

Tage Møller  
Bakketorvet 30  
V e d d e  
4295 Stenlille

den 26. juli 2014

Til  
Region Sjælland  
Regionsrådet  
v/formanden, Jens Stenbæk

via e-mail: [jenst@regionsjaelland.dk](mailto:jenst@regionsjaelland.dk)

### Hvad sker der med de praktiserende læger i disse år ?

Med denne overskrift har jeg den 17. juni 2014 i e-mail-breve – til bl a Region Sjælland – skriftligt viderebragt mine 15-års erfaringer med mine kontakter til danske lægepraksis.

Glædeligvis har jeg modtaget flere positive tilbagemeldinger fra øvrige instanser, som også har modtaget mit e-mailbrev.

Men jeg har **intet** hørt fra Region Sjælland, og det kan dække over mange forklaringer, som jeg ikke skal gå ind på på nuværende tidspunkt – men måske senere .... – I gemmer jer - Der er ingen styrmand ved roret !

### I har ingen jordnær kontakt til jeres borgere !

For et par dage siden har jeg læst nedennævnte avisartikel af 22. juli 2014 fra Politiken, et budskab om, at andre har opdaget, at der er noget rivende galt i det danske læge-system, som I har opbygget .....

Når de ansvarlige myndigheder på området ikke konkret reagerer på min henvendelse af 17/6 2014 - ja, så føler jeg trang til ”at grave dybere”, fordi flere års afsløringer jo klart viser, at den danske borger ikke mere kan stole på de såkaldte ”demokratiske” instanser ! – **Disse instanser driver gæk med borgerne og skjuler sandhederne !**

**Med henvisning til det detaljerede indhold i mit føromtalt e-mail-brev af 17. juni 2014 skal jeg derfor nu foreslå regionen, at der - dels foretages nærmere kontrol - og dels fremlægges dokumentation - for følgende tidligere beskrevne lægeydelser, som jeg skulle have modtaget:**

- 1) Mit besøg i 2010 hos en såkaldt ”Smerteklinik” i Slagelse, hvor en 3 minutters irrelevant og ubrugelig ”lægeydelse” kostede regionen 572,87 kr. – Er der her tale om en lægehenvist vennetjeneste-ydelse, som udløser honorar hos begge læger ? ? ?
- 2) Mit besøg den 18/6 2013 hos en ørelæge i Ringsted. - Ifølge lægens regning til regionen skulle der være blevet udført 3 undersøgelser, nemlig (toneaudiometri + taleaudiometri + otoneurologisk) til en samlet pris på 750,82 kr.

Disse 3 omfattende undersøgelser, som normalt tager ca 1 time, blev **IKKE** foretaget i de 15 minutter, som mit besøg varede. De første 5 minutter blev anvendt til information og kikkertundersøgelse, de næste 5 minutter til høreprøve og de sidste 5 minutter til lægens forsøg på at overtale mig til at købe unødvendige høreapparater - med henhørende stort honorar til ørelægen.

Det må være rimeligt at få forelagt detaljeret dokumentation for lægernes målinger, resultater og behandlinger m v !

**Det bedes meddelt, hvad regionen herefter agter at foretage sig i sagens anledning.**

For mig står det nu helt klart, at der ikke mere er styr på dette store offentlige – **læge-tag-selv-bord**, og at der **ingen sammenhæng eller kontrol er mellem pris og kvalitet på omhandlede lægeydelser !** – Mange borgere fortæller mig, at de fornemmer, at lægerne ikke mere er interesseret i ”deres patienter”,

og at selvsamme borgere ikke får løst – selv enkle og basale sygdomsproblemer, kun hvis de måske bestiller tid til mange læge-honorargivende konsultationer !

De siger, at de ikke tør opponere mod systemet på grund af muligheden for ”repressalier” !

**Der trænges til en gennemgribende omorganisering af ”systemet” !**

Dog med venlig hilsen



Tidligere organisations-konsulent samt  
En efterkommer af Hvide-Slægten.

...oooOOOooo...

