

FORDYPNINGSSTOFF TIL HELSEPERSONELL

Les også brosjyren: Gode råd til gravide om medisinbruk

I Norge har rundt 80 prosent av gravide brukt legemidler under svangerskapet. De vanligste brukte legemidlene er paracetamol, nesespray mot tett nese, legemidler mot refluksplager, antibiotika og antihistaminer^{1,2}. Samtidig er en stor andel (kanskje rundt halvparten) av graviditetene ikke planlagte, noe som innebærer at i mange tilfeller vil kvinner ha brukt legemidler før de oppdaget graviditeten.

Egenomsorg, informasjonsbehov og etterlevelse

De fleste gravide opplever svangerskapsrelaterte plager som svangerskapskvalme, forstoppelse og halsbrann. Smerter er også vanlig som følge av vektøkning, endret kroppsholdning og bekkenløsningssmerter. Plagene varierer fra milde til mer alvorlige. Graden av plagene er avgjørende for om behandlingen bør være medikamentell eller ikke-medikamentell. Ved lettere plager bør kvinnen få råd som ikke innebærer bruk av legemidler, mens ved plager som går utover hverdagen, kan det i første omgang være aktuelt å behandle med reseptfrie legemidler. Ved mer uttalte plager bør gravide oppsøke lege. Dette gjelder også ved akutt sykdom eller ved behandling av kronisk sykdom.

Norske gravide har et stort behov for informasjon om legemidler, og mange har utfordringer knyttet til bruk av legemidler³. Studier har også vist at mange gravide har dårlig legemiddeletterlevelse⁴. Trolig skyldes disse utfordringene i stor grad usikkerhet rundt hvilken risiko bruk av legemidler i graviditeten kan innebære. Her kan apotek og helsestasjoner spille en viktig rolle. I tillegg til den ordinære svangerskapsomsorgen kan helsepersonell i apotek og ved helsestasjoner bidra med kunnskapsbaserte råd om behandling av lettere svangerskapsplager, veiledning rundt viktige vitaminer og mineraler for gravide, slik som folsyre og jod, samt ha en dialog rundt legemiddelbruk ved kroniske sykdommer for å bidra til god etterlevelse.

Risiko/nytte-vurderinger

Ved all bruk av legemidler under graviditet må det gjøres en avveining mellom nytte av medisinene og mulige uheldige effekter hos mor og barn. I mange tilfeller utgjør mors sykdom en større risiko for barnet enn legemiddelbehandlingen. Dette gjelder særlig kroniske sykdommer som epilepsi, lavt stoffskifte, diabetes og astma. Akutte tilstander, som for eksempel høy feber og bakterielle infeksjoner, kan også være uheldige for barnet og bør derfor behandles.

Det er også viktig å ta hensyn til mors daglige funksjonsevne og trivsel under svangerskapet. Legemiddelbehandling kan i slike tilfeller være nødvendig for å lindre svangerskapsplager som går utover mors fungering i hverdagen, og for å forebygge videre sykdomsutvikling.

Når helsepersonell skal vurdere om et legemiddel skal brukes eller ikke, bør følgende tre spørsmål vurderes samlet:

- Hva er risikoen for mor hvis legemiddelet ikke brukes?
- Hva er risikoen for barnet hvis mor ikke behandles?
- Hva er risikoen for barnet hvis legemiddelet brukes?

Samlet sett skal nytten ved å behandle være større enn risikoen.

Overgang av legemidler til fosteret

Legemidler passerer placenta i varierende grad, men de fleste kan nå fosteret dersom

behandlingen pågår over tid. Det er særlig størrelsen på legemiddelmolekylet som bestemmer hvor lett et legemiddel går over placenta, men også andre egenskaper, slik som proteinbindingsgrad og fettløselighet, er viktig⁵. Fosteret selv bryter ned legemidler i liten grad og er derfor avhengig av mor for å eliminere legemidlene.

Farmakokinetikk hos gravide

Graviditeten medfører en rekke fysiologiske forandringer som kan påvirke legemidlers farmakokinetikk sammenlignet med ikke-gravide. Særlig viktig er endret enzymaktivitet i legemiddelmetaboliserende enzymer i leveren og økt utskillelse av legemidler via nyrene⁶. Endringen starter tidlig i svangerskapet og er størst i tredje trimester. Slike endringer kan medføre at gravide i noen tilfeller trenger høyere doser enn ikke-gravide. Siden mange legemidler har en stor terapeutisk bredde, er det likevel ikke nødvendig å endre doseringen for de fleste legemidler. For legemidler der endret farmakokinetikk kan påvirke effekt eller bivirkningsforekomst, bør klinisk respons følges nøye, og serumkonsentrasjon monitoreres gjennom svangerskapet. Dosen justeres da ved behov. Slik oppfølging er særlig viktig for legemidler med smal terapeutisk bredde.

