

Gäller för: Verksamhet Gynekologi och reproduktionsmedicin
Innehållsansvar: Maria Forslund, (marfo28), Sektionschef
Granskad av: Hannah Fisher Wadman, (hanfi2), Kirurgisjuksköterska
Godkänd av: Corinne Pedroletti, (corpe1), Verksamhetschef

Giltig från: 2024-05-13

Giltig till: 2026-05-13

Perifer venkateter - Gynekologi och reproduktionsmedicin

Revideringar i denna version

Ändring utifrån dokument ”Perifer venkateter – avdelning 357”.

Syfte

Att säkerställa hanteringen av perifer venkateter, så att rätt patient har PVK och så att risken för vårdrelaterad infektion och andra komplikationer minimeras, samt att säkerställa korrekt hantering vid uppkomst av komplikation.

Arbetsbeskrivning

Vilka patienter ska ha PVK

1. Patienter som väntar på operation.
2. Patienter med pågående missfall, blödning, misstänkt utomkvedshavandeskap.
3. Patienter med intravenösa injektioner eller infusioner.
4. Patienter med planerad undersökning/ingrepp som kräver PVK.
5. Patienter med EDA, om de inte har CVK.
6. Övriga patienter: endast PVK vid läkarordination.

Avlägsna PVK så snart som möjligt när indikation inte längre finns. När patienten är cirkulatoriskt stabil postoperativt ska det enbart finnas en (fungerande) PVK. Risk med att ha PVK (infektionsrisk) ska alltid vägas mot risk med att vara utan.

Insättning

- Metod enligt Vårdhandboken.
- Tänk på att ”liten kateter i stort kärl” minskar infektionsrisken, samt är mindre kärlretande.

- Vi använder injektionsmembran Swan-LOCK (blå).
- På patienter som ska till operation önskar operationsenheten R-lock. På backventilen ska det alltid sitta en propp (annars finns risk för att luft och/eller bakterier kommer in).
- Förbandet märks med datum och klockslag.
- Dokumentera även i ”Infarter/utfarter” (fri aktivitet)
- Fixera PVK med strumpa (eller linda) vid behov. Detta är för att minska mekanisk retning, minskar infektionsrisken.

Underhåll/Skötsel

- Injektionsmembran (SWAN-lock) ska spritas i 5-10 sekunder inför varje användning och låt lufttorka innan den används.
- Proppen på backventil (R-lock) ska bytas efter användning av PVK:n.
- Inspektion av PVK görs varje pass. Regelbunden spolning av vilande PVK rekommenderas ej enligt Vårdhandboken.
- Inspektion av insticksställe i samband med spolning, samt vid varje övrig användning.
- Byt förbandet vid behov – sprita av huden och låt torka innan det nya förbandet sätts. Skriv det datum PVK:n sattes på det nya förbandet.
- Byte av PVK görs enligt Vårdhandboken efter max 72 timmar (3 dygn). Undantag kan göras på mycket svårstuckna patienter.

Avlägsnande

- PVK tas bort när behov inte längre finns eller vid tecken på komplikation.
- Utsättning dokumenteras, tillsammans med grad av komplikation enligt nedan.

Hantering av komplikationer

Grad 0 Inga komplikationer

Inga eller små obehag. Eventuellt insticksöm.
Ingen rodnad eller ömhet på/runt inläggningsområdet.
Hel kateter.

Grad 1 Lätt tromboflebit

Rodnad och ömhet på inläggningsplatsen/området
< 15 mm.

Grad 2 Medelstor tromboflebit

Rodnad och ömhet på inläggningsplatsen/området
> 15 mm men < 25 mm. Smärta och måttlig svullnad.

Grad 3 Svår tromboflebit

Rött, ömt, smärta och svullnad på
inläggningsplatsen/området > 25 mm
men < 50 mm. Värmeökad insticksområde.
Palpabel hård ven och/eller hård kula i venen.

