

# Rutin för trakeostomi

**Diarienummer:** 2025/00386  
**Paragraf:** Delegation  
**Beslutsinstans:** MAR & MAS  
**Beslutsdatum:** 2025-04-22

**Informationsklassning:**  
**Dokumentansvarig:** MAS socialförvaltning  
**Giltighetstid:**

**Föregående diarienummer:** 18/SN 0281  
**Föregående beslutsdatum:** 2022-09-05  
**Reviderad:** x  
**Föregående paragraf:**

## Innehållsförteckning

<b>Rutin för Trakeostomi</b> .....	0
Rutin för trakeostomi .....	2
Inledning.....	2
Rutin .....	2
Delegering .....	2
Dokumentera och rapportera .....	3
Trakealkanyler och rengöring .....	4
Trakealkanyler med kuff .....	4
Trakealkanyler med innerkanyl.....	5
Fenestrerade kanyler .....	5
Talventil .....	5
Uttorkning och avkylning av slemhinnorna .....	6
Bytesfrekvenser för trakealkanyl .....	6
Sugning av trakeostomi.....	7
Observation och risker vid sugning av luftvägar .....	8
Rengöring av flergångs innerkanyler .....	8
Tillvägagångssätt.....	8
Skötsel av trakeostomat.....	9
Tillvägagångssätt.....	9
Följder av trakeostomi.....	10
<b>Akuta åtgärder vid komplikationer</b> .....	11
<b>Tillvägagångssätt vid blockerad luftväg/slempropp</b> .....	11
<b>Trakealkanyl som dras ut oavsiktligt</b> .....	12
Referenser.....	14

# Rutin för trakeostomi

## Inledning

Rutinen är framtagen för att trakeostomerad patient som kommer till särskilt boende inom Motala kommun ska få en säker och trygg vård. Enligt lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård ska samordnad individuell planering (SIP) ske när flera vårdgivare är involverade kring en och samma patient. SIP ska ske innan utskrivning från slutenvård för att säkerställa en god planering. Checklista innan patienten kommer till ett kommunalt särskilt boende finns med som bilaga 1. Om oklarhet råder avseende planeringen för denna patientgrupp tas kontakt med MAS för dialog innan patienten blir utskriven.

## Rutin

Rutinen omfattar personal inom hemsjukvården och omvårdnadspersonal inom kommunens verksamheter. Den beskriver hanteringen kring delegering samt skötsel av trakeostomerade vuxna patienter.

## Delegering

Med delegering menas att hälso- och sjukvårdspersonal med formell kompetens överlåter uppgift till personal som genom praktisk yrkesverksamhet eller fortbildning har skaffat sig reell kompetens. Med formell kompetens avses legitimation för yrket. Varje delegeringsbeslut ställer krav på gott omdöme, goda kunskaper och noggrannhet hos både den som delegerar och den som mottar delegering att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter. Enligt [Rutin för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter](#). Utbildning och delegering till omvårdnadspersonal att utföra trakeostomivård på individnivå ska genomföras i den utsträckning som krävs innan en patient flyttar in på ett kommunalt boende.

Enhetschef är ansvarig och skall planera och anpassa bemanningen så att kraven på god och säker vård kan uppfyllas. Det innebär att det måste finnas personal med såväl formell som reell kompetens i tillräcklig omfattning. Då det finns patient på ett kommunalt boende som har behov av trakeostomivård ska det dygnet runt finnas personal på plats som har kompetens för uppgiften. Larm från personer med trakeostomi måste besvaras skyndsamt (inom 1-2 min) då stopp i tracken betyder stopp i andningsfunktionen och då innebär ett akut tillstånd för patienten. Utbildning i trakeostomivård inför delegering genomförs i nedanordning för att ge goda förutsättningar för en säker och trygg delegering.

1. Du börjar med att läsa rutin för trakdelegering. Detta för att du ska få en förståelse för vad delegeringen handlar om och kan förbereda dig. [Rutin-trakeostomi](#).
2. Genomför Socialstyrelsens länkade webbutbilning [Basala-hygienrutiner-i-vard-och-omsorg-2025](#).
3. Genomför Demenscentrums länkade webbutbildning [Jobba säkert med läkemedel](#).
4. Gå igenom innehållet i [Evikomp trakeostomi](#). Modul. Markera modulen som klar, för att kunna ladda ner och skriva ut intyg.
5. Skriv ut intyg för genomförda utbildningar punkt 2-4 och lämna till din närmsta chef. Din chef anmäler sedan till utbildning på Clinicum.
6. Genomför utbildning på Clinicum. - Ett tillfälle att få teoretisk och praktisk handledning, med möjlighet att ställa frågor.

