Gäller för: Skaraborgs Sjukhus
Innehållsansvar: Åsa Appelqvist, (asaap), Enhetschef
Granskad av: Annette Trenge Jarlshammar, (anntr2), Utvecklingschef
Godkänd av: Magnus Olsson, (magol1), Chefläkare

Giltig från: 2026-08-31
Giltig till: 2026-11-28

Trakeostomivård vuxna

Revideringar i denna version

Förlängd giltighet

Bakgrund, syfte och mål

Trakeotomi är ett kirurgiskt ingrepp för att skapa fri luftväg genom huden och luftstrupen. Öppningen i halsen kallas trakeostomi eller trakeostoma (stoma=öppning). Passagen hålls öppen med en trakealkanyl.

Styrande dokument

Vårdhandbok avsnitt Trakeostomi; Vårdhandboken

Nationella rekommendationer för trakeotomi och trakeostomivård 2017; LÖF - Nationella rekommendationer för trakeotomi

Här beskrivs i sammanfattning vård av vuxen patient med trakeostomi, för detaljerad anvisning se bifogade länkar enligt ovan.

Arbetsbeskrivning

Postoperativt första dygnet

Rekommenderas att patienten vårdas första dygnet på IVA/postoperativ avdelning.
Höjd huvudända cirka 30 grader.
Trakealkanylen bör vara helt kuffad första dygnet för att förhindra slem och blod att nå lungorna. Mät kufftryck med kuffmätare, normalvärde cirka 20 – 30 cm H20.
Observera vävnaden runt trakealkanylen avseende på blödning, hematom, subkutant emfysem och trycksår.
Försiktig mobilisering och aktsamma vändningar.

Överflyttning av patient med trakeostomi från Intensivvårdsavdelning till vårdavdelning (gäller inte okomplicerade patienter till ÖNH-avdelning).

Viktigt att personal från vårdavdelning etablerar kontakt med patienten under den tid patienten vårdas på IVA så att en trygg och säker överflyttning kan ske. Förevisning av skötsel av trakeostomat ska ske innan överflyttning. Första dygnen på vårdavdelning rekommenderas starkt ett extravak hos patienten.
Om patienten trakeotomerats på IVA och sedan överflyttas till annan avdelning förväntas en formell remiss till ÖNH för kännedom där det framgår operationsdatum, storlek samt typ av trakealkanyl, prognos, planerat byte.
Omvårdnadsansvar av patient med trakeostomi har respektive klinik där patienten vårdas. Företrädesvis vårdas patienter med behov av trakeostomi efter IVA-vård på neurorehab-, stroke- och lungavdelningar.
ÖNH kliniken tar ansvar för sina egna trakeostomerade patienter.
Vid diskussion om byte/avveckling av kanyl kontaktas ÖNH- kliniken.
Suturer kring stomat tas bort 7 - 10 dagar efter operationen.
Trakeostomat beräknas vara etablerat och stabilt för säkert byte av trakealkanyl efter dag 10 – 14.
Första bytet av trakealkanyl ska göras av van person, oftast av ÖNH-specialist i lugn och säker miljö. Bytet sker oftast över ledare.
Remiss ska skrivas till logoped när den trakeostomerade patienten uppvisar svårigheter med att uttrycka sig med talet och rösten samt svårigheter att svälja.
Logopeden bedömer tal- och röstfunktion samt sväljningsfunktion och vid behov genomför behandlingsinsatser.
Om patienten har svårt att uttrycka sig via sitt eget tal och röst kan kommunikationshjälpmedel provas ut och eventuellt förskrivas av logopeden.

Utbildning

Vid behov av utbildning kan i första hand IVA kontaktas. Information på APT motsvarande samt även mer patientinriktad utbildning i samband med överflyttning, se ovan.

