

1. Endringer siden forrige versjon

SEptember 2019: Ved resturin over 1500 ml vurderes urinkateter i en til to uker. Når urinkateter seponeres (ved resturin over 1500 ml) anbefales kontroll av resturin to ganger. Dersom pasient reiser hjem med permanent urinkateter skal poliklinisk kontroll avtales på barselavdelingen.

2. Hensikt og omfang

Unngå overdistensjon av urinblæren. Gjelder fødende og forløste kvinner ved Fødeavdelingen

3. Ansvar

Ansvarlig for gjennomføring: Jordmødre og barnepleiere ved Fødeavdelingen.

Ansvarlig for oppdatering: Avdelingsleder

4. Fremgangsmåte

Risikofaktorer for urinretensjon:

Langvarig fødsel

Rifter (spesielt fortilrifter)

Operative forløsninger

Ødem

EDA anestesi/pudendal (kan gi bedøvelse av urinblæren med tømmingsproblemer som følge)

Store mengder intravensøs væske under/rett etter fødsel.

Under fødsel:

Kvinnen bør late vannet regelmessig under fødsel. Dersom hun ikke føler vannlatningstrang (og det er flere timer siden siste vannlatning) eller hun ikke klarer gå til toalettet, må jordmor katetrisere. Hvor ofte må vurderes ut i fra pasientens væskeinntak (per os/i.v.) i forhold til diurese. Vær oppmerksom på at Oxytocin er antidiuretisk.

Tom blære i utdrivningstid er en fordel i forhold til fremgang.

Etter fødsel:

Alle skal ha dokumentert at vannlatning etter fødsel er kommet i orden innen 3 timer etter fødsel. Oftest holder det at kvinnen selv sier at hun har latt vannet på normal måte. **Det er imidlertid noen som skal følges nøyer opp:**

Disse kvinner følges ekstra opp i forhold til vannlatning. Se flytskjema:

- Vaginal operative forløste,
- Kvinner med store rifter (som feks. over lik grad 3) eller hematomer
- Langvarig trykkesid over 1 time
- Andre forhold der man kan forvente problemer ved vannlatning, feks ødemer, store mengder iv, oxytocin...

Flytskjema for oppfølging: