

# Endometriose og adenomyose – utredning, oppfølging og behandling (HØRINGSUTKAST)

Nasjonal faglig retningslinje

---

Først publisert: 11. mai 2026

Siste faglige endring: 11. mai 2026



# Innhold

1. <u>Bakgrunn, metode og prosess</u> .....	38
2. <u>Utredning, oppfølging og behandling i kommune- og spesialisthelsetjenesten</u> .....	64

**Ekstern høring:**

Høringsfrist 26. august 2026. Mer informasjon på [høringssiden](#).

1

## Bakgrunn, metode og prosess

**Ekstern høring:** Høringsfrist 26. august 2026. Mer informasjon på [høringssiden](#).

## Bakgrunn

Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, oppfølging og behandling av kvinner med endometriose og adenomyose er forankret i et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdraget ble gitt på bakgrunn av Helsedirektoratets rapport [Tiltak for å forbedre tilbudet til kvinner med endometriose](#) som beskriver utfordringene ved dagens organisering av helsetjenestene til disse pasientgruppene, samt vurderinger av utfordringene og forslag til tiltak. Retningslinjen svarer primært på del 1 av oppdraget (se under), men er også aktuelt som et bidrag til del 2 ved å gi tydelige føringer for behandlingsmål og behandlingsnivå for ulike utbredelse av sykdommene.

**Oppdragstekst:**

TB2023-24. Det vises til tillegg til tildelingsbrev nr. 4 2021: Tiltak for å forbedre tilbudet til kvinner med endometriose.

Helsedirektoratet skal

**1. utarbeide faglige anbefalinger om utredning, behandling og oppfølging i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Oppstart av arbeidet sees i sammenheng med oppdrag gitt RHF om organisering av tjenestetilbudet på sykehusene.**

2. foreslå kompetansehevede tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Oppstart av arbeidet sees i sammenheng med oppdrag gitt RHF om organisering og kompetanseutvikling i tjenestetilbudet på sykehusene.

3. tilgjengeliggjøre informasjon for befolkningen på [ung.no](#), [helsenorge.no](#) eller andre eksisterende plattformer.

## Behov for tiltak for å forbedre tilbudet

Helsedirektoratets utredning av tiltak for å forbedre tilbudet til kvinner med endometriose og adenomyose (Helsedirektoratet, 2022) avdekket utfordringer rundt lang vei til riktig behandling og sikker diagnose. Dette støttes av internasjonal forskning som viser at det kan ta mange år før kvinner får riktig diagnose, selv om tidshorizonten varierer fra 1,5-11 år mellom land (Fyrer et. al. 2025).

Helsedirektoratet peker på at manglende kompetanse om utredning og behandling av endometriose og adenomyose i både kommune- og spesialisthelsetjenesten fører til forsinkelser i hele behandlingsforløpet. Pasienter får ikke alltid riktig behandling i primærhelsetjenesten, og henvisningsrutiner er uklare. I spesialisthelsetjenesten er det lange ventetider og begrenset tilgang til nødvendig høyspesialisert behandling.

Ifølge helseatlas varierer også tilbudet geografisk, noe som gir utilsiktede forskjeller basert på bosted. Disse funnene støttes også av Fryer et. al. (2025) som fant flere barrierer for tidlig oppdagelse og behandling av endometriose som tilgang til helsehjelp på grunn av økonomi, stigma, manglende kunnskap og normalisering av symptomer, og begrenset kunnskap både hos pasienter og helsepersonell som gjør det vanskelig å gjenkjenne sykdommen. Stigma og bagatellisering gjør også at pasienter ikke alltid klarer å beskrive plagene og funksjonstapet tydelig.

Rask oppstart av behandling for endometriose og adenomyose har samfunnsøkonomisk gevinst. Studier viser at kostnadsbyrden for samfunnet knyttet til kvinner med endometriose er høy både relatert til forbruk av helsetjenester og til tapt produktivitet grunnet fravær i skole/arbeidsliv (Socialstyrelsen 2018).

World Economic Forums rapport [Closing the Women's Health Gap: A >](#)



# Endometriose og adenomyose – utredning, oppfølging og behandling (HØRINGSUTKAST)

## Nasjonal faglig retningslinje

---

Først publisert: 11. mai 2026

Siste faglige endring: 11. mai 2026

# Innhold

1. <u>Bakgrunn, metode og prosess</u> .....	38
2. <u>Utredning, oppfølging og behandling i kommune- og spesialisthelsetjenesten</u> .....	64

**Ekstern høring:**

Høringsfrist 26. august 2026. Mer informasjon på [høringssiden](#).

1

## Bakgrunn, metode og prosess

**Ekstern høring:** Høringsfrist 26. august 2026. Mer informasjon på [høringssiden](#).

## Bakgrunn

Nasjonal faglig retningslinje for utredning, oppfølging og behandling av kvinner med endometriose og adenomyose er forankret i et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdraget ble gitt på bakgrunn av Helsedirektoratets rapport [Tiltak for å forbedre tilbudet til kvinner med endometriose](#) som beskriver utfordringene ved dagens organisering av helsetjenestene til disse pasientgruppene, samt vurderinger av utfordringene og forslag til tiltak. Retningslinjen svarer primært på del 1 av oppdraget (se under), men er også aktuelt som et bidrag til del 2 ved å gi tydelig føringer for behandlingsmål og behandlingsnivå for ulik utbredelse av sykdommene.

**Oppdragstekst:**

TB2023-24. Det vises til tillegg til tildelingsbrev nr. 4 2021: Tiltak for å forbedre tilbudet til kvinner med endometriose.

Helsedirektoratet skal

**1. utarbeide faglige anbefalinger om utredning, behandling og oppfølging i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Oppstart av arbeidet sees i sammenheng med oppdrag gitt RHF om organisering av tjenestetilbudet på sykehusene.**

2. foreslå kompetansehevende tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Oppstart av arbeidet sees i sammenheng med oppdrag gitt RHF om organisering og kompetanseutvikling i tjenestetilbudet på sykehusene.

3. tilgjengeliggjøre informasjon for befolkningen på ung.no, helsenorger.no eller andre eksisterende plattformer.

## Behov for tiltak for å forbedre tilbudet

Helsedirektoratets utredning av tiltak for å forbedre tilbudet til kvinner med endometriose og adenomyose (Helsedirektoratet, 2022) avdekket utfordringer rundt lang vei til riktig behandling og sikker diagnose. Dette støttes av internasjonal forskning som viser at det kan ta mange år før kvinner får riktig diagnose, selv om tidshorizonten varierer fra 1,5-11 år mellom land (Fyrer et. al. 2025).

Helsedirektoratet peker på at manglende kompetanse om utredning og behandling av endometriose og adenomyose i både kommune- og spesialisthelsetjenesten fører til forsinkelser i hele behandlingsforløpet. Pasienter får ikke alltid riktig behandling i primærhelsetjenesten, og henvisningsrutiner er uklare. I spesialisthelsetjenesten er det lange ventetider og begrenset tilgang til nødvendig høyspesialisert behandling.

Ifølge helseatlas varierer også tilbudet geografisk, noe som gir utilsiktede forskjeller basert på bosted. Disse funnene støttes også av Fryer et. al. (2025) som fant flere barrierer for tidlig oppdagelse og behandling av endometriose som tilgang til helsehjelp på grunn av økonomi, stigma, manglende kunnskap og normalisering av symptomer, og begrenset kunnskap både hos pasienter og helsepersonell som gjør det vanskelig å gjenkjenne sykdommen. Stigma og bagatellisering gjør også at pasienter ikke alltid klarer å beskrive plagene og funksjonstapet tydelig.

Rask oppstart av behandling for endometriose og adenomyose har samfunnsøkonomisk gevinst. Studier viser at kostnadsbyrden for samfunnet knyttet til kvinner med endometriose er høy både relatert til forbruk av helsetjenester og til tapt produktivitet grunnet fravær i skole/arbeidsliv (Socialstyrelsen 2018).

World Economic Forums rapport [Closing the Women's Health Gap: A \\$1 Trillion Opportunity to Improve Lives and Economies \(weforum.org\)](#) fra 2024 fremhever at bedretredning og behandling av endometriose kan tilføre år til livet og liv til år, og bidra betydelig til global økonomisk vekst. De påpeker at mange kvinner går med plager av udiagnostisert endometriose, noe som både er krevende for den enkelte samt pårørende. I tillegg fremhever de at sykdommen fører til redusert produktivitet i arbeidslivet. Globalt er det beregnet at 190 millioner kvinner lider av endometriose. Foreløpig finnes det ingen kur, og behandlingen fokuserer på symptomhåndtering. Socialstyrelsen i Sverige har gjort samfunnsøkonomiske analyser i forbindelse med utgivelse av sine retningslinjer [Nasjonella riktlinjer: endometriosis \(socialstyrelsen.se\)](#). De har beregnet noe økte kostnader i forbindelse med at flere kvinner med endometriose og adenomyose blir identifisert, men at dette vil jevne seg ut på andre områder når kvinner får bedre behandling for sin sykdom. Økte kostnader på kort sikt på grunn av etablering av behandlingstilbud vil gi reduserte kostnader på lang sikt på grunn av bedre behandling som for eksempel fører til lavere sykefravær.

## Overordnede målsetninger og tiltak

Overordnede målsetninger med denne retningslinjen er å bidra til økt funksjonsevne og bedre livskvalitet for kvinner med endometriose og adenomyose gjennom å:

- forebygge sykdoms- og/eller symptomutvikling samt funksjonstap grunnet forsinket behandling
- gi kvinner med endometriose og adenomyose raskere og likeverdig helsehjelp
- redusere behov for akutte henvendelser til helsetjenesten

Retningslinjens overordnede tiltak for måloppnåelse:

- rask identifisering av jenter/kvinner med behov for oppfølging
- rask oppstart av hormonell behandling
- individuell vurdering av behov for ytterligere støtte som fysisk behandling, smertebehandling, psykisk helsehjelp, og sexologisk veiledning
- rutiner for henvisning til annet behandlingsnivå
- interregionale rutiner for hvilke jenter/kvinner som kan utredes og behandles ved henholdsvis lokalsykehus, universitetssykehus og hos avtalespesialister

Det er viktig at helsepersonell som jobber med jenter og kvinner med mistenkt eller verifisert endometriose og adenomyose har god kompetanse om tilstandene for å bidra til rask identifisering og igangsettelse av behandling. [Helsedirektoratets rapport fra 2022](#) slår fast at kunnskap om endometriose og adenomyose ikke er tilstrekkelig ivaretatt i profesjonsutdanningene, og det gir et behov for et kompetanseløft på disse feltene spesielt, i etterkant av endt utdanning. Rapporten slår også fast at det er manglende kompetanse om utredning og behandling av disse tilstandene hos leger både i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten.

Tiltak anbefalt i rapporten med tanke på kompetanseheving er:

- styrket fokus på tilstandene endometriose og adenomyose i helseprofesjonsutdanningene
- opprettelse av nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose

Nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose ble opprettet i 2023/2024 og har ansvar for kompetanseheving og kompetansedeling med helsetjenesten nasjonalt. Referansegruppen har gitt innspill på at denne retningslinjen i seg selv vil bidra til kompetanseheving blant helsepersonell.

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten \(lovdata.no\)](#) har som formål å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 7 b presiserer at en del av plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer å sørge for at medarbeiderne har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet. Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer blant annet en plikt til å ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 6 f. Organiseringen av virksomheten, herunder planlegging av oppgavefordeling og ressurser, må legge til rette for at medarbeiderne kan levere forsvarlige og gode tjenester. Se mer i [veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#).

## Målgrupper

Retningslinjens primære målgrupper er ledere og helsepersonell i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Andre som kan ha nytte av retningslinjen er brukere av tjenestene og deres pårørende.

## Metode

### Grad av normering

Grad av normering angis av teksten i hver enkelt anbefaling:

- Når Helsedirektoratet skriver «skal», betyr det at anbefalingen/rådet er basert på lov eller forskrift, eller når det er så klart faglig forankret at det sjelden er forsvarlig ikke å gjøre som anbefalt.
- Når det står «bør» eller «anbefaler» er det en sterk anbefaling/råd som vil gjelde de aller fleste.
- Når det står «kan» eller «foreslår» er det en svak anbefaling/råd der ulike valg kan være riktig.

### Rettslig betydning

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer, faglige råd og veiledere, som understøtter målene for helse- og omsorgstjenesten.

Nasjonale anbefalinger og råd skal baseres på kunnskap om god praksis og skal bidra til kontinuerlig forbedring av virksomhet og tjenester, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 7-3, helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5 og folkehelseoven § 24. Det er et ledelsesansvar å sørge for at anbefalinger og råd i nasjonale faglige retningslinjer, faglige råd og veiledere implementeres i virksomheten, jf. [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten \(lovdata.no\)](#).

Nasjonale faglige retningslinjer og råd er med på å gi forsvarlighetskravet et innhold, uten at anbefalingene er direkte rettslig bindende. Anbefalinger og råd utgitt av Helsedirektoratet er faglig normerende for valg man anser fremmer kvalitet, god praksis og likhet i tjenesten på utgivelsestidspunktet. Helsepersonell må alltid vise

faglig skjønn i vurderingen av hver enkeltpasient for å ta hensyn til individuelle behov. Dersom tjenestene velger en annen praksis enn anbefalt, bør dette være basert på en konkret og begrunnet vurdering som dokumenteres, jf. [pasientjournalforskriften § 6, bokstav g \(lovdata.no\)](#).

Anbefalingene må forstås i lys av grunnleggende helserettslige plikter og rettigheter. Sentrale plikter for helsepersonell er plikten til forsvarlig tjenesteyting, taushetsplikt, dokumentasjonsplikt og opplysningsplikt. I tillegg skal pasient- og brukerrettigheter ivaretas, blant annet rett til informasjon og medvirkning og reglene om samtykke til å motta helsetjenester. Kommunikasjon må være tilpasset mottakerens forutsetninger relatert til alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn m.m.

Retningslinjen er faglig normerende og retter seg mot virksomheter og helsepersonell. Pasientenes rettigheter omtales ikke her, men i andre rundskriv fra Helsedirektoratet, se blant annet [pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer](#).

## Kunnskapsbasert tilnærming

Nasjonale anbefalinger og råd har en kunnskapsbasert tilnærming ([Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer \(PDF\)](#)). Det innebærer at forskningslitteratur, klinisk erfaring og brukererfaring på en systematisk måte vurderes opp mot ønskede og uønskede konsekvenser av et tiltak. På områder der det er funnet mindre forskningsbasert kunnskap og/eller overføringsverdien fra internasjonal til norsk helsetjeneste er lav, blir klinisk kunnskap og brukerkunnskap tillagt større vekt. Lov/forskriftskrav og anbefalinger for helsepersonell som er/bør være godt implementert i praksis er ikke synliggjort som egne anbefalinger.

### Denne retningslinjen bygger primært på kunnskapsgrunnlag fra:

- Tiltak for å forbedre tilbudet til kvinner med endometriose: Helsedirektoratets vurderinger og forslag til tiltak, Helsedirektoratet, 2022
- Nationella riktlinjer för vård vid endometrios, Socialstyrelsen, 2018
- Endometriosis: diagnosis and management, National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2024
- European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) ESHRE guideline: Endometriosis, 2022
- Metodebok, Norsk gynekologisk forening: Endometriose, 2023
- Forskning
- Innspill fra ekstern referansegruppe inkludert brukerrepresentanter.

Forskningsartiklene som er brukt som kunnskapsgrunnlag er innhentet gjennom systematiske litteratursøk, innhentet fra fagekspertene som kjenner forskningen på fagfeltet, og ved hjelp av referanselister fra aktuelle veiledere og retningslinjer.

Det ble gjennomført et systematisk søk ved hjelp av Folkehelseinstituttet med følgende problemstilling:

«Hvordan påvirker endometriose kvinners psykososiale helse?»

Bakgrunnen for å prioritere et systematisk søk på psykososiale konsekvenser av endometriose er at Helsedirektoratet har fått tilbakemeldinger om at det er behov for økt kunnskap og fokus på dette temaet. Somatiske konsekvenser av endometriose og adenomyose er adressert i ovennevnte retningslinjer og globale rapporter.

## Begrepsavklaringer

I denne retningslinjen brukes begrepet jenter/kvinner om personer som er tildelt kvinnelig kjønn ved fødsel samt personer av annet juridisk kjønn, kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk som har behov for helsehjelp knyttet til kvinnelig biologi som er aktuelt for tilstandene som retningslinjen omfatter.

**Endometriose:** En kronisk betennelsestilstand der vev som ligner livmorslimhinnen finnes utenfor livmoren. Dette kan blant annet gi sykliske og kroniske smerter, smerter ved samleie, utmattelse og redusert fruktbarhet. I tillegg til syklusrelaterte plager som kan påvirke tarmfunksjon og blære.

**Adenomyose:** En tilstand der livmorslimhinnen vokser inn i livmorens muskellag. Kan blant annet gi kraftig menstruasjonsblødning og sykliske smerter og kroniske smerter, smerter ved samleie utmattelse og redusert fruktbarhet. I tillegg til syklusrelaterte plager som kan påvirke tarmfunksjon og blære.

En pasient kan ha enten endometriose eller adenomyose men man også ha begge tilstandene.

**Kontinuerlig behandling med p-piller:** ikke opphold mellom brettene der det er 21/24 tabletter eller hoppe over sukkerpiller der disse finnes.

**Syklusrelaterte plager:** Plager som oppstår i tilknytning til menstruasjonssyklusen, som blant annet smerter, blødninger og utmattelse.

## Prosess

### Arbeidsform og deltakere

Arbeidet med retningslinjen startet våren 2024 og har vært prosjektorganisert med en intern styringsgruppe og en prosjektgruppe i Helsedirektoratet. Mandatet til den interne prosjektgruppen var å utarbeide retningslinjen i samarbeid med eksternt referansegruppe, samt publisere den i digitalt format.

En bredt sammensatt referansegruppe ble oppnevnt fra mars 2024 (se under). Det har vært avholdt 4 digitale og fysiske møter, samt at skriftlige innspill er gitt i etterkant av møtene/underveis i prosessen. Det har vært ekstra møter med Nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose ved behov for å avklare eksplisitte problemstillinger. Representanter fra kompetansetjenesten har også vært en del av eksternt referansegruppe.

### Deltagere fra Helsedirektoratet

- Helene Normann, avdeling for fagutvikling i spesialisthelsetjenesten, prosjektdeltager og deretter prosjektleder fra og med desember 2024.
- Toril Kolås, avdeling for fagutvikling i spesialisthelsetjenesten, prosjektleder til og med november 2024.
- Sølvi Taraldsen, avdeling for fagutvikling i spesialisthelsetjenesten
- Kaja Fjell Jørgensen, avdeling for fagutvikling i spesialisthelsetjenesten
- Annicken Martinez Aasen, avdeling for barne- og ungdomshelse
- Ingeborg Berg-Olstad, avdeling for barne- og ungdomshelse
- Kristin Helene Skullerud, avdeling for samfunnshelse

I tillegg har prosjektet hatt juridisk støtte samt støtte for metode, systematiske litteratursøk og digital utforming.

### Eksternt referansegruppe

Navn	Arbeidssted	Helseforetak / bruker- og interesseorganisasjon / institusjon

Anne Veddeng	Helse Bergen HF	Helse Vest RHF, Nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose
Audun Stubhaug	Smerteklinikken, OUS	Oslo Universitetssykehus HF
Camilla Rein fjell	St. Olavs hospital HF	Helse Midt-Norge RHF
Camilla Rørtveit		Helsesykepleierne NSF
Cecilie Gjerde	Oslo Universitetssykehus HF	Helse Sør-Øst RHF
Elisabeth Raasholm Larby		Endometrioseforeningen
Elisabeth T. Swärd		Norske kvinners sanitetsforening
Guri Majak	Oslo Universitetssykehus HF	Helse Sør-Øst RHF, Nasjonal kompetansetjeneste for endometriose/adenomyose
Ingrid Marie Ringen	St. Olavs hospital HF	Helse Midt RHF, Nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose
Karen Sarah Strong Haagenes		Helsesykepleierne NSF
Kari Løvendahl Mogstad	Fastlege	Legeforeningen v/ Norsk forening for allmenntmedisin
Kristine Guttormsen	Universitetssykehuset Nord-Norge	Helse Nord RHF
Marianne Natvik	Fastlege	Legeforeningen v/ Norsk forening for allmenntmedisin
Marius Johansen	Fastlege	Legeforeningen v/ Norsk forening for allmenntmedisin
Marthe Kvehaugen Willassen	Helse Bergen HF	Helse Vest RHF
Renate Torstensen	Nordlandssykehuset HF	Helse Nord RHF, Nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose
Camilla Inderberg	Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Helse Nord RHF
Thomas Thaulow	Oslo Universitetssykehus HF	Helse Sør-Øst RHF, Nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose

## Habilitet

Medlemmene av eksternt referansegruppe har fylt ut Helsedirektoratets habilitetsskjema. Ingen interesser med konsekvenser for deltakelse i arbeidet er identisert.

## Finansiering og høring

[Helsedirektoratet](#) er et fag- og myndighetsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet.

[Utredningsinstruksjonen \(lovdata.no\)](#) legger krav for utredninger i staten, inkludert utarbeidelse av normerende produkter. [Veileder til utredningsinstruksen \(dfo.no\)](#) gir en veiledning til og nærmere beskrivelse av statlige utredninger.

Helsedirektoratet er et statlig myndighetsorgan som er helfinansiert via statsbudsjettet. Når fagpersoner og klinikere inviteres til deltakelse i arbeidsgrupper og referansegrupper, er hovedregelen at det ikke gis godtgjørelse for deltakelse hvis personen er offentlig ansatt. Praksis om godtgjøring i Helsedirektoratet bygger

på veiledende bestemmelser i Statens personalhåndbok, men med presiseringer og utfyllende bestemmelser tilpasset Helsedirektoratets behov for ekstern bistand.

Helsedirektoratet står ansvarlig for innholdet i den nasjonale faglige retningslinjen.

## Referanser

European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). (2022). ESHRE guideline: Endometriosis. Retrieved from <https://www.eshre.eu/-/media/sitecore-files/Guidelines/Endometriosis/ESHRE-GUIDELINE-ENDOMETRIOSIS-2>

Fryer, J., Mason-Jones, A. J., & Woodward, A. (2025). Understanding diagnostic delay for endometriosis: A scoping review. *Health Care for Women International*, 45(10–12), 1154–1176. <https://doi.org/10.1080/07399332.2024.2413056>

Helsedirektoratet 2022, Tiltak for å forbedre tilbudet til kvinner med endometriose: Helsedirektoratets vurderinger og forslag til tiltak. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tiltak-for-a-forbedre-tilbudet-til-kvinner-med-endometriose>

Metodebok. (2023). Endometriose – Veileder gynekologi (NGF). Metodebok.no. [https://metodebok.no/emne/c8zsumf7/endometriose-\(2023\)/veieder-gynekologi-\(ngf\)](https://metodebok.no/emne/c8zsumf7/endometriose-(2023)/veieder-gynekologi-(ngf))

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2024). Endometriosis: diagnosis and management (NG73). Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/NG73>

Socialstyrelsen. (2018). Nationella riktlinjer: endometrios – Stöd för styrning och ledning. Retrieved from <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utva>

World Economic Forum. (2024). Closing the women's health gap: A \$1 trillion opportunity to improve lives and economies. Retrieved from [https://www3.weforum.org/docs/WEF\\_Closing\\_the\\_Women's\\_Health\\_Gap\\_2024.pdf](https://www3.weforum.org/docs/WEF_Closing_the_Women's_Health_Gap_2024.pdf)

## Utredning, oppfølging og behandling i kommune- og spesialisthelsetjenesten

**Ekstern høring:** Høringsfrist 26. august 2026. Mer informasjon på hørings siden.

### Anbefaling

**Kommune- og spesialisthelsetjenesten bør ha rutiner for utredning, behandling og oppfølging av jenter og kvinner med dysmenore eller andre plager forenlig med endometriose eller adenomyose som inkluderer når de bør henvises til annet kompetanse- og/eller behandlingsnivå**

**Ekstern høring:** Høringsfrist 26. august 2026. Mer informasjon på hørings siden.

**Ekstern høring:** Høringsfrist 26. august 2026. Mer informasjon på hørings siden.

For å sikre raskere identifisering og behandling av jenter og kvinner med endometriose eller adenomyose, bør helsestasjons- og skolehelsetjenesten (inkludert helsestasjonen for ungdom), fastleger og spesialisthelsetjenesten ha rutiner for identifisering, behandling, henvisning og oppfølging.

Kvinner med mistenkt eller påvist endometriose/adenomyose kan ha ulik grad og omfang av plager. Rutinene bør inkludere kvinner som allerede er hormonelt eller kirurgisk behandlet da sykdommen fortsatt kan gi plager som må følges opp videre.

### Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør ha rutiner for å

- Inkludere temaet menstruasjonssmerter i eksisterende undervisning om seksuell helse i skolen, og hvilke tegn som tilsier at eleven bør søke helsehjelp.
- Anbefale unge som har smertefulle menstruasjoner / plager relatert til menstruasjonssyklus som går ut over hverdagslivet, å ta kontakt med fastlegen på et tidlig tidspunkt. Ved samtykke sende melding til fastlegen.

### Fastlegen bør ha rutiner for å

- Kartlegge menstruasjonshelse og symptomer på endometriose/adenomyose når jenter/kvinner henvender seg med magesmerter, plager relatert til menstruasjonssyklus, og eventuelt fravær fra skole/studier og arbeid.
- Kartlegge og evaluere bruk av smertestillende legemidler og hormonell behandling ([se anbefaling om hormonell behandling](#)).
- Vurdere henvisning til spesialisthelsetjenesten ved
  - manglende effekt av hormonbehandling etter 6 måneder.
  - omfattende symptombyrde eller andre forhold som krever spesialisert helsetjeneste
  - behov for avansert smertebehandling i spesialisthelsetjenesten
  - infertilitet ([se også anbefaling om helsehjelp ved barneønske](#))

- Samtidig vurdere henvisning til fysioterapi eller behandlere innenfor muskel- og skjelettområdet med spesialisering innen kvinnehelse, psykisk helsehjelp og/eller sexologisk rådgivning.
- Ved svangerskap: Skrive endometriose på helsekortet og tilby ordinær svangerskapsoppfølging (se praktisk informasjon under).
- Ved overgangsalder: ha særlig kunnskap om hormonbehandling i denne livsfasen.

Fastlegen forventes ikke å skille mellom endometriose og adenomyose. Innledende utredning og behandling er i hovedsak lik for begge tilstander.

## Spesialisthelsetjenesten bør ha rutiner for

Ved henvisning om manglende behandlingsrespons, vurdere behov for:

- Endret eller avansert hormonbehandling
- Endret smertebehandling
- Bildediagnostikk utover transvaginal ultralyd
- Kirurgiske inngrep
- Henvisning til utredning og behandling for infertilitet
- Henvisning til avansert smertebehandling

Ved henvisning av kvinner med magesmerter når dysmenore ikke er en vurdert problemstilling bør symptomer på endometriose/adenomyose kartlegges. Når symptomer ikke gjenspeiles ved klinisk undersøkelse, bør terskelen for videre utredning være lav, herunder videre radiologisk utredning.

## Særskilte rutiner for oppfølging ved mistanke om eller verifisert adenomyose

- Diagnosen stilles primært ved sykehistorie og ultralyd.
- Hormonspiral bør tilbys ved fortsatt barneønske.
- Intervensjonsbehandling (RFA Radio Frekvens Ablasjon, Høy Intensiv Fokusert Ultralyd HIFU, mikrobølgebehandling) kan vurderes ved indikasjon.
- Ved avsluttet barneønske kan embolisering vurderes der kirurgi ikke er ønsket eller kontraindisert.
- Hysterektomi er endelig behandling.

Samarbeid med fastlegen som er koordinerende aktør om plan for pasienten.

