

Gäller för: Skaraborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Tomas Manke, (tomma4), Överläkare

Godkänd av: Jenny Berg, (jenbe), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-06-18

Giltig till: 2027-06-18

Enteral nutrition

Förändringar sedan föregående version

Omarbetat dokument

Bakgrund och syfte

Nutrition är en viktig del i behandlingen av/ i samband med sjukdom. Vid svårigheter att tillgodose nutritionsbehovet peroralt kan det kompletteras eller helt ges enteralt om inga kontraindikationer föreligger. Detta styrdokument kompletterar vårdhanbokens text om enteral nutrition samt VGR Terapiråd Vätske- och nutritionsbehandling (se källförteckning).

Syftet med detta styrdokument är att samla all information om vård och omvårdnad kring enteral nutrition för patienter över 18 år på ett ställe så att gemensamma rutiner kan upprätthållas för samtliga steg i vårdkedjan.

Utförande

Val av enteral infart

Identifiera behovet av enteral nutrition hos patienten. Val av infart beror på patientens behov av enteral nutrition.

Sväljfunktion. Remiss kan skickas till logoped för bedömning av sväljfunktion. Logopeden undersöker patientens förmåga att svälja olika konsistenser och ger rekommendationer ut efter resultatet.

Enteral infart dokumenteras i Melior enligt följande: "Stjärn-mall" * **Enteral infart** öppnas som fri aktivitet, vilket innebär att den inte är kopplad till något vårdtillfälle. Den som satt den enterala infarten fyller i vilken infart som sitter, när byte planeras och hur uppstart är ordinerad. Denna mall uppdateras kontinuerligt och vid avveckling av enteral infart kopplas mallen till det aktuella vårdtillfället.

Olika typer av enterala infarter

Nasogastrisk sond

Bedöms behovet av nutritionsbehandling vara upp till 4-6 veckor väljs nasogastrisk sond. Sond sätts av den med reell kompetens (oftast läkare eller sjuksköterska). Kontroll av sondläge görs med "kurrtest" eller vid osäkerhet med röntgengenomlysning/röntgenkontroll. Byte av sond rekommenderas var 6-8 vecka eller 3 månader beroende på tillverkare. Patientansvarig instans ansvarar för att planering avseende byten upprättas och följs. Vid svårigheter att sätta sond (försökt och misslyckats) kan kontakt tas med/remiss till ÖNH mottagning.

Om patienten vid upprepade tillfällen avvecklar sin sond, ex vid förvirring, kan sond med septumlås sättas. Detta görs av ÖNH läkare efter remiss. Kontakt dagtid. Septumlås ska beställas av patientansvarig instans.

PEG

När behovet av nutritionsbehandling överstiger 4-6 veckor kan enteral infart via gastrostoma övervägas.

Remisser för PEG skall innehålla följande obligatoriska uppgifter:

- Indikation och förväntad längd av behovet. Patientansvarig instans samt plan för uppstart och nutrition.
- Information och samtycke (ev. från anhöriga om pat ej kan ge)
- Finns dygnet runt tillsyn i hem/kommunal vård? Planeras inläggning – kontaktuppgifter? Plan för uppstart alternativt fortsatt behandling? Om akut/inneliggande, vem är ansvarig framgent?
- Riskfaktorer: tidigare bukkirurgi, diabetes, obesitas, grav malnutrition, rökning, kortisonbehandling, pågående infektion, kronisk obstruktiv lungsjukdom, svår neurologisk sjukdom, ascites, organiska hinder i mag-tarmkanalen (inklusive svalg), dialysbehandling samt avancerad cancer.
- Känd koagulationsrubbnings inklusive antikoagulantbehandling.

Remiss skickas till Endoskopimottagningen i Skövde. Den bedöms av ÖNH- eller kirurgläkare, som värderar indikation, kontraindikationer och var (endoskopimottagning/operationsavdelning) ingreppet skall ske. Ofullständig remiss återsänds.

Operatör ansvarar för metod, sondtyp och storlek, antibiotikaproylax och postoperativa ordinationer/uppstartsinstruktioner.

