

# **ØFELDT CENTRET APS**

Folketingets Sundhedsudvalg  
Christiansborg  
Folketinget  
1240 København K

Den 26. november 2010/aø

## **Til brug for udvalgsbehandling i Sundhedsudvalget ang. 1. behandling af L 46 den 16.11.2010 (Specialiseret behandling på Øfeldt Centrene).**

Kære medlemmer af Folketingets Sundhedsudvalg

Vi har med interesse fulgt 1. behandlingen af lovforslaget og har noteret os nedenstående spørgsmål/bemærkninger fremsat af Det Radikale Venstre, hvilke vi hermed fremkommer med vore kommentarer til:

- 1. Om Øfeldt Centrets behandlingsmetode i relation til andre behandlingsformer, som er blevet udviklet siden skabelsen af centret: Hvad er de objektive resultater på nuværende tidspunkt?*
- 2. Centrets behandlingsmetode er formentlig unik ved etableringen og karakteriseret ved mere fysisk træning end almindelig fysioterapi, men de principper anvendes mere almindeligt i dag.*
- 3. Hvad er årsagen til centerets monopolstatus? Skyldes det, at myndighederne ikke vil tillade oprettelsen af andre centre, som Øfeldt Centret påstår, eller at Øfeldt Centret ikke vil tillade, at navnet, som er identisk med behandlingsmetoden, benyttes i forbindelse med oprettelse af andre centre af konkurrencemæssige årsager, selv om centeret ifølge egne oplysninger giver papir på en gennemført svendeuddannelse med såvel teori som praksis, og derfor i praksis blokerer for andre centre, og at de udlærte personer derfor havner i et tomrum?*
- 4. Hvordan er udviklingen gået med disse og lignende specialiserede institutioner efter kommunalreformen? Hvor mange er blevet nedlagt, fordi kommunerne har hjemtaget patienterne, og hvor meget specialiseret viden er der derved gået tabt?*
- 5. Spørgsmålet om økonomien, hvor ordføreren for forslaget mener, at det kan gå lige op. Men finansieringen vil Radikale Venstre nu gerne have belyst, så vi stiller os spørgende, og vi vil afvente udvalgsbehandlingen.*

### **Øfeldt Centrene kommentarer:**

#### **Ad pkt. 1)**

Der findes næppe andre behandlingscentre inden for optræning/genoptræning/behandling af handicap og andre bevægeapparatlidelser, hvor behandlingen er så veldokumenteret og velundersøgt som på Øfeldt Centrene. I det følgende nævnes udpluk af Øfeldt Centrene dokumentation:

V/ TEDDY ØFELDT

BJÆLKEVANGEN 23 \* 2690 KARLSLUNDE \* TLF.: 4615 2428 \* FAX: 4615 5160  
MOSE ALLÉ 8 \* 2610 RØDØVRE \* TLF.: 3670 6405 \* FAX: 3670 6406  
GIRO: 4 02 83 41 \* SE-NR.: 14 48 59 02 \* WWW.OFELDT.DK

### **Rutinemæssige filmoptagelser og funktionsundersøgelser af hver eneste patient:**

Øfeldt Centrene har siden 1971, og som en del af overenskomsten med Sygesikringens Forhandlingsudvalg (RLTN), filmet funktions- og færdighedstests af hver eneste patient før, undervejs og efter behandling for på denne måde at fastholde patientens udgangspunkt og dokumentere udviklingen i patientens tilstand.

Øfeldt Centrenes meget grundige (sammenlignende) funktionsundersøgelser, som også er en del af overenskomsten med RLTN, er ikke opstået ud af ingenting. Funktionsundersøgelsen er en "krydsning" imellem på den ene side undertegnedes (Teddy Øfeldts) særlige muskelforståelse og empiriske viden omkring optræning af bevægeapparatproblemer og på den anden side professor, dr.med. Preben Plums mangeårige erfaring med undersøgelse af bevægeapparatet, dels som overlæge ved Rigshospitalets børneafdeling og dels som professor i pædiatri ved Københavns Universitet i årene 1943-1976. Plum var utvivlsomt den største kapacitet her i landet inden for cerebral parese (og måske også uden for landets grænser). Det var derfor ikke tilfældigt, at Plum skabte Rigshospitalets CP-ambulatorie og samtidig stiftede Spastikerforeningen.

De helt særlige udviklingsbetingelser for Øfeldt Centrenes unikke funktionsundersøgelse forklarer udmærket, hvorfor kun 2-3 % af Øfeldt Centrenes patienter har oplevet lignende grundige undersøgelser andre steder i sundhedsvæsenet (alle hos neurologiske speciallæger).

Øfeldt Centrene har således nydt stor fordel af, at Plum igennem næsten 20 år brugte tusinder af (ulønnede) arbejdstimer på Øfeldt Centret. Blandt andet hjalp Plum Øfeldt Centret, allerede tilbage i 1976, med indføring og opbygning af et journalsystem, som svarede til hospitalsniveau.

### **Rutinemæssig registrering af behandlingseffekten i klinisk database:**

Herudover har Øfeldt Centrene siden april 1994 rutinemæssigt registreret kvaliteten af rygbehandlingen med et elektronisk kvalitetsregistreringssystem.

I forbindelse hermed udviklede Øfeldt Centret, i samarbejde med Force Technology, et elektronisk inklinometer til objektiv måling af ændringer af bevægelsesudslag til brug for registrering af muskelstyrke og bevægelighed i den kliniske database.

Systemet er opbygget som de såkaldte RASK-systemer, som er udviklet af professor, dr.med. Steen Stender (HjerterRask, DiabetesRask og TromboRask) jf. Ugeskrift for Læger 157/27 af 3.7.1995. Denne form for kvalitetsregistrering supplerer ovennævnte filmoptagelser og funktionsundersøgelser.

Det anvendte computerprogram benævnes SPINA (version 2.0) og producerer 2 typer udskrifter: en patientrapport og en behandlerrapport. Patientrapporten viser den enkelte patient, hvordan effekten har været af den behandling, som den pågældende patient har modtaget fra behandlingens start og indtil sidste undersøgelse. Behandlerrapporten viser behandleren og andre interesserede effekten af den givne behandling på hele den patientgruppe, der til d.d. har modtaget patientrapporter.

Øfeldt Centrenes patienter og de henvisende læger har til dato modtaget mere end 7000 patientrapporter.

Sygesikringen satte allerede fra starten stor pris på Øfeldt Centrenes forbilledlige tiltag vedr. indførelse af kvalitetssikring, og nu, næsten 20 år efter, har Øfeldt Centrene *ikke* kendskab til, at andre er begyndt at benytte lignende dokumentation af behandlingseffekten *inden for dette fagområde*.

Yderligere oplysninger vedr. Øfeldt Centrenes kvalitetssikringssystem: <http://ofeldt.dk/index.php?id=26>

**Retrospektiv undersøgelse:**

Professorerne Preben Plum og Jens F. Rehfeld gennemførte en retrospektiv undersøgelse omkring effekten af Øfeldt Centrets behandling. Denne undersøgelse blev offentliggjort i *The Lancet* 1985, 1: 453-454 (engelsk og spansk udgave) samt i *Ugeskrift for Læger*, 1985, 147: 1604-1611.

Plum og Rehfeld opfordrede på baggrund af de bemærkelsesværdige resultater på Øfeldt Centret, i artiklen, til, at der blev gennemført en klinisk kontrolleret undersøgelse omkring behandlingen på Øfeldt Centret.

**Dokumentation til Sygesikringens Forhandlingsudvalg:**

Som en del af aftalen med Sygesikringens Forhandlingsudvalg indleverede Øfeldt Centret (**bilag 1**) dokumentation for behandlingseffekten til Sygesikringen 7.12.2001.

**Klinisk kontrollerede undersøgelser:**

Der er gennemført 3 klinisk kontrollerede undersøgelser omkring effekten af Øfeldt Centrene's behandling i relation til andre behandlingsformer.

- A.  
Manniche C, Hesselsøe G, Bentzen L et al. Clinical trial of intensive muscle training for chronic low back pain. *The Lancet* 1988; 2:1473-6.
- B.  
Hansen FR, Bendix T, Skov P et al. Intensive dynamic back-muscle exercises, conventional physiotherapy, or placebo-control treatment of low back pain: a randomized observer-blind trial. *SPINE* 1993; 18:98-108.
- C.  
Ninna Dufour, MD, Gorm Thamsborg, PhD, Alex Oefeldt, Charlotte Lundsgaard, MD, and Steen Stender, MD, PhD. Treatment of Chronic Low Back Pain. A Randomized, Clinical Trial Comparing Group-Based Multidisciplinary Biopsychosocial Rehabilitation and Intensive Individual Therapist-Assisted Back Muscle Strengthening Exercises, *SPINE* 2010, volume 35, Number 5, pp 469-476, Lippincott Williams & Wilkins.

Den første klinisk kontrollerede undersøgelse (A) havde til formål at undersøge effekten af Øfeldt-behandling, fysioterapeutisk behandling og placebo-behandling over for patienter med rygsmerter. Undersøgelsen vakte stor opmærksomhed, dels fordi Øfeldt-behandlingen viste sig at have dobbelt så høj effekt som fysioterapi, og dels fordi fysioterapien kun opnåede samme effekt som placebo-gruppen. Undersøgelsens resultat fik derfor stor betydning for den generelle tilgang til rygbehandling her i landet, idet den hidtidige opfattelse; at rygpatienter skulle behandles med skåne og hvile, efterfølgende blev afløst af en betydelig mere aktiv behandling.

