

Statusartikel

Ugeskr Læger 2020;182:V08190459

Ambulant opfølgning og rehabilitering af dekompenaseret levercirrose bør være et tværfagligt samarbejde

Malene Barfod O'Connell¹, Lise Hobolth¹, Ane Søgaard Teisner², Mette Lehmann Andersen² & Nina Kimer^{1, 3}

1) Gastroenheden, Medicinsk Sektion, Amager Hvidovre Hospital

2) Afdeling for Mave- Tarm- og Leversygdomme, Herlev Hospital

3) Novo Nordisk Foundation Center for Basic Metabolic Research, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet

Ugeskr Læger 2020;182:V08190459

Levercirrose er en alvorlig sygdom, som rammer 12.000-15.000 personer om året i Danmark. Incidensen er stigende, hvilket skyldes udbredt brug af alkohol og en befolkning, der stiger i levealder og BMI. Fra 1996 til 2005 steg antallet af indlæggelser med diagnosen levercirrose med 2.500 om året [1]. Levercirrose er en multikausal sygdom med et stort spektrum af følgetilstande og symptomer. Sygdommen er ofte fremskreden på diagnosetidspunktet med tegn på dekomensation, såsom ascites, infektion og hepatisk encefalopati, og behandlingen er rettet mod disse komplikationer. Ved dekomensation er prognosen dårlig med en toårsoverlevelse på 50% [2, 3]. Forløbet af levercirrose afhænger af ætiologi, alder, ernæring, socialt netværk og socioøkonomiske faktorer [4, 5], men disse faktorer er dårligt belyst i den danske befolkning. Levertransplantation er det eneste kurative tilbud, men kun en lille andel af patienterne er kandidater til omfattende kirurgi og livslang immunsupprimerende behandling.

HOVEDBUDSKABER

- Der findes ingen rehabiliterende tilbud efter indlæggelse med dekompenaseret levercirrose.
- Standardopfølgning bør som minimum indeholde medicinjustering, vurdering af ascites og hepatisk encefalopati samt ernæringsvejledning få uger efter udskrivelsen.
- En forbedret indsats omkring helhedsorienteret opfølgning, rehabilitering og palliation er nødvendig for at optimere behandlingsforløb ved dekompenaseret cirrose.

Patienter med dekompenaseret levercirrose er i gennemsnit indlagt tre gange om året [6]. Indlæggelserne kan være af ugers varighed og kræver en tværfaglig indsats fra fysioterapi, ergoterapi og plejepersonale og ofte hjemmepleje efter udskrivelsen [7]. 20-57% af de patienter, der er indlagt med dekompenation, genindlægges mindre end 30 dage efter udskrivelsen [6, 8, 9]. Fra et sundhedsøkonomisk perspektiv er det evidenter, at gentagne indlæggelser og genindlæggelser er omkostnings- og ressourcetunge for de involverede afdelinger [10]. Tiltag, der kan nedbringe antallet af genindlæggelser og akutte indlæggelser, er økonomisk rentable, også selvom udgifterne til ambulat kontrol bliver større [11, 12].

Rehabilitering kan defineres som en række indsatser, der støtter det enkelte menneske, som har eller er i risiko for at få nedsat funktionsevne, i at opnå og vedligeholde den bedst mulige funktionsevne [13]. Rehabilitering og patientuddannelse er effektiv forebyggelse mod sygdomsforværring og indlæggelse og anvendes som standardbehandling ved KOL og hjerteinsufficiens i alle regioner i Danmark [14]. Der findes ikke et tilsvarende rehabiliterende tilbud til patienter, der udskrives efter en indlæggelse for levercirrose, og værdien af sådanne forebyggende indsatser er stort set ikke belyst.

Målet med denne artikel er at give et overblik over de nuværende tilbud og den tilgængelige evidens for ambulat opfølgning ved cirrose og anbefale nye muligheder for struktureret rehabilitering af patienter med dekompenaseret levercirrose i det sekundære sundhedsvæsen i Danmark.

DEKOMPENASERET LEVERCIRROSE OG OPFØLGNING

Man har i få internationale studier og kun et enkelt dansk studie adresseret effekten af en målrettet intervention for at løfte patienternes egenomsorg, forbedre autonomi og forebygge genindlæggelser efter alvorlig følgesygdom i forbindelse med levercirrose [11, 12, 15]. Studierne har alle forskellige formål og giver ikke et entydigt billede af, hvilken form for opfølgning patienterne er bedst tjent med, ligesom der heller ikke findes overblik over effekten af sygeplejerskedrevet opfølgning og kontrol ved levercirrose.

I et spansk og et italiensk studie har man undersøgt effekten af standardiseret opfølgning ved læger og sygeplejersker, der var specialiseret i leversygdomme. Opfølgningen bestod af diuretikakontrol, biokemisk kontrol og vejledning om symptomer på dekompenation. Denne

opfølgning nedbragte både udgifterne til indlæggelser og antallet af akutte indlæggelser [11, 16]. I et amerikansk kvalitetssikringsstudie har man afprøvet en simpel tjekliste, der sikrede, at alle patienter blev tilbudt samme medicinske behandling før udskrivelsen. Det nedbragte risikoen for genindlæggelse inden for 30 dage [17]. I et dansk studie fra 2013 undersøgte man effekten af individuel opfølgning efter hepatisk encefalopati ved specialiserede sygeplejersker i en klinik for alkoholisk levercirrose [15]. Det førte til færre genindlæggelser og forbedret overlevelse i behandlingsgruppen. I et australsk studie har man undersøgt effekten af hjemmebesøg en uge efter udskrivelsen, men fandt ingen effekt på risikoen for genindlæggelse [18]. I flere studier har man undersøgt effekten af patientuddannelse i kendskab til symptomer, håndtering af medicin samt egenomsorg og fundet blandede resultater [18, 19].

Der er ikke gennemgående evidens for, at en bestemt type opfølgning eller tilbud virker særligt godt til forebyggelse af indlæggelse eller komplikationer i forbindelse med levercirrose. Siden 2016 har man i et stort svensk studie undersøgt effekten af en sygeplejerskedrevet ambulante klinik for patienter med levercirrose med livskvalitet som primært endemål [20]. Sekundært undersøges effekten af sygepleje på progression af levercirrose, ernæring og sygdomsforståelse. Studiets resultater kan skabe klarhed over værdien af en målrettet sygeplejeindsats.

TILBUD PÅ DANSKE HOSPITALER

For at klarlægge, om der tilbydes ensartet ambulante opfølgning ved cirrose, blev der den 24. juni 2019 sendt flg. spørgsmål til ni mave-tarm- og levermedicinske afdelinger i Østdanmark: 1) Har din afdeling et struktureret tilbud om opfølgning efter indlæggelse med dekomensation eller komplikationer til leversygdom? 2) Er der specifikke sygeplejerskeopgaver i tilbuddet, f.eks. struktureret diuretikakontrol, ernæringskontrol, el.lign.? 3) Har I selekteret visitation til tilbuddet om opfølgning, f.eks. kun efter hepatisk encefalopati, kun alkoholisk cirrose el.lign.? Syv afdelinger svarede, af dem angav seks afdelinger, at de havde et struktureret tilbud om opfølgning efter indlæggelse. På alle seks afdelinger varetog sygeplejersker med særlig interesse for og specialuddannelse i hepatologi den ambulante opfølgning. På én afdeling var der alene patienter med alkoholisk levercirrose i dette tilbud. På alle afdelinger blev behov og indikation for henvisning til det ambulante tilbud vurderet af den behandlende læge. På Herlev Hospital har man påbegyndt et tæt samarbejde med Palliativt Afsnit med månedlige multidisciplinære teamkonferencer med særligt fokus på livskvalitet for både patienter og pårørende. På Køge og Hvidovre Hospitaler planlægger man projekter, hvor man skal vurdere behov for opfølgning, tilpasse tilbud til patienternes behov og styrke samarbejdet med primærsektoren og de kommunale tilbud. På alle afdelinger har man fokus på at minimere genindlæggelser og optimere medicinsk behandling.

