

Gäller för: Verksamhet Infektion

Giltig från: 2026-03-10

Innehållsansvar: Nicklas Sundell, (niksu1), Överläkare

Giltig till: 2028-03-10

Godkänd av: Anna Grahn, (annpe88), Verksamhetschef

# Inläggning av CVK på Infektion, Östra

## Syfte

Att beskriva rutiner för säker och steril inläggning av central venkateter (CVK) på vuxna patienter på infektionskliniken (IKÖ) samt tillfällen då central infart bör anläggas av anestesilog.

## Indikationer

Huvudsakliga indikationer för CVK på patienter som vårdas på IKÖ är:

- Behov av intravenös behandling under längre tid såsom vid endokardit
- Avsaknad av kärlaccess eller svårstucken patient
  1. Infusion av kärlretande läkemedel, stora vätskevolymmer eller parenteral nutrition
  2. Andra skäl för underlättande av intermediär- och intensivvård

Vid indikation: behov av intravenös behandling under 1-2 veckor eller svårstucken patient så kan man överväga Midline som alternativ till CVK.

## Ansvarsförhållande

Inläggning får endast göras av läkare på IKÖ med längre erfarenhet eller ske under handledning av erfaren kollega till dess att erforderlig kompetens har uppnåtts. Inläggning sker ultraljudslett via vena jugularis interna. Inläggning via vena subclavia alternativt blint, utan stöd av ultraljud, görs av anestesilog. Det gäller också patienter som är uttalat cirkulatoriskt eller respiratoriskt instabila, har en avvikande anatomi eller har uttalad koagulationsstörning (TPK  $<50 \cdot 10^9/l$ , PK(INR)  $>1.8$  eller uttalad antikoagulation sekundärt till läkemedel).

## Arbetsbeskrivning

Allmänna principer och förberedelser

- Patienter utan klinisk misstanke på hemostasdefekt behöver inte utredas koagulationsmässigt inför CVK-inläggning
- Inför rutinmässig CVK-inläggning rekommenderas TPK  $>50 \cdot 10^9/l$ , PK(INR)  $<1,8$  eller APTT  $<1,3$  gånger övre referensintervallsgräns

- Risken för tromboemboliska komplikationer vid seponering eller reversering av anti-koagulationsbehandling varierar beroende på indikationen, som i varje enskilt fall måste vägas mot risken för blödning
- Vid leversvikt har ökad risk för hematom i samband med CVK-inläggning rapporterats först vid PK(INR) >5
- Vb övervakas patient i telemetri (mobil övervakning om annan avd. än 302)
- Om behov av hårvkortning används elektisk trimmer, ej rakhyvel
- Vaken patient skall informeras om indikation, procedur och eventuella risker

#### Inläggning

- Operatör klär sig sterilt: mössa och munskydd varefter handdesinfektion. Rock ska knytas i nacke och rygg av assistent. Sterila handskar över rockens muddar.
- För assistent gäller sedvanlig barriärvård
- Huddesinfektion görs runt instickstället med Klorhexidinsprit 5 mg/ml. Gnid med ordentligt genomblöt sudd under minst 30 sekunder. Varje sudd tvättar ifrån instickstället och utåt. Låt lufttorka varefter hålduk appliceras.
- Färdigpackat CVK-set används och placeras på ett ytdesinficerat rullbord.
- Sterila dukar ska täcka så att operatören inte kan osterila sig själv eller CVK-material
- Steril strumpa till ultraljudapparat används
- Verifiera alltid venläge för ledaren innan dilatation
- CVK fixeras (15cm i hudplan om hö jug interna respektive 20 cm vä) i huden med 2-4 monofilamentsuturer

#### Efter inläggning:

- Inläggande läkare verifierar kateter-funktion och venläge i alla skänklar via kontroll av backflöde och avslutar med att spola alla skänklar med 10ml steril NaCl varefter de förses med trevägs-kranar och lock
- Rengör och ta bort ev blod med klorhexidin. Lufttorka varefter förband sätts.

#### Kontroller och dokumentation

- Läkaren dokumenterar i Melior under ***Fria aktiviteter -> Infarter, utfarter -> CVK.*** Följande anges i fritext: *indikation, antal stick, ev motstånd för ledare samt komplikationer. Att venläge verifierats innan dilatation, cm i hudplan där kateter suturerats, flöde/backflöde i skänklar samt om CVK ska röntgas innan användning eller kan användas direkt.*
- Som regel behöver ultraljudslett inlagd CVK via vena jugularis interna inte röntgen-kontrolleras.
- Röntgen ska övervägas vid misstanke om pneumo/hemothorax (nyttillkomna symtom på dyspné, hosta eller hypoxi), komplicerad inläggning eller längre tids användning (>3v).

#### Artärpunktion

Vid oavsiktlig arteriell kateterisering inom icke-kompressibla områden (oavsett kateterdiameter), med kateter >7 F inom kompressibla områden eller vid okontrollerad arteriell blödning bör katetern lämnas kvar och kärlkirurg omgående konsulteras

#### Avlägsnande

Behovet av katetern skall utvärderas dagligen och kateteravveckling ske så snart behov saknas. CVK avlägsnas av sjuksköterska med efterföljande kompression.

### **Uppföljning, utvärdering och revision**

Vårdenhetsöverläkaren har ansvar för att rutinen följs, utvärderas och revideras. Medvetet avsteg från rutin dokumenteras i Melior. Övriga avvikelser från rutin rapporteras i MedControl PRO.

## **Innehållsansvarig**

Nicklas Sundell, vårdenhetsöverläkare avd. 302 Infektion/Östra

## **Granskare**

Magnus Brink, överläkare, Infektion/Östra

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Infektion

**Innehållsansvar:** Nicklas Sundell, (niksu1), Överläkare

**Godkänd av:** Anna Grahn, (annpe88), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9784-44644612-136

**Version:** 2.0

**Giltig från:** 2026-03-10

**Giltig till:** 2028-03-10