

Gäller för: Flera enheter - se eftersättsblad
Innehållsansvar: Per Persson, (perpe8), Överläkare
Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-01-27

Giltig till: 2028-01-27

Omvårdnad - Trachealkanyl; skötsel och behandling

Revideringar i denna version

250423 Förlängd giltighetstid

Syfte

Att säkerställa omvårdnaden vid skötsel och behandling av trachealkanyler.

Arbetsbeskrivning

Trachealkanyler

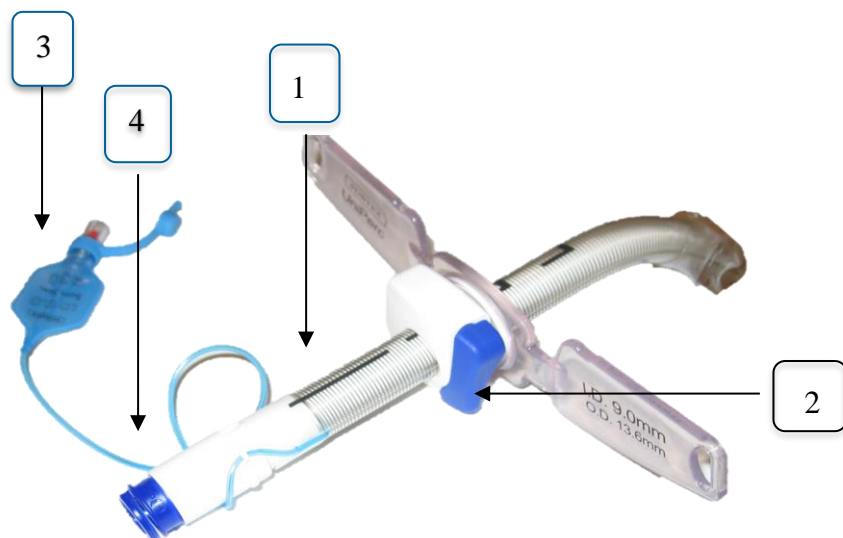
Det finns flera olika sorters trachealkanyler men på CIVA/NIVA/PIVA använder vi oss av följande kanyler:

Trachealkanyl med kuff och inbyggd sugkanal. Innerkanyl används på de flesta av våra patienter och finns i flera storlekar. **MR-kompatibel.**

Justerbar trachealkanyl används oftast på patienter med annorlunda anatomi eller halskrage vilket innebär att man kan justera längden på kanylen efter behov. Den kan även användas till överviktiga personer som har mer underhudsfett och därmed längre mellanrum från huden in till luftstrupen. **MR-kompatibel.**

Kontroller justerbar trachealkanyl

1. När patienten kommer till CIVA samt en gång per arbetspass: kontrollera att det svarta strecket överst på kanylen är vänt lodrätt uppåt mot patientens haka (detta för att säkerställa att kanylens öppning ligger rätt i trachea.
2. Kontrollera att trachealkanylen är låst med den blå armen.
3. Kufftryck 20-30 cm H₂O.
4. Innerkanyl
5. Dokumentera att trachläget är ok på dygnsjournalen.



Det blå reglaget ska vara intryckt mot kragen så långt det går!



RÄTT



FEL

Inspektion och skötsel

Tillämpa alltid basala hygienrutiner vid skötsel av tracheostoma. Tracheostomin inspekteras 1 gång/pass och läggs oftast om 1 gång/dag samt vid behov beroende på mängden sekretion. Första dygnet efter tracheotomi ska förbandet inte röras och patienten ska gärna ha höjd huvudända. I samband med förbandsbyte tvättas stomat med klorhexidinlösning 2 mg/ml. Inspektera huden och stomat. Vid rodnad rekommenderas hudskyddsmedel. Dra åt så att trachealförbandet sitter ordentligt, ca 1–2 fingrar mellan hud och band. Vid byte av tracheostomiband runt nacken bör två personer hjälpas åt, en håller trachealkanylen på plats och den andra byter bandet. Patienten ska ha höjd huvudända.

Val av trachealförband:

Enkelt trachealförband (Non-woven) används när stomat är torrt och huden intakt. Byts minst 1 gång per dag.

Absorberande förband: används vid blödning och sekretion. Byts dagligen och vb. Alltid initialt vid öronkirurgisk tracheostomi.

PolyTube: svårläkt, infekterat stoma. Innehåller bakteriedödande medel. Skall sitta tills det är mättat eller i max 7 dgr. Används ibland på NIVA.

