

## Genoptræning af kræftpatienter ved udskrivning fra sygehus

- Undersøgelse af genoptræningsplaner for kræftpatienter med diagnose 2007-2017 samt prognose

September 2019

**Genoptræning af kræftpatienter ved udskrivning fra sygehus,  
Undersøgelse af genoptræningsplaner for kræftpatienter med diagnose 2007-2017 samt prognose**

Kræftens Bekæmpelse  
Frivillig Indsats & Patientstøtte & Lokal Indsats  
Strandboulevarden 49  
DK-2100 København Ø  
www.cancer.dk

**Udarbejdet af:**

Frivillig Indsats i samarbejde med Patientstøtte & Lokal Indsats, Kræftens Bekæmpelse  
- Ib Lindstrøm, analyse- og dokumentationskonsulent, [ibl@cancer.dk](mailto:ibl@cancer.dk)

Henvendelse vedr. rapporten til Kræftens Bekæmpelse, Ib Lindstrøm på: 35 25 75 05

Sprog: Dansk  
Version: 1  
Versionsdato: September 2019

Rapporten citeres således: Genoptræning af kræftpatienter ved udskrivning fra sygehus,  
Undersøgelse af genoptræningsplaner for kræftpatienter med diagnose 2007-2017 samt prognose.  
Uddrag, herunder figurer, tabeller og kortere citater, er tilladt med kildeangivelse:

Udgivet af Kræftens Bekæmpelse, september 2019.

Alle rettigheder forbeholdes.

## Indhold

Indledning.....	1
Sammenfatning .....	3
1.Baggrund for genoptræning af kræftpatienter .....	5
2.Den aktuelle genoptræning af kræftpatienter.....	7
3.Udvikling i genoptræningsplaner 2007-2017 .....	13
4.Fremskrivning af behov og behovsopfyldelse.....	23
Bilag 1. Redegørelse for data og metode .....	25
Litteraturliste.....	30

## Indledning

I Danmark blev der i 2017 (seneste opgørelsesår) diagnosticeret cirka 39.000 nye kræfttilfælde, eksklusiv almindelig hudkræft. En stor del af de mennesker, som rammes af kræft, oplever fysiske, psykiske og sociale gener som følge af sygdommen og behandlingen. Rehabilitering, herunder fysisk genoptræning, kan være med til at lindre mange af kræftpatienternes gener og være med til at sikre, at kræftpatienten får en bedre hverdag.

Inden udskrivning fra sygehus skal der ifølge sundhedsloven foretages en lægefaglig vurdering af patientens behov for genoptræning. Hvis lægen vurderer, at patienten har behov for genoptræning efter udskrivning, har patienten ret til at få en skriftlig genoptræningsplan. Planen skal laves med patienten, og sendes til det valgte sygehus eller egen læge og bopælskommune. Planen fungerer efterfølgende som en henvisning til genoptræning i kommunen eller på sygehuset.

Denne rapport behandler den del af rehabiliteringsindsatsen, som omfatter den fysiske genoptræning. Fysisk genoptræning bør ses som en integreret del i en helhedsorienteret rehabiliteringsindsats, der også omfatter kræftpatientens psyko-soziale forhold.

Rapporten indeholder med udgangspunkt i de senest tilgængelige data:

- Antallet af nyligt diagnosticerede kræftpatienter, der modtager en genoptræningsplan i forbindelse med, at de udskrives fra sygehuse
- Hvordan genoptræningsplanerne fordeler sig på de enkelte kræftdiagnoser
- Hvordan genoptræningen fordeler sig på de tre genoptræningstyper: Almen genoptræning, egentræning og specialiseret genoptræning
- Omfanget af genoptræning i de enkelte regioner<sup>1</sup>

Endvidere indeholder rapporten grafer og tabeller, der belyser udviklingen i antal genoptræningsplaner i perioden 2007-2017, og en fremskrivning af genoptræningsplaner frem til 2025 – forventet antal såvel som ønsket antal.

Da kræftbehandling ofte strækker sig over en længere periode, vil mange af de, der har fået kræftdiagnosen i 2017, først have fået genoptræningsplanen i 2018. Rapporten indeholder således nyeste tilgængelige tal for genoptræningsplaner.

Samlet belyser rapporten omfang og udvikling i udbuddet af genoptræningsplaner i forbindelse med udskrivning, til danske kræftpatienter.

Antallet af kræftpatienter, der modtager genoptræningsplaner sammenholdes med, hvor mange kræftpatienter, baseret på videnskabelige undersøgelser, der har behov for genoptræning, når de udskrives fra sygehus. Rapporten opgør således, i hvor høj grad kræftpatienternes behov for genoptræning tilgodeses.

---

<sup>1</sup> Alle tabeller er opgjort i forhold til patientens bopælsregion. D.v.s at kræftpatienter, som behandles på et hospital, der ligger uden for patientens bopælskommune, tæller med i den region, hvor patienten har bopæl.

Rapporten kan med den beskrevne baggrund være med til at kvalificere debatten om kræftpatienternes genoptræning i tilknytning til, at de udskrives, herunder:

- Får kræftpatienterne i Danmark samlet set den genoptræning, de har behov for?
- Er der diagnosegrupper, hvor der i særlig grad synes at være behov for at udskrive flere genoptræningsplaner?
- Hvor meget skal regionerne øge deres indsats med udskrivning af genoptræningsplaner, for at de opfylder deres kræftpatienters behov for genoptræning?

Data om antal genoptræningsplaner mv. er baseret på registersamkøringer foretaget af Statens Serum Institut for Kræftens Bekæmpelse.

## **Sammenfatning**

### ***Den aktuelle situation***

Af rapporten fremgår, at der til kræftpatienter med diagnose i 2017 (nyeste tilgængelige data) i alt blev udskrevet 7.348 genoptræningsplaner i forbindelse med, at de var færdigbehandlede på sygehuset. 90 procent af disse hørte til kategorien almen genoptræning, som varetages i kommunalt regi, mens 10 procent var specialiseret (foregår på et sygehus).

### ***Behovsopfyldelse***

Cirka 19 procent af alle kræftpatienter med en kræftdiagnose i 2017, fik en genoptræningsplan. Undersøgelser tyder på, at cirka 30 procent af alle kræftpatienter har behov for genoptræning efter behandlingens afslutning. I 2017 var det cirka 63 procent af den andel af kræftpatienter, der har behov for genoptræning, der fik en genoptræningsplan.

### ***Regionale forskelle***

Når der ses på, i hvilket omfang regionernes kræftpatienter modtager en genoptræningsplan, konstateres forskelle i 2017. Højest ligger Region Sjælland med en behovsopfyldelse på 79 %, efterfulgt af Region Midtjylland og Region Syddanmark (henholdsvis 71 % og 65 %). Laveste behovsopfyldelse har Region Nordjylland (63 %) og Region Hovedstaden (43 %). \*)

### ***Forskelle på kræftdiagnosegrupper***

Der er forskel på, hvor stor en andel af kræftpatienter, der får en genoptræningsplan, når der ses på kræftdiagnosegrupper. Højeste andel findes inden for diagnosegrupperne brystkræft, kræft i hjerne & centralnervesystem og kræft i hoved, hals m.v.

Laveste andel findes inden for diagnosegruppen: Modermærkekræft og kræft i øje.

Der optræder forskelle mellem de enkelte regioner i forhold til, hvor stor en andel af kræftpatienter indenfor samme diagnosegruppe, der modtager en genoptræningsplan.

### ***Udviklingen siden 2007***

Der er i perioden 2007 – 2017 sket en stigning i det antal genoptræningsplaner, der årligt udskrives til kræftpatienter. Hvor der i 2007 blev udskrevet 3.736 genoptræningsplaner er tallet steget til 7.348 i 2017. Mens 12 procent af alle kræftpatienter i 2007 fik en genoptræningsplan i forbindelse med, at de blev udskrevet fra sygehuset, var andelen i 2017 steget til 19 procent.

Med udgangspunkt i, at 30 procent af kræftpatienterne har behov for genoptræning i forbindelse med endt behandling kan man udlede, at der i 2007 var 43 procent af den andel af kræftpatienterne, der havde behov for genoptræning, der modtog en genoptræningsplan. I 2017 er andelen steget til 63 procent.

Der er i perioden 2007-2017 sket en betydelig stigning i andelen af genoptræningsplaner inden for "almen genoptræning". Tilsvarende er der sket et fald i andelen af genoptræningsplaner i kategorien "specialiseret genoptræning" og "egentræning". Andelen af genoptræningsplaner i kategorien "almen genoptræning" er steget fra 44 procent i 2007 til 90 procent i 2017. "Specialiseret genoptræning" er faldet fra 49 procent i 2007 til 10 procent i 2017. "Egentræning" er i samme periode reduceret fra 7 procent til 0 procent og synes således at være udfaset.

### ***Fremskrivning til 2025***

I rapporten er der foretaget en fremskrivning således, at der foreligger et skøn over, hvor stor en andel af alle kræftpatienter, der i årene frem til 2025 vil modtage en genoptræningsplan.

Fremskrivningen er baseret på en forudsætning om, at den udvikling, der er set i antal genoptræningsplaner i perioden 2007-2017, vil fortsætte i årene frem mod 2025. Endvidere er der indlagt en forudsætning om udvikling i antal nye kræfttilfælde frem til 2025.

Fremskrivningen peger på, at der vil ske en stigning i andelen af alle kræftpatienter, der modtager en genoptræningsplan. Stigningen vil gå fra en andel på 19 procent af alle kræftpatienter, der fik en kræftdiagnose i 2017 til, at andelen vil være på cirka 25 procent i 2025.

I 2025 forventes der at være cirka 5.000 flere nye kræfttilfælde end i 2017, d.v.s. cirka 44.000 årlige tilfælde, (excl. almindelig hudkræft). Derfor vil en andel på 25 procent i 2025 svare til, at cirka 11.000 kræftpatienter i 2025 udskrives med en genoptræningsplan. Dette vil betyde, at sygehusene i 2025 skal have øget de nuværende årlige antal udskrevne genoptræningsplaner med mere end 3.500 planer oven i de 7348, som allerede udskrives.

### ***Behovsopfyldelse 2025***

Fremskrivningen forudser en stigning i behovsopfyldelsen fra 63 procent i 2017 til i størrelsesordenen 83 procent i 2025.

Det forudsættes, at 30 procent af kræftpatienterne også i 2025 vil have behov for genoptræning ved udskrivning.

Skal alle kræftpatienter med behov for genoptræning have en genoptræningsplan i 2025 vil dette svare til, at cirka 13.000 kræftpatienter får en genoptræningsplan i forbindelse med, at de udskrives fra sygehuset.

### ***Behov for en stærkere indsats***

Ovenstående viser, at der fortsat frem mod 2025 er behov for en indsats i alle regioner. For nærværende er det Region Hovedstaden, der har den laveste behovsopfyldelse. Desværre ses der, samlet set, en nedadgående tendens i udviklingen af andelen, der udskrives med en genoptræningsplan.

