

# ANELÄK Postoperativa rutiner (UVA-kompodium)

Postoperativ vård bedrivs dels på Uppvakningsenheten ("UVA") och dels på Intensivvårdsavdelningen ("IVA"). Dessa riktlinjer är i första hand avsedda för verksamheten vid UVA men gäller i tillämpliga delar även för IVA.

Det åligger all personal att känna till innehållet. Föreskrifterna skall läsas igenom av ny personal innan de börjar tjänstgöra på UVA eller IVA.

Detta dokument är utarbetat/reviderat av Agneta Hansson, Karin Westin,  
Lars Jonsson, Henrik Zetterström, Caroline Starlander och Kjell Nilsson.

Reviderat 2001 av Gunnar Green och Annika Olofsson

Reviderat 2005 av Gunnar Green och Annika Olofsson

Reviderat 2007 av Jakob Boethius och Annika Olofsson

Reviderat 2012 av Jakob Boethius och Annika Olofsson

Reviderat 2014 av Jakob Boethius och Annika Olofsson

<b>INNEHÅLL</b>	<b>Sid</b>
<a href="#">Målsättning</a>	2
<a href="#">Verksamhetsbeskrivning</a>	3
<a href="#">Ansvarsförhållanden</a>	4
<a href="#">Hygien- och klädrutiner</a>	5
<a href="#">Rapportrutiner</a>	5
<a href="#">Poliklinisk verksamhet</a>	5
<a href="#">Utskrivningsrutiner</a>	7
<a href="#">Övervakningsrutiner för vitala funktioner</a>	8
<a href="#">Syrgas och syrebrist</a>	11
<a href="#">Omvårdnadsrutiner</a>	14
<a href="#">Generella läkemedelsordinationer</a>	16

**UVA: s MÅLSÄTTNING**

Anestesi (narkos och/eller bedövning) innebär alltid en mer eller mindre uttalad nedsättning av kroppens vitala funktioner, t ex andning, cirkulation och njurfunktion. Dessutom är nervsystemet alltid påverkat på något sätt. De narkos- eller bedövningsmedel som givits kan ha oväntade och ibland dramatiska bieffekter även lång tid efter att de givits. Därtill kommer de risker som det operativa ingreppet och eventuell grundsjukdom kan innebära för patienten.

**UVA: s viktigaste uppgift är att sörja för övervakning av patientens vitala funktioner under den tidiga perioden av återhämtning efter anestesi och operation.**

Såväl operationen som de givna läkemedlen medför ofta obehag för patienten, t ex smärta, illamående och oro/ängslan.

**UVA: s andra uppgift är att lindra obehag samt ge optimal komfort och trygghet för patienten.**

Innan patienten kan återvända till vårdavdelning eller hemmet är det ofta många praktiska uppgifter som ska fullgöras. Det kan gälla besked till anhöriga, postoperativ röntgen, beställning av transport samt ge fika åt polikliniska patienter m.m.

**UVA: s tredje uppgift är att ge den service som är nödvändig eller rimlig för att underlätta återvändandet till avdelning respektive hemmet.**

**VERKSAMHETSBESKRIVNING**

UVA har 15 vårdplatser. Stora salen indelas i en A-sektion med 3 sängplatser (fönsterlösa sidan) och en B-sektion med 7 sängplatser (fönstersidan). Den lilla vårdsalen, 2 platser, som oftast används till barn, betecknas med C-sektionen och utrymmet närmast IVA har 3 platser och benämns D-rummet. Måndag till torsdag finns 2 uppvakningsplatser på IVA, benämns DUVA-platserna. Genomströmningen av ineliggande och polikliniska patienter är i genomsnitt under ett år ca 30 patienter per arbetsdag.

Förutom uppvakningsövervakning tar UVA även preop hand om ineliggande patienter från öron, ortopedien, kirurgslussen samt alla barn som opereras först på morgonen.

UVA: s öppethållande är måndag-torsdag kl. 07.00-21.00 samt fredagar kl. 07.30-20.00.

Efter kl. 18.00 tas inga patienter emot som förväntas behöva mer än två timmars postoperativ övervakning. Dessa patienter övervakas i stället på IVA. Likaså får patienter som är mer än "normalt" vårdkrävande sin postoperativa vård på IVA.

