

Subkutan venport, vuxna patienter - Hälso- och Sjukvård Region Gävleborg

Innehåll

1.	Syfte och omfattning	1
2.	Allmänt	2
3.	Ansvar och roller	2
3.1.	Verksamhetschef	2
3.2.	Vårdenhetschef	2
3.3.	Avdelningsläkare/Patientansvarig läkare	2
3.4.	Operatör	2
4.	Beskrivning	3
4.1.	Dokumentation	3
4.1.1.	Kompletterande lokala anvisningar	3
4.2.	Inläggning/uttagning	3
4.2.1.	Kompletterande lokala anvisningar	3
4.2.2.	Remisshantering	4
4.2.3.	Förberedelser	4
4.2.4.	Rutin vid inläggning	5
4.2.5.	Efter kateterinläggning	5
4.3.	Handhavande	5
4.4.	Portnålsättning, omläggning och kranbyte	6
4.4.1.	Kompletterande lokala anvisningar	6
4.5.	Injektationer/ Infusioner	6
4.5.1.	Lokala anvisningar	6
4.6.	Spolning och Heparinisering	6
4.6.1.	Kompletterande lokala anvisningar	6
4.7.	Blodprov	6
4.7.1.	Kompletterande lokala anvisningar	7
4.8.	Komplikationer	7
4.8.1.	Kompletterande lokala anvisningar	7
4.8.2.	Kateterstopp	7
4.9.	Risker	7
4.10.	Kontakter vid frågor	8
5.	Plan för kommunikation och implementering	8
6.	Referenser	8
6.1.	Dokumentinformation	8

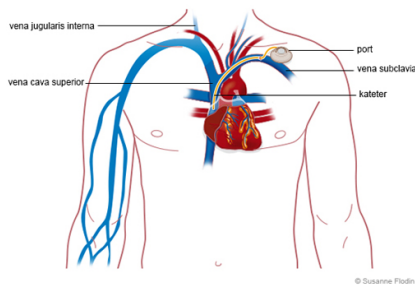
1. Syfte och omfattning

Detta dokument ska styra och säkerställa hanteringen av subkutan venport, SVP och därmed förebygga och minimera risken för komplikationer och vårdsador. Dokumentet omfattar samtliga medarbetare inom alla hälso- och sjukvårdsverksamheter, Region Gävleborg samt privata vårdgivare med regionsavtal.

Rutinen omfattar endast vuxna patienter.

2. Allmänt

Subkutan venport är ett katetersystem som består av en subkutan implanterad dosa med en ansluten kateter. Katetern mynnar vanligtvis i en central ven med placering till spetsen i nedre tredjedelen av vena cava superior. Subkutan venport är ett alternativ då patienten under en längre tid får parenteral nutrition, annan intravenös terapi eller om patienten upprepade gånger tillförs starkt kärlretande medel.



3. Ansvar och roller

Endast läkare eller sjuksköterska som är väl förtrogna med hur en SVP hanteras får använda en SVP.

Om personal som handhar centralvenös infart har teoretisk och praktisk kunskap om hur den bör hanteras minskar risken för komplikationen, [Vårdhandboken](#)

3.1. Verksamhetschef

Ansvarar för att det finns skriftliga rutiner gällande handhavande av SVP samt för att kommunicera rutinen inom sitt verksamhetsområde. Verksamhetschef ansvarar även för uppföljning av verksamhetens förbättringsarbete, analys av resultat och förbättringsåtgärder samt för att utvärdera dess effekter.

3.2. Vårdenhetschef

Ansvarar för att kommunicera och implementera rutinen samt för att erbjuda utbildning för att säkerställa följsamhet och tillämpning av rutinen hos personalen. Utbildning tillhandahålls av kliniskt träningscentrum (KTC).

3.3. Avdelningsläkare/Patientansvarig läkare

Beslutar om inläggande utifrån korrekt indikation. Skriver remiss som innehåller uppgifter om angelägenhetsgrad, befarad, sannolik eller konstaterad diagnos för vilken porten avses, ICDkod och eventuella risker.

Läkaren ska kontinuerligt utvärdera behov av subkutan venport.

3.4. Operatör

Utför ingreppet och dokumenterar tillvägagångssättet i patientjournalen samt skriver remissvar. Operatören dokumenterar kateterspetsläge och funktion i samband med inläggandet.

Sjuksköterska ansvarar efter utbildning för, handhavande, skötsel, märkning och kontroller samt dokumentation i patientjournal.

4. Beskrivning

Rutiner för hantering av SVP inom Region Gävleborg består av två delar; avsnittet för subkutan venport i den nationella kvalitetsgranskade Vårdhandboken samt ett antal kompletterande lokala anvisningar.

Länk till Vårdhandbokens avsnitt om subkutan venport; [Vårdhandboken](#)

Obs! Vårdhandboken är en webbplats och uppdateras kontinuerligt. Om utskrift görs gäller denna endast för utskrivet datum.

4.1. Dokumentation

Läs i Vårdhandboken [Indikation/Dokumentation](#)

4.1.1. Kompletterande lokala anvisningar

Dokumentation i patientjournal. Alla uppgifter dokumenteras och signeras av den läkare eller sjuksköterska som utfört åtgärden eller handlingen. Exempelvis ska sjuksköterskan dokumentera all hantering och inspektion av subkutan venport, byte av nål, eventuella tecken på infektion eller andra komplikationer.

- **Melior:**
Läkare under Daganteckning, Anestesianteckning eller Invasiva åtgärder.
I dokumentationen ska även planerad liggtid redovisas.
Sjuksköterska under Kanyl/kateter/sond.
- Dokumentation kan även ske på patientbunden övervakningskurva.
- Dokumentation för patienter som får cytostatika och/eller understödjande behandling sker under Cytostatika/Blodtransfusions ONK sökordet SVP.
- **PMO**
Sjuksköterska i primärvård dokumenterar med Status och åtgärd i PMO.

Dokumentation bör utföras på ett sätt som säkerställer och underlättar att tillförlitlig information överförs vid rapportering om/när patienten förflyttas mellan slutet och öppenvård.

4.2. Inläggning/uttagning

Läs i Vårdhandboken [Inläggning](#)

4.2.1. Kompletterande lokala anvisningar

Subkutan venport läggs in och tas ut på operationsavdelningarna vid Gävle, Hudiksvall och Bollnäs sjukhus.

Tidpunkt för inläggning av venport ska koordineras med planerad behandling. Inläggning av venport bör ske ≥ 7 dagar innan planerad behandling. Detta för att venportsnål ska

kunna appliceras och hanteras på ett säkert sätt. Önskemål om att nå ska lämnas kvar pga av behandling/användning i nära anslutning till inläggning skrivs i PROVISIO. Såret kan efter inläggning av subkutan venport svullna efter ett par dagar och det kan då bli svårt att applicera en ny portnål innan såret svullnat av igen. Portnål byts vid behov, se [Vårdhandboken](#).

4.2.2. Remisshantering

4.2.2.1. Gävle

Se [Remisshantering IVA, C-op Gävle](#)

- Avdelningen/mott skickar remiss via fax till Preop-mott (026-(1)530 15 alt. skickas till Budstation 148. Patienten operationsanmäls via Melior – i operationsplaneringssystemet Provisio.
- VO Onkologi operationsanmäler sina egna patienter i Provisio.
- Preop-mottagningen och Dagkirurgen bevakar fortlöpande väntelistan för insättande av venportar. Därefter planerar och kallar de patienten.

4.2.2.2. Hudiksvall

- Verksamhetsområde VO Onkologi liksom VO Kirurg anmäler i Provisio.
- VO Medicin faxar remiss till operation samt ringer tel. (0650)-920 44 för att säkerställa att remissen kommit fram.
- Operation planerar och kallar patienten.

4.2.2.3. Bollnäs

- Patienten op-anmäls av remitterande läkare i Provisio som då även skriver en anteckning om detta i patientjournalen. Även pappersremiss kan användas som då skickas till operation.
- VO Onkologi op-anmäler i Provisio.
- Operation planerar och kallar patienten. Vid oklarheter ring tel. (0278)-381 71.

4.2.3. Förberedelser

- **Informera** patienten om hur ingreppet går till, både skriftligt och muntligt.
- **Antikoagulantia**

WARAN eller annat likvärdigt preparat.

Skicka kallelse som är avsedd för Waranbehandlad patient.

I den står det att patienten själv ska kontakta sin PK-mottagning (i Gävle eller Sandviken) minst tre dagar före ingreppet. Om patienten bor i Hälsingland måste ansvarig ringa PK mottagningen där (tel. 9210) och berätta att patienten kommer, och vilket INR värde vi vill ha.

Alla patienter som står på Waran ska ha dagsfärskt INR-värde. Pat. får gå på lab. operationsdagens morgon för blodprov. Det värdet värderas individuellt (enl. skriftliga standardrutiner ska INR vara dosjusterat till ≤ 1.7). Personalen på op-salen kontrollerar i svarsdatabasen i Melior hur värdet är.

