

Trakeostomi

Delegering av skötsel och omvårdnad, inklusive utbildningsmaterial

Gäller för verksamhetsområde: Hälsa- och sjukvård, Norrköpings kommun

Framtagen av: sjuksköterskor i Norrköpings kommun i samråd med ÖNH (Öron- Näsa-Hals)

Ersätter: Delegeringsmaterial för trakeostomi. Vård- och omsorgskontorets hälso- och sjukvård

Giltig från och med: 2019-11-18

Innehållsförteckning

Dnr: 2019/00530	1
Instruktion	1
Delegering vid trakeostomi	3
Delegeringsbeslut för trakeostomi	3
TÄNK PÅ!	3
Allmänt om trakeostomi	4
Olika trakealkanyler	5
Trakealkanylen kan vara med eller utan kuff.	5
Urkuffning/kuffning av trakealkanyl	6
Material, skötsel och specifika omvårdnadsåtgärder	6
Innerkanyl	6
Näsa	7
Talventil	8
Byte av kanylband	8
Skötsel av trakeostomat	9
Tillvägagångssätt	9
Munvård	10
Sugning av trakeostomerad patient (vuxen)	10
Innan sugningen påbörjas	10
Sugningen	11
Risker och observationer	12
Akuta åtgärder	13
I närheten av en trakeostomerad patient ska det ALLTID finnas:	13
Vid hinder och akut stopp gör så här:	13
Oavsiktlig utdragning av trakealkanyl	14
Följder av trakeostomi	14
Dokumentation	14
Uppgifter som ska finnas i vårdplan med en kopplad signeringslista:	15
Referenser	16

Delegering vid trakeostomi

Sugning av nedre luftvägar via trakeostomi ska utföras av läkare eller reellt kompetent sjuksköterska. I Norrköpings kommun ska delegering av sugning av nedre luftvägar via trakeostomi ses som ett undantag och regleras via utökad delegering.

En vårdplan upprättas av primärsjuksköterska. Denna ska innehålla ansvarig läkares alla ordinationer som reglerar trakeostomivården. Vårdplanen ska klart och tydligt beskriva den dagliga omvårdnaden samt redogöra för akuta åtgärder vid eventuellt andningsstopp och hjärtstillestånd.

Varje delegering ska vara kopplad till en specifik patient. Om enheten eller avdelningen har två brukare med trakeostomi, krävs en delegering per patient. Flyttar eller avlider patienten upphör den specifika delegeringen att gälla.

Delegeringsbeslut för trakeostomi

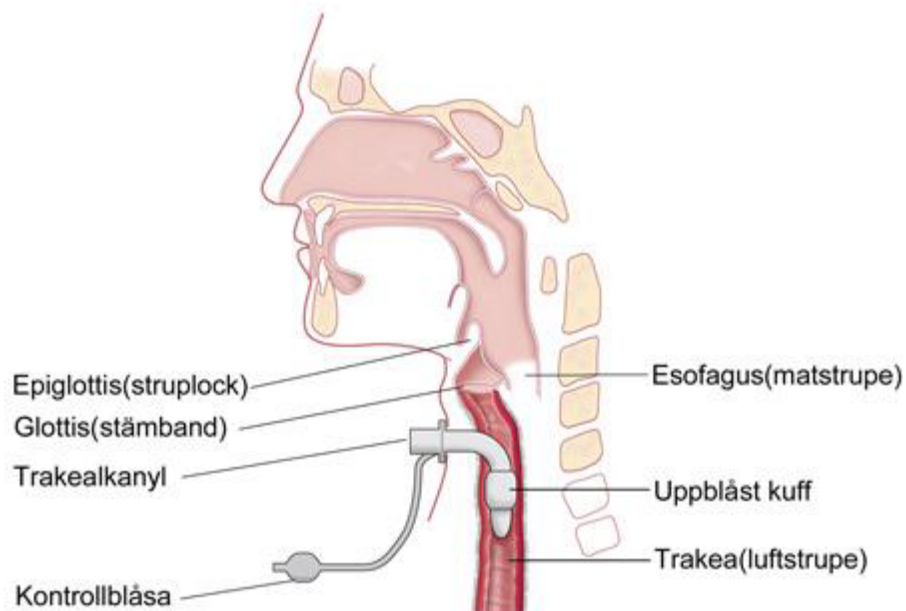
Beslutet sker skriftligt i Treserva ska namnge de uppgifter som delegeras. Vid trakeostomi skall uppgiften/uppgifterna benämnas:

- Utföra sugning av nedre luftvägar via trakeostomi
- Utföra omvårdnad i form av:
 - Byte av förband (slitskompress)
 - Rengöring runt stomat
 - Byte av näsa
 - Rengöring av innerkanyl
 - Att kuffa/kuffa i och ur trakealkanylen
- Verksamhetschef och medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) skall underrättas snarast om att delegering har skett.
- Förnyelse av delegering för trakeostomi innebär årlig genomgång av hela delegeringsmaterialet.

