



Gruppebaseret
Efteruddannelse

Systematisk lægemodul om

Den diagnostiske udfordring i almen praksis



Systematisk
Efteruddannelse (SE)

Indholdsfortegnelse

<u>Kolofon</u>	3
<u>Introduktion</u>	4
Modul 1	
• <u>Case: Willy</u>	5 – 7
• <u>Case: Hans</u>	8 – 9
• <u>Case: Henrik</u>	10 – 11
Modul 2	
• <u>Case: Inga</u>	12 – 15
• <u>Case: Mads</u>	16 – 18
Modul 3	
• <u>Case: Søren</u>	19 – 20
• <u>Case: Lise</u>	21 – 23
Modul 4:	
• <u>Case: Den generelle del</u>	24
• <u>Case: Astrid</u>	25
• <u>Case: Marianne</u>	26
• <u>Case: Hanne</u>	27
• <u>Case: Flemming</u>	28 – 29
<u>Systematisk Efteruddannelse (SE)</u>	30
<u>Evaluerings</u>	31



Forfattere

Praktiserende læge Karl-Martin Lind, Lægehuset Sønder Omme, efteruddannelsesvejleder og lægefaglig konsulent i PLO Efteruddannelse

Praktiserende læge Lone Grønbæk, Møllegade Lægehus, Sønderborg, efteruddannelsesvejleder og lægefaglig konsulent i PLO Efteruddannelse

Praktiserende læge Pernille Lind, Lægerne i Gram, efteruddannelsesvejleder og lægefaglig konsulent i PLO Efteruddannelse.

Opsætning og layout

PLO Efteruddannelse

Interessekonflikter

Ingen.

Ansvarsfraskrivelse

Der er gjort en stor indsats for at præsentere indholdet ud fra gældende guidelines. Anvendelse af oplysningerne bør dog altid ske med en selvstændig faglig vurdering - tilpasset de konkrete omstændigheder i hver enkelt patientsituation. Brugen af oplysningerne sker på eget ansvar. Ved at anvende materialet accepterer brugeren at holde forfatterne og PLO Efteruddannelse skadesløse for enhver skade eller konsekvens, der måtte opstå som følge af brugen.

Copyright PLO Efteruddannelse

Moduler inden for Gruppebaseret Efteruddannelse (lægemoduler, systematiske lægemoduler, klinikmoduler, systematiske klinikmoduler og personalemoduler) er beskyttet af ophavsret. PLO Efteruddannelse har eneret til at beskytte det undervisningsmateriale, det producerer. Modulerne må ikke reproducere uden forudgående godkendelse fra PLO Efteruddannelse. Ophavsretten omfatter ikke bilag, herunder flowdiagrammer, patientinformationsbrochurer og andet materiale, der er beregnet til kopiering.

Version

1. udgave: marts 2019

Senest opdateret: december 2023

Forklaring af ikoner



Cases



Informationssektion



Bilag



Case-kommentarer

Hvordan undgår vi at drukne i symptomhavet?

Ud fra ti patienthistorier bliver der lagt op til samtale om lægers diagnostiske proces. Det er rigtige, men anonymiserede, sygehistorier.

Vi foretager vurderinger af vores patienter på mange niveauer.

Er hun syg og har hun tabt sig lidt?

Hvad viste de sidste blodprøver?

Hvordan går det mon derhjemme?

Hvilken retning skal vi vælge, og hvad ønsker hun selv?

Mange patienter har symptomer uden sygdom, og nogle patienter har alvorlig sygdom. Men ikke alle patienter skal igennem et krævende udredningsforløb.

Ud fra en etisk analysemodel kan vi reflektere over de dilemmaer, vi kommer ud i.

Materialet omhandler udredning af somatisk sygdom og tolkning af blodprøver, brug af billeddiagnostik, håndtering af den bekymrede og bange patient og til sidst noget om overdiagnosticering.

Der er bilag om tolkning af blodprøver, anæmiudredning, hepatitisudredning, patienten med funktionel lidelse vs. helbredsangst.

Målet er at gøre *det gode* for patienten.

Modulet kan indeholde bilag i forskellige former, herunder appendiks med supplerende information, faktaark til direkte anvendelse i klinikken samt øvrige relevante materialer. Flere af bilagene kan med fordel printes til brug i praksis.

Når I har gennemgået alle fire moduler, skal I evaluere det. Se sidste side.

Tilskud fra Fonden for Almen Praksis

Dette systematiske lægemodul er godkendt til 2 dages Systematisk Efteruddannelse (SE). Tilskuddet gælder for praktiserende læger med en konto i Fonden for Almen Praksis.

Husk at søge tilskud, når I har gennemført alle moduler.

Din deltagelse i SE bliver registreret, når du søger tilskuddet.





Case: Willy, 67 år

Willy er 67 år og gift og kommer som ny patient i praksis. Han er gammel håndværker, og inden han blev efterløønner, arbejdede han som pedel. Willy er eksryger i nu 4 år, men har 40 pakkeår bag sig. Han har fået en tid til årskontrol for hypertension. Denne behandles med Enalapril Comp.

- BT: 135/85
- HbA1c: 42 mmol/mol (diagn. grænse <48, ref. 31-44)
- Total-chol: 6,3 mmol/l (ref. <5).
- LDL-chol: 3,5 mmol/l.
- Hb: 8,1 mmol/l (ref. 8,3-10,5). Det bemærkes, at den for 3 og 1 år siden var hhv. 8,8 og 8,5 mmol/l
- eGFR: >90 ml/min (ref. >59)
- Alb/crea: 16mg/g (ref. <30)
- ALAT: 85 U/l (ref. 10-70)
- BMI: 32
- Urinstix: i.a.
- EKG: i.a.

Session 1, del 1

Willy har fået en tid til årskontrol for hypertension. Han klager over lidt åndenød ved gang op ad bakke, men er ellers velbefindende.

- Der er ingen ledsmerter eller hovedpine
- ingen gastro-intestinale eller urologiske gener
- Obj: St.c. et-p.: i.a.
- Der er lette krurale ødemer



Diskutér i smågrupper i 10 min.

- Hvad gør I? Vil I vide mere? Eller bestiller I undersøgelser?
- Vil I udrede en anæmi på 8,1 mmol/l? Hvad betyder det, at den tidligere lå lidt højere?
- Hvilke blodprøver vil I supplere med?

Forbliv i gruppen og gå videre til session 1, del 2





Session 1, del 2

Jeres kollega så de initiale blodprøver og bestilte en række ekstra blodprøver nogle uger efter. Willy kommer til opfølgning. Han har uændrede klager. Adspurgt, bekræfter han lidt træthed.

