

Dokumenttyp Vårdrutin	Ansvarig verksamhet Kirurgi Arvika och Karlstad	Version 5	Antal sidor 17
Dokumentägare Katrín Edlund Sjuksköterska	Fastställare Per Swanholm Bitr. sektionschef	Giltig fr.o.m. 2020-04-27	Giltig t.o.m. 2022-04-27

Kateterbehandling

Gäller för: Hälso- och sjukvård

Innehållsförteckning

Ansvarsförhållanden.....	3
Verksamhetschef.....	3
Avdelningsläkare/patientansvarig läkare	3
Avdelningschef	3
Sjuksköterska.....	3
Undersköterska	3
Utan delegat, se lokalt delegeringsunderlag	3
Indikation/kontraindikation	4
Indikationer:	4
Kontraindikationer:	4
Kateterintervall	4
Material	4
Kateterisering, kvarkateter.....	5
Renhetsgrad vid kateterisering	5
Information till patienten/och eller anhörig	5
Material:	6
Förberedelse.....	6
Manlig patient/pojkar	6
Kvinnlig patient/flickor	6
Avslutning.....	8
Teknik på patienter med nedsatt immunförsvar och som har eller ska genomgå operativt ingrepp i urinvägarna.	8
Material:	8
Förberedelse.....	8
Manlig patient/pojkar	8
Kvinnlig patient/flickor	9
Avslutning man/pojke, kvinna/flicka	9
Dokumentation	10
Urinuppsamlingspåsar	10
Hantering.....	10
Tömning av urinuppsamlingspåsar.....	10

Problem med kateterisering.....	11
Män	11
Kvinnor	11
Avvikelser	12
Blåstråning/ Intermittent tömning.....	12
Blåssköljning.....	12
Komplikationer	13
Lukt.....	13
Irritation i urethra.....	13
Smärta	13
Ökad sekretbildning	13
Grumlig urin.....	13
Hematuri	14
Urinträngningar +/- läckage	14
Stopp i katetern.....	14
Infektion	14
Striktur.....	15
Begränsningar.....	15
Kateterdragnig.....	16
Metod.....	16
Kontroll efter kateterdragnig	16
Kateterkuffen kan inte tömmas	16
Utskrivning av patient till hemmet eller annan vårdinrättning.....	16
Patientinformation.....	16
Dokumentation och överrapportering	17
Referenser	17

Ansvarsförhållanden

Kateterbehandling ska utföras av person med formell och reell kompetens. Delegering sker i enlighet med innehållet i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.

Verksamhetschef

Verksamhetschefen ansvarar för att den personal som ska utföra arbetsuppgiften har erforderlig kompetens och att det finns rutiner om katetersättning. För att all personal ska upprätthålla kompetens för katetersättning bör återkommande utbildning erbjudas.

Avdelningsläkare/patientansvarig läkare

Inläggning av urinkateter ska ordinerars av läkare. Ordinationen ska omfatta indikation, katetersort och storlek av katetern samt beräknad behandlingstid.

Avdelningschef

Ansvarar för att rutiner vid handhavande och insättning av kateter är kända och att rutinerna följs samt att sjuksköterskan/undersköterskan ges möjlighet till regelbunden utbildning.

Sjuksköterska

Sjuksköterskan ansvarar för katetersättning, att lämpliga tillbehör används samt att nödvändiga kontroller, åtgärder och uppföljningar genomförs. Vidare ansvarar sjuksköterskan för dokumentation i patientjournal och kateterjournal.

Undersköterska

Med delegat, se lokalt delegeringsunderlag.

Ansvarar för katetersättning och att lämpliga tillbehör används och att nödvändiga kontroller, åtgärder och uppföljningar genomförs samt att dokumentera detta i patientjournal och kateterjournal.

Utan delegat, se lokalt delegeringsunderlag

Ansvarar för att nödvändiga kontroller, åtgärder och uppföljningar genomförs samt att dokumentera detta i patientjournal och kateterjournal.

Indikation/kontraindikation

Indikationer:

- akut urinretention (urinstämma)
- kronisk urinretention
- övervakning av timdiures
- vid längre operativa ingrepp.
- under läkning av sacralt/perinealt sår hos person med inkontinens
- immobiliserande tillstånd, t.ex. höftfraktur, ryggmärgstrauma
- neurogen blåsrubning med förlust av blåsfyllnadskänsla och/eller tömningsförmåga
- underlätta välbefinnande i livets slutskede
- svår urininkontinens där behandlingsförsök inte lyckats och då patientens livskvalitet förbättras med kateterbehandling
- blåsinstillation
- hematuri
- risk för reflux och njurskador

Kontraindikationer:

- konstaterat/risk för skadat urinrör

Kateterval

Urinkateter väljs i samråd med ordinerande läkare.

