

Riktlinjer ”KAD – bara när det behövs”

Definition av urinretention (UR) är oförmåga till eller ofullständig tömning av urinblåsan med kvarstående residualurin > 400 ml. Diagnos ställs genom anamnes, klinisk undersökning, bladder-scan (B-S) eller ren intermitterent katetrisering (RIK). Det är vanligt att urinblåsans funktion påverkas vid sjukdom, förlossning och/ eller behandling och att patienter drabbas av UR med efterföljande komplikationer. Därför är det viktigt att sjukvårdspersonal har kunskap om vilka symptom/ sjukdomar/ behandlingar som är riskfaktorer för UR så att dessa patienter kontrolleras med B-S enligt rutin. Syftet med B-S är att upptäcka UR på ett tidigt stadium, förebygga upprepad UR och därmed komplikationer. Risk för UR delas in i allmän och specifik risk.

”Allmän” risk för UR

”Allmän” risk för UR ökar vid hög ålder, akut sjukdom, försämring av kronisk sjukdom, större skada och om individen har flera riskfaktorer.

- förstorad prostata
- kognitiv nedsättning och/ eller förvirring
- immobilisering och/ eller sängläge
- tidigare UR, sjukdom/ skada i urinvägarna som påverkar urinblåsans tömningsfunktion
- alkoholintag med medvetandepåverkan
- diabetes mellitus, även nydebuterad
- akut buksjukdom/ förstoppning
- TIA/ stroke/ neurologisk sjukdom
- läkemedel bl. a. antikolinergica och opoider.
- kronisk smärta

Åtgärd vid allmän risk för UR

En kontroll med bladder-scan (B-S) så snart som möjligt efter ankomst.

- före kontroll med B-S ska patienten försökt att ”kasta vatten”, helst stående/ sittande. Många patienter har svårt att tömma urinblåsan i liggande ställning. Brist på integritet kan också påverka förmågan att tömma urinblåsan.
- om uppmätt residualurin är > 200 ml, har patienten ”specifik” risk för UR.

Specifik” risk för UR

- residualurin > 200 ml
- trauma, svår smärta och immobilisering
- hinder/ tumörer i urinvägarna
- sänkt medvetande, medvetslöshet
- behandling med stora mängder parenteral vätska
- operationer som påverkar urinblåsans tömningsfunktion (kir., gyn. och ort)
- ryggbedövning/ narkos
- smärtlindrande läkemedel i epiduralkateter
- avslutad KAD-behandling
- pareser
- förlossning

Vaginal förlossning

UR kan uppstå vid okomplicerad förlossning. Risken för UR ökar dock vid EDA, sugklocka, tång och förlossningsskada/ suturering. Under förlossningsarbetet palperas urinblåsan regelbundet. Notera tidpunkter för miktion i journalen. Utför RIK om ej adekvat tömd urinblåsa (kan utgöra relativt förlossningshinder) misstänks vid palpation. Vid sugklocka/ tång bör RIK göras före ingreppet även om mamman nyss spontant tömt blåsan. Ansvarig barnmorska ansvarar för följande rutin:

- försök till miktion och B-S före förflyttning till avdelning, dock senast 3 timmar efter förlossningen.
- om res-urin < 200 ml, nytt försök till miktion och B-S inom 4 timmar. Om res-urin 200-399 ml, nytt försök till miktion och B-S inom 2 timmar.
- avsluta kontroller med B-S om res-urin < 200 ml vid 2 tillfällen.
- fortsatt res-urin > 200 ml - B-S, RIK och KAD enl. "riktlinjer för specifik risk".

Åtgärd vid specifik risk för UR

B-S ska utföras så snart som möjligt (inom en timma) efter ankomst och därefter med tidsintervaller enligt nedanstående tabell. Det är viktigt att patienten försöker tömma urinblåsan innan undersökningen, helst sittande eller liggande. Om patienten är allmänpåverkan kan toalettstol i närheten av sängen vara ett bra alternativ. Om patienten är förvirrad eller har svårt att känna urinträngningar ska ett tidsschema för toalettbesök upprättas och följas. Lämpliga tider kan vara kl. 6, 10, 14, 18 och 22.

Residualurin / situation	Åtgärder
Före planerade operationer	B-S
99 ml	B-S inom 4 timmar
100 ml	B-S inom 3 timmar
200 ml	B-S inom 2 timmar
300 ml	B-S inom 1 timma
> 400 ml	RIK, B-S efter 2 tim. (1:a tappningen) sedan var 4:e timme
> 1000 ml	KAD i 4 veckor. Undantag på läkarordination (ev. urologkontakt) om patienten är ung och det finns möjlighet att följa upp urinblåsan tömningsfunktion för att utesluta skada.
Vid stora mängder parenteral infusion operation och post-op	B-S 1 ggr/ timman eller oftare vid behov
Specifik risk är avslutad < 200 ml vid 2 B-S efter varandra	Kontroller med B-S avslutas

Vid nyupptäckt residualurin 200-400 ml:

Åtgärder dag 1 och 2

- Kl. 06.00 - 22.00, följ ovanstående tidsschemat för B-S.
- Kl. 22.00 – 06.00, vid residualurin 250 - 400 ml behandla med RIK och ny B-S kl. 06.00. Vid residualurin < 250 ml ny kontroll med B-S kl. 06.00.
- **Pröva dubbelkissning**

Undantag! Nyopererade patienter 1:a dygnet, följ tidschemat för B-S.

