

Procedure

Emne: Anlæggelse af permanent kateter (KAD) på kvinder

Henvender sig til:

Sygeplejersker og efter oplæring social og sundhedsassistenter.

Formål:

At der sikres at anlæggelsen af KAD udføres under overholdelse af de hygiejniske principper.

Kateteret føres ind til urinblæren gennem urinrøret. Kateteret skal ligge så kort tid som muligt. Lægen bestemmer, hvornår det skal fjernes. Urinen drænes kontinuerligt.

Forberedelse:**Udstyr:**

- Sterilt kateterisationssæt.
- Steril tovejs foleykateter i henhold til lægens ordination.
- Rent engangsplastforklæde
- Rene engangshandsker.
- Sterilt vand/sterilt NaCl 9 mg/ml eller postevand og evt. mild sæbe med lav pH-værdi.
- Sterilt gel, 3-5 ml.
- Sterilt lukket urindrænagesystem.
- Evt. ophæng til urinopsamlingspose.
- Sterilt vand, saltvand eller glycerin 10 % opløsning afhængig af katetertype og steril sprøjte (10 ML).
- Evt, tampon.
- Evt. udstyr til nedre toilette.

Klargør udstyret og afskærm beboeren.

- Udfør håndhygiejne.
- Find udstyr frem.
- Afskærm beboeren.
- Udfør håndhygiejne.
- Tag rent engangsplastforklæde på.
- Pak kateterisationssættet og kateteret ud.

Lad beboeren ligge i rygleje.

- Beboeren bør ligge i rygleje.

- Bed beboeren om at bøje benene og holde dem godt adskilt. Overvej at bruge en assistent, hvis dette er fysisk vanskeligt for beboeren.
- Udfør nedre toilette ved synlig forurening.

Alternativ 1: Vask urinrørsåbningen med postevand og dæk sterilt op.

- Tag handsker på.
- Adskil kønslæberne og vask urinrørsåbningen forfra og bagud med postevand og evt. mild sæbe med lav pH-værdi.
- Tag handskerne af.
- Udfør håndhygiejne.
- Læg det sterile afdækningsstykke mellem beboerens ben og lidt ind under sædepartiet.
- Tag sterile handsker på.

Alternativ 2: Dæk op sterilt og vask urinrørsåbningen med steril væske.

- Læg det sterile afdækningsstykke mellem beboerens ben og lidt ind under sædepartiet.
- Tag sterile handsker på.
- Adskil kønslæberne, og vask urinrørsåbningen forfra og bagud med vattamponer/swaps, der er fugtet med sterilt vand eller sterilt NaCl 9 mg/ml. Benyt evt. en engangspincet for at undgå at forurene den sterile handske før indføringen af kateter.

Fyld urinrøret langsomt med gel/lokalbedøvelse.

- Tjek at evt. løse kønshår er fjernet.
- Placer evt. en tampon eller swaps i skeden.
- Placer en dråbe gel i urinrørsåbningen, før du langsomt og med et let, jævnt tryk, fylder urinrøret med resten af gelen.
- Vent med at kateterisere indtil gelen/lokalbedøvelsen virker. Tjek produktanvisningen.
- Placer den sterile kapsel mellem beboerens lår.

Før kateteret forsigtigt ind i urinblæren, og kontroller, at der kommer urin.

- Hvis det er vanskeligt at se urinrørsåbningen, fugt en swaps i koldt steril væske og pres den mod urinrørsområdet.
- Tag kateteret og før det forsigtigt ind i urinrøret. Brug ikke kræfter, hvis kateteret møder modstand.
- Før kateteret forsigtigt videre og ind i urinblæren, til du ser, at der kommer urin. Saml urinen i kapslen. For at få gang i urinstrømmen gennem kateteret kan du trykke let over symfyssen eller prøve at få beboeren til at hoste.

Før kateteret lidt længere ind, og fyld kateterballonen.

- Før kateteret lidt længere ind.
- Fyld kateterballonen med det anbefalede volumen og den anbefalede type sterile ballonvæske.
- Ved brug af præfyldt kateter:

1. Fjern beholderklemmen og tryk på beholderen til den er tom for væske.
2. Sæt beholderklemmen fast igen.

Kobl urindrænagesystemet til.

- Træk forsigtigt i kateteret for at kontrollere, at det møder modstand.
- Fjern tampon/swaps i skeden, hvis det er brugt.
- Kobl kateteret til urinopsamlingsposen hvis dette ikke er gjort tidligere.

Fikser kateteret og hæng urinopsamlingsposen under blæreniveau.

- Fikser kateteret på låret.
- Hæng urinposen under blæreniveau.

Efterarbejde.

- Tag handsker og engangsplastforklæde af.
- Udfør håndhygiejne.

Observationer.

- Kontroller at der er fri drænage.
- Observer urinens udseende, luft og farve.
- Observer om der er lækage langs kateteret.
- Kontroller at urinposen hænger under blæreniveau.
- Kontroller at kateteret er fikseret på låret.
- Observer urinmængden.
- Sørg for at urinposen bliver tømt med jævne mellemrum.
- Kontroller, at systemet er lukket.
- Spørg beboeren om denne føler trang til at lade vandet.
- Ved korttidsbehandling med kateter: Vurder dagligt beboerens behov for kateter og seponer kateteret efter samråd med læge, så snart der ikke er indikation for kateter længere.
- Ved langtidsbehandling med kateter: Ved kateterskift eller ændring i beboerens tilstand bør indikationen for fortsat kateter og mulighed for alternative løsninger vurderes.

<https://www.varportal.dk/portal/procedure/10046/13>

Erstatter procedure af: Ingen tidligere	Udarbejdet af: Udviklingssygeplejerske Jeanette Erceninks	Godkendt af: Plejeboligleder Mona Tina Funch Denne udgave er lagt på www.plejebolig.albertslund.dk og gældende fra 22.02.18
Udsendt:	22.02.18	Samt lagt på SB-SYS under procedure