Den anden klinisk kontrollerede undersøgelse (B) havde *samme* formål og blev gennemført i samme periode, men blev først publiceret en del senere. Denne undersøgelse var særlig interessant, fordi der var et meget påfaldende drop-out af patienter fra gruppen, som fik Øfeldt-behandling. Der var hele 10 gange så mange *mandlige* patienter, som kvindelige, som måtte afbryde behandlingen i denne gruppe. Den eneste sandsynlige forklaring på dette højst overraskende *kønsbestemte* frafald, som hverken er set før eller siden i andre opgørelser eller undersøgelser vedr. Øfeldt-behandlingen, er, at de terapeuter, som forfatteren havde instrueret i at behandle patienterne, ikke havde den nødvendige fysiske styrke, som Øfeldt-behandlingen kræver for at kunne gennemføre de kropstunge øvelser – navnlig fordi der i denne undersøgelse indgik relativt store og tunge mandlige SAS-medarbejdere. Øfeldt Centrene er meget opmærksomme på dette forhold og er derfor nødt til at tage højde for dette, når træningsterapeutelever rekrutteres til Øfeldt Centrene's træningsterapeutuddannelse. Af samme grund gennemgår alle elevansøgerne en styrketest på Øfeldt Centrene, ligesom personlig træning, med formål at styrke egen muskulatur, er en fast del af uddannelsen, således at behandlerne på Øfeldt Centrene ender op med at have den nødvendige fysiske styrke, som gør det muligt at udføre de præcise og meget nøjagtige bevægelser under øvelserne, som er afgørende for, om patienterne får udbytte af behandlingen eller ej.

Den sidste klinisk kontrollerede undersøgelse (C), som Øfeldt Centrene gennemførte i samarbejde med Glostrup Hospital fra 2001-2010, omhandlede (i lighed med de 2 første undersøgelser) den gruppe (population) af rygpatienter, som fysioterapien normalt behandler, og dermed ikke den undergruppe af rygpatienter som normalt søger behandling på Øfeldt Centrene, og som for 8 ud af 10 patienters vedkommende ikke har kunnet finde hjælp i fysioterapien.

Til trods herfor viste undersøgelsen, at Øfeldt Centrene på blot ¼ af den behandlingstid, som patienterne skulle bruge på behandlingen på Glostrup Hospital, kunne fremvise stort set samme *langvarige* bedring hos patienterne. Dette er navnlig interessant for patienter, som sideløbende med deres ryg sygdom søger at fastholde deres tilknytning til arbejdsmarkedet.

Hvad undersøgelsen imidlertid ikke viste, var hvordan det ville gå, hvis effekten af de 2 behandlingsformer skulle sammenlignes over for den patientgruppe, som normalt søger behandlingen på Øfeldt Centrene.

En sådan undersøgelse er imidlertid ikke realistisk at gennemføre, idet det vil være forbundet med etiske problemer (efter en "lodtrækning") at sende patienter, som ikke har kunnet finde hjælp i fysioterapien, tilbage til denne behandlingsform, efter at de er blevet henvist til Øfeldt Centrene, når Centrenes rutinemæssige opgørelser viser, at behandlingen på Øfeldt Centrene er i stand til at hjælpe mindst 50 % af de patienter, som behandles på Øfeldt Centrene (vedlagt er resumé af undersøgelsen inkl. behandlerrapport, bilag 2).

Ang. dokumentation for behandlingen af *den anden patientgruppe*, som Øfeldt Centrene behandler: *svært fysisk handicappede*, dokumenterer Øfeldt Centrene som nævnt, ved grundige funktionsundersøgelser og filmoptagelser, behandlingseffekten for den enkelte patient.

Ud over det ovenfor nævnte etiske problem, ville det i praksis være både særdeles kostbart og tidskrævende at iværksætte klinisk kontrollerede undersøgelser for hver enkelt af Øfeldt Centrenes handicappede patientgrupper grundet de meget skærpede krav til klinisk kontrollerede undersøgelser. Samtidig ville logistikken omkring etablering af kontrolgrupper med ca. 100-150 pt'er i hver og tilknytning af en uafhængig læge til at forestå hver eneste undersøgelse, gøre det urealistisk at gennemføre sådanne op imod 15 klinisk kontrollerede undersøgelser.

#### Ad pkt. 2)

Det er korrekt, at Øfeldt Centrenes behandling i starten var helt unik – både hvad angik den langt mere intensive behandling til handicappede og det dengang helt nye og banebrydende princip: At byde patienter med smerter i bevægeapparatet (navnlig rygsmarter) *aktive og intensive* øvelser.

Det er ligeledes korrekt, at resten af landet først fik øjnene op for værdien af en mere intensiv behandlingsindsats omkring starten af 1990'erne (jf. ovenfor), men det er her vigtigt *ikke at overse* betydningen af, at Øfeldt Centret på dette tidspunkt havde brugt næsten 25 år på at udvikle og raffinere de særlige behandlingsprincipper igennem tusinde og atter tusinde behandlingstimer. Disse mange timer indebærer et vist *forspring*.

***Hvordan er så status i dag? Er der fortsat afstand imellem Øfeldt Centrene og almindelig fysioterapeutisk behandling?***

Øfeldt Centrene er af den opfattelse, at afstanden er blevet *STØRRE*. Vi er opmærksomme på, at denne udmelding kan afstedkomme en del skepsis, idet man normalt ville kunne forvente udbredelse/deling af ny behandlerviden til andre behandlere over en så lang tidshorison. Forudsætningen for en sådan *forventelig* udbredelse er imidlertid, at der i de efterfølgende 20 år er sket en vidensudveksling imellem Øfeldt Centret/Centrene og det øvrige behandlingssystem – men denne har IKKE fundet sted.

Baggrunden for dette er, at kommunikationen imellem fysioterapien og Øfeldt Centrene har været nærmest ikke-eksisterende, grundet årelange, talrige og særdeles ihærdige forsøg fra fysioterapeutisk side på, at stoppe, subsi-

diært begrænse, Øfeldt Centrets virke. Disse vedholdende bestræbelser, som primært har haft et protektionistisk formål, er både Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen og Sygesikringen bekendt med. Der har derfor ikke været nogen form for formaliseret kontakt imellem parterne igennem årene, og Øfeldt Centrene har derfor udelukkende koncentreret sig om at behandle den særlige undergruppe af opgivende patienter.

Det, igennem 25 år, oparbejdede videnskabelige forspring, kombineret med de helt særlige specialistfordele, som "centermodellen" i Øfeldt Centrenes aftale med Sygesikringen har medført igennem årene (med aktuelt 30-60 igangværende patienter inden for hver af de store handicapdiagnoser), har gjort det komplet umuligt for den almene fysioterapi at "indhente" Øfeldt Centrenes viden på dette område. Navnlig fordi der ganske enkelt ikke eksisterer andre "centre" i landet med en behandlingskapacitet, som blot kommer i nærheden af Øfeldt Centrenes mere end 35.000 årlige behandlingstimer.

De betydelige "stordriftsfordele" på det videnskabelige område, som den hospitalslignende "centermodel" indebærer, har samtidig skabt helt enestående betingelser for nedskrivningen af Øfeldt Centrenes meget omfattende kliniske instruks, som fandt sted for 10 år siden. Denne kliniske instruks, som i praksis består af manualer for undersøgelse, behandling osv. af *hver enkelt diagnose*, og som siden løbende er blevet redigeret og udbygget i væsentlig grad, har bevirket en betydelig optimering og yderligere højspecialisering af Øfeldt Centrenes behandling. Det er derfor meget vanskeligt for personer, som har besøgt Øfeldt Centrene *før* indførelsen af den kliniske instruks, at begribe, hvor Øfeldt Centrene er i sin udvikling *i dag*.

Det føromtalt paradigmeskift inden for den almene fysioterapi, fra passiv til mere aktiv behandling, er således hverken garanti for, at fysioterapien nu arbejder efter samme principper som Øfeldt Centrene, eller at fysioterapien i mellemtiden har oparbejdet samme viden. At sætte lighedstegn mellem disse forhold vil være en grov forenkling!

Praksis viser imidlertid også, at der fortsat er himmelvid forskel på behandlingen på Øfeldt Centrene og behandlingen i den almene fysioterapi. Dette kommer bl.a. til udtryk i de specialudviklede redskaber, der benyttes på Øfeldt Centrene, og som desværre ikke er at finde andre steder i sundhedsvæsenet – ex.vis Øfeldt Centrenes specialudviklede benmaskine. Forholdet viser sig også den anden vej rundt, idet Øfeldt Centrene ikke har nogen gangbarre – et redskab som ellers er helt almindeligt i fysioterapien – Øfeldt Centrene koncentrerer udelukkende indsatsen om at styrke den muskulatur, som ligger til grund for gangfunktionen. Øfeldt Centrene anvender ej heller holdtræning, som ellers er en væsentlig bestanddel af fysioterapien, idet Øfeldt Centrenes behandling af de "tunge" fysiurgiske patienter, som henvises til Centrene, ikke kan praktiseres under holdtræning. Der er ganske enkelt tale om 2 vidt forskellige behandlingsprincipper og også 2 vidt forskellige patientgrupper.

