

KAD på Akutmottagning Mölndal

Bakgrund

Patienter som ska genomgå en operation, sköra äldre samt patienter med svikt av vitala funktioner har ökad risk för urinretention och blåsoverfyllnad. Smärta, stress och sängläge försvårar urintömningen och många patienter får stora blåsvolymer. Risk för postoperativ urinretention föreligger hos alla patienter oavsett ålder men vid vissa ingrepp är risken högre, ex höftfraktur (1). Övervakning av urinblåsans volym är en viktig omvårdnadsåtgärd för att förebygga övertänjning av urinblåsan (1).

Blåskapaciteten är individuell vilket gör bedömningen av blåsoverfyllnad svår. Internationella riktlinjer och definitioner vägleder oss för att minska risken för blåsoverfyllnad. Urinretention innebär att blåstömningen inte sker alls eller att tömningen är ofullständig med residualurin >400 ml. Tidsfaktorn är viktig, snabb upptäckt och behandling (inom 1–2 timmar) av blåsvolymer mellan 500 ml och 1000 ml minskar risken för kroniska skador. En bestående blåsmuskelskada på grund av övertänjning kan idag inte behandlas kirurgiskt eller medicinskt för att återställa urinblåsans funktion (1,3). Vid misstanke om blåsskada kontaktas urolog på SU/Sahlgrenska.

Kateterbehandling har kända komplikationer; biofilm (ett lager av mikroorganismer på kateterens yta), bakteriuri, urinvägsinfektion, skador eller obehag i urinröret m.m. (3). Risken för komplikation ökar med behandlingstidens längd. Aktuell forskning har visat att kvarsittande kateter under högst 24 - 48 timmar minskar risken för urinretention utan att öka risken för urinvägsinfektion jämfört med intermitterande kateterisering (4).

Syfte

Syftet med rutinen är att minska risken för vårdskada på grund av blåsoverfyllnad, underlätta stabilisering av vitala funktioner samt perioperativ optimering.

Arbetsbeskrivning

Ansvarig läkare på akuten tar ställning till behov av kvarvarande kateter (KAD). Ansvarig sjuksköterska på akuten ska dokumentera indikation, ev. svårigheter vid insättningen och blåsmängd i Melior. Detta ska rapporteras till mottagande avdelning enligt SBAR.

Ansvarig avdelningsläkare ska göra en plan för avveckling av KAD. Detta ska dokumenteras i patientens journal. Målet är att KAD ska kunna avvecklas inom 24-48 timmar med fortsatt mätning av residualurin. Behovet ska utvärderas dagligen. Patientens tillstånd får från fall till fall avgöra om målet kan uppfyllas.

Vid misstanke om övertänjd urinblåsa försöker man avveckla KAD dag 4, om det inte går, görs ett nytt försök efter två veckor.

Strikt aseptisk kateteriseringsteknik gäller, se rutin 31854 och 31853 i Barium. För att underlätta optimering av patienter som ska opereras samt patienter som ska vårdas på IVA sätts KAD med temperatursensor. Om KAD inte kan sättas på vanligt sätt tas ställning till suprapubisk kateter och vid behov kontaktas urologbakjouren.

Om någon av nedanstående indikationer för KAD behandling föreligger ska man ta hänsyn till patientens **anamnes, status, samt om möjligt, patientens önskemål**.

Indikation för urinkateter vid svikt av vitala funktioner, sköra äldre samt vid operation där det bedöms gagna patienten:

1. Akut urinretention, obstruktion av urinvägarna alt. makroskopisk hematuri (hematurikateter)
2. Hemodynamiskt instabil patient i behov av uppvätskning och urinmätning för att upprätthålla normal cirkulation och urinproduktion
3. Påverkad njurfunktion med behov av urinmätning alt. timdiures-mätning
4. Underlätta vård i livets slutskede

5. Patient aktuell för operation som tidigare drabbats av överfylld blåsa och/eller vattenkastningsbesvär i samband med operationer
6. Patienter som inte kan miktera p.g.a. immobilisering, ex. frakturer, svårt sjuka

Kontraindikation

Skadat eller misstanke om skadat urinrör.

Blåsscanningschema:

Residualurin-kontroll 100-150 ml Ny kontroll efter 3 timmar 150-300 ml Ny kontroll efter 2 timmar 300-400 ml Ny kontroll efter 1 timme > 400 ml I första hand tappning, KAD kan diskuteras med ansvarig läkare.

Ansvar

Vårdenhetschef på Akutmottagningen Mölndal, SU/område 3 ansvarar för att rutinen följs och är känd för medarbetare på akutmottagningen.

Uppföljning, utvärdering och revision

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPro.

Arbetsgrupp

Anna Rubensson, läkare, VO ortopedi, område 3
Victor Linder, läkare, VO geriatrik, område 3
Bengt Nellgård, läkare, VO An/Op/IVA, område 3
Charlotta Nissmark, sjuksköterska/avd. instruktör, Akutmottagning Mölndal, område 3
Magnus Lans, vårdenhetsöverläkare, Akutmottagning Mölndal, område 3
Camilla Bergh, vårdenhetsöverläkare, Akutmottagning Mölndal, område 3

Referenser:

1. <http://www.vardhandboken.se/Texter/Blasovervakning-vid-sjukhusvard/Oversikt/>
2. Joelsson-Alm E. Bladder distension – aspects on a health care related injury. Stockholm: Department of Clinical Science and Education, Stockholm South General Hospital, Karolinska Institutet; 2012.
3. <http://www.vardhandboken.se/Texter/Kateterisering-av-urinblasa/Komplikationer-med-omvardnadsatgarder/>
4. Reference. Zhang W, Liu A, Hu D, Xue D, Li C, Zhang K, et al. (2015) Indwelling versus Intermittent Urinary Catheterization following Total Joint Arthroplasty: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS ONE 10(7): e0130636. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0130636>