

# Övervakning av urinblåsa i samband med operation - vuxna patienter

Gäller för: Region Kronoberg

Faktaägare: Mikael Andersson, biträdande avdelningschef, IVA Ljungby  
Ann-Sofie Jansson IVA-sjuksköterska, IVA Växjö

## Innehållsförteckning

1	Inledning.....	2
1.1	Bakgrund.....	2
1.2	Strategier för att motverka postoperativ urinretention.....	2
1.3	Riskfaktorer för urinretention .....	2
1.4	Hög risk för postoperativ urinretention – överväg starkt KAD.....	2
1.5	Länkar till medicinska riktlinjer och vårdhandbok.....	3
2	Åtgärder på operationsavdelningen.....	3
3	Åtgärder på postoperativa uppvakningsavdelningarna .....	4

# 1 Inledning

## 1.1 Bakgrund

Urinretention definieras som oförmåga till tömning eller ofullständig tömning av urinblåsan med resturin > 400 ml. En normal blåskapacitet hos vuxen är 400-600 ml och om urinblåsan är övertänjd under en längre tid och vid upprepade tillfällen finns risk för permanent skada på blåsmuskeln med kronisk urinretention som följd. Resturin ökar också risken för bakteriuri och urinvägsinfektion. Den viktigaste faktorn för att förebygga övertänjd urinblåsa vid sjukhusvård är blåskontroller med blåsscanning. Detta för att snabbt kunna åtgärda urinretention med tappning eller kvarliggande kateter (KAD) om patienten inte kan kissa själv. Vid blåsvolymer över 1000 ml krävs ofta långvarig KAD-behandling och kontakt med urolog eller uroterapeut för att kontrollera om blåsfunktionen återhämtar sig.

Alla patienter som opereras löper risk för postoperativ urinretention (postoperative urinary retention, POUR) och ett antal faktorer samverkar till den ökade risken. Viktigt att tänka på är att om urinblåsan är ofullständigt tömd redan innan operationen startar ökar risken ytterligare för postoperativ urinretention.

## 1.2 Strategier för att motverka postoperativ urinretention

- Identifiera riskfaktorer
- Använda lämplig anestesiteknik och perioperativa behandlingsmetoder
- Noggrann övervakning av blåsvolymer med scanner
- KAD under begränsad tid (så kallad korttids-KAD, max 12-24 timmar)

## 1.3 Riskfaktorer för urinretention

- Resturin  $\geq$  200 ml
- Operation och anestesi (både generell och regional anestesi)
- Stora mängder intravenösa infusioner
- Vissa läkemedel (till exempel opiater, antikolinergika, sympatomimetika)
- Hög ålder
- Prostataförstoring eller övriga avflödes hinder
- Kognitiv svikt till exempel minnesstörningar och utvecklingsstörning
- Diabetes, neurologiska sjukdomar, alkohol- och drogmissbruk
- Akut sjukdom, trauma och intoxication
- Smärta, oro och stress
- Sängläge
- Inte få vara ostörd när man kissar

## 1.4 Hög risk för postoperativ urinretention – överväg starkt KAD

- Långa operationer (> 3 h från preoperativ blåstömning till överlämning på postoperativ uppvakningsavdelning)
- Operation i bäckenregionen, höft och lårbensoperationer
- Operation som kan kräva stora mängder intravenösa infusioner
- Spinal- och epiduralanestesi

## 1.5 Länkar till medicinska riktlinjer och vårdhandbok

Bedömning av resturin och användning av bladderscan inom slutenvården

[Kateterisering av urinblåsa](#)

## 2 Åtgärder på operationsavdelningen

### Kontrollera alltid

- När patienten kissade senast. Eftersträva att patienten själv försökt tömma blåsan i anslutning till ankomsten till operationssalen och tänk på att urinblåsan trots detta kan vara ofullständigt tömd.
- Om patienten blåsscannats och/eller urintappats innan ankomsten till operationsavdelningen.
- Om patienten skall ha KAD enligt särskilda riktlinjer för aktuellt ingrepp.
- Om det föreligger hög risk för postoperativ urinretention – överväg i så fall starkt KAD. Konsultera ansvarig operatör/narkosläkare.

Med undantag för nedanstående skall alla vuxna patienter blåsscannas före anestesistart och efter op-slut samt med max två timmars intervall så länge ingreppet pågår.

Undantag då blåsscanning inte behöver utföras är:

- **inga betydande riskfaktorer** + operation med operationstid < 30 minuter (oavsett anestesiform)
- **inga betydande riskfaktorer** + operation i enbart lokalbedövning med endast intermittenta injektioner av läkemedel (oavsett operationstid).

