



Kateterisering av urinblåsan (man)

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 endast 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 omprövning. 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.
- Desinficera därefter dina händer. När du dukar upp materialet ska inga handskar användas eftersom dina desinficerade händer är renare än handskena. För utförlig instruktion om detta kan du titta på filmen "Handdesinfektion"
- Sätt på dig plastförklädet

Genomförande

Ta fram följande material:

- 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)
- 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 rundtork ar 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.
- 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.

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.

- Desinficera dina händer
- 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 upp mot patientens penis 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
- Iordningställ bedövningstuben så den är klar att användas.
- Ta de sterila kompresserna ur kateteriseringssetet och ta tag med dessa om penisen med din vänstra hand (om du är högerhänt och med din högra hand om du är

vänsterhänt) och för tillbaka förhuden och lyft penis till 90 grader för att räta ut urinröret. **Tänk på att den hand som du håller penis i inte längre är steril!**

- Om det finns *synliga* partiklar 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.
- Spruta därefter långsamt in bedövningsgel tills du känner ett lätt motstånd du har då nått slutningsmuskeln. Håll ett lätt tryck över urinrörsmynningen så inte gelen åker ut.
- Efter ca 1 minut slappnar slutningsmuskeln av och du kan då spruta in resterande mängd av bedövningsgelen d.v.s. totalt **minst** 20 gram.
- Håll ett lätt tryck över urinrörsmynningen under de 3-5 minuter det tar tills bedövningen har uppnått full effekt.
- Placera rondskålen på den nedre sterila duken
- Håll penis i 90 grader och lyft upp katetern med pincetten (alternativt använder du den hand där handsken fortfarande är steril).
- För långsamt in katetern ända till kateterns delningsställe för att säkerställa att katetern nått urinblåsan.
- Observera patienten och forcera aldrig införandet av katetern.
- När katetern är helt 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 i gen så den inte ligger och trycker mot blåsbotten.

- För tillbaka förhuden över ollonet.
- Koppla katetern till lämplig uppsamlingspåse eller använd en kateterventil. Om Uppsamlingspåse används skall den fixeras utifrån patientens behov, dock ej över urinblåsans höjd.

Sammanfattning av genomförandet

- Patienten ska få individanpassad information eller utbildning.
- 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
- ✓ 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

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 sjuksköterskans 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 komplikationstecken
- ✓ observerar om katetern läcker
- ✓ observerar urinens mängd, utseende och lukt

Datum: 170316