

Gäller för: Flera enheter - se eftersättsblad

Giltig från: 2024-03-26

Innehållsansvar: Malin Karlsson Leidzén, (malle2), Sektionsledare

Giltig till: 2026-03-26

Granskad av: Malin Bartos, (maloh2), Specialistläkare

Godkänd av: Cathrine Gatzinsky, (catwi3), Verksamhetschef

Central venkateter

Förändringar sedan föregående version

- Nya bilder på långtids CVK
- Provtagning med vacutainer
- Volym i CVK och kran

Innehållsförteckning

Bakgrund och syfte	2
Utförande	2
Vad är en central venkateter?	2
Definitioner	3
Korttids-CVK	3
Långtids-CVK	3
Venport	3
En- och flerlumen-CVK	3
Dialys-CVK	3
Inläggning av CVK	4
Dokumentation av CVK-inläggning på operation	6
Byte av CVK	6
Dokumentation på vårdavdelningen	6
Postoperativa observationer på vårdavdelning	7
Rutin vid omläggning	7
Spolning av CVK	9
Polymer i CVK och kran	10

Injektion i CVK	10
Infusioner	11
Trevägskranar, injektionsmembran och proppar	11
Provtagning	12
Kateterlås	13
Avveckling av CVK	14
Risker och komplikationer	14
Vid all hantering av centrala infarter - tänk på att:	15
Relaterad information	16
Kunskapsöversikt	16
Dokumentation	16
Uppföljning, utvärdering och revision	16
Granskare/arbetsgrupp	17

Bakgrund och syfte

Att ge användarkompetens för sjuksköterskor och läkare som vårdar barn och ungdomar med Central Venkateter, CVK. För ytterligare kunskap finns Rutin centrala infarter A-Ö.

Utförande

Vad är en central venkateter?

En central venkateter ligger med spetsen i en stor ven i thorax nära ingången till, eller i höger förmak. Katetern läggs in i en stor ven på halsen (v jugularis, på bröstkorgens övre del (v.subclavia), i ljumsken (v femoralis) eller hos nyfödda genom naveln (navelvenskateter).

Indikationer

- Långvarigt behov av venös infart
- Otillräckligt med perifera kärl
- Mätning av centralt venttryck eller annan hemodynamisk monitorering
- Parenteral nutrition
- Tillförsel av kärlretande medel till exempel cytostatika och vasoaktiva droger

Definitioner

Korttids-CVK

Behandlingstid vanligen mindre än 2 veckor, 1-2-3- eller flera lumen och finns i många storlekar. Kallas också stick-CVK eftersom den går direkt från hudsticket in till venen. Kan efter borttagning av hudfixering tas bort på vårdavdelningen. En korttidskateter måste fixeras vid insticksstället antingen med sutur eller med särskild fixation (Stat-Lock®). Katetern är vanligen tillverkad av polyuretan.

Långtids-CVK

Behandlingstid vanligen mer än 2-3 veckor, oftast 1 lumen, någon gång 2 lumen. Begränsat storlekssortiment. Kallas ofta kuffad eller tunnelerad kateter, eftersom den läggs in genom en subcutan tunnel mellan hudgång och venen. En dacronkuff, som sitter på katetern nära hudgången växer fast på några veckor. Riktlinjen är att det tar 4–6 veckor för kuffen att växa fast och på onkologpatienter 6-8 veckor på grund av längre läkningstid. Hållsuturen skall sitta kvar under dessa veckor. Fastväxningen hindrar katetern från att glida ut och katetern måste därför tas bort i narkos. Långtids-CVK:er är vanligen av silikon. En tunnelerad kateter kommer ut på ett för patienten bekvämt ställe och kan minska infektionsrisken vid långvarig behandling

