

LITTERATUR

- Berliner H. Medical modes of production. I: Wright P, Treacher A (eds.). The problem of medical knowledge. Edinburgh: Edinburgh University Press, 1982;162-73.
- Berg O. Medisinens logikk. Oslo: Universitetsforlaget, 1987.
- Vallgård S. Sygehuse og sygehuspolitik i Danmark. København: Jurist- og økonomiforbundets forlag, 1992.
- Foucault M. Klinikens fødsel. København: Hans Reitzels Forlag, 2000.
- Helman CG. Culture, health and illness. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1994.
- Wulff HR, Pedersen SA, Rosenberg R. Medicinsk filosofi. København: Munksgaard, 1997.
- Kuhn TS. Videnskabens revolutioner. København: Fremads Forlag, 1973.
- Wulff HR, Gøtzsche PC. Rational klinik - evidensbaserede diagnostiske og terapeutiske beslutninger. 4 ed. København: Munksgaard Danmark, 2006.
- Freidson E. Profession of medicine. USA: Dodd, Mead & Company, 1988.
- Strauss AL, Fagerhaugh S, Suczek B et al. Social organisation of medical work. New Jersey: Transaction Publishers, 1997.
- Wright P, Treacher A (eds.). The problem of medical knowledge. Examining the social construction of medicine. Edinburgh: Edinburgh University Press, 1982.
- Latour B, Woolgar S. Laboratory life: The construction of scientific facts. New Jersey: Princeton University Press, 1986.
- Atkinson P. Discourse, descriptions and diagnoses: Reproducing normal medicine. I: Lock M, Gordon DR (eds.). Biomedicine examined. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1988:179-204.
- Mol A. The body multiple: ontology in medical practice. Durham and London: Duke University Press, 2002.
- Launsø L, Gannik DE. The need for revision of medical research designs. I: Gannik DE, Launsø L (eds.). Disease, knowledge, and society. Frederiksberg: Samfundslitteratur, 2000:243-62.
- Sismondo S. An introduction to science and technology studies. Oxford: Blackwell Publishing, 2004.
- Vallgård S. Vækst og specialisering i det danske sygehusvæsen. Samfundskøkonomien 1993;5:23-9.
- Koenig BA. The technological imperative in medical practice: The social creation of a "routine" treatment. I: Lock JD, Gordon DR (eds.). Biomedicine examined. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1988:465-98.
- Lock M, Gordon DR. Biomedicine examined. Dordrecht/Boston/London: Kluwer Academic Publishers, 1988.
- Sundström Per. Icons of disease. A philosophical inquiry into the semantics, phenomenology and ontology of the clinical conceptions of disease. Linköping: Linköping University, 1987.
- Gannik DE. Virkelighed, teorier og metode i sygdomsforskningen. Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund 2008;9:33-52.
- Socialstyrelsen. Allmänmedicinens bidrag till effektiv resursanvändning i hälso- och sjukvården. Et litteraturstudie över primärvårdens kostnader och kvalitet i Sverige och andra länder. Sverige: Socialstyrelsen, 1999.
- Lægepopulationen og lægepraksispopulationen 1977-2009. København: PLO, 2009.
- Boerma GW, Fleming DM. Framework for professional and administrative development of general practice/ family medicine in Europe. København: WHO Europe, 1998.
- Allen J, Gay B, Crebolder H et al. The European definition of general practice/ family medicine. Barcelona: Wonca Europe, 2002.
- Mabeck CE, Moltke A, Schulsinger C et al. Debatoplæg om kernefunktionen i almen praksis. København: PLO, DSAM, 2000.
- McWhinney IR. A textbook of family medicine. Oxford: Oxford University Press, 1997.
- Mechanic D, Volkart EH. Illness behavior and medical diagnoses. J Health Hum Behav 1960;1:86-94.
- Gannik DE. Social sygdomsteori - et situationelt perspektiv. København: Forlaget Samfundslitteratur, 2005.
- Verbrugge LM, Ascione FJ. Exploring the iceberg. Common symptoms and how people care for them. Med Care 1987;25:539-69.
- Young JT. Illness behaviour: a selective review and synthesis. Sociology of Health & Illness 2004; 26:1-31.
- Malterud K. Symptoms as a source of medical knowledge: Understanding medically unexplained disorders in Women. Fam Med 2000;32:603-11.
- Rosendal M, Olesen F, Fink P. Management of medically unexplained symptoms. BMJ 2005;330:4-5.
- Mabeck CE. Lægen og patienten - patientcentreret medicin i teori og praksis. København: Munksgaard, 1994.
- Olesen F, Vedsted P. Family medicine should redefine its essential attributes. I: Buetow SA, Kenealy T (eds.). Ideological debates in family medicine. New York: Nova Biomedical Books, 2007:13-23.
- Malterud K. Allmenmedisinens mandat og kompetanse. Utposten 1992;21:309-11.
- Vedsted P, Olesen F, Hollnagel H et al. Almen lægepraksis i Danmark. Om funktion, love, administration og udvikling. København: Månedsskrift Prakt Lægegerg; 2005.
- Svendsen I. Lægers og patienters sygdomsbegreber. I: Hollnagel H, Nørrelund N, Schroll H (eds.) Almene helbredsproblemer en lærebog i almen medicin. København: FADL, 1992.
- Starfield B. Primary care: Balancing health needs, services and technology. Oxford: Oxford University Press, 1998.
- Gannik D, Frimodt-Møller B, Heldrup J et al. Diagnostik og behandling i almen praksis. Praktiserende lægers holdninger I og II. Ugeskr Læger 1989;151:161-72.

