

Re-Aktion! Svensk sjuksköterskeförenings kampanj för att göra vården säkrare

Svensk sjuksköterskeförening vill med kampanjen *Re-Aktion* lyfta fram omvårdnadsforskningens betydelse för en god och säker vård. Detta gör vi genom att publicera kunskapsunderlag för viktiga kunskapsområden. Förhoppningen är att landets sjuksköterskor därigenom får tillgång till aktuell kunskap och argument för att reagera på fel och brister, och att de också agerar för att patienter inte ska skadas eller dö av vård.

Det är ledningens ansvar att det finns en organisation för ett systematiskt arbete med patientsäkerhet. Det är varje sjuksköterskas professionella ansvar att engagera sig för

att identifiera risker och sätta in förebyggande åtgärder för att patienter och närstående ska få en trygg och säker vård.

Lyft omvårdnadens betydelse! Re-Aktion!

Fler kunskapsunderlag kommer du att hitta på www.swenurse.se

Ta även del av www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet och www.skl.se/patientsakerhet

Risker med övertänjning av urinblåsa

Övertänjning av urinblåsan kan leda till en vårdskada med långvariga urinvägsbesvär, nedsatt livskvalitet och lidande för patienten¹. Många patienter riskerar att drabbas av blåsovertänjning, och därför är det av största vikt att sjuksköterskor har goda kunskaper om orsaker, riskfaktorer, förebyggande åtgärder och behandling.

Urinretention

Urinretention ("urinstämma") definieras som oförmåga att tömma urinblåsan, och innebär antingen att blåstömningen inte sker alls, eller att tömningen är ofullständig med resturin > 400 ml^{2,3}. Akut urinretention är ett allvarligt tillstånd som kräver snabb åtgärd genom tömning av blåsan med kateter. Åtgärden minskar risken för kroniska skador på urinblåsan och påverkan på njurar.

Generella riskfaktorer för urinretention är: hög ålder, kognitiv svikt, aktuella och tidigare urinvägsproblem, förstörd prostata, diabetes, alkohol- och drogmissbruk, neurologiska sjukdomar och buksmärta/förstopning, kronisk smärta, vissa läkemedel, oro och stress.

Specifika riskfaktorer för urinretention är:

- operation och anestesi – både generell och regional anestesi ger försämrad blåsfunktion och nedsatt förmåga att känna sig kissnödig.
- akut sjukdom, trauma och intoxication
- svår smärta
- immobilisering
- stor mängd intravenös infusion
- smärtlindring med epiduralkateter
- förlossning.

Många patienter som vårdas på sjukhus har en eller flera av dessa riskfaktorer^{2,4,5,6}.

Övertänjning av urinblåsan

Urinblåsan har två funktioner: att lagra och att tömma urin. Blåsväggen består av glatt muskulatur med stor förmåga till både uttänjning under lagringsfasen och sammandragning vid tömning. När urinvolymen överstiger cirka 150 ml aktiveras sträckreceptorer i blåsväggen och vi känner oss kissnödiga. Då blåsan är fylld med cirka 300 ml är förmågan till tömning optimal, därefter minskar tömningsförmågan. Vid stigande blåsvolymer blir det allt svårare att tömma blåsan och till slut tänjs blåsväggens muskelfibrer för kraftigt och förlorar helt förmågan att dra ihop sig – blåsan kan inte tömma sig. Blåsmuskelskadan kan bli bestående om övertänjningen blir uttalad eller pågår under en längre tid. En bidragande orsak till blåsovertänjning vid sjukhusvård är bristande övervakning av urinblåsans volym hos patienter med risk för urinretention. En övertänjningsskada kan därför klassas som en vårdskada, en undvikbar skada som orsakats av hälso- och sjukvårdens bristande rutiner. Patienterna har ofta svårt att själva känna om de behöver kissa och det är därför vårdpersonalens ansvar att hjälpa patienterna att övervaka blåsvolymer.

Det finns beskrivet fall där patienter fått kroniska skador efter en blåsovertänjning där volymen överstigit 500 ml. Därför definieras vanligen blåsovertänjning som en blåsvolym >500 ml. Risken för skador ökar med ökande blåsvolym, och om blåsvolymer är 1000 ml eller mer krävs ofta långvarig kateterbehandling och kontakt med urolog eller uroterapeut för att kontrollera om blåsfunktionen återhämtar sig. Tidsfaktorn är viktig, där snabb upptäckt och behandling (inom 1–2 timmar) av blåsvolymer mellan 500 ml och 1000 ml minskar risken för kroniska skador⁵.

