

Gäller för: Flera enheter - se eftersättsblad

Innehållsansvar: Per Persson, (perpe8), Överläkare

Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-04-13

Giltig till: 2028-01-23

Omvårdnad - Ventilatorassocierad pneumoni (VAP)

Revideringar i denna version

260123 Klorhexidin vid munvård har tagits bort. Mindre justeringar av layout.

Syfte

Att säkerställa korrekt diagnostik och registrering av VAP samt förebygga och därmed minska incidensen av VAP inom intensivvård.

Innehåll

[Bakgrund](#)

[Diagnostik](#)

[Registrering](#)

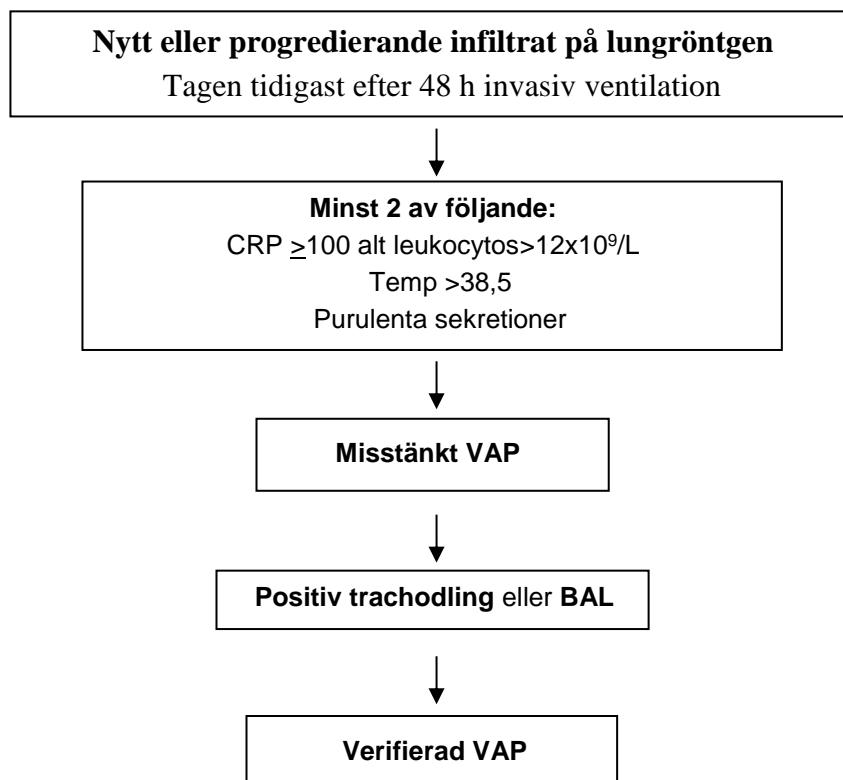
[Förebyggande åtgärder vuxna](#)

[Dokumentation](#)

Bakgrund

Incidensen av **ventilatorassocierad pneumoni (VAP)** under respiratorbehandling på IVA drabbar i storleksordningen ca 10 (-20%). VAP leder till förlängd IVA-vårdtid och ökad mortalitet. Respiratorbehandling är den största riskfaktorn för vårdrelaterad pneumoni och pneumoni är den vanligaste vårdrelaterade infektionen inom intensivvården. VAP uppstår genom att bakterier kommer ner i luftvägarna med sekret längs en endotrachealtub. Regurgitation av maginnehåll och utslagen hostreflex/sväljningsfunktion vid sedering ökar risken för VAP. Yttre kontamination genom hantering av kopplingar och inhalationer är också en ökad risk.

Diagnostik



Verifierad VAP

Definition - samtliga kriterier (1–3) skall vara uppfyllda

1. Behandling med invasiv ventilation ≥ 48 timmar

och

2. Nytt eller progredierande lunginfiltrat (lungröntgen eller datortomografi)

i kombination med:

3. Positiv mikrobiologisk diagnostik
 - a. Skyddad borste med växt $\geq 10^3$ CFU/ml
 - b. BAL med växt $\geq 10^4$ CFU/ml
 - c. Kvantitativ odling av trakealsekret med växt $\geq 10^6$ CFU/ml
(KNS, Enterokocker och *Candida sp.* exkluderas)

Misstänkt VAP

Definition - samtliga kriterier (1–3) ska var uppfyllda

1. Behandling med invasiv ventilation \geq 48 timmar

och

2. Nytt eller progredierande lunginfiltrat (lungröntgen eller datortomografi)

i kombination med

3. Minst 2 av följande kliniska tecken på VAP
 - CRP \geq 100 mg/l alt leukocytos $>12 \times 10^9/L$
 - Kroppstemperatur $\geq 38,5^\circ C$
 - Purulenta sekretioner

Ansvarsfördelning

Sjuksköterskans ansvar:

- Att odla från trach/tub vid nytillkommet/progredierande lunginfiltrat på röntgen

Läkarens ansvar:

- Bedöma om verifierad eller misstänkt VAP föreligger efter odlingsvar
- Registrera som komplikation i PasIva, enligt nedan:

Registrering

Om misstänkt eller verifierad VAP diagnostiserats under det aktuella vårdtillfället registreras Verifierad VAP - SK021 *eller* Misstänkt VAP - SK022

SK020 är samlingskod (registreras ej) och är summan av SK021 + SK022. Observera att en misstänkt VAP som senare verifieras skall kodas om som verifierad och inte som misstänkt. Endast en VAP (SK021 eller SK022) per vårdtillfälle kan registreras.