Genoptræning efter brystkræftkirurgi

Lise Kronborg Poulsen¹, Nina Høgdal¹, Lisbeth Villemoes Sørensen¹ & Henrik Kehlet²

De postoperative følger efter operation for og behandling af brystkræft, herunder smerter, lymfødeme, nedsat skulderbevægelighed og vævspåvirkning, er veldokumenterede [1] i lighed med den gavnlige effekt af fysioterapeutisk behandling [2, 3]. Resultater fra nyere studier viser tillige, at der ved tidlig genoptræningsindsats umiddelbart efter drænfjernelse er tendens til at opnå en forbedret skulderfunktion [4, 5]. Styrketræning har – stik mod tidligere anbefalinger – vist sig ikke at øge risikoen for lymfødeme, men har derimod en positiv effekt på selvrapporeret méngrad og muskelstyrke [6]. Endvidere er det påvist, at opstartstidspunktet er uden betydning for udvikling af lymfødeme, og at strålebehandling, der ikke

inkluderer armhulen, kun har begrænset betydning for påvirkning af skulderfunktionen [1, 4, 5]. I en undersøgelse fra 2005 ser holdtræning dog ud til at have en positiv effekt på forekomsten af nedsat skulderfunktion.

Denne effekt er mere udpræget blandt mastektomerede end blandt kvinder, der er opereret med brystbevarende teknik [7]. Imidlertid er der i dag stadig kun sparsom evidens for valg af den eksakte, optimale fysioterapeutiske behandling efter de forskellige operationer og behandlingstiltag [8, 9]. Således konkluderede man i en oversigt fra 2009, i hvilken man havde inddraget 5.219 studier med fokus på *return to work*, at de anvendte metoder ikke gav mulighed for

STATUSARTIKEL

- Klinik for Ergo- og Fysioterapi, Rigshospitalet, og
- Enhed for Kirurgisk Patofysiologi, Rigshospitalet



Udspændingsøvelse efter brystkræftoperation.

at belyse den specifikke effekt af fysioterapi hos brystkræftopererede [10].

BAGGRUND

I Danmark opereres ca. 4.000 kvinder årligt for brystkræft. 30-50% af de brystopererede kvinder oplever postoperative senfølger, som efter de kirurgiske indgreb og efterbehandlingsregimer påvirker patienterne i form af smerter, hævelse i arm og armhule samt nedsat skulderfunktion [8, 11-13]. Brystkræftkirurgien har udviklet sig gennem de seneste ti år i retning af mere skånsomme kirurgiske teknikker som brystbevarende kirurgi (BCS) og excision af *sentinel node* (SN) i modsætning til den tidligere overvejende brug af fuld aksilrømning [14]. Vejen til hurtigt reetablering af det forventede funktions- og aktivitetsniveau er således banet, og derfor er viden om effekten og nødvendigheden af efterfølgende genoptræningsforløb væsentlig.