PARAMETRE, DER INDGÅR I EFFEKTIV OPFØLGNING AF PATIENTEN MED LEVERCIRROSE

Behandling af levercirrose tager udgangspunkt i symptomlindring af komplikationer og

dekompensation (**Tabel 1**). Udgangspunkter for ambulant opfølgning og opgavefordeling mellem sundhedspersonale er beskrevet i den nationale vejledning fra Dansk Selskab for Gastroenterologi og Hepatologi (2018) [21]. Vægtkontrol, justering af diuretika og laksantia, titrering af betablokerende behandling samt ernæringsvejledning kan varetages af en specialuddannet sygeplejerske i samråd med en læge (**Tabel 2**). Patienter, der er i ernæringsterapi, kan vurderes for sarkopeni med måling af håndgrebsstyrke eller timed Up'n Go test (**Figur 1**) [22]. Ved osteopeni og nedsat muskelstyrke overvejes tilskud med forgrenede aminosyrer. Kosttilskud ordineres på såkaldte »grønne recepter«, som underskrives af lægen. Vurdering af den kognitive funktion, særligt hos patienter med tidligere hepatisk encefalopati eller patienter, der er i risiko for at få minimal hepatisk encefalopati, kan foretages med simple test, som tager mindre end 20 minutter at gennemføre [23]. Ambulant opfølgning indeholder også procedurer som blodprøvetagning, bedside-ultralydskanning til undersøgelse for ascites, terapeutisk og diagnostisk paracentese samt intravenøst givet albumintilskud, jerntilskud, blodtransfusion og lignende ved behov [21].

TABEL 1 / Kliniske karakteristika ved cirrose. Tilrettet efter EASL clinical practice guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis.

Cirrosetype	Kliniske kendetegn	Anvendt terapi
Kompenseret	Træthed, nedsat appetit, let påvirket biokemi Kan være asymptomatisk Cirrose påvist med ultralydskanning eller CT af leveren	Ingen
Dekompenseret	Tilkomst af ascites Hepatisk encefalopati Ikkeblødende varicer i øsofagus Blødning fra varicer i øsofagus Sarkopeni Hyponatriæmi Spontan bakteriel peritonitis Andre bakterielle infektioner Kronisk nyresvigt Hepatorenalt syndrom	Spirolacton og furosemid Lactulose og rifaximin Propranolol eller carvedilol Terlipressin og endoskopisk banding Forgrenede aminosyrer Saltrestriktion Ciprofloxacin Antibiotika efter mikrobiologi Albumininfusion Albumin- og terlipressininfusion

TABEL 2 / Ambulant opfølgning af cirrose og arbejdsdeling mellem læge og sygeplejerske^a.

Symptomområde	Lægeopgaver	Mulig uddelegering til sygeplejerske ^b
Ascites	Behandlingsindikation	Diuretikatitrering ^c Bestilling af blodprøvekontrol Paracentese
Øsofagusvaricer	Behandlingsindikation	Optitrering af betablokker: propranolol eller carvedilol efter skema ^c
Hepatisk encefalopati	Behandlingsindikation Gennemgang af mulige differentialdiagnoser Behandling med rifaximin/forgrenede aminosyrer besluttet ved læge Evt. nedlæggelse af kørselsforbud besluttet ved læge	Psykometrisk testning Svarafgivelse på psykometriske test og udlevering af patientinformation herom ^c Generel information om hepatisk encefalopati, råd til pårørende, ernæringsvejledning Opstart og optitrering af lactulose Opfølgende samtaler til sikring af kompliance Kommunikation og information til hjemmepleje
Ernæring, sarkopeni og træning	Behandlingsindikation Ernæringsrecept	Ernæringscreening, sarkopenivurdering Ernæringsbehandling samt opfølgning kan uddelegeres til diætist
Palliation og sektorovergange	Behandlingsindikation Inddragelse af palliative afdelinger ved komplekse forhold ^d Udfydelse af attester til kommune	Kommunikation mellem sektorer Tovholderfunktion på palliative forløb

a) Tilrettet efter [21].

b) Uddelegering af opgaver bør følge lokale retningslinjer og [21].

c) I [21] er der angivet opmærksomhedsgrænser, som bør medføre vurdering ved læge.

d) Samarbejdet afhænger af lokale forhold.

