DEN NORSKE LEGEFORENING

HELSEDIREKTORATET
Postboks 220 Skøyen
0213
OSLO

Deres ref.: Vår ref: HSAK202500585 Dato: 09-02-2026

Høring - Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen

Legeforeningen takker for muligheten til å komme med tilbakemeldinger på utkast til revidert nasjonal faglig retningslinje for barselomsorg. Vi ønsker gjennom vårt høringssvar å ytre behovet for en noe tydeligere struktur, klarere ansvarsavklaringer, riktig prioritering av barselomsorg og større fokus på individuell tilpasning og helhetlige pasientforløp.

Legeforeningen mener

- Det bør fortsatt være et krav at nyfødtundersøkelsen utføres av lege.
- Det bør tydeligere presiseres hvem som har ansvar for de ulike helsetjenestene for å sikre gode pasientforløp.
- Det er mangel på kompetent helsepersonell i svangerskaps- og fødselsomsorgen. Barselomsorgen må sikre kvalitet i pasientbehandling gjennom rett prioritering av helsepersonellets ressurser.
- Ved etterkontrollen bør kvinner med svangerskapsrelatert eller kronisk sykdom gå til fastlegen.
- Legeforeningen mener psykisk helse i barselperioden må prioriteres i langt større grad enn hva retningslinjen nå har lagt opp til.

Kommentarer til retningslinjen som helhet

Legeforeningen støtter behovet for revisjon av retningslinjen og vurderer at anbefalingene i hovedsak er godt grunngitt ut fra gjeldende kunnskap og praksis. Avgrensninger i kunnskapsgrunnlag og evidens er gjort greie for i introduksjonen til utkastet. Legeforeningen er enig i at klinisk erfaring kan være et viktig grunnlag for anbefalinger der vitenskapelig evidens ikke foreligger. Vi stiller spørsmålstegn ved at Socialstyrelsen gjennomgående er brukt som referanse.

Etter Legeforeningens syn ville det styrket arbeidet med retningslinjen om flere leger i spesialisering, gynekologer, representant fra psykiatrien og representanter fra pasientforeninger som representerer nyfødte/spedbarn deltok i arbeidsgruppen.

Slik dokumentet fremstår nå er det noe langt og uoversiktlig. Det presiseres på side 4 under *Omfang og avgrensning* at retningslinjen gjelder *friske barselkvinner og friske barn* født til termin (vår uthevning). Dokumentets lengde, disposisjon og mange gjentakelser gjør at man kan miste dette fokuset av syne, noe som er uheldig da barselomsorg til friske barselkvinner ikke bør prioriteres i spesialisthelsetjenesten, men være en oppgave i primærhelsetjenesten. Videre etterlyser vi en presisering av hvem som har ansvaret for de helsetjenestene som tilbys, og understreker viktigheten av at oppgaver ikke bør i overføres mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten uten medfølgende ressurser.

Anbefalingene retter seg mot virksomheter, virksomheters ledelse, helsepersonell og fødeinstitusjoner. Det fremstår noe uklart hvorfor man bruker disse ulike nivåene i helsetjenesten i overskriftene og om dette er knyttet til ulike typer ansvar eller pasientrettigheter. Videre etterlyser vi tydelige føringer for hvilken virksomhet som skal ha ansvar for de ulike helsetjenestene for å sikre gode pasientforløp. Noen av eksemplene i retningslinjen fremstår som en lærebok/metodebok og innvendingen fra vår side er at det bør fokuseres på hovedbudskapet, og legge til grunn at de som har ansvar for å yte tjenestene har tilstrekkelig fagkunnskap. Flere slike generelle beskrivelser om spesifikke råd om observasjoner og/eller behandlinger kan utelates, og bidra til en forkortet og mer tydelig retningslinje. Eksempler her er observasjon av barselkvinner ved mistanke om sykdom og vurdering av smertelindring ved rift.

«Virksomhetens rutiner» er omtalt mange steder. Det er ønskelig at det presiseres hvilken virksomhet det er snakk om i de ulike situasjonene. Det fremstår også uklart om eksemplene er et *krav* til tjenestene eller ikke.

