

Subkutan venport, vuxna patienter - Rutin - Hälso- och sjukvård Region Gävleborg

Titel: Subcutan venport, vuxna patienter	Dokumentkategori: Rutin	Omfattning: Hälso- och sjukvård Region Gävleborg
Dokumentägare: VC VO Anestesi	Dokumentansvarig: Kvalitetssamordnare VO Anestesi	Beslutsinstans: LPO-ansvarig Perioperativ vård, intensivvård och transplantationer
Diarienummer: Ej tillämpligt		Datum för översyn: Se giltigt t.o.m.

Innehåll

1.	Syfte och omfattning	3
2.	Allmänt	3
3.	Ansvar och roller	4
3.1.	Verksamhetschef	4
3.2.	Vårdenhetschef	4
3.3.	Remitterande enhet	4
3.4.	Operationsplanerare	4
3.5.	VO Kirurgi Hudiksvall	5
3.6.	Operatör	5
3.7.	Sjuksköterska	5
4.	Beskrivning	5
4.1.1.	Kompletterande lokala anvisningar	5
4.2.	Dokumentation	5
4.2.1.	Kompletterande lokala anvisningar	5
4.3.	Inläggning	6
4.3.1.	Kompletterande lokala anvisningar	6
4.3.1.1.	Remiss och operationsanmälan	6
4.3.1.2.	Förberedelser	7
4.3.1.3.	Rutin vid inläggning	7
4.3.1.4.	Val av venport	8
4.3.1.5.	Efter kateterinläggning	8
4.3.1.6.	Postop övervakning	8
4.4.	Handhavande	8
4.5.	Portnålsättning, omläggning och kranbyte	8
4.5.1.	Kompletterande lokala anvisningar	8
4.6.	Injektationer/ Infusioner	9
4.6.1.	Kompletterande lokala anvisningar	9
4.6.1.1.	Scrub the hub	9
4.7.	Spolning och Heparinisering	9
4.7.1.	Kompletterande lokala anvisningar	9
4.8.	Blodprov	9
4.8.1.	Kompletterande lokala anvisningar	9
4.9.	Komplikationer	10

4.9.1.	Kompletterande lokala anvisningar.....	10
4.9.1.1.	Kateterstopp.....	10
4.9.1.2.	Risker	10
4.9.1.3.	Kontakter vid frågor.....	10
5.	Kommunikation och implementering	10
6.	Medverkande och granskare	11
7.	Referenser	11

1. Syfte och omfattning

Rutinens syfte är att styra och säkerställa hanteringen av subkutan venport, SVP, på vuxna patienter för att förebygga och minimera risken för komplikationer och vårdskador.

Dokumentet omfattar samtliga medarbetare inom alla hälso- och sjukvårdsverksamheter, Region Gävleborg samt privata vårdgivare med regionsavtal.

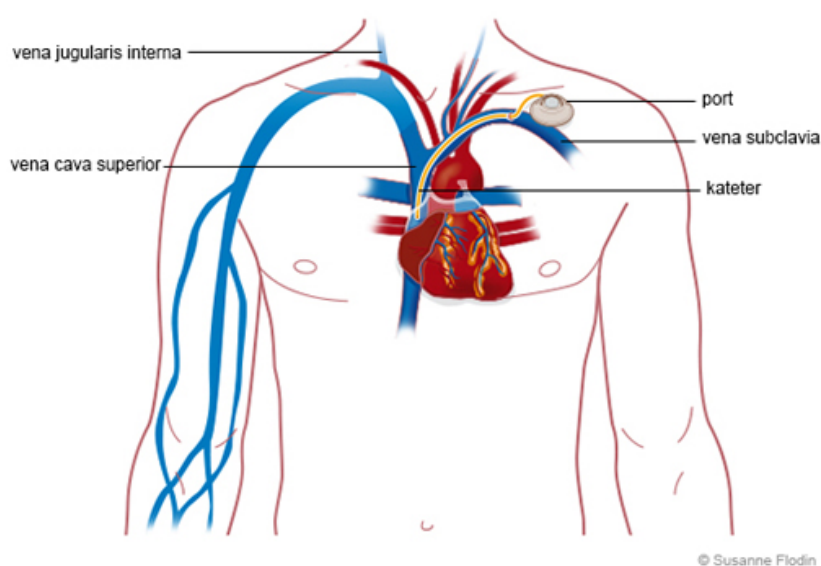
Dokumentet ersätter 09-44099.

2. Allmänt

SVP är ett katetersystem som består av en subkutan implanterad silikonmembranförsedd dosa med en ansluten kateter. Katetern mynnar vanligtvis i en central ven med placering till spetsen i nedre tredjedelen av vena cava superior.