## Praktisk informasjon

### Helsestasjons- og skolehelsetjenestens rutiner kan bruke informasjon fra Helsenorge.no og Ung.no

Informasjon om menstruasjonssmerter og plager relatert til menstruasjonssyklus kan hentes fra blant annet [Helsenorge.no](https://www.helsenorge.no) og [Ung.no](https://www.ung.no), som er det offentlige nettsted for henholdsvis helseinformasjon og for ungdom.

Nyttige sider kan være:

- [Menstruasjonsmerter \(helsenorge.no\)](https://www.helsenorge.no)
- [Endometriose \(helsenorge.no\)](https://www.helsenorge.no)
- [Mensmerter – hva kommer det av, og hva hjelper? \(ung.no\)](https://www.ung.no)
- [Hva er endometriose? \(ung.no\)](https://www.ung.no)
- [Nasjonalt kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose \(oslo-universitetssykehus.no\)](https://www.oslo-universitetssykehus.no)
- [Endometrioseforeningen.no](https://www.endometrioseforening.no)

Når [helsesykepleier bistår skolen i oppfølging av bekymringsfullt fravær](#) kan det være relevant å foreslå at plager relatert til menstruasjonssyklus tematiseres og anbefale kontakt med fastlegen ved behov, dersom det gjelder jenter i puberteten. Dette gjelder også dersom helsesykepleier har individuelle samtaler med jentene.

## Grupper som kan ha behov for tilpasning av rutiner for henvisning til spesialisthelsetjenesten

For spesielle grupper, for eksempel transpersoner og kvinner i overgangsalder, kan behov for henvisning til spesialisthelsetjenesten vurderes før hormonbehandling er forsøkt og før det har gått seks måneder.

## Relevant kompetanse ved behov for samarbeid om pasienter

I tabellen under framkommer det som anses som relevant kompetanse tilsvarende prinsippene i de forskriftsfestede kompetansebeskrivelsene for [grunnutdanninger \(hkdir.no\)](#) og [legespesialister \(lovdata.no\)](#), eller med annen tilleggskompetanse og opplæring.

Oversikt over relevant kompetanse sett opp mot pasientbehov

Pasientbehov	Relevant kompetanse kan finnes hos
<b>Smerte og funksjonstap</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kroniske smerter</li> <li>• Bekkenbunndysfunksjon</li> <li>• Muskelspenninger</li> <li>• Smerter ved aktivitet og samleie, se også under seksuell helse</li> </ul>	Fysioterapeut/manuellterapeut med spesialkompetanse i kvinnehelse, kiropraktor med kvinnehelsekompetanse.
<b>Oppfølging og koordinering</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasientforløp</li> <li>• Symptomoppfølging</li> <li>• Pasientopplæring</li> <li>• Medikamenthåndtering</li> </ul>	Sykepleier, spesialsykepleier (gynekologi, smerte), avansert klinisk sykepleier
<b>Bildedagnostikk</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kartlegging av endometriose/adenomyose</li> <li>• Preoperativ vurdering</li> <li>• Oppfølging av behandling</li> </ul>	Radiograf, lege med kompetanse innen radiologi, lege som har kompetanse innen fødselshjelp og kvinnesykdommer
<b>Tarmrelatert sykdom</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tarmendometriose</li> <li>• Smerter ved avføring</li> <li>• Blødning og obstruksjon</li> </ul>	Lege med kompetanse innen gastrokirurgi, lege med kompetanse innen kolorektalkirurgi og erfaring med endometriosekirurgi
<b>Urinveier og bekken</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Blæreplager</li> </ul>	Lege med kompetanse innen urologi, sykepleier eller

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Smerter ved vannlating</li> <li>• Inkontinens</li> <li>• Blæreendometriose</li> </ul>	fysioterapeut med særskilt kompetanse på endometriose/kvinnehelse
<b>Thorakal endometriose</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diafragmaendometriose</li> <li>• Thorakal endometriose</li> </ul>	Lege med kompetanse innen thoraxkirurgi, lege med kompetanse innen lungesykdommer
<b>Fertilitet</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infertilitet</li> <li>• Redusert fertilitet</li> </ul>	Lege med kompetanse innen fødselshjelp og kvinnesykdommer, lege med kompetanse innen fertilitet, sykepleier med kompetanse innen fertilitet
<b>Barn og unge</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ung alder ved sykdomsdebut</li> </ul>	Lege med kompetanse innen barnesykdommer, lege med kompetanse innen fødselshjelp og kvinnesykdommer, helsesykepleier, barnesykepleier
<b>Avansert smertebehandling</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kompleks/kronisk smerte</li> <li>• Legemidler</li> <li>• Smertemestring</li> </ul>	Lege med kompetanse på smertebehandling, lege med kompetanse innen fødselshjelp og kvinnesykdommer, fysioterapeut, sykepleier, psykolog, psykiater, sexolog
<b>Psykisk helse</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angst og depresjon</li> <li>• Traumer</li> <li>• Redusert livskvalitet</li> </ul>	Psykolog, psykiater, psykiatrisk sykepleier, sykepleier
<b>Seksuell helse</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Smerter ved samleie</li> <li>• Seksuell dysfunksjon</li> <li>• Relasjonelle utfordringer</li> </ul>	Sexolog, psykolog eller lege med kompetanse innen sexologi, lege med kompetanse innen fødselshjelp og kvinnesykdommer, lege med kompetanse innen hudsykdommer
<b>Sosiale og økonomiske forhold</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeid og skole</li> <li>• NAV-ytelser</li> <li>• Tilrettelegging</li> </ul>	Sosionom, NAV-veileder, pasientkoordinator

## Utdyping av psykososial og seksuell helse

Eksempler på risikofaktorer for psykisk uhelse for kvinner med endometriose/adenomyose:

- Langvarig smerter
- Infertilitet
- Vansker med å få stilt diagnosen
- Omfattende sykdomsbilde
- Manglende forståelse og støtte fra omgivelsene

Vær særlig oppmerksom på kvinner med flere risikofaktorer samtidig.

Eksempler på beskyttende faktorer for psykisk helse:

- God selvfølelse
- Opplevelse av kontroll og mestring
- Gode relasjoner

Normalisering av psykiske reaksjoner kan være til hjelp og oppleves som en støtte, samt bidra til å forebygge utvikling av tilleggsdiagnoser. Alt helsepersonell uavhengig av fagbakgrunn kan vise støtte, forståelse, være ivaretakende og gi håp med tanke på psykisk belastning.

Ved behov for ytterligere oppfølging for psykososiale eller seksuelle plager anbefales videre kontakt med fastlege, psykiske helsetjenester eller sexologisk rådgivning. Dersom det gjelder ungdom er det viktig at helsepersonell bidrar til å koble på familie/støttepersoner i tillegg til å etablere kontakt med aktuelle helsetjenester.

### **Henvising til avansert smertebehandling**

Endometriose- og adenomyosepasienter med langvarige smertetilstander, psykiske eller somatiske tilleggsdiagnoser, kan ha behov for henvising til tverrfaglig smertebehandling. Se [veileder for smerteklinikker og -sentre](#).

Både fastlege og spesialisthelsetjenesten kan henvise. Henvisningen inkluderer utrednings- og behandlingshistorikk. [Helsedirektoratets henvisningsveileder](#) er et hjelpemiddel for dem som henviser til spesialisthelsetjenesten.

Smerter med annen årsak enn endometriose/adenomyose behandles etter gjeldende retningslinjer.

### **Rutiner for svangerskapsoppfølging på helsestasjon og hos fastlegen**

Ved å skrive diagnosen endometriose på helsekortet for gravide vil helsepersonell ansvarlige for oppfølging av svangerskapet bli informert om diagnosen.

Endometriose kan gi økt risiko for komplikasjoner i svangerskap som forliggende morkake, gjennomvoksende morkake (placenta accreta), for tidlig fødsel, morkakeløsning, dødfødsel og svangerskapsforgiftning (Breintoft et. al., 2021). De fleste komplikasjoner som kan oppstå i svangerskapet oppdages vanligvis gjennom ordinær svangerskapsoppfølging. Med dagens kunnskapsgrunnlag er det ikke holdepunkter for at flere kontroller gjennom svangerskapet gir økt helsegevinst for kvinner med endometriose.

## **Begrunnelse**

Som et tiltak for raskere identifisering og likeverdig oppfølging og behandling skisserer Helsedirektoratet i denne anbefalingen oppgavedeling mellom helsetjenestenivåene.

Å identifisere personer med syklusrelaterte plager forenlig med endometriose/adenomyose som går utover sosialt liv, skolehverdag, arbeidsliv og livskvalitet er viktig slik at de raskt kan få behandling.

Helsedirektoratets utredning av tiltak for å forbedre tilbudet til kvinner med endometriose (Helsedirektoratet, 2022) avdekket utfordringer rundt lang vei til sikker diagnose og riktig behandling. Dette støttes av internasjonal forskning som viser at det kan ta mange år før kvinner får riktig diagnose, selv om tidshorizonten varierer fra 1,5-11 år mellom land (Fyrer et. al. 2025).

Helsedirektoratet peker på at manglende kompetanse om utredning og behandling av endometriose og adenomyose i både kommune- og spesialisthelsetjenesten fører til forsinkelser i hele behandlingsforløpet. Pasienter får ikke alltid riktig behandling i primærhelsetjenesten, og henvisningsrutiner er uklare.

## Organisering

Kvåle et al. (2025) beskriver at kvinner med endometriose og adenomyose rapporterer sterk og gjentakende etterspørsel etter bedre informasjonsflyt i helsevesenet, og at de opplever mangel på koordinering og helhetlig behandlingstilbud. Forskningen finner også behov for kurs i etterkant av stillt diagnose og videre støtte for disse pasientgruppene.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) og Sosialstyrelsen anbefaler sammenhengende, tverrfaglige tjenester som inkluderer fastlege, gynekologer og andre spesialister på endometriose, helsesykepleiere, fysioterapeuter, helsetjenester innen psykisk og seksuell helse ([Recommendations | Endometriosis: diagnosis and management | Guidance | NICE](#), [Nasjonella riktlinjer: endometriose - Sosialstyrelsen](#)). NICE fremhever også viktigheten av at tjenestene organiseres med formål om rask indentifisering av kvinner med behov for oppfølging og rask oppstart av behandling på bakgrunn av mulig risiko for sykdomsutbredelse ved forsinket behandling, risiko for utvikling av tilleggslidelser og av hensyn til kvinnenes livskvalitet. Avansert tverrfaglig samarbeid beskrives i begge retningslinjer med kolorektal kirurg, urolog, sykepleier med særlig kompetanse på endometriose, og smertespesialist.

Helsepersonell i kommunehelsetjenesten, inkludert skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom, er i unik posisjon til å nå ut med informasjon om endometriose til unge kvinner, og for mange et naturlig sted for mange å henvende seg ved sykklusrelaterte spørsmål. Helsepersonell i denne delen av helsetjenesten kan derfor bidra med informasjon og tidlig identifisering av unge kvinner med behov for helsehjelp for sykklusrelaterte plager, samt bidra til å øke unge jenters helsekompetanse innenfor dette feltet. Fryer et. al. (2025) viser at gjennomsnittlig alder for oppstart av symptomer for endometriose hos ungdom er 14 år, og ungdom møter ofte større hindringer på veien mot en diagnose. Informasjon for å øke helsekompetansen kan også gis gjennom andre kanaler som treffer ungdom, som f.eks. [Ung.no: https://ung.no/hva-er-endometriose](https://ung.no/hva-er-endometriose) og sosiale medier.

Både fagmiljø og brukerorganisasjoner i Norge har vært tydelige på viktigheten av oppfølging etter oppstart av behandling. Veileder i gynekologi ([Metodebok](#)) anbefaler tett oppfølging og vurdering av behov for endret behandling ved manglende effekt etter 6 måneder. For utdypende begrunnelse for evaluering og oppfølging, [se anbefaling om hormonell behandling](#).

## Psykososial og seksuell helse

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) fremhever viktigheten av at helsepersonell anerkjenner at endometriose er en kronisk sykdom som kan ha signifikant fysisk, seksuell og psykisk innvirkning ([Recommendations | Endometriosis: diagnosis and management | Guidance | NICE](#)).

Litteraturen gjennomgått av Helsedirektoratet viser en tydelig sammenheng mellom endometriose og redusert livskvalitet. Dette inkluderer økt forekomst av psykiske plager som angst, depresjon og søvnvansker, samt utfordringer knyttet til seksuell aktivitet (Malenkul et al., 2024; Li et al., 2025). Smerte fremstår som den klart viktigste risikofaktoren for negativ psykososial påvirkning, i tillegg til sykdommens alvorlighetsgrad og belastende sosiale relasjoner (Malenkul et al., 2024; Li et al., 2025).

Videre rapporterer kvinner med endometriose at sykdommen har betydelig innvirkning på både seksualitet og parforhold (Malenkul et al., 2024). Psykososial støtte, inkludert seksual- og parterapi, kan

være til hjelp. I tråd med dette anbefaler NICE-retningslinjen at partner og/eller andre familiemedlemmer eller nære personer, forutsatt samtykke fra kvinnen selv, involveres og inkluderes i oppfølgingen (National Institute for Health and Care Excellence, 2024).

Beskyttende faktorer mot psykososial belastning er beskrevet i metaanalysen til Li et al. (2025), og omfatter blant annet god selvfølelse, opplevelse av kontroll og mestring, samt støttende og stabile sosiale relasjoner.

På bakgrunn av det samlede kunnskapsgrunnlaget – bestående av forskningslitteratur, internasjonale retningslinjer og innspill fra både fagmiljøer og brukerorganisasjoner – fremstår det som et tydelig behov for å løfte psykisk helse som en integrert del av utredning, oppfølging og behandling av kvinner med endometriose.

## Kunnskapsgrunnlag

Anbefalingen bygger på Helsedirektoratets rapport av 2022 Tiltak for å forbedre tilbudet til kvinner med endometriose, retningslinjer fra NICE og Socialstyrelsen, samt klinisk erfaring og brukererfaringer. Det er også gjennomført systematisk litteratursøk om sammenheng mellom endometriose og psykososial helse beskrevet nærmere under forskningsfanen, samt forskning innhentet fra fagekspertene som kjenner forskningen på fagfeltet.

## Referanser

Breintoft K, Pinnerup R, Henriksen TB, Rytter D, Uldbjerg N, Forman A, et al. Endometriosis and Risk of Adverse Pregnancy Outcome: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med.* 2021;10(4). <https://doi.org/10.3390/jcm10040667>

Fryer, J., Mason-Jones, A. J., & Woodward, A. (2025). Understanding diagnostic delay for endometriosis: A scoping review. *Health Care for Women International*, 45(10–12), 1154–1176. <https://doi.org/10.1080/07399332.2024.2413056>

Helsedirektoratet 2022, Tiltak for å forbedre tilbudet til kvinner med endometriose: Helsedirektoratets vurderinger og forslag til tiltak. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tiltak-for-a-forbedre-tilbudet-til-kvinner-med-endometriose>

Kvåle, C., Tokovska, M., & Tennfjord, M. K. (2025). Women with endometriosis: Experiences with pain management and views on optimal healthcare through the concept of health literacy. *Women's Health*, 21, 17455057251347085. <https://doi.org/10.1177/17455057251347085>

Li, W., Feng, H., & Ye, Q. (2025). Relationship between endometriosis and mental health: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Medical Science*, 21(5), 1985–1996. <https://doi.org/10.5114/aoms/208502>

Malenkul, T., Kuandyk, A., Makhadiyeva, D., Dautova, A., Terzic, M., Oshibayeva, A., Moldaliyev, I., Ayazbekov, A., Maimakov, T., Saruarov, Y., Foster, F., & Sarria-Santamera, A. (2024). Understanding the impact of endometriosis on women's life: An integrative review of systematic reviews. *BMC Women's Health*, 24, Article 524. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03369-5>

Metodebok. (2023). Endometriose – Veileder gynekologi (NGF). Metodebok.no. [https://metodebok.no/emne/c8zsumf7/endometriose-\(2023\)/veieder-gynekologi-\(ngf\)](https://metodebok.no/emne/c8zsumf7/endometriose-(2023)/veieder-gynekologi-(ngf))

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2024). Endometriosis: diagnosis and management (NG73). Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/NG73>

Socialstyrelsen. (2018). Nationella riktlinjer: endometriosis – Stöd för styrning och ledning. Retrieved from <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-c>

## Forskningsgrunnlag

### Problemstilling

Hvordan påvirker endometriose kvinners psykososiale helse?

### PICO

#### Populasjon (P)

Jenter og kvinner med endometriose.

#### Utfall (O)

Angst, depresjon, søvnplager, livskvalitet, sosiale plager: fravær fra sosialt liv, skole, arbeid, trening og sykemeldinger.

### Beskrivelse av inkluderte studier

Se [litteratursøk \(PDF\)](#) og [dokumentasjonsark \(PDF\)](#).

**Breintoft et al. (2021)** er en systematisk oversikt og metaanalyse som har undersøkt sammenhengen mellom endometriose og ugunstige svangerskapsutfall. Oversikten inkluderer 39 observasjonsstudier (kohort- og kasus-kontrollstudier) publisert frem til november 2020. Forfatterne finner at kvinner med endometriose har økt risiko for blant annet svangerskapsforgiftning, hypertensjon i svangerskapet, prematur fødsel, placenta previa, placentaløsning, keisersnitt og dødfødsel sammenlignet med kvinner uten endometriose. Funnene var konsistente også i analyser begrenset til spontane svangerskap. Studien konkluderer med at endometriose er assosiert med økt risiko for flere alvorlige svangerskapskomplikasjoner, og at dette bør tas i betraktning i oppfølging av gravide kvinner med endometriose.

**Fryer et al. (2024)** er en systematisk kartleggingsoversikt som har undersøkt diagnostisk forsinkelse ved endometriose og hvilke faktorer i helsetjenesten som bidrar til denne. Oversikten inkluderer studier publisert frem til september 2023 og analyserer funnene ved hjelp av et sosialøkonomisk rammeverk. Forfatterne finner at gjennomsnittlig diagnostisk forsinkelse er 6,8 år, med store variasjoner mellom land. Forsinkelsen forklares av en kombinasjon av pasientrelaterte faktorer (normalisering av symptomer), helsepersonellrelaterte faktorer (manglende kunnskap og feiltolkning av symptomer) og systemfaktorer (henvisningsrutiner og tilgang til spesialisthelsetjenester). Studien konkluderer med at diagnostisk forsinkelse bidrar til økt smerte, sykdomsbyrde og psykososial belastning, og peker på behov for økt kompetanse i helsetjenesten og bedre diagnostiske verktøy.

**Kvåle et al. (2025)** er en kvalitativ studie som har undersøkt erfaringer med smertehåndtering og opplevelser av helsetjenestene blant norske kvinner med endometriose, med særlig fokus på individuell og organisatorisk helsekompetanse. Studien er gjennomført som del av en randomisert kontrollert studie og baserer seg på dybdeintervjuer med 19 kvinner etter deltakelse i et tverrfaglig smertehåndteringskurs. Forfatterne finner at deltakerne opplevde økt kunnskap, bedre mestring og en overgang fra passiv til mer aktiv deltakelse i egen behandling etter kurset. Samtidig beskrives mangler i organiseringen av helsetjenestene, særlig knyttet til informasjon, oppfølging og koordinering etter diagnose. Studien konkluderer med at strukturerte, tverrfaglige tilbud og bedre informasjonsflyt i helsetjenesten kan bidra til økt pasienttilfredshet og bedre egenmestring hos kvinner med endometriose. Dette er et enkeltstudie og den er dermed ekstra sårbare for skjevheter og feil, og mindre pålitelige enn funn fra større forskningsoppsamlinger.

For å undersøke sammenheng mellom psykososial helse og endometriose har Helsedirektoratet i samarbeid med Folkehelseinstituttet gjennomført et søk etter systematiske oversikter om temaet. Problemstillingen til søket var: Hvordan påvirker endometriose og adenomyose kvinners psykososiale helse?

Databasene det ble søkt i var Ovid, Embase, APA PsycInfo, CINAHL og Cochrane Database of Systematic Reviews, med vedlagte søkestrategi. Populasjonen var kvinner som er diagnostisert med enten endometriose eller adenomyose. Utfall var psykologiske plager som angst, depresjon, søvnlplager, og sosiale plager som fravær fra sosialt liv, f.eks. skole og arbeid.

348 oversikt artikler ble fanget opp av søket. Etter fjerning av et duplikat ble 347 oversikt artikler igjen til tittel og abstrakt screening. To prosjektmedarbeidere gikk gjennom 347 oversikter og selekterte 20 oversikter til fulltekst gjennomgang. Etter fulltekst gjennomgang og kvalitetsvurdering ble to oversikter selektert som forskningsgrunnlag:

1. Li W, Feng H, Ye Q. Relationship between endometriosis and mental health. A systematic review and meta-analysis. Arch Med Sci. 2025;21(5):1985-96.
2. Maulenkul T, Kuandyk A, Makhadiyeva D, Dautova A, Terzic M, Oshibayeva A, et al. Understanding the impact of endometriosis on women's life: an integrative review of systematic reviews. BMC Women's Health. 2024;24(1):524.

**Li et al. (2025)** er en systematisk oversikt og metaanalyse som inkluderer 9 primærstudier. Metaanalysen viser signifikant assosiasjon mellom endometriose og psykiske plager som angst og depresjon. Oversikten konkluderer at endometriose medfører høy mental belastning hos kvinner. Forfatterne understreker at kartlegging av psykiske plager bør være en integrert del av behandlingen.

**Maulenkul et al (2024)** er en narrativ syntese av 15 primærstudier om forbindelse mellom psykiske plager og endometriose. Oversikten viser at smerte er en vanlig plage av endometriose og at depresjon, angst og stress er hovedårsakene for at kvinner med endometriose har lavere livskvalitet.

---

## Anbefaling

# Ved mistanke om endometriose/adenomyose, bør lege tilby jenter/kvinner hormonell behandling, dersom de ikke har tilfredsstillende effekt av basal smertelindring

**Ekstern høring:** Høringsfrist 26. august 2026. Mer informasjon på høringssiden.

**Ekstern høring:** Høringsfrist 26. august 2026. Mer informasjon på høringssiden.

Hormonell behandling ved mistanke om endometriose startes opp etter en anamnese som inkluderer en strukturert gjennomgang av diagnosespesifikke symptomer. Rask identifisering er en forutsetning for rask igangsettelse av behandling. Behandlingens siktemål er menstruasjonsstopp eller så få menstruasjoner som mulig i løpet av et år. I tillegg til hormonell behandling bør videreføring av smertebehandling med NSAIDs og Paracetamol vurderes.

## Anamnese

Anamnese bør inkludere kartlegging av:

- Menarke
- Symptomdebut, utvikling over tid og symptomfrekvens
- Blødningsmønster
- Diagnosespesifikke symptomer
  - Smertefulle menstruasjoner, ofte med kramper i nedre del av magen (Dysmenore)
  - Smerter ved samleie, spesielt ved dyp penetrasjon (Dyspareuni)
  - Smerter ved avføring (Dyschezi) i tillegg til mer funksjonelle tarmlager som kvalme, oppblåsthet, forstoppelse, vekslende avføring.
  - Smertefull eller hyppig vannlating (Dysuri)
  - Symptomer på generell inflammasjon
  - Grad av utmattelse
- Familiehistorikk med endometriose/adenomyose
- Faste legemidler
- Bruk og effekt av smertestillende legemidler
- Bruk av hormonholdige legemidler
- Fysisk aktivitetsnivå
- Tiltak for smertemestring
- Infertilitet der det er aktuelt
- Hvordan sykdommen påvirker psykososial og seksuell helse inkludert funksjonstap, fravær fra skole/jobb/sosiale aktiviteter, nedstemthet, uro knyttet til videre sykdomsforløp, søvnmønstre, seksuell liv og samliv  
(se anbefaling om rutiner for utredning og behandling, under «Praktisk informasjon», overskriften «Utdyping av psykososial og seksuell helse»)

## Ved mistanke om endometriose/adenomyose

Lege bør ved mistanke om endometriose/adenomyose:

- Tilby hormonbehandling i form av p-piller (monofasiske kombinasjonslegemidler) som tas uten pauser, eller varianter av gestagenholdige legemidler, for å redusere menstruasjonsblødning
  - Ved adenomyose er hormonspiral førstevalg
- Evaluere igangsatt hormonbehandling etter 3 måneder
  - Vurdere å endre hormonbehandling dersom denne ikke har ført til menstruasjonsstopp og/eller hun fremdeles har plager.
  - Hvis endring: ny evaluering etter ytterligere 3 måneder.
  - Vurdere henvisning til spesialisthelsetjenesten (se anbefaling om rutiner for utredning og behandling)

Informer kvinnen om hormoner som behandling, forventet effekt og viktighet av oppfølging etter oppstart.

Eventuell henvisning til MR for å bekrefte eller utelukke dyp endometriose bør gjøres av spesialist i gynekologi.

## Supplerende tiltak

Andre tiltak som bør vurderes som supplement:

- Sykdoms- og smertemestringsstrategier
- Fysisk aktivitet
- Behandling innenfor muskel- og skjelettområdet av behandlere med spesialisering innenfor kvinnehelse
- Bekkenbunnstrening og avspenning

- Kostholdsveiledning
- Psykososial rådgivning
- Sexologisk rådgivning

Dersom det er aktuelt og kvinnen ønsker det, bør partner eller andre nærstående involveres i oppfølgingen. [Se også anbefaling om rutiner for utredning og behandling, under «Praktisk informasjon», overskriften «Utdyping av psykososial og seksuell helse».](#)

## Praktisk informasjon

### Egenrapportering kan supplere anamnesen

Symptomdagbok eller andre relevante registreringer som kvinnen har med til konsultasjonen kan være nyttig for en grundig anamnese. Appen [endometriosedagboken.no](#) er utarbeidet av Nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose og er et eksempel på hva som kan brukes til dette formålet.

Funn fra kartleggingen beskrives ved eventuell henvisning til annet behandlingsnivå.

### Utdyping av hormonell behandling

Hormonbehandling som vurderes ved tidlig fase inkluderer ulike virkestoffer og doseringer, og har noe forskjellig virknings- og bivirkningsprofil. Enkelte legemidler med både østrogen- og gestageneffekt kan ha en noe bedre bivirkningsprofil enn legemidler med kun gestagen. Kombinasjonslegemidler med høyere østrogendose (f.eks. 30 mikrogram) gir generelt færre blødningsforstyrrelser enn de med lavere dose (f.eks. 20 mikrogram) ([Endometriose \(metodebok.no\)](#)).

Ved bruk av hormonspiral anbefaler Norsk gynekologisk forening typen med høyest gestagendose framfor andre alternativer, både ved endometriose og adenomyose ([Endometriose \(metodebok.no\)](#)).

Behandlingsmål for hormonbehandlingene er at pasienten blir blødningsfri eller har så sjeldne blødninger som mulig.

### Utdyping av andre tiltak som kan være aktuelle for kvinner med plager relatert til endometriose/adenomyose:

#### Informasjon og opplæring som inkluderer sykdoms- og smertemestring

I Helse Vest RHF utvikles en digital endometrioseskole som skal inneholde en åpen digital informasjonsplattform om sykdommen, inkludert egenmestring på ulike områder. Det utvikles parallelt en digital pasientskole som skal samhandle med ulike helseaktører. Arbeidet skal ferdigstilles innen høsten 2026, og det skal være mulig for andre helseregioner å adaptere disse tilbudene.

Relevant informasjon som pasienter kan henvises til:

- [Hva er endometriose? \(ung.no\)](#)
- [Endometriose \(helsenorge.no\)](#)
- Informasjon fra brukerorganisasjonen [Endometrioseforeningen i Norge \(endometriose.no\)](#)
- [Frisklivssentraler \(helsenorge.no\)](#)

#### Behandling innen muskel- og skjelettområdet med spesialisering innenfor kvinnehelse

[Vulva.no](#) og [Kvinnehelse hos Norsk Fysioterapeutforbund](#) er eksempler på nettsteder som har oversikt over fysioterapeuter og andre aktuelle behandlere innenfor dette området.