Grundbemanning är 7 sjuksköterskor och 2 undersköterskor. Personalen är anställd vid Anestesiavdelningen och de flesta har vidareutbildning inom anestesisjukvård. IVA-sjuksköterskor bemannar de 2 platserna på DUVA (måndag-torsdag 13-21) samt 9 pass/vecka på UVA.

Anestesiläkareavdelningen  
Jakob Boethius

## **ANSVARSFÖRHÅLLANDEN VID UVA**

**Verksamhetschefen** för Akutområdet har det övergripande medicinska, administrativa och ekonomiska ansvaret.

**Enhetschefen** för Operationsavdelningen har kostnadsställe- och personalansvar. Avdelningschefen ansvarar också för ett korrekt utnyttjande och underhåll av lokaler, utrustning och övrig materiel, samt övervakar arbetsmiljön.

**MLU för centraloperation**, anesthesiolog, har delegerat medicinskt ansvar.

**Sektionsansvarig UVA** ansvarar för att den dagliga driften sker i överensstämmelse med givna mål och föreskrifter. I arbetsledarens uppgifter ingår att leda och fördela arbetet med hänsyn till de underställdas kunskaper och erfarenheter, liksom att se till att ny personal får adekvat introduktion. Sektionsansvarig skall också rapportera missöden och driftstörningar samt ta aktiv del i klinikkens förändringsarbete för en säkrare, effektivare och trivsammare arbetsplats. I sektionsansvarigs frånvaro har den på schemat färgmarkerade sjuksköterskan, eller den mest erfarna sjuksköterskan den arbetsledande funktionen.

**Sjuksköterskor** och **undersköterskor** har sedvanligt självständigt medicinskt yrkesansvar. Var och en ansvarar alltså för att de tilldelade uppgifterna blir omsorgsfullt utförda på vedertaget sätt. Tjänstgörande sjuksköterska beslutar om utskrivning av patienter i okomplicerade fall (se nedan).

## **Läkarmedverkan**

Narkosläkarna på C-op skall i mån av tid se till sina patienter på UVA. Passage förbi UVA skall i princip alltid kombineras med att man tittar in.

Pågående jour och bakjour går igenom patienterna på UVA efter övertagningsron- den på IVA.

När problem eller frågor uppstår kring en enskild patient, kontaktas ansvarig narkosläkare på C-op. På jourtid narkosjouren.

Ledare anesthesi kontrollerar kl. 15.00 situationen på UVA och vid behov diskuterar med IVA-ansvarig om möjlighet till överflyttning av postoperativa patienter.

## **HYGIEN- OCH KLÄDRUTINER**

UVA räknas som en "ren" avdelning. Infekterade patienter med öppen smittkälla skall i princip inte vårdas på UVA. Eftersom isoleringsrum saknas på UVA och inte alltid är tillgängligt på IVA, måste ibland undantag göras efter beslut av anestesiläkare. Antalet platser på UVA minskar då eftersom en infekterad patient kräver större utrymme ur smittskyddssynpunkt. Se [UVA's MRB-dokument](#)

Omvårdnadsarbetet på UVA ställer stora krav på hygien. Kom ihåg att den ojämförligt **viktigaste smittspridaren är händerna!** Ringar får inte bäras och handspritflaskan skall användas flitigt vid växling mellan olika patienter. Vid bäddning, tvättning, urintappning / KAD-sättning och omläggning skall plastförkläde användas.

UVA-personalen har blåa kortärmade arbetskläder. Vid ärenden utanför C-op-Opentrén-UVA skall vita arbetskläder bäras över de blåa kläderna.

## **RAPPORTRUTINER**

För en säker vård krävs noggrann rapportering varje gång ansvaret överförs till ny vårdpersonal. Detta gäller såväl när patienten ankommer/avlämnas som vid avlösning i samband med skiftbyte eller rast. Rapporteringen skall ske från den som haft hand om patienten sist på operation till sjuksköterska på UVA.

