

Gäller för: VE Kard Inf Hud Njur Gastro

Giltig från: 2026-02-27

Innehållsansvar: Ida Pontén, (idapo1), Enhetschef

Giltig till: 2028-02-27

Granskad av: Anna Wärme, (annwa49), Processchef

Godkänd av: Kerstin Larsson, (kerla9), Verksamhetschef

Operation PD-kateterinläggning - njursjukvård

Innehåll

| | |
|--|---|
| Revideringar i denna version..... | 1 |
| Syfte..... | 2 |
| Ansvar/Planering | 2 |
| Rutin | 4 |
| På PD-mottagningen..... | 4 |
| Prover och mätvärden, tas på inskrivningsdagen | 4 |
| Operationsdagens morgon på PD-mottagningen..... | 5 |
| Premedicinering..... | 5 |
| Operation | 5 |
| På vårdavdelningen efter operation | 5 |
| PD-sjuksköterskebesök en vecka efter operation | 6 |
| Arbetsgrupp | 6 |

Revideringar i denna version

Smärre kompletteringar och förtydliganden på önskemål från Kirurgen.

Ändring i arbetsgrupp och innehållsansvarig.

Syfte

Beskriva rutiner för planering, provtagning, information och vådrutiner vid operation av PD-kateter.

Ansvar/Planering

- *PAL (patientansvarig läkare)* tar beslut om dialysstart och meddelar PD-mottagningen som vidare sköter kommunikationen med operationskoordinator, njurmedicinavdelning och patient enligt nedan. Görs när PD-start är aktuell inom 2–4 veckor (d v s när uremisymtom eller lab inte adekvat kan regleras längre med läkemedel). Operationstid kan vanligen fås inom 2 veckor och PD-start kan normalt göras polikliniskt på PD-mottagningen 1–2 veckor postoperativt. Vid behov av start tidigare kan det ske via startprogram APD på PD-mottagningen redan 2 dagar postoperativt. Se styrdokument [Akut peritonealdialys \(PD\) - behandlingsstart, STY-id: SKAS9715-1834850575-5](#) liksom vid behov av akut PD-kateter.
- *PAL kontrollerar* ånyo att kontraindikation ej föreligger. I första hand aktiv inflammatorisk tarmsjukdom/divertikulit, stora ärrbräck, icke åtgärdade andra bräck, icke kooperabel patient, aktivt missbruk, ventrikuloperitoneal shunt.
- Relativa kontraindikationer beaktas också som omfattande tidigare bukkirurgi, stomi, stora diafragmabräck, betydande ej åtgärdad prolaps, svår lungfunktionsnedsättning, avsaknad fast adress/eget boende respektive avsaknad egenvårdsförmåga utan möjlighet till assistans.
- **Om bräck** föreligger bör detta ha remitterats för åtgärd (helst med nät) i god tid innan det blir aktuellt för inläggning av PD-kateter. Då gäller ordinarie remissförfarande till Kirurgmottagningen, men där det bör framgå att patienten är planerad för framtida PD-behandling respektive om patienten kan komma att bli aktuell för njurtransplantation i framtiden.
- Vid behov kan någon av kirurgerna i PD-teamet kontaktas per telefon av PAL för diskussion. Det kan till exempel gälla om det finns ett litet (navel-) bräck eller om det upptäcks bräck först när behov av PD-start är mycket nära förestående och om det kan åtgärdas vid operationen, tveksamheter kring bukens status till exempel efter tidigare multipla operationer, men där exempelvis adherenslösning i samband med operationen skulle kunna vara ett alternativ, en i övrigt svårt multisjuk patient eller patient med relativa kontraindikationer för gemensamma överväganden. Om kirurgen bedömer att denne bör träffa patienten för ytterligare värdering, kan kirurgen kontakta PD-

mottagningen om lämplig tidpunkt för konsultbedömning av patienten på PD-mottagningen.