## Begrunnelse

Tidlig diagnostisering og oppstart av behandling av endometriose/adenomyose kan redusere risikoen for negative konsekvenser som f.eks. langvarige eller kroniske smerter (Socialstyrelsen, 2018). Det kan også bidra til å forebygge fravær i skolen, fra utdanning, på arbeid og i fritidsaktiviteter.

Helsedirektoratet påpekte i [sin rapport «Tiltak for å forbedre tilbudet til kvinner med endometriose»](#) av 2022 at en av de store barrierene for å kunne gi et bedre helsetilbud til endometriose- og adenomyosepasienter er manglende kompetanse om utredning og behandling av endometriose og adenomyose hos leger i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Dette kan føre til forsinkelser i flere ledd i behandlingskjeden.

## Hormonell behandling

Norsk gynekologisk forening beskriver at klinisk mistanke er nok til å forsøke empirisk behandling, og anbefaler da kontinuerlig p-piller eller gestagener (Norsk gynekologisk forening, 2025). Dette støttes av retningslinjen til European Society of Human Reproduction and Embryologys (ESHRE 2022).

Hormonspiral anbefales som førstevalg i behandlingen av adenomyose og er behandlingen med best dokumentert effekt på adenomyose ([Norsk gynekologisk forening, 2025](#)).

Hormonell behandling ved endometriose har som hovedformål å stanse menstruasjonsblødninger og således lindre symptomer, særlig smerter, og forbedre livskvalitet. Behandlingen kan bidra til å redusere sykdomsaktivitet og inflammasjon, og dermed begrense progresjon hos enkelte, men kunnskapsgrunnlaget tilsier ikke at den forebygger utvikling av nye lesjoner eller stopper sykdomsutviklingen fullstendig. Det er viktig å starte hormonell behandling tidlig ved sterke symptomer for å forebygge utvikling av kroniske bekkenmerter. Norsk metodebok i gynekologi støtter denne vurderingen og anbefaler hormonell behandling som del av symptomlindring og tilbakefallsforebygging etter kirurgi. (ESHRE 2022 s.114, Norsk gynekologisk forening, 2025). Ifølge European Society of Human Reproduction and Embryologys (ESHRE 2022) oppdaterte retningslinje fra 2022 har slik behandling ingen dokumentert effekt på fertilitet, og den brukes derfor ikke med mål om å øke graviditetssjanser.

## Evaluering/oppfølging av behandling

Både fagmiljø og brukerorganisasjoner i Norge har vært tydelige på viktigheten av oppfølging etter oppstart av behandling. [Veileder i gynekologi \(Metodebok\)](#) anbefaler tett oppfølging og vurdering av behov for endret behandling ved manglende effekt etter 6 måneder.

Generelt anbefaler Socialstyrelsens retningslinje for endometriose evaluering av behandlingseffekt hos behandlende lege om lag 3 måneder etter kirurgi eller hormonell behandling, både nyoppstartet og endret hormonbehandling. De argumenterer for at det kan være behov for relativt tett oppfølging ved for eksempel telefonkonsultasjon for å gi svar på spørsmål, oppdage eventuelle problemer tidlig og planlegge videre oppfølging. Det kan bidra til å trygge pasienten og forebygge akutte innleggelser ([Nasjonella riktlinjer: endometrios, Socialstyrelsen](#)). Ved manglende eller utilfredsstillende effekt etter 3–6 måneders behandlingstid er neste steg å henvise til spesialisthelsetjenesten for nærmere utredning og behandling. NICE anbefaler også 3 måneders behandlingforsøk før man eventuelt endrer behandlingsmetode.

## Andre tiltak

Fysisk aktivitet og trening er nyttig ved behandling av langvarige smerter generelt. En systematisk oversiktsartikkel utarbeidet av norske forskere kunne dog ikke slå fast at trening har effekt på endometriose assosierte symptomer (Tennfjord et al., 2021).

Forskning fra Norge har imidlertid funnet at kvinner med endometriose som deltar i tilpasset treningsopplegg opplever det som trygt og nyttig for å håndtere sykdommen (Tennfjord et al., 2024). Slik trening kan omfatte styrketrening, bekkenbunnstrening, kondisjonstrening og avspenningsøvelser. Deltagerne i studien ble randomisert enten til vanlig behandlingsoppfølging eller et treningsopplegg som gikk over fire måneder bestående av styrketrening i grupper med fysioterapeut, individuelt treningsprogram og smertemestringsundervisning. Resultatene i studien er basert på intervjuer med deltagere i intervensjonsgruppen.

I en annen norsk studie ble det funnet at endometriosepasienter som har deltatt på smertemestringskurs har fått bedre kunnskap og kontroll over egen sykdom, de har tatt en mer aktiv rolle i egen behandling og de fikk verktøy for bedre smertehåndtering og dermed bedre livskvalitet (Kvåle et al., 2025). Kurset var et fire-timers kurs gitt ved fem ulike sesjoner i regi av gynekolog, fysioterapeut og psykolog, hvor målet var å øke individuell helsekompetanse, gi verktøy for smertehåndtering og fremme aktiv deltakelse i egen behandling. Kurset innlemmet ulike aspekter ved pasientbehandling og inkluderte informasjon om generell trening, demonstrasjon av bekkenbunnstrening samt veiledning i avspennings- og pusteteknikker. I tillegg ble deltakerne introdusert for ulike hjelpemidler til smertehåndtering, og det ble gitt en oversikt over kirurgiske og farmakologiske behandlingsalternativer for endometriose.

## Kunnskapsgrunnlag

Anbefalingen bygger på Helsedirektoratets rapport av 2022 - Tiltak for å forbedre tilbudet til kvinner med endometriose, økonomiske rapporter og retningslinjer fra NICE, Sosialstyrelsen og European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), anbefalinger fra norsk fagmiljø (Norsk gynekologisk forening, samt klinisk erfaring og brukererfaringer, samt forskning innhentet fra fageksperter som kjenner forskningen på fagfeltet.

## Referanser

European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). (2022). ESHRE guideline: Endometriosis. Retrieved from <https://www.eshre.eu/-/media/sitecore-files/Guidelines/Endometriosis/ESHRE-GUIDELINE-ENDOMETR>

Kvåle, C., Tokovska, M., & Tennfjord, M. K. (2025). Women with endometriosis: Experiences with pain management and views on optimal healthcare through the concept of health literacy. *Women's Health*, 21, 17455057251347085. <https://doi.org/10.1177/17455057251347085>

Metodebok. (2023). Endometriose – Veileder gynekologi (NGF). Metodebok.no. [https://metodebok.no/emne/c8zsumf7/endometriose-\(2023\)/veieder-gynekologi-\(ngf\)](https://metodebok.no/emne/c8zsumf7/endometriose-(2023)/veieder-gynekologi-(ngf))

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2024). Endometriosis: diagnosis and management (NG73). Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/NG73>

Socialstyrelsen. (2018). Nationella riktlinjer: endometrios – Stöd för styrning och ledning. Retrieved from <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-c>

Tennfjord MK, Gabrielsen R, Tellum T. Effect of physical activity and exercise on endometriosis-associated symptoms: a systematic review. *BMC Womens Health*. 2021. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01500-4>.

Tennfjord, M. K., Gabrielsen, R., Bø, K., Engh, M. E., & Molin, M. (2024). Can general exercise training and pelvic floor muscle training be used as an empowering tool among women with endometriosis?

Experiences among women with endometriosis participating in the intervention group of a randomized controlled trial. BMC Women's Health, 24(1), 505. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03356-w>

## Forskningsgrunnlag

### PICO

#### Beskrivelse av inkluderte studier

**Kvåle et al. (2025)** er en kvalitativ studie som har undersøkt erfaringer med smertehåndtering og opplevelser av helsetjenestene blant norske kvinner med endometriose, med særlig fokus på individuell og organisatorisk helsekompetanse. Studien er gjennomført som del av en randomisert kontrollert studie og baserer seg på dybdeintervjuer med 19 kvinner etter deltakelse i et tverrfaglig smertehåndteringskurs. Forfatterne finner at deltakerne opplevde økt kunnskap, bedre mestring og en overgang fra passiv til mer aktiv deltakelse i egen behandling etter kurset. Samtidig beskrives mangler i organiseringen av helsetjenestene, særlig knyttet til informasjon, oppfølging og koordinering etter diagnose. Studien konkluderer med at strukturerte, tverrfaglige tilbud og bedre informasjonsflyt i helsetjenesten kan bidra til økt pasienttilfredshet og bedre egenmestring hos kvinner med endometriose.

**Tennfjord et al. (2021)** er en systematisk oversikt som har undersøkt effekten av fysisk aktivitet og trening på symptomer ved endometriose. Oversikten inkluderer studier publisert frem til 2021 og omfatter tre intervensjonsstudier (to randomiserte kontrollerte studier og én før-etter-studie) med totalt 109 kvinner med diagnostisert endometriose. Forfatterne finner begrenset og usikker dokumentasjon for effekt på smerte, hvor kun én studie rapporterte redusert smerteintensitet, og én studie viste reduksjon i stress. På grunn av få studier, metodiske svakheter og stor heterogenitet kunne det ikke gjennomføres metaanalyse. Studien konkluderer med at effekten av fysisk aktivitet og trening ved endometriose ikke kan fastslås, og at det er behov for flere randomiserte studier av høy kvalitet.

**Tennfjord et al. (2024)** er en kvalitativ delstudie gjennomført i tilknytning til en randomisert kontrollert studie som har undersøkt hvordan kvinner med endometriose opplever strukturert treningsintervensjon, inkludert generell styrke- og kondisjonstrening samt bekkenbunnstrening. Studien omfatter dybdeintervjuer med ti kvinner som deltok i treningsgruppen over fire måneder. Forfatterne finner at deltakerne opplevde treningen som mestrings- og kunnskapsfremmende, og at veiledet trening i trygge rammer reduserte frykt for bevegelse og økte opplevelsen av kontroll. Bekkenbunnstrening ble særlig fremhevet som nyttig og gjennomførbart også på dager med høy symptombyrde. Studien konkluderer med at strukturert og veiledet trening kan oppleves som et nyttig supplement i håndtering av endometriose, særlig med tanke på mestring og egenbehandling.

Dette er et enkeltstudie og den er dermed ekstra sårbare for skjevheter og feil, og mindre pålitelige enn funn fra større forskningsoppsummeringer.

---

### Anbefaling

**De regionale helseforetakenes interregionale rutiner bør omfatte hvilke grupper av pasienter med endometriose og/eller adenomyose som kan utredes og behandles ved henholdsvis lokalsykehus, universitetssykehus og hos avtalespesialister**

**Ekstern høring:** Høringsfrist 26. august 2026. Mer informasjon på høringsiden.

Helseforetak har ulik kompetanse og ressurser til å følge opp og behandle kvinner med endometriose og/eller adenomyose. For å redusere regional variasjon bør de regionale helseforetakene i samarbeid med helseforetakene utarbeide rutiner som beskriver hvilke pasienter som bør behandles på hvilket kompetansenivå.

**Rutinene bør også beskrive:**

- Kompetansekrav for diagnostikk og behandling av endometriose/adenomyose ved lokalsykehus, universitetssykehus og avtalespesialister.
- Bruk av bildediagnostikk i utredning og oppfølging.

**Tilstander som bør behandles ved sykehus med avansert kirurgisk kompetanse:**

- Affeksjon av andre organer som tarm, blære, bekkenvegg og diafragma/thorax.
- Omfattende ovarial endometriose.
- Forventet utfordrende kirurgi.
- Operativ behandling når kompetansen til helsepersonell ved lokalt HF er begrenset.
- Adenomyose med behov for fertilitetsbevarende kirurgi.

**Tverrfaglig kompetanse** bør være tilgjengelig og etablert i regionene ved vurdering, utredning og behandling av utbredt endometriose og/eller adenomyose.

Tilgjengelig tverrfaglig kompetanse bør bestå av et kjerneteam innenfor gynekologi (med fertilitetskompetanse når det er aktuelt) og sykepleie, mens tilleggskompetanse vurderes ut fra behov og kan omfatte fagområder som:

- Smertebehandling
- Fysikalsk behandling
- Radiologi
- Kolorektal kirurgi
- Urologi og uroterapi
- Psykisk helsehjelp
- Sexologi
- Sosiale tjenester

Listen er ikke uttømmende (se mer utfyllende tabell i [anbefaling om rutiner for utredning, behandling og samhandling](#), under «Praktisk informasjon», overskriften «Relevant kompetanse ved behov for samarbeid om pasienter»)

Ved manglede behandlingstilbud i egen helseregion, benyttes interregionalt samarbeid i form av at kvinnen behandles i en annen region.

## Begrunnelse

Helseforetakene har i dag ulik kompetanse og varierende ressurser til å følge opp og behandle kvinner med endometriose og/eller adenomyose. Dette fører til regionale forskjeller i både tilgjengelighet, behandlingsnivå og kvalitet på tilbudet ([Helsedirektoratets vurderinger og forslag til tiltak](#), [Helseatlas \(skde.no\)](#)).

Ulike tiltak ble foreslått i [Helsedirektoratets rapport av 2022](#), blant annet:

- Opprettelse av en nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose
- Opprettelse av «endometrioseteam» i alle helseregioner som betyr at de mest kompliserte pasientene behandles og følges opp av helsepersonell med spesialisert kompetanse på endometriose og adenomyose.
- Definere de gynekologiske avdelingene i Norge med spesialkompetanse innen avansert endometriosebehandling. For å sikre likeverdige tjenester nasjonalt, og for å gi pasienter med risiko for komplikasjoner og behov for tverrfaglig behandling et forsvarlig tilbud, er det nødvendig at de regionale helseforetakene utarbeider tydelige og forpliktende rutiner som beskriver hvilke pasientgrupper som skal behandles på hvilket kompetansenivå.

Differensiering av kvinner med endometriose av ulik alvorlighetsgrad støttes av Norsk gynekologisk forening som i sin metodebok «foreslår henvisning til sykehus med spesialkompetanse i laparoskopisk kirurgi ved mistanke om dyp endometriose (DE) og/eller bilaterale endometriomer» ([Endometriose \(metodebok.no\)](#)).

Utkast til anbefaling i nasjonal faglig retningslinje for endometriose og adenomyose ble i februar 2025 diskutert med fagdirektørene i de fire regionale helseforetakene som var samstemte i et behov om en slik anbefaling, og med støtte til innholdet.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) anbefaler differensiert organisering av tilbudet til endometriosepasienter tilpasset alvorlighetsgrad og behovet for (tverrfaglig) ekspertise, se [Recommendations – Endometriosis: diagnosis and management – Guidance \(nice.org.uk\)](#). NICE guidelines skisserer tre tjenestenivåer:

1. I primærhelsetjenesten bestående av fastlege, sykepleiere og helsestasjons- og skolehelsetjenesten.
2. I spesialisthelsetjenesten med gynekologekspertise på diagnostisering og behandling av endometriosepasienter inkludert laparoskopi, sykepleierkompetanse på endometriose og tverrfaglig smerteteam og fertilitetsbehandling.
3. I spesialisthelsetjenesten et endometriosesenter hvor man i tillegg til gynekologekspertise på diagnostisering og behandling inkl. høyspesialisert laparoskopisk kompetanse av endometriosepasienter har tverrfaglige ressurser som kolorektal kirurg, urolog, bildediagnostikk, tverrfaglig smerteteam, fertilitetsbehandling og sykepleierkompetanse på endometriose.

Denne organiseringen harmonerer med foreslåtte tiltak i Helsedirektoratets rapport fra 2022. En regional plan for behandling og oppfølging som utarbeides i samarbeid med fagmiljøene vil hjelpe helsetjenesten med å avklare hvor endometriose- og adenomyose pasienter med ulik kompleksitet kan få den rette helsehjelpen. Ved utbredte endometrioseforandringer vil pasientene ofte ha nytte av å bli operert ved sykehus med høyspesialisert kompetanse i laparoskopisk kirurgi og med tilgang til multidisiplinære team. Dette kan forebygge behov for gjentatt risikofylt kirurgi samt reduserer risikoen for alvorlige komplikasjoner. En slik organisering er etterspurt av både fagmiljø og brukere i referansegruppen, i utarbeidelse av denne retningslinjen.

## **Tverrfaglig kompetanse**

Viktigheten av tverrfaglig tilnærming til behandling av endometriose er fremhevet i NICE guidelines og Sosialstyrelsen retningslinje for endometriose.

NICE og Sosialstyrelsen anbefaler sammenhengende, tverrfaglige tjenester for kvinner med endometriose som inkluderer fastlege, sykepleiere, fysioterapeuter, helsetjenester for psykisk og seksuell helse, gynekologiske tjenester og tjenester som er spesialister på endometriose. Avansert

tværfaglig samarbeid eksemplifiseres i begge retningslinjer med kolorektal kirurg, urolog, sykepleier med særlig kompetanse på endometriose, og smertespesialist.

Nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose ble åpnet i 2024. Det er naturlig at spesialisthelsetjenesten samarbeider både regionalt og nasjonalt med kompetanstjenesten for kompetanseheving og tjenesteutvikling i form av kurs og utdanning av såkalte [Endometriose-ambassadører \(oslo-universitetssykehus.no\)](https://www.oslo-universitetssykehus.no).

## Kunnskapsgrunnlag

Anbefalingen bygger på Helsedirektoratets rapport av 2022 – Tiltak for å forbedre tilbudet til kvinner med endometriose, retningslinjer fra NICE, Socialstyrelsen, anbefalinger fra norsk fagmiljø (Norsk gynekologisk forening), samt klinisk erfaring og brukererfaringer.

## Referanser

Helsedirektoratet. (2024). Tiltak for å forbedre tilbudet til kvinner med endometriose: Helsedirektoratets vurderinger og forslag til tiltak. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tiltak-for-a-forbedre-tilbudet-til-kvinner-med-endometriose/hel>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2024). Endometriosis: Diagnosis and management (NG73). Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/NG73>

Socialstyrelsen. (2018). Nationella riktlinjer: Endometrios – Stöd för styrning och ledning. Retrieved from <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-c>

---

## Anbefaling

# Lege bør vurdere å henvise kvinner med kjent endometriose og/eller adenomyose som ikke lykkes med spontan graviditet, til fertilitetsutredning tidligere enn den generelle anbefalingen på ett år

**Ekstern høring:** Høringsfrist 26. august 2026. Mer informasjon på høringssiden.

**Ekstern høring:** Høringsfrist 26. august 2026. Mer informasjon på høringssiden.

Tidlig henvisning gir mulighet for vurdering av behov for assistert befruktning.

Kvinner med endometriose og/eller adenomyose og en eller flere følgende faktorer, kan vurderes for henvisning allerede etter 6 måneder med regelmessig, ubeskyttet samleie uten graviditet:

- Moderat til alvorlig endometriose/adenomyose.
- Redusert ovarialreserve.
- Tidligere abdominal kirurgisk behandling (inkl også kirurgi av annen årsak enn endometriose/adenomyose).
- Høy alder (over 35 år).
- Redusert fertilitet hos mannlig partner.

Dersom det er urealistisk å forsøke spontan graviditet, eksempelvis ved smerter som ikke gjør samleie mulig, kan kvinnen tilbys fertilitetsvurdering uten å ha prøvd å bli spontant gravid.

## Begrunnelse

WHO's kliniske definisjon av infertilitet, oversatt av Norsk gynekologisk forening ([Infertilitet og fertilitetsbehandling \(metodebok.no\)](#)): «En sykdom i reproduksjonssystemet definert som uteblivelse av en klinisk graviditet etter 12 måneder eller mer med regelmessig ubeskyttet samleie».

Endometriose og adenomyose er tilstander som kan påvirke fertiliteten gjennom flere mekanismer, inkludert endret anatomi, inflammasjon, redusert eggkvalitet og nedsatt endometriefunksjon. Kvinner med disse tilstandene har økt risiko for infertilitet sammenlignet med den generelle befolkningen. Norsk gynekologisk forening anbefaler at kvinner og par med dårlig prognose henvises tidlig til fertilitetsavdeling. Tidlig henvisning gir mulighet for vurdering av behov for assistert befruktning, og kan bidra til å redusere ventetid og belastning. ([Infertilitet og fertilitetsbehandling \(metodebok.no\)](#), [Endometriose \(metodebok.no\)](#)).

Ifølge European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) retningslinjen fra 2022 anbefales det at kvinner med kjent endometriose og infertilitetsproblematikk vurderes tidlig for assistert befruktning, særlig ved moderat til alvorlig sykdom. Norsk Veileder i gynekologi understreker at kvinnens alder og ovarialreserve er avgjørende for prognosen, og at tidlig henvisning kan bidra til å optimalisere behandlingsvalg og redusere ventetid ([Infertilitet og fertilitetsbehandling \(metodebok.no\)](#)). Fertiliteten avtar fra 35-årsalder, grunnet lavere egg reserve og mulig redusert eggkvalitet.

Adenomyose vil kunne føre til nedsatt fertilitet. Derfor bør kvinner med kjent adenomyose og manglende graviditet etter 6 måneder vurderes for henvisning til fertilitetsutredning, særlig dersom de er over 35 år eller har andre risikofaktorer.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) fremhever at håndtering av fruktbarhet er en prioritet, og at hvilket nivå tjenesten bør være på avhenger av alvorlighetsgraden av endometriose [Recommendations – Endometriosis: diagnosis and management – Guidance \(nice.org.uk\)](#).

## Kunnskapsgrunnlag

Anbefalingen bygger på retningslinjer fra NICE og European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), anbefalinger fra norsk fagmiljø (Norsk gynekologisk forening), samt klinisk erfaring og brukererfaringer.

## Referanser

European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). (2022). Endometriosis guideline. Retrieved from <https://www.eshre.eu/-/media/sitecore-files/Guidelines/Endometriosis/ESHRE-GUIDELINE-ENDOMETR>

Norsk gynekologisk forening. (2023). Endometriose – Veileder i gynekologi (NGF). Metodebok.no. [https://metodebok.no/emne/c8zsumf7/endometriose-\(2023\)/veieder-gynekologi-\(ngf\)](https://metodebok.no/emne/c8zsumf7/endometriose-(2023)/veieder-gynekologi-(ngf))

Norsk gynekologisk forening. (2021). Infertilitet og fertilitetsbehandling – Veileder i gynekologi (NGF). Metodebok.no. [https://metodebok.no/emne/vQTpWgQ/infertilitet-og-fertilitetsbehandling-\(2021\)/veieder-gynekologi-\(ngf\)](https://metodebok.no/emne/vQTpWgQ/infertilitet-og-fertilitetsbehandling-(2021)/veieder-gynekologi-(ngf))

[Trillion Opportunity to Improve Lives and Economies \(weforum.org\)](https://weforum.org) fra 2024 fremhever at bedretredning og behandling av endometriose kan tilføre år til livet og liv til år, og bidra betydelig til global økonomisk vekst. De påpeker at mange kvinner går med plager av udiagnostisert endometriose, noe som både er krevende for den enkelte samt pårørende. I tillegg fremhever de at sykdommen fører til redusert produktivitet i arbeidslivet. Globalt er det beregnet at 190 millioner kvinner lider av endometriose. Foreløpig finnes det ingen kur, og behandlingen fokuserer på symptomhåndtering. Sosialstyrelsen i Sverige har gjort samfunnsøkonomiske analyser i forbindelse med utgivelse av sine retningslinjer [Nasjonella riktlinjer: endometriosis \(socialstyrelsen.se\)](https://socialstyrelsen.se). De har beregnet noe økte kostnader i forbindelse med at flere kvinner med endometriose og adenomyose blir identifisert, men at dette vil jevne seg ut på andre områder når kvinner får bedre behandling for sin sykdom. Økte kostnader på kort sikt på grunn av etablering av behandlingstilbud vil gi reduserte kostnader på lang sikt på grunn av bedre behandling som for eksempel fører til lavere sykefravær.

## Overordnede målsetninger og tiltak

Overordnede målsetninger med denne retningslinjen er å bidra til økt funksjonsevne og bedre livskvalitet for kvinner med endometriose og adenomyose gjennom å:

- forebygge sykdoms- og/eller symptomutvikling samt funksjonstap grunnet forsinket behandling
- gi kvinner med endometriose og adenomyose raskere og likeverdig helsehjelp
- redusere behov for akutte henvendelser til helsetjenesten

Retningslinjens overordnede tiltak for måloppnåelse:

- rask identifisering av jenter/kvinner med behov for oppfølging
- rask oppstart av hormonell behandling
- individuell vurdering av behov for ytterligere støtte som fysikalsk behandling, smertebehandling, psykisk helsehjelp, og sexologisk veiledning
- rutiner for henvisning til annet behandlingsnivå
- interregionale rutiner for hvilke jenter/kvinner som kan utredes og behandles ved henholdsvis lokalsykehus, universitetssykehus og hos avtalespesialister

Det er viktig at helsepersonell som jobber med jenter og kvinner med mistenkt eller verifisert endometriose og adenomyose har god kompetanse om tilstandene for å bidra til rask identifisering og igangsettelse av behandling. [Helsedirektoratets rapport fra 2022](#) slår fast at kunnskap om endometriose og adenomyose ikke er tilstrekkelig ivaretatt i profesjonsutdanningene, og det gir et behov for et kompetanseløft på disse feltene spesielt, i etterkant av endt utdanning. Rapporten slår også fast at det er manglende kompetanse om utredning og behandling av disse tilstandene hos leger både i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten.

Tiltak anbefalt i rapporten med tanke på kompetanseheving er:

- styrket fokus på tilstandene endometriose og adenomyose i helseprofesjonsutdanningene
- opprettelse av nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose

Nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose ble opprettet i 2023/2024 og har ansvar for kompetanseheving og kompetansedeling med helsetjenesten nasjonalt. Referansegruppen har gitt innspill på at denne retningslinjen i seg selv vil bidra til kompetanseheving blant helsepersonell.

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten \(lovdata.no\)](#) har som formål å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 7 b presiserer at en del av plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer å sørge for at medarbeiderne har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og

styringssystemet. Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer blant annet en plikt til å ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 6 f. Organiseringen av virksomheten, herunder planlegging av oppgavefordeling og ressurser, må legge til rette for at medarbeiderne kan levere forsvarlige og gode tjenester. Se mer i [veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#).

## Målgrupper

Retningslinjens primære målgrupper er ledere og helsepersonell i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Andre som kan ha nytte av retningslinjen er brukere av tjenestene og deres pårørende.

## Metode

### Grad av normering

Grad av normering angis av teksten i hver enkelt anbefaling:

- Når Helsedirektoratet skriver «skal», betyr det at anbefalingen/rådet er basert på lov eller forskrift, eller når det er så klart faglig forankret at det sjelden er forsvarlig ikke å gjøre som anbefalt.
- Når det står «bør» eller «anbefaler» er det en sterk anbefaling/råd som vil gjelde de aller fleste.
- Når det står «kan» eller «foreslår» er det en svak anbefaling/råd der ulike valg kan være riktig.

### Rettslig betydning

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer, faglige råd og veiledere, som understøtter målene for helse- og omsorgstjenesten.

Nasjonale anbefalinger og råd skal baseres på kunnskap om god praksis og skal bidra til kontinuerlig forbedring av virksomhet og tjenester, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 7-3, helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5 og folkehelseloven § 24. Det er et ledelsesansvar å sørge for at anbefalinger og råd i nasjonale faglige retningslinjer, faglige råd og veiledere implementeres i virksomheten, jf. [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten \(lovdata.no\)](#).

Nasjonale faglige retningslinjer og råd er med på å gi forsvarlighetskravet et innhold, uten at anbefalingene er direkte rettslig bindende. Anbefalinger og råd utgitt av Helsedirektoratet er faglig normerende for valg man anser fremmer kvalitet, god praksis og likhet i tjenesten på utgivelsestidspunktet. Helsepersonell må alltid vise faglig skjønn i vurderingen av hver enkeltpasient for å ta hensyn til individuelle behov. Dersom tjenestene velger en annen praksis enn anbefalt, bør dette være basert på en konkret og begrunnet vurdering som dokumenteres, jf. [pasientjournalforskriften § 6, bokstav g \(lovdata.no\)](#).