Denne forskel er kendt af de 1.200 læger, som henviser deres patienter til Øfeldt Centrene som en sidste mulighed – det er derfor, at lægerne typisk skriver på deres henvisning: "*Patienten har forsøgt almindelig fysioterapi uden tilfredsstillende effekt – derfor henvises patienten nu til Øfeldt Centrene*". Men forskellen er også åbenlys for alle, som har besøgt Øfeldt Centrene – det kan de mere end 8.500 lægehenviste behandlede patienter tale med om – de beskriver typisk forskellen imellem Øfeldt Centrene og fysioterapi som nat og dag, både hvad angår intensitet, målrettedhed og specialisering.

Den høje specialiseringsgrad på Øfeldt Centrene kommer bl.a. til udtryk ved, at øvelserne "kropløft bagover" og "benløft i bugleje" *hver* kan udføres i ca. 25 forskellige udgaver/variationer – afhængig af lejrning og valg af specialapparat – flere medlemmer af Folketingets Sundhedsudvalg har med egne øjne set en række af disse øvelsesvariationer. Inden for fysioterapien benyttes disse to øvelser kun i én og samme udgave.

Både Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen har vidst dette – begge parter er ex.vis bekendt med, at Øfeldt Centrene arbejder ud fra ovennævnte meget omfattende kliniske instruks. Sundhedsstyrelsen besøgte endvidere Øfeldt Centret i 1990 og fremkom i den forbindelse med udtalelse (**bilag 3**), som klart giver udtryk for Øfeldt Centrets *specialiserede* status i kraft af Øfeldt Centrets enestående metoder og resultater over for *opgivende* patienter.

Det ville heller ikke give mening, at Sygesikringen, i den forbindelse, pålagde Øfeldt Centret behandlingspligt, hvis patienterne kunne få tilsvarende behandling andre steder i det danske sundhedsvæsen - og Øfeldt Centrene er stadig underlagt denne forpligtelse til at behandle en patient, så længe lægen ønsker det. Der findes, så vidt Øfeldt Centrene er orienteret, ikke tilsvarende indskrænkning af behandleres råderet andre steder i sundhedsvæsenet.

Det er derfor særdeles uheldigt, at ministeriet og styrelsen ikke har vedligeholdt sin viden på dette område. Denne forsømmelse har bevirket, at de 2 seneste sundhedsministre, som jo desværre ikke har besøgt Øfeldt Centrene, har udtalt sig på et utilstrækkeligt grundlag.

Øfeldt Centrene hører således ikke hjemme i praksissektoren, selvom ministeren under lovbehandlingen hævdede dette, af den simple grund at behandlingen som udbydes på Øfeldt Centrene som udgangspunkt ikke er et *primært* behandlingstilbud til patienterne. Det har aldrig været tanken, at Øfeldt Centrene skulle "sideordnes" med den almene fysioterapi. Ellers ville det ikke give mening, at Sygesikringen i 1987 indgik en landsdækkende overenskomst \*) med Øfeldt Centret - en "sideordning" ville jo i givet fald medføre, at Øfeldt Centrene (i en landsmæssig sammenhæng) beskedne behandlingskapacitet, ville blive overbelastet i løbet af ingen tid. Dette forhold ligger netop til grund for, at Øfeldt Centrene aldrig har reklameret for behandlingen i annoncer og lignende - det er alene en *lægefaglig* vurdering, om behandling på Øfeldt Centrene er den rette for patienten.

Øfeldt Centrene hører derimod hjemme i *sekundær* sektoren, idet lægerne bruger Øfeldt Centrene som en sidste behandlingsmulighed for patienter, der ikke kan finde hjælp inden for den almene fysioterapi - jf. at henholdsvis 8 og 9 ud af 10 af Øfeldt Centrene's henholdsvis ryg- og handicappede patienter *alle* har forsøgt fysioterapi *forud* for behandlingen på Øfeldt Centrene.

\*) Som bekendt  *fjernede*  sundhedsminister Jakob Axel Nielsen den 21 år gamle  *landsdækkende*  behandlingsmulighed på Øfeldt Centrene, da han overflyttede Centrene til kommunerne, idet ingen kommuner vest for Storebælt siden har ønsket at videreføre behandlingstilskuddet.

### Ad pkt. 3)

Øfeldt Centrene's "monopolstatus" er en konsekvens af lovgivningen, som giver sundhedsministeren bemyndigelse til at fastsætte regler om, at (oprindelig amterne, senere regionerne og nu) kommunerne tilbyder anden behandling end nævnt i sundhedslovens (nuværende) § 140 a.

Ministerbemyndigelsen, som (formentlig) kun er taget i brug i forbindelse med behandling på Øfeldt Centrene, var en pragmatisk løsning, som i sin tid skulle sikre, at den afgrænsede gruppe af patienter, som ikke kunne finde tilstrækkelig hjælp inden for almindelig fysioterapi, kunne modtage behandling på Øfeldt Centret.

Sygesikringstilskuddet, til behandling på Øfeldt Centret, som blev etableret tilbage i 1976, er *afgrænset* i form af en *personlig* overenskomst imellem RLTN og undertegnede (dog i de seneste bekendtgørelser: BEK.nr. 869 af 28.8.2008 og BEK.nr. 566 af 18.6.2009 imellem RLTN og *Øfeldt Centret ApS*).

Som følge heraf og fordi Øfeldt Centrene's træningsterapeutuddannelse ikke er autoriseret, er der ikke lovhjemmel for, at Øfeldt Centrene's behandlere kan etablere behandlingsvirksomhed *med sygesikringstilskud*, som man ser det inden for fysioterapien, hvor en fysioterapeut kan få eget ydernummer.

Øfeldt Centrene kan således ikke bestemme, om Centrene's behandlere kan udøve behandlingsvirksomhed med sygesikringstilskud, da dette alene er et *politisk* anliggende, jf. lovgivningen.

I denne forbindelse kan det oplyses, at Øfeldt Centrene adskillige gange igennem årene har drøftet en evt. autorisation af træningsterapeutuddannelsen med Sygesikringen, men hver gang Øfeldt Centrene har bragt emnet op, har Sygesikringen givet klart udtryk for, at autorisation af uddannelsen *ikke* var mulig (pga. manglende politisk opbakning).

Det, under lovbehandlingen, fremsatte spørgsmål, om hvorvidt Øfeldt Centrene af konkurrencemæssige årsager søger at blokere for behandleres etablering af egen behandlingsvirksomhed ved at forhindre dem i at bruge navnet Øfeldt-behandling, har vi følgende kommentarer til:

At begreberne Øfeldt-behandling/Center er varemærkeregistrerede skyldes udelukkende et ønske om at skabe den nødvendige sikkerhed og tryghed for patienterne. Patienterne og deres henvisende læger skal kunne regne med, at det er Øfeldt-behandling *lege artis*, de modtager, når de henvises til Øfeldt-behandling, ligesom Øfeldt Centrene skal kunne stå inde for den behandling, som foregår på Øfeldt Centrene - jf. overenskomsten med Sygesikringen - Øfeldt Centrene ønsker at undgå evt. risiko for, at en patient fejlbehandles, og Øfeldt Centrenes omdømme kan heller ikke tåle en sådan fejlbehandling i andet regi under varemærket: "Øfeldt-behandling".

Øfeldt Centrene har derimod IKKE varemærkeregistreret begrebet "træningsterapeut", idet Øfeldt Centrene aldrig har ønsket at forhindre uddannede behandlere i at benytte navnet træningsterapeut i markedsføring af deres behandling - det er jo netop titlen på deres uddannelse jf. overenskomstens § 5, stk. 2.

Øfeldt Centrene arbejder imidlertid ud fra et stramt styret system med vidensdeling og udveksling af behandlererfaringer. Videreudvikling/nye opdagelser, som finder sted i forbindelse med behandling, implementeres omgående i uddannelsen af nye behandlere og i efteruddannelsen af uddannede behandlere og omvendt, idet både behandling, uddannelse og forskning finder sted under samme tag. Samtidig indføres den nye viden omgående på begge afdelinger. Det er dermed ikke muligt at få 2 forskellige behandlinger på Øfeldt Centrene for den samme lidelse - patienterne får fuldstændig *samme behandling for samme lidelse*, på trods af at alle behandlinger samtidig er *individuelle*.

Når en behandler forlader Øfeldt Centrene stopper den faglige vidensudveksling og den daglige kontakt til den store gruppe af patienter, som hver dag kommer på Øfeldt Centrene, og dermed også den indsigt som kontakten med de mange forskellige diagnoser indebærer. Øfeldt Centrenes kliniske instruks er samtidig i konstant udvikling. Hver gang et nyt fund gøres inden for behandlingen, indføres det straks i den kliniske instruks, således at alle træningsterapeuter på Øfeldt Centrene hele tiden er ajour med deres viden. Denne udvikling vil en fratrådt træningsterapeut naturligt ikke kunne få del i. På denne baggrund vil det ikke være rimeligt - heller ikke over for de henvisende læger - hvis patienter støder på begrebet Øfeldt-behandling i sammenhænge, hvor den givne behandling kvalitetsmæssigt ikke lever op til behandlingskvaliteten på Øfeldt Centrene. Øfeldt Centret har i brev af 21.2.2003 givet Sygesikringens Forhandlingsudvalg en grundig orientering herom (**bilag 4**) og Sygesikringens svar er ligeledes vedlagt (**bilag 5**).

