

Barselomsorgen (HØRINGSUTKAST)

Nasjonal faglig retningslinje

Først publisert: 25. november 2025

Siste faglige endring: 25. november 2025



Innhold

1. Bakgrunn, metode og prosess	3
2. Amming, ernæring og vekst	10
3. Barselkvinnens helse	18
4. Nyfødte i barseltiden	35
5. Barselkvinner og nyfødte i sårbare livssituasjoner ...	48
6. Informasjon og samtaler	55
7. Utreise fra barsel og videre oppfølging	68

Ekstern høring:

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

1

Bakgrunn, metode og prosess

Ekstern høring: [innholdselement innholdselement="f0e084e9-d20d-4466-bdb8-781533ebae91" inline="false"]

Bakgrunn

Utkast til Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen erstatter tidligere publikasjon fra 2014, Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen, «Nytt liv og trygg barseltid for familien», IS 2057. Anbefalingene fra 2014 er delvis videreført i betraktelig forkortet form, oppdatert faglig og endret i tråd med gjeldende lovverk. Enkelte anbefalinger er tatt ut fordi innholdet er dekket av andre publikasjoner fra Helsedirektoratet, og noen anbefalinger er tilkommet.

Revisjonen er initiert av Helsedirektoratet i tråd med direktoratets rolle i å videreutvikle og vedlikeholde normerende produkter. Utkastet til revidert retningslinje er strukturelt tilpasset Helsedirektoratets digitale publiseringsløsning.

Hva er nytt

Anbefalingene i Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen er revidert og faglig oppdatert. Endringene omfatter blant annet følgende:

- psykisk helse som en integrert del av oppfølgingen i barseltiden og tema søvn er løftet frem
- inkludering av temaet vold i samtaler under barseltiden
- identifisering og oppfølging av barselkvinner og nyfødte i sårbare livssituasjoner
- egen anbefaling om informasjon og samtaler
- tydeliggjøring av vurderinger, samhandling og informasjonsoverføring ved utskrivelse fra barsel
- endret tidspunkt for klinisk nyfødtundersøkelse og endring av hvilket helsepersonell som kan gjennomføre undersøkelsen
- tydeliggjøring av oppfølging etter fødselsrifter grad 3 og 4
- endret anbefalt tidspunkt for etterkontroll
- åpner opp for digital oppfølging etter utreise
- egen anbefaling om fysisk aktivitet etter fødsel

Dagens situasjon

De siste årene har det skjedd endringer i oppfølgingen familiene får etter fødsel, og en større del av tilbudet er nå lagt til den kommunale helse- og omsorgstjenesten, etter tidligere å ha vært spesialisthelsetjenestens ansvar. Samtidig er det færre ressurser tilgjengelig både i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, med mangel på jordmødre og lengre avstander til fødeinstitusjoner. Gjennomsnittlig liggetid på barselavdelingene er også redusert de senere årene til 2,4 dager i 2024 ([Is10: Fødsler ved institusjon per år, fødeinstitusjon, forløsningsstype og mors liggetid etter fødsel – FHI Statistikk](#)).

Brukerorganisasjoner og fagmiljø etterlyser bedre samhandling mellom tjenestene, større involvering av partner, samt økt oppmerksomhet på kvinnens fysiske og psykiske helse.

[Helsedirektoratets brukererfaringsundersøkelse for svangerskaps- fødsels- og barselomsorgen 2024/2025](#) viser samlet sett på nasjonalt nivå at kvinners erfaringer med oppfølging under svangerskapet, fødselen- og barseloppholdet på sykehuset og for barselomsorg på helsestasjon i kommunene er gode. For barselomsorgen oppgir 72 prosent av kvinnene at de i svært stor eller stor grad er tilfreds med tilbudet på barselomsorgen i sykehus, mens tallet for oppfølging av helsestasjonen etter fødsel er hele 88 prosent. Informasjon om kvinnens helse og stell av barnet skårer noe lavere verdier (skår 60/64 av 100). Generelt er informasjon om kvinners helse og stell av barnet et av forbedringsområdene som peker seg ut i undersøkelsen. Dette tydeliggjøres også i åpne kommentarer fra kvinnene: Mangel på informasjon, særlig om kvinnens helse på barselavdelingen. Mangel på informasjon og veiledning om stell og ernæring av det nyfødte barnet på barselavdelingen. Uklar informasjon om amming og ernæring av barnet på helsestasjonen. Samtidig viser undersøkelsen at flertallet av barselkvinnene opplevde å ha en god relasjon til personalet på barselavdelingen, og at partneren ble ivaretatt.

Omfang og avgrensning

Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen omfatter den grunnleggende barselomsorg og oppfølgingen av friske barselkvinner og friske barn født til termin, frem til seks uker etter fødsel. Anbefalingen om etterkontroll vil imidlertid gjelde frem til åtte uker etter fødsel.

Kvinnens partner eller barnets far/medmor er ikke i retningslinjens målgruppe, men omtales i retningslinjen.

For barselkvinner og nyfødte med komplikasjoner og tegn på risikoforhold vil det være behov for henvisning, oppfølging og behandling utover det som beskrives i retningslinjen.

Formål med anbefalingene

Anbefalingene er utarbeidet for å bidra til å

- hindre uønsket variasjon og sikre god kvalitet i barselomsorgen
- bidra til riktige prioriteringer i tjenester som utøver barselomsorg
- bidra til å løse samhandlingsutfordringer mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og sikre helhetlige og sammenhengende pasientforløp i barseltiden
- bidra til at barselkvinner mottar nødvendig informasjon i barseltiden
- bidra til å identifisere barselkvinner og nyfødte i sårbare livssituasjoner, og sikre at nødvendige tiltak iverksettes ved behov

Anbefalingene gjelder uavhengig av om barselomsorgen er et tilbud i spesialisthelsetjenesten, den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller i private tjenester som yter fødsels- og barselomsorg.

Målgrupper

Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen sin primære målgruppe er helsepersonell som yter offentlige eller private helsetjenester i fødsels- og barselomsorgen, samt ledere i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

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

Definisjoner

Virksomheten omfatter både spesialisthelsetjenesten (føde- og barselavdelinger), kommunale helse og omsorgstjenester, samt privatpraktiserende jordmødre som tilbyr hjemmefødsler, eller andre private helseinstitusjoner som yter helsehjelp innen barselomsorgen.

Rutiner viser til virksomhetens interne rutiner. Dette kan også inkludere prosedyrer. I tråd med veileder til lov og forskrift [Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#).

Barselkvinne omfatter alle personer med livmor som har gjennomgått et svangerskap og født et barn, uavhengig av juridisk kjønn, kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk. «Barselkvinne» er et godt etablert uttrykk som fungerer både i dagligtale og faglig bruk i tjenestene, samt at begrepet favner det store flertallet av personer som har født barn. I møte med barselkvinnen og familien bør det tilstrebes et kjønns- og legningsnøytralt språk, se for øvrig Barne-, ungdoms- og familiedirektoratets faglige råd om [møter med kjønnsmangfold for offentlige ansatte \(bufdir.no\)](#).

Foreldre brukes om mor, far, eller andre som har daglig omsorg/foreldreansvar for barnet

Psykiske plager kan ses på som vanlige variasjoner i atferd og følelsesliv, ofte knyttet til hendelser og erfaringer. Plagene kan gi ulik grad av belastning og utfordringer, fra lette til sterkere plager, uten at det nødvendigvis karakteriseres som en lidelse. Definisjonen er i tråd med hvordan Folkehelseinstituttet (FHI) omtaler [psykiske plager og psykiske lidelser \(fhi.no\)](#).

Psykiske lidelser defineres som psykisk helseproblemer som oppfyller kriterier for en diagnose etter gjeldende klassifikasjonssystem (ICD-10, ICPC-2). Definisjonen er i tråd med hvordan Folkehelseinstituttet (FHI) omtaler [psykiske plager og psykiske lidelser \(fhi.no\)](#).

Sårbar livssituasjon innebærer at det foreligger faktorer utover en tilfeldig og forbigående sårbar situasjon, som kan påvirke helse, trivsel og sosial funksjon. Slike sårbare livssituasjoner kan omfatte psykiske helseproblemer, rusmiddelbruk (alkohol og rusmidler), vold, utfordrende familieforhold og begrenset sosialt nettverk, kort botid i Norge og sosioøkonomiske utfordringer.

Grad av normering

Slik brukes begrepene «skal», «bør» og «kan» til å angi grad av normering i teksten:

- «skal» brukes der innholdet er regulert i lov eller forskrift, eller når anbefalingen/rådet er så klart faglig forankret at det sjelden er forsvarlig ikke å gjøre som anbefalt
- «bør» eller «anbefaler» er en sterk anbefaling/råd som vil gjelde de aller fleste
- «kan» eller «foreslår» er en svak anbefaling/råd der ulike valg kan være riktig

Rettslig betydning

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde normerende produkter, det vil si nasjonale faglige retningslinjer, nasjonale veiledere, nasjonal faglig råd og pasientforløp, som understøtter målene som er satt for helse- og omsorgstjenesten.

Nasjonale anbefalinger og råd skal baseres på kunnskap om god praksis og skal bidra til kontinuerlig forbedring av virksomheter og tjenester, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 7-3, helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5 og folkehelseloven § 24 (lovdata.no). 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, råd og veiledere er med på å gi forsvarlighetskravet et innhold, uten at anbefalingene er direkte rettslig bindende. Anbefalinger/råd utgitt av Helsedirektoratet er faglig normerende for valg man anser fremmer kvalitet, god praksis og likhet i tjenesten på utgivelsestidspunktet. 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 \(lovdata.no\)](#).

Anbefalinger og råd i nasjonale faglige retningslinjer, faglige råd og veiledere 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.

Tilstøtende normerende publikasjoner

- [Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje for fødselsomsorgen](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring](#)

Retningslinjen bør sees i sammenheng med andre nasjonale faglige retningslinjer, særlig relevante normerende publikasjoner lenkes der det er aktuelt.

Helsedirektoratets roller, finansiering og høring

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

[Utredningsinstruksen \(lovdata.no\)](#) 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 personall håndbok, men med presiseringer og utfyllende bestemmelser tilpasset Helsedirektoratets behov for ekstern bistand.

Helsedirektoratet står ansvarlig for innholdet i den nasjonale faglige retningslinjen/nasjonale faglige rådene/nasjonale veilederen.

Kunnskapsbasert tilnærming

Nasjonale anbefalinger og råd har en kunnskapsbasert tilnærming. Det innebærer at forskningslitteratur, klinisk erfaring og brukererfaring på en systematisk måte vurderes opp mot ønskede og uønskede konsekvenser av et tiltak ([Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer](#)). 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.

Den forskningsbaserte kunnskapen i dette arbeidet er hovedsakelig basert på forskning identifisert i anerkjente internasjonale retningslinjer og fra systematiske litteratursøk etter systematiske oversiktsartikler. I enkelte anbefalinger kan kunnskapsgrunnlaget være supplert med primærstudier fra deltakere i prosjektgruppen eller fra helsefaglige avdelinger i Helsedirektoratet. Det kommer fram i hver enkelt anbefaling hva den bygger på.

Der det er gjort systematisk søk etter systematiske oppsummeringer basert på en konkret problemstilling, er resultatene lagt inn under fanen Forskningsgrunnlag med lenker til

- søkestrategi for systematisk litteratursøk
- oversikt over inkluderte og ekskluderte publikasjoner

Arbeidsform og deltakere

Arbeidet med revisjonene startet våren 2023 og har vært prosjektorganisert med en intern styringsgruppe og en prosjektgruppe i Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet har ledet arbeidet og fått innspill fra en bredt sammensatt referansegruppe som ble etablert høsten 2023. Det er gjennomført tre fysiske heldagsmøter og tre digitale møter, samt at skriftlige innspill er gitt i etterkant av møtene og underveis i prosessen. I tillegg har flere av medlemmene i referansegruppen deltatt i mindre arbeidsgrupper og i møter knyttet til utarbeidelsen av flere av anbefalingene.

Prosjektgruppe i Helsedirektoratet

- Ida Engen (innleid), prosjektleder, avdeling for barne- og ungdomshelse
- Randi Liset, fagansvarlig, avdeling for barne- og ungdomshelse
- Tonje Vråle, seniorrådgiver, avdeling for barne- og ungdomshelse
- Helene Normann, seniorrådgiver, avdeling for fagutvikling i spesialisthelsetjenesten
- Line Sletner, seniorrådgiver, avdeling for fagutvikling i spesialisthelsetjenesten

Andre i Helsedirektoratet som har bidratt

- Gry Hay, seniorrådgiver, avdeling for barne- og ungdomshelse
- Anne B. Bærug, seniorrådgiver, avdeling for barne- og ungdomshelse
- Turid Moseid, seniorrådgiver, avdeling for barne- og ungdomshelse
- Maria Cecilie Stivang, seniorrådgiver, avdeling for barne- og ungdomshelse

Prosjekt har hatt juridisk støtte, samt støtte for metode, systematisk litteratursøk og digital utforming

- Bibliotek for helseforvaltningen, Folkehelseinstituttet (FHI), har bidratt med systematiske litteratursøk.
- Avdeling for normering, Helsedirektoratet, har bidratt med metodestøtte.
- Avdeling for helserett, Helsedirektoratet, har gitt juridisk bistand.
- Avdeling for miljø og helse, Helsedirektoratet har bidratt i digitalisering og publisering av produktet.

Referansegruppe

Oversikt over referansegruppens medlemmer

--	--	--

Navn	Arbeidssted	Helseforetak / bruker- og interesseorganisasjon / institusjon
Lena Yri Engelsen		Landsforeningen 1001 dager
Gro Vatne Brean		Landsforeningen 1001 dager
Cecilia K. Ingulstad		Barseloppørret
Therese Rist (stedfortreder for Aida Leistad Thomassen, våren 2024 – våren 2025)		Barseloppørret
Aida Leistad Thomassen (i permisjon våren 2024 – våren 2025)		Barseloppørret
Marianne Henriksen		Ammehjelpen
Camilla Krogli Hansen		Ammehjelpen
Stine Treider Arnesen (frem til våren 2024)		Ammehjelpen
Izabella Sætherø(frem til høsten 2024)		Ammehjelpen
Kristina Øien Sæhle		Norske Kvinners Sanitetsforening
Lena Henriksen, leder		Den Norske Jordmorforening
Sara Fugledal Wiik (fra vinter 2024)		Jordmorforbundet NSF
Helene Cecilie Knivsberg		Landsgruppen av helsesykepleiere
Kari L. Mogstad, fastlege		Norsk forening for allmennmedisin
Christine Agdestein, fastlege (permisjon våren 2024 – våren 2025)		Norsk forening for allmennmedisin
Christina Fredheim, fastlege (som stedfortreder for Christine Agdestein, fra våren 2024)		Norsk forening for allmennmedisin
Harmohan Kaur, seksjonsoverlege	Stavanger universitetssjukehus	Norsk Gynekologisk Forening
Anne Lee Solevåg, seksjonsoverlege/professor	Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet	Norsk barnelegeforening
Wiebke Sivertsen, overlege	Ålesund sjukehus	Norsk barnelegeforening
Signe Nilssen Stafne		Norsk Fysioterapeutforbund
Siv Tove Engebråten		Norsk psykologforening
Anne Rigmor Eliassen		Fagforbundet
Ina Landau Aasen (frem til våren 2025)		Folkehelseinstituttet (FHI) v/enhet for amming
Tine Gammelgaard Aaserud		Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP), seksjon sped og småbarn
Mia Cathrine Myhre (frem til våren 2024)		Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)
Nina M. Stangeland		De regionale kompetansesentrene på rusfeltet (KORUS)
Helene Aarsnes Thomassen, seksjonsleder ved føde og barsel	Sørlandet sykehus Kristiansand	Helse Sør-Øst RHF

Andrea Solnes Miltenburg, Lege i Spesialisering innen kvinnehelse og obstetikk.	Akershus Universitetssykehus	Helse Sør-Øst RHF
Renata Ewa Palac, jordmor	Nordlandssykehuset	Helse Nord RHF
Martin Grønberg, seksjonsoverlege	Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN)	Helse Nord RHF
Eva Endestad Orheim		Helse Førde
Anne Tandberg, overlege, (frem til høsten 2024)	Haukeland universitetssjukehus	Helse Vest
Silje Grande Molvik, Fagutviklingsjordmor	Haukeland universitetssjukehus	Helse Vest
Ingvild Rian Sjørø, jordmor	St. Olavs hospital	Helse Midt-Norge RHF
Elin Hansen Ytterbø, jordmor	Ålesund sjukehus	Helse Midt-Norge RHF
Sara Fugledal Wiik, jordmor, (frem til vinter 2024)		Sande kommune
Torill Wenche Sirevåg Vik, jordmor		Lørenskog kommune
Outi Gunnari, jordmor		Vadsø kommune
Yvonne Sollied, jordmor		Tromsø kommune
Linn Holberg, jordmor		Orkland kommune
Edel Bakken, helsesykepleier		Ringebu kommune
Anna Jondahl Risnes, helsesykepleier		Sandnes kommune

Habilitet

Ekstern referansegruppe sine medlemmer har fylt ut Helsedirektoratets habilitetsskjema. Intellektuelle eller finansielle interesser som potensielt kan påvirke arbeidet er lagt frem for de andre deltakerne i arbeidsgruppen. Ingen interesser med konsekvenser for deltakelse i arbeidet er identisert.

Det er sjelden deltakere ekskluderes fra Helsedirektoratets retningslinjeutvikling på grunn av inhabilitet. Helsedirektoratet ønsker bidragsytere med ulike ståsted inn i arbeidet for diskusjoner som kan bidra til fagutvikling. Det etterstrebes faglig enighet, men det foretas ingen avstemninger i arbeidsgruppene. Eventuell dissens omtales her i metode- og prosesskapitlet. Det endelige produktet er besluttet av helsedirektøren.

Amming, ernæring og vekst

Ekstern høring: [innholdselement innholdselement="f0e084e9-d20d-4466-bdb8-781533ebae91" inline="false"/]

Anbefaling

Føde- og barselavdelinger bør arbeide i tråd med Mor-barn-vennlig standard og sikre at barselkvinner tilbys veiledning om amming

Ekstern høring: [innholdselement innholdselement="f0e084e9-d20d-4466-bdb8-781533ebae91" inline="false"/]

Ekstern høring: [innholdselement innholdselement="f0e084e9-d20d-4466-bdb8-781533ebae91" inline="false"/]

Andre virksomheter som tilbyr helsetjenester til barselkvinner, for eksempel private jordmødre, bør også arbeide i tråd med [Mor-barn-vennlig standard](#).

Barselkvinner bør tilbys individuell og kompetent veiledning om amming, og ved behov annen spedbarnsernæring, etter Ti trinn for vellykket amming.

Som beskrevet i Ti trinn for vellykket amming, bør mor og barn ha uforstyrret hud mot hud-kontakt etter fødselen, og barselkvinnen bør veiledes og støttes i å komme i gang med ammingen så snart som mulig etter fødsel. Barselkvinnen og det nyfødte barnet bør observeres ved den første ammesituasjonen. Dersom barselkvinnen er påvirket av sløvende legemidler, bør hun og barnet også observeres ved hud mot hud-kontakt etter fødselen.

Helsestasjoner bør i barseltiden tilby veiledning om amming, og ved behov, annen spedbarnsernæring, i tråd med Mor-barn-vennlig standard, [Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring](#) og [Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom](#).

Praktisk informasjon

For innføring/evaluering av Mor-barn-vennlig standard og Ammekyndig helsestasjon, se [Amming og spedbarnsernæring](#).

Observasjon etter fødselen

Observasjon av det nyfødte barnet under den første ammesituasjonen og ved hud mot hud-kontakt hvis barselkvinnen er påvirket av sløvende legemidler, kan utføres av helsepersonell eller partner/medforelder/ledsager.

Informasjon og veiledning om amming

Tilpass informasjonen etter kvinnens ønsker og behov.

Eksempler på temaer som kan tas opp utover de 10 trinnene, er følgende:

- normalt ammemønster
- normal atferd hos nyfødte
- [trygg samsoving – forebygge krybbedød \(helsenorge.no\)](https://helsenorge.no/trygg-samsoving-forebygge-krybbedod)

Informasjon og veiledningsmateriale

- [Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring](#). Helsedirektoratets anbefalinger.
- [Alt om spedbarnsmat](#). Filmer om amming og spedbarnsmat på Helsenorge, beregnet på foreldre og helsepersonell i veiledning av foreldre.
- [Mat og måltider for spedbarn](#). Digital brosjyre fra Helsedirektoratet om amming og spedbarnsernæring til foreldre på norsk og 16 andre språk.
- [AmmE-læring](#). Et digitalt verktøy som benyttes i utdanningen av jordmødre, helsesykepleiere og barnepleiere, samt oppdatering av personale på sykehus og helsestasjoner. AmmE-læring gjennomgår det teoretiske kunnskapsgrunnlaget som ansatte ved Mor-barn-vennlige sykehus og Ammekyndige helsestasjoner trenger.

Aktuelle tjenester som tilbyr ammeveiledning

Eksempler på ammepliklinikker og helseforetak som tilbyr informasjon og veiledning om amming:

- [Helse Bergen](#)
- [St. Olavs hospital](#)
- [Vestre Viken – Kongsberg](#)
- [Førde](#)
- [Oslo universitetssykehus \(OUS\)](#)

Begrunnelse

Helsedirektoratet anbefaler at barselkvinner tilbys veiledning og støtte for å komme raskt i gang med amming etter fødselen og bygger dette på WHO/UNICEF Mor-barn-vennlig standard og kunnskapsgrunnlaget til retningslinjen fra WHO (2017). Bruker- og interesseorganisasjonene støtter dette.

Det er godt dokumentert at implementering av Mor-barn-vennlig standard er forbundet med høyere ammeforekomst, både på sykehuset og i kommunen (in the community). (Tomori et al 2022, WHO 2018).

Helseeffekter av amming

Morsmelk er den optimale næringen for spedbarn og gir positive effekter for barnets helse og utvikling på både kort og lang sikt. Amming har positive helseeffekter for mor og kan bidra til å forebygge blant annet brystkreft (WHO, 2018; Pérez-Escamilla et al 2023).

Morsmelk og amming i tråd med WHOs anbefalinger, er av WHO vurdert som et «best buy», det vil si ett av de mest kostnadseffektive tiltakene for å forebygge ikke-smittsomme sykdommer (WHO 2023).

Tilrettelegging for vellykket amming

For vellykket amming er det av avgjørende betydning at kvinner etter fødselen får god veiledning om amming og spedbarnsernæring av helsepersonell og at unødvendig bruk av morsmelkerstatning

unngås (WHO 2017, WHO 2018). Tidlig hud mot hud-kontakt og igangsetting av amming er forbundet med amming og fullamming de første 3–6 levemånedene (WHO 2017).

WHO oppfordrer alle virksomheter som gir svangerskaps- og barseloppfølging til mødre og spedbarn til å implementere de 10 trinnene for vellykket amming. Det vektlegges at standarden bør omfatte ulike deler av helsetjenesten for å sikre like tjenester for alle og bærekraft over tid. (WHO 2017). Bruker- og interesseorganisasjonene og fagmiljøet har fremhevet viktigheten av å kunne tilby kvalifisert og kompetent ammeveiledning til barselkvinner. [Resultater fra Helsedirektoratets brukererfaringsundersøkelse for tjenester knyttet til svangerskap-, fødsel- og barselomsorgen 2025](#) viser at informasjon i barselperioden ikke alltid er tilstrekkelig. Særlig gjelder dette informasjon og veiledning om amming eller annen ernæring av barnet under barseloppholdet.

Observasjon ved første amming

Det anbefales at barselkvinner og nyfødte barn observeres ved den første ammesituasjonen og også ved hud mot hud-kontakt dersom mor er påvirket av sløvende legemidler. Sudden unexpected postnatal collapse (SUPC) er plutselig og uventet spedbarnskollaps eller -død som inntreffer før et friskt og fullbåret (eller nær fullbåret) barn er syv dager gammelt. Årsakene er lite kjent, hovedsakelig fordi definisjoner og rapportering ikke er standardisert. To enkeltstudier, derav den ene er utført i Sverige, har rapportert at plutselig og uventet spedbarnskollaps eller -død på sykehuset like etter fødsel har forekommet i forbindelse med amming eller hud mot hudkontakt de første timene etter fødselen. Disse tilfellene har vært forbundet med amming rett etter fødsel uten observasjon, mageleie, førstegangsfødsel og distraksjoner (f.eks. mobiltelefon) (Colvin et al 2024, Pejovic et al 2013). Kunnskapsgrunnlaget til disse studiene er hentet fra enkeltstudier som er mer utsatt for skjevheter og feil, og gir derfor mindre pålitelig kunnskap enn funn fra omfattende forskningsoppsummeringer. Det kliniske fagmiljøet fremhever likevel viktigheten av slik observasjon ved den første ammingen.

Forskningsgrunnlag

Anbefalingen bygger på WHO/UNICEF Mor-barn-vennlig standard, som Norge følger. Den bygger også på en retningslinje fra WHO (2017), som blant annet beskriver kunnskapsgrunnlaget for standarden.

Referanser

World Health Organization. Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. World Health Organization, Geneva, 2017.

Tomori C, Hernández-Cordero S, Busath N, et al. What works to protect, promote and support breastfeeding on a large scale: a review of reviews. *Matern Child Nutr* 2022;18(S3):e13344. DOI: 10.1111/mcn.13344.

World Health Organization, UNICEF. [Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly hospital initiative](#). Implementation guide. World Health Organization, Geneva, 2018.

Pérez-Escamilla R, Tomori C, Hernández-Cordero S, et al. Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. *Lancet* 2023; 401: 472–85.

[World Health Organization. More ways. to save more lives. for less money: World Health Assembly adopts more Best Buys to tackle noncommunicable diseases. Departemental update 26 May 2023.](#) World Health Organization website.

Colvin JD et al. Factors Associated With Sudden Unexpected Postnatal Collapse. Pediatrics 2024; 154, S 3;
<https://publications.aap.org/pediatrics/article/154/Supplement%203/e2024067043F/199729/Factors-Associ>

Pejovic NJ, et al. Unexpected collapse of healthy newborn infants: risk factors, supervision and hypothermia treatment. Acta paediatrica 2013;102(7):680-8.

Anbefaling

Virkksomheter som tilbyr føde- og barselomsorg bør ha rutiner for veiing og måling av det nyfødte barnet, som inkluderer kriterier for ekstra oppfølging og tiltak ved behov

Ekstern høring: [innholdselement innholdselement="f0e084e9-d20d-4466-bdb8-781533ebae91" inline="false"/]

Ekstern høring: [innholdselement innholdselement="f0e084e9-d20d-4466-bdb8-781533ebae91" inline="false"/]

Rutinene for veiing og måling bør inkludere

- tidspunkt for målinger og hvordan helsepersonell kan følge opp vektutvikling hos friske nyfødte født til termin
- kriterier for når det er behov for ekstra oppfølging og tiltak
- tiltak ved utilfredsstillende vektutvikling eller ved bekymring fra helsepersonell, foreldre, eller pårørende
- videre oppfølging ved utskrivelse fra føde- og barselavdelingen

Helsepersonell bør følge barnets vekt- og vekstutvikling hos friske nyfødte ved å

- måle barnets hodeomkrets, lengde og vekt ved fødselen, etter at mor og barn har hatt uforstyrret hud mot hud-kontakt i minst 60 minutter, og den første ammingen har funnet sted
- veie barnet i løpet av 2.–3. levedøgn
- vurdere behovet for ekstra vektkontroll etter 2.–3. levedøgn ut ifra barnets allmenntilstand og vektutvikling
- følge videre vektutvikling fra 7.–10. levedøgn, i tråd med [Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom](#)

Ved vekttap $\geq 10\%$ bør situasjonen vurderes av lege og hjemreise fra føde- og barselavdelingen bør eventuelt utsettes. Dersom mor og barn utskrives, bør helsepersonell kontakte helsestasjonen eller poliklinikk for å avtale videre oppfølging og vektkontroll dagen etter hjemreise.

Dersom barnet ikke allerede har begynt å øke i vekt ved 2.–3. levedøgn, bør det følges opp med ny veiing og vurdering av amming, eventuelt ammeveiledning innen 48 timer.

Dersom barnet har et vekttap $\geq 12\%$ eller har redusert allmenntilstand, bør barnet undersøkes av lege.

Praktisk informasjon

Nyfødte veies rutinemessig på angitte tidspunkt, på føde- og barselavdelingen, ved hjemmebesøk eller på helsestasjonen etter utskrivelse, eller i hjemmet av en privatpraktiserende jordmor.

Ved vurdering av vekt, registrer om barnet nylig har hatt mye urin eller avføring.

Dersom kvinnen har risiko for forsinket eller lav melkeproduksjon, eller barnet har redusert sugeevne, gis ekstra oppfølging rett etter fødsel for å stimulere melkeproduksjonen og melkeoverføringen.

Ved tidlig utskrivelse fra føde- og barselavdelingen, kan vektkontrollen 2.–3. levedøgn gjøres i forbindelse med blodprøvetakningen til nyfødtscreeningen, som tas så snart som mulig når det har gått 48 timer etter fødsel, se [anbefaling om rutineundersøkelse av nyfødte](#).

Etter utskrivelse fra føde- og barselavdelingen, gis oppfølging av amming eller eventuell annen ernæring til barnet har en tilfredsstillende vektutvikling.

Andre ressurser:

- [Metodebok – SSHF prosedyre: Daglig vekt og vektnedgang hos nyfødte på barsel](#)

Oppfølging ved utilfredsstillende vektøkning

Ved vurdering av utsatt hjemreise fra føde- og barselavdelingen (ved vekttap $\geq 10\%$), ta spesielt hensyn til barnets allmenntilstand og ammesituasjonen.

Dersom barn med vekttap $\geq 10\%$ utskrives, kontakt helsestasjonen eller poliklinikk for avtale om videre oppfølging og vektkontroll dagen etter hjemreise. Informer foreldre om videre oppfølging av barnet etter utreise. [Se anbefaling om utreise](#).

Dersom barnet har et vekttap $\geq 12\%$ eller har redusert allmenntilstand undersøkes barnet av lege, som vurderer videre oppfølging og tiltak.

Amming og vurdering av behov for tillegg

Ved behov for ekstra oppfølging utføres en [ammeobservasjon \(PDF\)](#) eller vurdering av matesituasjon. [Skjemaet for vurdering av melkeinntak \(PDF\)](#) kan også være nyttig.

Ved lavt inntak av morsmelk, iverksett tiltak for å øke melkeproduksjonen, og/eller melkeoverføringen. Ta en ny vektkontroll innen 24–48 timer etter at tiltak er iverksatt.

Normal spedbarnsadferd mistolkes ofte som tegn på sult eller at mor har for lite melk. Veiled foreldre om normal adferd hos nyfødte.

Ifølge Mor-barn-vennlig standard bør morsmelkernærte nyfødte ikke gis noen annen form for næring eller drikke enn morsmelk unntatt når det er medisinsk grunn til det. Se anbefaling om [Mor-barn-vennlig standard og ammeveiledning](#).

Ved betydelig vekttap, og når tiltak for å øke melkeproduksjon eller melkeoverføring ikke har ønsket effekt, vurder behovet for tillegg av utpumpet morsmelk, donormelk eller morsmelkerstatning. Vurder om det er andre medisinske indikasjoner for tillegg av morsmelkerstatning:

- forebygging av hypoglykemi, se [Glukose, elektrolytter og metabolsk sykdom i Nyfødteveilederen \(helsebiblioteket.no\)](https://helsebiblioteket.no/nyfodtveilederen/glukose-elektrolytter-og-metabolsk-sykdom)
- forebygging og behandling av gulsott, se [Gulsott og hemolytisk sykdom i Nyfødteveilederen \(helsebiblioteket.no\)](https://helsebiblioteket.no/nyfodtveilederen/gulsott-og-hemolytisk-sykdom)
- ved andre medisinske forhold hos mor og/eller det nyfødte barnet

Tillegg gis som utpumpet morsmelk, donormelk eller morsmelkerstatning, avhengig av mors ønske og forutsetninger. Støtt barselkvinnen til å fortsette å amme. Følg opp med ammeveiledning, stimulering av melkeproduksjon og effektiv melkeoverføring. Informer om at delvis amming er gunstig for barnet og at tilgjengelig morsmelk gis før morsmelkerstatning.