- Följande **SKA** vara **dokumenterat** och tydligt framgå av journalen (viktigt eftersom kirurgens åtgärder ansvarsmässigt grundas på dessa uppgifter)
 - När och av vem beslut fattats om inläggning PD-kateter.
 - Att absoluta och relativa kontraindikationer beaktats. Absoluta kontraindikationer negetas och om man avser göra försök med PD trots relativa kontraindikationer ska anledningen dokumenteras.
- För närvarande är grundrutinen att ingreppet görs laparoskopiskt, men eventuellt undantag (till exempel perkutan PD-kateterinläggning i lokalanestesi) beslutas i samråd mellan njurläkare, kirurg och anestesiläkare.
- *Uremikoordinator/PAL/PD-sjuksköterska (gemensamt ansvar)* kontrollerar att patienten fått adekvat och önskad **PD-information** helst i god tid före operationen och behandlingsstart. Om inte ordnas extra tid för det på PD-mottagningen innan operation.
- **Patienten ska informeras (gemensamt ansvar PAL/uremikoordinator/PD-sjuksköterska)** att det vid kommande operation kan upptäckas att PD trots allt inte är lämpligt/möjligt respektive att eventuellt asymtomatiska oupptäckta bräck kan upptäckas vid operationen och komma att åtgärdas i samband därmed eller subakut efter operationen.
- *PD-sjuksköterska* ringer operationskoordinator/sekreterare på Kirurgkliniken "Övre gastro" telefon 0500-478012, som hanterar ärendet vidare med **operationsplanering och kontakt med kirurg i PD-teamet**.
- *Kirurgläkaren* gör **operationsanmälan i Orbit** på basen av njurmedicins journaluppgifter och patientens aktuella ordinationer enligt journalen och beslutar hur **aktuell medicinering**, inte minst avseende eventuell **antikoagulantia** ska hanteras inför operation. (I normalfallet bryr sig inte kirurgerna om behandling med Trombyl eller Plavix - NOAK på uremiska patienter sätts ut 5–7 dagar före operation och Waran 3–5 dagar före operation). Vid behov diskussion per telefon med ansvarig njurläkare.
- *Operationskoordinator/sekreterare* på Kirurgkliniken "Övre gastro" återkopplar till PD-mottagningen om **operationstid** och **eventuella preoperativa önskade åtgärder** som till exempel om och när eventuell antikoagulantia ska pausas.
- *PD-sjuksköterska* **dokumenterar** ovanstående i patientens journal och **kallar patienten** samt ger nödvändig **information** till patienten.

Glöm inte meddela eventuellt uppehåll av antikoagulantia.

Dubbelkollar dessutom att patienten fått önskad PD-information samt att det vid kommande operation kan upptäckas att PD trots allt inte är möjligt och att eventuella bråck kan komma att åtgärdas enligt ovan.

- *PD-sjuksköterska* **skriver in patienten i almanackan på Njurmedicinavdelningen** samt ger nödvändig **information** till avdelningen.
- PD-sjuksköterska informerar fysioterapeut om datum för inskrivning.
- *Njurläkare* **skriver in** patienten 2–3 dagar innan operationsdagen, detta sker på PD-mottagningen, se **rutiner nedan**. Patienten återgår därefter hem fram till operationsdagens morgon.

Rutin

På PD-mottagningen

- *Inskrivande läkare* skriver in patienten (bråckportar undersöks på nytt och vid osäkerhet om nytillkomna bråck eller annan oklarhet kontaktas tilltänkt operatör). Ordinerar premedicinering och dropp (enligt nedan) samt eventuella kompletterande prover/undersökningar.
- *Sjuksköterska* - Gör sjuksköterskeinskrivningsanteckning. Informerar patienten om fasta från 6 timmar före operation, klara drycker fram till 2 timmar före operation. (Se styrdokument för SkaS: [Preoperativ fasta](#) (STY-id: SKAS9695-1808319850-225) samt [Diabetes och operation](#) (STY-id: SKAS9695-1808319850-116).
 - Har patienten magen igång? Viktigt motverka förstoppning. Klyx vid behov (ej närmaste 12 timmarna före operationen).
 - Dusch med Descutan.
- *Sjukgymnasten* instruerar patienten i teknik att komma i och ur säng.

Prover och mätvärden, tas på inskrivningsdagen

- Blodstatus, elstatus med urea och fosfat, CRP, HCO₃, P-glukos. (PK om Waran med uppehåll).
- HIV, HbsAg, HCV (om det inte tagits under senaste året).
- Blodgruppering alternativt kopia på blodgruppering.
- EKG
- Vikt, längd och blodtryck.

Operationsdagens morgon på PD-mottagningen

- Patienten kommer till PD-mottagningen kl. 8:00
- Dusch med Descutan-svamp. Operationskläder och renbäddad säng. Fasta enligt ovan.
- PD-sjuksköterska markerar önskat Exit-site.
- Perifier venkateter sätts.
- PD-sjuksköterska skickar med PD-kateter (en av varje storlek, kort och lång) till operation.
- Uppmana patienten tömma blåsan före premedicineringen.
- Premedicinera enligt ordination cirka 30 minuter före operation.