De nye operationsteknikker og den kortere indlæggelsestid samt en højere grad af ambulat efterbehandling med kemo- og/eller stråleterapi har medført mindre koncentrerede og ofte ikkespecialiserede fysioterapeutiske behandlingsforløb. Konsekvenserne af disse ændringer i rehabiliteringen af brystopererede for udviklingen af senfølger er imidlertid sparsomt belyst, og der foreligger kun begrænset evidens for, hvilken form for genoptræning eller fysioterapi, der er optimal.

FYSIOTERAPI TIL BRYSTOPEREREDE I DANMARK IFØLGE SUNDHEDSLOVEN

I Sundhedsstyrelsens grundlag for pakkeforløb til brystkræftopererede (2007) anbefales det, at fysioterapeuten konsulterer patienten præoperativt samt postoperativt, at der inden udskrivelse udfærdiges en genoptræningsplan, at holdtræning påbegyndes 2-4 uger postoperativt, og yderligere skal der gives mulighed for individuel behandling, hvor det skønnes

nødvendigt, samt mulighed for træning i varmtvandsbassin [15]. Det anbefales endvidere, at patienten kontaktes af en fysioterapeut inden påbegyndelse af strålebehandling samt to og otte uger efter afsluttet strålebehandling. Fysioterapeuten skal være gennemgående, og tilbuddet bør gælde alle brystopererede uanset operationsteknik og efterbehandling. Fysioterapi nævnes som et udviklingsområde, men der findes ingen nationale retningslinjer for genoptræning af brystopererede. Seneste nyt om rehabilitering for kræftpatienter er beskrevet i Sundhedsstyrelsens publikation om pakkeforløb fra november 2009. Det er en generel retningslinje for sammenhæng i rehabilitering, men i den gives der ingen anbefalinger angående rehabiliteringsindsatsens faglige indhold [16-18].

I tilfælde, hvor der efter et lægefagligt skøn er behov for genoptræning efter udskrivelse, er kommunerne i dag forpligtet til at tilbyde patienten vederlagsfri, almen, ambulat genoptræning jævnfør sundhedslovens afsnit IX, kapitel 39, §§ 84 og 140. Hvis det derimod efter lægefagligt skøn er nødvendigt med inddragelse af sygehusets ekspertise i det postoperative genoptræningsforløb, er sygehuset forpligtet til at tilbyde patienten specialiseret, ambulat genoptræning (jf. Bekendtgørelse nr. 1266 af 5/12/2006, § 2, stk. 3 og 4).

Formålet med denne statusartikel er at vurdere, hvorvidt de eksisterende genoptræningstilbud efter operation for brystkræft i Danmark lever op til kravene i de foreliggende pakkeforløb, og hvorvidt de er i overensstemmelse med den aktuelle evidens. Endvidere diskuteres den fremtidige indsats på området.

AKTUEL STATUS I DANMARK

Undersøgelsen blev foretaget på landets opererende sygehuse samt i udvalgte kommuner ved hjælp af et spørgeskema, der var konstrueret ud fra tilsvarende undersøgelser, som tidligere er gennemført efter knæalloplastik. Formålet var at undersøge, hvilken præoperativ og postoperativ genoptræning der tilbydes brystopererede patienter [9] (Figur 1).

RESULTATER

I alt 16 hospitaler blev kontaktet, hvoraf 11 svarede (69%). Endvidere blev 25 kommuner kontaktet, hvoraf 16 returnerede besvarelser (64%). Fem kommuner i hver af de regioner, der varetager almen genoptræning af brystopererede, blev udvalgt – den største, den mindste og de mellemste målt på indbyggertal. De kommunale træningscentre i disse kommuner modtog et spørgeskema med henblik på kortlægning af det aktuelle genoptræningstilbud.



FAKTABOKS

Karakteristika for rehabilitering på brystkræftområdet

Den igangværende udvikling af operationsteknikker og indlæggelsesforløb har indflydelse på det fysioterapeutiske rehabiliteringstilbud og ændrer muligvis behovet for fremtidig indsats til brystkræftopererede.

Tilbud om genoptræning er i dag uensartede på landsplan, hvad angår varighed, omfang og indhold, og tilbuddene lever ikke op til indholdet i det anbefalede pakkeforløb.

Den nye praksis med udlægning af genoptræningsområdet til kommunerne bevirker ofte en senere opstart af almen genoptræning, end den tidligere specialiserede indsats gjorde.

