



## Permanent kateter (KAD): - innleggelse, stell, og fjerning

D07358

Utgave:  
6.02Gjelder fra:  
25.03.2024

Side 1 av 6

### Hensikt og omfang

Å bruke permanent urinkateter på riktig indikasjon, forebygge infeksjoner under innleggelse, stell og bruk.

### Ansvar/målgruppe

KAD skal ordineres av lege og legges inn av lege/sykepleier. Ved problemer skal lege kontaktes. Lege og annet helsepersonell som legger inn og steller pasient med permanent urinkateter. Innleggelse av kateter i helseinstitusjon skal utføres med aseptisk teknikk og sterilt utstyr, og må kun gjennomføres av personell som behersker riktig teknikk.

### Handling

- Lukket drenasje: dvs. overgangen mellom kateter og slange er forseglet med en tape som ikke skal brytes. Dette reduserer infeksjonsfaren ved korttidsbruk av KAD. Daglig vurdering om kateter bør fjernes. Det bør benyttes forhåndstilkoblede systemer, alternativt system hvor koblingen mellom pose og kateter forsegles med tape etter kateterinnleggelse.
- Drenasjesystemet skal holdes lukket. I sjeldne tilfeller kan det imidlertid være kliniske indikasjoner for å koble fra urinoppsamlingsystemet.

### Valg av kateter

- Det må vurderes fortløpende hvordan blæra skal tømmes.
- Benytt kateter med minst mulig diameter som samtidig gir tilstrekkelig drenasje (Kvinner: Ch 12-16. Menn: Ch 14-16).
- Liggetid mindre enn 14 dager: Produkter som inneholder lateks kan forårsake allergiske reaksjoner og rene latekskatetre bør derfor unngås. Latekskateter dekket med silikon, teflon eller hydrogel benyttes ofte ved korttidsbruk.
- Liggetid mer enn 14 dager: velg hel silikonkateter. Byttes ikke rutinemessig, men ved infeksjon eller tilstopping.
- NB! Ved lang liggetid: vurder om [suprapubisk kateter \(SPK\)](#) er et bedre alternativ.

### Indikasjoner

KAD skal kun legges inn på medisinsk indikasjon. Årsak til behandlingen avgjør hvor lenge kateteret kan ligge. Kateteret seponeres så raskt det er forsvarlig, da infeksjonsfaren øker med tiden det ligger inne i blæren.

- Dersom pasient har blæretømmingsproblemer og IK ikke kan benyttes
- Akutt urinretensjon eller obstruksjon av uretra
- Etter akutt urinretensjon med veldig stort blærevolum, for å avlaste blæren en periode
- Behov for nøyaktig måling av diurese hos kritisk syke pasienter

- Ved behov for kontinuerlig gjennomskylling av urinblæren, for eksempel pga. blødning/koagler eller grums og utfellinger i urinen
- Perioperativt ved visse kirurgiske inngrep:
  - Pasienter som skal gjennomgå urologisk kirurgi eller andre inngrep på organer/vev i tilknytning til urinveiene
  - Operasjoner med forventet lang varighet. Katetre som innlegges med denne indikasjon bør fjernes på oppvåkningavdelingen
  - Pasienter som vil få store væskevolum eller diuretika peroperativt
  - Ved behov for peroperativ måling av diurese
- For å bidra til tilheling av åpne sakrale eller perineale sår hos inkontinente pasienter
- Pasienter som må immobiliseres over lang tid, slik som ved potensielt ustabile thorakale eller lumbale spinale tilstander eller multitraumer med for eksempel bekkenfrakturer
- For å bedre pasientens komfort ved terminal pleie hvis nødvendig
- Temporære tømmingsforstyrrelser på grunn av:
  - Intravesikale obstruksjoner (i påvente av behandling)
  - Andre alvorlige sykdommer og skader
- Permanente tømmingsforstyrrelser på grunn av:
  - Nevrogene blærelidelser eller skader som rammer urinblæren og blærens tømmingsevne
  - Non-nevrogene blæreforstyrrelser

### Innleggelse

For å ivareta [aseptisk teknikk](#) anbefales det at to personer samarbeider om innleggelse av blærekateter. Den ene person har ansvaret for å gjennomføre prosedyren og opprettholder aseptikk (utøver). Den andre personen bistår med å assistere, åpne sterile pakninger, koble til og fjerne avfall (assistent).

