, de befinder sig i.

Der sidder en 16-årig pige i forberedelsesrummet før en operation. På væggene hænger pjecer med billeder af ældre patienter, og samtalen rundt om hende foregår i et sprog, hun kun delvist forstår. Hun virker rolig. Måske næsten upåvirket. Men inde i hende føler hun sig utryk, sårbar og uden kontrol.

For unge patienter er mødet med sundhedsvæsenet ofte mere komplekst, end det umiddelbart ser ud. De befinder sig i en livsfase præget af store biologiske, psykiske og sociale forandringer, samtidig med at de skal håndtere sygdom, behandling og hospitalskontakt. Og netop operationsforløb kan sætte dybe spor.

Det var et af hovedbudskaberne i et oplæg fra Birgitte Lykkeberg, klinisk sygeplejespecialist på Rigshospitalet, som satte fokus på, hvordan sundhedsprofessionelle – også på operationsgangen – kan blive bedre til at møde unge mennesker på deres egne præmisser.

DE UNGE FALDER MELLEM TO STOLE

"De unge udgør en lille gruppe på hospitalet. De er hverken børn eller voksne, men befinder sig midt imellem," lød det fra Birgitte Lykkeberg under oplægget.

Netop den placering kan skabe udfordringer. Mange unge oplever, at hospitalet enten er indrettet til små børn eller til voksne patienter. De savner steder, information og personale, de kan spejle sig i.

Birgitte Lykkeberg viser en film med unge kronisk syge patienter. De fortæller, hvordan de føler sig overset i sundhedsvæsenet. På børneafdelingerne bliver der ofte talt hen over hovedet på dem til forældrene, mens voksenafdelingerne kan opleves som et brat skifte til en verden med høje forventninger om selvstændighed og forståelse.

”Man skal behandle unge med den samme omsorg som børn og respekt som voksne,” siger en af de unge i filmen.

OPERATIONSFORLØB KAN SÆTTE SIG LÆNGE EFTER

For mange unge patienter er operationer forbundet med angst og følelsen af at miste kontrollen over egen krop. Særligt kropslige forandringer som ar og smerter kan fylde meget efterfølgende.

Ifølge Birgitte Lykkeberg fortæller unge patienter ofte om mareridt og ubehag længe efter operationen. Nogle trækker sig socialt af frygt for, at der skal ske noget med dem igen. Andre kæmper med at vende tilbage til skole, venner og ungdomsliv efter længere sygdomsforløb.

Samtidig kan tidligere oplevelser i sundhedsvæsenet spille en stor rolle. Unge, der som børn har oplevet fastholdelse eller traumatiske procedurer, kan få gamle erfaringer aktiveret igen, når de møder operationsgangen som unge eller voksne.

Derfor er det afgørende, at personalet er opmærksomt på de erfaringer, patienterne bringer med sig.

NÅR DEN UNGE IKKE FORSTÅR SPROGET

En af de udfordringer, der blev fremhævet, handler om kommunikation. Sundhedsprofessionelle bruger ofte et fagsprog, som unge patienter ikke nødvendigvis forstår – uden at nogen opdager det.

Birgitte Lykkeberg fortalte blandt andet om en ung mand med rytmeforstyrrelser, som først som 21-årig forstod, hvad ”rytme” egentlig betød, selv om han havde været til kontrol gennem hele sin opvækst.

Mange unge nikker og siger ja, selv om de er usikre eller bange for at virke dumme. Derfor kræver kommunikationen både tid, nysgerrighed og mod til at spørge ind.

Et konkret råd fra oplægget var at vende ansvaret tilbage til de sundhedsprofessionelle fremfor til den unge patient.

”Vil du være sød at forklare mig, hvad vi har fortalt dig?” kan være en mere åben og tryk måde at undersøge forståelse på end at teste patienten direkte.

FORÆLDRENE FYLDER – PÅ GODT OG ONDT

Forældre spiller ofte en central rolle i unge patienters sygdomsforløb. Særligt ved kronisk sygdom har forældrene gennem mange år været dem, der har kommunikeret med sundhedsvæsenet og truffet beslutninger om behandling.

Men relationen kan også gøre det svært for den unge at få plads til egne spørgsmål og bekymringer.

I oplægget blev der peget på såkaldte ”split visits”, hvor den unge taler alene med sundhedspersonalet i en periode, inden forældrene inviteres ind igen. Her kan den unge selv være med til at afgøre, hvad der skal deles med forældrene bagefter.

Flere deltagere i salen genkendte problematikken omkring forældre, der enten fylder meget følelsesmæssigt eller overtager samtalen på den unges vegne – særligt i korte kontakter som på operationsgangen.

UNGEVENLIG KOMMUNIKATION KRÆVER VIDEN

Ifølge Birgitte Lykkeberg er der fortsat få sundhedsprofessionelle, der har modtaget undervisning i ungdomsmedicin og ungevenlig kommunikation. Samtidig viser undersøgelser, at mange selv oplever at mangle kompetencer til at møde unge patienters særlige behov.

Det handler ikke om særlige tricks, men om at forstå den livsfase, den unge står i. En 13-årig og en 19-årig kan være vidt forskellige i modenhed, sygdomsforståelse og behov for støtte.

For operationssygeplejersker kan selv små greb gøre en stor forskel: at tale direkte til den unge, forklare hvad der skal ske, fortælle inden patienten skal have tøjet af eller stikkes, og skabe plads til spørgsmål.

”Jeg vil gerne behandles som et menneske og ikke som en opgave,” som en af de unge formulerede det.

FAKTA: DET EFTERSPØRGER UNGE PATIENTER

Unge patienter pegede blandt andet på disse ønsker til mødet med sundhedsvæsenet:

- Tal direkte til mig – ikke kun til mine forældre
- Forklar, hvad der skal ske, før det sker
- Brug et sprog, jeg forstår
- Mød mig i øjenhøjde
- Husk, at jeg stadig er ung – også når jeg er syg
- Vis omsorg uden at tale ned til mig

FSOP
TEMADAG
2026

Omsorg kan ikke gøres op i regneark

Emma Holten satte økonomiens syn på sundhed og omsorg til debat

Hvordan måler man værdien af et menneske? Og hvad sker der med et sundhedsvæsen, når økonomiske modeller får lov til at definere, hvad der kan betale sig?

Det var nogle af de spørgsmål, den feministiske debattør og forfatter Emma Holten foldede ud, da hun holdt oplæg for 110 operationssygeplejersker på Hotel Koldingfjord.

Med afsæt i sin bog Underskud satte Emma Holten fokus på den måde, økonomi og styring præger den offentlige sektor – og særligt de områder, hvor omsorg, tid og relationer er en afgørende del af arbejdet.

"Jeg tror ikke, jeg behøver fortælle nogen, der arbejder i det offentlige, at økonomi er den allervigtigste videnskab i politik," sagde hun indledningsvis.

Ifølge Emma Holten bliver økonomiske analyser ofte præsenteret som neutrale fakta, selv om de bygger på bestemte antagelser om, hvad der skaber værdi i et samfund.

Hun pegede blandt andet på, at omsorgsarbejde – både det lønnede og ulønnede – sjældent får samme plads i de økonomiske modeller som aktiviteter, der kan måles direkte i kroner og øre.

"I økonomi bruger man priser til at måle værdi," forklarede hun og beskrev, hvordan høj løn automatisk bliver lig med høj værdi i de klassiske økonomiske modeller.

Det perspektiv udfordrede hun gennem en række eksempler fra sundhedsvæsenet og fra egne erfaringer som kronisk patient.

