

Gäller för: Verksamhet Kirurgi Östra

Giltig från: 2025-09-19

Innehållsansvar: Elaine Sandén, (elasa), Enhetschef

Giltig till: 2027-09-04

Granskad av: Anna Persson, (annhu14), Kirurgisjuksköterska

Godkänd av: Malin Ragnmark Ek, (malek3), Verksamhetschef

# Kontinent ileostomi, Kockreservoar inklusive kostinstruktioner

## Innehåll

Kontinent ileostomi, Kockreservoar inklusive kostinstruktioner .....	1
Revideringar i denna version.....	3
Bakgrund .....	3
Syfte.....	3
Arbetsbeskrivning .....	3
Preoperativa åtgärder.....	4
Postoperativ vård.....	4
Postoperativ skötsel vid nykonstruktion eller reviderad kontinent ileostomi ...	4
Postoperativ skötsel av reservoar inkl. spolning .....	5
Mat och dryck.....	7
Kostråd vid kontinent ileostomi .....	7
Utskrivningsplanering .....	8
Läkemedel .....	8
Förskrivning av hjälpmedel till reservoar .....	8
Återbesök.....	8
Sjukskrivning.....	8
Träning .....	8
Stomiterapeuter .....	8
Ansvar .....	9
Uppföljning, utvärdering och revision .....	9
Dokumentation .....	9
Granskare.....	9
Bilaga I, Postoperativ skötsel av kontinent ileostomi / Kockreservoar .....	10
Kontinent ileostomi med nippelventil i genomskärning.....	10
Kontinent ileostomi med kateter i reservoaren, kompressrulle, kopplingsrör (dragspel) och dränagepåse .....	10

Omläggning och spolning av kontinent ileostomi .....	11
Bilaga II, Kost vid kontinent ileostomi, Kockreservoar .....	17

## Revideringar i denna version

En bakgrund har lagts till som beskriver hur en kontinent ileostomi är konstruerad och dess funktion. Under postoperativ skötsel inklusive spolning av reservoar har spolningsproceduren förtydligats. Två bilder har lagts till i bilaga I en som illustrerar hur en kockreservoar ser ut i genomskärning och en tecknad bild som visar hur reservoaren ser ut med kateter i reservoaren kompressrulle, kopplingsrör och dränagepåse

## Bakgrund

Vid operationen används nedersta halvmeteren av tunntarmen till att göra en reservoar som förvarar tarminnehållet samt för att konstruera en så kallad nippelventil (backventil), se bild bilaga I. Reservoaren fästs på insidan av bukväggen och nippeln mynnar på utsidan som en stomi fast lägre oftast i hudplan. Tack vare nippeln tömmer sig inte tarminnehållet spontant. För att tömma reservoaren används en speciell ileostomikateter som förs in i reservoaren minst 4ggr/dygn. Reservoaren är vanligtvis placerad på höger sida av buken. Placeringen markeras innan operationen av stomiterapeut och / eller ansvarig kirurg. En nygjord reservoar rymmer 75-100 ml men kommer på sikt att rymma 300-500 ml.

Postoperativt ska reservoaren vara kopplad för att underlätta läkning och ge en kontinuerlig dränering för att undvika överfyllnad. Att reservoaren är kopplad innebär att det sitter en kvarliggande kateter i reservoaren, denna kateter är oftast fixerad med suturer. Katetern är sedan kopplad till en uppsamlingspåse, se bild bilaga I.

## Syfte

Att säkra omvårdnaden av patienter som genomgår operation med nykonstruktion eller revision av Kockreservoar, kontinent ileostomi (Kocks blåsa).

## Arbetsbeskrivning

### Indikation

Ulcerös kolit.

## Vårdtid

2 veckor.

