



Subkutan venport (SVP) Omläggning och portnålssättning

En subkutan venport (SVP) är en subkutan implanterad dosa vanligtvis av plast med titanbotten och en ovandel försedd med ett silikonmembran. Dosa är kopplad till en smal kateter där kateterspetsen ligger i en central ven, vanligtvis i vena cava superior.

De vener som vanligtvis används för inläggning av en SVP är:

- vena subclavia (nedanför nyckelbenet)
- vena jugularis interna (på halsen)
- vena cefalika (överarmen)

Inläggningen av en SVP är ett kirurgiskt ingrepp som sker under sterila förhållanden. Inläggningen utförs av läkare och patienten får vanligtvis lokalbedövning under ingreppet och vid behov kan även lugnande läkemedel ges.

Det finns flera olika typer av SVP och alla är avsedda för långtidsbruk. En SVP-kateter har oftast ett lumen, men kan ha flera. En SVP kan användas i många år och silikonmembranet är utformat för att tåla ett stort antal stick.

Indikationer

- Behov av fri venväg under längre tid
- Behov av stora mängder vätska
- Infusion av kärlretande läkemedel vid t.ex. cancerterapi
- Behandling med fullständig parenteral nutrition

Endast läkare eller sjuksköterska som är väl förtrogen med hur en SVP ska hanteras får handha en SVP.

Portnålssättning i SVP

Det är sjuksköterskans ansvar att utföra portnålssättning samt ansvara för observation, hantering, uppföljning och omvårdnad.

Omläggning och ny portnålssättning utförs minst var 5:e dag i slutenvård. Om förbandet lossnat, är fuktigt eller smutsigt bör omläggning ske omedelbart. Trevägskrantar och injektionsventiler ska ses som en helhet. I hemsjukvård kan omläggning och portnålssättning utföras upp till var 7:e dag. Målet för bytesfrekvens är att göra så få manipulationer som möjligt, det vill säga att det slutna systemet bryts så få gånger som möjligt.

Förberedelser

Försäkra dig om att det är rätt patient

När det blir aktuellt med en portnålssättning är det viktigt att patienten får adekvat och individanpassad information.

Se till att du har en bra arbetsställning, en bra ljuskälla samt har allt material inom räckhåll.

Skydda patientens integritet genom att skärma av

Informera patienten om:

- indikation till portnålssättningen
- hur nålsättningen kommer att gå till
- att det är önskvärt att patienten ligger med tippad huvudände eller i planläge under hela proceduren.
- att det finns lokalbedövning att få.

Besvara patientens frågor innan proceduren påbörjas.

Basala hygienrutiner

- Desinficera den yta där du ska duka upp ditt material. Använd skyddshandskar.
- Ta av skyddshandskarna och desinficera dina händer.
- När du dukar upp materialet ska inga skyddshandskar användas eftersom dina desinficerade händer är renare än handskarna.
- I momentet ska sterila handskar användas vid tvättning och portnålssättning då detta reducerar risken att tillföra mikroorganismer till systemet. Handskarna skyddar också mot nedsmutsning av händerna vid vård och behandlingsmoment där risk för kontakt med kroppsvätskor och utsöndringar förekommer.

Val av portnål

Endast specialslipade nålar avsedda för SVP får användas. Portnålar finns i olika utformningar, grovlekar och längder. Stickskyddade nålar ska användas i första hand. Långa nålar (20-35 mm) behövs när porten sitter djupt och patientens subkutana fettlager är tjockare. Korta nålar (15-19 mm) ska användas när porten sitter ytligt och patientens subkutana fettlager är tunnare. Grova dimensioner (18-20 G) kan behövas om blodprodukter ska ges eller högt flöde av trögflytande vätskor planeras. Riktlinjen är dock att välja så tunn nål som möjligt för att minska risken för vävnadsskada och smärta vid insättning.