Kufftryck

Mät kufftryck minst 1 gång/pass och dokumentera på dygnsjournalen. Normalt kufftryck ligger inom 20-30 cmH₂O. Behövs högre tryck för att förhindra luftläckage ska ansvarig läkare meddelas och ge ordinationer för maximalt tryckvärde då andra åtgärder ev. behöver vidtas. Ordinationen dokumenteras på dygnsjournalen.

Inbyggd sugkanal

Aspirera i sugkanalen regelbundet och så ofta som behövs för att hålla svalget fritt från sekret. Använd 5–20 ml spruta och sug försiktigt utan för starkt undertryck. 1–2 ml luft kan sprutas ned för att undvika stopp. Dokumentera mängd på dygnsjournalen.

Innekanyl

- Skall alltid användas på CIVA/NIVA i alla kanylstorlekar 6 eller större, även under respiratorvård. Vid kanylstorlek 5 eller mindre skall innerkanyl **inte** användas pga. större påverkan på den smala innerlumen. Om man i undantagsfall identifierar att en enskild patient har så svag andningskraft att innerkanylen hämmar andningsarbetet under ren spontanandning kan undantag göras. Det ska i så fall dokumenteras tydligt i både Melior och på dygnsjournalen. Man bör i dessa situationer även dokumentera en plan för dekanylering samt en motivering till varför spontanandning används trots att patienten är så svag att motståndet från innerkanylen spelar roll (exempel kronisk eller terminal sjukdom med nedsatt muskelkraft).
- Vid sekretsamling tas i första hand innerkanylen ur och rengörs i stället för att suga i trachen vilket minskar risken för slemhinneskador.
- Det skall alltid finnas en rengjord innerkanyl klar att använda på IVA-vagnen. Innerkanylen ska bytas och rengöras 1 gång/pass och vid behov.
- När patienten ska åtgärdas på operation kan innerkanylen sitta kvar. Skicka med den extra innerkanylen.

Viktigt! Innerkanyl, rengöringsborstar och sterilt vatten/NaCl förvaras tillsammans på IVA-vagnen.

Extra innerkanyl skall alltid finnas nära till hands och förvaras i slutna burk alt. täckas med steril kompress.

Rengöring av innerkanyl

- Tillämpa ett aseptiskt arbetssätt.
- Innerkanyl tas ut för rengöring i sköljen och läggs i ett kärl (B6-skål) med vatten. Diska innerkanylen med oparfymerat handdiskmedel som droppas ner i vattnet. Använd avsedd borste.
- Vid trachealkanyl med sugkanal används flergångsborste och till justerbar trachealkanyl används engångsborste. **OBS! Rengör inte innerkanylen under rinnande vatten i handfat!**
- Borsta under vattenytan för att minimera stänk och efterskölj med sterilt vatten eller NaCl. **Håll ut det använda vattnet i diskdesinfektorn.**
- OBS! När man tagit på sig handskarna inför rengöring av innerkanyl, så skall man inte ta på något annat ställe i sköljen. Tänk på att sköljen för övrigt är ett smutsigt arbetsutrymme. Ev. extra handske på höger hand för öppnande av kran i sköljen. Floran i våra patienters lungor skall inte kontamineras av sköljens bakterier.
- Innerkanylen byts om den är skadad eller knickad.

Talventil

- En talventil består av en klaffventil som är öppen vid inandning och stängs vid utandning. Därmed pressas luften förbi kanylen ut genom trachea vid utandning och passerar stämbanden så att patienten kan prata. Med talventil andas patienten in rumsluft genom det tunna filtret samt ev. syrgas som kopplas på nippeln på ventilens sida. Det finns risk för uttorkning med krustbildning i kanyl och trachea.
- Talventilen får pga. uttorkningsrisken inte användas längre stunder, utan endast när patienten har nytta av att kommunicera. En tumregel är 30 minuter varefter man byter till ”näsa” (eller ventilator) som innehåller ett luftväxlingsfilter.
- **OBS:** Innan talventilen sätts på *måste kuffen tömmas på luft*, annars kan inte patienten andas ut och en farlig situation kan uppstå.
- Innerkanylen ska bytas innan man kuffar upp efter att talventil använts.
- Byt filter i talventilen dagligen samt vid behov.
- Rengöring av filterhuset görs dagligen samt vid behov. Skarpa verktyg får inte användas. Filterhus och lock ska lufttorka efter rengöring med vatten. Diskmedel, lösningsmedel eller andra vätskor ska inte användas.

- När talventilen inte används skall den ligga i en medicinburk med lock. Märk burken med klisteretikett TALVENTIL samt skriv datum och klockslag när talventilen togs i bruk. Talventilen byts 1 gång/vecka.
- Fuktväxlare ("Näsa") används så snart patienten inte aktivt använder talventilen för kommunikation. Näsan byts dagligen.