Værdierne er:

- Hb: 7,9 mmol/l (ref. 8,3-10,5)
- Jern: 11 µmol/l (ref. 9-34)
- Cobalamin: 338 pmol/l (ref. 130-700)
- Folat: 18 nmol/l (ref. 5-30)
- Reticulocytter: 33×10^9 /l (ref. 31-97)
- MCV: 102 fl (ref. 82-98)
- MCHC: 20,8 mmol/l (ref. 19,7-22,2)
- Transferrin: 25 µg/l (ref. 25-45)
- Ferritin: 74 µg/l (ref. 22-355)
- CRP: 13 mg/l (<6)
- Leukocytter: $5,0 \times 10^9$ /l (ref. 3,5-8,8)
- Trombocytter: 209×10^9 /l (ref. 145-350)
- GGT: 140 U/l (ref. 15-115)

Fæces for blod var normale ved screeningsundersøgelse for ½ år siden. Rtg thorax ia. Vitalografi viser FEV1/FVC på 75 % uden ændring ved reversibilitet. FEV1 er 82% af forventet.



Diskutér i smågrupper i 10 min.

- Hvordan skal ferritin og CRP tolkes?
- Hvad gør I nu?
- Hvad er jeres diagnostiske overvejelser?
- Skal Willy henvises i MAS-pakke?
- Hvor meget vægt vil I lægge på den normale screeningsundersøgelse?

Søg viden på nettet, se evt. *Laboratorievejledningen Sygehus Lillebælt*

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/syddanmark/almen-praksis/patientbehandling/diagnostiske-tilbud/laboratorievejledning/slb/>



Opsamling i plenum



Når I har diskuteret spørgsmålene og samlet op i plenum, afspiller facilitator videoklip





Session 1, del 3

Året efter kommer Willy med voldsom hoste gennem 4 uger. Der er ingen feber. For tre uger siden faldt han over gravhunden i køkkenet i forbindelse med et kraftigt hosteanfald. Han klager efterfølgende påfaldende meget over smerter i lænderyggen, men kan gå omkring i huset.

I henviser til rtg. af columna og rtg. thorax, men datteren ringer og ønsker, at hendes far bliver scannet i stedet.



Diskutér i plenum i 15 min.

- Hvornår henviser I til rtg. undersøgelser pga. rygsmerter efter lavenergi-traume?
- Ville I også have henvist til rtg. thorax?
- Hvilken konsekvens vil I drage af normale undersøgelser her?
- Hvad kan man få ud af supplerende undersøgelser som CT-scanning?



Når I har diskuteret spørgsmålene i plenum, afspiller facilitator videoklip



Case: Hans, 80 år

Hans han bor alene og er cerebralt og fysisk ret velbevaret. Han cykler hver dag ud til sit lettere forfaldne kolonihavehus og dyrker sine egne grøntsager. Hans er alene uden familie, men bliver tvangsbesøgt af Jehovas Vidner.

For seks år siden faldt han og fik et hoftebrud. Siden da har han været i behandling for osteoporose samt for en velbehandlet hypertension.

Som vanligt i jeres praksis er der - forinden opsøgende hjemmebesøg - taget en række blodprøver, som pga. anæmien blev suppleret få dage efter.

Laboratorieværdier:

Hb:	6,6 mmol/l (ref. 8,3-10,5), værdi for 1 år siden 7,0	eGFR:	40 ml/min (ref. >60), forrige år 50 ml/min
Trombocytter:	209 x 10 ⁹ /l (ref. 145-350)	Creatinin:	128 µmol/l (ref. 60-105)
Leukocytter:	8,47 x 10 ⁹ /l (ref. 3,5-8,8)	Kalium:	5,2 mmol/l (ref. 3,5-4,4)
Reticulocytter:	31 x 10 ⁹ /l (ref. 31-97)	Natrium:	140 mmol/l (ref. 137-145)
Jern:	11 µmol/l (9-34), uden tilskud	Albumin:	42 g/l (ref. 34-45)
Ferritin:	305 µg/l (22-355)	Phosphat:	1,1 mmol/l (ref. 0,71-1,23)
MCV:	94 fl (ref. 82-98)	Ca total:	2,36 mmol/l (ref. 2,15-2,51)
Transferrin:	25 µg/l (ref. 25-45)	Alb/crea:	61 mg/g (ref. <30)
Cobalamin:	176 pmol/l (ref. 130-700)	P-25-OH-vitamin D:	97 nmol/l (ref. 50-160)
Folat:	14 nmol/l (ref. 5-30)	BT:	120/70
HbA1c:	47 mmol/mol (ref. 31-44)		

I FMK er anført følgende medicin:

- Enalapril: 20 mg x 1
- Magnyl: 75 mg x 1
- Alendronat: 70 mg ugentligt
- Unikalk Forte: 400 mg calcium og 19 ug D3 vitamin.
- Ibuprofen 200 mg.





Session 2

Der aflægges opsøgende hjemmebesøg. Alment oplyser Hans at have haft et mindre vægttab. Han klager ikke over kvalme, og afføringen er stort set, som den plejer, mens han har tillagt alderen som årsag til lidt træthed og åndenød.

Appetitten er god, når Madhuset leverer frikadeller og bøf.

Hans er ikke meget for sygehusbesøg



Diskutér i smågrupper i 15 min. Benyt bilag 2 + 3

- Hvad er den mest sandsynlige forklaring på symptomer og paraklinik?
- Synes I, at Hans skal udredes yderligere? I praksis?
- Hvad, tror I, er årsagen til hans nyreinsufficiens?
- Hvilke supplerende prøver vil I gerne have for at tage jer af nyreinsufficiensen?

Opsamling i plenum



Når I har diskuteret spørgsmålene og samlet op i plenum, afspiller facilitator videoklip



Case: Henrik, 75 år

Henrik er en fåmælt, lidt reserveret mand, der er ny pt. i praksis. Han har i de forgangne to år dels fået konstateret nyrekræft og blev følgende ensidigt nefrektomeret, og dels haft en apopleksi med afasi samt højresidig hemiparese.

Henrik blev hofteopereret pga. collum femoris-fraktur for 3 mdr. siden. Pga. den megen sygdom røg han ud af kræftkontrollerne. Det hele blev for meget for kone nr. to, hvorpå han blev skilt og valgte at flytte tilbage til sin hjemby, hvor datteren også bor. Han er i øvrigt nu gennem flere år ikke-ryger.

Session 3, del 1

Henrik kommer i praksis på opfordring fra sin datter efter han har haft et vægttab på 12 kg over det sidste halve år, fra 80 kg til nu 68 kg. Han synes, der er lidt besvær med vejtrækningen, uden dog at virke dyspnøisk under konsultationen.

