Hensikt og omfang

Prosedyren skal sikre riktig stell og håndtering av PICC-line kateter.

Ansvar

Prosedyren gjelder leger og sykepleiere som håndterer PICC-line kateter. Alt personell som håndterer PICC-line har eget ansvar for å holde seg faglig oppdatert.
Avdelingsleder har ansvar for at prosedyren er tilgjengelig og kjent i avdelingen, og at personalet har ferdigheter, kunnskaper og holdninger til å gjennomføre dette.

Ved utskrivelse eller overføring av pasient med PICC-line kateter, må utskrivende avdeling forsikre seg om at mottakende enhet (sykehus, sykehjem eller hjemmesykepleie) er i stand til å foreta forsvarlig stell og håndtering av kateteret. Skjema «Utlån av behandlingshjelpemidler» fylles ut i Dips av lege og sendes til arbeidsgruppe BHM SSHF Behandlingshjelpemidler.

PICC-line innlegges av spesialutdannet personale og registreres i anestesikurve, journalnotat, og ved SSK på eget registreringsskjema.

Definisjon

PICC-line kateter (Peripherally Inserted Central Catheter) er et tynt sentralt venekateter som legges inn via en perifer vene på armen, og med spissen liggende i nedre del av vena cava superior/ høyre atrie.

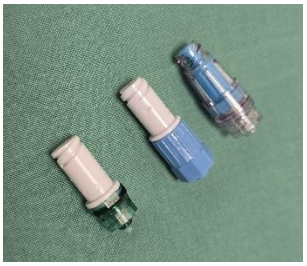
Bruksområde

• PICC-line kan brukes til intravenøs behandling og i enkelte tilfeller blodprøvetaking. Kateteret har lang liggetid, men anestesiavdelingen bør kontaktes for vurdering hvis det har ligget 12 mnd.
• PICC-line kateter leveres fra ulike produsenter. Dette medfører ulike egenskaper i forhold til lukkemekanisme, hvilket trykk de tåler og infusjonshastighet. Gjør deg kjent med egenskapene til kateteret som blir brukt ved ditt arbeidssted.

Henvisningsrutine

Pasienten henvises av behandlende lege til anestesiavdelingen med indikasjon for innleggelse og varighet.

Bruk av PICC line kateter

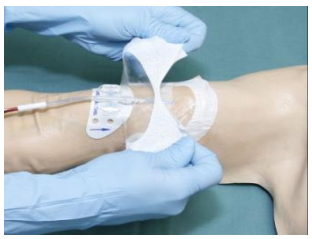
Generelt 	• Bruk **aldri** mindre enn 10 ml sprøyter **Unntak**: Det kan unntaksvis brukes mindre sprøyter når det skal gis medikamenter i kateteret, dersom det ikke er motstand. • Bruk alltid **pulserende skylleteknikk.** • PICC-line skal alltid være tilkoblet nålefri nøytral/positiv ventil. Dette for å opprettholde positivt trykk og forhindre backflow av blod i kateteret. Dersom nålefri ventil ikke er tilgjengelig, kan denne evt erstattes av treveiskran sammen med positiv trykk-teknikk. Se forklaring i prosedyre under «annet».
Fremgangsmåte før bruk 	• Utfør håndhygiene og jobb aseptisk • Det er anbefalt å bruke desinfeksjonshetter til nåleløse ventiler. Evt må overtrykksventil desinfiseres med Klorhexidinsprit 5mg/ml i 15 sekunder og lufttørkes før bruk. • Bruk minimum 10 ml prefylt NaCl sprøyte • Sett først inn ca 4 ml NaCl i kateteret for å sjekke at kateteret er åpent og lar seg lett skylle. • Dersom kateteret skal brukes til infusjon av klare væsker, TPN, Penicillin, Kloksacillin, Metronidazol, Piperacillin/Tazobaktam og Ampicillin trenger en ikke aspirere blod før bruk. • Ved annen bruk enn ovennevnte: Aspirer til du ser blod i kateteret. Ikke aspirer blod helt ut i overtrykksventil. I så tilfelle: Skyll inn, skift til ny ventil, skyll inn NaCl med ny sprøyte) • Skyll inn resten av NaCl i kateteret, med pulserende teknikk. Dersom problem med aspirering: Skyll inn NaCl og se punkt under problemløsning
Fremgangsmåte etter bruk	• Utfør håndhygiene og jobb aseptisk Kateteret skylles etter bruk: Ved blodtransfusjon og TPN: ➢ Skyll med minst 40 ml Nacl 9mg/ml. Ved bruk av andre i.v væsker: ➢ Skyll med minst 20 ml NaCl 9 mg/ml. Bruk ***pulserende teknikk*** ved skylling. Skyll kateter før og etter at det er gitt medikamenter Dersom overtrykksventil har slangeklemme, stenges denne **etter** at sprøyten er fjernet fra koblingen. Sett på ny desinfeksjonshette.
Skifte av nålefri ventil	Utføres: • Etter blodtransfusjon, blodprøvetaking og TPN • En gang pr uke • Ved forurensing