Venport

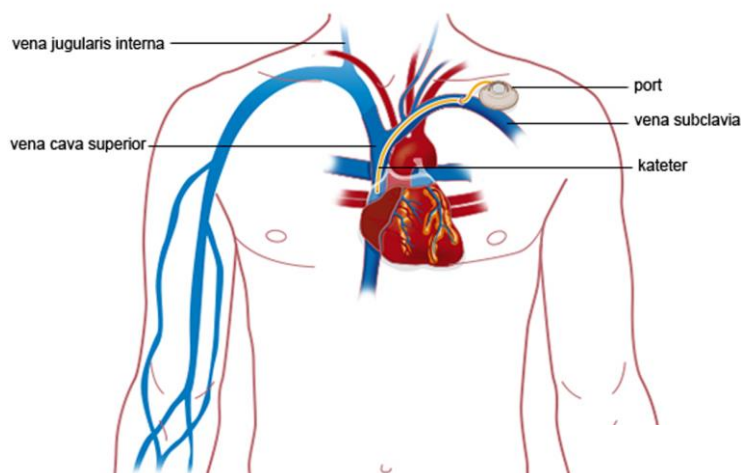
En subcutant placerad venport, som är ansluten till en kateter är ytterligare ett alternativ för långtids-CVK [Se rutin venport](#)

En- och flerlumen-CVK

En central venkateter kan ha en eller flera lumen ("kanaler"). Tunna lumen i tunna katetrar är svåra att hålla öppna under någon längre tid. Infektionsrisken ökar med ökat antal kateterlumen. Man bör därför inte använda CVK med fler lumen än absolut nödvändigt.

Dialys-CVK

Används för hemodialys och är därför väldigt grova. Många olika storlekar finns, både för korttids- och långtidsbruk. Dialys-CVK:er får inte användas till annat än dialys.



Inläggning av CVK

Inläggning av CVK görs av narkosläkare, patienten är sövd och kateterns läge kontrolleras med genomlysning.

Se medicinskt styrdokument [Venport och kuffad CVK \(långtidsinfarter\) – dokumentation](#)

Se medicinskt styrdokument [Preoperativa förberedelser](#)

Förberedelser på vårdavdelningen

- Ge åldersanpassad information till barn och föräldrar om CVK
- Provtagning enl. läkarordination vanligen Hb, TPK, PK, och APTT
- Preoperativt narkosläkarsamtal vid behov
- Korttids-CVK kan läggas utan preoperativ helkroppsdesinfektion. Om katetern läggs in i samband med kirurgi ska preoperativ helkroppsdesinfektion med klorhexidintvål göras enligt rutin för ingreppet.
- Långtids-CVK är att jämföra med implantatkirurgi och ska föregås av preoperativ helkroppsdesinfektion, dubbeldusch x 3 med DesCutan®/Hibiscrub®.
- Antibiotikaprofylax enligt läkarordination

Funktions- och lägeskontroll av CVK i samband med inläggning

Korttids-CVK

- Funktionskontroll genom att aspirera blod genom samtliga lumen, aspirationen skall gå lätt.
- Lägeskontroll med genomlysning görs vid inläggningen på de patienter som inte ska respiratorvårdas postoperativt.

- Genomlysning rekommenderas alltid i samband med inläggningen för CVK inlagd i andra kärl än vena jugularis dx. Att i efterhand korrigera kateterläget då patienten är vaken kan vara besvärligt.
- Lägeskontroll med lungröntgen görs på IVA på alla patienter, som respiratorvårdas postoperativt.
- Röntgenkontroll av kateterläge, pulm frontal, efter inläggning behövs inte rutinmässigt
- CVK:n kan användas direkt efter inläggandet.

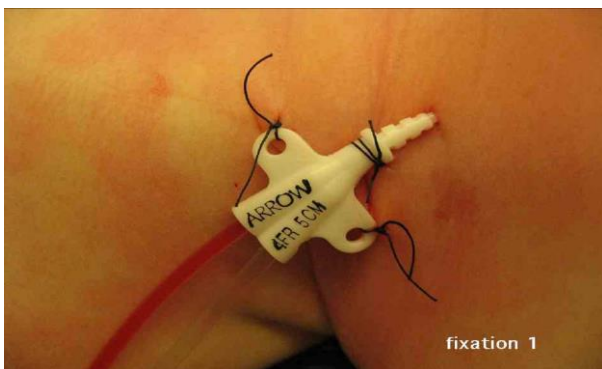
Långtids-CVK

- Funktionskontroll genom att aspirera blod genom samtliga lumen, aspirationen skall gå lätt utan ”hack”.
- Lägeskontroll görs vid inläggningen genom att kontrollera ledarens position och genom att injicera kontrast under genomlysning, när katetern har fixerats. En genomlysningsbild som visar hela kateterns förlopp inkl. spetsläget sparas och skickas till röntgenarkivet som dokumentation.
- Röntgenkontroll av kateterläge, pulm frontal, efter inläggning behövs inte rutinmässigt