Regionerne kan opfordres til at overveje retningslinjer og praksis i forbindelse med udskrivning af genoptræningsplaner til kræftpatienter, herunder at sikre, at alle kræftpatienter får en samtale om deres genoptræningsbehov.

Endvidere opfordres også patientforeninger og lægefaglige udvalg på kræftområdet til at drøfte en forbedret indsats i forhold til genoptræning af kræftpatienter.

**\*)** Der kan konstateres bemærkelsesværdige udsving i dette års genoptræningsdata fra Region Hovedstaden og Region Sjælland, når der sammenholdes med de foregående år. Kræftens Bekæmpelse har derfor kontaktet overlæger i Region Hovedstaden, der samstemmende peger på, at der ikke er ændret praksis, hvad angår patienter, der henvises til genoptræning ved udskrivning. De peger derimod på, at faldet skyldes problemer med registreringer i Sundhedsplatformen. (Region Sjælland bruger også Sundhedsplatformen)

## 1. Baggrund for genoptræning af kræftpatienter

### *Hvad er genoptræning?*

Genoptræning er en målrettet samarbejdsproces mellem patient og sundhedsfaglig personale. Formålet er, at patienten opnår den bedst mulige eller samme funktionsevne som tidligere; bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og socialt. Genoptræning omfatter træning af kroppens funktioner og træning af aktiviteter dvs. træning af funktionsnedsættelser i relation til f.eks. bevægeapparat og aktivitetsbegrænsninger.

Genoptræning udgør ofte en del af en bredere rehabiliteringsindsats, som samlet har det formål at forbedre eller vedligeholde patientens funktionsevne.

Genoptræning er en del af Sundhedsloven (§ 84 og § 140) og en del af Serviceloven (§ 86). I bekendtgørelsen om genoptræningsplaner fra 2014 omtales både genoptræning og rehabilitering.

Der findes tre typer af genoptræning, som er beskrevet i det følgende.

- **Specialiseret genoptræning:** Gives til patienter, der har komplicerede omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsnedsættelser og hvor der er behov for genoptræning, der primært varetages af autoriserede sundhedspersoner med specialiserede kompetencer. Denne form for genoptræning kan finde sted på sygehuset, hvor patienten har været tilknyttet, på andre regionssygehuse (jf. det frie sygehusvalg) eller på specialiserede centre.
- **Almen genoptræning:** Gives til patienter med behov for genoptræning pga. nedsat funktionsnedsættelse enten efter udskrivelse fra sygehuset eller efter sygdom og svækkelse. Genoptræningen kan finde sted på avanceret eller basalt niveau afhængig af graden af funktionsnedsættelse. Denne form for genoptræning finder sted i kommunen.
- **Egentræning:** Gives til patienter, der selv kan varetage genoptræningen efter instruktion. Patienten opfordres og instrueres i at lave fysiske øvelser mv. egenhændigt. Der udleveres en genoptræningsplan med henblik på information til egen læge og bopælskommune. Træningen foregår i eget hjem.

### *Hvorfor er genoptræning vigtig?*

Mange kræftpatienter oplever en række problemer og senfølger efter sygdommen og behandlingen. Studier viser, at en stor del oplever fysiske, psykiske og sociale gener, hvoraf de mest udbredte er træthed og psykiske gener som f.eks. angsten for tilbagefald (Armes J et al., 2009).

Rehabilitering herunder genoptræning efter behandlingen kan være med til at lindre mange kræftpatienters gener. Det kan reducere træthed, stress, angst og depression og forbedre den fysiske status og livskvalitet (Sundhedsstyrelsen, 2010).

Genoptræning under behandlingen har også vist sig at have en gavnlig effekt i forhold til det fysiske funktionsniveau, træthed og livskvalitet (Adamsen et al., 2009).

En helhedsorienteret rehabiliteringsindsats herunder genoptræning er således afgørende for kræftpatienters funktionsniveau og livskvalitet.

Flere udenlandske undersøgelser viser, at ca. 30 procent af alle kræftpatienterne har behov for rehabilitering og/eller genoptræning umiddelbart efter behandlingens afslutning, og 10 procent får



behov på et senere tidspunkt (Armes J et al, 2009). Kræftens Bekæmpelses delrapport om genoptræning fra 2013 og andre undersøgelser om kræftpatienters selvoplevede behov (Hodgkinson K et al, 2007), peger også på, at en tredjedel af kræftpatienter oplever et behov for rehabilitering og/eller genoptræning (Vilstrup H et al, 2011; Kræftens Bekæmpelse, 2013).

### **Hvem har ret til genoptræning?**

Sundheds- og Serviceloven beskriver reglerne om tildeling af genoptræning til kræftpatienter således:

- **Indlæggelse:** Under indlæggelse er det sygehusets ansvar at stå for genoptræningen. Det er en individuel lægefaglig vurdering, der afgør, om patienten har behov for og dermed kan få genoptræning under indlæggelse.  
Fra barometerundersøgelsen i 2017 fremgår det i øvrigt, at 31 procent af kræftpatienterne har modtaget genoptræning mens de er under behandling på sygehuset. 38 procent udtrykker, at de havde et behov for genoptræning under behandlingen.
- **Udskrivelse:** Inden udskrivelse fra sygehus skal der foretages en lægefaglig vurdering af patientens behov for genoptræning. Hvis lægen vurderer, at patienten har behov for genoptræning efter udskrivning, har patienten ret til at få en skriftlig genoptræningsplan. Planen skal udarbejdes i samarbejde med patienten og eventuelle pårørende. Genoptræningsplanen skal senest udleveres til patienten på udskrivningstidspunktet, og derudover skal den sendes til almen praktiserende læge og bopælskommune (hvis der er tale om almen genoptræning) eller det valgte sygehus (hvis der er tale om genoptræning på specialiseret niveau). Planen fungerer efterfølgende som en henvisning til genoptræning i kommunen eller på sygehuset. I meget få tilfælde er der tale om en genoptræningsplan bestående af en række anvisninger til patientens egen træning f.eks. i eget hjem.
- **Efter udskrivelse:** Kommunerne er forpligtet til at tilbyde relevant genoptræning til kræftpatienter, hvis funktionsnedsættelse er opstået efterfølgende eller ikke er kommet frem i forbindelse med sygehusindlæggelse jf. Serviceloven.

### **Grundlæggende princip om informeret samtykke**

Det er et grundlæggende princip, at patienter informeres om og giver deres samtykke til behandling (jf. krav om informeret samtykke jf. Sundhedsloven § 15). Genoptræning er en del af den behandling, der tilbydes i sundhedsvæsenet (jf. Sundhedsloven § 5), og derfor skal patienter også informeres om og give samtykke til genoptræning.

### **Hvad er konsekvensen af manglende genoptræning?**

*For den enkelte kræftpatient, som ikke får den nødvendige genoptræning eller rehabilitering, kan konsekvenserne være store. Manglende genoptræning og/eller rehabilitering kan f.eks. føre til depression og bremse den enkelte i forhold til at genvinde funktionsevnen. For kræftpatienter, som er i arbejde, kan det betyde, at de mister deres arbejde. Det er derfor afgørende, at kræftpatienter med behov tilbydes genoptræning som en del af en helhedsorienteret rehabiliteringsindsats.*

## 2. Den aktuelle genoptræning af kræftpatienter

For kræftpatienter med diagnose i 2017 (nyeste tal) blev der i alt udskrevet 7.348 genoptræningsplaner. Dette antal er beregnet ud fra den kørsel, Kræftens Bekæmpelse har fået foretaget i Sundhedsdatastyrelsen, og som alene angiver det antal genoptræningsplaner, som kræftpatienter modtager ved udskrivning. Derudover kan kræftpatienter også modtage genoptræningsplaner, fx under indlæggelse, som ikke indgår i denne undersøgelse, se Bilag 1 for nærmere uddybning.

Data for denne undersøgelse er koblet op på, at patienten har fået en diagnose i 2017. En del af de genoptræningsplaner, der indgår i denne undersøgelse, er derfor registrerede i 2018, og genoptræningen har fundet sted i 2018, idet der kan gå lang tid, fra kræftdiagnosen stilles, til behandlingen afsluttes og patienten udskrives med en genoptræningsplan.

Den valgte undersøgelsesmetode betyder, at det er nye kræfttilfælde inden for et kalenderår (2017), som danner udgangspunkt for undersøgelsen af kræftpatienters genoptræning. Alle, der er registreret i cancerregisteret med en kræftdiagnose i 2017 er samkørt med LPR (Landspatientregisteret). Det gør man for at undersøge, om der kan knyttes en genoptræningsplan til personen i op til et år efter diagnosetidspunktet.

### Genoptræningsplaner og behovsopfyldelse

Det er vigtigt, at de kræftpatienter, der har behov for genoptræning, får en genoptræningsplan. Tabel 2.1. nedenfor viser, at 19 procent af alle kræftpatienter med diagnose i 2017 (samme andel som i 2016), fik en genoptræningsplan. Som anført har 30 procent af alle kræftpatienter behov for genoptræning. Når 19 procent af alle kræftpatienter får en genoptræningsplan, svarer det til, at en andel på 63 procent af de kræftpatienter, der har behov for genoptræning, får en genoptræningsplan. Eller udtrykt anderledes: Behovsopfyldelsen er 63 procent. Tabel 2.1. viser også, at der er betydelige forskelle mellem regionerne indbyrdes, når der ses på behovsopfyldelse.

**Tabel 2.1. Genoptræningsplaner for kræftpatienter med diagnose i 2017**

	Hele landet	Region Hovedstaden	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Sjælland	Region Syddanmark
Andel af kræftpatienter med en genoptræningsplan - i procent	19	13	21	19	24	20
Behovsopfyldelse - i procent	63	43	71	63	79	65

En andel på 19 procent af alle kræftpatienter med en genoptræningsplan i forbindelse med udskrivning fra sygehus, er den hidtil største andel i den periode, hvor Kræftens Bekæmpelse har set på genoptræning af kræftpatienter (men den samme som for året før). Fortsat mangler mere end hver 3. kræftpatient, af den andel, der har behov for genoptræning, at modtage en genoptræningsplan.

### Manglende behovsopfyldelse

I undersøgelsen "Kræftpatienternes behov og oplevelser gennem behandling og i efterforløbet" (Kræftens Bekæmpelse, 2013) er det mere end hver tredje kræftpatient, der oplever, at sygehusene ikke har imødekommet deres behov for genoptræning. 32 procent af kræftpatienterne oplevede ikke, at der var en sundhedsperson på sygehuset, der tog stilling til, om de havde behov for fysisk genoptræning.