Anbefalingene må forstås i lys av grunnleggende helserettslige plikter og rettigheter. Sentrale plikter for helsepersonell er plikten til forsvarlig tjenesteyting, taushetsplikt, dokumentasjonsplikt og opplysningsplikt. I tillegg skal pasient- og brukerrettigheter ivaretas, blant annet rett til informasjon og medvirkning og reglene om samtykke til å motta helsetjenester. Kommunikasjon må være tilpasset mottakerens forutsetninger relatert til alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn m.m.

Retningslinjen er faglig normerende og retter seg mot virksomheter og helsepersonell. Pasientenes rettigheter omtales ikke her, men i andre rundskriv fra Helsedirektoratet, se blant annet [pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer](#).

## Kunnskapsbasert tilnærming

Nasjonale anbefalinger og råd har en kunnskapsbasert tilnærming ([Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer \(PDF\)](#)). Det innebærer at forskningslitteratur, klinisk erfaring og brukererfaring på en systematisk måte vurderes opp mot ønskede og uønskede konsekvenser av et tiltak. På områder der det er funnet mindre forskningsbasert kunnskap og/eller overføringsverdien fra internasjonal til norsk helsetjeneste er lav, blir klinisk kunnskap og brukerkunnskap tillagt større vekt. Lov/forskriftskrav og anbefalinger for helsepersonell som er/bør være godt implementert i praksis er ikke synliggjort som egne anbefalinger.

### Denne retningslinjen bygger primært på kunnskapsgrunnlag fra:

- Tiltak for å forbedre tilbudet til kvinner med endometriose: Helsedirektoratets vurderinger og forslag til tiltak, Helsedirektoratet, 2022
- Nationella riktlinjer för vård vid endometrios, Socialstyrelsen, 2018
- Endometriosis: diagnosis and management, National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2024
- European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) ESHRE guideline: Endometriosis, 2022
- Metodebok, Norsk gynekologisk forening: Endometriose, 2023
- Forskning
- Innspill fra ekstern referansegruppe inkludert brukerrepresentanter.

Forskningsartiklene som er brukt som kunnskapsgrunnlag er innhentet gjennom systematiske litteratursøk, innhentet fra fagekspertene som kjenner forskningen på fagfeltet, og ved hjelp av referanselister fra aktuelle veiledere og retningslinjer.

Det ble gjennomført et systematisk søk ved hjelp av Folkehelseinstituttet med følgende problemstilling:

«Hvordan påvirker endometriose kvinners psykososiale helse?»

Bakgrunnen for å prioritere et systematisk søk på psykososiale konsekvenser av endometriose er at Helsedirektoratet har fått tilbakemeldinger om at det er behov for økt kunnskap og fokus på dette temaet. Somatiske konsekvenser av endometriose og adenomyose er adressert i ovennevnte retningslinjer og globale rapporter.

## Begrepsavklaringer

I denne retningslinjen brukes begrepet jenter/kvinner om personer som er tildelt kvinnelig kjønn ved fødsel samt personer av annet juridisk kjønn, kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk som har behov for helsehjelp knyttet til kvinnelig biologi som er aktuelt for tilstandene som retningslinjen omfatter.

**Endometriose:** En kronisk betennelsestilstand der vev som ligner livmorslimhinnen finnes utenfor livmoren. Dette kan blant annet gi sykliske og kroniske smerter, smerter ved samleie, utmattelse og redusert fruktbarhet. I tillegg til syklusrelaterte plager som kan påvirke tarmfunksjon og blære.

**Adenomyose:** En tilstand der livmorslimhinnen vokser inn i livmorens muskellag. Kan blant annet gi kraftig menstruasjonsblødning og sykliske smerter og kroniske smerter, smerter ved samleie utmattelse og redusert fruktbarhet. I tillegg til syklusrelaterte plager som kan påvirke tarmfunksjon og blære.

En pasient kan ha enten endometriose eller adenomyose men man også ha begge tilstandene.

**Kontinuerlig behandling med p-piller:** ikke opphold mellom brettene der det er 21/24 tablettar eller hoppe over sukkerpiller der disse finnes.

**Syklusrelaterte plager:** Plager som oppstår i tilknytning til menstruasjonssyklusen, som blant annet smerter, blødninger og utmattelse.

## Prosess

### Arbeidsform og deltakere

Arbeidet med retningslinjen starta våren 2024 og har vært prosjektorganisert med en intern styringsgruppe og en prosjektgruppe i Helsedirektoratet. Mandatet til den interne prosjektgruppen var å utarbeide retningslinjen i samarbeid med ekstern referansegruppe, samt publisere den i digitalt format.

En bredt sammensatt referansegruppe ble oppnevnt fra mars 2024 (se under). Det har vært avholdt 4 digitale og fysiske møter, samt at skriftlige innspill er gitt i etterkant av møtene/underveis i prosessen. Det har vært ekstra møter med Nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose ved behov for å avklare eksplisitte problemstillinger. Representantar fra kompetansetjenesten har også vært en del av ekstern referansegruppe.

### Deltagere fra Helsedirektoratet

- Helene Normann, avdeling for fagutvikling i spesialisthelsetjenesten, prosjektdeltager og deretter prosjektleder fra og med desember 2024.
- Toril Kolås, avdeling for fagutvikling i spesialisthelsetjenesten, prosjektleder til og med november 2024.
- Sølvi Taraldsen, avdeling for fagutvikling i spesialisthelsetjenesten
- Kaja Fjell Jørgensen, avdeling for fagutvikling i spesialisthelsetjenesten
- Annicken Martinez Aasen, avdeling for barne- og ungdomshelse
- Ingeborg Berg-Olstad, avdeling for barne- og ungdomshelse
- Kristin Helene Skullerud, avdeling for samfunnshelse

I tillegg har prosjektet hatt juridisk støtte samt støtte for metode, systematiske litteratursøk og digital utforming.

### Ekstern referansegruppe

Navn	Arbeidssted	Helseforetak / bruker- og interesseorganisasjon / institusjon
Anne Veddeng	Helse Bergen HF	Helse Vest RHF, Nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose
Audun Stubhaug	Smerteklinikken, OUS	Oslo Universitetssykehus HF
Camilla Reinfjell	St. Olavs hospital HF	Helse Midt-Norge RHF
Camilla Rørtveit		Helsesykepleierne NSF
Cecilie Gjerde	Oslo Universitetssykehus HF	Helse Sør-Øst RHF
Elisabeth Raasholm Larby		Endometrioseforeningen
Elisabeth T. Swärd		Norske kvinners sanitetsforening
Guri Majak	Oslo Universitetssykehus HF	Helse Sør-Øst RHF, Nasjonal kompetansetjeneste for endometriose/adenomyose

Ingrid Marie Ringen	St. Olavs hospital HF	Helse Midt RHF, Nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose
Karen Sarah Strong Haagenes		Helsesykepleierne NSF
Kari Løvendahl Mogstad	Fastlege	Legeforeningen v/ Norsk forening for allmenntmedisin
Kristine Guttormsen	Universitetssykehuset Nord-Norge	Helse Nord RHF
Marianne Natvik	Fastlege	Legeforeningen v/ Norsk forening for allmenntmedisin
Marius Johansen	Fastlege	Legeforeningen v/ Norsk forening for allmenntmedisin
Marthe Kvehaugen Willassen	Helse Bergen HF	Helse Vest RHF
Renate Torstensen	Nordlandssykehuset HF	Helse Nord RHF, Nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose
Camilla Inderberg	Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Helse Nord RHF
Thomas Thaulow	Oslo Universitetssykehus HF	Helse Sør-Øst RHF, Nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose

## Habilitet

Medlemmene av ekstern referansegruppe har fylt ut Helsedirektoratets habilitetsskjema. Ingen interesser med konsekvenser for deltakelse i arbeidet er identisert.

## Finansiering og høring

[Helsedirektoratet](#) er et fag- og myndighetsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet.

[Utredningsinstruksjonen \(lovdata.no\)](#) legger krav for utredninger i staten, inkludert utarbeidelse av normerende produkter. [Veileder til utredningsinstruksjonen \(dfo.no\)](#) gir en veiledning til og nærmere beskrivelse av statlige utredninger.

Helsedirektoratet er et statlig myndighetsorgan som er helfinansiert via statsbudsjettet. Når fagpersoner og klinikere inviteres til deltakelse i arbeidsgrupper og referansegrupper, er hovedregelen at det ikke gis godtgjørelse for deltakelse hvis personen er offentlig ansatt. Praksis om godtgjøring i Helsedirektoratet bygger på veiledende bestemmelser i Statens personalthåndbok, men med presiseringer og utfyllende bestemmelser tilpasset Helsedirektoratets behov for ekstern bistand.

Helsedirektoratet står ansvarlig for innholdet i den nasjonale faglige retningslinjen.

## Referanser

European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). (2022). ESHRE guideline: Endometriosis. Retrieved from

<https://www.eshre.eu/-/media/sitecore-files/Guidelines/Endometriosis/ESHRE-GUIDELINE-ENDOMETRIOSIS-2>

Fryer, J., Mason-Jones, A. J., & Woodward, A. (2025). Understanding diagnostic delay for endometriosis: A scoping review. *Health Care for Women International*, 45(10–12), 1154–1176.

<https://doi.org/10.1080/07399332.2024.2413056>

Helsedirektoratet 2022, Tiltak for å forbedre tilbudet til kvinner med endometriose: Helsedirektoratets vurderinger og forslag til tiltak. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tiltak-for-a-forbedre-tilbudet-til-kvinner-med-endometriose>

Metodebok. (2023). Endometriose – Veileder gynekologi (NGF). Metodebok.no.

[https://metodebok.no/emne/c8zsumf7/endometriose-\(2023\)/veieder-gynekologi-\(ngf\)](https://metodebok.no/emne/c8zsumf7/endometriose-(2023)/veieder-gynekologi-(ngf))

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2024). Endometriosis: diagnosis and management (NG73). Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/NG73>

Socialstyrelsen. (2018). Nationella riktlinjer: endometrios – Stöd för styrning och ledning. Retrieved from

<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utva>

World Economic Forum. (2024). Closing the women's health gap: A >



# Endometriose og adenomyose – utredning, oppfølging og behandling (HØRINGSUTKAST)

## Nasjonal faglig retningslinje

---

Først publisert: 11. mai 2026

Siste faglige endring: 11. mai 2026

# Innhold

1. <u>Bakgrunn, metode og prosess</u> .....	38
2. <u>Utredning, oppfølging og behandling i kommune- og spesialisthelsetjenesten</u> .....	64

**Ekstern høring:**

Høringsfrist 26. august 2026. Mer informasjon på [høringssiden](#).

1

## Bakgrunn, metode og prosess

**Ekstern høring:** Høringsfrist 26. august 2026. Mer informasjon på [høringssiden](#).

## Bakgrunn

Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, oppfølging og behandling av kvinner med endometriose og adenomyose er forankret i et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdraget ble gitt på bakgrunn av Helsedirektoratets rapport [Tiltak for å forbedre tilbudet til kvinner med endometriose](#) som beskriver utfordringene ved dagens organisering av helsetjenestene til disse pasientgruppene, samt vurderinger av utfordringene og forslag til tiltak. Retningslinjen svarer primært på del 1 av oppdraget (se under), men er også aktuelt som et bidrag til del 2 ved å gi tydelig føringer for behandlingsmål og behandlingsnivå for ulik utbredelse av sykdommene.

**Oppdragstekst:**

TB2023-24. Det vises til tillegg til tildelingsbrev nr. 4 2021: Tiltak for å forbedre tilbudet til kvinner med endometriose.

Helsedirektoratet skal

**1. utarbeide faglige anbefalinger om utredning, behandling og oppfølging i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Oppstart av arbeidet sees i sammenheng med oppdrag gitt RHF om organisering av tjenestetilbudet på sykehusene.**

2. foreslå kompetansehevende tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Oppstart av arbeidet sees i sammenheng med oppdrag gitt RHF om organisering og kompetanseutvikling i tjenestetilbudet på sykehusene.

3. tilgjengeliggjøre informasjon for befolkningen på ung.no, helsenor.no eller andre eksisterende plattformer.

## Behov for tiltak for å forbedre tilbudet

Helsedirektoratets utredning av tiltak for å forbedre tilbudet til kvinner med endometriose og adenomyose (Helsedirektoratet, 2022) avdekket utfordringer rundt lang vei til riktig behandling og sikker diagnose. Dette støttes av internasjonal forskning som viser at det kan ta mange år før kvinner får riktig diagnose, selv om tidshorisonten varierer fra 1,5-11 år mellom land (Fyrer et. al. 2025).

Helsedirektoratet peker på at manglende kompetanse om utredning og behandling av endometriose og adenomyose i både kommune- og spesialisthelsetjenesten fører til forsinkelser i hele behandlingsforløpet. Pasienter får ikke alltid riktig behandling i primærhelsetjenesten, og henvisningsrutiner er uklare. I spesialisthelsetjenesten er det lange ventetider og begrenset tilgang til nødvendig høyspesialisert behandling.

Ifølge helseatlas varierer også tilbudet geografisk, noe som gir utilsiktede forskjeller basert på bosted. Disse funnene støttes også av Fryer et. al. (2025) som fant flere barrierer for tidlig oppdagelse og behandling av endometriose som tilgang til helsehjelp på grunn av økonomi, stigma, manglende kunnskap og normalisering av symptomer, og begrenset kunnskap både hos pasienter og helsepersonell som gjør det vanskelig å gjenkjenne sykdommen. Stigma og bagatellisering gjør også at pasienter ikke alltid klarer å beskrive plagene og funksjonstapet tydelig.

Rask oppstart av behandling for endometriose og adenomyose har samfunnsøkonomisk gevinst. Studier viser at kostnadsbyrden for samfunnet knyttet til kvinner med endometriose er høy både relatert til forbruk av helsetjenester og til tapt produktivitet grunnet fravær i skole/arbeidsliv (Socialstyrelsen 2018).

World Economic Forums rapport [Closing the Women's Health Gap: A \\$1 Trillion Opportunity to Improve Lives and Economies \(weforum.org\)](#) fra 2024 fremhever at bedretredning og behandling av endometriose kan tilføre år til livet og liv til år, og bidra betydelig til global økonomisk vekst. De påpeker at mange kvinner går med plager av udiagnostisert endometriose, noe som både er krevende for den enkelte samt pårørende. I tillegg fremhever de at sykdommen fører til redusert produktivitet i arbeidslivet. Globalt er det beregnet at 190 millioner kvinner lider av endometriose. Foreløpig finnes det ingen kur, og behandlingen fokuserer på symptomhåndtering. Socialstyrelsen i Sverige har gjort samfunnsøkonomiske analyser i forbindelse med utgivelse av sine retningslinjer [Nasjonella riktlinjer: endometriosis \(socialstyrelsen.se\)](#). De har beregnet noe økte kostnader i forbindelse med at flere kvinner med endometriose og adenomyose blir identifisert, men at dette vil jevne seg ut på andre områder når kvinner får bedre behandling for sin sykdom. Økte kostnader på kort sikt på grunn av etablering av behandlingstilbud vil gi reduserte kostnader på lang sikt på grunn av bedre behandling som for eksempel fører til lavere sykefravær.

## Overordnede målsetninger og tiltak

Overordnede målsetninger med denne retningslinjen er å bidra til økt funksjonsevne og bedre livskvalitet for kvinner med endometriose og adenomyose gjennom å:

- forebygge sykdoms- og/eller symptomutvikling samt funksjonstap grunnet forsinket behandling
- gi kvinner med endometriose og adenomyose raskere og likeverdig helsehjelp
- redusere behov for akutte henvendelser til helsetjenesten

Retningslinjens overordnede tiltak for måloppnåelse:

- rask identifisering av jenter/kvinner med behov for oppfølging
- rask oppstart av hormonell behandling
- individuell vurdering av behov for ytterligere støtte som fysisk behandling, smertebehandling, psykisk helsehjelp, og sexologisk veiledning
- rutiner for henvisning til annet behandlingsnivå
- interregionale rutiner for hvilke jenter/kvinner som kan utredes og behandles ved henholdsvis lokalsykehus, universitetssykehus og hos avtalespesialister

Det er viktig at helsepersonell som jobber med jenter og kvinner med mistenkt eller verifisert endometriose og adenomyose har god kompetanse om tilstandene for å bidra til rask identifisering og igangsettelse av behandling. [Helsedirektoratets rapport fra 2022](#) slår fast at kunnskap om endometriose og adenomyose ikke er tilstrekkelig ivaretatt i profesjonsutdanningene, og det gir et behov for et kompetanseløft på disse feltene spesielt, i etterkant av endt utdanning. Rapporten slår også fast at det er manglende kompetanse om utredning og behandling av disse tilstandene hos leger både i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten.

Tiltak anbefalt i rapporten med tanke på kompetanseheving er:

- styrket fokus på tilstandene endometriose og adenomyose i helseprofesjonsutdanningene
- opprettelse av nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose

Nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose ble opprettet i 2023/2024 og har ansvar for kompetanseheving og kompetansedeling med helsetjenesten nasjonalt. Referansegruppen har gitt innspill på at denne retningslinjen i seg selv vil bidra til kompetanseheving blant helsepersonell.

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten \(lovdata.no\)](#) har som formål å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 7 b presiserer at en del av plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer å sørge for at medarbeiderne har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet. Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer blant annet en plikt til å ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 6 f. Organiseringen av virksomheten, herunder planlegging av oppgavefordeling og ressurser, må legge til rette for at medarbeiderne kan levere forsvarlige og gode tjenester. Se mer i [veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#).

## Målgrupper

Retningslinjens primære målgrupper er ledere og helsepersonell i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Andre som kan ha nytte av retningslinjen er brukere av tjenestene og deres pårørende.

## Metode

### Grad av normering

Grad av normering angis av teksten i hver enkelt anbefaling:

- Når Helsedirektoratet skriver «skal», betyr det at anbefalingen/rådet er basert på lov eller forskrift, eller når det er så klart faglig forankret at det sjelden er forsvarlig ikke å gjøre som anbefalt.
- Når det står «bør» eller «anbefaler» er det en sterk anbefaling/råd som vil gjelde de aller fleste.
- Når det står «kan» eller «foreslår» er det en svak anbefaling/råd der ulike valg kan være riktig.

### Rettslig betydning

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer, faglige råd og veiledere, som understøtter målene for helse- og omsorgstjenesten.

Nasjonale anbefalinger og råd skal baseres på kunnskap om god praksis og skal bidra til kontinuerlig forbedring av virksomhet og tjenester, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 7-3, helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5 og folkehelseloven § 24. Det er et ledelsesansvar å sørge for at anbefalinger og råd i nasjonale faglige retningslinjer, faglige råd og veiledere implementeres i virksomheten, jf. [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten \(lovdata.no\)](#).

Nasjonale faglige retningslinjer og råd er med på å gi forsvarlighetskravet et innhold, uten at anbefalingene er direkte rettslig bindende. Anbefalinger og råd utgitt av Helsedirektoratet er faglig normerende for valg man anser fremmer kvalitet, god praksis og likhet i tjenesten på utgivelsestidspunktet. Helsepersonell må alltid vise

faglig skjønn i vurderingen av hver enkeltpasient for å ta hensyn til individuelle behov. Dersom tjenestene velger en annen praksis enn anbefalt, bør dette være basert på en konkret og begrunnet vurdering som dokumenteres, jf. [pasientjournalforskriften § 6, bokstav g \(lovdata.no\)](#).

Anbefalingene må forstås i lys av grunnleggende helserettslige plikter og rettigheter. Sentrale plikter for helsepersonell er plikten til forsvarlig tjenesteyting, taushetsplikt, dokumentasjonsplikt og opplysningsplikt. I tillegg skal pasient- og brukerrettigheter ivaretas, blant annet rett til informasjon og medvirkning og reglene om samtykke til å motta helsetjenester. Kommunikasjon må være tilpasset mottakerens forutsetninger relatert til alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn m.m.

Retningslinjen er faglig normerende og retter seg mot virksomheter og helsepersonell. Pasientenes rettigheter omtales ikke her, men i andre rundskriv fra Helsedirektoratet, se blant annet [pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer](#).

## Kunnskapsbasert tilnærming

Nasjonale anbefalinger og råd har en kunnskapsbasert tilnærming ([Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer \(PDF\)](#)). Det innebærer at forskningslitteratur, klinisk erfaring og brukererfaring på en systematisk måte vurderes opp mot ønskede og uønskede konsekvenser av et tiltak. På områder der det er funnet mindre forskningsbasert kunnskap og/eller overføringsverdien fra internasjonal til norsk helsetjeneste er lav, blir klinisk kunnskap og brukerkunnskap tillagt større vekt. Lov/forskriftskrav og anbefalinger for helsepersonell som er/bør være godt implementert i praksis er ikke synliggjort som egne anbefalinger.

### Denne retningslinjen bygger primært på kunnskapsgrunnlag fra:

- Tiltak for å forbedre tilbudet til kvinner med endometriose: Helsedirektoratets vurderinger og forslag til tiltak, Helsedirektoratet, 2022
- Nationella riktlinjer för vård vid endometrios, Socialstyrelsen, 2018
- Endometriosis: diagnosis and management, National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2024
- European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) ESHRE guideline: Endometriosis, 2022
- Metodebok, Norsk gynekologisk forening: Endometriose, 2023
- Forskning
- Innspill fra ekstern referansegruppe inkludert brukerrepresentanter.

Forskningsartiklene som er brukt som kunnskapsgrunnlag er innhentet gjennom systematiske litteratursøk, innhentet fra fagekspertene som kjenner forskningen på fagfeltet, og ved hjelp av referanselister fra aktuelle veiledere og retningslinjer.

Det ble gjennomført et systematisk søk ved hjelp av Folkehelseinstituttet med følgende problemstilling:

«Hvordan påvirker endometriose kvinners psykososiale helse?»

Bakgrunnen for å prioritere et systematisk søk på psykososiale konsekvenser av endometriose er at Helsedirektoratet har fått tilbakemeldinger om at det er behov for økt kunnskap og fokus på dette temaet. Somatiske konsekvenser av endometriose og adenomyose er adressert i ovennevnte retningslinjer og globale rapporter.

## Begrepsavklaringer

I denne retningslinjen brukes begrepet jenter/kvinner om personer som er tildelt kvinnelig kjønn ved fødsel samt personer av annet juridisk kjønn, kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk som har behov for helsehjelp knyttet til kvinnelig biologi som er aktuelt for tilstandene som retningslinjen omfatter.

**Endometriose:** En kronisk betennelsestilstand der vev som ligner livmorslimhinnen finnes utenfor livmoren. Dette kan blant annet gi sykliske og kroniske smerter, smerter ved samleie, utmattelse og redusert fruktbarhet. I tillegg til syklusrelaterte plager som kan påvirke tarmfunksjon og blære.

**Adenomyose:** En tilstand der livmorslimhinnen vokser inn i livmorens muskellag. Kan blant annet gi kraftig menstruasjonsblødning og sykliske smerter og kroniske smerter, smerter ved samleie utmattelse og redusert fruktbarhet. I tillegg til syklusrelaterte plager som kan påvirke tarmfunksjon og blære.

En pasient kan ha enten endometriose eller adenomyose men man også ha begge tilstandene.

**Kontinuerlig behandling med p-piller:** ikke opphold mellom brettene der det er 21/24 tabletter eller hoppe over sukkerpiller der disse finnes.

**Syklusrelaterte plager:** Plager som oppstår i tilknytning til menstruasjonssyklusen, som blant annet smerter, blødninger og utmattelse.

## Prosess

### Arbeidsform og deltakere

Arbeidet med retningslinjen startet våren 2024 og har vært prosjektorganisert med en intern styringsgruppe og en prosjektgruppe i Helsedirektoratet. Mandatet til den interne prosjektgruppen var å utarbeide retningslinjen i samarbeid med ekstern referansegruppe, samt publisere den i digitalt format.

En bredt sammensatt referansegruppe ble oppnevnt fra mars 2024 (se under). Det har vært avholdt 4 digitale og fysiske møter, samt at skriftlige innspill er gitt i etterkant av møtene/underveis i prosessen. Det har vært ekstra møter med Nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose ved behov for å avklare eksplisitte problemstillinger. Representanter fra kompetansetjenesten har også vært en del av ekstern referansegruppe.

### Deltagere fra Helsedirektoratet

- Helene Normann, avdeling for fagutvikling i spesialisthelsetjenesten, prosjektdeltager og deretter prosjektleder fra og med desember 2024.
- Toril Kolås, avdeling for fagutvikling i spesialisthelsetjenesten, prosjektleder til og med november 2024.
- Sølvi Taraldsen, avdeling for fagutvikling i spesialisthelsetjenesten
- Kaja Fjell Jørgensen, avdeling for fagutvikling i spesialisthelsetjenesten
- Annicken Martinez Aasen, avdeling for barne- og ungdomshelse
- Ingeborg Berg-Olstad, avdeling for barne- og ungdomshelse
- Kristin Helene Skullerud, avdeling for samfunnshelse

I tillegg har prosjektet hatt juridisk støtte samt støtte for metode, systematiske litteratursøk og digital utforming.

### Ekstern referansegruppe

Navn	Arbeidssted	Helseforetak / bruker- og interesseorganisasjon / institusjon

Anne Veddeng	Helse Bergen HF	Helse Vest RHF, Nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose
Audun Stubhaug	Smerteklinikken, OUS	Oslo Universitetssykehus HF
Camilla Rein fjell	St. Olavs hospital HF	Helse Midt-Norge RHF
Camilla Rørtveit		Helsesykepleierne NSF
Cecilie Gjerde	Oslo Universitetssykehus HF	Helse Sør-Øst RHF
Elisabeth Raasholm Larby		Endometrioseforeningen
Elisabeth T. Swärd		Norske kvinners sanitetsforening
Guri Majak	Oslo Universitetssykehus HF	Helse Sør-Øst RHF, Nasjonal kompetansetjeneste for endometriose/adenomyose
Ingrid Marie Ringen	St. Olavs hospital HF	Helse Midt RHF, Nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose
Karen Sarah Strong Haagenes		Helsesykepleierne NSF
Kari Løvendahl Mogstad	Fastlege	Legeforeningen v/ Norsk forening for allmenntmedisin
Kristine Guttormsen	Universitetssykehuset Nord-Norge	Helse Nord RHF
Marianne Natvik	Fastlege	Legeforeningen v/ Norsk forening for allmenntmedisin
Marius Johansen	Fastlege	Legeforeningen v/ Norsk forening for allmenntmedisin
Marthe Kvehaugen Willassen	Helse Bergen HF	Helse Vest RHF
Renate Torstensen	Nordlandssykehuset HF	Helse Nord RHF, Nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose
Camilla Inderberg	Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Helse Nord RHF
Thomas Thaulow	Oslo Universitetssykehus HF	Helse Sør-Øst RHF, Nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose

## Habilitet

Medlemmene av ekstern referansegruppe har fylt ut Helsedirektoratets habilitetsskjema. Ingen interesser med konsekvenser for deltakelse i arbeidet er identisert.

## Finansiering og høring

[Helsedirektoratet](#) er et fag- og myndighetsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet.

[Utredningsinstruksjonen \(lovdata.no\)](#) legger krav for utredninger i staten, inkludert utarbeidelse av normerende produkter. [Veileder til utredningsinstruksen \(dfo.no\)](#) gir en veiledning til og nærmere beskrivelse av statlige utredninger.

Helsedirektoratet er et statlig myndighetsorgan som er helfinansiert via statsbudsjettet. Når fagpersoner og klinikere inviteres til deltakelse i arbeidsgrupper og referansegrupper, er hovedregelen at det ikke gis godtgjørelse for deltakelse hvis personen er offentlig ansatt. Praksis om godtgjøring i Helsedirektoratet bygger

på veiledende bestemmelser i Statens personalhåndbok, men med presiseringer og utfyllende bestemmelser tilpasset Helsedirektoratets behov for ekstern bistand.