Misstanke om inläggningsrelaterad komplikation

- Pneumothorax orsakad av CVK-inläggning i vena jugularis eller vena subclavia ger alltid kliniska symtom och syns på röntgen först efter ½-1 dygn.
- För att fastställa extravasalt kateterläge behövs såväl frontal- som sidobild.
- Beställaren ansvarar själv för att följa upp röntgenundersökningsresultat.
- Vid misstanke om ovan komplikationer beställs och görs akut en lungröntgen inkl frontal- och sidobild.

Fixation av korttids – CVK





Fixation med "m"



Fixation med "byxa"

Dokumentation av CVK-inläggning på operation

Korttids-CVK (ej tunnelerad)

- I patientjournalen under aktivitet infarter/utfarter och IVA:s observationslista.
- Aktiviteten skall placeras under fri aktivitet. Inläggande narkosläkare ansvarar för dokumentationen.

Långtids-CVK (tunnelerad)

- I patientjournalen under aktivitet infarter/utfarter. Aktiviteten skall placeras under fri aktivitet. Inläggande narkosläkare ansvarar för dokumentationen.
- Genomlysningsbild sparas i WebADAPT
- Om inläggningen har avvikit från normalförloppet görs en operationsberättelse.

Byte av CVK

Vid byte av CVK (insättande av en ny) skall **alltid** nya infusionsaggregat kopplas till den nya CVK:n postoperativt.

Dokumentation på vårdavdelningen

Under aktivitet **Infarter/utfarter**. Sökord **Skötsel av infart**, central venkateter

- Daglig inspektion av instickstället
- Byte av trevägskranar
- Omläggning
- Daglig utvärdering

I patientens vårdplan

- Proceduren vid CVK hanteringen

- Avledning t.ex. med saga, film
- Given föräldrainformation

I slutanteckning

- En kort utvärdering om CVK-funktionen under vårdtiden
- Notera barnets reaktioner vid procedurer i samband med CVK-hantering

Märka CVK

- CVK skall märkas med ”Märketikett – CVK” på varje skänkel.

Postoperativa observationer på vårdavdelning

När patienten kommer från operation med nyinlagd CVK observeras:

- Blödning
- Svullnad
- Rodnad
- Smärta
- Andningspåverkan (risk för pneumothorax)
- Kateterns fixering

Dagliga observationer

- Instickställe, rodnad, läckage och fixering av förband
- Omläggningsbehov
- När kranar/injektionsmembran behöver bytas
- Utvärdering av behovet

Rutin vid omläggning

Omläggning sker med aseptisk metod med sterilt material och rena handskar.

- Desinfektera händerna
- Öppna omläggningsetet och duka upp övrigt material på ett desinfekterat rullbord.
- Genomfukta tvätt-torken ordentligt med klorhexidinsprit 5mg/ml (0,5 %)
- Desinfektera händerna, tag på handskar
- Avlägsna gammalt förband, tag av de smutsiga handskarna
- Desinfektera händerna på nytt
- Tvätta vid behov bort koagulerat blod med Natriumklorid-fuktad steril öronpinne alternativt Descutan®/Hibiscrub®. Torka torrt med steril kompress.

- Desinfektera insticksstället, katetern och med god marginal det hudområde som kommer att hamna under förbandet med Klorhexidinsprit 5 mg/ml (0,5 %). Gnid in klorhexidinsprit med steril kompress/tvättork under 30 sekunder och låt huden lufttorka. Arbeta efter Non-Touch teknik, det vill säga undvik kontakt med materialet som används.
- Låt lufttorka
- Katetern fixeras med ren tejp alt. sterila Steristrip®.
- Sätt på ett nytt sterilt förband och dragavlastande tejp.
- Kontrollera att katetern är ordentligt fixerad efter avslutad omläggning
- Dokumentera

Omläggning av CVK

- För att förhindra infektion skall förbandet bytas om det blivit blodigt, fuktigt eller är dåligt fixerat. Det finns annars ingen anledning att byta förband den första veckan efter CVK-inläggningen.
- CVK läggs därefter om minst var 5:e dag eller oftare vid behov. Om förbandet lossnat, är fuktigt eller förorenat bör omläggning ske omedelbart. Insticksstället kontrolleras dagligen och dokumenteras i infarter/utfarter. I öppenvård/hemsjukvård kan omläggning av praktiska skäl utföras upp till var 7:e dag.