Der har været et tilfælde med frisk blødning rektalt. I øvrigt ingen nytilkomne urologiske symptomer, der er normal appetit, og Henrik synes selv, at humøret er OK - trods belastningen.

Han klager over at føle sig svag og have besvær med at gå, hvorfor han benytter rollator. Anamneseoptagelsen er noget besværliggjort af den svære ekspressive afasi. Henrik er bekymret for vægttabet og ked af, at han ikke længere har kræfter til at komme ud at gå.

Blodprøver er helt normale, bortset fra let anæmi med Hb 7,9 mmol/l, reticulocytter, jern og transferrin er alle på nedre grænse for referenceområde. Ingen vitaminmangel, TSH ia. Levertal også normale.



Diskutér i smågrupper i 10 min.

- Hvordan starter I?
- Hvad overvejer I?
- Hvad gør I nu?
- Opfylder Henrik krav til kræftpakken?

Forbliv i gruppen og gå videre til session 3, del 2





Session 3, del 2

Der bliver foretaget ULS af abdomen, koloskopi og rtg. Thorax. ULS viser følger efter nefrectomi, ellers er undersøgelserne normale.

Laboratorieværdier normaliseres på jerntilskud. Henrik taber sig fortsat nogle kilo over de næste to måneder, men han har stadig normal appetit.

På mistanke om alvorlig sygdom får han lavet en CT-scanning af thorax og abdomen, denne er også ia.

Efter yderligere fire måneder klager Henrik nu over spiseproblemer, han tager meget lang tid om at synke maden, som er svær at få ned. Cavum oris og hals i.a.



Diskutér i smågrupper i 10 min.

- Hvad tænker I om årsagen hertil?
- Hvad gør I nu?

Opsamling i plenum



Når I har diskuteret spørgsmålene og samlet op i plenum, afspiller facilitator videoklip



Case: Inga, 88 år

Inga er 88 år og multimorbid. Hun er gift og bor i eget hus med frisk, jævnaldrende ægtefælle, der hjælper hende. Hun er eksryger i nu 10 år, men rykkede forinden op i KOL-gruppe B. Derudover har Inga tidligere haft flere columna-frakturer pga. osteoporose, fået en pacemaker pga. AV-blok og har iskæmisk hjerte-sygdom uden angina, da aktivitetsniveauet efterhånden er ringe. Desuden myxødem gennem 20 år.

Manden kontakter lægen, da Inga ikke vil spise, hun taber sig fra i forvejen lav vægt, er lidt opgivende og kan/vil ikke kooperere til eget bedste. Hun klager over kvalme, og kaster også op ind i mellem, især mælkeprodukter, f.eks. fløde, mener hun. Dette kan også give hende tynd afføring. Hun kan kun have ¼ æble og lidt kaffe og spiser ikke den tilberedte mad som før. Inga styrer selv sin medicin og kan berette korrekt om mængde og indikationer, derudover tages D-vitamin-tilskud inkl. kalk samt en almindelig multivitamintablet.

Medicin:

- Levothyroxin 100 mcg x 1 Formoterol (bruges ikke, da Inga synes, der er bivirkninger)
- Alendronat er pauseret efter patientens ønske.
- Unikalk Forte x 1
- D3 vitamin 25 mcg x 1
- Pantoprazol 20 mg ved behov

Colo- og gastroskopi for 3 år siden, da Mallory-Weiss læsion, ellers ia.
Røntgen thorax for et par år siden viste emfysem

• CRP:	53 mg/l (ref. <5)	• Natrium:	140 mmol/l (ref. 137-145 mmol/l)
• HbA1c:	41 mmol/mol (ref. <48)	• Kalium:	3,1 mmol/l (ref. 3,5–4,4)
• Hb:	7,0 mmol/l (ref. 7,3-9,5)	• Creatinin:	145 µmol/l (ref. 45-90)
• Leukocytter:	19,4 x 10 ⁹ /l (ref. 3,5-8,8)	• eGFR:	28 ml/min. (ref. >59), har svinget mellem 24 og 30 de sidste 2 år.
• Trombocytter:	290 x 10 ⁹ /l (ref. 165–390)	• Albumin:	29 g/l (ref. 34-45)
• Reticulocytter:	66 x 10 ⁹ /l (ref. 31-97)	• Calcium-total:	2,01 mmol/l (ref. 2,15-2,51)
• Jern:	3 µmol/l (ref. 9-34)	• Fosfat:	1,40 mmol/l (ref. 0,76–1,41)
• Transferrinmætning:	0,15 µmol/l (ref. 0,15-0,5)	• ALAT:	34 U/l (ref. 10–45)
• Transferrin:	11 mkmol/l (ref. 25-45)	• BASP:	252 U/l (ref. 35-105)
• Ferritin:	310 mkmol/l (ref. 15-300)	• TSH:	0,04 IU/l (ref. 0,3-4,0)
• Cobalamin:	649 pmol/l (ref. 130-700)	• FT4:	30 pmol/l (ref. 10-22)
• Folat:	Hæmolyse	• TT3:	4,0 pmol/l (ref. 4,0-6,8)





Session 1, del 1

Du tager på besøg hos Inga. Hun ligger på sofaen og kommer ikke rigtigt op, hun taler spontant og rigeligt. Behandling for pneumoni er næsten lige afsluttet.

Der er ingen forværring af hoste, den er aftagende efter pneumonien, expectoratet er hvidt. Ingen urologiske eller gynækologiske symptomer. Det lykkes ikke at få en klar beskrivelse af afføring.

Adspurg om humør, synes Inga, hun er lidt ked af det, hun har ingen kræfter, ingen appetit og det hele er lidt træls; hun fælder et par tårer. Inga og manden vil gerne have hjælp.

- Obj: Vægt 44,3 kg. Nedsat hudturgor
- St.p.: Lidt ukarakteristiske bilyde
- St.c.: Svag, systolisk mislyd
- BT: 136/72

Abdomen er magert uden udfyldninger, ubehag i epigastriet ved palpation. Mammae ia.



Diskutér i smågrupper i 15 min.

- Hvilke overvejelser gør I jer?
- Hvordan tolker I resultaterne af jern, ferritin, transferrin og transferrinmætning?
- Hvornår er kalium for høj og for lav, dvs. til fare for patienten?
- Hvad betyder en evt. dehydrering for jeres fortolkning af blodprøverne?
- Supplerende blodprøver?
- Hvad gør I nu?