TÄNK PÅ!

För att kunna utöva god och säker vård av trakeostomerad patient, måste delegerad personal utföra de delegerade momenten regelbundet. Bedömer sjuksköterska alternativt den delegerade att arbetsuppgiften inte utförts under en längre period ska sjuksköterskan göra en ny uppföljning för att säkerställa att arbetsuppgiften utförs på ett patientsäkert sätt

Allmänt om trakeostomi



Översikt på kuffad trakealkanyl i övre luftvägarna

Trakeotomi är när ett strupsnitt läggs på halsens framsida för att skapa fri luftväg. Öppningen kallas **trakeostomi** eller **trakeostoma**. För att passagen ner till luftstrupen ska hållas öppen används en **trakealkanyl**. Det finns olika sorters trakealkanyler i olika material och längder, den kan vara med eller utan kuff och den kan vara kopplad till en respirator, ha en ”näsa” eller en talventil.

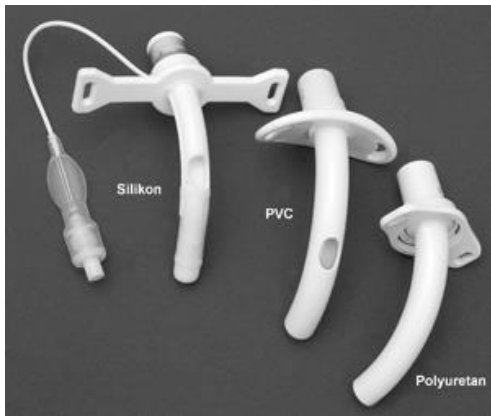
Orsaker till trakeostomi är sjukdomar och/eller skador i luft- och halsregion såsom:

- skador i luftvägarna
- skador i centrala nervsystemet
- svalgpares
- skador i mun- och halsregion
- medvetlöshet
- narkos
- hinder i luftvägarna

Syftet med trakeostomi är att säkerställa fria luftvägar samt att möjlighet ges att avlägsna sekret

Olika trakealkanyler

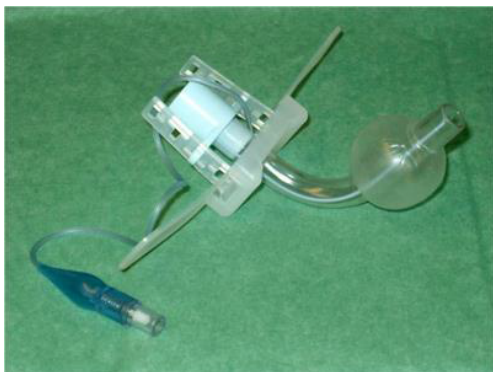
Trakealkanyler finns i olika material såsom PVC, silikon, polyuretan eller i silver, för att kunna tillgodose olika behov hos patienten. Kanylerna finns också i olika längder.



Exempel på trakealkanyl

Trakealkanylen kan vara med eller utan kuff.

En kuff är en uppblåsbar manschett i form av en ballong som sitter på kanylens utsida. Kuffen fylls med luft och täpper då till utrymmet mellan tub och luftstrupe, för att minska risken för aspiration och felsväljning. Genom att kuffa ur trakealkanylen enligt ordination, så minimeras risken för tryckskador och slemanshopning. I regel samlas sekret ovanför kuffen, var beredd att suga slem när kuffen töms. Vissa trakealkanyler har möjlighet att aspirerar ut slem via en sugslang på trakealkanylen. Ansvarig läkare ordinerar mängden luft i kuffen.



Exempel på trakealkanyl med kuff



Exempel på trakealkanyl med kuff och sugslang

Fenestrerad trakealkanyl har en öppning/fönster i ytterkurvan för att luften ska ha möjlighet att nå stämbanden, detta för att patienten ska kunna tala eller för att man ska kunna prova om patienten kan andas utan trakeostomi.

Urkuffning/kuffning av trakealkanyl

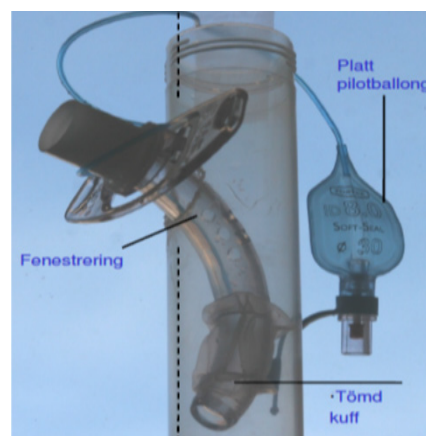
Det ska alltid vara två personer med delegering för trakeostomi vid urkuffning, om urkuffning utförs av delegerad personal. Den ena kuffar ur och den andra suger samtidigt för att minimera risken för aspiration.

Ta en ren spruta och aspirera försiktigt så all luft töms ur kuffen. Var beredd att suga rent vid urkuffningen då slem kan ha samlats ovanför kuffen.

- Vid upptäckt av för mycket/lite luft i kuffen, dokumenteras detta i journalen.
- Tidsangivelse för hur länge kuffen ska vara tömd samt hur mycket luft den ska vara kuffad med, ska vara ordinerat av läkare och stå i vårdplanen.
- Efter urkuffningen fylls kuffen åter igen försiktigt med luft, enligt ordination.
- Uppgifter om kuffningen finns dokumenterade i en vårdplan. Signeras på särskild signeringslista för trakeostomi.



Kuffad trakealkanyl med innerkanyl (röd)



Urkuffad trakealkanyl

Material, skötsel och specifika omvårdnadsåtgärder

Innerkanyl

Trakealkanylen kan även ha en **innerkanyl**, ett löstagbart rör som sitter inskjutet i den yttre kanylen. För att minska risken att trakealkanylen blockeras av luftvägssekret kan innerkanylen tas bort och rengöras med hjälp av vatten och oparfymerad handdiskmedel.



Brukaren bör ha två innerkanyler att tillgå så att en innerkanyl kan användas medan man rengör den andra. Detta för att undvika slem i ytterkanylen.

Innerkanylen rengörs med ljummet (37 grader) kranvatten och oparfymerat diskmedel. Använd rengöringsborste eller rena blöta kompresser och dra igenom innerkanylen. Skölj sedan innerkanylen med rent vatten. Om peang eller pincett används bör man vara mycket försiktig för att inte repa innerkanylen. Repor kan vara en grogrund för bakterier.

Lufttorka eller torka torr med ren kompress. Innerkanylen ska rengöras 1-2 ggr/dag samt vid behov

Näsa

Näsans funktion

Värmefuktighetsväxlare, s.k. **näsa**, ansluts till trakealkanylen. Syftet med näsan är att befukta och värma luften samt att upprätthålla det normala luftvägstrycket. Den filtrerar även inandningsluften från damm och partiklar. Byte av näsa sker en gång per dygn samt vid behov om den är dekontaminerad av slem och krustor.



Näsa

Talventil

Talventil används för det mesta till en fenestrerad kanyl för att ge fri passage av utandningsluften via stämbanden. Ventilen får användas enligt ordination. Den kan även användas på en ”hel” trakealkanyl med liten diameter så att utandningsluften kan passera vid sidan av kanylen.

Talventilen ger fri luftväg vid inandningen, men en backventil stoppar utandningen genom trakealkanylen. Det måste finnas en väg för utandningsluften upp mot stämbanden och ut genom näsa/mun när man använder talventil. Om man använder talventil på en kuffbar trakealkanyl, måste kanylen vara urkuffad, annars kan patienten inte andas ut.



Talventil

Byte av kanylband

Byte av kanylband är en sjuksköterskeuppgift och kan inte delegeras. Vid byte av kanylband SKA alltid en sjuksköterska närvara. Det ska alltid vara två personer som hjälps åt vid bytet, en som håller kanylen på plats medan den andra byter (Lokal anvisning)

1-2 fingrar ska få plats mellan kanylbandet och halsen. Det vanligaste kanylbandet har kardborrefästning.



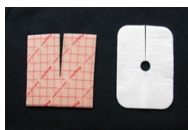
Exempel på kanylband

Skötsel av trakeostomat

- Vid skötsel av stomat används ren teknik.
- Informera patienten vad som kommer att ske.
- Kompressen, så kallad *slitskompress*, byts vid behov eller enligt ordination, men minst en gång per dygn.
- För att undvika bakterie- och svampväxt ska huden runt stomat hållas ren och torr. Observera hudrodnad.
- Efter omläggningen dokumenteras tecken på inflammation eller infektion såsom rodnad eller svullnad, samt även sekretmängd och färg på det.