Videre oppfølging til stabil vektutvikling.

Manglende innhenting av fødselsvekten

Ved manglende innhenting av fødselsvekten etter 14 dager, vurder også vektoppgang fra laveste vekt, da det ved stort vekttap kan ta lenger tid å innhente fødselsvekten. Rundt 90% innhenter fødselsvekten innen 14 dager.

I tillegg til ammeobservasjon og tiltak for å øke melkeproduksjonen, [vurder inntaket av morsmelk \(PDF\)](#) og eventuelt behov for utpumpet morsmelk og/eller morsmelkerstatning. Videre oppfølging til stabil vektutvikling og vurder behov for rådføring eller legeundersøkelse.

Dersom barnet ikke har innhentet fødselsvekten etter 21 dager, vurder henvisning til spesialisthelsetjenesten. For å sikre rask oppfølging av barnet er det en fordel å kontakte spesialisthelsetjenesten per telefon.

Begrunnelse

Vektutvikling og behov for ekstra oppfølging

Helsedirektoratet anbefaler at virksomheter som tilbyr føde- og barselomsorg har rutiner for veiing og måling av det nyfødte barnet, som er i tråd med anbefalingene til NICE (2017). Ved å følge barnets vektutvikling og gi tidlig ammeveiledning kan man forebygge stort vekttap hos det nyfødte barnet. Et stort vekttap kan være tegn på utilstrekkelig ernæring eller sykdom, og bør vurderes i sammenheng med barnets allmenntilstand og tegn på om ammingen fungerer. Den viktigste årsaken til utilfredsstillende vektutvikling hos ammede nyfødte barn er forsinket eller lav melkeproduksjon og/eller lav melkeoverføring til barnet. Et stort vekttap er forbundet med økt risiko for hyperton dehydrering (Lavagno et al., 2016; Tjora et al., 2010).

Det anbefales umiddelbar og uforstyrret hud mot hud-kontakt i minst 60 minutter til den første amming har funnet sted, som er i tråd med anbefalingen til WHO (2018) og Sosialstyrelsen (2025), og at barnet veies og måles deretter. Uforstyrret hud mot hud mot hud-kontakt og tidlig oppstart av amming, samt hyppig og effektiv amming de første tre levedøgn er viktig for stimulering av melkeproduksjonen (WHO/UNICEF, 2018; Sosialstyrelsen, 2025), noe som i tillegg til å forebygge for stort vekttap også bidrar til å forebygge hypoglykemi og gulsott (Dalsgaard et al., 2019; Kellams et al., 2017).

Ekstra oppfølging og tiltak kan være nødvendig hos kvinner med risiko for forsinket oppstart av melkeproduksjonen (sekretorisk aktivering > 72 timer) eller lav melkeproduksjon. Dette innebærer tidlig stimulering av melkeproduksjonen etter fødsel, for å forebygge at barnet går for mye ned i vekt. Førstegangsfødende, kvinner som har gjennomgått keisersnitt, og kvinner med fedme eller diabetes har økt risiko for forsinket oppstart av melkeproduksjonen. Placentarester kan også føre til forsinket oppstart av melkeproduksjonen. Tidlig oppfølging av amming vil fremme en god melkeproduksjon.

Noen få kvinner vil ikke produsere tilstrekkelig melkemengde. Dette kan være tilfelle ved bl.a. brystpatologi, lite brystkjertellev underutviklet kjertellev, brystoperasjon og ved hormonforstyrrelser som hypothyreose og polycystisk ovariesyndrom. Ekstra oppfølging er også nødvendig dersom barnet dier ineffektivt (Feldman-Winter et al., 2020).

Normal spedbarnsadferd mistolkes ofte som tegn på sult eller at mor har for lite melk (Pérez-Escamilla et al., 2023). Det er derfor viktig at foreldre er kjent med hva som er normal spedbarnsadferd, slik at dette ikke fører til unødvendig bruk av morsmelkerstatning. Dette er fremhevet av fagpersoner og bruker- og interesseorganisasjoner.

Helsedirektoratet anbefaler at morsmelkernærte nyfødte barn ikke gis tillegg av morsmelkerstatning unntatt når det er medisinsk grunn til det, som er i tråd med anbefalinger fra WHO (2018). Nyfødte som får morsmelkerstatning vil ofte die sjeldnere og mindre effektivt, slik at det blir mindre effektiv stimulering av melkeproduksjonen, og ikke-medisinsk bruk av tillegg er forbundet med en kortere ammeperiode. Tillegg av morsmelkerstatning endrer barnets tarmflora (WHO/UNICEF, 2018).

Veiging 2. til 3. levedøgn

Helsedirektoratet anbefaler å veie barnet 2.–3. levedøgn som samsvarer med anbefaling fra WHO (2013). Et vekttap $\leq 10\%$ av fødselsvekt de første dagene etter fødselen er ansett som normalt, og det nyfødte barnets vekttap stopper vanligvis rundt 3. eller 4. levedøgn (NICE, 2017). Ved velfungerende amming har få barn et vekttap på mer enn 8 %, og det kan derfor være behov for tettere oppfølging av amming allerede ved slikt vekttap (Thulier, 2016).

Vurder veiging etter 2. til 3. levedøgn

Dersom barnet ikke allerede har begynt å øke i vekt ved 2.–3. levedøgn, følges det opp med ny veiging og vurdering av amming/ammeveiledning innen 48 timer for å støtte etablering av amming og forebygge for stort vekttap (Thulier, 2016; Tjora et al., 2010).

Dersom barnet har et vekttap $\geq 12\%$ eller har redusert allmenntilstand, anbefales det at barnet undersøkes av lege. Dette støttes av fagmiljøene. En norsk studie fant at av nyfødte re-innlagt med et vekttap $\geq 12\%$ var mer enn halvparten dehydrerte (Tjora et al., 2010).

Oppfølging av vektutvikling og amming bør fortsette inntil amming eller annen ernæring er godt etablert, og barnet har en tilfredsstillende vektutvikling.

Forskningsgrunnlag

Begrunnelsen for denne anbefalingen er basert på klinisk erfaring og brukererfaringer samt forskning innhentet fra fageksperter som kjenner forskningen på fagfeltet. Det er et pågående systematisk litteratursøk ved bibliotek for helseforvaltningen (Folkehelseinstituttet) på vektkontroll av friske nyfødte barn født til termin, den første leveuken.

Referanser

Dalsgaard, B. T., Rodrigo-Domingo, M., Kronborg, H., & Haslund, H. (2019). Breastfeeding and skin-to-skin contact as non-pharmacological prevention of neonatal hypoglycemia in infants born to women with gestational diabetes; a Danish quasi-experimental study. *Sex Reprod Healthc*, 19, 1-8.

Feldman-Winter, L., Kellams, A., Peter-Wohl, S., Taylor, J. S., Lee, K. G., Terrell, M. J., . . . Stuebe, A. M. (2020). Evidence-Based Updates on the First Week of Exclusive Breastfeeding Among Infants ≥ 35 Weeks. *Pediatrics*, 145(4).

Kellams, A. H., C.; Omage, S.; Gregory, C.; Rosen-Carole, C. et al. (2017). ABM Clinical Protocol #3: Supplementary Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate, Revised 2017. Breastfeeding Medicine, 12(3), 1-11.

Lavagno, C., Camozzi, P., Renzi, S., Lava, S. A., Simonetti, G. D., Bianchetti, M. G., & Milani, G. P. (2016). Breastfeeding-Associated Hypernatremia: A Systematic Review of the Literature. Journal of Human Lactation, 32(1), 67-74.

Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Grund för rekommendation. Nationellt kliniskt kunskapsstöd för initial obruten hud-mot-hudkontakt och samvård.

NICE. (2017) Faltering growth: recognition and management of faltering growth in children. Hentet 21 October 2025, 2025

Pérez-Escamilla, R., Tomori, C., Hernández-Cordero, S., Baker, P., Barros, A. J. D., Bégin, F., . . . Richter, L. (2023). Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. Lancet, 401(10375), 472-485.

Socialstyrelsen (2025). [Nationella riktlinjer 2025 – Graviditet, förlossning och tiden efter. Främja hud-mot-hudkontakt.](#)

Thulier, D. (2016). Weighing the Facts: A Systematic Review of Expected Patterns of Weight Loss in Full-Term, Breastfed Infants. Journal of Human Lactation, 32(1), 28-34.

Tjora, E., Karlsen, L. C., Moster, D., & Markestad, T. (2010). Early severe weight loss in newborns after discharge from regular nurseries. Acta Paediatr, 99(5), 654-657.

WHO. (2013) WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn,. Hentet 24 October, 2025

WHO/UNICEF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: implementing the revised Baby-friendly Hospital Initiative Geneva Hentet 10/7, 2023, fra <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513807>

Barselkvinnens helse

Ekstern høring: [innholdselement innholdselement="f0e084e9-d20d-4466-bdb8-781533ebae91" inline="false"]

Anbefaling

Virksomheten bør inkludere særskilte vurderinger av barselkvinner i sine rutiner for tidlig oppdagelse eller forverring av somatisk sykdom og behandlingskrevende tilstander

Ekstern høring: [innholdselement innholdselement="f0e084e9-d20d-4466-bdb8-781533ebae91" inline="false"]

Ekstern høring: [innholdselement innholdselement="f0e084e9-d20d-4466-bdb8-781533ebae91" inline="false"]

Helsepersonell bør bruke referanseverdier tilpasset gravide og barselkvinner ved måling av vitale parametere opptil 6 uker etter fødsel, ettersom deres fysiologiske prosesser gir grunnlag for andre referanser enn den øvrige voksne befolkningen.

Kvinner som har født har ulik risiko for å utvikle somatisk sykdom eller behandlingskrevende tilstander.

Helsepersonell bør særlig være oppmerksomme på risiko for og symptomer på:

- sepsis infeksjon
- blodpropp
- eklampsi (komplikasjoner ved svangerskapsforgiftning)
- postpartumblødning
- urinretensjon

Listen er ikke uttømmende.

Rutinene bør inkludere

- kriterier for hvilke barselkvinner som bør observeres systematisk, og hvordan de bør observeres
- respons- og behandlingsflyt ved sykdomstegn, avvikende målinger eller bekymring fra helsepersonell/pårørende
- hvordan helsepersonell skal handle når de ikke har tilgjengelig utstyr til å gjøre observasjonene som barselkvinnens situasjon eller kliniske tilstand krever

Virksomheten bør sørge for at personalet har tilstrekkelig kompetanse og nødvendig utstyr til å gjennomføre observasjonene, tolke resultatene og varsle til riktig person eller instans til rett tid.

Barselkvinner bør få informasjon om de vanligste tilstandene og komplikasjonene som kan oppstå og hvor hun i så tilfelle kan henvende seg, også etter hjemreise fra sykehus.

Helsedirektoratets overordnede faglige råd for [tidlig oppdagelse av somatisk sykdom eller behandlingskrevende tilstander](#) gjelder alle pasientgrupper innlagt i sykehus.

Praktisk informasjon

Ansvar for å utarbeide rutiner for tidlig oppdagelse av sykdom og forverring av tilstand ligger hos helsefaglig ansvarlig for virksomheten.

Uavhengig av helsetjenestenivå er systematisk observasjon anbefalt for å oppdage sykdom samt forverring av tilstand.

Systematiske vitale observasjoner kan gjøres av helsepersonell ved hjelp av skåringsverktøy, for eksempel Obstetric Norwegian Early Warning Score (ONEWS). Se Helsedirektoratets råd om [rutiner for systematiske observasjoner av pasienters vitale funksjoner](#) og [ONEWS i obstetrik-veilederen \(metodebok.no\)](#). Skåringsverktøyet ONEWS er tilpasset barselkvinner og brukes inntil 6 uker post partum.

Eksempler på parametere som observeres systematisk ved økt risiko for, eller mistanke om, sykdom eller forverring av tilstand:

- respirasjonsfrekvens
- oksygensaturasjon (SpO2)
- blodtrykk
- puls
- bevissthetsnivå
- temperatur
- blødningsmengde
- uterusnivå
- urinproduksjon

Listen er ikke uttømmende, og noen kliniske situasjoner vil kreve andre observasjoner og undersøkelser.

Kvinnens sykehistorie og ulike forhold ved svangerskap og fødsel kan gi økt risiko for å utvikle sykdom. Det er viktig at helsepersonell overfører slik informasjon skriftlig gjennom journal eller epikrise når barselkvinnen bytter avdeling eller blir skrevet ut, til hjemmet eller til en annen virksomhet, se anbefaling om [informasjon og samtaler](#).

Begrunnelse

Anbefalingen er delvis videreført fra tidligere nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen «Nytt liv og trygg barseltid for familien», men er oppdatert etter dagens kunnskap og klinisk praksis. Anbefalingens hensikt er å bidra til at de barselkvinner som trenger ekstra oppfølging for somatisk sykdom eller behandlingskrevende tilstander blir identifisert tidlig slik at adekvate tiltak kan bli iverksatt, og dermed begrense sykdomsutvikling.

Helsepersonell må ha høy årvåkenhet for tidlige tegn på alvorlige komplikasjoner etter fødsel, da disse tilstandene kan utvikle seg raskt og ha alvorlige konsekvenser for kvinnens helse og liv.

- Sepsis/infeksjon: Tilstanden er definert som en livstruende organsvikt utløst av infeksjon under eller etter svangerskap, fødsel eller abort. Felles for alle presentasjonsformer er at tilstanden ofte er forbundet med forsinket diagnostikk. Forsinket diagnostikk og -intervensjon er forbundet med progresjon til septisk sjokk, og risiko for død. Se [Maternell sepsis i Metodebok](#).
- Blodpropp (trombose): Kvinner har økt risiko for venøs tromboembolisme i barselperioden grunnet fysiologiske endringer i koagulasjonssystemet. Tidlig identifikasjon er viktig for å forebygge alvorlige komplikasjoner. Se [Trombose, antikoagulasjon og svangerskap i Metodebok](#).
- Eklampsi: Kan oppstå etter fødsel som følge av svangerskapsforgiftning (preeklampsi). Tilstanden innebærer kramper og bevissthetsforstyrrelser, og kan være livstruende. Se [Svangerskapsforgiftning – preeklampsi \(helsebiblioteket.no\)](#).
- Postpartumblødning: En av de vanligste årsakene til alvorlig morbiditet og mortalitet etter fødsel. Tidlig identifikasjon og rask behandling er avgjørende for å forhindre alvorlige konsekvenser. Se [Postpartum blødning i Metodebok](#).
- Urinretensjon: I løpet av graviditeten øker blærens kapasitet samtidig som følsomheten for overstreking reduseres. Dette skyldes hormonelle og mekaniske endringer, og normaliseres gradvis i løpet av de første ukene etter fødsel. I barselperioden oppstår det ofte økt diurese, særlig de første dagene, som følge av utskillelse av retinert interstitiell væske fra svangerskapet. I tillegg kan blærens sensibilitet være nedsatt på grunn av fødselstraume, noe som øker risikoen for urinretensjon og krever oppmerksomhet fra helsepersonell. Se [Urinretensjon etter fødsel i Metodebok](#).

Helsetilsynet publiserte i 2016 en rapport om en barselkvinne som døde av sepsis i Norge. Rapporten understreker betydningen av systematisk observasjon av pasienter med tegn på sykdom for å kunne følge utviklingen og iverksette adekvate tiltak til riktig tid. Helsetilsynet fremhever også viktigheten av dokumentasjon av målinger/funn i journal for lettere samhandling mellom helsepersonell og det å se utvikling av sykdom over tid.

Formålet med å bruke skåringsverktøy i tillegg til klinisk observasjon er å oppdage sykdom eller forverring av sykdom tidlig, samt gi et felles språk på tvers av yrkesgrupper slik at riktig behandling iverksettes til riktig tid. Det er vesentlig at helsepersonell som gjør målingene og den kliniske observasjonen har kompetanse til å forstå det som observeres (Helsedirektoratet, 2020).

Norsk gynekologisk forening anbefaler systematisk observasjon ved bruk av skåringsverktøyet ONEWS til kvinner fra erkjent graviditet til 6 uker post partum for å oppdage sykdomstilstand på et tidlig tidspunkt, samt for å kunne følge utviklingen over tid på en objektiv måte. Dette gjelder også hvis kvinnen er innlagt i andre sykehusavdelinger enn føde-/barselavdelingen. De fremhever også viktigheten av dokumentasjon av målinger i journalsystemer, se [ONEWS: Obstetric Norwegian Early Warning Score System i Metodebok](#).

Det er viktig at rutinene inkluderer hvilke barselkvinner som skal observeres systematisk for å unngå overforbruk av ressurser eller risiko for unødvendige intervensjoner.

Forskningsgrunnlag

Anbefalingen er delvis videreført fra tidligere nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen "Nytt liv og trygg barseltid for familien", og er basert på klinisk erfaring og brukererfaringer samt forskning innhentet fra fageksperter som kjenner forskningen på fagfeltet.

Referanser

Helsedirektoratet. (2020). Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand.
<https://www.helsedirektoratet.no/horinger/faglige-rad-for-tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverre>

Norsk gynekologisk forening. (2023). Veileder i gynekologi. ePub. ISBN 978-82-692382-3-5. Hentet fra <https://metodebok.no/index.php?action=fag&fag=gyn>

Nyfløt, L. T. E., L.; Vangen, S. (2021). Hvorfor dør kvinner av graviditet i Norge i dag? Rapport om maternelle dødsfall i Norge 2012–2018. Oslo universitetssykehus. Hentet fra https://www.ous-research.no/nrcwh/docs/PDF/modredodsrapport_2021_web.pdf

Statens helsetilsyn. (2016). Dødsfall som følge av sepsis etter fødsel, Rikshospitalet, Oslo universitetssykehus HF: Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse. https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/tilsyn/varsel_enhet/Sepsis_Rikshospitalet_2016.pdf

Anbefaling

Barselkvinnen bør få tilpasset informasjon, oppfølging og smertelindring av fødselsrifter og plager i underlivet etter fødsel

Ekstern høring: [innholdselement innholdselement="f0e084e9-d20d-4466-bdb8-781533ebae91" inline="false"/]

Ekstern høring: [innholdselement innholdselement="f0e084e9-d20d-4466-bdb8-781533ebae91" inline="false"/]

Barselkvinner bør få informasjon om

- normale endringer og plager som kan oppstå i underlivet etter fødsel, forventet forløp og hvor hun skal henvende seg ved vedvarende plager
- tegn på komplikasjoner, som lukt, hevelse, økte smerter
- hygiene
- smertelindring
- styrketrening av bekkenbunnsmuskulaturen for å gjenvinne styrke og funksjon og for å forebygge langvarige plager med fremfall, luft-, urin- eller avføringslekkasje

En individuell oppfølging bør inneholde

- spørsmål om de har økende plager eller smerter i underlivet som har oppstått etter fødselen
- tilbud om underlivsundersøkelse før utreise, ved hjemmebesøk og under etterkontrollen
- rutinemessig tilbud om, og forklaring på, hvorfor rifter eller episiotomi (klipp) bør inspiseres av jordmor eller lege. Ved mistanke om komplikasjoner bør kvinnen undersøkes av lege.
- tilbud om smertelindring etter behov
- tilpasset oppfølging ved kjønnslemlestelse

Barselkvinner med symptomer som smerte, fremfall av livmor, lekkasje, tømingsvansker, bør få individuell rådgiving, oppfølging og henvisning avhengig av symptomer.

Barselkvinner med perinealrift grad 3 og 4 bør innkalles til kontroll etter 6–12 måneder.

Virksomhetens rutiner bør inkludere hvilke pasienter som bør henvises til utredning og oppfølging av andre spesialiteter, som for eksempel urolog, gastrokirurg, fysioterapeut eller gynekolog.

Praktisk informasjon

Informasjon og samtale

I samtalen med barselkvinnen bør det gis informasjon om plager hun kan få etter fødselen. Vær oppmerksom på at mindre rifter også kan gi plager og ubehag. Ved å lytte til kvinnens opplevelse av fødsel og sin situasjon, tilpasses informasjonen. Eksempler på tema som kan tas opp er følgende:

- viktigheten av god hygiene med daglig dusj av underlivet, hyppig skifte av bind med handvask før og etter
- forventet smerte ved vannlating/avføring og kløe ved sårtilheling
- hemorroider
- luftlekkasje/avføringsmønster
- fremfall av underlivsorganer (prolaps)
- urinlekkasje ved belastning (stressinkontinens)
- bekkenbunnstrening, se [Bekkenbunnsportalen \(helsekompetanse.no\)](https://www.bekkenbunnsportalen.no)
- endret følelse i underlivet som følge av hormonelle endringer/amming
- seksuallivet, se [Sex etter fødsel \(helsenorge.no\)](https://www.helsenorge.no/sex-etter-fodselen)

Smerter i underlivet og smertelindring

Ved kartlegging av kvinnens smerter kan risikofaktorer for smerter i mellomkjøttet (perineum) for eksempel være

- episiotomi (klipp)
- instrumentell forløsning
- infeksjon i rift eller episiotomi
- traumatisk fødselsopplevelse
- hemorroider

Vurdering av hvilken type smertelindring og mengde som tilbys, baseres på om det har oppstått rift uavhengig av grad, omfang av smerte, intensitet av smerte, bivirkninger, amming og eventuelle kontraindikasjoner.

Smertelindring tilbys først og fremst etter kvinnens behov, men også etter den helsefaglige vurderingen, for eksempel i form av lokal nedkjøling med kalde kompresser eller ved bruk av legemidler.

For informasjon om trygg legemiddelbruk, se [TryggMammamedisin.no](https://www.tryggmammamedisin.no).

Komplikasjoner og indikasjon for videre undersøkelse

I samtalen kan det inngå tilpasset informasjon om eventuelle komplikasjoner de første 6 ukene etter fødsel og 3 måneder etter fødsel, med indikasjon for undersøkelse av lege.

Eksempler på komplikasjoner de første 6 uker etter fødselen:

- Sårinfeksjon eller blodansamlinger i vevet kan kjennetegnes av økt smerte i underlivet, økt hevelse eller feber, se anbefaling om [tidlig oppdagelse av sykdom](https://www.tidligoppdagelse.no).
- Sårruptur kjennetegnes ved økte smerter eller at riften spriker.

- Fremfall eller prolaps av underlivsorgan kjennetegnes av en kul som er synlig i skjedeåpningen eller i endetarmsåpningen, tyngdefølelse eller tømningssvanser.
- Ufrivillig lekkasje av urin, se film [Trening av bekkenbunnen fra St. Olav \(youtube.com\)](https://www.youtube.com/watch?v=...)
- Ufrivillig lekkasje av luft og/eller avføring

Gi skriftlig informasjon om hvor kvinnen kan henvende seg etter utskrivelse ved tegn på komplikasjoner eller mer smerter eller plager enn forventet.

Eksempler på komplikasjoner de første 3 måneder etter fødselen, som kommer i tillegg til eksemplene gitt for de første 6 ukene:

- vedvarende luft-/avføringslekkasje
- vedvarende urinlekkasje
- vedvarende tyngdefølelse

Fødselsrift grad 3 og 4

I samtalen med barselkvinner som har fødselsrift grad 3 eller 4 kan følgende tema tas opp:

- muntlig og skriftlig informasjon om oppfølging, inkludert smertelindring, forebygging av forstoppelse (obstipasjonsprofylakse)
- avklaring om kvinnen opplever fødselsrift/inngrep i underlivet som psykisk belastende.
- bekkenbunnstrening
- henvisning og oppfølging av fysioterapeut, individuelt eller i gruppe.
- innkalling til kontroll i spesialisthelsetjenesten etter 6–12 måneder, ved behov vurdere kontroll tidligere

For mer informasjon, se: [Perinealskade og anal sfinkterskade ved fødsel \(metodebok.no\)](https://metodebok.no/perinealskade-og-anal-sfinkterskade-ved-fodsel)

Kjønnslemlestelse og deinfibulering

I samtale med kvinner som er kjønnslemlestet og deinfibulert under fødsel kan følgende tema tas opp:

- Informasjon om den normale tilhelingsprosessen, viktigheten av hygiene og mulige komplikasjoner etter deinfibulering. For eksempler på komplikasjoner, se [Kvinnelig omskjæring, kjønnslemlestelse, deinfibulering \(metodebok.no\)](https://metodebok.no/kvinnelig-omskjæring-kjønnslemlestelse-deinfibulering).
- Informasjon om vanlige opplevelser av eget underliv etter deinfibulering, da kvinnen kan oppleve endringer i vannlating, menstruasjon og seksuell liv, og underlivet kan føles mer åpent. Noen kvinner kan trenge ekstra psykisk støtte.
- Informasjon om norsk lov og forbud mot kvinnelig kjønnslemlestelse, som gjennomføres på en ikke-stigmatiserende måte med barnets foreldre ([straffeloven §§ 5, 196, 284, 285 \(lovdata.no\)](https://lovdata.no/straffeloven-1999-06-18-196-284-285)). Helsepersonell kan med fordel benytte en utforskende tilnærming, hvor de stiller spørsmål og inviterer til dialog. Se også [Opplysningsplikt i helsestasjonsretningslinjen](https://helsenorge.no/opplysningsplikt-i-helsestasjonsretningslinjen) og plikt.no. Se også pasientvennlig informasjon på flere språk: [Brosjyrer om kjønnslemlestelse \(nkvts.no\)](https://nkvts.no/brosjyrer-om-kjønnslemlestelse)

Andre ressurser

[Kvinnelig omskjæring – Bekkenbunnssportalen \(helsekompetanse.no\)](https://helsekompetanse.no/kvinnelig-omskjæring-bekkenbunnssportalen)

Begrunnelse

Informasjon og samtale

Helsedirektoratet anbefaler å gi barselkvinnen individuelt tilpasset informasjon og plan for videre oppfølging, basert på graden av eventuell fødselsrift, hvor mye plagene påvirker henne og

bekkenbunnsdysfunksjon. Dette bygger på pasientens rett til informasjon og medvirkning, slik det er hjemlet i [pasient og brukerrettighetsloven §3-1 og 3-2 \(lovdata.no\)](#). Innspill fra fagmiljø, praksisfeltet, bruker- og interesseorganisasjoner har understreket betydningen av tilpasset informasjon om fødselsrifter og at denne blir gjentatt, støttet av skriftlig informasjon og gjerne med partner til stede. Opplevelse av involvering bidrar til trygghet og fremmer både fysisk og psykisk restitusjon. Kunnskapsgrunnlaget til retningslinjene fra Sosialstyrelsen (Sosialstyrelsen, 2025) vurderte det vitenskapelige grunnlaget av å gi tilpasset informasjon som mangelfull og baserer tiltaket på erfaring understøttet av kvalitative studier.

Svangerskap og fødsel kan svekke bekkenbunnsmuskulaturen, og symptomer på bekkenbunnsdysfunksjon er derfor vanlige i barselperioden. Helsedirektoratet anbefaler styrketrening av bekkenbunnen for å forebygge og redusere slike plager. Ifølge Nasjonalt senter for bekkenbunnshelse opplever nær halvparten av kvinner urinlekkasje under graviditet og etter fødsel. Stressinkontinens (lekkasje ved økt buktrykk) er særlig vanlig rett etter fødsel (Bekkenbunnsportalen, 2025). Regelmessig bekkenbunnstrening etter fødselen kan redusere symptomer. Ved å tilby barselkvinnen veiledning i riktig teknikk før hjemreise fra sykehuset, ved hjemmebesøk av jordmor og ved andre møter med helsepersonell i barselperioden kan en sikre riktig teknikk. Se anbefaling om fysisk aktivitet etter fødsel for forslag til treningsopplegg. Dersom urinlekkasje vedvarer etter 2-4 uker med daglig trening kan det være behov for veiledning fra fysioterapeut eller annet autorisert helsepersonell med kompetanse på bekkenbunnstrening. Det kliniske fagmiljøet rapporterer god effekt av slik trening ved både urin- og avføringslekkasje, men understreker viktigheten av korrekt utførelse. Ved manglende effekt anbefales utredning hos lege, i tråd med Sosialstyrelsens anbefalinger (Sosialstyrelsen, 2025). Selv om evidensen for bekkenbunnstrening etter fødsel er begrenset, peker retningslinjer fra WHO (World Health Organization, 2022), NICE (NICE, 2021) og Sosialstyrelsen (Sosialstyrelsen, 2025) på mulige fordeler. De understreker samtidig behovet for mer forskning på området (NICE, 2021).

Inspisering av fødselsrift og inngrep i underliv

Helsedirektoratet anbefaler inspeksjon av fødselsrifter og underliv før utreise fra barsel, ved hjemmebesøk og etterkontroll. Målet er å vurdere smerte, sårtilheling og oppdage komplikasjoner som bekkenbunnsdysfunksjon. Dette kan redusere behovet for ekstra kontroller de første ukene. Anbefalingen er i tråd med Sosialstyrelsens anbefaling (Sosialstyrelsen, 2025). En rapport fra Nasjonalt kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnssykdom viste at 6 av 10 kvinner i Norge har plager fra underlivet de første 8 månedene etter fødsel. Rapporten viste også at plagene i for liten grad ble identifisert, at kvinner ventet lenge før de fikk hjelp (Universitetssykehuset Nord-Norge, 2022). Selv om evidensen for effekt av inspeksjon av fødselsrift er begrenset (Sosialstyrelsen, 2025), viser klinisk erfaring, tilbakemelding fra fagmiljø og brukerorganisasjoner at tiltaket har medisinsk verdi og styrker kvinnens trygghet. Inspeksjonen av fødselsrifter og underliv gjøres ved indikasjon av jordmor eller lege (NICE, 2021).

Smerter i underlivet og smertelindring

Helsedirektoratet anbefaler individuell tilnærming til smertelindring for kvinner med smerter i underlivet etter fødsel, uavhengig av riftens omfang, og er i tråd med Sosialstyrelsens anbefaling (Sosialstyrelsen, 2025).

En nyere norsk studie viser at kvinner med fødselsrift grad 2 kan oppleve like mye smerter som ved mer alvorlige rifter, og at også kvinner uten fødselsrifter eller små fødselsrifter kan ha betydelige plager i underlivet etter fødsel (Rislokken, Dalevoll Macedo, Bo, Ellstrom Engh, & Siafarikas, 2024). Dette er også fremhevet av brukerorganisasjoner som er i kontakt med barselkvinner.

Smerter i perineum etter vaginal fødsel er et vanlig problem for kvinner. Disse smertene kan variere i intensitet og årsak, avhengig av faktorer som type rift, inngrep under fødselen, forløsningsmetode og fødselsopplevelse (NICE, 2021). Andre plager som for eksempel hemorroider kan også bidra til smerter i underlivet. Smerter, rifter og episiotomi kan påvirke vannlating, avføring, seksualliv og livskvalitet, og langvarige smerter kan ha innvirkning på tilknytning til barnet og samlivet med partner (Metodebok Legeforeningen, 2025; Sosialstyrelsen, 2025). Det er derfor viktig å være oppmerksom på og følge opp slike plager tidlig.

Rift grad 3 eller 4

Perinealrift grad 3 og 4 er alvorlige skader som oppstår under fødsel og involverer skade i muskulaturen rundt endetarmsåpningen og i noen tilfeller endetarmsåpningen. Disse skadene kan føre til betydelige helseproblemer, inkludert anal inkontinens, smerter og problemer med vannlatning og avføring. Derfor er grundig oppfølging viktig for å sikre riktig helbredelse og redusere risiko for langvarige komplikasjoner. Nasjonale kvalitetsindikatorer viser at for 2023 ble store fødselsrifter rapportert hos 1,8 prosent av alle kvinner som fødte vaginalt. Forekomsten har vist en jevn nedgang siden 2009 og har vært stabil de siste årene, med lite variasjoner mellom helseregionene. Blant førstegangs fødende som fødte vaginalt samme år, var andelen med store rifter 3,1 prosent. Dersom fødselen ble assistert med sugekopp eller tang, økte andelen til 4,8 prosent (Helsedirektoratet, 2025).