### Utstyr og tiltak

Utstyr til innleggelse:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ren beskyttelsesfrakk og sterile hansker (til utøver)</li> <li>• Evt. rene engangshansker og beskyttelsesfrakk (til assistent)</li> <li>• Sterilt kateter – størrelse?</li> <li>• Sterilt kateteriseringssett (evt. sterilt skiftesett, to sterile duker og sterile kompresser)</li> <li>• Steril væske (sterilt vann, fysiologisk saltvann eller vandig klorheksidin 0.5-1 mg/ml) til vask av urinrørsåpningen</li> <li>• Engangstube med lokalbedøvelse/gel (eks. Xylocain® gel 2 %, 20 g til menn og 10 g til kvinner)</li> <li>• Evt. penisklemme (til menn)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sterilt vann og steril sprøyte (10 ml) til fylling av ballong ved bruk av kateter uten prefylt væskereservoar</li> <li>• Sterilt, lukket urindrenasjesystem (urinpose med tappekran, koplingslange med klemme og forseglingsstape)</li> <li>• Oppheng til urinoppsamlingspose eller timediuressesett</li> <li>• Utstyr til å feste kateteret (tape e.l.) Evt. 70 % alkohol til desinfeksjon av arbeidsbord (nattbord e.l.)</li> </ul>
Fremgangsmåte:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Før prosedyren iverksettes må pasienten være godt informert om denne. Nødvendig utstyr må være tilgjengelig og plassert på rengjort arbeidsbrett/arbeidsbord. Kontroller før oppstart at pasienten ikke har kjent allergi mot materiell som benyttes (ex. lateks/klorheksidin).</li> </ul>	

- Begge: utfør håndhygiene. Ta på ren beskyttelsesfrakk.
- Hjelp pasienten med å legge seg i et egnet leie. Dekk pasienten til nedentil med håndkle e.l.
- Plasser nattbord og søppelbøtte i egnet posisjon.
- Begge: utfør håndhygiene.
- Utøver: tilrettelegg utstyr; åpne kateteriseringssett og pakning med lokalbedøvelse/gel og overfør denne til steril flate (kateteriseringssettets innpakkingspapir) uten å kontaminere utstyret. Hell steril væske (sterilt vann, fysiologisk saltvann eller klorheksidin 0.5–1 mg/ml) over tupfere i kateteriseringssettet.
- Dekk til pasienten med steril duk. Berør kun dukens ytterpunkt slik at man i størst mulig grad beholder et sterilt arbeidsfelt:
- For kvinner legges det steril duk mellom beina og under setet, samt dekkes til med steril duk rundt urinrørsåpningen.
- For menn dekkes det til med steril duk rundt penis og over lårene.
- Begge: utfør håndhygiene.
- Utøver: ta på sterile hansker.
- Utøver: gjør klar lokalbedøvelse/gel. Tilrettelegg utstyret på den sterile flaten (kateteriseringssettets innpakkingspapir).
- Utøver: vask urinrørsåpningen og nærliggende områder med de fuktete kompressene:
- Menn: hold rundt fremre del av penis med steril kompress og trekk forhuden forsiktig tilbake. Løft og strekk penis oppover i retning magen med et lett drag. Vask med de fuktete tupferne i sirkulære bevegelser fra urinrørsåpningen og utover glans.
- Kvinner: bruk to kompresser til å skille kjønnsleppene slik at urinrørsåpningen blir synlig. Vask med de fuktete tupferne fra urinrørsåpning og bakover – en tupfer for hver bevegelse.
- NB! Hånden som holder penis / skiller kjønnslepper er nå ikke steril. Grepet holdes til kateteret er satt inn.
- Utøver: sett glide -og /eller lokalanestesimiddel langsomt inn i urinrøret. Det bør virke minst 2–3 minutter før prosedyren fortsettes. For å forhindre at gelen renner ut hos menn kan man holde for urinrørsåpningen med steril kompress eller benytt penisklemme.
- Assistent: åpne posen med blærekateteret. Tuppen på blærekateteret holdes tilgjengelig.\*
- Utøver: ta katertuppen enten med den sterile hånden eller med steril pinsett.
- Utøver: før kateteret forsiktig inn i urinrøret og videre inn i urinblæra. Før kateteret helt inn. Dersom det ikke kommer urin eller kateteret møter motstand, må det ikke brukes makt.
- Utøver: fyll kateterballongen (etter urinsvar). Sjekk samtidig at pasienten ikke har smerter. Ved katetre som ikke er pre-fylte, sett angitt væskemengde (sterilt vann) inn i ballongen med sprøyte, vanligvis 5–10 ml til voksne. Ved pre-fylt kateter, fjern beholderklemmen og trykk på beholderen til den er tom for væske. Fest beholderklemmen igjen. Dersom pasienten kjenner smerte ved fylling av ballong, avbryt straks og aspirer med en 10 ml sprøyte.
- Utøver: dra forsiktig i kateteret for å kjenne om det er motstand. Dette for å kontrollere at ballongen er fylt og er på riktig plass.
- Assistent: åpne pakningen med urindrenasjesystemet.
- Begge: koble sammen kateter og urinoppsamlingssystem (utøver holder kateter og assistent slangen på urinoppsamlingssystem).\*