Emma Holten fortalte blandt andet om en indlæggelse på Bispebjerg Hospital, hvor hun blev optaget af den kompleksitet, der præger arbejdet omkring patienterne.

"Jeg lå ligesom på det der sygehus og var rimelig meget på røven over kompleksiteten af det arbejde," sagde hun.

Hun beskrev sundhedsvæsenet som et "symfoniorkester", hvor faglighed, koordinering, relationer og akutte situationer hele tiden spiller sammen. Et arbejde, som efter hendes opfattelse vanskeligt lader sig indfange i standardiserede modeller.

Netop mødet mellem økonomisk styring og den kliniske virkelighed fyldte meget i oplægget.

Med henvisning til styringsmodeller inspireret af industrien sagde hun:

"Der er nogle små forskelle på biler og patienter."

Pointen var, at patienter ikke kan behandles som standardiserede produkter. Ifølge Emma Holten tager mange modeller udgangspunkt i gennemsnitspatienter og gennemsnitsforløb, mens virkeligheden består af mennesker med forskellige behov, sygdomsforløb og livssituationer.

"Problemet er bare, man kommer ikke ind i den offentlige sektor for at få et produkt – man kommer ind for at få et resultat."

Undervejs koblede hun også kritikken af økonomiske modeller til udviklingen i det danske sundhedsvæsen gennem de seneste årtier. Hun argumenterede for, at effektiviseringer og produktivitetskrav ofte bliver regnet



*Emma Holten udfordrer
de økonomiske modeller, der
præger sundhedsvæsenet*

som gevinster, selv om konsekvenserne for kvalitet, arbejdsmiljø og patientoplevelser kan være svære at måle.

"Der er orden i papirerne, men ikke i virkeligheden," sagde hun.

Et centralt tema i oplægget var samtidig den frustration, mange ansatte i omsorgsfag oplever, når faglige ambitioner kolliderer med tidspres og begrænsede ressourcer.

"Det jeg hører fra folk i den offentlige sektor, som arbejder med omsorg, det er, at du sidder i en situation, hvor du ved, hvad patienten har brug for – og du kan ikke give det."

For operationssygeplejerskerne i salen var mange af

problemstillingerne genkendelige: balancen mellem effektivitet og nærvær, mellem dokumentation og tid til patienten – og mellem kravene i systemet og ønsket om at levere høj faglig kvalitet.

Emma Holten leverede ikke konkrete løsninger på sundhedsvæsenets udfordringer. Til gengæld satte hun ord på en grundlæggende diskussion om, hvad samfundet vælger at måle – og hvad der risikerer at forsvinde, når omsorg primært betragtes som en udgiftspost.

Og netop dét spørgsmål stod tilbage efter oplægget på Koldingfjord: Hvordan værdisætter man det arbejde, der får mennesker til at fungere, blive raske og leve videre – når det vigtigste ikke nødvendigvis er det, der lettest kan tælles?

FSOP
TEMADAG
2026





Leverandørerne bidrog med ny viden, innovative løsninger og dialog om fremtidens operationssygepleje på FSOPs temadag 2026.

Som altid var en række leverandører på plads til årets temadag for FSOP på Hotel Koldingfjord.

De 110 operationssygeplejersker fik mulighed for at blive klogere på innovative produkter og nye metoder, der understøtter det daglige arbejde på operationsgangen.

Tak til alle samarbejdspartnere for en inspirerende dag med fælles fokus på fremtidens operationssygepleje:

Apgar
Applied Medical
Axel Madsen Health Care og Lohmann & Rauscher
Blue Surgical Aps
CONMED
Hounisen Laboratorieudstyr A/S
ILS Danmark
Intuitive
L. Thalund Instrument
Mediplast A/S
Mölnlycke Health Care APS
Serb pharmaceuticals
Smith&Nephew
Vingmed





Kjestine Emilie Møller fra Rigshospitalet fortæller om erfaringerne med Operating Room Black Box og arbejdet med patient-sikkerhed og psykologisk tryghed.

FSOP
TEMADAG
2026

Black box afslører blinde vinkler på operationsstuen

Ny teknologi fra Rigshospitalet giver unikt indblik i samarbejde, sikkerhed og psykologisk tryghed under operationer

Hvordan samarbejder vi egentlig på operationsstuen? Hvem siger fra, når noget ikke bliver gjort? Og stemmer dokumentationen i journalen overens med det, der faktisk sker omkring patienten?

Det var nogle af de spørgsmål, læge og ph.d. Kjestine Emilie Møller satte fokus på under FSOPs temadag på Hotel Koldingfjord, hvor omkring 110 operationssyge-

plejersker fra hele landet var samlet for at høre om implementeringen af Operating Room Black Box på Rigshospitalet.

Teknologien – inspireret af flyindustriens sorte bokse – optager lyd, video og data fra operationsstuen og giver et detaljeret indblik i arbejdsgange, samarbejde og brugen af den kirurgiske sikkerhedstjekliste.

HVAD ER OPERATING ROOM BLACK BOX?

Operating Room Black Box er et system, der registrerer lyd, video og data fra operationsstuen for at undersøge samarbejde, arbejdsgange og patientsikkerhed.

Teknologien er inspireret af flyindustriens sorte bokse og bruges som et læringsredskab – ikke til at placere skyld. Kameraer og mikrofoner registrerer hændelser under operationen, mens data fra udstyr og patientmonitorering samles automatisk.

Ansigter sløres, stemmer forvrænges, og personfølsomme oplysninger fjernes.

Målet er at identificere mønstre, forbedre samarbejde og styrke patientsikkerheden.

For operationssygeplejerskerne er perspektivet særligt interessant. For som Kjestine Emilie Møller understreger under oplægget, er det ofte operationssygeplejerskerne, der holder sammen på processerne omkring patienten.

”I er jo på mange måder den her centrale midtbane på fodboldholdet, som er med fra start til slut under en operation,” sagde hun.

Kjestine Emilie Møller tog udgangspunkt i en genkendelig situation fra operationsstuen, hvor mange faggrupper arbejder tæt sammen under konstant støj, afbrydelser og tidspres.

”Døren går op og i hele tiden, folk snakker på kryds og tværs, og der er en masse maskiner, der larmer. Samtidig skal man samarbejde på tværs af faggrupper og sikre, at patienten får det bedst mulige forløb. Det er et ekstremt komplekst rum at arbejde i.”

Hun henviste til studier, der viser, at der under en standardoperation på halvanden time kan forekomme op til 42 døråbninger, 67 alarmer fra udstyr og seks telefonopkald. I op mod en tredjedel af operationerne opstår der samtidig forstyrrelser omkring udstyr.

På verdensplan udføres der omkring 300 millioner operationer årligt, og blandt kirurgiske patienter oplever op mod 14 procent komplikationer. Omkring 40 procent af komplikationerne sker på operationsstuen, og op mod halvdelen vurderes potentielt forebyggelige.

FOKUS PÅ ”HVAD” FREM FOR ”HVM”

I dag arbejder man i stigende grad med et human factors-perspektiv i sundhedsvæsenet.

Her handler det ikke om at placere skyld hos enkeltpersoner, men om at forstå de mange faktorer, der påvirker beslutninger og handlinger i komplekse arbejdssituationer.

”Formålet med at bruge den her tilgang er at gå i dybden med de hændelser, der sker, og finde ud af, hvordan vi fremadrettet kan gøre det nemmere at tage de rigtige valg frem for de forkerte valg. Når noget går galt, skal vi ikke kun spørge hvem der gjorde noget forkert – vi skal prøve at forstå, hvad det var i systemet eller arbejdssituationen, der gjorde det svært at handle rigtigt,” forklarede Kjestine Emilie Møller.