Genomförande

Ta fram följande material och kontrollerar att datum för sista förbrukningsdag ej överskridits och att förpackningarna är obrutna.

- plastförkläde
- sterila handskar
- Klorhexidinsprit 5 mg/ml.
- portnål
- underlägg
- sterilt omläggingsset

- 2-4 förfyllda (natriumklorid 9 mg/ml) *sterilförpackade* sprutor (10 ml) med luerlockfattning.
 - trevägskran
 - injektionsventiler (injektionsmembran) om de inte redan finns på trevägskranen.
 - ett sterilt högpermeabelt transparent förband
 - kompresser
 - etikett ”Subkutan venport”
-
- ✓ Desinficera dina händer
 - ✓ Öppna omläggingssetets ytterförpackning och släng direkt i soppåsen.
 - ✓ Öppna försiktigt omläggingssetets innerförpackning genom att endast vidröra de yttersta kanterna.
 - ✓ Genomfukta rundtorkarna med Klorhexidinsprit 5 mg/ml., var noga med att inte vidröra något material med den osterila klorhexidinflaskan.
 - ✓ Öppna förpackningen med portnål, trevägskran, ventiler och förfyllda natriumkloridsprutor utan att vidröra materialet innanför förpackningen. Släpp försiktigt ner allt material på den sterila ytan. Tänk på att inte vidröra den sterila ytan med den osterila ytterförpackningen.
 - ✓ Desinficera dina händer och sätt på dig plastförklädet.
 - ✓ Förbered genom att ta bort sängkläder och patientkläder från området där portnålen ska sättas.
 - ✓ Lokalisera venporten.
 - ✓ Inspektera hudområdet kring den subkutana venporten. Titta efter tecken på infektion såsom rodnad, svullnad, ömhet, värmeökning eller varansamling. Kontrollera också om det finns tecken på överkänslighet mot förbandet. Kontakta ansvarig läkare vid något av dessa tecken.
 - ✓ Sänk patientens huvudända till planläge eller tippad huvudända
 - ✓ Desinficera dina händer
 - ✓ Ta på de sterila handskarna. Tänk nu på att inte vidröra något osterilt med dina sterila handskar.
 - ✓ Koppla samman injektionsventilerna med trevägskranen (om dessa inte redan finns på trevägskranen) och med portnålen. Fyll systemet med NaCl. 9 mg/mL. så att all luft försvinner. Tänk på att båda injektionsventilerna ska vara fyllda med NaCl. Detta gör du genom att med NaCl sprutan först fyller ena injektionsventilen (via injektionsventilens membran) och därefter flyttar sprutan till den andra injektionsventilen och spolar igenom. Stäng därefter kranen. När du har fyllt trevägskranen lämnas sprutan kvar kopplad till injektionsventilen på trevägskranen, kontrollera att alla kopplingar är korrekt i hopsatta och lägg sen tillbaka den i den öppnade förpackningen eller på det sterila underlägget.
 - ✓ Rengör det tänkta insticksstället med det klorhexidinblöta rundtorkarna i omläggingssetet. Rengör inifrån och utåt och därefter det hudområde som kommer att hamna under förbandet med god marginal. Låt huden lufttorka.
 - ✓ Ta ett stadigt grepp om porten mellan ena handens tumme och pekfinger