Det kan være psykisk belastende å få en fødselsrift grad 3 eller 4, med innvirkning på blant annet livskvalitet og selvfølelse (Sosialstyrelsen, 2025). Innspill fra brukerorganisasjoner bekrefter at fødselsskader kan være psykisk belastende. Det er derfor viktig å tilby psykisk støtte og rådgivning for å hjelpe kvinner med å håndtere de emosjonelle og psykiske belastningene som kan følge med alvorlige perineale rifter.

Kunnskapsgrunnlaget for effekten av bekkenbunnstrening for kvinner med perinealskade grad 3 og 4 er uklar. En paraplyoversikt av 9 Cochrane oversikter, som inkluderer 127 studier, konkluderer blant annet med at bekkenbunnstrening etter fødsel sannsynligvis reduserer symptomene og alvorlighetsgraden av urininkontinens, men det er begrensninger i forskningen da den blant annet ikke ser utelukkende på de største riftene (Sananes et al., 2023).

For å sikre riktig teknikk av bekkenbunnstrening er det viktig at kvinner med perinealrift grad 3 og 4 henvises til fysioterapeut. Ifølge det kliniske fagmiljøet er det ulik praksis i Norge for når kvinnen henvises til kontroll for perinealriften, med en variasjon fra 6-9 måneder og de fleste 9-12 måneder. Noen vurderer også kontroll etter to uker. På bakgrunn av klinisk fagmiljø og ekstern arbeidsgruppe har Helsedirektoratet landet på å anbefale kontroll etter 6-12 måneder.

Kvinner som er deinfibulert i fødsel

Kjønnslemlestelse er ulovlig i Norge ([Straffeloven §§ 5, 196, 284, 285 \(lovdata.no\)](#)). Helsepersonell har en sentral rolle i å bidra til forebygging av kjønnslemlestelse, både hos kvinnen som har født, og eventuelt jentebarn som er født av foreldre med bakgrunn i land der kjønnslemlestelse praktiseres.

Helsedirektoratet anbefaler at kvinner som er deinfibulert under fødsel følges opp som andre barselkvinner, med ekstra støtte i form av informasjon og psykisk støtte tilpasset deres behov, noe som er i tråd med WHO (World Health Organization, 2025) og Sosialstyrelsen (Sosialstyrelsen, 2024, 2025).

Kvinner som har vært utsatt for kjønnslemlestelse som barn har mer sannsynlighet for å oppleve psykiske symptomer og plager som følge av traumatiske erfaringer knyttet til inngrepet, enn kvinner som ikke har opplevd det (World Health Organization, 2025). For noen kvinner og menn kan det også være belastende og stigmatiserende å bli assosiert med skadelige tradisjonelle praksiser fra hjemlandet, spesielt hvis de har tatt avstand fra disse etter å ha bodd i Norge. Det er derfor viktig å

håndtere denne tematikken på en kultursensitiv og respektfull måte. Se også anbefaling i [helsestasjonsretningslinjen](#).

Referanser

Bekkenbunnsportalen. Nasjonalt kompetansesenter for inkontinens og bekkenbunnsdysfunksjon. helsekompetanse.no. fra <https://nekib.helsekompetanse.no/>

Helsedirektoratet. Forekomst av fødselsrifter.Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 30.09.2025, fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/fodsel-og-abort/forekomst-av-f%C3%B8dselsrifter>

Metodebok Legeforeningen, K. L. e. a. (2025). Perinealskade og anal sfinkterskade ved fødsel. Legeforeningen. Hentet fra <https://metodebok.no/index.php?action=topic&item=qqnzK4BK>

NICE, N. I. f. H. a. C. E. (2021). Recommendations | Pelvic floor dysfunction: prevention and non-surgical management. N. I. f. H. a. C. E. (NICE). Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/ng210/chapter/Recommendations#during-and-after-pregnancy>

Rislokken, J., Dalevoll Macedo, M., Bo, K., Ellstrom Engh, M., & Siafarikas, F. (2024). The severity of second-degree perineal tears and perineal pain during three months postpartum: A prospective cohort study. Midwifery, 131, 103930.

Sananes, J., Pire, S., Feki, A., Boulvain, M., & Faltin, D. L. (2023). Antenatal, intrapartum and postpartum interventions for preventing postpartum urinary and faecal incontinence: An umbrella overview of Cochrane systematic reviews. Journal of Clinical Medicine, 12(18), Article e6037. <https://doi.org/10.3390/jcm12186037> DOI: 10.3390/jcm12186037

Socialstyrelsen. (2024). Kvinnlig könsstympning – Ett stöd för hälso- och sjukvårdens arbete (2024-4-9031). Stockholm: Socialstyrelsen. Hentet fra <https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/c610101f91ad4bd4a1deb3634394543f/2024-4-9031.pdf>

Socialstyrelsen. (2025). Graviditet, förlossning och tiden efter. Socialstyrelsen. Hentet fra <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/nationella-riktlinjer-for-graviditet-och-forlossning>

Universitetssykehuset Nord-Norge. (2022). Forskningsprosjekter - Hvorfor vente et år på å starte utredning og behandling av kvinner med bekkenbunnsdysfunksjoner etter fødsel? ihelse.net. Hentet fra https://forskningsprosjekter.ihelse.net/prosjekt/HNI0015-19?utm_source=sdrn%3Aavg%3Aarticle%3Avea

World Health Organization. (2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. World Health Organization. Hentet fra <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>

World Health Organization. (2025). WHO guideline on the prevention of female genital mutilation and clinical management of complications. Geneva: W. H. Organization. Hentet fra <https://www.who.int/publications/i/item/9789240107281>

Forskningsgrunnlag

Problemstilling

Hvilke erfaringer har barselkvinner i Norge med perinealrift grad 3 eller 4 påført under fødsel?

PICO

Populasjon (P)

Barselkvinner i Norge med perinealrift grad 3 eller 4

Utfall (O)

Erfaringer og opplevelser

Beskrivelse av inkluderte studier

Anbefalingen er delvis videreført fra tidligere nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen "Nytt liv og trygg barseltid for familien" fra 2014, og bygger på kunnskapsgrunnlaget i relevante anbefalinger fra andre lands nasjonale retningslinjer, som Sosialstyrelsen (2025), NICE (2021) og WHO (2016; 2018). Kunnskapsgrunnlaget er ellers basert på klinisk erfaring og brukererfaringer, samt nyere oversiktsstudier innhentet fra fagekspertene som kjenner forskningen på fagfeltet. Bibliotek for helseforvaltningen (Folkehelseinstituttet) utførte systematisk litteratursøk.

Dato for søk: **20.02.2025.**

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

Problemstilling

Hvilken effekt har bekkenbunnstrening for barselkvinner etter perinealrift grad 3 og 4 på urin- og avføringsinkontinens?

PICO**Populasjon (P)**

Barselkvinner med perinealrift grad 3 eller 4

Tiltak (I)

Bekkenbunnstrening

Sammenligning (C)

Ingen trening

Utfall (O)

Redusert risiko for urin- og avføringsinkontinens. Mindre smerter.

Beskrivelse av inkluderte studier

Dato for søk: 18.02.2025.

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

Sananès et al. (2023) er en *umbrella review* som oppsummerer funn fra ni Cochrane-systematiske oversikter om tiltak i svangerskap, under fødsel og i barseltid for å forebygge urin- og avføringsinkontinens etter fødsel. Totalt inkluderte oversiktene 127 studier med over 64 000 kvinner. Studien vurderte en rekke intervensjoner, blant annet bekkenbunnstrening, perineal massasje, episiotomi, keisersnitt, bruk av vakuum eller tang ved fødsel, og teknikker for reparasjon av sfinkterskader.

Resultatene viser at enkelte tiltak har moderat evidens for å være effektive. Blant disse er bekkenbunnstrening etter fødsel, som reduserer risikoen for urininkontinens i tidlig og midt barselperiode. Bruk av vakuum i stedet for tang ved instrumentell vaginal fødsel reduserer risikoen for avføringsinkontinens, og bruk av endoanal ultralyd før reparasjon av perineale skader kan redusere alvorlig avføringsinkontinens.

Andre tiltak, som perineal massasje under svangerskap og rutinemessig episiotomi, viser ingen signifikant effekt. Planlagt keisersnitt, enten ved tvillingfødsel eller seteleie, ser heller ikke ut til å ha noen langtidseffekt på forekomst av urin- eller avføringsinkontinens. For enkelte tiltak, som ulike teknikker for sfinkterreparasjon, er evidensen lav og effekten usikker.

Konklusjonen er at det finnes få tiltak med dokumentert effekt, men bekkenbunnstrening etter fødsel og visse fødselsrelaterte prosedyrer fremstår som lovende. Studien understreker behovet for mer forskning med høy metodisk kvalitet for å styrke kunnskapsgrunnlaget og kliniske anbefalinger.

Anbefaling

Virkomhetens ledelse bør ha rutiner som fremmer barselkvinnens psykiske helse og identifiserer psykiske plager

Ekstern høring: [innholdselement innholdselement="f0e084e9-d20d-4466-bdb8-781533ebae91" inline="false"]

Ekstern høring: [innholdselement innholdselement="f0e084e9-d20d-4466-bdb8-781533ebae91" inline="false"]

Virkomheten bør fremme psykisk helse ved å

- inkludere psykisk helse og trivsel som et tema i alle samtaler under barselperioden
- informere om normale psykiske reaksjoner i barseltiden, og videre hva som skiller normale reaksjoner fra psykiske plager og lidelser
- informere om faktorer som kan fremme psykisk helse, inkludert søvn, fysisk aktivitet og sosial støtte
- informere om faktorer som hemmer psykisk helse, og risikofaktorer for utvikling av psykiske plager eller lidelser
- støtte barselkvinnen til å mestre og påvirke egen helse og livsvilkår
- støtte barselkvinnen og partner/medforelder til å mestre foreldrerollen

Helsepersonell bør innhente informasjon om barselkvinnens tidligere sykehistorie, forløp av svangerskap og fødsel.

Helsepersonell bør gå i dialog med barselkvinnen for å avdekke psykiske plager hvis risikofaktorer eller tidligere sykehistorie blir avdekket gjennom samtaler og observasjoner.

Virkomhetens rutiner bør inkludere hvordan helsepersonell følger opp, og eventuelt henviser videre når barselkvinnen har behov for videre oppfølging. I tillegg bør barselkvinnen få skriftlig informasjon om hvor hun kan henvende seg dersom hun opplever psykiske plager.

Praktisk informasjon

Fremme psykisk helse

Virksomheten legger til rette for empatisk, støttende og respektfull omsorg. Sosial støtte kan gis ved at partner/medforelder får mulighet og gjerne oppmuntres til å delta i barseltiden hvis barselkvinnen ønsker det, og det er praktisk gjennomførbart.

Ved oppfølgingen av barselkvinnen er det viktig å inkludere

- individuell omsorg, empatisk språk, emosjonell og psykososial støtte
- spørsmål om psykisk helse og aktiv oppmerksomhet på hvordan barselkvinnen føler seg
- fødselsopplevelse (se anbefaling om [informasjon og samtale](#))
- vurder ekstra oppfølging etter en opplevd traumatisk fødsel
- amming (se anbefaling om [ammig og mor-barn-vennlig standard](#))
- søvn
 - informer om viktighet av søvn og hva som fremmer søvn
 - fremme søvn for å forebygge utfall som fødselsdepresjon, psykose, ammeproblem.
- fysisk aktivitet (se anbefaling om [fysisk aktivitet](#))
 - informer om viktigheten av fysisk aktivitet

Psykisk helse hos barselkvinnen kan fremmes ved informasjon om (psykoedukasjon)

- normale psykiske reaksjoner i barseltiden, og videre hva som skiller normale reaksjoner fra psykiske plager
- faktorer og tiltak som fremmer psykisk helse og forebygger psykiske plager
- faktorer som hemmer psykisk helse, og risikofaktorer for utvikling av psykiske plager
- hva som kjennetegner fødselsdepresjon, angst og tvangstanker
- hva barselkvinnen og familien selv kan gjøre for å fremme god psykisk helse og mestring

Se mer informasjon om [fødselsdepresjon \(helsenorge.no\)](#).

Gi gjerne også informasjon om psykisk helse til partner/medforelder. Det er en fordel at barselkvinnen og partner/medforelder får skriftlig informasjon om psykisk helse og hvor de kan ta kontakt ved bekymring.

Hjemmebesøk av jordmor og helsesykepleier kan være fremmende for barselkvinnens psykiske helse, se anbefaling om [hjemmebesøk](#).

Inkluder foreldres psykiske helse og trivsel som et tema i alle konsultasjoner etter fødsel, se anbefaling om [foreldres psykiske helse i helsestasjonsretningslinjen](#).

Identifisere psykiske plager eller lidelser

Helsepersonell kan identifisere psykiske plager (eller lidelser) ved å innhente nødvendig informasjon om barselkvinnens bakgrunn, eventuelle sårbarhetsfaktorer og tidligere sykehistorie, forløp av svangerskap og fødsel, og nåværende psykiske og fysiske tilstand og behov.

Eksempler på risikofaktorer og sårbarhetsfaktorer kan være (listen er ikke uttømmende):

- psykiske utfordringer før/i svangerskapet
- opplevd traumatisk fødselsopplevelse
- komplikasjoner oppstått i forbindelse med svangerskap/fødsel
- ammeproblem
- relasjon til partner/medforelder, mangel på sosial eller emosjonell støtte og fravær av egen familie

- belastende livshendelser
- sosioøkonomiske faktorer og kvinnens bakgrunn

Eksempler på beskyttende faktorer kan være:

- positiv fødselsopplevelse
- velfungerende amming
- empatisk helsepersonell som møter barselkvinnen med respekt og verdighet
- god relasjon til partner/medforelder
- sosial og emosjonell støtte, og avlastning fra partner/medforelder, familie og nettverk
- fysisk aktivitet, søvn og hvile

Helsepersonell legger til rette for å identifisere økt risiko for psykiske helseutfordringer ved å være aktivt oppmerksom på hvordan barselkvinnen har det. Avsett tid til bruk av kvalifisert tolk ved begrensede norskkunnskaper eller ved andre forhold som gir rett på tolk, jf. [tolkeloven \(lovdata.no\)](https://lovdata.no) og [veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene](#).

Eksempler på åpne og utforskende spørsmål som kan stilles for å støtte barselkvinnen og vurdere psykisk helse:

- Hvordan har du det for tiden?
- Det er en stor overgang å få barn – hvordan opplever du det?
- Kan du fortelle hvordan det går med deg etter fødselen?

Ved behov for kartlegging av psykisk helse benyttes kunnskapsbaserte og kvalitetssikrede metoder og kartleggingsverktøy.

Hvis barselkvinnen har behov for utvidet oppfølging utover det standardiserte oppfølgingsløpet i barselomsorgen, se anbefaling om [barselkvinner og nyfødte i sårbare livssituasjoner](#).

Ved bekymring for psykiske plager, vurder også om det er behov for helsehjelp, for eksempel psykolog, psykisk helsetilbud i kommunen, fastlege, jordmor med videre kompetanse, eller henvisning til spesialisthelsetjenesten ved symptomer på psykisk lidelse. Gi barselkvinnen anledning til å medvirke i vurderingen om videre oppfølging.

Opplæringsmateriell og andre ressurser

- Opplæringsprogrammet Tidlig inn (forebygging.no) er et tilbud om opplæring i verktøy og metoder innen empatisk samtalemetodikk til ansatte som møter småbarnsforeldre, gravide og deres partnere. Formålet er å sikre at gravide og småbarnsfamilier tidlig får kompetent hjelp innen rus, psykisk helse og vold gjennom tverrfaglig samarbeid.
- Nettsiden Zanzu har informasjon om tiden etter fødsel og barsel på mange språk: [Etter fødsel \(zanzu.no\)](https://etterfoedSEL.zanzu.no). Se også anbefalingen om [gravide i veileder for helsetjenester til flyktninger, asylsøkere og familiegjennforente](#).
- [Mamma Mia \(helsenorge.no\)](https://mamma-mia.helsenorge.no) er en app som fremmer helse og trivsel for mor, barn og partner under graviditet og barseltid.
- Nasjonal veileder for [psykisk helse- og rusarbeid for voksne](#).
- Nasjonale faglige råd for [selvskading og selvmord](#) er veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord.

Relevante tiltak og prosjekter

- [Sammen på vei \(sammenpaavei.no\)](https://sammenpaavei.no)
- [Nye familier: – Et tilbud til deg som venter barn \(drammen.kommune.no\)](#)

- [Nye mønstre – trygg oppvekst \(kristiansand.kommune.no\)](https://kristiansand.kommune.no)

Begrunnelse

WHO definerer god perinatal psykisk helse som "Barselkvinnen kan kjenne på utfordringer, men kjenner seg i stand til å håndtere dem" (World Health Organization, 2022). Ved å fremme god psykisk helse og identifisere risikofaktorer tidlig kan dette være et ledd i tidlig innsats mot risikofaktorer (Meld. St. 9 (2023-2024)).

Følelsesmessige svingninger og fødselsdepresjon

Barseltiden er en overgang til foreldreskap med forventninger, glede og spenning. Denne tiden er preget av fysiologiske, psykologiske, nevrobiologiske (Pritschet et al., 2024) og sosiale endringer. Forbigående følelsesmessige svingninger (barseltårer) er normalt og forekommer hos omtrent 50–80 prosent av barselkvinnene. Barseltårer kan gå over i vedvarende uro, nedstemthet og fødselsdepresjon. Det foreligger ikke ferske og sikre tall for prevalensen på fødselsdepresjon i Norge. En studie gjennomført på data fra den nasjonale studien "Den norske mor barn undersøkelsen" viser prevalens på fødselsdepresjon på 11%, men disse dataene er samlet inn fra 1999 til 2008 og er dermed noe gamle (Sorbo, Grimstad, Bjørngaard, Lukasse, & Schei, 2014). Det er gjennomført enkeltstudier i begrensede geografiske områder i Norge, blant annet i Stavanger, hvor prevalens av fødselsdepresjon var 16,5% (basert på data fra 2005-2006)(Dorheim, Bondevik, Eberhard-Gran, & Bjorvatn, 2009), og i Oslo, hvor prevalens var 9,3% (basert på data fra 2008-2010)(Shakeel et al., 2018). I en rapport oppgitt (Folkehelseinstituttet, 2023) en prevalens på 7-13% for fødselsdepresjon i Norge, men disse tallene er basert på en studie fra USA (Stewart & Vigod, 2016) og indikerer ikke prevalens for norske forhold.

Betydningen av tidlig innsats og forebygging

Fokus på psykisk helse i barseltiden legger til rette for helsefremmende og forebyggende tiltak, ved å identifisere og støtte barselkvinner før psykiske plager utvikler seg til sykdom. Helsedirektoratet anbefaler at psykisk helse tas opp i alle samtaler i barselomsorgen, noe som støttes av retningslinjer fra NICE (National Institute for Health and Care Excellence, 2014, 2021). Helsedirektoratets brukererfaringsundersøkelse for svangerskaps-, fødsel- og barselomsorgen 2024/2025 (Helsedirektoratet, 2025) viser at kvinner med selvrapportert dårlig psykisk helse er mindre tilfredse med barselomsorgen enn andre. Det er derfor viktig at helsepersonell er oppmerksomme på kvinners psykiske helse i denne livsfasen.

Informasjon, støtte og samtaler

Helsedirektoratet anbefaler at barselkvinnen får informasjon om hva som er normale endringer, vanlige psykiske helseutfordringer og hva som fremmer god psykisk helse i barselperioden, som er i tråd med engelske og svenske anbefalinger (National Institute for Health and Care Excellence, 2014, 2021; Sosialstyrelsen, 2025). [Kvinnens erfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i Norge i 2024–2025 \(Helsedirektoratet\)](#) viser at informasjon om kvinners helse i barseltiden ikke alltid er tilstrekkelig. Overgangen til å bli mor innebærer store følelsesmessige, kroppslige og relasjonelle endringer, og mange kvinner kan ha behov for hjelp til å sette ord på sine opplevelser. WHO, NICE og svenske retningslinjer understreker betydningen av støttesamtaler og psykososial støtte for å redusere risikoen for fødselsdepresjon og andre psykiske helseproblemer (National Institute for Health and Care Excellence, 2014, 2021; Sosialstyrelsen, 2025; World Health Organization, 2022).

Reduksjon av psykologisk stress kan øke mestringsevnen og hjelpe kvinnen til å håndtere endringene i barseltiden. Dette kan oppnås ved å støtte personlige ferdigheter, mestringsstrategier og styrke beskyttelsesfaktorer (National Institute for Health and Care Excellence, 2014, 2021; World Health Organization, 2022). Samtaler om fødselsopplevelsen kan hjelpe barselkvinner å bearbeide traumer

eller vanskelige følelser knyttet til fødselen, som også støttes av anbefaling i retningslinjen fra NICE (National Institute for Health and Care Excellence, 2021). Brukerrepresentanter fremhever at en normal fødsel kan også gi opplevelse av traume og vanskelige følelser. Samtaler om fødselsopplevelsen gir helsepersonell mulighet til å støtte og veilede mødre, samt få innsikt som kan forbedre fremtidige fødselsopplevelser. Dette støttes av både kliniske fagmiljøer og brukerrepresentanter.

Søvnens betydning for psykisk helse

Søvn er avgjørende for både fysisk og psykisk helse. Helsedirektoratet anbefaler at søvn løftes frem i oppfølgingen av barselkvinnen. Mangel på søvn kan føre til depresjon, angst, psykose, ammeproblem og svekket immunforsvar. En systematisk oversiktsstudie viser at søvnintervensjoner i barseltiden reduserer alvorlighetsgraden av depresjonssymptomer (Khan-Afridi et al., 2025). God søvnkvalitet hos mor kan påvirke også barnets søvnmonster, noe som er viktig for barnets vekst og utvikling. Informasjon om hva som fremmer søvn, som etablering av gode søvnrutiner, kan bidra til bedre søvnkvalitet og dermed bedre helse og velvære. Ved depresjon er mangelfull søvn en risikofaktor som kan bidra til forverring, noe som krever fortløpende vurdering av søvn (Helsetilsynet, 2024).

Fysisk aktivitet som helsefremmende tiltak

Fysisk aktivitet kan redusere stress og angst, og frigjør endorfiner som forbedre humøret og øker energinivået. En systematisk oversiktsstudie viser at fysisk aktivitet i barseltiden er vist å øke søvnkvalitet og bedre dagtidsfungering/fatigue (Jones et al., 2025), samt redusere alvorlighetsgraden av depresjons og angstsymptomer og risiko for å utvikle fødselsdepresjon (Deprato et al., 2025).

Oppfølging

Helsedirektoratet anbefaler vurdering av barselkvinnens psykiske helse og oppfølging tilpasset individuelle behov, i tråd med internasjonale retningslinjer (National Institute for Health and Care Excellence, 2014, 2021; Sosialstyrelsen, 2025; World Health Organization, 2022). Helsepersonell bør være opplært i å gjenkjenne og håndtere psykiske plager, og samarbeide tverrfaglig for å sikre helhetlig oppfølging. Brukerorganisasjoner påpekte at psykisk helse ikke er tilstrekkelig ivaretatt og etterlyser rutinemessig screening av alle barselkvinner. Helsedirektoratet anbefaler ikke å screene alle barselkvinner, i tråd med WHO- kriterier for når det bør gjennomføres screening (World Health Organization, 2020). I stedet anbefales kliniske samtaler om psykisk helse i alle møter i barseltiden for å avdekke psykiske plager eller lidelser og vurdere behov for videre kartlegging. Helseforetak, kommunale tjenester og helsepersonell må sikre at bruk av eventuelt kartleggingsverktøy skjer innenfor god praksis og gjeldende regelverk.

Ved bekymring for alvorlige psykiske plager eller lidelser som psykose, alvorlig depresjon, selvmordstanker eller belastende livsbetingelser som vold, anbefales henvisning og tverrfaglig samarbeid, i tråd med NICE-anbefalinger (National Institute for Health and Care Excellence, 2014, 2021).

Helsetilsynets rapport (Helsetilsynet, 2024) fremhever behovet for helhetlig og koordinert oppfølging, og understreker at både kommune og spesialisthelsetjeneste må ha gode systemer for å fange opp barselkvinner med behov for utredning og behandling av fødselsdepresjon. Helsepersonell må ha kunnskap om klassiske symptomer på depresjon, og være oppmerksom på at depresjonsdybde og symptomtrykk ved alvorlig depresjon kan variere gjennom døgnet og uken.

Samhandling

God samhandling og informasjonsflyt mellom pasient, pårørende, den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjeneste kan være avgjørende for et helhetlig pasientforløp. Helsetilsynet påpeker at pasient og pårørende ofte får for mye ansvar for koordinering, noe som kan øke belastning i en allerede sårbar situasjon (Helsetilsynet, 2024).

Fagmiljø og brukerorganisasjoner påpeker at mangel på kontinuitet i tjenestene er en utfordring. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten har et felles ansvar for å organisere et sammenhengende og helhetlig tilbud i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen, med avklarte roller og ansvar i samarbeidsavtaler (Meld. St. 9 (2023-2024)). Derimot viser brukerstemmer fra Helsedirektoratets brukererfaringsundersøkelse for svangerskaps-, fødsel- og barselomsorgen 2024/2025 (Helsedirektoratet, 2025) at barselkvinner generelt har gode erfaringer med samhandling mellom sykehus og kommune etter hjemreise.

Forskningsgrunnlag

Anbefalingen er delvis videreført fra tidligere nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen "Nytt liv og trygg barseltid for familien" fra 2014, og bygger på kunnskapsgrunnlaget i relevante anbefalinger fra andre lands nasjonale retningslinjer, som Sosialstyrelsen (2025), NICE (2021) og WHO (2022). Kunnskapsgrunnlaget er ellers basert på klinisk erfaring og brukererfaringer, samt nyere oversiktsstudier innhentet fra fagekspertene som kjenner forskningen på fagfeltet.

Referanser

Deprato, A., Ruchat, S.-M., Ali, M. U., Cai, C., Forte, M., Gierc, M., . . . Davenport, M. H. (2025). Impact of postpartum physical activity on maternal depression and anxiety: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 59(8), 550-561.

Dorheim, S. K., Bondevik, G. T., Eberhard-Gran, M., & Bjorvatn, B. (2009). Sleep and depression in postpartum women: a population-based study. *Sleep*, 32(7), 847-855.

Folkehelseinstituttet. (2023). Folkehelse rapporten. Helse under svangerskap, fødsel og i nyfødtp perioden. Folkehelseinstituttet,. Hentet fra <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/grupper/svangerskap/?term=>

Helsedirektoratet. Brukererfaringsundersøkelsen om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/nasjonale-brukererfaringsundersokelser/erfaringer-med-svang>

Helsetilsynet. (2024). Fødselsdepresjon kan være forbundet med økt selvmordsfare. Helsetilsynet. Hentet fra <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/tilsynsmeldingen/2024/foedselsdepresjon-kan-vare-forbundet>

Jones, P. A. T., Ruchat, S.-M., Khan-Afridi, Z., Ali, M. U., Matenchuk, B. A., Leonard, S., . . . Davenport, M. H. (2025). Impact of postpartum physical activity on maternal sleep: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 59(8), 576-583.

Khan-Afridi, Z., Ruchat, S. M., Jones, P. A. T., Ali, M. U., Matenchuk, B. A., Leonard, S., . . . Davenport, M. H. (2025). Impact of sleep on postpartum health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med*, 59(8), 584-593.

Meld. St. 9 (2023-2024). Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/4e5d9e6c63d24cd7bdab5d8c58d8adc4/no/pdfs/stm20232024>

National Institute for Health and Care Excellence. (2014). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. National Institute for Health and Care Excellence. Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>

National Institute for Health and Care Excellence. (2021). Recommendations | Postnatal care | Guidance. National Institute for Health and Care Excellence. Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194/chapter/Recommendations>

Pritschet, L., Taylor, C. M., Cossio, D., Faskowitz, J., Santander, T., Handwerker, D. A., . . . Jacobs, E. G. (2024). Neuroanatomical changes observed over the course of a human pregnancy. *Nature Neuroscience*, 27(11), 2253-2260.

Shakeel, N., Sletner, L., Falk, R. S., Slinning, K., Martinsen, E. W., Jenum, A. K., & Eberhard-Gran, M. (2018). Prevalence of postpartum depressive symptoms in a multiethnic population and the role of ethnicity and integration. *J Affect Disord*, 241, 49-58.

Socialstyrelsen. (2025). Graviditet, förlossning och tiden efter. Socialstyrelsen. Hentet fra <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/nationella>

Sorbo, M. F., Grimstad, H., Bjorngaard, J. H., Lukasse, M., & Schei, B. (2014). Adult physical, sexual, and emotional abuse and postpartum depression, a population based, prospective study of 53,065 women in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 14, 316.

Stewart, D. E., & Vigod, S. (2016). Postpartum Depression. *N Engl J Med*, 375(22), 2177-2186.

World Health Organization. (2020). Screening programmes: a short guide. Increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm. World Health Organization. Hentet fra <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289054782>

World Health Organization. (2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. World Health Organization. Hentet fra <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>

Nyfødte i barseltiden

Ekstern høring: [innholdselement innholdselement="f0e084e9-d20d-4466-bdb8-781533ebae91" inline="false"]

Anbefaling

Virkomheten bør inkludere særskilte vurderinger av nyfødte barn i sine rutiner for tidlig oppdagelse eller forverring av somatisk sykdom og behandlingskrevende tilstander

Ekstern høring: [innholdselement innholdselement="f0e084e9-d20d-4466-bdb8-781533ebae91" inline="false"]

Ekstern høring: [innholdselement innholdselement="f0e084e9-d20d-4466-bdb8-781533ebae91" inline="false"]

Helsepersonell bør bruke referanseverdier tilpasset nyfødte ved måling av vitale parametere opptil 6 ukers alder, da deres fysiologiske prosesser gir grunnlag for andre referanser enn eldre barn.

Nyfødte har ulik grad av risiko for å utvikle somatisk sykdom eller behandlingskrevende tilstander.

Helsepersonell bør hos nyfødte særlig være oppmerksomme på risiko for og symptomer på

- forsinket transisjon
- neonatal sepsis/infeksjon
- medfødt hjertefeil
- hypoglykemi
- gulsott
- lungesykdom
- annen medfødt sykdom

Listen er ikke uttømmende.

Rutinene bør inkludere

- kriterier for hvilke nyfødte som bør observeres systematisk, og hvordan de bør observeres
- respons- og behandlingsflyt ved sykdomstegn, avvikende målinger eller bekymring fra helsepersonell/foreldre/pårørende
- hvordan helsepersonell skal handle når de ikke har tilgjengelig utstyr til å gjøre observasjonene som den nyfødtes situasjon/kliniske tilstand krever

Virkomheten bør sørge for at personalet har tilstrekkelig kompetanse og nødvendig utstyr til å gjennomføre observasjonene, tolke resultatene og varsle til riktig person eller instans til rett tid.

Ved mistanke om sykdom hos barnet bør man tilstrebe å gjøre nødvendige observasjoner og undersøkelser uten å skille mor og barn. I noen situasjoner vil dette likevel være nødvendig for å kunne få tilstrekkelig informasjon.

Foreldre bør få informasjon om de vanligste tilstandene og komplikasjonene som kan oppstå, og hvor de i så tilfelle kan henvende seg, også etter hjemreise fra sykehus.

Helsedirektoratets overordnede faglige råd for tidlig oppdagelse av somatisk sykdom eller behandlingsskrevende tilstander gjelder alle pasientgrupper innlagt i sykehus, se faglige råd for [Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand](#).

Praktisk informasjon

Ansvar for å utarbeide rutiner for tidlig oppdagelse av sykdom og forverring av tilstand ligger hos helsefaglig ansvarlig for virksomheten.

Uavhengig av helsetjenestenivå er systematisk observasjon anbefalt for å oppdage sykdom samt forverring av tilstand, se anbefaling om [observasjon i faglige råd for tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand](#).

