

Procedure

Emne: Steril intermitterende kateterisering (SIK) kvinder

Henvender sig til:

Sygeplejersker og efter oplæring social og sundhedsassistenter.

Formål:

At der sikres at SIK udføres under overholdelsen af de hygiejniske principper.

Kateteret føres ind i urinblæren gennem urinrøret og fjernes, når blæren er tappet tom. Det er individuelt hvor ofte blæren bør tømmes.

Forberedelse:

Udstyr:

- Sterilt kateter i henhold til lægens ordination.
- Sterilt vand eller sterilt NaCl 9 mg/ml.
- Evt. sterilt vand eller NaCl 9 mg/ml til fugtning af kateter.
- Sterile handsker.
- Sterilt afvaskningssæt.
- Urinopsamlingspose.
- Ren engangsplastforklæde.
- Evt. tampon.
- Evt. bækken.
- Evt. udstyr til nedre toilette.
- Alternativt udstyr: Sterilt kateterisationssæt.

Bed beboeren prøve at lade vandet og mål evt. urinmængde ladet spontant.

- Bed beboeren prøve at lade vandet selv:
 - Følg beboeren på toilettet eller bækkenstol. Sørg for privatliv.
 - Undgå at urinen løber lige ned i toilettet. Placer et bækken eller en skål i toilettet for at måle urinmængden.

Tag evt. en assistent med.

- Vurder behovet for en assistent.

Klargør udstyret og afskærm beboer.

- Udfør håndhygiejne.
- Find udstyr frem.
- Afskærm beboer.

- Udfør håndhygiejne.
- Tag rent engangsplastforklæde på.
- Klargør kateteret i henhold til procedurens anbefalinger.
- Sæt urinopsamlingsposen fast/placer den på et let tilgængeligt sted.

Lad beboeren ligge i rygleje.

- Beboeren bør ligge i rygleje, evt. sideleje hvis det er mere praktisk.
- Hæv beboerens overkrop, evt. kun mod slutningen af kateteriseringen.
- Bed beboeren om at bøje benene og holde dem godt adskilt. Brug en assistent, hvis dette er fysisk vanskeligt for beboeren.
- Udfør nedre toilette ved synlig forurening.

Vask urinrørsåbningen.

- Tag sterile handsker på.
- Adskil kønslæberne og vask urinrørsåbningen forfra og bagud med swaps/vattamponer, der er fugtet med sterilt vand eller sterilt NaCl 9 mg/ml. Benyt evt. en steril engangspincet for at undgå at forurene den sterile handske før indføring af kateteret.
- Sørg for at ingen fremmedlegemer (eks. Kønshår) føres ind med kateteret.
- Placer evt. en tampon/swaps i skeden.
- Placer evt. en skål mellem beboerens ben.

Før kateteret forsigtigt ind til urinen begynder at løbe.

- Hvis det er vanskeligt at se urinrørsåbningen: Fugt en swap i kold steril væske og pres den mod urinrørsområdet.
- Før kateteret forsigtigt ind i urinrøret. Brug ikke kræfter, hvis kateteret møder modstand.
- Før kateteret videre ind i urinblæren til urinen begynder at løbe.

Saml urinen og træk kateteret langsomt ud, når urinen ikke længere løber.

- Saml urinen i en skål eller urinpose koblet til kateteret.
- Bed beboeren om at hoste eller rømme sig, når der løber mindre urin.
- Når urinen ikke længere løber, trækker du kateteret langsomt ud.
- Hvis kateteret sidder fast, så bed beboeren om at hoste samtidigt med at du forsigtigt forsøger at dreje kateteret ud.
- Fjern evt. tampon eller swaps i skeden.

Efterarbejde.

- Mål tappet urinmængde.
- Tøm urinen i toiletet og bortskaf kateteret i affaldsbeholder.
- Tag handsker og engangsplastforklæde af.
- Udfør håndhygiejne.

Observationer.

- Observer urinens udseende, farve og lugt.
- Kontroller om beboeren kommer i gang med spontan vandladning. Sker dette ikke inden ca. 4 timer udføres SIK regelmæssigt, indtil beboeren kommer i gang med spontan vandladning. Motiver beboeren til at prøve vandladning før hver kateterisering.
- Mål evt. mængden af spontan vandladning.

<https://www.varportal.dk/portal/procedure/9975/13>

<p>Erstatter procedure af: Ingen tidligere</p> <p>Udsendt:</p>	<p>Udarbejdet af: Udviklingssygeplejerske Plejeboligområdet Jeanette Erceninks</p> <p>15.02.19</p>	<p>Godkendt af: Plejeboligleder Mona Tina Funch Denne udgave er lagt på www.plejeboli.albertslund.dk</p> <p>15.02.19</p> <p>Samt lagt på SB-SYS under procedure</p>
--	--	---