SVP är ett alternativ då patienten under en längre tid (mer än 3–4 veckor) får parenteral nutrition, annan intravenös terapi eller om patienten upprepade gånger tillförs starkt kärlretande medel.

Som alternativ till subcutan venport kan PICC-port eller piccline vid vissa fall användas.



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, se [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. Remitterande enhet

Patientansvarig läkare

- Beslutar om insättning, utifrån korrekt indikation, samt kontinuerligt utvärdera vidare behov och beslutar om uttagande av SVP.

Sjuksköterska/patientansvarig läkare

Enl verksamhetsområdets lokala beslut:

- Skriver remiss eller operationsanmälan
- Ordinerar provtagning
- Kontakter operationsplanerare i Gävle 62432, Hudiksvall 0650-35358 eller Bollnäs 0278-38179 för koordination av inläggning av venport med planerad behandling

3.4. Operationsplanerare

- Skapar bokningsunderlag i Cosmic
- Planerar in operationstid i Provisio för operationsavdelningarna i Gävle, Hudiksvall och Bollnäs
- Kallar patient till operation

Enl verksamhetsområdets lokala beslut:

- Skriver konsultationsremiss i Cosmic
- Skriver operationsanmälan i Provisio
- Ordinerar provtagning

3.5. VO Kirurgi Hudiksvall

- Sekreterare skapar bokningsunderlag i Cosmic
- På remisser för insättning av SVP i Hudiksvall skriver kärlkirurg/KAVA-läkare en operationsanmälan i Provisio till operationsavdelningen.
- På remisser för uttagande av SVP i Hudiksvall planerar plastik- eller pol-opsektionen på kirurgmottagningen in samt kallar patienten till pol-op på kirurgmottagningen i Hudiksvall.

3.6. Operatör

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

3.7. Sjuksköterska

Ansvarar efter utbildning för handhavande, skötsel, märkning och kontroller av SVP samt dokumentation i patientjournal.

4. Beskrivning

Rutin 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.

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

4.1.1. Kompletterande lokala anvisningar

I Gävle utförs insättning och uttagande av VO Anestesi.

I Hudiksvall och Bollnäs av utförs insättning och uttagande VO Kirurgi.

Insättning utförs på:

- operationsavdelningarna i Gävle (dagkirurgi och centraloperation), Hudiksvall och Bollnäs.

Uttagande utförs på:

- operationsavdelningarna i Gävle (dagkirurgi och centraloperation) och Bollnäs
- pol-op på kirurgmottagningen i Hudiksvall, endast komplicerade fall av uttagande utförs på operationsavdelningen i Hudiksvall

4.2. Dokumentation

Läs i Vårdhandboken [Indikation](#)

4.2.1. Kompletterande lokala anvisningar

Dokumentation i patientjournal, **Cosmic**, utförs på ett sätt som säkerställer och underlättar att tillförlitlig information överförs vid rapportering om/när patienten förflyttas mellan slutet och öppenvård.

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

Dokumentation sker under:

- ”Anteckning cancersjukdomar”
- ”Operationsberättelse”
- Basdata – Viktig medicinsk information – Implantat – Port-a-cath
- Journaltabell - In- och utfart – SVP

[Vårdokumentation i Cosmic – Rutin - Hälso- och sjukvården Region Gävleborg](#)

09-860612

[Journalföring och dokumentation – Hälso- och sjukvårdsförvaltningen Region Gävleborg](#)

09-44613

[Basdata i Cosmic – Instruktion - Hälso- och sjukvården Region Gävleborg](#) 09-880817

4.3. Inläggning

Läs i Vårdhandboken [Inläggning](#)

4.3.1. Kompletterande lokala anvisningar

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 nål ska lämnas kvar pga behandling/användning i nära anslutning till inläggning skrivs i PROVISIO. Såret kan efter inläggning av subcutan 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 [Portnål, omläggning, byte av kran och injektionsmembran](#).

4.3.1.1. Remiss och operationsanmälan

Remiss/operationsanmälan ska innehålla uppgifter om:

- önskad åtgärd
- angelägenhetsgrad (Datum för senast inläggning)
- befarad, sannolik eller konstaterad diagnos för vilken porten avses
- ICD/KVÅ-diagnoskod
- eventuella risker (t.ex Waran-behandlad patient)
- längd, vikt och blodtryck
- om nål ska lämnas kvar efter insättning av SVP

Konsultationsremiss i Cosmic skickas till:

- Dagkirurgen Gävle
- Operationscentrum Bollnäs
- Xxx Hudiksvall

[Skicka remiss internt och externt i Cosmic – Instruktion – Hälso- och sjukvård Region Gävleborg](#) 09-862650

[Hantering av pappersremisser – Instruktion – Hälso- och sjukvård Region Gävleborg](#) 09-871760

[Konsultationer och remisshantering – Rutin – Hälso- och sjukvård Region Gävleborg](#) 09-859797

[Konsultationsremiss, remissflöde i Cosmic - Instruktion – Hälso- och sjukvård Region Gävleborg](#) 09-882583

[Bevakning av remisser i Cosmic – Instruktion – Hälso- och sjukvård Region Gävleborg](#) 09-883938

[Arbetsätt remisser till VO Anestesi Cosmic -instruktion Hälso- och sjukvård Region Gävleborg](#) 09-864414

4.3.1.2. Förberedelser

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

WARAN eller annat likvärdigt preparat.