UPPMÄTT BLÅSVOLYM FÖRE ANESTESISTART (efter blåstömningsförsök)	ÅTGÄRD
0-200 ml	Fortsatt blåsscanning
200-1000 ml	Blåstappning alternativt KAD. Efter blåstappning fortsatt blåsscanning
>1000 ml	Indikation för KAD, informera först ansvarig operatör samt narkosläkare

UPPMÄTT BLÅSVOLYM UNDER PÅGÅENDE INGREPP*/DIREKT EFTER OP-SLUT	ÅTGÄRD
0-400 ml	Fortsatt blåsscanning
400-1000 ml	Blåstappning alternativt KAD. Efter blåstappning fortsatt blåsscanning
>1000 ml	Indikation för KAD, informera först ansvarig operatör samt narkosläkare

\*Tänk på möjligheten att använda steril gel + strumpa då sterila förhållanden krävs.

## Övrigt

- Vid KAD-sättning på grund av hög risk för postoperativ urinretention alternativt konstaterad urinretention skall det upprättas en avvecklingsplan, konsultera operatör/narkosläkare.

## 3 Åtgärder på postoperativa uppvakningsavdelningarna

### Kontrollera alltid

- När patienten kissade senast
- Om patienten blåsscannats och/eller urintappats innan ankomsten till uppvakningsavdelningen
- Om det finns särskilda riktlinjer för hantering av postoperativa blåskontroller för aktuellt ingrepp. Vid tveksamheter kontakta ansvarig operatör.

**Med undantag för nedanstående skall alla vuxna patienter blåsscannas inom 1 timme från ankomst till uppvakningsavdelningen, upprepa därefter scanning enligt schema tills blåstömning skett. Kontrollerna avslutas när patienten har < 200 ml i blåsan efter blåstömning**

**Undantag då blåsscanning inte behöver utföras är:**

- **inga betydande riskfaktorer** + operation med operationstid < 30 minuter (oavsett anestesi-form)
- **inga betydande riskfaktorer** + operation i enbart lokalbedövning med endast intermittenta injektioner av läkemedel (oavsett operationstid)

UPPMÄTT BLÅSVOLYM (före blåstömning)	ÅTGÄRD
0-200 ml	Ny blåsscanning efter 2 timmar
200-400 ml	Ny blåsscanning efter 1 timme
400-1000 ml	Blåstappning alternativt KAD. Efter blåstappning fortsatt blåsscanning.
>1000 ml	Indikation för KAD, informera först ansvarig operatör samt narkosläkare.

## Övrigt

- Tänk på att det finns felkällor vid blåsscanning såsom skymmande förband, kvarvarande koldioxid i buken efter laparoskopi, förekomst av ascites, graviditet etc. Var generös med urintappning vid misstanke om urinretention.
- Vid tveksamheter kring rimlig urinmängd/vätskebalans konsultera narkosläkare.
- Hos patienter som erhållit KAD på grund av hög risk för postoperativ urinretention alternativt konstaterad urinretention skall det finnas en avvecklingsplan. Konsultera vid behov operatör/narkosläkare för ställningstagande till om KAD skall avvecklas på uppvakningsavdelningen innan överflytt till vårdavdelning respektive hemgång.
- Blåsöverfyllnad på IVA-patient rapporteras i Synergi, detta gäller vid blåsöverfyllnad >999ml eller  $\geq 500\text{ml} \times 2$  under vårdtiden.
- Blåsöverfyllnad på postoperativ rapporteras enbart i SPOR om gällande rutiner för blåsövervakning har följts, vid blåsöverfyllnad som uppkommer där rutiner inte följts skrivs även Synergi.

## Överflytt till vårdavdelning

- Rapportera uppmätt blåsvolym vid senaste blåsscanning, tidpunkt för senaste blåstömning, eventuella urintappningar och eventuellt avlägsnande av KAD. I Ljungby sker överrapportering via journalmall i Cambio Cosmic, i Växjö sker rapporten muntligen och ansvarig sjuksköterska signerar på postoperativ övervakningslista att överrapportering skett.
- Vid okomplicerat förlopp och blåsvolym < 400 ml kan patienten lämna den postoperativa uppvakningsavdelningen utan att först ha tömt blåsan. Fortsatta kontroller sker då på hämtande vårdavdelning.

- Om KAD har satts på grund av resturin > 1000 ml är operatör ansvarig för att ordna fortsatt uppföljning och dokumentation i patientjournalen.

### Hemgång

- Dokumentera uppmätt blåsvolym vid senaste blåsscanning, tidpunkt för senaste blåstömning, eventuella urintappningar och eventuellt avlägsnande av KAD i dagkirurgens journalmall i Cambio Cosmic.
- Vid okomplicerat förlopp där man inte förväntar sig blåstömningssproblem kan patienten åka hem utan att först ha tömt blåsan.
- Samtliga patienter skall uppmanas att uppsöka sjukvården om utebliven normal blåstömning inom 8 – 12 tim från senaste toalettbesök. Dokumentera i dagkirurgens journalmall att information är given.
- Om KAD har satts på grund av resturin >1000 ml är operatör ansvarig för att ordna fortsatt uppföljning och dokumentation i patientjournalen.
- Broschyr: ”Information om din urinvägskateter” skall lämnas ifylld med namn på ordinerande/ansvarig läkare till hemgående patient.

**Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare.**