

Rutin för blåsovervakning

Berörda enheter

Medicin-Rehabilitering, Gällivare Sjukhus.

Syfte

Förebygga vårdrelaterade urinvägsinfektioner (VUVI) och övertänjning av urinblåsa.

Bakgrund

Risk för VUVI och blåsovertänjning finns hos patienter som inte kan tömma urinblåsan fullständigt. Ofullständig tömning är vanligt vid;

- sängläge
- avflödeshinder t ex på grund av prostataförstoring, framfall, blåsdivertiklar och andra urologiska avvikelser.
- narkos, spinalbedövning/EDA och operation
- neurologiska störningar i urinblåsans funktion
- diabetes, pga. nedsatt känsel
- sänkt medvetandegrad
- svår smärta
- smärtlindring med opioider
- stor mängd intravenös infusion
- kognitiv svikt

VUVI är en av det vanligaste vårdrelaterade infektionerna och leder till ökad sjuklighet och dödlighet, förlängd vårdtid och ökade kostnader. Då KAD är den dominerande orsaken till VUVI bör förebyggande åtgärder främst inriktas mot att skärpa indikationer för insättning av KAD, begränsa tiden för behandling och istället använda andra former för blåstömning.

Vid övertänjning av urinblåsan förlorar de muskelfibrer som urinblåsan består av sin förmåga att dra ihop sig, detta leder till att urinblåsan inte kan tömma sig. Blåsmuskelskadan kan bli bestående om övertänjningen är mycket uttalad, urinvolymer över 1500 ml, eller om den pågår under en längre tid. En bidragande orsak till blåsovertänjning vid sjukhusvård är bristande rutiner för blåsovervakning, detta kan därför klassas som vårdskada. Patienter kan av olika anledningar ha svårt att själva känna när det är kissnödiga och behöver därför sjukvårdspersonalens hjälp med blåsovervakning.

Huvudprocess Prevention/Profylax	Ansvarig Torbjörn Espling	Processledare Ola Wulf	Sida 1 av 3
Dokumenttyp Vårdrutin	Dokument-Id VARD-5-2759	Godkänt datum 2020-10-12	Version 4.0

Åtgärd

1. **Identifiera riskfaktorer.**
2. **Blåsövervakning.** Om riskfaktorer föreligger, kontrollera med bladderscan enligt nedan;

Åtgärder vid risk för urinretention

Risk	Situation	Åtgärd
Allmän	<ul style="list-style-type: none"> • Tecken på avflödes hinder, tidigare blåstömning problem som kan påverka urinering. • Kognitiv svikt • Immobilisering • Drog och alkohol påverkan • Diabetes mellitus • Akut buksjukdom • Neurologisk sjukdom • Läkemedel • Kronisk smärta 	Kontroll med Bladder- scan efter miktion Om Residualurin < 200 ml och besvärslöshet ingen ytterligare kontroll >200 ml se specifik risk nedan
Specifik	<ul style="list-style-type: none"> • Residualurin >200 ml • Trauma • Hinder i urinrör, urinblåsa eller prostata (ex tumör) • Medvetande sänkning • Parenteral vätska i stora doser • Operation och anestesi • Epidural kateter med smärtlindrande läkemedel • Avslutad KAD behandling • Pareser 	Kontroll av blåstömning enligt schema Specifik risk avslutas när blåsscanning visar < 200 ml vid två efterföljande mätningar

Schema för kontroll av blåstömning med bladder-scan

Innan mätning ska patienten ges tillfälle att tömma blåsan, om möjligt sittande eller stående i ostörd miljö	
Residualurin	Kontroll
< 200 ml	Ny kontroll efter 3 timmar
200-300 ml	Ny kontroll efter 2 timmar
300-400 ml	Ny kontroll efter 1 timme
>400 ml	Urintappning (RIK) alternativ KAD enligt läkarordination

Tabell utformad i samråd med Urologikliniken Sunderby sjukhus

3. Vid **residualurin** 400 ml bör patienten först prova att kissa själv, patienten bör om möjligt få sitta eller stå för att underlätta blåstömning. Om patienten fortfarande inte kan kissa skall urintappning ske.