- Standardiserat färgsystem anger kateterns grovlek (omkrets i mm) som anges i Charrière (Ch).
- Längd (20 cm eller 40 cm) och grovlek ordineras efter patientens behov, Ch 12-16 standardgrovlek vuxna.
Barn: Grovleken beroende på barnets ålder och kroppsstorlek.
- Katetern bör vara så tunn som möjligt men tillräckligt grov för att ge god avrinning.
 - Ch 12 = vit lättflytande urin
 - Ch 14 = grön lättflytande urin
 - Ch 16 = orange grumlig urin, vid blod i urin utan koagler
 - Ch 18 = röd mycket grumlig urin, i samråd med läkare
 - Ch 20 = gul specialkateter
 - Ch 22 = vinröd specialkateter
 - Ch 24 = lila specialkateter
- Kateterkuff fylls med sterilt vatten eller förfylld spruta med glycerinmix.
- Kateterspets: Nelaton, rak kateterspets och den mest vanliga. Tiemann, böjd kateterspets. Personal med **god erfarenhet** och vana vid kateterisering med Tiemannspets.

Material

- Latex** *Barn:* Bör ej användas pga risk för allergiutveckling.
Upp till 12 veckors ligg tid (se tillverkarens anvisningar).
- Fördelar:** Har en mjuk elastisk och följsam egenskap.
- Nackdelar:** Vävnadsretande, därför behövs ytbeläggning av hydrogel eller silikonelastomer. Mindre innerlumen än silikonkateter. Obs inte för patienter med latexöverkänslighet.
- Silikon** *Barn:* Förstahandsval.
Upp till 12 veckor ligg tid (se tillverkarens anvisningar).
- Fördelar:** Vävnadsvänlig och stor innerlumen. Finns med eller utan hydrogelt skikt.

Nackdelar:	Hårdare och styvare än latexkateter. Kuffen är inte diffusionstät för sterilt vatten. Följ tillverkarens råd angående kuffvätska. Använd silikonkateter med hydrogelt skikt vid kronisk behandling.
Plast	PVC eller PVC fri. Något styvt material och inte lämplig för kvarliggande bruk. Används vid engångskateterisering och vid RIK (ren intermitterent kateterisering). Kateter med eller utan hydrofil beläggning.
Specialkateter:	Tempkateter av silikon med sensor i tippen för att mäta kroppstemperatur. Hematurikateter, latex, silikon eller plast (3-vägs för spoldropp) med stora hål för att kunna evakuera blodkoagler. Kateter av silikon eller latex med hydrogel och en legering av ädelmetall för att minska biofilm och bakteriuri med risk att utveckla urinvägsinfektion.
Hydrogelt skikt	Absorberar vätska från urinrörets slemhinna, ger en glatt yta och därmed låg friktionen i urethra. Bakterierna får svårare att fästa på katetern och därmed minskas risken för bakteriekolonisation.
Hydrofilt skikt	Suger upp vätska när katetern blötläggs, ger glatt yta och kapar därmed låg friktion mot urinrörets slemhinna vid kateteriseringen.

Kateterisering, kvarkateter

Basala hygienrutiner ska tillämpas.

Renhetsgrad vid kateterisering

Katetern behålls steril vid införandet vilket kan åstadkommas genom att använda steril handske, sterilt instrument eller genom att mata in katetern med hjälp av dess innerförpackning. Ett aseptiskt arbetssätt tillämpas, det vill säga att produktens renhetsgrad bevaras.

Tidigare termer "Ren rutin och Steril rutin" bör undvikas då de riskerar att förvirra hanteringen kring steril kateter och aseptiskt arbetssätt.

Information till patienten/och eller anhörig

Barn: Förberedelse för barn anpassas efter ålder och mognad.

Ta reda på om patienten har några frågor eller funderingar inför kateteriseringen. Följande bör diskuteras med patienten eller medföljande anhörig:

- anledningen till kateterbehandling
- gett sitt samtycke
- vad det innebär att ha en kvarkateter
- hur lång tid kateterbehandlingen beräknas pågå
- inläggningsförfarandet
- hur katetern sitter kvar i urinblåsan
- fixering och typ av urinuppsamlingssystem
- tömning och byte av urinuppsamlingspåse
- användning av kateterventil
- personlig underlivshygien:
 - Hos manlig patient innebär det extra noggrannhet under förhud.
 - Byte av underkläder dagligen.
- betydelsen av vätskeintag för att uppnå högre diures, förutsatt att inte vätskerestriktion föreligger

- vanliga komplikationer, när och var hjälp bör sökas
- lämna skriftlig information. Kan hämtas i NIKOLA (nätverk inkontinens kommun landsting).
- vilken vårdgivare som ansvarar för fortsatta kateterbyten och förskrivning av hjälpmedel.

Teknik vid kateteriseringen på icke immun nedsatt patient eller ska genomgå operationsingrepp i urinvägarna.

