

|                                              |                                                                            |                                 |                             |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| Dokumenttyp<br>Vårdrutin                     | Ansvarig verksamhet<br>Medicinkliniken Centralsjukhuset Karlstad           | Organisation<br>Region Värmland | Version<br>2                |
| Dokumentägare<br>Marie Langkow<br>Enhetschef | Fastställare<br>Henrik Svensson<br>Biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör | Giltig fr.o.m.<br>2026-04-17    | Giltig t.o.m.<br>2028-04-16 |

# Inflammatorisk tarmsjukdom (IBD) - vuxna

**Gäller för:** Hälso- och sjukvård

## Omfattning

Rutinen gäller vuxna patienter och är ett regionalt tillägg till vårdförloppet [Inflammatorisk tarmsjukdom \(IBD\) - vuxna - 1177 för vårdpersonal](#).

## Roller och ansvar

Verksamhetschef ansvarar för att rutinen är känd och tillämpas inom verksamheten.

## Bakgrund

Inflammatorisk tarmsjukdom (IBD) är ett samlingsbegrepp för ulcerös kolit och Crohns sjukdom. Sjukdomarna förekommer hos cirka 0,8 % av Sveriges befolkning. Incidensen är cirka 30/100 000 och debuterar ofta i 15–35 årsåldern även om det inte är ovanligt även i högre åldrar. Ulcerös kolit drabbar enbart tjocktarmen och i princip alltid ändtarmen och ger symtom med blodig avföring. Crohns sjukdom kan drabba hela mag- och tarmkanalen, även om tjocktarmen och nedre delen av tunntarmen är vanligast. Detta resulterar i mer diffusa symtom men ofta diarré och buksmärta.

## Ingång till vårdförloppet

Vid misstanke om IBD ska en grundläggande utredning genomföras med anamnes, bukstatus, rektoskopi, labbprover (inklusive transglutaminas-ak, kalprotektin, f-odling, f-clostridier). Rektoskopi ska göras för att säkerställa att det inte föreligger någon malignitet men också för att eventuellt kunna påvisa en inflammatorisk aktivitet. Detta kan påverka prioriteringen av eventuell ileokoloskopi. Utredningen bör ske inom två veckor.

Misstanke om IBD kvarstår om infektiös gastroenterit är utesluten och patienten uppfyller kombinationen av följande symtom och kriterier:

Patienten har minst ett av nedanstående symtom:

1. Diarré.
2. Tenesmer eller intervallsmärtor i buken.
3. Synligt blod i avföringen.

Minst ett av följande kriterier uppfylls:

1. Inflammation i rektum vid rektoskopi.
2. F-kalprotektin > 175 mg/kg.
3. Förtjockad tarmvägg med kontrastuppladdning som påvisas genom datortomografi, ultraljud eller magnetkameraundersökning.

Misstanke om IBD fås framför allt vid långvarig, kronisk diarré, eventuellt blodtillblandad. Det finns ingen skarp gräns gällande hur länge besvären ska ha funnits men minst två till tre veckor. Undantag är vid mycket kraftiga symtom och framför allt vid blodtillblandning.

Om kalprotektinvärdet är lätt förhöjt (175–300) rekommenderas att provet tas om. Det är viktigt att poängtera att värden under 175 inte helt utesluter IBD. Gränsen 175 är vald som en avvägning mellan

sensitivitet och specificitet. Om det trots allt finns en misstanke på IBD trots ett värde under 175 rekommenderas kontakt med gastrokonsult på respektive sjukhus.

Viktigt att andra orsaker till patientens symtom tas i beaktande såsom kolorektalcancer, IBS, celiaki och läkemedelsbiverkan.

## Åtgärder

Om patienten uppfyller ovanstående skickas remiss till endoskopienheten på det lokala sjukhuset enligt särskild mall. Behandling för misstänkt IBD ska inte insättas, om det inte har ordinerats av gastroenterolog. Vid svårt sjuk patient ska gastrokonsult alltid sökas för diskussion.

## Endoskopienheten

- Remissbedömning ska ske inom ett arbetsdygn.
- Ileokoloskopi med biopsier bör genomföras inom två veckor. Vid misstänkt IBD ska inflammationen utvärderas utifrån UCEIS alternativt SES-CD.
- Remiss till patolog bör innehålla symtom och duration, makroskopisk bild, insatt behandling innan skopi inklusive NSAID och resultat av fecesprover.
- Vid misstanke om IBD ska remiss skickas till mag- och tarmenhet alternativt telefonkontakt.
- Om skopin inte visar inflammation men det ändå föreligger stor misstanke om IBD ska mag- och tarmläkare kontaktas.
- Om skopin inte visar misstanke om IBD avslutas vårdförloppet.