Hun pegede blandt andet på betydningen af fysiske rammer, arbejdsgange, teknologi, kultur og ledelse.

Et konkret eksempel kan være placeringen af akut medicin.

”Hvordan kan vi gøre den proces nem ved at have det samme sted i de samme skuffer på alle stuer, så man ikke skal til at tænke over, hvor vi finder det henne?” spurgte hun.

PSYKOLOGISK TRYGHED

Psykologisk tryghed handler om, at medarbejdere føler sig trygge ved at stille spørgsmål, sige fra og gøre opmærksom på fejl eller bekymringer.

Begrebet er især blevet kendt gennem den amerikanske forsker og forfatter Amy Edmondson fra Harvard Business School. Hun er ekspert i teamwork og organisatorisk læring.

Forskningen viser, at teams med høj psykologisk tryghed ofte rapporterer flere fejl – ikke fordi de laver flere fejl, men fordi medarbejderne tør tale åbent om dem.

Målet er at skabe læring frem for skyld.

på operationsstuen føler sig trygge ved at sige fra, stille spørgsmål og gøre opmærksom på fejl eller mangler.

”Det refererer til, at man har et arbejdsklima, hvor det er trygt for alle at ’speake up’ omkring bekymringer, spørgsmål og fejl – uden frygt for konsekvenser. At man



tør sige højt, hvis man oplever noget bekymrende eller opdager, at noget ikke bliver gjort,” forklarede hun.

Interessant nok viser forskning, at de arbejdspladser, der rapporterer flest fejl, ofte også er dem med den højeste grad af psykologisk tryghed.

”De har lavet en kultur omkring, at her skal vi lære af de fejl, der sker,” sagde Kjestine Emilie Møller.

DEN KIRURGISKE TJEKLISTE

WHO's kirurgiske sikkerhedstjekliste blev udviklet i 2007 som led i en international indsats for at forbedre patientsikkerheden.

Tjeklisten består af tre faser: check-in, timeout og check-out.

Studier viser, at korrekt brug af tjeklisten reducerer både mortalitet og komplikationer. Men effekten afhænger af, hvordan den anvendes.

”Hvis det bare bliver sådan, at man vinger en masse punkter af, så har det ikke den samme effekt. Pointen er jo netop, at hele teamet stopper op, lytter og får en fælles forståelse af patienten og operationen, inden man går videre,” understregede Christina.

Hun beskrev samtidig en risiko for, at tjeklisten med tiden bliver reduceret til en administrativ opgave.

”Det bliver noget, man bare klikker af i systemet, i stedet for at det er et patientsikkerhedstiltag, hvor hele teamet stopper op og lytter,” sagde hun.

BLACK BOX AFLØREDE STOR FORSKEL MELLEM PRAKSIS OG DOKUMENTATION

Et af de mest opsigtsvækkende fund fra projektet på Rigshospitalet handlede netop om brugen af den kirurgiske tjekliste.

Ved hjælp af Black Box-data sammenlignede forskerne det, der faktisk blev sagt og gjort på operationsstuen, med det, der var dokumenteret i patientjournalen.

Resultaterne viste betydelige forskelle.

Risiko for blodtab blev kun italesat i fire procent af de observerede operationer, mens det i journalen var registreret som udført i 69 procent af tilfældene. Præsentation af teammedlemmer under timeout blev udført i syv procent af operationerne, men registreret i 96 procent. I 20 procent af operationerne blev check-out slet ikke gennemført.

”Det arbejde, vi egentlig tror bliver gjort på operationsstuen, når vi kigger i journalen, er ikke nødvendigvis det, der reelt sker derinde. Der er en ret stor diskrepans mellem det, der var dokumenteret, og det vi faktisk kunne observere via Black Box-data,” sagde Kjestine Emilie Møller.

OPERATIONSSYGEPLEJERSKERNE DRIVER TJEKLISTEN

I projektet undersøgte forskerne også, hvem der typisk initierer og udfører den kirurgiske tjekliste.

Her viste det sig tydeligt, at operationssygeplejerskerne spiller en central rolle.

”Operationssygeplejerskerne fører godt an i forhold til at få den udført,” sagde Kjestine Emilie Møller.

Samtidig pegede flere operationssygeplejersker på, at ansvaret ofte opleves ulige fordelt.

Under spørgerunden beskrev en operationssygeplejerske, hvordan meget af ansvaret for tjeklisten ligger hos sygeplejerskerne:

”Det er min underskrift, der kommer derpå. Men sikker kirurgi er jo et fælles ansvar.”

En anden operationssygeplejerske fortalte, at arbejdet med fælles teamsamarbejde og tydeligere kommunikation havde ændret kulturen markant på hendes afdeling.

”Det gør faktisk, at vi har en større psykologisk tryghed på stuen. Folk tør sige noget. Det er blevet mere acceptabelt at sige højt, hvis vi er ved at komme bagud, eller hvis der er noget, vi er bekymrede for. Det turde vi jo ikke før.”

FRA FLYINDUSTRI TIL OPERATIONSSTUE

Operating Room Black Box er udviklet i Canada med inspiration fra flyindustriens sikkerhedsarbejde.

Teknologien indsamler systematisk data fra operationsstuen via kameraer, mikrofoner og integration med kirurgisk udstyr og patientmonitorering.

Ansigter sløres automatisk, stemmer forvrænges, og personfølsomme oplysninger fjernes.

Implementeringen på Rigshospitalet begyndte i 2020 og omfatter i dag flere kirurgiske specialer.

Ifølge Kjestine Emilie Møller har processen været både tidskrævende og kompleks.

”Det er ikke bare et plug-and-play-system. Teknisk kan man måske hurtigt sætte det op, men implementeringen handler jo om mennesker, kultur, etik og tillid. Der er utrolig mange faggrupper og interessenter involveret,” sagde hun.

Hun fremhævede især betydningen af at få alle faggrupper involveret fra starten.

Projektgruppen bestod i begyndelsen primært af læger – og det viste sig hurtigt at være en fejl.

”Det var en kæmpe fodfejl i starten,” erkendte hun.

Efter at operationssygeplejersker blev involveret i projektgruppen, steg accepten blandt sygeplejerskerne.

HØJ OPBAKNING TIL PROJEKTET

I et feasibility-studie undersøgte forskerne, om Black Box-teknologien kunne implementeres i en dansk kontekst.

Resultaterne viste høj accept blandt både ledelse, personale og patienter.

100 procent af ledelsen støttede projektet.

93 procent af personalet gav samtykke til deltagelse.

98 procent af patienterne accepterede deltagelse.

BLACK BOX SOM LÆRINGSREDSKAB

I dag bruges Black Box-data blandt andet i tværfaglige læringssessioner på Rigshospitalet.

Her gennemgår personale fra forskellige faggrupper konkrete cases med fokus på samarbejde, arbejdsgange og kommunikation.

Møderne faciliteres blandt andet af en psykolog og en kliniker.

Formålet er ikke at placere skyld, men at skabe fælles læring.

”Det skaber plads til, at operationssygeplejersker og anæstesisygeplejersker kan fortælle, hvorfor ting måske tager længere tid eller bliver vanskelige i praksis. For eksempel hvis et instrument er svært at finde, eller hvis der er noget i arbejdsgangen, som de andre faggrupper måske ikke ser til daglig,” forklarede Kjestine Emilie Møller.