Mer än 2 dagar

- Vid res-urin 200 - 400 **mer än 2 dagar** görs ställningstagande av läkare. Utredning? Behandling av orsak? B-S, hur ofta?
Njurfunktionsprover – Urologbedömning vid behov.

Behandling vid akut, upprepad eller långvarig UR är i första hand RIK och kvarvarande urinkateter används endast på strikt indikation. Om det ej fungerar med RIK och om det går att förutse att behandling med kvarvarande urinkateter blir långvarig (>4 veckor), ska suprapubisk kateter väljas i första hand.

URINKATETRAR

Läkare har ansvar för behandling med alla slags urinkatetrar d v s ordination, indikation, att planera behandlingstid, information till patient och dokumentation i journal. Generell ordination av urinkateter kan göras av verksamhetschef i form av vårdprogram och PM.

Ren intermittent katetrering (RIK) - indikation

- undersöka förekomst av residualurin, om det ej finns tillgång till B-S
- akut UR
- kronisk UR
- Epiduralkateter med smärtstillande läkemedel > 24 timmar
- vissa typer av neurogena blåsrubbningar

RIK enligt tidsschema 4- 6 ggr / dygn kan utföras av patient, anhörig, vårdare och sjukvårdspersonal som har utbildning och reell kompetens. Utprovning av hjälpmedel och utbildning utförs av urologisjuksköterska, uroterapeut, distriktsjuksköterska eller sjuksköterska med RIK-utbildning.

KAD - indikation

- vid operation av urinvägarna och närliggande organ/områden
- vid förberedelser/ operationer när man inte kan undersöka med B-S
- vid intensivvård
- operationer med risk för större blödningar (timdiures)
- epiduralbedövning (max 1 dygn), därefter RIK vid behov).
- vid UR med residualurin 400-999 ml, då det ej är lämpligt med RIK (orsak ska då anges i journalen)

- residualurin > 1000 ml behandlas med öppen KAD i 4 veckor (om ansvarig läkare ej kan nås, ordination i efterhand). Undantag endast vid dokumenterad läkarordination. Vid tveksamheter finns möjligheter att konsultera urolog. Indikation för undantag kan vara ung patient. Det är då viktigt att låta patienten stanna tills urinblåsan tömmer sig utan tveksamheter.
- obstruktion och hinder i urinvägarna.
- förstorad prostata, i väntan på operation (om det ej är lämpligt med RIK)
- neurologisk sjukdom/ skada då det ej är lämpligt med RIK eller suprapubisk kateter (orsak ska då anges i journalen)
- makroskopisk hematuri
- svårt sjuka patienter i livets slutskede

Suprapubisk kateter – indikation

- UR med residualurin > 1000 ml
- UR med residualurin > 400 ml < 1000 ml då det ej är lämpligt RIK (orsak ska då anges i journalen)
- trauma/ hinder i nedre urinvägar
- konvalescens efter vissa typer av operativa ingrepp
- Suprapubisk access kan användas istället för KAD vid vissa operationer

Ingreppet kan utföras av en kirurg, gynekolog eller urolog. Ärrvävnad på buken är en kontraindikation.

Urinkatetrar

Inläggning och omvårdnad av urinkatetrar ska utföras enligt handboken för Hälso- och sjukvård. Nedan finns några förtydligande (1-7) och undantag (8).

1. Demens/ nedsatt kognitiv förmåga, inkontinens och trycksår är i normalfallet **inte** indikation för KAD.
2. Behandlingstiden med KAD bör vara så kort som möjligt. I slutenvård ska ställningstagande till fortsatt behandling med KAD göras dagligen av läkare. Om KAD ej kan avvecklas efter 4 veckor ska ställningstagande till suprapubisk kateter göras.
3. Vid behandling med KAD på långa förberedelser/ operationer bör KAD sättas på operation och tas bort på post-op (max 12 timmars behandlingstid).
4. Läkare ska ta ställning till om patienten ska ha öppen KAD med urinpåse eller intermittent tömning (vid behov eller på tider) med tappningsventil.
5. På grund av risk för tryckskador i urinröret ska KAD -slangen ligga upp mot buken och fixeras med kalsong/nätbyxa på män. OBS KAD ska ej tejpas. Observera att det är svårare att sätta KAD på män i sidoläge.