#### Ad 4 pkt. og 5)

Øfeldt Centrene forstår det således, at disse punkter sorterer under Sundhedsudvalget at undersøge.

Vi vil dog gerne tilføje til pkt. 5, at der vil være samfundsøkonomiske gevinster ved vedtagelsen af lovforslaget i form af sparede udgifter til tabt arbejdsfortjeneste, hjælpemidler, operationer, hospitalsindlæggelser, institutions- og plejehjemsanbringelse mv. Og ikke mindst patienternes forbedrede livskvalitet pga. øget selvhjulpethed og færre/ophørte smerter.

Såfremt Folketingets Sundhedsudvalg har spørgsmål til ovennævnte eller andet, er Øfeldt Centrene naturligvis til disposition.

Med venlig hilsen

  
Teddy Øfeldt

**Bilag 4 og 5 bedes undladt offentliggørelse af hensyn til beskyttelse af navnenævnte personer.**

# OPTRÆNINGSCENTRET I KARLSLUNDE ApS

1

Telefax

Til: SFU

Dato: 7.12.01

Att.: FULDMÆGTIG JAN BÜLOW

Telefax nr.:

Antal sider incl. denne: 10

Evt. bemærkninger:

Såfremt De ikke modtager det anførte antal sider, beder vi Dem venligst kontakte undertegnede.

Underskrift: TEDDY ØFELDT

Bjælkevangen 23  
2690 Karlslunde

Telefon:  
46 15 24 28

Telefax:  
46 15 51 60

faxet på 135 29 83 38  
feledd 7/12-01  
kl. 17.40



# OPTRÆNINGSCENTRET I KARLSLUNDE ApS

Att.: Fuldmægtig Jan Bülow  
Amtsrådsforeningen  
Sygesikringens Forhandlingsudvalg  
Dampfærgevej 22  
Postboks 2593  
2100 København Ø.

Bestyrelsen ved  
Teddy Øfeldt  
Bjælkevangen 23  
2690 Karlslunde  
Tlf.: 4615 2428  
Fax: 4615 5160  
Tlf.: 5614 2337 (privat)  
www.ofeldt.dk  
Giro: 4 02 83 41  
SE-nr.: 14 48 59 02

Den 7. december 2001.

Kære Jan Bülow.

I henhold til protokollatet til overenskomstens § 11, påhviler det Optræningscentret at udarbejde dokumentation for behandlingen på Optræningscentret inden udgangen af 2001 (i form af en differentieret opgørelse over behandlingseffekten for Optræningscentrets rygpatienter, baseret på en analyse af Optræningscentrets kliniske database; SPINA).

Denne analyse er nu blevet færdig og har til vores store overraskelse ikke vist nogen forskel i behandlingseffekten ved gruppeopdeling af patienterne efter henvisningsdiagnose. Forklaringen på den manglende effektforskel blandt diagnosegrupperne kan være, at rygdiagnoser (nationalt) på nuværende tidspunkt er så unøjagtige, at samme diagnose dækker over flere forskellige sygdomme, og samme ryg sygdom kan figurere under forskellige rygdiagnoser.

Diagnosegrupperne, som indgik i analysen, var følgende:

- Degeneratio disci
- Morbus Scheuermann
- Dolores dorsi
- Protrusio disci
- Prolapsus disci opr. seqv.
- Prolapsus disci obs. pro.
- Prolapsus disci

Nogle diagnosegrupper, eksempelvis "spinalstenose" og "spondylolisthese"/"spondylolyse" indgik ikke i analysen, fordi der endnu er for få behandlede patienter i disse grupper til, at man kan gennemføre en statistisk valid opgørelse af behandlingseffekten.

Tilsvarende sås heller ingen forskel ved opdeling efter køn, initialt medicinforbrug, kvartiler for alder, initialt smerteniveau, rygstyrke, funktionsniveau, BMI, sygdommens varighed forud for behandlingen og en række andre parametre.

Det væsentlige fund i vores konsekutive registrering af behandlingseffekten er imidlertid, at selv under den forudsætning, at samtlige patienter, som ikke er blevet undersøgt 2. gang, alle

../2

skulle have responderet negativt på behandlingen (princippet om intention to treat), så har ½-delen af de rygpatienter, der behandles på Optræningscentret oplevet en eklatant forbedring af deres funktions- og smerteniveau, fra deres 1. til 2. undersøgelse (efter gennemsnitligt 13 behandlinger) uanset hvad den henvisende rygdiagnose har været.

En spørgeskemaundersøgelse blandt de patienter, som ikke er undersøgt 2. gang, indikerer imidlertid, at andelen af patienter, som har oplevet bedring af deres tilstand er højere end 50%.

Den grundige analyse af vores kliniske database har samtidig dannet grundlag for Optræningscentrets deltagelse i Dansk Selskab for Kvalitetssikrings (DSKS) årlige konkurrence om bedste kvalitetssikringsprojekt. Vort bidrag er vedlagt i kopi, idet det måske vil interessere Sygesikringens Forhandlingsudvalg (samt formentlig også Sundhedsstyrelsen), hvor enkelt og alligevel effektivt behandlingseffekten for en større gruppe patienter kan overvåges kontinuert, år for år.

Det er naturligvis vores hensigt at benytte samme metode til overvågning af rygbehandlingen på vort annek i Rødovre, med henblik på egentlig benchmarking.

Det eneste umiddelbare problem synes at være dels, at ikke alle patienter vil ofre tid og penge på at blive genundersøgt og dels, at ikke alle patienter er færdigbehandlede ved 2. undersøgelse, hvorfor nogle af de patienter, som angiver "uændret tilstand" ved 2. undersøgelse ikke tælles med som bedre, selvom de ved eksempelvis 3. undersøgelse angiver bedring. Begge disse problemstillinger er der imidlertid taget højde for i den klinisk kontrollerede undersøgelse, som starter til januar 2002, idet en betydelig højere andel af patienterne forventes genundersøgt, og idet patienterne alle vil være at betragte som færdigbehandlede ved 2. undersøgelse.

Med venlig hilsen



Teddy Øfeldt.

Sendt pr. fax og almindelig post.

Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren  
Fællessekretariatet  
Kristianiagade 14, 4. tv.  
2100 København Ø

"Kvalitetspris 2002"

AMTSSYGEHUSET I GENTOFTE

*Klinisk-biokemisk afdeling*

Niels Andersens Vej 65  
opgang 20, st.

2900 Hellerup

Tlf. 3977 3120

Fax 3977 7616

Email stst@gentoftehosp.kbhamt.dk

KOPI

Gentofte, den 30. november 2001

SS / lml

### Kvalitetspris 2002

Jeg skal hermed anmelde projektet "Kvalitetsregistrering af rygbehandling år for år – over 5 år – ved hjælp af en klinisk database" til konkurrencen om ovennævnte kvalitetspris.

Projektet har været afrapporteret i Optræningscentrets årsrapport 1996, 1997, 1998, 1999 og 2000.

Med venlig hilsen

Steen Stender  
Adm. overlæge, dr.med.

# Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren

## Ansøgningsskema til DSKS' kvalitetspris 2002

(Udfyldes med maskinskrift 12 pkt., enkelt linieafstand og indsendes i 8 eksemplarer. )

1. Projektets titel (på dansk, max 20 ord): Kvalitetsovervågning af rygbehandling år for år – over 5 år – ved hjælp af en klinisk database.

2. Ansøgers titler, stillinger og navne:

Træningsterapeut Alex Øfeldt, administrativ koordinator Dorthe Øfeldt, centerleder Teddy Øfeldt og professor, overlæge, dr.med. Steen Stender.

3. Kontaktperson, adresse og telefonnummer:

Alex Øfeldt, Optræningscentret i Karlslunde ApS, Bjælkevungen 23, 2690 Karlslunde, tlf.nr. 46 15 24 28.

4. Arbejdsplads, hvor projektet er udført (adresse, tlf.nr., og E-mail):

Optræningscentret i Karlslunde ApS, Bjælkevungen 23, 2690 Karlslunde, tlf.nr. 46 15 24 28, telefax nr. 46 15 51 60.

5. Abstract, egnet til offentliggørelse (max 200 ord):

Ryglidelser forårsager nedsat livskvalitet hos mange mennesker og skønnes at koste det danske samfund ca. 9 milliarder kr. årligt. Rygmuskeløvelser, hvor rygpatienten bøjer rygsøjlen bagover fra bugliggende stilling hjulpet af en behandler, kan reducere nogle former for rygsmerter. Med henblik på en standardisering af behandlingen og en overvågning af kvaliteten af den givne behandling blev der udviklet: Detaljerede instrukser, en elektronisk vinkelmåler til måling af henholdsvis ryg- og hoftrækmuskulaturens styrke, en modifikation af et nationalt valideret spørgeskema vedrørende smerte og funktion, samt et computerprogram til registrering af de data, der rutinemæssigt blev opsamlet.

Computerprogrammet danner en patientrapport, der indeholder alle tidligere samt aktuelle måleresultater afbildet i let forståelig, grafisk form for hver enkelt patient og en behandlerrapport, som blandt andet beskriver behandlingseffekten for hele patientgruppen og undergrupper heraf ligeledes i let forståelig grafisk form.

