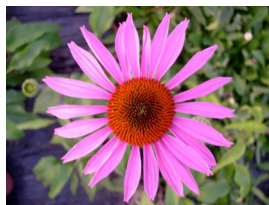


# KARTLEGGING AV HOLDNINGER TIL OG BRUK AV URTEMEDISIN I SVANGERSKAPET

- En intervjuundersøkelse blant 142 barselkvinner ved  
Haukeland Universitetssjukehus



av

Kristine Heitmann

Masteroppgave i farmasi



Senter for farmasi  
Universitetet i Bergen  
18.09.09

Bildene på fremsiden er hentet fra (i rekkefølge fra venstre til høyre):

1. [http://www.gaiaherbs.com/herb\\_of\\_the\\_week.php?id=16](http://www.gaiaherbs.com/herb_of_the_week.php?id=16)
2. <http://www.mytho-fleurs.com/images/Delabroye-vivaces-3/Echinacea%20purpurea%20Maxima.JPG>
3. <http://www.kgstiles.com/images/GermanChamomile1-B.jpg>

## **Forord**

Denne masteroppgaven ble utført ved Senter for Farmasi, Universitetet i Bergen fra høsten -08 til høsten -09.

Først og fremst vil jeg takke mine interne veiledere, Svein Haavik og Lone Holst, for nyttige innspill og god veiledning gjennom masteren. Takk også til eksternveileder Hedvig Nordeng.

Takk til Ingrid Johanne Garnes, Susanne Albrechtsen og Gunn Gabrielsen for at det ble mulig å gjennomføre studien.

Jeg vil også rette en stor takk til Beth Iren Reistad, overjordmor ved Barselloftet i perioden intervjuene ble utført, som gjorde en god innsats for at rekrutteringen til studien skulle bli best mulig. Takk rettes også til de andre jordmødre som jobbet på Barselloftet i denne perioden for god hjelp til rekruttering.

Til slutt vil jeg takke Bjarte for god og kritisk korrekturlesning, og for god støtte og oppmuntrende ord underveis.

Kristine Heitmann

Bergen, september 2009



## Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b>	s. 1
<b>1 Bakgrunn</b>	s. 3
1.1 Hvorfor studere bruk av urtemedisin i svangerskapet?	s. 3
1.2 Urtemedisin – begreper og definisjoner	s. 4
<i>1.2.1 Urtemedisin</i>	s. 4
<i>1.2.2 Naturmidler</i>	s. 4
<i>1.2.3 Legemidler og naturlegemidler</i>	s. 6
1.3 Bruk av urtemedisin	s. 7
<i>1.3.1 Bruk av urtemedisin i befolkningen generelt</i>	s. 7
<i>1.3.2 Bruk av urtemedisin blant gravide</i>	s. 8
1.4 Utdfordringer knyttet til økende bruk av urtemedisin	s. 11
1.5 Fosterutvikling og teratogene effekter	s. 12
<i>1.5.1 Fosterutvikling</i>	s. 12
<i>1.5.2 Teratogene effekter</i>	s. 13
1.6 Farmakokinetiske endringer og plager under graviditet	s. 16
<i>1.6.1 Farmakokinetiske endringer under graviditet</i>	s. 16
<i>1.6.2 Plager under graviditet</i>	s. 16
1.7 Sikkerhet og effekt ved bruk av urtemedisin i svangerskapet	s. 17
<i>1.7.1 Bringebærblad</i>	s. 18
<i>1.7.2 Ingefær</i>	s. 20
<i>1.7.3 Kamille</i>	s. 21
<i>1.7.4 Solhatt</i>	s. 23
<i>1.7.5 Tranebær</i>	s. 24
<b>2 Hensikt</b>	s. 27
<b>3 Materiale og metode</b>	s. 29
3.1 Studiepopulasjon	s. 29
3.2 Pasientinformasjon og samtykke	s. 30
3.3 Datainnsamling	s. 30

3.4 Variable	s. 30
3.5 Databearbeidelse og statistikk	s. 36
3.5.1 Beskrivelse av anvendte statistiske analysemetoder	s. 36
<b>4 Resultater</b>	s. 39
4.1 Bruk av urtemedisin	s. 41
4.2 Bruksområder som ble oppgitt for urtene brukt i svangerskapet	s. 43
4.3 Når i svangerskapet det ble brukt urtemedisin og varighet av bruk	s. 44
4.4 Fødsels- og svangerskapsutfall	s. 46
4.5 Kjennskap til og kunnskap om ti ulike urter	s. 47
4.6 Hvem urtene var blitt anbefalt av og hvor kvinnene ville henvendt seg for informasjon om urtemedisin	s. 49
4.7 Sykdom/plager og sykemeldinger i svangerskapet	s. 52
4.8 Bruk av reseptfrie legemidler i svangerskapet	s. 53
4.9 Opplysninger angående legemidler og kosttilskudd (herunder urtemedisin) hentet fra skjema som sendes Medisinsk fødselsregister	s. 55
4.10 Holdninger til bruk av urtemedisin i svangerskapet	s. 56
4.11 Kvalitativ del: Eksempelvis sitat fra kvinnenes begrunnelser for svaret de ga til de ulike påstandene (sortert under påstandenes ulike svaralternativ)	s. 58
<b>5 Diskusjon</b>	s. 65
5.1 Bruk av urtemedisin i svangerskapet	s. 65
5.2 Informasjon og anbefalinger om urtemedisin	s. 69
5.3 Sykdom og plager i svangerskapet	s. 72
5.4 Diskrepans mellom opplysninger i skjema som sendes til Medisinsk fødselsregister og data fra intervju	s. 73
5.5 Kjennskap til og kunnskap om ti ulike urter	s. 75
5.6 Bruk av reseptfrie legemidler i svangerskapet	s. 76
5.7 Holdninger til urtemedisin	s. 78
5.7.1 Holdninger til urtemedisin i forhold til bivirkninger og graviditet	s. 78
5.7.2 Holdninger til urtemedisin i forhold til konvensjonelle legemidler	s. 79
5.7.3 Holdninger til legene og meddelelse av bruk av urtemedisin	s. 80
5.8 Svakheter ved studien og forslag til fremtidig forskning	s. 81
5.8.1 Seleksjons bias	s. 81

5.8.2 <i>Recall bias</i>	s. 82
5.8.3 <i>Ekstern validitet</i>	s. 83
5.8.4 <i>Problemstillinger det hadde vært ønskelig å sett nærmere på</i>	s. 83
5.8.5 <i>Forslag til fremtidig forskning og tiltak</i>	s. 83
<b>6 Konklusjon</b>	s. 85
<b>7 Referanser</b>	s. 87
<b>Vedlegg</b>	s. 95
<b>Vedlegg 1:</b> Informasjonsskriv til pasientene	
<b>Vedlegg 2:</b> Spørreskjema	
<b>Vedlegg 3:</b> Klassifiseringslister	
<b>Vedlegg 4:</b> Informasjons plakat som ble hengt opp på avdelingen	
<b>Vedlegg 5:</b> Kriterier for bruk av barselloftet	





## Sammendrag

**Bakgrunn:** Mange kvinner opplever en eller flere plager under graviditet. Få konvensjonelle legemidler er godkjente til bruk i svangerskapet, og flere vestlige studier rapporterer at en stor andel av gravide kvinner bruker urtemedisin. To studier utført tidligere i Norge indikerer at urtemedisin brukes av mange gravide også her i landet. Vi vet svært lite om effekt og sikkerhet ved bruk av urtemedisin i svangerskapet.

**Hensikt:** Hensikten med studien var å studere forekomst og konsekvenser ved bruk av urtemedisin under svangerskapet, og i tillegg holdninger til og kunnskap om urtemedisin blant barselkvinner ved Haukeland Universitetssjukehus.

**Metode:** Totalt 142 kvinner i barselseng på Barselloftet, Kvinneklinikken, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen, ble intervjuet en til to dager etter fødsel. Et strukturert spørreskjema ble brukt. Intervjuene fant sted i perioden fra og med november -08 til og med mars -09. Det ble også samlet inn data fra skjema som sendes Medisinsk fødselsregister.

**Resultater:** I alt 53 % av kvinnene hadde brukt urtemedisin i svangerskapet. De hyppigst brukte urtene var bringebærblad for å ”sette i gang fødsel, stimulere livmor og for å forhindre rifter under fødsel” (40 %), ingefær ”mot kvalme” (37 %), kamille ”mot søvnvansker” (28 %) og tranebær ”mot urinveisinfeksjon” (13 %). Den mest sannsynlige bruker var førstegangsfødende, hadde brukt urtemedisin før og ville bruke urtemedisin igjen. Blant de kvinnene som hadde barn fra før, hadde 39 % brukt ammete eller tilsvarende urter ved tidligere ammeperioder. De fleste av kvinnene som hadde brukt urtemedisin, hadde brukt det på eget initiativ eller fått det anbefalt av familie eller venner. Internett og helsekost var de stedene flest kvinner ville oppsøkt for å få informasjon om urtemedisin. Apotek var den delen av helsevesenet flest kvinner ville oppsøkt for å få tak i informasjon. Det ble funnet en signifikant positiv sammenheng mellom kunnskap om og bruk av urtemedisin. Totalt 63 % av kvinnene ble klassifiserte som positive til urtemedisin. På bakgrunn av at urtemedisin er naturlig, trakk mange av kvinnene slutningen at urtemedisin har mindre bivirkninger enn legemidler, og er ufarlig å bruke også i svangerskapet. I alt

63 % av kvinnene sa seg uenig i påstanden: ”Gravide bør ikke bruke noe urtemedisin uten at legen har sagt at det er greit.” Av de som hadde brukt urtemedisin under svangerskapet sa 79 % seg ikke enig i denne påstanden.

**Konklusjon:** Selv om denne studien baseres på et lite, begrenset utvalg, ser det ut til at det er en høy forekomst av bruk av urtemedisiner blant gravide. Det er derfor behov for mer dokumentasjon angående effekt og sikkerhet ved bruk av urtemedisiner under graviditet. Tiltak for å øke brukernes kunnskaper om at naturlig ikke nødvendigvis betyr ufarlig, er etterlengtet. Leger, farmasøyter, jordmødre og annet helsepersonell må ha kunnskap om urtemedisin slik at de kan gi råd og veiledning vedrørende bruk av disse preparatene. Det er viktig med en god dialog mellom helsepersonell og pasient slik at bruk av urtemedisin blir avdekket, og uheldig bruk og eventuelle interaksjoner med legemidler unngås. Farmasøyter på apotek står i en ideell posisjon til å komme med balansert informasjon om urtemedisin til brukere, da de er lett tilgjengelige og både utvalget og omsetning av urtemedisin i apotek er økende. I tillegg er det stor mulighet for å fange opp interaksjoner mellom urtemedisin og legemiddel på apotek.