7. Innan delegeringstillfället ska du få handledning genom att gå bredvid erfaren personal. Detta gör du tills du blivit erfaren och känner dig säker på hur trakeostomin ska skötas.
8. Delegeringstillfälle: Bedömning görs av sjuksköterska med formell och reell kompetens. Alla moment i trackhantering ska kunna utföras utan handledning. Då görs bedömning om mottagaren av delegeringen har den reella kompetensen

Därefter ges en personlig och patientbunden delegering från omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Giltig delegering ska vara dokumenterad i digital signering alfa-e. Delegeringen skall signeras av den som mottar delegeringen i appen för att den ska vara giltig. Den som mottar en delegerad arbetsuppgift bär själv ansvaret för hur hon/han utför sin uppgift.

Mottagaren har skyldighet att informera den som är ansvarig för delegeringen om man inte anser sig ha tillräckliga kunskaper för att utföra arbetsuppgiften. Webbutbildningarna, inkl. kunskapstest ska repeteras årligen inför förnyelse av delegering, då uppföljning och genomgång sker med ansvarig sjuksköterska. Egen genomgång av aktuella instruktioner och material/teknisk utrustning bör ske varje månad så att all personal kan agera i händelse av akuta problem. Det är särskilt viktigt att beakta om det går lång tid mellan gångerna då personalen kan behöva agera. Uppgiftsmottagaren ska vara införstådd med att när denne utför medicinska arbetsuppgifter tillhör man hälso- och sjukvårdspersonal och därmed lyder under de bestämmelser som gäller för dessa.

Personal som ska vårda patienter med trakeostomi ska få handledning av erfaren personal tills de själva blivit erfarna och känner sig säkra på hur trakeostomin ska skötas.

## Dokumentera och rapportera

SSK dokumenterar följande i patientjournalen under omvårdnadsplan

- skötsel, omläggning
- behov av sugning
- patientens andning
- eventuella komplikationer
- information till patienten och anhöriga
- patientens upplevelse
- kommunikation, hur patienten helst kommunicerar med omgivningen
- kuffschema med ordinerat kufftryck alternativ volym och tider för i- och urkuffning

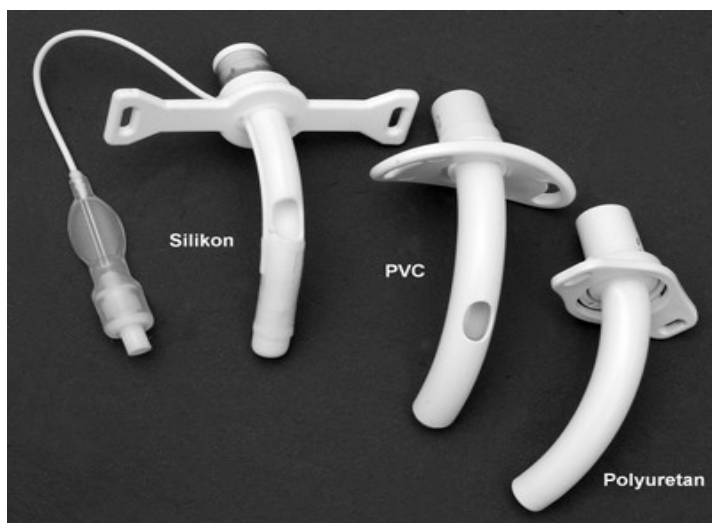
Följande ska dokumenteras under trakeostomistatus i Viva av SSK.

- indikation för trakealkanyl
- datum för insättning av trakealkanyl
- datum för planerat byte av trakealkanyl
- typ av trakealkanyl och storlek
- kuffschema => se aktuell handlingsplan från regionen
- träningschema => se aktuell handlingsplan från regionen

- datum för borttagande av trakealkanyl
- särskilda observationer => se aktuell handlingsplan från regionen

Dokumentationen bör inkludera riskbedömningar och vilken grad av tillsyn patienten behöver. Detta är särskilt viktigt på avdelningar som sällan vårdar patienter med trakeostomi. Om patienten inte kan slå larm vid problem, krävs det ständig övervakning. Kopia på trakeostomistatus och aktuell handlingsplan (ska alltid finnas) sätts i patientens röda HSL-pärm.