Opsamling i plenum





Session 1, del 2

Inga vil godt medvirke til lettilgængelige ikke-invasive undersøgelser, og dem er der svar på efter få dage:

Rtg. thorax ia.

ULS abdomen: Steatosis hepatis.

Albumin:	29 g/l (ref. 34-45)
Ca-total:	2,68 mmol/l (ref. 2,15-2,51)
Phosphat:	1,03 mmol/l (ref. 0,71-1,23)
P-25-OH-vitamin D:	264 nmol/l (ref. 50-160)
PTH:	11 pmol/l (ref. 1,1-6,9)
LDH:	442 U/l (ref. 115-255)
M-komponent ikke påvist.	



Diskutér i smågrupper i 20 min.

- Lav en liste over diagnoser/problemstillinger.
- Hvordan forholder det sig med tolkning af Totalcalcium og Albumin?
- Hvilken værdi tillægger I sædvanligvis prøven S-Albumin? Se evt. *Lægehåndbogen.dk*
- Hvor meget kan den høje D-vitamin-værdi forklare?
- Hvad betyder den forhøjede LDH? Bruger I denne undersøgelse og til hvad?
- Med tanke på Ingas biologiske alder, hvad gør I nu?
- Hvordan kan I bruge hjemmeplejen?

Opsamling i plenum



Når I har diskuteret spørgsmålene og samlet op i plenum, afspiller facilitator videoklip





Session 1, del 3

Inga får jerntilskud. Sygeplejerske overtager medicinering efter lidt overtalelse, så der kommer styr på myxødem-behandlingen m.m.

Hjemmeplejen begynder at komme i hjemmet og hjælper med observationer. De gemmer al D-vitamin af vejen! Vægten er faldet til 38 kg.

Man foretager ernæringsscreening. Inga kan ikke lide proteindrikke og vil ikke tage dem, men vil godt have drikkeyoghurt og ferskner med flødeskum. Da hun er lidt trist som sidst og appetitløs forsøges også Tbl. Mirtazapin 15 mg nocte.

Ved nyt besøg en måned efter står Inga i køkkenet og steger kalvelever og taler livligt om, hvor godt det går, ligesom vægten er steget 6 kg.



Opsamling i plenum i 5 min.



Når I har samlet op i plenum, afspiller facilitator videoklip



Case: Mads, 23 år

Mads på 23 år arbejder i et callcenter efter sin studentereksamen. Han deler lejlighed med en ven, og de har det festligt i fritiden.

Mads henvender sig til uddannelseslægen, der journalfører følgende:

Patienten har haft hovedpine, mavepine og svingende feber gennem en uge. Obj.: 38,2 °C, upåvirket almen tilstand, st.c. og -p. ia, abdomen ia, ej nakke-ryg-stiv, respirations-frekvens 18. Der ses an på mistanke om viral infektion. Mads' far, som er tilmeldt praksis, havde Hodgkins lymfom som 24-årig, men er i dag rask.

Session 2, del 1

To uger efter ser en kollega Mads i praksis igen. Mads' mavepine er forværret meget, og han klager over fortsat svingende temperatur (37,8-38,4°C), påfaldende svedtendens, desuden kvalme, men ikke opkastninger. Normal afføring og vandladning.

- Obj.: Almen tilstand upåvirket, svedende med våd skjorte ved aksillerne.
- BT: 145/90, puls 84, temp. 38,3 °C.
- Cavum oris ia, otoscopi ia
- Collum med let adenitis, intet supra-el-infraclavikulært
- St.p. normal St.c. med svag systolisk uddrivningsmislyd styrke I.
- Abdomen: Ømhed svarende til umbilicus, ingen peritoneal reaktion og der er naturlige tarmlyde.
- Vægt: 102 kg efter et mindre vægttab på 2 kg.



Diskutér i smågrupper i 10 min. Benyt bilag 4

- Har I nogle tentative diagnoser?
- Hvilke prøver eller undersøgelser vil I ordinere?

Forbliv i gruppen og gå videre til session 2, del 2





Session 2, del 2

Mads kommer tre dage senere, hvor nedenstående laboratoriesvar foreligger. Den kliniske tilstand er uændret. Mads fortæller, at han ikke har rørt alkohol i fire uger og før dette kun forbrug fredag og lørdag.

I øvrigt har han aldrig røget tobak eller hash ud over et par afprøvninger.

- Hb: 9,0 mmol/l (ref. 8,3-10,5)
- Leukocytter: $10,7 \times 10^9/l$ (ref. 3,5-8,8)
- Diff: Let forhøjede monocytter og let forhøjede lymfocytter, ej blaster
- CRP: 12 mg/l (ref. <5)
- TSH: 4,0 IU/l (ref. 0,3-4,0), tidligere målt til 0,5 IU/l
- ALAT: 150 U/l (ref. 10-70)
- BASP: 78 U/l (ref. 35-105)
- LDH: 201 U/l (ref. 105-205)
- HbA1c: 45 mmol/mol (ref. <48)
- Amylase: 23 U/l (ref. 10-65)
- Urat: 0,40 mmol/l (ref. 0,23-0,48)
- Væsketal ia
- Fosfat: 0,95 mmol/l (ref. 0,71-1,53)
- Calcium: 2,35 mmol/l (ref. 2,15-2,51)
- Albumin: 50 g/l (ref. 36-50)
- P-25-OH vitamin D: 22 nmol/l (ref. 50-160)
- B12-vitamin: 241 pmol/l (ref. 130-700)
- IgA, IgG og IgM: i.a.
- HIV-test: neg.
- Epstein Barr virus:
 - VCA IgM-antistofferne neg.
 - EBNA IgG positiv = 600
 - VCA-IgG Positiv = 298

ULS af øvre abdomen viser øget vævstæthed forenelig med steatose og to mindre cyster i venstre nyre, ufuldstændigt overblik over pancreas ellers ia.

Røntgen thorax: i.a



Diskutér i smågrupper i 15 min.

- Hvad er jeres diagnose nu?
- Hvordan vurderer I EBV-undersøgelserne?
- Hvad er forskellen på Monospot-test (hurtigtest for mononukleose) og Epstein Barr antistof-måling?
- Hvilke supplerende blodprøver kunne I evt. tænke jer?
- Hvad er næste trin?

Opsamling i plenum



Når I har diskuteret spørgsmålene og samlet op i plenum, afspiller facilitator videoklip





Session 2, del 3

Mads kommer igen efter 6 måneder. Både hans mor og far har ringet til dig før konsultationen og fortalt, at de er urolige for ham. De synes, at Mads' symptomer minder helt om faderens, da denne fik diagnosticeret sit lymfom.

