

BARSELPERIODEN

ANBEFALINGER

- Vi foreslår bruk av tidlig varslingsystem tilpasset barselkvinner (III), for eksempel ONEWS(IV). Dette for å sikre en objektiv, systematisk og regelmessig registrering av vitale parametere under barseloppholdet på sykehus ([ONEWS: Obstetric Norwegian Early Warning Score System](#)).
- Vi foreslår regelmessig vurdering av vaginal blødningsmengde, uterus tonus og fundushøyde hos alle kvinner de første 24 timer etter fødsel (IV).
- Vi foreslår blodtrykkskontroll av alle kvinner etter fødsel for å avdekke sen debut av hypertensjon(IV) ([Hypertensive svangerskapskomplikasjoner og eklampsi](#)).
- Vi foreslår at kvinner med alvorlig fødselskomplikasjoner får tilbud om kontroll i spesialisthelsetjeneste etter kvinnens behov (IV).
- Vi anbefaler at ved hver påfølgende postnatal kontakt etter hjemreise blir kvinner spurt om opplevd livskvalitet og at man vurderer: vannlating, tarmfunksjon, tilheling av sår, hodepine, tretthet, ryggsmarter, perineale smerter, perineal hygiene, renselse, brystsmarter og ømhet (IV).
- Vi anbefaler at helsepersonell er spesielt oppmerksomt på kvinner som lever i en sårbar situasjon (enslige, kvinner med mental helse utfordringer, kvinner som nylig har migrert til Norge, kvinner med sosiale eller økonomiske utfordringer) og deres eventuelle behov for tettere oppfølging (IV).

Obs: Helsedirektoratets retningslinjer for barselomsorg; revisjon ute til høring.

DEFINISJON

Barseltiden har tidligere blitt definert som de første 6 uker etter fødsel. Nyere forskning viser at komplikasjoner ofte opptrer lenge etter 6 uker postpartum [1] . Kvinner kan ha plager som følge av svangerskap og fødsel som ofte oversees eller nedvurderes av kvinnen selv og helsevesenet. I stedet for å avgrense perioden til 6 uker etter fødsel, anbefales en ramme på minst 12 uker (i noen tilfeller definert som ´fjerde trimester [2] ´som standard oppfølging med forståelse for at enkelte behov kan vedvare 6-12 måneder eller lenger. Ved å anerkjenne en lengere periode gir det familien og helsepersonell mulighet for bedre veiledning og støtte og tidlig identifisering av plager og/eller komplikasjoner som oppstår etter 6 uker postpartum.

Barselperioden starter for det fleste kvinner i spesialisthelsetjenesten, og deretter en overgang til primærhelsetjeneste. Hvordan denne overgang er organisert kan være forskjellig for hvert helseforetak. Samhandling er viktig i denne perioden for pasientsikkerhet og til å unngå unødvendig forsinkelse. Det første 48 timer–2 uker etter fødsel er perioden med størst akutt medisinsk risiko. Derfor gir spesialisthelsetjenesten bedre tilgang til umiddelbar diagnostikk og behandling. Dette kan være et argument for å vurdere at spesialisthelsetjenesten beholder ansvaret for barselkvinnen, ved akutte hendelser i det første 2 uker. Etter de første 2 ukene avtar behovet for akutt spesialistkompetanse hos det fleste kvinner. Primærhelsetjenesten (fastlege/helsestasjon/jordmor i kommunen) er da best egnet for kontinuerlig omsorg, langtidssamtaler, forebygging og koordinering av sosial støtte.

EPIDEMIOLOGI

Svangerskap, fødsel og barselomsorg skal fremme helse og forebygge sykdom hos kvinnen. Fysiologiske prosesser under svangerskap og fødsel påvirker mange organsystemer, og selv om disse er fysiologiske («naturlige») prosesser kan de gi stor påkjenning for kvinnekroppen. Potensielt kan de føre til komplikasjoner i barseltiden. Det er lite forskning på forekomst av komplikasjoner som følge av svangerskap og fødsel. En litteraturgjennomgang av Vogel et al fant at mer en 10% av kvinner plages med dyspareuni, anal-eller urininkontinens, fødselsdepresjon, fødselsangst og kroniske smerter slik som korsryggsmerter og perinealsmerter utover 6 uker etter fødsel. For de vanligste komplikasjoner de første ukene etter fødsel vises det til underkapitler om ´urinretensjon´, ´urinlekkasje´, ´infeksjoner´, ´anemi´ og [hypertensive svangerskapskomplikasjoner og eklampsi](#) og postpartum depresjon.

