

Gäller för: Verksamhet Obstetrik

Innehållsansvar: Mårten Alkmark, (marst98), Sektionschef

Granskad av: Erica Ginström Ernstad, (erigi2), Sektionschef

Godkänd av: Anneli Falk, (annfa17), Verksamhetschef

Giltig från: 2024-09-25

Giltig till: 2026-09-25

# Urinretention postpartum

## Revideringar i denna version

2024-09-25 datum förlängs 2 år.

## Arbetsbeskrivning

Det är vanligt med svårigheter att tömma urinblåsan första dygnet efter förlossningen, däremot har de allra flesta nyförlösta inga problem att tömma urinblåsan **efter ett dygn**.

Det finns evidens för att de kvinnor som får långdragna problem finns i gruppen med en residualvolym > 600-700 ml.

### Riskfaktorer för urinretention postpartum:

1. Epiduralanestesi
2. VE-förlossning
3. Stora bristningar med suturering
4. Utdragen förlossning
5. Förstföderskor

Den nyförlösta patienten skall innan hon lämnar förlossningsavdelningen ha tömt urinblåsan. Om hon efter förlossningen (efter 4 timmar) inte kunnat kissa spontant måste en uppskattning av blåsvolymen göras genom att göra en tappning av urinblåsan. **Om symtom som kan ge misstanke på överfylld urinblåsa bör man dock tappa urinblåsan tidigare. Om patienten har fått oxytocin eller iv vätska under förlossningen bör man vara liberal med att tappa blåsan tidigare.**

### Om tappad blåsvolym är

- **Mindre än 600 ml**

Vänta 4 timmar och om patienten tills dess kan tömma blåsan ordentligt görs inget ytterligare. Om patienten inte kunnat tömma blåsan sätts KAD. Alternativt kan ytterligare ett försök med tappning av urinblåsan

göras, men om patienten inte kan kissa inom 4 timmar därefter sätts KAD.

### **Mer än 600 ml**

Sätt KAD.

### **Avveckling av KAD**

- KAD tas bort efter ca ett dygn (12-24 tim) på dagtid och man kontrollerar patienten efter fyra timmar.
- Om patienten efter 4 timmar kan tömma blåsan ordentligt görs inget ytterligare.
- Om patienten efter 4 timmar inte kan tömma blåsan och tappad blåsvolym är:

### **Mindre än 600 ml**

Då kan man avvakta ytterligare 4 timmar och sen förnyad tappning om patienten inte tömt blåsan ordentligt. Om blåsvolym är mindre än 600 ml och man har gjort upprepade tappningar var 4:e timme under dagen, då kan man efter kontakt med obstetriker sätta KAD över natten och ta bort denna åter på dagtid. Därefter ny kontroll av patienten efter 4 timmar.

### **Mer än 600 ml**

Sätt ny KAD som ska sitta i ett dygn. Ta bort KAD på dagtid och kontrollera patienten efter 4 timmar. Obstetriker skall kontaktas.

Om man räknar med att patienten kommer att gå hem med KAD, boka tid för dragning av kateter om 2 till 4 dagar på OM-mottagningen hos barnmorska.

Vid dragning av kateter på OM-mottagningen. Dra ut kateter och vänta 4 timmar och därefter ska patienten kunna kissa ordentligt.

Alternativt kan man skicka med en slangklämma till patienten. Patienten kan då klampa KAD-slangen 4 timmar före ankomst till OM-mottagningen och efter dragning på OM-mottagningen så kan patienten omgående pröva att kissa.

Om patienten efter dragning av kateter på OM-mottagningen inte kan kissa, sätts KAD ånyo, och uppföljning bokas hos uroterapeut.

Om patienten efter dragning av kateter kan kissa kontrolleras residualvolym med tappning. Om residualvolym mindre än 150 ml kan patienten åka hem och ingen vidare uppföljning planeras.

Om residualvolym överskrider 150 ml sätts KAD ånyo och uppföljning bokas hos uroterapeut.

Uroterapeut kan nå dagtid, måndag - fredag Gyn ÖS, tfn: 35674  
alternativt fax: 25 31 39.

Uroterapeuten önskar epikris och remiss på patienten och detta ombesörjs av barnmorska. Patienten kontaktas sen från gynmottagningen och får tid för uppföljning inom en vecka för kontroll och i förekommande fall instruktioner för intermitterent katetrisering (RIK), samt vidare uppföljning tills patienten är återställd.

## Diagnos

Patienter som får KAD p g a urinretention skall ges diagnos O90.8

## Uppföljning, utvärdering och revision

Ansvarig för revision: Mårten Alkmark, Sektionschef.

Verksamhetschef ansvarar för uppföljning av innehållet i rutinen. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Obstetrix/Melior, om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControl PRO.

## Granskare/arbetsgrupp

Verena Sengpiel Vårdenhetsöverläkare Obstetrik,  
Inger Andersson Uroterapeut Gynekologi.

## Ansvar

Gäller för personal inom de enheter/verksamheter som berörs av rutinen.

Ansvar för spridning och implementering har VEC/EC.  
Verksamhetschefen ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författningar/lagar.

## Medicinsk rådgivare

Erica Ginström Ernstad, sektionschef, medicinsk ledningsansvarig,  
obstetrik SU

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Riktlinje

**Gäller för:** Verksamhet Obstetrik

**Innehållsansvar:** Mårten Alkmark, (marst98), Sektionschef

**Granskad av:** Erica Ginström Ernstad, (erigi2), Sektionschef

**Godkänd av:** Anneli Falk, (annfa17), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9786-1429723585-267

**Version:** 7.0

**Giltig från:** 2024-09-25

**Giltig till:** 2026-09-25