Mads fortæller, at han har det dårligt, er stoppet på arbejde, som han ikke magtede pga. træthed og almen utilpashed. Han har tabt sig 6 kg. Det går rimeligt i to til tre uger, så kommer symptomerne tilbage i et par uger. Søvn er dårlig pga. nattesved. Han synes ikke, han er trist eller har nogle særlige bekymringer, men fortæller, at han er træt af at være syg.

Af journalen fremgår, at han for 3 måneder siden har været hos infektionsmedicin og hæmatolog, henvist af jeres uddannelseslæge. De fandt ingen anden forklaring end mulig overstået uspecifik viral hepatitis. Lidt presset gennemgås hele journalen derfor grundigt.

Der er i forløbet taget yderligere blodprøver i praksis eller på sygehus:

- Bilirubin: 7 µmol/l (ref. 5-25)
- CMV: IgM Negativ, IgG positiv 123 aU/ml
- Kreatinkinase: 206 U/l (ref. 50-400)
- Frit-testosteron: 0,17 nmol/l (ref. 0,24–0,69)
- Testosteron: 6 nmol/l (ref. 8,6-29)
- Kortisol: 197 nmol/l (ref. døgnvariation)
- Seksualhormonbindende globulin: 13 nmol/l (ref. 13-55)
- Prøver for hepatitis A, B og C neg.
- Ikke tegn til parvovirus eller toxoplasmose på antistofundersøgelser.
- Neg. ANA, ANCA og rheumafaktor.
- Neg. antistoffer for borreliose.
- Der er anført: "Ej symptomer på eller været eksponeret for Bartonella"
- Der er foretaget nyt rtg af thorax samt CT-hals, thorax og abd. Alle undersøgelser normale.

Nye laboratorieværdier:

- ALAT: 82 U/l (ref. 10-70)
- Alle andre blodprøver er normale inkl. D-vitamin
- Temp. 37,0 °C



Diskutér i plenum i 10 min.

- Hvad gør I nu?
- Ville I have taget testosteron og kortisol? Hvad kan man få ud af disse undersøgelser?
- Ville I have forfulgt sagen lige så langt?
- Hvad tror I, det drejer sig om?
- Er der indikation for PET-scanning?



Når I har samletop i plenum, afspiller facilitator videoklip





Case: Søren, 45 år

Søren er uddannet økonom med job i en mindre virksomhed. Han er gift med Sanne, som er sekretær, og sammen har de tre hjemmeboende børn. Søren har tidligere ikke opsøgt lægehuset ret tit, men gennem det seneste år har der været flere kontakter.

Søren har for et år siden bedt dig om et ”generelt helbredstjek”, hvor du fandt marginalt forhøjet blodtryk og et kolesteroltal på godt 5 mol/l. Det har motiveret Søren til at spise sundere, og han er desuden begyndt at cykle i sin fritid. På den baggrund har han tabt sig 6 kg.

For ca. 5 måneder siden henviste du ham til neurolog pga. nogle uspecifikke føleforstyrrelser i det ene ben. Han blev grundigt undersøgt, alt var normalt. Derudover har der været en del akutte henvendelser, og du kan se, at han har haft nogle kontakter til lægevagten og været indlagt akut for obs. AKS to gange i det forgangne år, uden at man har fundet tegn til iskæmisk hjertesygdom. Efter sidste indlæggelse blev der foretaget en Holtermonitorering, som var normal.

Session 1, del 1

1. konsultation:

Søren dukker akut op i praksis kl. 15.00; han vil kun ind til dig, da det er så beroligende at tale med dig.

Søren sad i et møde på arbejdet og syntes pludselig, at hjertet begyndte at slå hårdt og uregelmæssigt. Efter mødet blev han svimmel og det sortnede kortvarigt for øjnene. Han er meget glad for, at du tager ham ind trods hans spontane fremmøde. Han siger flere gange tak for, at du har tid til at se ham.

Du finder normal st.c., BT og EKG, hvilket beroliger Søren. Mens du undersøger ham, forsvinder symptomerne gradvist, og da han går ud ad døren, er han velbefindende og virker meget tilfreds med undersøgelsen. Næste morgen kan du se, at han senere på eftermiddagen har henvendt sig til lægevagten og blev indlagt obs. AKS igen.



Diskutér i smågrupper i 10 min.

- Hvilke overvejelser har I om diagnosen?
- Hvad vil I gøre næste gang, I ser Søren?
- Hvordan opleves det, at han kun er tryk ved dig?
- Hvad tænker I, når han ringer til lægevagten mindre end 2 timer efter, at I har undersøgt ham?

Forbliv i gruppen og gå videre til session 1, del 2





Session 1, del 2

2. konsultation:

Søren har bestilt en tid hos dig. Han vil gerne have foretaget en grundig undersøgelse af sit hjerte. Nu har han været indlagt akut tre gange, men han synes, han er blevet sendt lidt hurtigt hjem igen og er bange for, at de har overset noget.

En af hans jævnaldrende kollegaer døde pludseligt for 1½ år siden af en blodprop i hjertet. Kollegaen havde været en lille smule overvægtig, men ellers sund og rask. Søren har været på nettet og fundet ud af, at de symptomer, som han har haft flere gange, både kan være symptomer på blodpropper og på flere andre almindelige og sjældne sygdomme i hjertet. Han kunne derfor godt tænke sig at blive udredt.

Søren fortæller, at han somme tider ligger vågen om natten og spekulerer på, hvor lang tid han har tilbage. Samtidig ved han godt, at det er noget pjat, og han prøver at sige til sig selv, at han er blevet undersøgt og ikke fejler noget, men han er urolig alligevel. Tankerne om sygdom kan godt genere ham på arbejdet, men han kan bedre skubbe tankerne til side, når han har arbejdsopgaver, som kræver hans fulde koncentration.

Søren forestiller sig, at en grundig undersøgelse af hjertet vil kunne berolige ham så meget, at han ikke vil få sin nattesøvn forstyrret. Han har læst, at man hverken kan stole på arbejds-EKG, når hjertet gør ondt i hvile som hos ham, eller på røntgenbilleder af hjerte og lunger.



Diskutér i smågrupper i 10 min.

- Hvordan tackler I denne situation?
- Vil I henvise til kardiolog?
- Hvilke overvejelser gør I jer om diagnosen? Se evt. Lægehåndbogen
- Hvordan kan I bedst hjælpe Søren?

Opsamling i plenum



Når I har diskuteret spørgsmålene og samlet op i plenum, afspiller facilitator videoklip





Case: Lise, 41 år

Lise er pædagog på fuld tid. Hun spiller håndbold i sin fritid og er frivillig træner i den lokale håndboldklub. Som ung spillede hun på højt niveau. Lise er gift med Peter, som er sælger, han har ca. 30 rejsedage om året. Sammen har de Sofie på 8 år og Karl på 5 år.

