

# En vägledning om inflammatorisk tarmsjukdom



## Inflammatorisk tarmsjukdom – vad är det?

Inflammatorisk tarmsjukdom (Inflammatory bowel disease- IBD) ger periodvis inflammation i tjock- eller tunntarm vilket kan ge symtom i form av buksmärta, behov till omedelbara tarmtömningar, blodtillblandad avföring diarré och trötthet.

Till gruppen Inflammatorisk tarmsjukdom (IBD) hör både ulcerös kolit (UC) och crohns sjukdom (CD).

IBD är en kronisk sjukdom vilket innebär att den kan vara aktiv periodvis och vara vilande under andra perioder. När inflammationen är aktiv kallas det ”ett skov”. En kronisk sjukdom läker inte ut som till exempel influensa. Däremot finns det läkemedel som kan hjälpa till att hålla sjukdomen vilande. Varje person som insjuknar i IBD är unik och det går inte att förutspå hur ofta sjukdomen kommer blossa upp eller vilka symtom den kommer ge. Därför går det inte att förutspå hur framtiden kommer te sig när diagnosen ställs.

De flesta som drabbas av IBD är 15-35 år gamla, men även äldre personer kan insjukna. Det är ofta svårt att vid diagnos säkerställa vilken typ av IBD man drabbats av. Hos en del patienter kan diagnosen ändras från ulcerös kolit till crohns sjukdom under de första åren efter diagnos.

Vårt immunförsvar finns för att vi ska kunna försvara oss mot infektioner. Det är effektivt och komplext. Vid en infektion aktiveras immunförsvaret och bekämpar oftast snabbt infektionen. Samtidigt blir man trött, hängig, får hosta och snuva. Vid en sårinfektion blir såret och omgivande vävnad rött, ömt och svullet. Allt detta är bieffekter av ett effektivt immunförsvar och resultatet blir inflammation i vävnaden (får inte blandas ihop med infektion). Så snart en infektion är bekämpad försvinner snuvan, hostan och rodnaden, dvs. inflammationen.



Ersta sjukhus  
en del av Ersta diakoni

Av en ännu okänd anledning fungerar inte immunförsvaret på normalt sätt vid IBD liksom vid flera andra så kallade autoimmuna sjukdomar t ex reumatism, psoriasis, vissa lever- och sköldkörtelsjukdomar. Kroppens egen vävnad angrips av immunförsvaret trots att det inte finns någon infektion. Resultatet blir inflammation och därmed en svullen tarm eller tarmslemhinna som läcker sårvätska och blod. Inflammationen i sig kan göra ont och tarmen kan svullna så pass mycket att det blir stopp vilket också är smärtsamt. Något som är gemensamt för personer med IBD är att de kan se mycket friska ut samtidigt som de upplever trötthet och inte mår bra. Många kan ha haft sjukdomen i flera år innan diagnosen ställs och många har glömt bort hur det känns att vara frisk vilket också gör att man dröjer med att söka vård.

## Vem insjuknar och varför?

IBD är en allt vanligare förekommande sjukdom. I Sverige är insjuknande i IBD näst vanligast i världen. I Sverige finns fler än 65 000 personer med IBD och antalet drabbade tycks bara öka. Ökad tillgänglighet till sjukvård och moderna undersökningsmetoder innebär att fler redan sjuka hittas, men antalet nyinsjuknande verkar också öka. Risken att drabbas av IBD varierar världen över. Man har konstaterat att risken för att insjukna ökar vid flytt från ett område med låg förekomst av IBD till ett område med hög förekomst av sjukdomen. Det finns ännu ingen förklaring till varför det är så.