Den højeste behovsopfyldelse findes i Region Sjælland og Region Midtjylland, hvor henholdsvis 79 procent og 71 procent af den andel af kræftpatienterne, som har behov for genoptræning, modtager en genoptræningsplan. Lavest ligger Region Hovedstaden og Region Nordjylland, hvor henholdsvis 43 procent og 63 procent af andelen af kræftpatienter med behov for genoptræning, får en genoptræningsplan.

I undersøgelsen "Kræftpatienternes behov og oplevelser gennem behandling og i efterforløbet" (Kræftens Bekæmpelse, 2013) fremgår bl.a. at blandt de regioner, hvor færrest kræftpatienter oplever at få vurderet deres genoptræningsbehov, er Region Hovedstaden, som jf. denne undersøgelse også er den region, hvor færrest af kræftpatienterne får en genoptræningsplan.

### Genoptræningsplaner fordelt på typer

Der findes tre typer af genoptræning, som finder sted i forskelligt regi:

- **Almen genoptræning** henviser kræftpatienten til genoptræning i kommunalt regi – det vil sige typisk i kommunale træningsfaciliteter med instruktør.
- **Egentræning** finder sted i patientens hjem og uden instruktion - patienten har indledningsvis modtaget instruktion fra en fagperson.
- **Specialiseret genoptræning** henviser kræftpatienten til genoptræning i sygehusregi – det vil sige i sygehusets træningsfaciliteter med instruktør.

Tabel 2.2. nedenfor viser, hvorledes de udskrevne genoptræningsplaner fordeler sig på typer. Flest genoptræningsplaner udskrives under typen "almen" og færrest som "egentræning". Også her er der betydelige forskelle mellem regionerne.

**Tabel 2.2. Genoptræningsplaner fordelt på typer - i procent (diagnoseår 2017) \*)**

	Hele landet	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland
Almen genoptræning	90	97	90	93	77	97
Specialiseret træning	10	3	10	7	23	3

\*) Egentræning er ikke medtaget idet ingen regioner har indrapporteret 'egentræning'.

Der er regionale forskelle, når der ses på almen og specialiseret genoptræning. Hvad angår almen genoptræning ligger Region Hovedstaden og Region Syddanmark højest med en andel på henholdsvis 97 og 93 procent, mens Region Midtjylland ligger lavest med en andel på 77 procent.

Kræftens Bekæmpelse har ikke grundlag for at udpege en bestemt genoptræningstype som værende at foretrække, når der tales genoptræning af kræftpatienter. Men det er afgørende, at der hos det

fagpersonale, der forestår genoptræningen, er et tilstrækkeligt fagligt niveau i forhold til at arbejde med den funktionsnedsættelse, der er tale om. Det kan konstateres, at genoptræningen år for år i større og større omfang flytter ud i kommunerne.

Kræftens Bekæmpelse er af den opfattelse, at rehabilitering – herunder genoptræning – med fordel kan indledes allerede under indlæggelsen med henblik på at forebygge senfølger. Undersøgelser peger på, at der er en positiv effekt af rehabilitering (herunder genoptræning), der igangsættes allerede inden patienten begynder på behandlingen<sup>2</sup>.

- 
- <sup>2</sup> Silver JK, Baima J. Cancer prehabilitation. An opportunity to decrease treatment-related morbidity, increase cancer treatment options, and improve physical and psychological health outcomes. *Am J Phys Med Rehabil* 2013; 92:715-727. Endvidere også Adamsen L et al. Effect of a multimodal high intensity exercise intervention in cancer patients undergoing chemotherapy: randomised controlled trial. *BMJ* 2009

### Fordeling af genoptræningsplaner på diagnosegrupper

Genoptræningsplaner er uensartet fordelt på de forskellige kræftsygdomme. Fordelingen af genoptræningsplaner på diagnosegrupper er belyst i tabel 2.3. nedenfor.

**Tabel 2.3. Antal genoptræningsplaner fordelt på diagnosegrupper (diagnoseår 2017)**

<i>Diagnosegruppe</i>	<b>Antal registrerede genoptræningsplaner</b>	<b>Procent af samtlige genoptræningsplaner</b>
<i>Anden kræft</i>	498	6,6
<i>Brystkræft</i>	1496	22,5
<i>Kræft i blære og andre urinveje</i>	176	2,2
<i>Kræft i hjerne og centralnervesystem</i>	552	7,9
<i>Kræft i hoved, hals m.v.</i>	352	5,1
<i>Kræft i knogle og bindevæv</i>	58	1,0
<i>Kræft i kvindelige kønsorganer</i>	311	3,9
<i>Kræft i lever, galde og bugspytkirtel</i>	257	2,6
<i>Kræft i lunge inkl. lungehinde</i>	869	12,5
<i>Kræft i lymfomer</i>	232	3,1
<i>Kræft i mave</i>	266	3,0
<i>Kræft i nyre</i>	111	1,6
<i>Kræft i tyk- og endetarm</i>	970	12,6
<i>Kræft i øje</i>	5	0,0
<i>Leukæmi</i>	318	4,1
<i>Modermærkekræft</i>	198	2,5
<i>Prostata og andet mandlig kønsorgan ekskl. test.</i>	679	8,8
<b>Hovedtotal</b>	<b>7348</b>	<b>100</b>

Af tabellen fremgår det, at der på landsplan udskrives flest genoptræningsplaner til patienter med brystkræft, kræft i tyk- og endetarm og lungekræft. Samlet omfatter de tre diagnosegrupper lidt over halvdelen af samtlige genoptræningsplaner rettet mod kræftpatienter.

Genoptræningsplaner rettet mod brystkræftpatienter udgør lige under hver fjerde genoptræningsplan, der er rettet mod patienter med kræft.

### Andel af kræftpatienter, der modtager en genoptræningsplan

Ses der på kræftdiagnosegrupperne samlet, kan der konstateres udsving i forhold til hvor stor en andel af kræftpatienterne, der får en genoptræningsplan. Eksempelvis er der en andel på 15 procent

med kræft i prostata og andet mandligt kønsorgan, der får en genoptræningsplan, mens den tilsvarende andel er på 31 procent for brystkræft.

Tilsvarende udsving ses regionalt inden for samme kræftdiagnosegruppe, hvor eksempelvis andelen af patienter med kræft i prostata og andet mandligt kønsorgan, der får en genoptræningsplan er 23 procent i Region Midtjylland og 8 procent i Region Nordjylland.

Af tabel 2.4 fremgår, hvor stor en andel af kræftpatienterne inden for de respektive diagnosegrupper, der får en genoptræningsplan, fordelt på hele landet og på regioner.

**Tabel 2.4. Procentandel af alle kræftpatienter i diagnosegruppe, der får en genoptræningsplan, fordelt på regioner og hele landet, 2016 (diagnoseår)**

<i>Diagnosegruppe</i>	Hovedstaden	Sjælland	Syd	Midt	Nord	HELE LANDET
<i>Anden kræft</i>	11,2	14,0	12,7	13,6	12,7	12,7
<i>Brystkræft</i>	9,4	49,9	40,4	33,0	43,5	31,2
<i>Kræft i blære og andre urinveje</i>	11,0	12,7	15,2	18,1	15,4	14,5
<i>Kræft i hjerne og centralnervesystem</i>	38,9	35,7	41,5	49,7	37,3	41,3
<i>Kræft i hoved, hals mv.</i>	11,9	58,0	12,4	36,3	23,6	27,0
<i>Kræft i knogle og bindevæv</i>	15,9	25,0	28,8	20,3	28,6	22,6
<i>Kræft i kvindelige kønsorganer</i>	8,1	40,8	11,6	14,2	12,8	16,5
<i>Kræft i lever, galde og bugspytkirtel</i>	11,7	12,0	20,9	13,7	14,1	14,7
<i>Kræft i lunge, inkl. lungehinde</i>	14,4	21,3	16,5	17,4	21,5	17,6
<i>Kræft i lymfomer</i>	12,6	14,3	19,1	20,7	15,3	16,6
<i>Kræft i mave</i>	10,5	12,8	29,5	19,5	20,6	18,4
<i>Kræft i nyre</i>	9,8	18,4	5,4	14,7	13,6	11,6
<i>Kræft i tyk- og endetarm</i>	16,7	19,1	18,9	20,3	9,9	17,7
<i>Kræft i øje</i>	3,7	4,8	6,3	11,1	0,0	5,5
<i>Leukæmi</i>	16,9	24,4	23,3	24,3	18,1	21,4
<i>Modermærkekræft</i>	7,1	8,6	5,9	9,1	14,1	7,9
<i>Prostata og andet mandligt kønsorgan ekskl. test.</i>	11,1	13,2	15,8	22,9	8,4	15,3

NB: Ved kræftgrupper med lav incidens, vil der ofte forekomme betydelige udsving fra år til år, hvorfor forskelle skal tages med forbehold.

Tabellen viser, at der til tider optræder betydelige forskelle i hvor stor en andel af kræftpatienterne, der får en genoptræningsplan, når data opdeles regionalt på diagnosegrupper.

Undersøgelsen "Kræftpatienternes behov og oplevelser gennem behandling og i efterforløbet" (Kræftens Bekæmpelse, 2013) viser, at hvor 45 procent af brystkræftpatienterne oplever, at der var en sundhedsperson på sygehuset, der tog stilling til, om de havde behov for fysisk genoptræning, gælder det for mindre end 10 procent af kræftpatienterne inden for en række kræftsygdomme såsom tyktarmskræft, lymfomer og blodkræft, melanomer, urinvejskræft, mavetarmskræft, hovedhalskræft, kræft i kvindelige kønsorganer og livmoderkræft. Kun 32 procent af alle kræftpatienter oplever, at der var en sundhedsperson på sygehuset, der tog stilling til deres behov for fysisk genoptræning.

Ses der på de regionale tal, er det som nævnt kendetegnende, at der er til tider betydelige forskelle mellem de enkelte regioner i forhold til andelen af kræftpatienter inden for samme diagnosegruppe, der modtager en genoptræningsplan. Årsager til disse forskelle kan ikke udledes af denne undersøgelse. Men regionerne synes at have en noget forskelligartet praksis, hvad angår genoptræning til kræftpatienter i forbindelse med, at de udskrives fra sygehuset.

#### Genoptræningsplaner og kræftpatientens alder

Tabel 2.5. nedenfor belyser, i hvor høj grad der er forskel på andelen af kræftpatienter, der modtager genoptræningsplan, afhængig af om kræftpatienten er under eller over 50 år.

**Tabel 2.5. Genoptræningsplaner fordelt på alder, 2016 (diagnoseår)**

Aldersgruppe	Antal kræftpatienter	Antal genoptræningsplaner	Andel af kræftpatienter, der modtager en genoptræningsplan
<i>Under 50 år</i>	3.822	645	16,9
<i>50 år og derover</i>	35.368	6.703	19,0

Af tabellen fremgår, at der kun er en lille forskel på de to aldersgrupperinger, hvad angår andelen af kræftpatienter, der modtager en genoptræningsplan. Således er der en højere andel i gruppen på 50 år og derover, som modtager en genoptræningsplan efter udskrivelse, sammenlignet med gruppen under 50 år.

