

Handläggare

Ingela Ugurlu (iuu001)

Fastställare

Åsa Bellander (abr013)

Gäller för

Häls- och sjukvårdsförvaltning

Dokumenttyp

Riktlinje

Giltigt till och med

2027-04-06

Fastställt

2025-10-06

Reviderat

2025-10-06

Granskare

Andreas Koro (ako003), Christian Arns (nas001), Ulrika Edström (usm007), Petra Sjölund (psd012), Christina Nilsson (cln001)

Dokumentnr / Version

894797 / Version 1

Processägare

Ingrid Lind (ihd014)

Ytterligare information

Riktlinjen är framtagen av Anette Svensson, Hanna Wrannvik, Linda Ölund och Petra Sjölund

Enteral nutrition till vuxna

Innehåll

Inledning.....	4
Bakgrund	4
Framtagande	4
Avgränsning	4
Revidering	4
Syfte och mål.....	5
Etik	5
Tvärprofessionellt omhändertagande	5
Samverkan	5
Riskbedömning inför enteral nutrition i hemmet	6
Häls- och sjukvårdsuppgift.....	6
Egenvård.....	7
Ansvar.....	7
Verksamhets- och enhetschefs ansvar	7
Initierande/remitterande enhets ansvar.....	7
Dietistens ansvar.....	8
Enterala nutritionsteamets ansvar.....	9
Kirurgverksamhetens ansvar vid insättande av infart via huden (gastrostomi)	9
Häls-/Vårdcentralens ansvar.....	10
Inför utskrivning av inneliggande patient.....	10
Vid hemgång med sond via näsan:	11
Hemsjukvård och boenden	11
Enterala nutritionsteamet.....	12
Dokumentation och vårdplan	12
Enterala infarter	13

Dokumenttyp
Riktlinje**Fastställt**
2025-10-06**Reviderat**
2025-10-06**Giltigt till och med**
2027-04-06**Dokumentnr / Version**
894797 / Version 1

Sond via näsan.....	13
Gastrostomi.....	13
Perkutan Endoskopisk Gastrostomi (PEG)	13
Gastrostomitub (Gastrostomikateter)	13
Gastrostomiport (knapp).....	14
Jejunala infarter	14
Webbutbildning om enterala infarter.....	14
Tillbehör och förbrukningsartiklar	14
Hjälpmedel	15
Förskrivning av sondnäring, tillbehör och hjälpmedel.....	15
Övriga produkter	16
Läkemedel	16
Munhälsa	17
Att leva med sond eller gastrostomi	17
Vem får tillföra enteral nutrition och hantera infart?	18
Enteral nutritionsbehandling	18
Information	18
Val av Sondnäring	18
Bedömning av behov.....	19
Upptrappning och matningshastighet.....	19
Administrationssätt.....	19
Toleransproblem.....	20
Uppföljning och utvärdering	20
Hygien och skötsel	21
Förvaring och hantering av sondnäring.....	21
Hantering av tillbehör.....	21
Sond via näsan.....	22
Kontroll av sondens läge	22
Daglig skötsel	23
Komplikationer vid sond via näsan	23
Om sonden åker ut.....	23
Gastrostomier	23
PEG.....	24
Gastrostomitub (Gastrostomikateter)	24

Utskrivet av

Utskriftsdatum

Dokumenttyp	Fastställt	Reviderat	Giltigt till och med	Dokumentnr / Version
Riktlinje	2025-10-06	2025-10-06	2027-04-06	894797 / Version 1

Gastrostomiport (knapp).....	25
Kontroll av kuff (vätskeballong)	26
Kontroll av gastrostomins läge	26
Byte av gastrostomiport (knapp) och gastrostomitub.....	26
Utmätning av ny längd på gastrostomiport (knapp)	27
Jejunala infarter	27
Komplikationer vid enterala infarter	28
Stopp i infart	28
Hudproblem och läckage	29
Om gastostomiport (knapp) eller gastrostomitub åker ut	30
Om PEG åker ut.....	30
Avveckling och avslutande av nutritionsbehandling.....	30
Avsluta nutritionsbehandling i livets slutskede	31

Inledning

Grunden i all nutritionsbehandling är intag av mat och dryck. När energi- och näringsbehovet inte kan tillgodoses via munnen, trots kostanpassning och omvårdnadsåtgärder, behövs artificiell näringstillförsel, enteralt eller parenteralt. I första

Dokumenttyp
Riktlinje**Fastställt**
2025-10-06**Reviderat**
2025-10-06**Giltigt till och med**
2027-04-06**Dokumentnr / Version**
894797 / Version 1

hand ges enteral näringstillförsel. Enteral nutrition definieras som ”näringstillförsel direkt till mag-tarmkanalen” enligt Socialstyrelsens termbank. Att tillföra näring via mag-tarmkanalen är gynnsamt för tarmfunktionen, skyddar tarmbarriären och bidrar till adekvat blodflöde i tarmen. Näring tillförs via en sond genom näsan eller genom en gastrostomi placerad på magen. Enteral nutrition kan ges som enda näringskälla eller som komplement till vanlig mat eller parenteral nutrition.

Enteral nutrition kan vara kontraindicerat vid icke fungerande mag-tarmkanal, obstruktion, tarmfistel, tarmläckage eller akuta blödningar. Etiska kontraindikationer kan exempelvis vara svår demenssjukdom, vid livets slutskede eller om patienten inte samtycker till behandling.

Bakgrund

Under samverkan mellan verksamheter inom regionen och med kommunerna i Västernorrland påtalades otydlighet i ansvarsfördelning och brister i rutiner, dokumentation och uppföljning av patienter med enteral nutritionsbehandling. För att öka patientsäkerheten för denna patientgrupp har en regiongemensam riktlinje tagits fram.

Framtagande

Riktlinjen är framtagen av Enterala nutritionsteamet och Nutritionssamordnarna i Region Västernorrland. Innan fastställande har riktlinjen skickats på remiss till bland annat Medicinska rådet, LPO Primärvård, Vårdhygien, Läkemedelsenheten, Hjälpmedel Västernorrland, KTC, chefläkare och chefsjuksköterska. Även utvalda läkare, sjuksköterskor, dietister och enhetschefer/verksamhetschefer samt kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) har givits möjlighet att lämna synpunkter.

Avgränsning

Omfattar inte barn under 18 år.

Revidering

Detta är första upplagan. Riktlinjen uppdateras och fastställs regelbundet enligt Regionens rutin för styrdokument i Platina. Ytterligare revidering sker vid behov.

Syfte och mål

Syftet är att komplettera Vårdhandboken, nationella och internationella riktlinjer, att skapa regiongemensamma skötsel-, behandlings- och uppföljningsrutiner samt att tydliggöra ansvarsfördelning.

Dokumenttyp	Fastställt	Reviderat	Giltigt till och med	Dokumentnr / Version
Riktlinje	2025-10-06	2025-10-06	2027-04-06	894797 / Version 1

Målet är ett patientsäkert, effektivt och kunskapsbaserat omhändertagande vid enteral nutrition. Riktlinjen kan användas som stöd vid framtagande av lokala rutiner.

Etik

Målsättning är att alla patienter ska ha näringstillförsel som är anpassad till individens behov och egna önskemål. Precis som all annan vård ska enteral nutritionsbehandling bygga på de fyra etiska grundprinciperna, att göra gott, inte skada, vara rättvis och respektera självbestämmande.

Etiska överväganden är viktiga när patienten inte kan äta själv och ska beaktas i alla skeden och avseenden. En individuell bedömning görs vid beslut om nutritionsbehandling, insättande av enteral infart samt vid försämring av allmäntillstånd och vård vid livets slutskede.

Vid mindre än en månads förväntad överlevnad och vid avancerad demenssjukdom rekommenderas inte att enteral nutritionsbehandling initieras i hemmet enligt The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism and Nutrition (ESPEN), European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) och Svensk Gastroenterologisk förening (SGF), se länkar i Relaterad information.

Enteral nutritionsbehandling vid livets slut kräver vaksamhet. Behandlingen ska förbättra eller bibehålla livskvalitet och funktioner hos patienten och inte förlänga lidande. Se även Regionens riktlinje om Behandlingsbegränsningar och Socialstyrelsens handbok "Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling", länk i Relaterad information.

Tvärprofessionellt omhändertagande

Enteral nutritionsbehandling förutsätter ett tvärprofessionellt omhändertagande som innefattar medicinskt-, omvårdnads- och nutritionsansvar. ESPEN, ESGE och SGF rekommenderar att patienter med enterala sonder och gastrostomier följs upp av ett multidisciplinärt team i samverkan med andra vårdgivare för bästa omhändertagande.

Samverkan

En patient med enteral nutritionsbehandling kan ha kontakt med flera olika verksamheter och nivåer inom Hälso- och sjukvården utifrån olika diagnoser och hälsoproblem. För patientsäker vård är det därför mycket viktigt med väl fungerande informationsöverföringar och överrapporteringar.

När samverkan mellan region och kommun behövs kallas till Samordnad individuell Plan (SIP). SIP skapar ett helhetsperspektiv, möjliggör ett effektivt och patientsäkert omhändertagande och minskar risk för att patienten tvingas söka akutvård. Enterala nutritionsteamet kallas alltid.

Behov, ansvarsfördelning, ordination, mål, plan och uppföljning för patienten ska vara klarlagt innan SIP. Vid oklarheter hålls en vårdkonferens (vårdmöte) innan SIP-mötet

Dokumenttyp	Fastställt	Reviderat	Giltigt till och med	Dokumentnr / Version
Riktlinje	2025-10-06	2025-10-06	2027-04-06	894797 / Version 1

där patienten deltar. En vårdkonferens skapar förutsättningar för att Samordnad Individuell Plan (SIP) blir patientsäker, effektiv och tydlig för patienten.

