

SVK - Innleggelse, stell, bruk og fjerning av sentralt venekateter

Endring siden forrige versjon

Redaksjonelle endringer. Ny mal.

Målgruppe

Helsepersonell med relevant og dokumentert opplæring i Sykehuset Østfold (SØ).

Fremgangsmåte

Indikasjon

Total parenteral ernæring, langvarig intravenøs terapi, hemodynamisk monitorering eller temporær hemodialyse
Ved hemodialyse finnes egen prosedyre for bruk og stell av kateteret, [Hemodialyse- start/avslutning. Dialyse](#)

Forberedelse:

- Pasienten henvises ved bruk av henvisningsskjema i DIPS «Henvisning til SVK/PICC-Line/Mid-line»
- Når pasienten er henvist for innleggelse, skal utførende lege vurdere indikasjoner opp mot risiko for komplikasjoner
- Innleggelse av SVK bør utføres i et rom eller lokaler der det er mulig å gjennomføre aseptisk teknikk
- Katetre legges inn av anestesilege, unntaksvis av annen lege som er opplært i prosedyren
- Pasienten bør EKG monitoreres under prosedyren
- Hvis ikke kateteret legges inn i forbindelse med et operativt inngrep, gjøres prosedyren i lokalanestesi og pasienten trenger ikke å være fastende. Dersom indikasjon for sedasjon eller narkose skal pasienten være fastende
- Grensene for hemostaseparametere og tid siden siste dose lavmolekylært heparin vurderes utfra hastegrad og klinisk bilde (blødningsrisiko)
- Anestesilege avgjør hvilken vene som velges utfra pasient og risiko. Vena subclavia og vena jugularis interna er mest benyttet. Vena femoralis kan vurderes der de andre ikke er egnet

Aseptisk prosedyre ved innleggelse

- Hånddesinfeksjon utføres
- Utførende anestesilege skal ha på sterile hansker, steril frakk, hette og munnbind
- Innstikksted og området rundt desinfiseres med Klorheksidinsprit 5mg/ml
Desinfeksjonen påføres x 2 og skal lufttørke mellom påføringene og før venepunksjonen
- Steril tildekking av innstikkstedet slik at mandreng, annet utstyr og utførende lege ikke forurenses under innleggelse. Heldekkende hullduk anbefales
- Benyttes ultralydveiledet innleggelse, skal proben være rengjort og under prosedyren være i sterilt trekk

Valg av kateter

- Bruk SVK med lavest mulig antall porter og lumen, men som samtidig ivaretar de essensielle behovene for behandling av pasienten. Flerlumenkatetre øker infeksjonsrisikoen. Infeksjonsfaren øker også med antall kraner og koblinger
- Katetere som er impregnert med for eksempel klorhexidin/sølvulfadiazin eller minocyklin/rifampicin kan vurderes til pasienter som er særlig utsatt for infeksjoner og skal ha kateteret i mer enn fem dager (intensivpasienter)

Fiksering og bandasjering

- Etter innleggelse fikseres kateteret med sutur og dekkes med steril bandasje. Sterile transparente semipermeable forbindelser (polyretanfilm) fikserer kateteret godt, muliggjør inspeksjon av innstikkstedet og tillater at pasienten kan dusje
- Til pasienter der SVK forventes å bli liggende mer enn to dager eller pasienten har nedsatt immunforsvar skal det benyttes polyuretanfilm med klorhexidylglukonatpute 2 % i forbindelse med innleggelse av

kateteret. Dersom klorheksidinallergi dekkes innstikkstedet med annen steril bandasje (polyuretanfilmbandasje uten klorheksidinglukonatpute)

- Ved mye sekresjon fra innstikkstedet, kan man dekke med sterile gassbandasjer første døgnet (må skiftes ved gjennomsving)
- Alle koblinger og treveiskraner skal pakkes inn sterilt

Posisjonering av venekateteret

- Intravaskulært leie bekreftes med retrograd blodstrøm
- Kateterposisjon verifiseres med enten intrakardiell EKG (endring i p-bølge), ultralyd av hjerte (kateterspiss ved crista terminalis) eller røntgen thorax (denne metoden er minst presis)
- Pneumothorax skal utelukkes enten ved ultralyd lunge (påvise lung-sliding, M-mode for «seashore sign») eller røntgen thorax
- Anestesilege avgjør (iht egne kvalifikasjoner) hvilken metode som brukes for kontroll av posisjon og pneumothorax, og når kateteret kan brukes

Aseptisk håndtering ved vedlikehold og stell

- Antall koblinger og treveiskraner bør være lavest mulig
- Håndhygiene umiddelbart før ren eller aseptisk oppgave ved all håndtering av SVK
- Munnbind ved åpning av det lukkede systemet
- Bruk sterile kompresser, eventuelt sterile hansker ved manipulasjon av koblinger og kraner
- Forebygg luftemboli ved å la pasienten ligge flatt med overkroppen (hvis medisinsk forsvarlig) og ha prefylte treveiskraner og slanger
- Ved til- og frakobling skal koblingenes ytterside desinfiseres med steril kompress fuktet med klorheksidinsprit 5 mg/ml. Der det benyttes nålefri kobling og desinfeksjonshette, se prosedyre for [Nålefrie koblinger](#)
- Bruk alltid steril propp ved kobling etter injeksjoner/infusjoner. Pakk inn alle koblinger og kraner med steril bandasje. Hvis nålefri kobling brukes skal ny desinfeksjonshette settes på
- Dersom ø-hjelp - manipulasjoner uten aseptisk teknikk er nødvendig, desinfiseres eller skiftes forurensede koblinger og kraner ved første anledning

Rutinemessig skift av bandasje på innstikksted

- Som basisrutine skiftes polyuretanfilmbandasjen (med eller uten 2 % klorheksedinglukonatpute) rutinemessig hvert 7. døgnet:
 - Aseptisk teknikk, bruk sterile hansker og munnbind.
 - Innstikksstedet vaskes med Klorheksidinsprit 5mg/ml. Desinfeksjon påføres x 2. Skal lufttørke mellom hver påføring - og før steril bandasje legges på.
 - Ikke bruk antibiotikaholdig løsning eller krem på innstikkstedet, fordi disse øker risikoen for soppinfeksjon og antibiotikaresistens.