# 1 Bakgrunn

## 1.1 Hvorfor studere bruk av urtemedisin i svangerskapet?

Mange kvinner opplever en eller flere svangerskapsrelaterte plager. Det finnes få konvensjonelle legemidler som er godkjent til bruk i svangerskapet, og flere vestlige studier rapportere at mange gravide bruker urtemedisin.<sup>1,3-8,10</sup> Gravide og ammende har sannsynligvis i lang tid brukt urtemedisin blant annet for svangerskapsrelaterte plager og for å øke melkeproduksjonen. Salgsstatistikk fra Bransjerådet for naturmidler viser at bruken av urtemedisin har økt kraftig i Norge de siste årene,<sup>12</sup> og det ser også ut til at bruken er høy blant gravide her i landet. To studier som ble utført av hovedfagsstudenter i Oslo (2001)<sup>13</sup> og Stavanger (2004)<sup>14</sup>, fant at henholdsvis 36,0 % og 39,7 % av kvinnene som ble intervjuet på barselavdelingen hadde brukt urtemedisin minst en gang i løpet av svangerskapet. Mengden og kvaliteten på tilgjengelig klinisk dokumentasjon er mangelfull. Vi vet svært lite angående effekt og sikkerhet ved bruk av urtemedisin i svangerskapet, og det har forekommet kasuistikker der bruk av urtemedisin under svangerskapet har fått alvorlige følger.<sup>15,16</sup>

Urtemedisin anses ofte som tryggere og mer naturlig enn konvensjonelle legemidler.<sup>17</sup> I alt 65,2 % av kvinnene som var med i undersøkelsen i Stavanger mente at gravide heller burde bruke urtemedisin enn konvensjonelle legemidler, de aller fleste ville oppsøkt helsekostforretninger for å få informasjon om urtemedisin og et få tall sa seg enig i påstanden: ”Gravide bør ikke bruke noen urtemedisin uten at legen har sagt at det er greit”.<sup>14</sup> Dette kan tyde på at mange gravide kvinner foretrekker urtemedisin fremfor konvensjonelle legemidler, og at bruken forekommer uten at det offentlige helsevesenet blir involvert. Derfor kan det være vanskelig å kartlegge omfanget av bruken av urtemedisin via denne kanalen. Med dette som bakgrunn vil det derfor være nyttig å kartlegge hvilke, hvordan, hvorfor og hvor hyppig urtemedisiner brukes av norske gravide og hvilke holdninger kvinnene har til disse preparatene. På denne måten kan eventuelle uheldige trender fanges opp, og det kan settes inn tiltak på de områdene der det trengs. En kartlegging av hvilke urter som

blir brukt under svangerskapet kan gi grunnlag for bestemmelsen av hvilke urter det i fremtiden skal forskes på for å fremskaffe data om effekt og sikkerhet. I tillegg kan dette gi flere indikatorer på hvilke områder innenfor konvensjonell farmakoterapi de gravide kvinnene ikke finner hjelp.

## **1.2 Urtemedisin – begreper og definisjoner**

### ***1.2.1 Urtemedisin***

Urtemedisin defineres i dette arbeidet som alle typer preparater, som for eksempel tabletter, salver, teer eller oljer, som er produsert fra urter og som blir brukt for å oppnå en bedre helse. Urtemedisin inkluderer både begrepene naturmedisin og naturlegemidler. Produkter som baserer seg på animalske substanser og uorganiske salter faller utenfor begrepet.

Urtemedisiner er råstoff fra planter eller ekstrakt av disse.<sup>18</sup> Planten blir brukt som den er, enten i sin helhet eller så blir spesielle deler brukt. Den kan bli brukt i en formulering alene, eller i kombinasjon med andre planter. I dag lages det mange ferdigpreparater fremstilt av urter. Disse preparatene markedsføres og selges kommersielt. I følge Statens Legemiddelverk er alle urter i utgangspunktet legemidler med mindre Legemiddelverket vurderer og klassifiserer den aktuelle urten som ikke-legemiddel/handelsvare. Noen urter klassifisert som legemiddel, er også reseptpliktige. En liste som klassifiserer de ulike urtene, finnes i ”forskrift om legemiddelklassifisering”.<sup>19</sup> Urter klassifisert som handelsvare kan selges fritt, men urter som er klassifisert som legemidler, selges kun på apotek. Det trengs resept for å kunne kjøpe de urtene som er klassifisert som reseptpliktige legemidler.

### ***1.2.2 Naturmidler***

Naturmidler sorterer juridisk under kosttilskudd. Kosttilskudd er beregnet til å supplere kosten og defineres som “konsentrerte kilder av vitaminer og mineraler eller andre stoffer med en ernæringsmessig eller fysiologisk effekt, alene eller i kombinasjon, og omsettes i ferdigpakket og dosert form beregnet til å inntas i små oppmålte mengder.”<sup>20</sup> Det er ikke noe krav til at kosttilskudd må ha godkjent

markedsføringstillatelse, men det er krav til at de må meldes til Mattilsynet når de omsettes på det norske markedet. Det er også krav til at kosttilskuddet må merkes med ”navnet på de kategorier av næringsstoffer eller andre stoffer med ernæringsmessig eller fysiologisk effekt som kjennetegner produktet, eller en angivelse av arten av disse”,<sup>20</sup> samt anbefalt døgndose. I tillegg skal det opplyses om mengdeinnhold av de ulike innholdstoffene. Mengde skal også være uttrykt i tall per antall anbefalte døgndoser.<sup>20</sup>

På tross av at Mattilsynet forsøker å ha oversikt over, og kontrollere det norske kosttilskuddsmarkedet, finnes det flere eksempler på at det forekommer omsetning av ulovlige produkter i Norge. En undersøkelse som Mattilsynet, Folkehelseinstituttet og Statens Legemiddelverk utførte i 2008 viste at 21 av totalt 82 utvalgte kosttilskuddsprodukter inneholdt ulovlige ingredienser som legemidler eller helsefarlige stoffer.<sup>21</sup> Disse stoffene var ikke angitt i merkingen på produktet. Produktene som ble undersøkt ble henholdsvis markedsført som potensfremmende, oppkvikkende/energigivende og slankende. Av de potensfremmende preparatene, var det tre preparater som inneholdt legemidler. Det ene produktet inneholdt tre ganger høyere legemiddeldose enn det som er anbefalt av Legemiddelverket. I 17 av produktene som lovet energigivende/oppkvikkende eller slankende effekt ble det funnet koffein. Koffein er i Norge klassifisert som legemiddel, og har tidligere ikke vært lov å tilsettes kosttilskudd. Koffein var oppgitt i innholdsdeklarasjonen i bare to av produktene. I tillegg fant man synefrin i tre produkter og efedrin i ett produkt. I det ene produktet var både koffein og synefrin tilstede, noe som kan være en skadelig kombinasjon hos pasienter med hjertesykdom eller andre alvorlige sykdommer. Et annet eksempel på skadelige innholdstoffer i såkalte kosttilskudd er aristolochiasyre.<sup>22</sup> Dette er et stoff som finnes i *Aristolochia*-arter som er urter underlagt reseptplikt i Norge, men som er å få tak i gjennom behandlere som bruker tradisjonell kinesisk medisin og gjennom Internett. Statens Legemiddelverk og Mattilsynet gikk i 2007 ut og advarte mot bruk av produkter som inneholder disse urtene.<sup>22</sup> Dette begrunnes med at stoffet både er karsinogent og nefrotoksisk, selv i lave doser. Produktene brukes blant annet som betennelsesdempende middel mot reumatiske sykdommer.

Det er lovbestemt at det ikke er tillatt ”i merking eller markedsføring av kosttilskudd å påstå eller gi uttrykk for at et kosttilskudd forebygger, leger eller

lindrer sykdom, sykdomssymptomer eller smerter”.<sup>20</sup> Påstander som indikerer en sammenheng mellom et kosttilskudd og helse, og som ikke er å anse som medisinske påstander, skal være korrekte og ikke villedende, og man skal kunne dokumentere dem.<sup>23</sup> Mattilsynet har utarbeidet en eksempelliste over helsepåstander tillatt brukt på næringsmidler. Felles for disse påstandene er at de i stor grad starter med at produktene ”kan hjelpe for...” eller ”kan virke...”.<sup>24</sup> Denne listen er utarbeidet med utgangspunkt i Syse-rapporten.<sup>25</sup> Syse-rapporten ble utarbeidet av et offentlig utvalg som gjennomgikk en rekke helsepåstander knyttet til legemiddellignende produkter.

### **1.2.3 Legemidler og naturlegemidler**

”Med legemidler forstås stoffer, droger eller preparater som er bestemt til eller utgis for å brukes til å forebygge, lege eller lindre sykdom, sykdomssymptomer eller smerter, påvirke fysiologiske funksjoner hos mennesker eller dyr, eller til ved innvortes eller utvortes bruk å påvise sykdom.”<sup>19</sup>

Naturlegemidler blir definert på følgende måte av Statens Legemiddelverk; ”Et naturlegemiddel inneholder stoffer fra naturen som har vært brukt i folkemedisin. Som oftest inngår planter, men det kan også være stoffer fra dyreriket, i visse tilfeller også mikroorganismer, salter og mineraler i sin opprinnelige form eller i bearbeidet form”.<sup>26</sup> Det stilles bestemte krav til at et preparat kan klassifiseres som naturlegemiddel. Et av kravene er at naturlegemidlet skal ha vært i tradisjonell bruk i minst 30 år i Nord-Amerika eller i Europa. Kravene til kvalitetsgodkjennelse er like strenge som for vanlige legemidler, og naturlegemidlene må være egnet til egenbehandling. Naturlegemidlene kan bare inneholde reseptfrie stoffer/droger, og kan kjøpes i eller utenom apotek. Ett unntak er Johannesurt (*Hypericum perforatum*) som bare kan selges i apotek.

