

Gäller för: Verksamhet Gynekologi och reproduktionsmedicin
Innehållsansvar: Johanna Wiik Rosén, (johwi10), Överläkare
Granskad av: Johanna Wiik Rosén, (johwi10), Överläkare
Godkänd av: Pernilla Dahm Kähler, (perda5), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-06-05

Giltig till: 2028-05-25

Perifer venkateter - Gynekologi och reproduktionsmedicin

Revideringar i denna version

Ändring utifrån dokument ”Perifer venkateter – avdelning 357”.

2026-05-18 Ändringar i denna version: Tagit bort PVK endast på läkarordination. Uppdaterat till ny rekommenderad Nexiva PVK med positivt injektionsmembran istället för Swanlock. Uppdateringar kring R- lock som endast skall användas på operationssalen. Förband skall ha signatur. Nexiva skall dokumenteras i kommentarsfält infrater/ utfarter (fri aktivitet). Ny sammanfattning av inspektion av PVK. Tillägg avseende Nexivabyte.

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.

Utförande

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.

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 Nexiva PVK med injektionsmembran Caresite - Luer Access Device.
- Patienten skall inte ha R-lock/ backventil på avdelningen. Den får patienten på operationssalen. Denna skall sedan avlägsnas på operation.
- Förbandet märks med datum, klockslag och signatur.
- Dokumentera även i ”Infarter/utfarter” (fri aktivitet). Dokumentera Nexiva i kommentarrutan.
- Fixera PVK med strumpa (eller linda) vid behov. Detta är för att minska mekanisk retning, minskar infektionsrisken.

Underhåll/Skötsel

- Injektionsmembran ska spritas i 5-10 sekunder inför varje användning och låt lufttorka innan den används.
- Inspektion av pvk och insticksställe varje pass (lokala infektionstecken, rent förband). Spolning av vilande PVK rekommenderas ej enligt Vårdhandboken.
- 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. Om patienter har Nexiva PVK kan den sitta i 7 dagar. Byts tidigare på klinisk indikation

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. Värmeökat 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 värmeökat 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 rodnat 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

Julia Engström, Sjuksköterska avd 67

Josefin Stenqvist, Kontaktsjuksköterska avd 67

Ida Nygren Hansson, Sjuksköterska/Sektionsledare avd 68

Christin Borg, Sjuksköterska/Sektionsledare avd 67

Hannah Fisher Wadman, KPO/specialistsjuksköterska avd 68

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Gynekologi och reproduktionsmedicin

Innehållsansvar: Johanna Wiik Rosén, (johwi10), Överläkare

Granskad av: Johanna Wiik Rosén, (johwi10), Överläkare

Godkänd av: Pernilla Dahm Kähler, (perda5), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9786-1429723585-359

Version: 3.0

Giltig från: 2026-06-05

Giltig till: 2028-05-25