



Kateterisering av urinblåsan (kvinna), med sterilt material

En urinkateter sätts när en person inte kan tömma urinblåsan. En tunn mjuk slang förs då in i urinblåsan och tömmer den på urin. Det finns urinkatetrar i olika längd storlek och material utifrån användningsområde. Valet av längd beror på om det är en man eller en kvinna som skall ha katetern. En mans urinrör är ca 20-25 cm långt och en kvinnas ca 5 cm. Det finns katetrar avsedda för att sitta kvar i blåsan så kallade kateter á demure (KAD). Andra katetrar är utformade för att endast tömma blåsan och därefter tas bort, så kallade tappningskatetrar.

Kateterbehandlingen ska ordineras av läkare med angiven indikation samt planerad behandlingstid alternativt tidpunkt för omprovning. Det är också läkaren som ordinerar vilken typ av kateter som ska sättas. Det är sjuksköterskan som ansvarar för utförandet av kateteriseringen, observationer, uppföljning och omvårdnad. Läkare och sjuksköterska har formell kompetens att utföra kateterbehandling men kan delegera uppgiften till annan personal efter säkerställande av att personen har kompetens för uppgiften.

Förberedelser

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

Informera om:

- ✓ syftet med behandlingen
- ✓ tillvägagångssätt samt att urinröret kommer att bedövas
- ✓ förväntad behandlingstid

Fråga patienten om överkänslighet mot latex eller lidokain om så är fallet måste annan bedövning eller kateter användas. Besvara patientens frågor innan kateteriseringen påbörjas.

Basala hygienrutiner

För att minimera risken för patienten att drabbas av en urinvägsinfektion i samband med kateterbehandlingen ska patientens underliv tvättas noggrant före.

- 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. För utförlig instruktion om detta kan du titta på filmen ”Handdesinfektion”

Genomförande

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

- sterilt kateteriseringsset
- steril natriumklorid lösning för att tvätta bort eventuell synliga partiklar som hårstrån eller ludd
- bedövningsgel lidocain (Xylocain)
- en urinkateter utifrån läkarordinationen
- 10 ml spruta
- sterilt vatten alternativt glycerinmix till att fylla ballongen
- urinuppsamlingspåse
- plastförkläde
- Spolspruta och steril natriumkloridlösning för eventuell spoling av katetern

Förbered materialet inne hos patienten:

- Dra upp den vätska du skall fylla kateterballongen med enligt tillverkarens anvisningar. Lägg tillbaka den fyllda sprutan i förpackningen utan att vidröra konen. Lägg den fyllda sprutan i sin förpackning på en osteril yta (t.ex. på vagnens nedre hylla).
- Öppna katetersetets ytterförpackning och släng direkt i soppåsen.
- Öppna försiktigt katetersetets innerförpackning genom att endast vidröra de yttersta kanterna.
- Ta upp natriumkloriden och håll den i skålen med rundtorkar i så alla rundtorkar fuktas.
- Öppna förpackningen med bedövningsgel utan att vidröra tuben. Släpp försiktigt ner tuben på den sterila ytan. Tänk på att inte vidröra den sterila ytan med den osterila ytterförpackningen.
- Ta fram den ordinerade katetern. Öppna ytterförpackningen och lägg försiktigt ner katetern inom den sterila ytan. Tänk på att inte vidröra den sterila ytan med den osterila ytterförpackningen.

Försäkra dig om att det är rätt patient.

Se till att patientens integritet bevaras genom att dra för draperi eller på annat sätt skärma av mot insyn. Förbered patienten genom att ta av täcke och underkläder och lägg ett underlägg under patienten. Be patienten ligga på rygg med uppdragna böjda särade ben och om möjligt försöka vinkla ut knäna. Om det inte fungerar för patienten kan sidoläge vara att föredra. I de fall då patienten inte kan medverka vid inläggningen bör en kollega bistå vid kateterinsättningen. Stå på patientens högra sida om du är högerhänt och tvärtom ifall du är vänsterhänt.

- Desinficera dina händer

- Sätt på dig ett plastförkläde
- Ta på de sterila handskarna. För utförlig instruktion om detta kan du titta på filmen ”Påtagning av sterila handskar”. Tänk nu på att du nu INTE kan vidröra hud eller annan osteril yta med dina handskbeklädda händer.
- Ta fram den slitsade sterila duken och placera den med slitsen uppåt på patientens lår. Ta därefter den andra duken och placera den på patientens buk så att det bildas en heltäckande steril yta.
- Förbered nu katetern genom att öppna och avlägsna innerförpackningen, se till att lägga katetern inom den sterila ytan

Bedövning:

- Iordningställ bedövningstuben så den är klar att användas.
- Ta två sterila kompresser och håll isär blygdläpparna med din vänstra hand, om du är högerhänt och med din högra hand om du är vänsterhänt.
- Tänk på att den hand som du håller isär med inte längre är steril!
- Om det finns *synliga* partiklar, såsom hårstrån eller ludd, kvar runt urinrörsmynningen använder du de befuktade rundtorkarna och en av pincetterna till att tvätta bort detta. Släng därefter de använda torkarna och den använda pincetten.
- Ta bedövningsmedlet och börja med att bedöva runt urinrörsmynningen.
- Placera tuben mot urinrörsmynningen och spruta därefter in resten av bedövningsgelen. Det innebär totalt 10 gram.
- Sätt en kompress och håll ett lätt tryck för urinrörsmynningen för att motverka att gelen rinner ut under de 3 till 5 minuter det tar tills bedövningen har uppnått full effekt.