## 1.3 Bruk av urtemedisin

### 1.3.1 Bruk av urtemedisin i befolkningen generelt

I noen afrikanske og asiatiske land er 80 % av befolkningen avhengig av tradisjonell medisin som en del av primærhelsetjenesten. Urtemedisin inngår i definisjonen tradisjonell medisin, og er ansett som den vanligste terapiformen innenfor tradisjonell medisin.<sup>17</sup>

Bruken av tradisjonell medisin er ikke like utbredt i vestlige land. Behandling innenfor den vestlige, offentlige helsetjenesten baseres på konvensjonelle terapier. Det stilles høye krav til dokumentasjon av terapienes sikkerhet og effekt, et krav tradisjonell medisin vanligvis ikke klarer å innfri. Det har likevel vist seg at en stor andel av befolkningen i mange industriland har brukt en eller annen form for tradisjonell medisin. The World Health Organization (WHO) angir en forekomst på 70 - 80 %.<sup>17</sup> Bruk i England og Australia har blitt undersøkt i to ulike studier. Fra studien utført i England fremkom det at 13 % av 15 465 deltakere vanligvis brukte minst en urtemedisin.<sup>91</sup> Studien fra Australia rapporterte at 10 % av 3 004 deltakere hadde brukt urtemedisin i løpet av det siste året.<sup>92</sup> Interessen for alternativ og komplementær medisin ser ut til å være økende. Eisenberg *et al.* undersøkte forekomsten av bruk av alternativ og komplementær medisin i USA i 1990 og 1997.<sup>27</sup> Tindle *et al.* videreførte arbeidet i 2002.<sup>28</sup> Det ble funnet at andelen som hadde brukt alternativ og komplementær medisin i løpet av det siste året hadde økt med 25 % fra 1990 til 1997. Blant alternativ og komplementær medisin var urtemedisin blant de terapiene som hadde økt mest i bruk, fra 2,5 % (1990) til 12,1 % (1997).<sup>27</sup> I 2002 hadde bruken av urtemedisin videre økt med over 50 % fra 1997.<sup>28</sup> Thomas *et al.* estimerte at 19,8 % av den voksne engelske befolkningen hadde brukt en urtemedisin kjøpt over disk i løpet av de siste 12 månedene fra 1997 til 1998.<sup>29</sup>

Når det gjelder bruk av urtemedisin i befolkningen i Norge, ser bruken ut til å være økende også i dette landet. Markedsdata fra Bransjerådet for naturmidler viser at det i 1988 ble solgt naturmidler for 382 millioner kroner, mens det i 2006 var solgt for 2 174 millioner kroner. Unge husstander sto ansvarlig for den største andelen av den prosentvise veksten mellom 2005 og 2006. Videre viser statistikken at det var størst

vekst i strøk utenfor Oslo og i spredt bebygde strøk. Dette kan skyldes økt satsing på denne kategorien innenfor apotek. Omsetningen fordelte seg på ulike kanaler, hvorav apotek var den tredje største omsetningskanalen. Apotekenes markedsandel syntes å være økende (fra 13 % i 2000 til 18 % i 2006).<sup>12</sup>

**Tabell 1.1** De mest omsatte kosttilskuddene i Helsekostmarkedet i 2005

<i>Kosttilskudd</i>	<i>Forbrukerverdi i millioner kroner</i>
Omega 3/fiskeolje	229
Tran	213
Urte/urteblandinger	108
Rosenrot	86
Multikosttilskudd	62
Tranebær	50
Soyaekstrakt	46
GLA	38
Q10	37
Hvitløk	35
Epleeddik	32
Ginseng	26
Blåbær	23
Grønnleppemusling	22
Antioksidanter	20
Valerianarot	11

Tall hentet fra Markedsdata fra Bransjerådet for Naturmidler.<sup>12</sup>

### **1.3.2 Bruk av urtemedisin blant gravide**

To studier har undersøkt bruk av urtemedisin i svangerskapet i Norge.<sup>13,14</sup> En ble utført i Oslo i 2001 og en i Stavanger i 2005. Det var en høy andel som hadde brukt urtemedisin under graviditet i begge studiene, henholdsvis



36,0 % og 39,7 %. Flere forskjellige urter ble brukt, og i undersøkelsen utført i Oslo ble det funnet at 38,9 % av kvinnene hadde brukt urter som var potensielt skadelige eller at informasjon om sikkerhet manglet. Blant de tre mest brukte urtene i begge studiene var solhatt mot forkjølelse, ingefær mot kvalme og Floradix® (jernetilskudd).

Tall fra internasjonale studier som ser på samme prevalens viser varierende, men jevnt over høye tall. En oversikt over eksempelvis vestlige studier med data om bruk av urtemedisin i svangerskapet vises i tabell 1.2.

Noen studier har forsøkt å beskrive ”den typiske urtebrukeren”. Da ulike studier rapporterer motstridende faktorer, er ikke denne brukeren blitt veldefinert. Tidligere studier har vist at følgende faktorer er assosiert med høyere sannsynlighet for bruk av urtemedisin under svangerskapet:

- alder; eldre kvinner<sup>1</sup>, og kvinner under 36 år<sup>13</sup>
- høyere utdanning<sup>1,2,8</sup>
- lav BMI<sup>7</sup>
- bruk av multivitaminer<sup>7</sup>
- ikke-røyker<sup>1,7</sup>
- tidligere bruk av urtemedisin<sup>7</sup>
- paritet; ikke-førstegangsfødende<sup>8</sup> og førstegangsfødende<sup>1</sup>

**Tabell 1.2** Oversikt over vestlige studier med data om bruk av urtemedisin i svangerskapet

<i>Referanse</i>	<i>Studieland (n)</i>	<i>Studiemateriale</i>	<i>Andel brukere av urtemedisin</i>	<i>Mest brukte urter</i>
Tsui <i>et al.</i> 2001 <sup>6</sup>	USA (150)	Spørreskjema	13 %	Solhatt "Pregnancy-tea" Ingefær
Hepner <i>et al.</i> 2002 <sup>9</sup>	USA (734)	Spørreskjema	7 %	Solhatt Johannesurt Ephedra
Pinn & Pallett 2002 <sup>5</sup>	Australia (305)	Spørreskjema	12 %	Bringebærblad Kinesiske urter Ingefær
Glover <i>et al.</i> 2003 <sup>3</sup>	USA (578)	Intervju	45 %	Peppermynte Tranebær Aloe
Glover <i>et al.</i> 2004 <sup>4</sup>	USA (567)	Intervju	59 %	Peppermynte Tranebær Aloe
Refuerzo <i>et al.</i> 2005 <sup>2</sup>	USA (418)	Spørreskjema	4 %	Hvitløk Ginseng Ginkgo
Forster <i>et al.</i> 2006 <sup>1</sup>	Australia (588)	Spørreskjema	36 %	Bringebærblad Ingefær Kamille
Lapi <i>et al.</i> 2008 <sup>10</sup>	Italia (150)	Intervju	48 %	Mandelolje Propolis Fennikel
Holst <i>et al.</i> 2008 <sup>11</sup>	Sverige (860 215)	Fødselsregister	1 %	Floradix® Ginseng Valeriane
Moussally 2009 <sup>7</sup>	Kanada (3354)	Spørreskjema	9 %	Kamille Grønn te Peppermynte
Holst <i>et al.</i> 2009 <sup>8</sup>	England (578)	Spørreskjema	58 %	Ingefær Tranebær Bringebærblad

## 1.4 utfordringer knyttet til økende bruk av urtemedisin

WHO angir flere utfordringer knyttet til økende internasjonal bruk av urtemedisin.<sup>17</sup> Økt innhøsting på grunn av høyere etterspørsel blant verdens befolkning har gjort at noen urter nå er utrydningstruet. WHO etterlyser derfor tiltak for å bedre kunnskap om optimal dyrking, bruk og innhøsting av plantene for å forhindre dette.

Mangel på klinisk dokumentasjon er en annen utfordring. Det trengs flere kontrollerte studier på urtemedisiner for å evaluere sikkerhet, effekt og kvalitet. Manglende standardisering av de ferdige produktene er noe som gjør studier vanskelige å gjennomføre når det gjelder urtemedisin. Standardisering er problematisk da det i mange tilfeller ikke er identifisert hvilke bestanddeler som er ansvarlig for aktiviteten.<sup>30</sup> Et annet moment er at forskjellige dyrknings- og innhøstingsforhold kan gi ulike sammensetninger i de ferdige produktene.<sup>17</sup> I noen tilfeller har det vist seg at produktet har blitt forurenset av ulike gifter som bly eller arsenikk under dyrkning eller produksjon.<sup>31</sup> Ulike bearbeidingsprosedyrer kan også føre til variasjoner i det ferdige produktet.<sup>17</sup>

Dog utviser bekymring på grunnlag av at flere detaljer om urtemedisiner kan ha gått tapt gjennom tidene da kunnskap om disse preparatene hovedsaklig har blitt formidlet muntlig fra generasjon til generasjon. Manglende fokus på urtemedisin i vesten det siste århundret har bidratt til dette kunnskapsgapet.<sup>32</sup>

En annen viktig utfordring WHO trekker frem innenfor dette feltet er å øke kunnskapen om urtemedisin blant befolkningen. Mange anser urtemedisin som naturlig og trekker en konklusjon om at urtemedisin ikke kan gjøre noe skade. Man må derfor informere folk om at urtemedisin kan gi skadelige bivirkninger dersom produktet er av dårlig kvalitet, blir brukt feil eller sammen med andre medisiner.<sup>17</sup>

## 1.5 Fosterutvikling og teratogene effekter

### 1.5.1 Fosterutvikling

Det er vanlig å dele svangerskapet inn i tre like lange tidsperioder, henholdsvis første, andre og tredje trimester. I første trimester dannes de ulike organene, mens det skjer en modning av disse i andre trimester. Tredje trimester er hovedsaklig preget av kraftig vekst og videre modning av organene.

Selve fosterutviklingen deles inn etter de ulike utviklingsstadiene til fosteret. Disse periodene kalles celledelingsperioden, embryonalperioden og fosterperioden.<sup>33</sup> Det meste av utviklingen til fosteret skjer i første trimester, slik at både celledelingsperioden og embryonalperioden er i dette tidsrommet. Fosterperioden starter også i første trimester, men denne perioden varer lenger enn de to andre periodene og strekker seg frem til fødselen.

Celledelingsperioden er den første uken etter befruktning. Den befruktede eggcellen, zygoten, er en kjempecelle som gjennomgår den første celledelingen ca. 24 timer etter befruktning. Etter dette skjer det celledelinger ca. hver 10. til 12. time uten særlig differensiering av cellene. På få dager er det dannet en liten klump med celler, en morula, og i løpet av en uke er denne omdannet til en blastocyst som implementeres i livmorslimhinnen.