Helsedirektoratet står ansvarlig for innholdet i den nasjonale faglige retningslinjen.

## Referanser

European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). (2022). ESHRE guideline: Endometriosis. Retrieved from <https://www.eshre.eu/-/media/sitecore-files/Guidelines/Endometriosis/ESHRE-GUIDELINE-ENDOMETRIOSIS-2>

Fryer, J., Mason-Jones, A. J., & Woodward, A. (2025). Understanding diagnostic delay for endometriosis: A scoping review. *Health Care for Women International*, 45(10–12), 1154–1176. <https://doi.org/10.1080/07399332.2024.2413056>

Helsedirektoratet 2022, Tiltak for å forbedre tilbudet til kvinner med endometriose: Helsedirektoratets vurderinger og forslag til tiltak. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tiltak-for-a-forbedre-tilbudet-til-kvinner-med-endometriose>

Metodebok. (2023). Endometriose – Veileder gynekologi (NGF). Metodebok.no. [https://metodebok.no/emne/c8zsumf7/endometriose-\(2023\)/veieder-gynekologi-\(ngf\)](https://metodebok.no/emne/c8zsumf7/endometriose-(2023)/veieder-gynekologi-(ngf))

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2024). Endometriosis: diagnosis and management (NG73). Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/NG73>

Socialstyrelsen. (2018). Nationella riktlinjer: endometrios – Stöd för styrning och ledning. Retrieved from <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utva>

World Economic Forum. (2024). Closing the women's health gap: A \$1 trillion opportunity to improve lives and economies. Retrieved from [https://www3.weforum.org/docs/WEF\\_Closing\\_the\\_Women's\\_Health\\_Gap\\_2024.pdf](https://www3.weforum.org/docs/WEF_Closing_the_Women's_Health_Gap_2024.pdf)

## Utredning, oppfølging og behandling i kommune- og spesialisthelsetjenesten

**Ekstern høring:** Høringsfrist 26. august 2026. Mer informasjon på høringssiden.

### Anbefaling

**Kommune- og spesialisthelsetjenesten bør ha rutiner for utredning, behandling og oppfølging av jenter og kvinner med dysmenore eller andre plager forenlig med endometriose eller adenomyose som inkluderer når de bør henvises til annet kompetanse- og/eller behandlingsnivå**

**Ekstern høring:** Høringsfrist 26. august 2026. Mer informasjon på høringssiden.

**Ekstern høring:** Høringsfrist 26. august 2026. Mer informasjon på høringssiden.

For å sikre raskere identifisering og behandling av jenter og kvinner med endometriose eller adenomyose, bør helsestasjons- og skolehelsetjenesten (inkludert helsestasjonen for ungdom), fastleger og spesialisthelsetjenesten ha rutiner for identifisering, behandling, henvisning og oppfølging.

Kvinner med mistenkt eller påvist endometriose/adenomyose kan ha ulik grad og omfang av plager. Rutinene bør inkludere kvinner som allerede er hormonelt eller kirurgisk behandlet da sykdommen fortsatt kan gi plager som må følges opp videre.

### Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør ha rutiner for å

- Inkludere temaet menstruasjonssmerter i eksisterende undervisning om seksuell helse i skolen, og hvilke tegn som tilsier at eleven bør søke helsehjelp.
- Anbefale unge som har smertefulle menstruasjoner / plager relatert til menstruasjonssyklus som går ut over hverdagslivet, å ta kontakt med fastlegen på et tidlig tidspunkt. Ved samtykke sende melding til fastlegen.

### Fastlegen bør ha rutiner for å

- Kartlegge menstruasjonshelse og symptomer på endometriose/adenomyose når jenter/kvinner henvender seg med magesmerter, plager relatert til menstruasjonssyklus, og eventuelt fravær fra skole/studier og arbeid.
- Kartlegge og evaluere bruk av smertestillende legemidler og hormonell behandling ([se anbefaling om hormonell behandling](#)).
- Vurdere henvisning til spesialisthelsetjenesten ved
  - manglende effekt av hormonbehandling etter 6 måneder.
  - omfattende symptombylde eller andre forhold som krever spesialisert helsetjeneste
  - behov for avansert smertebehandling i spesialisthelsetjenesten
  - infertilitet ([se også anbefaling om helsehjelp ved barneønske](#))

- Samtidig vurdere henvisning til fysioterapi eller behandlere innenfor muskel- og skjelettområdet med spesialisering innen kvinnehelse, psykisk helsehjelp og/eller sexologisk rådgivning.
- Ved svangerskap: Skrive endometriose på helsekortet og tilby ordinær svangerskapsoppfølging (se praktisk informasjon under).
- Ved overgangsalder: ha særlig kunnskap om hormonbehandling i denne livsfasen.

Fastlegen forventes ikke å skille mellom endometriose og adenomyose. Innledende utredning og behandling er i hovedsak lik for begge tilstander.

## Spesialisthelsetjenesten bør ha rutiner for

Ved henvisning om manglende behandlingsrespons, vurdere behov for:

- Endret eller avansert hormonbehandling
- Endret smertebehandling
- Bildediagnostikk utover transvaginal ultralyd
- Kirurgiske inngrep
- Henvisning til utredning og behandling for infertilitet
- Henvisning til avansert smertebehandling

Ved henvisning av kvinner med magesmerter når dysmenore ikke er en vurdert problemstilling bør symptomer på endometriose/adenomyose kartlegges. Når symptomer ikke gjenspeiles ved klinisk undersøkelse, bør terskelen for videre utredning være lav, herunder videre radiologisk utredning.

## Særskilte rutiner for oppfølging ved mistanke om eller verifisert adenomyose

- Diagnosen stilles primært ved sykehistorie og ultralyd.
- Hormonspiral bør tilbys ved fortsatt barneønske.
- Intervensjonsbehandling (RFA Radio Frekvens Ablasjon, Høy Intensiv Fokusert Ultralyd HIFU, mikrobølgebehandling) kan vurderes ved indikasjon.
- Ved avsluttet barneønske kan embolisering vurderes der kirurgi ikke er ønsket eller kontraindisert.
- Hysterektomi er endelig behandling.

Samarbeid med fastlegen som er koordinerende aktør om plan for pasienten.

## Praktisk informasjon

### Helsestasjons- og skolehelsetjenestens rutiner kan bruke informasjon fra Helsenorge.no og Ung.no

Informasjon om menstruasjonssmerter og plager relatert til menstruasjonssyklus kan hentes fra blant annet [Helsenorge.no](https://www.helsenorge.no) og [Ung.no](https://www.ung.no), som er det offentlige nettstedet for henholdsvis helseinformasjon og for ungdom.

Nyttige sider kan være:

- [Menstruasjonsmerter \(helsenorge.no\)](https://www.helsenorge.no)
- [Endometriose \(helsenorge.no\)](https://www.helsenorge.no)
- [Menssmerter – hva kommer det av, og hva hjelper? \(ung.no\)](https://www.ung.no)
- [Hva er endometriose? \(ung.no\)](https://www.ung.no)
- [Nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose \(oslo-universitetssykehus.no\)](https://www.oslo-universitetssykehus.no)
- [Endometrioseforeningen.no](https://www.endometrioseforening.no)

Når [helsesykepleier bistår skolen i oppfølging av bekymringsfullt fravær](#) kan det være relevant å foreslå at plager relatert til menstruasjonssyklus tematiseres og anbefale kontakt med fastlegen ved behov, dersom det gjelder jenter i puberteten. Dette gjelder også dersom helsesykepleier har individuelle samtaler med jentene.

## Grupper som kan ha behov for tilpasning av rutiner for henvisning til spesialisthelsetjenesten

For spesielle grupper, for eksempel transpersoner og kvinner i overgangsalder, kan behov for henvisning til spesialisthelsetjenesten vurderes før hormonbehandling er forsøkt og før det har gått seks måneder.

## Relevant kompetanse ved behov for samarbeid om pasienter

I tabellen under framkommer det som anses som relevant kompetanse tilsvarende prinsippene i de forskriftsfestede kompetansebeskrivelsene for [grunnutdanninger \(hkdir.no\)](#) og [legespesialister \(lovdata.no\)](#), eller med annen tilleggskompetanse og opplæring.

Oversikt over relevant kompetanse sett opp mot pasientbehov

Pasientbehov	Relevant kompetanse kan finnes hos
<b>Smerte og funksjonstap</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kroniske smerter</li> <li>• Bekkenbunnsdysfunksjon</li> <li>• Muskelspenninger</li> <li>• Smerter ved aktivitet og samleie, se også under seksuell helse</li> </ul>	Fysioterapeut/manuellterapeut med spesialkompetanse i kvinnehelse, kiropraktor med kvinnehelsekompetanse.
<b>Oppfølging og koordinering</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasientforløp</li> <li>• Symptomoppfølging</li> <li>• Pasientopplæring</li> <li>• Medikamenthåndtering</li> </ul>	Sykepleier, spesialsykepleier (gynekologi, smerte), avansert klinisk sykepleier
<b>Bilddiagnostikk</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kartlegging av endometriose/adenomyose</li> <li>• Preoperativ vurdering</li> <li>• Oppfølging av behandling</li> </ul>	Radiograf, lege med kompetanse innen radiologi, lege som har kompetanse innen fødselshjelp og kvinnesykdommer
<b>Tarmrelatert sykdom</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tarmendometriose</li> <li>• Smerter ved avføring</li> <li>• Blødning og obstruksjon</li> </ul>	Lege med kompetanse innen gastrokirurgi, lege med kompetanse innen kolorektalkirurgi og erfaring med endometriosekirurgi
<b>Urinveier og bekken</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Blæreplager</li> </ul>	Lege med kompetanse innen urologi, sykepleier eller

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Smerter ved vannlating</li> <li>• Inkontinens</li> <li>• Blæreendometriose</li> </ul>	fysioterapeut med særskilt kompetanse på endometriose/kvinnehelse
<b>Thorakal endometriose</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diafragmaendometriose</li> <li>• Thorakal endometriose</li> </ul>	Lege med kompetanse innen thoraxkirurgi, lege med kompetanse innen lungesykdommer
<b>Fertilitet</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infertilitet</li> <li>• Redusert fertilitet</li> </ul>	Lege med kompetanse innen fødselshjelp og kvinnesykdommer, lege med kompetanse innen fertilitet, sykepleier med kompetanse innen fertilitet
<b>Barn og unge</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ung alder ved sykdomsdebut</li> </ul>	Lege med kompetanse innen barnesykdommer, lege med kompetanse innen fødselshjelp og kvinnesykdommer, helsesykepleier, barnesykepleier
<b>Avansert smertebehandling</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kompleks/kronisk smerte</li> <li>• Legemidler</li> <li>• Smertemestring</li> </ul>	Lege med kompetanse på smertebehandling, lege med kompetanse innen fødselshjelp og kvinnesykdommer, fysioterapeut, sykepleier, psykolog, psykiater, sexolog
<b>Psykisk helse</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angst og depresjon</li> <li>• Traumer</li> <li>• Redusert livskvalitet</li> </ul>	Psykolog, psykiater, psykiatrisk sykepleier, sykepleier
<b>Seksuell helse</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Smerter ved samleie</li> <li>• Seksuell dysfunksjon</li> <li>• Relasjonelle utfordringer</li> </ul>	Sexolog, psykolog eller lege med kompetanse innen sexologi, lege med kompetanse innen fødselshjelp og kvinnesykdommer, lege med kompetanse innen hudsykdommer
<b>Sosiale og økonomiske forhold</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeid og skole</li> <li>• NAV-ytelser</li> <li>• Tilrettelegging</li> </ul>	Sosionom, NAV-veileder, pasientkoordinator

## Utdyping av psykososial og seksuell helse

Eksempler på risikofaktorer for psykisk uhelse for kvinner med endometriose/adenomyose:

- Langvarig smerter
- Infertilitet
- Vansker med å få stilt diagnosen
- Omfattende sykdomsbilde
- Manglende forståelse og støtte fra omgivelsene

Vær særlig oppmerksom på kvinner med flere risikofaktorer samtidig.

Eksempler på beskyttende faktorer for psykisk helse:

- God selvfølelse
- Opplevelse av kontroll og mestring
- Gode relasjoner

Normalisering av psykiske reaksjoner kan være til hjelp og oppleves som en støtte, samt bidra til å forebygge utvikling av tilleggsdiagnoser. Alt helsepersonell uavhengig av fagbakgrunn kan vise støtte, forståelse, være ivaretakende og gi håp med tanke på psykisk belastning.

Ved behov for ytterligere oppfølging for psykososiale eller seksuelle plager anbefales videre kontakt med fastlege, psykiske helsetjenester eller sexologisk rådgivning. Dersom det gjelder ungdom er det viktig at helsepersonell bidrar til å koble på familie/støttepersoner i tillegg til å etablere kontakt med aktuelle helsetjenester.

### Henvising til avansert smertebehandling

Endometriose- og adenomyosepasienter med langvarige smertetilstander, psykiske eller somatiske tilleggsdiagnoser, kan ha behov for henvising til tverrfaglig smertebehandling. Se [veileder for smerteklinikker og -sentre](#).

Både fastlege og spesialisthelsetjenesten kan henvise. Henvisningen inkluderer utrednings- og behandlingshistorikk. [Helsedirektoratets henvisningsveileder](#) er et hjelpemiddel for dem som henviser til spesialisthelsetjenesten.

Smerter med annen årsak enn endometriose/adenomyose behandles etter gjeldende retningslinjer.

### Rutiner for svangerskapsoppfølging på helsestasjon og hos fastlegen

Ved å skrive diagnosen endometriose på helsekortet for gravide vil helsepersonell ansvarlige for oppfølging av svangerskapet bli informert om diagnosen.

Endometriose kan gi økt risiko for komplikasjoner i svangerskap som forliggende morkake, gjennomvoksende morkake (placenta accreta), for tidlig fødsel, morkakeløsning, dødfødsel og svangerskapsforgiftning (Breintoft et. al., 2021). De fleste komplikasjoner som kan oppstå i svangerskapet oppdages vanligvis gjennom ordinær svangerskapsoppfølging. Med dagens kunnskapsgrunnlag er det ikke holdepunkter for at flere kontroller gjennom svangerskapet gir økt helsegevinst for kvinner med endometriose.

### Begrunnelse

Som et tiltak for raskere identifisering og likeverdig oppfølging og behandling skisserer Helsedirektoratet i denne anbefalingen oppgavedeling mellom helsetjenestenivåene.

Å identifisere personer med syklusrelaterte plager forenlig med endometriose/adenomyose som går utover sosialt liv, skolehverdag, arbeidsliv og livskvalitet er viktig slik at de raskt kan få behandling.

Helsedirektoratets utredning av tiltak for å forbedre tilbudet til kvinner med endometriose (Helsedirektoratet, 2022) avdekket utfordringer rundt lang vei til sikker diagnose og riktig behandling. Dette støttes av internasjonal forskning som viser at det kan ta mange år før kvinner får riktig diagnose, selv om tidshorizonten varierer fra 1,5-11 år mellom land (Fyrer et. al. 2025).

Helsedirektoratet peker på at manglende kompetanse om utredning og behandling av endometriose og adenomyose i både kommune- og spesialisthelsetjenesten fører til forsinkelser i hele behandlingsforløpet. Pasienter får ikke alltid riktig behandling i primærhelsetjenesten, og henvisningsrutiner er uklare.

## Organisering

Kvåle et al. (2025) beskriver at kvinner med endometriose og adenomyose rapporterer sterk og gjentakende etterspørsel etter bedre informasjonsflyt i helsevesenet, og at de opplever mangel på koordinering og helhetlig behandlingstilbud. Forskningen finner også behov for kurs i etterkant av stillt diagnose og videre støtte for disse pasientgruppene.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) og Sosialstyrelsen anbefaler sammenhengende, tverrfaglige tjenester som inkluderer fastlege, gynekologer og andre spesialister på endometriose, helsesykepleiere, fysioterapeuter, helsetjenester innen psykisk og seksuell helse ([Recommendations | Endometriosis: diagnosis and management | Guidance | NICE](#), [Nasjonella riktlinjer: endometrios - Sosialstyrelsen](#)). NICE fremhever også viktigheten av at tjenestene organiseres med formål om rask indentifisering av kvinner med behov for oppfølging og rask oppstart av behandling på bakgrunn av mulig risiko for sykdomsutbredelse ved forsinket behandling, risiko for utvikling av tilleggslidelser og av hensyn til kvinnenes livskvalitet. Avansert tverrfaglig samarbeid beskrives i begge retningslinjer med kolorektal kirurg, urolog, sykepleier med særlig kompetanse på endometriose, og smertespesialist.

Helsepersonell i kommunehelsetjenesten, inkludert skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom, er i unik posisjon til å nå ut med informasjon om endometriose til unge kvinner, og for mange et naturlig sted for mange å henvende seg ved sykklusrelaterte spørsmål. Helsepersonell i denne delen av helsetjenesten kan derfor bidra med informasjon og tidlig identifisering av unge kvinner med behov for helsehjelp for sykklusrelaterte plager, samt bidra til å øke unge jenters helsekompetanse innenfor dette feltet. Fryer et. al. (2025) viser at gjennomsnittlig alder for oppstart av symptomer for endometriose hos ungdom er 14 år, og ungdom møter ofte større hindringer på veien mot en diagnose. Informasjon for å øke helsekompetansen kan også gis gjennom andre kanaler som treffer ungdom, som f.eks. [Ung.no: https://ung.no/hva-er-endometriose](https://ung.no/hva-er-endometriose) og sosiale medier.

Både fagmiljø og brukerorganisasjoner i Norge har vært tydelige på viktigheten av oppfølging etter oppstart av behandling. Veileder i gynekologi ([Metodebok](#)) anbefaler tett oppfølging og vurdering av behov for endret behandling ved manglende effekt etter 6 måneder. For utdypende begrunnelse for evaluering og oppfølging, [se anbefaling om hormonell behandling](#).

## Psykososial og seksuell helse

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) fremhever viktigheten av at helsepersonell anerkjenner at endometriose er en kronisk sykdom som kan ha signifikant fysisk, seksuell og psykisk innvirkning ([Recommendations | Endometriosis: diagnosis and management | Guidance | NICE](#)).

Litteraturen gjennomgått av Helsedirektoratet viser en tydelig sammenheng mellom endometriose og redusert livskvalitet. Dette inkluderer økt forekomst av psykiske plager som angst, depresjon og søvnevansker, samt utfordringer knyttet til seksuell aktivitet (Malenkul et al., 2024; Li et al., 2025). Smerte fremstår som den klart viktigste risikofaktoren for negativ psykososial påvirkning, i tillegg til sykdommens alvorlighetsgrad og belastende sosiale relasjoner (Malenkul et al., 2024; Li et al., 2025).

Videre rapporterer kvinner med endometriose at sykdommen har betydelig innvirkning på både seksualitet og parforhold (Malenkul et al., 2024). Psykososial støtte, inkludert seksual- og parterapi, kan

være til hjelp. I tråd med dette anbefaler NICE-retningslinjen at partner og/eller andre familiemedlemmer eller nære personer, forutsatt samtykke fra kvinnen selv, involveres og inkluderes i oppfølgingen (National Institute for Health and Care Excellence, 2024).

Beskyttende faktorer mot psykososial belastning er beskrevet i metaanalysen til Li et al. (2025), og omfatter blant annet god selvfølelse, opplevelse av kontroll og mestring, samt støttende og stabile sosiale relasjoner.

På bakgrunn av det samlede kunnskapsgrunnlaget – bestående av forskningslitteratur, internasjonale retningslinjer og innspill fra både fagmiljøer og brukerorganisasjoner – fremstår det som et tydelig behov for å løfte psykisk helse som en integrert del av utredning, oppfølging og behandling av kvinner med endometriose.

## Kunnskapsgrunnlag

Anbefalingen bygger på Helsedirektoratets rapport av 2022 Tiltak for å forbedre tilbudet til kvinner med endometriose, retningslinjer fra NICE og Socialstyrelsen, samt klinisk erfaring og brukererfaringer. Det er også gjennomført systematisk litteratursøk om sammenheng mellom endometriose og psykososial helse beskrevet nærmere under forskningsfanen, samt forskning innhentet fra fagekspertene som kjenner forskningen på fagfeltet.

## Referanser

Breintoft K, Pinnerup R, Henriksen TB, Rytter D, Uldbjerg N, Forman A, et al. Endometriosis and Risk of Adverse Pregnancy Outcome: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med.* 2021;10(4). <https://doi.org/10.3390/jcm10040667>

Fryer, J., Mason-Jones, A. J., & Woodward, A. (2025). Understanding diagnostic delay for endometriosis: A scoping review. *Health Care for Women International*, 45(10–12), 1154–1176. <https://doi.org/10.1080/07399332.2024.2413056>

Helsedirektoratet 2022, Tiltak for å forbedre tilbudet til kvinner med endometriose: Helsedirektoratets vurderinger og forslag til tiltak. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tiltak-for-a-forbedre-tilbudet-til-kvinner-med-endometriose>

Kvåle, C., Tokovska, M., & Tennfjord, M. K. (2025). Women with endometriosis: Experiences with pain management and views on optimal healthcare through the concept of health literacy. *Women's Health*, 21, 17455057251347085. <https://doi.org/10.1177/17455057251347085>

Li, W., Feng, H., & Ye, Q. (2025). Relationship between endometriosis and mental health: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Medical Science*, 21(5), 1985–1996. <https://doi.org/10.5114/aoms/208502>

Malenkul, T., Kuandyk, A., Makhadiyeva, D., Dautova, A., Terzic, M., Oshibayeva, A., Moldaliyev, I., Ayazbekov, A., Maimakov, T., Saruarov, Y., Foster, F., & Sarria-Santamera, A. (2024). Understanding the impact of endometriosis on women's life: An integrative review of systematic reviews. *BMC Women's Health*, 24, Article 524. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03369-5>

Metodebok. (2023). Endometriose – Veileder gynekologi (NGF). Metodebok.no. [https://metodebok.no/emne/c8zsumf7/endometriose-\(2023\)/veieder-gynekologi-\(ngf\)](https://metodebok.no/emne/c8zsumf7/endometriose-(2023)/veieder-gynekologi-(ngf))

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2024). Endometriosis: diagnosis and management (NG73). Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/NG73>

Socialstyrelsen. (2018). Nationella riktlinjer: endometriosis – Stöd för styrning och ledning. Retrieved from <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-c>

## Forskningsgrunnlag

### Problemstilling

Hvordan påvirker endometriose kvinners psykososiale helse?

### PICO

#### Populasjon (P)

Jenter og kvinner med endometriose.

#### Utfall (O)

Angst, depresjon, søvnplager, livskvalitet, sosiale plager: fravær fra sosialt liv, skole, arbeid, trening og sykemeldinger.

### Beskrivelse av inkluderte studier

Se [litteratursøk \(PDF\)](#) og [dokumentasjonsark \(PDF\)](#).

**Breintoft et al. (2021)** er en systematisk oversikt og metaanalyse som har undersøkt sammenhengen mellom endometriose og ugunstige svangerskapsutfall. Oversikten inkluderer 39 observasjonsstudier (kohort- og kasus-kontrollstudier) publisert frem til november 2020. Forfatterne finner at kvinner med endometriose har økt risiko for blant annet svangerskapsforgiftning, hypertensjon i svangerskapet, prematur fødsel, placenta previa, placentalløsning, keisersnitt og dødfødsel sammenlignet med kvinner uten endometriose. Funnene var konsistente også i analyser begrenset til spontane svangerskap. Studien konkluderer med at endometriose er assosiert med økt risiko for flere alvorlige svangerskapskomplikasjoner, og at dette bør tas i betraktning i oppfølging av gravide kvinner med endometriose.

**Fryer et al. (2024)** er en systematisk kartleggingsoversikt som har undersøkt diagnostisk forsinkelse ved endometriose og hvilke faktorer i helsetjenesten som bidrar til denne. Oversikten inkluderer studier publisert frem til september 2023 og analyserer funnene ved hjelp av et sosialøkonomisk rammeverk. Forfatterne finner at gjennomsnittlig diagnostisk forsinkelse er 6,8 år, med store variasjoner mellom land. Forsinkelsen forklares av en kombinasjon av pasientrelaterte faktorer (normalisering av symptomer), helsepersonellrelaterte faktorer (manglende kunnskap og feiltolkning av symptomer) og systemfaktorer (henvisningsrutiner og tilgang til spesialisthelsetjenester). Studien konkluderer med at diagnostisk forsinkelse bidrar til økt smerte, sykdomsbyrde og psykososial belastning, og peker på behov for økt kompetanse i helsetjenesten og bedre diagnostiske verktøy.

**Kvåle et al. (2025)** er en kvalitativ studie som har undersøkt erfaringer med smertehåndtering og opplevelser av helsetjenestene blant norske kvinner med endometriose, med særlig fokus på individuell og organisatorisk helsekompetanse. Studien er gjennomført som del av en randomisert kontrollert studie og baserer seg på dybdeintervjuer med 19 kvinner etter deltakelse i et tverrfaglig smertehåndteringskurs. Forfatterne finner at deltakerne opplevde økt kunnskap, bedre mestring og en overgang fra passiv til mer aktiv deltakelse i egen behandling etter kurset. Samtidig beskrives mangler i organiseringen av helsetjenestene, særlig knyttet til informasjon, oppfølging og koordinering etter diagnose. Studien konkluderer med at strukturerte, tverrfaglige tilbud og bedre informasjonsflyt i helsetjenesten kan bidra til økt pasienttilfredshet og bedre egenmestring hos kvinner med endometriose. Dette er et enkeltstudie og den er dermed ekstra sårbare for skjevheter og feil, og mindre pålitelige enn funn fra større forskningsoppsummeringer.

For å undersøke sammenheng mellom psykososial helse og endometriose har Helsedirektoratet i samarbeid med Folkehelseinstituttet gjennomført et søk etter systematiske oversikter om temaet. Problemstillingen til søket var: Hvordan påvirker endometriose og adenomyose kvinners psykososiale helse?

Databasene det ble søkt i var Ovid, Embase, APA PsycInfo, CINAHL og Cochrane Database of Systematic Reviews, med vedlagte søkestrategi. Populasjonen var kvinner som er diagnostisert med enten endometriose eller adenomyose. Utfall var psykologiske plager som angst, depresjon, søvnlplager, og sosiale plager som fravær fra sosialt liv, f.eks. skole og arbeid.

348 oversikt artikler ble fanget opp av søket. Etter fjerning av et duplikat ble 347 oversikt artikler igjen til tittel og abstrakt screening. To prosjektmedarbeidere gikk gjennom 347 oversikter og selekterte 20 oversikter til fulltekst gjennomgang. Etter fulltekst gjennomgang og kvalitetsvurdering ble to oversikter selektert som forskningsgrunnlag:

1. Li W, Feng H, Ye Q. Relationship between endometriosis and mental health. A systematic review and meta-analysis. Arch Med Sci. 2025;21(5):1985-96.
2. Maulenkul T, Kuandyk A, Makhadiyeva D, Dautova A, Terzic M, Oshibayeva A, et al. Understanding the impact of endometriosis on women's life: an integrative review of systematic reviews. BMC Women's Health. 2024;24(1):524.

**Li et al. (2025)** er en systematisk oversikt og metaanalyse som inkluderer 9 primærstudier. Metaanalysen viser signifikant assosiasjon mellom endometriose og psykiske plager som angst og depresjon. Oversikten konkluderer at endometriose medfører høy mental belastning hos kvinner. Forfatterne understreker at kartlegging av psykiske plager bør være en integrert del av behandlingen.

**Maulenkul et al (2024)** er en narrativ syntese av 15 primærstudier om forbindelse mellom psykiske plager og endometriose. Oversikten viser at smerte er en vanlig plage av endometriose og at depresjon, angst og stress er hovedårsakene for at kvinner med endometriose har lavere livskvalitet.