Dyspareuni

En kunnskapsoversikt av høy kvalitet inkluderte 22 studier med 11.457 kvinner og rapporterte en prevalens på 35 % (95 % KI 29–41) av dyspareuni blant postpartum kvinner. Det var fallende forekomst over tid: 43 % fra 2 måneder til 6 måneder etter fødselen, 22 % fra 6 måneder til 12 måneder, og 40 % fra 12 måneder til 24 måneder etter fødsel [3].

Kroniske smerter

Korsryggsmerter, smerter etter epidural og perineale smerter, samt periodevis plager av brystmerter er eksempler på smerter som blir rapportert. En kunnskapsoppsummering fant at 8-10 % av kvinner med bekkenleddsmerter har smerter opp til 2 år postpartum [9]. En studie fra Norge fant at kvinner med fødselsrift grad 2, mindre rifter og til og med uten rapporterte rifter opplevde like mye smerter som mer alvorlige rifter, og at de kan gi betydelige plager og påvirke kvinners livskvalitet [10, 11].

FOREBYGGING, DIAGNOSE OG BEHANDLING

Barselperioden starter for det fleste kvinner i spesialisthelsetjenesten, og deretter en overgang til primærhelsetjeneste. Hvordan denne overgang er organisert kan være forskjellig for hvert helseforetak. Samhandling er viktig i denne perioden for

pasientsikkerhet og til å unngå unødvendig forsinkelse. Barseltiden inneholder flere rutineundersøkelser av barnet, spesielt etter hjemreise. En stor andel av norske kommuner klarer ikke å tilby jordmor på hjemmebesøk etter fødsel, mens hjemmebesøk av helsesykepleier for å undersøke barnet fungerer godt [12].