Embryonalperioden varer fra andre til og med sjette uke etter befruktning. Cellene starter nå differensieringen, hvorpå de omlokaliseres til ulike steder i kroppen der de skal utføre sine spesielle oppgaver; noen skal for eksempel sørge for næringstilførsel, mens andre skal utvikles til selve fosteret. Ved slutten av uke seks er de fleste organsystemer dannet, og embryoet ligner et menneske som fra nå av kalles et foster. Med dette markeres overgangen til fosterperioden som varer frem til fødsel.<sup>33</sup>

Organogenese er et begrep som beskriver dannelsen av de ulike organene. Organogenesen skjer hovedsaklig under embryonalperioden, og regnes fra uke tre til uke 11 etter befruktning.<sup>34</sup> Med unntak av sentralnervesystemet, øyne, tenner, ører og

eksterne kjønnsorganer, er dannelsen av de ulike organene ferdig ved slutten av den 10. uken etter befruktning.<sup>35</sup> Utviklingen av sentralnervesystemet og hjertet starter tidlig i denne perioden, mens utviklingen av urogenital systemet skjer relativt sent, fra sjetten til 11. uke etter befruktning.<sup>34</sup>

I andre og tredje trimester skjer en videreutvikling og modning av organene. Sentralnervesystemet fortsetter denne modningen frem til, og også etter, fødsel.<sup>34</sup> De eksterne kjønnsorganene fortsetter sin utvikling og modning frem til termin.<sup>35</sup>

### ***1.5.2 Teratogene effekter***

At en substans er teratogen vil si at den interfererer med vekst og utvikling av fosteret.<sup>35</sup> Dette kan resultere i strukturelle eller funksjonelle misdannelser. Misdannelsene kan være reversible eller irreversible.<sup>35</sup> Noen kan lett oppdages ved fødsel, mens andre kan det ta år å oppdage, som for eksempel skader som gir atferdsvansker.<sup>35</sup> Strukturelle misdannelser forekommer hos 4-5 % av alle barn.<sup>34</sup> Sannsynligvis er eksogene substanser ansvarlig bare for en liten del av fosterskadene.<sup>34</sup>

Teratogene substanser kan gi fosterskade via ulike mekanismer. Cytotoksiske substanser kan føre til celledød eller gi skade på arvematerialet.<sup>34</sup> Andre substanser kan forstyrre cellevekst, tidsbestemt genaktivering eller samspillet mellom cellene under utviklingen.<sup>34</sup> Faktorer som påvirker den hormonelle styringen av fosterutviklingen kan også gi fosterskader.<sup>34</sup>

Legemidler som krysser placenta kan gi en farmakologisk effekt hos fosteret.<sup>35</sup> De fleste legemidler passerer placenta i en viss grad, og går dermed inn i fosterets sirkulasjon.<sup>35</sup> Som hovedregel krysser lipofile, uioniserte molekyler med lav molekylvekt lettere placenta enn større, polare molekyler.<sup>35</sup> Det finnes også sterkt ioniserte molekyler og makromolekyler som kan passere placenta.<sup>34</sup> De fleste substanser passerer placenta dersom kvinnen behandles over tid, da det vil stilles inn en likevekt mellom morens og fosterets sirkulasjon.<sup>34</sup> Et annet moment som må tas i betraktning er at fosterets plasma-pH er litt lavere enn morens. Derfor kan svakt basiske substanser bli ”fanget” i fosterets sirkulasjonssystem.<sup>35</sup>

Noen ganger kan overgangen av legemidler fra mor til foster utnyttes i intrauterin behandling av fosteret. Et eksempel på dette er administrering av flekainid til moren for å behandle takykardi hos fosteret.<sup>35</sup>

Fosteret kan også bli indirekte påvirket av farmakologiske effekter på maternale fysiologiske funksjoner. Dette er sett ved bruk av noen antihypertensiva som, via effekt på maternal sirkulasjon, kan gi føtal hypoksi som følge av maternal hypotensjon.<sup>35</sup> Substanser som stimulerer uterotonisk aktivitet, kan man anta vil gi fare for abort eller for tidlig fødsel, mens andre substanser som virker hemmende på uterotonisk aktivitet kan forsinke fødsel dersom de blir administrert i siste trimester.

Når i svangerskapet den teratogene substansen blir administrert avgjør sannsynligheten for, alvorlighetsgraden av og naturen til uheldige effekter på fosteret.<sup>35</sup> Eksponering i de første 2,5 til 3 ukene etter befruktning fører som regel enten til at embryoet dør, eller at eksponeringen ikke får noen videre følger og embryoet utvikler seg videre.<sup>34,35</sup> Substanser som blir administrert umiddelbart før befruktning og som elimineres langsomt fra kroppen, kan gi fosterskader dersom de finnes i kroppen utover i første trimester.<sup>34</sup> Eksponering for teratogene substanser i organogenesen representerer den største risikoen for store fosterskader da substansene kan interferere med organdannelse.<sup>35</sup> Dette er den kritiske perioden for strukturelle misdannelser. For eksempel er uke fire til uke seks den kritiske perioden for større skjelettmisdannelser.<sup>34</sup>

I andre og tredje trimester fortsetter utviklingen og modningen av organene, og fosteret er derfor fremdeles utsatt for fosterskader av teratogene substanser.<sup>35</sup> Spesielt gjelder dette sentralnervesystemet som kan skades av ulike substanser, for eksempel etanol, uavhengig av når fosteret eksponeres.<sup>35</sup> De eksterne kjønnsorganene er også utsatt for påvirkning utover i andre og tredje trimester.<sup>35</sup> Andre eksempler på substanser som virker teratogene når de blir administrert sent i svangerskapet er angiotensin converting enzyme- (ACE)- hemmere, sulfonamider, tiazider og non-steroid anti-inflammatoriske legemidler (NSAIDs). ACE-hemmere gitt i andre eller tredje trimester kan gi nyreskade hos fosteret og oligohydramniosis.<sup>34</sup> Sulfonamider og tiazider kan gi hemolyse og trombocytopeni hos den nyfødte dersom gitt i tredje

trimester.<sup>35</sup> NSAIDS gitt sent i svangerskapet kan forårsake for tidlig lukking av ductus arteriosus, føtal nyreskade, blødninger og forsinket fødsel (riehemmende).<sup>35</sup>

Siden perioden for organ- og systemmodning strekker seg forbi organogenesen, er det fare for funksjonelle misdannelser mye lenger enn det er fare for strukturelle misdannelser.<sup>31</sup> Modning av sentralnervesystemet skjer helt frem til, og videre etter, fødsel, og dette systemet er derfor påvirkelig hele svangerskapet. Det er lite undersøkt hvilke langtidseffekter substanser som påvirker sentralnervesystemet har på barnets mentale utvikling.<sup>34</sup>

Bivirkninger som er assosiert med det aktuelle legemidlet kan også påvirke fosteret. Fosterets evne til å eliminere stoffer er minimal. Dette kan resultere i opphopning av stoffer hos fosteret, noe som videre kan føre til forgiftning. De fleste substanser med virkning på sentralnervesystemet gitt sent i svangerskapet kan fremkalle hypotoni, respirasjonsdepresjon, nedsatt sugeevne eller gi lettere psykomotorisk påvirkning av det nyfødte barnet.<sup>34</sup> Benzodiazepiner kan nevnes som eksempel på slike legemidler.<sup>35</sup> *In utero* eksponering for avhengighetsskapende substanser sent i svangerskapet kan føre til seponeringssymptomer hos den nyfødte.<sup>35</sup> Behandling med antidepressiva sent i svangerskapet kan gi symptomer på neonatal serotoninintoksitet (blant annet tremor, agitasjon, irritabilitet, hypotoni, søvnforstyrrelser, apné/bradykardi og takypné) de første dagene etter fødsel.<sup>36</sup> Det er derfor anbefalt å sakte redusere dosene av disse medikamentene mot slutten av svangerskapet for å minimere de neonatale seponeringssymptomene. Jevnlig bruk av benzodiazepiner i slutten av svangerskapet, kan føre til at den nyfødte utvikler seponeringssymptomer (irritabilitet, muskeltrekninger og vedvarende gråt) to til tre uker etter fødsel.<sup>35</sup>

## 1.6 Farmakokinetiske endringer og plager under graviditet

### 1.6.1 Farmakokinetiske endringer under graviditet

Følgende farmakokinetiske endringer blir beskrevet i *Clinical Pharmacy and Therapeutics*;<sup>35</sup>

*Eliminasjon*: Glomerulær filtrasjon økes med ca. 50 % allerede fra de første ukene i svangerskapet og til fødsel, slik at substanser som skiller uforandret ut av nyrene elimineres forttere. Økt hepatisk metabolisme gir hurtigere eliminasjon av mange substanser.

*Distribusjonsvolum*: I tillegg til vekten av fosteret, skyldes den kraftige vektøkningen hos gravide økt vann- og fettmengde i kroppen. Dette fører til økt distribusjonsvolum for mange substanser.

*Proteinbinding*: Albuminkonsentrasjonen i plasma faller kraftig under svangerskapet, noe som medfører en økning i antall frie molekyl. Klinisk effekt relateres til antall frie molekyl, dosejusteringer skal derfor baseres på tester av mengde frie molekyl, og ikke på plasmakonsentrasjoner.<sup>35</sup>

### 1.6.2 Plager under graviditet

Det kan oppstå flere svangerskapsrelaterte plager under graviditet som følge av at det skjer ulike fysiologiske endringer i kroppen. Retningslinjer for svangerskapsomsorgen omtaler hvilke plager som er typiske under graviditet, og omfanget av disse.<sup>37</sup> Kort oppsummert:

Kvalme oppleves av 80 - 85 %, og oppkast oppleves av omtrent halvparten av alle gravide. For de fleste vil kvalmen opphøre rundt uke 16 til 20 i svangerskapet. Kvalme og oppkast (ekskl. hyperemesis gravidarum) vil ikke påvirke svangerskapsforløpet. Halsbrann og sure oppstøt øker gjerne utover i svangerskapet. En studie fant at 22 % opplevde plagen i første trimester, 39 % i andre trimester og



72 % i tredje trimester. Under svangerskapet øker produksjonen av progesteron som reduserer muskeltonus i lukkemuskelen mellom magesekken og spiserøret. Samtidig utøver en voksende livmor et større trykk på magesekken, og dette vil presse innholdet i magesekken oppover. Halsbrann og sure oppstøt påvirker ikke svangerskapsforløpet. Forstoppelse oppleves av 11 - 38 % av alle gravide. Hormonet progesteron reduserer tarmbevegelsen, og gjør at passasjen tar lenger tid. Hemoroider forekommer hos 8 % av gravide, men problemet løses vanligvis av seg selv etter fødsel. Åreknuter i legger, lår og vulva er vanlig under graviditet. Progesteron påvirker funksjonen til veneklaffene, noe som fører til redusert drenering av blod tilbake til hjertet. Forekomsten anslås å være på 80 %. Bekkenløsning er en samlebetegnelse på en bestemt form for smerter som oppstår i forbindelse med svangerskapet fordi leddbånd og leddforbindelser blir mykere og bekkenet får redusert stabilitet. Forekomsten anslås å være på 20 %. Det er normalt å være trøtt i første trimester. Mange opplever trøtthet også utover i svangerskapet. Leggkramper oppleves av omtrent halvparten av alle gravide. De er vanligst i andre halvdel av svangerskapet.