Evidens på det fysioterapeutiske område efterspørges, og forskning i evidensbaseret fysioterapi til rehabilitering på brystkræftområdet bør derfor have en central rolle i planlægningen af den fremtidige forskningsindsats.

Spørgeskemaet blev konstrueret ud fra spørgsmål, der var relateret til erfaringsbaseret klinisk praksis, litteraturgennemgang og de pakkeforløb, der findes på området i dag. Deltagerne blev kontaktet telefonisk og herefter fremsendtes elektronisk spørgeskema og information om undersøgelsen.

Præoperativ instruktion blev tilbudt 18% af patienterne, og samtlige patienter blev instrueret i hjemmeøvelsesprogram under indlæggelsen. Samtlige patienter med BCS + aksildissektion samt alle mastektomerede patienter fik udleveret genoptræningsplaner. Blandt patienter med BCS med negativ SN fik 73% genoptræningsplaner.

Hospitalernes specialiserede genoptræning påbegyndtes < 4 uger postoperativt hos 46% af de patienter, der var behandlet med BCS, og som havde negativ SN og hos 64% af de BCS + aksildissekerede samt mastektomerede patienter (Tabel 1). Hospitalerne tilbød postoperativ kontrol som et led i en specialiseret genoptræning i 55% af tilfældene. Af de patienter, der blev set til kontrol på hospitalet, fik 45-100% en genoptræningsplan.

Den kommunale, almene genoptræning påbegyndtes for 83% af patienterne > 4 uger postoperativt. Ca. 50% af genoptræningen pauseredes under strålebehandling (Tabel 1).

Almen genoptræning blev tilbudt 1-100% af patienterne, og syv (44%) af de adspurgte hospitaler tilbød fortsat patienterne specialiseret genoptræning. Kun to hospitaler sendte samtlige patienter til almen genoptræning. Patienterne blev tilbudt både holdtræning, individuel træning og behandling i form af f.eks. manuel behandling. Det specialiserede genoptræningstilbud på hospitalerne var fordelt med 27% på holdtræning, 64% på individuel træning og 82% på individuel behandling. Det almene genoptræningstilbud var fordelt med 65% på holdtræning, 71% på individuel træning og 71% på individuel behandling.

Træningsindholdet varierede betydeligt for såvel specialiseret genoptræning som for almen genoptræning (Tabel 1). Varigheden af det samlede genoptræningstilbud og hver enkelt træningssession varierede ligeledes betydeligt for både almen og specialiseret genoptræning (1-80 sessioner og 30-90 min pr. gang).

DISKUSSION OG FREMTIDIG STRATEGI

I den foreliggende undersøgelse, der omfatter et bredt, repræsentativt udsnit af landets genoptræningssteder, var svarprocenten kun ca. 65%, hvilket ikke er optimalt, men alligevel illustrerer resultaterne områdets problematik og behov for fremtidig systematisering.



FIGUR 1

Spørgeskema.

| |
|--|
| <i>Spørgsmål til sygehusets afdelingsfysioterapeut på den brystkirurgiske afdeling, som stod for brystoperationerne</i> |
| Instrueres patienterne præoperativt? |
| Instrueres patienterne i et øvelsesprogram under indlæggelsen? |
| Hvilken ambulant genoptræning sender I patienterne til? |
| Hvor stor andel af patienterne sendes til almen/specialiseret/ingen genoptræning? |
| Hvornår påbegyndes genoptræning? |
| Hvis patienterne ikke tilbydes ambulant genoptræning, tilbydes de da postoperativ kontrol? |
| Hvis ja, hvornår/hvor mange gange? |
| Tilbydes patienterne både postoperativ kontrol og genoptræning? |
| Hvor stor andel patienter sendes til de respektive genoptræningsmuligheder i forbindelse med ambulante kontroller? |
| Hvad er de typiske udløsende årsager (smerte, funktionsindskrænkning, hævelse/lymfødem)? |
| Hvilke trænings/behandlingstilbud har I (holdtræning/individuel træning/individuel behandling)? |
| Træningsindhold (styrke, udholdenhed, udspænding, balance, arvævsbehandling, venepumpeøvelser, bassin, andet)? |
| Gennemsnitlig varighed af træningstilbuddet (antal gange/antal minutter)? |
| I tilfælde af individuelt behandlingstilbud, hvad består dette da af? |
| Gennemsnitlig varighed af behandlingstilbuddet? |
| <i>Spørgsmål til den fysioterapeut i det kommunale genoptræningscenter, som stod for ambulant genoptræning af brystopererede patienter ifølge genoptræningsplan fra det opererende sygehus</i> |
| Hvilke trænings/behandlings tilbud har I (holdtræning/individuel træning/individuel behandling)? |
| Træningsindhold? |
| Gennemsnitlig varighed af træningstilbuddet? |
| Hvis individuelt behandlingstilbud – hvad består dette da af? |
| Gennemsnitlig varighed af behandlingstilbuddet? |
| Hvornår påbegyndes evt. genoptræning? |

Den begrænsede evidensbaserede litteratur om effekten af genoptræning efter operation og behandling for brystkræft er i overensstemmelse med resultaterne i denne undersøgelse, som påviser, at der er stor variation i genoptræningsindhold, starttidspunkt, udvalg og varighed samt omfang. Endvidere viser resultaterne et uensartet tilbud, der i maj 2009 på landsbasis stadig ikke levede op til anbefalingerne fra 2007, hvad angår tidspunkt for træningsstart i forhold til optimerede indlæggelsesforløb, indhold af træning, fortsættelse af træning under strålebehandling, hyppighed, varighed samt træning og behandling i relation til den specifikke operationstype og efterbehandling.

Resultaterne fra en undersøgelse fra 2008 om genoptræningstilbud til kvinder, der var opereret for brystkræft, viste, at ca. 65% fik en skriftlig genoptræningsplan, skriftligt materiale om øvelser til brug hjemme samt personlig instruktion ved fysioterapeut efter operationen [19].

Resultater fra danske undersøgelser understøtter dog behovet for videre undersøgelser af differen-



TABEL 1

Procentandelene af patienter, der fik tilbudt specialiseret og almen genoptræning, fordelt på operationstype samt fordeling af træningsindhold i 16 kommuner og på 11 hospitaler.

| | Specialiseret genoptræning | | | | Almen genoptræning | | | |
|------------------------------------|----------------------------|-----------------|-----------|-------|---------------------------|--------------|-----------|-------|
| | starttidspunkt | | hyppighed | | starttidspunkt | | hyppighed | |
| | < 4 uger po. | ≥ 4 uger po. | oftest | altid | < 4 uger po. ^a | ≥ 4 uger po. | oftest | altid |
| <i>Operation</i> | | | | | 17 | 83 | | |
| Lumpektomi + SN | 46 ^b | 19 ^b | | | | | | |
| Lumpektomi + aksil | 64 | 27 | | | | | | |
| Mastektomi + SN | 64 | 27 | | | | | | |
| Mastektomi + aksil | 64 | 27 | | | | | | |
| <i>Træningsindhold^c</i> | | | | | | | | |
| Udspænding | | | – | 100 | | | 62 | 38 |
| Styrketræning | | | 33 | 17 | | | 33 | 33 |
| Arvævsbehandling | | | 17 | 67 | | | 69 | 23 |
| Venepumpeøvelser | | | 17 | 67 | | | 46 | 31 |
| Balancetræning | | | 0 | 17 | | | 42 | 17 |
| Udholdenhedstræning | | | 17 | 17 | | | 58 | 25 |
| Bassintræning | | | 17 | 17 | | | 15 | 0 |

po. = postoperativt; SN = *sentinel node*.

a) Pause under strålebehandling ca. 50% uafhængigt af operation. b) Andel af patienterne der fik tilbudt genoptræning.

c) Træningsindhold uanset starttidspunkt for træning.

tierede rehabiliteringsforløb til patienter, der er behandlet med forskellige operationstyper og former for efterbehandling [10, 14, 20].

KONKLUSION

Det konkluderes, at anbefalingerne for genoptræning efter operation for brystkræft bør undersøges nærmere og relateres til operationstype og efterbehandling i videnskabeligt regi. Dette er en udfordrende opgave, idet der ikke tidligere er forsket i problemstillingen i kommunalt regi, hvor hele genoptræningsfunktionen nu er placeret. En tværfaglig indsats mellem hospitalssektoren og de kommunale institutioner er derfor påkrævet i den forskningsindsats, som utvivlsomt vil have betydelige kliniske og økonomiske konsekvenser, da indsatsen vil kunne medføre allokering af genoptræningsindsats til relevante patientgrupper.