Systematiske observasjoner kan gjøres av helsepersonell ved hjelp av skåringsverktøy, for eksempel [Tidlig varslingsskår-nyfødt \(TVS-N\) på føde og barsel i Nyfødtveilederen \(helsebiblioteket.no\)](#).

Skåringsverktøyet TVS-N er tilpasset nyfødte og kan brukes inntil 6 uker etter fødsel.

Eksempler på parametere som observeres systematisk ved økt risiko for, eller mistanke om, sykdom eller forverring av tilstand:

- respirasjonsfrekvens
- oksygensaturasjon (SpO2)
- puls
- bevissthetsnivå
- temperatur
- tonus
- hudfarge

Listen er ikke uttømmende, og noen kliniske situasjoner vil kreve andre observasjoner og undersøkelser.

Ulike forhold ved svangerskap og fødsel kan gi økt risiko for å utvikle sykdom. Det er viktig at helsepersonell overfører slik informasjon skriftlig gjennom journal eller epikrise når den nyfødte bytter avdeling eller blir skrevet ut, til hjemmet eller til en annen virksomhet, se anbefaling om [informasjon og samtaler](#).

Begrunnelse

Anbefalingen om særskilte rutiner for tidlig oppdagelse av sykdom er videreført fra tidligere nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen «Nytt liv og trygg barseltid for familien», men er oppdatert etter dagens kunnskap og klinisk praksis. Anbefalingens hensikt er å bidra at nyfødte som trenger ekstra oppfølging og behandling blir identifisert tidlig og får iverksatt adekvate tiltak, og dermed begrense sykdomsutvikling.

Nyfødtperioden er en sårbar tid, ifølge [Norsk nyfødtmedisinsk helseatlas \(skde.no\)](https://www.skde.no/) er gjennomsnittlig 10 % av alle nyfødte som innlegges nyfødtavdelinger, vanligvis overført fra føde- eller barselavdeling i samme sykehus. Av disse er ca. 3 500 barn født i svangerskapsuke 37 eller senere.

Symptomer på sykdom, inkludert alvorlig sykdom, kan være vanskelige å tolke hos nyfødte, fordi de kan ligne på det man ser som en normal del av overgangen fra livet i livmoren til livet utenfor. I tillegg har nyfødte mindre reservekapasitet og et umodent immunforsvar, og kan dermed raskere kunne utvikle alvorlig sykdom enn voksne eller større barn.

Tidlig identifikasjon og intervensjon er avgjørende for å sikre god behandling og redusere risiko for varige skader eller død. Nyfødte er særlig sårbare for raskt utviklende og potensielt livstruende tilstander:

- **Forsinket transisjon:** Overgangen fra intrauterint til ekstrauterint liv innebærer store fysiologiske endringer. Forsinket transisjon kan føre til respirasjonsproblemer og krever rask støttebehandling for å sikre oksygenering og sirkulasjon. Se [20.12 Tidlig varslings-skår-nyfødt \(TVS-N\) på føde og barsel \(helsebiblioteket.no\)](#).
- **Neonatal sepsis/infeksjon:** Sepsis hos nyfødte er en potensielt livstruende tilstand som kan utvikle seg raskt og med få symptomer. Tidlig behandling er avgjørende for å forhindre alvorlige komplikasjoner. Se [4.1 Neonatal sepsis \(helsebiblioteket.no\)](#).
- **Medfødt hjertefeil:** Til tross for bedret prenatal diagnostikk vil det fortsatt fødes barn med ikke erkjente hjertefeil som kan gi alvorlige symptomer i de første levedager til leveuker. Det angis at inntil 30 % av kritiske medfødte hjertefeil fortsatt oppdages etter fødselen. Alvorlige hjertefeil kan gi sirkulasjonssvikt og hypoksi. Se [6.1 Behandling ved mistanke om alvorlig medfødt hjertefeil \(helsebiblioteket.no\)](#).
- **Hypoglykemi:** Hypoglykemi – lavt blodsukker hos nyfødte oppstår som følge av prematuritet, lav fødselsvekt, lav kroppstemperatur og forsinket produksjon av morsmelk hos mor. Lavt blodsukker i kortere perioder gir vanligvis ikke skader, men kan dersom blodsukkeret er lavt over lengre tid ramme hjernens energiforsyning og gi hjerneskade. Se [10.1 Neonatal hypoglykemi \(helsebiblioteket.no\)](#).
- **Gulsott:** Tilstanden er i utgangspunktet forbigående og ufarlig, men kan i sjeldne tilfeller med svært høye verdier forårsake hjerneskade med en alvorlig form for cerebral parese. Se [8 Gulsott og hemolytisk sykdom \(helsebiblioteket.no\)](#).
- **Lungesykdom:** Tilstander som RDS (respiratory distress syndrome) og pneumoni krever rask støttebehandling for å sikre tilstrekkelig oksygenering. Det er vist at barn forløst med keisersnitt, barn av mødre med diabetes eller mødre med intrahepatisk kolestase har økt risiko for å utvikle RDS. Se [5.5 Respiratorisk distress syndrom \(helsebiblioteket.no\)](#).

Systematisering av observasjonene bidrar til å følge utviklingen av nyfødtes kliniske tilstand over tid og oppdage forverring. Sammen kan strukturert kommunikasjon og systematiske, objektive observasjoner med tilhørende responsflyt bidra til at helsepersonell kommuniserer på en mer systematisk måte, og gjør dem tryggere i vurderingen og rapporteringen av nyfødtes kliniske tilstand (Helsedirektoratet, 2020).

Helsedirektoratets kartleggingsundersøkelse i 2024 av praksis rundt måling av vitale parametere av nyfødte i Norge viste at de fleste fødeinstitusjoner gjorde systematiske observasjoner av alle nyfødte uavhengig av risikoprofil, og de fleste brukte skåringsverktøyet tidlig varslings-skår for nyfødte (TVS-N).

Det mangler kunnskapsgrunnlag som støtter å anbefale rutinemessig screening av alle vitale parametere hos alle nyfødte sammenlignet med å observere på mistanke om sykdom eller risikofaktorer.

Norsk barnelegeforening foreslår at alle nyfødte uavhengig av risiko observeres ved bruk av skåringsverktøyet TVS-N, og at nyfødte med risikofaktorer observeres særskilt, se [20.12 Tidlig varslingssskår-nyfødt \(helsebiblioteket.no\)](#). Erfaringskunnskap fra barnelegemiljøet i Norge tilsier at screening fører til noen flere innleggelser ved nyfødt avdeling med såkalte «falsk positive» målinger.

NICE retningslinje anbefaler å bruke skåringssystemer som et supplement til klinisk vurdering ved sykdomstegn og som et kommunikativt verktøy i samtale med foreldre for å beskrive den nyfødtes tilstand. Dette er i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger.

Det er viktig at rutinene inkluderer hvilke nyfødte som bør observeres systematisk for å unngå overforbruk av ressurser og/eller risiko for unødvendige intervensjoner.

Forskningsgrunnlag

Anbefalingen er videreført fra tidligere nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen "Nytt liv og trygg barseltid for familien", og er oppdatert etter klinisk erfaring fra fageksperter på området.

Referanser

Helsedirektoratet. (2020). Observasjon – Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-til>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2021). Postnatal care: NICE guideline NG194. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194>

Norsk barnelegeforening. (2023). Tidlig varslingssskår-nyfødt (TVS-N) på føde og barsel. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/retningslinjer/pediatric/nyfodtmedisin-veiledende-prosedyrer-fra-n>

Anbefaling

Virksomheter som tilbyr føde- og barselomsorg bør ha rutiner for praktisk gjennomføring av gitte undersøkelser og tiltak til nyfødte

Ekstern høring: [innholdselement innholdselement="f0e084e9-d20d-4466-bdb8-781533ebae91" inline="false"/]

Ekstern høring: [innholdselement innholdselement="f0e084e9-d20d-4466-bdb8-781533ebae91" inline="false"/]

Følgende undersøkelser og tiltak til nyfødte bør tilbys, enten barnet er født i sykehus eller utenfor institusjon / hjemme:

- Vitamin K profylakse innen to timer etter fødsel
- Pulsoksymetri for oppdagelse av alvorlige medfødte hjertefeil innen 4 timer etter fødsel
- Hepatitt B vaksine og immunglobulin innen 24 timer etter fødsel til følgende grupper:

- Nyfødte av kvinner som er positive for HBsAg, inkludert kvinner som får antiviral behandling
- Nyfødte født av anti-HBc-ale positive mødre (okkult hepatitt B)
- Nyfødte med mødre fra land med middels eller høy forekomst av hepatitt B eller andre risikogrupper, **uten kjent hepatitt B-status** (se mer under «Praktisk informasjon»)
- Nyfødtscreening så raskt som mulig etter 48 timer etter fødsel
- Hørselstest 24–72 timer etter fødsel
 - Ved ikke passert resultat på screeningen sikres prøver for cytomegalovirus (CMV) infeksjon før hjemreise og innen barnet er 3 uker gammelt, og barnet bør henvises til audiologisk utredning ved høresentral med tilbud om time innen 4 ukers alder.
- **Observasjon av gulsott særlig de første 72 timene etter fødsel**
- Klinisk nyfødtundersøkelse i løpet av første leveuke

Undersøkelsene og tiltakene **bør gjennomføres av helsepersonell med nødvendig kompetanse** og uten å skille barnet fra mor.

Ved mulig smertefulle prosedyrer bør ikke-farmakologiske tiltak tilbys.

Dersom en undersøkelse eller et tiltak er glemt, bør den gjennomføres uten ytterligere forsinkelser.

En totalvurdering av den nyfødtes situasjon bør ligge til grunn for vurderingen av hvilket helsetjenestenivå de ulike undersøkelsene og tiltakene gjennomføres på. Totalvurderingen bør inkludere

- om barnet er født hjemme eller på sykehus
- tidspunkt for planlagt hjemreise
- avstand til sykehus
- tilgjengelig kompetanse

Gjennomføring av alle eller noen av undersøkelsene/tiltakene i kommunehelsetjenesten forutsetter, i tillegg til faglig forsvarlighet, at det er hensiktsmessig for familien og det aktuelle helsepersonellet og at gjennomføringen foregår i et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og den enkelte kommune.

Rutinene bør inkludere varsling og responsflyt ved avvikende funn eller målinger.

Praktisk informasjon

For barn født på sykehus vil det i mange tilfeller være mest hensiktsmessig å gjennomføre alle rutiner og undersøkelser i forbindelse med innleggelse til fødsel. Noen av rutinene kan imidlertid også gjennomføres som én eller flere

- polikliniske kontroller på sykehus
- kontroller i kommunehelsetjenesten

Informere foreldrene om rutinemessige undersøkelser og tiltak for nyfødte. Dersom foreldrene motsetter seg en undersøkelse eller tiltak, er det viktig med forsterket dialog og informasjon. Dersom foreldre fortsatt motsetter seg undersøkelsen eller tiltaket, dokumenteres dette i barnets journal, inkludert hvilken informasjon foreldrene har fått om konsekvensene av å ikke samtykke.

Smertelindring ved mulig smertefulle prosedyrer

Ikke-farmakologiske tiltak for smertelindring kan være

- hudkontakt

- amming
- morsmelk/sukkervann der amming ikke er mulig

Hjemreise før alle undersøkelser/tiltak er gjennomført

Det er viktig med en plan for gjennomføring av de gjenværende undersøkelsene/tiltakene dersom den nyfødte reiser hjem før alle undersøkelsene og tiltakene er gjennomført.

Tidlig hjemreise kan være aktuelt dersom det ikke finnes opplysninger i svangerskapsjournal eller fødejournal som krever spesifikk oppfølging, for eksempel risikofaktorer for infeksjon eller hypoglykemi. Det forutsetter også at pulsoksymetrimåling er gjennomført med normalt resultat og at det nyfødte barnet ikke har andre tegn på sykdom eller mistrivsel.

Eksempler på praktisk gjennomføring av enkelte undersøkelser/tiltak for å oppnå mest mulig riktig resultat

Hepatitt B

Folkehelseinstituttet (FHI) anbefaler at hepatitt B immunglobulin og vaksinasjon gis **innen 24 timer etter fødsel** for noen grupper nyfødte som har eller kan ha blitt eksponert for hepatitt B i svangerskapet. Se [Hepatitt B-vaksine og hepatitt B-immunglobulin i Vaksinasjonshåndboka \(fhi.no\)](https://www.fhi.no/vaksinasjonshandboka).

Dersom mor er fra land med middels eller høy forekomst av hepatitt B eller tilhører andre risikogrupper, og smittestatus er ukjent ved fødsel, behandles mor og barn som om mor er smitteførende inntil spørsmålet er avklart. Behandling med immunglobulin og vaksine av barnet utsettes ikke i påvente av laboratoriesvar.

Det er viktig at behandlingen dokumenteres i journalen til både mor og barn slik at informasjonen overføres til helsepersonell (fastlege og helsestasjon) som har ansvar for at neste dose av vaksine gis ved anbefalt tid, 4 ukers alder. Effekten av disse dosene er avhengig av at de gis til korrekt tid. Deretter skal barnet følge vanlig vaksinasjonsprogram.

Vaksiner skal alltid registreres i SYSVAK av den som utfører vaksinasjon, jf. [SYSVAK-registerforskriften \(lovdata.no\)](https://lovdata.no).

Pulsoksymetri for oppdagelse av alvorlige medfødte hjertefeil

Pulsoksymetri for oppdagelse av alvorlige medfødte hjertefeil utføres **innen 4 timer etter fødsel**. Pulsoksymetriscreening kan gjøres i forbindelse med andre observasjoner av vitale parametere eller som en enkeltstående undersøkelse avhengig av lokale rutiner.

Målingen gjøres både preductalt på høyre hånd og postductalt på enten venstre hånd eller en av føttene til det nyfødte barnet.

Nyfødtscreening

Nyfødtscreening tilbys alle nyfødte i Norge, jf. [forskrift om genetisk masseundersøkelse av nyfødte \(lovdata.no\)](https://lovdata.no).

Blodprøver til nyfødtscreening tas **så snart som mulig når det har gått 48 timer etter fødsel**.

Dersom det vurderes om prøven kan tas andre steder enn i spesialisthelsetjenesten, er det nødvendig å avklare flere forhold:

- Hvem som er ansvarlig for at prøven blir tatt og til riktig tid.

- Hvem som har ansvar for å fange opp en eventuell manglende nyfødtscreening-prøve av barnet.
- Hvor raskt prøvene kan sendes til og mottas av nyfødtscreening-laboratoriet (for noen av de aktuelle sykdommene har uoppdaget tilstand konsekvenser for barnet etter bare få dager).
- Om prøvetakerne har fått nødvendig opplæring, og antall nyfødtscreeningprøver hver prøvetaker har utført, vurderes med tanke på kvaliteten i prøvetakingen.

Klinisk nyfødtundersøkelse

Klinisk nyfødtundersøkelse bør gjennomføres i **løpet av første leveuke**. Undersøkelsen gjøres med én eller begge foreldre til stede.

For barn født på sykehus vil det oftest være hensiktsmessig å gjennomføre undersøkelsen i løpet av sykehusoppholdet, men det kan også gjøres som en poliklinisk undersøkelse. Det kan være aktuelt å gjennomføre undersøkelsen i kommunehelsetjenesten. Dette forutsetter at spesialisthelsetjenesten og den enkelte kommune på forhånd har opprettet et samarbeid som sikrer

- nødvendig opplæring og kompetanse
- rutiner for dokumentasjon og rapportering til Medisinsk Fødselsregister
- rutiner for veiledning og/eller henvisning ved eventuelle funn som trenger oppfølging

Undersøkelsen gjøres av helsepersonell med nødvendig kompetanse, som kan være spesialist i barnesykdommer, lege i spesialisering i barnesykdommer, andre legegrupper med kompetanse på nyfødte, og jordmødre. Med nødvendig kompetanse menes særskilt kunnskap om medfødte tilstander hos nyfødte og hvordan de oppdages, og tilstrekkelig opplæring og erfaring i å utføre klinisk undersøkelse av nyfødte. Kompetansen vedlikeholdes gjennom praksis og faglig oppdatering.

Anbefalt innhold i den kliniske nyfødtundersøkelsen er nærmere beskrevet i [20.3 Undersøkelse av nyfødte på barselavdelingen \(helsebiblioteket.no\)](#)

Gulsott

Nyfødte observeres regelmessig for gulsott, **særlig de første 72 timene**. Mistanke om gulsott kan verifiseres med transcutan måling (TC) eller blodprøve. Det kan være hensiktsmessig å måle TC før blodprøvetagning til nyfødtscreening slik at eventuell kontroll av serum bilirubin kan tas samtidig.

Hos nyfødte som kan ha økt risiko for å utvikle alvorlig hyperbilirubinemi vurderes behovet for tettere oppfølging, eksempelvis observere hudfarge, observere allmenntilstand og/eller måling av TC.

Eksempler på faktorer som kan gi økt risiko for å utvikle alvorlig hyperbilirubinemi:

- premature
- søsken som hadde behov for lysbehandling
- synlig gulsott første 24 timer
- mørk hudfarge

Mørk hudfarge er i seg selv ikke en risikofaktor for gulsott, men risikoen for å utvikle alvorlig hyperbilirubinemi øker fordi gulsott kan være vanskelig å oppdage visuelt hos disse barna.

Begrunnelse

Anbefalingen er basert på tidligere nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen «Nytt liv og trygg barseltid for familien», men er oppdatert etter dagens kunnskap og klinisk praksis.

Det er mulig å gjennomføre alle de anbefalte rutinene innen 49 timer etter fødsel. For de fleste nyfødte som er født på sykehus vil det derfor vanligvis være hensiktsmessig å få utført alle undersøkelsene og tiltakene før utskrivelse, inkludert en klinisk nyfødtundersøkelse. Det kan imidlertid være forhold som tilsier at det kan være hensiktsmessig å organisere tilbudet annerledes, for eksempel:

- barnet er født hjemme, og foreldrene ønsker ikke overføring til sykehus etter fødsel
- tilgang på helsepersonell med nødvendig kompetanse
- ønske om hjemreise før 48 timer etter fødsel
- fødsel i utlandet

K-vitamin

Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje for spedbarnsernæring anbefaler tilskudd av vitamin K til nyfødte barn for å forebygge blødninger relatert til lavt nivå av vitamin K, se anbefaling om [K-vitamin](#).

Hepatitt B vaksine og immunglobuliner for utvalgte grupper

Barn av mødre med kronisk hepatitt B-infeksjon har svært høy risiko for å utvikle kronisk hepatitt B-infeksjon dersom de ikke får riktig behandling etter fødsel. Det anbefales derfor at nyfødte får posteksponeringsbehandling snarest og helst innen 24 timer etter fødselen, se [Hepatitt B-vaksine og hepatitt B-immunglobulin i Vaksinasjonshåndboka \(fhi.no\)](#).

Pulsoksymetri for oppdagelse av alvorlige medfødte hjertefeil

Anbefalingen om rutinemessig måling av pulsoksymetri videreføres da en slik undersøkelse er egnet til å oppdage alvorlige, medfødte hjertefeil. Anbefalt tidspunkt for gjennomføringen av testen endres imidlertid fra "etter 24 timer etter fødsel" til "innen fire timer etter fødsel".

Pulsoksymetri er en test for måling av SpO₂ hos nyfødte, primært for å oppdage alvorlige medfødte hjertefeil. Norske tall viser at om lag 60 % av alle alvorlige hjertefeil, og 50 % av levendefødte barn med alvorlig hjertefeil ble oppdaget før fødsel (Jortveit et al., 2019; Wik et al., 2024). Pulsoksymetri avdekker fortsatt en betydelig andel av medfødte hjertefeil som ikke er oppdaget prenatalt (Wik et al., 2024).

Helsedirektoratet gjennomførte i 2024 en kartleggingsundersøkelse blant landets fødeinstitusjoner om deres praksis rundt pulsoksymetri. Nær alle svarte at de gjennomfører pulsoksymetri samtidig med måling av andre vitale parametere ved 2-4 timers alder, etter innføring av tidlig varslingskår for nyfødte.

Det internasjonale barnekardiologiske miljøet, inkludert i Norge og Norden, argumenterer for å gjøre målingen tidlig for å fange opp barn med alvorlige medfødte hjertefeil som kan få tidlig kollaps (Lannering et al., 2023). I tilgjengelig forskningslitteratur er det imidlertid ikke funnet en tydelig nedre tidsgrense for når det er mest hensiktsmessig å gjennomføre målingen.

Studier viser at ved måling av SpO₂ før 24 timers alder er det noe større risiko for å få falske positive svar (Plana et al., 2018; Saganski et al., 2024). Det vil si at dersom en måling er positiv før barnet er 24 timer er det litt mindre sannsynlig at barnet faktisk har en alvorlig hjertesykdom enn hvis målingen er positiv etter 24 timers alder. Tidlig undersøkelse øker ikke risikoen for at testen gir et falskt negativt svar. Det betyr at negativ måling gir lav sannsynlighet for at det foreligger alvorlig hjertesykdom, uavhengig av tidspunkt for måling.

Til tross for noe økt sannsynlighet for falske positive målinger ved gjennomføring før 24 timers alder mener Helsedirektoratet totalt sett at fordelene med tidlig måling er større enn ulempene.

Pulsoksymetri kan også avdekke tegn på andre alvorlige tilstander hos nyfødte, som lungesykdom, pulmonal hypertensjon og infeksjoner (van Vliet et. al., 2024 og Saganski et. al., 2024). Tidlig

identifikasjon av slike tilstander er viktig for å sikre effektiv behandling og bedre prognose. Disse funnene støtter anbefalingen om tidspunktet for måling av pulsoksymetri, selv om litteraturen om disse problemstillingene ikke er nærmere vurdert av Helsedirektoratet i forbindelse med revisjonen av retningslinjen. Det presiseres at formålet med pulsoksymetri i denne sammenhengen primært er å oppdage alvorlige medfødte hjertefeil.

Nyfødtscreening

Alle barn som fødes i Norge, skal etter loven tilbys nyfødtscreening ([forskrift om genetisk masseundersøkelse av nyfødte \(lovdata.no\)](#)). Screeningprogrammet for sjeldne, alvorlige sykdommer har gradvis blitt utvidet til å omfatte 30 ulike sykdommer pr. januar 2025, se [Nyfødtscreening \(oslo-universitetssykehus.no\)](#). Barna som har disse sykdommene fødes som regel uten tegn til sykdom, og testing er eneste mulighet til å finne dem tidlig. Tidlig oppdagelse er viktig for rask iverksettelse av behandling og derved hindre eller redusere skadevirkningene av disse sykdommene.

Hørselstest

Alle nyfødte skal ha tilbud om screening av hørsel. Dette følger av Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsbrev til de regionale helseforetakene for 2008. Hørselstesten skal tas etter første levedøgn pga. høy andel falske positive første levedøgn. Størst andel godkjente responser oppnås ved testing etter 48 timer. Hørselstap som følge av cytomegalovirus-infeksjon (CMV) kan forebygges med riktig behandling til riktig tid. Se retningslinjen [Screening av hørsel hos nyfødte](#).

Klinisk nyfødtundersøkelse

I Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje for barselomsorgen fra 2014 ble det anbefalt at det nyfødte barnet gjennomgår en fullstendig somatisk undersøkelse av lege i løpet av første–tredje levedøgn.

Anbefalingen om en rutinemessig klinisk nyfødtundersøkelse videreføres da en slik klinisk undersøkelse er egnet til å oppdage medfødte avvik, men med noen endringer:

- Kravet om at det skal være en lege som gjennomfører undersøkelsen erstattes med at det er helsepersonellens kompetanse og opplæring som avgjør om de kan utføre undersøkelsen, herunder jordmødre.
- Undersøkelsen kan gjennomføres i løpet av første leveuke, gitt at det ikke foreligger risikofaktorer eller kliniske symptomer/funn som tilsier at barnet bør undersøkes tidligere.

Endringer i anbefalingen om klinisk undersøkelse av nyfødte er forankret i en kombinasjon av aktuell litteratur og kartlegging av dagens praksis ved norske fødeinstitusjoner.

Hvem som kan utføre undersøkelsen:

Helsedirektoratets kartleggingsundersøkelse i 2024 av praksis rundt klinisk undersøkelse av nyfødte i Norge viste varierende praksis knyttet til hvem som utfører den. Resultatene viste at både barneleger, gynekologer, anestesileger, LIS1-leger, jordmødre, og leger ansatt i kommunehelsetjenesten utførte undersøkelsen.

I den nasjonale retningslinjen for jordmorutdanningen fremgår det at yrkesgruppen skal ha avansert kunnskap til å vurdere det nyfødte barnet.

Jordmor har en sentral rolle i den umiddelbare vurderingen av det nyfødte barnet etter fødsel. Ifølge [forskrift om nasjonal retningslinje for jordmorutdanning \(lovdata.no\)](#) skal jordmor kunne ta selvstendig ansvar for oppfølging av det friske nyfødte barnet. Jordmor skal ha avansert kunnskap om både friske

og syke nyfødte, inkludert anatomi, fysiologi, genetikk og patologiske tilstander. Jordmor skal kunne identifisere avvik, iverksette nødvendige tiltak, tilkalle relevant fagkompetanse og henvise videre ved behov.

Andre nordiske land har lagt til rette for at jordmødre kan gjøre undersøkelsen. Sverige har utarbeidet en egen etterutdanning for jordmødre for at de skal kunne gjøre undersøkelsen. I Danmark er det jordmødre som rutinemessig gjør undersøkelsen, med legeundersøkelse på indikasjon ([Anbefalinger for svangreomsorgen \(sst.dk\)](#)). I Danmark utføres ikke auskultasjon av hjerte eller identifisering av lyskepuls.

Anbefalingen i Storbritannia er ifølge håndboken for [Newborn and Infant Physical Examination \(NIPE\) Screening Programme \(gov.uk\)](#) at undersøkelsen kan utføres av helsepersonell som har gjennomgått relevant opplæring og oppfyller krav til kompetanse og kvalitetssikring. Dette inkluderer:

- leger
- jordmødre
- andre kvalifiserte NIPE-praktikere, som for eksempel sykepleiere med spesialkompetanse

Det kreves at utøveren har fullført godkjent opplæring, og at kompetansen vedlikeholdes gjennom praksis og faglig oppdatering.

Forutsatt at faglig forsvarlighet er ivarettatt, er det også logistiske fordeler ved at også andre personellgrupper enn leger kan opparbeide seg kompetansen til å gjennomføre undersøkelsene. Blant annet kan det gjøre at det blir lettere å kunne imøtekomme foreldres ønske å reise hjem fra sykehus før den kliniske undersøkelsen er gjennomført, inkl. på kvelden. Det kan være u hensiktsmessig at vakthavende lege skal prioritere å undersøke friske nyfødte. Samtidig er det verken fra familiens eller sykehusets perspektiv hensiktsmessig at mor og barn må være innlagt lengre enn nødvendig for å vente på legeundersøkelse.

Fødeinstitusjoner som primært skal motta fødende med lav risiko for komplikasjoner har ikke alltid lege til stede. Det er ressurskrevende å hente inn lege fra andre fødeinstitusjoner for å undersøke disse barna, og det vil ofte være nødvendig å samle opp til noen faste dager. Dette gjør at familien enten kan måtte vente, eller komme tilbake for undersøkelse.

Tidspunkt for undersøkelsen:

Helsedirektoratets kartleggingsundersøkelse i 2024 av praksis rundt klinisk undersøkelse av nyfødte i Norge, viste varierende praksis når det gjaldt tidspunkt for undersøkelsen. Nær alle svarte at de utførte undersøkelsen i tidsrommet 6-72 timer. For de som undersøkte senere enn 48 timer var begrunnelsene eksempelvis tidlig hjemreise og sen retur for fullstendig undersøkelse, begrenset tilgjengelighet på helsepersonell som kunne gjennomføre undersøkelsen eller bekymring for at for tidlig undersøkelse kan gi falske funn.

Litteraturen Helsedirektoratet har gjennomgått er ikke tydelig på anbefalt tidspunkt for klinisk nyfødtundersøkelse. En av de historiske hovedårsakene til den tidligere anbefalingen om undersøkelse av nyfødte innen 1.–3. levedøgn var å fange opp alvorlige medfødte hjertefeil før barnet reiste hjem fra sykehus. På 90-tallet var andel alvorlige hjertefeil som ble oppdaget ved hjelp av ultralyd i svangerskapet på 5-10 %, mens tilsvarende nordiske tall i dag er på 50 % eller høyere (Hautala et al., 2019, Jortveit et al., 2016, Lytzen et al., 2019).

Litteraturen understøtter at en kombinasjon av rutinemessig måling av pulsoksymetri og en klinisk undersøkelse av det nyfødte barnet, inkludert auskultasjon av hjertet, øker sannsynlighet for å oppdage alvorlige medfødte hjertefeil (van Vliet et al., 2023). En norsk retrospektiv studie av alle barn født i

Norge mellom 2017 og 2020 kan indikere det samme. Den fant dessuten ikke noen dødsfall blant nyfødte som hadde blitt utskrevet med en uoppdaget alvorlig hjertefeil i denne perioden (Wik et al., 2024).

Begge de nevnte studiene er dog utydelige på hvilken av de to undersøkelsene som gjøres først og sist, og dermed hvor mange barn med alvorlig hjertefeil som vil bli fanget opp ved en klinisk undersøkelse hos barn med normal pulsokymetri. Erfaringskunnskapen i Norge er at man oppdager få alvorlig hjertefeil ved klinisk nyfødtundersøkelse dersom barnet hadde en normal prenatal ultralyd, ikke har noen symptomer og en har normal pulsokymetri. For flere andre tilstander som kan avdekkes av klinisk undersøkelse, viser dessuten erfaringskunnskap som Helsedirektoratet har innhentet at mange blir oppdaget av jordmor eller annet helsepersonell via andre rutiner for observasjon, oppfølging og undersøkelser (f.eks. stigmata, lav tonus, fotdeformiteter og manglende bek). Til sammen bidrar dette til at graden av hast for en rutinemessig klinisk undersøkelse av alle nyfødte er endret.

Se også anbefaling om [tidlig oppdagelse av sykdom hos nyfødte](#).

Gulsott

Alvorlig skader grunnet hyperbilirubinemi hos barnet kan forebygges ved riktig behandling til riktig tid. Anbefalingen om observasjon av gulsott videreføres. Anbefalingen om å legge særlig vekt på de første 72 timene er i tråd med anbefalinger i andre lands nasjonale faglige retningslinjer (NICE n.d., Sundhetsstyrelsen n.d.) og fra norsk fagmiljø (Nyfødtveileder, Norsk barnelegeforening 2021). Dette begrunnes med at tidlig observasjon og vurdering er viktig, særlig i de første levedøgnene, for å kunne identifisere barn med behov for behandling.

Separasjon av mor og nyfødt for gjennomføring av undersøkelser og tiltak

Mor og nyfødt bør ikke separeres unødig i tiden etter fødsel og undersøkelser. Dette er fremhevet av bruker- og interesseorganisasjonene. Undersøkelser og tiltak hos barnet kan med fordel gjøres uten å skille barnet fra mor dersom det er ikke er til hinder for gjennomføringen. Dette er særlig fremhevet av bruker- og interesseorganisasjonene. Hudkontakt med mor fremmer fysiologisk stabilitet hos den nyfødte, reduserer stress og bidrar til regulering av respirasjon, hjerterefrekvens, temperatur og blodsukker (UNICEF; Moore et al., 2016).

Smertelindring

To Cochrane studier viser smertelindrende effekt av tiltak som hud mot hud-kontakt, amming og brystmelk ved gjennomføring av mulig smertefulle undersøkelser og prosedyrer hos nyfødte (Shaha et al., 2023; Johnston et al., 2017).