**NB:** Jeg sender samtidig hermed en kopi af dette brev til:

1. Patientforeningen, Formand Erik Bach, [v/eb@patientforeningen.dk](mailto:v/eb@patientforeningen.dk)
2. Danske Regioner, formanden, Bent Hansen, [v/bent.hansen@rr.rm.dk](mailto:v/bent.hansen@rr.rm.dk)
3. Sundhedsstyrelsen [v/dir@sst.dk](mailto:v/dir@sst.dk)
4. Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg, [v/Hanne.Schmidt@ft.dk](mailto:v/Hanne.Schmidt@ft.dk)
5. Sundhedsministeren, Nick Hækkerup, [v/sum@sum.dk](mailto:v/sum@sum.dk)
6. Lægeforeningens Formand: Mads Koch Hansen, [v/dadl@dadl.dk](mailto:v/dadl@dadl.dk) samt
7. Én af de få danske Christiansborg-politikere, som jeg har stor tillid til: Den altid velforberedte, den grundige, den kyndige og saglige, den bund-hæderlige og besindige jyde:  
Kristian Thulesen Dahl, [v/dfanbf@ft.dk](mailto:v/dfanbf@ft.dk)
8. Politikens Redaktion, [v/politiken.dk/senddebatindlæg](http://v/politiken.dk/senddebatindlæg).

...oooOOOooo...

POLITIKEN MENER læs dagens leder her

- [Leder](#)
- [Kronik](#)
- [Debattører](#)
- [Dagens tegning](#)
- [Debatregler](#)
- [Debat i avisen](#)

## Relationen mellem læge og patient er sygdomsramt

God kommunikation mellem læge og patient er afgørende for klinikken.

6



TEGNING: Mette Dreyer

DEL

- [Email](#)[Facebook](#)[Twitter](#)[Google](#) +[Linked In](#)[GEM TIL LISTE](#)

[Henning Kirk](#) - forfatter, læge, dr.med.

I disse år markeres adskillige 200-års jubilæer, bl.a. Wienerkongressen og Norges forfatning.

Et andet jubilæum kan ikke tidsbestemmes helt så præcis, men vi befinder os tæt på 200-året for klinikkens fødsel. Ikke en bestemt klinik, men den kliniske undersøgelse. For 200 år siden foregik den typisk ved sygesengen, og derfor kommer begrebet klinik da også fra det græske ord for en seng.

Jubilæet kunne passende få os til at diskutere, hvordan klinikken kan overleve, for meget tyder på, at relationen mellem læge og patient i flere henseender er sygdomsramt. Men lad mig først præsentere det 200-årige fænomen.

Den franske filosof Michel Foucault har i 'Klinikkens fødsel' beskrevet, hvordan begrebet udvikledes i Frankrig i starten af 1800-tallet. Han beskrev 1700-tallets læge som en botaniker, der 'botaniserede' blandt patienterne, iagttog ydre sygdomstegn, f.eks. rødme, feber eller lammelser, og relaterede dem til deres symptomer, men foretog ikke en nøjere objektiv undersøgelse ved sygesengen.

### **LÆS OGSÅ** [Hver syvende lider af uforklarede sygdomme](#)

Det gjorde lægerne i 1800-tallet. Nu blev viden fra systematiske obduktioner kombineret med erfaringer fra stuegangen, f.eks. når lægen følte på maven for at opdage sygelige forandringer i bugorganerne eller bankede på brystkassen for at erkende lungedæmpninger ved tuberkulose.

Jubilæet kunne passende få os til at diskutere, hvordan klinikken kan overleve, for meget tyder på, at relationen mellem læge og patient i flere henseender er sygdomsramt !

Henning Kirk

På den måde blev sygdommene beskrevet i både tid og rum, de udvikledes i patientens indre – og blev ikke længere forklaret ved noget, der »faldt ned fra himlen og ramte patienten«.

At det hele skete i Frankrig, skyldtes udviklingen af offentlig administration og forvaltning efter Napoleonskrigene. Her etableredes hospitaler med tusindvis af patienter og systematisk oplæring af klinikere og udvikling af klinisk forskning.