I journalen dokumenteras vad som överenskommits vid SIP. Planen sammanfattas i Patientinformation i den gemensamma kommunikationskanalen och lämnas skriftligt till patienten.

För mer information se ”Överenskommelse samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård” och ”Samverkansrutin mellan Region och kommuner vid in och utskrivning av patienter slutet vård”. Läs mer om SIP på Vårdgivarwebben och i Vårdhandboken, se länkar i Relaterad information.

Riskbedömning inför enteral nutrition i hemmet

Patientsäkerhet ska alltid uppmärksammas vid enteral nutritionsbehandling. Inför insättande av enteral nutrition gör läkaren en bedömning av eventuella medicinska risker med behandlingen. Riskbedömning görs vid behandlingsstart, inför enteral nutrition i hemmet och vid egenvård.

En tydlig plan ökar patientsäkerheten. I planen bör framgå hur länge läkemedel, näring eller vätska kan anstå om infarten åker ut eller inte kan användas av annan anledning. Vid oklarheter kallas till vårdkonferens för gemensam riskbedömning. Beakta exempelvis om patienten har flera infarter vilket kan innebära en risk för förväxling, om patienten kan larma vid bekymmer och hur ser boendemiljön ut? Se rubrik ”Samverkan” och ”Dokumentation och Vårdplan”.

Hälso- och sjukvårdsuppgift

Enteral nutrition är en hälso- och sjukvårdsuppgift (HSL-insats) som utförs av Hälso- och sjukvårdspersonal. Arbetsuppgiften bedöms som egenvård när det är möjligt. Om uppgiften ska utföras av hälso- och sjukvårdspersonal i form av HSL-insats ligger ansvaret kvar hos Hälso- och sjukvården. Specialistvård och primärvård samverkar om vem som har det medicinska ansvaret. Om insatsen ska utföras i den kommunala primärvården kallar Fast vårdkontakt till SIP, Enterala nutritionsteamet kallas alltid. Vid behov hålls en vårdkonferens innan SIP. Se även rubriken ”Vem får tillföra enteral nutrition och hantera infart?”.

Egenvård

Egenvård innebär att Hälso- och sjukvårdspersonal har bedömt att en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras av patienten själv eller med hjälp av någon annan. När det är möjligt involveras patienten tidigt i hantering och skötsel för att öka patientens integritet och självständighet.

Dokumenttyp	Fastställt	Reviderat	Giltigt till och med	Dokumentnr / Version
Riktlinje	2025-10-06	2025-10-06	2027-04-06	894797 / Version 1

Egenvårdsbedömning i öppenvård kan utföras av all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som behandlar patienten. Vid slutenvårdstillfälle ansvarar läkaren för bedömningen enligt Region Västernorrlands riktlinjer.

I Cosmic finns en särskild anteckningsmall för stöd i bedömning, uppföljning och planering av egenvård. I journalen väljs ”Ny anteckning”, under ”Mall” söks ”Egenvårdsbedömning och planering”.

Riskbedömning för egenvård

Vid egenvårdsbedömning tas hänsyn till patientens hela livssituation. Har patient (eller annan person i dennes närhet) kognitiv och fysisk förmåga att genomföra och ta ansvar för egenvården?

Uppföljning och omprövning av egenvård

Vid förändrat hälsotillstånd görs ny bedömning av egenvården. Om patienten försämrats kan egenvård behöva övergå till en Hälso- och sjukvårdsinsats (HSL-insats). Om patienten blivit piggare kan en HSL-insats i stället övergå till egenvård.

Egenvårdsintyg

Vid behov av ”Egenvårdsintyg” skrivs journalanteckningen ”Egenvårdsbedömning och planering” ut och lämnas till patienten. En kopia skickas till biståndshandläggare. Till dess att insatsen beviljas är uppgiften Hälso- och sjukvård. Läs mer om egenvård på vårdgivarwebben och på Socialstyrelsen, länkar under Relaterad information.

Ansvar

Verksamhets- och enhetschefs ansvar

Verksamhets- och enhetschef i respektive verksamhet ansvarar för att det finns kompetens och kända rutiner gällande enteral nutrition i verksamheten.

Initierande/remitterande enhets ansvar

Den enhet som initierar insättande av enteral nutrition har ansvar för att påbörja planering.

- Information till patient och eventuellt anhöriga om vad enteral nutrition innebär.
- När enteral nutrition initieras i specialistvården och patienten planeras fortsätta följas på mottagning behålls medicinskt ansvar där.
- Om patienten inte ska följas på den mottagning som initierat behandlingen skrivs remiss och förs dialog med aktuell Hälso-/vårdcentral eller specialistmottagning som ska följa patienten. Observera att ansvaret måste överföras i samförstånd för att säkerställa uppföljningsbehov och patientsäkerhet.

Dokumenttyp	Fastställt	Reviderat	Giltigt till och med	Dokumentnr / Version
Riktlinje	2025-10-06	2025-10-06	2027-04-06	894797 / Version 1

- Noggrann genomgång och ordination av läkemedel som ska administreras via enteral infart, se rubrik "Läkemedel".
- Egenvårdsbedömning, se rubrik "Egenvård".
- En tydlig plan upprättas, dokumenteras och kommuniceras med patient, inom regionen och i samverkan med andra vårdgivare. Ansvarig enhet tydliggörs i journal och vårdplan. Det bör bland annat framgå var patient/personal vänder sig om infart åker ut eller andra akuta komplikationer uppstår. Läs mer under rubriken "Dokumentation och vårdplan".
- Vid behov av insatser i hemmet initieras SIP för att tydliggöra uppföljning och fördelning av ansvar. När många frågor behöver diskuteras och ansvarsfrågan är otydlig ska en Vårdkonferens (vårdmöte) genomföras innan SIP-mötet. Se rubrik "Samverkan".
- Vid sond via näsan behålls ansvaret normalt inom specialistvården. Extra noggrann planering krävs, se info nedan "Vid hemgång med sond via näsan".

Dietistens ansvar

- När enteral nutrition planeras starta i öppenvård är dietist i den verksamhet som initierar insättning ansvarig för nutritionsbehandling fram till dess att infart är satt eller att datum för insättande är planerat. Patienten remitteras då till EN-teamet för förskrivning av sondnäring och hjälpmedel, planering och uppföljning.
- Vid sond via näsan kan dietist i specialistvården bibehålla ansvar för nutritionen om behandlingen förväntas vara kortvarig. Vid gastrostomi överförs alltid patienten till EN-teamet.
- I slutenvård:
 - Avdelningens dietist ansvarar för ordination, plan och uppföljning av enteral nutritionsbehandling under vårdtillfället.
 - Inför hemgång ordnar avdelningens dietist,
 - en första förskrivning på sondnäring, aggregat och sprutor
 - att pump och bordsstativ lämnas ut vid behov
 - åter-/överslagrapportering till EN-teamet

Enterala nutritionsteamets ansvar

- Ordination, behandling och uppföljning av nutritionsbehandling för vuxna patienter med enteral nutrition i hemmet.
- Information om skötsel och hantering av enteral infart utifrån behov.

Dokumenttyp	Fastställt	Reviderat	Giltigt till och med	Dokumentnr / Version
Riktlinje	2025-10-06	2025-10-06	2027-04-06	894797 / Version 1

- Förskrivning av sondnäring och tillhörande material till ordinärt boende. Beställning av Gastrostomiport (knapp), gastrostomitub och vid behov specifika tillbehör till ordinärt och särskilt boende.
- Utbildning för sjuksköterskor inom kommun och region vid efterfrågan.
- Konsult till all vård- och omsorgspersonal inom region och kommun samt patienter utifrån omvårdnad och nutritionskompetens.
- Uppstart av enteral nutritionsbehandling i öppenvården.

Endast nutritionsansvar kan överföras till EN-teamet, vilket görs via remiss från verksamhetens dietist. Observera att patienter inte kan överföras eller remitteras över till EN-teamet. Akut problematik kring infarter hanteras av ansvarig enhet som kontaktar EN-teamet vid frågor och funderingar. Medicinskt ansvar kvarstår på initierande enhet till dess att ansvaret i samförstånd överförs till annan vårdande enhet.

Kirurgverksamhetens ansvar vid insättande av infart via huden (gastrostomi)

- Preoperativ bedömning och information till patienten.
- Information till inremitterande enhet och EN-teamet när datum för insättande av enteral infart är inplanerat.
- Dokumentation i journal om vilken typ av infart som satts, grovlek (Fr) och längd samt var patienten vänder sig vid direkta postoperativa komplikationer.
- Information om postoperativa rekommendationer för hantering av infart (exempelvis daglig spolning och att infart ej ska roteras de första 14 dagarna). Se Riktlinje ÖGI – PEG Perkutan endoskopisk gastrostomi.
- Postoperativ uppföljning vid behov.
- Byte från PEG med stopplatta till annan gastrostomi när det är aktuellt.

Hälso-/Vårdcentralens ansvar

- Efter överenskommelse övertas av medicinskt ansvar för patienter som inte planeras att följas inom specialistvården.
- Mindre besvär som hudproblematik, läckage och dylikt som kan uppstå kring den enterala infarten. EN-teamet är behjälpliga och kan konsulteras för rådgivning innan eventuell remiss till kirurg.