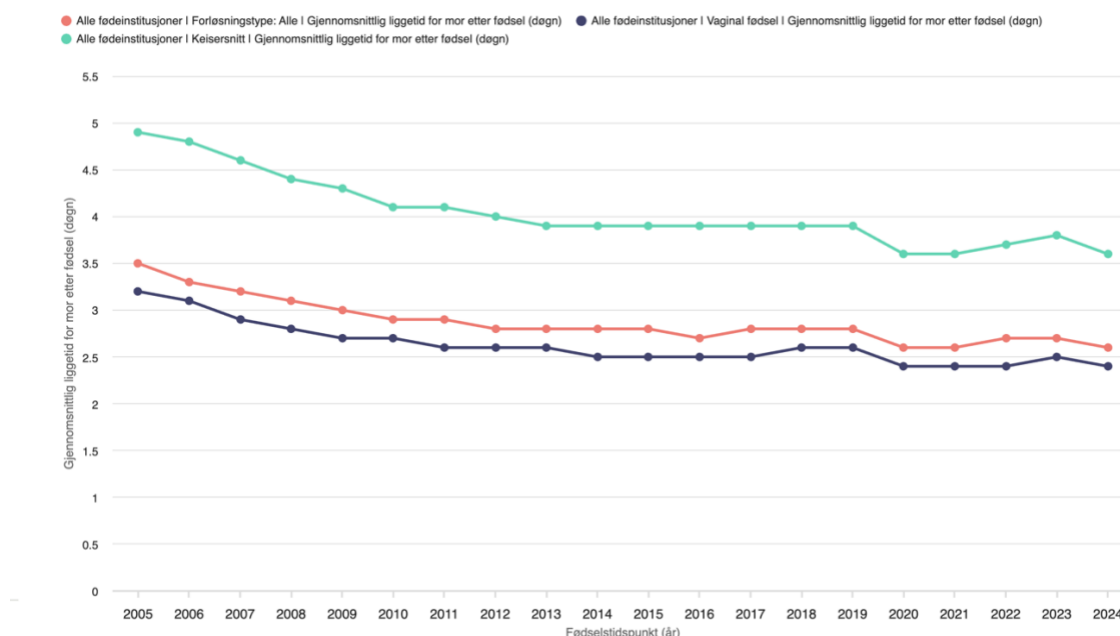
Ansvarsfordeling

Det første 48 timer–2 uker etter fødsel er perioden med størst akutt medisinsk risiko. Derfor gir spesialisthelsetjenesten bedre tilgang til umiddelbar diagnostikk og behandling. Dette kan være et argument for å vurdere at spesialisthelsetjenesten beholder ansvaret for barselkvinnen, ved akutte hendelser i det første 2 uker. Etter de første 2 ukene avtar behovet for akutt spesialistkompetanse hos det fleste kvinner. Primærhelsetjenesten (fastlege/helsestasjon/jordmor i kommunen) er da best egnet for kontinuerlig omsorg, langtidssamtaler, forebygging og koordinering av sosial støtte.

Første 24-48 timer postpartum

Det fleste kvinner i Norge er på barselavdeling eller barselhotell de første 24-48 timer etter fødsel. Det anbefales at helsepersonell regelmessig vurderer vaginal blødningsmengde, uterus tonus og fundus høyde. (se Postpartum Blødning kapittel). Det anbefales at alle kvinner får regelmessige målinger av blodtrykk, puls og temperatur i henhold til ONEWS skjema (link ONEWS).

- Gjennomsnittlig liggetid i Norge etter fødsel i 2024 var 2,6 (SD 1,5) døgn.
- Gjennomsnittlig liggetid etter vaginal fødsel var 2,4 (SD 1,4) døgn.
- Gjennomsnittlig liggetid etter keisersnitt var 3,6 (SD 1,9) døgn.
- Liggetiden er høyest i Helse Nord (ref: MFR).



Trygghet og støtte

I en systematisk litteraturgjennomgang av 36 studier fra 15 land beskrives barseltiden som en periode med betydelig overgang med endringer i selvidentitet, omdefinering av relasjoner og endring i seksuell atferd etter hvert som kvinnen tilpasser seg den nye normalen [13]. Kvinner har i denne perioden behov for praktisk, emosjonell og psykologisk støtte fra sine nære relasjoner. Kvinner forventer at helsepersonell ser dem som individer, at hennes helse får særskilt oppmerksomhet i tillegg til barnet og at begges behov blir anerkjent og møtt. De ønsker kontinuitet i omsorgen, god kommunikasjon og at oppfølging er tilpasset deres individuelle behov [13, 14].

Postpartum kontroller

I dagens situasjon reiser flere kvinner hjem før melkeproduksjon og amming er etablert, og overgangen fra sykehus til hjem kan være stor. I Norge er det vanlig å tilby hjemmebesøk av kommunejordmor innen 1-3 dager etter hjemreise fra barsel og kontroll 4 - 6 uker etter fødsel hos fastlege eller jordmor [12]. Kvinner som har opplevd alvorlige fødselskomplikasjoner (alvorlig postpartum blødning, innleggelse på intensiv, alvorlig preeklampsi eller alvorlig neonatal utfall) bør få tettere oppfølging. Vi anbefaler at spesialisthelsetjenesten tilbyr 6 ukers kontroll på sykehusets poliklinikk hos slike kvinner. Det kan vurderes å gjøre hyppigere kontroller, eventuelt per telefon eller videokonsultasjon etter kvinnens behov.

Bekkenleddsmarter, perineale smerter og dyspareuni

Ved postpartum samtaler med helsepersonell bør kvinnen få informasjon om normale endringer og plager og hvor kvinnen skal henvende seg dersom slike plager varer lengre enn forventet. Fordi smerter i korsryggen og perineum er et vanlig problem og/eller fordi underlivs- og samlivsplager kan være skambelagt, er det noen kvinner som ikke oppsøker hjelp selv. Det anbefales derfor at helsepersonell ved postpartum kontroller aktivt spør om kvinner har plager eller smerter som har oppstått etter fødsel.