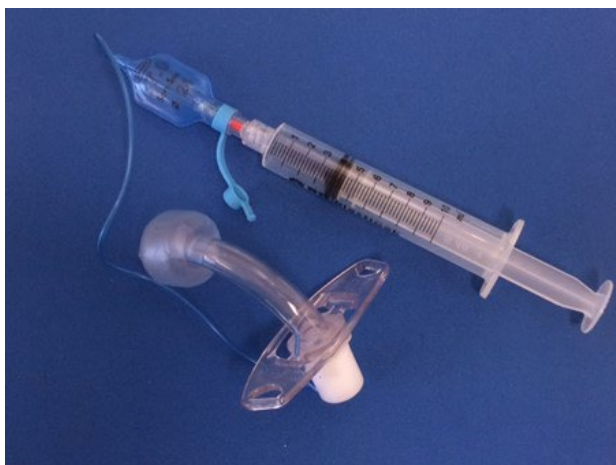
## Trakealkanyler och rengöring



Exempel på trakealkanyler. Trakealkanyler finns tillverkade i olika plaster såsom PVC, silikon och polyuretan eller i silver. Trakealkanylen kan ha kuff, fenestration eller innerkanyl för att tillgodose olika behov hos patienten.

### Trakealkanyler med kuff

Kontakta MAS om patient som har trakealkanyl med kuff planeras till kommunalt boende.



Exempel på trakealkanyl med kuff och spruta

En del trakealkanyler är försedda med kuff, en slags uppblåsbar manschett. Kuffen förhindrar att saliv och maginnehåll kommer ner i lungorna, och den tätar vid respiratorbehandling. Kuffen medför en risk att skada luftstrupens vägg. Risken avgörs av hur hårt kuffen trycker och hur lång tid väggen belastas.

Kontrollera trycket i kuffen med en speciell manometer (skall medfölja patienten vid utskrivning från slutenvård). Trycket får inte överstiga 20–30 cm H<sub>2</sub>O, se medföljande vårdplan/instruktion från trak-ansvarig vårdgivare för aktuellt kufftryck. Kontroll av kufftryck kan utföras av utbildad och delegerad omsorgspersonal, enligt ordination. Vid minsta tveksamhet skall alltid legitimerad sjuksköterska kontaktas.

Ansvarig läkare bör se över indikationen för att hålla trakealkanylen kuffad. Om kuffen är avsedd som skydd för aspiration, felsväljning till luftvägen, kan det räcka att kuffa under några timmar kring måltiderna.

Det ska alltid vara två personer med delegering vid urkuffning. Den ena kuffar ur och den andra suger samtidigt för att minimera risken för aspiration.

Om trakealkanylen behöver vara kuffad hela dygnet minimeras risken för tryckskador och slemanshopning genom att kuffen töms två gånger/dygn eller oftare enligt ordination. Var beredd att suga slem när kuffen töms eftersom det i regel samlats sekret ovanför kuffen. Fyll kuffen igen omedelbart efter sugningen. Det finns speciella trakealkanyler med möjlighet att suga ovanför kuffen när man vill undvika problem från slem som ansamlas där.

### Trakealkanyler med innerkanyl

Vissa trakealkanyler har innerkanyl, ett löstagbart rör inskjutet i röret i den yttre kanylen. Innerkanylen kan lätt tas ut och göras ren från slem, för att minska risken att trakeostomin blockeras av luftvägssekret. I kommunal hemsjukvård ska trakealkanylen alltid vara försedd med innerkanyl.

### Fenestrerade kanyler

En fenestrerad trakealkanyl har en eller flera öppningar i ytterkurvan för att så mycket luft som möjligt ska nå stämbanden. Den kan utnyttjas för att patienten ska kunna tala eller när man vill prova om luftvägen räcker så att patienten klarar att andas utan att använda trakeostomin. För mer information om olika typer av kanyler, [Vårdhandboken Trakeostomi](#)

### Talventil



Exempel på talventil

Talventilen tillåter inandning men inte utandning genom trakealkanylen.