Af de 477 konsekutive rygpatienter fik mindst 50% det bedre baseret på patientens samlede vurdering af egen rygtilstand efter de første ca. 13 behandlinger. Effekten var stort set konstant i årene 1996-2000. Målet med den kontinuerte kvalitetsregistrering af rutinebehandlingen er at øge behandlingseffekten blandt andet ved at identificere og forbedre behandlingen af den gruppe patienter, der under det nuværende behandlingsregime ikke responderer tilfredsstillende.

6. Projektet er påbegyndt (måned/år):

01.08.1993-01.11.2001

Projektet afsluttet : Ja \_\_\_ måned/år: \_\_\_\_\_ Nej

Projektbeskrivelse, hvor følgende punkter *skal* beskrives:

1. Abstract
2. Baggrund
3. Problemstilling(er)
4. Formål
5. Anvendte kvalitetsmetoder  
(herunder praktisk gennemførelse)
6. Resultater
7. Implementeringsprocessen
8. Konklusion
9. Formidling
10. Væsentlige referencer

(Projektbeskrivelsen må ikke fylde mere end de følgende 5 sider)

## 2. Baggrund for projektet

I DIKE's rapport<sup>1</sup> vedrørende selvrapporeret sygelighed hos 6.000 repræsentativt udvalgte danskere blev rygsygdomme angivet som den hyppigste sygdom overhovedet (10,5%) ud fra en liste med udvalgte sygdomme. Behandling af rygsmerter er således en kolossal udfordring for sundhedsvæsenet. I 1985 beskrev Plum og Rehfeld<sup>2,3</sup> en ny behandling til patienter med akutte og kroniske rygsmerter, baseret på en retrospektiv opgørelse. Behandlingen bygger på en hypotese om sammenhæng mellem nedsat sammentrækningsevne i rygmuskulaturen og forekomsten af rygsmerter og består af en række rygmuskeløvelser. Denne såkaldte Øfeldt-behandling har siden 1975 været givet til ca. 4.000 lægehenviste patienter, der ikke har følt sig tilstrækkeligt hjulpet ved andre behandlingsregimer. Til behandlingen ydes nu sygesikringstilskud fra 14 af landets 16 amter. Behandlingen har dog ikke vundet indpas blandt øvrige autoriserede rygbehandlere. Vi har blandt andet derfor fundet det væsentlig løbende at overvåge behandlingseffekten.

## 3. Problemstilling(er), undersøgt i projektet

- 1) Kan en elektronisk vinkelmåler give et reproducerbart mål for graden af den bagoverbøjning, som rygpatienten kan foretage i bugleje, henholdsvis ved egen hjælp (rygmuskulaturens størst mulige sammentrækningsevne) og med assistance fra en hjælper (bevægeligheden)?
- 2) Kan rygmuskulaturens sammentrækningsevne målt med den elektroniske vinkelmåler bruges som intermediær resultatindikator for rygtræningens virkning på patientens samlede vurdering af egen rygtilstand?
- 3) Kan der blandt patienterne identificeres grupper, der hjælpes i særlig grad eller slet ikke af behandlingen?
- 4) Kan behandlingskvaliteten fastholdes over en årrække?

## 4. Projektets formål

1. At sikre ensartet valg og udførelse af den enkelte patients behandling.
2. At etablere et system, der løbende opsamler relevante data med henblik på:
  - overvågning af behandlingseffekten år for år
  - identifikation af forhold, der påvirker denne i op- eller nedadgående retning.

## 5. Anvendte metoder

### *Undersøgelles- og behandlingsinstruks*

Der er blevet udarbejdet en detaljeret ca. 600 sider lang beskrivelse af alle sider af rygterapeutens arbejde med henblik på at sikre reproducerbar og sporbar undersøgelse og behandling til trods for forskellige rygterapeuter. Ligesom instruksen anvendes i det daglige behandlingsarbejde, anvendes den også ved uddannelse af nye rygterapeuter.

### *Den elektroniske vinkelmåler*

Oprindeligt benyttede behandlerne udelukkende visuel gradangivelse til at bedømme, hvor mange grader en patient uden hjælp kunne løfte overkrop eller ben bagover i bugliggende stilling for at få et mål for muskulaturens størst mulige sammentrækningsevne under tyngdens påvirkning. I forbindelse med indførelsen af kvalitetsregistreringssystemet opstod behov for en objektiv og mere præcis målemetode. Med hjælp fra FORCE Institutet blev en elektronisk vinkelmåler konstrueret. Vinkelmåleren fastgøres på et nøje defineret sted på henholdsvis columna og femur. Via en fodpedal foretages enkeltmålinger af vinklen på det tidspunkt, hvor behandleren vurderer, at patienten har løftet krop eller ben op til yderstillingen.

### *Spørgeskema*

Et spørgeskema blev udviklet på baggrund af det nationalt validerende spørgeskema COBRA (Copenhagen Back Research Association) vedrørende blandt andet patientens selvvaluerede smerte og funktion.

### *Computersystemet (SPINA)*

Med henblik på at etablere en rutinemæssig opsamling af relevante data blev der udviklet et såkaldt "Rask-system"<sup>4</sup>. Ved hjælp af et regneark etableredes indtastningsbilleder, igennem hvilke de nævnte måleværdier ved hver undersøgelse registreres i en database. Undersøgelserne finder sted efter gennemsnitligt 13 behandlingsseancer. Umiddelbart efter indtastningen producerer computersystemet en patientrapport indeholdende alle relevante data - tidligere og nuværende, fig. 1. Udviklingen i patientens ryg- og sædemuskelstyrke baseret på elektronisk vinkelmåling er afbildet. Målet for patientens behandling er, at rygmuskelstyrken når et gradniveau, som er maksimalt 10° mindre end patientens bevægelighed. Tillige afbildes udviklingen i patientens selvvaluerede smerte- og funktionsniveau. Herudover afbildes et mere integreret mål for funktionsniveauet (beregnet værdi), på basis af spørgsmål om daglige gøremål, jf. graf 4 fig. 1.

Behandlerrapporter udprintes automatisk ved et enkelt tastetryk, idet programmet foretager en sortering og beregning af forudvalgte data fra den kliniske database. En af behandlerrapporterne, Behandlingskvalitet, fig. 2, viser effekten af behandlingen for samtlige patienter afbildet i hele perioden, siden kvalitetsregistreringen blev indført. Denne behandlerrapport indeholder en række grafer med den gennemsnitlige ændring af de to intermediære resultatindikatorer (rygmuskelstyrke og sædemuskelstyrke) samt 4 slutresultatindikatorer (smerteudvikling, funktionsudvikling, brug af smertestillende medicin og samlet vurdering).

Databasens måleresultater blev analyseret ved at isolere patientgrupper efter køn, diagnoser, initialt medicinforbrug, kvartiler for: alder, initialt smerteniveau, rygstyrke, funktionsniveau, BMI, og sygdommens varighed forud for behandlingen, og endelig efter hvilket kalenderår behandlingen blev startet. For hver af ovennævnte grupper blev der på vanlig vis udskrevet en behandlerrapport som vist på figur 2, og de viste slutresultatindikatorer blev sammenlignet.

## **6. Resultater**

### *Den elektroniske vinkelmåler*

Den totale variationskoefficient, som inkluderer den biologiske variation hos den undersøgte person, samt de forskelle, der måtte hidrøre fra forskellige undersøgelses måde at håndtere målingen på, er beregnet ved at lade 6 forsøgspersoner uden klager fra ryggen blive målt med en måneds interval over 6 måneder af hver af 4 undersøgere. Variationskoefficienten var maksimalt 11% for de anvendte tre målinger, hvorfor målemetoden anses som reproducerbar.

### *Rygmuskulaturens sammentrækningsevne som intermedier resultatindikator*

Ændring i rygmuskulaturens størst mulige sammentrækningsevne målt ved behandlingens påbegyndelse og igen efter ca. 13 træningsseancer korrelerer med smerte- og funktionsændringen for hele patientgruppen, men havde en lav prædiktiv værdi, og kan derfor ikke i sin nuværende form benyttes som en intermedier resultatindikator for den enkelte patient. Med henblik på at etablere et mere specifikt mål for rygmuskulaturens sammentrækningsevne har vi udviklet en ny elektronisk vinkelmåler, der via 35 målinger i sekundet kortlægger hele bevægelsen fra løftets påbegyndelse til dets afslutning.

### *Behandlingens effekt over hele perioden*

Ud af 477 patienter, der har indledt behandlingen og dermed gennemgået 1 undersøgelse, har 325 (68%) fået foretaget 2. undersøgelse. Det manglende antal 2. gangs undersøgelser skyldes, at patienterne trods opfordring ikke har ønsket at bruge tid og penge på flere besøg. En spørgeskemaundersøgelse blandt de patienter, som ikke er blevet undersøgt 2. gang viste, at 45% af disse vurderede deres tilstand som værende bedre efter behandlingen, 25% som uændret og 12% som værre - 18% af besvarelserne var ikke brugbare.

Ud af de 325 patienter, som er undersøgt 2. gang, vurderede 73% af patienterne, at deres tilstand samlet set var blevet bedre. 20% vurderede, at deres tilstand var uændret, og 7% at deres tilstand værre, figur 2. Ud fra princippet om "intention to treat", dvs. ud fra den forudsætning, at kun de patienter, som er 2. gangs undersøgt og som ved denne undersøgelse har svaret, at de har fået det bedre, og at alle de øvrige patienter antages *ikke* at have oplevet bedring, så har ca. 50% af patienterne oplevet en eklatant forbedring af deres samlede rygtilstand (baseret på ændring af deres smerte, funktion og medicinforbrug).

