

CARDIOLOGISK FORUM



TEMA

Aortasygdomme i Danmark

ARTIKEL

Kardiologisk Sygdomshistorik

TRE REPORTAGER

Kardiologisk Sygdomshistorik

Morten Würtz, speciallæge i kardiologi, klinisk lektor, ph.d.

Morten Schmidt, speciallæge i kardiologi, professor, dr.med., ph.d., MSc (Oxon)

Kasper Krohn Korsholm, speciallæge i kardiologi, klinisk lektor, ph.d.

Troels Niemann, cheflæge, speciallæge i kardiologi, ph.d.

Anders Hostrup Larsen, speciallæge i kardiologi, ph.d.

Hjertesygdomme, Regionshospitalet Gødstrup

Lægelig journalisering omfatter den lovpligtige systematiske dokumentation af patientinformation i en patientjournal. Korrekt journalføring sikrer den faglige kommunikation mellem sundhedspersoner om den enkelte patients sundhedsmæssige forhold og er en obligat del af sundhedsfagligt arbejde (1). Det anslås, at ca. 1,2 millioner danskere lever med multisygdom (≥ 2 kroniske sygdomme), og antallet er stigende (2,3).

Flere kardiologiske og thoraxkirurgiske behandlingsmodaliteter tilbydes i stigende grad patienter med højere alder, hvor skrøbelighed og komorbiditet i større omfang har indflydelse på valg af behandlingsstrategi. Et overblik over kardiell og non-kardiell komorbiditet er en forudsætning for kvalificeret risikostratificering, udredning og behandlingsvalg — og dermed en betingelse for at kunne tilbyde den rette behandling til den rette patient (3).

Ved komplekse sygehusforløb, som involverer tiltagende komplekse sygehusbehandlinger, skal patientjournalen indeholde detaljerede oplysninger om patientens sygdomme, undersøgelser og behandlinger. Med stigende detaljegrade kan overblikket over patientens sygdomshistorik dog hurtigt tabes, hvis der ikke samtidig journalføres koncist og uden gentagelser.

Sygdomshistorik i den elektroniske patientjournal

Funktionaliteten "Sygdomshistorik" har i årevis været integreret i den elekt-

roniske patientjournal i Region Midtjylland "MidtEPJ". MidtEPJ anvendes nu også i Region Nord (Midt EPJ Nord) og Region Syd (Syd EPJ). Sygdomshistorik er tilgængelig i to varianter; fælles og specialespecifik sygdomshistorik. For begge varianter gælder, at der til enhver tid kun er én gældende version, dvs. ved tilføjelse af supplerende oplysninger til en sygdomshistorik optræder kun denne opdaterede version i journalmodulet, indtil næste opdatering foretages. Tidligere versioner arkiveres automatisk og kan fremsøges ved behov.

Intentionen bag specialespecifik sygdomshistorik er at forsyne klinikerne med et detaljeret resumé af historiske oplysninger af relevans for sygdomsforløbet inden for pågældende speciale. I praksis er specialespecifik sygdomshistorik ikke blevet anvendt systematisk i det kardiologiske speciale, og potentialet er derfor uforløst.

Kardiologisk Sygdomshistorik

I Hjertesygdomme, Regionshospitalet Gødstrup, har vi siden efteråret 2023 optimeret vores arbejdsgange vedrørende dokumentation og journalisering. Hensigten har været at sikre stringent journalisering af høj kvalitet og forbedre overblikket. Et centralt element er konceptet Kardiologisk Sygdomshistorik, som er implementeret efter en forudgående udviklingsfase forestået af en arbejdsgruppe. Modellen tjener flere formål:

- Forbedrer overblikket over aktuelle og tidligere sygdomsforløb
- Reducerer prosatekst i journalkontinuationen
- Overflødig gør gentagelser i journalen
- Ensretter tilgangen til journalisering Med henvisning til Kardiologisk

Sygdomshistorik kan notater i journalkontinuationen reduceres betydeligt i omfang ved at begrænse mængden af gentagelser og anden overflødig information. Journalkontinuationen reserveres derved til aktuelle udrednings- og behandlingsovervejelser, mens opremsning af komorbiditeter, risikofaktorer, tidligere sygdomsforløb og sociale forhold kan udelades. Multidisciplinære konferencer (f.eks. klap- og endokarditis-konferencer) udgør et eksempel på en konkret klinisk kontekst, hvor overblikket i Kardiologisk Sygdomshistorik i særlig grad gavner klinikere og understøtter, at behandlinger tilbydes eller forholdes patienten på et komplet vidensgrundlag.