Det finns ännu bara begränsad kunskap om varför vissa personer drabbas av IBD. Däremot känner man till att det krävs att flera faktorer samverkar för att man ska insjukna. Det behövs bland annat förändringar i arvsanlaget s.k. DNA, som leder till att det finns en risk att utveckla sjukdomen. Forskare har hittat hundratals gener som kan vara inblandade vid IBD och möjligen finns det fler. Utöver arvsanlag behövs andra faktorer som vi inte helt känner till. Forskare tror att omgivningsfaktorer som t.ex. tarmbakterier, kost, rökning och andra ämnen som vi utsätts för i vårt dagliga liv har betydelse. Troligtvis varierar de olika faktorernas betydelse mellan olika individer.

Just nu riktas stort intresse på sammansättningen av olika tarmbakterier och deras betydelse. Obalans i bakteriesammansättning i kombination med nedsatt barriärförmåga i tarmens slemhinna tros vara viktigt för sjukdomsutveckling. Ännu vet man inte tillräckligt mycket om vilka bakterier som är bra eller dåliga, men möjligen kommer vi få svar på det framöver.

## Vad är Crohn's sjukdom och vad är ulcerös kolit

Det är svårt att inledningsvis med 100 % säkerhet fastställa om en person insjuknat i crohns sjukdom eller ulcerös kolit. I slutändan betyder oftast inte en ändrad diagnos så mycket för den som har sjukdomen eftersom de två sjukdomarna kan te sig nästan identiska. Har man till exempel fått diagnosen ulcerös kolit och diagnosen sedan ändras till Crohns sjukdom brukar sjukdomen ändå fortsätta att bete sig som ulcerös kolit.

Det vanligaste är att crohns sjukdom och ulcerös kolit skiljer sig åt och att diagnosen inte ändras. Sjukdomarna beskrivs var för sig i nästa stycke. Crohns sjukdom kan ge exakt samma symptom som vid ulcerös kolit, men de symptom som beskrivs i stycket om crohns sjukdom ses inte vid Ulcerös kolit.

### Crohns sjukdom, morbus Crohn:

Vid crohns sjukdom kan inflammationen sätta sig överallt i magtarmkanalen, från munnen till ändtarmen. Det är ovanligt att hela magtarmkanalen drabbas men det händer. De som har en så pass utbredd sjukdom brukar ha det från början. Det är ytterst sällsynt att inflammationen först bara drabbar en liten del av tarmen och sedan efter några år får ett explosivt förlopp och engagerar hela mag-tarmkanalen. Det är alltså inte ett förlopp man ska vänta sig eller vara orolig för.

Vid crohns sjukdom blir ofta hela tarmväggens tjocklek inflammerad vilket ibland innebär att tarmväggen svullnar och ibland bildas ärr. Det kan då bli trångt i tarmen, s.k. stenosis. I vissa fall kan det bli så trångt att det blir helt, eller delvis stopp vilket ger krampaktig smärta i magen, oftast efter måltid. Vårt mål är att det aldrig ska gå så långt och i de allra flesta fall hinner vi ge en behandling som har effekt innan svullnaden och ärrbildningen blivit för kraftig. En del personer har inte vetat om att de är sjuka förrän stoppet är ett faktum.

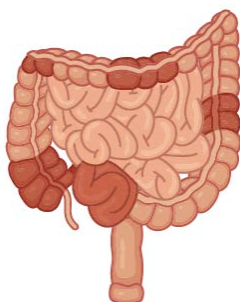
Det är typiskt att inflammationen breder ut sig fläckvis. Man kanske bara har några centimeter inflammation i tarmen eller så är flera partier drabbade. Det här gör att symptomen kan variera mycket från person till person.

Om ändtarmen är frisk eller om endast fläckar eller segment av tarmen är inflammerad behöver man knappt ha symptom alls, men många är trötta.

Feber som kommer och går förekommer också vid crohns sjukdom

Ibland kan fistlar uppstå. Fistlar är tunna gångar som löper från en del av tarmen till en annan eller från tarmen till huden. Fistlar kan leda till att det kommer sekret på huden vid fistelmynningen. Fistelmynningen kan se ut som en finne som aldrig läker. Oftast sitter fistlar i närheten av ändtarmsmynningen.

