

Gäller för: Flera enheter - se eftersättsblad

Giltig från: 2026-04-24

Innehållsansvar: Mathias Hård af Segerstad, (matko2), Sektionschef

Giltig till: 2026-12-21

Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

# Blåsövervakning Perioperativt

Revideringar i denna version

Tydliggörande av riskfaktorer vid KAD-sättning som uretraskada.

## Syfte

Att förhindra urinretention och förebygga risken för övertänjd urinblåsa, samt att förhindra vårdskador till följd av urinkateterisering i samband med anestesi, operation och postoperativ vård.

## Arbetsbeskrivning

Rutin gäller vuxna och barn över 16 år. Samtliga åtgärder ska dokumenteras i patientens datajournal, KAD-storlek, indikation, volym vid insättning, volym vid intermittent kateterisering, avvecklingsplan, samt eventuella svårigheter vid insättning. KAD-insättning/tappning utförs enligt [Urinkateter - insättning och spolning Vuxna \(vgregion.se\)](#).

KAD bör övervägas i följande fall:

- Bladderscan som visar > 200 ml direkt efter sövning,
- Förväntad anestesitid - mer än 3 timmar
- Spinal- och epiduralanestesi
- Behov av riklig vätskebehandling, inotropbehandling, urinmätning eller diuretika
- **Väg dock in följande riskfaktorer**
  - Män över 60 år
  - ASA >3
  - Blåstömningsbesvär, tillexempel nokturi?

## Preoperativt

Alla patienter som inte ska få KAD, ska tömma urinblåsan i nära anslutning till transporten till operations-avdelningen. Om det har gått en timma eller mer sedan senaste vattenkastningen ska patienten ånyo uppmanas att tömma urinblåsan innan operation. Om möjligt bladderscanna redan på preop/säng-hall, så ges patienten möjlighet att tömma urinblåsan själv.

## Peroperativt

Bladderscan ska göras direkt efter anestesistart. Om blåsscanning visar urinmängd > 200 ml bör kirurg eller anestesiläkaren konsulteras om KAD alternativt tappning. KAD ska dokumenteras med en avvecklingsplan, behandlingstiden bör inte överstiga 24–48 timmar.

### **Bladderscan utförs peroperativt enligt följande:**

- Bör utföras om det har gått två timmar från senaste blåsscanning
- Ska utföras inom 3 timmar från den senaste blåsscanning
- Ska utföras vid tveksamhet/misstanke om fylld urinblåsa
- Tappning av urinblåsan bör ske om urinmängden > 300 ml
- KAD kan värderas om riskfaktorer föreligger

## Avvikelse rapportering

### Patient på postop-avdelningen

#### **Bladderscan ska utföras:**

Direkt vid patientens ankomst till postop-avdelningen

Därefter varje timma tills blåstömning har skett

Vid tveksamhet/misstanke om fylld urinblåsa

- Om urinmängden är > 400 ml ska patienten uppmanas att tömma urinblåsan. I annat fall ska urinblåsan tappas.
- Om patienten har > 900 ml i urinblåsan och inte kan tömma själv ska KAD sättas samt informera ansvarig anestesiläkare/kirurg.

## Avvikelse rapportering

För alla patienter som har >500 ml vid två tillfällen alternativt > 1000 ml vid ett tillfälle ska en avvikelse rapporteras (1) i MedControl samt anteckning skrivs i Journal (i Melior, sökord vårdskada – välj ”risk för vårdskada”). Observera att detta gäller samtliga patienter (KAD, tappade eller spontankissade).

Avvikelse rapporteras till vårdavdelningen, där ska patienten följas upp som urin-OBS! **Ansvarig läkare kontaktas för ställningstagande till avvecklingsplan för KAD.**

Enligt Patientsäkerhetslagen 3 kap 8 § har sjukvårdspersonal en skyldighet att informera patienter om inträffade vårdskador. Patienten ska informeras muntligen och skriftligen om överfylld urinblåsa.

Informationsmaterial till patient finns att hämta: [Patientinformation](#)

När patienten själv tömt blåsan ska bladderscan utföras tills residualvolymen understiger 200 ml.

Dagkirurgisk patient som går hem direkt från op-avdelningen som varit sövd eller sederad ska ha tömt urinblåsan före hemgång.

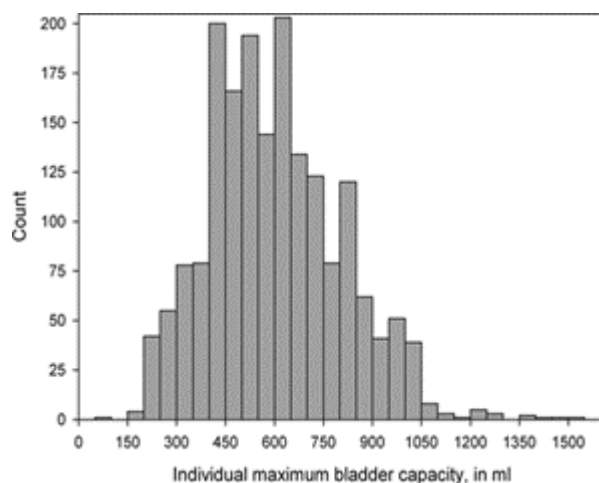
**Tänk på:**

Oro, stress, smärta samt läkemedel som opioider och kärksammandragande medel, kan störa patientens förmåga till blåstömning.