Analyse af behandlerrapporterne for de forskellige undergrupper blandt de 325, der var undersøgt 2. gang viste, at effekten angivet som patientens samlede vurdering af egen tilstand var uafhængig af køn, diagnoser, initialt medicinforbrug, kvartiler for alder, initialt smerteniveau, rygstyrke, funktionsniveau, BMI og sygdommens varighed forud for behandlingen.

### *Behandlingseffekten opgjort år for år*

	1996	1997	1998	1999	2000
1. gangs undersøgte patienter	68	99	120	81	68
2. gangs undersøgte patienter	48	70	92	49	48
2. gangs undersøgte patienter (i %)	71	71	77	60	70
Behandlingstimer pr. patient	14	13	14	12	13
Gns. Rygbehandleranciennitet (år)	5	5	5	5	6
Bedre (i % af antal 2. gangs us.)	74	72	82	68	68
Uændret ( % af antal 2. gangs us.)	15	20	11	32	25
Værre (i % af antal 2. gangs us.)	11	8	7	0	7
Bedre (i % af antal 1. gangs us.)	53	51	63	41	49

De 41 patienter, der er 1. gangs undersøgt fra januar 2001 indtil september 2001, er ikke medtaget.

Behandlingseffekten ved patienternes 2. undersøgelse, opgjort efter intention to treat princippet har således ligget på 50% undtagen i 1998, hvor den var på 63% og i 1999 hvor den var på 41%.

Det har endnu ikke været muligt at identificere forhold, som kunne forklare den lavere effekt i 1999 og den højere effekt i 1998, men dette niveau er nu fastsat som en ny standard.

Figur 1

**PATIENTRAPPORT**

OPTRÆNINGSCENTRET I KARLSLUNDE APS . /V TEDDY ØFELDT  
 BJÆLKEVANGEN 23 . 2690 KARLSLUNDE . TLF: 46152428 . FAX: 46153160

06.03.99

CPR: 00.00.00-0000

Henvilende læge: Dr. Ryg

Diagnose: Mb. schauermann, discus deg.

Behandlingsstart den 12.11.98

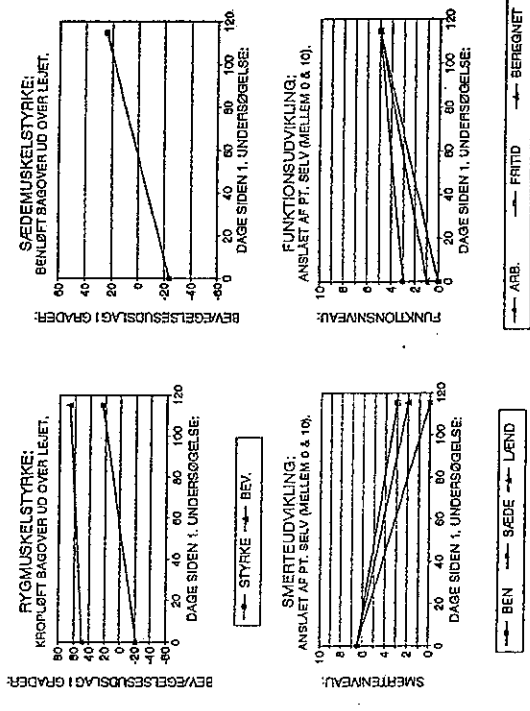
Antal behandlingstimer: 18,0

**TIDLIGERE UNDERSØGELSER:**

1. ved JF d. 11.11.98
2. ved RBL d. 06.03.99

Næste undersøgelse ca. den 06.06.99, kontrakt Centret 14 dage før og efter tidspunkt.

Nedenstående grafer viser, hvordan Døres muskelstyrke i rygstrække- og sædemuskulaturen, samt Døres bevægelighed i ryggen har ændret sig, siden De startede behandlingen på Optræningscentret. Ryg- og sædemusklernes styrke er angivet som muskulaturens størst mulige sammentrækningsværdi, når der arbejdes imod tyngdekraften. Denne værdi er et godt mål for muskelstyrke i hverdagen! Samtlige bevægelsesudslag er målt med Inklinomåler. Endvidere er udviklingen i Døres smerter og funktion, siden behandlingsens start, skitseret.



Når muskelstyrken er for ringe, er musklerne ikke længere i stand til at beskytte knogler og led tilstrækkeligt, og muligheden for bl. a. sliffigt æges. Endvidere overbelastes muskulaturen, når muskelstyrken er for svag i forhold til det arbejde, musklerne dagligt skal yde. Der er således ofte en tydelig sammenhæng mellem nedsat ryg/sædemuskelstyrke og smerter. Ved næste undersøgelse får De en ny, og opdateret rapport.

SPINA 2.0 Alex Ørskov, Teddy Ørskov, COPYRIGHT Optræningscentret april 1994 (sept 1994).

Figur 2

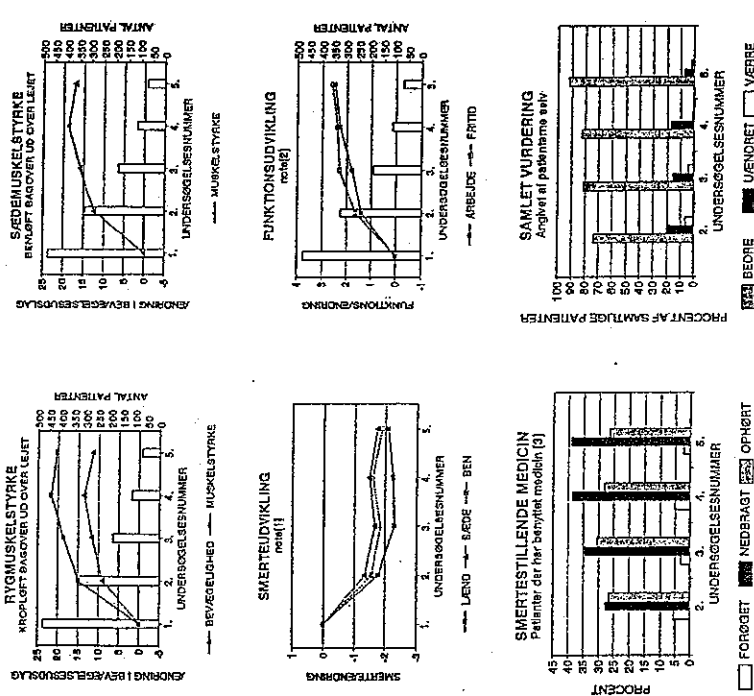
**BEHANDLINGSKVALITET**

02.10.2001

OPTRÆNINGSCENTRET I KARLSLUNDE APS /V TEDDY ØFELDT  
 BJÆLKEVANGEN 23 . 2690 KARLSLUNDE . TLF: 46152428 . FAX: 46153160

Opførelsen omhandler samtlige muskeltillende patienter, der er blevet henvist til Optræningscentret siden april 1998. Kurverne viser den gennemsnitlige ændring for hver undersøgelsesgruppe, i forhold til den samme patientgruppes udgangspunkt ved 1. undersøgelse. Intervallat mellem 2. undersøgelse er typisk 2-3 måneder. Søjlerne, som aflæses på den højre akse, markerer antallet af patienter ved hver undersøgelse.

Ryg- og sædemuskelstyrken er angivet som muskulaturens størst mulige sammentrækningsværdi, når der arbejdes imod tyngdekraften. Bevægelsesudslagene er målt i grader med elektronisk vinkelmåler. Smerter og funktion er angivet af patienterne selv efter en arbitrer skæla fra 0 til 10.



(1) Omfatter kun patienter, som har angivet smerter i en af de nævnte lokalisationer (ved nærværende udskrift var de angivne tal ved 1. undersøgelse: lænd=440, sæde=278 og ben=307).  
 (2) Kurven "Fritid" omfatter samtlige patienter, mens "Arbejde" kun omfatter patienter, som har kunnet angive arbejdsnavne.  
 (3) Ved 1. undersøgelse var 443 i stand til at gå, mens 177 patienter har benyttet medicin for eller under behandlingsforløbet (ved nærværende udskrift var det det aktuelle antal ved 1. undersøgelse: 177 patienter). De resterende procent ved hver undersøgelse udgør de patienter, som angav uretligt forbrug.

SPINA 2.0 Alex Ørskov, Teddy Ørskov, COPYRIGHT Optræningscentret oktober 1992 (oktober 1994).



## 7. Implementeringsprocessen

Introduktionen af ovennævnte system har medført en ændring fra et behandlingssystem baseret på en enkelt persons intuitive, nærmest kunstneriske, opfattelse af muskelfunktionens betydning for forekomsten af rygsmerter og mulighed for bedring af denne til en velbeskrevet behandlingsprocedure, der kan læres af andre behandlere via systematisk undervisning i metoden.

I et vist omfang "driver systemet sig selv", idet patienten ikke kan få sin patientrapport, medmindre indtastningen af data finder sted, og hovedparten af patienterne har et stærkt ønske om at følge med i de forskellige mål for behandlingseffekten. Dette forhold er med til at øge datafangsten.