Referanser

Artikler i vitenskapelige tidsskrifter

Hautala, L. C., Vähämaa, T., Uotila, J., & Jokinen, E. (2019). The implementation of a nationwide anomaly screening programme improves prenatal detection of major cardiac defects: An 11-year national population-based cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 126(10), 1237–1244. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15838>

Johnston, C., Campbell-Yeo, M., Disher, T., Benoit, B., Fernandes, A., Streiner, D., Inglis, D., & Zee, R. (2017). Skin-to-skin care for procedural pain in neonates. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(2), CD008435. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008435.pub3>

Jortveit, J., Leirgul, E., & Greve, G. (2016). Diagnosis of severe congenital heart defects in Norway. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 136(18), 1541–1545. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.15.1110>

Jullien, S. (2021). Newborn pulse oximetry screening for critical congenital heart defects. *BMC Pediatrics*, 21(Suppl 1), 305. <https://doi.org/10.1186/s12887-021-02819-3>

Lannering, B., Mellander, M., & Sunnegårdh, J. (2023). Screening for critical congenital heart defects in Sweden. *Pediatrics*, 151(3), e2022059273. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-059273>

Lytzen, R., Vejlstrup, N., Bjerre, J., & Hjortdal, V. (2019). The accuracy of prenatal diagnosis of major congenital heart disease is increasing. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 40(3), 389–393. <https://doi.org/10.1080/01443615.2019.1635403>

Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(11), CD003519. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>

Plana, M. N., Zamora, J., Suresh, G., Fernandez-Pineda, L., Thayyil, S., & Ewer, A. K. (2018). Pulse oximetry screening for critical congenital heart defects. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(3), CD011912. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011912.pub2>

Saganski, L., Müller, A., & Becker, M. (2024). Pulse oximetry test for screening congenital heart diseases: A systematic review. *PLOS ONE*, 19(1), e0281234. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281234>

Shah, P. S., Torgalkar, R., & Shah, V. S. (2023). Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2023(8), CD004950. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004950.pub4>

Van Vliet, E., de Vries, W. B., & Reiss, I. K. M. (2024). Diagnostic accuracy of physical examination and pulse oximetry for critical congenital cardiac disease screening in newborns. *European Journal of Pediatrics*, 183(4), 567–574. <https://doi.org/10.1007/s00431-023-05012-6>

Wik, G., Jortveit, J., Leirgul, E., & Greve, G. (2024). Detection of severe congenital heart defects in live-born infants in Norway 2017–2020. *Acta Paediatrica*, 113(1), 123–130. <https://doi.org/10.1111/apa.16789>

Retningslinjer og anbefalinger

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (n.d.). Jaundice in newborn babies under 28 days. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg98>

Norsk barnelegeforening. (2021). Nyfødtdisin: Veiledende prosedyrer. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/retningslinjer/pediatric/nyfodtmedisin-veiledende-prosedyrer-fra-n>

Sundhetsstyrelsen. (n.d.). Anbefalinger for svangreomsorgen. <https://www.sst.dk>

UNICEF. (n.d.). Skin-to-skin contact. Baby Friendly Initiative. <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/implementing-standards-resources/skin-t>

Forskningsgrunnlag

Problemstilling

Ved hvilken alder (timer, dager, uker) og med hvilken metode oppdages de fleste med medfødte hjertefeil?

PICO

Populasjon (P)

Nyfødte

Tiltak (I)

Auskultasjon Pulsoksymetri Undersøkelse av perifer puls Somatisk undersøkelse / barnelege undersøkelse / legeundersøkelse / nyfødtundersøkelse / rutineundersøkelse

Utfall (O)

Oppdagelse/ identifikasjon av medfødt hjertefeil

Beskrivelse av inkluderte studier

Anbefalingen er basert på tidligere nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen "Nytt liv og trygg barseltid for familien", Helsedirektoratets kartleggingsundersøkelse i 2024 av praksis rundt klinisk undersøkelse av nyfødte i Norge, og er oppdatert etter dagens kunnskap og klinisk praksis. Det ble gjennomført litteratursøk.

Dato for søk: 23.5.2024.

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

Plana et al. (2018) er en Cochrane review som har sett på den diagnostiske presisjon av pulsoksymetri screening for oppdagelse av alvorlige medfødte hjertefeil hos nyfødte uten symptomer på sykdom. Oppsummeringen inkluderer studier publisert fra 2002 fram til mars 2017. De konkluderer med at pulsoxymetri har en moderat høy sensitivitet på ca. 75 %, men har en svært høy spesifisitet (99,9%), dvs. at testen gir få falsk negative. Falsk positiv rate er lav, men er litt høyere ved undersøkelse før 24 timer enn etter (0,42 % vs. 0,06 %).

Saganski et al. (2024) er en systematisk oversiktsartikkel som har sett på den diagnostiske presisjon av pulsoksymetri screening for oppdagelse av alvorlige medfødte hjertefeil hos nyfødte før 48 timer etter fødsel. Inkluderer studier som i Plana et al., men supplert med artikler publisert til juni 2021. De rapporterer en spesifisitet på 0,98 and sensitivitet på 0,47, dvs. litt lavere enn i Plana et al. Dette kan bl.a. skyldes at studien, i motsetning til i Plana et al., ikke ekskluderte barn med symptomer på sykdom. Også andre sykdommer, slik som infeksjoner og lungesykdom kan gi positiv test, og disse barna har ofte symptomer. Når også disse tas med vil særlig sensitivitet påvirkes, dvs. en mindre andel av de med positiv test vil ha alvorlig hjertesykdom. De kan likevel ha annen behandlingstrengende sykdom.

Van Vliet et al. (2024) er en systematisk oversiktsartikkel som har sett på diagnostisk presisjon av pulsoksymetri, fysisk undersøkelse og kombinasjonen av disse for oppdagelse av alvorlige medfødte hjertefeil hos nyfødte. Artikkelen inkluderer studier publisert før november 2023. Sensitivitet for fysisk undersøkelse var 0.69 og spesifisitet 0.98. For pulsoxymetri screening var sensitivitet 0.78 and spesifisitet 0.99. Kombinasjonen av pulsoxymetri og fysisk undersøkelse gav en samlet sensitivitet på 0.93 og spesifisitet på 0.98. Fysisk undersøkelse i tillegg til pulsoxymetri fanget opp noen flere barn med alvorlige hjertefeil enn kun pulsoxymetri. Det kan imidlertid bemerkes at deteksjonsraten ved prenatal ultralyd sannsynligvis var lavere på den tiden mange av de inkluderte studiene ble gjennomført enn det som vil gjelde i Norge i dag. Det var dessuten betydelig variasjon i hvordan fysisk undersøkelse ble gjennomført.

Barselkvinner og nyfødte i sårbare livssituasjoner

Ekstern høring: [innholdselement innholdselement="f0e084e9-d20d-4466-bdb8-781533ebae91" inline="false"]

Anbefaling

Virksomhetens ledelse bør ha rutiner for å identifisere barselkvinner og nyfødte barn i sårbare livssituasjoner, samt tilby utvidet oppfølging ved behov

Ekstern høring: [innholdselement innholdselement="f0e084e9-d20d-4466-bdb8-781533ebae91" inline="false"]

Ekstern høring: [innholdselement innholdselement="f0e084e9-d20d-4466-bdb8-781533ebae91" inline="false"]

En sårbar livssituasjon i barseltiden refererer til at barselkvinner, nyfødte barn eller deres familier står overfor utfordringer som kan påvirke helse, trivsel og sosial funksjon. Dette kan inkludere psykiske helseproblemer, rusmiddelbruk (alkohol og rusmidler), vold, barselkvinner med lite nettverk, kort botid i Norge og sosioøkonomiske utfordringer.

Virksomheter som identifiserer og tilrettelegger for utvidet oppfølging inkluderer spesialisthelsetjenesten, kommunale helse- og omsorgstjenesten, samt jordmor ved hjemmefødsler.

Barselkvinner og nyfødte barn i en sårbar livssituasjon bør identifiseres så tidlig som mulig for å gi riktig helsehjelp, og forhindre at deres livssituasjon forverrer seg.

Tegn på sårbar livssituasjon kan være kjent fra svangerskap, fødsel eller oppstå i barseltiden. Helsepersonell bør aktivt bruke sin kunnskap og kompetanse til å være oppmerksomme på tegn, signaler og forhold som kan gi grunn til bekymring.

For å ivareta barselkvinner og nyfødte barn i sårbare livssituasjoner bør virksomhetens rutiner omhandle:

- Hvordan de ansatte kan handle både ved bekymring og når behov for utvidet oppfølging er identifisert.
- Hvordan de ansatte skal handle for å overholde opplysningsplikten og avvergingsplikten, jf. [helsepersonelloven §§ 31 og 33 \(lovdata.no\)](#) og [straffeloven § 196](#).
- Hvordan de ansatte skal handle for å overholde barselkvinnens og medforeldre sin rett til informasjon, samtykke og medvirkning.
- Hvordan og hvor observasjoner og oppfølging av helsepersonell blir dokumentert.

- Informasjonsoverføring og samarbeid mellom tjenestene og nivåene, som sikrer utvidet oppfølging og kontinuitet.
- En oversikt over det helhetlige tilbudet av tilgjengelige tjenester, slik at helsepersonell vet hvor de kan ta kontakt ved bekymring eller behov for henvisning til videre oppfølging.
- En skriftlig plan for videre oppfølging før hjemreise fra føde- og barselavdelingen, som er kjent for barselkvinnen og partner/medforelder. I tillegg bør barselkvinnen få skriftlig informasjon om hvor hun kan henvende seg ved behov.

Praktisk informasjon

Identifisere sårbar livssituasjon

Ved bekymring rundt barselkvinnen, nyfødte barn og familiens livssituasjon:

- Gå i dialog med barselkvinnen/medforeldre på en empatisk og respektfull måte. De har rett til informasjon og medvirkning som gjelder det nyfødte barnets helseforhold, og dialog kan bidra til tillit og samarbeid. [Motiverende intervju](#) kan være et hjelpemiddel.
- Ved bekymring for psykiske helseutfordringer hos barselkvinnen, se anbefaling om [barselkvinnens psykiske helse](#).
- Ved bekymring for rusmiddelbruk hos en eller begge foreldre, kan helsepersonell bruke kartleggingsverktøy og eksempler på samtale om alkohol og andre rusmidler i samtalen med foreldrene, se [Digital håndbok: Snakk om ROP \(korus.no\)](#). Det kan også være nødvendig å henvise barnefar/medmor/partner ved rusmiddelbruk til videre oppfølging. Se nasjonal veileder for [Psykisk helse- og rusarbeid for voksne](#).
- Ved mistanke om vold fra partner, sørg for at samtale om temaet foregår uten partner eller familie til stede. Dersom mistanke om vold er opprettholdt meldes det til relevante myndigheter uten at foreldrene informeres, jf. [helsepersonelloven §§ 25, 31, 33 \(lovdata.no\)](#).
- Avsett tid til bruk av kvalifisert tolk ved begrensede norskkunnskaper. Vær oppmerksom på variasjoner i helsekompetanse, det vil si å finne, forstå, kritisk vurdere og benytte seg av helseinformasjon.
- Ved bekymring for barselkvinnen sin sosioøkonomiske situasjon eller nettverk, gå i dialog for å kartlegge situasjonen og vurdere behov for videre oppfølging.

Eksempler på veiledende materiell for å identifisere utsatte kvinner, barn og familier:

- Bekymring for omsorgssvikt, se [Hva er omsorgssvikt? \(bufdir.no\)](#).
- Bekymring for rusmiddelbruk, se veilederen [Prosedyrer for rusmiddeltesting](#).
- Vold i nære relasjoner, se [Erfaringer med vold i retningslinje for svangerskapsomsorgen](#) og [En veileder om vold i nære relasjoner \(nkvt.no\)](#).
- Hvordan snakke om vold, se [Hvordan snakke om vold? \(nkvt.no\)](#).
- Avdekke/avverge vold/overgrep mot barn, se anbefaling om at [Helsestasjonen skal bidra til å avverge og avdekke vold, overgrep og omsorgssvikt](#). (Relevant anbefaling også for spesialisthelsetjenesten).
- Utnyttelse og menneskehandel, se [Ofre for menneskehandel i veileder for Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente](#).

Utvidet oppfølging

Når bekymringsverdige forhold er avdekket kan det være behov for individuell oppfølging utover det standardiserte oppfølgingsløpet i barselomsorgen.

Taushetsbelagte opplysninger kan gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp. Barselkvinnen informeres om at det vurderes særlig behov for individuell oppfølging og gis anledning til å medvirke i videre oppfølging.

Utvidet tilbud og individuell oppfølging i spesialisthelsetjenesten før hjemreise kan inkludere:

- tilbud om lengre opphold i barselavdelingen, både for utvidet støtte, veiledning, vurdering og observasjon
- enerom, med plass til partner/støtteperson
- begrenset antall helsepersonell å forholde seg til
- en skriftlig plan for videre oppfølging

Utvidet oppfølging i kommunale helse- og omsorgstjenester kan inkludere:

- flere hjemmebesøk og/eller oppfølging av jordmor, helsesykepleier og fastlege, se anbefalingen [Ved behov for ekstra oppfølging](#) i helsestasjonsretningslinjen
- dialog mellom jordmor og helsesykepleier for å sikre en god overgang fra svangerskaps- og barselomsorgen til oppfølgingen fra helsestasjonen, se om [samarbeid med jordmor](#) i helsestasjonsretningslinjen
- oppfølging av foreldre og barn som ikke møter til konsultasjoner, se [Eksempler på oppfølgingstiltak når barnet ikke møter](#) i helsestasjonsretningslinjen
- oppfølging av foreldres psykiske helse, se [Foreldres psykiske helse](#) i helsestasjonsretningslinjen
- universelle, primærforebyggende foreldreveiledningsprogrammer, se [Foreldreveiledningsprogrammer](#) i helsestasjonsretningslinjen

Opplysningsplikt og avvergingsplikten

Ved bekymring for det nyfødte barnets omsorgssituasjon eller mistanke om vold i familien, kan opplysningsplikten til barnevernet eller avvergingsplikten inntre, se [Opplysningsplikt i helsestasjonsretningslinjen](#) og [plikt.no](#).

Se også anbefaling i Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse av utsatte barn og unge: [Ansatte som arbeider med barn og unge bør ha god kunnskap om opplysningsplikten til barneverntjenesten og avvergelsesplikten, og vite hvordan de skal handle for å overholde disse.](#)

Henvvisning til videre oppfølging og samarbeid

Når behovet for utvidet oppfølging er identifisert kan relevante samarbeidspartnere og henvisningsinstanser inkludere (listen er ikke uttømmende):

- fastlege, helsestasjon, barnevern, psykisk helsetjeneste i kommunen, veiledningstilbud til foreldre og krisesenter
- internt i virksomheten: egne ansatte/team med særskilt kompetanse på for eksempel veiledning til foreldre, rus eller psykisk helse
- tverrfaglige konsultasjons-/drøftingsteam, der slike er opprettet
- familievernkontor, overgrepsmottak og politi
- NAV
- Distriktpsykiatrisk senter (DPS), Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)
- frivillige organisasjoner
- ROSA - Nasjonalt hjelpetiltak og kompetansesenter mot menneskehandel
- Alternativ til vold, Landsforeningen for voldsofre

Noen av disse ressursene kan også brukes til anonym drøfting, veiledning og rådgivning for helsepersonell utover egne kolleger.

[I anbefaling som omtaler utreise](#) er det skissert hva som er viktig angående samhandling, inkludert utreise ved helg og helligdager.

Nyfødte og familier med store, sammensatte behov kan ha rett til individuell plan eller barnekoordinator og trenger et helhetlig og omfattende tjenestetilbud, se Nasjonal veileder for [Samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier](#).

Opplæringsmateriell og andre ressurser

I [retningslinjen Gravide i legemiddelassistert rehabilitering \(LAR\)](#) står det beskrevet hvordan sårbare familier med rusmiddelbruk kan følges opp på en god måte.

[Plikt.no](#) informerer om avvergingsplikten. Den gir veiledning ved mistanke om vold eller overgrep og tilbyr e-læringskurs for å øke kunnskapen blant fagfolk. Nettsiden inneholder også praktiske eksempler og ressurser.

Opplæringsprogrammet [Tidlig inn \(forebygging.no\)](#) er et tilbud om opplæring i verktøy og metoder innen samtalemetodikk til ansatte som møter småbarnsforeldre, gravide og deres partnere. Formålet er å sikre at gravide og småbarnsfamilier tidlig får kompetent hjelp innen rus, psykisk helse og vold gjennom tverrfaglig samarbeid.

Nettsiden Zanzu har informasjon om tiden etter fødsel og barsel på mange språk: [Etter fødsel \(zanzu.no\)](#). Se også veilederen [Helsetjenester til flyktninger, asylsøkere og familiegjennforente](#).

[I trygge hender \(nsf.no\)](#) er et materiell for bruk på helsestasjoner for å forebygge, avdekke og avverge vold. Det inkluderer en animasjonsfilm og et veiledningshefte, og er laget for å brukes i samtaler med foreldre.

[Litt sint \(littsint.no\)](#) en kunnskapsportal som gir forskningsbasert informasjon om sinnemestring for foreldre. Den tilbyr gratis materiell, verktøy og nettkurs for å hjelpe foreldre med å håndtere sinne i samspill med barn. Selvhjelpskurset er tilgjengelig på 11 språk.

Relevante tiltak og prosjekter

- [Sammen på vei \(sammenpavei.no\)](#)
- [Nye familier: – Et tilbud til deg som venter barn \(drammen.kommune.no\)](#)
- [Nye mønstre – trygg oppvekst \(kristiansand.kommune.no\)](#)

Begrunnelse

Identifisere sårbar livssituasjon

Familier i sårbare livssituasjoner står overfor utfordringer som kan påvirke deres daglige liv, helse og velvære. Psykiske helseproblemer, risikofylt rusmiddelbruk, vold, barselkvinner med lite nettverk, kort botid i Norge og sosioøkonomiske faktorer er utfordringer som kan føre til stress, konflikt og helseproblemer, som igjen påvirker både voksne og barn i familien (Helsedirektoratet, 2019; National Institute for Health and Care Excellence, 2021).

Noen familier vil være i en situasjon der risikofaktorene overlapper hverandre (risiko-opphopning) og akkumulering av risiko øker sannsynligheten for et negativt utfall etter hvert som barnet vokser opp. Helsedirektoratet anbefaler derfor tidlig identifisering, intervensjon og støtte for å hjelpe familier med å forebygge og forhindre at deres livssituasjon forverres (Helsedirektoratet, 2018). Det er bred støtte i fagmiljøet og ekstern referansegruppe for å komme tidlig inn med å identifisere og følge opp sårbare og utsatte familier.

Risikofaktorer for barnet defineres som egenskaper eller eksponering øker sannsynligheten for negativ utvikling som sykdom, skade eller mangelfull mestring. Det kan være biologiske forhold knyttet til svangerskap (f.eks. dårlig ernæring eller rusbruk), eller miljøfaktorer som fattigdom, lav utdanning hos foreldre, familiekonflikter, omsorgssvikt, vold og overgrep (Helsedirektoratet, 2018), samt psykiske helseutfordringer hos foreldrene (Helsedirektoratet, 2023).

En utsatt livssituasjon innebærer risikofaktorer for barnet, kvinnen og/eller familien, som kan være kjent fra svangerskapsoppfølgingen eller oppstå etter fødsel. Når risiko ikke er kjent fra svangerskapet, kan helsepersonells kunnskap og kompetanse være avgjørende for å identifisere barn og familier i en utsatt livssituasjon. Anbefalingen om at helsepersonell aktivt bruker kunnskap og kompetanse kan bidra til å identifisere barn og familier som lever i en utsatt livssituasjon (Helsedirektoratet, 2019). Dette innebærer å være oppmerksom på tegn, signaler og forhold som kan gi grunn til bekymring, samt å ha innsikt i både risiko- og beskyttelsesfaktorer (Helsedirektoratet, 2019). Beskyttelsesfaktorer innebærer enhver faktor - individuell, relasjonell eller miljømessig - som bidrar til å fremme en positiv utvikling for barn og unge (Helsedirektoratet, 2018). Kunnskap om risiko og beskyttelse vil være nødvendig, men ikke tilstrekkelig. Det er også nødvendig med kunnskap om tegn og signaler som indikerer at barn har det vanskelig eller er i risiko (Helsedirektoratet, 2018).

Psykiske helseproblemer og rusmiddelbruk hos mor eller partner/medforelder kan ha en betydelig innvirkning på barselkvinnens livskvalitet og funksjonsevne, og påvirke det nyfødte barnet og familien. Tidlig identifisering og intervensjon anbefales og kan være avgjørende for å sikre nødvendig støtte og kan bidra til bedre helseutfall for både mor og barn (Justis- og beredskapsdepartementet, 2025; Meld. St. 9 (2023-2024)), og er i tråd med anbefalinger i retningslinjene fra NICE og WHO (National Institute for Health and Care Excellence, 2014; World Health Organization, 2022).

Vold, enten fysisk, psykisk eller seksuell, kan ha alvorlige konsekvenser for barselkvinnen og det nyfødte barnets helse og trivsel. Det anbefales å ha økt fokus på forebygging, tidlig identifisering av sårbarhets- og risikofaktorer og støtte ved avdekking av vold i barseltiden for å redusere voldens omfang og konsekvenser, i henhold til Opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner (2024–2028)(Justis- og beredskapsdepartementet, 2025), noe som også er i tråd med NICE, Sosialstyrelsen og Sundhetsstyrelsen (National Institute for Health and Care Excellence, 2014; Sosialstyrelsen, 2025; Sundhetsstyrelsen, 2024).

Kvinner med kort botid i Norge kan møte utfordringer knyttet til språk, integrering og tilgang til helsetjenester. I tillegg kan de også ha større risiko for komplikasjoner, og kan ha behov for tettere oppfølging også under barseltiden (Helsedirektoratet, 2024). Anbefalinger som tar hensyn til deres spesifikke behov kan bidra til bedre integrering og helseutfall (National Institute for Health and Care Excellence, 2018).

Sosioøkonomiske utfordringer, som lav inntekt og utdanning, kan påvirke helsen negativt. Tiltak som adresserer disse utfordringene kan bidra til å redusere helseforskjeller og forbedre livskvaliteten for de mest utsatte gruppene (National Institute for Health and Care Excellence, 2018).

Utvidet oppfølging

Foreldre har rett til informasjon og medvirkning (Helsedirektoratet, 2014), og dialog kan bidra til tillit og samarbeid. Samtalemetoder og kompetanse i å snakke om vanskelige tema kan skape trygghet, slik at helsepersonell er rustet til å ta disse samtaleene (Helsedirektoratet, 2019), og at foreldre får tillit til at helsepersonells motivasjon er å hjelpe familiene, i samarbeid med foreldrene.

[Helsepersonelloven § 40 \(lovdata.no\)](#) og [pasientjournalforskriften \(lovdata.no\)](#) fastsetter at pasientjournalen skal inneholde opplysninger som er relevante og nødvendige for å yte helsehjelp. Dette inkluderer informasjon som er essensiell for å oppfylle helsepersonells meldeplikt og

opplysningsplikt. Det er derfor viktig at virksomheten har rutiner som ivaretar dette. Disse rutinene bidrar til å opprettholde en høy standard for pasientomsorg og sikrer at all nødvendig informasjon blir korrekt registrert og tilgjengelig for helsepersonell.

Henvisning til videre oppfølging og samarbeid

Det anbefales at virksomhetens rutiner omhandler informasjonsoverføring og samarbeid mellom tjenestene for å sikre videre oppfølging og kontinuitet. Kontinuitet er særlig viktig for sårbare familier, da det bidrar til å bygge tillit mellom helsepersonell og familien (World Health Organization, 2022), men mangelfull samhandling mellom tjenestene er en utfordring (Meld. St. 9 (2023-2024); NOU 2023:5, 2023). Når samme helsepersonell følger familien over tid, kan de lettere tilpasse omsorgen til familiens spesifikke behov og oppdage utfordringer tidligere. Iverksetting av tiltak som sikrer god oppfølging og støtte til foreldre kan bidra til å forebygge vold mot barn (Justis- og beredskapsdepartementet, 2025).

Rutiner for samarbeid rundt oppfølging av risikoutsatte kvinner, familier og nyfødte barn er beskrevet i veilederen [Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak](#), og veilederen [Taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt i forvaltningen \(regjeringen.no\)](#) viser en samlet oversikt over rettsreglene om taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt i forvaltningen.

Forskningsgrunnlag

Anbefalingen er delvis videreført fra tidligere nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen "Nytt liv og trygg barseltid for familien", men er oppdatert etter dagens kunnskap og kliniske praksis. Kunnskapsgrunnlaget i denne anbefalingen bygger på relevante anbefalinger fra Sveriges barselretningslinje (Socialstyrelsen), WHO og NICE, samt nyere oversiktsstudier innhentet fra fagmiljø som kjenner forskningen på fagfeltet.

Referanser

Helsedirektoratet. (2014). Nytt liv og trygg barseltid for familien - Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen (IS 2057). Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen/>

Helsedirektoratet. (2018). Kunnskapsgrunnlag - Metoder for tidlig identifisering av risiko hos barn og unge. Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kunnskapsgrunnlag-metoder-for-tidlig-identifisering-av-risiko->

Helsedirektoratet. (2019). Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse av utsatte barn og unge. Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/tidlig-oppdagelse-av-utsatte-barn-og-unge>

Helsedirektoratet. (2023). Nasjonal veileder for psykisk helsearbeid barn og unge. Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykisk-helsearbeid-barn-og-unge>

Helsedirektoratet. (2024). Nasjonal faglig retningslinje for fødselsomsorgen. Helsedirektoratet. Hentet fra Helsedirektoratet

Justis- og beredskapsdepartementet. (2025). Opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner (2024–2028): «Trygghet for alle». Status sommer 2025. Oslo. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/ny-sideopptrappingsplan-mot-vold-og-overgrep-mot-barn-og->

Meld. St. 9 (2023-2024). Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/4e5d9e6c63d24cd7bdab5d8c58d8adc4/no/pdfs/stm20232024>

National Institute for Health and Care Excellence. (2014). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. National Institute for Health and Care Excellence. Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>

National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Pregnancy and complex social factors: a model for service provision for pregnant women with complex social factors

Clinical guideline. National Institute for Health and Care Excellence. Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/cg110>

National Institute for Health and Care Excellence. (2021). Recommendations | Postnatal care | Guidance. National Institute for Health and Care Excellence. Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194/chapter/Recommendations>

NOU 2023:5. (2023). Den store forskjellen. Om kvinners helse og betydning av kjønn for helse. Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7e517da84ba045848eb57d4e3d89acc3/no/pdfs/nou20232023>

Socialstyrelsen. (2025). Graviditet, förlossning och tiden efter. Socialstyrelsen. Hentet fra <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/nationella>

Sundhedsstyrelsen. (2024). Vold i nære relationer hos gravide, kommende og nye forældre (Fagligt grundlag for opsporing og indsatser. Danmark). D. Sundhedsstyrelsen. Hentet fra <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2024/Vold-i-naere-relationer-fagligt-grundlag>

World Health Organization. (2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. World Health Organization. Hentet fra <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>

Informasjon og samtaler

Ekstern høring: [innholdselement innholdselement="f0e084e9-d20d-4466-bdb8-781533ebae91" inline="false"]

Anbefaling

Virksomheten bør tilby barselkvinner informasjon og samtaler om fødselsforløpet, egen og barnets helse, forventet videre forløp og oppfølging, og vanlige komplikasjoner

Ekstern høring: [innholdselement innholdselement="f0e084e9-d20d-4466-bdb8-781533ebae91" inline="false"]

Ekstern høring: [innholdselement innholdselement="f0e084e9-d20d-4466-bdb8-781533ebae91" inline="false"]

Alle barselkvinner bør tilbys individuell samtale. Generell informasjon kan tilbys i grupper.

Samtalen(e) bør finne sted i løpet av de første dagene etter fødsel og innholdet tilpasses etter behov. Områder for informasjon og samtaler kan omfatte

- fødselsforløpet
- barselkvinnens helse
- den nyfødtes helse
- familiedannelse

Dokumentasjon av innhold i samtale og informasjon føres i kvinnens journal.

Dersom det er aktuelt og kvinnen ønsker det, bør det tilstrebes at medforelder eller partner er til stede ved individuell samtale.

Virksomhetens rutiner bør inkludere hvordan ulike behov følges opp videre, og angi tidsrommet virksomheten har ansvar for videre oppfølging av barselkvinnen og det nyfødte barnet.

Virksomhetens rutiner for informasjonen og samtaler bør gjennomgå og oppdateres regelmessig og sees i sammenheng med eventuelle avvik og uønskede hendelser på området.

Praktisk informasjon

Informasjon og samtaler

Barselkvinner har ulik kunnskap og livserfaring, og informasjonsbehovet er individuelt. Ta utgangspunkt i kvinnens og familiens behov, og tilpass informasjon og samtale(r) deretter. Det er også viktig at tidspunkt og varighet for samtale(r) tilpasses den nyfødtes behov for amming.

Kartlegg barselkvinnens individuelle behov for informasjon, og tilrettelegg for å fremme helse, mestring og forebygge komplikasjoner i barseltiden. Det kan være behov for å informere og samtale rundt andre områder enn det som er nevnt her.

I tråd med [pasient- og brukerrettighetsloven \(lovdata.no\)](https://lovdata.no) skal helsepersonell sikre at kvinnen har forstått informasjonen som blir gitt. Tilpass informasjonen til mottakerens individuelle forutsetninger, inkludert kultur- og språkbakgrunn og helsekompetanse. Dersom mottaker ikke snakker og forstår norsk, bruk tolk ([tolkeloven \(lovdata.no\)](https://lovdata.no)).

Nettsiden zanzu.no har informasjon om barseltiden på flere språk. Informasjonen inkluderer omsorg for mor og det nyfødte barnet etter fødsel, tilknytning, amming og livsendringer i forbindelse med familiedannelse.

Lenkene nedenfor henviser til mer informasjon som grunnlag for samtalen, og hvor barselkvinnen/medforelder kan lese mer om emnet.

Eksempler på områder informasjon og samtaler kan omfatte

Fødselsforløpet

- Gjennomgang av fødselsforløpet med jordmor eller lege

Samtalen om fødselsforløpet gjennomføres med fordel av forløsende jordmor eller lege. Det er viktig at kvinnen får mulighet til å stille spørsmål og oppklare eventuelle misforståelser og uklarheter. I samtalen kartlegges kvinnens behov for eventuelt mer hjelp og støtte til å bearbeide fødselen. Ved slike behov lages det en plan for videre oppfølging i samråd med kvinnen og med de ressursene som er tilgjengelige lokalt enten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller spesialisthelsetjenesten. Dersom medforelder har øvrige behov henvises vedkommende til å ta kontakt med sin fastlege.