Material:

- undersökningshandskar, ev. sterila
- kompresser
- ordinerad kateter
- plastförkläde
- ev. steril pincett
- Xylocaingel 2 %, 10 ml kvinna och 20 ml man
- hudrengöring innehållande klorhexidin 4 %, till exempel Descutansvamp alternativt underlivshygien följt av klorhexidinlösning 0,5 mg/ml. Spruta 10 ml och sterilt vatten eller förfylld spruta med Glycerinmix 10 ml (till silikonkateter).
- kateterventil och/eller urinuppsamlingspåse
- fixeranordning

Förberedelse

1. Tänk på patientens integritet. Kontrollera att patienten har fått information och fått möjlighet att få eventuella frågor besvarade samt att patienten samtycker till behandlingen.
Obs! Kontrollera överkänslighet mot latex och lidocain.
2. Se till att det finns bra belysning.
3. Sprita händerna, ta på förkläde och duka upp materialet enligt ovan.

Manlig patient/pojkar

Barn: Antibiotikaprofylax, engångsdos, vid kateterbehandling mer än 3 dagar.

1. Förbered patienten med basal underlivshygien. För bort förhuden från glans, tvätta i cirkelrörelser från urethramynningen och utåt glans penis. Torka torrt. Om förhuden inte kan föras tillbaka spola då rent med NaCl 9 mg/ml. Eventuellt kan örönpinne användas försiktigt.
Barn: Tvätta med klorhexidinlösning 0,5 mg/ml som hålls över urinrörsmynningen. Därefter tvätt med NaCl (pga att det ofta tas urinodling i samband med kateteriseringen).
2. Ta av handskarna, spritdesinfektera händerna, byt förklädet vid behov och ta på rena handskar.
3. Börja med att lägga en droppe Xylocaingel 2 % på urinrörsmynningen. Bedövningsmedlet sprutas sedan i omgångar sakta in i urinröret. Vänta någon minut mellan omgångarna, minst 20 ml totalt. Bedövningsmedlet ska verka minst 5 min. Håll runt penis med hjälp av en kompress under tiden alternativt använd penisklämma för att motverka att gelen rinner ut.
Barn: Använd mindre mängd gel enligt ordination (3–10 ml). Om gel inte kan föras in i urinröret så läggs den på katetern. Det gäller oftast små barn.
4. Tänk på att hålla katetern steril till exempel genom att behålla den i påsen eller genom att använda steril handske. Håll i katetern med sterilklädd hand eller pincett. Håll penis utsträckt i 90 grader för att underlätta införandet av katetern. Be patienten andas lugnt. För försiktigt in, under utandning, katetern till delningsstället. Forcera inte om det tar emot. Släpp katetern en kort stund för att kontrollera så den inte fjädrar tillbaka. Om så är fallet kan misstänkas att den inte löpt hela vägen in i urinblåsan.
5. Kontrollera att urin kommer ur katetern. Vid avsaknad av urin, spola försiktigt med NaCl 9 mg/ml ca 20 ml. Kontrollera återflödet. För barn under 2 år: NaCl 9 mg/ml 5 ml, för barn över 2 år: 10 ml.

Kvinnlig patient/flickor

1. Utför basal underlivshygien. Tvätta framifrån och bakåt.

2. *Barn:* Tvätta med klorhexidinlösning 0,5 mg/ml. Därefter tvätt med NaCl (pga att det ofta tas urinodling i samband med kateteriseringen).
3. Ta av handskarna, spritdesinfektera händerna, byt förklädet vid behov och ta på rena handskar.
4. Håll isär blygdläpparna med hjälp av två sterila kompresser. Börja med att lägga en droppe av gelen i urinrörsmynningen. Bedövningsmedlet förs sakta in i urinröret. Bedövningsmedlet ska verka minst 5 minuter. Sätt en steril kompress mot urethramynningen för att förhindra att gelen rinner ut.
Barn: Använd mindre mängd gel enligt ordination (3–10 ml). Om gel inte kan föras in i urinröret så läggs den på katetern. Det gäller oftast små barn.
5. Tänk på att hålla katetern steril till exempel genom att behålla den i påsen eller genom att använda steril handske. Håll i katetern med sterilklädd hand eller pincett. Be patienten andas lugnt. För försiktigt in katetern under utandning. Forcera inte om det tar emot. Släpp katetern en kort stund för att kontrollera så den inte fjädrar tillbaka. Om så är fallet kan misstänkas att den inte löpt hela vägen in i urinblåsan.
6. När urin kommer ur katetern för in den ytterligare med god marginal.
7. Kontrollera att urin kommer ur katetern. Vid avsaknad av urin, be patienten hosta eller spola försiktigt med NaCl 9 mg/ml ca 20 ml. Kontrollera återflödet. För barn under 2 år NaCl 9 mg/ml 5 ml; för barn över 2 år 10 ml.