Rapporten skall innehålla alla uppgifter som är väsentliga för den postoperativa vården, som t ex utförd operation och anesthesi, komplicerande sjukdomar, postoperativa ordinationer samt aktuellt status. Sjuksköterskan informerar i sin tur respektive undersköterska. Vid utskrivning skall den sjuksköterska eller läkare, som ansvarar för att utskrivningskriterierna är uppfyllda, signera övervakningsbladet. (Se även under rubrik Utskrivningskriterier.)

Vid rapportering beaktas sekretessen gentemot aktuell patient och medpatienterna.

Eventuella komplikationer (registreras enl. SFAI 's komplikationskoder) samt tiden för utskrivningen ska registreras i Cosmic.

## **POLIKLINISK VERKSAMHET**

Polikliniska patienter kommer direkt hemifrån eller via respektive mottagning till Operationsentrén, där de tas omhand av sjuksköterska eller undersköterska före anestesiläkarens preoperativa bedömning, premedicinering och operation.

Postoperativt vårdas patienterna på UVA för sedvanlig övervakning. De bjuds även på lättare fika med tanke på den preoperativa fastan. För att en patient skall få sändas hem fordras att utskrivningskriterierna är uppfyllda – både de allmänna och de som gäller särskilt för öppen vård, se nedan.

Anestesiläkareavdelningen  
Jakob Boethius

Patienter som opererats i lokalanestesi för mindre ingrepp och där det inte givits andra läkemedel som kan utgöra en risk för postoperativ påverkan av vitala funktioner kan i stället för att läggas på UVA övervakas i Operationsentrén före hemgång.

Sjuksköterska eller läkare beslutar om utskrivning enligt avdelningens skriftliga rutiner. Om patienten inte är i skick att bli utskriven operationsdagen, blir övernattnings på opererande kliniks vårdavdelning alternativt akutmottagningens OBS-avdelning aktuell. Inläggningsbesked skrives av operatören eller jourhavande på respektive klinik. Vid övernattnings på OBS-avdelningen ska det av dokumentationen tydligt framgå vad som ska vara uppnått innan pat får gå hem, t.ex. om vattenkastning, illamående eller träff med operatör.

Gynklinikens laparoskopipatienter , TVT och prolapsoperationer går till gyn-avdelningens dagplatser. Enstaka patienter går hem via gymmottagningen, anges i operationsanmälan.

Barnpatienterna kommer från och går till Barndagvården på avd 108.

Tandpol-patienter som inte kan åka hem samma dag skall i första hand ligga på avd 211:s öronplatser, kontakta öronjouren.

De dagar UVA har ett stort antal kirurgiska polpatienter hjälper Kirurgslussen till med sina patienter.

De som inte tar sig hem p.g.a. att ha missat sista sambandstaxin eller bussen kan erbjudas plats på patienthotellet.

Alla andra patienter går direkt till hemmet.

Att tänka på och dokumentera innan patienten lämnar avdelningen:

- klippa av ID-bandet
- ta bort infusionskanyl.
- förband ua?
- har patienten fått postoperativa anvisningar? Färdigtryckta sådana finns för flera ingrepp.

Dessutom finns informationsblanketter om läkemedel.

Om patienten behöver kryckkäppar med sig hem, tillhandahåller UVA dessa. Patienten faktureras och behöver inte återlämna kryckorna.

### **UTSKRIVNINGSKRITERIER**

Utskrivning kan göras av sjuksköterska eller av läkare. För utskrivning av sjuksköterska fordras att nedanstående kriterier är uppfyllda. Om detta inte är fallet men patienten ändå måste skrivas ut, eller om tvekan råder, skall samråd med ansvarig narkosläkare ske. Den som är ansvarig för utskrivningsbeslutet skall sätta sin signatur på övervakningskurvan.