## 8. Konklusion

Det væsentlige fund i vores konsekutive registrering af behandlingseffekten fra patienternes 1. til 2. undersøgelse er, at selv under den forudsætning, at de patienter, som ikke har været undersøgt 2. gang, alle *antages* at have responderet negativt på behandlingen, så har 50% af de rygpatienter, der gennem de sidste 5 år er blevet behandlet på Centret oplevet en eklatant forbedring af deres samlede rygtilstand (baseret på ændring af deres smerte, funktion og medicinforbrug). Det har ved analyse af de opsamlede data endnu ikke været muligt at identificere faktorer, der karakteriserer den patientgruppe på ca. 30%, der ved 2. undersøgelse endnu ikke har haft glæde af behandlingen.

Det er lykkedes at fastholde behandlingseffekten (for de patienter, som er mødt op til 2. undersøgelse) over 5 på hinanden følgende år, således at mere end 50% af patienterne har fået det bedre. Denne procentsats kan formentlig øges til de 60%, der blev registreret i 1998.

Om en rygbehandling, der får mindst 50% af de patienter, der vælger denne behandling, til at rapportere bedring, er bedre eller dårligere end andre behandlingsformer kræver et randomiseret klinisk kontrolleret forsøg og/eller benchmarkingsprojekter.

Efter indførelsen af ovenstående overvågningssystem forekommer det os vanskeligt at retfærdiggøre, hvorledes vi (og andre) på forsvarlig vis i årevis kan gennemføre en behandling uden kontinuert registrering af behandlingseffekten.

## 9. Formidling

Systemets styrke består blandt andet i kvalitetsregistreringens formidling til patienten i form af patientrapporterne, der automatisk medfører opbygning af en klinisk database.

De automatiske og dermed fuldt opdaterede beregninger af behandlingseffekterne letter formidlingen af disse til behandlere, administratorer og politikere.

## 10. Væsentlige referencer

- 1 Selvrapporteret sundhed og sygelighed blandt voksne danskere 1987-1994. Kjølner M. et al; Ugeskrift for Læger, 1999, 161: 2948-2954.
  - 2 Muscular training for acute and chronic back pain by muscular exercise. Plum, P., Rehfeld, J.; The Lancet, 1985, 1: 453-454.
  - 3 Behandling af akutte og kroniske rygsmerter med muskelarbejde. Plum, P., Rehfeld, J.; Ugeskrift for Læger, 1985, 147: 1604-1611.
  - 4 RASK-systemet. Stender S.; Ugeskrift for Læger, 1995, 157: 3942-3946.
- Kjærgaard J. et al: Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet., Munksgaard, København, 2001

Dato: ..... Sted: .....

Underskrift: .....

### Den klinisk kontrollerede rygundersøgelse

I samarbejde med Glostrup Hospital gennemførtes fra 2001 – 2010 en klinisk kontrolleret rygundersøgelse omfattende 286 patienter, som blev henvist til Glostrup Hospital med rygsmerter, der havde varet mere end 3 måneder. Patienterne blev undersøgt og ved lodtrækning delt i 2 ens grupper. Den ene gruppe modtog behandling på ØC's Rødovre-afdeling, og den anden gruppe modtog behandling på Glostrup Hospital. Behandlingen varede 3 måneder.

Formålet var at sammenligne effekten af ØC's behandling med effekten af rygbehandlingen, der foregik på Glostrup Hospital. Sidstnævnte behandling bestod af flere strenge, bl.a. holdøvelser og oplæring i smertehåndtering.

Af resultatet fremgik, at de 2 rygbehandlingsmetoder begge viste langvarig bedring i smerte- og funktionsmålene med en mindre statistisk signifikant forskel mellem effekten af metoderne til fordel for Glostrup-behandlingen. Dog er denne mindre forskel næppe af klinisk betydning for den enkelte patient.

Rygbehandlingen i Glostrup krævede 95 timers patienttilstedeværelse, mens rygbehandlingen på ØC kun krævede 24 timers patienttilstedeværelse. Til gengæld krævede den individuelle ØC-behandling tilstedeværelse af en terapeut i 24 timer pr. patient, hvorimod rygbehandlingen i Glostrup pga. gruppebehandlingen kun krævede terapeuttilstedeværelse i 12 timer pr. patient.

Den specialiserede behandling på ØC kræver således mere terapeuttilstedeværelse, men patienterne skal til gengæld bruge 4 gange så lang tid på Glostrup-behandlingen, hvilket kan have betydning i forhold til patienternes muligheder for at passe et arbejde ved siden af.

Ved en nærmere analyse af de patienter, der indgik i rygundersøgelsen, kunne man se, at de adskilte sig på en række punkter fra de patienter, der sædvanligvis behandles på ØC, bl.a. ved at være mindre motiverede for behandlingen end den gennemsnitlige rygpatient på ØC.

De patienter, som ØC behandler, udgør en speciel (og mindre) gruppe af den samlede gruppe af rygpatienter i Danmark og adskiller sig ved:

- at være faldet igennem det almindelige behandlingssystem (8 ud af 10 har forsøgt fysioterapi uden en for dem tilfredsstillende effekt – den nævnte andel på 8 ud af 10 er ikke en skrivefejl, idet der her er tale om RYGpatienter, i modsætning til handicappede patienter, som for 9 ud af 10's vedkommende, har forsøgt anden behandling forud for behandling på ØC).
- ikke at ville acceptere deres rygsmerter og begrænsninger, uanset at det almindelige behandlingssystem ikke har kunnet hjælpe dem.

Øfeldt Centret ApS  
v/Teddy Øfeldt

Bjælkevangen 23 - 2690 Karlslunde - Tlf.: 4615 2428 - Fax.: 4615 5160  
Mose Allé 8 - 2610 Rødovre - Tlf.: 3670 6405 - Fax: 3670 6406

- at de vedholdende har fortsat deres søgen efter et behandlingssted, som kunne hjælpe dem, og på et tidspunkt (ofte ad omveje) har fundet frem til ØC.

Disse karakteristika er et godt udgangspunkt for at kunne yde den ekstra indsats, som er nødvendig i den målrettede og intensive behandling på ØC, som kræver mere af patienten sammenlignet med fysioterapi.

Således er ØC's patienter hovedsageligt mere motiverede og yder derfor mere under behandlingen, men samtidig henvises disse patienter i reglen først sent i deres sygdomsforløb, og først efter at anden behandling har været forsøgt og slået fejl.

På trods af at 8 ud af 10 har forsøgt fysioterapeutisk behandling forud for behandling på ØC, viser ØC's rutinemæssige databaseregistrering, at mindst 50% af de henviste rygpatienter får det bedre/meget bedre efter at have været i behandling på ØC (**se vedhæftede behandlerrapport**).

ØC's specialiserede behandling er netop udviklet og særlig tilpasset igennem 35 år til, som "sidste led" i behandlingskæden, at kunne håndtere denne særlige gruppe af patienter med ovennævnte karakteristika, og de praktiserende læger, der sender patienter til ØC, har med stor dygtighed vist sig i stand til at henvise netop den undergruppe af patienter, der får det bedre af ØC-behandlingen.

En rygbehandlings effekt afhænger med andre ord ikke alene af selve behandlingsmetoden, men også af den type rygpatienter der modtager den. Dette forhold kunne efterprøves ved at lave et nyt kontrolleret forsøg, hvor de patienter, der sædvanligvis finder vej til ØC-behandlingen, blev fordelt ved lodtrækning til at modtage rygbehandling på ØC eller rygbehandling på Glostrup Hospital.

Dette er imidlertid ikke realistisk i betragtning af, at et sådant forsøg, ligesom det netop publicerede, varer op til 10 år, koster millioner af kroner og tusinder af arbejdstimer, men det vil heller ikke være rimeligt at sende de mange patienter, som ikke har kunnet finde hjælp i fysioterapien, tilbage til denne behandlingsform.