Lise har for flere år siden brudt kontakten til sine forældre på grund af farens alkoholmisbrug.

I kender Lise fra graviditetsundersøgelser, børneundersøgelser og konsultationer i forbindelse med småskader og infektioner. I oplever hende som en kvinde, der har styr på tingene, børnene bliver vaccinerede på dato, og hun henvender sig hellere en gang for meget end en gang for lidt ”for at være på den sikre side”.

For tre år siden har du undersøgt hende for diverse kønssygdomme, fordi manden havde indrømmet et sidespring. Det påvirkede Lise en del, men efter både individuelle og fælles samtaler med en psykolog, har de formået at bevare ægteskabet og har det angiveligt godt sammen igen.

Session 2, del 1

1. konsultation:

Lise henvender sig akut sidst på dagen, da hun samme morgen har været involveret i et trafikuheld. Tre biler var kørt sammen og holdt derfor helt stille på landevejen, og Lise nåede ikke at bremse helt op og ramte lige akkurat den bageste bil. Der kommer en overfladisk ridse i lakken på hendes bil. Hun oplever, at selen strammer lidt ved den hårde opbremsning, men ellers har hun ingen umiddelbare symptomer.

Hun havde netop afleveret Sofie på en privatskole, som hun er blevet flyttet til for 2 uger siden, og Lise var selv på vej på arbejde. En læge undersøger Lise på skadestedet og vurderer, at der ikke er grund til, at hun bliver sendt til skadestuen, men hvis hun får symptomer senere, bør hun henvende sig til egen læge.

Lise kører selv derfra i sin egen bil, gennemfører arbejdsdagen, men føler sig meget træt og måske også lidt svimmel. Hun henvender sig mest, fordi hun gerne vil undersøges for at være på den sikre side. I undersøger hende og finder ingen grund til yderligere. På vej ud ad døren siger hun: ”Jeg håber virkelig, at jeg er helt frisk i morgen, for Peter er ude at rejse, og Sofie skal for første gang have en pige fra den nye klasse med hjem”.



Diskutér i smågrupper i 10 min.

- Hvad tænker I?
- Er der noget påfaldende i historien?
- Hvordan tackler I sådan en henvendelse?

Forbliv i gruppen og gå videre til session 2, del 2





Session 2, del 2

Tre måneder senere kommer Lise igen. Inden hun kommer ind, ser I følgende i journalen:

Konsultation 6 uger efter ulykken ved din kollega: Lise klagede over nakkesmerter, for hvilket der blev ordineret Ibuprofen og Paracetamol samt henvist til fysioterapeut.

Konsultation 9 uger efter ulykken ved din kollega: Lise ønskede MR-scanning pga. tiltagende nakkesmerter. Hun blev fortalt, at den næppe ville vise noget og rådet til at fortsætte fysioterapien.

Lise har bestilt en tid, da hun siden uheldet har fået det betydeligt værre. Hun har været ved fysioterapeut, kiropraktor og en zoneterapeut, men synes ikke, det har hjulpet. I begyndelsen prøvede hun at holde sammen på sig selv og passe sit arbejde, men efterhånden begyndte der at komme spredte sygedage.

For en uge siden måtte hun ”kaste håndklædet i ringen” og sygemelde sig. I denne uge har hun stort set kun ligget i sengen, og Peter har stået for alt det praktiske i hjemmet. Hun håbede, at det ville hjælpe, men hun har faktisk kun fået det endnu værre.

Hun klager over følgende symptomer: Hovedpine, smerter i hele ryggen, muskelømhed i ben og arme efter minimal belastning, svimmelhed, koncentrationsbesvær, dårlig hukommelse, udtalt træthed, hjertebanken, sure opstød, overfølsomhed over for lys, lyde og somme tider også dufte, vekslende løs og træg afføring, ubehagelig og strammende fornemmelse i maven.

Objektivt ligner hun sig selv; tøj og makeup sidder perfekt, som det plejer. Du finder spændte muskler og ømhed i nakke og skuldre, ellers er alt normalt bortset fra, at hun er grådlabil, når du spørger ind til hendes mange symptomer.



Diskutér i smågrupper i 10 min.

- Hvilke overvejelser gør I jer nu, og hvordan vil I handle?
- Vil I efterkomme Lises ønske om MR-scanning eller undersøge på anden måde?
- Skal Lise henvises til nogen? I så fald, hvem?
- Hvad gør I, når eventuelle undersøgelser og vurderinger ved speciallæger er uden tegn på objektiv skade?

Opsamling i plenum



Når I har diskuteret spørgsmålene og samlet op i plenum, afspiller facilitator videoklip





Session 2, del 3

3 år senere: Lise har udviklet en svær og langvarig smertetilstand. Hun er i et kommunalt afklaringsforløb og er netop blevet bevilget et treårigt ressourceforløb. Hun har følgende problemstillinger:

- Hun føler ikke, at kommunen forstår, hvor dårligt hun har det. Hun vil allerhelst bare have fred, men føler sig tvunget til at gennemføre ressourceforløbet, hvor hun bl.a. skal træne og lave mindfulness i en gruppe for borgere med stress, angst og depression. Hun synes, det er uværdigt. Lise synes også, at økonomien er meget stram på ressourceforløbsydelsen.
- Hun er plaget af smerter, som flytter sig rundt i det meste af kroppen, er udtalt træt, kan ikke koncentrere sig, har dårlig hukommelse. Lise kan på ingen måde forestille sig, at hun kan blive i stand til at arbejde som pædagog på fuld tid, men hun ved heller ikke, hvilken type job hun ellers vil kunne klare. Hun har dårlig samvittighed over for sine børn og mand.
- Lise er gennem de senere år blevet grundigt undersøgt og har selv afprøvet en lang række af forskellige alternative behandlinger. Meget har haft forbigående effekt, men der er ikke noget, der for alvor har hjulpet. En neurolog har skrevet, at Lise har en ”kronisk kompleks non-malign smertetilstand”, en reumatolog har diagnosticeret hende med fibromyalgi, og en neurokirurg, som har lavet en speciallægeerklæring på foranledning af hendes forsikringsselskab, har vurderet, at hun har whiplash.
- Lise har en verserende sag med sit forsikringsselskab, hvor hun har fået en lille erstatning, som hun ikke er tilfreds med. Hun er blevet afvist af modpartens forsikringsselskab, da de mener, at hun selv var skyld i ulykken. Den afvisning har hun netop anket.