Avslutning

1. Vid osäkerhet om kateterläget är rätt eller vid svårigheter att föra in katetern, kontakta alltid läkare.
2. Kontrollera att det är urinflöde ur katetern. Fyll därefter kateterkuff med sterilt vatten/glycerinmix enligt ordination eller enligt tillverkarens rekommendation.
Barn: Kateterkuffen fylls med sterilt vatten, volym rekommenderad för den aktuella katetern. Kontroll av kuffvolym efter 3 – 4 dagar då sterilt vatten diffunderar ut och är kateterns kuff fylld med 1,5 ml så kan den lätt glida ut när vattnet försvinner.
3. Katetern ska kunna dras ut en bit efter att kateterkuffen 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.
4. Koppla kateter via kateterventil till tömbar urinuppsamlingspåse. Använd slutet urinuppsamlingsystem.
5. Placera påsen under urinblåsans höjd.
6. Urinuppsamlingspåsen placeras under blåsans nivå och fixeras med lämplig benficka eller fästband. Manlig patient efter transurethrala ingrepp, transvesikal adenomenukleation och radikal prostatektomi fixeras katetern upp mot buken. Annars räcker det att katetern går över bylinningen i en böj. På kvinnlig patient genom trosans benöppning.
7. Lämna skriftlig informationsbroschyr till patienten.
8. Dokumentera.

Teknik på patienter med nedsatt immunförsvar och som har eller ska genomgå operativt ingrepp i urinvägarna.

Material:

- undersökningshandskar
- kompresser
- sterila dukar
- tvättskål
- ordinerad kateter
- plastförkläde
- pincetter
- tvättork
- ronskål
- sterila handskar alternativt sterilt kateteriserings set
- Xylocaingel 2 %
- hudrengöring Descutansvamp alternativt underlivshygien följt av klorhexidinlösning 0,5 mg/ml
- spruta 10 ml och sterilt vatten eller förfylld spruta med Glycerinmix 10 ml (till silikonkateter)

Förberedelse

1. Tänk på patientens integritet. Kontrollera att patienten har fått information och fått möjlighet att få eventuella frågor besvarade samt att patienten samtycker till behandlingen.
Obs! Kontrollera överkänslighet mot latex och lidocain.
2. Kontrollera att det finns bra belysning.
3. Sprita händerna, ta på förkläde och duka upp materialet enligt ovan.

Manlig patient/pojkar

1. Förbered patienten med basal underlivshygien. För bort förhuden från glans, tvätta i cirkelrörelser från urethramynningen och utåt glans penis. Torka torrt. Om förhuden inte kan föras tillbaka spola då rent med NaCl 9 mg/ml. Ev. kan öronpinne användas försiktigt.
Barn: Tvätta med klorhexidinlösning 0,5 mg/ml som hålls över urinrörsmynningen. Därefter tvätt med NaCl (pga att det ofta tas urinodling i samband med kateterisering).

Kommentar [BM1]: Till dokumentgranskaren:
Numreringen stämmer inte.

4. Ta av handskena, spritdesinfektera händerna, byt förklädet vid behov och ta på rena handsken.
5. Klä patienten med sterila dukar.
6. Börja med att lägga en droppe Xylocaingel på urinrörsmynningen. Bedövningsmedlet sprutas sedan i omgångar sakta in i urinröret. Vänta någon minut mellan omgångarna, minst 20 ml totalt. Bedövningsmedlet ska verka minst 5 minuter. Håll runt penis med hjälp av en kompress under tiden alternativt använd penisklämma för att motverka att gelen rinner ut.
Barn: Använd mindre mängd gel enligt ordination (3–10 ml). Om gel inte kan föras in i urinröret så läggs den på katetern. Det gäller oftast små barn.
7. Be patienten andas lugnt. Håll penis utsträckt i 90 grader för att underlätta införandet av katetern. För försiktigt in katetern till delningsstället med steril pincett eller med den sterilklädda handen.
8. Kontrollera att urin kommer ur katetern. Vid avsaknad av urin, be patienten hosta alternativt spola försiktig med NaCl 9 mg/ml ca 20 ml. Kontrollera återflödet. För barn under 2 år NaCl 9 mg/ml 5 ml, för barn över 2 år 10 ml.

Kvinnlig patient/flickor

1. Utför basal underlivshygien. Tvätta framifrån och bakåt.
2. *Barn:* Tvätta med klorhexidinlösning 0,5 mg/ml. Därefter tvätt med NaCl (pga att det ofta tas urinodling i samband med kateteriseringen).
3. Håll isär blygdläpparna med hjälp av två sterila kompresser. Börja med att lägga en droppe av gelen över urinrörsmynningen. Bedövningsmedlet sprutas sakta in i urinröret. Bedövningsmedlet ska verka minst 5 minuter. Sätt en steril kompress mot urethramynningen för att förhindra att gelen rinner ut. *Barn:* Använd mindre mängd gel enligt ordination (3–10 ml). Om gel inte kan föras in i urinröret så läggs den på katetern. Det gäller oftast små barn.
4. Ta av handskena, spritdesinfektera händerna, byt förklädet vid behov och ta på rena handsken.
5. Klä patienten med sterila dukar.
6. Be patienten andas lugnt. För försiktigt in katetern med steril pincett eller med den sterilklädda handen. När urin kommer från katetern för in den ytterligare med god marginal.
7. Kontrollera att urin kommer ur katetern. Vid avsaknad av urin, be patienten hosta alternativt spola försiktig med NaCl 9 mg/ml ca 20 ml. Kontrollera återflödet. För barn under 2 år NaCl 9 mg/ml 5 ml, för barn över 2 år 10 ml.