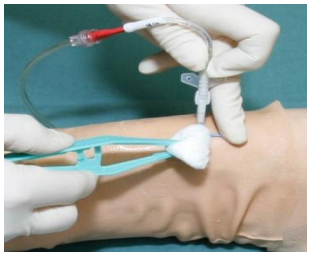
Fremgangsmåte ved blodprøvetaking 	• Pasienten identifiseres. Navn og fødselsnummer på prøveetiketter sjekkes mot pasientens ID-bånd • Utfør håndhygiene • Bruk sterile hansker når nålefri ventil fjernes og blodprøver tas direkte fra kateter-ende. Desinfiser med Klorhexidinsprit 5mg/ml før frakobling. • Bruk kasteglass eller sprøyte til å aspirere minst 4 ml først som kastes • Aspirer deretter ønsket blodvolum i vakumglass (kan ta tid) • Prøverørene blandes (ikke ristes) umiddelbart etter de er fylt • Prøverørene merkes med pasientens navn og fødselsnummer. Prøverør til blodtypeserologi må signeres av prøvetaker. • Desinfiser kateterende med Klorhexidinsprit 5 mg/ml • Skift nålefri ventil • Skyll godt med minimum 40 ml NaCl 9mg/ml. Bruk pulserende teknikk. Sett på ny desinfeksjonshette. Når det bestilles blodprøve i DIPS, husk å skrive i merknadsfeltet at det skal tas fra PICC-line kateteret. NB! Blodprøver forkorter levetiden på kateteret!

Stell av PICC-line kateter

Utføres når	• Dagen etter innleggelse, dersom det er blod eller en kompress under bandasjen • Videre en gang pr. uke • Dersom bandasjen blir kontaminert, løsner av blodsøl, dusjvann el
Utstyr 	• Klorhexidinsprit 5mg/ml • Skiftesett • Sterile hansker • Munnbind • Statlock® evt annen fikseringsbandasje • Gjennomsiktig semipermeabelt plaster/tegaderm • Nålefri ventil, (evt treveis kran) • 10 ml sprøyter, minst 2 stk. • NaCl 9 mg/ml, prefylte sprøyter er anbefalt! • Evt målebånd, dersom ikke mål kan avleses på kateter • Desinfeksjonshette • Ny beskyttelsesstrømpe • Kompress, eks 10x10 cm

Fremgangsmåte ved kateterstell





- Vurder behov for assistanse av kollega
- Aseptisk prosedyre
- Mål kateterets eksterne lengde og noter lengde av den synlige blå/lilla delen av kateteret
- Løsne transparente semipermeable plaster nedenfra og opp. Dette reduserer risiko for å dra ut kateteret.
- Inspiser stikkstedet, dokumenter evt infeksjonstegn
- Bruk sterile hansker
- Vask huden ved innstikkstedet og området rundt med Klorhexidinsprit 5mg/ml
- Vask også kateteret
- Fikser kateteret med å holde en steril finger på kateteret
- Åpne Statlock låsen
- Løft kateteret ut av Statlock plasteret. Statlock plasteret løsnes og fjernes med Klorhexidinsprit 5mg/ml
- Desinfiser området der Statlock og tegaderm har sittet og la det lufttørke, (gjenværende alkohol vil løse opp limet på det nye plasteret)
- Fest kateteret i nytt Statlock plaster før det festes på huden
- Stryk på hudbeskyttende middel (ligger sammen med Statlock plasteret), der det nye Statlock plasteret skal festes mot huden
- Fjern beskyttelsespapiret på plasteret og fest det på huden, en side om gangen
- Dekk innstikkstedet og Statlock plasteret med transparent semipermeabelt plaster
- Desinfiser enden på kateter. Skift overtrykksventil. Sett på ny desinfeksjonshette. Pakk inn i ny kompress og beskyttelsesstrømpe
- Evt kobling mellom nålefri ventil og kateter pakkes i kompress

Kontroll av kateterposisjon

- Kontroller kateterlengden før og etter skifting på PICC-line kateteret, skriv dato og kateterets lengde på plasteret og dokumenter skriftlig i journal (den synlig blå/lilla delen av kateteret)

  Skyv aldri kateteret inn dersom det forskyver seg. Ved endringer på kateterlengde > 2 cm, kontakt ansvarlig lege/Aksess team og vurder rtg thorax kontroll

Seponering	• Utføres av sykepleier • Utfør håndhygiene • Fjern bandasje • Dra ut kateter, påse at det er helt • Komprimer med steril kompress til det slutter å blø • Sett på bandasje

Annet

Problemløsning	**Ved mistanke om infeksjon:** ➢ Kontakt behandlende lege **Ved spørsmål om/symptomer på DVT:** ➢ Kontakt behandlende lege **Kan ikke aspirere blod:** ➢ Skyll inn 10-20 ml NaCl. ➢ Dersom det er vanskelig å skylle inn eller kateter skal brukes til adm. av cytostatika, kontakt ressursperson. Ved SSK: Aksess team 3700 **Tett/delvis tett kateter:** Skyll med NaCl i 10 ml sprøyte ➢ Dersom ingen effekt, fjern nålefri ventil og skyll bestemt direkte på kateter-ende Ved manglende effekt ➢ Kontakt ressursperson. Ved SSK: Aksess team 3700 **Forskyvning av kateter:** Dersom kateter er forskjøvet mer enn 2 cm fra innleggelsestidspunkt ➢ Kontakt ansvarlig lege som vurderer å ta nytt rtg thorax for å sjekke kateterleie. (Katetertupp skal ligge dypt i vena cava superior/høyre atriet for å redusere faren for trombedannelse.) **Ved spørsmål om praktisk bruk og stell av kateteret:** **Pasienter inneliggende SSK:** ➢ Kontakt med. avdeling 1E (Infeksjonsposten tlf 3310/3312) ➢ Ved ytterligere spørsmål ang. PICC-line: Kontakt Aksess teamet tlf 3700 eller anestesikoordinator 3651 **Pasienter utskrevet fra SSK:** ➢ Kontakt SSK via 38073312 (infeksjonsposten) eller Aksess teamet tlf 38073700 **Pasienter inneliggende SSA:** Kontakt anestesisykepleier tlf 5748 **Pasienter utskrevet fra SSA:** ➢ Kontakt SSA via • Med. Dagbehandling tlf.37075239(dagtid, man. – fred.) • Pasienthotellet tlf. 37014126(kveld, natt og helg) **Pasienter tilhørende SSF:** ➢ Kontakt vakthavende anestesisykepleier på internnummer 7390

Forklaring	**Pulserende teknikk:** Utføres ved å injisere skyllevæske ca 2-4 ml støtvis. Dette gir turbulens og forebygger dannelse av belegg i lumen. **Positivt trykkteknikk/overtrykksteknikk:** Utføres ved langsom injisering av siste 2-4 ml samtidig som treveiskranen stenges. Slik forebygges tilbakestrøm av blod inn i kateterlumen. (Ved bruk av treveiskran).
Dersom bruk av treveis kran	SKIFTE av treveiskran utføres: • Etter blodtransfusjon, blodprøvetaking og TPN • Hver tredje dag • Ved forurensing

KRYSSREFERANSER:

I.1.8.2-2 Håndhygiene
I.1.8.2-5 Munnbind og øyebeskyttelse
I.1.8.6-5 Intravaskulære infeksjoner, forebygging
I.1.3.9-2 SVK – Stell, til- og frakobling voksne pasienter - SSHF

REFERANSER:

1. Camp-Sorrell D. Access device guidelines: recommendations for nursing practice and education. Pittsburgh , PA.: Oncology Nursing Society; 2011. VII, 170 s. : ill. p.
2. Hill J, Broadhurst D, Miller K, Cook C, Dumanski J, Friesen N, et al. Occlusion Management Guideline for Central Venous Access Devices (CVADs). Vascular access : Journal of the Canadian Vascular Access Association [Internet]. 2013; Vol. 7, Suppl. 1:[35 s.]. Tilgang via: http://www.cvaa.info/LinkClick.aspx?fileticket=dQGhL4va0Vc%3D&tabid=229.
3. Hæg A-K, Flaatten KH, Hvingevold SM, Færgestad T, Sporsem H, Helset E, et al. Sentralt venekateter (SVK) – Stell og bruk av tunnelert og ikke-tunnelert kateter hos voksne. Fagprosedyrer [Internet]. 2010; (26.11.2010):[10 s.]. Tilgang via: http://www.helsebiblioteket.no/microsite/fagprosedyrer/fagprosedyrer/svk-cvk-sentralt-venekateter-stell-og-bruk-av-tunnelert-og-ikke-tunnelert-kateter-hos-voksne.
4. Skogestad IJ, Bjørkhaug MH, Askjer T, Halvorsen JM, Langfoss L, Martinsen L, et al. Sentralt venekateter (SVK) – Blodprøvetaking fra sentralt venekateter. Fagprosedyrer [Internet]. 2012; (11. 12. 2012):[3 s.]. Tilgang via: http://www.helsebiblioteket.no/microsite/fagprosedyrer/fagprosedyrer/sentralt-venekateter-svk-blodpr%C3%B8vetaking-fra-sentralt-venekateter.
5. Queensland Government. Centre for Healthcare Related Infection Surveillance and Prevention & Tuberculosis Control. Peripherally Inserted Central Venous Catheter (PICC). Guideline [Internet]. 2013; (Version 2 - March 2013):[17 s.]. Tilgang via: http://www.health.qld.gov.au/qhpolicy/docs/gdl/qh-gdl-321-6-1.pdf
6. Walsh K, Caple C. Peripherally Inserted Central Catheter (PICC) Care: Performing - an Overview. CINAHL Nursing Guide Nursing Practice and Skill [Internet]. 2014; (April 4):[7 s.].Tilgang via: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=T703841&site=nrc-live.