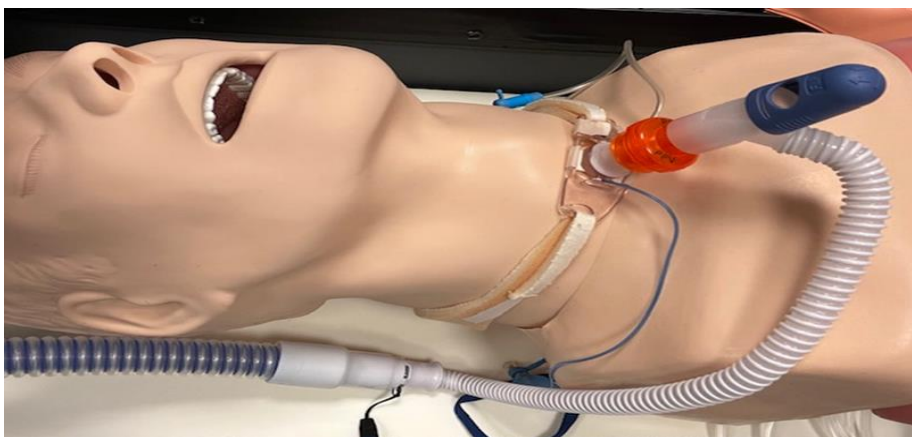
Vid ventilatorbehandling

- Ta bort talventilen.
- Kuffa upp trachealkanylen.
- Koppla till ventilatorn med aktuella inställningar

Talventilen "Primedi-Phon Vent" används i kombination med högflödesbehandling endast på IVA. Primedi-Phon Vent kostar mer än en vanlig talventil och används därför främst vid långvarig urträning. Precis som med andra talventiler måste alltid trakealkanylen kuffas ur innan användning.

- Vid högflödesbehandling med aktiv befuktning och uppvärmning finns ingen begränsning i tid hur länge talventilen kan sitta på eftersom luftvägarna blir befuktade.
- Ta bort talventilen innan inhalationer ges till patienten. Läkemedelsrester kan påverka membranet i talventilen. Om inhalationer ges av misstag när talventilen sitter på måste denna rengöras noggrant efteråt.
- Talventilen kan användas på patienter med långsam och utdragen urträning, på ordination från IVA-läkare.
- Talventilen är patientbunden och kan följa patienten under hela vårdtiden på IVA.

Talventilen Primedi-Phon kopplas enligt bilden nedan. Ställ om respiratorn till högflödesbehandling med flöde på 30–35 liter/min och FiO₂ enligt behov.



Rengöring sker genom att blötlägga ventilen i ljummet kranvatten med några droppar handdiskmedel ca en timme dagligen. Skölj av med sterilt vatten och låt lufttorka. Torka samtidigt rent förvaringsburken med ytdesinfektion.

Förvara talventil i en ren burk märkt med etikett ”TALVENTIL”.

För inhalation på trachealkanyl, vg. se rutin [Inhalation](#)

Utskrivning

Trachen ska vara okuffad och innerkanylen ska sitta i när patienten skrivs ut till avdelningen.

Patienten ska inte lämna CIVA/NIVA med talventil: Sjuksköterska från intensivvårdsavdelning/postopavdelning medföljer vid transport till hemavdelningen. Alternativt att sjuksköterska från hemavdelningen hämtar patienten från intensivvårdsavdelning/postopavdelning.

Dekanylering

Utförs av läkare.

Duodermplatta sätts över stomat och byts vid luftläckage. Vid rikligt vätskande stoma kan en stor kompress fästas över stomat första dygnet i stället för duodermplatta.

Vaken patient kan själv motverka läckage genom att trycka på förbandet vid hostning. Stomat drar ihop sig på några dagar och rekanylering blir inte längre möjlig.

Kunskapsöversikt

[Nationella-rekommendationer-for-trakeotomi-2021.pdf \(lof.se\)](#)

[Trakeostomi - Vårdhandboken \(vardhandboken.se\)](#)

Granskare/arbetsgrupp

Jenny Andersson Tekniskjuksköterska CIVA

Ann-Sofie Brandén, Instruktor, CIVA

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Anestesi-Operation-Intensivvård
Sahlgrenska, Postoperativ vård Sahlgrenska,
Neurointensivvårdsavdelning, Central intensivvårdsavdelning,
Avdelning 95B postoperativ vård, Avdelning 95A postoperativ
vård, Avdelning 22 postoperativ intensivvård

Innehållsansvar: Per Persson, (perpe8), Överläkare

Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9805-1593997-1570

Version: 17.0

Giltig från: 2026-01-27

Giltig till: 2028-01-27