Opbygning og praktisk anvendelse

Kardiologisk Sygdomshistorik oprettes eller opdateres ved alle patientkontakter, herunder indlæggelser, ambulante kontakter og henvisninger til konferencer. Ansvar for oprettelsen påhviler lægen med første patientkontakt.

Telegramform anvendes for at reducere tekstmængden og forbedre overblikket. Unødvendig prosa undgås, f.eks.

fraser som "71-årig kvinde kendt med..." og negative fund som "Ingen kendt hypertension eller hyperkolesterolæmi...". Velkendte forkortelser anvendes.

Kardiologisk Sygdomshistorik inddeles, som anvist nedenfor. Vi har udarbejdet en skabelon, baseret på samme overskrifter, som kan indhentes ved anvendelse af genvejstast og udfyldes med relevante informationer.

- 1) **Kardielt overblik:** Overblik over kardielle diagnoser og for hver af disse eventuelt supplerende information om sværhedsgrad, seneste relevante undersøgelse, etc. Diagnoserne kategoriseres inden for følgende subspecialer: hjertesvigt, iskæmi, klapsygdom, arytmi, pacemaker, venøs tromboemboli. Flere kan tilføjes hvis relevant (f.eks. lipid eller GUCH).
- 2) **Non-kardielt overblik:** Overblik over relevante non-kardielle diagnoser, herunder lungesygdom, nyresygdom, diabetes, cancer, thyroideasygdom og blødningsdisponerende sygdomme. Hensigten er et ikke-udtømmende overblik med fokus på komorbiditeter af særlig relevans for kardiell prognose, behandling og udredning.
- 3) **Kardiell kronologi:** Kardiologiske kontakter angivet i kronologisk rækkefølge (inkl. årstal). Giver et essentielt indblik i patientens kardielle sygehistorie — fra første til seneste kontakt. Under aktuell indlæggelse kan seneste kontakt gradvis udbygges. I så fald kondenseres teksten ved udskrivelsen.
- 4) **Risikofaktorer:** Overblik over vigtigste risikofaktorer for kardiiovaskulær sygdom: hypertension, hyperkolesterolæmi, diabetes, familiær disposition, tobak og alkohol. Ikke-prævalente risikofaktorer slettes (negative fund anføres ikke).

Figur 1: Eksempel på udfyldt Kardiologisk Sygdomshistorik.

Oplysningerne er fiktive og alene udarbejdet til illustration.

Kardiologi
KARDIELT OVERBLIK HFrEF 25%. Iskæmisk. EF 35% efter HIK. Seneste ekko nov 25. IHD. STEMI (2019). PCI LAD1 + OM1. Seneste KAG 2023. AFLI. Paroksysisk. PV-RFA x1. CHADS-VA 4 (alder, hypertension, IHD, HF). DOAK. VVI-ICD. Biotronik. Primær profylakse (EF 35%). Shock x2. Amiodaron siden nov 25. NON-KARDIELT OVERBLIK C. pulm. Radikal lobektomi (2016), inkl. adj. kemo/stråle. Afsluttet kontrolforløb 2021. CKD2. eGFR 62. Følges ved e.l. THA dxt. KARDIEL KRONOLOGI 2017: Obs angina. EF 60%. HCT CACS 168, moderat non-obstruktiv sygdom. Opstart statin. Afsluttet. 2019: Ant. STEMI. pPCI LAD1 + OM1. EF 25%. HIK-forløb. 2020: HIK-forløb afsluttet. ACEi, BB, MRA, SGLT2i. EF 35%, apikal akinesi. NYHA 2. VVI-ICD, primær profylakse. 2022: Debut AFLI. TEE+DC. EF 35%. Opstart DOAK. 2023: Recidiv AFLI x flere. PV-RFA (6/4-23) 2025.08: ICD-terapi. VT (190/min), ATP x5, shock til SR. EF 35%. KAG uden stenoser. Dosisøgning BB. 2025.11: ICD-terapi. VT, ATP-forløb, shock til SR. EF 35%. Opstart amiodaron. RISIKOFAKTORER Hypertension Hyperkolesterolæmi Fam.disp: mor AMI (55 år). Ingen til arytmi/strukturel/VTE. Tobak: Ophørt 2019 (35 pakkeår) Alkohol: <10-4 FUNKTIONSNIVEAU Selvhjælpen. Erhvervsaktiv. Administrer selv medicin. Bor med rask ÆF.