- Assistent: forsegl koplingen mellom kateter og slange med tape som følger med oppsamlingssystemet.\*
- Utøver: hos menn, trekk forhuden frem over penishodet.
- Fest kateteret på en slik måte at det hindrer bevegelse og drag på kateteret, samtidig som fri drenering sikres. Fortrinnsvis på låret for kvinner, på nedre del av abdomen for menn.
- Kast brukt utstyr. Ta av hansker og beskyttelsesfrakk.
- Begge: utfør håndhygiene.
- Journalfør dato og klokkeslett, indikasjon, kateterstørrelse, katetertype og antall ml væske som er fylt i kateterballongen. \*Kateter og urinoppsamlingssystem kan alternativt kobles sammen før kateteret føres inn i uretra.

## Stell og drenering av blærekateter (KAD)

Følg [basale smittevernrutiner](#), inkludert bruk av rene engangshansker og beskyttelsesfrakk ved behov, ved all kontakt med kateteret og oppsamlingssystemet.

- Intimstell skal utføres daglig. Pasienter med permanent kateter kan dusje.
- Klorheksidin og spritholdige væsker skal **ikke** brukes til intimstell.
- Vask også selve kateteret rent ved urinrørsåpningen.
- Observer og gi beskjed om evt. rødhet, sårhet, sekret eller blod og blødning, i urinen, fra urethra, langs kateteret.
- Observer og dokumenter evt. lekkasje langs kateteret.
- Smerte? Mer enn forventet smerte/ubehag eller forverring av smerte etter innleggelse?
- Sørg for at det er fri drenering (pose under blærenivå, ikke knekk på slangen, ikke tett kateter også under forflytning av pasient).
- Sjekk at kateteret er fiksert eller festet for å unngå drag.
- Tøm urinposen regelmessig.
- Hold dreneringssystemet lukket.
- Ved brudd på aseptisk teknikk, frakobling eller lekkasje skal kateteret og dreneringssystemet skiftes med aseptisk teknikk og sterilt utstyr\*
- Observer og dokumenter mengde urin, utseende og lukt.
- Dokumenter daglig behovet for fortsatt å ha inneliggende kateter og vurder om det kan fjernes

\*Ved nødvendig frakobling må urinoppsamlingssystemet byttes ved hjelp av aseptisk teknikk:

- Utfør håndhygiene.
- Åpne et sterilt skiftesett.
- Fukt de sterile kompressene/tupfere med desinfeksjonsmiddel tilsatt  $\geq 70\%$  alkohol.
- Åpne urinposeoppsamlingssett (unngå å forurense koblingspunktet).
- Ta på rene hansker.
- Ta av forseglingsstapen mellom kateter og slange. Desinfiser rundt koblingen på blærekateteret med de fuktete kompressene og la tørke.
- Ta av gammel pose og koble til ny pose uten å berøre kateteråpning eller åpning til urinposeslange.
- Forsegl koplingen mellom kateter og slange med tape som følger med oppsamlingssystemet.
- Sjekk at kateteret er festet for å unngå drag.

- Sørg for at drenasje av urin skjer uhindret:
- Unngå knekk eller klem på drenasjeslangen. Urinen skal strømme uhindret, og ikke bli stående i slangen.
- Hold oppsamlingsposen under urinblærens nivå til enhver tid. Posen skal ikke ligge på gulvet.
- Tøm oppsamlingsposen regelmessig. For full pose kan hindre fri urindrenasje. Bruk en separat ren oppsamlingsbeholder for hver pasient. Unngå søl og sørg for at tappekranen ikke kommer i kontakt med den usterile oppsamlingsbeholderen.
- Stell av urinrørsåpningen og nærliggende områder med antiseptiske midler for å forebygge urinveisinfeksjon er ikke nødvendig. Rutinemessig hygiene med daglig rengjøring med såpe og vann er tilstrekkelig.

