

# Ren Intermittent Kateterisering, RIK och Bladderscankontroll på operation

## Bakgrund

Anestesi och operation utgör riskfaktorer för urinretention. Kateterisering av urinblåsan förebygger urinretention, men kan leda till komplikationer i form av urinvägsinfektion och strikturer. För att hålla nere antalet vårdrelaterade urinvägsinfektioner och för att minska antalet komplikationer bör kvarliggande kateter endast sättas på tydlig indikation. Ren intermittent kateterisering är ett alternativ som ger mindre risk för infektion. Vid kortare och mindre ingrepp kan man avstå från kateter, men då bör man övervaka blåsfyllnaden.

## Blåstömning

Alla patienter som kan ska tömma blåsan innan ankomst till operationsavdelningen. Tidpunkten rapporteras till anestesipersonalen som dokumenterar tiden i narkosjournalen.

## KAD

Sätts enbart på indikation och ordinerar av läkare. Indikation och planerad behandlingstid dokumenteras i journalen. Indikationer för kvarliggande kateter är anestesitid 4 timmar (operationstid 2 timmar), bukläge, blödningsrisk, allvarligt sjuk patient där man behöver följa urinproduktionen, diuretika behandling/osmotisk behandling, spinalbedövning med långverkande opioid och urogenital kirurgi. Vidare bör kateter sättas på patienter med misstanke om långvarig immobilisering t ex traumapatienter och hos inkontinenta patienter med sakrala/perineala sår (viktigt för postoperativ sårsläkning).

Om möjligt bör katetern avlägsnas inom 24 timmar för att minska infektionsrisken, i annat fall dagligt ställningstagande. I de fall då katetern inte bedöms behövas postoperativt dras den innan väckning.

Slutna urinuppsamlingssystem med tömningsfunktion ger minskad risk för urinvägsinfektion.

## Ren intermittent kateterisering (RIK)

Bör väljas framför kvarliggande kateter om möjligt. Om blåsfyllnaden överstiger 400 ml bör tappning ske. Därefter kontroll med bladderscan enligt nedan. Om patienten har > 200 ml i blåsan innan operationsstart bör man ta ställning till tappning utifrån förväntad anestesitid och förväntad vätsketillförsel.

Barn >1 år rekommenderas tappning om blåsfyllnaden är över 30 ml x åldern + 30ml. I vissa fall kan man vänta 1-2 timmar på spontanmiktion, individuell bedömning får göras av läkare. På barn <1 år görs individuell bedömning.

## Scanning av urinblåsan

När kateter inte är indicerat ska blåsfyllnaden övervakas. Detta sker med hjälp av Bladderscan direkt efter sövning och därefter varannan timme, samt innan väckning. Undantaget är unga friska patienter som har kissat innan ankomst till operationsavdelningen och där sövningstiden inte överstiger två timmar. Detta förutsätter att man inte har gett stora mängder vätska eller att operationen i sig utgör risk för residualurin. Detta gäller även barn efter blöjåldern. Barn och unga vuxna kan uppleva en vakentappning som traumatisk, varför man bör vara frikostig med scanning om sövningstiden närmar sig två timmar. Överfylld blåsa leder till stor oro vid väckning med sina negativa konsekvenser.

## Spinalbedövning vid fraktur och primärprotespatienter

Se, [Urinkateter RIK \(ren intermittent kateterisering\) vid spinalbedövning SPA](#)

### Källor:

Nationell satsning för ökad patientsäkerhet "Vårdrelaterade urinvägsinfektioner", SKL 2011

[Minska risken för vårdrelaterade infektioner](#), Socialstyrelsen 2017

[Kateterisering av urinblåsa](#), Nationella vårdhandboken 2016

Gould et al. Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. HICPAC (Healthcare infection control practices advisory committee, systematisk review) Infect Control Hosp Epidemiol. 2010 Apr;31(4):319-26

Meddings et al. Reducing unnecessary urinary catheter use and other strategies to prevent catheter-associated urinary tract infection: an integrative review. BMJ Qual Saf 2014;23:277-289

Tidigare riktlinjer från anestesikliniken Uppsala