KORRESPONDANCE: Lise Kronborg Poulsen, Fysioterapien, Rigshospitalet, 2100 København Ø. E-mail: lise.kronborg.poulsen@rh.regionh.dk

ANTAGET: 18. maj 2010

FØRST PÅ NETTET: 11. oktober 2010

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

- Lee TS, Kilbreath SL, Refshauge KM et al. Prognosis of the upper limb following surgery and radiation for breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2008;110:19-37.
- Courneya KS, Segal RJ, Gelmon K et al. Six-month follow-up of patient-rated outcomes in a randomized controlled trial of exercise training during breast cancer chemotherapy. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2007;16:2572-8.
- Torres LM, Yuste Sanchez MJ, Zapico GA et al. Effectiveness of early physiotherapy to prevent lymphoedema after surgery for breast cancer: randomised, single blinded, clinical trial. *BMJ* 2010;340:b5396.
- Bendz I, Fagevik OM. Evaluation of immediate versus delayed shoulder exercises after breast cancer surgery including lymph node dissection – a randomised controlled trial. *Breast* 2002;11:241-8.
- Cinar N, Seckin U, Keskin D et al. The effectiveness of early rehabilitation in patients with modified radical mastectomy. *Cancer Nurs* 2008;31:160-5.
- Ahmed RL, Thomas W, Yee D et al. Randomized controlled trial of weight training and lymphedema in breast cancer survivors. *J Clin Oncol* 2006;24:2765-72.
- Lauridsen MC, Christiansen P, Hessel I. The effect of physiotherapy on shoulder function in patients surgically treated for breast cancer: a randomized study. *Acta Oncol* 2005;44:449-57.
- Nesvold IL, Dahl AA, Lokkevik E et al. Arm and shoulder morbidity in breast cancer patients after breast-conserving therapy versus mastectomy. *Acta Oncol* 2008;47:835-42.
- Holm B, Kehlet H. Genoptræning efter total knæalloplastik. *Ugeskr Læger* 2009;171:691-4.
- Hoving JL, Broekhuizen ML, Frings-Dresen MH. Return to work of breast cancer survivors: a systematic review of intervention studies. *BMC Cancer* 2009;9:117.
- Rietman JS, Geertzen JH, Hoekstra HJ et al. Long-term treatment related upper limb morbidity and quality of life after sentinel lymph node biopsy for stage I or II breast cancer. *Eur J Surg Oncol* 2006;32:148-52.
- Stanton AW, Modi S, Mellor RH et al. Recent advances in breast cancer-related lymphedema of the arm: lymphatic pump failure and predisposing factors. *Lymphat Res Biol* 2009;7:29-45.
- Lauridsen MC, Overgaard M, Overgaard J et al. Shoulder disability and late symptoms following surgery for early breast cancer. *Acta Oncol* 2008;47:569-75.
- Gärtner R, Jensen M-B, Nielsen J et al. Prevalence of and factors associated with persistent pain following breast cancer surgery. *JAMA* 2009;302:1985-92.
- Sundhedsstyrelsen. Pakkeforløb for brystkræft. <http://www.sst.dk> (15. marts 2010).
- Sundhedsstyrelsen. Notat om generelle indsatser vedrørende psykosocial omsorg, pleje og symptomlindring, rehabilitering og palliation i relation til sundhedsfaglige elementer i pakkeforløb for kræft. <http://www.sst.dk>. 21-4-0008 (15. marts 2010).
- Sundhedsstyrelsen. Pakkeforløb på kræftområdet. <http://www.sst.dk> (15. marts 2010).
- Sundhedsstyrelsen. Rehabilitering for kræftpatienter i pakkeforløb. www.sst.dk (15. marts 2010).
- Patientforeningen De Brystopererede (DBO). Krav om ensartede retningslinjer for genoptræning af brystopererede. www.cancer.dk. (15. marts 2010).
- Husted MA, Haugaard K, Soerensen J et al. Arm morbidity following sentinel lymph node biopsy or axillary lymph node dissection: a study from the Danish Breast Cancer Cooperative Group. *Breast* 2008;17:138-47.