Amming

Amming er viktig for barnets ernæring, helse og tilknytning, og bør fortsatt fremmes som førstevalg der det er medisinsk og praktisk mulig. Samtidig opplever vi at retningslinjen i liten grad problematiserer det stresset og den belastningen barselkvinnen kan oppleve dersom ammerådene fremstår som for normative, dogmatiske eller lite individuelt tilpasset. For noen kan opplevelse av press til å skulle amme/få til å amme, være betydelig belastende, og dette er viktig å hensynta. Støttende ammetiltak bør inkludere hensyn til mors psykiske helse, ettersom psykologisk belastning både kan påvirke og bli påvirket av ammeerfaringen (1).

DEN NORSKE LEGEFORENING

Barselkvinnens helse

Legeforeningen mener at psykisk helse i barselperioden må prioriteres i langt større grad enn hva retningslinjen nå har lagt opp til.

Under anbefalingen *Virksomhetens ledelse bør ha rutiner som fremmer barselkvinnens psykiske helse og identifiserer psykiske plager* er det eksempler på åpne og utforskende spørsmål som kan stilles for å støtte barselkvinnen og vurdere psykisk helse. Legeforeningen stiller seg undrende til at det ikke fremgår begrunnelse/evidens for hvorfor akkurat disse spørsmålene er foreslått. Det er nylig, 2. februar 2026, publisert en grundig studie fra Norge om validiteten og treffsikkerheten av de såkalte «Whooley» spørsmålene, som er meget enkle å gjennomføre, og Legeforeningen anbefaler at disse spørsmålene erstatter de spørsmålene som er foreslått i retningslinjen.

1. Har du i løpet av den siste måneden ofte kjent deg trist, nedstemt eller uten håp?
2. Har du i løpet av den siste måneden ofte mistet interesse eller glede i ting du vanligvis liker å gjøre?

Valgfritt oppfølgingsspørsmål
Er dette noe du ønsker hjelp med?
Svaralternativer: Ja /Ja, men ikke akkurat nå /Nei (2) (3).

Videre står det at «*Ved bekymring for psykiske plager, vurder også om det er behov for helsehjelp*". Etter Legeforeningens syn er det ikke naturlig at psykolog står som første instans for helsehjelp, men at dette flyttes til etter fastlegen. Dette fordi helsehjelp på lavterskelnivå i førstelinjen, kommunen og fastlege, kan hjelpe mange og skal prøves først. Noen ganger er psykolog en del av det kommunale tilbudet, men også andre faggrupper i kommunen har spesialisert seg i psykisk helsehjelp for lettere psykiske lidelser. Ved å nevne psykolog først, skapes det en forventning om at det er førstevalget, og svekker tilliten til førstelinjen. Fastlegen kjenner ofte kvinnen fra før hun ble gravid, og kjenner hennes helhetlige helse og livssituasjon, og bør involveres ved mistanke om psykisk lidelse.

Barseltiden er en dokumentert høyrisikoperiode for alvorlig psykisk sykdom, særlig bipolar lidelse og psykose (4). Psykiatriske årsaker, inkludert selvmord, utgjør en av de største kategoriene av mødredødelighet i året etter fødsel. (5). Retningslinjene gir, slik de nå er formulert, begrenset handlingsstøtte til førstelinjetjenesten og øker risikoen for forsinket vurdering. Retningslinjen bør derfor tydelig løfte frem alvorlig psykisk sykdom som egen risikokategori og angi konkrete «røde flagg» som skal utløse rask medisinsk vurdering. Slike røde flagg bør omfatte:

- uttalt eller vedvarende søvnløshet
- rask symptomforverring
- betydelig uro eller agitasjon
- markert stemningssvingning eller oppstemthet
- endret virkelighetsoppfatning (forvirring, vrangforestillinger, hallusinasjoner)

- suicidale tanker
- markert funksjonssvikt

Mistanke om postpartumpsykose må eksplisitt presiseres som en akuttpsykiatrisk tilstand (6).