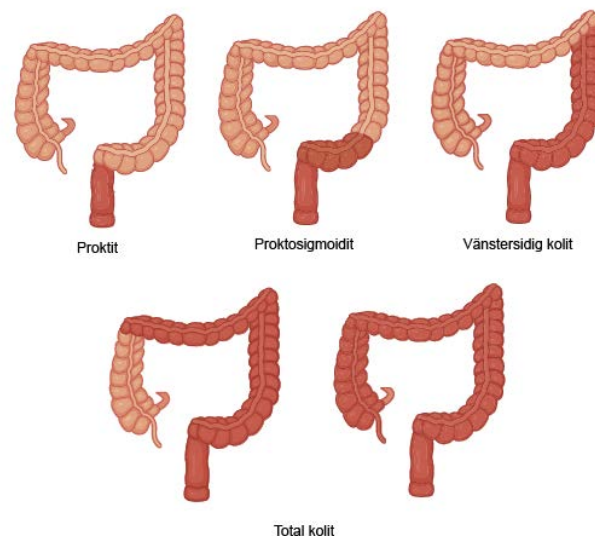
Ibland kan även varbölder bildas i bukhålan eller nära ändtarmsmynningen. En varböld brukar göra ordentligt ont och omgivande hud brukar bli hård, varm och rodnad.



## Ulcerös kolit

Vid ulcerös kolit är inflammationen ytlig och den håller sig till slemhinnan. Enbart tjocktarmen drabbas. Inflammationen börjar i ändtarmen precis innanför ändtarmsmynningen och sträcker sig olika högt upp i tjocktarmen. Hos en del håller sig inflammationen i ändtarmen för alltid men hos andra drabbas hela tjocktarmen. Eftersom olika stor del av tjocktarmen drabbas hos olika individer brukar ulcerös kolit delas in i:

1. Proktit: Endast ändtarm inflammerad
2. Proktosigmoidit: Ändtarm och ytterligare en bit tjocktarm, totalt ca 30-40 cm är inflammerad.
3. Vänstersidig kolit: Vänstra delen av tjocktarmen är inflammerad, totalt ca 50-60 cm
4. Total kolit eller extensiv kolit: Mer än vänster sida är inflammerad



Inflammation i ändtarmen leder till täta tarmtömningar med slem och blod. Avföringen är formad men eftersom inflammationen sitter i den mest känsliga delen av tarmen kan symptomen vara påtagliga.

Om inflammationen går högre upp i tarmen blir avföringen allt lösare och man kan drabbas av kramp i magen strax innan tarmtömning. Krampen brukar släppa när man tömt tarmen. Ibland syns inflammationen även i blodprover när inflammationen når högre upp än ändtarmen.

Nattliga diarréer är ett mer allvarligt tecken på kraftig inflammation eftersom tarmen, när den mår bra, håller sig stilla på natten om det inte finns annan anledning till att man är vaken nattetid.

## Läkemedelsbehandling

Flera olika behandlingar finns för IBD. Vi brukar börja med de läkemedel som kan ge minst allvarliga biverkningar och tolereras av de flesta. Om de inte fungerar går vi vidare och provar ett annat läkemedel. Behandlingen skraddarsys för varje individ och vårt mål är att alla ska ha en behandling som inte ger biverkningar men som har effekt i lägsta möjliga dos. Är du särskilt intresserad av olika läkemedelsbehandlingar vid IBD finns mer information i särskild bilaga längst bak i skriften.

## Kirurgi

Historiskt har kirurgi varit en vanlig behandling vid IBD. Tack vara nya läkemedel som minskar inflammationen i tarmen har behovet av kirurgi blivit ovanligare. I vissa fall har kirurgi fortfarande en viktig roll i behandlingsarsenalen mot IBD, men används oftast i kombination med medicinering.

Det är inte helt ovanligt att en person med IBD får sin diagnos i samband med sin första operation. Sjukdomen kan debutera med svår buksmärta och om det är stopp i tarmen måste den sjuka delen opereras bort akut.