Af undersøgelsen "Kræftpatienternes behov og oplevelser gennem behandling og i efterforløbet" (Kræftens Bekæmpelse, 2013) fremgår, at det er de ældste over 70 år, som i mindst grad oplever, at de har fået den hjælp, de har haft behov for i forhold til fysisk genoptræning.

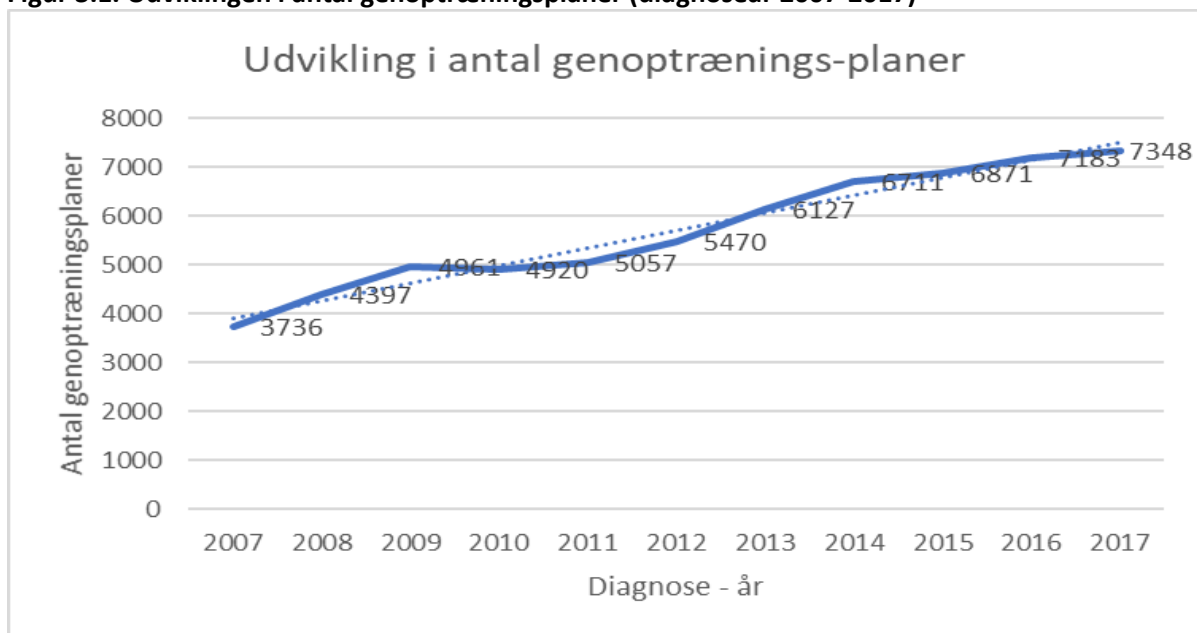
### 3. Udvikling i genoptræningsplaner 2007-2017

Nedenfor belyses udviklingen i genoptræningsplaner i perioden 2007-2017. Der foreligger ikke data før diagnoseåret 2007. Som tidligere anført er 2017 det indtil videre senest opgjorte diagnoseår.

#### Udvikling i antal genoptræningsplaner og behovsopfyldelse

Der er sket en stigning i det antal genoptræningsplaner, der årligt udskrives fra sygehusene til kræftpatienter, som illustreret i figur 3.1. nedenfor.

Figur 3.1. Udviklingen i antal genoptræningsplaner (diagnoseår 2007-2017)



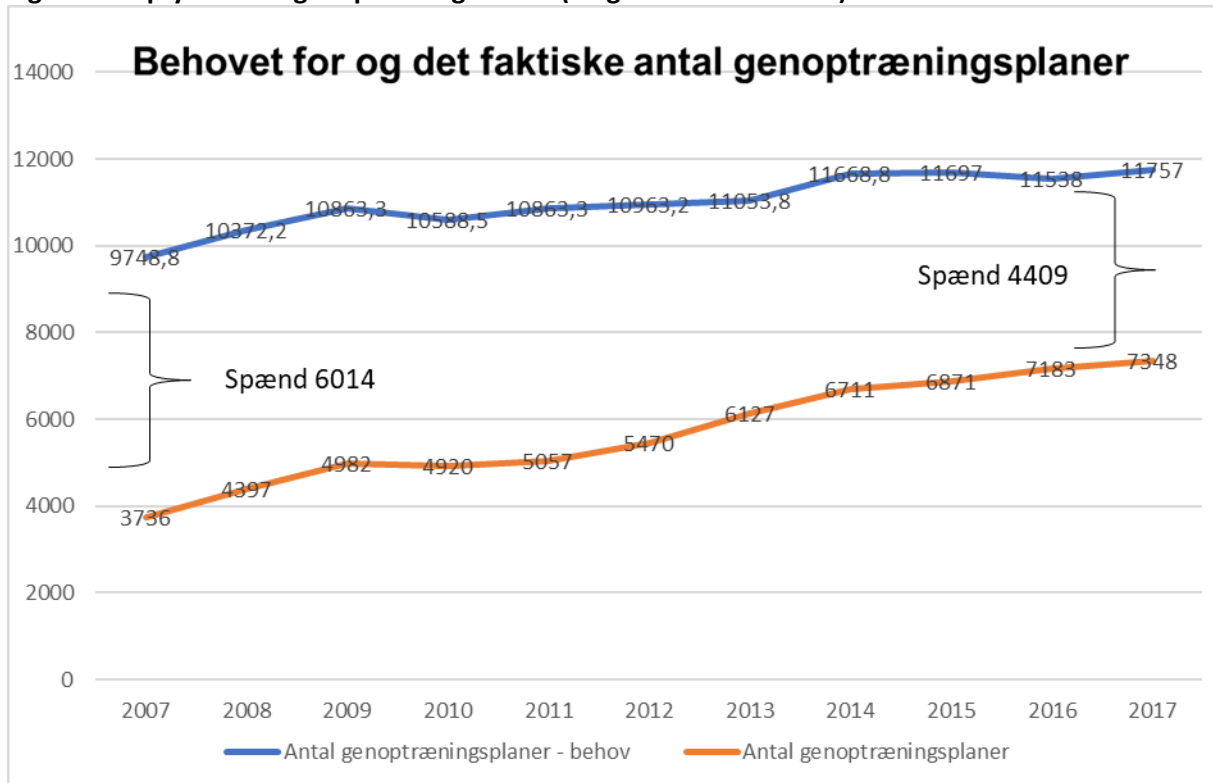
Hvor der til kræftpatienter med diagnose i 2007 blev registreret 3.736 genoptræningsplaner, er tallet i 2017 steget til 7.348. Det betyder, at der her ti år efter første opgørelsesår er kommet hen ved dobbelt så mange genoptræningsplaner.

I perioden 2007-2017 er antallet af kræftpatienter også steget. For at få et retvisende billede af, hvor meget behovsopfyldelsen er steget, sammenholdes stigningen i antal genoptræningsplaner med stigningen i antal kræftpatienter.

I figur 3.2 nedenfor er der anført det antal kræftpatienter, der for de enkelte år forventes at have behov for genoptræning (den øverste blå kurve). Den orange kurve nedenfor i figuren anfører det antal genoptræningsplaner, der de pågældende år er blevet udskrevet af sygehusene.



Figur 3.2. Opfyldelse af genoptræningsbehov (diagnoseår 2007-2017)

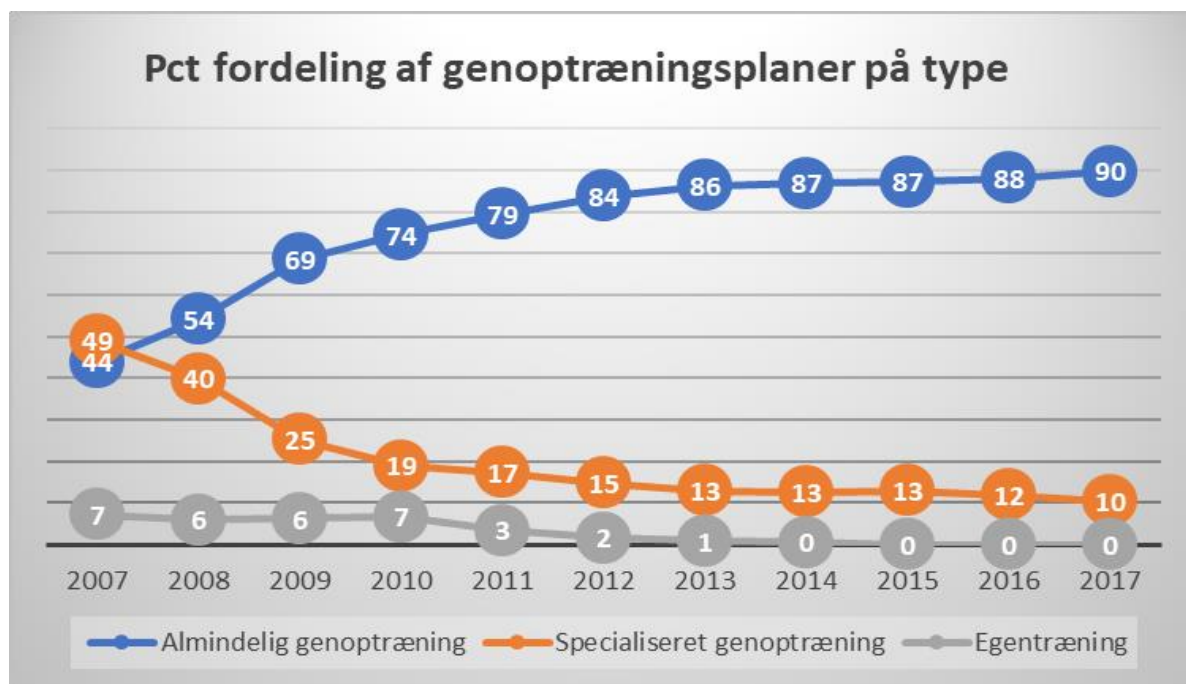


Som det fremgår af figuren, er der sket en positiv udvikling, idet spændet mellem behov og udbud er reduceret. Hvor det i 2007 var cirka 4 ud af 10 kræftpatienter med forventet behov for genoptræning, der modtog en genoptræningsplan, er situationen bedret. I 2017 var det således mere end 6 ud af 10 (60 procent) kræftpatienter med forventet behov for genoptræning, der fik en genoptræningsplan. Bemærk også at den positive udvikling synes at være ophørt.

### Udviklingen i genoptræningsplaner fordelt på typer

Genoptræningsplaner kan, som anført tidligere, bestå af almen genoptræning, specialiseret genoptræning og egentræning. I perioden 2007-2017 er der sket en markant stigning i andelen af genoptræningsplaner i kategorien almen genoptræning. Tilsvarende er der sket et fald i andelen af genoptræningsplaner i kategorien specialiseret genoptræning og i egentræning. Nedenfor er udviklingen i de tre træningstyper belyst.