”I er jo på mange måder den her centrale midtbane på fodboldholdet, som er med fra start til slut under en operation”

Hun oplever, at de tværfaglige drøftelser giver større forståelse mellem faggrupperne.

”Dialogen på tværs af teamet sker ikke nødvendigvis i det daglige. Så kommer kirurgen ind, opererer og går igen,” sagde hun.

KUNSTIG INTELLIGENS KAN BLIVE NÆSTE SKRIDT

Fremadrettet ser Kjestine Emilie Møller store perspektiver i brugen af kunstig intelligens sammen med Black Box-teknologien.

Målet er blandt andet at kunne analysere store datamængder og måske på sigt bruge teknologien som støtteværktøj på operationsstuen.

Samtidig håber hun, at teknologien kan bidrage til en større forståelse af kompleksiteten i operationssygeplejerskernes arbejde.

Og netop den forståelse kan være afgørende, hvis fremtidens operationsstue skal blive både sikrere og mere psykologisk tryk for patienter og personale.



Operationssygeplejerske Mette Herum Johansen præsenterer et projekt om respekt for patienters behandlingsønsker i neurokirurgien.

FSOP
TEMADAG
2026

Når patientens sidste ønske møder operationsstuen

Et implementeringsprojekt om respekt for begrænset behandlingsønske i neurokirurgien

På operationsgangen er tempoet højt, beslutninger træffes hurtigt, og behandling er ofte rettet mod at redde liv.

Men hvad sker der, når en patient på forhånd har valgt at frasige sig genoplivning eller intensiv behandling? Hvordan sikrer man, at patientens ønsker respekteres – også når situationen bliver akut?

Det spørgsmål satte operationssygeplejerske Mette Herum Johansen fra Rigshospitalet sig for at undersøge i sit implementeringsprojekt fra efteruddannelsen i operationssygepleje.

ET OVERSET DILEMMA I OPERATIONSMLJØET

På neurokirurgisk operationsgang møder personalet nogle af sundhedsvæsenets mest alvorligt syge patienter. Patientgruppen spænder fra nyfødte til ældre mennesker med blandt andet hjernetumorer, traumer, aneurismer, spontane hjerneblødninger, Parkinsons sygdom og hydrocephalus.

Fælles for mange af patienterne er, at de lever med alvorlig sygdom, nedsat livskvalitet og udsigt til begrænset levetid. Derfor er det heller ikke usædvanligt, at patienter har taget stilling til behandlingsniveau og ønsker om ikke at blive genoplivet.

"Hos os har vi måske en håndfuld patienter om ugen, som har taget stilling og ønsker begrænset behandling eller ingen behandling ved hjertestop," fortæller Mette Herum Johansen i sit oplæg.

Alligevel oplevede hun, at emnet sjældent blev drøftet konkret på operationsstuen.

"Når vi lavede kirurgi, blev det måske nævnt med et hurtigt spørgsmål om, hvorvidt patienten ønskede genoplivning. Men der blev sjældent lavet en konkret aftale om, hvad man faktisk gør, hvis patienten får hjertestop under operationen," forklarede hun.

FORSKELLIGE FAGLIGE FORSTÅELSER

Projektet afdækkede hurtigt, at der eksisterede meget forskellige holdninger blandt faggrupperne.

Kirurgerne havde ofte en mere accepterende tilgang til patienternes ønsker, mens anæstesipersonalet typisk oplevede større usikkerhed.

”Jeg har sågar hørt anæstesilæger sige: ‘Her genoplever vi alle,’” fortalte Mette under præsentationen.

Det illustrerer et centralt dilemma i operationsmiljøet: Patienterne kommer til operation for at blive behandlet, og mange oplever derfor, at operationsstuen automatisk indebærer fuld behandling. Samtidig har patienterne juridisk ret til selvbestemmelse – også retten til at fravælge genoplivning.

BARRIERER FOR AT RESPEKTERE PATIENTENS VALG

I den første del af projektet undersøgte Mette Herum Johansen de barrierer, der gjorde det vanskeligt at efterleve patienternes behandlingsønsker i praksis.

Hun oplevede blandt andet, at dialogen med patienterne før operation ofte var utilstrækkelig, og at gamle eller uklare journalnotater kunne skabe usikkerhed om patientens aktuelle ønsker. Samtidig manglede teamet ofte en fælles plan for håndtering af akutte situationer, og forskellige faglige perspektiver mellem kirurgi, anæstesi og operationssygepleje gjorde beslutningerne endnu mere komplekse.

Et særligt problem var, at behandlingsønsker ofte stod dokumenteret i journalen uden at være genbesøgt i forbindelse med den aktuelle indlæggelse.

”Bliver patienten udskrevet og indlagt igen, skal ønsket faktisk dokumenteres på ny. Men det gamle notat står stadig i journalen,” forklarede hun.

Samtidig oplevede hun, at samtalen med patienterne ofte udeblev i præoperative forløb.

”På trods af at det er dokumenteret i journalen, bliver det ikke nødvendigvis talt igennem med patienten ved præsamtalet.”

FRA PROBLEM TIL HANDLING

I stedet for at forsøge at ændre hele organisationens arbejdsgange valgte Mette Herum Johansen en mere pragmatisk tilgang.

Hun tog udgangspunkt i et eksisterende redskab på afdelingen: det, de på afdelingen kalder et ”Team-In”-skema, udviklet af en kollega som ramme for den tværfaglige dialog før patienten ankommer til operationsstuen.

Sammen med en lille arbejdsgruppe bestående af operations- og anæstesisygeplejersker blev skemaet revideret.

Her tilføjede de et fast punkt om behandlingsniveau og patientens behandlingsønsker.

Formålet var at sikre, at hele teamet blev orienteret om patientens ønsker, at der blev skabt en fælles forståelse af behandlingsniveauet, og at der blev indgået en konkret aftale om håndtering ved komplikationer eller hjertestop.

Skemaet ligger nu fysisk på alle operationsstuer og kan anvendes af alle faggrupper.

”Det gør, at det er nemt at gå til. Det er ikke kun en opgave for operationssygeplejersken – det er noget, vi alle sammen kan tage initiativ til,” sagde Mette Herum Johansen.

ETISKE DILEMMAER I PRAKSIS

Projektet affødte livlig debat blandt deltagerne på tema-dagen. Flere operationssygeplejersker genkendte problemstillingen fra egne afdelinger.

En deltager spurgte direkte:

”Kan man godt beslutte, når patienten er lagt i anæstesi, at man ikke vil genoplive på operationsstuen?”

Mette understregede, at patientens ønsker skal respekteres, hvis de er tydeligt afklaret og dokumenteret.

”Der er patienter, der siger: ‘Jeg vil under ingen omstændigheder genoplive på operationsstuen.’ Det bliver man nødt til at acceptere,” svarede hun.

FAKTA: HVEM KAN FRAVÆLGE GENOPLIVNING?

- En habil patient kan selv fravælge genoplivning i forbindelse med alvorlig sygdom.
- Varigt inhabile patienter kan få beslutningen truffet i samarbejde mellem læge og pårørende.
- Borgere over 18 år kan oprette behandlingstestamente.
- Borgere over 60 år kan registrere ønske om fravalg af genoplivning ved hjertestop.



Hun pegede samtidig på, at mange hjertestop under operation skyldes behandlingsrelaterede komplikationer som blødning eller medicinpåvirkning, hvilket gør situationerne endnu mere komplekse.

”Mit budskab har hele tiden været, at patienterne skal med på råd, og de skal vide, hvad de går ind til. De skal have mulighed for at frasige sig behandling, hvis de ikke ønsker den.”