### Urindrenasje og skift av urinposer

Som hovedregel skal systemet frakobles minst mulig for ikke å tilføre "nye" bakterier, se «Stell og drenasje av blærekateter (KAD)» ovenfor)

- Skift urinpose i henhold til produsentens anbefalinger.
- Bytt permanent i henhold til produsentens anbefalinger.

Hvis det er pasienter som avviker fra dette (eks. bruker ikke urinpose hele døgnet), bør det utarbeides egen prosedyre tilpasset den enkelte.

### Blæreskylling

- Kateterskylling skal normalt ikke gjennomføres.
- Skylling kan imidlertid være indisert etter kirurgiske inngrep. Hvis det forventes obstruksjon, bør det vurderes å legge inn spesialkateter med flere lumen under operasjonen slik at lukket kontinuerlig skylling kan benyttes. Ved tett kateter skal kateteret normalt fjernes og nytt kateter eventuelt legges inn.

#### Fremgangsmåte blæreskylling:

- Kateterspissen skal desinfiseres med Klorhexidinsprit 5 mg/ml.
- Skyll med [aseptisk teknikk](#): sterilt NaCl 9mg/ml og steril sprøyte.
- Klorhexidin skal ikke brukes til blæreskylling.
- NB! Etter gjennomført skylling, kastes utstyret og det tas nytt, sterilt utstyr til evt. neste skylling.
- Hvis det viser seg at kateteret er tett, bør det skiftes.

### Urinprøve ved KAD

- Tas kun ved kliniske tegn på infeksjon.

### Utstyr til fjerning av blærekateter (KAD)

- Ren beskyttelsesfrakk og rene engangshansker
- Steril sprøyte (10 eller 20 ml)
- Beskyttende underlag (kladd eller lignende)

### Fjerning av blærekateter (KAD)

Før prosedyren iverksettes, må pasienten være godt informert om denne. Nødvendig utstyr må være tilgjengelig. Blærekateter skal alltid fjernes så snart det er forsvarlig. Før prosedyren iverksettes, må pasienten være godt informert om denne. Nødvendig utstyr må være tilgjengelig.

1. Utfør håndhygiene og ta på beskyttelsesfrakk.
2. Hjelp pasienten i egnet leie. Legg kladd eller lignende under pasienten for beskyttelse av sengetøyet.
3. Plasser nattbord og søppelbøtte i egnet posisjon.
4. Ta på rene hansker.
5. Aspirer ballongvæsken ut med en sprøyte, kontroller at innsatt væskemengde er trukket ut.
6. Trekk kateteret forsiktig ut samtidig som du sjekker at pasienten ikke har ubehag.
7. Kast kateter og annet brukt utstyr. Ta av hansker og beskyttelsesfrakk.
8. Utfør håndhygiene.
9. Noter i pasientens journal tidspunkt for fjerning av kateter.
10. Observer at spontan vannlating kommer i gang. Inntil det skjer bør blæren tømmes med intermitterende kateterisering ca. hver 4. time, eller hyppigere dersom pasienten får blærespreg/ubehag. Vurder bruk av ultralydskanning av urinblæren til undersøkelse av behov for intermitterende kateterisering inntil pasienten later urin spontant.

#### Referanser

- [SI/17.28.03.21-07](#) [Pasientinformasjon - Urinkateter, permanent](#)
- [EX.01.02-01](#) [Basale smittevernrutiner](#)
- [EX.01.02-05](#) [Beskyttelsesutstyr: frakk, munnbind, åndedrettsvern, sko \(rombundet\)](#)
- [EX.01.02-07](#) [Basale smittevernrutiner - Aseptisk \(steril\) teknikk](#)
- [EX.01.05-01](#) [Kateterassosierte urinveisinfeksjoner - forebyggende smitteverntiltak](#)
- [EX.01.05-02](#) [Urinkateter - Intermitterende kateterisering \(IK\)](#)
- [EX.01.05-04](#) [Urinkateter - Stell og urindrenasje ved suprapubisk kateter \(SPK\)](#)
- [EX.01.11-02](#) [Urinprøvetaking](#)
- <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf>
- [Forebygging av kateterassosierte urinveisinfeksjoner](#)
- Felleskatalogen®, november 2016