Helsepersonell bør være oppmerksomme på terapisivikt hos gravide, både på grunn av endret farmakokinetikk, men også på grunn av dårlig legemiddeletterlevelse. Doseringen av legemidler under graviditeten skal være så lav som mulig, men så høy som nødvendig.

«Bakgrunnsrisiko» under graviditet

I Norge fødes om lag 2–3 % av levendefødte barn med det som regnes som alvorlige medfødte misdannelser⁷. Denne prosentverdien omtales som «bakgrunnsrisiko», og risikoen er til stede selv om mor (og far) lever et normalt sunt liv og ikke har brukt noen form for legemidler.

Med begrepet «alvorlige misdannelser» menes alle livstruende fosterskader, medfødte alvorlige handicap og skader som krever større kirurgiske inngrep. Heldigvis kan mange misdannelser korrigeres kirurgisk, for eksempel leppe- og ganespalte samt flere typer hjertefeil. Hjertefeil er den hyppigste medfødte fosterskaden, og forekommer i underkant av 1 % av alle barn⁷.

Det er vanlig å anslå at rundt 10-15 % av alle graviditeter ender i spontanabort etter at kvinnen vet at hun er gravid⁸. Spontanaborter skjer hyppigst tidlig i graviditeten, gjerne før kvinnen vet at hun er gravid. De fleste spontanaborter skyldes ikke legemidler, men har helt andre, ofte naturlige årsaker. Mors alder er den viktigste risikofaktoren for spontanabort^{8,9}.

Fosterskadelige legemidler og «trygge» legemidler

Som kjent kan enkelte legemidler være fosterskadelige. Slike legemidler kalles teratogene. Teratogene effekter av legemidler anses å være doseavhengige. Heldigvis er det få legemidler som er sterkt fosterskadelige, og mindre enn 1 % av alle misdannelser hos barn antas å skyldes mors legemiddelbruk i svangerskapet. Genetikk og infeksjoner hos mor er langt viktigere. For rundt 70 % av fosterskadene er årsaken ukjent eller multifaktoriell. Akkurat hva som utløser en uønsket effekt er ofte ikke kjent^{10,11}. Dersom en kvinne skulle få et barn med en fosterskade, er det derfor stor sjanse for at det har andre årsaker enn legemidler.

Hvis en gravid kvinne har brukt en medisin som kan være fosterskadelig, vil barnet likevel i de fleste tilfeller bli født friskt. Det at et legemiddel er omtalt som fosterskadelig betyr kun at legemiddelet har potensial til å medføre skadelig effekt hos noen barn. Et barn behøver dermed ikke nødvendigvis å ta skade av mors legemiddelbruk selv om legemiddelet er potensielt fosterskadelig. Trolig finnes det individuelle forskjeller med hensyn til sårbarhet, som har betydning for utfallet. Dette vet vi fremdeles lite om¹⁰.

Noen legemidler omtales som trygge for gravide, men for den største andelen av legemidler mangler vi god nok dokumentasjon til å avgjøre hvorvidt legemiddelet er forbundet med noe

risiko, og eventuelt hvor stor risikoen er. Selv om vi gjerne omtaler enkelte legemidler som trygge for gravide, er det ikke mulig å garantere at bruken er helt risikofri.

Det at legemidlet ikke er omtalt som trygt, betyr likevel ikke at gravide skal unngå all bruk av medisinen. Hva som er riktig å gjøre vil blant annet avhenge av hvor viktig legemiddelet er for kvinnens helse og trivsel og hvilke andre behandlingsalternativer som finnes.