Symptom och diagnos

Vid övertänjning av urinblåsan kan patienten uppleva obehag och smärtor i nedre delen av buken, men de kliniska symptomen är ofta vaga eller saknas helt. Läckage av urin kan ibland vara ett kliniskt tecken på överfylld blåsa, så kallad överflyllnadsinkontinens. En stor, uttänjd blåsa kan även ge ökat buktryck med symptom som buksmärter, hy-

potension, takykardi och benödem. Avflödet från njurarna försvåras vilket kan leda till hydronefros och njursvikt. Det är ovanligt att en stor urinblåsa kan palperas och det är därför en osäker metod för att ställa diagnos, och en metod som dessutom kan vara mycket smärtsam. Kateterisering kan användas för att ställa diagnos, men medför risk för urinvägsinfektion och skador på urinröret. Idag används oftast en portabel ultraljudsapparat, så kallad blåsscanner, för att mäta urinblåsans volym. Utrustningen är lätt att använda för vårdpersonalen och den ger ett tillförlitligt mått på hur mycket urin blåsan innehåller, vilket gör att onödiga kateteriseringar undviks^{7,8}.

Behandling

En övertänjd blåsa måste tömmas snarast, i första hand genom att patienten provar att kissa själv, därefter ska en blåsscanning utföras för att kontrollera eventuell resturin. Om patienten har urinretention behöver kateterisering utföras, antingen med intermittent kateterisering eller med kvarliggande kateter (KAD). Intermittent kateterisering är att föredra, eftersom KAD innebär stor risk för vårdrelaterad urinvägsinfektion, speciellt vid behandling som överstiger 24 timmar⁹. Vid intermittent kateterisering kan patienterna återgå till normal urintömning snabbare än vid behandling med KAD och för många patienter räcker det med en eller ett fåtal kateteriseringar innan urinblåsan återfår sin funktion¹⁰.

Kroniska skador av blåsovertänjning

Om patienten får en bestående blåsmuskelskada på grund av övertänjning, finns idag ingen medicinsk eller kirurgisk åtgärd som kan återställa urinblåsans funktion. För patienten kan detta innebära livslångt behov av kateterbehandling. Kateterbehandlingen utförs i regel av patienten själv som ren intermittent kateterisering (RIK), vanligtvis var 3:e till 4:e timme under dagtid och glesare under natten. För att utbilda patienten i självkateterisering och följa upp behandlingen krävs särskild kompetens. Urinvägsinfektion är den vanligaste komplikationen till RIK och ökar med längre användning av RIK, men prevalensen varierar mycket i olika studier¹¹.

Kunskapsunderlag för att minska risken för skador på urinblåsan i samband med sjukhusvård

JANUARI 2013

Förlust av normal blåsfunktion påverkar livskvaliteten och kan upplevas som ett hot mot den fysiska och den sociala identiteten. Rädsla för att lukta urin, nödvändigheten av att ha tillgång till en ren toalett och beroendet av tidsbestämda kateteriseringar gör att många undviker resor och sociala aktiviteter¹². Urinvägsproblem förknippas ofta med skam vilket leder till att mörkertalet är stort – många drabbade söker inte hjälp för sina problem.

I en svensk intervjustudie med 20 patienter med en konstaterad blåsskada genom övertänjning, visade resultatet att urinvägsbesvär efter blåsovertänjning innebär både praktiska och sociala begränsningar av vardagslivet, lidande och en stark oro för framtiden. Alla deltagare hade haft problem med återkommande urinvägsinfektioner och i vissa fall även urosepsis, en livshotande infektion som kräver sjukhusvård. Kunskapsbrister hos personalen, bristande rutiner, misstro och dålig kommunikation mellan patient och vårdpersonal var bidragande orsaker till att vårdskadan uppkommit¹.

En del patienter återfår så småningom en viss funktion hos urinblåsan och kan minska eller avsluta kateterbehandlingen, men får ofta kvarstående besvär i form av oförmåga att känna sig kissnödig, långsam urintömning, resturin och därmed återkommande urinvägsinfektioner¹.

Förebyggande åtgärder

För att minska risken för patienten att drabbas av skador på urinblåsan och urinvägsinfektioner i samband med sjukhusvård är det av största vikt att undvika stora blåsvolymer. Följande åtgärder bör vidtas, baserade på rekommendationer från en svensk expertgrupp²:

- identifiera riskpatienter för urinretention
- ge alla riskpatienter bästa tänkbara förutsättningar för blåstömning, till exempel hjälp att uppsöka en toalett, integritetsbevarande åtgärder och för kvinnor en optimal sittställning

vid generell risk för urinretention – kontrollera patientens blåstömningförmåga så fort som möjligt efter ankomst till sjukhuset genom att mäta resturin

med blåsscanner efter försök till blåstömning
– vid resturin < 200 ml och avsaknad av specifika riskfaktorer behövs ingen ytterligare blåsvolymskontroll

– resturin ≥ 200 ml räknas som en specifik riskfaktor
vid specifik risk för urinretention – bör blåsovervakning ske enligt ett protokoll med förutbestämda tidsintervall och åtgärder beroende på blåsvolymer. Blåsovervakningen kan avslutas när den specifika risken har upphört och två på varandra följande mätningar har visat resturin < 200 ml.