Insättning:

- Placera rondskålen på den nedre sterila duken.
- Håll isär blygdläpparna med kompresserna och ta katetern med pincetten, alternativt så använder du din högerhand som fortfarande är steril. För in katetern med god marginal för att säkerställa att katetern nått urinblåsan. Minst 15-20 cm
- Observera patienten och forcera aldrig införandet av katetern.
- När katetern är införd, släpp katetern en kort stund för att kontrollera att den inte fjädrar tillbaka, detta för att säkerställa att katetern inte hakat upp sig i urinröret. Håll därefter katetern på plats i gen så den inte glider ut om patienten till exempel hostar.
- Kontrollera att det rinner urin ur katetern, om det inte gör det kan du be patienten hosta, trycka lätt över patientens urinblåsa eller spola in 10-20 ml steril natriumklorid.
- Fyll kateterballongen med den mängd och typ av vätska som tillverkaren av katetern rekommenderar vilket vanligtvis är 10 ml sterilt vatten. Tänk på att hålla sprutkolven intryckt tills sprutan avlägsnats annars riskerar du att få ett backflöde tillbaka in i sprutan.
- Observera patienten under tiden du fyller kateterballongen, det skall inte kännas något obehag för patienten då ballongen fylls.

- Dra nu försiktigt ut katetern tills ett lätt motstånd känns, detta är ett tecken på att kateterballongen är fylld och har nått nedre delen av blåsan.
- För tillbaka katetern en liten bit in i blåsan igen så den inte ligger och trycker mot blåsbotten.
- Koppla katetern till lämplig uppsamlingspåse eller använd en kateterventil. Om uppsamlingspåse används skall den fixeras utifrån patientens behov, dock ej över urinblåsans höjd.
- Ta av skyddshandskarna och desinficera dina händer

Sammanfattning

- Patienten ska få individanpassad information och möjlighet att ställa frågor.
- Patientens integritet ska bevaras under ingreppet.
- Basala hygienrutiner ska tillämpas.
- Aseptisk teknik ska tillämpas vilket innebär att kateterns sterilitet ska bevaras vid införandet till urinblåsan.
- Urinrörets slemhinna ska skyddas mot friktion.
- Korrekt bedövningsteknik ska tillämpas.
- Det ska säkerställas att kateterballongen är placerad inne i urinblåsan innan den fylls.
- Slutet system, tömbar urinuppsamlingspåse eller kateterventil bör användas.

Journalföring

I patientens journal skall sjuksköterskan dokumentera:

- ✓ indikation
- ✓ beräknad behandlingstid
- ✓ dag och tid för insättning
- ✓ typ av kateter och storlek,
- ✓ vätska och mängd som kateterballongen fyllts med
- ✓ bedövning och mängd
- ✓ eventuella svårigheter
- ✓ patientens egna upplevelser

Sjuksköterskans ansvar

Efter en katetersättning är det sjuksköterskans ansvar att patienten får adekvat och individanpassad information. Besvara patientens frågor efter kateteriseringen. Belys också frågeställningar kring sex och samlevnad om kateterbehandlingen ska kvarstå under en längre tid.

Informera om:

- ✓ förväntad behandlingstid
- ✓ hur katetern sitter kvar i blåsan
- ✓ vikten av god handhygien vid hantering av katetern
- ✓ vikten av god underlivshygien
- ✓ fixering av urinuppsamlingspåse, både på dagen och på natten
- ✓ tömning och byte av urinuppsamlingspåse och ev. användning av kateterventil

- ✓ betydelsen av att dricka tillräckligt
- ✓ tecken på komplikationer, såsom blödning, infektion och när och var hjälp bör sökas.

I sjuksköterskan ansvar ingår också att observera hur kateterbehandlingen fungerar samt förebygga och identifiera tecken på komplikationer. Detta innebär att sjuksköterskan:

- ✓ regelbundet omprövar behovet av kateterbehandlingen
- ✓ informerar sig om patienten har smärta, täta trängningar, feber eller andra tecken på komplikationer
- ✓ observerar om katetern läcker
- ✓ observerar urinens mängd, utseende och lukt

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

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

Dokumentet reviderat 220517