Prevensjonsveiledning

Kvinner bør få prevensjonsveiledning postpartum, dette kan allerede nevnes ved utreise samtale fra barsel, men er spesielt egnet ved 6 ukers kontroll. Dermed kan dette også være et ansvar for spesialisthelsetjeneste. Prevensjonsveiledning bør med fordel innebærer vurdering av medisinsk historie og risikofaktorer (f.eks. amming, tromboserisiko), gjennomgang av egnede alternativer, vurdering av kvinnens behov og ønsker, anbefaling om tidspunkt for oppstart/igangsetting og praktiske tiltak for eventuelle oppfølging, som med fordel gjøres i primærhelsetjeneste:

PASIENTINFORMASJON

Kvinner bør informeres om hva som kan forventes i barselperioden både i svangerskapsomsorgen og på barselavdelingen-. De bør få informasjon om nyttige brukerorganisasjoner som kan hjelpe kvinnen og den nybakte familien. Kvinner bør få tilstrekkelig informasjon og veiledning om normale fysiologiske symptomer de første ukene etter fødsel. Det er viktig å avklare før hjemreise fra barsel hvor kvinnen skal henvende seg ved vedvarende plager som påvirker hennes livskvalitet.

REFERANSER

- [1] Vogel JP, Jung J, Lavin T, et al. Neglected medium-term and long-term consequences of labour and childbirth: a systematic analysis of the burden, recommended practices, and a way forward. *Lancet Glob Health* 2024; 12: e317–e330.
- [2] Optimizing Postpartum Care, <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/05/optimizing-postpartum-care> (accessed 19 January 2026).
- [3] Banaei M, Kariman N, Ozgoli G, et al. Prevalence of postpartum dyspareunia: A systematic review and meta-analysis. *Int J Gynecol Obstet* 2021; 153: 14–24.
- [4] The Ahus Birth Cohort - Institute of Clinical Medicine, <https://www.med.uio.no/klinmed/english/research/projects/ahus-birth-cohort/index.html> (accessed 19 January 2026).
- [5] Eberhard-Gran M, Engelsen LY, Al-Zirqi I, et al. Depressive symptoms and experiences of birthing mothers during COVID-19 pandemic. *Tidsskr Den Nor Legeforening*. Epub ahead of print 4 February 2022. DOI: 10.4045/tidsskr.21.0450.
- [6] Stevenson K, Fellmeth G, Edwards S, et al. The global burden of perinatal common mental health disorders and substance use among migrant women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* 2023; 8: e203–e216.
- [7] Bjerke SEY, Vangen S, Nordhagen R, et al. Postpartum depression among Pakistani women in Norway: prevalence and risk factors. *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet* 2008; 21: 889–894.
- [8] Løvlie AL, Madar AA. Postpartum Depression Among Somali Women in Norway. *J Immigr Minor Health* 2017; 19: 638–644.
- [9] Fiani B, Sekhon M, Doan T, et al. Sacroiliac Joint and Pelvic Dysfunction Due to Symphysiolysis in Postpartum Women. *Cureus* 2021; 13: e18619.
- [10] Risløkken J, Macedo MD, Bø K, et al. The severity of second-degree perineal tears and dyspareunia during one year postpartum: A prospective cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2025; 104: 968–975.
- [11] Risløkken J, Dalevoll Macedo M, Bø K, et al. The severity of second-degree perineal tears and perineal pain during three months postpartum: A prospective cohort study. *Midwifery* 2024; 131: 103930.

- [12] Helsedirektoratet. *Barselomsorgen (HØRINGSUTKAST)*,
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen-horingsutkast>
(2025).
- [13] Finlayson K, Crossland N, Bonet M, et al. What matters to women in the postnatal period: A meta-synthesis of qualitative studies. *PloS One* 2020; 15: e0231415.
- [14] Johnson DN, Jatta F, Rotevatn TA, et al. Blind Spots in the Norwegian Maternity Care System: A Qualitative Study on Immigrant Mother's Experiences with the Perinatal Period in Oslo, Norway. *Womens Reprod Health*; 0: 1–16.
- [15] Screening for depression in pre- or postnatal women - NIPH,
<https://www.fhi.no/en/publ/2013/screening-for-depression-in-pre--or-postnatal-women-/> (accessed 19 January 2026).

Høringsutkast OGM 26