Figur 3.3. Fordeling af genoptræningsplaner på typer (diagnoseår: 2007-2017)



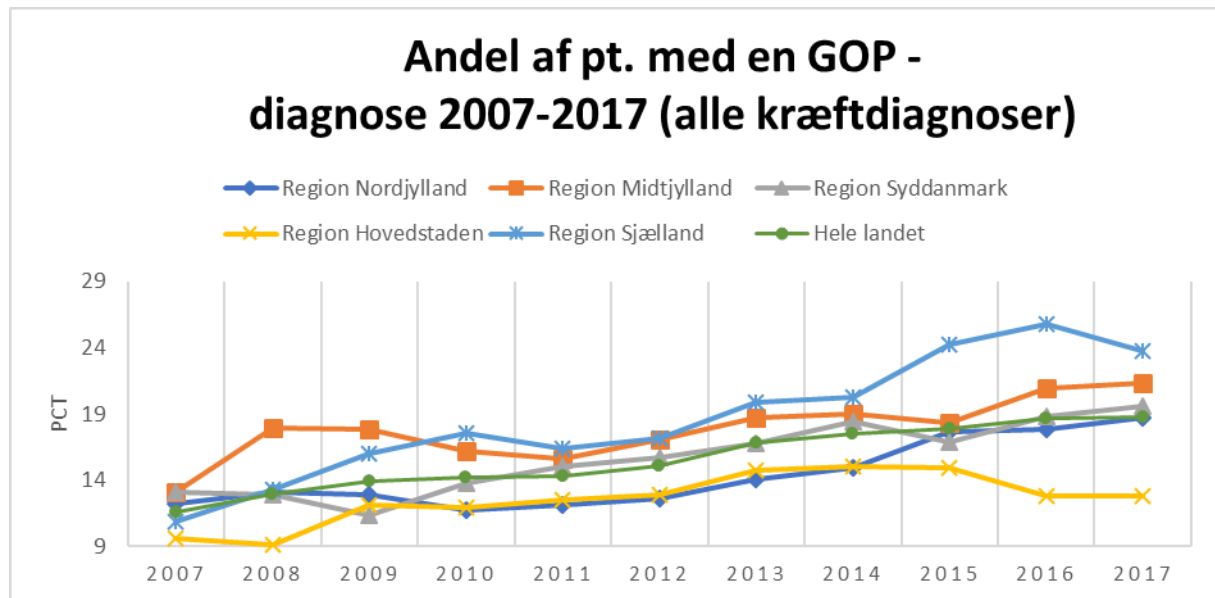
Andelen af genoptræningsplaner i kategorien almen genoptræning er steget fra at udgøre 44 procent i 2007 til 90 procent i 2017. Specialiseret genoptræning er faldet fra at udgøre 49 procent i 2007 til 10 procent i 2016. Egentræning er i samme tidsrum reduceret fra en andel på 7 procent til 0 procent.

Ovenstående synes at indikere, at kræftpatienter genoptrænes i stadig stigende omfang i kommunalt regi, idet den almene genoptræning gennemføres af kommunerne.

### Udviklingen i genoptræningsplaner fordelt på regioner

Der er på landsplan i perioden 2007 til 2017 sket en stigning i den andel af kræftpatienter, der modtager en genoptræningsplan. Af figur 3.4 nedenfor er udviklingen beskrevet såvel på landsplan som i de enkelte regioner.

**Figur 3.4. Udvikling i andelen af kræftpatienter, der modtager en genoptræningsplan (GOP), fordelt på regioner (diagnoseår: 2007-2017)**



Som det fremgår, er der forskelle mellem de enkelte regioner, når der ses på, hvor stor en andel af regionernes kræftpatienter, der modtager en genoptræningsplan. I 2017 ligger Region Sjælland øverst med den højeste andel, efterfulgt af Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Nordjylland. Nederst ligger Region Hovedstaden, der er den region med den laveste andel af kræftpatienter, der modtager en genoptræningsplan.

Den største *stigning* i perioden 2007-2017 ses hos Region Sjælland om end omfanget synes dalene.

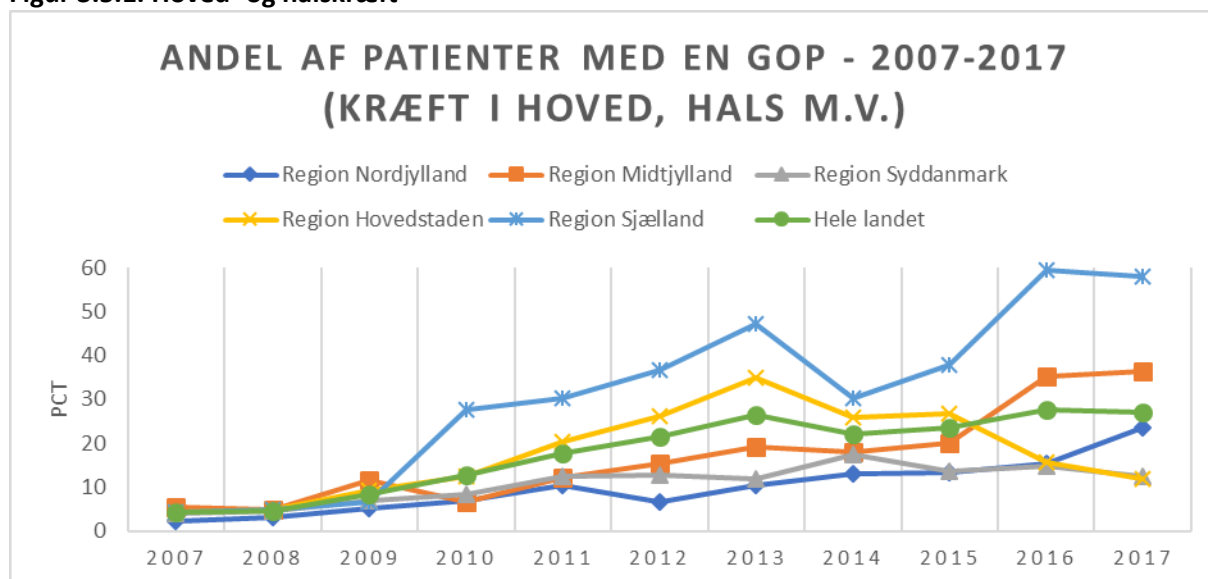
### Udviklingen i genoptræningsplaner fordelt på kræftdiagnosegrupper

På de følgende sider præsenteres en række figurer, som viser, hvor stor en andel af kræftpatienter inden for seks udvalgte kræftdiagnosegrupper, der har modtaget en genoptræningsplan (GOP). Udgangspunktet er kræftpatienter, der har fået deres diagnose i perioden 2007-2017. Det er generelt set sådan, at en større andel af kræftpatienterne med diagnose i 2017 har modtaget en genoptræningsplan, sammenlignet med 2007. Denne udvikling ses dog ikke inden for alle diagnosegrupper.

De seks kræftdiagnosegrupper er udvalgt, dels fordi de repræsenterer et stort udsnit af kræftpatienterne og dels fordi de er eksempler på, at der optræder forskellige tendenser i udviklingen af andelen af kræftpatienter, der får en genoptræningsplan.

## Udvikling i genoptræningsplaner på udvalgte diagnosegrupper (2007-2017)

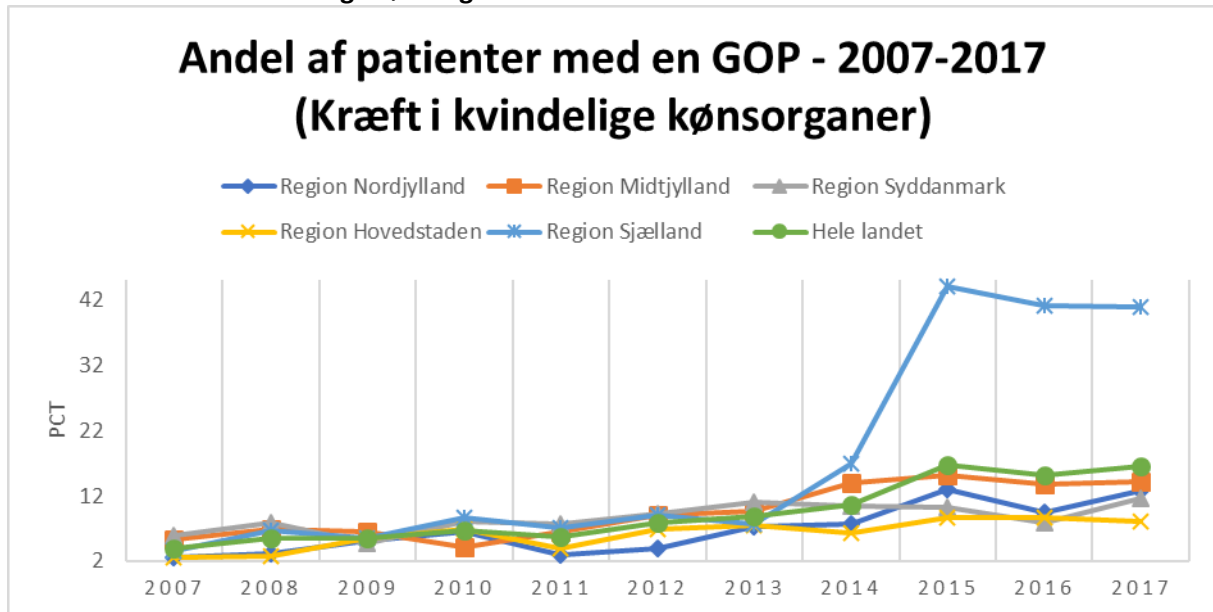
Figur 3.5.1. Hoved- og halskræft



På landsplan er der ingen stigning i andelen af hoved- og halskræftpatienter med diagnose i 2017, der har modtaget en genoptræningsplan sammenlignet med 2016 samt tidligere år. Der kan konstateres forskelle mellem de enkelte regioner.