Barselkvinnens helse

- Vanlige fysiologiske prosesser etter fødsel
- De vanligste komplikasjonene etter fødsel, inkludert forebygging av blodpropp se [Kroppen og den første tiden etter fødsel \(helsenorge.no\)](https://helsenorge.no) og anbefaling om [fysisk aktivitet etter fødsel](https://helsenorge.no)
- Oppfølging av perineale plager, se anbefaling om [rifter og underliv](https://helsenorge.no)
- Vanlige psykiske reaksjoner etter fødsel, inkludert hvor en kan henvende seg dersom en har behov for det, se anbefaling om [barselkvinnens psykiske helse](https://helsenorge.no)
- Seksualitet og Prevensjon, se [Sex etter fødsel \(helsenorge.no\)](https://helsenorge.no)
- Levevaner og kosthold, se [Kostrådene \(helsenorge.no\)](https://helsenorge.no) og [Amming, alkohol, tobakk og legemidler \(helsenorge.no\)](https://helsenorge.no) og anbefaling om [fysisk aktivitet etter fødsel](https://helsenorge.no)
- Hvor barselkvinnen kan henvende seg dersom det oppstår behov for kontakt med helsepersonell for seg selv eller barnet etter hjemreise
- Planlagte kontroller i barseltiden inkludert egen etterkontroll og viktigheten av at hun selv må bestille timen, se [Barsel og oppfølging etter fødsel \(helsenorge.no\)](https://helsenorge.no)

Den nyfødtes helse

- Den første tiden med et nyfødt barn, normal spedbarnsadfærd og komplikasjoner som kan oppstå, se [Omsorg og kjennetegn på trivsel hos det nyfødte barnet \(helsenorge.no\)](https://helsenorge.no) og [Gulsott hos nyfødte \(helsenorge.no\)](https://helsenorge.no)

- Spedbarnsstell/hygiene
- Ernæring, se [Amming og mat til spedbarn \(helsenorge.no\)](https://helsenorge.no/tema/ernaring)
- Sovemiljø og forebygging av krybbedød se brosjyren [Trygt sovemiljø for spedbarnet \(helsenorge.no\)](https://helsenorge.no/tema/sovemiljo), [Søvn hos barn 0–2 år \(helsenorge.no\)](https://helsenorge.no/tema/sovn) og [Krybbedød \(helsenorge.no\)](https://helsenorge.no/tema/krybbedod)
- Vold og faren ved å riste spedbarn, se [Omsorgen for det nyfødte barnet \(helsenorge.no\)](https://helsenorge.no/tema/omsorgen-for-det-nyfodte-barnet)
- For familier fra land der kjønnslemlestelse praktiseres: informasjon om norsk lov og praksis
- Vise til tjenesten [Småbarnsliv på Helsenorge](https://helsenorge.no/tema/smabarnsliv)

Hva innebærer familiedannelse

- Fars/partners, eventuelt søskens, deltagelse i den nye familien
- Foreldrenes forventninger
- Søvn og hvile
- Mestringsstrategier i møte med et nyfødt barn, se [Omsorgen for det nyfødte barnet \(helsenorge.no\)](https://helsenorge.no/tema/omsorgen-for-det-nyfodte-barnet)
- Betydning av tilknytning hud mot hud, se [Hudkontakt og søvn \(helsenorge.no\)](https://helsenorge.no/tema/hudkontakt-og-sovn) og [Skjermråd for foresatte](https://helsenorge.no/tema/skjermråd-for-foresatte)

Dokumentasjon og rutiner for deling av taushetsbelagt informasjon

For informasjonsoverføring og samarbeid, se anbefaling om [Utreise](https://helsenorge.no/tema/utreise).

Dokumenter innhold i samtalen og hvilken informasjon som er gitt. Dette føres i kvinnens journal. Det skal ikke deles mer informasjon enn nødvendig og det skal ikke deles informasjon med flere aktører enn nødvendig, jf. kap.5 i rundskrivet [Helsepersonelloven med kommentarer](https://helsenorge.no/tema/helsepersonelloven-med-kommentarer).

Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp. Samarbeidende helsepersonell kan for eksempel være helsepersonell i andre avdelinger, i andre sykehus eller helsepersonell utenfor sykehuset eller i andre virksomheter som samarbeider om helsehjelpen til den konkrete pasienten. Også andre enn helsepersonell kan være samarbeidende personell i den grad de samarbeider med det helsepersonell som yter behandling til pasienten. Samarbeidende personell får da tilsvarende taushetsplikt som helsepersonell.

Se veilederen [Taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt i forvaltningen \(regjeringen.no\)](https://helsenorge.no/tema/taushetsplikt-opplysningsrett-og-opplysningsplikt-i-forvaltningen) som er en samlet oversikt over rettsreglene om taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt i forvaltningen.

Begrunnelse

Betydningen av informasjon

Formålet med informasjon og samtaler er blant annet å

- kartlegge individuelle behov
- forberede kvinnen og familien på barseltiden
- bidra til å fremme helse
- forebygge komplikasjoner

Helsedirektoratet anbefaler informasjon, opplæring og rådgiving for å forberede kvinner, foreldre og/eller eventuelle andre omsorgspersoner før hjemreise fra fødeinstitusjonen i tråd med WHO sine anbefalinger (WHO 2022). Nøyaktig hvilke områder det er viktig for kvinner å få informasjon om er ikke godt dokumentert og vil være individuelt, så denne anbefalingen beror i stor grad på erfaringsbasert kunnskap, og budskap fra pasient- og brukerorganisasjoner i tillegg til nevnte referanser.

Statens helsetilsyn beskriver flere lovbrudd i sin tilsynsrapport -forsvarlig oppfølging av mor og barn under barseloppholdet med hovedfokus på utreisesituasjonen (Helsetilsynet, 2018). Lovbruddene gjaldt blant annet manglende sikring av tilstrekkelig informasjon til barselkvinnen før hjemreise, og manglende dokumentasjon av utreisesamtale. Helsetilsynet fremhever viktigheten av å dokumentere hvilke områder det har vært informert om eller samtalt rundt, hvilke eventuelle oppfølgingspunkter som er avtalt og hvor barselkvinnen kan henvende seg ved behov etter hjemreise ved uro for egen eller barnets helse.

Resultater fra Helsedirektoratets [brukererfaringsundersøkelse for tjenester knyttet til svangerskap-, fødsel- og barselomsorgen 2025](#) viser at informasjon i barselperioden ikke alltid er tilstrekkelig. Særlig gjelder dette informasjon om den nyfødtes og barselkvinnens helse, og informasjon og veiledning rundt stell og ernæring av det nyfødte barnet. Disse funnene bygger særlig opp under viktigheten av å styrke informasjon og veiledning både under barseloppholdet i sykehus, men også de første dagene etter hjemreise fra sykehus.

Form på informasjon og samtaler

Forskere ved FHI har brukt data som ble samlet inn i en tidligere spørreundersøkelse for å finne ut om erfaringene fra føde- barsel varierte med hvorvidt kvinnene hadde hatt en samtale før utreise eller ikke. Studien viste at kvinner som har født, har en bedre opplevelse av oppholdet på sykehus dersom de får en samtale før de blir utskrevet enn de som ikke har fått samtale (Sjetne et al., 2023). De som hadde fått en individuell samtale var aller mest fornøyd, og deretter kom de som hadde fått samtale i grupper.

Helsedirektoratet anbefaler en kombinasjon av individuelle samtaler og/eller samtaler i grupper fordi enkelte informasjons- og veiledningstema, som gjelder barselkvinner og nyfødte generelt, kan være godt egnet i grupper.

Områder som kan inkluderes i informasjon og samtaler

Brukererfaringsundersøkelsen 2024/2025 indikerer at informasjon om den nyfødtes og barselkvinnens helse er viktig. Til tross for at barselkvinnens helse ikke er et hovedfokus på helsestasjonen har kvinner behov for å få informasjon på helsestasjonen om hvor de kan søke oppfølging av egen helse.

Agdestein et al. (2025) gjennomførte en tverrsnittstudie av 351 kvinner som fødte på sykehus i Nord-Trøndelag i perioden 2021 til 2022. Formålet var å undersøke kvinners erfaring og perspektiv på etterkontroll etter fødsel. Studien viste at 72,3 % av kvinnene benyttet seg av tilbudet om etterkontroll etter fødsel enten hos fastlege, kommunal jordmor eller på sykehus. En av de viktigste årsakene til at kvinner ikke møtte til etterkontroll var manglende informasjon om tilbudet. Hele 5 % oppga at de ikke hadde fått informasjon i det hele tatt, mens 44 % av kvinnene hadde mottatt informasjon om etterkontrollen før hjemreise fra barselavdelingen. Andre informasjonskilder var kommunejordmor, fastlege, venner og sosiale medier. Studien understreker viktigheten av strukturert og tydelig informasjon fra helsepersonell etter fødsel for å sikre at flere kvinner får nødvendig oppfølging. Dette er et enkeltstudie og den er dermed ekstra sårbare for skjevheter og feil, og mindre pålitelige enn funn fra større forskningsoppsummeringer.

Forskningsgrunnlag

Det finnes begrenset dokumentasjon på hvilke områder det er viktig for kvinner å få informasjon, og behovene vil variere individuelt. Begrunnelsen for denne anbefalingen er basert på klinisk erfaring og brukererfaringer, samt en nyere enkeltstudie innhentet fra fageksperter som kjenner forskningen på fagfeltet.

Referanser

Agdestein, C., Vie, G. Å., Baasland, I., Horn, J., & Mjølstad, B. P. (2025). Postpartum check-ups with general practitioners in Norway: A cross-sectional survey of attendance, content and patient satisfaction. *BMC Primary Care*, 26(306). <https://doi.org/10.1186/s12875-025-02992-x>

Folkehelseinstituttet (FHI). (2023). Women report better experiences from maternity care after postnatal consultations: A cross-sectional study. *ScienceDirect*.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399123000708?via%3Dihub>

Helsedirektoratet. (2025). Kvinneres erfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i Norge i 2024–2025.

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kvinneres-erfaringer-med-svangerskaps-fodsels-og-barseloms>

Helsetilsynet. (2018). Rapport fra tilsyn – forsvarlig oppfølging av mor og barn under barseloppholdet med hovedfokus på utreisesituasjonen.

<https://www.helsetilsynet.no/historisk-arkiv/tilsynsrapporter/vestfold-arkiv-tilsynsrapporter/2018/sykehuse>

World Health Organization (WHO). (2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>

Råd

Helsepersonell bør tilby individuell tilpasset veiledning av barselkvinner slik at de gradvis kan komme i gang med fysisk aktivitet og styrke bekkenbunnsmuskulaturen etter fødsel

Ekstern høring: [innholdselement innholdselement="f0e084e9-d20d-4466-bdb8-781533ebae91" inline="false"/]

Ekstern høring: [innholdselement innholdselement="f0e084e9-d20d-4466-bdb8-781533ebae91" inline="false"/]

Samtale om fysisk aktivitet og bekkenbunnstrening bør skje på sykehuset, på hjemmebesøk av jordmor og ved andre møter med helsepersonell fra rett etter fødsel. Anbefalingen gjelder både etter vaginal fødsel og etter keisersnitt, og for dem som har hatt bekkenleddsmerter i svangerskapet. Anbefalingen gjelder fra fødsel og frem til etterkontrollen hos jordmor eller lege, 4–8 uker etter fødsel.

Kvinner bør i dagene og ukene etter fødsel oppfordres til å være i daglig aktivitet, og få informasjon om at dette har betydning for blant annet å forebygge blodpropp og fødselsrelatert nedstemthet. Aktiviteten bør tilpasses ut ifra en helhetlig vurdering av, kvinnens tilstand og hennes aktivitetsnivå før og i svangerskapet.

Helsepersonell bør informere om

- hvordan kvinnen kan gjøre bekkenbunnsøvelser for å gjenopprette styrke i bekkenbunnsmuskulatur

- hvordan kvinnen gradvis bør øke intensiteten på fysisk aktivitet ut ifra styrke i bekkenbunnsmuskulatur og sårtilheling av vaginalrifter, og operasjonssår etter keisersnitt, slik at hun etter hvert kan følge nasjonale råd om å være [fysisk aktiv i minst 150 til 300 minutter med moderat intensitet eller minst 75 til 150 minutter med høy intensitet](#)
- å ta kontakt med lege dersom hun opplever vedvarende smerter eller plager i underlivet etter fødsel, inkludert lekkasjeproblemer, se anbefaling om [fødselsrifter og plager i underlivet](#) i Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen

Praktisk informasjon

Helhetlig vurdering og individuell tilpasning

Tilby veiledning og tilpasset informasjon om fysisk aktivitet basert på en helhetlig vurdering av kvinnens tilstand etter fødsel. Vurderingen kan inkludere helsetilstand hos mor og barn, fysisk, psykisk og sosial funksjon, forløp av fødsel og tidlig barseltid, samt totalsituasjonen rundt nyfødt- og familiesituasjon. Ta også hensyn til søvn, ernæringsstatus, smerter og aktivitetsnivå under graviditet, i tillegg til kulturelle og tidligere erfaringer og preferanser for fysisk aktivitet og trening.

Samtaler om fysisk aktivitet

Avklar eventuelle spørsmål og bekymringer kvinnen har til å være fysisk aktiv rett etter fødsel. Det er særlig viktig for tidligere inaktive kvinner. Opplevelsen av å bli tatt på alvor og akseptert for de vanene man har, er viktig for en god dialog. Snakk om mulighetene for en [gradvis økning i aktivitetsnivået](#) og å [begrense langvarig stillesitting](#). Legg vekt på de gunstige effektene fysisk aktivitet har for helse og velvære.

Vurder sammen med kvinnen om det kan være gunstig å involvere partner/ familiemedlemmer i samtaler om fysisk aktivitet, som kan være en støtte for kvinnen til å komme i gang med fysisk aktivitet.

Informert om at fysisk aktivitet også er et samtaletema ved etterkontrollen 4-8 uker etter fødsel. Dersom hun strever med å komme i gang med regelmessig fysisk aktivitet i ukene etter fødsel, kan jordmor/fastlege tilby veiledning og støtte for å komme i gang ved [etterkontrollen](#).

Tilrettelegging og gjennomføring

Gradvis progresjon

Kvinner som har født kan gradvis øke aktivitetsnivået etter fødsel ved å starte med aktivitet gjennom daglige gjøremål, lek og stell av barn, trening av bekkenbunnsmuskulatur og daglige gå- eller trilleturer. Disse turene kan etter hvert økes i lengde og hastighet, avhengig av kvinnens form. Anerkjenn at mangel på søvn og omsorgsoppgaver kan gjøre det vanskelig å følge anbefalingen enkelte dager. Informer om at litt bevegelse er bedre enn ingen, og at rolige aktiviteter som yoga og pilates også kan ha gunstig effekt på helsen og velværet (Poyatos-León et al., 2017).

Å gå tur med barnevogn i et tempo som gjør en litt andpusten er et godt eksempel på kondisjonstrening, og å dytte barnevognen oppover en bakke kan gi både kondisjons- og styrketrening (Davenport et al., 2025). Informer om å vente med aktiviteter av høyere intensitet som gir press på bekkenbunnsmuskulaturen eller tyngdefølelse i underlivet, slik som hopping, løping og hardere styrketrening, til hevelse og ømhet har gått tilbake, og sårtilheling av vaginalrifter er godt i gang. Hvor lang tid det tar før kvinnen kan gjenoppta allsidig kondisjons- og styrketrening med høyere intensitet som før graviditeten, er individuelt. Det kan ta 4-6 måneder før ligamenter og bindevev er tilbake til normal funksjon, men kvinner som har trent mye før og/eller under svangerskapet kan ofte gjenoppta tidligere aktivitetsnivå raskere.

Gi ammende kvinner råd om å bruke en støttende BH under aktiviteten og å innta tilstrekkelig med væske for å unngå dehydrering. Informer om at fysisk aktivitet ikke påvirker mengden på morsmelken (Davenport et al., 2025).

Etter keisersnitt

Gi kvinner som har hatt et ukomplisert keisersnitt råd om å være i daglig lett aktivitet gjennom daglige gjøremål og gåturer og til å gradvis øke aktivitetsnivået, så sant hun ikke opplever økende smerter i operasjonssåret. Daglige gåturer kan virke smertelindrende. Langvarig stillesitting bør unngås. Økning av aktiviteten opp til høy intensitet og aktivitet som gir press nedover på buk og bekkenbunn, inkludert hopping, løping og tyngre løft (som eldre søsken), er først aktuelt når operasjonssåret er grodd, som vanligvis tar opp til seks uker (Davenport et al., 2025).

Bekkenbunnstrening

Gi kvinner som har født, både vaginalt og med keisersnitt, veiledning i hvordan de kan trene opp igjen bekkenbunnsmuskulaturen for å unngå vedvarende problemer med lekkasje. Dette kan for eksempel innebære et daglig program hvor hun gjentar 3 serier med 10 sammentrekninger av 6-8 sekunders varighet. Hun bør ta pause mellom hver sammentrekning der hun slapper godt av i muskulaturen som trenes. Det er ofte nødvendig å følge programmet i 4-6 måneder etter fødsel for å gjenopprette styrke og funksjon. Mage-, sete- og lårmuskulatur skal være avslappet under sammentrekningen. Det kan være vanskelig å finne og bruke riktig muskulatur i de første dagene etter fødsel fordi vevet er hovent og ømt. Rådgi kvinnen om at hun kan gradvis øke kraften og lengden på sammentrekningen etter hvert som disse symptomene avtar.

Bekkenleddssmerter og delte magemuskler

Kvinner som har hatt bekkenleddssmerter i svangerskapet blir som oftest gradvis bedre etter fødsel. Fysisk aktivitet med fokus på kontakt med kjernemuskulatur, riktig løfteteknikk og gradvis å opparbeide stabilitet og styrke i muskulatur rundt bekkenet kan gjøre at denne prosessen går fortere (Vleeming et al., 2008). Informer om at hvis smertene ikke avtar i løpet av de første ukene etter fødsel, kan hun ta kontakt med fysioterapeut eller autorisert helsepersonell med kompetanse på bekkenleddssmerter (Health & Excellence, 2021).

Informer om at det er normalt å ha delte magemuskler (abdominis recti diastase) i månedene etter fødsel, og at det er trygt å trene og å gjøre mageøvelser til tross for dette (Beamish et al., 2025). Hos en del vil diastasen vedvare over ett år etter fødsel (Sperstad et al., 2016).

Forsiktighetsregler

Gi kvinnen råd om å

- redusere intensiteten dersom hun opplever økt vaginal blødning, smerter etter keisersnitt eller fra vaginalrifter/epiotomi under aktivitet (Davenport et al., 2025)
- utvise forsiktighet og eventuelt avbryte fysisk aktivitet ved svimmelhet, samt undersøke bakgrunnen for svimmelheten hos lege dersom den vedvarer
- vente med svømming og andre vannaktiviteter til renselsen har opphørt for å forebygge infeksjon. Det skjer vanligvis innen 6 uker.

For kvinner med urin- og avføringslekkasje etter fødsel, se anbefaling om [fødselsrifter og plager i underlivet](#).

Informasjon, aktuelle tilbud og verktøy

Informasjon til helsepersonell

- [Helsedirektoratets temaside om fysisk aktivitet](#)
- [Helsedirektoratets nasjonale råd om fysisk aktivitet i forebygging og behandling](#)

Informasjon til pasienter og pårørende

- [Fysisk aktivitet etter fødsel \(helsenorge.no\)](#)
- [Fysisk aktivitet etter keisersnitt \(helsenorge.no\)](#)
- [Fysisk aktivitet for den voksne befolkningen \(helsenorge.no\)](#)
- [Film om styrking av bekkenbunnsmuskulatur fra St. Olavs hospital \(youtube.no\)](#)
- [Brosjyre om bekkenbunnen og bekkenbunnstrening fra Norsk fysioterapeutforbund \(PDF\)](#)
- Brosjyre om bekkenleddsmerter fra Norsk fysioterapeutforbund (PDF)
- [Filmer om bekkenleddsmerter fra Landsforeningen kvinnelig bekkenhelse \(bekkenleddhelse.no\)](#)

Aktuelle tilbud om fysisk aktivitet etter fødsel

- Barseltrening – sjekk helsestasjonen for aktuelle barseltreningstilbud i kommunen. Det finnes også mange private tilbydere som tilrettelegger for trening med barn.
- Enkelte kommunale frisklivssentraler tilbyr barseltrening og de har vanligvis god oversikt over tilbud om fysisk aktivitet og trening i regi av kommunen, frivillige og private aktører. [Frisklivssentralen](#) tilbyr også støtte til et sunnere kosthold, snus- og røykeslutt, bedre søvn, og mestring av helseutfordringer. Helsepersonell kan henvise til frisklivssentralen, eller den enkelte kan selv ta kontakt.
- Ergo- og fysioterapitjenester. Se den aktuelle kommunens egne nettsider.

Selvhjelpsmateriell

- På [Lev \(helsenorge.no\)](#) finnes kunnskapsbaserte verktøy for de som vil endre vaner og informasjon om hva den enkelte selv kan gjøre for å bedre egen helse.
- Starthjelp til å endre livsstil finnes i [verktøy \(helsenorge.no\)](#)
- [Få bedre kondisjon og utholdenhet \(helsenorge.no\)](#)

Begrunnelse

Det er gunstig å komme raskt i gang med fysisk aktivitet etter fødsel

Selv om perioden rett etter fødsel og frem til etterkontrollen 4–8 uker etter fødsel kan oppleves overveldende, er det av flere grunner viktig å hjelpe kvinnen med å komme raskt og gradvis i gang med fysisk aktivitet. De fremste årsakene er for å redusere risiko for blodpropp (venøs tromboembolisme (VTE)), postpartum depresjon og angst, forebygge forstoppelse/hemoroider og å styrke bekkenbunnen (Lutsey & Zakai, 2023; Poyatos-León et al., 2017; Woodley et al., 2017). I tillegg kan det gi mulighet for egentid, økt velvære og mestringsfølelse (Harrison et al., 2016).

Fysisk aktivitet kan forebygge blodpropp og nedstemthet etter fødsel

Gravide kvinner har fire til seks ganger økt risiko for VTE grunnet venøs stase, økt blodviskositet og eventuell endotelskade ved hypertensjon (Devis & Knuttinen, 2017). Forekomst av VTE i Norge er 1:1000 svangerskap, og likt fordelt i alle tre trimester, men høyest de første seks ukene postpartum (Jacobsen et al., 2008). Langvarig sengeleie under og etter fødsel vil senke blodgjennomstrømmingen i bena og øke stase og dermed risiko for trombose (Chen et al., 2021). Risikoen er ytterligere økt etter keisersnitt og ved dehydrering (Maughan et al., 2022). Tidlig mobilisering og fysisk aktivitet reduserer risiko for VTE (Gould et al., 2012).

Man antar at omkring 10 % av kvinner opplever nedstemthet og depresjon i tiden etter en fødsel (Woody et al., 2017). Det er god evidens for at fysisk aktivitet reduserer nedstemthet og symptomer på depresjon postpartum (Committee, 2018; Dipietro et al., 2019).

Bekkenbunnstrening

Svangerskap og fødsel er den viktigste faktoren for utvikling av urin- og fekal lekkasje blant kvinner. En antar at omtrent en tredjedel av kvinner opplever urinlekkasje de tre første månedene etter fødsel (Dumoulin et al., 2014). Å oppleve lekkasje kan være en barriere for å gjenoppta fysisk aktivitet og for noen forårsake nedstemthet og misnøye med egen kropp etter fødsel (Felde et al., 2017). Flere risikofaktorer for lekkasje er økende i fødepopulasjonen (Folkehelseinstituttet, 2024). Disse inkluderer blant annet høy alder, forhøyet BMI og forløsning med vakuumpompe (Health & Excellence, 2021). Helsedirektoratet anbefaler derfor at alle kvinner får veiledning i bekkenbunnstrening under svangerskapet og etter fødsel. Det finnes få studier på effekten av å starte bekkenbunnstrening etter graviditeten hos kvinner som opplever lekkasje. Fordi daglig bekkenbunnstrening under graviditeten kan forebygge inkontinens etter fødsel og fordi bekkenbunnstrening blant eldre kvinner forebygger aldersrelatert inkontinens (Dumoulin et al., 2014), er det sannsynlig at bekkenbunnstrening har effekt også dersom treningen startes etter fødsel og etter at lekkasjen har oppstått (Davenport et al., 2025; Woodley et al., 2017). Daglig trening av bekkenbunnsmuskulatur kan i tillegg forebygge organprolaps (Health & Excellence, 2021) og ha positiv effekt på livskvalitet (Radzimiska et al., 2018).

Gradvis økning i aktivitetsnivå etter keisersnitt

Evidensgrunnlaget for å gi egne anbefalinger om fysisk aktivitet etter keisersnitt er begrenset (Davenport et al., 2025), men det er sannsynlig at tidlig mobilisering bidrar til redusert tromboserisiko, kortere sykehusopphold og at mage- tarmfunksjonen raskere gjenopprettes (Macones et al., 2019). Tidlig mobilisering etter keisersnitt er en av de foreslåtte intervensjonene i tilnærmingen "enhanced recovery after surgery" (ERAS) eller rask rekonvalesens etter kirurgi (Ciechanowicz et al., 2023). I ukene etter hjemreise anbefales en gradvis økning i aktivitetens intensitet, og å unngå tyngre løft for ikke å forsinke sårtilheling.

Veiledning i levevaner i tiden etter fødsel

Anbefalingen har også et folkehelseperspektiv (Helsedirektoratet, 2024). Det er naturlig at aktivitetsnivået synker under graviditeten. Kvinner som var aktive før graviditeten kan streve med å gjenoppta gamle vaner, og tidligere inaktive kvinner kan trenge ekstra motivasjon for å komme i gang med fysisk aktivitet etter fødsel. Tall fra 2022 viser at 40 % av kvinner som blir gravide, har overvekt eller fedme like før svangerskapet. Andelen øker for hvert barn kvinnen føder (MFR, 2022). Møter med helsepersonell i forbindelse med fødsel både på sykehus, ved hjemmebesøk og ved etterkontroll kan være en god anledning til å snakke om levevaner. Fysisk aktivitet bør inngå i disse samtaler fordi det både på kort og lang sikt har en rekke gunstige helseeffekter uavhengig av vektøkning. Som den generelle delen av befolkningen vil fysisk aktivitet ha positiv forebyggende effekt på diabetes type 2, høyt blodtrykk, depresjon, angst, muskel- og skjelettplager og søvn (Helsedirektoratet, 2024). I tillegg kan kvinner i fertil alder som er overvektige og/eller har polycystisk ovariesyndrom øke sjansen for å bli gravid på nytt, samt øke sannsynligheten for et ukomplisert svangerskap og fødsel dersom de er regelmessig fysisk aktive (Hakimi & Cameron, 2017; Mussawar et al., 2023).

Metode og prosess

Målgruppe

Dette faglige rådet retter seg mot helsepersonell, helsefagstudenter og andre som jobber med fysisk aktivitet og som gjennom sitt virke kommer i kontakt med kvinner som har født.

Kunnskapsbasert tilnærming

Helsedirektoratet startet arbeidet med anbefalingen i høsten 2023. Det er gjort usystematiske søk etter oppsummert litteratur og nylig oppdaterte retningslinjer fra andre land, samt internasjonale organisasjoner. Referanselister i nøkkelpublikasjoner er gjennomgått. Anbefalingen bygger på de nasjonale rådene for fysisk aktivitet og tid i ro, internasjonale retningslinjer, samt oversiktsartikler og nøkkelreferanser.

Se beskrivelse av [metode og prosess for revisjon av nasjonale faglige råd for fysisk aktivitet og tid i ro](#).

Prosess

En tverrfaglig arbeidsgruppe med fageksperter ble nedsatt. På bakgrunn av identifisert litteratur har Helsedirektoratet utarbeidet utkast til anbefalingstekst som arbeidsgruppen har gitt muntlige og skriftlige innspill til. I tillegg har referansegruppen som ble nedsatt i forbindelse med revidering av Nasjonal retningslinje for barselomsorgen gitt innspill til teksten.

Anbefalingen har vært på intern høring i Helsedirektoratet og høres nå i et bredt eksternt fagmiljø.

Arbeidsform og deltakere

Helsedirektoratet har ledet arbeidet. En tverrfaglig arbeidsgruppe har gitt innspill til utkast til tekst. Følgende personer har bidratt i arbeidet:

- Monica Sørensen, seniorrådgiver i Helsedirektoratet, avdeling for folkesykdommer
- Tonje Vråle, seniorrådgiver i Helsedirektoratet, avdeling for barne- og ungdomshelse
- Signe Stafne, fysioterapeut, St. Olavs Hospital HF
- Yvonne Sollied, jordmor, Tromsø kommune
- Cecilia Ingulstad, brukerrepresentant, Barselopprøret

Deltakere i referansegruppen som ble nedsatt for revisjon av nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen finnes i [retningslinjens metodekapittel](#).

Prosjektet har hatt støtte til faglig innhold, metodisk og digital utforming fra:

- Caroline Hodt-Billington, spesialrådgiver i Helsedirektoratet, avdeling for normering
- Inger M. Skarpaas, seniorrådgiver i helsedirektoratet, avdeling for folkesykdommer
- Ingunn Holden Bergh, seniorrådgiver i Helsedirektoratet, avdeling for miljø og helse
- Rita Lill Lindbak, seniorrådgiver i Helsedirektoratet, avdeling for miljø og helse

Habilitet

Arbeidsgruppedeltakere har fylt ut Helsedirektoratets habilitetsskjema. Intellektuelle eller finansielle interesser som potensielt kan påvirke arbeidet er lagt frem for de andre deltakerne i arbeidsgruppen. Ingen interesser med konsekvenser for deltakelse i arbeidet er identifisert.

Referanser

Beamish, N. F., Davenport, M. H., Ali, M. U., Gervais, M. J., Sjwed, T. N., Bains, G., Sivak, A., Deering, R. E., & Ruchat, S.-M. (2025). Impact of postpartum exercise on pelvic floor disorders and diastasis recti abdominis: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 59(8), 562-575. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2024-108619>

Chen, J., Guo, L., Li, S., & Shi, Y. (2021). Efficacy and safety of postural intervention on prevention of deep venous thrombosis of lower extremity in postpartum women with pregnancy-induced hypertension: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*, 100(12), e24959. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000024959>

Ciechanowicz, S., Ke, J. X. C., Sharawi, N., & Sultan, P. (2023). Measuring enhanced recovery in obstetrics: a narrative review. *AJOG Glob Rep*, 3(1), 100152. <https://doi.org/10.1016/j.xagr.2022.100152>

Committee, P. A. G. A. (2018). 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report. In: US Department of Health and Human Services.