Skriv i Provisio ”väntelistkommentar” att patienten är Waranbehandlad och tar INR operationsdagens morgon. Är det inte taget på lab. får ansvarig sjuksköterska på op ta det med I-STAT.

TROMBYL -Ska inte sättas ut alls.

FRAGMIN -Ska aldrig ges op-dagens morgon

- **Preop fasta** 2 timmar. Om ingreppet sker i narkos ordinerar fastetid i det enskilda fallet av narkosläkare
- **Preoperativ helkroppstvätt** med desinfekterande tvål vid två tillfällen, renbäddning, operationsskjorta etc.
- **Pvk** om möjligt

4.2.4. Rutin vid inläggning

Ingreppet sker i lokalbedövning på operationsavdelningen under full sterilitet. Vid behov ges smärtstillande eller sedering.

4.2.4.1. Val av venport

Alla venportar som opereras in i Region Gävleborg ska vara av typen högflödesport. Det ska framgå i patientjournalen vilken venport patienten har.

4.2.5. Efter kateterinläggning

Ultraljud för venpunktion och röntgengenomlysning för korrekt positionering av kateter ska användas vid inläggning av SVP. Operatören dokumenterar om kateterspetsläget är korrekt och bedömer om röntgenkontroll ska ske postoperativt.

Röntgenkontroll kan undantagsvis vara aktuellt postoperativt 2-4 tim, t ex vid misstanke om komplikation, avvikande operationsmetod – operatör skriver remiss och granskar svaret i sådant fall.

4.2.5.1. Postop övervakning

För att på ett tidigt stadium upptäcka eventuella komplikationer ska man under de närmaste timmarna efter inläggningen av venporten

- kontrollera om en blödning och/eller en svullnad har uppstått runt dosan
- vara uppmärksam på om patienten får till exempel hosta eller andnöd (symtom på pneumothorax), eller allmänpåverkan.

Kontakta läkare som får ta ställning till ytterligare åtgärder om något eller några av ovanstående symtom uppstår. Mindre lokala blödningar kan med fördel behandlas med tryckförband under några timmar.

4.3. Handhavande

Läs i Vårdhandboken [Handhavande](#)

Tillämpa basala hygienregler

Arbeta alltid aseptiskt vid hantering av venös infart och katetersystem, det vill säga så att det höggradigt rena bibehålls höggradigt rent och det sterila bibehålls sterilt.

4.4. Portnålsättning, omläggning och kranbyte

Läs i Vårdhanboken [Portnålsättning omläggning och kranbyte](#)

4.4.1. Kompletterande lokala anvisningar

- Injektionsventiler med positiv bolus ska sättas ytterst på trevägskranar. Trevägskran inkl. injektionsventil byts var tredje dag eller direkt efter provtagning, blodtransfusion, fetthaltiga lösningar eller cytostatika.
- Märk med ”Subkutan venport”, datum och signatur. Se [Märkning av in- och utfartsvägar - Hälso- och sjukvård, Region Gävleborg ID 09-38388](#)

4.5. Injektioner/ Infusioner

Läs i Vårdhandboken [Injektion/infusion](#)

4.5.1. Lokala anvisningar

Injektion/infusion/transfusion ges alltid via desinfekterad injektionsventil eller trevägskran.

4.5.1.1. Scrub the hub

Studier visar att den mekaniska rengöringen av membranet är nödvändig för att ta bort bakterier. Tiden man skrubbar och torktiden efter är också viktiga parametrar. Efter 15 sekunders gnuggning finns fortfarande fem bakterier kvar enligt Sarah Simmons, Celestina Bryson and Susan Porters studie.

4.5.1.1.1 Tillvägagångssätt

Gnugga mekaniskt med en kompress som är väl indränkt med Klorhexidinsprit 5mg/ml på det desinfekterbara membranet i 20 sekunder och låt lufttorka i minst 20 sekunder eller tills det är torrt.

4.6. Spolning och Heparinisering

Läs i Vårdhandboken om [Spolning](#)

4.6.1. Kompletterande lokala anvisningar

Subcutan venport (SVP) spolas med 20-40 ml NaCl 9 mg/ml innan och **40 ml NaCl 9 mg/ml efter varje användning**. Vid spolning bör spol-stopp-spoltekniken användas (det vill säga spolning i portioner om 1-2ml). Använd med fördel 20 ml spruta med luerlockfattning.

- Vilande SVP (när nålen är borttagen) behöver inte spolas eller Hepariniseras. Med vilande SVP anses den SVP som används mer sällan än var 7:e dag.
- Dokumentera i patientjournal.

4.7. Blodprov

Läs i Vårdhandboken [Blodprov och blododling](#)

4.7.1. Kompletterande lokala anvisningar

Det skall anges på blododlingsremiss att provet är taget från subkutan venport.

