

Tilsynsrapport

Hjørring Ortopædkirurgisk Afdeling

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Øvrige reaktive

Hjr Ortopædkirurgisk Operationsafdeling (UTH)
Bispensgade 37
9800 Hjørring

SOR-ID: 1432121000016009

Dato for tilsynsbesøget: 21-01-2026

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Vest

Sagsnr.: 35-2011-22762



1. Vurdering

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **21-01-2026** vurderet, at der på **Hjørring Ortopædkirurgisk Afdeling** er:

Ingen problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af patientsikkerheden er baseret på interview samt gennemgang af journaler og instrukser ved det aktuelle tilsyn.

Siden sidste tilsyn den 23. september 2025 havde behandlingsstedet iværksat en målrettet og systematisk indsats for at sikre en tilstrækkelig patientbehandling, når sundhedsfaglige opgaver blev udført af lægestuderende. Vi konstaterede, at afdelingen har udfaset ansættelsen af lægestuderende og i stedet ansat færdiguddannede læger til bemanning af forvagtsslaget. Den sidste lægestuderende ophører sin stilling i Hjørring med udgangen af januar 2026. De samme forandringer er også sket på afdelingens øvrige matrikler i Aalborg og Thisted.

Organisering

Instrukser

Afdelingen havde udarbejdet og implementeret en klar instruks for lægestuderendes varetagelse af sundhedsfaglige opgaver. Det var nu helt tydeligt afgrænset, hvilke opgaver lægestuderende måtte varetage i Skadestuen, og afdelingen havde forholdt sig til afgrænsningen mellem simple og komplekse problemstillinger. Det fremgik ligeledes tydeligt, hvornår en patient, tilset af en lægestuderende, skulle tilses fysisk af en uddannet læge eller om det var nok at konferere. Alle patienter, som blev set af en lægestuderende, skulle konfereres med en uddannet læge inden de blev afsluttet.

Vi vurderede, at instruksens var implementeret og blev benyttet i dagligdagen. Mellemvagterne havde den i lommen og den lå fremme i Skadestuen. Alle patienter i Skadestuen blev visiteret efter den retningslinje. Såfremt lægestuderende skulle varetage en forbeholdt sundhedsfaglig opgave (eksempelvis lokal bedøvelse eller ordination af medicin) foregik det altid på en konkret delegation og under supervision.

Oplæring

Afdelingen havde udarbejdet og implementeret en ny retningslinje for oplæring af yngre læger og lægestuderende i afdelingen. Alle fik tildelt en personlig mentor på mellemvagnsniveau, som var ansvarlig for oplæringen. Der var udarbejdet en liste over undersøgelsesteknikker, som man skulle kunne mestre og der blev givet en underskrift, når kompetencen var opfyldt. Dermed var det tydeligt, hvornår lægestuderende og yngre læger kunne varetage bestemte opgaver.

Lægestuderende stod nu aldrig alene i Skadestuen, da der var altid en mellemvagt tilstede – også om natten.

Journalføring

Afdelingen havde arbejdet systematisk med implementering af retningslinjerne for journalføring ved konference med kollega i samme speciale. I alle journaler fremgik det tydeligt med hvilken læger, der var konfereret, og om patienten var tilset fysisk af den læge.

Overgange i patientforløb

Afdelingen havde implementeret nye arbejdsgange for blodprøvetagning i Skadestuen. Det var kun uddannede læger, som kunne bestille blodprøver. Hvis der var taget blodprøver, så fremgik det af en tavle i Skadestuen, og alle blodprøver blev godkendt af en læge før hjemsendelse.

Samlet vurdering

Der blev ikke identificeret problemer af betydning for patientsikkerheden.

Vi har på den baggrund ophævet påbud af 26. november 2025. Vi afslutter dermed tilsynet.

2. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	Organisering og ledelsens ansvar	X			
2.	Delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed (brug af medhjælp)	X			

Journalføring

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
3.	Indhold, form og sprog i journalen	X			Opfyldt ved tilsynet 23.09.2025
4.	Instruks for journalføring	X			Opfyldt ved tilsynet 23.09.2025

Patienters retsstilling

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
5.	Informeret samtykke til behandling	X			Opfyldt ved tilsynet 23.09.2025

Overgange i patientforløb

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
6.	Epikriser	X			Opfyldt ved tilsynet 23.09.2025

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
7.	Parakliniske undersøgelser	X			

Øvrige fund

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
8.	Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici	X			

3. Baggrundsoplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Ortopædkirurgisk Afdeling i Region Nordjylland har en samlet ledelse og har afdelinger på fem matrikler (Aalborg, Hjørring, Farsø, Thisted og Frederikshavn).
- Den øverste ledelse består af Poul Hedevang Christensen, cheflæge, Anne Albeck, chefsygeplejerske samt Majbritt Skov, sundhedsadministrativ chef.
- På matriklen i Hjørring består driftsledelsen af Charlotte Buch Gøthgen, driftsansvarlig ledende overlæge, Jane Bettina Andersen, ledende oversygeplejerske samt Christina Lindhardt Nielsen, sundhedsadministrativ leder.
- I Hjørring har afdelingen et sengeafsnit, et ambulatorie samt et ortopædkirurgisk dagafsnit. Dertil sørger de for lægedækningen i Skadestuen.
- Der er ansat fire overlæger, en afdelingslæge, otte til ti uddannelseslæger, læger i uklassificerede stillinger samt tre lægestuderende.
- Lægestuderende varetog opgaver i Skadestuen, i ambulatoriet samt ved stuegang.

Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed gav den 26. november 2025, på baggrund af et tilsynsbesøg den 23. september 2025, et påbud til Ortopædkirurgisk Afdeling i Hjørring om straks at sikre:

1. forsvarlig patientbehandling, når den varetages af lægestuderende, inkl. implementering af instruks herfor.
2. forsvarlig varetagelse af lægeforbeholdt virksomhed, når der anvendes medhjælp hertil, inkl. udarbejdelse og implementering af instruks herfor.
3. tilstrækkelig journalføring, inkl. implementering af instruks herfor.
4. forsvarlig håndtering af parakliniske undersøgelser, inkl. implementering af instruks herfor.

Tilsynet var et opfølgende tilsyn med henblik på at vurdere, om påbuddet var efterlevet.

Om tilsynet

Vi fokuserede især på de uopfyldte målepunkter fra tilsynsbesøget den 23.09.2025

- Behandlingsstedets organisering og ledelsens ansvar
- Delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed
- Parakliniske undersøgelser
- Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere.
- Der blev gennemgået fem journaler fra Skadestuen, hvor patienter var blevet set af lægestuderende.

Ved tilsynet deltog:

- Eva Korup, Vicedirektør, Aalborg Universitetshospital
- Poul Hedevang Christensen, Cheflæge, Ortopædkirurgien Region Nordjylland
- Christina Lindhardt Nielsen, Sundhedsadministrativ leder, Ortopædkirurgien Region Nordjylland
- Charlotte Wiig Allerød, Kontorchef, Aalborg Universitetshospital
- En ledende overlæge og to yngre læger
- En chefkonsulent og en kvalitetskoordinator

Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til de samme personer, som er listet ovenfor.

Tilsynet blev foretaget af:

- Ditte Munkedal, afdelingslæge
- Szilvia Gulyas Frimmerne, overlæge

Lovgrundlag og generelle oplysninger

Information om lovgrundlaget for tilsynet samt information om tilsynets formål, baggrund, forløb og vurdering findes på vores hjemmeside www.stps.dk under [Lovgrundlag og generelle oplysninger](#).

4. Målepunkter

Behandlingsstedets organisering

1. Organisering og ledelsens ansvar

Vi undersøger, om behandlingsstedet er organiseret patientsikkert. Det gør vi ved at interviewe ledelse og medarbejdere.

Vi undersøger om:

- Ledelsen har sikret, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer til at varetage de sundhedsfaglige opgaver.
- Ledelsen har sikret, at der er de nødvendige skriftlige instrukser for ansvar og kompetencer for de forskellige medarbejdergrupper, også for vikarer og studerende.
- Der er fastlagte arbejdsgange for de sundhedsfaglige opgaver, som behandlingsstedet udfører, og arbejdsgangene i nødvendigt omfang er beskrevet i skriftlige instrukser.
- Ledelsen har sikret, at medarbejderne er instrueret i at udføre opgaverne efter de fastlagte arbejdsgange og eventuelle skriftlige instrukser.
- Ledelsen fører tilsyn med, at arbejdet udføres efter de fastlagte arbejdsgange og eventuelle skriftlige instrukser.

Vi forventer, at behandlingsstedet har følgende skriftlige instrukser:

[Her indsættes de instrukser, der gælder for den enkelte behandlingsstedstype, fx sygehuse, plejehjem, bosteder, fysioterapeuter etc.]

Referencer:

- [Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 1, §3a\), LBK nr. 275 af 12. marts 2025](#)
- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)

2. Delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed (brug af medhjælp)

Vi undersøger, om behandlingsstedet varetager delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed patientsikkert. Det gør vi ved at interviewe ledelse og medarbejdere og ved at gennemgå behandlingsstedets skriftlige instrukser herom.

Vi undersøger om:

- Der er taget stilling til, hvordan behandlingsstedet bruger konkrete delegeringer og rammedelegeringer.
- Der er skriftlige instrukser for de delegerede forbeholdte sundhedsfaglige opgaver med en beskrivelse af, hvilke medarbejdere de henvender sig til.

2. Delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed (brug af medhjælp)

- Indhold og afgrænsning af delegation er beskrevet for definerede patientgrupper og/eller konkrete patienter.
- De medarbejdere, der fungerer som medhjælp, er instrueret i, hvordan de skal varetage de delegerede forbeholdte sundhedsfaglige opgaver.
- Behandlingsstedet fører i relevant omfang tilsyn med de medarbejdere, der udfører delegerede forbeholdte sundhedsfaglige opgaver.