Rutinemessig kontroll

- Innstikkstedet skal kontrolleres daglig, enten ved direkte inspeksjon gjennom transparent bandasje eller ved palpasjon gjennom intakt bandasje
- Daglig kontroll av kateterets posisjon ved innstikksted. Dokumenter i antall cm eller ved å sjekke backflow. Skyll med 10-20 cm NaCl 9 mg/ml
- Bandasjen skal fjernes og innstikksstedet inspiseres dersom:
 - pasienten har uforklarlig feber/frostanfall
 - det er sekresjon eller lukt fra stedet
 - det er hevelse, rubor og/eller varmeøkning i eller ved innstikkstedet
- Som hovedregel bør kateteret fjernes ved tegn til infeksjon, men ved bruk av langtidskatetre kan det en sjelden gang være aktuelt å behandle infeksjonen uten å fjerne katetret. Dette, samt indikasjon for blodkultur, avgjøres av legen i hvert enkelt tilfelle

Rutinemessig skift av infusjonssett og koblinger

- Infusjonsslanger, koblinger og treveiskraner skal skiftes i henhold til brukstider for infusjonssett.
- Anbefalte brukstider for infusjonssett:
 - Ved kontinuerlig infusjon av klare væsker: 72 -96 timer

- Ved intermitterende infusjon: hver 24.time
- TPN og fettemulsjoner: innen 24 timer etter oppstart av infusjon
- Blod og blodprodukter: umiddelbart etter hver avsluttet transfusjon og senest 6 timer etter oppstart av infusjonen
- sett og kraner til propofol: skiftes hver 12 time

Skylling og kateterlås

- Bruk kun 10 ml-sprøyte eller større til skylling av kateteret etter avsluttet bruk og før avstenging/propping. Skylling med mindre sprøyter øker risikoen for høyt trykk.
- Skyll alltid kateterløpet med NaCl 0.9%, minimum 10 ml etter avsluttet infusjon/injeksjon/blodprøvetaking.
- Kateteret skylles med 10 ml NaCl 0,9 % og det anlegges heparinlås med 1 ml Heparin 100IE/ml (evt. mer ved forlengessslanger), dersom det ikke går en kontinuerlig infusjon. Heparin tilpasses pasientgruppe og type kateter.
- Ved skylling av spesialkatetre skal anbefalingene fra universitetssykehuset som pasienten overføres fra, følges

Fjerning av sentrale venekatetre

- SVK fjernes snarest når det ikke lenger er behov for sentral inngang. Risiko for infeksjon øker med antall dager SVK er inneliggende. Skal forordnes av lege
- Rutinemessig bytte av SVK med gitte intervaller anbefales ikke
- Pasienten skal ligge flatt i sengen. Om mulig bør pasienten vende ansiktet bort fra arbeidsfeltet/benyttede munnbind
- Innstikkstedet og området rundt desinfiseres med Klorhexidinsprit 5 mg/ml
- Fjern festesuturer
- Trekk ut kateteret mens det holdes en steril kompress mot selve innstikkstedet
- Komprimer manuelt i ca. 10 minutter, eventuelt lengre etter svært grove katetre
- Inspiser kateterenden, sjekk at kateteret er helt
- Inspiser innstikkstedet, ved rødhet bør det palperes forsiktig for å konstatere om det kan klemmes ut puss til bakteriologisk undersøkelse
- Kateterspissen skal kun sendes til bakteriologisk dyrkning dersom det er mistanke om kateterinfeksjon. Unngå da kontaminering når kateterspissen på kateteret trekkes ut
- Pasienten skal holde sengen ca. 1 time etter fjerning
- Tunnellerte katetre og veneporier må fjernes på operasjonsstue
- Når et SVK skal byttes, er hovedregelen at det skal gjøres med et nytt innstikk på ny plass. Nytt innstikk tilstrebes spesielt ved mistanke om kateterinfeksjon
- Unntak kan gjøres når huden rundt innstikket er helt uaffisert, og nytt innstikk anses som risikofyllt eller når antall plasser er begrenset (f.eks. grunnet trombose, mm). SVK byttes da over guide-wire

Referanser

[Sentralt venekateter \(SVK\) - stell, bruk og håndtering, komplikasjoner med tiltak, voksne \(OUS eHåndbok\)](#)

Vedlegg

<u>V01</u>	<u>Nålefrie koblinger (F/18.1.5-01)</u>
<u>V02</u>	<u>Sentral venøse katetre (SVK, veneporier og PICC-line) til langtidsbruk - forslag til problemløsning (A.2.6.1/3.1.8-02)</u>
<u>V04</u>	<u>Valg av venøs tilgang - SVK, PICC-line eller MID-line (A.2.6.1/3.1.8-01)</u>

Andre kilder/litteraturliste

[Veileder for forebygging av infeksjoner ved bruk av intravaskulære katetre. FHI](#)

Slutt på Prosedyre