

Gäller för: Flera enheter - se eftersättsblad

Innehållsansvar: Noémi Szabó-Némedi, (nomsz1), Överläkare

Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-02-09

Giltig till: 2028-02-09

# CVK polikliniskt -Op4

## Revidering i denna version

Nytt namn. Uppdatering enligt den nya SFAI riktlinjen.

### Syfte

Att säkerställa en bra rutin för att förebygga, diagnostisera, handlägga, dokumentera och följa upp eventuella komplikationer innan hemgång vid poliklinisk CVK-inläggning.

### Arbetsbeskrivning

CVK-inläggning polikliniskt görs hos patienter som skall få kemoterapi.

### Planering

Poliklinisk CVK skall beställas i förväg där avdelning samt telefonnummer till avdelningen skall framgå tydligt på remissen. Remissen faxas till Operation 4, Fax nr. 824736.

Stationsansvarig narkosläkare (28282) bör också ringas för att stämma av. Därefter planeras patienten in i Orbit.

Dessa patienter bör övervakas minst 4 timmar efter inläggning av CVK på remitterande vårdavdelning /mottagning efter avslutad CVK-inläggning. Inläggning för observation

ombesörjs av patientens bakavdelning. **Remiss för röntgenkontroll för adekvat kateterspetsläge skrivs av bakavdelningsläkaren.** Röntgenkontroll bör ske inom de närmsta timmarna efter CVK-inläggning.

### Koagulation

Blödningsanamnes ska ingå i utredningen inför planerad CVK inläggning.

**Rutinmässig utredning med TPK, PK, APTT görs enbart vid misstanke om koagulationsrubbning. Ansvarig anestesilog beslutar om eventuella prover behövs tas.**

**Om CVK inläggning kan vänta och en viktig behandling inte fördröjs då sker utsättning av blodförtunnande.**

Innan CVK inläggning rekommenderas följande:

- Acetylsyra kan fortsättas
- ADP-receptorhämmare
  - Ticagrelor: 3–5 dagar
  - Clopidrogel: 5 dagar
  - Prasugrel: 7 dagar
- NOAK
  - Edoxaban (Lyrica) 24 timmar
  - Apixaban (Eliquis) 12 timmar
  - Rivaroxaban (Xarelto) 24 timmar
  - Dabigatran (Pradaxa)
    - 12 timmar med normal njurfunktion
    - 36 timmar med nedsatt njurfunktion
- Lågmolekylärt heparin
  - trombosprofylax 12 timmar
  - behandling 24 timmar
- Warfarin ingen åtgärd (avser PK(INR)-värden mellan 2 och 3)

## Genomförande

1. I samband med inläggning av CVK ska patienten vara uppkopplad med **EKG** samt **pulsoxymetri**.
2. Hårförkortning ska endast utföras då det behövs för att kunna rengöra insticksområdet eller underlätta för att sätta fast förband. **Hårförkortning ska endast ske med avsedd hårförkortare eller sax**, och inte med rakhyvel eller rakapparat då detta skapar sår i huden.
3. Stickandet bör utföras **ultraljudlett till v. subklavia som förstahandsval**.

4. CVK-inläggning bör föregås av en **översiktlig UL-scanning** av det tänkta insticksstället/kärllet för att försöka utesluta trombos/stenos och ge en uppfattning om svårighetsgraden (kärlstorlek, andningsvariation, djup, aberranta kärl), samtidigt för att kunna optimera inställningar på UL-apparaten. UL-scanningen kan behöva göras på båda sidorna om inte optimalt kärl hittas på den första sidan.
5. Inläggning **vid ökad risk för blödningskomplikationer** bör göras **inom komprimerbart kärlavsnitt** (v. jugularis) med ultraljudteknik **av erfaren operatör** och **adrenalininnehållande bedövningsmedel** bör övervägas.
6. En lumen-CVK 16 eller 20 cm bör användas.
7. CVK bör genomspolas stötvis med koksaltlösning.
8. På skänkeln bör ett positivt membran (ex. Caresite Braun) eller ett neutralt membran (ex Bionector Vygon) skruvas på. Klämman på skänkeln bör stängas av.
9. CVK fixeras med Monofilamentssutur. Om CVK inte lagts in sin fulla längd ska den alltid fixeras med suturer både i den flexibla och den fasta vingen. Om CVK lagts in i sin fulla längd sutureras den med två suturer i den fasta vingen och en sutur i skåran närmare instickstället.
10. Katetern täcks med ett högpermeabelt polyuretanförband anpassat för CVK, där instickstället är väl synligt i mitten av det transparenta fönstret. För bättre fixation och hudskydd kan Cavilon appliceras.
11. Vid komplicerad inläggning kan ansvarig anestesiläkare besluta om förlängd övervakningstid.
12. Sedvanlig dokumentation i Melior och i Orbit.  
I Melior till ”**Fria aktiviteter**”, in i ”**Infarter/utfarter**” bör dokumenteras av narkosläkare: datum, operatör, indikation, instickställe, ultraljudteknik, längd av CVK-n, antal lumen, längd i hudplan, antal suturer, ev. svårigheter/komplikationer.

## Vid utskrivning

Status med avseende på allmäntillstånd, instickställe, respiration och cirkulation ska undersökas och dokumenteras vid övervakningens slut i journalen inför hemgång.

Kontakta anestesiläkare vid problem.

## Relaterad information

[Riktlinje CVK SFAI 2025](#)

## Granskare/arbetsgrupp

Camilla Blixt Instruktor/Anestesisjuksköterska, Op 4, AOI, Område 5, Sahlgrenska  
Universitetssjukhuset

Marie Melander Sektionsledare, Op 4, AOI, Område 5, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Onkologi, Verksamhet Anestesi-  
Operation-Intensivvård Sahlgrenska, Operation 4 Sahlgrenska,  
Avdelning 69 onkologi Sahlgrenska, Avdelning 54 onkologi  
Sahlgrenska, Avdelning 52 onkologi Sahlgrenska

**Innehållsansvar:** Noémi Szabó-Némedi, (nomsz1), Överläkare

**Godkänd av:** Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9805-1593997-967

**Version:** 6.0

**Giltig från:** 2026-02-09

**Giltig till:** 2028-02-09