

Gäller för: Verksamhet Thorax och kardiologi

Giltig från: 2025-11-12

Innehållsansvar: Maya Landenhed Smith, (maysm1), Överläkare

Giltig till: 2027-11-10

Godkänd av: Kristofer Skoglund, (krisk3), Verksamhetschef

Revideringar i denna version

Ny rutin!

Syfte

Att systematisera och effektivisera omvårdnadsarbetet och säkerställa patientens vård och omhändertagande på ett optimalt sätt, samt att förebygga risker och tidigt identifiera brister.

Ansvar

Medicinskt ansvarig sektionschef på enheten är tillsammans med vårdenhetschefen på enheten ansvarig för att rutinen är känd och följs.

Bakgrund

Följa omvårdnadsåtgärd för att förebygga vårdskador orsakade av övertänjning av urinblåsan.

Urinretention och övertänjd urinblåsa

Urinretention innebär att blåstömningen inte sker alls eller att tömningen är ofullständig med residualurin >400 mL (för en normalbyggd vuxenperson).

När blåsvolymen överstiger 500 mL ökar för kroniska skador med urintömningsbesvär, infektioner och i svåra fall livslångt behov av kateterbehandling. Över 1000 mL eller mer krävs ofta långvarig kateterbehandling och kontakt med urolog eller uroterapeut för att kontrollera om blåsfunktionen återhämtar sig.

Flera faktorer kan försämra förmåga till blåstömning

I samband med sjukhusvård finns det flera faktorer som försämrar patientens förmåga till tömning av urinblåsan, vilket leder till en ökad risk för blåsovertänjning och urinretention. Andra situationer såsom smärta, ryggläge, integritetsproblem, oro och stress kan också försvåra blåstömning. Vissa läkemedel påverkar urinblåsans funktion, till exempel morfinpreparat.

Bedömning och åtgärd vid risk för urinretention

Nedanstående tabell visas åtgärder för situationer/tillstånd med Allmän risk respektive Hög risk. Observera att det kan förekomma fler tillfällen och situationer där patienten bör övervakas extra noga.

Allmän risk

Situation	Åtgärd
<ul style="list-style-type: none">• Tecken på avflödeshinder eller tidigare blåstömningbesvär som kan påverka urinering.• Kognitiv svikt (med eller utan förvirring).• Immobilisering (framförallt vid sängläge).• Drog- och alkoholpåverkan (framförallt vid medvetlöshet).• Diabetes mellitus, även nydebuterad.• Akut buksjukdom, inklusive förstoppning.• Neurologisk sjukdom, inklusive TIA (Transitorisk Ischemisk Attack) och stroke.• Läkemedel som påverkar urinblåsan, till exempel opiaterna och antikolinergika.• Kronisk smärta.• Ålder över 75 år.	<p>Ultraljudskontroll med blåsscanner efter miktions:</p> <ul style="list-style-type: none">• Om residualurin <200 mL och besvärsfrihet, ingen ytterligare kontroll.• Om residualurin >200 mL, övergå till hög risk.

Hög risk

Situation	Åtgärd
<ul style="list-style-type: none">• Residualurin >200 mL (uppmätt vid första blåsscanningen).• Trauma, svår smärta, immobilisering.• Hinder i urinrör, urinblåsa eller prostata (till exempel tumör).• Medvetandesänkning, medvetlös.• Parenteral vätska i stora doser alternativt diuretika i hög dos.• TEDA – smärtlindrande läkemedel i epiduralkateter.• Avslutad KAD-behandling.• Pareser.	<p>Kontroll av blåstömning enligt schema (se Schema för kontroll av blåstömning).</p> <p>Hög risk avslutas när blåsscanning visar <200 mL vid två efterföljande mätningar.</p>

TÄNK PÅ!

Innan mätning ska patienten ges tillfälle att tömma blåsan, om möjligt sittande eller stående i ostörd miljö.

Arbetsbeskrivning

- **Har patient inte kissat. Bladder Scan efter 4 timmar,**
- **Vid prostatism kan resurin på 300 ml vara acceptabelt (fråga ansvarig läkare).**
- **Tappning görs vid 500 ml.**

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

- **Ny KAD sätts vid resurin två gånger över 500ml**
- **Om resurin över 700ml, ska KAD sättas om.**

Kontroll av blåstömning kan avslutas är;

1. **Patienten mikterat x 2**
2. **Vid residualurin mindre än 200-300mL och patienten är besvärsfri.**

<https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/basal-och-preventiv-omvardnad/blasovervakning-vid-sjukhusvard/>

Uppföljning, utvärdering och revision

Avvikelse från rutinen ska dokumenteras i patientjournalen och inträffade negativa händelser ska rapporteras i avvikelssystemet Med Control Pro där aktuell linjeförordnad ansvarar för utredning, åtgärd och uppföljning.

Utvärdering och revidering av rutindokumentet ska ske senast två år efter godkännande. Ansvar för revidering har avd 12-25 rutinansvarig tillsammans med vårdenhetschefen.

Dokumentation

Styrande dokument arkiveras i Barium. Redovisande dokument ska hanteras enligt sjukhusets gällande rutiner för arkivering av allmänna handlingar.

Granskare/arbetsgrupp

Andreas Westerlind, Vårdenhetsöverläkare Thorax avd 12-25

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Thorax och kardiologi

Innehållsansvar: Maya Landenhed Smith, (maysm1),
Överläkare

Godkänd av: Kristofer Skoglund, (krisk3), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9777-819499373-336

Version: 3.0

Giltig från: 2025-11-12

Giltig till: 2027-11-10