Dokumentera urinnmängd vid Bladderscan, tidpunkt samt eventuella komplikationer. Var medveten om Bladderscans begränsningar, t.ex. felvisning vid större blåsvolymer (läs manual). Rapportera vidtagna åtgärder till mottagande avdelning.

*Problem vid insättande av KAD/tappningskateter*, kontakta kirurg alternativt urolog. Överväg att använda kateter med Tiemannspets på män > 60 år (för att minska risken för uretraskador).

Maximal blåskapacitet är individuell och den minskar med ålder Brouwer at al. utförde max urinblåsekapacitet på 1840 patienter och fick följande utfall (2)



Patient med KAD, där det inte har kommit någon urin, kontrollera KAD:

- Knickad?
- Vätskelås?
- Backventil?
- Därefter spola KAD.
- Om tveksamhet kvarstår bör kontroll med Bladderscan ske.

KAD-påse ska hänga på sängen under blåshöjd. Använd slutet-, tömbart KAD-system.

OBS, vid kemoterapi använda icke tömbar urinpåse.

## Ansvar

All personal i verksamhetsområde An/Op/IVA, opererande/interventionens enheter i HYBI har ansvar att arbeta efter denna rutin.

Verksamhetscheferna har det övergripande ansvaret för utförandet av rutinen samt för att rutinen är känd och följs. Vårdenhetschef och/eller vårdenhetsöverläkare har ansvaret för utförandet av rutinen samt för att rutinen är känd och följs på respektive enhet.

## Uppföljning och utvärdering

Medvetet avsteg från rutin dokumenteras i Melior.

## Granskare/Arbetsgrupp

Arvid Sjödin, anestesijuksköterska Operation 7, An/Op/IVA

Petra Andreasson, VEC, Op 1 & 8 Hybrid och intervention

Peter Larsson, VÖL An 1, An/Op/IVA

Pia Abrahamsson, Operationssjuksköterska Op 1.8 Hybrid och intervention

Henrik Kjölhede, Specialistläkare Urologi

Maria Frödin, Anestesisjuksköterska Operation 1, Område 3

Johan Bengtsson, Verksamhetsutvecklare, Hybrid och intervention

Anna Martinsson, Sektionsledare, Urologimottagning Sahlgrenska Område 5

Ann-Kristin Rimbe, Verksamhetsutvecklare AOI/SS, Område 5

## Kunskapsöversikt

Baldini G, Bagry H, Aprikian A, Carli F. Postoperative urinary retention: anesthetic and perioperative considerations. *Anesthesiology*. 2009 May; 110(5):1139-57. Review

Johansson R-M et al. Guidelines for preventing urinary retention and bladder damage during hospital care. *J Clin Nurs* 2013; Volume: 22, Issue: 3-4, feb: 347-355

Vårdhandboken.se

<http://www.vardhandboken.se/Texter/Blasovervakning-vid-sjukhusvard/Oversikt/>

<https://lof.se/wp-content/uploads/Optimal-operationsmiljo.pdf>

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.

<http://www.vardhandboken.se/Texter/Kateterisering-av-urinblasa/Komplikationer-medomvardnadsatgarder/>

Zhang W, Liu A, Hu D, et al. Indwelling versus intermittent urinary catheterization following total joint arthroplasty: a systematic review and meta-analysis. PLoS ONE. 2015;10(7):e0130636

Joelsson-Alm, Nyman, Lindholm, Ulfvarson & Svensén. Perioperative bladder distension: A prospective study. Scandinavian Journal of Urology and Nephrology. Jul 2009

## Referenser

[https://webbutik.skr.se/internt/artiklar/7164-847-1/Informationsspecifikation\\_Markorbaserad\\_Journalgranskning.pdf?issuosl=ignore](https://webbutik.skr.se/internt/artiklar/7164-847-1/Informationsspecifikation_Markorbaserad_Journalgranskning.pdf?issuosl=ignore)

Tammo A. Brouwer, M.D., Peter F. W. M. Rosier, M.D., Ph.D., Karel G. M. Moons, Ph.D., Nicolaas P. A. Zuithoff, Ph.D., Eric N. van Roon, Ph.D., Cor J. Kalkman, M.D., Ph.D. Postoperative Bladder Catheterization Based on Individual Bladder Capacity. Anesthesiology January 2015, Vol. 122, 46–54.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Anestesi-Operation-Intensivvård Sahlgrenska, Postoperativ vård Sahlgrenska, Operation 7 Sahlgrenska, Operation 6 Sahlgrenska, Operation 5 Sahlgrenska, Operation 4 Sahlgrenska, Operation 1 och 8 Sahlgrenska, Neurointensivvårdsavdelning, Intervention 1 Sahlgrenska, Central intensivvårdsavdelning, Avdelning 95B postoperativ vård, Avdelning 95A postoperativ vård, Avdelning 22 postoperativ intensivvård, Anestesi 5 Sahlgrenska, Anestesi 1 och 8 Sahlgrenska

**Innehållsansvar:** Mathias Hård af Segerstad, (matko2), Sektionschef

**Godkänd av:** Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9805-1593997-903

**Version:** 16.0

**Giltig från:** 2026-04-24

**Giltig till:** 2026-12-21