Overnevnte plager illustrerer behovet for bruk av ulike substanser til behandling under graviditet.

### **1.7 Sikkerhet og effekt ved bruk av urtemedisin i svangerskapet**

Dokumentasjon angående sikkerhet og effekt ved bruk av urter under svangerskapet er mangelfull. De sikkerhetsdataene vi har baserer seg stort sett på erfaringer fra tradisjonell bruk, dyrestudier og kunnskap om de farmakologisk aktive innholdsstoffene i urten.<sup>38</sup> Urter som blir brukt i forbindelse med mat anses å være de urtene det er tryggest å bruke under graviditet, da i doser som ikke overstiger mengder normalt tilstede i maten.<sup>31</sup> Det er antatt at te er det urtepreparatet som inneholder lavest konsentrasjon av de ulike komponentene. Det anbefales å ikke drikke mer enn to kopper urtete per dag dersom man ikke har noen vitenskapelige data å støtte seg til.<sup>31</sup>

Følgende urter er som en hovedregel kontraindisert under svangerskapet.<sup>31</sup> Det vil ikke si at urter som ikke faller inn under noen av disse kategoriene automatisk er trygge.

- urter som er tradisjonelt blitt brukt for å stimulere menstruasjon. Disse urtene kan stimulere kontraksjon av uterus og kan derfor i verste fall føre til abort.<sup>31</sup>
- urter som inneholder alkaloider. Alkaloider er en gruppe kjemiske plantebestanddelene med mange til dels sterke biologiske effekter. Noen alkaloider har vist seg å være hepatotoksiske og potensielt karsinogene.<sup>31</sup>
- lakserende urter, for eksempel urter som inneholder antraquinoner som virker avførende. Dette er veldig potente forbindelser som kan stimulere tarmbevegelser.<sup>31</sup> Overstimulering av mage eller blære kan potensielt stimulere uterus hos noen kvinner, og dermed føre til for tidlig fødsel.
- urter som er trodd å ha en virkning på hormonsystemet. Disse urtene er generelt kontraindisert fordi det er av bekymring hvilke effekter de kan ha på fosteret.<sup>31</sup>

Kvinner med alvorlige medisinske tilstander som epilepsi, diabetes eller hjerte-kar-sykdommer bør utvise ekstra forsiktighet ved bruk av urtemedisin i svangerskapet, og ikke bruke noen urtemedisin som kan interagere med deres medisinske tilstand eller legemidlene som brukes. Kvinner som skal ta keisersnitt eller operasjon av annet slag bør seponere eventuelle urtemedisiner to uker før operasjonen.<sup>39</sup>

Videre følger en gjennomgang av bringebærblad, ingefær, kamille, solhatt og tranebær. Disse urtene er valgt da de er urter som har vist seg å være hyppig brukt i svangerskapet (se tabell 1.2, s 10), og regnes derfor som relevante for denne oppgaven.

### **1.7.1 Bringebærblad**

En stor andel gravide kvinner bruker bringebærblad i ulike administrasjonsformer som tabletter, kapsler og te.<sup>1,3,5,6,8,14</sup> Forekomsten av bruk av bringebærblad i svangerskapet har vist seg å være stor også i Norge.<sup>14</sup>

I Norge er trolig de mest kjente bruksområdene under graviditet å styrke eller forberede livmor i forbindelse med fødsel, å forhindre rifter under fødsel eller å sette i gang fødsel. Bringebærblad blir vanligvis anbefalt brukt fra uke 35 i svangerskapet, men har også blitt brukt i første trimester som kvalmestillende. Bruk i svangerskapet før uke 32 er noe det advares mot.<sup>39</sup>

Det er mange kjemiske bestanddeler i bringebærblad, blant annet gallo- og ellagitanniner, flavonoider, vitamin C, ulike alkoholer, aldehyder, ketoner, organiske syrer, terpenoider, karbohydrater og glykosider.<sup>40</sup> Eldre litteratur rapporterer at vandig ekstrakt inneholder flere aktive bestanddeler, blant annet en forbindelse med stimulerende effekt på glatt muskulatur, en kolinesteraseinhibitor, og en forbindelse som antagoniserer den stimulerende virkningen til de to andre forbindelsene.<sup>30</sup>

En klinisk studie og en retrospektiv studie evaluerer bruk av bringebærblad i svangerskapet.<sup>41,42</sup> Ingen av studiene rapporterte signifikante forskjeller i svangerskaps- og/eller fødselsutfall mellom kontrollgruppen og gruppen som ble gitt/hadde tatt bringebærblad under svangerskapet. Det ble heller ikke funnet bivirkninger assosiert med barnet. Den kliniske studien rapporterte en trend mot kortere fødselsvarighet i tillegg til at det var færre kvinner som trengte assistert fødsel ved bruk av tang eller vakuumpompe blant kvinnene i gruppen som hadde fått bringebærblad, men denne trenden var ikke signifikant.<sup>41</sup>

Resultat fra dyre- og *in vitro* studier er motsigende. Det er derfor vanskelig å trekke en klar konklusjon ut i fra disse.<sup>40</sup> Eldre studier viser både relakserende og kontraherende effekt på livmor, mens senere studier på vev fra livmor og vev fra glatt muskulatur fra tarm viste en inhiberende effekt på kontraksjon og relaksering.<sup>40</sup> Johnson *et al.* studerte effekten av bringebærblad på drektige rotter og to generasjoner avkom.<sup>43</sup> Denne studien fant at rotter som ble gitt bringebærblad hadde en signifikant høyere gestasjonsalder sammenlignet med rotter som ikke fikk bringebærblad. En tendens til færre aborter i gruppen som fikk bringebærblad ble også rapportert. F1 generasjonen i bringebærbladgruppen ble kjønnsmodne signifikant tidligere enn F1 generasjonen i kontrollgruppen. F2 generasjonen i bringebærbladgruppen viste en signifikant økning i andel som var veksthemmet sammenlignet med F2 generasjonen i kontrollgruppen.

Samlet indikerte studiene at bruk av bringebærblad under svangerskapet kan påvirke fødselsutfallet, men flere studier trengs før man kan trekke en konklusjon.<sup>40</sup> Dokumentasjon rundt sikkerhet ved bruk under svangerskapet er mangelfull. Selv om ingen bivirkninger assosiert med mor eller barn ble identifisert i verken den kliniske eller den retrospektive studien, kan man ikke konkludere med noe sikkert. Det kan være mulighet for at sjeldne bivirkninger ikke ble identifisert på grunn av de begrensede utvalgene i begge studiene.

Bringebærblad inneholder tanniner som kan interferere med opptaket av jern.<sup>44</sup> Ingen andre interaksjoner er funnet.<sup>45</sup>

### **1.7.2 Ingefær**

Ingefær blir mye brukt som et krydder i matlaging og har også vært brukt i tradisjonell folkemedisin mot kolikk og gassdannende fordøyelsesplager. Når det gjelder medisinsk bruk i dag, så er det bruken som kvalmestillende, som fordøyelsesmiddel og som tilleggsbehandling til inflammatoriske sykdommer som får den største oppmerksomheten.<sup>30</sup>

Ingefær er en av de mest anvendte urtene i svangerskapet.<sup>1-9,13,14</sup> Den vanligste indikasjonen for bruk under graviditet er mot kvalme. Det er funnet flere studier på bruk av ingefær under i svangerskapet. Fire dobbeltblindete randomiserte kontrollerte studier prøvde ut døgndoser på 1 g til 6 g.<sup>46-49</sup> Alle studiene viste en statistisk signifikant reduksjon i grad av kvalme. Alle studiene unntatt en viste en statistisk signifikant reduksjon i antall brekninger. Høyere doser av ingefær ser ut til å korrelere med økt forekomst av halsbrann.<sup>48</sup>

Tre andre studier har sammenlignet ingefær mot vitamin B6 med hensyn til effekt på kvalme i svangerskapet.<sup>50-52</sup> To av studiene fant at ingefær var likeverdig med vitamin B6 med hensyn til effekt på kvalme og brekninger,<sup>50,51</sup> mens en av studiene rapporterte at ingefær reduserte kvalme mer effektivt enn vitamin B6, men ga tilsvarende effekt med hensyn til reduksjon i antall brekninger.<sup>52</sup>

En studie har sett på sikkerheten ved bruk av ingefær i svangerskapet.<sup>53</sup> Verken denne studien, eller de andre nevnte studiene, kunne påvise en sammenheng mellom bruk av ingefær og negative effekter på svangerskapsutfall eller misdannelser hos barna. Alle studiene hadde derimot få deltakere (26 – 291) og de kliniske studiene rapporterte i tillegg kort behandlingstid (3 – 21 dager). Det kan derfor ikke trekkes noen sikre konklusjoner angående sikkerhet ved bruk under svangerskapet da det trengs flere større observasjons- og kliniske studier.<sup>54</sup>

Noen forfattere advarer mot bruk av ingefær i svangerskapet av ulike årsaker. En årsak er mulig mutagen effekt av enkeltstoffer. Det er ”gingeroler” og ”shogaoler” som tilskrives den mutagene aktiviteten.<sup>30</sup> Samtidig er det vist at ingefær har antimutagen aktivitet i form av effekten til zingerone. Dette stoffet har blitt rapportert til å undertrykke ”gingerolenes” og ”shogaolenes” mutagene aktivitet.<sup>30</sup> Mulig uterotonisk effekt<sup>30</sup> og mulig binding til testosteronreseptor i den føtale hjerne<sup>55</sup> er også av bekymring hos noen forfattere.