Når det gjelder *fremfall/prolaps* anbefaler vi å legge til følgende i teksten på side 88: "Fremfall forekommer sjeldent i barseltiden. Kun kvinner med plagsomme symptomer bør henvises til gynekolog. Konservativ behandling med pessar og bekkenbunnstrening er aktuelle behandlingsalternativer i barselperioden".

Retningslinjen angir at barselkvinnen bør få tilpasset informasjon, oppfølging og smertelindring av fødselsrifter og plager i underlivet etter fødsel. Vi mener at kapittelet er godt, med relevante punkter kvinnen bør få informasjon om. Vårt spørsmål er om det her med "virksomheten" henvises til sykehuset/helseforetaket, eller også til kommunehelsetjenesten?

Det kan være utfordrende for helsepersonell å gi informasjon om forventet forløp av en del plager og tilstander da det kan være mangel på forskning om dette. For eksempel kan dette gjelde varighet av smerter og plager i seksuallivet.

Det er bra at retningslinjen fremhever at kvinnen bør få tilbud om underlivsundersøkelse før utreise, ved hjemmebesøk og på etterkontrollen. Det er også viktig at det anbefales undersøkelse av lege dersom det er mistanke om komplikasjoner. I primærhelsetjenesten bør fastlege vurdere kvinnen, før man vurderer henvisning til spesialisthelsetjenesten. Det bør også fremgå når kvinner bør henvises til gynekolog ved problemer med seksuell helse, under avsnittet «komplikasjoner og indikasjon for videre undersøkelse».

Det er beskrevet at virksomhetens ledelse bør ha rutiner som fremmer barselkvinnens psykiske helse og identifiserer psykiske plager. Det er bra at man i innledningen har avklart begrepsbruken psykiske plager og psykiske lidelser. Det overlates til virksomhetene å utarbeide rutiner for hvordan helsepersonell skal følge opp og eventuelt henvise videre ved behov for videre oppfølging. Det innebærer trolig et stort arbeid for de enkelte virksomhetene. En tydeligere anbefaling for dette i retningslinjen kunne forebygget uønsket variasjon i oppfølgingen, og redusert usikkerhet for helsearbeiderne.

Nyfødte i barseltiden

Når det gjelder *nyfødtundersøkelsen* ønsker Legeforeningen å trekke frem viktigheten av mengdetrening i opplæring av LIS, som er avhengig av å undersøke mange friske nyfødte barn, da Norge er et lite land med relativt liten populasjon av barn, og mengdetrening tar tid. For å kunne håndtere akutt syke nyfødte er det helt avgjørende og å ha god kunnskap om friske nyfødte. Det fremstår som unødvendig ressursbruk at jordmødre skal foreta

nyfødtundersøkelsen, og argumentene for dette i retningslinjen oppleves ikke som relevante. Det er ingen medisinsk grunn til at barn ikke kan skrives ut og komme tilbake til legeundersøkelse ifb med nyfødtscreeningen eller hørselscreeningen. Ei heller ingenting som tilsier at det er uhensiktsmessig at vakthavende skal prioritere å undersøke et nyfødt barn. Et evt avvik må uansett følges opp av lege, og da er det unødvendig å legge opp til dobbeltbruk av helsetjenester, når lege kan utføre denne undersøkelsen. Legeforeningen stiller seg undrende til at jordmødre skal ta ansvar for medisinske tilstander hos barn/barselkvinne som må følges opp, herunder blodtype/blodtypeantistoffer, arvelige tilstander, forhold påvist intrauterint mm, som krever medisinsk forståelse og diagnostikk. Legeforeningen foreslår at anbefalingen om *Klinisk nyfødtundersøkelse* endres til «Krav om at det skal være lege som gjennomfører undersøkelsen videreføres. Barnet og foreldre bør ikke adskilles under undersøkelsen. Undersøkelsen kan gjennomføres i løpet av første leveuke, gitt at det ikke foreligger risikofaktorer eller kliniske symptomer/funn som tilsier at barnet bør undersøkes tidligere.»