FIGUR 1 / I den ambulante opfølgning af patienter med levercirrose bør der ud over de »klassiske« lægeopgaver som medicinsk behandling og kontrol indgå ernæringsvejledning, vurdering af muskelstyrke samt inddragelse af pårørende, patientuddannelse og tværsektoriel kommunikation.



Gengivet med tilladelse fra patienten.

SUPPLERENDE TILTAG MED HENBLIK PÅ REHABILITERING VED CIRROSE

Et formaliseret samarbejde om palliation og rehabilitering faciliteret af læger og plejepersonale bør tilstræbes i samråd med patienterne og de pårørende [21]. Sundhedsstyrelsen anbefaler palliation til alle med livstruende sygdom, uanset diagnose og alder, inklusive samtaleforløb om behandlingen og plejen [24]. Nye screeningsredskaber som Short Physical Performance Battery eller Frailty score til vurdering af fysisk formåen og skrøbelighed kan muligvis forbedre vores viden om patienter, som er i risiko for dekomensation og har behov for tæt opfølgning [25]. Fysisk træning til forebyggelse af muskeltab og optimering af funktionsevne kan afprøves som rehabiliterende tilbud i ambulante regi [26].

Egenomsorg er afgørende for forebyggelse af symptomer som træthed, kognitiv svækkelse, svimmelhed, funktionsnedsættelse, begrænsninger i daglige aktiviteter og ensomhed. Undersøgelser viser, at egenomsorg og viden om symptomer blandt patienter med levercirrose er

utilstrækkelig til at forebygge forværring af kronisk leversygdom [27]. Større medinddragelse af pårørende i monitorering og behandling af cirrose ligesom større viden om sygdom og forebyggelse kan muligvis øge patienternes egenomsorg [27]. Opfølgning baseret på principperne fra familiesygepleje er udbredt inden for hjerterehabilitering, hvor målet er at hjælpe patienterne og de pårørende til et højere funktionsniveau og forbedret helbred baseret på egne mål, ønsker og evner [28, 29]. Principper fra familiesygepleje kan anvendes i afprøvning af optimerede rehabiliteringsforløb, hvor patienterne kan genvinde tabte funktionsevner. Inddragelse af pårørende i behandlingen kan muligvis øge både patienternes og de pårørendes komplians og tilfredshed med behandlingen.

Da patienter med levercirrose ofte har begrænsede ressourcer til at genvinde dagligdags funktioner, er der behov for en forbedret indsats for at undgå hyppige genindlæggelser. Vi mangler evidens for effekten af den strukturerede opfølgning på områder som komplians, sygdomsforståelse, livskvalitet og selvopfattet helbred. Studier har vist uændret risiko for indlæggelse, men forbedret komplians til kontroller, bedre livskvalitet og færre sundhedsomkostninger ved struktureret opfølgning [16, 18]. Forebyggelse af genindlæggelse bør derfor ikke være det eneste succesparameter i vurderingen af behandlingstilbud. En samlet vurdering, der inkluderer livskvalitet, patienttilfredshed, sygdomsforståelse og komplians til behandling samt omkostninger versus udbytte, bør danne baggrund for struktureret opfølgning for patienter med levercirrose.

FORSLAG TIL FREMTIDIGE INDSATSOMRÅDER FOR REHABILITERING OG PATIENTUDDANNELSE

Der findes ikke et specialiseret tilbud om rehabilitering og patientuddannelse efter indlæggelse med dekomensation. Et sådant tilbud om rehabilitering kan muligvis bidrage til at balancere adgangen til sundhedstilbud og styrke indsatsen for en skrøbelig patientgruppe [30]. Kronisk levercirrose og alkoholfhængighed er blandt de sygdomme, som bidrager mest til ulighed i sygdomsbyrden i Danmark [30].

Erfaringer fra afdelinger, hvor man har struktureret opfølgning, og ny forskning på området kan understøtte ressourceprioriteringen i daghospital- og ambulatorieregi og kan lægges til grund for udformning af nye tilbud om rehabilitering efter indlæggelse med komplikationer i forbindelse med levercirrose.