På bakgrunn av lang tradisjonell medisinsk bruk, bruk i mat og drikke, resultat fra kliniske studier og dyrestudier og heller ingen negative kasuistikker så er ingefær ansett som trygt i svangerskapet i doser som finnes i mat og drikke eller i terapeutiske døgndoser opp til 1 g.<sup>32,39</sup>

Det er funnet at ingefær hemmer tromboxan syntetase og reduserer plate aggregering. Man skal derfor være oppmerksom på kombinasjoner med ingefær og warfarin, og ingefær kombinert med andre antikoagulantia og platehemmere.<sup>45</sup>

### **1.7.3 Kamille**

Kamillete er en av de mest brukte urteteene.<sup>56</sup> Det har også vist seg at mange gravide bruker kamille.<sup>1,3-5,7,8,13,14</sup> Romersk kamille og tysk kamille er de to artene som generelt anvendes til medisinsk bruk.<sup>57</sup> Det er antatt at de to artene har liknende biologiske effekter, men at tysk kamille er noe sterkere enn romersk kamille.<sup>58</sup> Tysk kamille er de fleste steder den mest brukte arten av kamille, unntatt i England hvor det er vanligere å bruke romersk kamille.<sup>58</sup>

Kamille er tradisjonelt blitt brukt til en rekke formål blant annet for gastrointestinale forstyrrelser, reisesyke, nasal katarr, forkjølelse, spasmer, magesår og som mildt sederende og beroligende middel. Topikalt har kamille blitt brukt mot hemoroider og mot flere betennelsestilstander i hud og slimhinner. Kamille har også blitt brukt som inhalasjonsmiddel mot inflammasjoner og irritasjoner i luftveiene.<sup>45</sup>

Den kjemiske sammensetningen til tysk kamille er vel dokumentert. Det er identifisert 120 bestanddeler,<sup>56</sup> deriblant flavonoider, kumariner, polysakkarider og flyktige oljer.<sup>30</sup> Farmakologisk aktivitet er trodd å kunne tilskrives andelen av flavonoider, deriblant apigenin, luteolin og quercetin, og bestanddeler i den flyktige oljen som alfa-bisabolol og chamazulen.<sup>30</sup> Det foreligger svakere dokumentasjon på sammensetningen i romersk kamille, men komponenter identifisert hittil viser seg å være liknende de i tysk kamille.<sup>30</sup>

En rekke farmakologiske effekter har blitt dokumentert *in vitro* eller i dyreforsøk, men det mangler store kliniske studier for å fastslå effekt og sikkerhet ved bruk hos mennesker.<sup>30</sup> Det er ikke funnet noen studier som ser effekt og sikkerhet ved bruk av kamille under svangerskapet.

Tysk og romersk kamille er begge trodd å ha effekt på menstruasjonssyklusen. Ekstrakter av tysk kamille er rapportert å ha uterotonisk effekt, mens romersk kamille kan ha abortfremkallende egenskaper. Siden det foreligger utilstrekkelig data om bruk av begge urtene under graviditet, bør bruk av kamille (tysk og romersk) unngås i svangerskapet.<sup>30</sup>

Teoretisk sett foreligger det fare for interaksjoner mellom flere legemidler og kamille. Kumarin i kamille kan potensere effekt av warfarinterapi ved å virke som en vitamin K antagonist.<sup>56</sup> Kumarin kan i tillegg gi en additiv blodtynnende effekt når det blir brukt samtidig med acetylsalisylsyre og NSAIDs. Den milde sedative virkningen av kamille kan forsterke sedativ virkning av andre CNS-depressive medikamenter som for eksempel benzodiazepiner, opioid analgetika og alkohol.<sup>56</sup> I tillegg er det mulig at kamille hemmer både CYP1A2 og CYP3A4, og kan derfor gi økte konsentrasjoner av andre substrat til disse enzymene.<sup>45</sup>

Allergiske reaksjoner er dokumentert i forbindelse med bruk av kamille. Kryss-sensitivitet forekommer, slik at personer med kjent allergi innenfor kurvplantefamilien bør unngå kamille.<sup>30</sup>

#### **1.7.4 Solhatt**

Solhatt hører til under kurvplantefamilien, *Asteraceae*. *Echinacea*-slekten består av ni arter, hvorav tre av disse, *E. purpurea*, *E. angustifolia* og *E. pallida*, assosieres med tradisjonell medisinsk bruk. Disse artene inneholder ulike bestanddeler. Ulike deler av plantene vil også ha forskjellige bestanddeler og mengder av disse.<sup>59</sup>

Solhatt har i lang tid blitt brukt i tradisjonell folkemedisin. Planten kom inn i vestlig tradisjon da europeiske nybyggere lærte om solhatt fra indianerne. Indianerne brukte den mot en rekke plager blant annet mot ulike infeksjoner, men også som antitoksin for slangebitt og mot blodforgiftning.<sup>30,60</sup> I Europa og i Nord-Amerika er det i dag en utbredt bruk av preparater som inneholder solhatt mot forkjølelse.<sup>61</sup>

Bestemmelse av de kjemiske bestanddelene i solhatt er godt dokumentert.<sup>30</sup> De tre artene er kjemisk ulike. De bestanddelene som ser ut til oftest å være assosiert med en farmakologisk aktivitet er alkamider, polysakkarider, glykoproteiner og kaffesyre derivater.<sup>59</sup> Mens alkamider vises å være biotilgjengelige etter oral administrering, ser det derimot ut til at kaffesyre derivater ikke er det, og at denne gruppen derfor ikke kan tilskrives noe av effekten.<sup>30</sup>

Flere *in vitro* forsøk og dyrestudier støtter opp om solhatts immunmodulerende effekt.<sup>30</sup> Det er gjennom tidene utført flere hundre kliniske studier på solhatt, men de er ofte av dårlig kvalitet.<sup>59</sup> En Cochrane review fra 2006 sammenliknet 16 randomiserte kliniske studier og konkluderte med at preparater laget av overjordiske deler av *E. Purpurea* kan være noe effektiv i behandling av forkjølelse hos voksne dersom man starter behandlingen tidlig i sykdomsforløpet.<sup>61</sup> Solhatt som profylaktisk behandling gjenstår å bevise er effektivt da det mangler studier av god kvalitet.<sup>61</sup>

Studier har vist at det er en utbredt bruk av solhatt blant gravide.<sup>1,3-9,13,14</sup> En studie er utført som evaluerte sikkerhet ved bruk i svangerskapet.<sup>62</sup> Totalt 206 kvinner som hadde brukt solhatt under svangerskapet ble inkludert i studien. I alt 112 av disse hadde brukt urten i løpet av første trimester. Kvinnene hadde brukt solhatt i gjennomsnitt fem til syv dager. Denne prospektive, kontrollerte studien konkluderte med at det ikke var noen statistisk signifikante forskjeller mellom testgruppen og kontrollgruppen med tanke på misdannelser.<sup>62,63</sup>

Den overnevnte studien, i tillegg til at det ikke er funnet noen registrerte negative rapporter til tross for det høye forbruket, indikerer at solhatt kan være trygg å bruke i svangerskapet i opptil en uke, men flere studier trengs før det kan trekkes en sikker konklusjon. Det bør derfor utvises forsiktighet ved bruk av solhatt i svangerskapet.

Langvarig bruk av solhatt er forbundet med hepatotoksiske effekter, og det bør derfor utvises forsiktighet dersom bruk av solhatt kombineres med bruk av kjente hepatotoksiske legemidler.<sup>64</sup> Solhatt er rapportert å hemme CYP1A2, og vil derfor gi fare for økte konsentrasjoner av andre substrater til dette enzymet ved samtidig inntak.<sup>45</sup> På grunn av solhattens immunstimulerende effekt kan urten teoretisk redusere effekten av immunsuppressive legemidler.<sup>45</sup>

### ***1.7.5 Tranebær***

Tranebær har tradisjonelt blitt brukt til behandling av, og til forebygging av urinveisinfeksjoner.<sup>30</sup> Dette er det vanligste bruksområdet også i dag. En Cochrane review fra 2008 konkluderer med at noe vitenskapelig bevis støtter opp om profylaktisk bruk mot urinveisinfeksjoner hos kvinner med gjentatte infeksjoner.<sup>65</sup> Hos eldre og personer med innlagt kateter er det usikkert om det har effekt. Når det gjelder tranebær i behandling mot urinveisinfeksjoner, kan det ikke trekkes noen konklusjon da det i en Cochrane review fra 1998 ikke ble funnet noen studier av god nok kvalitet som kan bekrefte at slik bruk er effektiv.<sup>66</sup>

Virkningsmekanismen til tranebær er ikke helt klarlagt. Den teorien som har størst oppslutning per i dag er at bestemte bestanddeler i tranebær hindrer bakterien i



å adherere til epitelet i blæreveggen, og dermed hindrer infeksjon av mucosa. *In vitro* forsøk har vist at fruktose og proantocyanidiner i tranebær kan ha denne effekten.<sup>65</sup>

Tranebær er en av de mest brukte urtene under graviditet.<sup>1,3,4,8,9,13,14</sup> Gravide kvinner er en utsatt gruppe når det gjelder å få urinveisinfeksjoner, men det er få studier som ser på effekten av og sikkerheten ved profylaktisk behandling med tranebær i svangerskapet. En pilotstudie som undersøkte bruk av tranebær i svangerskapet konkluderte med at det så ut til at bruk av tranebær kunne være effektivt i å forebygge urinveisinfeksjoner under graviditet.<sup>67</sup> Det ble ikke påvist noen forskjell mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen når det gjaldt negative svangerskapsutfall. Det ser imidlertid ut til at tilskudd av tranebær i form av juice eger seg dårlig som langtids behandling, da denne pilotstudien, i tillegg til flere andre studier, viser til dårlig compliance hos deltakerne.<sup>67</sup> De fleste trekker seg fra studiene på grunn av gastrointestinale bivirkninger og smak. Tilskudd i form av kapsler kan derfor være et alternativ for å overkomme disse problemene.<sup>67</sup> Det er vanskelig å bestemme optimal dosering da dosen brukt i kliniske studier varierer. Et fornuftig doseringsregime ser ut til å være to ganger daglig ettersom *in vitro* data tyder på at anti-adhesjons effekten til komponentene i tranebær varer i 10 timer.<sup>68</sup>

Studien var liten og deltakerne viste dårlig compliance. Det trengs derfor flere studier for å kunne fastslå noe konkret angående effekt og sikkerhet ved bruk av tranebær i svangerskapet.

Det foreligger indikasjon på at tranebær kan øke international normalized ratio (INR) hos pasienter som behandles med warfarin, men dokumentasjonen er motstridende.<sup>45</sup> Man skal likevel være oppmerksom på at en slik interaksjon kan inntreffe.



## 2 Hensikt

Hovedhensikten med intervjuundersøkelsen var å studere forekomst og holdninger til bruk av urtemedisin i svangerskapet blant barselkvinner ved Haukeland Universitetssjukehus.

Følgende hovedspørsmål ønskes besvart med studien:

- I. Hva er forekomsten av bruk av urtemedisin i svangerskapet blant barselkvinner ved Haukeland Universitetssjukehus? Hva kjennetegner bruken? (mest brukte urter, indikasjoner for bruk, varighet av bruk, tidspunkt for bruk)? Hva kjennetegner brukeren? (alder, sivilstatus, bosted, utdanning, paritet, røyking)
- II. Kan det tyde på at bruk av urtemedisin i svangerskapet fører til endringer i svangerskaps- eller fødselsutfall?
- III. Hvor god kunnskap om og hvilke holdninger til urtemedisin har barselkvinnene ved Haukeland Universitetssjukehus?



