

Urinkateter - Stell og urindrenasje ved suprapubisk kateter (SPK)

D07359

Utgave:
6.01

Gjelder fra:
19.04.2024

Side 1 av 3

Hensikt og omfang

SPK innebærer drenasje av urinblære med et kateter som er satt rett inn i blæra gjennom huden like over symfyen (kirurgisk inngrep). Dette kateteret gir lavere risiko for urinveisinfeksjon enn [KAD](#) og gir mer bevegelsesfrihet og mindre irritasjon. Prosedyren omfatter stell av suprapubisk kateteriser (SPK) for å forebygge urinveisinfeksjon hos pasienten.

Ansvar/målgruppe

Alle som behandler/steller SPK.

Handling

Kateterstell og observasjoner

- Kontroller innstikkstedet daglig (blødning, tegn på infeksjon, om urinen er blodtilblandet, samt om det lekker urin fra uretra). Benytt aseptisk teknikk, egnet steril væske etter lokale retningslinjer (eks. vandig klorheksidin 0.5–1 mg/ml, fysiologisk saltvann) og steril bandasje til innstikksstedet er helet. Når innstikkstedet er tørt og helet vaskes det daglig med såpe og vann (fra innstikksted og utover). Det er da ikke behov for bandasje.
- Når pasienten skal dusje bør innstikkstedet, frem til det er helet, dekkes med en fuktbestandig kompress.
- Ved langvarig bruk kan det oppstå granulasjonsvev ved innstikksstedet. Dette kan i de fleste tilfelle behandles med sølvnitrat (Lapisstift).

For øvrig gjelder samme retningslinjer for suprapubisk kateter som for blærekateter ([KAD](#)):

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

Drenasjesystemet skal holdes lukket:

- Ved brudd på [aseptisk teknikk](#), frakobling eller lekkasje skal kateteret og drenasjesystemet skiftes med aseptisk teknikk og sterilt utstyr. Prosedyren følger som ved innleggelse av blærekateter.
- 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 nødvendig å koble fra urinoppsamlingssystemet. 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 forurens 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 urinposeslangen.
- 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 til enhver tid oppsamlingsposen under urinblærens nivå. 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.

Når skal kateteret skiftes?

- Avhenger av katetertype, skift i henhold til produsentens anbefalinger.
- Skiftes kun av personale med kompetanse på dette.

[Urinprøve](#) ved SPK tas kun ved kliniske tegn på infeksjon.

Seponering

Utstyr:

Sterile kompresser	Ren stellefrakk
Sterilt skiftesett	Pussbekken
10 ml sprøyte	Xylocain gel 2% (spør om evt allergi før bruk)
Rene hansker	Evt suturkniv
Bandasje	Evt steril strips
Tape	

- Informer pasienten om prosedyren og fremgangsmåten
- Informer pasienten om at det kan sive litt urin ut på magen/i bandasjen etter kateterfjerning
- Vask bordet/underlaget med desinfeksjonssprit og dekk opp utstyret
- Pasienten bør ligge i ryggleie på rent underlag
- Finn frem utstyret, vask hendene, ha rent arbeidsantrekk og stellefrakk
- Ta på rene hansker
- Ha med suturkniv og pinsett hvis kateteret er suturet fast
- Vask rundt kateteret med sterilt saltvann og fyll evt. noen ml Xylocain gel 2 % inn i kanalen langs kateteret før fjerning
- Tøm kateterballongen med 10 ml sprøyte. Kontroller at antall ml stemmer med det som ble satt inn
- Be pasienten trekke pusten inn, så puste ut og på utpust trekkes kateteret ut. Legg det i pussbekkenet.
- Komprimer over innstikkstedet med steril kompress

- Fest evt. steril strips og en steril bandasje over innstikkstedet
- Gi skriftlig informasjon til pasienten om hva som skal observeres etter kateterfjerning

Referanser

SI/17.28.03.21-08	Pasientinformasjon - Urinkateter, suprapubisk (SPK)
SI/17.34-02	Håndvask
EX.01.02-01	Basale smittevernrutiner
EX.01.02-07	Basale smittevernrutiner - Aseptisk (steril) teknikk
EX.01.05-03	Permanent kateter (KAD): - innleggelse, stell, og fjerning
EX.01.11-02	Urinprøvetaking

[eHåndbok - Suprapubisk kateter \(SPK\) Voksne - innleggelse, skifte, stell og seponering \(ous-hf.no\)](#), hentet 25.03.2024