## Preoperativa åtgärder

- Enligt ordination.  
Många av dessa patienter har en ileostomi som konverteras till en Kockreservoar, kontinent ileostomi.
- Patienter som har en ileostomi sedan tidigare får äta fram till kl 24.00.
- Enligt separat rutin och ordination.
- Bastest

Stomiterapeut gör stomimarkering för kontinent ileostomi

## Postoperativ vård

- Dag 1. Hb, LPK, Na, K, Krea, därefter enligt ordination.
- Vikt dagligen
- Urinmätning.
- Om patienten har EDA dras KAD se rutin för EDA.  
Om patienten får suprapubiskateter ska den proppas när EDAn är avstängd och dras på dag 7.
- Var god se rutin för dränage, angående skötsel av de dränage som patienten har
- I de fall där patienten har en EDA var god se rutin för EDA.
- Inspektera snittet dagligen. Var god se sårbehandlings-PM.  
Hudsuturen som fäster reservoarkatetern tas bort dag 5.  
Resorberbar tråd används i regel till suturerna kring stomin.  
Agraffer tas bort dag 10.

## Postoperativ skötsel vid nykonstruktion eller reviderad kontinent ileostomi

Omläggning, se Bilaga I

- Observera dagligen färgen på stomin.
- Reservoarkatetern i reservoaren är fäst med en sutur i huden och skall ligga mitt i stomiöppningen.
- Omläggning ska göras två gånger per dag + vid behov, (när kompresserna är fuktiga). Se text nedan och bilder i bilaga I

“Postoperativ skötsel av kontinent ileostomi/Kockreservoar vilket omläggningmaterial som behövs och hur omläggning skall göras.

Börja med att fixera katetern längsgående mot huden med silkestejp. Fäst därefter en remsa på katetern som går tvärs över buken. Nyp ihop teipen över stomin så att kompress och rulle går lätt att byta.

Vik en kompress som en schallett som läggs runt stomin och reservoarkatetern. Placera en rulle av 4 - 6 kompresser (lindas tight med den yttre kompressen som ett lås) under katetern. Ovanpå allt läggs en absorptionsdyna, 10 x 20 cm, som är uppklippt ifrån ena kanten. Denna del placeras över katetern och dynan fixeras med silkestejp häfta tvärs över buken. Teipen ska inte vara korslagd. Nätgördel alternativt stomitube skall användas då patienten är kopplad.

Katetern i reservoaren är de första 14 dagarna kopplad via ett ”dragspel” till en dränagepåse hela dygnet. Fixera gärna denna koppling med häfta.

Dränagepåsen ska bytas dagligen.

## Postoperativ skötsel av reservoar inkl. spolning

- Spola reservoaren genom att lyfta på abs.dynan och lossa katetern från dragspelet och spola i katetern.
- Nykonstruerad reservoar spolas alltid med NaCl i ett dygn/24 timmar därefter kranvatten.
- Nykonstruerad reservoar spolas alltid med 20-30ml vatten/spruta
- Reviderad reservoar spolas med 50ml/spruta
- Operationsdygnet ska reservoaren spolas v. 4:e timma. Detta börjar gälla efter avslutad operation och 24 timmar framåt. En ny konstruerad reservoar spolas de första 24 timmarna med 20 - 30 ml NaCl / spolspruta och max med 100 - 150 ml sammanlagt/gång. En nykonstruerad reservoar är liten och rymmer cirka 100 ml. Det är viktigt att den mängd NaCl du spolar in kommer ut innan du spolar in mer NaCl.
- Därefter spolas reservoaren var 6:e timma t.om. dag 14. Fortsätt nu att spola med 20 - 30 ml vatten / spolspruta vid en nykonstruerad reservoar och sammanlagt 300 - 500 ml vatten/gång. Spola till klart utbyte och att det kommer ut gaser. Vid en revision av reservoaren spola med 50 ml / spolspruta till en sammanlagd mängd av 300 - 500 ml per gång.
- Mät in- och utförelse vid spolning och dokumentera på förlustlista, det är viktigt att den mängd vatten du spolar in kommer ut innan

du spolar in mer vatten. Innan du spolar reservoaren titta på patientens spolschema (i sköljen) och patientens förlustlista

**Dag. 5.** Hudsuturen som fäster katetern i huden tas bort.

Markera kateterns läge i reservoaren med vattenfast tuschpenna, i den nivån som är vid stomiöppningen. Låt suturknuten sitta kvar på själva katetern.