### 3 Materiale og metode

Studien er en deskriptiv retrospektiv intervjuundersøkelse med en kvantitativ del og en kvalitativ del. Intervjuene ble gjennomført i perioden november 2008 - mars 2009.

#### 3.1 Studiepopulasjon

Studiepopulasjonen var 142 kvinner i barselseng på Barselloftet, barselavdeling under Kvinneklinikken ved Haukeland Universitetssjukehus. Barselloftet er et tilbud til friske mødre med ukomplisert fødsel der også barnet er friskt, født til termin og har en fødselsvekt på 2800 - 4800 g. Kriterier for bruk av Barselloftet er vedlagt (vedlegg 5). Normert liggetid ved denne avdelingen er to døgn. Kvinnene ble rekruttert fortløpende ved hjelp av helsepersonell på avdelingen. Kvinner som ikke snakket eller forstod norsk, ble ekskludert fra studien da det lett kunne oppstå misforståelser på grunn av språkforskjeller. Tabell 3.1 viser opplysninger om Haukeland Universitetssjukehus.

**Tabell 3.1** Opplysninger om Haukeland Universitetssykehus

<i>Haukeland Universitetssjukehus</i>	<i>Antall</i>
Antall fødsler 2008	5080
Antall fødsler ved Kvinneklinikken ved Haukeland Universitetssjukehus fra og med november -08 til og med mars -09	2029
Antall pasienter ved Barselloftet fra og med november -08 til og med mars -09	968
Populasjon som dekkes av sykehuset (lokalfunksjon)	355 000
Antall som regnes med å være gravide samtidig i nedslagsfeltet	5000

## 3.2 Pasientinformasjon og samtykke

Helsepersonell på avdelingen leverte ut et skriftlig informasjonsskriv med samtykkeskjema ved innleggelse (vedlegg 1). En informasjonsplakat ble i tillegg hengt opp på avdelingen (vedlegg 4). Det ble opplyst om at det ikke ville gå ut over forholdet til sykehuspersonalet dersom man ikke ønsket å delta, og at man kunne trekke seg når man ønsket. Det ble understreket at svarene ville bli behandlet konfidensielt og at de ville bli anonymisert før avslutningen av prosjektet. Det ble også gitt informasjon om at man ikke trengte noen forhåndskunnskaper for å delta.

## 3.3 Datainnsamling

Dette var en intervjuundersøkelse der et personlig intervju ble utført etter et strukturert spørreskjema med innslag av åpne spørsmål (vedlegg 2). Spørreskjemaet som ble brukt er i all hovedsak blitt utarbeidet av Nordeng i forbindelse med studien utført i Oslo i 2001.<sup>13</sup> De fleste kvinnene ble intervjuet i løpet av oppholdet på Barselloftet. Noen få, åtte stykker, oppga at de ønsket å være med, men at de var for slitne under oppholdet på Barselloftet. Disse ble derfor oppringt innen 43 dager etter fødsel og intervjuet ble tatt over telefon. I tillegg til intervjuet med kvinnen ble det hentet ut data fra skjema som sendes Medisinsk fødselsregister.

## 3.4 Variable

Kartlegging av følgende variable hvor data hentes fra intervju og fra Medisinsk fødselsregister (MFR). Klassifiseringslistene det henvises til ligger vedlagt (vedlegg 3).

### *Sosiodemografiske data*

1. Alder (klassifisert som 25 år eller yngre, 26 – 30 år, 31 – 35 år, 36 år eller eldre)
2. Antall barn fra tidligere graviditeter (klassifisert som ingen, eller ett eller flere)

3. Sivil status (klassifisert som gift/samboer, singel eller annet)
4. Bosted (klassifisert som by eller utenfor by basert på om postnummeret som ble oppgitt tilhører Bergen kommune eller ikke)
5. Røykestatus under svangerskapet (klassifisert som ingen, av og til eller daglig)
6. Høyeste fullførte utdanning (klassifisert som videregående, videregående + 2 årig utdanning eller høyskole/universitet)
7. Hvilken utdanning kvinnen hadde ble også notert (klassifisert som helsepersonell og ikke helsepersonell)

#### *Informasjon om barnet*

1. Barnets fødselsvekt
2. Gestasjonsalder/svangerskapsvarighet

#### *Informasjon om fødsel*

1. Eventuelle medikamenter eller akupunktur brukt under fødsel (klassifisert etter liste 1)

#### *Urtemedisin*

Urtemedisin ble i denne studien definert som alle typer preparater, dvs. tabletter, salver og teer som er produsert fra urter og som er blitt brukt for å oppnå bedre helse. Begrepet urtemedisin inkluderte både begrepene naturmedisin og naturlegemidler.

#### *Tidligere og fremtidig sannsynlig bruk av urtemedisin*

1. Tidligere bruk av urtemedisin (klassifisert som ja, nei eller husker ikke)
2. Tidligere bruk av ammete eller tilsvarende urter dersom tidligere barn som kvinnen ammet (klassifisert som ja, nei eller husker ikke)
3. Sannsynlig fremtidig bruk av urtemedisin (klassifisert som ja, nei eller vet ikke)

### *Informasjon om plager eller sykdommer under svangerskapet*

1. Sykdom eller plager under svangerskapet (klassifisert som ja, nei eller husker ikke)
2. Hvilke sykdommer eller plager kvinnen eventuelt hadde (klassifisert etter liste 2)
3. Når i svangerskapet kvinnen opplevde sykdommen eller plagen (klassifisert etter liste 4)
4. Hvilke medisiner eller urtemedisiner som ble brukt mot dette (klassifisert etter liste 6)
5. Hvem som anbefalte preparatet (klassifisert etter liste 7)

### *Spesifikke plager under svangerskapet*

1. Direkte spørsmål om kvinnen har hatt en eller flere av ulike spesifikke plager (vises i liste 3)
2. Når i svangerskapet hun opplevde plagen (klassifisert etter liste 4)
3. Brukte hun noen urter eller medisiner mot denne plagen, i så fall hvilke. (klassifisert etter liste 6)
4. Hvem som anbefalte preparatet (klassifisert etter liste 7)

### *Sykemelding under svangerskapet*

1. Sykemeldt under svangerskapet (klassifisert som ja eller nei)
2. Når kvinnen var sykemeldt og årsaken til dette (klassifisert etter liste 4 og liste 2)

### *Kroniske sykdommer*

1. Kroniske sykdommer (klassifisert etter liste 9)
2. Hva som eventuelt ble brukt (klassifisert etter liste 6)
3. Når det ble brukt (klassifisert etter liste 4)



4. Hvem som anbefalte preparatet  
(klassifisert etter liste 7)

#### *Bruk av urtemedisin i svangerskapet*

Både åpne og spesifikke spørsmål ble stilt angående urtemedisin. Først ble det stilt et åpent spørsmål om kvinnen hadde brukt urtemedisiner under svangerskapet. Det ble eventuelt videre notert hvilke, tidspunkt for bruk, varighet av bruk og hvem som anbefalte bruken. Deretter ble det spurt spesifikt om ti ulike urter. Etter dette ble det igjen stilt et åpent spørsmål om hun husket andre urter hun eventuelt hadde brukt. Dette ble gjort for å på best mulig måte sikre at kvinnen skulle huske alle urtene hun hadde brukt.

1. Bruk av urtemedisin under svangerskapet (klassifisert som ja, nei eller husker ikke)
2. Navn på eventuelle preparat eller plante som ble brukt  
(klassifisert etter liste 5)
3. Kartlegging av hva det/den ble brukt for/mot  
(klassifisert etter liste 2)
4. Når det/den ble brukt  
(klassifisert etter liste 4)
5. Varighet av bruken i antall dager
6. Hvem som anbefalte bruk av preparatet/planten  
(klassifisert etter liste 7)

#### *Kvinnens bruk og kunnskap om ti ulike urter*

Det ble spurt spesifikt om Echinagard® eller solhatt, Floradix® (jernholdige urter), ingefær, kamille, valeriane, tranebær, kjerringrokk, svarthyll eller Sambucol®, johannesurt (prykkperikum) og bringebærblad

1. Kjennskap til urten  
(hørt om medisinsk bruk av plantene, klassifisert som ja eller nei)
2. Kunnskap om bruk av urten

(registrering av hva kvinnen mener urten brukes mot medisinsk, og vurdering om dette er korrekt medisinsk bruk, klassifisert som ja eller nei. Bruksområder som ble lagt til grunn for klassifisering er de bruksområdene som blir listet opp under de ulike urtene på Natural Medicines Comprehensive Database.<sup>45</sup>

3. Bruk av urten under svangerskapet  
(klassifisert som ja eller nei)
4. Hvorfor urten ble brukt under svangerskapet  
(klassifisert etter liste 2)
5. Når urten ble brukt  
(klassifisert etter liste 4)
6. Varighet av bruk i antall dager
7. Hvem som anbefalte bruken av urten  
(klassifisert etter liste 7)

#### *Anbefalinger om, forventet effekt av og informasjon om urtemedisin*

1. Hvem som anbefalte kvinnene å bruke urtemedisin under svangerskapet  
(klassifisert etter liste 7)
2. Mottatt informasjon om bruk av urtemedisin ved anbefaling om bruk  
(klassifisert som ja, nei eller delvis/for noen av preparatene)
3. Fikk kvinnen den forventede effekten av urtemedisinen  
(klassifisert som nei, ja, delvis/for noen av preparatene eller vet ikke)
4. Hvor kvinnen ville henvendt seg dersom hun ønsket informasjon om urtemedisin (i prioritert rekkefølge)  
(klassifisert etter liste 8)

#### *Bruk av homeopatiske midler*

1. Bruk av homeopatiske midler under svangerskapet  
(klassifisert som ja eller nei)
2. Bruksområdet for homeopatiske midler  
(klassifisert etter liste 2)

### *Holdninger til urtemedisin blant kvinnene*

Kvinnene ble stilt overfor følgende fire påstander som de skulle ta stilling til:

1. Urtemedisin gir generelt mindre bivirkninger enn legemidler  
(klassifisert som helt enig, delvis enig, ikke enig eller vet ikke)
2. Urtemedisin kan generelt brukes av gravide  
(klassifisert som helt enig, delvis enig, ikke enig eller vet ikke)
3. Gravide bør heller bruke urtemedisin enn vanlige legemidler  
(klassifisert som helt enig, delvis enig, ikke enig eller vet ikke)
4. Gravide bør ikke bruke noen urtemedisin uten at legen har sagt at det er greit  
(klassifisert som helt enig, delvis enig, ikke enig eller vet ikke)

Holdningene til kvinnene ble klassifisert som positive dersom de var enige (helt eller delvis enige) i minst to av de tre første påstandene over, og negative dersom de var uenige i minst to påstander. I tillegg til å ta stilling til påstandene, ble kvinnene også bedt om å begrunne det avlagte svaret. Sitater ble notert.