#### Allmänna kriterier gemensamma för **alla** patienter

1. Andning och cirkulation ua och stabila i minst en timme
2. SpO2 >92 %, i annat fall O2-tillskott. Jämför med preoperativt värde!
3. Medvetandegrad 1 eller i preoperativt skick
4. Inga tecken på pågående blödning av någon betydelse
5. Smärta under kontroll, VAS = max 3

#### Tidskriterier för utskrivning av patienter i **sluten** vård

1. Grundregel: Pat skall stanna minst 1 timme på UVA efter **narkos**.  
Undantag kortare sövningar med Propofol/Rapifen, sövningar för MR och endoskopi om patienterna snabbt är vakna.  
Tiden förlängs till 2 timmar i följande fall:
  - när totala Fentanyl dosen överstiger 0.2 mg
  - när patienten fått Esmeron® eller Tracrium® och muskelblockaden ej reverserats med Robinul/Neostigmin® eller Bridion®.
2. Pat skall stanna på UVA tills minst 2 timmar förflutit efter anläggandet av **ryggbedövning** och minst en halvtimme efter senaste påfyllningen.

**Barn:** Huvudregel är att de utskrivs enligt samma kriterier som vuxna. Samråd med ansvarig narkosläkare.

### Särskilda kriterier för utskrivning av patienter i **öppen** vård

1. Patienten har samtalat med operatören och fått hemtransport, sjukskrivning, återbesök, behövliga recept ordnade och i förekommande fall fått med analgetika enligt avdelningens generella ordinationer.
2. Kan klä sig själv, eller preop ADL.
3. Kan gå själv, ev. med stöd av eskort, eller i preop skick.
4. Bör ha eskort av anhörig/bekant (starkt önskvärt efter narkos och ryggbedövningar).
5. Efter ryggbedövning samt efter inguinala, urogenitala och anala ingrepp skall pat ha kastat vatten. Undantag: gynabrasio och exereser.

Se även UVA's centuridokument [Inför hemgång](#) samt [Gynekologisk dagkirurgi](#)

För patienter som transporteras till vårdavdelning innan de åker hem, gäller samma regler som vid slutna vård. Exempel: Barn- och kvinnoklinikens patienter.

### **ÖVERVAKNINGSRUTINER FÖR VITALA FUNKTIONER**

Alla patienter skall övervakas med avseende på (undantag se nedan):  
Barn övervakas på samma sätt som vuxna med angivna undantag.

#### **Andning**

Andningen skall på alla patienter bedömas utifrån frekvens, kvalitet och ljud. Hos alla patienter som varit sövda skall andningsfrekvensen mätas och dokumenteras vid ankomsten till UVA. Hos de som fått opiater eller som hade avvikande värden initialt, fortsätts dokumentationen regelbundet.

**Frekvens**      **Låg** frekvens (under 10 /min) ses framförallt vid opiatframkallad andningsdepression. Tänk på att opiater, t ex fentanyl, kan ge sen andningsdepression pga. recirkulation.

**Hög** frekvens (över 25 /min) förekommer vid smärta och ångest. Hos ej opiatpåverkad person kan otillräcklig andning, t ex pga. kvarstående muskelblockad, höja andningsfrekvensen.



**Kvalitet** Djup - Ytlig? Regelbunden?

**Ljud** Rosslande? Pipande?

### **Blodtryck**

De första timmarna efter anestesi mäts och dokumenteras blodtrycket minst varje kvart.

**Lågt** blodtryck kan bero på blödning, vätskebrist, ryggbedövning, eller kvarstående påverkan av anestesimedel.

**Högt** blodtryck kan förutom hypertonisjukdom bero på stress utlöst av t ex smärta. Läkemedel (t ex efedrin) kan också ge blodtrycksstegring.

På barn behövs inte blodtrycket kontrolleras i okomplicerade fall.

### **Puls**

Pulsen skall på alla patienter bedömas utifrån frekvens, kvalitet och rytm. De första timmarna efter anestesi räknas och dokumenteras pulsen minst varje kvart.

**Frekvens** **Långsam** puls (under 50 /min) kan orsakas av vasovagal reaktion (blekhet, blodtrycksfall) vid illamående / kräkning, ryggbedövning och hjärtrytmrubbning, men ses även vid behandling med Beta-blockerare och hos vältränade med mycket god kondition.

**Snabb** puls kan orsakas av smärta, feber, rädsla, ångest, blödning, vätskebrist. Det kan också vara fråga om en ren hjärtrytmrubbning, t ex förmaksflimmer eller kammartakykardi. Läkemedel (t ex atropin) kan också ge takykardi.

