

## Sentralt venekateter (SVK) - hovedprinsipper generelle

Gjelder for: Hele SiV  
Dokumenttype: Prosedyre  
Sist endret: 07.02.2024

### 1. HENSIKT

Lokalt forankre oppsummering av anbefalinger fra nasjonal veileder - FHI i interne retningslinjer ved SiV HF. Legge til rette for god kunnskapsbasert praksis med klare råd og anbefalinger om forebygging av intravaskulære infeksjoner for alle typer SVK, inkludert veneport. Gi et faglig rammeverk for utforming, implementering og evaluering av interne prosedyrer knyttet til innleggelse, stell og seponering av intravaskulære katetre.

### 2. ANSVAR

Helsepersonell som håndterer SVK har ansvar for ha nødvendig kunnskap og kompetanse ved utførelse av oppgaver som involverer innleggelse, håndtering og fjerning av SVK, inkludert infeksjonsforebyggende tiltak.

Ledere og fagansvarlig helsepersonell har ansvar for at utforming, implementering og evaluering av EK-prosedyrer følger anbefalingene fra den nasjonale veilederen – FHI.

### 3. FREMGANGSMÅTE

Referanse for oppsummering av anbefalinger i tabellen: [Forebygging av infeksjoner ved bruk av intravaskulære katetre - FHI](#)

Generelle infeksjonsforebyggende tiltak	
Infeksjonsforebyggende tiltakspakke	<ul style="list-style-type: none"><li>Daglig vurdering av indikasjon for katetre og umiddelbar fjerning av katetre som ikke er i bruk.</li><li>Opplæring av helsepersonell som skal legge inn, håndtere og fjerne intravaskulære katetre.</li><li>Korrekt og adekvat gjennomføring av håndhygiene.</li><li>Tiltak ved innleggelse av SVK, se <a href="#">Sentralt venekateter (SVK) - hovedprinsipper spesielt for leger</a> og <a href="#">Sentralt venekateter (SVK) - Innleggelse</a></li></ul>
Aseptikk	<ul style="list-style-type: none"><li>Benytt aseptisk teknikk; non-touch teknikk eller sterile hansker hvis nøkkelpunkter står i fare for å berøres.</li><li>Ved innleggelse, håndtering og fjerning av intravaskulære katetre, og ved administrering av infusjonsvæsker og legemidler.</li></ul>
Håndhygiene	<ul style="list-style-type: none"><li>Håndhygiene utføres umiddelbart før ren eller aseptisk oppgave:<ul style="list-style-type: none"><li>Før innleggelse av intravaskulært kateter</li><li>Før palpering av innstikksted</li></ul></li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Før håndtering og fjerning av intravaskulært kateter</li> <li>○ Før bandasjeskift og stell av innstikksted</li> </ul>
Huddesinfeksjon og desinfeksjon av tilleggsutstyr	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desinfiser huden rundt innstikksted med klorheksidinsprit 5 mg/ml ved bandasjeskift. La desinfeksjonsmiddelet lufttørke før ny bandasje legges på.</li> <li>• Ved klorheksidinallergi, bruk sterilfiltrert 70 % alkohol.</li> <li>• Til intensivpasienter med vedvarende infeksjon: Vurder helkroppsvask med vaskekluter tilsatt klorheksidin 20 mg/ml. (utdypende tekst i referansen som oppgitt øverst i tabellen).</li> <li>• Desinfiser koblinger og treveiskraner ved å gni med desinfeksjonsmiddel før og etter håndtering. Bruk klorheksidinsprit 5 mg/ml eller sterilfiltrert alkohol <math>\geq 70</math> %. Desinfeksjonsmiddelet skal lufttørke etter skrubbing.</li> </ul>
Inspeksjon av innstikksted og fjerning av SVK	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspiser kateterets innstikksted daglig for å identifisere infeksjonstegn, og palper utenpå bandasjen for å avdekke eventuelle smerter rundt innstikksted.</li> <li>• Fjern intravaskulære katetre ved infeksjonstegn eller når kateteret ikke brukes. Dekk innstikkstedet med steril bandasje etter fjerning.</li> <li>• Ikke skift intravaskulære katetre rutinemessig for å forebygge kateterassosiert blodbaneinfeksjon.</li> <li>• Informer pasienten om å varsle helsepersonell ved smerter eller ubehag rundt innstikkstedet.</li> </ul>
Skylling av SVK	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Skyll katetre med natriumkloridløsning (NaCl) 9 mg/ml: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>Før</u> legemidler administreres for å kontrollere at kateteret fungerer</li> <li>○ <u>Mellom</u> legemidler for å hindre blanding av uforlikelige væsker</li> <li>○ <u>Etter</u> legemiddeladministrering for å rense kateterlumen</li> </ul> </li> <li>• Skyll med pulserende teknikk og avslutt skyllingen med positiv trykkteknikk.</li> <li>• Væskevolum bestemmes ut fra kateterstørrelse og pasient. Ved SiV HF gjelder: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hos voksne normalt 10 ml ved klare væsker.</li> <li>○ Etter blodtransfusjon eller blodprøvetaking, fettholdige stoffer/ernæring minimum 20 ml.</li> </ul> </li> </ul>
Kateterfiksering og bandasjering av innstikksted	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bruk fortrinnsvis suturløst fikseringsutstyr.</li> <li>• Bruk steril gjennomiktig semipermeabel bandasje til dekking av innstikksted og fiksering av intravaskulært kateter. Ikke legg kompresser under fikseringsbandasjen.</li> <li>• Skift bandasje på kateteret rutinemessig hver 7. dag eller når den er tilsølt, våt eller har løsnet.</li> <li>• For tunnelerte og implanterte SVK beskyttes innstikkstedet til det er tilhelet. Tidspunkt for fjerning av ev. uresorberbare festesting ved kateteret, avhenger av type kateter og står forordnet i DIPS journalnotat for innleggelsen av kateteret.</li> <li>• Bruk steril absorberende gaskompress/bandasje dersom pasienten svetter mye eller det er blødning eller sekresjon fra innstikkstedet. Gaskompressen skiftes ved behov og minst annenhver dag. Bytt til steril gjennomiktig semipermeabel bandasje så snart det er mulig.</li> <li>• Bruk av gjennomiktig semipermeabel bandasje med klorheksidinpute vurderes til voksne intensivpasienter.</li> <li>• Skyv aldri et dislokert intravaskulært kateter tilbake i venen. Vurder om kateteret kan stabiliseres i nåværende posisjon. Fjerning er mest hensiktsmessig med tanke på infeksjonsrisiko, men dette må vurderes individuelt av lege.</li> <li>• Karbad, bad i svømmehall o.l. frarådes. Unntak: subkutane veneporier der hudsnittet er tilhelet og som ikke er i bruk. Dusj kan tillates hvis kateteret og tilkoblinger beskyttes med vanntett tildekking.</li> </ul>