Under punktet om *gulsot,* kan det med fordel linkes til gulsotveilederen i nasjonal nyfødtveileder og i tillegg inkludere noe om prolongert gulsot. *Vitamin K* er det varierende skepsis til i ulike fagmiljøer i Norge, og derfor bør begrunnelsen for å gi dette legemiddelet per oralt eller som injeksjon komme enda tydeligere frem i veilederen.

Sukkervann kan være et godt alternativ til *smertelindring* når morsmelk ikke er tilgjengelig. Det er flere studier som sammenligner effekt av sukkervann og morsmelk og finner stort sett samme effekt. Det beste er å gi morsmelk, men der dette ikke er mulig/tilgjengelig, må alternativet være sukkervann. Slik det står nå, kan det oppfattes som om sukkervann ikke er smertelindrende og da kan personalet velge å ikke i sukkervann. Dette er feil og uheldig for den nyfødte. Sukkervann kan inkluderes i anbefalingen, med samme referanser.

Ifølge nyfødtveilederens nylig reviderte kapittel om *Hepatitt B* skal ikke alle barn av mødre med core alone få vaksine/immunoglobin, men de må også være HBV-DNA PCR pos. (7).

Angående *SpO2 screening/pulsoksimetri* slik det står på side 42, reagerer vi på ordlyden i foreslått tekst. Vi forslår endre til: *Pulsoksimetri for oppdagelse av alvorlig hjertefeil kan gjøres i forbindelse med andre vitale parameter eller som en enkeltstående hendelse av henging av lokale rutiner, senest innen 24 timer.*

DEN NORSKE LEGEFORENING

Utreise fra barsel og videre oppfølging

Legeforeningen er opptatt av at kvinner skal få nødvendig helsehjelp i en sårbar periode av livet, at barn ikke skal vokse opp med unødig risiko for psykiske vansker og at hjelpen er lett tilgjengelig og av god kvalitet for de som trenger den, når de trenger den. Derfor mener vi det er viktig å forberede barselkvinnen og evt partner på barseltiden, og at skriftlig informasjon om vanlige plager og utfordringer gjøres tilgjengelig.

Tidlig utreise bør ha med informasjon om at WHO anbefaler 24 timer liggetid for mor og barn i selve anbefalingens tittel og ikke bare i anbefalingens høringsgrunnlag.

Etter Legeforeningens syn ville det være fordelaktig å stille tydeligere krav i retningslinjen om hva *epikrisen* fra sykehuset skal inneholde, inkludert hva som er anbefalt oppfølging.

Dersom veilederen likevel skal inneholde spesifikke, faglige råd slik som i en metodebok (noe vi ikke anbefaler), foreslår Legeforeningen at det spesifiseres hva *undersøkelsen av perinealrift grad 3 og 4*, kontrollert etter 6-12 måneder, bør inneholde. Vi anbefaler følgende: 1. Inspeksjon av sårtilheling, da noen kan ha sekvele som krever videre oppfølging eller kirurgisk korreksjon. 2. Spørsmål om symptomer, bruk gjerne spørreskjema om fekalinkontinens som St. Marks (8) skår eller symptomer på descens og inkontinens med pelvic floor distress inventory (PFDI-20) (9). 3. Tilbud om ultralydundersøkelse av sphincterapparatet dersom klinikeren har kompetanse på området (10). 4. Ut fra symptomer og anatomisk tilheling; gi veiledning i forhold til evt. neste fødsel (11).

Når det gjelder utreise fra barsel påpekes det at listen med sykdommer som gjør at barselkvinnen bør følges opp av fastlege, fremstår som uttømmende, og er upresis. Det er mange medisinske tilstander som krever oppfølging hos fastlege og som ikke er på listen. En liste med eksempler på medisinske tilstander, kan dessuten skape inntrykk av rangering av sykdommer man skal ha fokus på etter fødsel.

Under anbefalinger tilknyttet hjemreise fra barsel står det under praktisk informasjon at jordmor skal sende pasienten til fastlege ved svangerskapsrelaterte tilstander som må følges opp. Legeforeningen er bekymret for at dette forsvinner i all annen informasjon i retningslinjen, med fare for at barselkvinnen ikke får den oppfølgingen hun bør ha.