**Kvalitet** Välfylld - trådfin?

**Rytm** Regelbunden - oregelbunden?

### **Syremättnad**

Syremättnaden mäts med pulsoxymeter i första hand på ett finger/en tå, i andra hand på örsnibben. . På spädbarn kan hand eller fot användas.

Syremättnaden mäts kontinuerligt och dokumenteras minst varje halvtimme (se nedan under rubriken "Syrgas och syrebrist").

Normalt är SpO<sub>2</sub> minst 95 % vid luftandning. Vid värden under 93 % skall patienten ha syrgastillskott. Om man trots detta inte kommer upp till 93 %, skall läkare tillfrågas. Larmgränsen på pulsoximetern skall ej ställas lägre än 90 %.

Observera att man naturligtvis måste jämföra med patientens preoperativa värde.

Pulsoxymeterns stora fördel i uppvaknings-sammanhang är att man vid en smygande försämring av syrsättningen får en tidig varning så att man kan sätta in åtgärder innan en plötslig försämring inträder. Däremot kommer pulsoxymeterns larm väl sent vid ett plötsligt och oväntat andningsstillestånd.

### **Smärta - VAS-registrering**

Eftersom ett av UVA's mål är att smärtlindra patienten, skall smärtskattning göras på samtliga patienter, åtminstone före och efter att smärtstillande medel tillförts, helst en gång i timmen. Registrering görs med hjälp av en sticka graderad från 1-10, s.k. VAS-skala (VAS = Visuell Analog Skala)

Till barn som inte klarar VAS-skalan används Wong-skalan ("gubbar" i ställt för siffror).

Ordinationer för postoperativ smärtlindring ska vara ifyllda både för vuxna och barn innan patienterna skrivs ut från UVA.

### **Medvetandegrad**

Medvetandegraden skall uppskattas och dokumenteras vid ankomsten samt vid utskrivningen. Under tiden däremellan behöver dokumentation bara göras vid oväntat eller anmärkningsvärt postoperativt förlopp. För graderingen används den vanliga 8-gradiga skalan (RLS 85). De tre lättaste medvetandegraderna som är vanligast i uppvaknings-sammanhang, är:

**Grad 1**                    **Vaken och orienterad.** Ej fördröjd reaktion

**Grad 2**                    **Slö eller oklar.** Kontaktbar vid **lätt** stimulering.

Slö = Någon sekunds fördröjning när man ställer en fråga eller ger en uppmaning.

Oklar = Svarar fel på någon av frågorna:

- Vad heter Du (för och efternamn)?
- Var är Du? ("på sjukhus" eller platsens namn godkänt)
- Vilket år och vilken månad har vi nu?

Lätt stimulering = samtal, beröring, enkelt tillrop.

**Grad 3**      **Mycket slö eller oklar.** Kontaktbar vid **kraftig** stimulering, dvs. upprepade höga tillrop, ruskning eller smärtstimulering.

**Patienter som uppfyller följande kriterier kan övervakas med enbart pulsoxymeter.**

1. Tillhör ASA-grupp 1 eller 2
2. Utöver premedicinering enligt våra rutiner endast fått mindre omfattande regional blockad, ev. med lätt sedering med analgetika motsvarande max 0,1 mg/kg av Morfin (10 µg/kg Rapifen, 1 µg/kg Fentanyl).
3. Är vaken och i princip bara behöver en plats i väntan på att bedövningen skall släppa och för att invänta ev. samtal med operatören innan hemgång.
4. Ingen blödningsrisk.
5. Om pat mår bra kan övervakningen avslutas 1 tim efter senast given opioiddos.

**Patienter som kan komma ifråga för denna typ av postoperativ övervakning är de som opererats i:**

- plexus och andra ledningsblockader
- lokalbedövning
- penisblockad
- kort sövning

t ex:

- gynpol, abrasio / exeres
- polikliniska ortopedingrepp
- ljumskbräck, px mammae och liknande ingrepp

**SYRGAS OCH SYREBRIST**

De allvarligaste postoperativa komplikationerna vid en uppvakningsavdelning är dödsfall eller hjärnskador pga. höggradig syrebrist (hypoxi). Hypoxi är ganska vanligt och förekommer även hos patienter som kan tyckas andas normalt. Eftersom andningscentrum inte reagerar normalt efter en narkos, kan andningsstillstånd inträffa plötsligt hos dessa patienter. Utvecklingen från måttlig till livshotande hypoxi går fort och kräver ett snabbt ingripande för att förhindra

Anestesiavdelningen  
Jakob Boethius

hjärnskador. Postoperativ hypoxi beror oftast på en kombination av två eller flera av nedanstående orsaker.