Avslutning man/pojke, kvinna/flicka

1. Vid osäkerhet om läget är rätt eller vid svårigheter att föra in katetern, kontakta alltid läkare.
2. Kontrollera att det är urinflöde ur katetern. Fyll därefter kateterkuff med sterilt vatten/glycerinmix enligt ordination eller enligt tillverkarens rekommendation.
Barn: Kateterkuffen fylls med sterilt vatten, volym rekommenderad för den aktuella katetern. Kontroll av kuffvolym efter 3 – 4 dagar då sterilt vatten diffunderar ut och är kateterns kuff fylld med 1,5 ml så kan den lätt glida ut när vattnet försvinner.
3. Katetern ska kunna dras ut en bit efter att kateterkuffen 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.
4. Koppla kateter via kateterventil till tömbar urinuppsamlingspåse. Använd slutet urinuppsamlingsystem.
5. Urinuppsamlingspåsen placeras under blåsans nivå och fixeras med lämplig benficka eller fästband. Manlig patient efter transurethrala ingrepp, transvesikal adenomenukleation och radikal prostatektomi fixeras katetern upp mot buken. Annars räcker det att katetern går över byxlinningen i en böj. Kvinnlig patient genom trosans benöppning.
6. Lämna skriftlig informationsbroschyr till patienten.
7. Dokumentera.

Dokumentation

- ordinerande läkare
- indikation
- beräknad behandlingstid
- beräknad liggtid för katetern
- insättningsdatum
- katetersort, längd och grovlek (Ch)
- typ av vätska och volym i kuffen
- patientens upplevelser och iakttagelser
- eventuella problem som uppstått vid katetersättningen
- ventil, sort
- typ av urinuppsamlingspåsar.

Kateterventil

- Byts en gång i veckan samt vid behov.

Urinuppsamlingspåsar

Hantering

- Bibehåll ett slutet system genom att använda tömbar urinuppsamlingspåse alternativt ventil, närmast katetern.
- Dagtid används tömbar urinuppsamlingspåse med kort eller lång slang. Tömbar urinuppsamlingspåse bör inte bytas oftare än en gång i veckan.
- Uppegående patienter använder urinuppsamlingspåse med kort slang fixerad på lårbenet alternativt ventil.
- Rullstolsburna ska ha urinuppsamlingspåse med lång slang som fästs under blåsnivå på underbenet.
- Nattetid kopplas icke-tömbar urinuppsamlingspåse med lång slang till den befintliga tömbara urinuppsamlingspåsen eller kateterventilen. (Om den tömbara urinuppsamlingspåsen har kort slang).
- Patientens mentala tillstånd får avgöra om enbart tömbar urinuppsamlingspåse med kort slang fixerad på benet ska användas.
- Vid kateterbyte byts alltid ventil och urinuppsamlingspåse.
- En väl fungerande fixeringsanordning bidrar till att patienten kan bevara aktivitet och integritet samt minskar risken för obehag från katetern.

Tömning av urinuppsamlingspåsar

- rent plastförkläde
- rena handskar
- töm urinen. Om spill, torka först torrt och desinfektera med ytdesinfektion.

Problem med kateterisering

Män

Svårt att få in katetern.

Orsak	Förslag på åtgärd
<ul style="list-style-type: none">• Patienten rädd och spänd. Kniper med externa sfinktern och bäckenbotten.• Urethratraktur.• Prostatahyperplasi.• Falsk gång.• Förstoppning.• Neurogent orsakad reflexkramp i slutmuskel.	<ul style="list-style-type: none">• Använd ytterligare gel.• På manlig patient räta ut penis.• Hjälp patienten av att slappna av genom att prata avledande, instruera patienten att ligga tungt ner med stjärten och uppdragna knän. Försök att få en så avslappnad patient som möjligt. För in katetern när patienten andas ut.• Led katetern genom att föra in ett finger i rectum eller placera ett finger precis bakom scrotum för att styra katetern. Var därefter noga med hur den handen används – tänk på aseptiken!• Använd kateter med Tiemannspets (på läkarordination). Spetsen ska under införandet vara riktad uppåt.• Använd grövre kateter vid prostatahyperplasi och tunnare vid urethratraktur.• Vara två vårdgivare, när katetern förs in så spolås samtidigt in NaCl i katetern för att bana väg.

Ingen urin kommer.

Orsak	Förslag på åtgärd
<ul style="list-style-type: none">• Katetern kan vara fylld med gel vilket förhindrar återflöde av urin.• Stor slapp blåsa.• Katetern kan ha vänt och ligger med spetsen i urethra.	<ul style="list-style-type: none">• Be patienten öka trycket genom hosta.• Aspirera försiktigt med spolspruta. Spruta försiktigt in NaCl ca 10 ml. Vid smärta ligger kateterspetsen i urethra.