Utrustning som ska finnas tillgänglig i närhet av en patient med trakeostomi:

- Sugaggregat, sugflaska och sugslangar
- Sugkateter (sugkateterns ytterdiameter max 50 % av innerkanylens innerdiameter, till exempel kanyl nr 7 sugkateter 12 Fr)
- Syrgasaggregat med syrgasmask
- Handskar
- Plastförkläde
- Visir

Trakeostomibricka:

- Sax
- Kanylband
- 2 Carlens hakar alternativt långt nässpekulum
- 10 ml NaCl 9mg/ml
- 10 ml spruta (för kuffning)
- Xylocaingel 2 % eller motsvarande
- 1 trakealkanyl med kuff en storlek mindre än den trakealkanyl patienten har
- Oral tub nr 6
- Andningsblåsa (Rubens) + mask

Skötsel

Detaljerad anvisning hur skötsel av trakeostomerad patient finns i Vårdhandboken.

Sugning i de nedre luftvägarna innebär sugning i luftstrupe och luftrör, vanligtvis via nasal/oral-tub eller via trakealkanyl.

Patienter med nedsatt hostförmåga har svårt att hosta upp slem (till exempel patienter med muskelsvaghet, höga halsryggskador och sederade patienter inom intensivvården). Dessa kan behöva sugas djupt i trakea/huvudbronker.
Behov av djupa sugningar ska ordineras av läkare men kan utföras på vårdavdelning då det behövs. Detta efter introduktion av van personal, se ovan. Det finns en vanlig åsikt att djupa sugningar enbart får utföras på IVA. Denna åsikt har inget formellt stöd vare sig i juridik eller i rekommendationer från Socialstyrelsen.

Observera att korrekt utförda djupa sugningar är enkelt, ofarligt och på sikt potentiellt livräddande (undvikande av sekretstagnation).

Om vårdavdelning behöver hjälp med exempelvis omvårdnadsåtgärder (trakrelaterade) samt sugteknik kan IVA koordinator kontaktas, tel 787 00. Narkosjour kontaktas för hjälp med medicinska frågor. Telefon narkosjour i Skövde 320 20 och Lidköping 856 99.

Vid akut stopp i trakealkanyl:
Se flödesschema, nationella rekommendationer

- Larma (narkosjour/ÖNH läkare)
- Ta ut innerkanyl om sådan finns, löser ofta problemet
- Sug i trakealkanylen och ge syrgas
- Spraya med NaCl 10 ml spruta 2 - 3 ml/gång, upprepa, sug rent
- Töm trakealkanylens kuff
- Ge syrgas via ansiktsmask om oro-trakeal passage finns, annars flöda syrgas mot trakealkanylen
- Koppla andningsblåsa (Rubens) till syrgas på väggen.

- Ibland kan läkare (alternativt sjuksköterska som vet hur) ventilera med andningsblåsa på trakeostomin för att forcera ner luft och vinna tid.
- Narkosjour/ÖNH läkare undersöker trakealkanyl med flexibelt bronkoskop
- Om luftpassage ej erhålls ska nackbandet klippas och trakealkanylen avlägsnas över ledare

Om patientens andas:

Trakeostomat hålls öppet med hjälp av Carlens hakar eller nässpekulum, sug rent och ge syrgas.
Försök om möjligt föra in patientens ”reserv”-kanyl med lite bedövningsmedel (Xylocaingel 2 % eller motsvarande) på kanylspetsen för att underlätta införandet. Kontrollera läget med flexibelt skop.

Om patienten inte andas:

Håll upp stomat med Carlenshakar/nässpekulum
Sätt in en mindre trakealkanyl eller oraltub via stomat
Om detta inte fungerar – intubera oralt
Om detta inte fungerar – ventilera över stomat eller ge kontinuerlig syrgas via kateter i stomat 5 - 6 liter/minut.

Dokumentation

Kanyltyp, kanylstorlek, eventuella kuffrutiner och bruk av talventil ska dokumenteras i patientjournalens journalmall (stjärnmall)
Trakealkanyl” – dokumentation i Melior under fria aktiviteter. Mallen ska sedan uppdateras varje gång något ändras. Den som utför ändringen är också ansvarig för att journalmallen uppdateras i Melior.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Skaraborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Åsa Appelqvist, (asaap), Enhetschef

Granskad av: Annette Trenge Jarlshammar, (anntr2), Utvecklingschef

Godkänd av: Magnus Olsson, (magol1), Chefläkare

Dokument-ID: SKAS9696-242963441-121

Version: 5.0

Giltig från: 2026-08-31

Giltig till: 2026-11-28