### **ORSAKER**

- Ofri luftväg.** Kvarstående effekt av sederande medel bidrar ofta, snarkande andningsljud hörs ibland, men inte alltid!
- Andningsdeprimerande läkemedel och narkosgaser.** Kvarstående effekt. Varken syrebrist eller koldioxidöverskott ger andningsstimulering i normal utsträckning.
- Lustgas** Dröjer sig kvar i kroppen och "späder ut" syret i lungorna
- Muskelavslappande medel** Kvarstående effekt leder till hypoventilation
- Sekret i luftvägarna.** Host- och suckreflexen dämpas av opiater
- Postoperativ smärta** Andningsrörelserna hämmas.
- Lungatelektaser** Uppkommer ofta under narkosen.
- Sjukdomar i lungor och luftrör.** OBS rökare!
- Ökad syreförbrukning** T ex pga. huttrande eller smärta. Dålig cirkulation, chock.

### **RISKPATIENTER FÖR HYPOXI**

- Hjärtsjuka** Hypotoni, hypertoni, angina, genomgången infarkt, arytmier, kranskärlopererade.
- Hjärnskada** Skallskada, EP, shuntopererade etc.
- Lungsjukdom** Astma, bronkit, pulmektomerade etc.

Anestesiläkareavdelningen  
Jakob Boethius

<b>Opiater</b>	Patienter som fått opiater i dos överstigande 0.2 mg fentanyl, 0,5 mg Rapifen, 10 mg Morfin, 1 ml Palladon eller motsvarande.
<b>Spädbarn</b>	Framför allt prematurer och barn under 6 månader.
<b>Övrigt</b>	De som kräks, huttrar, eller på annat sätt mår dåligt

### **SYM TOM**

<b>Lågt pulsoxy- metervärde</b>	Se ovan under Pulsoxymetri.
<b>Cyanos</b>	Dvs. blåaktig färgton som syns bäst på läppar, slemhinnor, örsnibbar och nagelbädd. Cyanos ses dock inte alltid vid hypoxi och det är ett sent tecken på syrebrist, i synnerhet om Hb-värdet är lågt.
<b>Förvirring</b>	Vanligt, men inte alltid
<b>Medvetande- sänkning</b>	<u>För</u> sent tecken.

### **O<sub>2</sub> -BEHANDLING OCH - PROFYLAX**

Syrgas (2 liter/minut) via näskateter ska ges till:

- Alla riskpatienter enligt ovan.
- Alla som varit sövda.
- Alla som ej är vakna (medvetandegrad 2 eller djupare).

KOL-patienter : ge 1 l/min om inte läkare ordinerar annat.

### **Diagnostik av andningsdepression orsakad av opiater eller muskelrelaxantia**

För att skilja dessa två typer av andningsdepression kan man ha hjälp av följande tumregel:

Om en patient med bristfällig andning svarar "nej" på frågan om det är tungt att andas, så är det en opiateffekt.

Om hon svarar "ja" beror det på kvarvarande effekt av muskelrelaxantia.

Med andra ord, opiater ger en central andningsdepression som patienten inte känner, medan muskelsvaghet ger mycket obehagliga subjektiva besvär, som ofta visar sig som ansiktsgrimaser, försök att rulla runt i sängen och påtaglig allmän oro.

Opiateffekten behandlas med Naloxonhydroklorid (se under läkemedel) och syrgas.

Vid kvarstående effekt av muskelavslappande medel ges också syrgas och vid behov andningsunderstöd. Försök görs att lugna patienten. Detta är viktigt, dels för att tillståndet är obehagligt, dels för att oron ökar syrgasförbrukningen. Eventuellt kan också ytterligare Robinul-Neostigmin® eller Bridion ges. Tillkalla läkare!

