

Gäller för: Verksamhet Gynekologi och reproduktionsmedicin  
Innehållsansvar: Helena Hognert, (helho13), Sektionschef  
Granskad av: Elisabet Ödesjö, (eli0d1), Överläkare  
Godkänd av: Pernilla Dahm Kähler, (perda5), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-04-09

Giltig till: 2027-04-09

# KAD-rutiner postoperativt

## Revideringar i denna version

2025-04-08 förlänger rutin och byter layout. Inga medicinska ändringar gjorda.

## Syfte

Kvalitetssäkra omvårdnaden kring denna patientgrupp.

## Utförande

Grundregeln är att KAD skall avvecklas så fort som möjligt för att minska risken för infektioner samt underlätta mobilisering.

- Vid laparoskopi och kort operationstid kan patienten kissa själv innan hon går in på operationssalen, annars tappas blåsan innan operationsstart.
- Vid laparoskopiska operationer som tar längre tid skall KAD sättas innan operationsstart och tas bort innan patienten lämnar UVA om inte annat meddelas av operatören.
- Om patienten är opererad i en Morfinspinal dras KAD efter 12 timmar alternativt senast kl. 06.00 nästa morgon. Detta då 50 % inte kan kissa spontant på operationsdagen.
- Om patienten skall opereras i dagkirurgisk spinal, skall patienten kissa på väg in till operationssalen. Ingen vätska ges under operationen samt bladderscan på UVA och v.b. på gyn-avdelningen. Rapport mellan UVA och avdelningen om blåsvolym.
- Efter att KAD är borttagen skall patienten kissa inom 4 timmar, annars kontrolleras bladderscan.
- Om residualurin < 350 ml ny kontroll om 2 timmar, om > 350 ml tappas urinblåsan. Vid övertänjd blåsa > 800 ml öppen KAD 3 dagar.

- Patienten har kontrollerats klart vid residualurin < 150 ml och urinmängd > 200 ml.
- Patienter som postoperativt smärtbehandlas med EDA får ha KAD tills EDA är avvecklad.
- Övriga operationer: KAD dras så fort som möjligt, senast morgonen efter operation om inte operatören meddelat annat.
- Vid accidentell blåsskada vid operation kan längre KAD-behandlingar krävas. Det skall framgå av anestesijournalen om så är fallet och hur länge KAD skall sitta.
- Vid ofullständig blåstömning är RIK att föredra framför ny KAD. Om KAD ska återinsättas är det på läkarordination.
- Om patienten behöver gå hem med RIK kan information och träning skötas av uroterapeut på gynnottagningen.

## Ansvar

Gäller för all personal inom VO Gynekologi och reproduktionsmedicin/område 1/SU. Ansvar för spridning och implementering har verksamhetschef/vårdenhetsöverläkare. Verksamhetschefen ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författningar och lagar.

## Uppföljning, utvärdering och revision

Verksamhetschef ansvarar för uppföljning av innehållet i rutinen. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.

## Granskare/arbetsgrupp

Helena Hognert, överläkare/sektionschef, benign gynekologi ÖS, Elisabet Ödesjö, vårdenhetsöverläkare, Gyn, Östra

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Gynekologi och reproduktionsmedicin

**Innehållsansvar:** Helena Hognert, (helho13), Sektionschef

**Granskad av:** Elisabet Ödesjö, (eliod1), Överläkare

**Godkänd av:** Pernilla Dahm Kähler, (perda5), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9786-1429723585-71

**Version:** 6.0

**Giltig från:** 2025-04-09

**Giltig till:** 2027-04-09