**Dag 14.** Byte av katetern i reservoaren görs av personal (stomiterapeut) tillsammans med patienten och den nya katetern proppas efter bytet. Markering med tuschpenna görs för ett korrekt läge. Om patienten inte är inläggande på avdelningen görs detta vid ett polikliniskt besök på stomimottagningen.

**Dag 14 – 21.** Proppen avlägsnas **varje** timme för tömning och spolning av reservoaren. Under natten är reservoaren kontinuerligt kopplad till dränagepåse.

**Dag 21 – 28.** Proppen avlägsnas **varannan** timme för tömning och spolning av reservoaren. Under natten är reservoaren kontinuerligt kopplad till dränagepåse.

**Dag 28.** Katetern dras ut i samband med polikliniskt besök eller under inläggning på vårdavdelningen ett dygn, beroende på resväg och operation. Patient med nykonstruerad reservoar behöver mer tid för att lära sig intubera sin reservoar.

**Under följande vecka** ska reservoaren tömmas var 3:e timma och en gång under natten. Därefter förlängs intervallerna mellan tömningarna så att tömning av reservoaren slutligen görs 3 - 4 ggr/dag, inte på natten. Reservoaren spolas minst 1 gång/dag samt vid behov.

***OBB! Vissa patienter kan avvika fr ovanstående schema (ex. längre eller kortare tid "kopplad"). Detta skall då vara tydligt dokumenterat i läkaranteckningen i patientens journal.***

## Patientundervisning

Personal och stomiterapeut ska göra patienten delaktig i hur och vad som görs vid skötsel av reservoaren. Patienten ska börja träna spolning och skötsel själv när hälsotillståndet medger.

I början är det en fördel om patienten halvsitter med materialet uppdukat. Dragspelet diskas dagligen vid byte av dränagepåsen och är patientbundet.

## Mat och dryck

Vätskelista de första två dygnen, därefter vid behov.

- |       |   |
|-------|---|
| Dag 1 | Peroralt dricka fritt eller äta enligt patientens önskemål.<br><br>Individuellt: parenteralt stöd 1000 - 3000 ml enligt ordination. |
| Dag 2 | Peroral föda alternativt dricka fritt enligt patientens önskemål.<br><br>Individuellt: parenteralt stöd 1000 – 2000 ml.             |
| Dag 3 | Peroral föda alternativt dricka fritt enligt patientens önskemål. Eventuellt parenteralt stöd                                       |

## Kostråd vid kontinent ileostomi

Patienten får börja att dricka och äta enligt ordination.

.PIR-kost = Passerad Ileum Reservoarkost i 14 dagar (för att minska risk för stopp i reservoarkatatern).

**OBS!** PIR-kost ska beställas från köket så länge reservoaren är kopplad.

Dag 14-28 IleumReservoarkost = IR-kost

### **PIR och IR kost, se Bilaga II**

Efter 4 veckor får patienten äta vanlig mat.

**Dessa livsmedel kan alltid orsaka stopp i katetern och ska tuggas noga.**

Rå frukt

Råa grönsaker

Kokta hela grönsaker inklusive svamp.

Nötter, mandel, kokos.

Apelsinklyftor bör alltid undvikas, även sedan katetern är dragen

## Utskrivningsplanering

### Läkemedel

Recept på Dimor eller Loperamid.

Tarmsviktscentrums recept för egen vätskeersättning

### Förskrivning av hjälpmedel till reservoar

Förskrivning på stomimaterial skall göras av stomiterapeut.