Dokumenttyp
Riktlinje**Fastställt**
2025-10-06**Reviderat**
2025-10-06**Giltigt till och med**
2027-04-06**Dokumentnr / Version**
894797 / Version 1

- Omkuffning eller byte av gastrostomi om patienten inte sköter detta själv.
- Mäta ut ny knapplängd på gastrostomiport vid behov, se rubrik "Utmätning av ny längd på gastrostomiport (knapp)".
- Remiss skrivs vid behov av byte från PEG med stopplatta till annan enteral infart. Konsultera gärna EN-teamet innan remiss till kirurgen.

Enteral nutritionsteamet kan alltid konsulteras för rådgivning och stöd gällande enteral nutrition.

Inför utskrivning av inneliggande patient

Noggrann planering med tidig och tydlig kommunikation med berörda enheter är viktigt för att minska risken för förlängda vårdtider och vårdskador. Vid oklarheter kring ansvar eller utbildningsbehov hålls en vårdkonferens innan SIP. EN-teamet och dietist kallas alltid till SIP. Läkemedelsgenomgång och egenvårdsbedömning görs, läs mer under dessa rubriker.

Den mottagning som är kopplad till aktuell avdelnings verksamhet ansvarar för uppföljning och åtgärder, så länge inte annat överenskommits och dokumenterats i vårdplanen vid utskrivning.

Plan för uppföljning och utvärdering av själva nutritionsbehandlingen görs av dietist.

Informera och utbilda

När det är möjligt involveras patienten tidigt i hanteringen. Genom att berätta för patienten vad man gör, avdramatiseras behandlingen. Detta ökar patientens integritet och möjlighet att själv sköta behandlingen som egenvård vid utskrivning. Undervisa patient, närstående eller personliga assistenter vid egenvård. Informera sjuksköterska i särskilt boende eller Hemsjukvård att det är aktuellt. Konsultera EN-teamet vid behov av utbildning eller stöttning.

Skicka med inför hemgång:

- Aggregat, sprutor och sondnäring för en vecka eller den mängd som behövs.
- Eventuellt enteral nutritionspump och bordsstativ.
- Sondmatningsförslag utformat av dietist.

Vid hemgång med sond via näsan:

Det medicinska ansvaret för sond bibehålls i normalfallet inom specialistvården. Det är viktigt att en tydlig plan upprättas, dokumenteras och kommuniceras med patient och i samverkan med andra vårdgivare. Läs mer under rubriken "Dokumentation och vårdplan". Vid hemgång med sond via näsan behövs oftast både vårdkonferens och SIP.

Dokumenttyp
Riktlinje**Fastställt**
2025-10-06**Reviderat**
2025-10-06**Giltigt till och med**
2027-04-06**Dokumentnr / Version**
894797 / Version 1

I planering klargörs:

- Vem kontaktas vid frågor kring sonden?
- Var vänder sig patienten/personal om sonden åker ut av misstag?
- Kan behandling anstå till nästa dag om sonden åkt ut?
- Planerade byten, var och när byts sond?
- Planeras byte till gastrostomi?
- Ställningstagande kring behov av sondfixering med "Bridle pro" eller motsvarande.
- Plan för uppföljning och utvärdering av nutritionsbehandling.

Hemsjukvård och boenden

Verksamhets- och enhetschef samt MAS ansvarar för att det finns kompetens och kända rutiner gällande enteral nutrition i verksamheten.

Sjuksköterska inom kommunens Hälso- och sjukvård ansvarar för att:

- Enteral nutrition genomförs enligt ordination.
- Vid behov tillhandahålla droppställning på hjul.
- Utbilda och delegera till personal som praktiskt ska sköta sondmatning och hantera enteral infart, när det är aktuellt.
- Skötsel och hantering av enteral infart i enlighet med riktlinjens rekommendationer. Detta kan även innebära att kuffa om, byta och mäta ut ny längd på gastrostomiport (knapp).
- Uppmärksamma eventuella problem rörande sondmatning och infart, exempelvis:
 - Löst eller hårt sittande knapp (behov av utmätning).
 - Hudproblematik kring stomat.
 - Förändrade förutsättningar, tex mag-tarmproblematik eller förändrat allmäntillstånd.
 - Rapportera avvikelser när fel i behandlingen har uppmärksammats. Avvikelser i vårdkedjan ska även rapporteras över verksamhetsgränser.

Enterala nutritionsteamet

I region Västernorrland finns Enterala nutritionsteamet (EN-teamet) bestående av en sjuksköterska och två dietister som har nutritions- och omvårdnadskompetens. EN-teamet arbetar med vuxna patienter som har enteral nutritionsbehandling i hemmiljö, följer upp nutritionsbehandlingen och beställer enteralt material till dessa patienter. Patienterna blir kända för teamet efter överrapportering från dietist gällande övertag av nutritionsansvar, vilket sker via remiss. Kriterier för att följas av teamet är att patienten har en enteral infart eller ett inplanerat datum för insättning. Medicinskt ansvar för dessa patienter kvarstår på den enhet som initierat eller övertagit ansvar från initierande enhet. EN-teamet kopplas alltid in när en patient får en gastrostomi, även om syftet med infarten inte är nutritionsbehandling.

Dokumenttyp	Fastställt	Reviderat	Giltigt till och med	Dokumentnr / Version
Riktlinje	2025-10-06	2025-10-06	2027-04-06	894797 / Version 1

Konsulteras EN-teamet för diskussion om enteral infart, lämpliga läkemedel, toleransproblem eller komplikationer. Kontakt tas främst via konsultationsremiss, funktionsbrevlåda i Messenger eller via telefon. Teamet konsulteras även gällande frågor om tillförsel, hygienrutiner, hantering och skötsel samt utmätning av ny längd på gastrostomiport (knapp). Vid behov av utbildning inom enteral nutrition anlitas EN-teamet.

EN-teamet ska alltid kallas till vårdkonferens och SIP vid enteral nutrition. Observera att EN-teamet benämns Enteralt nutritionsteam i Cosmic och andra system.

Dokumentation och vårdplan

Vid uppstart av enteral nutrition upprättas och dokumenteras en plan för behandling och uppföljning. Noggrann journaldokumentation är avgörande för god och patientsäker uppföljning. Läkare, dietist och sjuksköterska har ett gemensamt ansvar för att relevant information dokumenteras och vidarebefordras till berörda enheter. I Cosmic finns en vårdplan för Enteral Nutrition som stöd.

I dokumentation och informationsöverföring bör det exempelvis framgå,

- utförd riskbedömning
- indikation och mål med behandlingen
- infartsväg - typ av sond eller gastrostomi (märke/modell) och datum när den är satt
- storlek på sond eller gastrostomi (längd och French)
- eventuell antibiotikaproylax
- eventuella begränsningar i användningen av infart
- när kan den nyinsatta infarten börja användas
- administrationssätt (matning med pump, spruta osv)
- nutritionsordination (typ av sondnäring, mängd i volym, extra vätskebehov och hur denna ska fördelas över dygnet samt hastighet)
- plan för behandling och uppföljning
- var och när byte av sond/gastrostomi ska ske
- vikt, längd, BMI
- ansvarig läkare/enhet.

Enterala infarter

Denna riktlinje inkluderar de vanligaste enterala infarterna och namnges här enligt de mest vedertagna namnen från tillverkare. Under denna rubrik listar vi olika infarter. Läs mer om varje infart under rubriken ”Skötsel och hygien”.

Sond via näsan

Dokumenttyp Riktlinje	Fastställt 2025-10-06	Reviderat 2025-10-06	Giltigt till och med 2027-04-06	Dokumentnr / Version 894797 / Version 1
---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	---	---

Sond via näsan är förstahandsalternativ vid uppstart av enteral nutritionsbehandling och lämpar sig när behandlingen förväntas bli kortvarig. I vissa fall kan behandlingen med sond bli långvarig, exempelvis när gastrostomi är kontraindicerat. En nutritionssond är tunn och mjuk och har ofta en ledare vilket gör den enkel att sätta på plats via näsan till magsäcken eller tunntarmen.

I normalfallet placeras sondspetsen i magsäcken vilket kallas *nasogastrisk sond*. Vid ventrikelretention, hinder i övre delen av mag-tarmkanalen eller om magsäcken är bortopererad kan sondspetsen placeras i tunntarmen med hjälp av röntgen eller gastroskop, detta kallas *nasojejunal sond*.

Gastrostomi

När sondmatning förväntas pågå längre än 4 veckor bör gastrostomi övervägas. Gastrostomi är ett vanligt samlingsnamn för enterala infarter som är placerade på magen genom huden vidare in till magsäcken. Gastrostomier kan anläggas på olika sätt, exempelvis PEG (Perkutan Endoskopisk Gastrostomi), RIG (Radiologiskt insatt Gastrostomi), öppen Gastrostomi (exempelvis Witzelfistel) eller via så kallad Introducerteknik. Vid Introducerteknik läggs ett snitt via buken där nål och mandräng förs in till magsäcken och gastrostomin fixeras med tre ankarsuturer. Suturen blir synliga som små brickor runt infarten. Stygnen avlägsnas i regel efter ca två veckor men kan även lossna av sig själv.

Perkutan Endoskopisk Gastrostomi (PEG)

Vid behov av gastrostomi sätts i första hand vad som ofta benämns som PEG, en kateterslang via bukväggen med förbindelse till magsäcken. Kateterslangen hålls på plats av en inre stopplatta med placering i magsäcken och en yttre stopplatta på magen.

Gastrostomitub (Gastrostomikateter)

En gastrostomitub har en kortare kateterslang än PEG och hålls på plats med hjälp av en vätskefylld ballong (kuff) placerad i magsäcken och en yttre stopplatta på magen.