## Mag- och tarmenhet

Nybesök bör ske inom två arbetsdagar till gastroenterolog.

1. Anamnesen bör bland annat innehålla hereditet för IBD och kolorektalcancer, levnadsvanor och vaccinationsstatus.
2. Labbprover innehållande bland annat leverstatus och vitamin-d.
3. Information ska ges både muntligt och skriftligt avseende sjukdom, mag- och tarmenhetens organisation och möjlighet till kontakt med dietist och psykolog.
4. Start av behandling.
5. Skatta sjukdomsaktivitet utifrån PGA och HBI vid Crohns sjukdom och pMayo vid ulcerös kolit.
6. Registrera patienten i SWIBREG.

Uppföljningsbesök hos IBD-sjuksköterska efter tre till fyra veckor efter diagnos.

1. Värdera sjukdomsaktivitet.
2. Gå igenom råd om nutrition.
3. Diskutera insatt behandling och eventuella bieffekter.
4. Diskutera eventuell oro och psykiskt illabefinnande.
5. Initiera eventuell distansmonitorering.

Besök/telefonkontakt med gastroenterolog efter cirka tre månader.

1. Utvärdering av insatt terapi genom kalprotektin, eventuell skopi, PGA, HBI alternativt pMayo.
2. Uppdatera vårdplan.

Uppföljning av IBD-sjuksköterska efter sex månader.

1. Värdera sjukdomsaktivitet genom kalprotektin, PGA, HBI alternativt pMayo.
2. Diskutera följsamhet till behandling.
3. Uppdatera vårdplan.

Besök hos gastroenterolog efter ett år.

1. Utvärdering av insatt terapi genom kalprotektin, eventuell skopi, PGA, HBI alternativt pMayo.
2. Eventuell endoskopi.

3. Gör en bedömning om tunntarmsundersökning ska göras vid Crohns sjukdom.
4. Överväg om osteoporosprofilax ska insättas alternativt DXA-mätning.
5. Uppdatera vårdplan.

## Patientinformation

- [Crohns sjukdom - 1177](#)
- [Ulcerös kolit - 1177](#)
- Patientföreningars hemsidor; "mag- och tarmförbundet" samt ILCO.
- SWIBREG:s hemsida.
- Endoskopienheternas information inför skopi.

## Prioritering av registrering i SWIBREG

### Steg 1

- Lägg in patient och diagnos.
- Utbredning.
- Medicinsk bakgrund och vikt.

### Steg 2

- Lägg in läkemedel regelbundet.

### Steg 3

- Lägg kalprotektin och Hb.
- Lägg in PGA.
- Lägg in aktivitetsindex (Harvey-Bradshaw eller pMayo).
- Lägg in operationer.

### Steg 4

- Lägg in patientformulär avseende livskvalitet (Short-Health-Scale och EQ5D-5L).

### Steg 5

- Aktuell vårdkontakt.
- Endoskopi och aktivitetsindex (SES-CD eller UCEIS).

### Steg 6

- Lägg in koncentration av läkemedel.
- Lägg in vaccinationer.

## Kvalitetsindikatorer

### Inflammationsaktivitet i tarmen

Andel av patienterna med kalprotektin <250 mg/kg tolv månader efter diagnos. Målvärde >90 %.

### Blodvärde

Andel patienterna utan anemi tolv månader efter diagnos (>120 respektive 130 g/l). Målvärde >95 %.

### Sjukdomsaktivitet (PGA)

Andel av patienterna som efter tolv månader har ett PGA som motsvarar remission. Målvärde >80 %.

### Funktionsnedsättning

Andel av patienterna som efter tolv månader uppger ingen eller låg grad av funktionsnedsättning enligt SHS. Målvärde >90 %.

**Tillgänglighet**

Andel av patienterna som efter tolv månader anger mycket eller ganska bra tillgänglighet till IBD-vård. Målvärde >90 %.

**Information**

Andel patienter som uppger att de erhållit "mycket bra" eller "ganska bra" muntlig information tolv månader efter diagnos. Målvärde >90 %.

**Delaktighet**

Andel patienter som upplever lagom delaktighet tolv månader efter diagnos. Målvärde >90 %.

**Endoskopi**

Andel av patienterna som erbjudits tid för ileokoloskopi inom 14 dagar från remiss har skrivits. Målvärde >80 %.

**Registrering SWIBREG**

Andel av patienterna som har minst ett kalprotektin, Hb, PGA och SHS registrerat de första tolv månaderna. Målvärde >90 %.

**Utarbetad av:** Anders Gustavsson