Urintappning är förstahandsalternativ för de flesta tillfällen. Vid urintappning kan patient återgå till normal urintömning snabbare än vid behandling med KAD.

KAD-insättning utförs av sjuksköterska eller undersköterska med delegering. Utförs endast på strikt indikation och efter läkarordination. Indikation för KAD kan till exempel vara hematuri,

Huvudprocess Prevention/Profylax	Ansvarig Torbjörn Espling	Processledare Ola Wulf	Sida 2 av 3
Dokumenttyp Vårdrutin	Dokument-Id VARD-5-2759	Godkänt datum 2020-10-12	Version 4.0

uppmätt residualurin på 700-1500 ml eller enligt patientens önskemål vid vård i livets slutskede.

Tillvägagångssätt **vid kateterisering**, se [vårdhandboken](#) (man) eller [vårdhandboken](#) (kvinna).

Vid KAD-behandling skall blåstråning genomföras med hjälp av ventil, dock inte vid symtomgivande UVI och hematuri.

Handläggning av residualurin;

Vid 600-700 ml skall endast urintappning genomföras. 700-1500 ml skall KAD sättas i 3-5 dagar, om fortsatt residualurin skall antingen KAD återinsättas eller RIK. Om >1500 ml alltid KAD-insättning.

4. **Dokumentera** bedömd riskfaktor för VUVI i VAS. Urinkateter är en medicinsk behandling och läkare ansvarar för dokumentation av indikation och behandlingstid. Vid KAD skall daglig utvärdering av behovet ske för att begränsa behandlingstiden.

Vid varje bladderscan dokumenteras residualurin i VD10 (*under sökord bladderscan*), skriv i kommentarsfältet om patienten tömt blåsan innan undersökning och i så fall om patienten varit sittande, liggande eller stående vid miktion.

Vid KAD-behandling skall storlek, katetertyp, indikation, planerad behandlingstid och eventuella svårigheter vid insättning dokumenteras, även detta i VD10 (*under sökord KAD*).

5. Vid förekomst av symptom på **UVI** så som sveda, trängningar och ökad frekvens till vattenkastning skall u-sticka samt urinodling tas. Förekomst av residualurin kontrolleras med bladderscan. Om residualurin >100 ml skall patienten urintappas, för att minimera mängd infekterad urin i urinblåsan. Vid KAD-behandling och bakterieuri med feber skall behandling med antibiotika sättas in. KAD skall bytas efter 3-5 dagar vid peroral behandling och efter en dag vid intravenös behandling. Vid misstänkt urosepsis krävs snabb urinodling.

6. **Urinodling** tas från urin som stått i blåsan minst 4 timmar, skall helst tas från morgonurinen. Rengör underlivet innan urinprov, kastat mittstråleprov skall tas. Prov skall innehålla minst 2 ml och förvaras i kylskåp. Förvara max en timme i rumstemperatur. Om urinodling tas från KAD skall denna vara stängd mellan 30-60 minuter samt KAD skall tvättas med sprit innan provtagning sker med nål och spruta.

På remissen skall antibiotikabehandling anges, hur länge urinen stått i urinblåsan samt vilken teknik man använt vid provtagning.

Avvikelseregistrering

En patientrelaterad avvikelse ska registreras i Synergi som en undvikbar vårdskada om:

- Blåsfyllnad med ≥ 500 ml vid minst två tillfällen under vårdtiden
- Blåsöverfyllnad med ≥ 1000 ml vid ett tillfälle under vårdtiden.

Huvudprocess Prevention/Profylax	Ansvarig Torbjörn Espling	Processledare Ola Wulf	Sida 3 av 3
Dokumenttyp Vårdrutin	Dokument-Id VARD-5-2759	Godkänt datum 2020-10-12	Version 4.0