Gastrostomiport (knapp)

Gastrostomiport är vanligt förekommande och benämns ofta som ”knapp”. Den hålls på plats med hjälp av en vätskefylld ballong (kuff) placerad i magsäcken. Knappen har sin placering nära huden på magen vilket gör den diskret. För att kunna tillföra något via en knapp krävs en tillhörande kopplingsslang.

Jejunala infarter

Det finns olika typer av infarter som mynnar nedanför magsäcken. Dessa infarter kan se olika ut, en del har dubbel lumen vilket innebär placering både i magsäck och tunntarm och andra mynnar endast i tunntarmen.

Webbutbildning om enterala infarter

Dokumenttyp
Riktlinje**Fastställt**
2025-10-06**Reviderat**
2025-10-06**Giltigt till och med**
2027-04-06**Dokumentnr / Version**
894797 / Version 1

EN-teamet har etablerat kontakt med Region Skånes EN-team och har fått tillåtelse att använda deras webbutbildning som framtagits av sjuksköterska. Syftet med utbildningen är kunskap om enterala infarter, främja patientsäkerhet och minska risk för vårdskador. Webbutbildningen riktar sig till all personal inom vård och omsorg som kommer i kontakt med de vanligaste enterala infarterna. Länk till utbildningen finns under Relaterad information.

Tillbehör och förbrukningsartiklar

Aggregat, enterala sprutor och kopplingsslangar är exempel på tillbehör som behövs för att ge näring enteralt. Produkterna räknas som medicintekniska produkter och levereras alltid sterilt förpackade trots att en del är diskbara. Produkterna är utrustade med en speciell koppling kallad EN-fit och är ofta lilafärgade för att undvika felkopplingar.

Sondmatningsaggregat

Ett aggregat är en lång slang som behövs när sondnäring ska tillföras under reglerad hastighet med pump eller med gravitationskraft. När aggregat kopplas till pump kan hastigheten regleras mellan 1–600 ml/h. Med ett gravitationsaggregat/droppaggregat behövs ingen pump och hastigheten regleras då med hjälp av en rullklämma, max tillförselhastighet är då ca 1000 ml/h.

Enteral spruta

Enterala sprutor finns i olika storlekar och passar till samtliga enterala kopplingar, de är lila till färgen för att inte förväxlas med övriga sprutor och förekommer som engångs och flergångssprutor. Sprutorna används för att spola igenom infarten samt för administrering av näring, vätska och läkemedel.

Kopplingsslang till gastrostomiport (knapp)

För att kunna tillföra något via en gastrostomiport (knapp) behövs en kopplingsslang. Slangen finns i olika längder med eller utan läkemedelsport. Slangen kopplas på när näring, vätska eller läkemedel ska administreras och ska därefter kopplas av och rengöras.

Bra att känna till

Kopplingsslangen kan kopplas på för tillfällig luftning av magen. Knappen är utrustad med en backventil och förblir därmed stängd om inte kopplingsslangen ansluts.

Hjälpmedel

Hjälpmedel Västernorrlands logistikenhet köper in och lagerhåller pump, bordsstativ och ryggsäck. Pumpar och bordsstativ återlämnas till Hjälpmedel när de inte längre används.

Enteral nutritions pump

Utskrivet av

Utskriftsdatum

Dokumenttyp	Fastställt	Reviderat	Giltigt till och med	Dokumentnr / Version
Riktlinje	2025-10-06	2025-10-06	2027-04-06	894797 / Version 1

Dietistmottagningarna på regionens tre sjukhus har buffertlager av både pumpar och bordsstativ. Pump förskrivs i webbsesam eller på blankett som skickas via Säkra meddelanden till Hjälpmedel och lämnas ut från buffertlager eller skickas från Hjälpmedel till valfri vårdenhets (ex Hälso-/Vårdcentral eller särskilt boende). Pumparna hyrs med en månadskostnad som faktureras EN-teamets kostnadsställe.

För service och hjälp vid fel på pumpen hänvisas patienten att själv kontakta teknikenheten på Hjälpmedel som ansvarar för teknisk service och reparationer av nutritionspumpar. Utbildning och enklare teknisk support kan ges av EN-teamet.

Respektive vårdavdelning på sjukhusen har egna nutritionspumpar. Vid behov av fler pumpar kontaktar avdelningarna Hjälpmedel. Kontaktuppgifter finns på vårdgivarwebben.

Ryggsäck för nutritionspump

Ryggsäck som är speciellt anpassad till nutritionspump kan användas för patienter som önskar mer rörelsefrihet. Ryggsäcken förskrivs av EN-teamet.

Droppställning och stativ

Kommunen tillhandahåller vid behov droppställning till särskilt boende och Hemsjukvård. I dagsläget kan inte droppställning förskrivas som hjälpmedel. Ett bordsstativ kan lämnas ut och förskrivas av dietist i samband med förskrivning av pump. Vid behov av droppställning för rollator, rullstol eller elrullstol förskrivs den av arbetsterapeut eller fysioterapeut.

Förskrivning av sondnäring, tillbehör och hjälpmedel

EN-teamet beställer sondnäring och övriga produkter med hemleverans i första hand. Vid beställning av gastrostomiport (knapp) eller gastrostomitub är det viktigt att uppges annan leveransadress om leveransen inte ska skickas hem till patienten. För beställning av övriga enterala produkter som inte tas upp i detta dokument kontaktas EN-teamet för dialog.

Sondnäring

EN-teamet eller dietist förskriver sondnäring till patienter i ordinärt boende. Patienten kan själv eller med hjälp av ombud göra uttag via Mediq om befintlig förskrivning har flera uttag. Särskilda boenden och korttidsboenden beställer sondnäring via Mediq:s webbshop och där behöver brukaren ingen personlig förskrivning.

Tillbehör och förbrukningsmaterial

EN-teamet beställer och står för kostnaden för enterala sprutor, aggregat, kopplingsslang, gastrostomiport, Luer spruta för kuffning av gastrostomi och eventuellt andra kopplingar och tillbehör som bedöms nödvändiga. Särskilda boenden och korttidsboenden beställer och tar kostnaden för aggregat och sprutor enligt kommunens rutiner, se överenskommelse om förbrukningsartiklar, länk i Relaterad information.

Dokumenttyp
Riktlinje**Fastställt**
2025-10-06**Reviderat**
2025-10-06**Giltigt till och med**
2027-04-06**Dokumentnr / Version**
894797 / Version 1

Enterala infarter

Kuffbara gastrostomier som gastrostomiport ("knapp") och gastrostomitub beställs av EN-teamet. Övriga enterala infarter såsom sonder, PEG, jejunostomier och liknade beställs av den enhet som sätter in och byter dessa. I Region Västernorrland beställs upphandlade produkter via inköpssystemet Proceedo. I de fall en produkt inte finns upphandlad ska kontakt tas med upphandlingsenheten (inköp och upphandling) för tilläggsupphandling eller tillfälligt inköp.

Hjälpmedel

Nutritionspump, bordsstativ och ryggsäck till nutritionspump beställs av EN-teamet eller dietist inom regionen. Se rubrik Hjälpmedel.

Övriga produkter

Sterilt vatten

Sterilt vatten används för att kuffa gastrostomin på sjukhus, Hälso-/Vårdcentral, i Hemsjukvård och på Särskilt boende. Vid egenvård används i första hand kokt, avsvolat vatten. Förskrivning av Sterilt vatten till patient utförs vid behov av Hälso-/Vårdcentral.

Komfortförband

I regel behövs inget förband runt gastrostomin. Om patienten specifikt önskar det finns vanlig kompress att köpa på apoteket. Klipp ett snitt in mot mitten på kompressen och lägg den sedan kring gastrostomin.

Läkemedel

Läkemedelsgenomgång är viktigt eftersom vissa läkemedel inte är lämpliga att administrera via enterala infarter. I första hand bör flytande läkemedel eller vattenlösliga tabletter väljas. Tabletter som får krossas ska lösas i ca 30 ml vatten innan de administreras. Om det inte är kontraindicerat späds även flytande läkemedel med vatten för att underlätta administration och minska risk för stopp. Infarten spolats alltid med vatten före och efter administrering av läkemedel. En bra tumregel är att spola med minst 20 – 50 ml vatten beroende på infartens storlek. Om infarten är placerad i tunntarmen är det även viktigt att ta hänsyn till var läkemedlet absorberas. Mer information och praktiska råd vid läkemedelsgivning finns att läsa på läkemedelsverkets hemsida, se länk under Relaterad information.

Munhälsa

Munvård är viktigt eftersom sparsamt eller inget intag av mat via munnen påverkar salivproduktionen och ger en ökad risk för ohälsa i munnen. Andra faktorer som har en påverkan är sjukdom, läkemedel och nedsatt allmäntillstånd. För att minska risken för bakterietillväxt och exempelvis svampinfektion måste frekvent munvård utföras så att slemhinnor i munhålan håller sig fuktiga och friska. Forskning har visat att saliven kan bli patogen vid otillräcklig eller utebliven munvård. Om patogen saliv aspireras ner i lungorna kan det orsaka Pneumoni. För att identifiera problemområden gällande

Dokumenttyp
Riktlinje**Fastställt**
2025-10-06**Reviderat**
2025-10-06**Giltigt till och med**
2027-04-06**Dokumentnr / Version**
894797 / Version 1

munhälsan kan riskbedömningsmallen ROAG användas. Läs mer i den regiongemensamma riktlinjen Munhälsa bedömning och åtgärder, se länk i Relaterad information.