Kvinnor

Svårt att få in katetern

Orsak	Förslag till åtgärd
<ul style="list-style-type: none">• Patienten har svårt att slappna av.	<ul style="list-style-type: none">• Hjälp patienten av att slappna av genom att prata avledande, instruera patienten att ligga tungt ner med stjärten och försök att få en så avslappnad patient som möjligt. För in katetern när patienten andas ut.
<ul style="list-style-type: none">• Smärta och stelhet i höfter eller dement patient.	<ul style="list-style-type: none">• Kateterisera patienten liggande på sidan med uppdragna knän vilket gör det lättare att slappna av.

Svårigheter att hitta urethramynningen.

Orsak	Förslag till åtgärd
<ul style="list-style-type: none">• Urethramynningen kan vara belägen lateralt i slidöppningen.	<ul style="list-style-type: none">• För att hitta urethramynningen på kvinnor kan hela vulvamynningen fyllas med Xylocaingel varvid urinrörsmynningen brukar framstå som genom ett förstoringsglas.• Sätt två fingrar i slidan, låt katetern glida över fingrarna för att hitta urethramynningen och undvika att katetern hamnar i slidan.

Avvikelser

Då händelse inträffar vid katetersättning som avviker från författningar, föreskrifter, handbok eller lokala anvisningar ska en avvikelsesrapport skrivas, undertecknas och lämnas till avdelningschef enligt gällande rutiner.

Blåsträning/ Intermittent tömning

Blåsträning/intermittent tömning innebär att urinen inte tillåts att rinna ut kontinuerligt. Urinblåsans storlek och elasticitet bibehålls bättre under kateterbehandling och ensidig nötning av kateterspetsen mot blåsväggen undviks. Detta kan öka patientens välbefinnande. Ventil är att föredra vilket är mer hygieniskt än exempelvis kateterpropp eller kateterklämma. Katetern hålls avstängd och öppnas ca var tredje timme alternativt tidigare om blåstömning behövs, max 400 ml i blåsan. Blåsan följer då miktionscykeln. Det finns inte stöd i forskningen för att blåsträning eller intermittent tömning före kateterdragningen skulle innebära att blåstömningen efter en kateterdragning skulle fungera bättre.

Blåsträning/intermittent tömning kan med fördel användas för att öka blåskapaciteten om liten funktionell kapacitet inför exempelvis kateterdragning.

Nattetid öppen kateterventil kopplad till urinuppsamlingspåse.

Symtomgivande urinvägsinfektion eller blod i urinen är exempel på kontraindikationer för blåsträning/intermittent tömning.

Blåssköljning

Aldrig som slentrianmässig rutin utan enbart om särskilt behov finns med risk för stopp i katetern t.ex. vid grumlig urin, hematuri och konkrementbildning.

Tillvägagångssätt:

1. Använd steril NaCl 9 mg/ml eller annan ordinerad vätska.
2. Spola försiktigt in 10–20 ml, kontrollera att sköljvätskan går att föra in och att den lätt rinner ut.
3. Fyll urinblåsan med 60–100 ml vätska, beroende på blåskapaciteten. Detta ska inte orsaka smärta.
4. Aspirera cirka hälften alternativt låt vätskan rinna låt vätskan rinna, så att inte undertrycket orsakar skador i blåsväggen.
5. Blåsskölj tills returvätskan är klar då turbulensen som åstadkoms vid spolningen är viktig för att få rent från grumligheter.
6. Observera så att ingen vätska blir stående kvar i blåsan, mät hur stor mängd som spolas in och rinner/aspireras ut.

Komplikationer

Lukt

Orsak	Åtgärder
<ul style="list-style-type: none">• Låg diures.• Gammal urinuppsamlingspåse.• Bakteriuri.	<ul style="list-style-type: none">• Öka diures.• Riklig dryck.• Blåsskölj med NaCl. Syftar till att skapa turbulens i blåsan och avlägsna grumligheter.• Spolning med citronsyralösning endast på läkarordination.• Spolning men polihexanid 0,02% endast på läkarordination.• Urinodling och antibiotikabehandling (läkarordination) i de fall inget annat hjälpt.• RIK.

Irritation i urethra

Orsak	Åtgärder
<ul style="list-style-type: none">• Katetern skaver.• För grov kateter.• Reaktion på katetermaterialet.• Urethrit, retning av parauretrala körtlar.	<ul style="list-style-type: none">• Fixera katetern.• Byta till tunnare kateter.• Byta katetermaterial.• Överväg suprapubiskateter.• RIK

Smärta

Orsak	Åtgärder
<ul style="list-style-type: none">• Katetern ligger fel.• Fel mängd vätska i kuffen.• Reaktion på katetermaterialet.• Urethrit• Stopp i katetern.• Kateterspetsen irriterar blåsvägg.• Konkrement på katetern.• Blåssten.• Infektion.• Fel fixering.	<ul style="list-style-type: none">• Kontrollera kateterns läge.• Kontrollera mängden vätska i kuffen.• Byt katetersort.• Blåsskölja med NaCl.• Använda ventil.• Urinodling och antibiotikabehandling (läkarordination).• Undvika drag på katetern. Fixera.• RIK.• Vid konkrement på katetern blåssköljvätska med citronsyra (läkarordination).