Nålefrie koblinger/ventiler	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desinfiser den nålefrie koblingen grundig før bruk med sterilfiltrert alkohol <math>\geq 70\%</math> eller klorheksidinsprit 5 mg/ml. Desinfeksjonsmiddelet skal lufttørke etter skrubbing. Alternativt kan det brukes desinfeksjonshetter inneholdende <math>\geq 70\%</math> alkohol, som skiftes etter hver frakobling hos voksne. Bruk ikke desinfeksjonshetter til barn.</li> <li>Skift nålefrie koblinger minst hver 7. da, men ikke oftere enn hver 4. dag.</li> <li>Når nålefrie koblinger er en del av et infusjonssystem, skiftes disse samtidig med skifte av infusjonssettet.</li> </ul>
<b>Spesielle anbefalinger for SVK/andre infeksjonsforebyggende anbefalinger</b>	
Parenteral ernæring	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bruk fortrinnsvis et enkeltløpet kateter for å administrere parenteral ernæring. Brukes et flerløpet kateter, bør ett av løpene (en port) dedikeres til parenteral ernæring og merkes.</li> </ul>
Bytte av infusjonssett	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ved kontinuerlig infusjon med klare væsker er det ikke nødvendig å skifte infusjonssettet oftere enn hver 4. dag (96 timer). Ved tilsetning av medikamenter vil farmakologiske forhold avgjøre skiftefrekvens.</li> <li>Skyll infusjonssettet hver 24. time ved intermitterende infusjon.</li> <li>Skift transfusjonssettet umiddelbart etter hver avsluttet transfusjon av blod og blodprodukter og senest innen 6 timer etter oppstart av infusjonen.</li> <li>Skift infusjonssettet senest innen 12 timer ved propofolinfusjon.</li> </ul>
Blodprøvetaking	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unngå eller begrensn blodprøvetaking fra SVK, inkludert veneport.</li> <li>Blodkulturer anbefales ikke tatt via SVK, inkludert veneport.</li> </ul>
Bruk av antibiotika	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ikke forskriv antibiotikaproylakse rutinemessig for å forebygge blodbaneinfeksjoner ved innleggelse og bruk av SVK.</li> <li><a href="#">Antibiotikalås ved behandling av SVK-blodbaneinfeksjon</a></li> </ul>
<b>Implementering</b>	
Implementeringsstrategi	<p>Alle institusjoner/seksjoner som behandler pasienter med intravaskulære katetre bør påse at anbefalingene i den nasjonale veilederen implementeres. Implementeringsstrategien bør være tverrfaglig og består av flere faktorer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Forankring i virksomhetens ledelse</li> <li>Dedikert implementeringsgruppe lokalt; <a href="#">Nettverksgruppe - sentralvenøse katetre (SVK)</a></li> <li>Systemer for opplæring av ansatte; Kompetanseplan – SiV – Forebygging av skade på pasient</li> <li>Utarbeidet lokalt tilpasset infeksjonsforebyggende tiltakspakke</li> <li>Intern revisjon</li> <li>Evaluerer av tiltak</li> <li>Infeksjonsovervåking</li> </ul>
Kvalitetsforbedring/infeksjons-overvåking	<ul style="list-style-type: none"> <li>For at forekomst av infeksjoner skal kunne sammenlignes over tid og mellom sykehus, må overvåkingen være enhetlig. Alle sykehus skal derfor benytte samme definisjon av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) og av de ulike typene HAI som registreres.</li> </ul>

#### 4. GENERELT

**5. INTERNE REFERANSER**

[1.6.1.17.32](#)

[Antibiotikalås ved behandling av SVK-blodbaneinfeksjon](#)

[1.6.2.6.2.2](#)

[Sentralt venekateter \(SVK\) - hovedprinsipper spesielt for leger](#)

[1.6.2.6.2.1.4](#)

[Nettverksgruppe - sentralvenøse katetre \(SVK\)](#)

[2.1.5.1.1.2.2.62](#)

[Sentralt venekateter \(SVK\) - Innleggelse](#)

**6. EKSTERNE REFERANSER**

**7. VEDLEGG**