Goda råd vid munvård

- Inspektera munhålan dagligen.
- Borsta tänderna minst 2 ggr/dag.
- Var noga med att avlägsna eventuella beläggningar, även på tunga och insida av kinder.
- Använd med fördel en mjuk tandborste som är skonsam mot tandkött och munslemhinnor.
- Fukta gärna munnen med gel eller olja och smörj läpparna med mjukgörande cerat.
- Vid besvär från munhålan kan apotekspersonal konsulteras för råd om lämpliga produkter.
- I de fall munvård inte kan utföras bör tandläkare eller tandhygienist konsulteras.

Att leva med sond eller gastrostomi

Det är viktigt att uppmärksamma den totala livssituationen för patienter med enteral nutrition eftersom behandlingen påverkar både fysiskt och psykiskt mående såväl som det sociala livet. Mat- och måltider är till stor del kopplad till social samvaro vilket kan ge en känsla av utanförskap för den som inte kan eller inte ges möjlighet att delta. Uppmuntra därför till medverkan vid måltider och övriga sociala sammanhang. Om det inte är kontraindicerat kan mat gärna tuggas, även om den måste spottas ut. Detta ger en smakupplevelse för patienten och gynnar munhälsan.

Livskvalitet tas alltid i beaktande när planen för sondmatning utformas, det är viktigt att patienten känner sig delaktig i behandlingen. För ökad integritet och frihet uppmuntras alltid egenvård när det är möjligt.

Vem får tillföra enteral nutrition och hantera infart?

När det är möjligt tar patienten eller dennes företrädare ansvar för skötsel och tillförsel av enteral nutrition, detta kallas då egenvård, se rubrik Egenvård. När egenvård inte bedöms möjligt kan sjuksköterska som innehar formell och reell kunskap delegera hälso- och sjukvårdsuppgiften till person som har reel kompetens. Inom slutenvården innebär detta exempelvis att en undersköterska med reell kompetens kan sköta sondmatning. Sjuksköterska inom kommunal hälso- och sjukvård kan delegera skötsel och tillförsel till undersköterska, vårdbiträde eller personal med reell kompetens inom kommunens alla verksamheter.

Enteral nutritionsbehandling

Dokumenttyp	Fastställt	Reviderat	Giltigt till och med	Dokumentnr / Version
Riktlinje	2025-10-06	2025-10-06	2027-04-06	894797 / Version 1

Information

Innan enteral näringstillförsel startas är det viktigt att informera patient och/eller närstående om syftet med behandlingen och hur sondmatning går till.

Val av Sondnäring

Sondnäring med fiber väljs alltid i första hand. Fiber hjälper tarmen att fungera så normalt som möjligt och minskar risken för både förstoppning och diarré. För ett fåtal personer kan sondnäring utan fiber vara lämplig, till exempel vid vissa mag- och tarmsjukdomar. Sondnäring har olika energi- och proteintäthet. Vid val av produkt ska Region Västernorrlands upphandling följas i största möjliga mån.

Vid diabetes eller tillfällig hyperglykemi

Sondnäring är finfördelad och ger relativt snabb blodsockerstegring. Blodglukos följs noggrant vid diabetes och hyperglykemi och den medicinska behandlingen justeras efter behov. I vissa fall kan en anpassad sondnäring med långsammare kolhydrater och lägre sockernehåll ge ett stabilare blodsocker.

Specialsondnäringsar

I de allra flesta fall rekommenderas vanliga sondnäringsar, de är både glutenfria och laktosreducerade. Dietisten bedömer behov av eventuell specialsondnäring, exempelvis vid malabsorption eller födoämnesallergi.

Mixad mat

Mixad mat kan ges via gastrostomi (som mynnar i magsäcken). På sjukhus rekommenderas industritillverkad sondnäring.

Bedömning av behov

Dietisten bedömer energi-, protein- och vätskebehov. Sjukdom, behandling och kliniskt tillstånd kan påverka det uppskattade behovet. För stöd i bedömning, se Regiongemensam Riktlinje ”Nutrition - Förebygg och behandla undernäring”, länk finns i Relaterad information. Vid vätskeförluster, vätskerestriktion eller ödem bedömer läkaren patientens behov av vätska.

Vid långvarig svält eller kraftig viktnedgång

Vid svår undernäring eller kraftig viktnedgång bör elektrolytförändringar, vikt och vitala parametrar följas och upptrappning av sondnäring ske långsamt. Vid behov ges tiamin förebyggande och fosfat, magnesium och kalium supplementeras efter behov.

Upptrappning och matningshastighet

Hur snabb tillförsel och hur stor volym av sondnäring en person tolererar påverkas av allmäntillstånd, hur länge personen varit fastande och näringstillstånd. Energi-, protein- och vätskebehovet tillgodoses ofta inte under upptrappningsfasen som därför bör vara så

Dokumenttyp	Fastställt	Reviderat	Giltigt till och med	Dokumentnr / Version
Riktlinje	2025-10-06	2025-10-06	2027-04-06	894797 / Version 1

kort som möjligt. Vid behov av kompletterande intravenös närings- och/eller vätsketillförsel ordineras detta av ansvarig läkare.

Vid uppstart på avdelning (innan dietist kopplats in) görs upptrappning enligt avdelningens egna rutiner. Förslag på upptrappning finns i Vårdhandboken och i kapitlet Enteral Nutrition i Mitt läkemedel.

Extra långsam upptrappning

Vid långvarig svält, fasta eller kritisk sjukdom trappas sondmatningen upp extra långsamt. Kontakta dietist för förslag på långsam upptrappning och se rubrik Vid långvarig svält ovan.

Snabb uppstart

När enteral nutrition ges som komplement till intag per oralt eller om patienten ätit fram till dess att infart är satt, kan upptrappning ske relativt snabbt. Dietist bedömer aktuellt energi- och näringsintag per oralt och föreslår lämplig plan för kompletterande enteral nutrition.

Om sondspetsen mynnar i tunntarmen bör matningshastigheten inte överstiga 125 ml/h

Administrationssätt

Sondnäring kan tillföras på flera olika sätt utifrån patientens förutsättningar och behov.

Kontinuerlig sondmatning

Sondnäring ges långsamt och kontinuerligt under hela eller delar av dygnet med hjälp av sondmatningsaggregat och nutrivionspump.

Intermittent sondmatning

Tillförsel sker med aggregat och fördelas över dagen med 2–3 timmar vila mellan varje matning. Vid matningshastighet över 250 ml/h bör bolusmatning övervägas.

Bolusmatning

Tillförsel sker med enteral spruta och fördelas på ett antal måltider under dagen. Varje måltid bör ta cirka 20–30 minuter. Bolusmatning liknar vanligt ätande och patientens rörelsefrihet optimeras. Administrationssättet används främst till patienter som har gastrostomi. Observera att denna sondmatningsmetod inte är lämplig om sondspetsen ligger i tunntarmen eftersom matningen då måste ske långsamt.

Tänk på att patienten bör sitta upp eller vara så upprätt som möjligt under matning och minst 30 minuter efter avslutad matning för att minska risk för reflux. Vid sängläge bör huvudändan vara höjd minst 30 grader.

Dokumenttyp	Fastställt	Reviderat	Giltigt till och med	Dokumentnr / Version
Riktlinje	2025-10-06	2025-10-06	2027-04-06	894797 / Version 1

Toleransproblem

Vid tecken på toleransproblem kan tillförselhastigheten behöva reduceras eller pausas helt. Tillförseln återupptas sedan på lägre hastighet.

Exempel på toleransproblem kan vara illamående, kraftig mättnadskänsla, buksmärta eller diarréer. Observera att diarré ofta har andra orsaker än tillförselhastighet och sondnäring, exempelvis läkemedelsbehandling (som antibiotika), förstoppning, virus, bakterier, mag-tarmsjukdom eller att sonden ändrat läge. Om sondnäring är kylskåpskall vid tillförsel riskeras obehag och diarré.

Vid elektrolytrubbningar, feber eller snabb viktuppgång se text om långvarig svält eller kraftig vikt förlust under rubriken ”Bedömning av behov”. Läs mer om komplikationer och toleransproblem i Vårdhandboken.

Uppföljning och utvärdering

Nutritionsbehandling

Nutritionsbehandling följs upp och utvärderas av dietisten, regelbundna viktkontroller behövs för utvärdering. Tillförselhastigheten höjs successivt om patienten mår bra, oftast med målsättning att nå måltidsmatning/ bolutmatning för att patienten inte ska vara bunden fler timmar än nödvändigt. Tillförseln anpassas efter patientens önskemål och dygnsrytm. Undvik nattfasta över 11 timmar hos äldre och sköra patienter.

Övrig uppföljning

Samverkan är viktig för säker uppföljning vid enteral nutrition. I vårdplanen tydliggörs vad som behöver följas upp och vem som är ansvarig. Uppföljning individanpassas och kan gälla enteral infart, egenvård, förändrat allmäntillstånd, sväljformåga och eventuella komplikationer.

Hygien och skötsel

Basala hygienrutiner och ett aseptiskt arbetssätt gäller för vård och omsorgspersonal vid enteral nutritionsbehandling. Det är viktigt att det material och den arbetsyta som används hålls ren. Vid egenvård ska noggrann handhygien utföras.