OPERATIONSSYGEPLEJERSKENS ROLLE

Projektet tydeliggør, at operationssygeplejersker spiller en vigtig rolle i arbejdet med patientautonomi og etisk refleksion.

Operationssygeplejersken befinder sig centralt i det tværfaglige samarbejde og har ofte blik for både patientens perspektiv og teamets dynamik. Derfor kan operationssygeplejersker også være drivkraft for at skabe struktur omkring vanskelige samtaler og beslutninger.

Mette oplever allerede, at Team-In-skemaet har ændret praksis.

”Jeg synes, vi har nogle meget fine og respektfulde samtaler tværfagligt, når vi har patienter med begrænset behandlingsniveau.”

Hun håber samtidig, at det øgede fokus med tiden vil føre til, at lægerne i højere grad tager samtalen med patienterne allerede i præoperative forløb.

FAKTA: ”TEAM-IN”-SKEMAETS FUNKTION

Skemaet anvendes før patienten ankommer til operationsstuen og skal sikre:

- Tværfaglig orientering om patientens behandlingsniveau
- Klar aftale om håndtering ved komplikationer
- Fælles forståelse i teamet
- Fokus på patientautonomi og juridiske rammer

MERE END ET SKEMA

Projektet handler i sidste ende ikke kun om dokumentation eller procedurer. Det handler om kultur.

Om at skabe et rum, hvor patientens ønsker bliver taget alvorligt – også når de udfordrer den traditionelle forståelse af operationsstuen som et sted, hvor alt gøres for at redde liv.

For operationssygeplejersker kan projektet være en vigtig påmindelse om, at patientcenteret behandling også gælder i de mest akutte og højteknologiske miljøer.

Og måske netop dér.





FSOP
TEMADAG
2026

NÅR PSYKIATRI OG SOMATIK STØDER SAMMEN

Dagmar deler sin personlige historie om psykisk sygdom og mødet med sundhedsvæsenet.

Hvordan møder vi mennesker med psykisk sygdom i somatikken? Hvad betyder vores kommunikation, vores blik og vores første sætning, når patienten foran os allerede bærer på skyld, skam og erfaringer med ikke at blive taget alvorligt?

Det var nogle af de spørgsmål, operationssygeplejersker fra hele landet arbejdede med, da FSOP afholdt temadag på Hotel Koldingfjord i maj.

Her delte Dagmar sin personlige historie om psykisk sygdom, mødet med sundhedsvæsenet og vejen tilbage til livet.

Oplægget blev indledt af PsykInfo, der arbejder med oplysning, rådgivning og brobygning mellem psykiatri og somatik. Budskabet var klart: Mennesker med psykisk sygdom lever i gennemsnit kortere og oplever fortsat ulighed i sundhed. Ikke nødvendigvis fordi sundhedspro-

fessionelle vil forskelsbehandle – men fordi usikkerhed, travlhed, fordomme, misforståelser og manglende viden kan få betydning for mødet.

”JEG ER MEGET MERE END MIN DIAGNOSE”

Dagmar indledte sit oplæg med en øvelse. Deltagerne skulle præsentere sig selv uden at bruge alder, civilstatus, uddannelse eller jobtitel.

Øvelsen satte tonen for resten af oplægget.

”Vi er så meget andet end vores diagnose,” forklarede hun.



FAKTA: PSYKINFO OG "EN AF OS"

PsykiInfo arbejder med rådgivning, undervisning og oplysning om psykisk sygdom i Region Syddanmark.

Organisationen samarbejder blandt andet med den landsdækkende indsats "EN AF OS", som siden 2011 har arbejdet for at mindske stigma og tabu omkring psykisk sygdom.

Frivillige ambassadører med egne erfaringer holder oplæg for fagprofessionelle, uddannelsesinstitutioner og arbejdspladser med fokus på mødet mellem mennesker og systemer.

FAKTA: PSYKISK SYGDOM OG SOMATIK

- Mennesker med psykisk sygdom lever i gennemsnit 15–20 år kortere end den øvrige befolkning.
- 6 ud af 10 danskere med kontakt til psykiatrien har også kontakt til det øvrige sundhedsvæsen.
- Over 30 % oplever negativ forskelsbehandling i somatikken.
- Mere end halvdelen oplever, at fysiske symptomer bliver tolket som psykiske.
- Diagnostisk overskygning betyder, at somatiske symptomer risikerer at blive overset, fordi patienten har en psykiatrisk diagnose.
- Små handlinger som øjenkontakt, rolig kommunikation og tydelig information kan have stor betydning for patientoplevelsen.

"Vi forventer ikke, at I fikser vores psykiske sygdom. Vi forventer bare, at I møder os som mennesker."

— Dagmar, FSOPs temadag på Hotel Koldingfjord

Dagmar fortalte om et liv med rejser, familieliv, sygeplejerskeuddannelse og arbejde i akutfunktioner. Hun beskrev en tryk opvækst med gode relationer og understregede, at psykisk sygdom ikke nødvendigvis udspringer af omsorgssvigt eller traumatiske barndomsoplevelser.

"Jeg kunne ikke bruge den fortælling om mig selv til noget," sagde hun.

Hun fortalte om livet som mor til et barn med omfattende handicap, om skilsmisse, om arbejdet som sygeplejerske og om gradvist at miste fodfæstet psykisk.

DA KROPPEN SAGDE STOP

Et centralt tema i oplægget var sammenhængen mellem psyke og krop.

Dagmar beskrev, hvordan hun efter en voldsom fødselsdepression blev akut indlagt i psykiatrien med selvmordstanker. Hun gennemgik elektrochokbehandling, fik store mængder psykofarmaka og udviklede selvskadende adfærd.

Samtidig oplevede hun flere alvorlige somatiske sygdomsforløb – blandt andet atypisk lungebetændelse med respiratorbehandling og senere nyresvigt med behov for dialyse.

Hun fortalte ærligt om oplevelsen af at blive mødt som "psykiatrisk patient" først og menneske bagefter.

"Når journalen siger psykiatri, så føler man nogle gange, at man går fra første klasse til tredje klasse," sagde hun.

Hun beskrev episoder, hvor fysiske symptomer blev tolket som angst eller psykiske reaktioner, før man undersøgte de somatiske årsager.

Et eksempel handlede om stærke smerter og åndenød, hvor hun blev mødt med spørgsmålet: "Er det ikke bare din angst?" Senere viste det sig, at smerterne skyldtes en fysisk tilstand med afklemt nerver efter sygdom.

For Dagmar blev oplevelsen et konkret billede på den diagnostiske overskygning, mange patienter med psykisk sygdom oplever: At psykiske diagnoser risikerer at overskygge reelle fysiske symptomer.

SKYLD, SKAM OG SELVSKADE

Et af de stærkeste øjeblikke under oplægget var Dagmars beskrivelse af selvskade.

Hun forsøgte at forklare følelsen til operationssygeplejerskerne ved at sammenligne den med at være under vand og kæmpe efter luft.

FEM RÅD TIL MØDET MED PATIENTER MED PSYKISK SYGDOM

1. Præsenter dig roligt og tydeligt
2. Stil åbne spørgsmål frem for ja/nej-spørgsmål
3. Undgå moralisering eller hurtige antagelser
4. Anerkend patientens oplevelse – også når du ikke forstår den
5. Husk: Patienten forventer ikke, at du løser alt, men at du møder dem respektfuldt

"Lige i det øjeblik man skader sig selv, føles det som at komme op til overfladen og få luft igen," forklarede hun.