Premedicinering (Ordinationsmall ”PD-kateter in” i

läkemedelsmodulen kan användas)

- Dropp: Glukos 5 % 500 ml, 75 ml/timma startas redan på morgonen/förmiddagen p g a fasta. Om diabetespatient, följ styrdokument [Diabetes och operation](#) (STY-id: SKAS9695-1808319850-116). Avdelningsläkare ska dock avgöra om elektrolyttillsatser i droppet eller ej.
- Tablett Alvedon 1 gram per os.
- Injektion Oxycodone 10 mg/ml, 0,25 ml subkutant.
- Infusion Cloxacillin 2 g i v (vid penicillinallergi Klindamycin 600 mg i v eller per os alternativt Nebcina 1,5 mg/kg i v).

Operation

- PD-sjuksköterska kör patienten till operationsavdelningen.
- Efter operationen får patienten komma till Njur-Sår- och Medicinavdelningen.

Normalt sett kan patienten gå hem dagen efter operationen, följas upp på PD-mottagningen och i samråd med PAL starta PD när lämpligt. PD-start i första hand polikliniskt via PD-mottagningen. Vid behov av akut PD-start direkt efter operationen, följ styrdokument [Akut peritonealdialys \(PD\) - behandlingsstart](#) (STY-id: SKAS9715-1834850575-5).

På vårdavdelningen efter operation

- Observera operationsförband, markera eventuell blödning och förstärk vid behov.
- Förbanden på operationssnitt och exit-site skall i första hand sitta i 7 dagar och vid behov förstärkas. Vid behov byte förband efter bedömning av PD-sjuksköterska.

- Vid i- och urstigning säng följes sjukgymnastens instruktioner om teknik.
- Smärtlindra så att patienten kan mobiliseras. Använd generella ordinationer (GO) av Alvedon (upp till 2 tabletter tre gånger per dygn) och kapsel OxyNorm oxikodon) 5 mg vid behov.
- Kontrollera att patienten har magen i gång, (särskilt hög risk för obstipation postoperativt på grund av immobilisering och smärtlindring) ge lösande kost eller laxermedel vid behov, informera om vikten av detta även fortsättningsvis.
- Inför utskrivning kontaktar sjuksköterska PD-mottagningen på telefon 0500-478101 för att boka tid för uppföljning, vanligtvis en vecka efter operationen.
- Inför utskrivning förses patienten av PD-sjuksköterska med informationsblad "*Utskrivningsinformation efter operation av PD-kateter (inläggning)*". Skicka med 3 kapslar OxyNorm (oxikodon) à 5 mg (notera "medskickat hem 3 st. enligt styrdokument" och signera under generell ordination (GO) för OxyNorm kapsel à 5 mg) att använda efter hemgång vid behov tillsammans med fortsatt Alvedon efter behov. Skicka även med lämpligt laxermedel (också från GO) vid behov.

PD-sjuksköterskebesök en vecka efter operation

- Lägg om operationssår och exit-site, tvätta med NaCl-lösning.
- Aseptisk omläggningsteknik.
- Tvätta med NaCl-lösning. Lägg om med passande förband.
- Informera patienten att hålla exit-site torrt.
- Fortsatt omläggning av PD-sjuksköterska en gång/vecka första 2–3 veckorna postoperativt.
- Planering i samråd med PAL om fortsatt uppföljning/start.

Arbetsgrupp

Innehållsansvarig

Maria Johansson, Sjuksköterska, PD-mottagningen, SkaS Skövde

Åsa Andersson, Sjuksköterska, PD-mottagningen, SkaS Skövde

Ann Karlsson, Sjuksköterska, PD-mottagningen, SkaS Skövde

Lukas Sjöberg, Sjuksköterska, PD-mottagningen, SkaS Skövde

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VE Kard Inf Hud Njur Gastro

Innehållsansvar: Ida Pontén, (idapo1), Enhetschef

Granskad av: Anna Wärme, (annwa49), Processchef

Godkänd av: Kerstin Larsson, (kerla9), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9715-1834850575-87

Version: 11.0

Giltig från: 2026-02-27

Giltig till: 2028-02-27