Snart blev lægens sanser hjulpet af ny teknologi som stetoskopet og fra slutningen af 1800-tallet med røntgenundersøgelser og kemiske og bakterielle laboratorieanalyser. Men der kunne være bivirkninger ved teknologien. Muntre skeptikere gjorde opmærksom på, at stetoskopet nok forbedrede muligheden for at høre mislyde og bilyde i hjerte og lunger. Men det blev samtidig vanskeligere at høre, hvad patienterne sagde.

### **LÆS OGSÅ** [Lægevidenskab er en privatsag](#)

Et specielt kapitel i klinikkens historie blev neurologien. De franske neurologer kunne senere i 1800-tallet gennem systematiske undersøgelser af motoriske, sensoriske og kognitive funktioner identificere hjernesygdomme med større nøjagtighed.

Undersøgelserne krævede systematik og tålmodighed og ikke mindst empatisk og professionel kommunikation mellem læge og patient. Og det er måske her, vi er ved årsagerne til klinikkens skranten – ved 200-året.

Vi kan ikke undvære den medicinske teknologi. Lægens lavpraktiske hjælpemidler ved sygesengen havde deres begrænsninger. Til gengæld var der mere tid til patienterne

Henning Kirk

I dag er den undersøgende læge påvirket af, at der et par timer efter den kliniske undersøgelse kan foreligge resultatet af en hjerneskanning. Teknologien har på den ene side givet diagnostikken en større grad af præcision.

På den anden side kan det være problematisk, at et 'facit' foreligger tidligt i processen, hvor den kliniske problemstilling måske ikke er tilstrækkeligt belyst eller helt tænkt til ende. Et tidligt facit kan ikke undgå at påvirke kvaliteten af den kliniske proces.

Forventningen om en snarlig konklusion fra laboratoriet eller røntgenafdelingen kort efter den kliniske undersøgelse kan medføre, at sidstnævnte bliver sjusket, både hvad angår journaloptagelsen af sygehistorien og gennemførelsen af den objektive undersøgelse.

Et facit skal helst passe til det problem, som patienten undersøges for. Patientens problem er ikke et bestemt skanningsbillede, men et forløb med en række oplevede symptomer. Og det er klinikerens opgave at få beskrevet disse problemer, således at sammenhængen mellem sygehistorie og kliniske fund er logisk og kan gøres til genstand for kritisk revurdering.

## **LÆS OGSÅ** [Var Freud en dårlig bror?](#)

I den kliniske lægevidenskab er det afgørende, at man tvinges til at stille spørgsmålet: Hvad taler imod mit diagnoseforslag?

Brugen af avanceret teknologi i diagnostikken indebærer en risiko for en bagvendt diagnostisk proces – hvor man forsøger at tilpasse patientens problem til den konklusion, som teknologien indikerer.

En parallel fra politikens verden: Politiske diskussioner præges undertiden af, at deltagerne forsøger at definere problemer, så de passer til de løsninger, som man allerede har peget på.

Det centrale i den lægelige diagnostik er, at man i første række får svar på spørgsmålet: Hvad (hvilke) er denne patients problem(er)? Og vender tilbage til spørgsmålet. Det er især vigtigt, hvis specialundersøgelserne viser 'normale forhold'. I så tilfælde er der risiko for, at nogen forledes til at spørge, om patienten virkelig har de problemer, som han eller hun 'påstår'.

## **LÆS OGSÅ** [Forebyggelse skader patienterne](#)

Vi kan ikke undvære den medicinske teknologi. Lægens lavpraktiske hjælpemidler ved sygesengen havde deres begrænsninger. Til gengæld var der mere tid til patienterne.

Nutidens kommunikationsproblemer skyldes bl.a. de mange ambulante patienter, udbuddet af specialundersøgelser og den korte konsultationstid. - Risikoen ved klinikkens død er ikke kun forsømmelsen af de kliniske håndgreb.

Endnu alvorligere er det, hvis vægten på patientens sygehistorie bliver mindre, hvis diagnostikken i højere grad får karakter af screening end en søgen efter forklaringen på et klinisk problem. God kommunikation mellem læge og patient er afgørende for klinikken.