

Gäller för: Verksamhet Obstetrik

Giltig från: 2026-05-05

Innehållsansvar: Mårten Alkmark, (marst98), Överläkare

Giltig till: 2028-05-04

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

Godkänd av: Anneli Falk, (annfa17), Verksamhetschef

# Urinretention postpartum

## Revideringar i denna version

2026-04-28 Ändringar av volymsgränser och åtgärder.

Tilllägg av kontroll med bladderscan.

Ändrad rutin vid avveckling KAD på mottagning.

## Arbetsbeskrivning

Det är vanligt med svårigheter att tömma urinblåsan första dygnet efter födsel, 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
1. Födsel med hjälp av sugklocka
2. Stora bristningar med suturering
2. Utdragen födsel
3. Förstföderskor
4. Oxytocindropp

Den nyförlösta patienten skall innan hon lämnar förlossningsavdelningen ha tömt urinblåsan. Om hon 2 timmar efter födsel inte kunnat kissa spontant måste en uppskattning av blåsvolymen göras genom att göra en tappning av urinblåsan alternativt kontrollera med bladderscan. **Vid symtom som kan ge misstanke om överfylld urinblåsa görs tappning tidigare än 2 timmar efter partus. Om patienten har fått oxytocin eller iv vätska under förlossningen bör man vara liberal med att tappa blåsan tidigare.**

## Om tappad blåsvolym är

### 5. Mindre än 400 ml

Ingen ytterligare åtgärd om patienten kan kissa fortsättningsvis.

### 6. Mellan 400-600 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 urinblåsa göras, men om patienten inte kan kissa inom 4 timmar därefter sätts KAD. Blåstömningen kan även kontrolleras med bladderscan som alternativ till tappning.

### 7. 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. Blåstömningen kontrolleras med bladderscan.
- Om patienten efter 4 timmar inte kan tömma blåsan och tappad blåsvolym är:

### - mindre än 400 ml

Ingen ytterligare åtgärd.

### - mellan 400-600 ml

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 kontaktas obstetriker. Överväg 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. Blåstömningen kontrolleras med bladderscan.

Om man räknar med att patienten kommer att gå hem med KAD, boka tid för dragning av kateter om 2 till 4 dagar på Mottagningen för gravida och nyförlösta (MGN).

Vid dragning av kateter på MGN: Dra ut kateter och vänta 4 timmar och därefter ska patienten kunna kissa ordentligt.

Alternativt fylls blåsan med 400 ml NaCl och pat kan sedan prova kissa omgående. (Undvik klampning av kateter).

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

Om patienten efter dragning av kateter kan kissa kontrolleras residualvolym med tappning alternativt bladderscan. 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 från gynnottagningen och får tid för uppföljning inom en vecka, och i förekommande fall instruktioner för intermittent katetrisering (RIK) samt vidare uppföljning tills patienten är återställd.

## **Bladderscan**

Bladderscan (blåsscanner) är en ultraljudsapparat som skapar en tredimensionell bild av urinblåsan. Patienten ska ligga så avslappnat som möjligt i ryggläge. Applicera rikligt med gel ca 5 cm ovan blygdbenet och placera sonden i gelen. Rikta sedan sonden snett ned mot blåsan och följ apparatens instruktioner. Gör minst 3 separata mätningar för att få en säkrare bedömning.

## **Diagnos**

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

## **Uppföljning, utvärdering och revision**

Ansvarig för revision: Karin Breeding, VÖL BB, Lena Otterlind, VÖL Förlossning.

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), Överläkare

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

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

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

**Version:** 8.0

**Giltig från:** 2026-05-05

**Giltig till:** 2028-05-04