Grad 4 Mycket svår tromboflebit

Rött, smärta och svullnad på
inläggningsplatsen/området \geq 50 mm.
Markant värmeökad insticksområde.
Smärta som sprider sig uppför armen.
Palpabel hård ven och/eller hård kula i venen.
Röd sträng från insticksområdet och/
eller varigt inläggningsområde/feber.

**Obs! Vid trasig kateter, informera ansvarig läkare,
vid \geq Grad 1, informera ansvarig sjuksköterska.**

Grad 0	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Symtom
Inga symtom	< 15 mm	15-25 mm	26-50 mm	> 50 mm	Rodnad, ömhet
Hel kateter		X	X	X	Svullnad
		X	X	X	Smärta vid insticksområdet
			X	X	Ökad temperatur vid insticksområdet
			X	X	Palpabel sträng i kärlet
				X	Smärta sprids ut från insticksområdet
				X	Röd sträng och/eller varigt område och feber

Definition av tromboflebit baserad på Lundgren och Wahren (1999),
förtydligad av Eiman Johansson. Källa: Vårdhandboken.

- Vid tecken till tromboflebit, avlägsna PVK

- Dokumentera i ”Infarter/utfarter” under kommentar på aktuell PVK. Vid grad 2 eller högre dokumenteras i *Omvårdnadsstatus* under *Hud/vävnad*. Vid behov läggs omvårdnadsplan upp. Dokumentera även när det är utläkt.
- Vid grad 2-4 rapportera till ansvarig läkare.
- Odling på PVK kan vara aktuellt vid misstanke om infektion, ordinerar av läkare.
- Markera rodnad område på huden.
- Applicera Hirudoidsalva (en-flera ggr/dag).
- Skriv MedControl vid grad 2 eller högre.
- Om patienten går hem eller till annan vårdenhet med ej-utläkt tromboflebit: dokumentera detta i Slutanteckning SSK / hud
- Tromboflebit som kräver åtgärd (exempelvis läkemedel/antibiotika) och/eller förlänger vårdtiden dokumenteras även i Melior som VÅRDSKADA (vårdrelaterad infektion).

Extravasal injektion/infusion

Vävnadsretande lösning som hamnar utanför blodkärlet kan leda till stor vävnadsskada. Kontakta läkare om detta sker (även vid osäkerhet om ifall lösningen är vävnadsretande eller inte).

Ansvar

Respektive vårdenhetschef ansvarar för att rutinen är känd och följs.

Uppföljning, utvärdering och revision

Rutinansvarig på avdelning 67/68 ansvarar för uppföljning och utvärdering. Avvikelse hanteras enligt SU:s riktlinjer för MedControl Pro.

Relaterad information

Vårdhandboken: www.vardhandboken.se

Socialstyrelsen: Förebygga vårdrelaterade infektioner (VRI)

Granskare/arbetsgrupp

Fanny Saintyves, Sjuksköterska avd 68

Hanna Brännlund, Specialistsjuksköterska avd 67

Josefin Kullberg, Sjuksköterska avd 68

Josefin Stenqvist, Kontaktsjuksköterska avd 67

Ida Nygren Hansson, Sjuksköterska/Sektionsledare avd 68

Christin Borg, Sjuksköterska/Sektionsledare avd 67

Anna Brännström, Undersköterska avd 68

Sofie Lagerkvist, Undersköterska avd 67

Maria Forslund, Överläkare/sektionschef

Hannah Fisher Wadman, KPO/specialistsjuksköterska avd 68

Ylva Drape Carlström, Vårdenhetschef/barmorska avd 68

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Gynekologi och reproduktionsmedicin

Innehållsansvar: Maria Forslund, (marfo28), Sektionschef

Granskad av: Hannah Fisher Wadman, (hanfi2), Kirurgisjuksköterska

Godkänd av: Corinne Pedroletti, (corpe1), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9786-1429723585-359

Version: 2.0

Giltig från: 2024-05-13

Giltig till: 2026-05-13