Standardmässigt skall infarten vara stängd i 2 timmar och patienten ska övervakas på sjukhus 2 timmar. Normalt kan försörjning med klara drycker antingen peroralt eller via PEG starta 2 timmar efter avslutat ingrepp. Vid acceptans kan ordinerad nutrition påbörjas anpassad efter patienten. Notera om patienten fastar per os eller om det finns medicinska restriktioner. Startschema används för försiktig upptrappning, vilket är indicerat om patienten varit dåligt nutrierad eller inte kunnat ta något per os. Utförande

läkare anger i journal när första byte bör ske. Brev för kännedom (eller bevakning till dysfagi-ssk) skickas till dysfagienheten för vidare planering och uppföljning av patienten.

Uppstarts-schema med sondnäring. Se vårdhandboken och lokalt förtydligande till denna (länk [Alfresco » \(vregion.se\)](#))

Byten PEG/knapp/Gastrotub

PEG byts/avvecklas tidigast efter 4 veckor, och håller vanligtvis upp till 2 år. PEG byts/avvecklas av läkare på endoskopienheten antingen gastroskopiassisterat eller genom dragnings via bukväggen. Vid Skaraborgs sjukhus Skövde väljer vi i normalfallet att avstå från att ”cut and push”*. Vid första bytet sätts vanligtvis en gastrotub (finns på endoskopimottagningen), men man kan också välja knapp om djupet på gastrostomat är känt (måste beställas till patienten i förväg så att den finns på plats vid det aktuella besöket). Mätning av gastrostomats djup görs med särskild mätsticka i samband med byte av gastrotub eller efter byte från PEG till gastrotub.

Dysfagienheten avgör i samråd med patientansvarig instans när behov av första byte finns och meddelar endoskopimottagningen för inplanering.

Gastrotub/knapp kan bytas av den som har reell kompetens. Byten rekommenderas till var 3:e månad. Vissa patienter behöver byta oftare. Bytet går till på följande sätt: Vid behov börja med att lägga lite bedövningsgel vid gastrostomat (vattenbaserad). Kuffen på den nya infarten kontrolleras genom att spruta in vatten i den mängd som står i beskrivningen på infarten alternativt vid kuffkanalen, vanligtvis mellan 6-10ml. Använd kranvatten eller sterilt vatten. Töm kuffen igen. Tag bedövningsgel eller glidslem på den nya infarten alternativt doppa den i vatten. Kuffa ur den befintliga infarten. Notera om det är mer eller mindre än förväntat. För ut den gamla infarten och för ner den nya. Kuffa upp med vatten. Torka torrt kring gastrostomat. Se även hemsida: Enteral nutrition för video (länk [Enteral nutrition - Skaraborgs Sjukhus](#))

Gastrojejunalinfart

Vid problem med tarmpassage och/eller upprepade aspirationspneumonier kan gastrojejunalinfart övervägas. Vid tydlig indikation och inga kontraindikationer, sker byte till denna av röntgenkliniken och remiss utfärdas av patientansvarig enhet. Om behov av ytterligare utredning (ex. gastroskopi vid misstanke om avflödes hinder) eller anestesi-behov skickas remiss till kirurgkliniken för värdering.

Dysfagienheten kontaktas för beställning av dispensprodukt. Det tar ca 10 arbetsdagar eller längre innan produkten finns på plats. Finns flertalet produkter. Byten görs av kuffade infarter var 3:e månad av röntgen (remiss utfärdas av patientansvarig instans). Patienterna har en gastrojejunalinfart i reserv hemma som de tar med vid bytet. Vid behov av narkos/sedering i samband med byten administreras detta av kirurgkliniken. Byten av PEG varianter med jejunaförlängning sker mer sällan.

Komplikationer till enteral infart

Direkta komplikationer efter PEG är ovanliga, men förekommer och kan vara allvarliga. Dessa inkluderar organskada, läckage och blödning. Vid misstanke tas kontakt med kirurg (inneliggande patienter)/insändes till akutmottagning.

Om en nylagd PEG (inom 4 veckor) av misstag dragits/åkt ut ska det inte göras försök att återinsätta någon/något. För inneliggande patienter kontaktas kirurg. Är patienten i hemmet ska patienten fasta och insändas till akuten.

Har PEG suttit mer än 4 veckor ska gastrotub snarast försöka föras ner. Går inte det skickas patienten in till akuten (och så även vid komplikationsmisstanke). Patienten ska ha en extra enteral infart hemma. Finns inte någon enteral infart i reserv kan den gamla sättas tillbaka (alternativt KAD i samma storlek eller mindre) i väntan på tillgång till alternativ fungerande enteral infart.