**Sätt aldrig en talventil på en trakealkanyl som har uppblåst kuff om trakealkanylen inte är fenestrerad. Det måste finnas en väg för utandningsluften upp mot stämbanden när man använder talventil. Försäkra dig därför om att patienten kan andas ut genom näsa/mun innan du sätter en talventil på trakealkanylen.**

För att möjliggöra tal kan en talventil sättas på trakealkanylen enligt ordination. Iaktta då patienten så att andningen inte blir för ansträngd. För det mesta används talventilen tillsammans med en så kallad fenestrerad trakealkanyl som ger fri passage för luften upp till stämbanden. Även en trakealkanyl med liten diameter kan användas som ger luftpassage vid

sidan av kanylen. Talventilens filter byts dagligen. Själva talventilen rengörs efter dagens användning med kranvatten, vid hög kalkhalt i vattnet rekommenderas att renat vatten används. Den ska förvaras torrt och kan användas i två veckor. **Talventil ska inte användas under sömn, eftersom inandningsluften inte blir tillräckligt befuktad.**

#### Uttorkning och avkyllning av slemhinnorna

Hos trakeostomerade patienter blir inandningsluften torr, eftersom den inte passerar de övre luftvägarna och befuktas på naturligt sätt. Den torra inandningsluften kan leda till att krustor bildas, eftersom sekret torkar in. En fukt- och värmeväxlare, så kallad konstgjord näsa, bör sättas på trakealkanylen för att hålla luftvägarna fuktiga och för att värma inandningsluften. Den filtrerar också inandningsluften från damm och partiklar. Denna ska bytas en gång per dygn eller vid behov.



Exempel på konstgjord näsa

Patienten har mer eller mindre slemproduktion. De flesta behöver hjälp med sugning i trakealkanylen. Om slemmet är torrt och segt ska behandlande läkare ordinera inhalationer. Segt slem kan ge stopp i trakealkanylen, läs mer under Akuta åtgärder vid komplikationer. Patienter som inte själva kan sköta sin munvård måste få hjälp med det.

- Inspektera, rapportera och dokumentera munhålans utseende.
- Näsans slemhinnor kan också bli uttorkade. Inspektera och åtgärda.

#### Bytesfrekvenser för trakealkanyl

Trakealkanyl byts enligt ansvarig läkares ordination och efter tillverkarens rekommendation. Se under trakeostomistatus i Viva när det ska utföras.

## Sugning av trakeostomi

Mät upp sugdjupet på en sugkateter genom att mäta sugkatetern mot innerkanylens längd, markera med tejp och använd denna som mall. (OBS! Ska ej användas.) Denna ska finnas i anslutning till sugutrustning för att underlätta vid mätning inför sugning. Det bör i allmänhet vara 1 cm nedanför trakealkanylens spets. För aldrig ned sugkatetern längre än till uppmätt markering.

Tillämpa basala hygienrutiner och använd handskar och skyddsförkläde. Visir, skyddsglasögon i kombination med munskydd kan användas som stänkskydd. Vid sugning av luftvägar skyddar det då till exempel mot luftvägssekret.

- Sugkraften ska vara max 20 kPa (=0,20 bar). Om slemhinnorna är lättblödande ställs sugkraften något lägre.
- Vid användning av trakealkanyl med innerkanyl börja med att byta innerkanyl. Om problemet kvarstår sker sugning vanligtvis genom den ny bytta innerkanylen
- Arbeta aseptiskt och behåll renhetsgraden på sugkaterns spets genom att inte vidröra den delen som ska föras ned i trakeostomin.
- För ned sugkatetern utan sugkraft och utan att forcera.
- Sätt på sugkraften. För sugkatetern uppåt genom att rotera mellan tumme och pekfinger för att få så effektivt rent som möjligt på trakealkanylens insida och det minskar risken att katetern suger fast i trakealväggen. Uppmana patienten att hosta om möjligt.
- Sug under 5–15 sekunder beroende på hur patienten upplever sugningen.
- Övervaka patienten och avbryt sugningen om syremättnaden sjunker för mycket. I vissa fall används pulsoximeter.
- Om sugning ska upprepas flera gånger vid samma sugtillfälle byts sugkatetern mellan varje sugning. Om samma sugkateter INTE dragit ut helt ur tracken, lämna minst 1 cm kvar i tracken så kan du gå ner med samma igen. Låt också patienten hämta andan en stund innan du för ned en sugkateter igen.
- Dra handsken över sugkatetern innan den kastas efter sugningen.
- Spola igenom sugslangen med kranvatten från sugkoppen. OBS! Detta efter avlägsnandet av sugkatetern. Sugkoppen fylls med vatten som byts efter varje sugomgång. Koppen byts varje dag.
- Sugslangen ska bytas 1–2 gånger/dygn, sugflaska byts 1–2 gånger/dygn och vid behov.