Faktorer som påvirker risikoen og mulige utfall

Tidspunktet kvinnen eksponeres i svangerskapet er den viktigste faktoren for påvirkning av fosteret. Gravide anbefales gjerne å være tilbakeholdne med all bruk av legemidler, men særlig i første trimester. Grunnen til dette er at det er først og fremst i første trimester (5.-12. svangerskapsuke) at fosterskadelige legemidler kan medføre misdannelser. Dette er tidsrommet da organogenesen pågår, det vil si perioden hvor grunnstrukturene til organene dannes. Vi har mindre kunnskap om skadelig påvirkning i de to første ukene etter befruktning (det vil si svangerskapsuke 3–4). Det er likevel vanlig å regne med at en betydelig uheldig eksponering i denne perioden ikke vil føre til misdannelser, men heller til en svært tidlig spontanabort (ofte så tidlig at kvinnen ikke vet at hun har vært gravid).

Etter første trimester regnes risikoen for strukturelle misdannelser som liten, men noen legemidler kan fremdeles påvirke den videre utviklingen eller funksjonen til bestemte organer (se faktaboks om NSAIDs). Legemidler kan også gi andre uheldige utfall, som økt risiko for spontanabort eller dødfødsel, lav fødselsvekt, for tidlig fødsel og i noen tilfeller langtidseffekter hos barnet. På grunn av begrenset forskning vet vi mindre om hvorvidt legemidler kan gi andre uønskede effekter enn om risikoen for misdannelser. Dette gjelder særlig eventuelle langtidseffekter.

NSAIDs skal ikke brukes av gravide uten legekontakt

Siden mange NSAIDs kan kjøpes uten resept, er det viktig å kjenne til at gravide ikke skal bruke smertestillende og betennelsesdempende tabletter av typen NSAIDs (som for eksempel ibuprofen, naproxen og diklofenak), med mindre det er avtalt med lege.

Selve virkningsmekanismen til NSAIDs gir grunn til forsiktighet hos gravide. Spesielt i tredje trimester (fra uke 30) er det viktig at gravide unngår all bruk av NSAIDs, først og fremst fordi dette kan øke risikoen for tidlig sammentrekning eller lukking av blodåren ductus arteriosus hos fosteret. Lukkingen av denne blodåren skal først skje etter fødsel. Hvis lukking av blodåren skjer hos fosteret i mors mage, kan dette forstyrre fosterets sirkulasjon og gi alvorlige komplikasjoner. Selv få doser NSAIDs kan potensielt gi sammentrekning av ductus arteriosus¹².

I tillegg kan bruk av NSAIDs skade nyrene hos fosteret, slik at det produseres for lite fostervann. På grunn av denne risikoen anbefalte amerikanske legemiddelmyndigheter i 2020 at bruk av NSAIDs bør unngås allerede fra svangerskapsuke 20.¹³ Muligens kan bruk av NSAIDs også gi økt blødningsrisiko hos mor og barn, spesielt i forbindelse med fødselen¹⁴.

Gode kilder til informasjon

For at helsepersonell skal gi gode råd om legemidler til gravide, må de bruke egnede informasjonskilder. I den sammenhengen er det viktig å kjenne til at tekstene til legemiddelprodusentene (som i pakningsvedlegget og i preparatomtalen i Felleskatalogen) ofte ikke er egnet som oppslagsverk for å gi individuell informasjon om nytte og risiko ved legemiddelbruk i graviditet. Disse kildene vektlegger gjerne kun mulig risiko ved bruk av legemidlet og er dessuten formulert ut fra juridiske hensyn, mens helsepersonell også må fokusere på nytten av behandlingen for mor og barn (se avsnittet *Risiko/nytte-vurderinger - Sykdommen kan være farligere enn medisinen*).

Vi anbefaler følgende gode kilder og oppslagsverk:

- **RELIS** – www.relis.no
- **Norsk legemiddelhåndbok** – Kapittel *Graviditet og legemidler (G7)* med vurdering av hvert virkestoff www.legemiddelhandboka.no
(lenke til samme info i preparatomtalene i Felleskatalogen)
- **Veileder Fødselshjelp (NGF)** – [Metodebok](#)
- **Vaksinasjonshåndboka for helsepersonell (FHI)** – Kapittel *Vaksinasjon av gravide og ammende*
- **Antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP)** – Håndbok i antibiotikabruk i primærhelsetjenesten, kapittel *Gravide og ammende (Spesielle pasientgrupper)*
www.antibiotikaiallmennpraksis.no
- **UKTIS** (UK Teratology Information Service) – www.uktis.org
- **OTIS** (Organization of Teratology Information Specialists) – mothertobaby.org
- **Janusinfo** – www.janusinfo.se

For de gravide selv:

- **Trygg Mammamedisin** – <https://tryggmammamedisin.no>
Nettjeneste og telefon: **22 92 11 00**
(åpen mandag-torsdag kl. 09.00–11.30)

Referanser

1. Engeland A, Bjørge T, Klungsøyr K et al. Trends in prescription drug use during pregnancy and postpartum in Norway, 2005 to 2015. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2018; 27(9): 995-1004.
 2. Lupattelli A, Spigset O, Twigg MJ et al. Medication use in pregnancy: a cross-sectional, multinational web-based study. *BMJ Open* 2014; 4(2): e004365.
 3. Smedberg J, Bråthen M, Waka MS et al. Medication use and drug-related problems among women at maternity wards—a cross-sectional study from two Norwegian hospitals. *Eur J Clin Pharmacol* 2016; 72(7): 849-57.
 4. Ceulemans M, Lupattelli A, Nordeng H et al. Women's Beliefs About Medicines and Adherence to Pharmacotherapy in Pregnancy: Opportunities for Community Pharmacists. *Curr Pharm* 2019; 25(5): 469-482.
 5. Nordeng H, Jettestad, Sitras V. [Legemiddelbruk i svangerskapet og ammeperioden](#) (sist oppdatert juni 2025). In: *Veileder Fødselshjelp (NGF)*, Gynekologisk forening (søkedato: 17.12.2025).
 6. Westin AA, Reimers A, Spigset O. Skal gravide ha lavere eller høyere legemiddeldoser? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2018; 138 doi:10.4045/tidsskr.18.0065
 7. Folkehelseinstituttet (FHI). [Årsrapport for Medisinsk fødselsregister 2024- Svangerskap og fødsler i Norge](#) (Publisert november 2025).
 8. Berner E, Tellum T, Hansen KH, Sletta C, Stokke R. [Spontanabort](#) (sist oppdatert januar 2025). In: *Veileder i gynekologi (NGF)*, Norsk gynekologisk forening (søkedato: 17.12.2025).
 9. Magnus MC, Wilcox AJ, Morken NH et al. Role of maternal age and pregnancy history in risk of miscarriage: prospective register based study. *BMJ* 2019; 364: l869.
 10. FDA (U.S. Food and Drug Administration). [Reviewer guidance evaluating the risks of drug exposure in human pregnancies](#) (sist oppdatert august 2018). In: FDA Guidance Documents. <http://www.fda.gov> (søkedato: 17.12.2025).
 11. Feldkamp ML, Carey JC, Byrne JLB et al. Etiology and clinical presentation of birth defects: population based study. *BMJ* 2017; 357: j2249.
 12. UKTIS (UK Teratology Information Service). [Use of non-steroidal anti-inflammatory drugs \(NSAIDs\) in pregnancy](#) (sist oppdatert september 2023). In: UKTIS monographs (søkedato: 17.12.2025).
 13. FDA (US Food and Drug Administration). [FDA recommends avoiding use of NSAIDs in pregnancy at 20 weeks or later because they can result in low amniotic fluid](#) (sist oppdatert januar 2023). In: FDA Drug Safety and Availability. <http://www.fda.gov> (søkedato: 17.12.2025).
 14. Rasmussen SA, Jelin AC. Use and risks of NSAIDs in pregnancy, Version 6.0. (sist oppdatert: september 2025). In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/> (søkedato: 25.02.2026).
-

Fordypningsstoffet er utgitt av en tverrfaglig forfattergruppe og utarbeidet på grunnlag av tilgjengelig litteratur og ressurser på publiseringstidspunktet i samråd med eksterne sakkyndige. Brosjyren må ikke erstatte kontakt med, undersøkelse hos eller behandling av kvalifisert helsepersonell. Helsepersonell er selv ansvarlig for bruk av brosjyrens innhold i rådgivning eller pasientbehandling.

Forfattergruppe: G.C. Havnen (farmasøyt, RELIS Sør-Øst, Tryggmammamedisin.no), H. Nordeng (farmasøyt, Farmasøytisk institutt, UiO), M. Falck (barnelege, Oslo universitetssykehus), A.M. Brænd (helsestasjonslege, Institutt for helse og samfunn, UiO), A.D. Midtsund (helsesykepleier, Oslo kommune).

Gjennomlest av: Olav Spigset (overlege, Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital)
Revidert utgave februar 2026. Det kan siteres fra brosjyren dersom kilden oppgis.

