OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Gäller för: Anestesi- operation- intensivvård
Innehållsansvar: Sofia Berglund, (sofbe28), Ivasjuksköterska
Granskad av: Flera granskare finns - se eftersättsblad
Godkänd av: Jimmy Bjelkengren, (jimbj), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-07-09
Giltig till: 2028-07-09

Blåskontroller, urintappning och kateterisering av urinblåsa på AnOpIVA kliniken - Vuxen och barn från 12 år

Förändringar sedan föregående version

Ny rutin där sammanställning av klinikens alla rutiner inom området slagits ihop.

Innehållsförteckning

Denna rutin gäller för **2**
Bakgrund **2**
Syfte **2**
Utförande **2**
Vid kateterisering 2
På operationsavdelningen 3
På uppvakningsavdelningen 4
På IVA och IMA 6
Allmän risk för urinretention 6
Hög risk för urinretention 6
Kateterisering av urinblåsa 7
Källförteckning **8**
Bilaga 1 ..... **9**

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Denna rutin gäller för

Personal på AnOpIVA kliniken.

Bakgrund

Operation och anestesi innebär risk för störd funktion av urinblåsan bl.a. p.g.a. lång operationstid, riklig vätsketillförsel, spinal- eller epiduralanestesi och smärtlindring med opioider. Oro, stress, smärta, opiater och ryggläge är riskfaktorer som gör att patienten har svårt att kissa och inte heller känner sig kissnödig trots stora blåsvolymer. En överfylld urinblåsa kan innebära ett livslångt handikapp och bra rutiner för att minska risken är av största vikt. Det finns inga exakta gränser för vid vilken volym blåsan tar skada, men risken ökar parallellt med stigande volym. Gränserna i den här rutinen är satta för att minimera risken för överfyllnad av urinblåsan. Är blåsvolymen >500 ml skall det registreras som en komplikation i Orbit 5/Cha. Risken vid överfylld urinblåsa skall vägas mot en ökad risk för urinvägsinfektion vid behandling med KAD. För att motverka risken för patientskada är det av stor vikt att utforma tydliga och säkra perioperativa rutiner för att förebygga, övervaka och behandla överfyllnad av urinblåsan.

Syfte

Att skapa säkra rutiner för att minimera risken för skadlig överfyllnad av urinblåsan för barn från 12 år samt vuxna.

Utförande

Vid kateterisering

KAD skall i så stor utsträckning det går sättas på vaken patient före generell anestesi eller ryggbedövning, framför allt vid elektiv kirurgi men kan även appliceras på viss akut kirurgi. Detta för att patienten ska kunna medverka och kunna förmedla eventuellt obehag eller

smärta. Detta gäller även patienter på IVA/IMA. Dock får en eventuell kateterisering ej fördröja livsuppehållande åtgärder.
Vid de operationer där kateter måste vara steril under ingreppet sätts den av operationssjuksköterska efter sterilklädning. Vid de tillfällen där behov av tappning eller KAD finns på barn ska kontakt ske med ansvarig anestesiläkare för ordination.

På operationsavdelningen

Preoperativt

Bladderscan skall göras före anestesistart. Alla patienter skall i lugn och ro tömma urinblåsan i så nära anslutning till operation som möjligt. Dokumentera klockslag av urintömning samt resultat av bladderscan i patientjournalen. Om blåsvolymen överstiger 200 ml bör patienten tömma blåsan och åter bladderscannas. Om blåsvolymen därefter överstiger 200 ml sätts en kateter efter läkarordination. Behandlingstiden bör inte överstiga 24 timmar.

Undantag

- Patienter som genomgår mycket korta ingrepp som ECT, elkonverteringar eller port-a-cath.
- Patienter som får KAD eller där blåsan töms under ingreppet, t.ex. vissa urologiska/gynekologiska operationer.

Om patienten bedöms ha hög risk för urinretention bör KAD övervägas

- Residualurin >200 mL vid den preoperativa bladderscanningen.
- Långa operationer, det vill säga mer än 3 timmar från preoperativ blåstömning till anestesislut.