**OMVÅRDNADSRUTINER** se även UVA-rutiner i pärmar eller i Centuri:

**Kontroll, inspektion och bedömning skall göras av:**

**Dränage** På anesthesi- och/eller operationsjournal ska framgå om dränet /dränen är passiva eller aktiva. Notera detta på anestesijournalens postopdel. Vid tveksamhet – fråga.

**Förband, bindor** Inspektera operationsområdet och förband vid patientens ankomst och sedan fortlöpande. Registrera på anestesijournalens postopdel.

**Urinproduktion** Urinproduktionen kan vara låg pga.

- blod- och vätskeförluster
- den preoperativa fastan
- ökad insöndring av ADH under op

Urinkontrollerna syftar till att förhindra:

- för låg urinproduktion, kan vara tecken på hypovolemi.
- överfylld blåsa. Om detta inträffar blir den uttänjd och slapp, vilket kan leda till svårigheter att tömma blåsan under lång tid, så att patienten får tappas eller ha kateter under längre tid.

Om patienten har blåskateter: Gör markeringar på Uribagen och kontrollera att urinproduktionen inte stannar av. Detta är särskilt noga vid större ingrepp och efter urologisk kirurgi. Patienten kan behöva mer vätska eller diuretika.

Om patienten **inte** har blåskateter: Svårigheter att tömma blåsan är vanligt de första 6 - 8 timmarna efter en operation. Detta kan ha flera orsaker, t ex:

- tillförsel av atropin och morfinpreparat
- känselbortfall vid ryggbedövning

Anestesiavdelningen  
Jakob Boethius

- sängläget
- att patienten känner sig påpassad och iakttagen

Obs att vid överfull blåsa kan känslan av "kissnödighet" försvinna. Om patienten "småskvätter" kan detta vara orsaken. Diagnosen ställs med hjälp av Bladderscan alternativt med försiktig palpation om det sitter ett förband i vägen för Bladderscannern.

När skall patienten tappas? Individuell bedömning som skall göras av erfaren sjuksköterska eller läkare. Patienterna ska tappas vid en urinvolym  $\geq 400$  ml.

Rutiner för tappning och kateterisering finns Centuri samt i UVA:s informationspärm.

**Magsond** Magsonder används framför allt efter bukkirurgi och vissa käkoperationer för att dränera ventrikeln. Direkt postoperativt bör sonden vara öppen för att motverka illamående och kräkning.

**Hud och perifer cirkulation** Hudens färg och temperatur skall bedömas på alla patienter och dokumenteras. Perifert om tattsittande förband och gips skall distalstatus noteras/dokumenteras. Två distalstatusmallar finns, en för vuxna och en för barn.

**Cyanos** på hud, nagelbädd och slemhinnor skvallrar om dålig syrsättning, men är mycket osäkrare än pulsoximetern.

**Bleket** kan vara ett tecken på otillräckligt ersatt blödning. Kontrollera

**B-Hb !**

**Varm och torr** hud är ett gott tecken.

**Kall** hud kan tyda på vätskebrist/chock, men även på dålig perifer cirkulation pga. föråtsittande förband.

**Kall och fuktig** hud kan förutom vid chock ses vid illamående och vasovagal reaktion.

**Smärta** **Ingen patient skall behöva ha svår postoperativ smärta!**  
**Även medelsvår smärta skall lindras** (om inte patienten av något skäl avböjer smärtbehandling).

Alla patienter klagar inte spontant över smärta, och det är inte alltid puls och blodtryck påverkas. VAS dokumenteras varje timme, samt efter given smärtstillning. VAS >3 skall behandlas. Sjuksköterskan skall utifrån de generella läkemedelsordinationerna för varje patient och vid varje aktuellt tillfälle bedöma

och dokumentera

- **vad** som ges
- **hur** och **när** det gavs
- **effekten** av vidtagen åtgärd

Om problem eller tveksamheter uppstår skall narkosläkare kontaktas.

## GENERELLA LÄKEMEDELSORDINATIONER

Vg se Centuridokumentet [Generella läkemedel på IVA och UVA](#)