---

## Anbefaling

# Ved mistanke om endometriose/adenomyose, bør lege tilby jenter/kvinner hormonell behandling, dersom de ikke har tilfredsstillende effekt av basal smertelindring

**Ekstern høring:** Høringsfrist 26. august 2026. Mer informasjon på høringssiden.

**Ekstern høring:** Høringsfrist 26. august 2026. Mer informasjon på høringssiden.

Hormonell behandling ved mistanke om endometriose startes opp etter en anamnese som inkluderer en strukturert gjennomgang av diagnosespesifikke symptomer. Rask identifisering er en forutsetning for rask igangsettelse av behandling. Behandlingens siktemål er menstruasjonsstopp eller så få menstruasjoner som mulig i løpet av et år. I tillegg til hormonell behandling bør videreføring av smertebehandling med NSAIDs og Paracetamol vurderes.

## Anamnese

Anamnese bør inkludere kartlegging av:

- Menarke
- Symptomdebut, utvikling over tid og symptomfrekvens
- Blødningsmønster
- Diagnosespesifikke symptomer
  - Smertefulle menstruasjoner, ofte med kramper i nedre del av magen (Dysmenore)
  - Smerter ved samleie, spesielt ved dyp penetrasjon (Dyspareuni)
  - Smerter ved avføring (Dyschezi) i tillegg til mer funksjonelle tarmlager som kvalme, oppblåsthet, forstoppelse, vekslende avføring.
  - Smertefull eller hyppig vannlating (Dysuri)
  - Symptomer på generell inflammasjon
  - Grad av utmattelse
- Familiehistorikk med endometriose/adenomyose
- Faste legemidler
- Bruk og effekt av smertestillende legemidler
- Bruk av hormonholdige legemidler
- Fysisk aktivitetsnivå
- Tiltak for smertemestring
- Infertilitet der det er aktuelt
- Hvordan sykdommen påvirker psykososial og seksuell helse inkludert funksjonstap, fravær fra skole/jobb/sosiale aktiviteter, nedstemthet, uro knyttet til videre sykdomsforløp, søvnevansker, seksuelliv og samliv  
([se anbefaling om rutiner for utredning og behandling, under «Praktisk informasjon», overskriften «Utdyping av psykososial og seksuell helse»](#))

## Ved mistanke om endometriose/adenomyose

Lege bør ved mistanke om endometriose/adenomyose:

- Tilby hormonbehandling i form av p-piller (monofasiske kombinasjonslegemidler) som tas uten pauser, eller varianter av gestagenholdige legemidler, for å redusere menstruasjonsblødning
  - Ved adenomyose er hormonspiral førstevalg
- Evaluere igangsatt hormonbehandling etter 3 måneder
  - Vurdere å endre hormonbehandling dersom denne ikke har ført til menstruasjonsstopp og/eller hun fremdeles har plager.
  - Hvis endring: ny evaluering etter ytterligere 3 måneder.
  - Vurdere henvisning til spesialisthelsetjenesten ([se anbefaling om rutiner for utredning og behandling](#))

Informer kvinnen om hormoner som behandling, forventet effekt og viktighet av oppfølging etter oppstart.

Eventuell henvisning til MR for å bekrefte eller utelukke dyp endometriose bør gjøres av spesialist i gynekologi.

## Supplerende tiltak

Andre tiltak som bør vurderes som supplement:

- Sykdoms- og smertemestringsstrategier
- Fysisk aktivitet
- Behandling innenfor muskel- og skjelettområdet av behandlere med spesialisering innenfor kvinnehelse
- Bekkenbunnstrening og avspenning

- Kostholdsveiledning
- Psykososial rådgivning
- Sexologisk rådgivning

Dersom det er aktuelt og kvinnen ønsker det, bør partner eller andre nærstående involveres i oppfølgingen. [Se også anbefaling om rutiner for utredning og behandling, under «Praktisk informasjon», overskriften «Utdyping av psykososial og seksuell helse».](#)

## Praktisk informasjon

### Egenrapportering kan supplere anamnesen

Symptomdagbok eller andre relevante registreringer som kvinnen har med til konsultasjonen kan være nyttig for en grundig anamnese. Appen [endometriosedagboken.no](#) er utarbeidet av Nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose og er et eksempel på hva som kan brukes til dette formålet.

Funn fra kartleggingen beskrives ved eventuell henvisning til annet behandlingsnivå.

### Utdyping av hormonell behandling

Hormonbehandling som vurderes ved tidlig fase inkluderer ulike virkestoffer og doseringer, og har noe forskjellig virknings- og bivirkningsprofil. Enkelte legemidler med både østrogen- og gestageneffekt kan ha en noe bedre bivirkningsprofil enn legemidler med kun gestagen. Kombinasjonslegemidler med høyere østrogendose (f.eks. 30 mikrogram) gir generelt færre blødningsforstyrrelser enn de med lavere dose (f.eks. 20 mikrogram) ([Endometriose \(metodebok.no\)](#)).

Ved bruk av hormonspiral anbefaler Norsk gynekologisk forening typen med høyest gestagendose framfor andre alternativer, både ved endometriose og adenomyose ([Endometriose \(metodebok.no\)](#)).

Behandlingsmål for hormonbehandlingene er at pasienten blir blødningsfri eller har så sjeldne blødninger som mulig.

### Utdyping av andre tiltak som kan være aktuelle for kvinner med plager relatert til endometriose/adenomyose:

#### Informasjon og opplæring som inkluderer sykdoms- og smertemestring

I Helse Vest RHF utvikles en digital endometrioseskole som skal inneholde en åpen digital informasjonsplattform om sykdommen, inkludert egenmestring på ulike områder. Det utvikles parallelt en digital pasientskole som skal samhandle med ulike helseaktører. Arbeidet skal ferdigstilles innen høsten 2026, og det skal være mulig for andre helseregioner å adaptere disse tilbudene.

Relevant informasjon som pasienter kan henvises til:

- [Hva er endometriose? \(ung.no\)](#)
- [Endometriose \(helsenorge.no\)](#)
- Informasjon fra brukerorganisasjonen [Endometrioseforeningen i Norge \(endometriose.no\)](#)
- [Frisklivssentraler \(helsenorge.no\)](#)

#### Behandling innen muskel- og skjelettområdet med spesialisering innenfor kvinnehelse

[Vulva.no](#) og [Kvinnehelse hos Norsk Fysioterapeutforbund](#) er eksempler på nettsteder som har oversikt over fysioterapeuter og andre aktuelle behandlere innenfor dette området.

## Begrunnelse

Tidlig diagnostisering og oppstart av behandling av endometriose/adenomyose kan redusere risikoen for negative konsekvenser som f.eks. langvarige eller kroniske smerter (Socialstyrelsen, 2018). Det kan også bidra til å forebygge fravær i skolen, fra utdanning, på arbeid og i fritidsaktiviteter.

Helsedirektoratet påpekte i [sin rapport «Tiltak for å forbedre tilbudet til kvinner med endometriose»](#) av 2022 at en av de store barrierene for å kunne gi et bedre helsetilbud til endometriose- og adenomyosepasienter er manglende kompetanse om utredning og behandling av endometriose og adenomyose hos leger i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Dette kan føre til forsinkelser i flere ledd i behandlingsskjeden.

## Hormonell behandling

Norsk gynekologisk forening beskriver at klinisk mistanke er nok til å forsøke empirisk behandling, og anbefaler da kontinuerlig p-piller eller gestagener (Norsk gynekologisk forening, 2025). Dette støttes av retningslinjen til European Society of Human Reproduction and Embryologys (ESHRE 2022).

Hormonspiral anbefales som førstevalg i behandlingen av adenomyose og er behandlingen med best dokumentert effekt på adenomyose ([Norsk gynekologisk forening, 2025](#)).

Hormonell behandling ved endometriose har som hovedformål å stanse menstruasjonsblødninger og således lindre symptomer, særlig smerter, og forbedre livskvalitet. Behandlingen kan bidra til å redusere sykdomsaktivitet og inflammasjon, og dermed begrense progresjon hos enkelte, men kunnskapsgrunnlaget tilsier ikke at den forebygger utvikling av nye lesjoner eller stopper sykdomsutviklingen fullstendig. Det er viktig å starte hormonell behandling tidlig ved sterke symptomer for å forebygge utvikling av kroniske bekkensmerter. Norsk metodebok i gynekologi støtter denne vurderingen og anbefaler hormonell behandling som del av symptomlindring og tilbakefallsforebygging etter kirurgi. (ESHRE 2022 s.114, Norsk gynekologisk forening, 2025). Ifølge European Society of Human Reproduction and Embryologys (ESHRE 2022) oppdaterte retningslinje fra 2022 har slik behandling ingen dokumentert effekt på fertilitet, og den brukes derfor ikke med mål om å øke graviditetssjanser.

## Evaluering/oppfølging av behandling

Både fagmiljø og brukerorganisasjoner i Norge har vært tydelige på viktigheten av oppfølging etter oppstart av behandling. [Veileder i gynekologi \(Metodebok\)](#) anbefaler tett oppfølging og vurdering av behov for endret behandling ved manglende effekt etter 6 måneder.

Generelt anbefaler Socialstyrelsens retningslinje for endometriose evaluering av behandlingseffekt hos behandlende lege om lag 3 måneder etter kirurgi eller hormonell behandling, både nyoppstartet og endret hormonbehandling. De argumenterer for at det kan være behov for relativt tett oppfølging ved for eksempel telefonkonsultasjon for å gi svar på spørsmål, oppdage eventuelle problemer tidlig og planlegge videre oppfølging. Det kan bidra til å trygge pasienten og forebygge akutte innleggelser ([Nasjonella riktlinjer: endometrios. Socialstyrelsen](#)). Ved manglende eller utilfredsstillende effekt etter 3–6 måneders behandlingstid er neste steg å henvise til spesialisthelsetjenesten for nærmere utredning og behandling. NICE anbefaler også 3 måneders behandlingforsøk før man eventuelt endrer behandlingsmetode.

## Andre tiltak

Fysisk aktivitet og trening er nyttig ved behandling av langvarige smerter generelt. En systematisk oversiktsartikkel utarbeidet av norske forskere kunne dog ikke slå fast at trening har effekt på endometriose assosierte symptomer (Tennfjord et al., 2021).

Forskning fra Norge har imidlertid funnet at kvinner med endometriose som deltar i tilpasset treningsopplegg opplever det som trygt og nyttig for å håndtere sykdommen (Tennfjord et al., 2024). Slik trening kan omfatte styrketrening, bekkenbunnstrening, kondisjonstrening og avspenningsøvelser. Deltagerne i studien ble randomisert enten til vanlig behandlingsoppfølging eller et treningsopplegg som gikk over fire måneder bestående av styrketrening i grupper med fysioterapeut, individuelt treningsprogram og smertemestringsundervisning. Resultatene i studien er basert på intervjuer med deltagere i intervensjonsgruppen.

I en annen norsk studie ble det funnet at endometriosepasienter som har deltatt på smertemestringskurs har fått bedre kunnskap og kontroll over egen sykdom, de har tatt en mer aktiv rolle i egen behandling og de fikk verktøy for bedre smertehåndtering og dermed bedre livskvalitet (Kvåle et al., 2025). Kurset var et fire-timers kurs gitt ved fem ulike sesjoner i regi av gynekolog, fysioterapeut og psykolog, hvor målet var å øke individuell helsekompetanse, gi verktøy for smertehåndtering og fremme aktiv deltakelse i egen behandling. Kurset innlemmet ulike aspekter ved pasientbehandling og inkluderte informasjon om generell trening, demonstrasjon av bekkenbunnstrening samt veiledning i avspennings- og pusteteknikker. I tillegg ble deltakerne introdusert for ulike hjelpemidler til smertehåndtering, og det ble gitt en oversikt over kirurgiske og farmakologiske behandlingsalternativer for endometriose.

## Kunnskapsgrunnlag

Anbefalingen bygger på Helsedirektoratets rapport av 2022 - Tiltak for å forbedre tilbudet til kvinner med endometriose, økonomiske rapporter og retningslinjer fra NICE, Sosialstyrelsen og European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), anbefalinger fra norsk fagmiljø (Norsk gynekologisk forening, samt klinisk erfaring og brukererfaringer, samt forskning innhentet fra fageksperter som kjenner forskningen på fagfeltet.

## Referanser

European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). (2022). ESHRE guideline: Endometriosis. Retrieved from <https://www.eshre.eu/-/media/sitecore-files/Guidelines/Endometriosis/ESHRE-GUIDELINE-ENDOMETR>

Kvåle, C., Tokovska, M., & Tennfjord, M. K. (2025). Women with endometriosis: Experiences with pain management and views on optimal healthcare through the concept of health literacy. *Women's Health*, 21, 17455057251347085. <https://doi.org/10.1177/17455057251347085>

Metodebok. (2023). Endometriose – Veileder gynekologi (NGF). Metodebok.no. [https://metodebok.no/emne/c8zsumf7/endometriose-\(2023\)/veieder-gynekologi-\(ngf\)](https://metodebok.no/emne/c8zsumf7/endometriose-(2023)/veieder-gynekologi-(ngf))

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2024). Endometriosis: diagnosis and management (NG73). Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/NG73>

Socialstyrelsen. (2018). Nationella riktlinjer: endometrios – Stöd för styrning och ledning. Retrieved from <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-c>

Tennfjord MK, Gabrielsen R, Tellum T. Effect of physical activity and exercise on endometriosis-associated symptoms: a systematic review. *BMC Womens Health*. 2021. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01500-4>.

Tennfjord, M. K., Gabrielsen, R., Bø, K., Engh, M. E., & Molin, M. (2024). Can general exercise training and pelvic floor muscle training be used as an empowering tool among women with endometriosis?

Experiences among women with endometriosis participating in the intervention group of a randomized controlled trial. BMC Women's Health, 24(1), 505. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03356-w>

## Forskningsgrunnlag

### PICO

#### Beskrivelse av inkluderte studier

**Kvåle et al. (2025)** er en kvalitativ studie som har undersøkt erfaringer med smertehåndtering og opplevelser av helsetjenestene blant norske kvinner med endometriose, med særlig fokus på individuell og organisatorisk helsekompetanse. Studien er gjennomført som del av en randomisert kontrollert studie og baserer seg på dybdeintervjuer med 19 kvinner etter deltakelse i et tverrfaglig smertehåndteringskurs. Forfatterne finner at deltakerne opplevde økt kunnskap, bedre mestring og en overgang fra passiv til mer aktiv deltakelse i egen behandling etter kurset. Samtidig beskrives mangler i organiseringen av helsetjenestene, særlig knyttet til informasjon, oppfølging og koordinering etter diagnose. Studien konkluderer med at strukturerte, tverrfaglige tilbud og bedre informasjonsflyt i helsetjenesten kan bidra til økt pasienttilfredshet og bedre egenmestring hos kvinner med endometriose.

**Tennfjord et al. (2021)** er en systematisk oversikt som har undersøkt effekten av fysisk aktivitet og trening på symptomer ved endometriose. Oversikten inkluderer studier publisert frem til 2021 og omfatter tre intervensjonsstudier (to randomiserte kontrollerte studier og én før-etter-studie) med totalt 109 kvinner med diagnostisert endometriose. Forfatterne finner begrenset og usikker dokumentasjon for effekt på smerte, hvor kun én studie rapporterte redusert smerteintensitet, og én studie viste reduksjon i stress. På grunn av få studier, metodiske svakheter og stor heterogenitet kunne det ikke gjennomføres metaanalyse. Studien konkluderer med at effekten av fysisk aktivitet og trening ved endometriose ikke kan fastslås, og at det er behov for flere randomiserte studier av høy kvalitet.

**Tennfjord et al. (2024)** er en kvalitativ delstudie gjennomført i tilknytning til en randomisert kontrollert studie som har undersøkt hvordan kvinner med endometriose opplever strukturert treningsintervensjon, inkludert generell styrke- og kondisjonstrening samt bekkenbunnstrening. Studien omfatter dybdeintervjuer med ti kvinner som deltok i treningsgruppen over fire måneder. Forfatterne finner at deltakerne opplevde treningen som mestrings- og kunnskapsfremmende, og at veiledet trening i trygge rammer reduserte frykt for bevegelse og økte opplevelsen av kontroll. Bekkenbunnstrening ble særlig fremhevet som nyttig og gjennomførbart også på dager med høy symptombyrde. Studien konkluderer med at strukturert og veiledet trening kan oppleves som et nyttig supplement i håndtering av endometriose, særlig med tanke på mestring og egenbehandling.

Dette er et enkeltstudie og den er dermed ekstra sårbare for skjevheter og feil, og mindre pålitelige enn funn fra større forskningsoppsummeringer.

---

### Anbefaling

**De regionale helseforetakenes interregionale rutiner bør omfatte hvilke grupper av pasienter med endometriose og/eller adenomyose som kan utredes og behandles ved henholdsvis lokalsykehus, universitetssykehus og hos avtalespesialister**

**Ekstern høring:** Høringsfrist 26. august 2026. Mer informasjon på høringssiden.

Helseforetak har ulik kompetanse og ressurser til å følge opp og behandle kvinner med endometriose og/eller adenomyose. For å redusere regional variasjon bør de regionale helseforetakene i samarbeid med helseforetakene utarbeide rutiner som beskriver hvilke pasienter som bør behandles på hvilket kompetansenivå.

**Rutinene bør også beskrive:**

- Kompetansekrav for diagnostikk og behandling av endometriose/adenomyose ved lokalsykehus, universitetssykehus og avtalespesialister.
- Bruk av bildediagnostikk i utredning og oppfølging.

**Tilstander som bør behandles ved sykehus med avansert kirurgisk kompetanse:**

- Affeksjon av andre organer som tarm, blære, bekkenvegg og diafragma/thorax.
- Omfattende ovarial endometriose.
- Forventet utfordrende kirurgi.
- Operativ behandling når kompetansen til helsepersonell ved lokalt HF er begrenset.
- Adenomyose med behov for fertilitetsbevarende kirurgi.

**Tverrfaglig kompetanse** bør være tilgjengelig og etablert i regionene ved vurdering, utredning og behandling av utbredt endometriose og/eller adenomyose.

Tilgjengelig tverrfaglig kompetanse bør bestå av et kjerneteam innenfor gynekologi (med fertilitetskompetanse når det er aktuelt) og sykepleie, mens tilleggskompetanse vurderes ut fra behov og kan omfatte fagområder som:

- Smertebehandling
- Fysikalsk behandling
- Radiologi
- Kolorektal kirurgi
- Urologi og uroterapi
- Psykisk helsehjelp
- Sexologi
- Sosiale tjenester

Listen er ikke uttømmende (se mer utfyllende tabell i [anbefaling om rutiner for utredning, behandling og samhandling, under «Praktisk informasjon», overskriften «Relevant kompetanse ved behov for samarbeid om pasienter»](#))

Ved manglede behandlingstilbud i egen helseregion, benyttes interregionalt samarbeid i form av at kvinnen behandles i en annen region.

## Begrunnelse

Helseforetakene har i dag ulik kompetanse og varierende ressurser til å følge opp og behandle kvinner med endometriose og/eller adenomyose. Dette fører til regionale forskjeller i både tilgjengelighet, behandlingsnivå og kvalitet på tilbudet ([Helsedirektoratets vurderinger og forslag til tiltak](#), [Helseatlas \(skde.no\)](#)).

Ulike tiltak ble foreslått i [Helsedirektoratets rapport av 2022](#), blant annet:

- Opprettelse av en nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose
- Opprettelse av «endometrioseteam» i alle helseregioner som betyr at de mest kompliserte pasientene behandles og følges opp av helsepersonell med spesialisert kompetanse på endometriose og adenomyose.
- Definere de gynekologiske avdelingene i Norge med spesialkompetanse innen avansert endometriosebehandling. For å sikre likeverdige tjenester nasjonalt, og for å gi pasienter med risiko for komplikasjoner og behov for tverrfaglig behandling et forsvarlig tilbud, er det nødvendig at de regionale helseforetakene utarbeider tydelige og forpliktende rutiner som beskriver hvilke pasientgrupper som skal behandles på hvilket kompetansenivå.

Differensiering av kvinner med endometriose av ulik alvorlighetsgrad støttes av Norsk gynekologisk forening som i sin metodebok «foreslår henvisning til sykehus med spesialkompetanse i laparoskopisk kirurgi ved mistanke om dyp endometriose (DE) og/eller bilaterale endometriomer» ([Endometriose \(metodebok.no\)](#)).

Utkast til anbefaling i nasjonal faglig retningslinje for endometriose og adenomyose ble i februar 2025 diskutert med fagdirektørene i de fire regionale helseforetakene som var samstemte i et behov om en slik anbefaling, og med støtte til innholdet.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) anbefaler differensiert organisering av tilbudet til endometriosepasienter tilpasset alvorlighetsgrad og behovet for (tverrfaglig) ekspertise, se [Recommendations – Endometriosis: diagnosis and management – Guidance \(nice.org.uk\)](#). NICE guidelines skisserer tre tjenestenivåer:

1. I primærhelsetjenesten bestående av fastlege, sykepleiere og helsestasjons- og skolehelsetjenesten.
2. I spesialisthelsetjenesten med gynekologekspertise på diagnostisering og behandling av endometriosepasienter inkludert laparoskopi, sykepleierkompetanse på endometriose og tverrfaglig smerteteam og fertilitetsbehandling.
3. I spesialisthelsetjenesten et endometriosesenter hvor man i tillegg til gynekologekspertise på diagnostisering og behandling inkl. høyspesialisert laparoskopisk kompetanse av endometriosepasienter har tverrfaglige ressurser som kolorektal kirurg, urolog, bildediagnostikk, tverrfaglig smerteteam, fertilitetsbehandling og sykepleierkompetanse på endometriose.

Denne organiseringen harmonerer med foreslåtte tiltak i Helsedirektoratets rapport fra 2022. En regional plan for behandling og oppfølging som utarbeides i samarbeid med fagmiljøene vil hjelpe helsetjenesten med å avklare hvor endometriose- og adenomyose pasienter med ulik kompleksitet kan få den rette helsehjelpen. Ved utbredte endometrioseforandringer vil pasientene ofte ha nytte av å bli operert ved sykehus med høyspesialisert kompetanse i laparoskopisk kirurgi og med tilgang til multidisiplinære team. Dette kan forebygge behov for gjentatt risikofylt kirurgi samt reduserer risikoen for alvorlige komplikasjoner. En slik organisering er etterspurt av både fagmiljø og brukere i referansegruppen, i utarbeidelse av denne retningslinjen.

## Tverrfaglig kompetanse

Viktigheten av tverrfaglig tilnærming til behandling av endometriose er fremhevet i NICE guidelines og Sosialstyrelsen retningslinje for endometriose.

NICE og Sosialstyrelsen anbefaler sammenhengende, tverrfaglige tjenester for kvinner med endometriose som inkluderer fastlege, sykepleiere, fysioterapeuter, helsetjenester for psykisk og seksuell helse, gynekologiske tjenester og tjenester som er spesialister på endometriose. Avansert

tværfaglig samarbeid eksemplifiseres i begge retningslinjer med kolorektal kirurg, urolog, sykepleier med særlig kompetanse på endometriose, og smertespesialist.

Nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose ble åpnet i 2024. Det er naturlig at spesialisthelsetjenesten samarbeider både regionalt og nasjonalt med kompetanstjenesten for kompetanseheving og tjenesteutvikling i form av kurs og utdanning av såkalte [Endometriose-ambassadører \(oslo-universitetssykehus.no\)](https://www.oslo-universitetssykehus.no).

## Kunnskapsgrunnlag

Anbefalingen bygger på Helsedirektoratets rapport av 2022 – Tiltak for å forbedre tilbudet til kvinner med endometriose, retningslinjer fra NICE, Sosialstyrelsen, anbefalinger fra norsk fagmiljø (Norsk gynekologisk forening), samt klinisk erfaring og brukererfaringer.

## Referanser

Helsedirektoratet. (2024). Tiltak for å forbedre tilbudet til kvinner med endometriose: Helsedirektoratets vurderinger og forslag til tiltak. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tiltak-for-a-forbedre-tilbudet-til-kvinner-med-endometriose/hel>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2024). Endometriosis: Diagnosis and management (NG73). Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/NG73>

Socialstyrelsen. (2018). Nationella riktlinjer: Endometrios – Stöd för styrning och ledning. Retrieved from <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-c>

---

## Anbefaling

# Lege bør vurdere å henvise kvinner med kjent endometriose og/eller adenomyose som ikke lykkes med spontan graviditet, til fertilitetsutredning tidligere enn den generelle anbefalingen på ett år

**Ekstern høring:** Høringsfrist 26. august 2026. Mer informasjon på høringssiden.

**Ekstern høring:** Høringsfrist 26. august 2026. Mer informasjon på høringssiden.

Tidlig henvisning gir mulighet for vurdering av behov for assistert befruktning.

Kvinner med endometriose og/eller adenomyose og en eller flere følgende faktorer, kan vurderes for henvisning allerede etter 6 måneder med regelmessig, ubeskyttet samleie uten graviditet:

- Moderat til alvorlig endometriose/adenomyose.
- Redusert ovarialreserve.
- Tidligere abdominal kirurgisk behandling (inkl også kirurgi av annen årsak enn endometriose/adenomyose).
- Høy alder (over 35 år).
- Redusert fertilitet hos mannlige partner.

Dersom det er urealistisk å forsøke spontan graviditet, eksempelvis ved smerter som ikke gjør samleie mulig, kan kvinnen tilbys fertilitetsvurdering uten å ha prøvd å bli spontant gravid.

## Begrunnelse

WHO's kliniske definisjon av infertilitet, oversatt av Norsk gynekologisk forening ([Infertilitet og fertilitetsbehandling \(metodebok.no\)](#)): «En sykdom i reproduksjonssystemet definert som uteblivelse av en klinisk graviditet etter 12 måneder eller mer med regelmessig ubeskyttet samleie».

Endometriose og adenomyose er tilstander som kan påvirke fertiliteten gjennom flere mekanismer, inkludert endret anatomi, inflammasjon, redusert eggkvalitet og nedsatt endometriefunksjon. Kvinner med disse tilstandene har økt risiko for infertilitet sammenlignet med den generelle befolkningen. Norsk gynekologisk forening anbefaler at kvinner og par med dårlig prognose henvises tidlig til fertilitetsavdeling. Tidlig henvisning gir mulighet for vurdering av behov for assistert befruktning, og kan bidra til å redusere ventetid og belastning. ([Infertilitet og fertilitetsbehandling \(metodebok.no\)](#), [Endometriose \(metodebok.no\)](#)).

Ifølge European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) retningslinjen fra 2022 anbefales det at kvinner med kjent endometriose og infertilitetsproblematikk vurderes tidlig for assistert befruktning, særlig ved moderat til alvorlig sykdom. Norsk Veileder i gynekologi understreker at kvinnens alder og ovarialreserve er avgjørende for prognosen, og at tidlig henvisning kan bidra til å optimalisere behandlingsvalg og redusere ventetid ([Infertilitet og fertilitetsbehandling \(metodebok.no\)](#)). Fertiliteten avtar fra 35-årsalder, grunnet lavere egg reserve og mulig redusert eggkvalitet.

Adenomyose vil kunne føre til nedsatt fertilitet. Derfor bør kvinner med kjent adenomyose og manglende graviditet etter 6 måneder vurderes for henvisning til fertilitetsutredning, særlig dersom de er over 35 år eller har andre risikofaktorer.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) fremhever at håndtering av fruktbarhet er en prioritet, og at hvilket nivå tjenesten bør være på avhenger av alvorlighetsgraden av endometriose [Recommendations – Endometriosis: diagnosis and management – Guidance \(nice.org.uk\)](#).

## Kunnskapsgrunnlag

Anbefalingen bygger på retningslinjer fra NICE og European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), anbefalinger fra norsk fagmiljø (Norsk gynekologisk forening), samt klinisk erfaring og brukererfaringer.