Ibland kan det också bli aktuellt att operera bort ett trångt tunntarmsparti om den sjuka delen är kort. En sådan operation planeras i god tid och görs i förebyggande syfte för att det inte ska bli stopp i tarmen i ett senare skede. En del personer kan på så sätt klara sig utan medicin i upp till tio år. Hos många återkommer inflammation på nytt betydligt tidigare än så. De som återfaller kan då påbörja medicinering. Hos vissa patienter som redan vid diagnos visar sig ha aggressiv sjukdom kan läkemedelsbehandling sättas in kort tid efter operation.

Om ingen medicin hjälper och tarmen är så inflammerad att det finns risk för att det kan gå hål på tjocktarmen måste den opereras bort. En sådan operation sker akut, men det händer allt mer sällan nuförtiden.

En annan anledning till att man får rådet att operera bort tarmen är om man har fått cellförändringar i tarmen. Lågaktiv inflammation under lång tid kan till slut leda till cellförändringar som är ett förstadium till cancer.

## När ska du söka vård

Personer med IBD kan få olika förändringar om att något är på gång. En del har mycket gaser, andra blir trötta. I början, när man nyligen fått sin diagnos, kan det vara svårt att tolka kroppens signaler. Så småningom brukar de flesta lära sig känna igen tecken som föregår ett skov. Om det finns ett mönster i hur man mår innan ett skov kan det vara väl värt att diskutera med sin läkare om t.ex. medicindosen ska justeras för att förebygga ett skov.

Vid symtom i form av trängningar till tarmtömning, blod och slem vid tarmtömning är det mer bråttom att få kontakt med läkare på Ersta sjukhus. Om avföringen är formad brukar det räcka med en telefonkontakt och justering av medicinering. Om avföringen är lös kan en bedömning på mottagningen eller Dagvården bli nödvändig.

Vid svår smärta vid ändtarmsöppningen och/eller böld i samma område bör läkare på Ersta sjukhus kontaktas omgående.

## Kontroll/ uppföljning

På Ersta sjukhus vill vi regelbundet träffa alla med IBD som har kontinuerlig medicinering och/eller har inflammation högre upp än ändtarmen. Målet är givetvis att alla ska må bra men dessvärre kan man ibland ha inflammation i tarmen utan man märker det själv. Anledningen till att vi vill träffas regelbundet är för att bedöma om inflammationen är borta och om kroppen tål de läkemedel man tar, om doser bör justeras eller läkemedel bytas. Det är också ett bra tillfälle för dig att få information om det senaste inom IBD.

Inflammation i ändtarmen ger sig i princip alltid till känna. De flesta klarar sig dessutom utan kontinuerlig underhållsbehandling. Därför brukar personer med s.k. proktit höra av sig till oss vid behov.

## Undersökningar och provtagning

De flesta som har IBD bör göra regelbundna koloskopikontroller, dels för att bedöma eventuell inflammation men också för att utesluta cellförändringar. Ibland kan det räcka att bara titta upp i nedre delen av tarmen för att se hur långt upp inflammationen sträcker sig. Inför en sådan undersökning behövs ingen förberedelse i form av laxering (tarmsköljning).

Regelbundet kontrolleras blodprover dels för att upptäcka inflammation men även för att kontrollera att du tolererar medicineringen. Ibland tas även ett avföringsprov som heter kalprotektin. Provet kan påvisa inflammation i tarmen och används ofta för att utvärdera om ett läkemedel har effekt.

## Ditt mål- sjukvårdens mål

Alla vill må bra. Det svåra med en kronisk sjukdom är att det inte tar slut när ”skovet” läkt ut. Vårt mål är att alla patienter med IBD ska ha en medicin som ger så lite biverkningar som möjligt samt håller inflammationen borta. Det kan ta tid och det kan innebära många undersökningar och provtagningar innan vi förhoppningsvis, och faktiskt hos de flesta, når målet. Ibland kan det innebära att du måste prova ut mediciner som är behäftade med en del biverkningar och faktiskt under en period gör att du mår sämre. Om du märker att ditt mål inte stämmer överens med vårt måste du berätta det.