Davenport, M. H., Ruchat, S.-M., Jaramillo Garcia, A., Ali, M. U., Forte, M., Beamish, N., Fleming, K., Adamo, K. B., Brunet-Pagé, É., Chari, R., Lane, K. N., Mottola, M. F., & Neil-Sztramko, S. E. (2025). 2025 Canadian guideline for physical activity, sedentary behaviour and sleep throughout the first year post partum. *British Journal of Sports Medicine*, 59(8), 515-526. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2025-109785>

Devis, P., & Knuttinen, M. G. (2017). Deep venous thrombosis in pregnancy: incidence, pathogenesis and endovascular management. *Cardiovasc Diagn Ther*, 7(Suppl 3), S309-s319. <https://doi.org/10.21037/cdt.2017.10.08>

Dipietro, L., Evenson, K. R., Bloodgood, B., Sprow, K., Troiano, R. P., Piercy, K. L., Vaux-Bjerke, A., & Powell, K. E. (2019). Benefits of Physical Activity during Pregnancy and Postpartum: An Umbrella Review. *Med Sci Sports Exerc*, 51(6), 1292-1302. <https://doi.org/10.1249/mss.0000000000001941>

Dumoulin, C., Hay-Smith, E. J. C., & Mac Habée-Séguin, G. (2014). Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005654.pub3>

Felde, G., Ebbesen, M. H., & Hunskaar, S. (2017). Anxiety and depression associated with urinary incontinence. A 10-year follow-up study from the Norwegian HUNT study (EPINCONT). *Neurourol Urodyn*, 36(2), 322-328. <https://doi.org/10.1002/nau.22921>

Folkehelseinstituttet. (2024). Helse under svangerskap og fødsel. <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelserapporten/grupper/svangerskap/>

Gould, M. K., Garcia, D. A., Wren, S. M., Karanicolas, P. J., Arcelus, J. I., Heit, J. A., & Samama, C. M. (2012). Prevention of VTE in Nonorthopedic Surgical Patients: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *CHEST*, 141(2), e227S-e277S. <https://doi.org/10.1378/chest.11-2297>

Hakimi, O., & Cameron, L.-C. (2017). Effect of Exercise on Ovulation: A Systematic Review. *Sports Medicine*, 47(8), 1555-1567. <https://doi.org/10.1007/s40279-016-0669-8>

Harrison, C. L., Brown, W. J., Hayman, M., Moran, L. J., & Redman, L. M. (2016). The Role of Physical Activity in Preconception, Pregnancy and Postpartum Health. *Semin Reprod Med*, 34(2), e28-37. <https://doi.org/10.1055/s-0036-1583530>

Health, N. I. f., & Excellence, C. (2021). Pelvic floor dysfunction: prevention and non-surgical management. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng210/resources/pelvic-floor-dysfunction-prevention-and-nonsurgical->

- Helsedirektoratet. (2024). Voksne bør være fysisk aktive ukentlig i minst 150 til 300 minutter med moderat intensitet, eller minst 75 til 150 minutter med høy intensitet, eller en kombinasjon av moderat og høy intensitet.
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling/voksne-og-eldre>
- Jacobsen, A. F., Skjeldestad, F. E., & Sandset, P. M. (2008). Incidence and risk patterns of venous thromboembolism in pregnancy and puerperium; a register-based case-control study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 198(2), 233.e231-233.e237.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2007.08.041>
- Lutsey, P. L., & Zakai, N. A. (2023). Epidemiology and prevention of venous thromboembolism. *Nat Rev Cardiol*, 20(4), 248-262. <https://doi.org/10.1038/s41569-022-00787-6>
- Macones, G. A., Caughey, A. B., Wood, S. L., Wrench, I. J., Huang, J., Norman, M., Pettersson, K., Fawcett, W. J., Shalabi, M. M., Metcalfe, A., Gramlich, L., Nelson, G., & Wilson, R. D. (2019). Guidelines for postoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations (part 3). *Am J Obstet Gynecol*, 221(3), 247.e241-247.e249.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.04.012>
- Maughan, B. C., Marin, M., Han, J., Gibbins, K. J., Brixey, A. G., Caughey, A. B., Kline, J. A., & Jarman, A. F. (2022). Venous Thromboembolism During Pregnancy and the Postpartum Period: Risk Factors, Diagnostic Testing, and Treatment. *Obstet Gynecol Surv*, 77(7), 433-444.
<https://doi.org/10.1097/ogx.0000000000001043>
- Mussawar, M., Balsom, A. A., Totossy de Zepetnek, J. O., & Gordon, J. L. (2023). The effect of physical activity on fertility: a mini-review. *F S Rep*, 4(2), 150-158. <https://doi.org/10.1016/j.xfre.2023.04.005>
- Poyatos-León, R., García-Hermoso, A., Sanabria-Martínez, G., Álvarez-Bueno, C., Cavero-Redondo, I., & Martínez-Vizcaíno, V. (2017). Effects of exercise-based interventions on postpartum depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Birth*, 44(3), 200-208. <https://doi.org/10.1111/birt.12294>
- Radzimiska, A., Strczyńska, A., Weber-Rajek, M., Styczńska, H., Strojek, K., & Piekorz, Z. (2018). The impact of pelvic floor muscle training on the quality of life of women with urinary incontinence: a systematic literature review. *Clin Interv Aging*, 13, 957-965. <https://doi.org/10.2147/cia.S160057>
- Sperstad, J. B., Tennfjord, M. K., Hilde, G., Ellström-Engh, M., & Bø, K. (2016). Diastasis recti abdominis during pregnancy and 12 months after childbirth: prevalence, risk factors and report of lumbopelvic pain. *Br J Sports Med*, 50(17), 1092-1096. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096065>
- Vleeming, A., Albert, H. B., Östgaard, H. C., Stureson, B., & Stuge, B. (2008). European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. *European Spine Journal*, 17(6), 794-819.
<https://doi.org/10.1007/s00586-008-0602-4>
- Woodley, S. J., Boyle, R., Cody, J. D., Mørkved, S., & Hay-Smith, E. J. C. (2017). Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev*, 12(12), Cd007471.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD007471.pub3>
- Woody, C. A., Ferrari, A. J., Siskind, D. J., Whiteford, H. A., & Harris, M. G. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord*, 219, 86-92. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.003>

Utreise fra barsel og videre oppfølging

Ekstern høring: [innholdselement innholdselement="f0e084e9-d20d-4466-bdb8-781533ebae91" inline="false"/]

Anbefaling

Fødeinstitusjonen bør ha rutiner for utreise som omfatter tidspunkt, informasjonsoverføring og videre samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Ekstern høring: [innholdselement innholdselement="f0e084e9-d20d-4466-bdb8-781533ebae91" inline="false"/]

Ekstern høring: [innholdselement innholdselement="f0e084e9-d20d-4466-bdb8-781533ebae91" inline="false"/]

Vurdering av utreisetidspunkt

Fødeinstitusjonen bør gjøre en helhetlig vurdering av utreisetidspunkt for barselkvinnen og det nyfødte barnet. Utreisetidspunktet bør bestemmes i samråd med barnets foreldre, tilpasses individuelt og omfatte

- kvinnens fysiske og psykiske helsetilstand
- barnets fysiske helsetilstand
- amming/annen ernæring, og vektutvikling hos den nyfødte

Forhold som bør inngå i vurderingen av utreisetidspunkt:

- at nødvendig informasjon er gitt
- at rutineundersøkelser av den nyfødte er gjennomført, eller at det foreligger plan for dette
- kvinnens evne til egenomsorg og foreldrenes mestring av foreldrerollen
- tilknytning og tidlig samspill mellom mor, barn og familie
- sosialt nettverk, særlige belastninger og risikofaktorer
- at vurdering er gjort for å unngå lang liggetid i institusjon, når aktuelt.
- omfang av tilbud familien har for videre oppfølging i helse- og omsorgstjenesten i kommunen og/eller spesialisthelsetjenesten

Fødeinstitusjonen bør ha rutiner for håndtering av utreise som vurderes som faglig uforvarlig og dermed frarådes. Dersom kvinnen og familien likevel velger å reise hjem, skal det dokumenteres at utreise blir gjort på eget ansvar.

Ved planlagt hjemmefødsel er det ansvarlig jordmor som etter punktene nevnt over vurderer når oppfølgingen av barselkvinnen og den nyfødte overføres til kommunale helse- og omsorgstjenester.

Informasjon og videre oppfølging

Før utreise bør helsepersonell spørre barselkvinnen om vold, overgrep og krenkelser som angår mor og/eller det nyfødte barnet.

Ved utskrivelse bør barselkvinnene få informasjon om videre oppfølging og planlagte kontroller av egen og barnets helse. Dette inkluderer informasjon om etterkontrollen av barselkvinnen og hva konsultasjonen kan inneholde. I tillegg kan digital oppfølging etter utreise vurderes dersom det er hensiktsmessig og virksomheten har tilrettelagt for det på forsvarlig måte.

Informasjonsoverføring og samarbeid

Spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunen har et felles ansvar for oppfølging av mor og barn. Helseforetaket bør legge til rette for at barselkvinnen kan henvende seg direkte til barselavdelingen uten henvisning minimum en uke etter hjemreise.

Virksomhetene bør ha rutiner for hvordan informasjonsoverføring mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunen skal foregå når mor og barn utskrives fra barselavdelingen. Samarbeidsavtalen bør blant annet beskrive samarbeid om oppgaver og informasjonsutveksling, inklusive oppfølging av risikoutsatte kvinner, familier og nyfødte barn.

Rutiner for informasjonsoverføring og samarbeid mellom jordmødre som praktiserer hjemmefødsel, spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten bør etableres på samme måte som rutinene mellom fødeinstitusjonen og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Praktisk informasjon

Vurderinger av utreise

Ved vurdering og planlegging av utreise for barselkvinnen og det nyfødte barnet kan det være nyttig for personalet og foreldrene å benytte en sjekkliste.

Dersom det vurderes som helsefaglig forsvarlig å utskrive kvinnen og barnet fra barselavdelingen, men kvinnen/familien opplever at de ikke er forberedt på hjemreise og ønsker å bli lenger, kan det være nyttig å gå i dialog med foreldrene. Det kan for eksempel kartlegges hva familien trenger for å føle seg forberedt på utreise, som kan være behov for mer informasjon, ammeveiledning eller annen støtte.

En skriftlig plan for videre oppfølging av barselkvinnen og det nyfødte barnet etter utreise kan utarbeides i samarbeid med foreldrene (Helsedirektoratet, 2014), og eventuelt den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller andre samarbeidende instanser ved behov.

Hvis ammingen ikke fungerer tilfredsstillende, og kvinnen trenger tett oppfølging de første dagene etter fødsel inntil ammingen er etablert, vurder om behov for videre oppfølging gis enten i spesialisthelsetjenesten eller i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kvinner som strever med å få barnet til å die ved hvert eller de fleste måltidene, kan ha behov for å være på barselavdelingen inntil ammingen er etablert og barnet har tilfredsstillende vektoppgang. Det kan også vurderes digital ammeveiledning om det er ønskelig og forholdene ligger til rette for det, se anbefaling om [rutiner for veiing og måling](#).

I tilfeller der tidlig utreise vurderes som faglig uforsvarlig og frarådes, informeres barselkvinnen/familien om årsaken til at tidlig utreise frarådes. Dersom kvinnen og familien likevel velger å reise hjem, skal det journalføres at utreise er frarådet og blir gjort mot helsepersonellens anbefaling.

Tidlig utreise

Tidlig utreise er sammen med referansegruppen vurdert til å være når barselkvinner og nyfødte uten komplikasjoner reiser hjem tidligere enn fødeinstitusjonen vanligvis anbefaler for denne gruppen, og/eller før anbefalte tester og undersøkelser er utført og informasjon er gitt.

Ved tidlig utreise innebærer det en helhetlig vurdering av de samme faktorene som ved ordinær utreise, i tillegg til geografi, værforhold og avstand til fødeinstitusjonen.

Dersom kvinnen reiser hjem før de anbefalte undersøkelsene av barnet er gjennomført, er det behov for å lage en plan for når og hvor disse skal gjennomføres, se anbefaling om [rutineundersøkelser av nyfødte](#).

Tidspunkt for første kontroll etter tidlig utreise kan settes opp basert på en helhetsvurdering av barselkvinnen og den nyfødtes helsemessige behov, uavhengig av generelle anbefalinger for oppfølging. Det kan også gjøres en vurdering av om første kontroll skal foregå i den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller spesialisthelsetjenesten.

Familier med behov for tilpasset oppfølging

Familier med behov for tilpasset oppfølging kan for eksempel være barselkvinner eller nyfødte barn med komplikasjoner som har oppstått i forbindelse med fødsel, sykdom eller en kronisk lidelse hos barnet. Dette kan inkludere tilfeller der barnet er innlagt på nyfødt intensivavdeling, eller der familien opplever tap av barnet.

- anbefaling om [barselkvinner og nyfødte barn i sårbare livssituasjoner](#)
- nasjonal faglig retningslinje for [oppfølging av for tidlig fødte barn](#)
- Kvinner og familier som mister barnet før eller under fødsel, er anbefalt å få tilbud om hjemmebesøk av jordmor etter utreise, se anbefaling om [hjemmebesøk](#)
- Informasjon fra Landsforeningen for uventet barnedød til [familier som har mistet et barn \(lub.no\)](#)

Informasjonsoverføring og samarbeid

Epikrise sendes som hovedregel ved utskriving. Den er et nyttig verktøy for informasjonsoverføring til den kommunale helse- og omsorgstjenesten for videre oppfølging av barselkvinnen og det nyfødte barnet, jf. [helsepersonelloven \(lovdata.no\)](#): § 4 Forsvarlighet, § 25 Opplysninger til samarbeidende personell, § 45 Utlevering av og tilgang til journal og journalopplysninger og § 45a Epikrise.

Dersom informasjonsoverføring ved epikrise ikke kan overholdes på grunn av tid eller innhold, kan den gjennomføres på andre måter, for eksempel per telefon.

I situasjoner der den kommunale helse- og omsorgstjenesten ikke har mulighet til å tilby hjemmebesøk innen 1–3 dager, for eksempel før helligdager, kan lokale samarbeidsavtaler ivareta at familien får oppfølgingstime i spesialisthelsetjenesten innen 1–3 dager etter utreise. Denne kontrollen erstatter ikke hjemmebesøk av jordmor, men kan sikre oppfølging av den nyfødtes vekt og andre observasjoner og eventuelt behov for ammeveiledning.

Virksomhetene kan samarbeide om rutiner for (ikke uttømmende):

- informasjonsoverføring
- oppfølging ved tidlig utreise fra barsel, eller før rutineundersøkelser er utført
- utreise før helg og helligdagsperioder
- utvidet oppfølging av barselkvinnen/familien/den nyfødte ved behov

- oppfølging av barselkvinner som er utskrevet fra barselavdelingen, men som fortsatt bor på sykehuset med barn som er innlagt på nyfødt intensiv
- jevnlig samarbeidsmøter

Begrunnelse

Gode rutiner ved utreise fra fødeinstitusjon er viktig for å sikre barselkvinnen og det nyfødte barnet forsvarlig helsehjelp etter utskriving, og sørge for at overgangen mellom spesialist og kommunehelsetjeneste blir helhetlig og sammenhengende (Meld. St. 9 (2023-2024)).

Vurderinger før utreise og tidlig hjemreise

Det finnes ingen entydig definisjon av «tidlig utreise» eller et ideelt tidspunkt for utreise fra barselavdelingen (Cusack & Smith, 2021). Gjennomsnittlig liggetid på barselavdelinger i Norge har vært synkende de siste 20 årene. Den gjennomsnittlige liggetiden mellom 2014 og 2019 var stabilt, men falt under Covid-19-pandemien i 2020–2022 til 2,6 døgn. Gjennomsnittlig liggetid i Norge var 2,4 døgn etter vaginal fødsel i 2024 (Folkehelseinstituttet, 2024).

Helsedirektoratet anbefaler at vurdering av utreisetidspunkt for barselkvinnen og det nyfødte barnet baseres på en helhetlig faglig vurdering, uten å angi et spesifikt tidspunkt. Den optimale liggetiden vil variere og må ta hensyn til barselkvinnen og det nyfødte barnets fysiske og psykiske helse, amming, ernæring og vektutvikling, som er i tråd med anbefalingene fra NICE, Sosialstyrelsen og WHO (National Institute for Health and Care Excellence, 2021; Sosialstyrelsen, 2025; World Health Organization, 2022). Dette er også forankret i forsvarlighetskravet i [spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 \(lovdata.no\)](#) og [helsepersonelloven §§ 4 og 16 \(lovdata.no\)](#). I henhold til [prioriteringsforskriften \(lovdata.no\)](#) som er hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven, skal de med størst behov for helse- og omsorgstjenester prioriteres i behandlingen. Det er derfor nødvendig at hjemreisetidspunkt etter fødsel vurderes individuelt og i samråd med barselkvinnen (National Institute for Health and Care Excellence, 2021; Sosialstyrelsen, 2025). Derimot anbefaler WHO at liggetiden etter fødsel bør være minst 24 timer for friske kvinner og nyfødte. For kvinner med keisersnitt er det ingen spesifikk anbefaling, men opphold kortere enn 24 timer økte risikoen for uheldige utfall og hadde negativ effekt på amming. Samtidig understreker WHO at (unødvendig) lang liggetid bør unngås, da det kan øke risikoen for infeksjoner, er økonomisk belastende for helsevesenet og ikke nødvendigvis i tråd med foreldrenes preferanser (World Health Organization, 2022).

En Cochrane oversiktstudie oppsummerer at tidlig utskriving kan øke risikoen for reinnleggelse av spedbarn innen 28 dager, men har sannsynligvis liten eller ingen effekt på reinnleggelse av mor innen seks uker. Effekten på spedbarns- eller morsdødelighet er usikker. Når det gjelder maternell depresjon, amming, helsepersonellkontakter og behandlingskostnader, er det sannsynligvis liten eller ingen forskjell mellom tidlig og standard utskriving. Det poengteres videre at ytterligere studier er nødvendig (Jones, Stewart, Taylor, Davis, & Brown, 2021).

Brukerorganisasjoner etterlyser tydeligere føringer for liggetid for å sikre trygghet ved utreise. Helsedirektoratet og internasjonale retningslinjer legger vekt på at foreldrenes trygghet, ferdigheter og støtte er avgjørende for en god overgang til hjemmet (National Institute for Health and Care Excellence, 2021; World Health Organization, 2022). Individuell informasjon og veiledning er sentralt for å forberede familien og identifisere behov for ekstra oppfølging. Dette støttes av Helsetilsynet, som i en rapport har påpekt manglende dokumentasjon og informasjon ved utskriving. Helsetilsynet poengterer at det er viktig å dokumentere hvilke informasjon som er gitt, avtalte oppfølging og hvor barselkvinnen kan henvende seg ved behov etter hjemreise ved uro for egen eller barnets helse (Helsetilsynet, 2019).

Fagmiljø og brukerrepresentanter understreker viktigheten av god informasjon, og i Helsedirektoratets [brukererfaringsundersøkelse for svangerskaps-, fødsel- og barselomsorgen 2024/2025](#) fremkommer

det at barselkvinnene opplever mangelfull informasjon i barseltiden, spesielt i forhold til barselkvinnens helse og veiledning om stell av det nyfødte barnet.

En undersøkelse gjennomført av FHI viser at barselkvinner hadde en bedre opplevelse av barseltiden dersom de fikk en individuell samtale før utreise enn om de hadde ingen samtale (Sjetne & Iversen, 2023). En kvalitativ oversiktsartikkel oppsummerer kvinners opplevelse av tidlig utreise fra barselavdelingen og viser at de som er godt forberedt og har støtte fra partner, familie og jordmor, rapporterer en positiv opplevelse når de kommer hjem fra sykehuset med et nyfødt barn (Cusack & Smith, 2021).

Opplevelse av trygghet ved utreise er ulik hos foreldre, og opplevelse av trygghet kan fremme relasjonen mellom foreldre og barn. En viktig del av det å være forberedt, er å kjenne til hva som tilbys av oppfølging, og hvor man skal henvende seg ved behov (Socialstyrelsen, 2025). Skriftlig informasjon kan være et nyttig verktøy til å forberede barselkvinnen og familien før utreise (World Health Organization, 2022).

For å sikre kvalitet og pasientsikkerhet er det derfor nødvendig at fødeinstitusjoner har tydelige rutiner for vurdering og dokumentasjon av utreisetidspunkt. Dette innebærer informasjon om videre oppfølging, inkludert hensikten med etterkontroll 4–8 uker etter fødsel, og en påminnelse om å bestille denne timen. Det bør også informeres om hvor kvinnen kan henvende seg ved bekymringer etter utskrivelse. Slike rutiner er etterspurt både av fagmiljøer og brukerrepresentanter, og bidrar til trygghet og kontinuitet i oppfølgingen.

Informasjonsoverføring og samarbeid

Helsedirektoratet anbefaler at det foreligger rutiner for informasjonsoverføring mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten ved utskrivning av mor og barn fra barselavdelingen. En trygg og sammenhengende overgang er avgjørende for å sikre kontinuiteten i barselomsorgen og for å ivareta familiens behov for videre oppfølging (Meld. St. 9 (2023-2024)).

Effektiv og presis kommunikasjon mellom helsepersonell om svangerskap, fødsel, helsetilstand og videre oppfølgingsbehov er nødvendig for å sikre forsvarlig helsehjelp. Dette inkluderer tydelig informasjonsflyt mellom virksomhetene ved overføring mellom tjenestenivåer. Dette er i tråd med anbefalingen til NICE (National Institute for Health and Care Excellence, 2021). Brukerorganisasjonene og fagmiljøet har presisert at det er viktig å sikre en god kontinuitet i barselomsorgen, og at overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan være sårbare, særlig ved utskrivelse under helg og ferier.

Organiseringen av utskrivning og oppfølging har betydning for kvaliteten på omsorgen, og barselkvinnen skal ha mulighet til å kontakte helseforetaket den første uken etter fødsel ved behov i henhold til oppdrag fra regjeringen til RHFene ([Oppdragsdokument 2024 RHF \(regjeringen.no\)](#)).

Både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse og omsorgstjenesten har et felles ansvar for å tilby helhetlig og sammenhengende barselomsorg, slik det fremgår av Nasjonal helse- og samhandlingsplan (Meld. St. 9 (2023-2024)). Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak skal konkret beskrive hvordan tjenestene utvikles og planlegges i fellesskap, i tråd med [helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 \(lovdata.no\)](#).

[Helsepersonelloven § 45a \(lovdata.no\)](#) regulerer utarbeidelse og oversendelse av epikrise, som skal sikre at nødvendige journalopplysninger følger pasienten ved utskrivning. Tilsynsrapporter har avdekket svikt i informasjonsflyten mellom tjenestenivå og mangelfull oppfølging av barselkvinnen og det nyfødte barnet fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, noe som understreker behovet for forbedrede rutiner (Helsetilsynet, 2017a, 2017b, 2017c, 2019).

Digital oppfølging kan bidra til mer helhetlig og tilgjengelig omsorg, og regjeringen ønsker å legge til rette for løsninger som styrker samhandling og pasientmedvirkning (Meld. St. 9 (2023-2024)).

Referanser

Cusack, L., & Smith, M. (2021). Experiences of women discharged early following vaginal birth: a qualitative systematic review. *JBIEvid Synth*, 19(3), 556-577.

Folkehelseinstituttet. (2024). Årsrapport for Medisinsk fødselsregister 2024

Svangerskap og fødsler i Norge. Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://statistikk.fhi.no/mfr/h1EMMKuUBZlsmfUYL85WILi1Hb8CflkMns0IVbNpIi8?FODSELSTIDSPUNK>

Helsedirektoratet. (2014). Nytt liv og trygg barseltid for familien - Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen (IS 2057). Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen>

Helsetilsynet. (2017a). Rapport fra tilsyn med barselomsorgen 0-6 uker ved Sentrum helsestasjon - Kristiansand kommune 2017. Helsetilsynet.

Helsetilsynet. (2017b). Rapport fra tilsyn med barselomsorgen i Evje og Hornnes kommune 2017. Helsetilsynet. Hentet fra <https://www.helsetilsynet.no/historisk-arkiv/tilsynsrapporter/aust--og-vest-agder-arkiv-tilsynsrapporter/20>

Helsetilsynet. (2017c). Rapport fra tilsyn med barselomsorgen ved Arendal helsestasjon 2017. Helsetilsynet. Hentet fra <https://www.helsetilsynet.no/historisk-arkiv/tilsynsrapporter/aust--og-vest-agder-arkiv-tilsynsrapporter/20>

Helsetilsynet. (2019). Rapport fra tilsyn - forsvarlig oppfølging av mor og barn under barseloppholdet med hovedfokus på utreisесituasjonen 2018. Helsetilsynet. Hentet fra <https://www.helsetilsynet.no/historisk-arkiv/tilsynsrapporter/vestfold-arkiv-tilsynsrapporter/2018/sykehus>

Jones, E., Stewart, F., Taylor, B., Davis, P. G., & Brown, S. J. (2021). Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database Syst Rev*, 6(6), CD002958.

Meld. St. 9 (2023-2024). Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/4e5d9e6c63d24cd7bdab5d8c58d8adc4/no/pdfs/stm20232024>

National Institute for Health and Care Excellence. (2021). Recommendations | Postnatal care | Guidance. National Institute for Health and Care Excellence. Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194/chapter/Recommendations>

Sjetne, I. S., & Iversen, H. H. (2023). Women report better experiences from maternity care after postnatal consultations: A cross sectional study. *Patient Education and Counseling*, 111, 107690.

Socialstyrelsen. (2025). Graviditet, förlossning och tiden efter. Socialstyrelsen. Hentet fra <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/nationella>

World Health Organization. (2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. World Health Organization. Hentet fra <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>

Forskningsgrunnlag

Problemstilling

Hva sier litteraturen om når det ideelle tidspunktet for utskrivelse fra barselavdelingen for barselkvinner med et normalt forløp?

PICO

Populasjon (P)

Barselkvinner med et normalt fødsels- og barselforløp

Tiltak (I)

Utskrivelse fra barselavdelingen

Sammenligning (C)

Ulike tidspunkt for utskrivelse, tidlig vs sen utskrivelse

Utfall (O)

Helse og velvære for barselkvinner og nyfødte

Beskrivelse av inkluderte studier

Anbefalingen er delvis videreført fra tidligere nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen "Nytt liv og trygg barseltid for familien" fra 2014, og bygger på kunnskapsgrunnlaget i relevante anbefalinger fra andre lands nasjonale retningslinjer, som Sosialstyrelsen (2025), NICE (2021) og WHO (2022). Kunnskapsgrunnlaget er ellers basert på klinisk erfaring og brukererfaringer. Bibliotek for helseforvaltningen (Folkehelseinstituttet) utførte systematisk litteratursøk.

Dato for søk: **01.04.2025**

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

Jones et al. (2021) gjennomførte en systematisk oversikt for å vurdere effekten av tidlig utskrivning fra sykehus for friske mødre og fullbårne spedbarn. Studien inkluderte 15 randomiserte kontrollerte studier med over 7000 deltakere, og sammenlignet tidlig utskrivning (definert som mellom 6 timer og 5 dager etter fødsel) med standard utskrivningstid.

Resultatene viser at tidlig utskrivning sannsynligvis øker risikoen for at spedbarn blir reinnlagt på sykehus innen 28 dager etter fødsel, sammenlignet med standard utskrivning. Det var imidlertid ingen klar forskjell i risikoen for at mødre ble reinnlagt innen seks uker, og ingen sikker effekt på spedbarns- eller mødredødelighet.

Når det gjelder psykisk helse, var det usikkert om tidlig utskrivning påvirker risikoen for postpartum depresjon. Amming ved seks uker var lik i begge grupper, og det var ingen tydelig forskjell i kontakt med helsepersonell for mor eller barn etter utskrivning. Kostnadsdata var begrenset, men noen studier rapporterte lavere kostnader ved tidlig utskrivning, mens andre viste økte kostnader til oppfølging etter utskrivning.

Forfatterne av studien konkluderer med at tidlig utskrivning kan være trygt for noen kvinner og barn, men at det krever god planlegging og tilstrekkelig oppfølging i hjemmet. Variasjon i definisjoner og oppfølgingstiltak mellom studiene gjør det vanskelig å trekke entydige konklusjoner, og det er behov for mer forskning – særlig fra lavinntektsland.

Cusack & Smith (2021) gjennomførte en kvalitativ systematisk oversikt for å utforske kvinners erfaringer med tidlig utskrivning fra sykehus etter vaginal fødsel. Studien inkluderte 12 kvalitative studier med til sammen 204 kvinner fra ulike land, og hadde som mål å identifisere felles temaer i kvinners opplevelser og behov i forbindelse med tidlig hjemreise.

Kvinner beskrev tidlig utskrivning som både positiv og utfordrende. Mange satte pris på å komme hjem raskt, særlig når de følte seg trygge og hadde god støtte fra familie og helsepersonell. Hjemmet ble oppfattet som et mer komfortabelt og rolig miljø enn sykehuset, og noen opplevde at det fremmet tilknytning til barnet og restitusjon.

Samtidig uttrykte flere kvinner bekymring for å bli sendt hjem for tidlig, spesielt hvis de følte seg fysisk eller psykisk uforberedt, manglet informasjon, eller hadde begrenset tilgang til profesjonell støtte. Usikkerhet rundt amming, smerter, og følelsesmessige reaksjoner som angst og ensomhet ble fremhevet som utfordringer. Kvinner ønsket tydeligere kommunikasjon, bedre forberedelse før utskrivning, og trygg oppfølging etter hjemreise.

Forfatterne av studien konkluderer med at kvinners erfaringer med tidlig utskrivning varierer, og at individuell vurdering og tilpasset støtte er avgjørende for å sikre trygg og positiv overgang fra sykehus til hjem. Forfatterne anbefaler at helsepersonell legger vekt på informasjon, tilgjengelighet og kontinuitet i omsorgen for å møte kvinners behov i denne sårbare perioden.

Anbefaling

Barselkvinnen og det nyfødte barnet bør tilbys hjemmebesøk av jordmor én til tre dager etter hjemreise fra føde- og barselavdelingen

Ekstern høring: [innholdselement innholdselement="f0e084e9-d20d-4466-bdb8-781533ebae91" inline="false"]

Ekstern høring: [innholdselement innholdselement="f0e084e9-d20d-4466-bdb8-781533ebae91" inline="false"]

Det bør tilbys hjemmebesøk av jordmor i barselperioden, fortrinnsvis med partner/medforelder til stede om mulig.

Før hjemmebesøket bør jordmor innhente tilgjengelig informasjon fra svangerskap, fødsel og barseltiden på føde- og barselavdelingen.

Innholdet i konsultasjonen bør omfatte

- kvinnens fysiske helse, inkludert tilbud om en underlivsundersøkelse
- spørsmål om kvinnens psykiske helse

- spørsmål om vold, overgrep og krenkelser som angår mor og/eller det nyfødte barnet
- vurdering av sosial støtte og nettverk
- kartlegging av amming/spedbarnsernæring
- vurdering av barnets trivsel og eventuelt vektutvikling

Hjemmebesøket bør gjennomføres så tidlig som mulig, i utgangspunktet 1–3 dager, etter hjemreise fra føde- og barselavdelingen. Noen situasjoner kan kreve særlig tilrettelegging:

- De som reiser hjem i løpet av det første døgnet etter fødsel, bør få hjemmebesøk av jordmor innen tre døgn etter fødsel. Jordmor kontakter barselkvinnen for å avtale tidspunkt.
- Barselkvinner som reiser hjem fra sykehuset etter dag seks etter fødsel, kan eventuelt tilbys jordmorkonsultasjon på helsestasjonen istedenfor hjemmebesøk av jordmor, hvis det er å foretrekke for kvinnen. Den nyfødte bør bli fulgt opp videre av helsesykepleier (ved hjemmebesøk og på helsestasjonen).
- Barselkvinner som skrives ut fra barselavdelingen, men som har barnet sitt på nyfødt intensiv avdeling, bør få tilbud om samtale/konsultasjon med jordmor.
- Barselkvinner som har hatt planlagt hjemmefødsel bør få hjemmebesøk av jordmor innen to døgn etter fødsel.
- Barselkvinner som har mistet barnet sitt bør tilbys hjemmebesøk av jordmor.

Digital oppfølging kan vurderes dersom det er hensiktsmessig og virksomheten har tilrettelagt for det på forsvarlig måte.

Praktisk informasjon

Barselkvinnen får veiledning om normal utvikling og progresjon i barseltiden, samt informasjon om vanlige utfordringer hos barselkvinnen og det nyfødte barnet. Innholdet tilpasses barselkvinnens erfaring fra fødsel og barseltid.

Temaer kan for eksempel være:

Barselkvinnens fysiske og psykiske helse

- renselse
- ubehag eller plager i underlivet (se anbefaling om [rifter og plager](#)), vannlatning og avføring
- restitusjon og smerter etter keisersnitt
- eventuelle infeksjonstegn, se anbefaling om [tidlig oppdagelse av sykdom](#)
- psykisk helse og trivsel, se anbefaling om [psykisk helse](#)
- søvn og hvile
- opplevelse av fødsel, se anbefaling om [informasjon og samtale](#)
- fysisk aktivitet etter fødsel, inkludert bekkenrelaterte smerter og styrking av bekkenbunnsmuskulaturen, se anbefaling om [fysisk aktivitet](#)
- seksuelliv etter fødsel, ev. prevensjonsveiledning, se anbefaling om [etterkontroll](#)
- informasjon om kosthold, alkohol og levevaner eller andre aktuelle temaer, se anbefaling om [informasjon og samtale](#)

Spør barselkvinnen om vold, overgrep og krenkelser som angår henne og/eller det nyfødte barnet. Hvis partner, annen familie eller støtteperson er til stede under hjemmebesøket, spør barselkvinnen når du har henne på tomannshånd. Se [Hvordan snakke om vold i NKVTS' veileder om vold i nære relasjoner](#).

Tilby barselkvinnen en underlivsundersøkelse for å vurdere normal progresjon av tilheling av rift eller episiotomi.

Gi barselkvinner påminnelse og informasjon om hensikten med etterkontrollen 4–8 uker etter fødselen, og informer om at det er hun som har ansvaret for å bestille den.

Barnets helse

- observasjoner av det nyfødte barnet, se anbefaling om [tidlig oppdagelse av sykdom hos nyfødte](#)
- sykdomstegn hos barnet, for eksempel gulsott, infeksjon og hjerteproblematikk, se anbefaling om [rutineundersøkelse av nyfødte](#)

Amming

- kartlegg hvordan ammingen fungerer, eventuell annen spedbarnsernæring
- kartlegg melkeproduksjonen, ammetilling, eventuelle ubehag og det nyfødte barnets vektutvikling, se anbefaling om [vektutvikling](#), se også [retningslinje for spedbarnsernæring](#)
- vurderer hvor og av hvem det er hensiktsmessig at barnet veies, på sykehuset, på hjemmebesøk eller på helsestasjonen

Familiedannelse/nettverk

- kartlegg hjemmesituasjon og ressurser som kan støtte kvinnen, barnet og familien
- informer om hvor foreldrene kan ta kontakt ved behov for helsehjelp, for kvinnen eller barnet
- partner/medforelder som har øvrige behov knyttet til egen helse, henvises til å ta kontakt med egen fastlege eller annen helsehjelp

Ved bekymring for forhold knyttet til mor, det nyfødte barnet eller familien, vurderer behovet for ekstra hjemmebesøk. Se også anbefaling om [barselkvinner og nyfødte i sårbare livssituasjoner](#).