Omläggning av fästplatta (Statlock®)

- Tvätta och rengör hudområdet/insticksstället enl. rutin för omläggning av CVK.
- Byt fästplatta vid behov eller ca 1 g/vecka.
- Fixera katetern med en tejpbit under själva bytet
- Ta en peang och vrid av huvudena på fixerpinnarna som fixerar katetern. Ta bort låsbygeln.
- Lyft försiktigt katetern från fästplattan och för den åt sidan.
- Fästplattan lossas med hjälp av en spritsudd, som gnuggas under fliken du lyfter upp
- Fortsätt sedan att tvätta med sprit under fästplattan tills hela plattan har lossnat.



Applicering av ny fästplatta (Statlock®)

- Välj fixeringsplats.
- Ta fram fästplattan, tryck ihop piggarna lite så att de passar kateterns suturhål bättre.
- Fäst katetern på fästplattfixeraren genom att trycka ner kateterns suturhål över fixerpiggarna. Håll ett litet finger som stöd.
- Lås katetern genom att trycka på den gröna låsbygeln. Ta inte av skyddspapperet.

- Torka därefter av det aktuella området med den medföljande sterila servetten för hudpreparering. Låt huden torka ordentligt. Det skall vara ”snustorr”.
- Drag försiktigt av skyddspapperet och tryck fast fästplattfixeraren på huden. Ta bort fixeringstejpen och sätt på ett genomskinligt förband samt dragavlastande tejp.
- Tänk på att sprit gör att fästplattan lossnar.

Stat-Lock fixation skall användas vid förväntad kort CVK tid, mindre än 1 v. Förbandet kan då förstärkas eller bytas vid behov upp till 1 vecka. Vid osäkerhet prata med narkosläkare.

Omläggning av kuffad CVK

- Se rutin för omläggning av CVK.
- Suturen vid insticksstället på halsen är resorberbara
- Hållsuturen vid utgångshålet skall tas bort när kuffen växt fast efter 4-6 veckor och hos onkologpatienter 6-8 veckor. Om det är rodnat runt suturen kan man behöva ta bort den tidigare.
- På läkta och fastvuxna kuffade katetrar är det inte nödvändigt att ha ett förband över insticksstället, men det är viktigt att alltid fästa katetern med en dragavlastande tejp.



Fixation med enkeltejp



Fixation med "Byxa"



eller Fixation med "V"

Spolning av CVK

CVK skall spolras ren i samband med inläggning och vid byte av anslutningar, efter injektion, avslutad infusion eller provtagning. Rent är det när inga rester av blod eller läkemedel inkl. TPN syns i systemet. Vid spolning kan spol-stopp-spolteknik

användas d.v.s. spolning i portioner om 1-2 ml. Den mekaniska rengöringen är viktig för att förebygga stopp.

Ju mindre spruta man använder, desto större är risken att orsaka för högt tryck i katetersystemet. Mindre sprutor än 10 ml får därför inte användas för spolning av CVK. Forcera aldrig spolning eller injektion mot motstånd.

- Spolning görs med Natriumklorid 9 mg/ml, 1 ml/kg, men aldrig mindre än 5 ml och sällan mer än 20 ml. De sista millilitrarna spolas in försiktigt för att undvika att blod backar tillbaka in i systemet.
- Trevägskran/slangklämma skall stängas innan injektionssprutan kopplas från då förhindras återflöde av blod i katetern.
- Om systemet trots riklig spolning ändå inte är rent byts trevägskran och injektionsmembran.
- Spolning görs aldrig med spruta mindre än 10 ml.
- Regelbunden spolning av vilande system är inte nödvändigt

Volymer i CVK och trevägskran

- Subkutana venportar 3 ml
- Tunnelerad CVK, patienten äldre än 1 år, 2 ml
- Tunnelerad CVK, patienten yngre än 1 år, 1 ml
- Stick CVK, 1 ml
- PICC-line, 1 ml
- Tunn lång trevägskran, 0,3 ml