- 5) **Funktionsniveau:** Angives i relevant omfang afhængig af kontekst. Fokus på frailty (f.eks. gangfunktion, hjælp i hverdagen, kognition, økonomistyring, kørekort, fysisk aktivitetsniveau) og sociale forhold (f.eks. førtidspensionist, eneboer, asylansøger, misbrug, ikke-dansk talende).
- 6) **Subspecialer:** Længerevarende komplicerede forløb kan tilføjes separat for højere detaljegrade inden for relevant subspecialer.

Figur 1 viser et eksempel på Kardiologisk Sygdomshistorik. Af figuren fremgår, at enhver kardiologisk læge/sygeplejerske ved enhver patientkontakt er sikret et umiddelbart og komplet overblik over patienten. Den systematiske opbygning sikrer desuden, at læger/sygeplejersker

instinktivt ved, hvor i sygdomshistorikken specifikke informationer findes, og hvor supplerende information bør tilføjes.

Vejledning og implementering

En vejledning (Figur 2) er publiceret som lokal retningslinje (4). Vejledningen anviser konkret og detaljeret, hvordan Kardiologisk Sygdomshistorik opbygges. Vejledningen skal sikre ensartet anvendelse af Kardiologisk Sygdomshistorik og facilitere udbredelsen af konceptet. En digital introduktion til Kardiologisk Sygdomshistorik er aktuelt under udarbejdelse. Alle nye læger vil fremover skulle gennemgå denne introduktion og efterfølgende have godkendt kompetencen 'Kardiologisk Sygdomshistorik' for at opnå godkendelse af deres kliniske ophold i afdelingen.

Figur 2: Vejledning til Kardiologisk Sygdomshistorik

Vejledning til Kardiologisk sygdomshistorik

Sygdomshistorik udfyldes som Kardiologisk sygdomshistorik (specialespecifikt). Historikeren skal leve for alle patienter med forløb i Hjerteryggen. Lægen med første patient-journalkontakt har ansvaret for at opdatere sygdomshistorikken. Alle læger er forpligtede til at opdatere sygdomshistorikken under indlæggelser og ambulatorie forløb. Kardiologhistorikken kan med fordel anvendes ved mindre tilfælde under indlæggelsesforløb. Ved afslutning af indlæggelse er det udelukkende lægen ansvar for at opdatere sygdomshistorikken, tjekke overflødig foretaget information og gemme opdaterede version.

Kortet fungerer som en forudsætning for en god sygdomshistorik. Anvend kun telefontext og undgå unødvendig prose (fx "vendt med" og negative fund (fx "ikke T2DM eller hypertension"). Udfyld afkrævede kardielle diagnoser nævnes (fx IHD, arytmi, atriefibril eller sarkoidose).

Kardiologisk sygdomshistorik opbygges i følgende rækkefølge:

- KARDIELT OVERBLIK**
Overblik over kardielle diagnoser og for hver af disse eventuel supplerende information om fx sværhedsgrad, seneste relevante undersøgelse eller varig behandling. Fremgangsmåde for følgende anmær:
 - Hjertesvigt** angiv klassifikation (HFrEF/HFmrEF/HFrEF) inkl. EF, pericard og sinus-EP eller evt. HIK-forløb. Eksempel: HFrEF 25%, DCM, EF 40% efter IHD.
 - Iskæmi** angiv IHD, revascularisering og seneste koronarundersøgelse. Eksempel: IHD, CABG LIMA LAD, PCI RCA, Seneste KAG 2020.
 - Klappsygdom** angiv effluent klap og sværhedsgrad. Biologiske/relaterede klapper angives med indvikling, forløb og tilstand. Hvis klappetilstand er opklaret beskrives af tidligere klappsygdom (ikke relevant). Eksempel 1: Aorticstenose, Moderat, A-svæ 3,5 ms (2024). Eksempel 2: Bioprostet aortaklap pga. A3, CE Permount 20.
 - Arytmi** angiv type og om paroxysmal, permanent eller permanent. Angiv typisk/typisk for APLA, Angiv CHADS₂/CHA₂AS₂ score og AK-behandling. Eksempel 1: AF, Permanent, CHADS₂-6,3, DOAK. Eksempel 2: AF, Permanent, Atrial fibril, DOAK.
 - Pacemaker** Angiv type (fx VVI, PM, VVI/ICD, DDD-PM, CRT-P), indvikling og indikation. Ved ICD angives om primærsekundær profylaktisk. Eksempel: VVI/ICD, Akut, Sekundær profylaktisk efter OHCA.
 - VTE** angiv hyppighed samt evt. langvarig behandling. Eksempel 1: LE #2, Varig DOAK i profylaktisk.
- NONKARDIELT OVERBLIK**
Overblik over relevante non-kardielle diagnoser. Kronologi angives ikke, da det vil optage unødigt plads, men årsak til vigtige events (fx apopleksi, cancer) angives i parentes.
 - Lungesygdom** angiv seneste LFLU. Eksempel: KOL, LFLU 2021, FEV1 57%, DLCO 33%.
 - Nyresygdom** angiv evt. gentagne gentagne blodprøver. Eksempel: CKD 3, IgA-nefritis, eGFR 35.
 - Diabetes** Navnvis i Bilag II "Risikofaktorer" ved hjerteregnet sygdom med komplikationer. Eksempel: T2DM, Seneste blodprøve i form af HbA_{1c} 7,8 mmol/mol, neuropati, retinopati.
 - Thyreoidesygdom** Hypo- eller hyperthyreose. Eventuel relation til koronarbehandling. Eksempel: Hyperthyreose, Cordarone-inducert.
 - Cancer** Angiv om aktivt/behandlet/efterbehandling, herunder prognose og evt. temmelig behandling. Eksempel: Duct. ligandcarcinom, Hjernemetastaser, Påkrævet A-svæ, Tumorbehandling.
 - Blodningsforstyrrelser** Angiv om koagulationsforstyrrelse, lever sygdom, hematologi, blodning. Eksempel: Levercirrose, blodprøver, Tidligere vaskulær lues.
- KARDIEL KRONOLOGI**
Hermed nævnes kardiologiske forløb (indlæggelser eller ambulator) angivet i kronologisk rækkefølge med seneste kontakt med lægen. Hospital angives kun hvis privatiseret eller uden for Region Midt. Specifik dato angives kun hvis relevant, fx ved seneste KAG, PTA-implantation, RFA eller MR-cor.

Udarbejdet af Anders Hesteg Lindén, Morten Wurtz, Kasper Korten Korsholm, Morten Schmidt, 3. udgave (februar 2026).

- RISIKOFAKTORER**
Følgende risikofaktorer er indeholdt i diabetesen, ikke-prævalente risikofaktorer sættes.
 - Hypertension
 - Hyperkolesterolem
 - Obesity
 - Familiær disposition til hjerteryggen (IHD, sudden cardiac death, HF, VTE, FH, etc.)
 - Tobak (aktiv/passiv rygning samt andet pækevarer)
 - Alkohol (eller gentagende hushvervsforbrug, ellers angives "10-4", som er 55% anbefaling)
- FUNKTIONSNIVEAU**
Kan udfyldes hvis ung og uden funktionssvækkelse (så angives "0"), men ellers angives følgende:
 - Frakt: Fx gangfunktion, hjælp i hverdagen, kognition, økonomistyring, konkret fysisk aktivitet/niveau.
 - Social: Fx færdighedsniveau, ensomhed, søvnproblemer, misbruger, ikke-dansk tale.
- SUBSPECIALER**
Længerevarende eller komplicerede subspecialforløb kan tilføjes separat for højere detaljegrad eller for at give overblik for bestående komorbiditeter (fx Klapp-syg og Tromboseforløb). Ved mindre komplicerede forløb kan disse blot angives under Kardiell kronologi.
 - Relevant subspecialoversigt tilføjes: "HJERTESVIGT", "ISKÆMI", "KLAP", "ARYTMI", "ENDOKARDITIS", "AORTA", "TROMBOSE", "LUPUS", "MEDICIN".
 - Subspecialer tilføjes primært af specialer der har tilknyttet respektive subspecialer. En undersøgelse er dog relevant hvis om klapp-patienter og aktuelle indlæggelser (fx endokarditisforløb), som udfyldes af alle. Ved subspecialer tilføjes overordnede "AKUTUELLE" og "MANUELE" (doges) som ved afslutning af forløb.