## Dina farhågor

### Påse på magen?

Det är sällan personer med IBD får påse på magen (stomi) men det kan hända. Om du skulle behöva operera bort tjocktarmen är vårt och kirurgernas mål att du inte ska få ha stomi för evigt. Det finns idag operationstekniker som man ibland kan välja som innebär att man kan gå på toaletten som vanligt, men oftare trots att tjocktarmen är bortopererad.

### Tjocktarmscancer

Långvarig stillsam inflammation ger sällan symptom men kan leda till att man till slut får cellförändringar i tarmen. Om man låter cellförändringarna vara kan de bli elakartade och vidareutvecklas till cancer.

Personer med IBD har en ökad risk att få tjocktarmscancer, men det tar lång tid för en cancer att utvecklas. Många som insjuknat i cancer har haft långvarig stillsam inflammation under flera år eftersom vi tidigare trodde det var ofarligt så länge inflammationen inte gav symptom. Dessutom fanns det förr få effektiva läkemedel.

De flesta med IBD kontrolleras regelbundet med koloskopi för att hitta både inflammation eventuella cellförändringar.

Idag kan vi bättre behandla inflammation och vi behandlar inflammation även om den inte ger symptom. Förhoppningsvis kommer risken för att insjukna i cancer därför att minska på sikt.

## Vad kan du göra själv

### Livet och sjukdomen

Många med IBD lever ett helt vanligt liv. Är det något som hindrar dig i vardagen måste du höra av dig så att vi kan försöka hjälpa till. Det kan vara klokt att se över försäkringar före utlandsresor eftersom du har en kronisk sjukdom. Olika försäkringsbolag har olika regler.

Personer med IBD har rätt till ett ”Särskilt tandvårdsbidrag”. Det särskilda tandvårdsbidraget är på 600 kronor per halvår och betalas direkt från Försäkringskassan till din tandläkare eller tandhygienist. Ibland vill din tandläkare/ tandhygienist ha ett läkarintyg och då kan du vända dig till oss.

En del personer med IBD får skov i samband med stress, andra vid vissa årstider och en del efter infektioner. Ser du ett mönster kan du diskutera det med din läkare så kan man försöka justera läkemedelsdoser (framförallt 5-ASA-dos) under stressiga perioder eller i samband med infektion för att försöka förebygga ett skov.

Oavsett vad för information som må finnas på internet angående kostens betydelse för IBD (gluten, proteiners och kolhydraters vara eller icke vara) vill vi poängtera att det ännu inte finns några välgjorda studier som talar för ett tydligt samband mellan någon form av kost och IBD. En hel del studier finns men resultaten visar ibland skyddande effekt och ibland skadlig effekt. Förhoppningsvis får vi mer kunskap om kostens betydelse de närmsta åren. Även om många mår bättre av att lägga om kosten påverkas tyvärr inte inflammationen. Vi anser därför inte att specialkost är ett alternativ till medicinering.

### Vaccinationer

Så snart diagnosen IBD är ställd rekommenderas komplettering av vaccinationer. Vid behandling mot IBD kan det bli aktuellt med läkemedel som påverkar immunförsvaret. Vid behandling med immunhämmande läkemedel bör man skydda sig mot vissa sjukdomar ex. hepatit B.

Vaccinationer ofta ger sämre effekt vid immunhämmande behandling. Därför är det klokt att vaccination sker före behandlingen startar och om vaccination sker samtidigt med immunhämmande behandling kan det behövas en extra dos vaccin för att vaccinationen ska få effekt.

Vaccinera dig aldrig med levande vaccin om du behandlas med immunhämmande läkemedel och rådfråga alltid din läkare innan du vaccinerar dig med levande vaccin även om du inte har immunhämmande läkemedel. Skulle du få ett skov strax efter du tagit ett levande vaccin kan du inte få immunhämmande läkemedel förrän en viss tidsperiod passerat. Därför bör inflammationen vara under kontroll innan du tar en sådan vaccination.