4.7.1.1. Vid misstanke om kateterrelaterad infektion

- Ta blododling utan slaskrör från SVP (1 flaskpar). Märk flaskorna ”Central blododling”.
- Ta blododling perifert (1 flaskpar). Märk flaskorna ”Perifer blododling”
- Uppge tidpunkt för provtagning på blododlingsflaskorna samt på remiss.
- Alla flaskor skickas samtidigt till Mikrobiologiska laboratoriet tillsammans med remiss där det framgår att det finns misstanke om kateter-relaterad infektion, och skillnad i omslagstid i bakterieväxt önskas i svaret.

Om blododlingen från SVP blir positiv minst 120 minuter före blododlingen tagen genom den perifera venen, talar det starkt för att en venport relaterad infektion föreligger. Behovet av att ta bort alternativt byta SVP får då övervägas. Om blododling från SVP och perifer ven blir positiva samtidigt kan orsaken vara en annan. Genom att beräkna tiden till positivt utfall blir diagnosen säkrare.

4.8. Komplikationer

Läs i Vårdhandboken [Komplikationer](#)

4.8.1. Kompletterande lokala anvisningar

Komplikationer ska förutom att de dokumenteras i patientens journal avvikelserrapporteras i Platina. En kopia på alla avvikelser som rör SVP ska skickas till VO Anestesi. Avvikelser gällande VO Onkologis patienter skickas även till onkologiska dagsjukvården. Detta för att möjliggöra uppföljning som underlag för ev. förbättringsarbeten.

4.8.2. Kateterstopp

Se vårdhandbokens anvisningar. Nästa steg kan det bli aktuellt med kontraströntgen av portsystemet för att utesluta till exempel kateterbrott, knickbildning eller dislocerad kateter.

4.9. Risker

Alla in- och utfartsvägar ska vara märkta så att förväxling inte kan ske. Det är praktiskt omöjligt vid vilande SVP.

SVP är ett katetersystem som består av en subkutan implanterad dosa med en ansluten kateter som mynnar i en central ven. I och med att dosan är placerad subkutan hos patienten och det inte är uppenbart var katetern mynnar, är det extra viktigt att noggrant dokumentera var dosan/venporten är lokaliserad på kroppen och viken typ av dosa/port det är. Implanterade portar kan även mynna på andra ställen än i central ven som t.ex. epiduralt eller intratekalt.

Patienten bör informeras både skriftligt och muntligt om den subkutana venportens användningsområde.

Innan användning ska kontroll av backflöde kontrolleras i SVP. Vid avsaknad av backflöde eller osäkerhet om kateterläge se **4.10 kontakter vid frågor**.

4.10. Kontakter vid frågor

Vid problem kontaktas den mottagning eller avdelning där patienten behandlas. Om kontakt behöver tas under jourtid kan jourhavande anestesilog i Gävle respektive Hudiksvall kontaktas via växel 026-15 40 00

5. Plan för kommunikation och implementering

Detta dokument skickas ut till samtliga berörda Verksamhetsutvecklare som extrauppföljare i Platina. Verksamhetsutvecklare ansvarar för att sprida information om rutinen till berörda Kvalitetssamordnare som ansvarar för att sprida den till Verksamhetschef (VC) och Vårdenhetschef (VEC) inom den egna organisationen. Kvalitetssamordnare informerar Verksamhetschef och Vårdenhetschef om rutinen och dessa ansvarar för att rutinen blir känd och tillämpas.

6. Referenser

Dokumentnamn	Plats
Vårdhandboken	Vårdhandboken
SOSFS 2015:10 Basal hygien inom vård och omsorg	Socialstyrelsen
09-38388 Märkning av in- och utfartsvägar – Hälso- och sjukvård, Region Gävleborg	Platina
Scrub the hub, Sarah Simmons, Celestina Bryson and Susan Porter	Crit care Nurs Vol.34 No 1 pp 31-35 Copyright 2011 Lippincott Williams & Wilkins

6.1. Dokumentinformation

Detta dokument har reviderats tillsammans med granskare:

Bo Magnusson, överläkare anesthesi- och intensivvård, VO Anestesi Gävle sjukhus

Sanna Rosin, kvalitetssamordnare VO Anestesi

Carin Lundgren, vårdenhetschef, VO Onkologi

Eva Reidemar, utbildningsledare, Kliniskt träningscentrum (KTC)

Eivor Fast, kvalitetssamordnare, VO Primärvård Västra Gästrikland

Maria Dahlin, kvalitetssamordnare VO operation Bollnäs