Förvaring och hantering av sondnäring

God handhygien är viktigt eftersom kontamination av sondnäring kan leda till bakterietillväxt. Sondnäringsförpackningar som är oöppnade förvaras i rumstemperatur. Öppnade förpackningar som har ett membran (mjuk, påsliknande förpackning) kan förvaras i rumstemperatur i upp till 24 timmar om membranet är intakt. Öppnade förpackningar utan membran (flaskliknande) kan förvaras i rumstemperatur 6–8 timmar, se fabrikat för aktuell information. Detta gäller både om aggregatet sitter kvar eller kopplats bort. Om aggregatet är fäst i en sondnäringsförpackning men varit fränkopplad patientens enterala infart bör 15–20 ml tömmas ut (den mängd som är kvar i slangen) innan ny måltid startas. Vid ett slutet system, det vill säga när sondnäringen är kopplad

Dokumenttyp	Fastställt	Reviderat	Giltigt till och med	Dokumentnr / Version
Riktlinje	2025-10-06	2025-10-06	2027-04-06	894797 / Version 1

via aggregat till patientens infart, är hängtiden 24 timmar. Öppnade sondnäringsförpackningar är hållbar upp till 24 timmar i kylskåp. Tänk på att sondnäring inte ska vara kylskåpskall vid tillförsel.

Hantering av tillbehör

Kopplingsslang till gastrostomiport (knapp)

Slangen rengörs och byts enligt tillverkarens bruksanvisning, vilket innebär att den diskas med varmt vatten och diskmedel. Avsluta med att spola igenom slangen med kallt vatten, använd med fördel en enteral spruta. Förvara därefter kopplingsslangen på rent underlag och i torr miljö. Slangen byts var 14:e dag. I sjukhusmiljö och där det inte finns diskmöjligheter betraktas slangen som engångsmaterial.

Enterala sprutor

Engångssprutor ska av hygienskal användas i sjukhusmiljö, och där det inte finns tillgång till diskmöjligheter.

I hemmiljö används diskbara flergångssprutor som rengörs enligt tillverkarnas rekommendationer:

1. Dra isär sprutan och diska båda delarna i varmt vatten med lite diskmedel.
2. Skölj noggrant igenom sprutan med vatten så att eventuella diskmedelsrester avlägsnas.
3. Placera därefter sprutan isärdragen på ett torrt och rent underlag, exempelvis på diskhandduk, för att lufttorka. Sprutorna går även att diska i en vanlig diskmaskin. De byts ut när de blivit tröga, otäta, repiga eller missfärgade.

Sondmatningsaggregat

Ett aggregat får aldrig diskas ur. Ett slutet system ska alltid eftersträvas och onödig manipulering bör undvikas. Om ett avbrott i matningen görs hanteras änden på aggregatet aseptisk och skruvas fast i aggregatets trevägskran. Vid kontinuerlig näringstillförsel räcker det att byta aggregat en gång per dygn, annars gäller ett nytt aggregat till varje ny bruten sondnäringsförpackning.

Sond via näsan

En sond är en medicinteknisk produkt som förekommer i olika material och längder utifrån var i mag-tarmkanalen sondspetsen ska placeras. Sondinläggning ordinerar av läkare och sätts normalt in av en sjuksköterska, inläggning beskrivs inte i detta dokument. I Vårdhandboken finns en film och text som beskriver förberedelse och inläggning av sond, se länk i relaterad information.

Bytesfrekvens

Sonden byts enligt tillverkarens rekommendationer (vanligtvis var 4-6:e vecka) eller enligt läkares ordination. Observera att rekommendationerna gäller under optimala förhållanden och att sonden kan behöva bytas tidigare. Bytesfrekvensen är den samma oavsett om sondspetsen mynnar ut i magsäcken eller tunntarmen.

Dokumenttyp	Fastställt	Reviderat	Giltigt till och med	Dokumentnr / Version
Riktlinje	2025-10-06	2025-10-06	2027-04-06	894797 / Version 1

Kontroll av sondens läge

Inför varje användningstillfälle kontrolleras sondens läge, notera att markering som gjorts vid inläggning har rätt läge vid näsvingen. Sondläget kontrolleras med kurrtest och/eller lackmustest. När patienten själv sköter sondmatning krävs normalt sett inte kurr- eller lackmustest.

Kurrtest

Sondens läge kontrolleras genom att blåsa in 10–20 ml luft genom sonden och lyssna i ett stetoskop. Ett typiskt ”kurr-ljud” ska höras tydligt över epigastriet. Om ett rapliknande ljud hörs från munnen ligger sonden fel och läget måste korrigeras. Kurrtestet benämns också blurptest. För att ytterligare försäkra sig om sondens läge används lackmustest enligt nedan.

Kontroll av pH, aspiration av magsaft

Genom att kontrollera att pH-värdet på ventrikelaspirat (magsaft) med lackmuspapper kan sondens läge fastställas. Vid pH 4 eller lägre ligger sonden i korrekt position i ventrikeln (surt maginnehåll). Lackmuspapperet färgas rött vid surt pH. Vid användning av protonpumpshämmare höjs pH i ventrikeln och det finns en risk att pH överstiger 4,5 och därmed inte rödfärgar lackmuspapperet, trots att sondspetsen ligger i ventrikeln. Ett tydligt ”kurr-test” kan då räcka men vid osäkerhet röntgas patienten.

Röntgen

Vid osäkerhet om sondens läge trots kurr- och lackmustest röntgas patienten. Röntgenkontroll av sondläget görs alltid hos medvetandesänkta patienter, vid kraftigt nedsatt reflexförmåga och om sondspetsen ska ligga i tarmen.

Kontroll av sondläge vid sondspets i tarmen

När sondspetsen ligger i tarmen kan sondläget inte kontrolleras med kurrtest eller lackmustest. Kontrollera noggrant att markeringen som gjordes vid sondinsättning syns vid näsvingen, spruta därefter långsamt in 20–50 ml vatten och var uppmärksam på eventuell reaktion.

Daglig skötsel

- Tvätta näsan med mild tvål och vatten och torka torrt. Var observant på eventuella sår och/eller krutor i näsborren.
- Inspektera huden kring kind och öra eftersom sonden kan orsaka ett tryck på dessa delar av ansiktet. För att undvika tryckskador bör sondens fixeringsläge ändras då och då.
- En sond som inte används och är vilande ska dagligen spolas igenom med minst 50 ml vatten för att undvika stopp.

Dokumenttyp
Riktlinje**Fastställt**
2025-10-06**Reviderat**
2025-10-06**Giltigt till och med**
2027-04-06**Dokumentnr / Version**
894797 / Version 1

Komplikationer vid sond via näsan

Den vanligaste komplikationen är trycksår vid örat, näsa eller på näsvingen. Se daglig skötsel för att minska risken. Sonden kan också orsaka smärta och irritation i hals och svalg om den suttit en längre tid. Det händer också att sonden tappar sin placering, så kallad dislokation. Vid stopp i sonden, se rubrik "Komplikationer vid enterala infarter".

Om sonden åker ut

Det ska finnas en plan för återinsättning av sond om den åkt ut av misstag. Den initierande enhetens mottagningsverksamhet är ansvarig och kontaktas i första hand såvida inte annat har överenskommits. Om händelsen inträffar när mottagningen är stängd bör ställning tas till om patienten är ordinerad viktiga läkemedel om det kan anstå till nästa dag, se vårdplan. Vid behov av snabb återinsättning kontaktas akutmottagning.

När risken är stor att patienten drar ut sonden av misstag kan en så kallad "Bridle Pro" användas för att fixera sonden i näsan. Med denna lösning slipper patienten tejp i ansiktet och extra resor till sjukhuset eller akuten för att sätta en ny sond.

Gastrostomier

Postoperativ skötsel skiljer sig från daglig skötsel. Stomikanalen behöver läka och etableras innan dagliga skötselråd blir aktuella. Roter/vrid inte gastrostomin de första 14 dagarna efter insättandet. I övrigt se postoperativa skötselråd i kirurgens riktlinje ÖGI - PEG-Perkutan endoskopisk gastrostomi.

PEG

PEG sätts alltid på sjukhus och kan användas så länge den fungerar som den ska. Borttagande och eventuellt byte av PEG till annan infart görs på sjukhus.

Daglig skötsel

- Inspektera huden kring PEG och var observant på eventuellt förekommande läckage, svullnad eller rodnad.
- Tvätta huden och kateterslangen med mild tvål och vatten. Lyft försiktigt på stopplattan som ligger mot huden och rengör under. Torka torrt med kompress eller ren handduk. Smörj/pensla gärna huden kring infarten med hudbarriärskydd. Justera tillbaka den yttre stopplattan in mot huden.
- Roter (vrid) kateterslangen ett varv för att förhindra att inre stopplattan fastnar i magsäcksväggen.
- Spola alltid igenom PEG med vatten före och efter användning samt mellan administrering av läkemedel och sondnäring.

Dokumenttyp	Fastställt	Reviderat	Giltigt till och med	Dokumentnr / Version
Riktlinje	2025-10-06	2025-10-06	2027-04-06	894797 / Version 1

- En PEG som inte används och är vilande ska dagligen spolas igenom med minst 50 ml vatten för att undvika stopp.

Byte av PEG till annan infart

Efter 8–12 veckor när stomikanalen är etablerad och läkt kan PEG bytas till en annan infart exempelvis gastrostomiport (knapp) som är nättare och mer diskret. Det är viktigt att ta i beaktning att det skiljer sig i hantering av olika infarter och att det också är möjligt att ha kvar PEG. Konsultera gärna EN-teamet. Vid önskemål om byte av PEG till annan infart skickas remiss till kirurgmottagningen.

Gastrostomitub (Gastrostrikateter)

Den första insättningen av gastrostomitub sker alltid på sjukhus, därefter sker byten på Hälso-/vårdcentral eller i hemmiljö. Bytesfrekvensen anges av tillverkaren och är i regel 3 månader om inte läkare ordinerat annat.