Förebyggande åtgärder vuxna

1. Non-invasiv ventilation (NIV)

Lägre risk för VAP jmf med invasiv ventilation. NIV skall övervägas som alternativ när det är möjligt men minskning av VAP risken är inte ett argument för att undvika intubation när det är indicerat.

2. Kort tid med invasiv ventilation

Minimera sedering

Uppehåll/minskning i infusionerna dagligen har visat sig korta tiden i ventilator. Minskning av sederingen ordinerar av läkare i samband med rond och utförs lämpligen på morgonen/förmiddagen.

Främja urträning från invasivt respiratorstöd

Gå igenom förutsättningar för spontanandning och avveckling av respiratorn vid rond..

3. Minskad egen kolonisation - Munvård

- Borsta tänderna dagligen.
- Inför extubation bör svalget sugas rent

Undantag för ansiktsfrakturer/instabila skullskador, tas upp vid rond. Ingen evidens för att munvård med klorhexidin har effekt på förekomsten av VAP.

Minskning av sekret ovan kuff

Alla tuber och trachealkanyler som läggs in på CIVA ska ha extra sugkanal (subglottisk). Skicka med en trachealkanyl med extra sugkanal då patienten ska tracheotomeras på öronoperation.

- Sug rent i bakre svalg minst 1 gång/pass
- Sug med 5ml eller 10ml spruta i sugkanalen på tub eller trach minst en gång/pass
- Sug endast vid behov i tub och trach. Byt innerkanylen vid trach vid behov.

4. Minskad aspirationsrisk

- 30 graders höjd huvudända till alla respiratorpatienter, såväl i rygg- som i sidoläge. Detta gäller hela dygnet. Gradskivor finns på alla sängar. Diskutera med läkare kring eventuella kontraindikationer
- Aspirationskontroll vid sondmatning en gång/pass och i samband med påsbyte
- Kufftryck kontrolleras regelbundet, skall ligga mellan 25–30 mmHg i tub/trach. Kuffa ej ur när trycket kontrolleras, då glider aspiratet ner i trachea.

5. Minskad yttre kontamination

Basala hygienrutiner och klädregler gäller för all personal som har patientkontakt.

- Sug endast vid behov i tub och trach
- Rena handskar och steril sugkateter vid sugning

6. Enteral nutrition

Tidig enteral nutrition föredras framför parenteral nutrition då det visat sig minska risken för nosokomial pneumoni.

Dokumentation på dygnsjournalen

- Höjd huvudända: Skriv antal grader, ex. ”30” efter lägespilen.
- Dokumentera kufftrycket på raden för Kufftryck
- Sondläge och aspirationskontroll skrivs på raden för V-sond.
- Munvård dokumenteras med kod på dygnsjournalen.
- Sugning i bakre svalg noteras med ”G = sugn bsv” och sugning extra sugkanal med ”H = sugn X-lum”.

Lokalt tillägg, IVA Mölndal:

Sugning i bakre svalg och sugning i x-lumen dokumenteras med symbol ^ eller x på raden *Sugning* på framsidan av övervakningsjournalen.

Kunskapsöversikt

Preventing ventilator-associated pneumonia: A position paper of the International Society for Infectious Diseases, 2024 Rosenthal et al, International Journal of Infectious Diseases 2025 Feb;151:107305. doi: 10.1016/j.ijid.2024.107305

Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia, ventilator-associated events, and nonventilator hospital-acquired pneumonia in acute-care hospitals: 2022 Update, Klompas et al, Infect Control Hosp Epidemiol 2022 June ; 43(6): 687–713. doi:10.1017/ice.2022.88.

Granskare/arbetsgrupp

Roman Desta Lindgren, Sjuksköterska CIVA AnOpIva, Område 5, SU/S
Kristina Eklöf, Specialistläkare AnOpIva, Område 5, SU/S

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Anestesi-Operation-Intensivvård
Sahlgrenska, Verksamhet An-Op-IVA Mölndal, Postoperativ vård
Sahlgrenska, Neurointensivvårdsavdelning,
Intensivvårdsavdelning 227, Central intensivvårdsavdelning,
Avdelning 95B postoperativ vård, Avdelning 95A postoperativ
vård, Avdelning 22 postoperativ intensivvård

Innehållsansvar: Per Persson, (perpe8), Överläkare

Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9805-1593997-1656

Version: 12.0

Giltig från: 2026-04-13

Giltig till: 2028-01-23