Tillvägagångssätt

- Fukta en ren kompress med natriumklorid och tvätta runt stomat.
- Rengör, med tvål och vatten, patientens hals och nacke
- Innan ny slitskompress sätt dit ska huden få torka ordentligt.



Exempel på slitskompresser

- Slitskompresserna har en blankare sida, denna sida ska vara närmast mot huden
- Vid rodnad runt stomat kan man pensla på en barriärfilm efter rengöring, t.ex. Cavidon.
- Om kanylbandet ska bytas – klargör vem som gör vad, vem håller kanylen på plats och vem byter bandaget. När kanylbandet spänns ska det finnas plats för två fingrar mellan halsen och bandet.
- Inspektera, rapportera och dokumentera stomats utseende och eventuella förändringar.

Munvård

En välskött mun betyder mycket för livskvaliteten. Noggrann munvård, rengöring och inspektion är mycket viktigt hos patienter med trakeostomi för att hålla munslemhinnan fuktig.

En normal salivproduktion ska motverka karies, bakterier och svamp. Beläggningar i munnen uppkommer lätt då patienten ofta har nedsatt allmäntillstånd, ligger med öppen mun eller kanske behandlas med antibiotika.

Vichyvatten kan användas för att motverka/behandla svamp. Krustor kan lösas upp med natriumklorid. Läppar smörjas med cerat. Saliversättningsmedel, gärna med olja i, kan användas till munhålan. Om en trakeostomerad patient sondmatas, är risk för pneumoni stor vid aspiration, ifall munhygien är dålig.

Det finns en ökad risk för uttorkning och avkylning av slemhinnorna – sekret och krustor bildas då inandningsluften inte befuktas på naturligt sätt varför munhålan och näsans slemhinnor bör inspekteras regelbundet. Inhalation och/eller natriumkloridlösning kan användas för att göra slemmet lösare och motverka krustor.

Sugning av trakeostomerad patient (vuxen)

När en patient har en trakeostomi innebär det att sugningen görs, via trakealkanylen, i luftstrupe och luftrör, det vill säga de nedre luftvägarna.

Innan sugningen påbörjas

- Kontrollera att sugen är rätt ihopsatt, detta ska vara förberett sedan tidigare sugning.
- Uppmana patienten att hosta¹ – många kan självständigt få upp slem genom att hosta. Därför ska patienten alltid uppmanas att hosta innan sugning påbörjas.
- Mät längden på sugkatetern – Sugdjupet bör vara lika långt som trakealtuben + 1 centimeter. Tips! Fäst en tejp, som är lika lång som trakealtuben + 1 centimeter, på sängbordet i anslutning till sugen.
- Tillämpa basala hygienrutiner – tvätta händerna med tvål och vatten och använd handsprit. Använd handskar och skyddskläder såsom engångs

¹ Hosta

Hosta är kroppens sätt att göra sig av med sekret från lungorna och därmed minska risken för infektionen. En hostning börjar med att man tar ett djupt andetag och lungorna fylls med luft. Därefter stängs öppningen längst upp på struphuvudet, glottis, och det byggs då upp ett tryck i lungorna. Efter detta drar andningsmuskulaturen ihop sig och glottis öppnas igen och luften pressas då ut ur lungorna och vi hostar.

En bra hoststöt kräver en fungerande muskulatur i bröstorg, hals och buk. Patienter med till exempel neuromuskulära sjukdomar eller höga spinalskador med nedsatt muskelstyrka har ofta en nedsatt hoststöt och orkar då inte hosta upp sekretet vilket medför en risk för lunginflammation.

plastförkläde. Ibland kan även stänkskydd t.ex. munskydd skyddsglasögon eller visir behövas.

- Vatten i sugflaska – för att underlätta rengöringen av sugflaskan efter sugning i trakealkanylen, bör det alltid finnas ca 1 cm vatten.
- Ta fram ett glas med vatten – används för att spola igenom sugslangen efter sugning.
- Kontrollera att all utrustning, som nämns ovan, finns till hands.
- **Informera patienten.**

Sugningen

Grundregeln för sugning av luftvägarna är att det genomförs när det syns och/eller hörs att det finns sekret² i luftvägarna.

Tänk på att observera patientens allmäntillstånd under hela sugningen via trakealkanylen.