Daglig skötsel

- Inspektera huden kring gastrostomituben och var observant på eventuellt förekommande läckage, svullnad eller rodnad.
- Tvätta huden och kateterslangen med mild tvål och vatten. Lyft försiktigt på stopplattan som ligger mot huden och rengör under. Torka torrt med kompress eller ren handduk. Smörj/pensla gärna huden kring infarten med hudbarriärskydd. Justera tillbaka stopplattan in mot huden.
- Roter (vrid) kateterslangen ett varv för att förhindra att kuffen (vätskeballongen) fastnar i magsäcksväggen.
- Spola alltid igenom gastrostomituben med vatten före och efter användning, samt mellan administrering av läkemedel och sondnäring.
- En gastrostomitub som inte används och är vilande ska dagligen spolas igenom med minst 50 ml vatten för att undvika stopp.

Bra att känna till

Slangklämma får inte användas på en gastrostomitub eftersom kanalen för kuffning löper parallellt med matningskanalen i kateterslangen som därmed riskerar att skadas.

Gastrostomiport (knapp)

Den första insättningen av gastrostomiport (knapp) ska alltid ske på sjukhus, därefter sker byten på Hälso-/Vårdcentral eller i hemmiljö. Bytes frekvensen anges av tillverkaren och är i regel 3 månader om inte läkare ordinerat annat.

Daglig skötsel

Dokumenttyp	Fastställt	Reviderat	Giltigt till och med	Dokumentnr / Version
Riktlinje	2025-10-06	2025-10-06	2027-04-06	894797 / Version 1

- Inspektera huden kring knappen och var observant på eventuellt förekommande läckage, svullnad eller rodnad.
- Tvätta huden kring knappen med mild tvål och vatten. Kom ihåg att även rengöra under knappen, använd med fördel en tops. Torka därefter torrt med kompress eller ren handduk. Smörj/pensla gärna huden kring infarten med hudbarriärskydd.
- Roter (vrid) knappen ett varv dagligen för att förhindra att kuffen (vätskeballongen) fastnar i magsäcksväggen.
- Fäst kopplingsslangen till knappen och spola igenom den med vatten före och efter användning, samt mellan administrering av läkemedel och sondnäring.
- En knapp som inte används och är vilande ska dagligen spolas igenom med minst 50 ml vatten för att undvika stopp. Observera att kopplingsslangen måste tillföras för att det ska vara möjligt.

Kontroll av kuff (vätskeballong)

Gastrostomier som fixeras i magsäcken med hjälp av en kuff (vätskeballong) behöver kontrolleras en gång i veckan. Vätskan dunstar och gastrostomin kan i sämsta fall glida ut.

1. Fäst en tom Luer spruta storlek 10 ml i port märkt BAL. Aspirera ut all vätska ur kuffen (vätskeballongen) och håll samtidigt ett stadigt grepp om gastrostomin så den inte glider ut.
2. Fyll en Luer spruta storlek 10 ml med den mängd vätska du ska kuffa med. Fäst sprutan i port märkt BAL och spruta långsamt in vätskan. Håll sprutans kolv intryckt tills du skruvar ur den, annars backar vätskan tillbaka i sprutan.
3. Mängden vätska som ska kuffas in kan variera beroende på fabrikat och storlek på gastrostomin. Vanligen följer man tillverkarens råd, men i vissa fall behöver man öka mängden vätska i kuffen för bästa fixering.

Kontroll av gastrostomins läge

Kontroll av gastrostomins läge kan utföras genom att långsamt spruta in 20–50 ml vatten och var uppmärksam på reaktion. Uppvisar patienten smärta och obehag kan gastrostomin ändrat läge. Vid tveksamhet kan magsäcksinnehåll aspireras och pH-värdet kontrolleras med lackmuspapper.

Byte av gastrostomiport (knapp) och gastrostomitub

Utskrivet av

Utskriftsdatum

Dokumenttyp	Fastställt	Reviderat	Giltigt till och med	Dokumentnr / Version
Riktlinje	2025-10-06	2025-10-06	2027-04-06	894797 / Version 1

Kontrollera att kuffen (vätskeballongen) är hel på den nya gastrostomin genom att fylla en 10 ml Luer spruta med ca 3–5 ml vatten. Koppla därefter sprutan till port märkt BAL på gastrostomin och spruta in vätskan för att kontrollera att kuffen (vätskeballongen) är hel och utan skador innan den sätts på plats enligt nedan.

1. Fäst en tom Luer spruta storlek 10 ml i port märkt BAL. Aspirera ur all vätska ur kuffen (vätskeballongen).
2. Ta ett stadigt grepp om gastrostomin och dra med roterande rörelser ut den ur stomikanalen.
3. Rengör därefter huden kring stomikanalen med mild tvål och vatten samt torka torrt.
4. Tillför Xylocain gel i stomikanalen och låt det verka. Om inte bedövande effekt behövs kan glidslem användas.
5. För därefter försiktigt ner den nya gastrostomin i kanalen.
6. Håll ett grepp om gastrostomin och fäst en Luer spruta storlek 10 ml i port märkt BAL fylld med den mängd vätska som ska kuffas in.
7. Spruta långsamt in vätskan och håll kolven på sprutan intryckt tills du tar ur den, annars backar vätskan tillbaka i sprutan.
8. Vid byte av gastrostomitub för nu ner stopplattan på slangen mot magen. I övrigt tvätta och torka torrt runt infarten.

Utmätning av ny längd på gastrostomiport (knapp)

När patienter ökar eller minskar i vikt kan en ny längd på knappen behöva mätas ut. Avståndet mellan magen och knappen bör vara 3–5 millimeter. En felaktig längd kan leda till risk för vårdskada som till exempel tryckskada eller läckage som orsakar frätskada på huden. Utmätning av ny knapplängd utförs på Hälso-/Vårdcentral eller i hemmiljö av sjuksköterska. EN-teamet tillhandahåller information och mätstickor för att säkerställa rätt storlek på knappen.

1. Placera patienten i ryggläge.
2. Tillför lite glidslem på mätstickans spets och för därefter ner den i stomikanalen. Kuffa med 3 ml vatten i vit port.
3. Dra försiktigt mätstickan uppåt tills det tar stopp. Håll ett stadigt grepp om mätstickan och för samtidigt ner mätskivan mot magen och läs av markeringen ovan skivan.

Dokumenttyp
Riktlinje**Fastställt**
2025-10-06**Reviderat**
2025-10-06**Giltigt till och med**
2027-04-06**Dokumentnr / Version**
894797 / Version 1

4. Upprepa punkt 3 med patient i sittande position. Anteckna sedan genomsnittet av båda avläsningarna.
5. Aspirera ur vattnet från den vita porten och avlägsna därefter mätstickan.

Jejunala infarter

Jejunala infarter sätts och byts alltid på sjukhus och har ingen bytesfrekvens. Är infarten fixerad med kuff (vätskeballong) ska den kontrolleras och kuffas om. Se rubrik ”Kontroll av kuff (vätskeballong)”. Följ alltid rekommendationer från den enhet som ansvarar för att sätta in och byta infarten.

Daglig skötsel

- Inspektera huden kring infarten och var observant på eventuellt förekommande läckage, svullnad eller rodnad.
- Tvätta huden runt infarten med mild tvål och vatten. Torka torrt med kompress eller ren handduk. Smörj/pensla huden kring infarten med hudbarriärskydd.
- Observera att en jejunal infart aldrig ska roteras (vridas på) eftersom den har sin placering i tunntarmen med risk för dislokation, det vill säga kan tappa sin placering.
- Spola alltid igenom infarten med vatten före och efter användning samt mellan administrering.
- Om infarten inte används och är vilande ska den dagligen spolas igenom med minst 50 ml vatten för att undvika stopp.

Komplikationer vid enterala infarter

Stopp i infart

Läkemedelsorsakade stopp är vanligt och beror ofta på att ordinerade läkemedel inte är lämpliga att administrera i en enteral infart eller att det utförts felaktigt. Andra orsaker kan vara att det bildats klumpar när sondnäringen kommit i kontakt med surt maginnehåll eller vid otillräcklig eller utebliven spolning av infarten.

Åtgärder vid stopp

Ett stopp löses genom spolning och/eller mekaniska åtgärder. Spola och aspirera infarten upprepade gånger. Processen kräver tålamod och det kan ta tid innan stoppet hävs. Vid svårigheter kan en mindre enteral spruta användas vilket ger ett högre tryck. Det finns studier där olika vätskor som natriumbikarbonat och kolsyrat vatten använts för att lösa stopp, men evidensen är låg varför vanligt dricksvatten rekommenderas i första hand. Vätskor med surt pH ska undvikas, eftersom de kan interagera med

Dokumenttyp	Fastställt	Reviderat	Giltigt till och med	Dokumentnr / Version
Riktlinje	2025-10-06	2025-10-06	2027-04-06	894797 / Version 1

sondnäringen och förvärra stoppet. Om stoppet inte går att häva måste den enterala infarten bytas ut.

Tips vid stopp i Nasogastrisk sond: Mekaniska åtgärder som att klämma och rulla sonden mellan fingrarna kan vara effektivt. Spola därefter sonden enligt rekommendation.

Tips vid stopp i Gastrostomiport: Koppla loss kopplingsslangen från knappen och spola igenom slangen med vatten. Sätt därefter tillbaka slangen och spola infarten enligt rekommendation.