Injektion i CVK

Tänk på att CVK av olika typer och dimensioner ger olika risker. Var försiktig vid spolning – forcera inte. Siliconkatetrar är töjbara och kan expandera och spricka vid forcering mot motstånd och är känsliga även för klampning

- Barnet kan sitta eller ligga vid injektionen – viktigast är att barnet är lugnt.
- Rutinmässig kontroll av backflöde behövs inte.
- Ska cytostatika eller vävnadsretande läkemedel ges ska backflödet kontrolleras innan injektionen ges/infusionen startar.
- Desinficera injektionsmembranet före injektionen med klorhexidinsprit 5mg/ml (0,5%) på höggradigt ren kompress, och gnugga mekaniskt i minst 5–15 sekunder. Låt därefter lufttorka.
- Vid injektion direkt via trevägskran, desinficeras trevägskranen före injektionen enligt ovan med klorhexidinsprit 5 mg/ml (0,5%). Byt till ny steril stoppkork efter injektionen.
- För administrering av läkemedel i små volymer kan sprutor mindre än 10 ml användas men injektionen får aldrig ges mot motstånd.
- Efter injektionen spolas katetern med Natriumklorid 9 mg/ml.

Infusioner

Infusionsaggregat

Vid kontinuerlig infusion, där systemet hålls slutet kan aggregatet sitta i tre dygn, i annat fall byts aggregatet en gång/dygn. Aggregatet skall alltid märkas med datum

Undantag gäller för:

- TPN och fettemulsion där aggregatet byts dagligen
- Byte av aggregat när ny CVK sätts

Pågående infusion

- Spola aldrig en CVK där det pågår infusion av potenta läkemedel utan att först kontakta läkare.

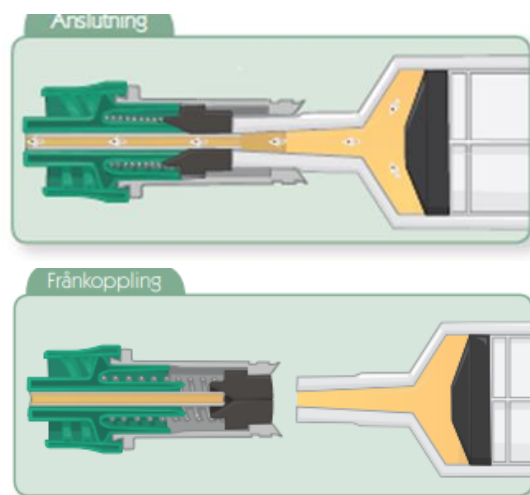
Vilande system

- Se spola i CVK
- Utvärdera behovet av CVK

En central venkateter som inte används kontinuerligt skall i normalfallet avlägsnas eftersom infektionsrisken ökar med antalet CVK-dygn.

Trevägskranar, injektionsmembran och proppar

- Utför så få manipulationer som möjligt, samordna åtgärder.
- Injektionsmembran av ”split-septum”- typ används till alla patienter.
- Infusioner och injektioner ansluts till injektionsmembranet.
- Det skall alltid finnas en slangklämma eller trevägskran innanför injektionsmembranet. Genom att stänga klämman/kranen innan injektionssprutan kopplas från förhindras återflöde av blod i katetern.
- På korttids – CVK skall det **alltid** finnas en trevägskran med injektionsmembran. Slangklämmorna på korttids-CVK är inte täta, det kan göra att blod backar tillbaka in i katetern och ger oklusion.
- Minimera antalet trevägskranar eftersom de utgör en ökad risk för infektion.
- Byt trevägskran och injektionsmembran var 3:e dag
- Trevägskran och injektionsmembran desinfekteras alltid före användning. Använd en höggradigt ren kompress indränkt med klorhexidinsprit 5mg/ml (0,5%) och gnugga mekaniskt i minst 5–15 sekunder. Låt därefter lufttorka.



- Efter bortkoppling av fettemulsion/blodprodukt och efter blodprovstagning ska utsidan torkas ren med klorhexidinsprit 5mg/ml (0,5%) tills den är fri från blod- och infusionsrester. Spola därefter systemet med Natriumklorid 9mg/ml.
- Om synligt blod/fett fortfarande finns kvar trevägskranen/injektionsmembran ska dessa bytas.
- Kassera alltid använd stoppkork och byt till en ny steril.