### Återbesök

I regel kallas patienten polikliniskt dag 28 postoperativt till stomiterapeut för dragning av kateter samt för träning i att intubera reservoaren. Till patienter med lång resväg planeras inläggning för en natt.

- Revision av reservoar: Till kirurg vid behov
- Nyanlagd reservoar: Till kirurg på kolorektalmottagningen för skopikontroll efter operationen enligt överenskommelse, därefter även 6 och 12 mån.

### Sjukskrivning

En till två månader.

### Träning

Använd inte bukpress = krystning vid tömning förrän tidigast 4 veckor efter operation. Starta försiktigt med lätt träning 6 - 8 veckor efter operationen

### Stomiterapeuter

Kontakta ansvarig avdelningspersonal eller ansvarig stomiterapeut för hjälp med information och material. Kontaktuppgifter finns på intranätet under Kirurgi östra, Område 5

## Ansvar

Verksamhetschef, Verksamhetsområde Kirurgi Östra, Område 5, Sahlgrenska Universitetssjukhuset ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamheten kräver finns tillgängliga och följer gällande författningar/lagar.

Samtlig personal på Verksamhetsområde Kirurgi Östra, område 5, Sahlgrenska Universitetssjukhuset ska delges direktivet via verksamhetschef, vårdenhetschef och enhetschef.

## Uppföljning, utvärdering och revision

Enhetschef för Öppenvården, Kirurgi Östra, Sahlgrenska Universitetssjukhuset ansvarar för att detta dokument uppdateras. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControl PRO.

## Dokumentation

Styrande dokument arkiveras i Barium. Redovisande dokument ska hanteras enligt sjukhusets gällande rutiner för arkivering av allmänna handlingar.

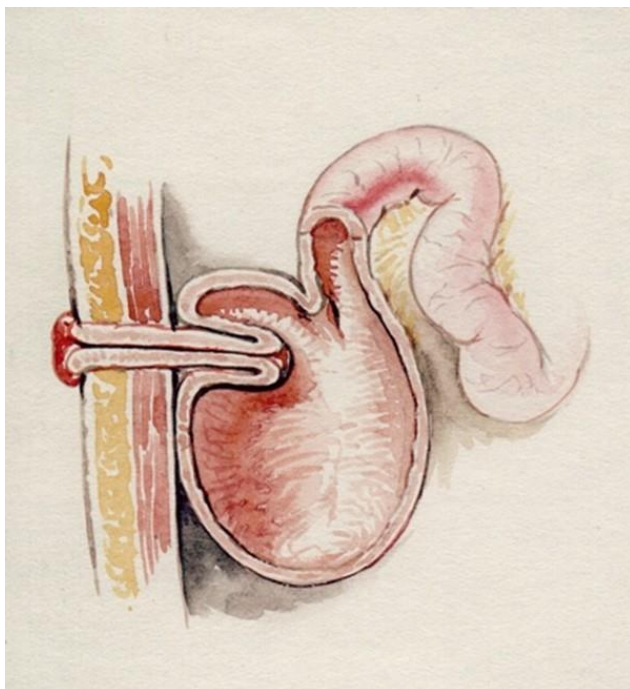
## Granskare

Jonas Bengtsson, överläkare kolorektalsektionen, Verksamhet Kirurgi Östra, område 5, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