Förebygga stopp

Eftersom ett stopp kan vara svårt att spola upp bör man arbeta förebyggande. God handhygien är viktigt eftersom kontamination av sondnäring och läkemedel kan leda till bakterietillväxt som orsakar stopp. Om läkemedel ska administreras ska ett uppehåll i sondmatningen göras för att undvika interaktioner mellan läkemedel och sondnäring. Enterala infarter ska alltid spolas igenom med vatten före och efter varje tillfälle något administreras. Om infarten inte används spolas den minst en gång per dag. Det finns inga studier om vilken vattenvolym som bör användas vid spolning för att undvika stopp. I litteraturen förekommer varierande rekommendationer men ett bra riktvärde är minst 20–50 ml vatten.

Hudproblem och läckage

Samtliga hudproblem och komplikationer behöver utredas. Orsakerna kan ibland vara flera och relatera till varandra. Kontakta EN-teamet för tips och råd.

Hudrodnad

Rodnad kring gastrostomi är vanligt och ofta ofarligt. Blir huden hård, smärtar och det förekommer avvikande doft och/eller pus, kan det vara tecken på infektion. Orsak till infektion är ofta hudens egna bakterier. Infektionsrisken är störst under läkningstiden efter operation. Vid behov av tillfälligt absorberande förband bör frekventa byten ske så huden hålls torr och inte utsätts för svampangrepp. Använd gärna antibakteriell kompress närmast huden.

Möjlig orsak: Ej tillfredsställande rengöring, eventuellt relaterat till att gastrostomin sitter för hårt mot huden vilket kan göra det svårt att rengöra närmast huden. Andra orsaker kan vara läckage, svampangrepp, infektion och bristande hygienrutiner.

Förslag till åtgärd: Var följsam till dagliga skötselråd. Tvätta huden runt gastrostomin med Klorhexidin, alternativt med bakteriedödande medel som Descutan eller Hibiscrub i några dagar. Vid utebliven förbättring eller om patienten får feber kontakta sjukvården.

Granulom

Dokumenttyp	Fastställt	Reviderat	Giltigt till och med	Dokumentnr / Version
Riktlinje	2025-10-06	2025-10-06	2027-04-06	894797 / Version 1

Granulom (även kallat svallkött) kan förklaras som extra vävnad som lägger sig som en krans eller flik runt gastrostomin och orsakar en inflammation. Granulom är vanligt och ofarligt men kan orsaka besvär som smärta, sveda och klåda.

Möjlig orsak: Kan uppstå spontant och av oklar anledning men beror ofta på att gastrostomin orsakar ett skav.

Förslag till åtgärd: Granulom behandlas i första hand med grupp 3 steroid. Se Gastroenterologernas Nationell riktlinje för PEG, länk i Relaterad information. Lapisbehandling är ett andrahandsval. Vid gastrostomiport (knapp), mät ut rätt längd på knappen.

Läckage från stomikanalen

Vanliga orsaker till läckage är en för lång knapp eller att yttre stopplattan på PEG/Gastrostomitub sitter för långt ut på kateterslangen. Läckage kan också uppkomma om knappen är dåligt fixerad i magsäcken.

Förslag till åtgärd: Vid gastrostomiport (knapp), mät ut rätt längd på knappen. Korrekt avstånd mellan mage och knapp bör vara 3–5 mm. Vid dålig fixering öka vätskevolymen i kuffen (vätskeballongen).

Vid Gastrostomitub och PEG flytta in yttre stopplattan närmare magen.

Om gastostomiport (knapp) eller gastrostomitub åker ut

Stomikanalen drar snabbt ihop och en ny infart bör sättas inom max 2 timmar. En extra knapp/gastrostomitub bör alltid finnas i hemmet ifall ett oplanerat byte måste ske. Finns ingen ny infart att tillgå rengörs den gamla och stoppas tillbaka (okuffad) i stomikanalen, för att sedan tejpas fast med exempelvis Tegaderm eller sårtejp. Kontakt tas därefter med den som byter infarten. Om detta sker under jourtid ska patienten uppsöka akutmottagningen. Finns en extra knapp/gastrostomitub i hemmet tas den med till akutmottagningen.

Om PEG åker ut

Det är ovanligt att PEG som har en inre stopplatta glider ur stomikanalen. Om det inträffar sker det oftast i nära anslutning till insättandet innan stomat har etablerats. Om PEG av någon anledning lossnar kontakta snarast specialistvården för byte.

Avveckling och avslutande av nutritionsbehandling

Innan beslut tas gällande avveckling av enteral infart ska en bedömning av energi- och näringsintag göras, exempelvis genom kost- och vätskeregistrering, för att säkerställa att patienten kan försörja sig utan enteral näringstillförsel. Beslut om avveckling kan tas av patienten själv eller ansvarig läkare. Kontakta EN-teamet för vidare information och stöd eller för kännedom om avslut av enteral nutritionsbehandling. Förskrivna hjälpmedel återlämnas till Hjälpmedel Västernorrland.

Dokumenttyp
Riktlinje**Fastställt**
2025-10-06**Reviderat**
2025-10-06**Giltigt till och med**
2027-04-06**Dokumentnr / Version**
894797 / Version 1

Avveckling av Nasogastrisk sond

Sonden stängs så inte kvarvarande vätska hamnar i luftstrupen. Därefter dras sonden försiktigt ut.

Avveckling av kuffbar gastrostomi

1. Fäst en tom Luer spruta storlek 10 ml i port märkt BAL. Aspirera ur all vätska ur kuffen (vätskeballongen).
2. Ta ett stadigt grepp om gastrostomin och dra med roterande rörelser ut den ur stomikanalen.
3. Rengör därefter huden kring stomikanalen med mild tvål och vatten samt torka torrt. Tillför därefter hudbarriärskydd.
4. Lägg på ett absorberande förband, exempelvis polymem eller motsvarande. Fixera gärna med Tegaderm vilket ger en bra överblick av förbandet.
5. Daglig kontroll av förbandet. Omläggning efter behov.
6. Det är vanligt att det vätskar från stomikanalen de första dygnet. Vid minskat läckage byt till vanlig foliekompress.
7. Omlägningsbehovet varierar, uppskattningsvis behövs ett förband i ca 7-10 dagar.

Avveckling av PEG

PEG som är fixerad med en inre stopplatta i magsäcken avlägsnas alltid i slutenvården. Se kirurgens riktlinje PEG (Perkutan Endoskopisk Gastrostomi) - vuxna.

Avsluta nutritionsbehandling i livets slutskede

För patienter i palliativ vård behöver nyttan av nutritionsbehandlingen kontinuerligt bedömas och justeras ur etisk aspekt och utifrån patientens tolerans av sondnäring. Patient och närstående behöver informeras om det naturligt minskade behovet av energi och näring i livets slutskede. Mängden sondnäring kan successivt behöva minskas eller tas bort. Vid eventuellt avslut av nutritionsbehandlingen är det viktigt att förklara för patient och närstående varför behandlingen avslutas.

Dokumenttyp
Riktlinje**Fastställt**
2025-10-06**Reviderat**
2025-10-06**Giltigt till och med**
2027-04-06**Dokumentnr / Version**
894797 / Version 1

Relaterad information

[ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration](#)

[ESPEN guideline on home enteral nutrition](#)

[ESPEN guideline on nutrition and hydration in dementia](#)

[ESPEN Guidelines](#)

[ESPEN practical guideline. Home enteral nutrition](#)

[Läkemedelsverket - Beskrivning av läkemedelsadministrering via enteral infart eller sond](#)

[Läkemedelsverket - Olämpliga läkemedel vid enteral administrering](#)

[Läkemedelsverket - Ordination och hantering av läkemedel via enteral infart eller sond - kunskapsstöd](#)

[RVN - Egenvård, vårdgivarwebb Västernorrland](#)

[RVN - Mitt läkemedel - Nutritions- och vätskebehandling](#)

[RVN - Munhälsa bedömningar och åtgärder](#)

[RVN - Nutrition - Vårdgivarwebb Västernorrland](#)

[RVN - Samverkansrutin vid in- och utskrivningar](#)

[RVN - Vårdgivarwebb Västernorrland - Samverkan kommuner och region](#)

[RVN - Överenskommelse förbrukningsartiklar](#)

[SGF - Endoscopic management of enteral tubes in adult patients - Part 2. Peri- and post procedural management](#)

[SGF - Endoscopic management of enteral tubes in adult patients - Part 1 Definitions and indications](#)

[SGF - Nationell riktlinje om handläggning av PEG och andra perkutana nutritionssonder](#)

[Socialstyrelsen - Att förebygga och behandla undernäring - Nationellt kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst](#)

[Socialstyrelsen - Egenvård - Patientsäkerhet](#)

[Socialstyrelsen - Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling](#)

[Socialstyrelsens råd för etiska frågor](#)

[Webbutbildning om enterala infarter, Region Skåne](#)

[Vårdhandboken - Basala hygienrutiner och klädregler](#)

Utskrivet av**Utskriftsdatum**



Dokumenttyp
Riktlinje

Fastställt
2025-10-06

Reviderat
2025-10-06

Giltigt till och med
2027-04-06

Dokumentnr / Version
894797 / Version 1

[Vårdhandboken - Läkemedelstillförsel](#)

[Vårdhandboken - Munhälsa](#)

[Vårdhandboken - ROAG Riskbedömning](#)

[Vårdhandboken - Samordnad individuell plan \(SIP\)](#)

[Vårdhandboken - Samverkan](#)

[Vårdhandboken - Tillförsel av sondnäring](#)

[Vårdhandboken - Översikt Sonder, inläggning och skötsel](#)

[Vårdhandboken -Komplikationer](#)

[Vårdhandboken -Näringstillförsel, enteral - Översikt](#)