Utkastet til innhold i *etterkontrollen* hos fastlege eller jordmor, er oversiktlig og løfter frem de viktigste punktene som her bør tas opp. Kulepunktene under "Andre aktuelle tema" kan med fordel listes under enten fysisk, eller psykisk/emosjonell helsetilstand, slik at det blir enda mer oversiktlig.

Familien og barnet skal følges opp av fastlegen i mange år og det vises til at alle nyfødte får plass på listen til barselkvinnens fastlege. Fastlegen er i en særstilling når det kommer til å ivareta barselkvinnen og familien pga kunnskap om forhistorie, familiehistorikk, samt kan ta ansvar for en helhetlig oppfølging. Det understrekes imidlertid at de som trenger oppfølging

grunnet en svangerskapsrelatert sykdom eller kronisk sykdom, bør gå til fastlegen for etterkontrollen. Høringsutkastet viser til Helsedirektoratets brukererfaringsundersøkelse for svangerskaps- fødsels- og barselomsorgen på sykehus og helsestasjon. Det er uheldig at Hdirs brukererfaringsundersøkelse ikke inneholder kartlegging av barselomsorgen hos fastlege, siden fastlegene yter viktige helsetjenester i svangerskap- og barseltid på lik linje med helsestasjonen. Spesielt gjelder dette oppfølging av kvinnens helse, som i barselavdeling og helsestasjon scorer lavere enn andre områder. Fastlegene tilbyr trygghet, tillit, tilgjengelighet og kontinuitet og skal følge opp barselkvinnen og barnet i årene etter utskrivelse fra barselavdelingen.

Referanser

1. Nagel EM, Howland MA, Pando C, Stang J, Mason SM, Fields DA, Demerath EW. Maternal Psychological Distress and Lactation and Breastfeeding Outcomes: a Narrative Review. Clin Ther. 2022;44(2):215-27.).
2. Acta Obstet Gynecol Scand. 2026 Feb 2. doi: 10.1111/aogs.70152. Online ahead of print.
3. Validity and accuracy of the Whooley questions to identify symptoms of depression in Norwegian postpartum women - Rognmo - 2026 - Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica - Wiley Online Library
4. Munk-Olsen et al., 2006; Pope et al., 2014
5. Nyfløt et al., 2021
6. Postpartum psychiatric disorders - PubMed
7. 4.14 Hepatitt B – perinatal smitte/infeksjon - Helsebiblioteket
8. Vaizey CJ, Carapeti E, Cahill JA, Kamm MA. Prospective comparison of faecal incontinence grading systems. Gut. 1999 Jan;44(1):77-80. doi: 10.1136/gut.44.1.77. PMID: 9862829; PMCID: PMC1760067.
9. Teig CJ, Grotle M, Bond MJ, Prinsen CAC, Engh MAE, Cvancarova MS, Kjøllesdal M, Martini A. Norwegian translation, and validation, of the Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20) and the Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7). Int Urogynecol J. 2017 Jul;28(7):1005-1017. doi: 10.1007/s00192-016-3209-z. Epub 2017 Jan 6. PMID: 28062903.
10. Patton V, Kumar S, Parkin K, Karantanis E, Dinning P. The relationship between residual sphincter damage after primary repair, faecal incontinence, and anal sphincter function in primiparous women with an obstetric anal sphincter injury. Neurourol Urodyn. 2019 Jan;38(1):193-199. doi: 10.1002/nau.23826. Epub 2018 Nov 2. PMID: 30387531.
11. Vaizey CJ, Carapeti E, Cahill JA, Kamm MA. Prospective comparison of faecal incontinence grading systems. Gut. 1999 Jan;44(1):77-80. doi: 10.1136/gut.44.1.77. PMID: 9862829; PMCID: PMC1760067.

Med hilsen
Den norske legeforening

Siri Skumlien — generalsekretær

Johan Georg Røstad Torgersen — fagdirektør

DEN NORSKE LEGEFORENING

Maria Tønne

rådgiver/lege

Dokumentet er godkjent elektronisk