6. Om patienten har öppen KAD med urinpåse som fästes på benet måste påsen lossas och hängas på sängkanten om patienten är sängliggande > 1 timma.
7. **Att avsluta KAD-behandling**
Det finns studier som visar att kateterdragning efter midnatt, istället för tidig morgon, leder till kortare sjukhusvistelse och färre urinvägsinfektioner.
Referens: Griffiths, R. and Fernandez, R. *Strategies for the removal of short-term indwelling urethral catheters in adults*. Cochrane Database of systematic Reviews 2007.
Rutin: Patienten informeras på kvällen om att KAD ska dras på natten mellan kl. 02 - 06 vid något tillfälle då patienten ändå är vaken. Tala om för patienten att tidpunkten är vald p g a att det underlättar att komma igång med normal tömning av urinblåsan. Informera också om kommande kontroller med B-S, enligt tidsschemat. Om patienten inte vill ta bort KAD på natten, så vänta till tidig morgon. Kateterdragning på annan tidpunkt kan ordineras av läkare.
Förläng inte KAD-behandlingen för patientgrupper som är särskilt infektionskänsliga eller där urosepsis kan ställa till stor skada, ex vid inopererad höft eller knä.
8. **Kateterventil.** Får sitta lika länge som KAD.

Information och dokumentation

Information till patient - ansvar läkare

- uppkommen UR – vad det innebär, behandling, prognos, behandlingsalternativ
- om det är en vårdskada d v s att patientens blåsa varit kraftigt uttänjd p g a uteblivna kontroller eller behandling
- urinkateter – indikation och planerad behandlingstid, vanliga komplikationer som ex lätt blödning och obehag första veckan, urinvägsinfektion och urinstopp
- vid hemgång med urinkateter - sex och samlevnad, även till äldre patienter.

Information till patient - ansvar sjuksköterska/ undersköterska

- B-S - indikation, tillvägagångssätt och resultatet av undersökningen
- urinkateter – bedövning, tillvägagångssätt och hygien
- vid KAD och suprapubisk kateter - hur katetern sitter kvar i urinblåsan, fixering natt och dag av urinuppsamlingspåsen, tömning/ byte av urinuppsamlingspåsen, hur kateterventilen fungerar och påverkan på det dagliga livet
- RIK – hur patienten kan katetrisera sig själv.

Dokumentation – ansvar läkare

- uppkommen UR – DRG R33.9, information till patient
- om uttänjning av urinblåsa är en vårdskada på grund av uteblivna kontroller, behandling, information till patienten

- RIK/ kvarvarande urinkateter – ordination, indikation, planerad behandlingstid, given information, dagligt ställningstagande till KAD i slutenvård och ev. komplikationer
- medicinsk epikris: indikation till RIK/ kvarvarande urinkateter, planerad behandlingstid alternativt när nästa ställningstagande ska göras, ev. avslutad behandling med urinkateter.

Dokumentation – ansvar sjuksköterska

- *B-S* – datum och klockslag, om patienten har kunnat tömma urinblåsan och ev mängd urin före undersökningen, om hon/ han då har stått upp/ suttit eller varit liggande i säng, mängd urin enligt *B-S*, om kontroller med *B-S* kan avslutas, vid fortsatta kontroller ska tid för nästa undersökning planeras/ dokumenteras
- *kvarvarande urinkateter* - datum och klockslag, katetertyp och storlek, mängd vätska i kuffen, indikation och planerad behandlingstid, ordination läkare/ enligt vårdprogram
- *RIK* - datum och klockslag, mängd urin
- RIK/ kvarvarande urinkateter - uppgifter om insättningen (var det svårt, vad avvek från normalförloppet)
- patientens upplevelse av katetriseringen.
- given information.
- omvårdnadsepikris: datum när kvarvarande urinkateter är satt, katetertyp och storlek, mängd vätska i kuffen, svårigheter vid insättning och ev. negativ upplevelse vid insättning av KAD,
- given information till patienten och planerad behandlingstid.

Kontroll av urinproduktion/ mängd urin

Indikation

Vätskebrist, övervätskning, hjärtinkompensation, operation/ intensivvård/ timdiures.

Åtgärder

Samla urin i bäcken

vägning av blöja 1 kg=1 liter urin –blöjans vikt

KAD - vid vissa operationer och intensivvård/ timdiures.

Information till patient

Indikation, hur man gör och vad det innebär, planerad tid av åtgärden.

Dokumentation

Indikation, planerad behandlingstid, information till patient.

Vägning av blöja

gör en lathund som talar om torrvikten på de blöjor ni har på enheten

vid vägning - placera blöja med urin i plastpåse

väg blöjan på anskaffad våg och minska vikten med blöjans torrvekt

urinmängdens vikt omvandlas därefter till mängd (1 g = 1 ml).