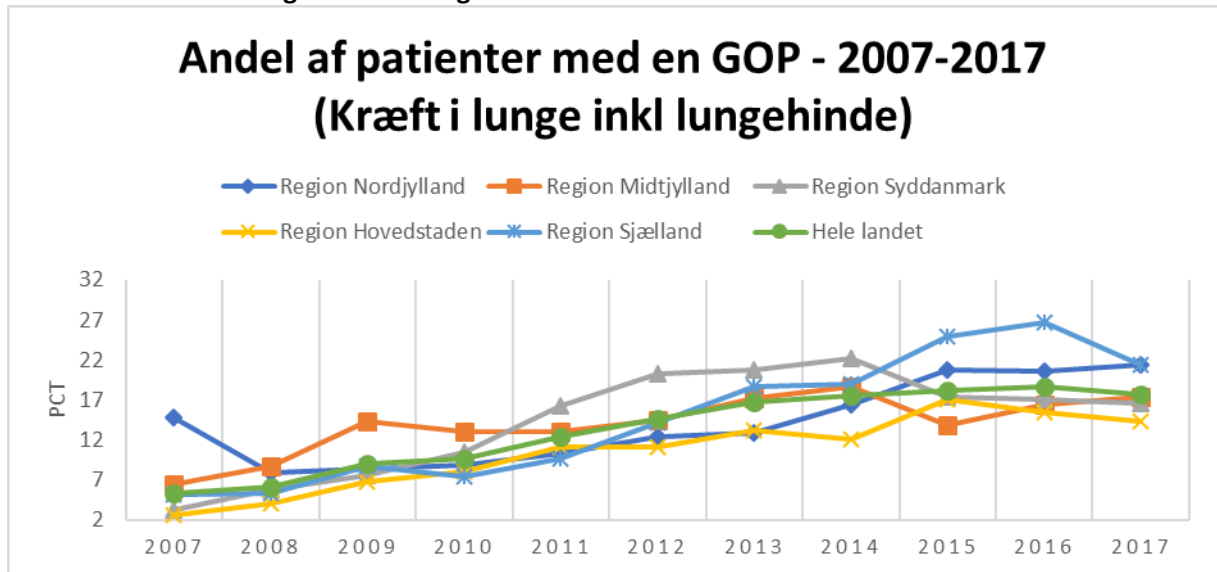
I 2017 har Region Sjælland den højeste andel af genoptræningsplaner til hoved- og halskræftpatienter. Lavest ligger Region Hovedstaden og Region Nordjylland. Fra 2016 til 2017 er der et fald i andelen af hoved- og halskræftpatienter med en genoptræningsplan i Region Hovedstaden.

Tabel 3.5.2. Kræft i kvindelige kønsorganer



På landsplan er andelen af patienter med kræft i kvindelige kønsorganer, der får en genoptræningsplan, stigende i perioden 2007-2016. Især udmærker Region Sjælland sig med genoptræningsplaner til en stor andel med kræft i kvindelige kønsorganer. Lavest ligger Region Hovedstade. Således er det 8 procent af populationen med kræft i kvindelige kønsorganer, der modtager en genoptræningsplan i Region Hovedstaden.

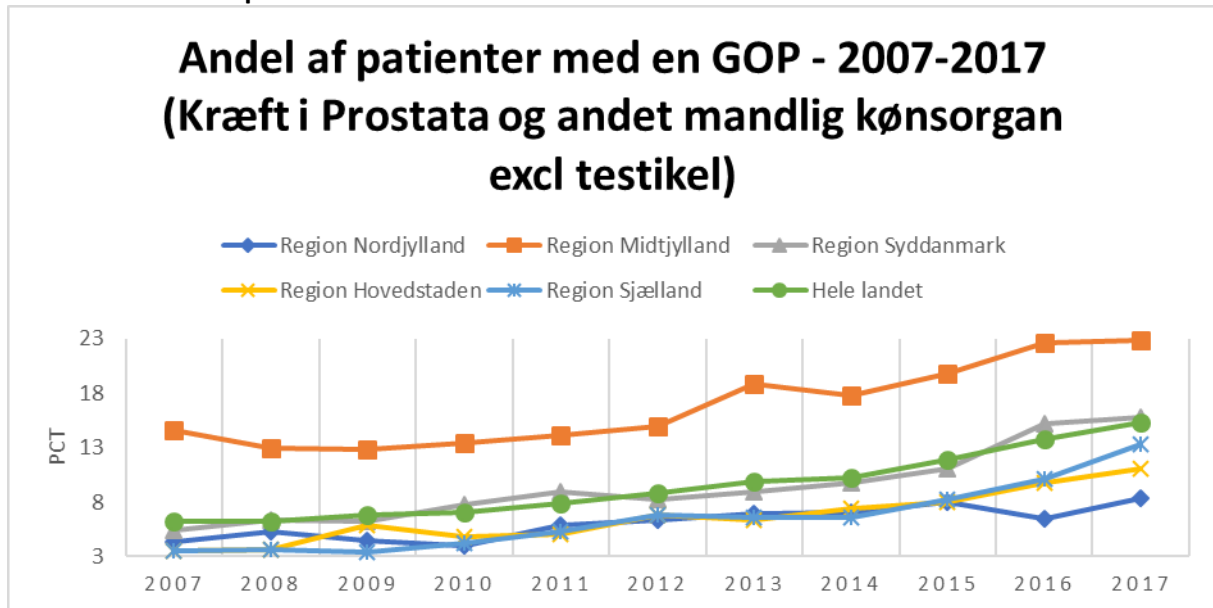
Tabel 3.5.3. Kræft i lunge inklusiv lungehinde



For hele landet gælder, at siden 2007 har en større andel, af patienter med kræft i lunge inkl. Lungehinde fået en genoptræningsplan i forbindelse med udskrivning.

Region Sjælland og Region Nordjylland har for patienter med diagnose i 2017 den største andel af patienter med kræft i lunge, inkl. lungehinde, der udskrives med en genoptræningsplan. I Region Syddanmark ses en faldende tendens. Den laveste andel med en genoptræningsplan ses i Region Hovedstaden, hvor en genoptræningsplan til patienter med kræft i lunge inkl. Lungehinde, gives til 14 procent af populationen i forbindelse med, at de udskrives fra sygehuset.

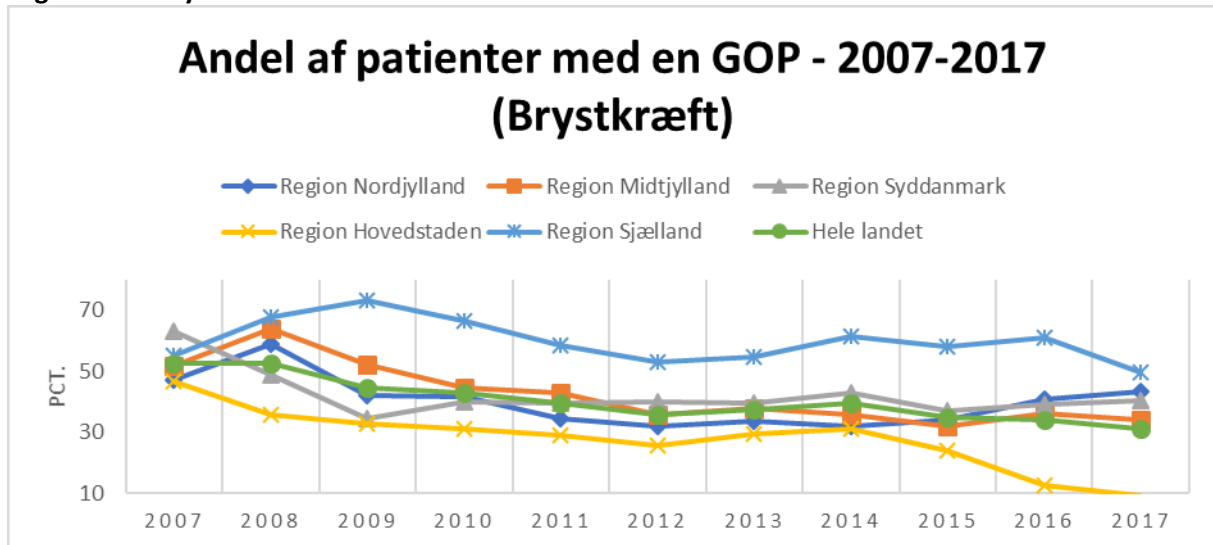
Tabel 3.5.4. Kræft i prostata



For hele landet gælder, at der siden 2007 været en stigende andel af patienter med kræft i prostata og andet mandlig kønsorgan (excl. testikel), der modtager en genoptræningsplan.

Region Midtjylland har i hele perioden udskilt sig som den Region, der har den højeste andel af patienter med kræft i prostata og andet mandlig kønsorgan (excl. testikel), der modtager en genoptræningsplan. I 2017 er Region Sjælland, Region Nordjylland og Region Hovedstaden de regioner, hvor den laveste andel af patienter med kræft i prostata og andet mandlig kønsorgan (excl. testikel), får en genoptræningsplan i forbindelse med at de udskrives fra sygehuset.

Figur 3.5.5. Brystkræft



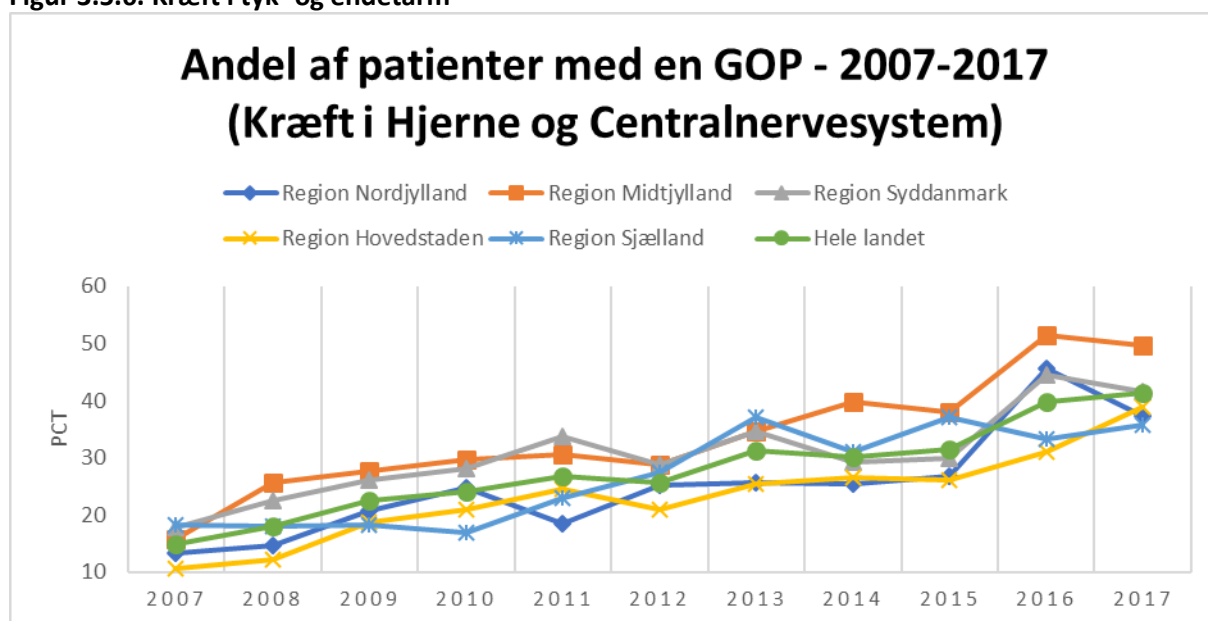
Det fremgår af tabel 3.5.5, at andelen af brystkræftpatienter, der modtager genoptræning er faldet gennem opgørelsesperioden.