Implementering af opfølgende tilbud i nær kontakt mellem hospital og primærsektor kan lette overgangen mellem indlæggelse, ambulante forløb og sundhedstilbud i primærsektoren, såsom fysioterapi, genoptræning og alkoholfvænning. Et tættere samarbejde kan styrke vidensdelingen mellem sektorer og afdelinger og bidrage til udvikling af nye tilbud om rehabilitering målrettet den enkelte patients behov.

KONKLUSION

Forebyggelse af indlæggelse og parametre som egenomsorg, livskvalitet, patienttilfredshed, sygdomsforståelse og komplians bør danne baggrund for udvikling og implementering af behandlingstilbud om struktureret opfølgning for patienter med levercirrose.

Det rette ambulante tilbud kan hjælpe patienterne til tidlig opsporing og behandling af følgestilstande, der på længere sigt fører til indlæggelse. Der er behov for afprøvning af tilbud om rehabilitering med fokus på egenomsorg og funktionsevne. Disse kan danne grundlag for kliniske og evidensbaserede retningslinjer for rehabilitering efter indlæggelse med dekompenseret levercirrose.

SUMMARY

Malene Barfod O'Connell, Lise Hobolth, Ane Søgaard Teisner, Mette Lehmann

Andersen & Nina Kimer:

Outpatient control and rehabilitation in decompensated liver cirrhosis should be an interdisciplinary approach

Ugeskr Læger 2020;182:V08190459

There are no rehabilitative offers to patients, who are discharged following a hospitalisation with decompensated liver cirrhosis. The development and implementation of a comprehensive rehabilitative offer can lead to early detection and treatment of complications, which could eventually result in hospitalisation. In this review, we argue, that prevention of hospitalisation, self-care, quality of life, patient satisfaction and compliance should form the basis of a rehabilitative offer for patients with liver cirrhosis.

KORRESPONDANCE: *Nina Kimer*. E-mail: nina.kimer@regionh.dk

ANTAGET: 25. februar 2020

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 23. marts 2020

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelig sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

TAKSIGELSER: *Wojciech Cebula*, Nykøbing Falster Sygehus, *Lone Galmstrup Madsen*, Sjællands Universitetshospital Køge, *Frank Schiødt*, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, *Mette Kjær*, Rigshospitalet, og *Carsten Askov Hansen*, Holbæk Sygehus, takkes for bidrag med information om tilbud for opfølgning på deres respektive afdelinger.

LITTERATUR

1. Jepsen P, Vilstrup H, Sørensen HT. Alcoholic cirrhosis in Denmark – population-based incidence, prevalence, and hospitalization rates between 1988 and 2005: a descriptive cohort study. *BMC Gastroenterol* 2008;8:3.
2. Jepsen P, Ott P, Andersen PK et al. Clinical course of alcoholic liver cirrhosis: a Danish population-based cohort study. *Hepatology* 2010;51:1675-82.
3. Galant LH, Forgiarini Jr LA, Dias AS et al. Functional status, respiratory muscle strength, and quality of life in patients