Patient med andra komplikationer av/till enterala infarter, som inte går att lösa polikliniskt av patientansvarig instans med stöd av dysfagisjuksköterska hanteras (vid till exempel akutbesök) av patientansvarig jourlinje. Vid behov konsulteras sätande klinik.

Förskrivning och beställning av material och näring

Förskrivning och beställning av material sker första gången via den avdelning som patienten vårdas på. Information finns att hämta på hemsidan för enteral nutrition (Enteral nutrition - Skaraborgs Sjukhus). Saknas kompetens kan kontakt tas med dysfagienheten. För patienter i kommunen som inte vårdas inneliggande, skapas underlag via dysfagienheten och uttag skapas av patienten själv eller ansvarig sjuksköterska i kommunen. För produkter som inte är upphandlade inom VG-region, ansvarar dysfagisjuksköterska för beställning av dispensprodukter. Det tar ca 10 arbetsdagar innan produkten finns på plats.

Ordination av näring görs av läkare eller dietist. Förskrivning görs av dietist kopplad till patientansvarig vårdinstans varifrån remissen kommer. Beställning/uttag görs av dietist, sjuksköterska, patient eller anhörig.

I samband med utskrivning från sjukhuset ska meddelande skickas till dysfagienheten, via telefon, brev för kännedom eller bevakning i Melior. Ansvarig sjuksköterska på dysfagienheten tar kontakt med patient/ansvarig sjuksköterska i kommunen och följer upp behovet av förbrukningsmaterial och andra önskemål.

Dysfagienheten finns behjälplig att svara på patient- och rutinfrågor.

Skötsel av enteral infart, se vårdhandboken (länk i källförteckning) samt patientinformationsbroschyrer, vilka kan beställas via marknadsplatsen (PEG, gastrotub, knapp, gastrojejunal infart samt sond).

Avveckling av gastrostoma

Ett gastrostoma sluter sig vanligtvis snabbt, till stor del redan efter några timmar. Avveckling av PEG görs av läkare medan gastrotub/knapp kan göras av den med reell kompetens. Kuffa ur kuffen och dra ur den enterala infarten.

Patienten får sen spänna magmusklerna några gånger. Om läckage förekommer kan en kompress tejpas över. Behöver inte sys. Vid buksmärta ska sjuksköterska/läkare kontaktas.

Vid bestående läckage kan PPI prövas (ingen evidens, viss klinisk erfarenhet). Vid persisterande fistel, remiss till kirurgen.

Avliden person, följ lokala rutiner. Se styrdokument omhändertagande av avliden patient – praktiskt och administrativt.

Arbetsgrupp

Dysfagisjuksköterskor Veronika Gustafsson Hagelberg och Maria Andersson, ÖNH-kliniken SkaS

Överläkare Henrik Nyberg, ÖNH-kliniken SkaS

Överläkare Tomas Manke, Kirurgkliniken SkaS

Dietist Kristina Kläppevik, SkaS

*: att klippa sonden i hudplan och trycka in i magsäcken, se SGEF dokument

Källförteckning

Vårdhandboken, Näringstillförsel, enteral, <https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/nutrition/naringstillforsel-enteral/>

VGR Terapigrupp Vätskor och nutrition, <https://www.vgregion.se/halsa-och-vard/vardgivarwebben/vardriktlinjer/lakemedel/terapirad/vatskor-och-nutrition/>

[Antibiotikaprofylax och antibiotikabehandling inom kirurgi \(vgregion.se\)](#)

Svensk Gastroenterologisk förening; Handläggning av perkutan endoskopisk gastrostomi (PEG) och andra perkutana nutritionssonder, https://svenskgastroenterologi.se/wp-content/uploads/2023/07/sgf_peg_riktlinjer_2023.pdf

Kompletterande läsning/information:

Region Skåne, Regional medicinsk riktlinje för enteral nutrition till vuxna, <https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-riktlinjer---fillistning/regional-medicinsk-riktlinje-enteral-nutrition-vuxna.pdf>

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Skaraborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Tomas Manke, (tomma4), Överläkare

Godkänd av: Jenny Berg, (jenbe), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9710-1396384072-59

Version: 4.0

Giltig från: 2025-06-18

Giltig till: 2027-06-18