

Verksamhet

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Hälso- och sjukvårdsförvaltning gemensamt, Område forskning och utbildning, Område habilitering och hjälpmedel, Område medicin och rehabilitering, Område närsjukvård norr, Område närsjukvård söder, Område närsjukvård väster, Område närsjukvård Örebro, Område opererande och onkologi, Område psykiatri, Område thorax kärl och diagnostik, Område specialiserad vård, Geriatriska kliniken Universitetssjukhuset Örebro, Akutkliniken Universitetssjukhuset Örebro, VO ambulanssjukvård Region Örebro län, Område nära vård, VO neurokirurgi Universitetssjukhuset Örebro, VO urologi Universitetssjukhuset Örebro

Slutgranskare

Pernilla Sundqvist

Diariernr

Dokumentkategori
Rutiner

Fastställare

Pernilla Sundqvist

Giltigt datum fr o m

2023-03-23

Vårdrutin gällande steril kateterisering av urinblåsan, vuxna

Författat av: Annika Hickisch, utbildare KTC Lindesberg; Lisa Persson, utbildare KTC Karlskoga; Lovisa Strålöga, uroterapeut, USÖ; Ann-Sofi Mattson, hygiensjuksköterska, USÖ.

Granskat av: Helena Walfridsson, urolog, överläkare, Patientsäkerhetsenheten, Region Örebro län

Beslutat av: Inger Nordin-Olsson, chefsläkare, Patientsäkerhetsenheten, Region Örebro län

Inledning och syfte

Detta är en vådrutin som stödjer sig på Vårdhandboken (VHB) och gäller inom Region Örebro län. Dokumentet skall ses som en instruktion och är en förenklad och avsedd att användas som arbetsredskap för ökad patientsäkerhet.

För fördjupad kunskap samt instruktion gällande hematuri-dropp (spoldropp), urinodling, suprapubisk kateter och komplikationer av urinkateter hänvisas till VHB.

Omfattning

Gäller berörda enheter inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen inom Region Örebro län.

Ansvar

Läkare har det medicinska ansvaret för kateterbehandling och ansvarar för ordination av urinkateter. **Sjuksköterska** har ansvar för att nödvändiga kontroller, åtgärder och uppföljningar genomförs, även om annan yrkeskategori sätter katetern.

Kompetens

Intermittent katetrisering eller insättning av kvarliggande urinkateter skall utföras av personal med formell/reell kompetens eller personal utsedd av verksamhetschefen att utföra uppgiften. För sättning av specialkatetrar, exempelvis Tiemann, krävs formell kompetens eller delegering.

Om personal utan formell kompetens utför katetreringen skall lokalanestetika överlämnas av personal med formell kompetens. Den lokalanestetika som används vid katetersättning skall finnas med som ordination på enhetens lista för Generella ordinationer.

Beskrivning

Indikationer och kontraindikationer

För indikationer och kontraindikationer hänvisas till VHB.

Kvarliggande urinkateter är den dominerande orsaken till vårdrelaterad urinvägsinfektion.
Överväg alltid intermittent kateterisering.

Katetermaterial

För information om grovlek, längd och spets hänvisas till VHB.

I denna vårdrutinen rekommenderas Ch 14 för ett optimalt flöde då ytterlumen inte har någon större påverkan på uretra jämfört med Ch 12. Katetrar grövre än 14 Ch används endast vid speciella indikationer.

Dokumentation

Ansvarig läkare ska dokumentera indikation och beräknad behandlingstid samt kontinuerligt ompröva kateterbehandlingen. I patientens journal ska även dokumenteras:

- ordinerande läkare
- typ av kateter och storlek
- batchnummer
- mängd och typ av vätska i kateterballongen
- uppgifter om insättningen och borttagande
- uppgifter om urinpåse, kateterventil och fixering
- patientens egna iakttagelser och upplevelser av behandlingen

När patienten byter vårdform ska information om kateterbehandlingen rapporteras till den mottagande vårdgivaren.

Patientinformation

Hänvisas till VHB och 1177 Vårdguiden. **Patientinformation** finns även att hämta:

- <http://kateterfakta.nu/>
- <http://nikola.nu/kvalitetsprogram/vuxen-blasa/atgarda-vuxen-blasa>
- <http://intra.orebroll.se/globalassets/service-och-stod/information-och-kommunikation/patientinformation/halso--och-sjukvard/urologiska-kliniken/broschyror/kvarvarande-urinkateter.pdf>

Steril kateterisering

- **Basala hygienrutiner** skall tillämpas vid all hantering inom området och vid införande av urinkateter används **steril metod**.
- Kontrollera om patienten är **överkänslig mot latex** (kateter, handskar) samt mot den **lokanestesi** som används.

Material för uppdukning

- **Sterilförpackad** kateter, enligt ordination
- Rena handskar och skyddsförkläde
- Hygienunderlägg
- Intimtvål och tvättlappar
- Färdigförpackat kateteriseringsset alternativt följande:
kompresser, dukar, sterila handskar, rondskål.
- Bedövningsgel med klorhexidin (om inte odling skall tas).
10 gram för kvinna och minst 20 gram för man.
- Eventuellt penisklämma
- En 10 ml injektionsspruta för att tömma kateterballongen vid byte.
- En 10 ml injektionsspruta samt sterilt vatten för att fylla kateterballongen,
eller glycerinmix om silikonkateter används.
- Kateterventil eller urinuppsamlingspåse.
- Fixeringsmaterial (exempelvis Flexi-trak eller PVK-förband)

Kateterisering av kvinna

1. Placera hygienunderlägg under patienten.
2. Tvätta rent underlivet med intimtval och ljummet vatten. För patient som genomgått dusch, tvätta vid behov med sterilt vatten eller NaCl.
3. Desinfektera händerna och tag på **sterila handskar**.
4. Placera sterila dukar runt patientens underliv.
5. Håll isär blygdläpparna med hjälp av kompresser.
6. Applicera en sträng bedövningsgel med klorhexidin (**utan** klorhexidin om odling ska tas) från klitoris och bakåt mot slidans framvägg. Det brukar medföra att urinrörsmynningen synliggörs.
7. Placera sedan tuben med ett lätt tryck mot mynningen och spruta långsamt in resterande gel. Använd 10 gram (ml) gel. Sätt en kompress för att motverka att gelen rinner ut. Det tar **5 minuter** för bedövningen att verka. Om en hydrofil kateter används (vid intermittent kateterisering) behövs inte bedövningsgel.
8. För in katetern med god marginal (en kvinnas urinrör är cirka 5 cm). Forcera inte om det tar emot.
9. När urin börjar rinna förs katetern in ytterligare ett par centimeter.

Vid kvarliggande kateter:

10. Kontrollera att urin rinner ur katetern. Om det inte kommer urin kan katetern vara täppt av gel eller vara vikt i urinröret. Be patienten hosta eller tryck försiktigt över blåsan. I sista hand spruta in 10-20 ml steril natriumklorid, det ska gå lätt att spruta in vätskan och retur ska uppnås utan aspiration.
11. Observera så att katetern inte glidit ut innan kateterballongen fylls. Fyll kateterballongen med mängd och typ av vätska enligt tillverkarens rekommendation. Observera patienten, det ska inte göra ont.
12. Katetern ska kunna dras ut en bit efter att ballongen fyllts för att säkerställa att den inte fyllts i urinröret. För sedan in katetern en liten bit igen så att den inte trycker mot den känsliga blåsbotten.
13. Koppla katetern till en urinuppsamlingspåse eller sätt på en kateterventil. Kateterklämma/propp skall ej användas.
14. Fäst katetern upp mot buken eller ljumsken i en mjuk båge med hjälp av fixeringsmaterial.

Vid intermittent kateterisering:

10. Låt urinen rinna ut i en rondsål eller urinpåse. Be eventuellt patienten att krysta eller tryck lätt på buken över urinblåsan. Dra sakta ut katetern för optimal blåstömning.

Kateterisering av man

1. Placera hygienunderlägg under patienten.
2. Tvätta rent underlivet med intimtvlå och ljummet vatten. Tvätta noggrant under förhuden. För patient som genomgått dusch, tvätta vid behov med sterilt vatten eller NaCl.
3. Desinfektera händerna och tag på **sterila** handskar.
4. Placera sterila dukar runt patientens underliv.
5. Dra tillbaka förhuden och lyft penis uppåt 90° **med kompresser**, så att urinröret rätas ut.
6. Börja med att droppa lite bedövningsgel med klorhexidin (**utan** klorhexidin om odling ska tas) på urinrörsmynningen. Placera sedan tuben med ett lätt tryck mot mynningen och spruta långsamt in 10 gram (ml) gel. Håll ett tryck över urinröret på yttre delen av penis med kompresser så att gelen inte rinner ut. Efter en minut ska resterande 10 gram (ml) gel sprutas in så att hela urinröret fylls. Kläm åter urinröret alternativt använd en penisklämma. Det tar **5 minuter** för bedövningen att verka. Om en hydrofil kateter används (vid intermittent kateterisering) behövs inte bedövningsgel.
7. Lyft penis 90°, för in katetern till dess delningsställe (urinrör är cirka 25 cm). Forcera inte om det tar emot, gela mer och börja om med insättningen med ny kateter.
8. Släpp katetern en kort stund och kontrollera att den inte fjädrar tillbaka. Håll sedan katetern på plats med en hand så att den inte glider ut om patienten exempelvis hostar.

Vid kvarliggande kateter:

9. Kontrollera att urin rinner ur katetern. Om det inte kommer urin an katetern vara täppt av gel eller vara vikt i urinröret. Be patienten hosta eller tryck försiktigt över blåsan. I sista hand spruta in 10-20 ml steril natriumklorid, det ska gå lätt att spruta in vätskan och retur ska uppnås utan aspiration.
10. Observera så att katetern inte glidit ut innan kateterballongen fylls. Fyll kateterballongen med mängd och typ av vätska enligt tillverkarens rekommendation. Observera patienten, det ska inte göra ont.
11. Katetern ska kunna dras ut en bit efter att ballongen fyllts för att säkerställa att den inte fyllts i urinröret. För sedan in katetern en liten bit igen så att den inte trycker mot den känsliga blåsbotten.
12. För fram förhuden över ollonet igen, för att undvika parafimosis.
13. Koppla katetern till en urinuppsamlingspåse eller sätt på en kateterventil. Kateterklämma/propp skall inte användas.
14. Fäst katetern upp mot buken i en mjuk båge med hjälp av fixeringsmaterial.

Vid intermittent kateterisering:

9. Låt urinen rinna ut i en rondskål eller urinpåse. Be eventuellt patienten att krysta eller tryck lätt på buken över urinblåsan. Dra sakta ut katetern för optimal blåstömning.

Borttagande av kateter**Slutenvård**

- Ta bort katetern snarast efter beslut om att behandlingen ska avslutas.
- Det är nödvändigt att följa blåstömning med hjälp av residualurin-kontroller. Var god se *Vårdrutin med dokumentation, blåsovervakning vid SJUKHUSVÅRD (vuxna)*.
- Katetertid längre än ett dygn efter operation bör undvikas.
- Mobiliserad smärtfri patient kan i regel bli av med katetern operationsdagens eftermiddag.

Öppenvård

För patienter inom *öppenvården (primärvården)* dras urinkateter på morgonen och patienten uppmanas att dricka rikligt med vätska under förmiddagen. Efter cirka 4 timmar genomförs blåscanning för att identifiera eventuell residualurin efter miktions.

- Om residualurin < 200 ml och patienten är besvärsfri behövs ingen ytterligare kontroll.
- Om däremot residualurin > 200 ml, skall ny kontroll av blåsfunktionen ske på samma sätt igen efter ytterligare 2 timmar.
- Om fortsatt residualurin > 200 ml kontaktas läkare för bedömning av eventuell åtgärd.

Material

- Hygienunderlägg
- Rondskål, ren
- Injektionsspruta, 10 ml
- Eventuellt ett litet inkontinensskydd

Tillvägagångssätt

1. Placera hygienunderlägget under patienten eller som skydd för kläderna.
2. Ställ rondskålen på hygienunderlägget.
3. Töm kateterballongen på sitt innehåll med injektionsspruta (se mängd angiven i journal).
4. Dra varsamt ut katetern samtidigt som patienten långsamt andas ut vilket minskar spänningen i bäckenregionen.
5. Inspektera katetern och dokumentera.

Referenser

Vårdhandboken. Hämtad 2019-04-20

<https://www.vardhandboken.se/katetrar-sonder-och-dran/kateterisering-av-urinblasa/>

Joelsson-Alm, E. (2012). Bladder distension: Aspects of a healthcare related injury (avhandling, Karolinska Institutet).

Sökord: Urinkateterisering, KAD, urinkateter, tappning, urintappning, kateterisering, RIK, intermittent, kvarliggande kateter, kateter,