



HELSEDIREKTORATET
Postboks 220 Skøyen
0213 OSLO

Deres ref.:

Vår ref.:
2026/3013

Saksbehandler:
Cato Kjærvik

Sted/dato:
Bodø, 18.08.2026

Høring av Nasjonal faglig retningslinje for utredning, oppfølging og behandling av kvinner med endometriose og adenomyose

Vi viser til høringsutkast og invitasjon til å spille inn. Våre kommentarer er strukturert i henhold til skjema på høringssiden.

1. Bakgrunn, metode og prosess

Nordlandssykehuset HF støtter utarbeidelsen av en nasjonal faglig retningslinje for endometriose og adenomyose.

Det bør etter vår mening fremgå tydeligere hvordan anbefalingene kan tilpasses ulike geografiske og organisatoriske forhold. I Nord-Norge er det store avstander, spredt bosetting og små fagmiljøer. Konsekvenser for tilgjengelighet, reisebelastning, ressursbruk og eksisterende fagkompetanse bør derfor inngå tydeligere i vurderingsgrunnlaget.

Retningslinjen bør også skille tydelig mellom anbefalinger som bygger på forskning, faglig konsensus og brukererfaring. På områder med begrenset kunnskapsgrunnlag bør dette fremgå eksplisitt.

2. Anbefalingene

2 a. Er anbefalingene klare og tydelige?

Formuleringen om universitetssykehus bør endres. Universitetssykehusstatus er ikke i seg selv et uttrykk for kompetanse innen endometriose. Det bør i stedet vises til sykehus eller fagmiljøer med dokumentert kompetanse, relevant pasientvolum, nødvendig kirurgisk erfaring og tilgang til tverrfaglige ressurser.

2 b. Er eksemplene under «Praktisk informasjon» nyttige og tilstrekkelige?

Eksemplene er nyttige, men bør suppleres med tydeligere henvisningskriterier og konkrete mål for vurdering av behandlingseffekt. Symptomreduksjon, funksjon i skole, arbeid og sosialt liv, bivirkninger, seksualfunksjon og livskvalitet bør inngå i evalueringen.

Symptomdagbok og Endometriosedagboken kan være nyttige hjelpemidler, men bruk bør være frivillig og ikke en forutsetning for utredning eller behandling.

Tverrfaglig kompetanse bør kunne organiseres som regionale, digitale nettverksteam. Alle fagpersonene trenger ikke være fysisk samlokalisert. Et regionalt nettverksteam kan ha regelmessige digitale møter for pasientdrøfting, vurdering av bildediagnostikk, planlegging av kirurgi og kompetansedeling. Dette er særlig viktig i Nord-Norge, hvor en modell som forutsetter fysisk samlokalisering, kan redusere tilgjengeligheten og svekke eksisterende fagmiljøer.

2 c. Er anbefalingene faglig godt begrunnet og i tråd med gjeldende kunnskap og praksis? Anbefalingene framstår i hovedsak faglig godt begrunnet.

Det bør tydeliggjøres at normal klinisk undersøkelse, transvaginal ultralyd eller MR ikke utelukker endometriose, særlig overflatisk peritoneal sykdom. Ved vedvarende symptomer og funksjonstap må videre vurdering baseres på det samlede kliniske bildet.

Kirurgi bør omtales som ett av flere behandlingsalternativer, ikke som et nødvendig endepunkt i pasientforløpet. Indikasjonen bør bygge på symptomer, behandlingsrespons, fertilitetsønske, sykdomsutbredelse, risiko og pasientens preferanser. Det bør foreligge en plan for videre behandling og oppfølging også etter kirurgi.

Anbefalingen om regionale rutiner bør bygge på faktisk kompetanse fremfor formell sykehuskategori. En automatisk inndeling i lokalsykehus og universitetssykehus kan være lite treffsikker og særlig uheldig i regioner med store avstander.