Vid all immunhämmande medicinering rekommenderas även årlig vaccination mot Influensa och regelbunden vaccination mot Pneumokocker (vartannat till var 5:e år beroende på typ av vaccin). Dessa två vaccinationer är kostnadsfria om du uppger att du har immunhämmande behandling.

### Andra läkemedel

Uppge alltid vad du äter för medicin eftersom många mediciner inte bör kombineras. Värktabletter som tillhör läkemedelsgruppen NSAID bör undvikas eftersom de kan utlösa ett skov. Utöver Magnecyl®, Treo®, Ipren®, Voltaren®, Naproxen® finns flera andra NSAID-preparat. I gruppen ingår Trombyl® men dosen är så låg att vi inte rekommenderar att det läkemedlet sätts ut.

Det bästa receptfria alternativet mot värk för dig som har IBD är preparat som innehåller paracetamol ex Panodil®, Alvedon® och Pamol®.

### Graviditet

Inför eller vid en graviditet rekommenderar vi kontakt med din läkare för diskussion om läkemedel och uppföljning under och efter graviditeten. Vi brukar samarbeta med specialismödravården dit vi remitterar alla gravida IBD patienter.

## Bilaga,

### Läkemedel vid IBD:

1. **Kortison**
2. **5-ASA**
  - a. Mesalazin= Asacol®, Mesasal®, Mezavant®, Pentasa®, Salofalk®
  - b. Balsalazid=Colazid®
  - c. Olsalazin= Dipentum®,
3. **Tiopuriner:**
  - a. Azathioprin = Azathioprin®, Azatioprin®, Imurel®, Immunoprin®
  - b. Merkaptopurin= Puri-nethol®, Xaluprin®
4. **Metotrexat: Metoject®, Ebetrex®, Metojectpen®**
5. **Monoklonala antikroppar mot TNF- $\alpha$  (TNF-hämmare)**
  - a. Remicade®
  - b. Inflectra®
  - c. Remsima®
  - d. Humira®
  - e. Simponi®

a. Tarmselektiv integrinantagonist:

  - a. Entyvio®
6. **Antibiotika**

### Kortison

Kortison har använts sedan 1950-talet. Medicinen var då revolutionerande eftersom många svårt sjuka tillfrisknade. Kortison används fortfarande flitigt vid IBD i det akuta skedet när man behöver få bukt med inflammationen snabbt. Däremot är inte kortison det bästa valet för att hålla sjukdomen borta (i s.k. remission) eller under kontroll eftersom medicinen medför biverkningar både på kort och lång sikt. På Ersta sjukhus finns en separat patientinformation ”Behandling med kortison”.

### 5-ASA

Från början är 5-ASA en svensk upptäckt av Dr. Nanna Schwartz. 1940 kopplade hon ihop en molekyl (byggsten) som innehöll sulfa (bakteriehämmande) med acetylsalicylsyra (inflammationshämmande) och gav medicinen (Salazopyrin® som fortfarande finns) till personer med ledbesvär. Personer med IBD kan ha ledbesvär och dessa personer blev också bra i tarmen.

Eftersom sulfa har en del biverkningar har man under senare år tagit bort sulfadelen och läkemedlen kallas numera 5-ASA

5-ASA binder till slemhinnan i tjocktarmen och har lokal effekt på slemhinnan, men man vet inte exakt hur läkemedlet fungerar. Effekten är visad på ulcerös kolit men läkemedlet provas ofta även på personer med Crohns sjukdom, framförallt av den typ som liknar ulcerös kolit.

### Tiopuriner

Tiopuriner tillhör gruppen immundämpande läkemedel. Hämmningen leder till att inflammationen minskar och många gånger försvinner helt. Dessvärre tar det minst 2-3 månader innan medicinen har effekt. Dosen är individuell och anpassas till hur varje person bryter ner läkemedlet. För att hitta rätt dos kontrolleras blodprover tätt under insättningsperioden och om dosen senare behöver justeras behöver de kontrolleras oftare. Tiopuriner används som underhållsbehandling. Det är visat att chansen att inflammationen håller sig borta är 2-3 ggr större med tiopuriner än utan behandling. På Ersta sjukhus finns en separat patientinformation ”Behandling med tiopuriner”.

## **Metotrexat**

Även metotrexat tillhör gruppen immundämpande läkemedel. Läkemedlet ges med spruta i underhuds fett en gång per vecka. Effekten brukar liksom för tiopuriner dröja i 2-3 månader och därför används läkemedlet som underhållsbehandling. På Ersta sjukhus finns en separat patientinformation ”Behandling med metotrexat”.

## **Monoklonala antikroppar mot TNF- $\alpha$**

Den första monoklonala antikroppen mot TNF- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ -hämmare) godkändes i Europa 1999.

TNF-  $\alpha$  är ett ämne som finns i kroppen vid inflammation. Vid IBD finns det höga nivåer av TNF- $\alpha$  i tarmen. TNF-  $\alpha$  -hämmare är konstgjorda antikroppar, målstyrda missiler, som binder till och blockerar TNF-  $\alpha$  varpå inflammationen minskar eller försvinner. TNF- $\alpha$ -hämmare ges som spruta eller dropp och olika ofta beroende på preparat.

Läkemedlet har snabb effekt och kan användas vid akut insjuknande men också som underhållsbehandling. Precis som med övriga mediciner får inte alla effekt av behandlingen och läkemedlet kan ge biverkningar framför allt i form av infektioner. En separat patientinformation om behandling med TNF- $\alpha$ -hämmare finns.

## **Entyvio®**

På de vita blodkropparna finns ett ämne som heter integrin. Vedolizumab (Entyvio®) är en monoklonal antikropp som binder till den typ av integrin som finns på de vita blodkroppar som är programmerade att söka sig till tarmen. Personer med IBD har för många vita blodkroppar som vill ta sig till tarmslemhinnan där de orsakar inflammation. Genom att binda till integrinet hämmar Entyvio® dessa vita blodkroppars möjlighet ta sig igenom kärlväggen och ut i tarmvävnaden och förutsättningarna för att det ska bli inflammation minskar eller upphör.

Entyvio® är det senast godkända läkemedlet mot IBD vi har i Sverige (2014) och det ges till de personer som inte svarat på eller inte tolererar TNF- $\alpha$ -hämmare. Läkemedlet ges i dropp. En separat patientinformation om behandling med Entyvio® finns.

Antibiotika

## **Antibiotika**

Vissa sorters antibiotika kan ha effekt mot IBD, framför allt vid crohns sjukdom. Antibiotikabehandlingen brukar då pågå under lång tid.



## **Kontakt**

Avbokning ska göras senast 24 timmar innan bokad besök. Detta kan göras på telefonsvarare dygnet runt.

Vårt telefonnummer är 08-714 67 00. Telefonkontakt med Dagvården sker via ett bokningssystem som innebär att vi ringer tillbaka på bokad tid.

Vid akuta besvär på kvällar och helger; ring avdelning 5 via växeln 08-714 65 00.

## **Vägbeskrivning**

Sjukhusets huvudentré ligger på Fjällgatan 44.

Buss 53, 71 och 2 avgår från Slussen och stannar vid hållplats Ersta sjukhus, nedanför Ersta sjukhus.

Buss 76 och 3 avgår också från Slussen och stannar vid hållplats Tjärhovsgatan, en kort promenad från sjukhuset.

Sjukhuset har ingen egen parkering. Parkeringsplatser finns på gatorna runt sjukhuset och på en större parkering vid Londonviadukten.

**Dagvården registrerar patientjournalen elektroniskt i Take Care.**

**Ersta sjukhus är ett rökfritt sjukhus.**