- with cirrhosis. *Rev Bras Fisioter* 2012;16:30-4.
4. Bajaj JS, Wade JB, Gibson DP et al. The multi-dimensional burden of cirrhosis and hepatic encephalopathy on patients and caregivers. *Am J Gastroenterol* 2011;106:1646-53.
 5. Marchesini G, Bianchi G, Amodio P et al. Factors associated with poor health-related quality of life of patients with cirrhosis. *Gastroenterology* 2001;120:170-8.
 6. Volk ML, Tocco RS, Bazick J et al. Hospital readmissions among patients with decompensated cirrhosis. *Am J Gastroenterol* 2012;107:247-52.
 7. di Pascoli M, Ceranto E, de Nardi P et al. Hospitalizations due to cirrhosis: clinical aspects in a large cohort of Italian patients and cost analysis report. *Dig Dis* 2017;35:433-8.
 8. Morales BP, Planas R, Bartoli R et al. Early hospital readmission in decompensated cirrhosis: incidence, impact on mortality, and predictive factors. *Dig Liver Dis* 2017;49:903-9.
 9. Bajaj JS, Reddy KR, Tandon P et al. The 3-month readmission rate remains unacceptably high in a large North American cohort of patients with cirrhosis. *Hepatology* 2016;64:200-8.
 10. Hudson B, Round J, Georgeson B et al. Cirrhosis with ascites in the last year of life: a nationwide analysis of factors shaping costs, health-care use, and place of death in England. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2018;3:95-103.
 11. Morales BP, Planas R, Bartoli R et al. Hepacontrol – a program that reduces early readmissions, mortality at 60 days, and healthcare costs in decompensated cirrhosis. *Dig Liver Dis* 2018;50:76-83.
 12. Wigg AJ, Chin JK, Muller KR et al. Cost-effectiveness of a chronic disease management model for cirrhosis: analysis of a randomized controlled trial. *J Gastroenterol Hepatol* 20. feb 2018 (e-pub ahead of print).
 13. World Health Organization & The World Bank. World report on disability, 2011. https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf (12. dec 2019).
 14. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering. 2015. <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/hjertesygdom/hjertebehandling/retningslinje-nkr> (12. dec 2019).
 15. Andersen MM, Aunt S, Jensen NM et al. Rehabilitation for cirrhotic patients discharged after hepatic encephalopathy improves survival. *Dan Med J* 2013;60(8):A4683.
 16. Morando F, Maresio G, Piano S et al. How to improve care in outpatients with cirrhosis and ascites: a new model of care coordination by consultant hepatologists. *J Hepatol* 2013;59:257-64.
 17. Tapper EB, Finkelstein D, Mittleman MA et al. A quality improvement initiative decreases 30-day readmission rates for patients with cirrhosis: a prospective trial. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2016;14:753-9.
 18. Wigg AJ, McCormick R, Wundke R et al. Efficacy of a chronic disease management model for patients with chronic liver failure. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2013;11:850-8.
 19. Ganapathy D, Acharya C, Lachar J et al. The patient buddy app can potentially prevent hepatic encephalopathy-related readmissions. *Liver Int* 2017;37:1843-51.
 20. Hjorth M, Sjoberg D, Svanberg A et al. Nurse-led clinic for patients with liver cirrhosis-effects on health-related quality of life: study protocol of a pragmatic multicentre randomised controlled trial. *BMJ Open* 2018;8:e023064.
 21. Aagaard NKB, Dam-Larsen S, Dam Fiialla S et al. Behandling af patienter med levercirrose i ambulant regi – en praktisk vejledning til sundhedsprofessionelle 2018. <https://www.dsgk.dk/images/Guidelines/pdf/Ambulantcirrose.pdf>(12. dec 2019).
 22. Hsu CS, Kao JH. Sarcopenia and chronic liver diseases. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol* 2018;12:1229-44.
 23. Lauridsen MM, Thiele M, Kimer N et al. The continuous reaction times method for diagnosing, grading, and monitoring minimal/covert hepatic encephalopathy. *Metab Brain Dis* 2013;28:231-4.
 24. Anbefalinger for den palliative indsats. Sundhedsstyrelsen, 2017.
 25. Lai JC, Covinsky KE, Dodge JL et al. Development of a novel frailty index to predict mortality in patients with end-stage liver disease. *Hepatology* 2017;66:564-74.
 26. Aamann L, Dam G, Borre M et al. Resistance training increases muscle strength and muscle size in patients with liver cirrhosis. *Clin Gas Hep* 5. aug 2019 (e-pub ahead of print).
 27. Volk ML, Fisher N, Fontana RJ. Patient knowledge about disease self-management in cirrhosis. *Am J Gastroenterol* 2013;108:302-5.
 28. Ostergaard B, Mahrer-Imhof R, Wagner L et al. Effect of family nursing therapeutic conversations on health-related quality of life, self-care and depression among outpatients with heart failure: a randomized multi-centre trial. *Patient Educ Couns* 2018;101:1385-93.
 29. Voltelen B, Konradsen H, Ostergaard B. Family nursing therapeutic conversations in heart failure outpatient clinics in

Denmark: nurses' experiences. J Fam Nurs 2016;22:172-98.

30. DiderichsenFA, Manuel C. Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2011/Ulighed-i-Sundhed--aarsager-og-indsatser> (12. dec 2019).