**Innlegging av permanent urinvegskateter, kateter à demeure (KAD)**

**Mål:** Sikre at KAD blir brukt slik at ein i størst mogleg grad reduserer risikoen for kateter­assosiert urinvegsinfeksjon.

**Ansvar: Institusjonsleiar har ansvar for at rett utstyr er tilgjengeleg.**

**Sjukepleiar som set inn KAD har ansvar for at prosedyre blir følgt.**

**Omfang:** Gjeld ved innlegging og skifting av KAD.

Indikasjonar:

* Retensjon/blæretømmingsproblem der intermitterande kateterisering (IK) ikkje kan nyttast
* Kontinuerlig overvaking av diurese hjå kritisk sjuke
* For å betre komfort til terminal/døyande pasient.
* For å bidra til tilheling av opne sakrale sår hjå inkontinente
* Ved behov for kontinuerleg gjennomskylling av blæra grunna t.d. blødning/koaglar, grums/utfellingar

Gjennomføring:

KAD skal alltid forordnast av lege og dokumenterast i pasientjournal.

**Katetertype og -storleik**:

* Kateter av heil silikon nyttast ved langtidsbruk

For å redusere ev. skade på uretra, skal det nyttast kateter med minst mogleg diameter og som samstundes gir tilstrekkeleg drenasje, ch. 12-16. Ved blødning i urinvegane tilrådast 3-vegs kateter med storleik inntil ch. 24.

Ein skal nytte aseptisk teknikk. Det er anbefalt å vere to personar(utøvar, assistent)

**Utstyr:**

* Reint plastforkle og sterile hanska(utøvar)
* Reint plastforkle og ev reine eingongshanskar(assistent)
* Sterilt kateter
* Sterilt katetersett (ev. sterilt skiftesett, 2 sterile dukar og sterile kompressar)
* Steril væske (**sterilt vatn**/NaCl 9mg/ml/klorhexidin 1mg/ml)
* Gel med lokalanestesi (20 g til menn, 10 g til kvinner)
* 1stk. 10 ml sprøyte + sterilt vann til ballongen.
* Fabrikkrein urinpose
* Oppheng for pose
* Reint arbeidsbord

**Innlegging**:

Før prosedyren startar må pasienten være godt informert. Naudsynt utstyr må være tilgjengelig og plassert på reingjort arbeidsbrett/arbeidsbord. Kontroller før oppstart at pasienten ikkje har kjent allergi mot materiell som blir nytta (ex. lateks/klorheksidin).

1. Begge: utfør håndhygiene. Ta på reint plastforkle.
2. Hjelp pasienten med å legge seg i et eigna leie. Dekk pasienten til nedantil med
handkle etc.
3. Plasser nattbord og søppelbøtte i eigna posisjon.
4. Begge: utfør håndhygiene.
5. Utøver: tilrettelegg utstyr; opne kateteriseringssett og pakning med lokalanestesi/gel og overfør denne til steril flate (kateteriseringssettet sitt innpakningspapir) utan å kontaminere utstyret. Hell steril væske (sterilt vann, fysiologisk saltvann 9 mg/ml eller klorheksidin 0.5–1 mg/ml) over tupfere i kateteriseringssettet.
6. Dekk til pasienten med steril duk. Berør kun dukens ytterpunkt slik at ein i størst mogleg grad beheld sterilt arbeidsfelt:
* For kvinner leggas det steril duk mellom beina og under setet, samt dekkes til med steril duk rundt urinrørsopninga.
* For menn dekkes det til med steril duk rundt penis og over låra.
1. Begge: utfør håndhygiene.
2. Utøver: ta på sterile hanskar.
3. Utøver: gjør klar lokalanestesi/gel. Tilrettelegg utstyret på den sterile flata (kateteriseringssettet innpakningspapir).
4. Utøver: vask urinrørsopninga og nærliggande områder med de fuktige kompressane:
* Menn: hold rundt fremre del av penis med steril kompress og trekk forhuda forsiktig tilbake. Løft og strekk penis oppover i retning magen med et lett drag. Vask med de fuktige tupferane i sirkulære bevegelsar frå urinrørsopninga og utover glans.
* Kvinner: bruk to kompressar til å skilje kjønnsleppene slik at urinrørsopninga blir synlig. Vask med de fuktige tupferane frå urinrørsopninga og bakover – en tupfer for kvar bevegelse.

 NB! Handa som held penis / skil kjønnslepper er nå ikkje steril. Grepet haldast til
 kateteret er satt inn.

1. Utøver: sett glide-/lokalanestesimiddel langsamt inn i urinrøret. Det bør virke minst
2–3 minuttar før prosedyra fortsettas. For å forhindre at gelen renner ut hos menn kan man holde for urinrørsopninga med steril kompress eller nytt penisklemme.
2. Assistent: opne posen (ikkje fjerne den) med blærekateter. Tuppen på blærekateteret haldast tilgjengelig.
3. Utøver: ta katetertuppen enten med den sterile handa eller med steril pinsett.
4. Utøver: før kateteret forsiktig inn i urinrøret og vidare inn i urinblæra. Før kateteret helt inn. Dersom det ikkje kommer urin eller katetret møter motstand, må det ikkje brukas makt.
5. Utøver: fyll kateterballongen (etter urinsvar). Sjekk samtidig at pasienten ikkje har smerter. Ved kateter som ikkje er pre-fylte, sett angitt væskemengde (sterilt vann) inn i ballongen med sprøyte, vanlegvis 5–10 ml til vaksne, 3–5 ml hos barn. Ved pre-fylt kateter, fjern beholderklemmen og trykk på behaldaren 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.
6. Utøver: dra forsiktig i katetret for å kjenne om det er motstand. Dette for å kontrollere at ballongen er fylt og er på riktig plass.
7. Begge: kople saman kateter og urinoppsamlingssystem (utøver held kateter og assistent slangen på urinoppsamlingssystem).
8. Utøver: hos menn, trekk forhuda frem over penishovudet.
9. Fest katetret på en slik måte at det hindrar bevegelse og drag på katetret, samtidig som fri drenasje sikras. Fortrinnsvis på låret for kvinner, på nedre del av abdomen for menn.
10. Kast brukt utstyr. Ta av hanskar og plastforkle.
11. Begge: utfør håndhygiene.

**Journalfør dato og klokkeslett, indikasjon, kateterstørrelse, katetertype og mengde/ml væske som er fylt i kateterballongen.**

**Referanse:**

Smittevern 21. Førebygging av kateterassosierte urinvegsinfeksjonar. Nasjonal veileder. 2013 FHI. [www.fhi.no](http://www.fhi.no)