## Referanser

European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). (2022). Endometriosis guideline. Retrieved from <https://www.eshre.eu/-/media/sitecore-files/Guidelines/Endometriosis/ESHRE-GUIDELINE-ENDOMETR>

Norsk gynekologisk forening. (2023). Endometriose – Veileder i gynekologi (NGF). Metodebok.no. [https://metodebok.no/emne/c8zsumf7/endometriose-\(2023\)/veieder-gynekologi-\(ngf\)](https://metodebok.no/emne/c8zsumf7/endometriose-(2023)/veieder-gynekologi-(ngf))

Norsk gynekologisk forening. (2021). Infertilitet og fertilitetsbehandling – Veileder i gynekologi (NGF). Metodebok.no. [https://metodebok.no/emne/vQTipWgQ/infertilitet-og-fertilitetsbehandling-\(2021\)/veieder-gynekologi-\(ngf\)](https://metodebok.no/emne/vQTipWgQ/infertilitet-og-fertilitetsbehandling-(2021)/veieder-gynekologi-(ngf))

trillion opportunity to improve lives and economies. Retrieved from [https://www3.weforum.org/docs/WEF\\_Closing\\_the\\_Women's\\_Health\\_Gap\\_2024.pdf](https://www3.weforum.org/docs/WEF_Closing_the_Women's_Health_Gap_2024.pdf)

## Utredning, oppfølging og behandling i kommune- og spesialisthelsetjenesten

**Ekstern høring:** Høringsfrist 26. august 2026. Mer informasjon på høringssiden.

### Anbefaling

**Kommune- og spesialisthelsetjenesten bør ha rutiner for utredning, behandling og oppfølging av jenter og kvinner med dysmenore eller andre plager forenlig med endometriose eller adenomyose som inkluderer når de bør henvises til annet kompetanse- og/eller behandlingsnivå**

**Ekstern høring:** Høringsfrist 26. august 2026. Mer informasjon på høringssiden.

**Ekstern høring:** Høringsfrist 26. august 2026. Mer informasjon på høringssiden.

For å sikre raskere identifisering og behandling av jenter og kvinner med endometriose eller adenomyose, bør helsestasjons- og skolehelsetjenesten (inkludert helsestasjonen for ungdom), fastleger og spesialisthelsetjenesten ha rutiner for identifisering, behandling, henvisning og oppfølging.

Kvinner med mistenkt eller påvist endometriose/adenomyose kan ha ulik grad og omfang av plager. Rutinene bør inkludere kvinner som allerede er hormonelt eller kirurgisk behandlet da sykdommen fortsatt kan gi plager som må følges opp videre.

### Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør ha rutiner for å

- Inkludere temaet menstruasjonssmerter i eksisterende undervisning om seksuell helse i skolen, og hvilke tegn som tilsier at eleven bør søke helsehjelp.
- Anbefale unge som har smertefulle menstruasjoner / plager relatert til menstruasjonssyklus som går ut over hverdagslivet, å ta kontakt med fastlegen på et tidlig tidspunkt. Ved samtykke sende melding til fastlegen.

### Fastlegen bør ha rutiner for å

- Kartlegge menstruasjonshelse og symptomer på endometriose/adenomyose når jenter/kvinner henvender seg med magesmerter, plager relatert til menstruasjonssyklus, og eventuelt fravær fra skole/studier og arbeid.
- Kartlegge og evaluere bruk av smertestillende legemidler og hormonell behandling ([se anbefaling om hormonell behandling](#)).
- Vurdere henvisning til spesialisthelsetjenesten ved
  - manglende effekt av hormonbehandling etter 6 måneder.
  - omfattende symptombilde eller andre forhold som krever spesialisert helsetjeneste
  - behov for avansert smertebehandling i spesialisthelsetjenesten

- infertilitet ([se også anbefaling om helsehjelp ved barneønske](#))
- Samtidig vurdere henvisning til fysioterapi eller behandlere innenfor muskel- og skjelettområdet med spesialisering innen kvinnehelse, psykisk helsehjelp og/eller sexologisk rådgivning.
- Ved svangerskap: Skrive endometriose på helsekortet og tilby ordinær svangerskapsoppfølging (se praktisk informasjon under).
- Ved overgangsalder: ha særlig kunnskap om hormonbehandling i denne livsfasen.

Fastlegen forventes ikke å skille mellom endometriose og adenomyose. Innledende utredning og behandling er i hovedsak lik for begge tilstander.

## Spesialisthelsetjenesten bør ha rutiner for

Ved henvisning om manglende behandlingsrespons, vurdere behov for:

- Endret eller avansert hormonbehandling
- Endret smertebehandling
- Bildediagnostikk utover transvaginal ultralyd
- Kirurgiske inngrep
- Henvisning til utredning og behandling for infertilitet
- Henvisning til avansert smertebehandling

Ved henvisning av kvinner med magesmerter når dysmenore ikke er en vurdert problemstilling bør symptomer på endometriose/adenomyose kartlegges. Når symptomer ikke gjenspeiles ved klinisk undersøkelse, bør terskelen for videre utredning være lav, herunder videre radiologisk utredning.

## Særskilte rutiner for oppfølging ved mistanke om eller verifisert adenomyose

- Diagnosen stilles primært ved sykehistorie og ultralyd.
- Hormonspiral bør tilbys ved fortsatt barneønske.
- Intervensjonsbehandling (RFA Radio Frekvens Ablasjon, Høy Intensiv Fokusert Ultralyd HIFU, mikrobølgebehandling) kan vurderes ved indikasjon.
- Ved avsluttet barneønske kan embolisering vurderes der kirurgi ikke er ønsket eller kontraindisert.
- Hysterektomi er endelig behandling.

Samarbeid med fastlegen som er koordinerende aktør om plan for pasienten.

## Praktisk informasjon

### Helsestasjons- og skolehelsetjenestens rutiner kan bruke informasjon fra Helsenorge.no og Ung.no

Informasjon om menstruasjonssmerter og plager relatert til menstruasjonssyklus kan hentes fra blant annet [Helsenorge.no](#) og [Ung.no](#), som er det offentlige nettsted for henholdsvis helseinformasjon og for ungdom.

Nyttige sider kan være:

- [Menstruasjonsmerter \(helsenorge.no\)](#)
- [Endometriose \(helsenorge.no\)](#)
- [Menssmerter – hva kommer det av, og hva hjelper? \(ung.no\)](#)
- [Hva er endometriose? \(ung.no\)](#)
- [Nasjonalt kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose \(oslo-universitetssykehus.no\)](#)

- [Endometrioseforeningen.no](http://Endometrioseforeningen.no)

Når [helsesykepleier bistår skolen i oppfølging av bekymringsfullt fravær](#) kan det være relevant å foreslå at plager relatert til menstruasjonssyklus tematiseres og anbefale kontakt med fastlegen ved behov, dersom det gjelder jenter i puberteten. Dette gjelder også dersom helsesykepleier har individuelle samtaler med jentene.

## Grupper som kan ha behov for tilpasning av rutiner for henvisning til spesialisthelsetjenesten

For spesielle grupper, for eksempel transpersoner og kvinner i overgangsalder, kan behov for henvisning til spesialisthelsetjenesten vurderes før hormonbehandling er forsøkt og før det har gått seks måneder.

## Relevant kompetanse ved behov for samarbeid om pasienter

I tabellen under framkommer det som anses som relevant kompetanse tilsvarende prinsippene i de forskriftsfestede kompetansebeskrivelsene for [grunnutdanninger \(hkdir.no\)](#) og [legespesialister \(lovdata.no\)](#), eller med annen tilleggskompetanse og opplæring.

Oversikt over relevant kompetanse sett opp mot pasientbehov

Pasientbehov	Relevant kompetanse kan finnes hos
<b>Smerte og funksjonstap</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kroniske smerter</li> <li>• Bekkenbunndysfunksjon</li> <li>• Muskelspenninger</li> <li>• Smerter ved aktivitet og samleie, se også under seksuell helse</li> </ul>	Fysioterapeut/manuellterapeut med spesialkompetanse i kvinnehelse, kiropraktor med kvinnehelsekompetanse.
<b>Oppfølging og koordinering</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasientforløp</li> <li>• Symptomoppfølging</li> <li>• Pasientopplæring</li> <li>• Medikamenthåndtering</li> </ul>	Sykepleier, spesialsykepleier (gynekologi, smerte), avansert klinisk sykepleier
<b>Bilddiagnostikk</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kartlegging av endometriose/adenomyose</li> <li>• Preoperativ vurdering</li> <li>• Oppfølging av behandling</li> </ul>	Radiograf, lege med kompetanse innen radiologi, lege som har kompetanse innen fødselshjelp og kvinnesykdommer
<b>Tarmrelatert sykdom</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tarmendometriose</li> <li>• Smerter ved avføring</li> <li>• Blødning og obstruksjon</li> </ul>	Lege med kompetanse innen gastrokirurgi, lege med kompetanse innen kolorektalkirurgi og erfaring med endometriosekirurgi
<b>Urinveier og bekken</b>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Blæreplager</li> <li>• Smerter ved vannlating</li> <li>• Inkontinens</li> <li>• Blæreendometriose</li> </ul>	<p>Lege med kompetanse innen urologi, sykepleier eller fysioterapeut med særskilt kompetanse på endometriose/kvinnehelse</p>
<p><b>Thorakal endometriose</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diafragmaendometriose</li> <li>• Thorakal endometriose</li> </ul>	<p>Lege med kompetanse innen thoraxkirurgi, lege med kompetanse innen lungesykdommer</p>
<p><b>Fertilitet</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infertilitet</li> <li>• Redusert fertilitet</li> </ul>	<p>Lege med kompetanse innen fødselshjelp og kvinnesykdommer, lege med kompetanse innen fertilitet, sykepleier med kompetanse innen fertilitet</p>
<p><b>Barn og unge</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ung alder ved sykdomsdebut</li> </ul>	<p>Lege med kompetanse innen barnesykdommer, lege med kompetanse innen fødselshjelp og kvinnesykdommer, helsesykepleier, barnesykepleier</p>
<p><b>Avansert smertebehandling</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kompleks/kronisk smerte</li> <li>• Legemidler</li> <li>• Smertemestring</li> </ul>	<p>Lege med kompetanse på smertebehandling, lege med kompetanse innen fødselshjelp og kvinnesykdommer, fysioterapeut, sykepleier, psykolog, psykiater, sexolog</p>
<p><b>Psykisk helse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angst og depresjon</li> <li>• Traumer</li> <li>• Redusert livskvalitet</li> </ul>	<p>Psykolog, psykiater, psykiatrisk sykepleier, sykepleier</p>
<p><b>Seksuell helse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Smerter ved samleie</li> <li>• Seksuell dysfunksjon</li> <li>• Relasjonelle utfordringer</li> </ul>	<p>Sexolog, psykolog eller lege med kompetanse innen sexologi, lege med kompetanse innen fødselshjelp og kvinnesykdommer, lege med kompetanse innen hudsykdommer</p>
<p><b>Sosiale og økonomiske forhold</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeid og skole</li> <li>• NAV-ytelser</li> <li>• Tilrettelegging</li> </ul>	<p>Sosionom, NAV-veileder, pasientkoordinator</p>

## Utdyping av psykososial og seksuell helse

Eksempler på risikofaktorer for psykisk uhelse for kvinner med endometriose/adenomyose:

- Langvarig smerter
- Infertilitet
- Vansker med å få stilt diagnosen
- Omfattende sykdomsbilde

- Manglende forståelse og støtte fra omgivelsene

Vær særlig oppmerksom på kvinner med flere risikofaktorer samtidig.

Eksempler på beskyttende faktorer for psykisk helse:

- God selvfølelse
- Opplevelse av kontroll og mestring
- Gode relasjoner

Normalisering av psykiske reaksjoner kan være til hjelp og oppleves som en støtte, samt bidra til å forebygge utvikling av tilleggdiagnoser. Alt helsepersonell uavhengig av fagbakgrunn kan vise støtte, forståelse, være ivaretagende og gi håp med tanke på psykisk belastning.

Ved behov for ytterligere oppfølging for psykososiale eller seksuelle plager anbefales videre kontakt med fastlege, psykiske helsetjenester eller sexologisk rådgivning. Dersom det gjelder ungdom er det viktig at helsepersonell bidrar til å koble på familie/støttepersoner i tillegg til å etablere kontakt med aktuelle helsetjenester.

### **Henvisning til avansert smertebehandling**

Endometriose- og adenomyosepasienter med langvarige smertetilstander, psykiske eller somatiske tilleggdiagnoser, kan ha behov for henvisning til tverrfaglig smertebehandling. Se [veileder for smerteklinikker og -sentre](#).

Både fastlege og spesialisthelsetjenesten kan henvise. Henvisningen inkluderer utrednings- og behandlingshistorikk. [Helsedirektoratets henvisningsveileder](#) er et hjelpemiddel for dem som henviser til spesialisthelsetjenesten.

Smerter med annen årsak enn endometriose/adenomyose behandles etter gjeldende retningslinjer.

### **Rutiner for svangerskapsoppfølging på helsestasjon og hos fastlegen**

Ved å skrive diagnosen endometriose på helsekortet for gravide vil helsepersonell ansvarlige for oppfølging av svangerskapet bli informert om diagnosen.

Endometriose kan gi økt risiko for komplikasjoner i svangerskap som forliggende morkake, gjennomvoksende morkake (placenta accreta), for tidlig fødsel, morkakeløsning, dødfødsel og svangerskapsforgiftning (Breintoft et. al., 2021). De fleste komplikasjoner som kan oppstå i svangerskapet oppdages vanligvis gjennom ordinær svangerskapsoppfølging. Med dagens kunnskapsgrunnlag er det ikke holdepunkter for at flere kontroller gjennom svangerskapet gir økt helsegevinst for kvinner med endometriose.

### **Begrunnelse**

Som et tiltak for raskere identifisering og likeverdig oppfølging og behandling skisserer Helsedirektoratet i denne anbefalingen oppgavedeling mellom helsetjenestenivåene.

Å identifisere personer med sykklusrelaterte plager forenlig med endometriose/adenomyose som går utover sosialt liv, skolehverdag, arbeidsliv og livskvalitet er viktig slik at de raskt kan få behandling.

Helsedirektoratets utredning av tiltak for å forbedre tilbudet til kvinner med endometriose (Helsedirektoratet, 2022) avdekket utfordringer rundt lang vei til sikker diagnose og riktig behandling.

Dette støttes av internasjonal forskning som viser at det kan ta mange år før kvinner får riktig diagnose, selv om tidshorizonten varierer fra 1,5-11 år mellom land (Fyrer et. al. 2025).

Helsedirektoratet peker på at manglende kompetanse om utredning og behandling av endometriose og adenomyose i både kommune- og spesialisthelsetjenesten fører til forsinkelser i hele behandlingsforløpet. Pasienter får ikke alltid riktig behandling i primærhelsetjenesten, og henvisningsrutiner er uklare.

## Organisering

Kvåle et al. (2025) beskriver at kvinner med endometriose og adenomyose rapporterer sterk og gjentakende etterspørsel etter bedre informasjonsflyt i helsevesenet, og at de opplever mangel på koordinering og helhetlig behandlingstilbud. Forskningen finner også behov for kurs i etterkant av stillt diagnose og videre støtte for disse pasientgruppene.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) og Sosialstyrelsen anbefaler sammenhengende, tverrfaglige tjenester som inkluderer fastlege, gynekologer og andre spesialister på endometriose, helsesykepleiere, fysioterapeuter, helsetjenester innen psykisk og seksuell helse ( [Recommendations | Endometriosis: diagnosis and management | Guidance | NICE](#), [Nasjonella riktlinjer: endometriose - Sosialstyrelsen](#) ). NICE fremhever også viktigheten av at tjenestene organiseres med formål om rask indentifisering av kvinner med behov for oppfølging og rask oppstart av behandling på bakgrunn av mulig risiko for sykdomsutbredelse ved forsinket behandling, risiko for utvikling av tilleggslidelser og av hensyn til kvinnenes livskvalitet. Avansert tverrfaglig samarbeid beskrives i begge retningslinjer med kolorektal kirurg, urolog, sykepleier med særlig kompetanse på endometriose, og smertespesialist.

Helsepersonell i kommunehelsetjenesten, inkludert skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom, er i unik posisjon til å nå ut med informasjon om endometriose til unge kvinner, og for mange et naturlig sted for mange å henvende seg ved sykklusrelaterte spørsmål. Helsepersonell i denne delen av helsetjenesten kan derfor bidra med informasjon og tidlig identifisering av unge kvinner med behov for helsehjelp for sykklusrelaterte plager, samt bidra til å øke unge jenters helsekompetanse innenfor dette feltet. Fryer et. al. (2025) viser at gjennomsnittlig alder for oppstart av symptomer for endometriose hos ungdom er 14 år, og ungdom møter ofte større hindringer på veien mot en diagnose. Informasjon for å øke helsekompetansen kan også gis gjennom andre kanaler som treffer ungdom, som f.eks. Ung.no: <https://ung.no/hva-er-endometriose> og sosiale medier.

Både fagmiljø og brukerorganisasjoner i Norge har vært tydelige på viktigheten av oppfølging etter oppstart av behandling. Veileder i gynekologi ([Metodebok](#)) anbefaler tett oppfølging og vurdering av behov for endret behandling ved manglende effekt etter 6 måneder. For utdypende begrunnelse for evaluering og oppfølging, [se anbefaling om hormonell behandling](#).

## Psykososial og seksuell helse

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) fremhever viktigheten av at helsepersonell anerkjenner at endometriose er en kronisk sykdom som kan ha signifikant fysisk, seksuell og psykisk innvirkning ([Recommendations | Endometriosis: diagnosis and management | Guidance | NICE](#)).

Litteraturen gjennomgått av Helsedirektoratet viser en tydelig sammenheng mellom endometriose og redusert livskvalitet. Dette inkluderer økt forekomst av psykiske plager som angst, depresjon og søvnvansker, samt utfordringer knyttet til seksuell aktivitet (Malenkul et al., 2024; Li et al., 2025). Smerte fremstår som den klart viktigste risikofaktoren for negativ psykososial påvirkning, i tillegg til sykdommens alvorlighetsgrad og belastende sosiale relasjoner (Malenkul et al., 2024; Li et al., 2025).

Videre rapporterer kvinner med endometriose at sykdommen har betydelig innvirkning på både seksualitet og parforhold (Malenkul et al., 2024). Psykososial støtte, inkludert seksual- og parterapi, kan være til hjelp. I tråd med dette anbefaler NICE-retningslinjen at partner og/eller andre familiemedlemmer eller nære personer, forutsatt samtykke fra kvinnen selv, involveres og inkluderes i oppfølgingen (National Institute for Health and Care Excellence, 2024).

Beskyttende faktorer mot psykososial belastning er beskrevet i metaanalysen til Li et al. (2025), og omfatter blant annet god selvfølelse, opplevelse av kontroll og mestring, samt støttende og stabile sosiale relasjoner.

På bakgrunn av det samlede kunnskapsgrunnlaget – bestående av forskningslitteratur, internasjonale retningslinjer og innspill fra både fagmiljøer og brukerorganisasjoner – fremstår det som et tydelig behov for å løfte psykisk helse som en integrert del av utredning, oppfølging og behandling av kvinner med endometriose.

## Kunnskapsgrunnlag

Anbefalingen bygger på Helsedirektoratets rapport av 2022 Tiltak for å forbedre tilbudet til kvinner med endometriose, retningslinjer fra NICE og Sosialstyrelsen, samt klinisk erfaring og brukererfaringer. Det er også gjennomført systematisk litteratursøk om sammenheng mellom endometriose og psykososial helse beskrevet nærmere under forskningsfanen, samt forskning innhentet fra fagekspertter som kjenner forskningen på fagfeltet.

## Referanser

Breintoft K, Pinnerup R, Henriksen TB, Rytter D, Uldbjerg N, Forman A, et al. Endometriosis and Risk of Adverse Pregnancy Outcome: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med*. 2021;10(4). <https://doi.org/10.3390/jcm10040667>

Fryer, J., Mason-Jones, A. J., & Woodward, A. (2025). Understanding diagnostic delay for endometriosis: A scoping review. *Health Care for Women International*, 45(10–12), 1154–1176. <https://doi.org/10.1080/07399332.2024.2413056>

Helsedirektoratet 2022, Tiltak for å forbedre tilbudet til kvinner med endometriose: Helsedirektoratets vurderinger og forslag til tiltak. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tiltak-for-a-forbedre-tilbudet-til-kvinner-med-endometriose>

Kvåle, C., Tokovska, M., & Tennfjord, M. K. (2025). Women with endometriosis: Experiences with pain management and views on optimal healthcare through the concept of health literacy. *Women's Health*, 21, 17455057251347085. <https://doi.org/10.1177/17455057251347085>

Li, W., Feng, H., & Ye, Q. (2025). Relationship between endometriosis and mental health: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Medical Science*, 21(5), 1985–1996. <https://doi.org/10.5114/aoms/208502>

Malenkul, T., Kuandyk, A., Makhadiyeva, D., Dautova, A., Terzic, M., Oshibayeva, A., Moldaliyev, I., Ayazbekov, A., Maimakov, T., Saruarov, Y., Foster, F., & Sarria-Santamera, A. (2024). Understanding the impact of endometriosis on women's life: An integrative review of systematic reviews. *BMC Women's Health*, 24, Article 524. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03369-5>

Metodebok. (2023). Endometriose – Veileder gynekologi (NGF). Metodebok.no. [https://metodebok.no/emne/c8zsumf7/endometriose-\(2023\)/veieder-gynekologi-\(ngf\)](https://metodebok.no/emne/c8zsumf7/endometriose-(2023)/veieder-gynekologi-(ngf))

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2024). Endometriosis: diagnosis and management (NG73). Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/NG73>

Socialstyrelsen. (2018). Nationella riktlinjer: endometrios – Stöd för styrning och ledning. Retrieved from <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-c>

## Forskningsgrunnlag

### Problemstilling

Hvordan påvirker endometriose kvinners psykososiale helse?

### PICO

#### Populasjon (P)

Jenter og kvinner med endometriose.

#### Utfall (O)

Angst, depresjon, søvnplager, livskvalitet, sosiale plager: fravær fra sosialt liv, skole, arbeid, trening og sykemeldinger.

### Beskrivelse av inkluderte studier

Se [litteratursøk \(PDF\)](#) og [dokumentasjonsark \(PDF\)](#).

**Breintoft et al. (2021)** er en systematisk oversikt og metaanalyse som har undersøkt sammenhengen mellom endometriose og ugunstige svangerskapsutfall. Oversikten inkluderer 39 observasjonsstudier (kohort- og kasus-kontrollstudier) publisert frem til november 2020. Forfatterne finner at kvinner med endometriose har økt risiko for blant annet svangerskapsforgiftning, hypertensjon i svangerskapet, prematur fødsel, placenta previa, placentaløsning, keisersnitt og dødfødsel sammenlignet med kvinner uten endometriose. Funnene var konsistente også i analyser begrenset til spontane svangerskap. Studien konkluderer med at endometriose er assosiert med økt risiko for flere alvorlige svangerskapskomplikasjoner, og at dette bør tas i betraktning i oppfølging av gravide kvinner med endometriose.

**Fryer et al. (2024)** er en systematisk kartleggingsoversikt som har undersøkt diagnostisk forsinkelse ved endometriose og hvilke faktorer i helsetjenesten som bidrar til denne. Oversikten inkluderer studier publisert frem til september 2023 og analyserer funnene ved hjelp av et sosialøkologisk rammeverk. Forfatterne finner at gjennomsnittlig diagnostisk forsinkelse er 6,8 år, med store variasjoner mellom land. Forsinkelsen forklares av en kombinasjon av pasientrelaterte faktorer (normalisering av symptomer), helsepersonellrelaterte faktorer (manglende kunnskap og feiltolkning av symptomer) og systemfaktorer (henvisningsrutiner og tilgang til spesialisthelsetjenester). Studien konkluderer med at diagnostisk forsinkelse bidrar til økt smerte, sykdomsbyrde og psykososial belastning, og peker på behov for økt kompetanse i helsetjenesten og bedre diagnostiske verktøy.

**Kvåle et al. (2025)** er en kvalitativ studie som har undersøkt erfaringer med smertehåndtering og opplevelser av helsetjenestene blant norske kvinner med endometriose, med særlig fokus på individuell og organisatorisk helsekompetanse. Studien er gjennomført som del av en randomisert kontrollert studie og baserer seg på dybdeintervjuer med 19 kvinner etter deltakelse i et tverrfaglig smertehåndteringskurs. Forfatterne finner at deltakerne opplevde økt kunnskap, bedre mestring og en overgang fra passiv til mer aktiv deltakelse i egen behandling etter kurset. Samtidig beskrives mangler i organiseringen av helsetjenestene, særlig knyttet til informasjon, oppfølging og koordinering etter diagnose. Studien konkluderer med at strukturerte, tverrfaglige tilbud og bedre informasjonsflyt i helsetjenesten kan bidra til økt pasienttilfredshet og bedre egenmestring hos kvinner med

endometriose. Dette er et enkeltstudie og den er dermed ekstra sårbare for skjevheter og feil, og mindre pålitelige enn funn fra større forskningsoppsummeringer.

For å undersøke sammenheng mellom psykososial helse og endometriose har Helsedirektoratet i samarbeid med Folkehelseinstituttet gjennomført et søk etter systematiske oversikter om temaet. Problemstillingen til søket var: Hvordan påvirker endometriose og adenomyose kvinners psykososiale helse?

Databasene det ble søkt i var Ovid, Embase, APA PsycInfo, CINAHL og Cochrane Database of Systematic Reviews, med vedlagte søkestrategi. Populasjonen var kvinner som er diagnostisert med enten endometriose eller adenomyose. Utfall var psykologiske plager som angst, depresjon, søvnplager, og sosiale plager som fravær fra sosialt liv, f.eks. skole og arbeid.

348 oversikt artikler ble fanget opp av søket. Etter fjerning av et duplikat ble 347 oversikt artikler igjen til tittel og abstrakt screening. To prosjektmedarbeidere gikk gjennom 347 oversikter og selekterte 20 oversikter til fulltekst gjennomgang. Etter fulltekst gjennomgang og kvalitetsvurdering ble to oversikter selektert som forskningsgrunnlag:

1. Li W, Feng H, Ye Q. Relationship between endometriosis and mental health. A systematic review and meta-analysis. Arch Med Sci. 2025;21(5):1985-96.
2. Maulenkul T, Kuandyk A, Makhadiyeva D, Dautova A, Terzic M, Oshibayeva A, et al. Understanding the impact of endometriosis on women's life: an integrative review of systematic reviews. BMC Women's Health. 2024;24(1):524.

**Li et al. (2025)** er en systematisk oversikt og metaanalyse som inkluderer 9 primærstudier. Metaanalysen viser signifikant assosiasjon mellom endometriose og psykiske plager som angst og depresjon. Oversikten konkluderer at endometriose medfører høy mental belastning hos kvinner. Forfatterne understreker at kartlegging av psykiske plager bør være en integrert del av behandlingen.

**Maulenkul et al (2024)** er en narrativ syntese av 15 primærstudier om forbindelse mellom psykiske plager og endometriose. Oversikten viser at smerte er en vanlig plage av endometriose og at depresjon, angst og stress er hovedårsakene for at kvinner med endometriose har lavere livskvalitet.

---

## Anbefaling

# Ved mistanke om endometriose/adenomyose, bør lege tilby jenter/kvinner hormonell behandling, dersom de ikke har tilfredsstillende effekt av basal smertelindring

**Ekstern høring:** Høringsfrist 26. august 2026. Mer informasjon på høringssiden.

**Ekstern høring:** Høringsfrist 26. august 2026. Mer informasjon på høringssiden.

Hormonell behandling ved mistanke om endometriose startes opp etter en anamnese som inkluderer en strukturert gjennomgang av diagnosespesifikke symptomer. Rask identifisering er en forutsetning for rask igangsettelse av behandling. Behandlingens siktemål er menstruasjonsstopp eller så få menstruasjoner som mulig i løpet av et år. I tillegg til hormonell behandling bør videreføring av smertebehandling med NSAIDs og Paracetamol vurderes.