- Sugkraften ska vara max 20 kPa (=0,20 bar). Vid lättblödande slemhinnor ska sugkraften vara något lägre.
- För ner sugkatetern utan sugkraft och utan att forcera.
- Dra upp sugkatetern, använd cirkulerande rörelser, med sugkraft på. Roterandet bidrar till att katetern inte suger sig fast och att den får med sig så mycket sekret som möjligt.
- Sug under högst 5- 10 sekunder.
- Låt patienten hämta andan innan sugkatetern förs ner igen. Sugkatetern förs endast ner en gång och kasseras efter det för att minimera risk för kontaminering. Samma sugkateter får endast föras ner mer än en gång då det är en akut livshotande situation.
- Dra handsken över sugkatetern innan den kastas efter sugningen.
- Spola igenom sugslangen med vatten från glaset.
- Ta fram en ny sugkateter och töm behållaren vid behov, den ska vara klar att användas nästa gång behovet uppstår. Ny sugkateter öppnas inte i förväg utan när det är aktuellt att suga.
- Vit sugkateter storlek 12 ska användas, längd 25 eller 40 cm.

² Sekret

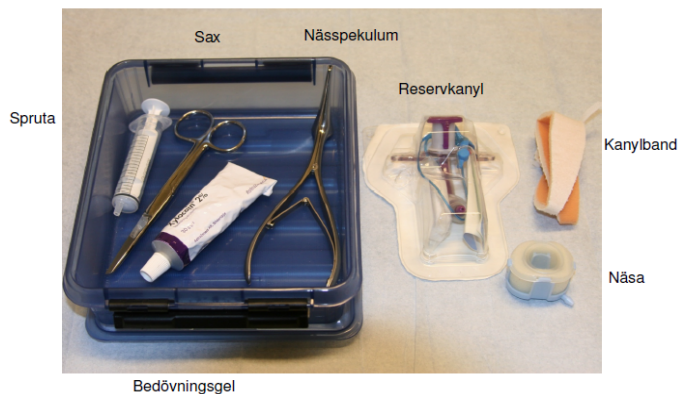
Sekret bildas kontinuerligt i luftstrupens slemhinna och är en naturlig skyddsmekanism som har till uppgift att transportera bort smuts och infektionsbärande partiklar från lungorna. Flimmerhåren förflyttar sekretet från lungorna till svalget där det hostas eller harklas upp och sväljs ned. Vid infektion ökar vanligtvis mängden sekret och dess tjocklek samt färg kan förändras.

Risker och observationer

- Syrebrist – vid för långvarig sugning kan patienten få för lite syre. Orsaken till detta är att luften sugs bort från luftvägarna, sugningen ”tjuvar” luft för patienten.
- Ökad slemproduktion – vid överdriven sugning irriteras slemhinnan till ökad slemproduktion. Observera därför patienten och sug endast vid behov.
- Skador på slemhinnorna – sår och blödning kan utvecklas genom överdriven sugning, för högt sugtryck, fastsugning, sugning för långt ner i bronkerna. Kontrollera därför sugtrycket, längden på sugkatetern, sugtekniken och sug högst 5-10 sekunder/gång.
- Vagusretning – används för grov sugkateter eller om man suger för långt ner eller under för lång tid kan vagusnerven retas. Reflexen kan utlösa kräkning, långsam puls (bradykardi) och/eller andningsstillestånd (apné). Sugningen bör därmed inte genomföras under längre än 5-10 sekunder åt gången och sugkatetern får heller inte föras upp och ned utan paus emellan. Sugteknik, sugkraft och sugreglage kontrolleras.

- Uttröttad patient – om sugtillfället blir för långt eller om sugkatetern fyller hela trakealtubens lumen så kan pat. bli uttröttad. Sugkateterns storlek ska därför anpassas till trakealtubens diameter. För att undvika detta ska varje sugtillfälle inte vara längre än 5-10 sekunder per gång och patienten ska få återhämta sig mellan varje tillfälle. Tillgång till syrgas ska övervägas av läkare eller sjuksköterska.
- Sekretstagnation och krustabildning – uttorkade slemhinnor medför att slemmet blir för tjockt och segt. Om slemhinnorna befuktas och ”näsa” används på trakealtuben kan detta motverkas. Befuktning görs genom att natriumklorid inhaleras i trakealtuben, och görs enligt läkarordination.
- Bakteriespridning – får patienten skador på slemhinnan så ökar risken för infektioner. Utför därför sugningen aseptisk och använd ALLTID handskar.