Hun understregede samtidig, at mennesker med selvskadende adfærd ofte allerede er fyldt med skyld og skam, længe før de møder sundhedsvæsenet.

Derfor betyder personalets reaktion enormt meget.

Små kommentarer som "Er det nu dig igen?", "Det var godt nok dumt." eller "Det skal du stoppe med." kan opleves som moralske vurderinger og kan i værste fald få mennesker til at undlade at søge hjælp næste gang.

I stedet efterlyste hun nærvær, ro og almindelig menneskelig kontakt.

"VI FORVENTER IKKE, AT I FIKSER OS"

En operationssygeplejerske spurgte under oplægget, hvordan man bedst møder patienter med psykisk sygdom, når tiden er knap, og man er bange for at sige noget forkert.

Dagmars svar var enkelt:

"Vi forventer ikke, at I løser vores psykiske sygdom."

Hun pegede på betydningen af øjenkontakt, rolig kommunikation, tydelighed, nærvær, åbne spørgsmål og at blive mødt uden fordømmelse.

Hun foreslog spørgsmål som: "Er der noget, jeg skal vide om dig for bedst at kunne passe på dig?" frem for hurtige antagelser eller lukkede ja/nej-spørgsmål.

Hun opfordrede også til at undgå for hurtigt at gå ind i sårbare emner som børn, relationer og skyldfølelse, hvis kontakten er kort og akut.

Nogle gange handler omsorg ikke om dybe samtaler, men om almindelig menneskelig kontakt.

"Snak om fodbold, Paradise Hotel eller noget helt tredje. Bare vær til stede."

FAKTA: EN AF OS

EN AF OS er en landsdækkende indsats, der siden 2011 har arbejdet for at mindske stigma og tabu omkring psykisk sygdom. Frivillige ambassadører med egne erfaringer holder oplæg for blandt andet sundhedsprofessionelle, uddannelsesinstitutioner og arbejdspladser.

ULIGHED I SUNDHED STARTER I MØDET

PsykiInfo understregede under oplægget, at mennesker med psykisk sygdom fortsat oplever negativ forskelsbehandling i somatikken.

Undersøgelser viser blandt andet, at mange oplever ikke at blive taget alvorlig, at fysiske symptomer afvises som psykisk og at patienter med psykisk sygdom generelt har kortere levetid.

Samtidig blev det understreget, at stigmatisering sjældent handler om ond vilje. Det handler ofte om usikkerhed, kultur, travlhed og manglende erfaring.

Netop derfor blev dialogen mellem psykiatri og somatik fremhævet som afgørende.

"FOLK GLEMMER ALDRIG, HVORDAN DU FIK DEM TIL AT FØLE"

Dagmar afsluttede sit oplæg med et citat, der blev hængende i salen:

"Folk kan glemme, hvad du sagde. Folk kan glemme, hvad du gjorde. Men folk glemmer aldrig, hvordan du fik dem til at føle."

Budskabet til operationssygeplejerskerne var ikke, at de skulle være psykiatrispecialister.

Det var heller ikke, at de skulle kunne løse komplekse psykiske problemstillinger på få minutter.

Budskabet var langt mere enkelt – og måske netop derfor så vigtigt:

At mennesker med psykisk sygdom først og fremmest ønsker at blive mødt som mennesker.

Med respekt.

Med nysgerrighed.

Og uden at deres diagnose bliver det eneste, der ses.



Implementeringen af robotassisteret thoraxkirurgi krævede nye kompetencer, nye arbejdsgange og tæt tværfagligt samarbejde.

To operationssygeplejersker og en robot

- Implementeringen af robotassisteret thoraxkirurgi gennem struktureret træning, PDSA metoden og tværfagligt samarbejde

Robotassisteret thoraxkirurgi (RATS) vinder hastigt indpas på hospitaler verden over, men overgangen fra etablerede metoder som Video-Assisted Thoracoscopic Surgery (VATS) indebærer mere end blot et teknologisk skifte. Når en ny kirurgisk platform introduceres, ændres arbejdsgange, roller og samarbejdsformer i operationsstuen markant. For operationssygeplejersker,

der spiller en central rolle i at sikre patientsikkerhed og effektivitet, kan denne overgang være særligt krævende — især når teknologien er helt ny.

I København har VATS i mange år været standardtilgangen til lungekirurgi, men indførelsen af RATS har skabt behov for struktureret oplæring, nye rutiner og tæt

tværfagligt samarbejde. Denne artikel undersøger, hvordan et dedikeret kirurgisk team implementerede RATS, og hvordan operationssygeplejersker uden tidligere erfaring med robotkirurgi tilpassede sig nye ansvarsområder og arbejds gange.

IMPLEMENTERINGEN AF RATS I KØBENHAVN. - FRA TO SYGEPLEJERSKER TIL ET STRUKTURERET OG EFFEKTIVT TEAM

Da Robot-Assisted Thoracic Surgery (RATS) blev introduceret i København, bestod den nyetablerede robotgruppe i begyndelsen kun af to operationssygeplejersker. Overgangen fra VATS til RATS krævede ikke blot teknologisk oplæring, men også en grundlæggende omstilling af arbejds gange, rollefordeling og samarbejdsstruktur i operationsstuen. Med et lille team og begrænset erfaring blev det hurtigt tydeligt, at en systematisk og iterativ tilgang var nødvendig for at skabe tryghed, kvalitet og effektivitet i de nye procedurer.

For at sikre en stabil og bæredygtig implementering valgte teamet at arbejde ud fra PDSA modellen (Plan–Do–Study–Act). Denne tilgang gjorde det muligt at identificere udfordringer i realtid, afprøve løsninger og løbende tilpasse arbejds gangene, efterhånden som erfaringerne voksede. I de første uger var fokus især rettet mod helt grundlæggende elementer: korrekt docking af robotten, instrumenthåndtering, præoperativ klargøring og tydelige kommunikationslinjer mellem operationssygeplejersker, kirurger og anæstesipersonale.



I Plan-fasen kortlagde de to operationssygeplejersker de mest kritiske trin i RATS forløbet og identificerede områder, hvor usikkerhed eller ineffektivitet kunne opstå. Under Do-fasen blev nye arbejds gange afprøvet i praksis — ofte i små justeringer fra dag til dag. Study-fasen bestod af strukturerede refleksioner efter hver operation, hvor teamet gennemgik, hvad der fungerede, og hvor der stadig var behov for forbedringer. Endelig blev Act-fasen brugt til at implementere de mest succesfulde løsninger som faste procedurer.

Denne cykliske og agile proces førte hurtigt til markante forbedringer. Dockingtiden blev reduceret, instrumentflowet blev mere forudsigeligt, og kommunikationen i operationsstuen blev mere struktureret. Samtidig voksede operationssygeplejerskernes faglige selvtilid i takt med, at de fik større rutine og ejerskab over de nye arbejds gange. PDSA metoden viste sig dermed ikke blot som et værktøj til procesoptimering, men også som en central drivkraft i opbygningen af et kompetent og vel-fungerende robotteam.

OPLÆRING AF NYE MEDLEMMER I ROBOTGRUPPEN

Efterhånden som behovet for et større og mere robust robotteam voksede, blev der rekrutteret nye operationssygeplejersker til gruppen. For at sikre et ensartet kompetenceniveau og en tryk indføring i de komplekse arbejds gange blev der etableret et struktureret træningsforløb for alle nye medlemmer. Oplæringen bestod af flere trin, der tilsammen skulle give både teoretisk forståelse og praktiske færdigheder.