Faldet kan dels tilskrives indførelse af mere skånsomme operationsteknikker i perioden, som kan have mindsket behovet for genoptræning. Dels har indførelse af den landsdækkende screening betydet, at brystkræft kan opdages på et tidligere stadie.

Region Sjælland er den region, der i 2017 har den højeste andel af brystkræftpatienter, der modtager en genoptræningsplan. Blandt de fire øvrige regioner, ligger Region Syddanmark, Region Nordjylland og Region Midtjylland forholdsvis tæt på hinanden. Lavest ligger Region Hovedstaden.



Figur 3.5.6. Kræft i tyk- og endetarm



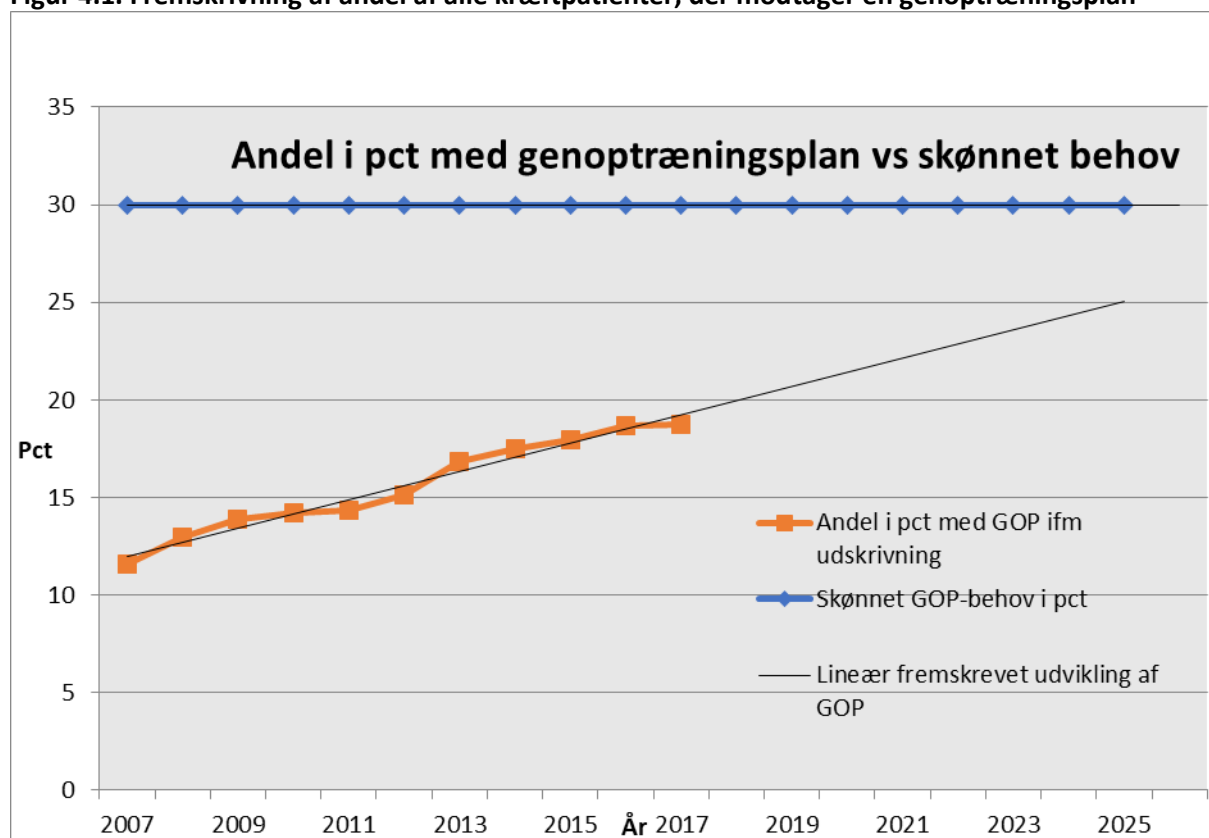
Der er på landsplan siden 2007 sket en stigning i andel af patienter med kræft i tyk- og endetarm, der modtager en genoptræningsplan.

I 2017 ses den største andel i Region Sjælland og Region Midtjylland. Region Nordjylland har den laveste andel af patienter med kræft i tyk- og endetarm, der modtager en genoptræningsplan.

#### 4. Fremskrivning af behov og behovsopfyldelse

I figuren nedenfor er der foretaget en fremskrivning af, hvor stor en andel af alle kræftpatienter, der i årene frem til 2025 vil modtage en genoptræningsplan. Fremskrivningen er foretaget på baggrund af udviklingen i andelen af kræftpatienter, der fik en genoptræningsplan, i perioden 2007-2017. Det kan konstateres at kurven flader ud hvilket giver anledning til pessimisme i forhold til i nær mfremtid at nå målet om at 30 pct af kræftpatienterne udskrives med en genoptræningsplan.

Figur 4.1. Fremskrivning af andel af alle kræftpatienter, der modtager en genoptræningsplan



Det fremgår af figuren ovenfor, at der sker en stigning i andelen af alle kræftpatienter, der modtager en genoptræningsplan fra cirka 19 procent i 2017 til cirka 25 procent i 2025. Prognosen bygger på udviklingen i perioden 2007-2017 og er derfor forbundet med usikkerhed.

Ses der på, hvor stor en andel af de kræftpatienter, der har behov for genoptræning, der kan forvente at modtage en genoptræningsplan, stiger behovsopfyldelsen fra 63 procent i 2017 til i størrelsesordenen cirka 83 procent i 2025.

Fremskrivningen peger på, at der i 2025 antalmæssigt vil være flere kræftpatienter, der vil modtage en genoptræningsplan end i dag. Bemærk at data for 2017 ligger under tildenslinjen. Den positive udvikling er således ophørt.

For 2025 er forudsat, at 30 procent af kræftpatienterne har behov for genoptræning (samme andel som i dag). Det betyder, at der i 2025 er behov for, at cirka 13.000 kræftpatienter får en

genoptræningsplan i forbindelse med, at de udskrives fra sygehus idet incidensen forventes at være på cirka 44.000 i 2025.

Der er behov for, at regionerne og sygehusene fortsætter deres fokus på genoptræningsplaner til kræftpatienter, der udskrives fra sygehuset, i de kommende år.

Samtidig vil kommunerne frem mod 2025 skulle ruste sig til at genoptræne et stigende antal kræftpatienter.

## Bilag 1. Redegørelse for data og metode

### Genoptræning efter udskrivning fra sygehus

I denne undersøgelse er det alene genoptræning, som skal tilbydes patienter med et lægefagligt skønnet behov for genoptræning efter udskrivning i henhold til en genoptræningsplan, der er undersøgt.

Undersøgelsen er baseret på et udtræk fra Landspatientregisteret (LPR) af samtlige indberettede genoptræningsplaner foretaget af Sundheddatastyrelsen. Disse data er samkørt med data fra Cancerregistret. Der er taget udgangspunkt i den population, som har fået kræft inden for et kalenderår og denne population er blevet undersøgt for, om der i op til et år efter diagnoseregistreringen er registreret en genoptræningsplan.

Til samtlige genoptræningsplaner i denne rapport kan knyttes en nydiagnosticeret kræftpatient, idet der maksimalt er gået et år mellem kræftdiagnosen og genoptræningsplanen. Valget af det relativt lange tidsrum på et år skyldes, at det forekommer, at patienter indgår i et langt behandlingsforløb, som betyder, at der går lang tid fra diagnosetidspunktet til tidspunktet, hvor genoptræningsplanen registreres i forbindelse med, at patienten udskrives fra sygehuset.

Ved opslag i cancerregisteret (NORDCAN) kan der findes mindre afvigelser fra de incidenstal, der anføres i denne rapport. Det skyldes registertekniske forhold. Afvigelsen er set i forhold til rapportens formål ubetydelig (< 1 procent). Derfor vil de beregnede andele af kræftpatienter, hvortil der er registreret en genoptræningsplan, være robuste angivelser.

### Overvurderer omfanget af genoptræningsplaner

- 1) Det er ikke registerteknisk muligt at afgøre, om det er kræftdiagnosen, der har udløst genoptræningsplanen. Genoptræningsplanen kan også være udløst af anden sygdom, som patienten har haft inden for et år efter cancerdiagnosen. Op mod 4 ud af 5 kræftpatienter har også andre diagnoser.
- 2) Der er gengangere i incidenspopulationen (Cancerregistret). Det vil sige personer, der er diagnosticeret med kræft inden for et kalenderår. Det skyldes, at skønsmæssigt 3 procent får stillet to eller flere kræftdiagnoser inden for samme kalenderår. Det kan i sjældne tilfælde betyde, at samme kræftpatient er dobbeltregistreret og har to genoptræningsplaner. Det er en fejlkilde, som ikke vurderes at have indflydelse på rapportens konklusioner om andelen af kræftpatienter, hvortil der registreres en genoptræningsplan i forbindelse med udskrivning fra sygehuset.

De første af de to ovenstående forhold kan betyde, at de tal, der offentliggøres i denne rapport, overvurderer genoptræningsomfanget rettet mod kræftpatienter, der udskrives fra sygehus. Det skyldes, at det forventeligt ikke er alle genoptræningsplaner modtaget af kræftpatienter, der udløses af en kræftdiagnose. Kræftpatienten kan i samme tidsrum have haft konkurrerende lidelser, der udløser genoptræningen.

Denne overvurdering vurderes imidlertid at være beskeden. Den konklusion nås på baggrund af kørsler i det daværende Staten Serum Institut, hvor et udsnit af de, der indgår i denne undersøgelse, samtidigt er blevet undersøgt for, hvorvidt de inden for samme periode har fået diagnoser, der hyppigt udløser en genoptræningsplan (hjertesygdomme og nyt knæ/hofte). Det drejede sig om få personer.

Det er ikke registerteknisk muligt at se, hvilken diagnose, der udløser genoptræningen.

### **Kvalitetssikring af data**

Datamaterialet er gennemgået med henblik på verificering/kvalitetssikring. I de tilfælde, hvor der er konstateret store forskelle fra det ene år til det næste, er regionen/sygehuset kontaktet for at finde forklaringer på disse forskelle. I den forbindelse er der blotlagt fejlregistreringer på et sygehus, som har betydet, at datamaterialet efterfølgende er blevet korrigeret. Sygehuset har efterfølgende ændret registreringspraksis.

### **Anvendte registre:**

Cancerregisteret (CAR)

Landspatientregistreret (LPR)

**Datatype:** Aggregeret udtræk.

### **Population:**

Forskerservice I Sundhedsdatastyrelsen danner populationen.