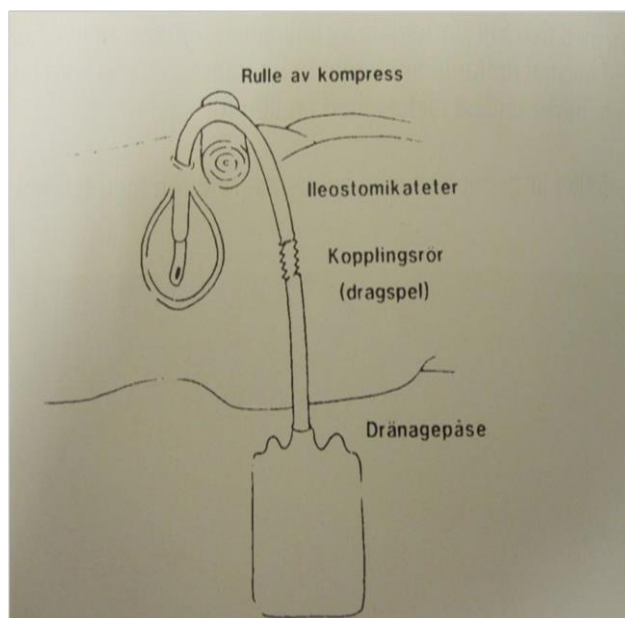
Eva Carlsson, universitetsöversjuksköterska, stomiterapeut, kolorektalsektionen, Verksamhet Kirurgi Östra, område 5, Sahlgrenska universitetssjukhuset

Anna Persson, specialistsjuksköterska, stomiterapeut, kolorektalsektionen, Verksamhet Kirurgi Östra, område 5, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

## Bilaga I, Postoperativ skötsel av kontinent ileostomi / Kockreservoar



Kontinent ileostomi med nippelventil i genomskärning



Kontinent ileostomi med kateter i reservoaren, kompressrulle, kopplingsrör (dragspel) och dränagepåse

## Omläggning och spolning av kontinent ileostomi

---

### Material för omläggning och spolning

- Ta ett litermått där du häller i NaCl/vatten (den mängd du skall spola in). Ta också ett uppsamlingskärl för det innehåll som kommer från reservoaren. och en sår/sköljspruta 50ml
  - Kompresser 10x10 cm, Nonwoven
  - Absorbtdynan, 10x20 cm
  - Tejp 25 mm bred: Silkestejp exempelvis Durapore att fixera katetern med mot huden, Silkestejp att fixera dragspel till dränagepåse, Silkestejp att fixera absorbtdynan.
- 

### Material för koppling av reservoar

- Ileostomikateter Medena 8732, böjd, (marknadsplatsen 104084082)
- Glidslem
- Dragspel, mellankoppling (Trelleborg Sigma, Örebro, minst 100st)
  
- Dränagepåse, Hollister urinuppsamlingspåse, klipp av toppen

## Hud och stomi



Rengör huden noggrant med kranvatten och kompresser innan ny bandagering påbörjas:

- Avlägsna gamla teiprester, tvätta huden med ljummet kranvatten
- Använd hudskydd om huden inte är intakt, och eventuellt. för att förebygga hudskada, exempelvis. Cavilon no sting
- Observera stomislemhinnans utseende



### Bandagering

- Börja med att fixera katetern vertikalt med en silkesteip.
- Gör ett nyp under katetern så att den inte ligger och trycker direkt mot huden
- Se till så att katetern ligger mitt i stomin och inte trycker mot slemhinnekanten
- Vid avlägsnandet av sutur i katetern eller byte av kateter markeras läget i nivå med stomin med en vattenfast tuschpenna



### Bandagering forts.

- Fortsätt med silkesteip och fixera vågrätt
- Börja en bit ner på katetern och dra den tvärs över snittet och en bit till mot höften
- Nyp till teipen över stomin och var noga med att göra det stadigt om katetersuturen är borta



#### Bandagering forts.

- **Vik en kompress som en schalett som läggs runt stomin och reservoarkatetern**
- Gör en rulle av 4-6 nonwovenkompresser, vik ut den yttre till 10x20 cm och rulla runt rullen för att hålla ihop den.
- Observera att kateterläget inte ändras (katetern kan trycka mot slemhinnekanten och påverka stomins lumen) minska på antalet kompresser om rullen är för tjock.
- Lägg rullen under katetern och, se bild.



### Bandagering forts

- Klipp ett jack i absorptionsdynan och placera jacket runt katetern, fixera eventuellt. med Micropore häfta (papperstejp)



### Bandagering forts.

- Fixera dynan när katetern proppas genom att använda Stomasafe, blir ofta stadigt och upplevs skönt av patienten.
- Ge patienten rätt storlek på nätgördel.