Referencer:

- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), BEK nr. 1219 af 11. december 2009](#)
- [Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)

Journalføring

3. Indhold, form og sprog i journalen

Vi undersøger overordnede forhold ved behandlingsstedets journalføring. Det gør vi ved at interviewe ledelse og medarbejdere og ved at gennemgå et antal journaler.

Vi undersøger i journaler, om:

- Notater er daterede.
- Journalen indeholder patientens navn og personnummer samt oplysninger om, hvem der har foretaget undersøgelse, behandling og pleje.
- Notater er skrevet på dansk, bortset fra eventuel nødvendig medicinsk terminologi.
- Notaterne er forståelige, systematiske og overskuelige.
- Teksten er meningsfuld ved brug af eventuelle standardskabeloner (fraser).
- Det fremgår tydeligt af den elektroniske journal, hvis der foreligger bilag på papir eller i et andet format, fx billeder.

Vi undersøger ved interview, om:

- Journalføringen sker i forbindelse med eller snarest muligt efter patientkontakten.
- Der er fastlagte arbejdsgange for, hvordan man ændrer/tilføjer i journalen.
- Alle relevante medarbejdere har læse- og skriveadgang til journalen.

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr 1361 af 24/11/2025](#)

4. Instruks for journalføring

Vi undersøger behandlingsstedets instruks for journalføring. Det gør vi ved at interviewe ledelse og medarbejdere og ved at gennemgå instruksene, når det er relevant.

Vi undersøger om:

- Der er taget stilling til opgaver og ansvar for journalføring.
- Ledelsen har sikret, at behandlingsstedet fører journal systematisk, overskueligt og entydigt.

Vi undersøger også, om der er nødprocedurer ved systemnedbrud.

Referencer:

- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr 1361 af 24/11/2025](#)

Patienters retsstilling

5. Informeret samtykke til behandling

Vi undersøger, om behandlingsstedet indhenter og journalfører informeret samtykke til behandling. Det gør vi ved at gennemgå et antal journaler og ved at interviewe ledelse og medarbejdere.

Vi undersøger, om behandlingsstedet:

- Informerer patienter om helbredstilstand og behandlingsmuligheder.
- Indhenter samtykke forud for opstart af behandling af habile og inhabile patienter samt børn og unge.
- Journalfører information i nødvendigt omfang.
- Journalfører samtykke i nødvendigt omfang.

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr 1361 af 24/11/2025](#)
- [Bekendtgørelse om generelt informeret samtykke til mindre behandlinger af varigt inhabile patienter BEK nr. 2176 af 25. november 2021](#)
- [Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 5\), LBK nr. 275 af 12. marts 2025](#)
- [Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., VEJ nr. 161 af 16. september 1998](#)
- [Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger mv., BEK nr. 359 af 4. april 2019](#)

Overgange i patientforløb

6. Epikriser

Vi undersøger behandlingsstedets epikriser. Det gør vi ved at gennemgå et antal journaler.

Vi undersøger, om:

- Anbefaling om opfølgning hos egen læge er tydeligt beskrevet.
- Der er et kort resumé af forløbet, herunder diagnoser, behandling og udførte undersøgelser og parakliniske resultater.
- Der er oplysninger om medicin, herunder seponering, indikation for ny medicin og behov for opfølgning, hvis der er ændret i patientens medicin.
- Det fremgår, hvilken information der er givet til patienten.
- Eventuel vurdering af fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, er beskrevet.
- Epikriser ved udskrivelse eller afslutning af behandlingsforløb er sendt indenfor rimelig tid, og ikke senere end at den anbefalede opfølgning kan iværksættes.

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr 1361 af 24/11/2025](#)
- [Vejlledning om epikriser VEJ nr. 10036 af 30. november 2018](#)

7. Parakliniske undersøgelser

Vi undersøger behandlingsstedets fastlagte arbejdsgange for håndtering af parakliniske undersøgelser. Det gør vi ved at interviewe ledelse og medarbejdere.

Vi undersøger om:

- Behandlingsstedet mærker parakliniske prøver korrekt.
- Behandlingsstedet opbevarer parakliniske prøver efter forskrifterne.
- Behandlingsstedet følger op på svar på alle ordinerede undersøgelser.
- Behandlingsstedet følger op, hvis der ikke modtages svar på ordinerede undersøgelser.
- Behandlingsstedet videregiver svar på afvigende prøveresultater til relevante parter.
- Det er klart, hvem der er ansvarlig for rettidigt at følge op på parakliniske undersøgelser.
- Behandlingsstedet informerer patienterne om afvigende svar, der har betydning for udredning eller plan for behandling.
- Det er klart, hvordan ordination, undersøgelsesresultat, eventuelle rykkere og information til patienter håndteres patientsikkert.
- Det er klart, hvordan ordination, undersøgelsesresultat, eventuelle rykkere og information til patienter skal journalføres.

Referencer:

7. Parakliniske undersøgelser

- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)
- [Vejledning om håndtering af parakliniske undersøgelser, VEJ nr. 9207 af 31. maj 2011](#)

Øvrige fund

8. Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Referencer:

- [Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 275 af 12. marts 2025](#)