Ökad sekretbildning

Orsak	Åtgärder
<ul style="list-style-type: none">• Retning av parauretrala körtlar.	<ul style="list-style-type: none">• Underlivshygien.• Byta till tunnare kateter.• Byta katetermaterial.• RIK.

Grumlig urin

Orsak	Åtgärder
<ul style="list-style-type: none">• Konkrement.• Kristaller som fällt ut i urinen.• Pyuri, d.v.s. vita blodkroppar i urinen. Fibrinavstötning.	<ul style="list-style-type: none">• Öka vätskeintaget.• Blåsskölj med NaCl.• RIK.

<ul style="list-style-type: none"> • Bakterier. 	<ul style="list-style-type: none"> • Blåssköljvätska med citronsyra (läkarordination).
--	---

Hematuri

Orsak	Åtgärder
<ul style="list-style-type: none"> • Fel teknik vid kateterisering. • Kateter ligger fel. • Katetern skaver på blåsbotten. • Kateterspetsen irriterar blåsväggen. • Infektion. • Blåssten. • Blåsmalignitet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrollera kateterns läge. • Undvika drag på katetern. • Rätt fixerad. • Öka diures. • Ej ventil vid hematuri. • Blåsskölja med NaCl. • Spoldropp. • Urinodling om man misstänker UVI. • Cystoskopi för att verifiera blåssten, malignitet.

Urinträngningar +/- läckage

Orsak	Åtgärder
<ul style="list-style-type: none"> • Stopp i katetern. • Knickad slang. • För grov kateter. • Reagerar på katetermaterialet. • Kuffen trycker mot blåsbotten. • Kateterspetsen retar på blåsväggen. • Urinuppsamlingspåsen ligger inte under blåsnivå. • Detrusoröveraktivitet. • Skrumplåsa. • Cystit. • Urethrit. • Blåssten. • Förstoppning. • Slemhinneatrofi (kvinnor). • Kateterkuff hamnat i urethra. 	<ul style="list-style-type: none"> • Blåsskölja. • Tunnare kateter. • Byta katetermaterial. • Ändra volymen i kuffen. • Kateterventil. • Se över fixering. • Antikolinergika, beta-3-agonist. • Uteslut urinvägsinfektion • Cystoskopi för att verifiera sten. • Östrogen. • Behandla förstoppning. • RIK.

Stopp i katetern

Orsak	Åtgärder
<ul style="list-style-type: none"> • Katetern sitter fel. • Konkrement. • Hematuri. • Grumlig urin. • Förstoppning. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrollera kateterläge. • Blåssköljning. • Byta till ev. grövre kateter. • Byta katetermaterial. • Behandla förstoppning. • RIK. • Beroende på orsak – blåssköljvätska med citronsyra (läkarordination).

Infektion

Orsak	Åtgärder
<ul style="list-style-type: none"> • Nosokomial smitta. • Blåssten. • Epididymit. • Uretrit. 	<ul style="list-style-type: none"> • Slutet dräneringssystem. • God diures. • Urinodling (läkarordination) och antibiotika.

	<ul style="list-style-type: none"> • Om patienten antibiotikabehandlas ska katetern bytas efter några dygn för att undvika att bakterier överlever i biofilmen. • Tunnare kateter. • Ej kateterventil vid infektion. • RIK. • Spolning med polihexanid 0,02% endast på läkarordination.
--	--

Striktur

Orsak	Åtgärder
<ul style="list-style-type: none"> • Fel teknik vid kateterisering. • Kuffen ligger i urethra när den fylls. • Fel fixering. • För grov kateter. • Katetermaterial. • Inflammation av parauretrala körtlar leder till ärrbildning. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rätt teknik vid kateterisering. • Aldrig fylla kuffen innan spontant urinflöde. • Rätt fixering. • Tunnare kateter. • Byta material. • RIK.

Begränsningar

Orsak	Åtgärder
<ul style="list-style-type: none"> • Inverkan på fysisk aktivitet 	<ul style="list-style-type: none"> • Rätt kateterlängd. • Rätt urinuppsamlingspåse. • Rätt fixering. • Kateterventil. • Välinformerad patient. • RIK.
<ul style="list-style-type: none"> • Sexualitet 	<ul style="list-style-type: none"> • RIK. • Suprapubiskateter.
<ul style="list-style-type: none"> • Oro 	<ul style="list-style-type: none"> • Välinformerad patient.

Kateterdragning

Kateterbehandlingen ska avslutas så snart som möjligt. Blåstråning inför kateterdragning är inte nödvändigt om inte blåskapaciteten är väldigt liten.