3. Er adenomyose godt nok dekket?

Adenomyose er inkludert gjennom hele retningslinjen, men omtales flere steder sammen med endometriose på en måte som kan tilsløre viktige forskjeller.

Det bør gis mer spesifikk informasjon om typiske symptomer ved adenomyose, særlig kraftige menstruasjonsblødninger, dysmenoré og trykk- eller tyngdefornemmelse.

Adenomyose bør også synliggjøres bedre i anbefalingen om fertilitet og i det planlagte flytskjemaet.

4. Generelle kommentarer til den reviderte retningslinjen som helhet

Retningslinjen er et viktig tiltak for å bedre tilbudet til personer med endometriose og adenomyose. Det er positivt at den vektlegger tidlig identifisering, empirisk behandling, tverrfaglighet og oppfølging på tvers av tjenestenivåene.

For å sikre likeverdige tjenester bør retningslinjen i større grad ta høyde for geografiske forskjeller. Likeverdige tjenester innebærer ikke nødvendigvis identisk organisering i alle regioner. I Nord-Norge kan en nettverksmodell med lokal utredning og oppfølging, regionale digitale nettverksteam og selektiv henvisning til miljøer med dokumentert spesialkompetanse være mer hensiktsmessig enn omfattende sentralisering.

De regionale helseforetakene bør få ansvar for å etablere og finansiere forpliktende regionale pasientforløp, kompetansenettverk og tverrfaglige samarbeidsstrukturer. Det er ikke tilstrekkelig å utpeke ett sykehus som regionalt senter dersom nødvendige ressurser, personell og funksjoner ikke følger med.

Retningslinjen bør dessuten beskrive tydeligere hvem som har oppfølgingsansvaret etter diagnostikk, endring av hormonell behandling, kirurgi og henvisning mellom behandlingsnivåene. Manglende koordinering må ikke føre til at pasienten blir stående uten videre oppfølging.

5. Etter høringsrunden skal det utarbeides et flytskjema for å utfylle anbefaling 1 og 2. Hva er viktige elementer i et slikt flytskjema?

Flytskjemaet bør være enkelt og handlingsrettet og inneholde:

- Symptomer og kriterier for å søke helsehjelp, inkludert sterke menstruasjonssmerter, utilstrekkelig effekt av NSAIDs, gjentatt fravær fra skole eller arbeid, smerter før og etter menstruasjonen, dyspareuni, tarm- eller blæreplager og infertilitet.
- Strukturert anamnese med vurdering av syklusrelasjon, smerter, blødning, funksjonstap, seksualfunksjon, fertilitetsønske, tidligere behandling og relevante differensialdiagnoser.
- Oppstart av basal smertelindring og hormonell behandling ved klinisk mistanke, uten krav om kirurgisk bekreftet diagnose.
- Tydelige behandlingsmål: reduksjon av smerter og blødninger samt bedring av funksjon og livskvalitet.
- Planlagt evaluering etter 3–6 måneder med vurdering av effekt, bivirkninger, etterlevelse og behov for endring av behandlingen.
- Henvisningskriterier basert på symptombelastning, funksjonstap, manglende effekt, uakseptable bivirkninger, diagnostisk usikkerhet, fertilitetsønske og mistanke om utbredt sykdom.
- Tydelig informasjon om at normal klinisk undersøkelse, ultralyd eller MR ikke utelukker endometriose.
- Tidlig fertilitetsvurdering når alder, sykdomsutbredelse, ovarialreserve, tidligere kirurgi eller andre forhold tilsier redusert prognose.
- Angivelse av hvem som har ansvar for videre oppfølging i hvert trinn av pasientforløpet.
- Symptomdagbok eller digitale hjelpemidler kan fremgå som frivillige støttetiltak, men bør ikke fremstilles som et krav for videre utredning eller henvisning.

Med vennlig hilsen

Jon Magnus Haga
fagsjef
Direktøren

Kopi til:
Helse Nord RHF