- ✓ Ta tag om portnålen med andra handens tumme och pekfinger och stick in portnålen vinkelrät mot portmembranets centrala del genom huden med en bestämd rörelse tills nålen "bottnar" mot portens bottenplatta. Tänk på att inte använda för mycket kraft då nålen kan deformeras mot bottenplattan och skada portmembranet när nålen senare ska avlägsnas.
- ✓ Öppna trevägskranen och klämman.
- ✓ Aspirera försiktigt med den Natriumkloridfyllda sprutan så att blod syns i slangen dock inte ända upp till trevägskranen.
- ✓ Spola därefter långsamt igenom SVPn med 20-40 mL NaCl. 9 mg/mL. Var noga med att stänga kranen innan sprutan tas bort när du byter till en ny spruta.
- ✓ Stäng klämman och trevägskranen, och ta bort sprutan.
- ✓ Om du har satt en nål utan "platta" kan denna behöva stöttas med sterila kompresser mellan nålen och huden.
- ✓ Täck insticksstället och portnål (med god marginal) och huden runtom med ett sterilt högpermeabelt transparent förband.
- ✓ Märk förbandet med typ av infart, datum, klockslag och signatur på den medföljande etiketten
- ✓ Märk kateterslangen med etikett "Subkutan venport".
- ✓ Täck kranar och kopplingar med rena kompresser för att undvika tryckskador på patientens hud.
- ✓ Återställ huvudändans läge.
- ✓ Ta av handskarna och plastförklädet samt desinficera händerna

Förebygga och identifiera risker och tecken på komplikationer:

Det finns en förväxlingsrisk beträffande olika infarter och katetrar, speciellt om patienten har flera olika. Alla former av katetrar ska därför vara märkta så att ingen tvekan beträffande ändamål kan uppstå. Märkning ska finnas på förbandet med information om tid, klockslag och signatur på utföraren av omläggningen. Det ska även finnas en etikett som fästes långt ner (distalt) på trevägskranen eller katetern där det framgår typ av intravasal kateter.

De mest vanligt förekommande komplikationer som kan uppstå vid SVP behandling är:

- infektion
- stopp i katetern
- rubbat kateterläge
- luftemboli

I sjuksköterskans ansvar ingår att förebygga och identifiera komplikationer. Detta görs genom:

- ✓ daglig inspektion genom det transparenta förbandet av SVP-området för patient i slutenvård. I öppenvård inspekteras området i samband med omläggning eller portnålssättning samt av patienten själv eller närstående.
- ✓ omprövning av behovet av SVP regelbundet.

- ✓ desinfektion av injektionsventilens membran före användning och byte till ny injektionsventil om den avlägsnats.
- ✓ att se till att systemet alltid är slutet och vätskefyllt.
- ✓ att se till att så få manipulationer som möjligt görs det vill säga att det slutna systemet bryts så få gånger som möjligt. Detta kan göras genom att i möjligaste mån samordna injektioner, infusioner och omläggning till så få tillfällen som möjligt.
- ✓ att patientens huvudända hålls i planläge eller tippad vid all hantering av SVPn.

Journalföring

I patientens journal skall sjuksköterskan (eller läkaren) dokumentera:

- ✓ indikation för SVP
- ✓ typ av SVP
- ✓ inläggningstidpunkt och inläggningsteknik eventuella komplikationer och lokalisation
- ✓ kateterns funktion inklusive blodreturkontroll
- ✓ hudens utseende över porten
- ✓ insticksställets utseende
- ✓ tidpunkt för omläggning och portnålsbyte
- ✓ att patienten fått information
- ✓ patientens subjektivt upplevda besvär
- ✓ ställningstagande till fortsatt behov av SVP
- ✓ tidpunkt och anledning till borttagande av SVP.

Sjuksköterskans ansvar

Information

Informera kontinuerligt under hela behandlingstiden.

Informera om:

- ✓ tecken på eventuella komplikationer som patienten bör vara uppmärksam på så som rodnad, svullnad eller smärta, andnöd.
- ✓ att förband som lossnat eller inte sitter tätt måste åtgärdas
- ✓ att patienten kan duscha om portnålen täcks med ett extra förband innan. Om förbandet blivit blött ska det bytas
- ✓ vart patienten ska vända sig vid problem

Dokumentet är ett komplement till instruktionsfilmerna ”Clinical Skills” från KI som är framtagna av Ingela Lennström och Monica Bergqvist.

Referens: <https://www.varhandboken.se/>

Dokumentet reviderat 240204