## Observation och risker vid sugning av luftvägar- Denna text gäller vuxna.

Risk	Undvik	Åtgärd
Hypoxi = syrebrist	För långvarig sugning	Överväg oxygenbehandling om möjligt
Sugning kan irritera slemhinnan till ökad slemproduktion	Överdriven sugning.	Bedöm sugbehovet. Observera patienten och sug endast vid behov
Slemhinneskador- sår - blödning	Överdriven sugning. För högt sugtryck. Fastsugning. Sugning för långt ner i bronkerna. Sugning i näsan.	Kontrollera sugkraften, sugkateterns längd, sugreglaget och sugtekniken. Sug 5-15 sekunder/gång.
Vagusreflex som kan utlösa kräkning, bradycardi och/eller apné.	För högt sugtryck. Onödig sugning. Sugning för långt ner eller under för lång tid. För grov sugkateter. Sugkateter som förs upp och ned utan paus emellan.	Observera patienten. Kontrollera sugkraften, sugreglaget och sugtekniken.
"Uttröttad" patient.	För långa sugtillfällen. Hela trakealkanylens lumen fylld av sugkatetern.	Observera patienten. Sug inte längre än patienten orkar. Låt patienten återhämta sig mellan sugningarna.
För tjockt/seggt slem sekretstagnation och krustbildning.	Uttorkade slemhinnor.	Läkare kan behöva ordinera inhalationsläkemedel och/eller Natriumklorid-inhalationer.
Infektioner som förs vidare.	Smittspridning. Skador på slemhinnan som ökar risken för infektioner.	Arbeta aseptiskt. Använd alltid handskar. Använd god sugteknik.

Ta alltid kontakt med ansvarig sjuksköterska som vid behov konsulterar läkare och det även vid minsta tveksamhet.

## Rengöring av flergångs innerkanyler

Innerkanylen rengörs 1-2 gånger/dag samt vid behov. En innerkanyl ska alltid sitta i. Därför är det bra att ha två kanyler att alternera mellan så man alltid har tillgång till en ren. Inspektion av innerkanylen ska ske dagligen. Vid skador eller missfärgning ska denna bytas till ny.

### Tillvägagångssätt

Tillvägagångssättet som beskrivs gäller oavsett om patienten vårdas på sjukhus, på vårdboende eller i hemmet.

Tillämpa basala hygienrutiner

1. Ta ut innerkanylen.
2. Sätt i en ren innerkanyl.
3. Rengör den använda innerkanylen invändigt och utvändigt med kroppstempererat kranvatten och flytande, oparfymrat handdiskmedel alternativt oparfymrad handtvål. Använd skumgummiborste tillverkad för ändamålet alternativt dra rena, blöta kompresser genom innerkanylen med hjälp av en böjd peang eller pincett.  
**Skumgummiborsten är engångs och ska bytas mellan varje tillfälle.**
4. Upprepa tills allt synligt slem har avlägsnats. Var försiktig så att trakealkanylen inte repas på insidan.
5. Skölj ur innerkanylen med varmt kranvatten.

6. Låt lufttorka eller torka torrt med en ren kompress. Den rena och torra innerkanylen ska förvaras rent, torrt och dammfritt.



Exempel på fenestrerad innerkanyl (längst ner) och ofenestrerad innerkanyl (överst)

## Skötsel av trakeostomat

Vid skötsel av stomat används ren teknik. Håll huden runt stomat ren och torr för att undvika risk för bakterie- och svampväxt. Ge akt på hudrodnad. Prata med patienten genom hela vårdmomentet om vad som kommer att göras och varför. Fråga efter vilken information som har givits och vilka erfarenheter patienten har.

Byt förband, så kallad slitskompress vid behov eller enligt ordination, dock minst två gånger per dag. Kanylbandet byts med hjälp av två personer varav minst en ska vara sjuksköterska, Det kan delegeras till mycket van personal med god kännedom om patienten. Det kan delegeras till mycket van personal med god kännedom om patienten. Sjuksköterskan ansvarar för att kanylen hålls på plats då den kan riskera att förflytta sig eller hostas upp, den andra personen byter kanylbandet. Det är en sjuksköterskeuppgift och bör inte delegeras. Det kan delegeras till mycket van personal med god kännedom om patienten. Det finns olika typer av kanylband. De vanligaste har kardborrefäste och är både mjuka, bekväma och säkra. Kanylbandet ska bytas minst en gång per vecka eller vid behov.