Ved barn innlagt på nyfødt intensiv

Samtalen/konsultasjonen med barselkvinnen utføres fortrinnsvis av kjent jordmor. Det kan enten være kommunalt ansatt jordmor eller jordmor ved sykehus. Det kan eventuelt tilbys hjemmebesøk etter hjemkomst, eventuelt digital konsultasjon.

Begrunnelse

Anbefaling om hjemmebesøk av jordmor ble innført i Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen i 2014 (Helsedirektoratet, 2014), som følge av redusert liggetid etter fødsel på sykehuset.

Gjennomsnittlig liggetid på barsel har gått jevnt ned de siste 20 årene, og i 2024 var gjennomsnittlig liggetid ved alle fødeinstitusjoner i Norge 2,4 døgn etter vaginal fødsel og 3,6 døgn etter keisersnitt ([Medisinsk fødselsregister – statistikkbank \(fhi.no\)](#)).

Helsedirektoratet viderefører anbefalingen om at alle barselkvinner bør tilbys hjemmebesøk, for å sikre kontinuitet i oppfølgingen etter fødsel, og med bakgrunn i at et økende antall barselkvinner reiser tidlig hjem fra fødeinstitusjonen. Brukerorganisasjoner og fagpersoner har fremhevet at hjemmebesøket er en viktig del av oppfølging av barselkvinnen og det nyfødte barnet etter at liggetiden på fødeinstitusjonen er redusert. Brukerstemmer fra [Helsedirektoratets brukererfaringsundersøkelse for svangerskaps-, fødsel- og barselomsorgen 2024/2025](#), viser at informasjon om barselkvinnens helse og veiledning rundt stell av det nyfødte barnet, ikke alltid er tilstrekkelig.

En kvalitativ syntese av (12 kvalitative studier) med til sammen 204 kvinner, fant at støtte fra jordmor på hjemmebesøk ga positive opplevelser for kvinnen når hun kom hjem fra sykehuset med sin nyfødte. I tillegg viste studien at kvinner som var blitt forberedt på barseltiden av jordmor gjennom svangerskapet, og hadde tilgang til støtte fra partner, familie og jordmor etter fødsel, rapporterer å oppleve en positiv overgang når de kom hjem fra sykehuset (Cusack & Smith, 2021).

Tidspunkt og innhold

Helsedirektoratets anbefaling om hjemmebesøk av jordmor en til tre dager etter hjemreise fra fødeinstitusjonen er i tråd med den engelske anbefalingen (National Institute for Health and Care Excellence, 2021) om hjemmebesøk av jordmor innen 36 timer for kvinner som har reist tidlig hjem fra fødeinstitusjonen, og bør ha oppmerksomhet på fysisk og psykisk helse hos mor, og barnets almenntilstand. Ifølge WHO skjer de fleste mødre- og nyfødtdødsfall i løpet av de tre første dagene etter fødsel, med en topp på selve fødedagen (World Health Organization, 2022). I Norge var mødredødeligheten i tidsrommet 2012-2018 gjennomsnittlig 2 dødsfall pr år (Nyfløt, 2021).

Selv om hjemmebesøk kan være en viktig del av postnatal omsorg, fant en Cochranerapport med 12 080 kvinner ingen evidens for at flere hjemmebesøk gir bedre helseutfall for mor og barn sammenlignet med færre besøk (Yonemoto, Nagai, & Mori, 2021). I følge de engelske og svenske anbefalingene (National Institute for Health and Care Excellence, 2021; Sosialstyrelsen, 2025) er det viktig at barselkvinner får mulighet til å snakke om fødselsopplevelsen sin i møte med jordmor etter fødsel for å forebygge fødselsdepresjon. Dette er i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger. Nasjonal helse- og samhandlingsplan, kapittel 7: «En sammenhengende, trygg og helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg» (2023-2024) (Meld. St. 9 (2023-2024)) gir føringer for betydningen av kontinuitet i helsehjelpen til kvinner gjennom svangerskap, fødsel og barseltid og fordelene med kjent helsepersonell, eller at helsepersonellet er kjent med kvinnens svangerskaps og forhistorie. Det kan derfor være viktig at jordmor kommer på hjemmebesøk, særlig for de som reiser tidlig hjem fra sykehuset.

Hjemmebesøk ved lengre opphold på sykehuset

Hos barselkvinner som blir liggende lengre på sykehuset, enten på grunn av egen eller barnets helse, og derfor reiser hjem etter seks dager, kan tidspunkt for jordmors hjemmebesøk sammenfalle med helsepsykeleiers første hjemmebesøk (lenke til [se kapittelet «Helsestasjon 0–5 år» i helsestasjonsretningslinjen](#)). Selv om barnets da bli ivaretatt, kan barselkvinnen fortsatt ha behov for samtale eller undersøkelse hos jordmor. Det kan da være hensiktsmessig at barselkvinnen heller får en konsultasjon med jordmor på helsestasjonen, fremfor et hjemmebesøk (National Institute for Health and Care Excellence, 2021; World Health Organization, 2022).

Digital oppfølging

Helsedirektoratet anbefaler at digital oppfølging kan vurderes dersom det er hensiktsmessig og virksomheten har tilrettelagt for det på forsvarlig måte. En paraply studie av 24 systematiske oversikter og 41 meta-analyser, som inkluderte 45509 kvinner fra 264 primærstudier viste at digital oppfølging hadde en klar positiv effekt på stressreduksjon og reduserte depressive symptomer, men resultatene var noe motstridende når det gjaldt angstsymptomer (Lau et al., 2024).

Referanser

Cusack, L., & Smith, M. (2021). Experiences of women discharged early following vaginal birth: a qualitative systematic review. *JBIM Evid Synth*, 19(3), 556-577.

Helsedirektoratet. (2014). Nytt liv og trygg barseltid for familien - Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen (IS 2057). Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen/>

Lau, Y., Chew, H. S. J., Ang, W. H. D., Ang, W. W., Yeo, C. Y., Lim, G. Z. Q., . . . Cheng, L. J. (2024). Effects of digital health interventions on the psychological outcomes of perinatal women: umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Health Psychology Review*, 18(2), 229-254.

Meld. St. 9 (2023-2024). Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/4e5d9e6c63d24cd7bdab5d8c58d8adc4/no/pdfs/stm20232024>

National Institute for Health and Care Excellence. (2021). Recommendations | Postnatal care | Guidance. National Institute for Health and Care Excellence. Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194/chapter/Recommendations>

Nyfløt, L. T. E., L.; Vangen, S. (2021). Hvorfor dør kvinner av graviditet i Norge i dag? Rapport om materielle dødsfall i Norge 2012–2018. Oslo universitetssykehus. Hentet fra https://www.ous-research.no/nrcwh/docs/PDF/modredodsrapport_2021_web.pdf

Socialstyrelsen. (2025). Graviditet, förlossning och tiden efter. Socialstyrelsen. Hentet fra <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/nationella>

World Health Organization. (2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. World Health Organization. Hentet fra <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>

Yonemoto, N., Nagai, S., & Mori, R. (2021). Schedules for home visits in the early postpartum period. Cochrane Database of Systematic Reviews, (7).

Forskningsgrunnlag

Problemstilling

Hva sier litteraturen om behov for, antall og det ideelle tidspunktet for hjemmebesøk av jordmor til barselkvinnen/nyfødte barnet i barseltiden?

PICO

Populasjon (P)

Kvinner i barselperioden

Tiltak (I)

Hjemmebesøk av jordmor

Utfall (O)

Behovet for hjemmebesøk av jordmor. Antall hjemmebesøk. Det ideelle tidspunktet for hjemmebesøk.

Beskrivelse av inkluderte studier

Anbefalingen er delvis videreført fra tidligere nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen "Nytt liv og trygg barseltid for familien" fra 2014, og bygger på kunnskapsgrunnlaget i relevante anbefalinger fra andre lands nasjonale retningslinjer, som Socialstyrelsen (2025), NICE (2021) og WHO (2022). Kunnskapsgrunnlaget er ellers basert på klinisk erfaring og brukererfaringer. Bibliotek for helseforvaltningen (Folkehelseinstituttet) utførte systematisk litteratursøk.

Dato for søk: **28.02.25**

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

Cusack & Smith (2021) gjennomførte en kvalitativ systematisk oversikt for å utforske kvinners erfaringer med tidlig utskrivning fra sykehus etter vaginal fødsel. Studien inkluderte 12 kvalitative studier med til sammen 204 kvinner fra ulike land, og hadde som mål å identifisere felles temaer i kvinners opplevelser og behov i forbindelse med tidlig hjemreise.

Kvinner beskrev tidlig utskrivning som både positiv og utfordrende. Mange satte pris på å komme hjem raskt, særlig når de følte seg trygge og hadde god støtte fra familie og helsepersonell. Hjemmet ble oppfattet som et mer komfortabelt og rolig miljø enn sykehuset, og noen opplevde at det fremmet tilknytning til barnet og restitusjon.

Samtidig uttrykte flere kvinner bekymring for å bli sendt hjem for tidlig, spesielt hvis de følte seg fysisk eller psykisk uforberedt, manglet informasjon, eller hadde begrenset tilgang til profesjonell støtte. Usikkerhet rundt amming, smerter, og følelsesmessige reaksjoner som angst og ensomhet ble fremhevet som utfordringer. Kvinner ønsket tydeligere kommunikasjon, bedre forberedelse før utskrivning, og trygg oppfølging etter hjemreise.

Forfatterne av studien konkluderer med at kvinners erfaringer med tidlig utskrivning varierer, og at individuell vurdering og tilpasset støtte er avgjørende for å sikre trygg og positiv overgang fra sykehus til hjem. Forfatterne anbefaler at helsepersonell legger vekt på informasjon, tilgjengelighet og kontinuitet i omsorgen for å møte kvinners behov i denne sårbare perioden.

Yonemoto, Nagai og Mori (2021) er forfattere av en Cochranerapport som inkluderte 16 randomiserte studier med 12080 kvinner, og undersøkte effekten av hjemmebesøk på helseutfall hos mor og barn etter fødsel. Oversiktsstudien understreker at hjemmebesøk kan være en viktig del av postnatal omsorg, men fant ingen evidens for at flere hjemmebesøk gir bedre helseutfall for mor og barn sammenlignet med færre besøk. Det ble heller ikke funnet klare forskjeller mellom hjemmebesøk og klinikkbaserte kontroller når det gjelder helseutfall. Heterogeniteten mellom studiene gir noe usikre funn. Sammenlignet med kontrollgrupper, var det liten eller ingen forskjell i postnatal depresjon, nyfødt morbiditet eller amming ved to uker. Hjemmebesøk ga imidlertid noe høyere tilfredshet med barselomsorgen enn kontrollbesøk på helsestasjon eller sykehus.

Problemstilling

Hva sier litteraturen om effekten av digital jordmorkonsultasjon for barselkvinner og nyfødte etter utskrivelse fra barselavdelingen

PICO

Populasjon (P)

Barselkvinner og nyfødte etter utskrivelse fra barselavdelingen

Tiltak (I)

Digital konsultasjon av jordmor

Sammenligning (C)

Hjemmebesøk av jordmor Ingen hjemmebesøk

Utfall (O)

Effekt på helse og velvære for barselkvinner og nyfødte

Beskrivelse av inkluderte studier

Dato for søk: 17.03.2025. Søk oppdatert dato: 18.03.2025.

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

Lau et al. (2024) har gjennomført en omfattende paraplyoversikt som vurderer effekten av digitale helseintervensjoner (DHIs) på psykiske helseutfall hos kvinner i perinatalperioden (graviditet og barseltid). Oversikten inkluderer 24 systematiske oversikter og 41 meta-analyser basert på data fra 45 509 kvinner fra 264 primærstudier. Hovedformålet var å undersøke hvordan DHIs påvirker symptomer

på depresjon, angst og stress, samt å sammenligne effekten av ulike digitale plattformer og målgrupper (antenatale vs. postnatale kvinner).

Resultatene viser at digitale helseintervensjoner har en positiv effekt på stressreduksjon og depressive symptomer, særlig hos postnatale kvinner. Intervensjoner levert via nettsider viste seg å være spesielt effektive for å redusere stress. Effekten på angst var derimot mer motstridende og mindre konsistent. Totalt sett ble evidensen vurdert som varierende i kvalitet: kun 4,88 % av meta-analysene hadde "høyt overbevisende" evidens, mens over halvparten ble vurdert som "svak" eller "ikke signifikant".

Forfatterne av studien konkluderer med at digitale helseintervensjoner kan være et nyttig supplement til ordinær svangerskaps- og barselomsorg, spesielt for å forbedre psykisk helse i form av redusert stress og depresjon. Samtidig understrekes behovet for flere godt designede randomiserte kontrollerte studier med lang oppfølgingsstid for å styrke evidensgrunnlaget og avklare usikkerheter knyttet til effekt og implementering.

Anbefaling

Barselkvinnen anbefales kontroll 4–8 uker etter fødsel hos jordmor eller lege, tidspunktet bør vurderes basert på barselkvinnens helsetilstand og behov

Ekstern høring: [innholdselement innholdselement="f0e084e9-d20d-4466-bdb8-781533ebae91" inline="false"]

Ekstern høring: [innholdselement innholdselement="f0e084e9-d20d-4466-bdb8-781533ebae91" inline="false"]

Barselkvinnen bør få informasjon om hensikten med etterkontrollen, og hva konsultasjonen kan inneholde. Informasjon om etterkontroll bør være gitt i svangerskapet, og gjentatt før hjemreise fra barsel og på hjemmebesøk av jordmor.

Barselkvinnen kan selv velge om hun vil gjennomføre etterkontrollen hos fastlege eller jordmor, med mindre det er medisinske eller andre årsaker til at kontrollen bør foregå et bestemt sted. Barselkvinner med komplikasjoner i svangerskapet som hypertensjon, svangerskapsdiabetes, infeksjon, depresjon, kronisk sykdom eller andre medisinske tilstander bør gå til kontroll hos egen fastlege eller eventuelt henvises til spesialisthelsetjenesten.

Innholdet i konsultasjonen bør rettes mot kvinnens fysiske og psykiske helse med utgangspunkt i epikrise fra føde-/barselavdelingen, forhold i svangerskapet og kvinnens individuelle behov.

På etterkontrollen bør barselkvinnen få tilbud om en underlivsundersøkelse for å vurdere normal progresjon av tilheling av rift eller episiotomi.

Barselkvinnen bør spørres spesifikt om

- psykisk helse
- vold, overgrep og krenkelser som angår mor og/eller det nyfødte barnet

Praktisk informasjon

Formålet med etterkontrollen er blant annet å ivareta kvinnens helsetilstand og individuelle behov ved å fremme god fysisk og psykisk helse, forebygge komplikasjoner, fange opp forhold som trenger oppfølging, og gi informasjon.

Helsekort for gravide inneholder informasjon om svangerskapsforløpet og kan være nyttig på etterkontrollen.

Etterkontroll hos fastlege eller jordmor

Etterkontrollen er gratis og foregår vanligvis hos fastlege eller hos jordmor på helsestasjonen. Etterkontrollen kan med fordel gjennomføres av den som har fulgt opp kvinnen under svangerskapet eller fødselen, dersom det er hensiktsmessig og etter kvinnens ønske.

Ved komplikasjoner knyttet til svangerskap, fødsel eller barseltid kan det være behov for oppfølging i spesialisthelsetjenesten, eller en tidligere kontroll hos fastlege. Dette kan for eksempel være aktuelt ved svangerskapsdiabetes, forhøyet blodtrykk, infeksjon, depresjon, kronisk sykdom eller andre tilstander. Noen medisinske tilstander kan kreve at barselkvinnen får tilbud om etterkontroll i spesialisthelsetjenesten.

Barselkvinnen bestiller etterkontrollen selv. For å sikre at hun får etterkontroll, kan det med fordel være avtalt på forhånd.

Epikrisen fra etterkontroll skal sendes til fastlege og til jordmor (hvis barselkvinnen har hatt svangerskapsoppfølging hos jordmor).

Innhold i etterkontrollen

Informasjon og samtale

- fysisk helsetilstand
 - renselse/menstruasjon
 - bekkenrelaterte smerter
 - bekkenbunnstrening
 - underlivssmerter eller plager og bekymringer som inkontinensplager med urin, luft eller avføring
 - urinlekkasje, se anbefaling om [rifter og plager](#)
 - restitusjon, sårtilheling og smerter etter keisersnitt
- psykisk/emosjonell helsetilstand
 - psykiske reaksjoner, se anbefaling om [psykisk helse](#)
 - søvn og hvile
 - opplevelse av fødselen, se anbefaling om [informasjon og samtaler](#)
 - opplevelse av trygghet/trivsel og mestring av morsrollen
 - forhold til partner
 - hjemmesituasjonen og ressurser som kan støtte henne og familien

Andre aktuelle tema:

- amming eller morsmelkerstatning, se Helsenorges sider om [spedbarnsmat og amming](#)
- kosthold/levevaner/vekt, informasjon og veiledning i tiden etter fødsel, se anbefaling om [informasjon og samtaler](#)
- fysisk aktivitet, se anbefaling om [fysisk aktivitet](#)
- seksualitet og prevensjon, se Helsenorges sider om [sex etter fødsel](#)

- vold, overgrep og krenkelser som angår mor og/eller det nyfødte barnet, se [NKVTS' veileder om vold i nære relasjoner](#) og anbefaling om [barselkvinner og nyfødte i sårbare livssituasjoner](#)

Underlivsundersøkelse og prevensjon

- utføres av jordmor eller lege
- vurder tilheling av fødselsrift eller episiotomi
- vurder bekkenbunnsfunksjon
- livmorhalsprøve kan tilbys om blødning har opphørt, se Helsenorges side om [Celleprøve. livmorhalsprøve og celleforandringer i livmorhalsen](#)
- vurder oppstart av prevensjon på etterkontroll eller senere

Andre undersøkelser og henvisning ved behov

- blodtrykk
- hemoglobinverdi vurdert av jordmor eller lege, og eventuelt andre prøver som er vurdert av lege
- rubellavaksine til kvinner som ikke er fullvaksinert mot rubella, eller fått påvist manglende antistoff (antistoff-titer < 10 IU/ml), se FHIs smittevernhandbok om [rubella \(røde hunder\)](#)
- kjente medisinske tilstander/sykdommer
- henvise til annet helsepersonell, for eksempel fysioterapeut, gynekolog, uroterapeut eller psykolog

Svangerskapsrelaterte komplikasjoner

Noen svangerskapsrelaterte komplikasjoner anbefales fulgt opp av lege i den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller spesialisthelsetjenesten før et eventuelt neste svangerskap, eller senere i livet. Etterkontrollen er et godt tidspunkt for å informere om og lage en plan for dette. Dersom etterkontrollen hos kvinner med indikasjon for slik oppfølging foregår hos jordmor på helsestasjonen, sender jordmor aktuelle opplysninger til fastlegen og kvinnen informeres om å ta kontakt med fastlegen.

Se for eksempel

- [hypertensive svangerskapskomplikasjoner og eklamsi i Metodebok](#)
- [postpartum oppfølging av kvinner som har hatt svangerskapsdiabetes \(retningslinjen for svangerskapsdiabetes\)](#)

Informert om hvor kvinnen kan henvende seg dersom det er eller oppstår behov for kontakt med helsepersonell, knyttet til egen helse.

Videre oppfølging

For kvinner som ikke er kommet i gang med regelmessig fysisk aktivitet, vurder behovet for veiledning eller henvisning til videre oppfølging, for eksempel til egnede oppfølgingstilbud som Frisklivssentralen, ulike verktøy og selvhjelpsmateriell. Det kan vurderes å bruke [Motiverende intervju \(MI\)](#). For mer informasjon se anbefaling om [fysisk aktivitet](#).

Informert om Helsestasjonsprogrammet, og videre oppfølging av barnet, se [Helsestasjon 0–5 år \(helsenorge.no\)](#). Informert om hvor kvinnen kan henvende seg dersom det er eller oppstår behov for kontakt med helsepersonell, knyttet til barnets helse.

Begrunnelse

Formål med etterkontrollen

Etterkontrollen er gratis og en del av det helhetlige tilbudet i svangerskaps- fødsels- og barselomsorgen (Helsedirektoratet, 2018). Hensikten med etterkontrollen er både å fremme god fysisk og psykisk helse, forebygge komplikasjoner, fange opp forhold som trenger oppfølging og gi informasjon (Helsedirektoratet, 2014; National Institute for Health and Care Excellence, 2021; Sosialstyrelsen, 2025; World Health Organization, 2022). Kontinuitet i omsorgen verdsettes av kvinner og helsepersonell, og kan være positivt for opplevelsen av omsorg (Sosialstyrelsen, 2025).

Tidspunkt for etterkontroll

Helsedirektoratet anbefaler etterkontroll 4–8 uker etter fødsel. Dette anbefales på bakgrunn av at noen kvinner kan ha behov for kontroll tidligere enn seks uker etter fødsel, mens seks uker for andre kan være for tidlig for oppstart av enkelte prevensjonsmetoder, som for eksempel innsetting av spiral (Sex-og-samfunn, 2017). Ifølge [Kreftregisteret](#) kan celleprøve tas når blødning etter fødsel har opphørt. Anbefalingen er basert på en helhetlig vurdering av tidligere anbefalinger, tidspunktene for etterkontroll anbefalt av Sosialstyrelsen (Sosialstyrelsen, 2025), anbefalingene fra NICE (National Institute for Health and Care Excellence, 2021) og WHO (World Health Organization, 2022), samt klinisk erfaring og tilbakemeldinger fra brukere.

Sveriges basisprogram anbefaler derimot etterkontroll 6–16 uker etter fødsel, og tidlig vurdering ved helseproblemer. Anbefalingen er konsensusbasert, evidensen er ikke beskrevet, men forskning viser at profesjonell støtte i denne perioden er viktig for foreldrene (Sosialstyrelsen, 2025). WHO anbefaler at alle barselkvinner og nyfødte får en time til kontroll 6 uker etter fødsel, med innhold og tidspunkt tilpasset kvinnen og barnets helsetilstand og individuelle behov (World Health Organization, 2022). NICE anbefaler etterkontroll hos allmennpraktiserende lege 6–8 uker etter fødsel, men har ikke funnet evidens for tidspunktet, og er derfor erfarings/konsensusbaserte anbefalinger (National Institute for Health and Care Excellence, 2021).

Det er gjort systematisk litteratursøk på det ideelle tidspunktet for etterkontroll og det ble inkludert en kvalitativ systematisk oversiktsstudie som analyserte fastlegers (GPs) erfaringer og synspunkter på postnatal omsorg, inkludert innhold og tidspunkt for etterkontroll. Studien inkluderte 20 rapporter fra 18 studier, publisert mellom 2008 og 2021. Totalt 469 fastleger deltok i studien, og 13 av studiene ble gjennomført i UK eller Australia. Fastlegene rapporterte at 6–8 uker etter fødsel var vanlig praksis for etterkontroll, tidspunktet ble generelt oppfattet som passende for å dekke både fysisk og psykisk helse, prevensjon og relasjonsbygging. Det ideelle tidspunktet ble ikke fastslått, men fleksibilitet og tilpasning til individuelle behov ble fremhevet som viktig (Macdonald et al., 2023).

Innhold i etterkontrollen

Anbefalingen om at barselkvinnen selv kan velge om hun vil gjennomføre etterkontrollen hos fastlege eller jordmor er videreført fra tidligere nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen «Nytt liv og trygg barseltid for familien» (Helsedirektoratet, 2014), og støttes av referansegruppen.

Helsedirektoratet anbefaler at etterkontrollen inkluderer gynekologisk undersøkelse med vurdering av bekkenbunn, tilheling og veiledning om trening og seksualliv, som er i tråd med anbefalingene til Sosialstyrelsen (Sosialstyrelsen, 2025), og støttes også av brukerrepresentanter. Ved urinlekkasje seks uker etter fødsel tilrår ekstern fagperson oppfølging av fysioterapeut eller annet autorisert helsepersonell med kompetanse på veiledet bekkenbunnstrening. Ved vedvarende urinlekkasje 3 måneder etter fødsel er det behov for at kvinnen oppsøke fastlege.

En tverrsnittsstudie fra Norge viser at etterkontrollen hos fastlege etter fødsel varierer i innhold, men ofte inkluderer temaer som fødselsopplevelse, prevensjon, amming og psykisk helse. Kun 34 % av konsultasjonene inneholdt gynekologisk undersøkelse. Kvinner som fikk snakke om fødselsopplevelsen og fikk en fysisk undersøkelse rapporterte høyere tilfredshet. En fjerdedel (25%) av barselkvinnen var

ikke på etterkontroll, ofte grunnet manglende informasjon, opplevelse av at kontrollen var unødvendig, eller fravær av fastlege. Studien anbefaler en mer personlig og helhetlig tilnærming for å øke oppmøte og kvalitet (Agdestein, Vie, Baasland, Horn, & Mjølstad, 2025). Det er imidlertid viktig å påpeke at funn fra enkeltstudier er ekstra sårbare for skjevheter og feil, og er derfor mindre pålitelige enn funn fra større forskningsoppsummeringer.

Psykisk helse

Psykisk helse anbefales som tema i alle samtaler i barselomsorgen, da de første ukene etter fødselen er en kritisk periode hvor kvinnen opplever hormonelle endringer, søvnmangel og tilpasning til den nye rollen som mor. Dette kan utløse eller forverre psykiske reaksjoner som fødselsdepresjon, angst og stress. Det er derfor viktig å snakke med kvinnen om hennes psykiske helse, og dette samsvarer med anbefalinger i NICE, Sosialstyrelsen og WHO. (National Institute for Health and Care Excellence, 2021; Sosialstyrelsen, 2025; World Health Organization, 2022), samt fagmiljø og brukerrepresentanter.

Vold, overgrep og krenkelser

I nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen er det anbefalt å spørre kvinnen om vold (Helsedirektoratet, 2018). Nå følger Helsedirektoratet opp og gjentar spørsmål om vold, overgrep og krenkelser som angår mor og/eller det nyfødte barnet i anbefalingen på etterkontrollen. Dessuten er temaet vold inkludert i anbefalinger for barselomsorgen i alle de andre nordiske landene (Sundhetsstyrelsen, 2024). Vold, overgrep og krenkelser er sensitive temaer som krever stor trygghet å avdekke (National Institute for Health and Care Excellence, 2021), og det er viktig at dette temaet tas opp i trygge omgivelser, uten forstyrrelser og uten familiemedlemmer (Sundhetsstyrelsen 2024). Å avdekke vold på et tidlig tidspunkt er viktig for å kunne iverksette tiltak og oppfølging av kvinnen og det nyfødte barnet. Dette er sentralt for å forebygge vold og hindre negativ utvikling eller eskalering, i henhold til Opptappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner (2024–2028) «Trygghet for alle» (Justis- og beredskapsdepartementet, 2025). Fagmiljøene støtter at barselkvinnen blir spurt om vold på etterkontrollen og flere fra klinisk praksis har god erfaring med opplæringsprogrammet «Tidlig inn» og tjenestetilbudet «Alternativ til Vold».

Referanser

Agdestein, C., Vie, G. A., Baasland, I., Horn, J., & Mjølstad, B. P. (2025). Postpartum check-ups with general practitioners in Norway: a cross-sectional survey of attendance, content and patient satisfaction. *BMC Prim Care*, 26(1), 306.

Helsedirektoratet. (2014). Nytt liv og trygg barseltid for familien - Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen (IS 2057). Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen>

Helsedirektoratet. (2018). Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen. Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen/svangerskapsomsorgen-og-infor>

Justis- og beredskapsdepartementet. (2025). Opptappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner (2024–2028): «Trygghet for alle». Status sommer 2025. Oslo. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/ny-sideopptappingsplan-mot-vold-og-overgrep-mot-barn-og->

Macdonald, C., MacGregor, B., Hillman, S., MacArthur, C., Bick, D., & Taylor, B. (2023). Qualitative systematic review of general practitioners' (GPs') views and experiences of providing postnatal care. *BMJ Open*, 13(4), e070005.

National Institute for Health and Care Excellence. (2021). Recommendations | Postnatal care | Guidance. National Institute for Health and Care Excellence. Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194/chapter/Recommendations>

Sex-og-samfunn. eMetodebok for seksuell helse. Sex og samfunn. fra <https://emetodebok.no/kapittel/prevensjonsmidler/hormonfri-prevensjon-2/kobberspiral/>

Socialstyrelsen. (2025). Graviditet, förlossning och tiden efter. Socialstyrelsen. Hentet fra <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/nationella>

Sundhedsstyrelsen. (2024). Vold i nære relasjoner hos gravide, kommende og nye forældre (Fagligt grundlag for opsporing og indsatser. Danmark). D. Sundhedsstyrelsen. Hentet fra <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2024/Vold-i-naere-relationer-fagligt-grundlag>

World Health Organization. (2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. World Health Organization. Hentet fra <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>

Forskningsgrunnlag

Problemstilling

Hva sier litteraturen om det ideelle tidspunkt for etterkontroll av barselkvinner: 4, 6 eller 8 uker postpartum?

PICO

Populasjon (P)

Barselkvinner

Tiltak (I)

Etterkontroll på 4, 6 eller 8 uker postpartum

Sammenligning (C)

Sammenligning av ulike tidspunkt for etterkontroll

Utfall (O)

Ideelle tidspunkt sett i forhold til helse og velvære

Beskrivelse av inkluderte studier

Anbefalingen er delvis videreført fra tidligere nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen "Nytt liv og trygg barseltid for familien" fra 2014, og bygger på kunnskapsgrunnlaget i relevante anbefalinger fra andre lands nasjonale retningslinjer, som Socialstyrelsen (2025), NICE (2021) og WHO (2022). Kunnskapsgrunnlaget er ellers basert på klinisk erfaring og brukererfaringer, samt en nyere enkeltstudie innhentet fra fagekspertter som kjenner forskningen på fagfeltet. Bibliotek for helseforvaltningen (Folkehelseinstituttet) utførte systematisk litteratursøk.

Dato for søk: 07.04.2025. Søk oppdatert dato: 08.04.2025.

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

Macdonald et al. (2023) gjennomførte en kvalitativ systematisk oversikt for å undersøke allmennlegers (GPs) erfaringer og synspunkter på postnatal omsorg. Studien inkluderte 20 rapporter fra 18 kvalitative studier, med til sammen 469 allmennleger, hovedsakelig fra Storbritannia og Australia. Målet var å forstå hvordan GPs oppfatter sin rolle i postnatal oppfølging, hvilke barrierer og muligheter som påvirker kvaliteten på omsorgen, og hvordan innhold og tidspunkt for postnatale kontroller oppleves.

Gjennom tematisk syntese identifiserte forskerne fem hovedtemaer. Fire av disse ble strukturert etter COM-B-modellen for atferdsendring: psykologisk kapasitet, fysisk mulighet, sosial mulighet og motivasjon. Det femte temaet omhandlet innhold og timing av postnatale kontroller, og ble behandlet separat. Studien viste at tidspress, organisering av tjenester og manglende ressurser var sentrale barrierer for god postnatal omsorg. Mange GPs opplevde at de hadde begrenset tid og støtte til å dekke både fysiske, psykiske og sosiale behov hos nybakte mødre.

Samtidig fremhevet legene viktigheten av relasjonsbygging og helsefremmende arbeid i denne fasen, men opplevde ofte at systemet ikke la til rette for dette. Det var også usikkerhet rundt ansvar og innhold i den seksukers postnataalkontrollen, og behov for tydeligere retningslinjer og bedre samarbeid med andre faggrupper.