### **Konklusion:**

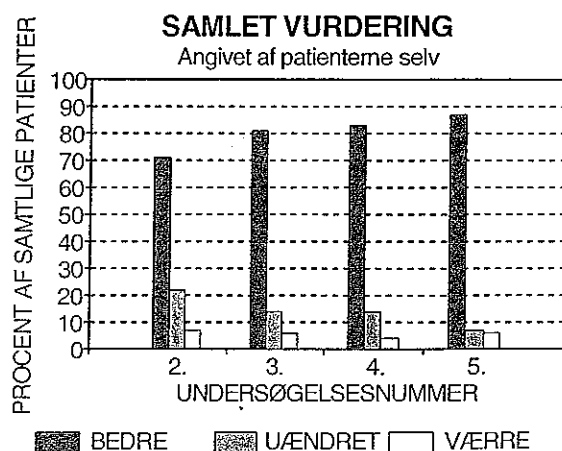
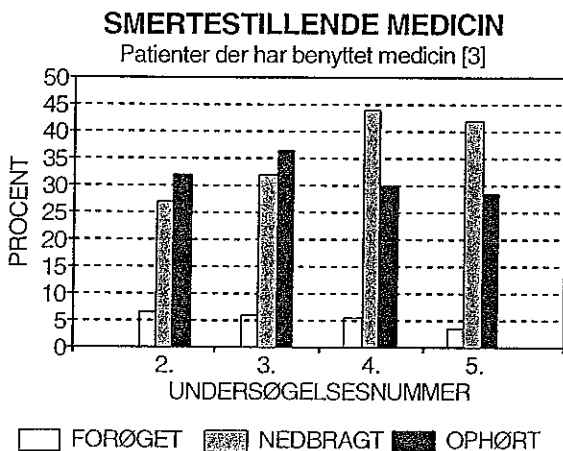
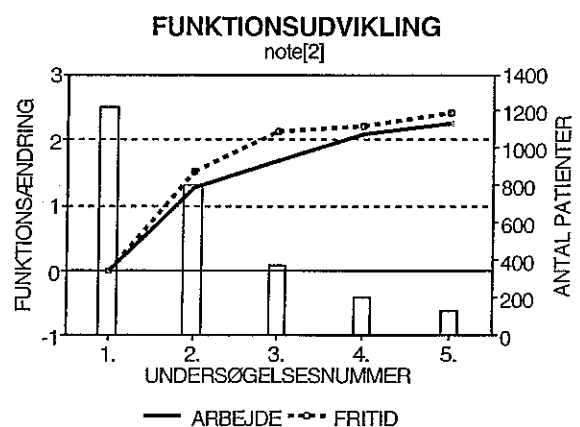
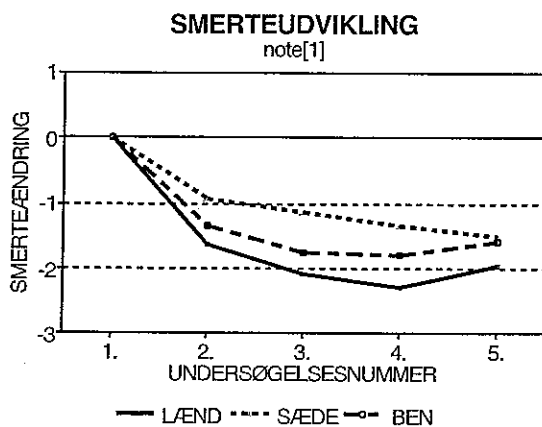
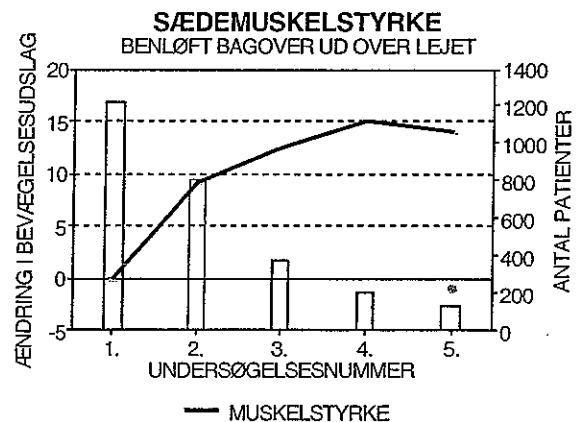
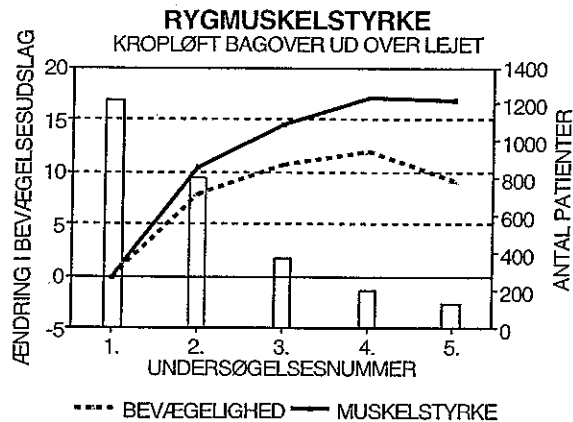
Resultatet af rygundersøgelsen understreger, at ØC-behandlingen egner sig bedst til den gruppe af patienter, som ØC har specialiseret sig i at behandle igennem snart 40 år – nemlig de patienter som falder igennem det almindelige behandlingssystem, men som ikke vil acceptere deres situation og derfor finder vej til ØC.

Øfeldt Centret ApS  
v/Teddy Øfeldt

Bjælkevangen 23 - 2690 Karlslunde - Tlf.: 4615 2428 - Fax.: 4615 5160  
Mose Allé 8 - 2610 Rødovre - Tlf.: 3670 6405 - Fax: 3670 6406

Opgørelsen omhandler samtlige muskellidende patienter, der er blevet henvist til Øfeldt Centret siden april 1996. Kurverne viser den gennemsnitlige ændring for hver undersøgelsesgruppe, i forhold til den samme patientgruppes udgangspunkt ved 1. undersøgelse. Intervallet mellem 2 undersøgelser er typisk 2-3 måneder. Søjlerner, som aflæses på den højre skala, markerer antallet af patienter ved hver undersøgelse.

Ryg- og sædemuskelstyrken er angivet som muskulaturens størst mulige sammentrækningsevne, når der arbejdes imod tyngdekraften. Bevægelsesudslagene er målt i grader med elektronisk vinkel måler. Smerter og funktion er angivet af patienterne selv efter en arbitrær skala fra 0 til 10.



[1] Omfatter kun patienter, som har angivet smerter i en af de nævnte lokalisationer (ved nærværende udskrift var de aktuelle tal ved 1. undersøgelse: lænd=1153, sæde=738 og ben=759).  
 [2] Kurven "Fritid" omfatter samtlige patienter, mens "Arbejde" kun omfatter patienter, som har kunnet angive arbejdsevne. Ved 1. undersøgelse var 1117 i stand til dette.  
 [3] Omfatter kun patienter, der har benyttet medicin før eller under behandlingsforløbet (ved nærværende udskrift var det det aktuelle antal ved 1. undersøgelse: 163 patienter). De resterende procent ved hver undersøgelse udgør de patient som angav uændret forbrug.

3



18. juni 1990

Hr. Teddy Øfeldt  
Bjælkevangen 23  
2690 Karlslunde

Kære Teddy Øfeldt.

././ Jeg fremender hermed en kopi af et uddrag fra et mødenotat udarbejdet til brug for et møde d. 4. april 1990 mellem Sundhedsstyrelsen, Sundhedsministeriet og Sygesikringens Forhandlingudvalg om forskellige problemer i forbindelse med indførelsen af den vederlagsfri fysioterapiordning i 1989. Notatet var forud for mødet udsendt til deltagerne, således at Styrelsens synspunkter bl.a. vedrørende de forringede forhold for blandt andre Deres patienter/klienter var præciserede. Det skal understreges, at der således ikke foreligger en egentlig skriftlig udtalelse herfra vedrørende specielt optræningscentrets situation i forbindelse med gratis-ordningen. På den anden side hersker der ingen tvivl blandt mødedeltagerne om Sundhedsstyrelsens stillingtagen til problemerne.

Jeg håber, at problemerne snart bliver løst på en for alle - og ikke mindst patienterne - tilfredsstillende måde.

Med venlig hilsen

  
Jørgen Fog

Postboks  
Anshedevej 13  
Postboks 2620  
1012 København K

Telefon  
01 91 16 01

Gennemværgstelefon  
01 91 16 10 + lokalnr.

Telefax  
01 93 16 36

til handicappede. Det vil efter styrelsens opfattelse sige: til den eksisterende sygesikringsordnings muligheder og de ydelser, som kommunerne finansierede i henhold til BL. Jeg mener at vide, at Socialstyrelsen er enig i dette synspunkt.

b) Udviklingen for Teddy Øfeldts klienter/patienter. Den ligner til forveksling (og formentlig af de samme grunde) den, der ovenfor er omtalt. Mange kommuner er holdt op med at yde tilskud til transporten til og fra Centret i Karlslunde over BL, og de er holdt op med at "toppe op" fra sygesikringstilskuddet på 25 % til de 100 %. Dette har medført et betydeligt - og konstant stigende - frafald til hans behandlinger af netop de patientgrupper, som falder inden for ordningens rammer. Disse patienter/klienter er herved blevet endnu ringere stillet, fordi fysioterapi ikke har nogen varig (genoptrænings-)effekt over for Øfeldts patienter, sammenlignet med de metoder, han kan anvende i overensstemmelse med den overenskomst, han indgik (på Sundhedsstyrelsens anbefaling) med SFU i 1981.

Den aktuelle situation for Øfeldts patienter er efter styrelsens opfattelse helt uholdbar - se også ovenstående om handicappede børn - og der må snarest etableres en løsning for disse patienter, som tvangfrit falder ind under det nugældende indikationsområde for den gratis fysioterapiordning. Det er af Øfeldt klart dokumenteret, at hans metoder har en gunstig effekt. Det er lige så klart dokumenteret gennem de tilhørende sygehistorier (anamneser), at "klassisk" fysioterapi ikke har haft nogen betydende effekt for disse menneskers funktionsevne.

Sundhedsstyrelsen har tilstrækkeligt materiale fra Øfeldt til at:

- dokumentere, hvilke amtskommuner, der har tilsluttet sig SFU overenskomst med Øfeldt
- dokumentere frafaldet fra de relevante patientgrupper
- dokumentere, hvorfra (bopælskommune) frafaldet er sket

Hvad vi ikke kan dokumentere er, i hvor høj grad udelukkes berettigede patienter/klienter fra Øfeldt, fordi lægerne (inden for aftale-områderne) er blevet skræmt fra at henvise!

Jørgen Fog

27.3.90