Provtagning

CVK kan användas för provtagning för att undvika onödiga stick. Risken för felaktiga provsvar på grund av hemolys minskar. Det bör dock påpekas att upprepade blodprovstagningar genom CVK ökar risken för koagelbildning och därigenom stopp i katetern. Dessutom ökar risken för CVK-relaterad infektion och sannolikt också för trombos.

Av dessa orsaker bör provtagning ur CVK begränsas till en gång/dygn hos inneliggande patienter. Givetvis får provtagning för fortlöpande kontroll av vitala funktioner göras flera gånger dagligen från CVK om inga andra möjligheter finns. Det är viktigt att samordna provtagning och samordna med andra manipulationer.

Observera!

Vissa barn, t.ex. med långtids-TPN eller cystisk fibros, är beroende av en fungerande CVK/venport för sin överlevnad. Provtagning ur en CVK/venport kan hos dem innebära en oacceptabelt hög risk för problem. Kontrollera först med ansvarig läkare och med barnets föräldrar att prover får dras ur CVK. Dokumentera i sökord skötsel av CVK i patientjournalen att ingen provtagning får ske.

Teknik vid provtagning

- Desinfektera händer
- Desinfektera injektionsmembran och/eller trevägskranen före blodprovstagning med klorhexidinsprit 5mg/ml (0,5%) på höggradigt ren kompress och gnugga mekaniskt i 5–15 sek. Låt därefter lufttorka.
- Koppla en 10 ml spruta med Natriumklorid 9mg/ml och spola systemet. Aspirera c:a 3 ml blod och kassera. Slaskvolymen bör vara ca 2 gånger volymen av slangar och kranar inkl. membran.
- Slask får enbart ges tillbaka på läkarordination
- Aspirera önskad volym blod för provet. Räkna ut i förväg hur mycket blod som behövs om det är flera prover som skall tas.
- Spola systemet med Natriumklorid 9mg/ml omgående.
- Hela vägen in till patienten inkl. injektionsmembran och/eller trevägskran skall vara fri från blod. Om det trots allt inte blir rent, byt injektionsmembran och/eller trevägskran. Blod kvar i katetern innebär risk för både koagelbildning och bakterietillväxt.

Provtagning med vacutainer

Provtagning med vacutainer får göras på alla katetrar oavsett vikt eller ålder på barnet om accessen är bra det vill säga fint backflöde i katetern.

- Gör alltid en funktionskontroll av CVK med Natriumklorid 9mg/ml i en 10 ml spruta
- Koppla vacutainerhållaren med adapter till trevägskranen, öppna trevägskranen och därefter ev. kateterklämman. Ta ett slaskrör som kasseras, tag därefter önskat antal analysrör.
- Stäng klämman/trevägskranen, spola igenom systemet genast enligt ovan. Byt trevägskranen om blod finns kvar.
- Om blododling med vacutainer sprita av slaskröret för att undvika kontamination.

Kateterlås

Patienter med långtids TPN i hemmet ska ha kateterlås TauroLock installerat i CVK-kateter vid uppehåll i infusion. TauroLock förhindrar koagelbildning samt bakterie- och svamptillväxt. Det hindrar också bildningen av biofilm på katetern och därmed kolonisering. Lösningen installeras utspädd i kateter med volym som fyller kateterdel plus trevägskran i minst 2 timmar/dygn, ca 2–3 ml. Vid start av infusion efter installation av kateterlås spolas katetern med Natriumklorid 9 mg/ml enligt rutin. TauroLock skall vara kvar i systemet tills nästa behandling upp till maximalt 30 dagar

Dokumentation i patientjournal enligt rutin för CVK.

Volym i långtids-CVK är ca 1 ml + volym i trevägskran och venport ca 2 ml + volym i trevägskran

Trevägskran, 0,3 ml

Några tips för att förenkla CVK-användningen

- Cavilon® kan användas som hudskydd under förbandet om huden är tejkänslig.
- CVK kan skyddas genom att fästa den/förvara den i en brynja/topp/påse på överkroppen. Detta är särskilt viktigt för rörliga och uppegående barn.
- Stick-CVK:er kan ibland sitta obekvämt. Ett pannband/hårband som håller CVK på plats kan klippas av en nätmössa
- Barn med långtids CVK kan bada, men CVK:n ska skyddas med ett förband t.ex. sårfilm eller stomipåse över hela CVK inkl proppen. Det går bra att duscha utan förband.
- Efter badet ska CVK:n läggas om. Se omläggning av CVK.

