**Intermitterande kateterisering (IK)**

**Mål:** Denne prosedyren skal sikre at IK blir utført på ein måte som i størst mogleg grad reduserer risikoen for kateter­assosiert urinvegsinfeksjon.

**Definisjon:** IK - er periodisk tømming av urinblæra med kateter etter bestemt intervall.

RIK – Rein intermitterande kateterisering

**SIK –** Steril intermitterande kateterisering

**Ansvar:** Det er institusjonsleiar som har ansvar for at institusjonen har utstyr og at pleiepersonell har fått opplæring i prosedyren

Pleiepersonell som utfører IK har ansvar for å følgje prosedyren.

Når pasienten utfører IK sjølv så er det pasienten sjølv som har ansvaret

## Indikasjon: Midlertidige og permanente tømmingsforstyrrelsar.

Mål: Unngå overstrekk av urinblæra, t.d. ved resturin >400ml

 Unngå skade i øvre urinvegar

##  Unngå/redusere lekkasje. Ved resturin kan blæra tømmast x 2/døgn

**Gjennomføring:**

**RIK** – prosedyren skal nyttast:

* Når pleiepersonale utøver prosedyren i pasientens heim
* når pasienten gjør det sjølv, både i heimen og i institusjon
* når pårørande hjelper pasienten
* ved opplæring av pasient eller pårørande.

Ved RIK nyttast håndhygiene og intimvask. Desinfeksjon av urethralopninga er ikkje naudsynt.

Når pleiepersonale skal utføre prosedyra

**Utstyr:**

* Reine eingongshanskar og plastforkle
* Sterilt lavfriksjonskateter, tilrådd storleik: kvinner ch.10-12, menn ch.12-14
* Pussbekken eller urinflaske

**Metode:**

* Informer pasienten godt
* Plasser utstyr lett tilgjengeleg, søppelbøtte i eigna posisjon
* Desinfiser hender og ta på plastforkle
* Ta på hanskar
* Utfør intimvask (morgon og kveld, bruk lite såpe og mykje vatten)
* Skift hanskar
* Sett inn kateteret
* Tøm blæra helt
* Tekk ut kateteret
* Ta av hanskar og desinfiser hender
* Dokumenter indikasjon, dato, klokkeslett, mengde

**SIK-prosedyra skal nyttast når IK blir utført av pleiepersonalet inne i institusjon**

**Utstyr:**

* Reint plastforkle og sterile hanskar
* Sterilt lavfriksjonskateter (hydrofilt kateter) tilrådd storleik: kvinner ch.10-12, menn ch.12-14
* Sterilt kateteriseringssett (ev. sterilt skiftesett, 2 sterile dukar og sterile kompressar)
* Steril væske (**sterilt vatn**/Nacl 9mg/ml, klorhexidin 0,5/1mg/ml) til vask av urinrørsopninga
* Ev. sterilt vatn/Nacl 9mg/ml til fukting av kateter som ikkje er prefukta
* Pussbekken og/eller urinflaske/urinpose
* Reint arbeidsbord

**Metode:**

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

1. 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. Utfør håndhygiene.
5. Tilrettelegg utstyr; opne kateteriseringssett og pose med kateter. Heng kateter på nattbord etc. Fukt kateter etter anvisning frå produsent. Hell steril væske over tupferane 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. Ta på sterile hanskar.
2. 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. Før kateteret forsiktig inn i urinrøret og vidare inn i urinblæra. Før kateteret helt inn. Dersom det ikkje kjem urin eller katetret møter motstand, må det ikkje brukas makt.
2. Lat urinen renne ut i eigna behaldar, bruk god tid.
3. Trekk kateter langsamt ut når urinen har slutta å renne.
4. Hjå menn: trekk forhuda fram.
5. Kast brukt utstyr, ta av hanskar og plastforkle.
6. Utfør håndhygiene.

**Journalfør dato og klokkeslett, indikasjon og mengde tappa urin.**

**Referanse:**

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