Som første led gennemgik de nye operationssygeplejersker Intuitives online læringsmoduler, som introducerede dem til robotplatformens opbygning, instrumenttyper, sikkerhedsprocedurer og grundlæggende workflow. Denne digitale træning gav et fælles sprog og en basal forståelse, før de mødte teknologien i praksis.

Dernæst deltog de i et todages intensivt kursus hos CAMES ROBOTICS, hvor undervisningen blev varetaget af nogle af landets mest erfarne robot-specialiserede operationssygeplejersker. Her blev der arbejdet hands-on med robotten, trænet docking, instrumenthåndtering og fejlfinding, og der blev simuleret realistiske operationsforløb og nødkonverteringer. Kombinationen af simulation og ekspertundervisning gjorde det muligt for de nye operationssygeplejersker at opbygge både teknisk kunnen og situationsfornemmelse, inden de indgik i det kliniske arbejde.

Denne systematiske oplæring blev tæt koblet til PDSA metoden, som allerede var etableret i teamet. Nye medlemmer blev introduceret til de eksisterende ar-





bejds gange, men blev samtidig opfordret til at bidrage med observationer og forslag til forbedringer. På den måde blev oplæringen ikke kun en proces, hvor viden blev overført fra erfarne til nye medarbejdere — den blev også en kilde til fortsat udvikling og finjustering af teamets praksis. Resultatet var en dynamisk læringskultur, hvor alle operationssygeplejersker, uanset erfaring, aktivt deltog i at optimere workflow og styrke kvaliteten af RATS procedurerne.

UDVIKLINGEN AF TEAMETS KOMPETENCER OG STYRKELSEN AF DET TVÆRFAGLIGE SAMARBEJDE.

I takt med at robotgruppen voksede, og flere operationssygeplejersker gennemgik det strukturerede træningsforløb, udviklede teamets samlede kompetencer sig markant. De første erfaringer, som de to oprindelige operationssygeplejersker havde opbygget gennem PDSA processerne, blev gradvist omsat til fælles standarder, som nye medlemmer hurtigt kunne tilegne sig. Dette skabte en mere ensartet praksis og en tydeligere rollefordeling i operationsstuen, hvilket igen styrkede både sikkerhed og effektivitet.

Den løbende kompetenceudvikling blev understøttet af en kultur, hvor refleksion og videndeling var en naturlig

del af hverdagen. Efter hver operation blev der afsat tid til korte, strukturerede debriefinger, hvor teamet gennemgik, hvad der var gået godt, og hvor der var potentiale for forbedring. Denne systematiske tilgang gjorde det muligt at fastholde læring, identificere mønstre og hurtigt reagere på udfordringer, før de udviklede sig til større problemer.

Samtidig blev samarbejdet med kirurger og anæstesi-personale styrket i takt med, at alle faggrupper fik større erfaring med RATS procedurerne. De nye arbejdsgange krævede en høj grad af koordinering, især i forhold til docking, instrumentflow og kommunikation under operationen. Gennem fælles simulationstræning, åbne dialoger og løbende justeringer af procedurerne udviklede teamet en mere integreret og forudsigelig arbejdsform. Dette bidrog ikke kun til et mere effektivt operationsforløb, men også til en øget oplevelse af tryghed og fælles ansvar i hele det tværfaglige team.

Over tid blev robotgruppen således ikke blot teknisk kompetent, men også organisatorisk stærk. Kombinationen af struktureret oplæring, gentagende forbedringsprocesser og tæt samarbejde på tværs af faggrupper har skabt et solidt fundament for en bæredygtig og kvalitetsorienteret implementering af RATS i København.

Lanceringen af Hands Deserve Better: Global clinical consensus.

Hands Deserve Better™



Operationshandsker er en central aseptisk barriere, der er afgørende for at sikre både patienters og personales sikkerhed.

For at styrke dette har ekspertgruppen bag Hands Deserve Better gennemgået den bedst tilgængelige evidens relateret til grundlæggende og anbefalet brug af operationshandsker.

Resultatet er et konsensusdokument, som giver operationspersonale klare, evidensbaserede anbefalinger.

Formålet er at fremme god praksis for brugen af operationshandsker og bidrage til øget sikkerhed for alle på operationsstuen.

Publikationen indeholder en evidensbaseret konsensus inden for fire fokusområder:



Handskepasform



Brug af
dobbelthandsker



Indikatorsystemer



Handskebeskadigelse
og protokoller for
handskeskift

Klinisk resumé

Vi har udarbejdet et klinisk resumé af konsensusarbejdet, som giver nem adgang til de vigtigste anbefalinger og den underliggende publikation.



Læs mere på www.molnlycke.dk

Mölnlycke Health Care ApS, Gydevang 39, 3450 Allerød. Tlf.: 80 88 68 10. info.dk@molnlycke.com.
Mölnlycke, Biogel og Indicator varemærker, navne og logoer er registreret globalt til en eller flere af virksomhederne i Mölnlycke Health Care gruppen. ©2026 Mölnlycke Health Care AB.
Alle rettigheder forbeholdes. DKGL1422606



8th

NORNA

CONGRESS
2027

High Competence, High Quality Care

NORNA 2027 skal samle Norden om høj kvalitet i operationssygeplejen

Når operationssygeplejersker fra hele Norden mødes i Helsinki i 2027, bliver faglig udvikling, forskning og erfaringsudveksling omdrejningspunktet for den næste NORNA-kongres

Forberedelserne til NORNA 2027 er allerede i fuld gang. Bag arbejdet står blandt andre den finske operationssygeplejerske Merja Jutila, som sammen med kolleger fra hele Norden er med til at forme kongressens faglige indhold.

– ”Det vigtigste formål med NORNA-kongressen er at bringe nordiske operationssygeplejersker sammen, så vi kan lære af hinanden og skabe netværk. Kongressen giver mulighed for at høre om den forskning, der bliver gennemført i de nordiske lande, og for mig har NORNA-kongresserne altid været et sted, hvor jeg er blevet inspireret af mine nordiske kollegers arbejde,” siger hun.

For Merja Jutila er det nordiske fællesskab en af kongressens største styrker.

– ”Det har været fantastisk at opleve, at vi operationssygeplejersker deler den samme passion for vores arbejde, uanset hvilket nordisk land vi kommer fra.”

PATIENTEN FØRST

Temaet for NORNA 2027 er High Competence – High Quality Care. Ifølge Merja Jutila handler det grundlæggende om at sikre den bedst mulige behandling af patienterne.

– ”Patientsikkerhed er kernen i al sygepleje. Selvom vi arbejder i et intensivt og teknologisk krævende miljø, må vi aldrig glemme, at vi er på operationsstuen for patientens skyld.”

Hun understreger, at operationssygepleje er et fag i konstant udvikling.

– ”I vores arbejde bliver vi aldrig færdiguddannede. Der vil altid være muligheder for at forbedre vores arbejdsgange. Operationssygeplejen udvikler sig hele tiden, og det er vores ansvar at vedligeholde et højt kompetenceniveau, så vi kan tilbyde patienterne behandling af høj kvalitet.”

FÆLLES LØSNINGER PÅ FÆLLES UDFORDRINGER

De nordiske sundhedssystemer har mange fællestræk, og derfor giver samarbejdet mening, mener Merja Jutila.

– ”Det nordiske samarbejde er afgørende for at styrke både faglig praksis og kvaliteten i operationssygeplejen. Vi har ekspertise på forskellige områder i de enkelte lande, og når vi kombinerer de bedste evidensbaserede metoder fra hele Norden, kan vi nå vores fælles mål: exceptionel kvalitet i operationssygeplejen.”