- om blåsvolymer överstiger 400 ml och patienten inte kan tömma blåsan själv ska skyndsamt kateterisering utföras
- intermittent kateterisering är förstahandsalternativ för de flesta tillfällen av akut urinretention, samt vid långtidsbehandling
- behandla med KAD endast på strikt indikation och efter ordination av läkare. Indikationer för KAD är akut sjukdom, trauma och intoxication med svår allmänpåverkan, intensivvård med timdiuresmätning, planerad operationstid mer än två timmar, kirurgi som kan påverka blåsfunktionen, hematuri, uppmätt resturin > 1000 ml och enligt patientens önskemål vid vård i livets slutskede
- utvärdera behovet av KAD dagligen för att begränsa behandlingstiden. Efter att KAD avlägsnats ska blåsovervakning ske enligt riktlinjer vid specifik risk för urinretention
- ge korrekt omvårdnad enligt *Vårdhandboken* vid behandling med kateter¹³
- informera riskpatienter om förutsättningar för optimal urintömning, blåsovervakning eventuell kateterbehandling, risk för urinretention och urinvägsinfektion
- dokumentera uppmätta blåsvolymer, åtgärder och patientinformation i journalen.

Detta är Svensk sjuksköterskeförenings sammanfattning av kunskapsläget. Den är författad av Eva Joelsson-Alm, legitimerad sjuksköterska och medicine doktor, samt sakgranskad av Rose-Marie Johansson, legitimerad sjuksköterska och doktorand. ►

Kunskapsunderlag för att minska risken för skador på urinblåsan i samband med sjukhusvård

JANUARI 2013

Referenser

1. Joelsson-Alm E. (2012).
Bladder Distension—Aspects of a Healthcare-Related Injury.
Avhandling från Karolinska Institutet, Stockholm.
2. Johansson RM, Malmvall BE, Andersson-Gare B, et al. (2012)
Guidelines for preventing urinary retention and bladder damage during hospital care.
Journal of Clinical Nursing. Aug 30 [Epub ahead of print]
3. Hansen BS, Soreide E, Warland AM, Nilsen OB. (2011).
Risk factors of post-operative urinary retention in hospitalised patients.
Acta Anaesthesiologica Scandinavica. 55(5):545-548
4. Selius BA, Subedi R. (2008)
Urinary retention in adults: diagnosis and initial management.
American Family Physician. 77(5):643-650
5. Baldini G, Bagry H, Aprikian A, Carli F. (2009).
Postoperative urinary retention: anesthetic and perioperative considerations.
Anesthesiology. 110(5):1139-1157
6. Leach S. (2011)
'Have you had a wee yet?' Postpartum urinary retention.
The Practising Midwife. 14(1):23-25
7. Rosseland LA, Stubhaug A, Breivik H. (2002).
Detecting postoperative urinary retention with an ultrasound scanner.
Acta Anaesthesiologica Scandinavica. 46(3):279-282
8. Warner AJ, Phillips S, Riske K, Haubert MK, Lash N. (2000).
Postoperative bladder distention: measurement with bladder ultrasonography.
Journal of Perianesthesia Nursing. 15(1):20-25
9. Sveriges Kommuner och Landsting. (2011).
Vårdrelaterade urinvägsinfektioner – åtgärder för att förebygga.
Nationell satsning för ökad patientsäkerhet, Stockholm.
10. Hälleberg Nyman M. (2012).
Urinary catheter policies for short-term bladder drainage in hip surgery patients.
Avhandling från Örebro universitet, Örebro.
11. Moore KN, Fader M, Getliffe K. (2007).
Long-term bladder management by intermittent catheterisation in adults and children.
Cochrane database of systematic reviews Issue 4. Art. No.: CD006008. doi:10.1002/14651858.CD006008.pub2
12. Shaw C, Logan K, Webber I, Broome L, Samuel S. (2008).
Effect of clean intermittent self-catheterization on quality of life: a qualitative study.
Journal of Advanced Nursing. 61(6):641-650
13. Vårdhandboken. (2010).
Kateterisering av urinblåsa. Hämtad 2012-11-12 från
<http://www.vardhandboken.se/Texter/Kateterisering-av-urinblasa/Oversikt/>