Akuta åtgärder



I närheten av en trakeostomerad patient ska det ALLTID finnas:

- Sax
- 10-ml spruta
- Långt nässpekulum (alternativt peang eller hakar)
- Reservkanyl – Likadan kanyl som patienten redan har och eventuellt även en storlek mindre än vad patienten har.
- Bedövningssalva
- Sugkatetrar

Vid hinder och akut stopp gör så här:

Hinder i trakeostomin kan ge andnöd och motorisk oro.

- Tillkalla hjälp, kollega/sjuksköterska/ambulans
- Om trakealkanylen har en innerkanyl, ta ut den. Andas patienten så räcker det att sätta in en ren innerkanyl.
- Försök suga rent trakealkanylen

- Är luftvägen fortfarande blockerad, kuffa ur trakealkanylen (om den har kuff).
- Klipp av kanylbandet och ta ur kanylen.
- Håll trakeostomat öppet med hjälp av ett långt nässpekulum. Sug rent i luftstrupen och se till att hålla stomat öppet tills ambulans anländer.

Observera: Vid akuta situationer ska alltid beaktas vad som dokumenterats i vårdplan kring akuta åtgärder vid eventuellt andningsstopp och hjärtstillestånd.

Oavsiktlig utdragning av trakealkanyl

Om trakealkanylen åkt ur en liten bit, kontaktas sjuksköterska. Har hela kanylen dragits ur kontaktas omedelbart 112. I väntan på ambulans är det viktigt att hålla stomat öppet. Detta görs genom att använda nässpekulum (alternativt peang eller hakar). Om möjligt sätt i en kort reservkanyl utan kuff (alla patienter ska ha en reservkanyl) eller använd t ex en avklippt grov sugkateter.

OBS! Reservkanyl får endast sättas i av sjuksköterska.

Följder av trakeostomi

- **Kommunikationsproblem** – trakeostomi kan medföra att en del mister talförmågan helt. Detta ger en begränsad kommunikation som i sin tur kan leda till ångest, oro och obehag. Patienten kan känna isolering och får svårt att göra sig förstådd. För att underlätta kommunikationen kan anteckningsblock, bokstavstavla, pekbok eller dator användas som hjälpmedel.
- **Nedsatt hostreflex** – försämrad muskelkraft, smärta eller medvetslöshet kan vara orsak till att hostreflexen är nedsatt. Konsekvensen kan då bli en sekretansamling i luftvägarna som då kan behövas sugas ren.
- **Risk för tryckskador** – för högt tryck i kuffen kan medföra tryckskador.
- **Försämrat luktsinne och smakupplevelse** – trakeostomi leder till försämrat luktsinne samt försämrad smakupplevelse. Detta medför även en social förlust.
- **Infektionsrisk** – runt trakeostomat finns alltid bakterier från hudens normalflora. Därför bör området runt stomat skötas noggrant för att motverka minska bakterietillväxten.

Dokumentation

När sugning av trakeostomi genomförts ska detta alltid dokumenteras i vårdplanen. Primärsköterskan dokumenterar i vårdplanen vad som anses normalt för patienten, det vill säga hur slemmet ser ut, andningsmönster, normal orsak till sugning. All sugning som anses vara avvikande för patienten ska rapporteras till sjuksköterska samt dokumenteras i vårdplanen.

Dokumentera orsak till sugning, eventuell skötsel och omläggning. Dokumentation görs även vid förändrat andningsmönster samt brukarens upplevelse av sugningen.

Uppgifter som ska finnas i vårdplan med en kopplad signeringslista:

- Byte näsa
- Byte slitskompress
- Byte nackband
- Rengöring av innerkanyl
- Rengöring av huden kring stomat

Angående rengöring och skötsel av sug ska detta finnas beskrivet i en egen vårdplan under sökordet Produkter och teknik för eget bruk i det dagliga livet”

Munvård och befuktning av slemhinnor ska finnas beskrivet i egen vårdplan.

Referenser

Vårdhandboken

Region Östergötland: Trakeostomi -introduktionsmaterial

Region Östergötland: Skötsel av trakealkanyl och trakeostoma i hemmet

Vård av trakeostomerade och laryngektomerade patienter Cecilia Druvaskalns och Eva Nordblom
Sjuksköterskor på Öron-, näs- och halskliniken Akademiska sjukhuset i Uppsala.

Praktisk vägledning vid trakeostomi och hemventilatorvård Nationellt respirationscentrum Danderyds sjukhus