Avveckling av CVK

En CVK skall avlägsnas så snart den inte längre behövs.

- En vanlig korttids-CVK tas bort med patienten liggande. Insticksstället komprimeras i ca 5 minuter för att undvika blödning. Patienten skall stanna kvar ca 1 timme efter för observation relaterad till blödning
- En tunnelerad CVK med kuff måste tas bort på operationsavdelningen av narkosläkare och patienten måste vara sövd. Preoperativt ska helkroppdesinfektion med DesCutan®/Hibiscrub® göras. Se Medicinskt vårdokument Preoperativa förberedelser
- Odling på CVK-spets görs på läkarordination. Tvätta huden runt insticksstället med klorhexidinsprit 5 mg/ml (0,5%) som får lufttorka innan katetern dras ut.

Risker och komplikationer

Alla CVK-komplikationer medför allvarliga patientrisker.

Vid komplikationer ska patientansvarig läkare alltid kontaktas. Detta gäller oavsett om narkosläkare konsulteras omedelbart eller senare.

Infektion

Lokal infektion runt instick kan uppstå vid inläggning. Infektion under bärartiden är mycket vanligare och orsakas ofta av introduktion av bakterier i samband med omläggning, injektioner/infusioner. Allvarlig infektion eller septikemi kan orsakas av introducerade bakterier eller av patientens egen bakterieflora genom invandring i systemet via stickkanalen. Bakterierna kan föröka sig i de pålagringar alla centrala infarter med tiden får. Så småningom förmår patientens eget immunförsvar inte längre stå emot de bakterier som sprids från kateterspetsen. Patienten får då en generell infektion, som kan vara livshotande.

- Infektion kan uppstå i blodet, vid insticksstället och i tunneln under huden.
- Vid infektion i tunneln eller vid insticksstället; odla från insticksstället och desinficera med klorhexidinsprit 5mg/ml (0,5%)
- Dokumentera det infekterade områdets utseende dagligen.
- Om patienten får feber, frossa eller undertemperatur kan det vara ett första tecken på CVK-relaterad sepsis. Rapportera genast till läkare och ta prover för LPK, TPK, CRP och blododling (central och perifer) eller det som ordineras.

Trombos

Venen, där katetern ligger, löper risk att delvis eller helt trombotiseras. Detta kan medföra upphört blodflöde i venen och därmed slut på möjligheten att använda denna ven för central infart. Patienten kan i allvarliga fall också få en generell trombotisering av övre kroppshalvans vensträd med både cava-syndrom och lungembolirisk.

Ocklusion

- Försök spola upp katetern med Natriumklorid 9mg/ml i en 5 ml spruta, inte mindre. Med mindre spruta än 10 ml kan trycket bli så högt att katetern spricker.
- Om inte spolning med 5 ml spruta är möjlig skall narkosläkare kontaktas.
- Kontakta narkosläkare i tidigt skede eftersom chansen att ”spola upp” en koagulerad kateter är större ju snabbare efter stoppet man försöker.
- Om CVK:n inte kan undvaras kan Actilyx® ges för att lösa upp trombmassor i en CVK
- Se Rutin [Centrala infarter-frågor och svar A-Ö](#)

Luft i systemet

Varje central infart ska hållas fri från luft. Sprutor för injektion töms noggrant på luft och infusionsaggregat luftas före tillkoppling. Inga kranar får lämnas öppna mot luft.

Om luft ses vandra in i CVK:

- Stäng av katetern med slangklämma/trevägskran.
- Sänk patientens huvudända.
- Försök om möjligt aspirera luften med hjälp av en 10 ml spruta som innehåller några ml Natriumklorid. 9mg/ml
- Tillkalla/kontakta ansvarig läkare.

Katetern har gått sönder/spruckit

Detta händer framför allt silikonkatetrar. Om en CVK spricker, sätt en ”klädd” peang/klämma på slangen ovanför skadan för att förhindra blödning och kontakta läkare samt narkosläkare.