KAD ska sättas

- Ingrepp i spinalanestesi med upprepad tillförsel av bedövningsmedel (SPEDA).
- Ingrepp i epiduralanestesi (EDA).

Peroperativt

Bladderscan görs på **alla** patienter:

- 3 timmar efter senaste blåstömning.
- Vid kortare anestesitid om patienten fått vätska i v, för vuxna >1000 ml. Dokumentera vätskemängd i patientjournalen.
- För barn över 12 år får man göra individuella bedömningar baserat på ålder, vg se uträkning av blåsvolym i barnrutinen.

Undantag

- Vid operation i lokalbedövning utan sedering.

Indikationer för blåstappning

- Vid blåsvolym >500 ml tappas patienten före operationssalen lämnas.

- Vid blåsvolymer mellan 400-500 ml, avvaktas tappning. Förnyad bladderscan görs när patienten kommer till UVA.

På uppvakningsavdelningen

Bladderscan ska ske vid patientens ankomst till UVA. Därefter en gång i timmen tills blåsan är tömd.

När patienten själv tömt urinblåsan ska bladderscan ske. Då gäller följande:

- Om blåsvolymen understiger 200 mL avslutas blåsövervakning.
- Om blåsvolymen överstiger 200 mL fortsätter blåsövervakning.
- Om patienten inte själv kan tömma urinblåsan bör urintappning övervägas när blåsvolymen överstiger 500 mL.
- Vid residualvolym >1000 ml sätts KAD. Kontakta ansvarig operatör alt. anestesiläkare. Informationslapp skall skickas med patienten.

Undantag

- Patienter som genomgått ECT-behandling, elkonvertering eller port-a-cath.
- Separat rutin följs vid TVT/TVT-O-ingrepp (TVT TVT O postoperativ vård).
- Operation i regional anestesi med operationstid under 60 minuter.

Blåsfunktion vid utskrivning

Huvudregeln är att alla patienter som inte har KAD skall ha kissat spontant och residualurinen skall vara < 200 ml.

Undantag

- Inneliggande patient med blåsvolym >200 ml (med eller utan tappning) och utan att ha kissat kan skrivas ut till vårdavdelningen med fortsatt blåsövervakning, om övriga utskrivningskriterier är uppfyllda. Tydlig rapport till avdelningen.
- Vid blåsvolym > 500 ml tappas patienten och fortsatt blåsövervakning ska ske på avdelningen.
- Dagkirurgiska patienter som ej fått spinal kan skrivas ut till hemmet utan att ha mikterat självständigt, om blåsvolymen är < 200 ml (med eller utan tidigare tappning) och om övriga utskrivningskriterier är uppfyllda.
    - Muntlig och skriftlig information som signeras av patienten (se bilaga i slutet av dokumentet).
    - Tydliga instruktioner om åtgärder vid fortsatta problem ska ges innan hemgång. Dokumentera i journal. Kontakta anestesiläkare.
- Om preoperativ resurin är mer än 200 ml ska samma värde accepteras som postoperativ resurin.

På IVA och IMA

De flesta patienter på IVA och IMA har redan en KAD vid ankomst alternativt erhåller en i samband med ankomst.

För de patienter där KAD ej är indicerat till en början gäller

Bladderscan ska göras vid patientens ankomst och upprepas **varje timme** tills blåstömning skett.
När patienten själv tömt urinblåsan ska bladderscan ske enligt nedanstående schema:

Residualurin	**Kontroll**
0-150 mL	Ny kontroll efter 3 timmar
150-300 mL	Ny kontroll efter 2 timmar
300-500 mL	Ny kontroll efter 1 timme.
>500 mL	Blåstappning, alternativt KAD (temp ch 14)

Allmän risk för urinretention

- Tidigare blåstömningsbesvär som kan påverka urinering.
- Kognitiv svikt.
- Immobilisering.
- Drog- och alkoholpåverkan.
- Diabetes mellitus.
- Akut buksjukdom.
- Förstoppning.
- Neurologisk sjukdom, inklusive TIA (Transitorisk Ischemisk Attack) och stroke.
- Läkemedel som påverkar urinblåsan, till exempel opiater och antikolinerigika.
- Kronisk smärta.
- Ålder över 75 år.