### **Afgrænsning af population:**

Grundpopulationen dannes ud fra CAR, og består af alle personer, der er registreret i Cancerregistret inden for det specificerede år (se under periode) - ekskl. alm. hudkræft (C44 inkl. underniveauer). Endvidere ekskluderes alle registreringer i henhold til, hvordan cancerincidens ellers udregnes, dvs. der medtages kun dem i c\_diaggr\_icd10, der er mindre end 200 og kommunekoden begrænses til at ligge i intervallet 100 til 861 (altså danske kommuner). Hver patient vil fremgå det antal gange, patienten er registreret på forskellige datoer. Hvis en patient er registreret med mere end én diagnose på samme dato, vil det være tilfældigt, hvilken diagnose der medtages.

Grundpopulationen tjekkes op i mod LPR for at se, om cancerpatienterne har fået udarbejdet en genoptræningsplan inden for 365 dage efter diagnosedatoen i CAR. Udarbejdelse af genoptræningsplan defineres som kode ZZ0175 (inkl. Underniveauer) i variabelen c\_opr i tabellen t\_sksube.

Patienten medtages kun i opgørelser, hvis der er registreret en genoptræningsplan inden for 365 dage efter diagnosedatoen. Alle kræftpatienter, der har modtaget mindst én genoptræningsplan inden for 365 dage efter en kræftdiagnose, indgår i statistikken med én genoptræningsplan for hver kræftdiagnose uanset hvor mange genoptræningsplaner, patienten har registreret. Det vil sige, hvis en patient står registreret med f.eks. to kræftdiagnoser inden for samme år i CAR og blot én genoptræningsplan (der ligger inden for 365 dage efter begge kræftdiagnoser), så vil patienten indgå med én genoptræningsplan for hver kræftdiagnose. Dette skyldes, at det ikke er muligt at fastlægge hvilken diagnose, der ligger til grund for genoptræningsplanen, og kræftdiagnoserne kan ligge tæt på hinanden, så det i princippet lige så godt kan være den ene som den anden. Endvidere kan genoptræningsplanen muligvis henvise til begge diagnoser, hvis det er en mere generel genoptræning efter f.eks. kemobehandling.

Det vil altid være den genoptræningsplan, der ligger tættest på en given kræftdiagnose, der tæller med i opgørelserne uanset hvor mange genoptræningsplaner, der er registreret. For en patient, der er registreret med to kræftdiagnoser i CAR inden for samme år, men flere genoptræningsplaner inden for 365 dage efter begge, gælder: Hvis den samme genoptræningsplan ligger tættest på begge kræftdiagnoser, vil det være denne, der indgår i opgørelserne for begge kræftdiagnoser. Hvis det er to forskellige genoptræningsplaner, der hhv. ligger tættest på den ene og den anden, så vil det være to forskellige genoptræningsplaner, der indgår i opgørelserne.

**Afgrænsning af udtræk:**

Der tjekkes efter, om patienten har fået udarbejdet en genoptræningsplan i alle populationens kontakter i LPR, inklusiv uafsluttede ambulante kontakter - fra offentlige såvel som private sygehuse. Dog er der ikke tjekket i psykiatriske kontakter.

Kræftdiagnoserne opdeles i grupper:

<u>ICD-10</u>	<b>Gruppebetegnelse</b>
C00 - C14, C30 - C32	<b>Hoved, hals m.v.</b>
C15 - C17	<b>Mave</b>
C18 - C21	<b>Tyk- og endetarm</b>
C22 - C25	<b>Lever, galde og bugspytkirtel</b>
C33-34, C38.4+C45.0	<b>Lunge inkl. lungehinde</b>
C40-41, C49+C46.1	<b>Knogle og bindevæv</b>
C50	<b>Bryst</b>
C51-56, C57.0-4, 7-9, C58	<b>Kvindelige kønsorganer</b>
C43	<b>Modermærke</b>
C60 - 61, C63	<b>Prostata og andet mandlig kønsorgan ekskl. testikel</b>
C64	<b>Nyre</b>
C65-68+D09.0+D41.4	<b>Blære og andre urinveje</b>
C69	<b>Øje</b>

C70-72+D32-33+D42-43	Hjerne og centralnervesystem
C81 - 85, C96	Lymfomer
C82-85,C96	
C90 – 95, C91-95\C9X.0.	Leukæmi
Resterende (ekskl. C44 og c_icd10grp er 200 eller større)	Anden kræft

**Periode:** Der afgrænses på diagnosedatoen i CAR, således at der trækkes data fra seneste år i CAR. Dvs. i 2018 leveres for 2016, i 2019 leveres for 2017 osv.

#### Data leveret af Sundhedsdatastyrelsen:

1. Antallet af personer, der kan placeres i en af de oplyste kræftdiagnosegrupper og samtidig har modtaget en genoptræningsplan inden for 365 dage, fordelt på cancerdiagnosealder. (Hvis en person er registreret med mere end én cancerdiagnose i det specificerede år, vil personen indgå flere gange).
  - a. Antallet af personer, der kan placeres i en af de oplyste kræftdiagnosegrupper og samtidig har modtaget en genoptræningsplan inden for 365 dage, fordelt på cancerdiagnosealder og de oplyste kræftdiagnosegrupper. (Hvis en person er registreret med mere end én cancerdiagnose i det specificerede år, vil personen indgå flere gange).
2. Antallet af personer, der kan placeres i en af de oplyste kræftdiagnosegrupper og samtidig har modtaget en genoptræningsplan inden for 365 dage, fordelt på køn. (Hvis en person er registreret med mere end én cancerdiagnose i det specificerede år, vil personen indgå flere gange)
  - a. Antallet af personer, der kan placeres i en af de oplyste kræftdiagnosegrupper og samtidig har modtaget en genoptræningsplan inden for 365 dage, fordelt på køn og de oplyste kræftdiagnosegrupper. (Hvis en person er registreret med mere end én cancerdiagnose i det specificerede år, vil personen indgå flere gange)
3. Antallet af personer, der kan placeres i en af de oplyste kræftdiagnosegrupper og samtidig har modtaget en genoptræningsplan inden for 365 dage, fordelt på de oplyste kræftdiagnosegrupper. (Hvis en person er registreret med mere end én cancerdiagnose i det specificerede år, vil personen indgå flere gange)
4. Antallet af personer, der kan placeres i en af de oplyste kræftdiagnosegrupper og samtidig har modtaget en genoptræningsplan inden for 365 dage, fordelt på de oplyste kræftdiagnosegrupper og type af genoptræning. (Hvis en person er registreret med mere end én cancerdiagnose i det specificerede år, vil personen indgå flere gange)
  - a. Antallet af personer, der kan placeres i en af de oplyste kræftdiagnosegrupper og samtidig har modtaget en genoptræningsplan inden for 365 dage, fordelt på type af genoptræning. (Hvis en person er registreret med mere end én cancerdiagnose i det specificerede år, vil personen indgå flere gange)
5. Antallet af personer, der kan placeres i en af de oplyste kræftdiagnosegrupper og samtidig har modtaget en genoptræningsplan inden for 365 dage, fordelt på de oplyste kræftdiagnosegrupper og geografi i forhold til sygehusregion, behandlende sygehus,

bopælskommune og bopælsregion på det tidspunkt genoptræningsplanen er udskrevet på. (Hvis en person er registreret med mere end én cancerdiagnose i det specificerede år, vil personen indgå flere gange)

- a. Antallet af personer, der kan placeres i en af de oplyste kræftdiagnosegrupper og samtidig har modtaget en genoptræningsplan inden for 365 dage, fordelt på de oplyste kræftdiagnosegrupper og sygehusregion. (Hvis en person er registreret med mere end én cancerdiagnose i det specificerede år, vil personen indgå flere gange)
- b. Antallet af personer, der kan placeres i en af de oplyste kræftdiagnosegrupper og samtidig har modtaget en genoptræningsplan inden for 365 dage, fordelt på de oplyste kræftdiagnosegrupper og behandlende sygehus. (Hvis en person er registreret med mere end én cancerdiagnose i det specificerede år, vil personen indgå flere gange)
- c. Antallet af personer, der kan placeres i en af de oplyste kræftdiagnosegrupper og samtidig har modtaget en genoptræningsplan inden for 365 dage, fordelt på de oplyste kræftdiagnosegrupper, bopælskommune og bopælsregion på det tidspunkt genoptræningsplanen er udskrevet på. (Hvis en person er registreret med mere end én cancerdiagnose i det specificerede år, vil personen indgå flere gange)

Desuden leverer Sundhedsdatastyrelsen for hvert år en opgørelse over, hvor mange der er registreret med mere end en cancerdiagnose på forskellige datoer.

#### **Bemærkninger:**

Det er blot muligt at angive sygehusregion for de offentlige sygehuse, men det er kun meget få, der får udarbejdet genoptræningsplaner på private sygehuse.

Behandlende sygehus vil fremgå med sygehusnavn og ikke sygehuskode. Tilsvarende vil patientens bopælskommune og bopælsregion ved genoptræningsplanen fremgå med hhv. kommunenavn og regionsnavn i stedet for kommunekode og regionskode

#### **Metode anvendt ved fremskrivninger**

På baggrund af andelen af kræftpatienter – opgjort på enkeltår – hvortil der er registreret en genoptræningsplan i perioden 2007-2017, er der lavet en lineær fremskrivning for perioden 2018-2025.

Det er naturligvis forbundet med usikkerhed at fremskrive til 2025 på baggrund af data, der vedrører perioden 2007 til 2017. Navnlig når det tages i betragtning, at andelen med en genoptræningsplan har været noget svingende i perioden. Der er anvendt en lineær fremskrivning.



## Litteraturliste

- Adamsen L et al. Effect of a multimodal high intensity exercise intervention in cancer patients undergoing chemotherapy: randomised controlled trial. *BMJ* 2009
- Armes J et al. Patients' Supportive Care Needs Beyond the End of Cancer Treatment: A Prospective, Longitudinal Survey. *JCO* 2009; 36:6172-79.
- Hodgkinson K, Butow P, Hung GE, et al: Breast cancer survivors' supportive care needs 2-10 years after diagnosis. *Support Care Cance*, 2007
- Hodgkinson K. Butow P, Fuchs A, et al: Longterm survival from gynaecological cancer: Psychosocial outcomes, supportive care needs and positive outcomes. *Gynecol Oncol*, 2007
- Kræftens Bekæmpelse. Kræftramtes behov og oplevelser gennem behandling og i efterforløbet - Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse, 2013 – Temarapport om genoptræning. *Kræftens Bekæmpelse*, 2013.
- Silver JK, Baima J. Cancer prehabilitation. An opportunity to decrease treatment-related morbidity, increase cancer treatment options, and improve physical and psychological health outcomes. *Am J Phys Med Rehabil* 2013; 92:715-727.
- Sundhedsstyrelsen. Rehabilitering efter brystkræft, tyk- og endetarmskræft og prostatakkræft. En medicinsk teknologivurdering, 2010. Sundhedsstyrelsen, 2010.
- Vilstrup H et al. Participation in cancer rehabilitation and unmet needs: a population-based cohort study. *Nov.2011:2913-24*.