Katetern har glidit ur venen

För att förhindra blödning när en CVK har glidit ut, tryck på det ställe där CVK:n förmodas gå in i blodkärlet. Kontakta läkare för planering av ny insättning av CVK

Vid all hantering av centrala infarter - tänk på att:

- Desinfektera händerna innan du blandar injektioner och infusioner.
- Förbered noga det material du behöver
- Arbeta mot ett rent underlag, inte direkt mot patient och/eller sängkläderna
- Desinfektera händerna igen när du handhar CVK
- Desinfektera injektionsmembran och/eller trevägskranen före injektion, infusion och blodprovstagning med Klorhexidinsprit 5mg/ml (0,5%) på

höggradigt ren kompress och gnugga mekaniskt i minst 5–15 sekunder. Låt därefter lufttorka.

- Använd alltid sterila sprutor, kanyler och trevägskranar när du ger injektioner och infusioner.
- Använd injektionsmembran och slangklämma/trevägskran vid injektion för att behålla ett slutet system.
- Sätt alltid på en ny steril stoppkork när systemet varit öppet.
- Sätt eventuellt på en ren kompress/ ”snöboll” kring 3-vägs kranen som skydd när patienten är uppe och leker/rör sig.
- Tejpar som skall användas till CVK hantering skall hanteras rent.
- En CVK av silikon kan gå sönder vid ovarsam hantering – var aktsam, både vid klampning och vid spolning.
- Om det trots dessa åtgärder blir en infektion i huden runt CVK, kontakta ansvarig läkare för vidare ordinationer

Relaterad information

- Vårdhandboken
- Central venkateterisering, kliniska riktlinjer och rekommendationer. Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård (SFAI) 2010

Kunskapsöversikt

Costello JM *et.al.* Systematic Intervention to Reduce Central Line Associated Bloodstream Infection Rates in a Pediatric Cardiac Intensive care Unit. *Pediatrics* 2008;121;915-923

Hadaway, Lynn C. Reopen the pipeline. *Nursing* 2005;Vol 35 (8); 54 - 61

Kline, A. Pediatric Catheter – related Bloodstream Infections - Latest Strategies to Decrease Risk. *AACN*; 2005;Vol 16, (2); 185 – 198

Clinical guidelines on central venous catheterisation *Acta Anesthesiologica Scandinavica* 2014;58;508-524

Dokumentation

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

Uppföljning, utvärdering och revision

Verksamhetsutvecklaren/SC anestesi ansvarar för uppföljning/revision av innehållet i rutinen.

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.

Granskare/arbetsgrupp

Christian Bergek, överläkare An/Op/IVA barn

Arvid Otterlind, överläkare An/Op/IVA barn

Malin Bartos, specialistläkare An/Op/IVA barn, innehållsgranskare

Malin Leidzén, barnsjuksköterska, kirurgiavdelning barn, innehållsansvarig
CVK gruppen

Godkänd av

Angela Hansson, verksamhetschef, AnOpIva neonatal barn

Cathrine Gatzinsky, verksamhetschef Kirurgi barn

Yvonne Simrén, tf.verksamhetschef, Medicin barn

Cathrine Gatzinsky, verksamhetschef, Barnhjärtcentrum

Marie Carlsson verksamhetschef, Neurologi och psykiatri barn

Yvonne Simrén, tf. verksamhetschef Radiologi och Klinisk Fysiologi barn

Thorsteinn Gunnarsson, verksamhetschef Barncancercentrum

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje verkställighet

Gäller för: Verksamhet Radiologi barn, Verksamhet AnOpIva neonatal barn, Verksamhet Barncancercentrum, Verksamhet Anestesi-Operation-Intensivvård Sahlgrenska, Verksamhet neurologi och psykiatri barn, Verksamhet Medicin barn, Barnhjärtcentrum, Verksamhet kirurgi barn

Innehållsansvar: Malin Karlsson Leidzén, (malle2), Sektionsledare

Granskad av: Malin Bartos, (maloh2), Specialistläkare

Godkänd av: Cathrine Gatzinsky, (catwi3), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9774-1570060579-358

Version: 18.0

Giltig från: 2024-03-26

Giltig till: 2026-03-26