I kallelsen ska det stå att patienten själv ska kontakta sin AK-mottagning minst tre dagar före ingreppet. Om patienten bor i Hälsingland måste ansvarig ringa AK-mottagningen i Hudiksvall (tel. 92104) för att berätta att patienten kommer, och vilket INR-målvärde som önskas inför ingreppet. Skriv i Provisio "väntelistkommentar" att patienten är Waranbehandlad och ska ta INR-värde.

Alla patienter som står på Waran ska ha färskt INR-värde, senast tagen dagen innan operation, beroende av instruktioner från AK-mottagning eller operationsavdelning. Värdet värderas individuellt (enl. skriftliga standardrutiner ska INR vara dosjusterat till ≤ 1.7 eller ≤ 1.5 beroende av riktlinjer på opererande klinik). Personalen på op-salen kontrollerar hur värdet är. Saknas färskt INR-värde får ansvarig sjuksköterska på operation skicka ett akutmärkt prov till lab.

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

4.3.1.3. Rutin vid inläggning

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

4.3.1.4. 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.

4.3.1.5. 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.

4.3.1.6. 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.

4.4. 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.

4.5. Portnålsättning, omläggning och kranbyte

Läs i Vårdhandboken [Portnål, omläggning, byte av kran och injektionsmembran](#)

4.5.1. Kompletterande lokala anvisningar

- Injektionsventiler med positiv bolus ska sättas ytterst på trevägskranar. Trevägs-kran 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](#)

4.6. Injektioner/ Infusioner

Läs i Vårdhandboken [Injektion, infusion, transfusion](#)

4.6.1. Kompletterande lokala anvisningar

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

4.6.1.1. 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.

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.

4.7. Spolning och Heparinisering

Läs i Vårdhandboken om [Spolning och heparinisering](#)

4.7.1. 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.

4.8. Blodprov

Läs i Vårdhandboken [Blodprov och blododling](#)

4.8.1. Kompletterande lokala anvisningar

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

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.

4.9. Komplikationer

Läs i Vårdhandboken [Komplikationer](#)

4.9.1. Kompletterande lokala anvisningar

Komplikationer ska förutom att de dokumenteras i patientens journal avvikelserapporteras 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.

4.9.1.1. Kateterstopp

Se vårdhandbokens anvisningar under [Komplikationer - Ocklusion och trombos](#). Nästa steg kan det bli aktuellt med kontraströntgen av portsystemet för att utesluta till exempel kateterbrott, knickbildning eller dislocerad kateter.

4.9.1.2. 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 nedan **4.9.1.3. Kontakter vid frågor**.

4.9.1.3. 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. Kommunikation och implementering

Dokumentet får brytas ner lokalt och checklistor och lathundar får kopplas med förutsättning att processen inte ändras eller att det inte motsäger innehållet från den styrande rutinen.

Fastställt dokument skickas ut till kvalitetssamordnare som utsetts till extrauppföljare i Platina. Dessa vidarebefordrar rutinen till berörda Verksamhetschefer (VC) och Vårdenhetschefer (VEC) som ansvarar för att sprida och implementera rutinen till berörda inom den egna organisationen. VEC ansvarar för att sprida information och implementera rutinen till berörda medarbetare.

6. Medverkande och granskare

Detta dokument har, under sommaren 2025, reviderats tillsammans med berörda medarbetare inom VO Anestesi, VO Operation, VO Onkologi och VO Kirurgi.

Granskare är verksamhetschefer inom VO Operation, VO Onkologi, VO Kirurgi, VO Kvinnosjukvård, VO Internmedicin samt Elin Petrusson, överläkare VO Anestesi, Per Melander, allmänspecialist Hälsovalskontoret och Karin Odén, utbildningsledare, Kliniskt träningscentrum (KTC).

Arbetsätten kring handläggning av insättning och uttagande av SVP ska utarbetas med berörda verksamhetsområden under hösten 2025. Därefter sker vid behov ny revidering av rutinen.

7. Referenser

Dokumentnamn	Plats
Vårdhandboken	Vårdhandboken
SOSFS 2015:10 Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg	Socialstyrelsen
Märkning av in- och utfartsvägar – Hälso- och sjukvård, Region Gävleborg	Platina ID 09-38388
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