Metod

Patientens händer vilar på bröstet. Avledande samtal. Instruera patienten att försöka slappna och vila tungt ned mot underlaget. Spolning av kateter ska ske endast vid hematuri eller grumlig urin. Spola för turbulens och aspirera försiktigt före och efter att kateterkuffen tömts, tills klart utbyte. Kateterkuffen töms med spruta. Kontrollera och försäkra att kateterkuffen är tömd. På manlig patient förs penis uppåt så att urinröret u-formas. Under utandning dras sedan katetern försiktigt ut.

Dokumentera enligt rutin i journaltabell i Cosmic.

Kontroll efter kateterdragning

Residualurin bör kontrolleras minst två gånger. Om patienten inte mikterat kontrolleras blåsvolym inom max 4 timmar. Mät vätskeintaget/infusioner och relatera till förväntad urinproduktion. Accepterad residualvolym ordinerar av ansvarig läkare. Se rutin för resturin.

Tips vid kateterdragning: För att påskynda processen kan NaCl långsamt instilleras tills patienten känner en liten trängning, max 200 ml. Alternativt håll katetern stängd före kateterdragningen.

Kateterkuffen kan inte tömmas

- Försök inte spränga kateterkuffen med sterilt vatten.
- Klipp inte av katetern.
- Är katetern knickad?
- Pröva att spola in 1–2 ml sterilt vatten.
- Rulla katetern mellan tumme och pekfinger.
- Är patienten förstoppad?
- Lösa upp kateterkuffen med medicinsk bensin. Endast på läkarordination. Viktigt att skölja blåsan ordentligt efteråt.
- Punktion av kateterkuffen via ultraljud. Utförs på röntgen.

Utskrivning av patient till hemmet eller annan vårdinrättning

Patientinformation

Ge informationen både skriftligt och muntligt, eventuellt även till anhörig om patienten så önskar. Material finns att hämta i NIKOLA (nätverk inkontinens kommun landsting). Viktigt att information utgår från patientens behov och egen erfarenhet. Upprepa informationen, ge patienten tid att ställa frågor.

Patienten ska få information om:

- tömning av urinuppsamlingspåse
- byte av urinuppsamlingspåse
- hantering av eventuell kateterventil
- personlig hygien och vilken betydelse den har
- blåstråning – intermitterent tömning
- att använda fixering av urinuppsamlingspåse både dag och natt
- vart man kastar använda påsar
- ökat vätskeintag, ca 2 liter, om patientens tillstånd tillåter
- var kateterbyten och förskrivning av hjälpmedel sker
- vilka komplikationer exempelvis blödning som kan uppstå
- hjälpmedel
- var han/hon vänder sig om problem uppstår
- planerad behandlingstid

Diskutera också frågeställningar fysisk aktivitet och sex och samlevnad.

Skicka med hjälpmedel för ca 10 dagars användning.

Förslag:

- 10 icke tömbara urinuppsamlingspåsar
- Två tömbara urinuppsamlingspåsar.
- En extra fixering för urinuppsamlingspåsar.
- Om patienten ordinerats kateterventil skicka med två extra.
- Eventuellt förskriv till patient i enskilt boende.

Dokumentation och överrapportering

När patienten byter vårdform ska information om kateterbehandling rapporteras (SOSFS 2005:27). Om patienten skrivs ut till hemmet ska öppenvårdens vårdgivare informeras. Informationen kan ges genom omvårdnadsepidemi, kateterremiss eller meddelandeblad avsett för urinkateter. Dokumentera i journalen hur informationen förts vidare, exempelvis genom telefon, fax, per brev eller med patienten. Dokumentera gärna till vem som informationen delgivits.

Följande dokumenteras och rapporteras vidare till mottagande vårdgivare:

- ordinerande läkare
- indikation
- beräknad behandlingstid
- beräknad liggstid för katetern
- katetersort och storlek
- mängd och typ av vätska i kateterkuffen
- uppgifter om insättningen
- patientens egna iakttagelser och upplevelser av kateteriseringen.

Vidare ska följande också dokumenteras:

- medskickat antal och typ av urinuppsamlingspåsar
- distriktsköterskans funktion. Förskrivning av urinuppsamlingspåsar, ventil, etc. Andra omvårdnadsåtgärder för skötseln av katetern och byten.
- om patienten ska använda ventil.

Om silikonkateter satts och kuffats med sterilt vatten ska omkuffning/påfyllnad ske var 3: e vecka.

Referenser

Vårdhandboken/Handbok för hälso- och sjukvård. Avsnitt: kateterisering av urinblåsan
www.vardhandboken.se/

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). (2011) Förebygg vårdrelaterade urinvägsinfektioner. Stockholm: Modin Tryckoffset.

Socialstyrelsen. (2006) Att förebygga vårdrelaterade infektioner – Ett kunskapsunderlag. Lindesberg: Bergslagens Grafiska.

Dokumentet är utarbetat av: Katrin Edlund