### Tillvägagångssätt

Tillvägagångssättet som beskrivs gäller oavsett om patienten vårdas på sjukhus, på vårdboende eller i hemmet.

#### Byte av slitskompress

1. Börja med att informera patienten.
2. Tillämpa basala hygienrutiner
3. Ta bort den gamla slitskompressen
4. Fukta en ren kompress med kranvatten.

5. Rengör området runt stomat. Låt torka ordentligt innan ny slitskompress sätts på plats. Vid rodnad och irritation informera ansvarig sjuksköterska som i sin tur vidtar lämpliga åtgärder tex ev en barriärfilm som ger en skyddande hinna.
6. Inspektera, rapportera och dokumentera stomats utseende och eventuella förändringar.
7. Vid misstanke om infektion runt stomat tas kontakt med ansvarig läkare.
8. Efter omläggningen, dokumentera inflammations- eller infektionstecken såsom rodnad eller svullnad, samt även sekretmängd och färg på det och eventuella granulom.

#### Byte av kanylband

9. Klargör vem som ska hålla kanylen på plats och vem som ska byta bandet. Kanylen skall hållas av SSK, eller Usk med delegering för detta moment.
10. Avlägsna kanylband. Rengör patientens hals och nacke med mild tvål och kranvatten.
11. Nya kanyl bandet ska spännas så att det finns plats för en - max två fingrar mellan band och hals.

## Följder av trakeostomi

**Nedsatt hostförmåga** Hostreflexen kan vara nedsatt på grund av försämrad muskelkraft, smärta eller medvetslöshet. Det blir också svårare att bygga upp tryck för hoststöten eftersom trakeostomin står öppen mot omvärlden. Konsekvensen kan bli sekretansamling i luftvägarna.

**Bortfall av talförmåga** Patienten kan förlora talförmågan vid trakeostomi, vilket leder till kommunikationsproblem. Det är viktigt att vara uppmärksam på patientens upplevelser, eftersom den begränsade förmågan att kommunicera kan leda till att patienten känner ångest, oro och obehag. Patienten kan känna sig isolerad och har svårt att göra sig förstådd. Anteckningsblock, bokstavstavla eller pekbok kan ibland vara till hjälp. När patienten har svårt med svenskan kan ofta anhöriga hjälpa till att sammanställa en kort lista med viktiga ord att peka på. En logoped kan hjälpa till att finna lösningar när inte de vanliga knepen räcker. Patienter med en etablerad trakeostomi har oftast trakealkanyler som medger tal.

**Risk för tryckskador** Trakealkanylen kan orsaka tryckskador på slemhinnan i luftstrupen, framför allt när trakealkanylen är kuffad. Trakeostomin kan även störa sväljningen genom att trycka mot matstrupen eller genom att motverka höjningen av struphuvudet.

**Försämrat luktsinne** En trakeostomerad person får ett försämrat luktsinne, vilket också innebär en social förlust. Det är viktigt att tänka på när dessa patienter vårdas. Även smakupplevelsen påverkas.

**Infektionsrisk** Tillämpa alltid basala hygienrutiner. Trakeostomat och området runt omkring är alltid koloniserat av bland annat bakterier från hudens normalflora. Området bör därför hanteras som en möjlig smittkälla och skötas noggrant för att motverka ökad bakterietillväxt.

## **Akuta åtgärder vid komplikationer**

Akutlåda skall vara tydligt uppmärkt och alltid följa patienten vart denne än befinner sig, oavsett var patienten befinner sig eller typ av boende, måste det alltid finnas: I akutlådan skall finnas:

- sax
- sprutor (2,5 ml och 10 ml)
- långt nässpekulum (alternativt peang eller hakar), speciellt viktigt vid nyanlagd trakeostomi
- en reservkanyl, av samma typ som den som patienten har och en i mindre storlek
- bedövningssalva
- sugkateter
- Natriumklorid isoton, steril
- Inplastad instruktion om tillvägagångsätt vid stopp i kanyl

*Hinder i trakealkanylen, till exempel intorkat slem, ger andnöd och motorisk oro.*

## **Tillvägagångssätt vid blockerad luftväg/slempropp**

Om trakealkanylen är blockerad och sugningen inte hjälper:

1. Tillkalla hjälp.
2. Om trakealkanylen har en innerkanyl - börja med att ta ut den, det löser som regel problemet. Om patienten andas efter detta räcker det med att sätta in en ren innerkanyl.
3. Tillkallad hjälp kontaktar Ansvarig sjuksköterska omedelbart. Den med delegering och kunskap om patienten kvarstannar och fortsätter övervaka
4. Försök suga rent trakealkanylen.
5. Om patienten fortfarande har blockerad luftväg, fortsatt enligt schemat.
6. Om trakealkanylen har kuff. Dra ut all luft ur kuffen med en tom spruta
7. Klipp av kanylbandet.
8. Ta ut trakealkanylen.
9. Håll trakeostomat öppet med hjälp av ett långt nässpekulum. Sug rent i luftstrupen och se till att hålla stomat öppet. En personal håller stomat öppet och den med delegering utför själva sugningen.
10. Om andningen fortfarande är otillräcklig, vidtag hjärtlungräddningsåtgärder med inblåsningar via stomat med hjälp av en sugslang som sätts i stomat.

**Individuell handlingsplan ska finnas tillgänglig hos patienten.**

## Trakealkanyl som dras ut oavsiktligt

Trakealkanylen kan dras ut ur stomat genom olyckshändelse, till exempel när banden lossats vid stomavård. Ring 112 och tillkalla ansvarig sjuksköterska. Se även aktuell handlingsplan för patienten där det tydligt skall framgå hur detta ska hanteras. Om hela trakealkanylen dragits ut, gäller det först och främst att hålla stomat öppet enligt ovanstående instruktioner. Om trakealkanylen åkt ut en liten bit, kontaktas omedelbart ansvarig sjuksköterska.



Långt nässpekulum

## För vuxna patienter med trakeostomi på särskilt boende i Motala kommun.

- Planering ska vara genomförd i god tid innan utskrivning
- Handlingsplan/vårdplan ska finnas skriven av ansvarig läkare
- Enhetschef säkerställer att det finns tillräcklig bemanning och delegerad personal enligt  
Omvårdnadspersonal ska efter praktisk och teoretisk utbildning visa att de har erhållit  
nödvändig kunskap om trakeostomivård och därefter kan patientbunden delegering ges
- Material som behövs till aktuell patient ska vara medskickat från regionen samt  
telefonnummer dit man kan vända sig vid behov och när nytt material till trakeostomin  
behöver beställas
- Kopia på trakeostomi-status och aktuell handlingsplan ska finnas i HSL-pärm nära patienten
- Sug och sugkatetrar ska finnas nära tillhands på rummet
- Mät ut en sugkateter att ha som mall för hur långt ner man kan suga i tracken
- Akutbricka ska ALLTID finnas på patientens rum och ska innehålla:
  - Sax
  - Sprutor 2,5 ml och 10 ml
  - Långt nässpekulum
  - Reservkanyl (av samma typ som patienten har och en i mindre storlek)
  - Bedövningssalva
  - Sugkateter
  - Natriumklorid isoton, steril
- Material, det ska finnas ett lager med
  - Talventiler
  - Näsor
  - Sugkatetrar
  - Innerkanyl att ha som byte och i reserv
- Omvårdnadsstatus: Ska innehålla hur patientens andning är, eventuella komplikationer och hur  
man kommunicerar (ex pekbok, skriva eller pratar) och hur patienten upplever situationen.
- Information om hur man ska hantera en akut situation ska ALLTID finnas nära tillhands i  
anslutning till sugen!
- Planera verksamheten så att det ALLTID dygnet runt finns minst en personal med delegering  
för track. I de fall då patienten har trakeostomi med kuff ska det finnas två personal med  
delegering.

## Referenser

- [Basala-hygienrutiner-i-var-d-och-omsorg-2025.](#)
- [Evikomp trakeostomi.](#)
- [Jobba säkert med läkemedel.](#)
- [Lag \(2017:612\) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso-och sjukvård. Samordnad individuell planering \(SIP\)](#)
- [Rutin för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter.](#)
- [Rutin-trakeostomi.](#)
- [Rutin för dokumentation och säker hantering av hälso-och-sjukvårdsjournaler.pdf](#)
- [Utbildningsmaterial Clinicum från öron-näsa-hals enheten vid Universitetssjukhuset i Linköping](#)
- [Vårdhandboken Trakeostomi](#)