Hög risk för urinretention

- Residualurin >200 mL (uppmätt vid första blåsscanningen).
- Trauma.
- Akut och svår smärta.
- Hinder i urinrör, urinblåsa eller prostata (till exempel tumör).
- Medvetandesänkning.
- Parenteral vätska i stora doser alternativt diuretika i hög dos.
- EDA – smärtlindrande läkemedel i epiduralkateter.
- Avslutad KAD-behandling.
- Förlossning.

Kateterisering av urinblåsa

Följ anvisningarna som finns på Vårdhandboken.

För material (använd KAD ch 14) och tillvägagångssätt, se följande länkar:

KAD, kvinna - Vårdhandboken

KAD, man - inklusive film - Vårdhandboken

Enstaka och intermittent - Vårdhandboken

Val av kateter till barn

Ålder	Urinkateter
7–12 år	nr 8 – 10 (kuff 3 ml)
13–16 år	nr 10 – 12 (kuff 5 ml)

Källförteckning

Vårdhandboken.

Hansen BS, Soreide E, Warland AM, Nilsen OB. Risk factors of post-operative urinary retention in hospitalised patients. Acta Anaesthesiol Scand. 2011;55(5):545-8. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21418152

Joelsson-Alm E, Nyman CR, Lindholm C, Ulfvarson J, Svensen C. Perioperative bladder distension: a prospective study. Scand J Urol Nephrol. 2009;43(1):58-62. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18979281

Keita H, Diouf E, Tubach F, Brouwer T, Dahmani S, Mantz J, et al. Predictive factors of early postoperative urinary retention in the postanesthesia care unit. Anesth Analg. 2005;101(2):592-6, table of contents. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16037182

Steggall M, Treacy C, Jones M. Post-operative urinary retention. Nurs Stand. 2013;28(5):43-8. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24093416 Choi S, Awad I. Maintaining micturition in the perioperative period: strategies to avoid urinary retention. Curr Opin Anaesthesiol. 2013;26(3):361-7. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23492981

Bilaga 1

Information angående vattenkastning till Dig som opererats på NÄL eller Uddevalla sjukhus

Orsaken till eventuellt vattenkastningsproblem är att narkos eller bedövning kan försvåra tömningsförmågan. Vi vill undvika att blåsan står utspänd då detta kan försvaga muskulaturen i blåsväggen. Om blåsan blir överfull är det svårt att kissa själv och man måste få hjälp med detta på sjukhus p.g.a. risk för fortsatta blåsproblem.

- Om Du inte kissat på Uppvakningsavdelningen före hemgång och inte har kissat hemma innan Du går och lägger Dig för natten, sök **Akutmottagningen NÄL 010 – 43 50 000 (vx)**

- Om Du som patient har fått en urinslang insatt i urinblåsan p.g.a. vattenkastningsbesvär efter operation gäller följande: *Slangen skall tas bort efter 1 vecka av en distriktssjuksköterska på Din vårdcentral. Efter detta är det viktigt att Ni kan kissa spontant.*

Jag har tagit del av ovanstående information

Datum: _____

Underskrift: _____

Personnummer: _____

Detta papper finns i två exemplar, ett exemplar får patienten med sig hem. Ett exemplar förvaras i patientens journal.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Anestesi- operation- intensivvård

Innehållsansvar: Sofia Berglund, (sofbe28), Ivasjuksköterska

Granskad av: Katarina Strid, (katst), Överläkare, Lars Brühne, (larbr6), Överläkare, Johanna Fällén, (johfa11), Överläkare

Godkänd av: Jimmy Bjelkengren, (jimbj), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10033-158836868-151

Version: 2.0

Giltig från: 2026-07-09

Giltig till: 2028-07-09