### Hjälpmiddel för tömning av reservoar i hemmet

- Ileostomikateter Medena rak 8730 (marknadsplatsen 103398368)
- Kompresser
- Glidslem
- Sår/sköljspruta, 50-60 ml.
- Plåster med absorbtionskompress, utvärdera sekretionsmängd, exempelvis Mestopore S Mepilex Border, Aqacel Foam
- Hudskyddsservett vid behov

## Bilaga II, Kost vid kontinent ileostomi, Kockreservoar

### PIR-kost, Passerad stomi- och ileumreservoarkost

PIR-kosten är avsedd att användas postoperativt i 14 dagar när katetern är kopplad till en dränagepåse för att förhindra stopp. Kosten beställs från köket.

#### Tillåtet:

##### Kött och fisk

Helt kött

Hel fisk-även stekt panerad

Passerad köttgryta med passerade grönsaker

##### Grönsaker och rotfrukter

Passerade ärtor

Passerade morötter

Passerade bönor

Passerade palsternackor

Passerad rotselleri

Hackad spenat

Slät sparrissoppa

Silad champinjonsoppa

Passerad persilja i grytor

Potatismos

Passerade broccolibuketter

##### Frukt och bär

Passerad kräm och soppa

Passerad frukt

Passerade bär

Allernativt kan sylt ersättas med

Barnmatspuréer eller bärpuréer

##### Cerealier

Alla brödsorter utom fullkorn

Finmalet knäckebröd till exempelvis. Husman

##### Diverse

Malda nötter och mandlar

#### Utesluter:

##### Kött och fisk

Köttgrytor med hela grönsaker

##### Grönsaker och rotfrukter

Råa hela grönsaker

Kokta hela grönsaker

Alla kålsorter

Lök

Paprika

Majs

Svamp

Bulgur, Couscous, Quinoa

Persilja hackad

Potatis kokt, friterad och stekt

##### Frukt och bär

Råa frukt inkl. banan

Råa och djupfrysta bär

Hela kokta bär

##### Cerealier

Fullkornsbröd, mjukt

Sportbröd, hårt

Ris

Spagetti och makaroner

##### Diverse

Hela nötter och mandlar, torkad frukt

## IR-kost, Ileumreservoarkost

Bygger på PIR-kost med vissa tillägg. Kosten är avsedd att användas från dag 15-28, när katetern är proppad.

### Tillåtet

#### Kött och fisk

Se PIR

#### Grönsaker och rotfrukter

Tomat, skållad med skalet borttaget

Skalad tomat

Inlagd gurka

Skalad paprika

Blomkål, välkockt

Broccolibuketter, välkockta

Rödbetor, inlagda

Hel kockt palsternacka

Hel kockt potatis

Avocado

Squash, zucchini, auburgine, kockt

Grönsallad

Isbergssallad

Lök, finriven tillagad

#### Frukt och bär

Lingonsylt

Blåbärssylt

Hallonsylt

Kiwi, mogen

Persika, nektarin mogen och skalad

Vindruvor, skalade

Sharonfrukt

### Utesluter

#### Kött och fisk

Se PIR

#### Grönsaker och rotfrukter

Råa grönsaker

Kockta hela grönsaker

Svamp

Morot, rå i alla former

Potatis, stekt

#### Frukt och bär

Jordgubbar, hela

Körsbär, hela

Krusbär, hela

Hinnor från citrusfrukter

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Kirurgi Östra

**Innehållsansvar:** Elaine Sandén, (elasa), Enhetschef

**Granskad av:** Anna Persson, (annhu14), Kirurgisjuksköterska

**Godkänd av:** Malin Ragnmark Ek, (malek3), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9785-1904528390-188

**Version:** 9.0

**Giltig från:** 2025-09-19

**Giltig till:** 2027-09-04