## Anamnese

Anamnese bør inkludere kartlegging av:

- Menarke
- Symptomdebut, utvikling over tid og symptomfrekvens
- Blødningsmønster
- Diagnosespesifikke symptomer
  - Smertefulle menstruasjoner, ofte med kramper i nedre del av magen (Dysmenore)
  - Smerter ved samleie, spesielt ved dyp penetrasjon (Dyspareuni)
  - Smerter ved avføring (Dyschezi) i tillegg til mer funksjonelle tarmlager som kvalme, oppblåsthet, forstoppelse, vekslende avføring.
  - Smertefull eller hyppig vannlating (Dysuri)
  - Symptomer på generell inflammasjon
  - Grad av utmattelse
- Familiehistorikk med endometriose/adenomyose
- Faste legemidler
- Bruk og effekt av smertestillende legemidler
- Bruk av hormonholdige legemidler
- Fysisk aktivitetsnivå
- Tiltak for smertemestring
- Infertilitet der det er aktuelt
- Hvordan sykdommen påvirker psykososial og seksuell helse inkludert funksjonstap, fravær fra skole/jobb/sosiale aktiviteter, nedstemthet, uro knyttet til videre sykdomsforløp, søvnvansker, seksuelliv og samliv  
([se anbefaling om rutiner for utredning og behandling, under «Praktisk informasjon», overskriften «Utdyping av psykososial og seksuell helse»](#))

## Ved mistanke om endometriose/adenomyose

Lege bør ved mistanke om endometriose/adenomyose:

- Tilby hormonbehandling i form av p-piller (monofasiske kombinasjonslegemidler) som tas uten pauser, eller varianter av gestagenholdige legemidler, for å redusere menstruasjonsblødning
  - Ved adenomyose er hormonspiral førstevalg
- Evaluere igangsatt hormonbehandling etter 3 måneder
  - Vurdere å endre hormonbehandling dersom denne ikke har ført til menstruasjonsstopp og/eller hun fremdeles har plager.
  - Hvis endring: ny evaluering etter ytterligere 3 måneder.
  - Vurdere henvisning til spesialisthelsetjenesten ([se anbefaling om rutiner for utredning og behandling](#))

Informer kvinnen om hormoner som behandling, forventet effekt og viktighet av oppfølging etter oppstart.

Eventuell henvisning til MR for å bekrefte eller utelukke dyp endometriose bør gjøres av spesialist i gynekologi.

## Supplerende tiltak

Andre tiltak som bør vurderes som supplement:

- Sykdoms- og smertemestringsstrategier
- Fysisk aktivitet

- Behandling innenfor muskel- og skjelettområdet av behandlere med spesialisering innenfor kvinnehelse
- Bekkenbunnstrening og avspenning
- Kostholdsveiledning
- Psykososial rådgivning
- Sexologisk rådgivning

Dersom det er aktuelt og kvinnen ønsker det, bør partner eller andre nærstående involveres i oppfølgingen. [Se også anbefaling om rutiner for utredning og behandling, under «Praktisk informasjon», overskriften «Utdyping av psykososial og seksuell helse».](#)

## Praktisk informasjon

### Egenrapportering kan supplere anamnesen

Symptomdagbok eller andre relevante registreringer som kvinnen har med til konsultasjonen kan være nyttig for en grundig anamnese. Appen [endometriosedagboken.no](http://endometriosedagboken.no) er utarbeidet av Nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose og er et eksempel på hva som kan brukes til dette formålet.

Funn fra kartleggingen beskrives ved eventuell henvisning til annet behandlingsnivå.

### Utdyping av hormonell behandling

Hormonbehandling som vurderes ved tidlig fase inkluderer ulike virkestoffer og doseringer, og har noe forskjellig virknings- og bivirkningsprofil. Enkelte legemidler med både østrogen- og gestageneffekt kan ha en noe bedre bivirkningsprofil enn legemidler med kun gestagen. Kombinasjonslegemidler med høyere østrogendose (f.eks. 30 mikrogram) gir generelt færre blødningsforstyrrelser enn de med lavere dose (f.eks. 20 mikrogram) ([Endometriose \(metodebok.no\)](#)).

Ved bruk av hormonspiral anbefaler Norsk gynekologisk forening typen med høyest gestagendose framfor andre alternativer, både ved endometriose og adenomyose ([Endometriose \(metodebok.no\)](#)).

Behandlingsmål for hormonbehandlingene er at pasienten blir blødningsfri eller har så sjeldne blødninger som mulig.

### Utdyping av andre tiltak som kan være aktuelle for kvinner med plager relatert til endometriose/adenomyose:

#### Informasjon og opplæring som inkluderer sykdoms- og smertemestring

I Helse Vest RHF utvikles en digital endometrioseskole som skal inneholde en åpen digital informasjonsplattform om sykdommen, inkludert egenmestring på ulike områder. Det utvikles parallelt en digital pasientskole som skal samhandle med ulike helseaktører. Arbeidet skal ferdigstilles innen høsten 2026, og det skal være mulig for andre helseregioner å adaptere disse tilbudene.

Relevant informasjon som pasienter kan henvises til:

- [Hva er endometriose? \(ung.no\)](#)
- [Endometriose \(helsenorge.no\)](#)
- Informasjon fra brukerorganisasjonen [Endometrioseforeningen i Norge \(endometriose.no\)](#)
- [Frisklivssentraler \(helsenorge.no\)](#)

### Behandling innen muskel- og skjelettområdet med spesialisering innenfor kvinnehelse

[Vulva.no](#) og [Kvinnehelse hos Norsk Fysioterapeutforbund](#) er eksempler på nettsteder som har oversikt over fysioterapeuter og andre aktuelle behandlere innenfor dette området.

## Begrunnelse

Tidlig diagnostisering og oppstart av behandling av endometriose/adenomyose kan redusere risikoen for negative konsekvenser som f.eks. langvarige eller kroniske smerter (Socialstyrelsen, 2018). Det kan også bidra til å forebygge fravær i skolen, fra utdanning, på arbeid og i fritidsaktiviteter.

Helsedirektoratet påpekte i [sin rapport «Tiltak for å forbedre tilbudet til kvinner med endometriose»](#) av 2022 at en av de store barrierene for å kunne gi et bedre helsetilbud til endometriose- og adenomyosepasienter er manglende kompetanse om utredning og behandling av endometriose og adenomyose hos leger i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Dette kan føre til forsinkelser i flere ledd i behandlingsskjeden.

## Hormonell behandling

Norsk gynekologisk forening beskriver at klinisk mistanke er nok til å forsøke empirisk behandling, og anbefaler da kontinuerlig p-piller eller gestagener (Norsk gynekologisk forening, 2025). Dette støttes av retningslinjen til European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE 2022).

Hormonspiral anbefales som førstevalg i behandlingen av adenomyose og er behandlingen med best dokumentert effekt på adenomyose ([Norsk gynekologisk forening, 2025](#)).

Hormonell behandling ved endometriose har som hovedformål å stanse menstruasjonsblødninger og således lindre symptomer, særlig smerter, og forbedre livskvalitet. Behandlingen kan bidra til å redusere sykdomsaktivitet og inflammasjon, og dermed begrense progresjon hos enkelte, men kunnskapsgrunlaget tilsier ikke at den forebygger utvikling av nye lesjoner eller stopper sykdomsutviklingen fullstendig. Det er viktig å starte hormonell behandling tidlig ved sterke symptomer for å forebygge utvikling av kroniske bekken smerter. Norsk metodebok i gynekologi støtter denne vurderingen og anbefaler hormonell behandling som del av symptomlindring og tilbakefallsforebygging etter kirurgi. (ESHRE 2022 s.114, Norsk gynekologisk forening, 2025). Ifølge European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE 2022) oppdaterte retningslinje fra 2022 har slik behandling ingen dokumentert effekt på fertilitet, og den brukes derfor ikke med mål om å øke graviditetssjanser.

## Evaluering/oppfølging av behandling

Både fagmiljø og brukerorganisasjoner i Norge har vært tydelige på viktigheten av oppfølging etter oppstart av behandling. [Veileder i gynekologi \(Metodebok\)](#) anbefaler tett oppfølging og vurdering av behov for endret behandling ved manglende effekt etter 6 måneder.

Generelt anbefaler Socialstyrelsens retningslinje for endometriose evaluering av behandlingseffekt hos behandlende lege om lag 3 måneder etter kirurgi eller hormonell behandling, både nyoppstartet og endret hormonbehandling. De argumenterer for at det kan være behov for relativt tett oppfølging ved for eksempel telefonkonsultasjon for å gi svar på spørsmål, oppdage eventuelle problemer tidlig og planlegge videre oppfølging. Det kan bidra til å trygge pasienten og forebygge akutte innleggelse ( [Nasjonella riktlinjer: endometriose, Socialstyrelsen](#)). Ved manglende eller utilfredsstillende effekt etter 3–6 måneders behandlingstid er neste steg å henvise til spesialisthelsetjenesten for nærmere utredning og behandling. NICE anbefaler også 3 måneders behandlingforsøk før man eventuelt endrer behandlingsmetode.

## Andre tiltak

Fysisk aktivitet og trening er nyttig ved behandling av langvarige smerter generelt. En systematisk oversiktsartikkel utarbeidet av norske forskere kunne dog ikke slå fast at trening har effekt på endometriose assosierte symptomer (Tennfjord et al., 2021).

Forskning fra Norge har imidlertid funnet at kvinner med endometriose som deltar i tilpasset treningsopplegg opplever det som trygt og nyttig for å håndtere sykdommen (Tennfjord et al., 2024). Slik trening kan omfatte styrketrening, bekkenbunnstrening, kondisjonstrening og avspenningsøvelser. Deltagerne i studien ble randomisert enten til vanlig behandlingsoppfølging eller et treningsopplegg som gikk over fire måneder bestående av styrketrening i grupper med fysioterapeut, individuelt treningsprogram og smertemestringsundervisning. Resultatene i studien er basert på intervjuer med deltagere i intervensjonsgruppen.

I en annen norsk studie ble det funnet at endometriosepasienter som har deltatt på smertemestringskurs har fått bedre kunnskap og kontroll over egen sykdom, de har tatt en mer aktiv rolle i egen behandling og de fikk verktøy for bedre smertehåndtering og dermed bedre livskvalitet (Kvåle et al., 2025). Kurset var et fire-timers kurs gitt ved fem ulike sesjoner i regi av gynekolog, fysioterapeut og psykolog, hvor målet var å øke individuell helsekompetanse, gi verktøy for smertehåndtering og fremme aktiv deltakelse i egen behandling. Kurset innlemmet ulike aspekter ved pasientbehandling og inkluderte informasjon om generell trening, demonstrasjon av bekkenbunnstrening samt veiledning i avspennings- og pusteteknikker. I tillegg ble deltakerne introdusert for ulike hjelpemidler til smertehåndtering, og det ble gitt en oversikt over kirurgiske og farmakologiske behandlingsalternativer for endometriose.

## Kunnskapsgrunnlag

Anbefalingen bygger på Helsedirektoratets rapport av 2022 - Tiltak for å forbedre tilbudet til kvinner med endometriose, økonomiske rapporter og retningslinjer fra NICE, Sosialstyrelsen og European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), anbefalinger fra norsk fagmiljø (Norsk gynekologisk forening, samt klinisk erfaring og brukererfaringer, samt forskning innhentet fra fageksperter som kjenner forskningen på faget.

## Referanser

European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). (2022). ESHRE guideline: Endometriosis. Retrieved from <https://www.eshre.eu/-/media/sitecore-files/Guidelines/Endometriosis/ESHRE-GUIDELINE-ENDOMETR>

Kvåle, C., Tokovska, M., & Tennfjord, M. K. (2025). Women with endometriosis: Experiences with pain management and views on optimal healthcare through the concept of health literacy. *Women's Health*, 21, 17455057251347085. <https://doi.org/10.1177/17455057251347085>

Metodebok. (2023). Endometriose – Veileder gynekologi (NGF). Metodebok.no. [https://metodebok.no/emne/c8zsumf7/endometriose-\(2023\)/veieder-gynekologi-\(ngf\)](https://metodebok.no/emne/c8zsumf7/endometriose-(2023)/veieder-gynekologi-(ngf))

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2024). Endometriosis: diagnosis and management (NG73). Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/NG73>

Socialstyrelsen. (2018). Nationella riktlinjer: endometrios – Stöd för styrning och ledning. Retrieved from <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-c>

Tennfjord MK, Gabrielsen R, Tellum T. Effect of physical activity and exercise on endometriosis-associated symptoms: a systematic review. *BMC Womens Health*. 2021. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01500-4>.

Tennfjord, M. K., Gabrielsen, R., Bø, K., Engh, M. E., & Molin, M. (2024). Can general exercise training and pelvic floor muscle training be used as an empowering tool among women with endometriosis? Experiences among women with endometriosis participating in the intervention group of a randomized controlled trial. *BMC Women's Health*, 24(1), 505. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03356-w>

## Forskningsgrunnlag

### PICO

#### Beskrivelse av inkluderte studier

**Kvåle et al. (2025)** er en kvalitativ studie som har undersøkt erfaringer med smertehåndtering og opplevelser av helsetjenestene blant norske kvinner med endometriose, med særlig fokus på individuell og organisatorisk helsekompetanse. Studien er gjennomført som del av en randomisert kontrollert studie og baserer seg på dybdeintervjuer med 19 kvinner etter deltakelse i et tverrfaglig smertehåndteringskurs. Forfatterne finner at deltakerne opplevde økt kunnskap, bedre mestring og en overgang fra passiv til mer aktiv deltakelse i egen behandling etter kurset. Samtidig beskrives mangler i organiseringen av helsetjenestene, særlig knyttet til informasjon, oppfølging og koordinering etter diagnose. Studien konkluderer med at strukturerte, tverrfaglige tilbud og bedre informasjonsflyt i helsetjenesten kan bidra til økt pasienttilfredshet og bedre egenmestring hos kvinner med endometriose.

**Tennfjord et al. (2021)** er en systematisk oversikt som har undersøkt effekten av fysisk aktivitet og trening på symptomer ved endometriose. Oversikten inkluderer studier publisert frem til 2021 og omfatter tre intervensjonsstudier (to randomiserte kontrollerte studier og én før-etter-studie) med totalt 109 kvinner med diagnostisert endometriose. Forfatterne finner begrenset og usikker dokumentasjon for effekt på smerte, hvor kun én studie rapporterte redusert smerteintensitet, og én studie viste reduksjon i stress. På grunn av få studier, metodiske svakheter og stor heterogenitet kunne det ikke gjennomføres metaanalyse. Studien konkluderer med at effekten av fysisk aktivitet og trening ved endometriose ikke kan fastslås, og at det er behov for flere randomiserte studier av høy kvalitet.

**Tennfjord et al. (2024)** er en kvalitativ delstudie gjennomført i tilknytning til en randomisert kontrollert studie som har undersøkt hvordan kvinner med endometriose opplever strukturert treningsintervensjon, inkludert generell styrke- og kondisjonstrening samt bekkenbunnstrening. Studien omfatter dybdeintervjuer med ti kvinner som deltok i treningsgruppen over fire måneder. Forfatterne finner at deltakerne opplevde treningen som mestrings- og kunnskapsfremmende, og at veiledet trening i trygge rammer reduserte frykt for bevegelse og økte opplevelsen av kontroll. Bekkenbunnstrening ble særlig fremhevet som nyttig og gjennomførbart også på dager med høy symptombyrde. Studien konkluderer med at strukturert og veiledet trening kan oppleves som et nyttig supplement i håndtering av endometriose, særlig med tanke på mestring og egenbehandling.

Dette er et enkeltstudie og den er dermed ekstra sårbare for skjevheter og feil, og mindre pålitelige enn funn fra større forskningsoppsummeringer.

---

## Anbefaling

**De regionale helseforetakenes interregionale rutiner bør omfatte hvilke grupper av pasienter med endometriose og/eller adenomyose som kan utredes og behandles ved**

# henholdsvis lokalsykehus, universitetssykehus og hos avtalespesialister

**Ekstern høring:** Høringsfrist 26. august 2026. Mer informasjon på høringssiden.

**Ekstern høring:** Høringsfrist 26. august 2026. Mer informasjon på høringssiden.

Helseforetak har ulik kompetanse og ressurser til å følge opp og behandle kvinner med endometriose og/eller adenomyose. For å redusere regional variasjon bør de regionale helseforetakene i samarbeid med helseforetakene utarbeide rutiner som beskriver hvilke pasienter som bør behandles på hvilket kompetansenivå.

## Rutinene bør også beskrive:

- Kompetansekrav for diagnostikk og behandling av endometriose/adenomyose ved lokalsykehus, universitetssykehus og avtalespesialister.
- Bruk av bildediagnostikk i utredning og oppfølging.

## Tilstander som bør behandles ved sykehus med avansert kirurgisk kompetanse:

- Affeksjon av andre organer som tarm, blære, bekkenvegg og diafragma/thorax.
- Omfattende ovarial endometriose.
- Forventet utfordrende kirurgi.
- Operativ behandling når kompetansen til helsepersonell ved lokalt HF er begrenset.
- Adenomyose med behov for fertilitetsbevarende kirurgi.

**Tverrfaglig kompetanse** bør være tilgjengelig og etablert i regionene ved vurdering, utredning og behandling av utbredt endometriose og/eller adenomyose.

Tilgjengelig tverrfaglig kompetanse bør bestå av et kjerneteam innenfor gynekologi (med fertilitetskompetanse når det er aktuelt) og sykepleie, mens tilleggskompetanse vurderes ut fra behov og kan omfatte fagområder som:

- Smertebehandling
- Fysikalsk behandling
- Radiologi
- Kolorektal kirurgi
- Urologi og uroterapi
- Psykisk helsehjelp
- Sexologi
- Sosiale tjenester

Listen er ikke uttømmende (se mer utfyllende tabell i [anbefaling om rutiner for utredning, behandling og samhandling, under «Praktisk informasjon», overskriften «Relevant kompetanse ved behov for samarbeid om pasienter»](#))

Ved manglede behandlingstilbud i egen helseregion, benyttes interregionalt samarbeid i form av at kvinnen behandles i en annen region.

## Begrunnelse

Helseforetakene har i dag ulik kompetanse og varierende ressurser til å følge opp og behandle kvinner med endometriose og/eller adenomyose. Dette fører til regionale forskjeller i både tilgjengelighet, behandlingsnivå og kvalitet på tilbudet ([Helsedirektoratets vurderinger og forslag til tiltak](#), [Helseatlas \(skde.no\)](#)).

Ulike tiltak ble foreslått i [Helsedirektoratets rapport av 2022](#), blant annet:

- Opprettelse av en nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose
- Opprettelse av «endometrioseteam» i alle helseregioner som betyr at de mest kompliserte pasientene behandles og følges opp av helsepersonell med spesialisert kompetanse på endometriose og adenomyose.
- Definere de gynekologiske avdelingene i Norge med spesialkompetanse innen avansert endometriosebehandling. For å sikre likeverdige tjenester nasjonalt, og for å gi pasienter med risiko for komplikasjoner og behov for tverrfaglig behandling et forsvarlig tilbud, er det nødvendig at de regionale helseforetakene utarbeider tydelige og forpliktende rutiner som beskriver hvilke pasientgrupper som skal behandles på hvilket kompetansenivå.

Differensiering av kvinner med endometriose av ulik alvorlighetsgrad støttes av Norsk gynekologisk forening som i sin metodebok «foreslår henvisning til sykehus med spesialkompetanse i laparoskopisk kirurgi ved mistanke om dyp endometriose (DE) og/eller bilaterale endometriomer» ([Endometriose \(metodebok.no\)](#)).

Utkast til anbefaling i nasjonal faglig retningslinje for endometriose og adenomyose ble i februar 2025 diskutert med fagdirektørene i de fire regionale helseforetakene som var samstemte i et behov om en slik anbefaling, og med støtte til innholdet.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) anbefaler differensiert organisering av tilbudet til endometriosepasienter tilpasset alvorlighetsgrad og behovet for (tverrfaglig) ekspertise, se [Recommendations – Endometriosis: diagnosis and management – Guidance \(nice.org.uk\)](#). NICE guidelines skisserer tre tjenestenivåer:

1. I primærhelsetjenesten bestående av fastlege, sykepleiere og helsestasjons- og skolehelsetjenesten.
2. I spesialisthelsetjenesten med gynekologekspertise på diagnostisering og behandling av endometriosepasienter inkludert laparoskopi, sykepleierkompetanse på endometriose og tverrfaglig smerteteam og fertilitetsbehandling.
3. I spesialisthelsetjenesten et endometriosesenter hvor man i tillegg til gynekologekspertise på diagnostisering og behandling inkl. høyspesialisert laparoskopisk kompetanse av endometriosepasienter har tverrfaglige ressurser som kolorektal kirurg, urolog, bildediagnostikk, tverrfaglig smerteteam, fertilitetsbehandling og sykepleierkompetanse på endometriose.

Denne organiseringen harmonerer med foreslåtte tiltak i Helsedirektoratets rapport fra 2022. En regional plan for behandling og oppfølging som utarbeides i samarbeid med fagmiljøene vil hjelpe helsetjenesten med å avklare hvor endometriose- og adenomyose pasienter med ulik kompleksitet kan få den rette helsehjelpen. Ved utbredte endometrioseforandringer vil pasientene ofte ha nytte av å bli operert ved sykehus med høyspesialisert kompetanse i laparoskopisk kirurgi og med tilgang til multidisiplinære team. Dette kan forebygge behov for gjentatt risikofylt kirurgi samt reduserer risikoen for alvorlige komplikasjoner. En slik organisering er etterspurt av både fagmiljø og brukere i referansegruppen, i utarbeidelse av denne retningslinjen.

## Tverrfaglig kompetanse

Viktigheten av tverrfaglig tilnærming til behandling av endometriose er fremhevet i NICE guidelines og Sosialstyrelsen retningslinje for endometriose.

NICE og Sosialstyrelsen anbefaler sammenhengende, tverrfaglige tjenester for kvinner med endometriose som inkluderer fastlege, sykepleiere, fysioterapeuter, helsetjenester for psykisk og seksuell helse, gynekologiske tjenester og tjenester som er spesialister på endometriose. Avansert tverrfaglig samarbeid eksemplifiseres i begge retningslinjer med kolorektal kirurg, urolog, sykepleier med særlig kompetanse på endometriose, og smertespesialist.

Nasjonalt kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose ble åpnet i 2024. Det er naturlig at spesialisthelsetjenesten samarbeider både regionalt og nasjonalt med kompetanstjenesten for kompetanseheving og tjenesteutvikling i form av kurs og utdanning av såkalte [Endometriose-ambassadører \(oslo-universitetssykehus.no\)](https://www.endometriose-ambassadører.oslo-universitetssykehus.no).

## Kunnskapsgrunnlag

Anbefalingen bygger på Helsedirektoratets rapport av 2022 – Tiltak for å forbedre tilbudet til kvinner med endometriose, retningslinjer fra NICE, Sosialstyrelsen, anbefalinger fra norsk fagmiljø (Norsk gynekologisk forening), samt klinisk erfaring og brukererfaringer.

## Referanser

Helsedirektoratet. (2024). Tiltak for å forbedre tilbudet til kvinner med endometriose: Helsedirektoratets vurderinger og forslag til tiltak. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tiltak-for-a-forbedre-tilbudet-til-kvinner-med-endometriose/hel>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2024). Endometriosis: Diagnosis and management (NG73). Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/NG73>

Sosialstyrelsen. (2018). Nationella riktlinjer: Endometrios – Stöd för styrning och ledning. Retrieved from <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-c>

---

## Anbefaling

**Lege bør vurdere å henvise kvinner med kjent endometriose og/eller adenomyose som ikke lykkes med spontan graviditet, til fertilitetsutredning tidligere enn den generelle anbefalingen på ett år**

**Ekstern høring:** Høringsfrist 26. august 2026. Mer informasjon på hørings siden.

**Ekstern høring:** Høringsfrist 26. august 2026. Mer informasjon på hørings siden.

Tidlig henvisning gir mulighet for vurdering av behov for assistert befruktning.

Kvinner med endometriose og/eller adenomyose og en eller flere følgende faktorer, kan vurderes for henvisning allerede etter 6 måneder med regelmessig, ubeskyttet samleie uten graviditet:

- Moderat til alvorlig endometriose/adenomyose.
- Redusert ovarialreserve.
- Tidligere abdominal kirurgisk behandling (inkl også kirurgi av annen årsak enn endometriose/adenomyose).
- Høy alder (over 35 år).
- Redusert fertilitet hos mannlig partner.

Dersom det er urealistisk å forsøke spontan graviditet, eksempelvis ved smerter som ikke gjør samleie mulig, kan kvinnen tilbys fertilitetsvurdering uten å ha prøvd å bli spontant gravid.

## Begrunnelse

WHO's kliniske definisjon av infertilitet, oversatt av Norsk gynekologisk forening ([Infertilitet og fertilitetsbehandling \(metodebok.no\)](#)): «En sykdom i reproduksjonssystemet definert som uteblivelse av en klinisk graviditet etter 12 måneder eller mer med regelmessig ubeskyttet samleie».

Endometriose og adenomyose er tilstander som kan påvirke fertiliteten gjennom flere mekanismer, inkludert endret anatomi, inflammasjon, redusert eggkvalitet og nedsatt endometriefunksjon. Kvinner med disse tilstandene har økt risiko for infertilitet sammenlignet med den generelle befolkningen. Norsk gynekologisk forening anbefaler at kvinner og par med dårlig prognose henvises tidlig til fertilitetsavdeling. Tidlig henvisning gir mulighet for vurdering av behov for assistert befruktning, og kan bidra til å redusere ventetid og belastning. ([Infertilitet og fertilitetsbehandling \(metodebok.no\)](#), [Endometriose \(metodebok.no\)](#)).

Ifølge European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) retningslinjen fra 2022 anbefales det at kvinner med kjent endometriose og infertilitetsproblematikk vurderes tidlig for assistert befruktning, særlig ved moderat til alvorlig sykdom. Norsk Veileder i gynekologi understreker at kvinnens alder og ovarialreserve er avgjørende for prognosen, og at tidlig henvisning kan bidra til å optimalisere behandlingsvalg og redusere ventetid ([Infertilitet og fertilitetsbehandling \(metodebok.no\)](#)). Fertiliteten avtar fra 35-årsalder, grunnet lavere egg reserve og mulig redusert eggkvalitet.

Adenomyose vil kunne føre til nedsatt fertilitet. Derfor bør kvinner med kjent adenomyose og manglende graviditet etter 6 måneder vurderes for henvisning til fertilitetsutredning, særlig dersom de er over 35 år eller har andre risikofaktorer.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) fremhever at håndtering av fruktbarhet er en prioritet, og at hvilket nivå tjenesten bør være på avhenger av alvorlighetsgraden av endometriose [Recommendations – Endometriosis: diagnosis and management – Guidance \(nice.org.uk\)](#).

## Kunnskapsgrunnlag

Anbefalingen bygger på retningslinjer fra NICE og European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), anbefalinger fra norsk fagmiljø (Norsk gynekologisk forening), samt klinisk erfaring og brukererfaringer.

## Referanser

European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). (2022). Endometriosis guideline. Retrieved from <https://www.eshre.eu/-/media/sitecore-files/Guidelines/Endometriosis/ESHRE-GUIDELINE-ENDOMETR>

Norsk gynekologisk forening. (2023). Endometriose – Veileder i gynekologi (NGF). Metodebok.no. [https://metodebok.no/emne/c8zsumf7/endometriose-\(2023\)/veieder-gynekologi-\(ngf\)](https://metodebok.no/emne/c8zsumf7/endometriose-(2023)/veieder-gynekologi-(ngf))

Norsk gynekologisk forening. (2021). Infertilitet og fertilitetsbehandling – Veileder i gynekologi (NGF). Metodebok.no.

[https://metodebok.no/emne/vQTipWgQ/infertilitet-og-fertilitetsbehandling-\(2021\)/veieder-gynekologi-\(ngf](https://metodebok.no/emne/vQTipWgQ/infertilitet-og-fertilitetsbehandling-(2021)/veieder-gynekologi-(ngf)