Lise henvender sig, fordi hun har været ved en alternativ behandler, som blev anbefalet i en Facebook-gruppe for whiplash-ramte. Behandleren har en særlig scanner, som kan optage nakkehvirvlerne i bevægelse. Han har fundet ud af, at Lise er helt skæv i nakken, så nakkehvirvlerne afklemmer blodforsyningen til hjernen, når hun bevæger sig. Han mener, det er årsagen til alle symptomerne. Hun er glad for at få en forklaring, men er også en smule skeptisk, og hun medbringer en USB-stick med scanningsoptagelser, som hun beder dig om at se.



Diskutér i smågrupper i 15 min. Benyt bilag 7

- Kan man stille en diagnose?
- Hvordan forholder I jer til Lises anmodning?
- Hvordan har I det med den slags patienter?
- hvad kan man i praksis hjælpe patienten med?
- Kunne man have forhindret dette forløb?

Forbliv i gruppen og gå videre til *den generelle del*



**Case: Den generelle del****Diskutér i smågrupper i 10 min.**

- Nu har I haft to sygehistorier med psykosomatiske symptomer.
 - Diskutér betydningen af at få en diagnose.
- Der er mange, lidt diffuse diagnoser i spil; kronisk træthedssyndrom, BDS, fibromyalgi, post-commotionelt syndrom.
 - Er der diagnostiske kriterier? Se evt. Lægehåndbogen
 - Hvad får vi ud af at bruge sekundærsektoren i vores håndtering af dem?
 - Hvornår har vi udredt nok?

Opsamling i plenum. Benyt bilag 7

Når I har diskuteret spørgsmålene og samlet op i i plenum, afspiller facilitator videoklip

**Case: Astrid, 79 år****Session 1**

Astrid er en stort set ukendt patient i praksis. Hun plejer ikke at have brug for læge, og hun ved ikke, hvorfor hun skulle komme i dag. Tiden er bestilt af hjemmesygeplejen, der kommer dagligt hos Astrids alvorligt syge mand.

Hjemmesygeplejen har mistanke om demens og har meddelt dette via en korrespondance. Ved gennemlæsning af journalen finder I oplysning om tidligere c. coli for tre år siden, en planlagt koloskopi skulle være foretaget sidste år, men patienten udeblev fra undersøgelsen. Tidligere læge har også haft mistanke om demens, MMSE for nogle år siden resulterede i 29/30 points. Manden har nok i sine egne helbredsproblemer og har ikke ytret sig.

Astrid har været til en forundersøgelse hos din sygeplejerske i praksis. Da ville hun ikke medvirke til nogen MMSE-test. Hun er ved lægekonsultationen i virkelig fint humør, griner og taler meget, men er noget forvirret, springende og ikke helt relevant. Bl.a. fortæller hun, at manden er rask og frisk - han vides at have cancer med spredning til knogler. Astrid oplyser, at hun ordner mad og indkøb med hjælp fra sin skizofrene søn, der kommer i hjemmet hver dag.

Ved sidste journalnotat for et år siden havde hun klaget til tidligere læge over blødning fra underlivet, hun blev henvist til gynækolog, men dukkede ikke op. Selv synes hun ikke, hun har noget som helst at klage over, ingen smerter og ingen bekymringer. Hun gennemfører, lidt pjattet, en ny MMSE og opnår 22 points.

Lab: BT 120/82, HbA1c 38 mmol/mol, Total-cholesterol 6,1 mmol/l. D-vitamin over 50 nmol/l. Demensprøver i øvrigt normale, men lidt lavt hæmoglobin på 6,4 mmol/l.

1. Selvrefleksion i 2 min.

- Hvad er din umiddelbare holdning til indsats?

2. Facilitator afspiller videoklip, som I kort diskuterer.**3. Nærlæs bilag 8 hver for sig (5 min.)****4. Diskutér i smågrupper i 20 min.**

- Lav en etisk analyse ud fra den udleverede model, efter at have fortalt hinanden jeres umiddelbare indstilling.
- Ændrede det handlingen? Blev I opmærksomme på egne værdier?

Stikord til diskussionen: Demensudredning, gynækologisk udredning, opfølgning på kræftlidelse

5. Opsamling i plenum**6. Facilitator afspiller videoklip, som I kort diskuterer.**



Modul 4

Case: Marianne, 52 år

Marianne kommer i akuttiden, da hendes mand Jens, for en snes dage siden faldt død om med et hjerteanfald, antageligt en blodprop. I kender ikke familien særlig godt, da de flyttede til området for mindre et år siden.

Marianne arbejder på fuld tid i en bagerforretning, som også har en mindre café tilknyttet. Der har været en enkelt konsultation om nakkesmerter, som blev tolket som arbejdsrelaterede. Jens har været der to gange til almindelig blodtryksskontrol. Marianne fortæller, at hun kun nåede at være gift med Jens i knap to år. Han var en del ældre end hende og havde et tidligere ægteskab bag sig.

Marianne har ikke råd til at sidde i det hus, de bor i, dels fordi hendes løn i bagerforretningen ikke er særlig stor, dels fordi hendes afdøde mands børn fra tidligere ægteskab skal have deres arv, da Jens har siddet i uskiftet bo. Marianne græder flere gange under konsultationen, og fortæller, at hun sover dårligt og ikke kan overskue at begynde på sit arbejde.

Session 2, del 1

Der blev aftalt en opfølgning efter en måned og Marianne blev opfordret til så småt at overveje at arbejde igen. Hun kommer dog først et par måneder efter sin mands død; hun er nu endnu mere grådlabil, savner sin mand, kan intet overskue og spørger, om du ikke kan give hende en henvisning til en psykolog. Hun har tidligere haft glæde af psykologbehandling.

Marianne har ikke været på arbejde siden dødsfaldet. Hun har læst på nettet, at det meget nemt kunne udvikle sig til "forlænget sorglidelse" med bl.a. følgende kriterier:

- Længsel efter afdøde
- Vedvarende optagethed af den døde
- Svært ved at acceptere dødsfaldet
- Følelse af at have mistet en del af sig selv
- Emotionel følelsesløshed
- Tilbagetrækning fra sociale aktiviteter
- Tristhed, skyldfølelse, vrede



Diskutér i smågrupper i 10 min.

- Hvordan vil I gribe denne situation an?
- Er sorg en sygdom? Er "forlænget sorglidelse" en sygdom?
- Hvad vil I sige til Marianne?
 - Skal hun begynde at arbejde?
 - Skal hun have behandling?
 - Psykolog og/eller medicin?

Forbliv i gruppen og gå videre til session 2, del 2



**Case: Hanne, 63 år****Session 2, del 2**

Hanne er en sund og rask kvinde, der kommer til en almindelig konsultation. Hun er ikke-ryger, motionerer jævnligt i form af gymnastik, vandreture, havearbejde og cykling til arbejde.

BT 145/85. Hannes BMI er omkring 27.

Hanne har i aviser, dameblade og på nettet læst, at det er godt at kende sit kolesteroltal, og beder dig om at måle det. En morbror døde som ca. 70-årig af hjertestop, i øvrigt er der ikke hjertesygdom i den nærmeste familie.

Hanne fik taget sit kolesteroltal og kommer nu til en konsultation for at få svar. Total-kolesterol er 6,9 mmol/l, hvilket ifølge laboratorieskemaet er lidt over normalværdien på 5,0 mmol/l. LDL er 3,2 mmol/l (ref.<3). Hun har været inde og se sine laboratorietal på Sundhed.dk. Hun er rystet over værdien på 6,9!

Hannes niece er medicinstuderende og har tilrådet hende at påbegynde statin-behandling så hurtigt som muligt.

**Diskutér i smågrupper i 10 min.**

- Hvordan forholder I jer til Hannes ønske om en blodprøve?
- Er der indikation for statin-behandling?
- Vil I vejlede om kostændringer og mere motion?
- Ville I rådgive anderledes, hvis total-kolesterol var 8,8 mmol/l?
- Hvordan estimerer I kardiovaskulær risiko?

Opsamling i plenum

Når I har diskuteret spørgsmålene og samlet op i plenum, afspiller facilitator videoklip.





Case: Flemming, 73 år

Flemming er en sund og rask, ældre herre. Han har bestilt en tid for at få taget en PSA-test, fordi en af hans tidligere kolleger har fået konstateret prostatakrcft. Kollegaen fik taget en PSA-test ved en tilfældighed, da hans praktiserende læge havde en uddannelseslæge, som tog testen for en sikkerheds skyld - selv om der ikke var symptomer på prostatakrcft.

Kollegaen har efterfølgende fået fjernet sin blærehalskirtel, og lægerne har sagt, at han er kureret for kræften. Nu betragter denne kollega sig som en kræftoverlever, fordi prostatakrcften blev fundet så tidligt.

Flemming blev af lægen overtalt til ikke at tage PSA-testen.

Session 3, del 1

To år senere kommer Flemming igen. Nu klager han over prostatisme-symptomer (LUTS = Lower Urinary Tract Symptoms) i form af igangsætningsbesvær, slap stråle og efterdryp.

Flemming bliver bedt om at udfylde et DanPSS-skema samt et væskevandladnings-skema i tre døgn. Det tyder alt sammen på en forstørret prostata.

Der forsøges de næste 6 måneder medicinsk behandling, desværre uden væsentlig bedring af symptomerne, så Flemming foreslår en henvisning til urologerne mhp. en evt. TUR-P.



Diskutér i smågrupper i 10 min.

- Hvilke patienter har gavn af en PSA-test?
- Gør man mere skade end gavn?
- Hvad betyder det at få en diagnose?
- Skal der tages en PSA-test i forbindelse med henvisningen? (Se evt. henvisningskriterier)
- Ændres jeres holdning, hvis patientens far og farbror havde prostatakrcft?

Forbliv i gruppen og gå videre til session 3, del 2





Session 3, del 2

Via urologerne tages der en PSA-test forud for den ambulante konsultation. PSA-værdien er svagt forhøjet 6,0 mcg/l, altså lidt over normalværdien.

Urologerne er enige i vurderingen af, at Flemmings LUTS skyldes benign prostatahypertrofi, og en transrektal ultralydsundersøgelse af prostata tyder ikke på andet end benignt forstørret prostata.

For en sikkerheds skyld foretages nålebiopsier, disse viser alle normalt væv. Da den medicinske behandling ikke var succesfuld, tilbydes en TUR-P. I epikrisen står der, at mikroskopien af det resecerede materiale påviser malignitet. Dette har urologerne informeret Flemming om, og de har foreslået ham, at han foreløbig skal komme igen om 6 måneder i ambulatoriet forudgået af en PSA-test. Flemming er altså kommet i et såkaldt *watchful-waiting-program*.

Flemming har nu ringet til din sekretær og fået en tid, fordi han er meget forvirret og bekymret over hele forløbet. Han vil gerne have fjernet sin prostata ligesom kollegaen.



Diskutér i smågrupper i 10 min.

- Hvordan vil I gribe denne konsultation an?
- Hvad har PSA-testen/tidlig diagnostik gjort for overlevelsen af prostatakræft?

Opsamling i plenum



Når I har diskuteret spørgsmålene og samlet op i plenum, afspiller facilitator videoklip.

Systematisk Efteruddannelse

Praktiserende læger skal hvert år deltage i tre dages efteruddannelse inden for udvalgte temaer. Det kaldes Systematisk Efteruddannelse (SE)

Vi vil gøre det let at lære

- derfor kan du tage SE på den måde, der passer dig bedst



SE-kurser

PLO Efteruddannelse udbyder årligt **flere end 75 SE-kurser** i hele landet.

Hvert år i maj åbner vi for tilmeldingen til næste års SE-kurser.



SE-Dage

Du kan også tage på SE-Dage som vi afholder **fire-fem gange** årligt.

Her kan du tage flere SE-kurser henover få dage.



Gratis gruppebaseret efteruddannelse

Tag SE i fx din DGE- eller supervisionsgruppe - eller hvad med at tage én dags SE i din klinik?

Vores **systematiske lægemoduler** (SGE) og **systematiske klinikmoduler** (SKGE) er gratis.

For at gennemføre et modul skal min. én i gruppen eller klinikken være uddannet facilitator.

*Tilmeld dig et gratis
facilitatorkursus*



*Alt om SE, kursusoversigt,
registrering m.v.*



Medlemmer af PLO modtager automatisk nyhedsbrevet om lægekurser.

Er du ikke tilmeldt nyhedsbrevet, så send en mail til kurser.plo@dadl.dk



Husk at søge tilskud via din efteruddannelseskonto i Fonden for Almen Praksis, når du har deltaget i et kursus/modul, der er godkendt som SE.

Din deltagelse i SE bliver registreret, når du har søgt tilskud.

Evaluering af modulet



SVAR PÅ 5 SPØRGSMÅL



ALLE BESVARELSER ER ANONYME



VI BRUGER DINE SVAR TIL AT UDVIKLE
OG TILRETTE MODULET

SCAN KODEN



eller

GÅ TIL: www.survey-xact.dk/collect

TAST KODEN: **GNY5-Y1PS-UN1P**