Skematiske opbygning af Kardiologisk sygdomshistorik

KARDIELT OVERBLIK	
Diagnose 1, Supplerende info	
Diagnose 2, Supplerende info	
NONKARDIELT OVERBLIK	
Diagnose 1, Supplerende info	
Diagnose 2, Supplerende info	
KARDIEL KRONOLOGI	
YYYYMM, (angiv kun måned hvis <1 år siden), Hospital (hvis relevant)	
RISIKOFAKTORER	
Hypertension	
Hyperkolesterolem	
Obesity	
Fam. disp. IHD, sudden cardiac death, HF, VTE, FH	
Tobak: aktiv/passiv indtagelse, pækevarer	
Alkohol: 10-4 eller gentagende hushvervsforbrug	
FUNKTIONSNIVEAU	
HJERTESVIGT (BRP, NYHA)	
ISKÆMI	
KLAP (LFLU, nytteløs, BRP, højde, vægt)	
ARYTMI	
ENDOKARDITIS (Aktuelle indlæggelsesforløb) - "Mængde"	
AORTA	
TROMBOSE	
LUPUS	
MEDICIN	

Udarbejdet af Anders Hesteg Lindén, Morten Wurtz, Kasper Korten Korsholm, Morten Schmidt, 3. udgave (februar 2026).

En opdateret Kardiologisk Sygdomshistorik vedhæftes som udgangspunkt korrespondancer med primærsektoren, hvorved bl.a. praktiserende læger forsynes med et overblik over deres patienter med hjerteryggen. Modellen har modtaget positivt respons fra primærsektoren og kollegaer fra andre sygehusafdelinger.

Konklusion

Implementeringen af Kardiologisk Sygdomshistorik har bidraget til mere systematisk, ensartet og effektiv journalisering i det kardiologiske speciale på Regionshospitalet Gødstrup. Modellen styrker patientsikkerheden ved at sikre et hurtigt og komplet overblik over både kardiell og non-kardiell komorbiditet. Samtidig reduceres overflødig tekst og gentagelser i journalkontinuationen. Den nye arbejdsmetode er tidsbesparende, frigør ressourcer og forbedrer den tværfaglige og tværsektorielle kommunikation. Udbredelse til andre kardiologiske afdelinger har potentiale til at medføre yderligere sammenhængskraft og effektivisering. Kardiologisk Sygdomshistorik er et effektivt redskab til kvalitetsløft af journalisering i det kardiologiske speciale.

Referencer

- Styrelsen for Patientsikkerhed. Journalføring for læger. <https://stps.dk/sundhedsfaglig/ansvar-og-retningslinjer/sundhedsfaglig-vejledning/journalfoering/journalfoering-for-laeger> (2026)
- Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for organisering af forløb for mennesker med multisygdom. https://www.sst.dk/media/35gh2sr4/anbefalinger-for-organisering-af-forloeb-for-mennesker-med-multisygdom_170523.pdf
- Schmidt M. Multimorbidity and cardiovascular disease: Population-based studies of risk, prognosis and prediction. Doctoral dissertation. Available from: https://ke.au.dk/fileadmin/KEA/filer/Other_reports/Morten_Schmidt_Doctoral_dissertation.pdf. Aarhus University, Health, Aarhus, Denmark 2022.
- Larsen AH, Wurtz M, Korsholm KK, Schmidt M. Kardiologisk Sygdomshistorik, 2026. <https://e-dok.rm.dk/app/documents/X7E797225A3236316C1258B9B001EC-64E?level=HOVEHJ&db=HOVEHJ>