Arbejdet med kongressen er allerede godt i gang. Den videnskabelige komité er på plads med repræsentanter fra de nordiske lande, og der er åbnet for indsendelse af abstracts. Ambitionen er at samle den nyeste forskning, udviklingsprojekter og kliniske erfaringer fra hele Norden.

Når NORNA 2027 åbner i Helsinki, bliver kongressen derfor ikke kun et møde mellem kolleger, men også en mulighed for at sætte retningen for fremtidens operationssygepleje i Norden.

**ANETTE NYBERG, ORNS, PHD**

Senior Lecturer with a Joint Clinical Appointment at the Department of Nursing, Umeå University, Sweden

Specialist Nurse in Operating Room Care within orthopaedic surgery at Norrland's University Hospital, Umeå, Sweden

Article first published in Pinsetti 2/2026.

Patient Safety in the Operating Room: Beyond Individual Responsibility

Patient safety in perioperative care is often linked to guidelines, checklists and individual professional responsibility. Yet everyday clinical practice tells a more complex story. From a perioperative nursing perspective, patient safety is shaped as much by safety climate, teamwork, professional experience and organisational conditions as by individual attentiveness. Achieving safer perioperative care therefore requires a system perspective rather than a sole focus on individual responsibility.

This article is based on findings from my doctoral thesis Patient Safety – perioperative nursing perspectives, defended in October 2024.

KEEPING PATIENTS SAFE IN COMPLEX OPERATING ROOM ENVIRONMENT

Perioperative care has developed rapidly over recent decades, yet preventable complications still occur. The operating room (OR) is a demanding environment characterised by time pressure, advanced technology and

close interprofessional collaboration. In such settings, even minor breakdowns in communication can have serious consequences for patients.

Patient safety in the OR depends not only on professional skills and attentiveness but also on how work is organised, how teams communicate and whether leadership actively supports safe practice. Research shows that a positive safety climate reduces the risk of errors and supports learning from mistakes. When patient safety



is prioritised at an organisational level, healthcare professionals are better equipped to anticipate risks and work together to protect patients.

Standardised procedures, shared situational awareness and effective teamwork are essential for safe perioperative care. Evidence based guidelines, care bundles and safety tools provide a strong foundation. However, experience from clinical practice shows that guidelines alone are insufficient. For safety measures to be effective over time, staff need sufficient time, resources and organisational support to apply them consistently. When efficiency and production pressures dominate, safety often becomes dependent on individual effort and improvisation — an approach that is neither reliable nor sustainable.

Operating room nurse specialists (ORNs) play a key role in maintaining patient safety throughout the perioperative process. Their work involves continuous risk assessment, anticipating potential complications and close collaboration within the OR team. Despite this central role, ORNs' perspectives have received limited attention in patient safety research. My thesis addressed that gap by exploring how ORNs experience patient safety and work to prevent harm in everyday practice.

EXPLORING PATIENT SAFETY IN EVERYDAY PERIOPERATIVE PRACTICE

To capture a comprehensive picture of perioperative patient safety, four studies were conducted. The first was a national survey of ORNs in Sweden using the Safety Attitudes Questionnaire—OR version, examining perceptions of safety climate in relation to age, professional experience and hospital type. Participants also suggested ways to improve patient safety in the OR.

The second study used qualitative interviews to explore how ORNs identify and manage patient safety risks during joint replacement surgery. The third study employed a Delphi method to reach consensus on perioperative patient safety indicators, focusing on organisational structures and clinical processes essential for safe care. The fourth study consisted of observations and group interviews with OR teams performing joint replacement surgery, with particular attention to how guidelines for preventing periprosthetic joint infection are applied in practice.

WHAT THE RESULTS REVEAL ABOUT PATIENT SAFETY

Older and more experienced ORNs perceived their working conditions and management support more positively and reported lower levels of stress recognition than less experienced colleagues. Staff at county hospitals also reported a more positive safety climate than those at university hospitals.

Across all studies, communication, effective teamwork and sufficient time to perform tasks properly emerged as fundamental to patient safety. ORNs described how they continuously identify risks, adapt to unexpected changes and solve problems proactively to prevent complications, reflecting a strong professional commitment to patient safety.

At the same time, organisational challenges limited the ability to maintain safe care. Although safety guidelines and infection prevention strategies were formally in place, adherence varied depending on workload, staffing levels, team dynamics and the physical layout of the OR. In many situations, patient safety relied heavily on individual attentiveness and informal workarounds — clear signs of system-level vulnerability.

IMPLICATIONS FOR SAFER PERIOPERATIVE PRACTICE

While ORNs play a crucial role in maintaining patient safety, sustainable improvements cannot rely solely on individual responsibility. Professional experience emerged as an important safety resource, highlighting the need to retain experienced staff and support learning through mentorship and shared reflection.

Healthcare organisations must also create conditions that support safe teamwork, including adequate staffing, structured routines and workflows aligned with patient safety rather than production pressure. Safety tools such as the World Health Organization (WHO) Surgical Safety Checklist must be meaningfully integrated into daily practice and actively supported by leadership. Infection prevention should be viewed as an ongoing process that requiring continuous attention and adaptation to local conditions.

In summary, patient safety in the OR is strongest when skilled professionals are supported by robust organisational structures and a well developed safety culture. Shifting the focus from individuals to system-level support is essential for achieving safer perioperative care.

Bliv medlem af FSOP

Bliv klogere på dit fag, del din viden og få et stærkt netværk af dedikerede operationssygeplejersker landet over – det er nogle af de mange fordele, som du får del i, hvis du melder dig ind i Fagligt Selskab for Operationssygeplejersker, FSOP.

Som fagligt selskab arbejder vi for operationssygeplejerskernes fag og sag, blandt andet på vores årlige kongresser og temadage og her i vores magasin, hvor du får masser af relevante faglige input, der klæder dig godt på til dit virke.

SÅDAN BLIVER DU MEDLEM:

Log ind på dsr.dk

- Klik på 'min side'
- Under 'Din profil' klikker du på 'klik her for at redigere din profil'
- Udfyld
- Klik på 'Gem'.

KONGRES 2026

**Sæt et stort x i kalenderen
d. 26-27 oktober 2026.**

Hold øje med tilmeldingsmuligheder i din mailboks samt på FSOP's hjemmeside.

**Har du lyst til at få din poster med
på FSOP's kongres i oktober?**

Så indsend venligst dit abstract til

Tenna k. Petersen

(Tenna.kershoej.Petersen.01@regionh.dk

eller Frank L. Petersen

(Frank.Leth.Petersen@regionh.dk

Abstractet skal være os i hænde senest
1. Oktober 2026.

Hvis din poster bliver antaget kan vi tilbyde
en reduceret kongrespris til primærforfatteren.

Velkommen til FSOP's nye medlemmer

Alberte Sveistrup Andersen
Bodil Inger Jensen
Cathrine Toft Kongstedt
Charlotte Norgaard Heiner
Christina Mie Larsen
Dorte Bjarnø Pedersen
Eva Christine Aastrup Rømer
Eva Dorby Vest Hansen
Hanne Henriksen
Helene Damgaard
Janne Nygaard Bannebjerg
Louise Boesen Krause

Mai-Britt Rasmussen
Mette Guldager Hansen
Michelle Mariboe Olesen
Mie Ørgaard Graversen
Pernille Kofoed
Pernille Svensson
Sabine Pape Thomsen
Sarah Maisa Ali El-Subaihi
Stina Meyenburg Pedersen
Stine Holm
Susanne Camilla Simsbj
Tina Villadsen

**Bestyrelsen ønsker
god sommer**