### *Bruk av reseptfrie legemidler under svangerskapet*

Det ble nevnt ni grupper reseptfrie legemidler og eksempler innenfor hver gruppe.

1. Navn på eventuelle preparat som ble brukt
2. Når preparatet ble brukt  
(klassifisert etter liste 4)
3. Varighet av bruk i antall dager
4. Hvem som anbefalte bruk av preparatet  
(klassifisert etter liste 7)

### *Data hentet fra journalen som rapporteres til Medisinsk fødselsregister*

1. Fødselsvekt  
(klassifisert som lav (<2500 g), normal (2500 g - 4500 g) eller høy (>4500 g))
2. Gestasjonsalder/svangerskapsvarighet  
(klassifisert som prematur fødsel (<37 uker), normal (37-42) eller overtidsfødsel (>42 uker))
3. Rapportert bruk av medikamenter eller akupunktur under fødsel

- (klassifisert etter liste 1)
4. Komplikasjoner hos barn  
(klassifisert etter liste 10)
  5. Apgar score  
(klassifisert etter liste 11)
  6. Komplikasjoner hos mor  
(klassifisert etter liste 12)

### **3.5 Databearbeidelse og statistikk**

Dataene fra intervjuene ble lagt inn i og behandlet med Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versjon 16.0. I forbindelse med analysen av dataene ble det brukt kjikvadrat-test og regresjonsanalyse for å undersøke om det var sammenhenger mellom ulike variable. Signifikansnivå som ble brukt var 0.05.

#### ***3.5.1 Beskrivelse av anvendte statistiske analysemetoder***

##### *Kjikkvadrat-test*

En kjikkvadrat-test er en analysemetode som brukes til å sammenligne grupper satt opp i en kontingenstabell. Man setter opp en nullhypotese,  $H_0$ , som sier at kolonnene eller radene er uavhengige. Dette er det samme som å si at radene har samme sannsynlighetsfordeling. Mothypotesen, eller  $H_1$ , sier det motsatte, at rader og kolonner ikke er uavhengige, eller at noen rader eller kolonner har forskjellig sannsynlighetsfordeling. Basert på marginalverdiene, regnes det videre ut såkalte forventede verdier. Dette er de verdiene vi ville hatt dersom alle radene hadde hatt samme sannsynlighetsfordeling. Testobservatoren som brukes baseres på avviket mellom observerte verdier og forventede verdier. Om vi kan forkaste nullhypotesen, og dermed konkludere med at det ser ut til å være en sammenheng mellom de ulike gruppene, kommer an på om verdien til testobservatoren er stor nok i forhold til kritisk verdi funnet i kjikkvadratfordelingen.<sup>69</sup>

## *Enkel lineær regresjonsanalyse*

Enkel lineær regresjonsanalyse undersøker om det er en lineær sammenheng mellom variablene, og kan også gi oss svar på hvilken lineær sammenheng som passer best til dataene. Enhver rett linje kan skrives på formen  $y = \beta x + \alpha$ . Hensikten med en regresjonsanalyse er å finne et best mulig estimat til den ukjente linjen. Ved å finne et estimat for  $\beta$ , har vi en indikasjon på om det er en negativ eller positiv sammenheng mellom de to variablene og hvor sterk denne sammenhengen er. Estimat til størrelsene  $\alpha$  og  $\beta$  finnes ved hjelp av minste kvadraters metode. Et mål på hvor god modellen er, eller hvor godt linjen passer til dataene, kan man finne ved å se på  $r^2$ . Denne størrelsen kalles gjerne for forklaringsgraden og verdien ligger mellom 0 og 1. Har man en forklaringsgrad på 0,81, sier man gjerne at 81 % av variasjonen forklares ved en lineær sammenheng.<sup>69</sup>



## 4 Resultater

I perioden denne studien ble utført (fra og med november -08 til og med mars -09), var det 2029 fødsler på Kvinneklubben ved Haukeland Universitetssjukehus. Antall pasienter på Barselloftet i samme periode var 968.

Responsraten var 14,6 % dersom antall kvinner på Barselloftet i løpet av studieperioden legges til grunn. Kvinnene som deltok i studien utgjør 7,0 % av alle kvinnene som fødte ved Kvinneklubben ved Haukeland Universitetssjukehus i løpet av studieperioden.

Tabell 4.1 viser en oversikt over sosiodemografiske data for studiepopulasjonen, og tilsvarende data for den andelen av kvinnene som hadde brukt, og som ikke hadde brukt, urtemedisin i svangerskapet. Det var signifikant flere kvinner som hadde brukt urtemedisin i svangerskapet og som hadde brukt urtemedisin tidligere. I tillegg var det signifikant flere som hadde brukt urtemedisin i svangerskapet og som oppga at de sannsynligvis ville bruke urtemedisin i fremtiden. Det ble også funnet at det var en signifikant høyere andel førstegangsfødende i gruppen som hadde brukt urtemedisin i svangerskapet enn i gruppen som ikke hadde brukt urtemedisin.

(En kommentar: Jeg har kun registrert de kvinnene som oppga at de hadde brukt en bestemt urt dersom de hadde en indikasjon for bruk, med mindre de hadde brukt urten sammenhengende over lang tid (1 måned eller mer). Noen av kvinnene som hadde brukt urter og som hadde oppgitt indikasjon for bruk, hadde bare brukt urten sporadisk. Noen kunne videre gi et anslag på hvor mange dager totalt de hadde brukt urten, mens andre ikke kunne oppgi totalt antall dager.)

**Tabell 4.1** Sosiodemografiske data for hele studiepopulasjonen totalt og tilsvarende data for de kvinnene som hadde brukt urtemedisin i svangerskapet

	<i>Hele studiepopulasjonen, n = 142</i>	<i>Andel av kvinner som har brukt urtemedisin i svangerskapet, n = 75</i>	<i>Andel av kvinner som ikke har brukt urtemedisin i svangerskapet, n = 67</i>
<i>Alder:</i>			
25 år eller yngre	21,8 % ( 31/142)	17,3 % (13/75)	26,9 % (18/67)
26 - 30 år	35,9 % ( 51/142)	37,3 % (28/75)	34,3 % (23/67)
31 - 35 år	29,6 % ( 42/142)	33,3 % (25/75)	32,8 % (22/67)
36 år eller eldre	8,5 % ( 12/142)	10,7 % ( 8/75)	6,0 % ( 4/67)
<i>Sivilstatus:</i>			
Gift eller samboer	97,9 % (139/142)	96,0 % (72/75)	100,0 % (67/67)
Singel	0,7 % ( 1/142)	1,3 % ( 1/75)	0,0 % ( 0/67)
Annet	1,4 % ( 2/142)	2,6 % ( 2/75)	0,0 % ( 0/67)
<i>Bosted:<sup>§</sup></i>			
By	68,6 % (94/137)	67,1 % (49/73)	70,3 % (45/64)
Utenfor by	31,4 % (43/137)	32,9 % (24/73)	29,7 % (19/64)
<i>Røykestatus under svangerskapet:</i>			
Ingen	91,5 % (130/142)	90,7 % (68/75)	92,5 % (62/67)
Av og til	3,5 % ( 5/142)	4,0 % ( 3/75)	3,0 % ( 2/67)
Daglig	4,9 % ( 7/142)	5,3 % ( 4/75)	4,5 % ( 3/67)
<i>Høyeste fullførte utdanning:</i>			
Mindre eller lik videregående	26,1 % ( 37/142)	21,3 % (16/75)	30,0 % (21/67)
Videregående + 2 år	9,9 % ( 14/142)	12,0 % ( 9/75)	7,5 % ( 5/67)
Universitet / Høyskole	64,1 % (91/142)	66,7 % (50/75)	61,2 % (41/67)
<i>Spesifisert utdanning:<sup>§</sup></i>			
Helsepersonell	20,4 % ( 28/137)	20,5 % ( 15/73)	21,9 % (14/64)
Ikke helsepersonell	79,6 % (109/137)	79,5 % (58/73)	78,1 % (50/64)
<i>Antall barn fra tidligere graviditeter:*</i>			
Ingen	35,2 % (50/142)	42,7 % (32/75)	26,9 % (18/67)
Ett eller flere	64,8 % (92/142)	57,3 % (43/75)	73,1 % (49/67)
<i>Bruk av urtemedisin:</i>			
Tidligere bruk **	73,9 % (105/142)	92,0 % (69/75)	53,7 % (36/67)
Fremtidig bruk**	75,4 % (107/142)	88,0 % (66/75)	61,2 % (41/67)

\*kjikvadrat-test p<0,05

\*\*kjikvadrat-test p<0,01

<sup>§</sup>spørsmålet ble ikke inkludert før etter femte intervju.



#### 4.1 Bruk av urtemedisin

Da kvinnene tidlig i intervjuet ble spurt om de hadde brukt urtemedisin i løpet av svangerskapet, svarte 35,2 % (50/142) av kvinnene ja, men da det igjen ble stilt et åpent spørsmål om bruk av urtemedisin i svangerskapet etter gjennomgang av spørsmål om bruk av ti spesifikke urter, viste det seg at 52,8 % (75/142) av kvinnene hadde brukt urtemedisin i svangerskapet. Hver kvinne hadde gjennomsnittlig brukt 2,1 (158/75) urter. Maksimalt antall urter brukt var 8. Medianen var 2. Typetallet var 1.

Av urtene som ble brukt var det bringebærblad, ingefær, kamille og tranebær som ble brukt av flest kvinner. Oversikten over de mest brukte urtene finnes i tabell 4.2.

**Tabell 4.2** Oversikt over de mest brukte urtene i svangerskapet

<i>Urt</i>	<i>Andel av kvinner som brukte urten av dem som brukte urtemedisin i svangerskapet</i>	<i>Vanligste indikasjoner oppgitt</i>
Bringebærblad	40,0 % (30/75)	Sette i gang fødsel/modning av livmor/forhindre rifter
Ingefær	37,3 % (28/75)	Kvalme
Kamille	28,0 % (21/75)	Beroligende/for søvn, mot forkjølelse
Tranebær	13,3 % (10/75)	Mot urinveisinfeksjon
Floradix®	13,3 % (10/75)	Mot jernmangel
Solhatt	6,7 % (5/75)	Mot forkjølelse/styrke immunforsvaret
Kjerringrokk	4,0 % (3/75)	Vanndrivende
Hvitløk	4,0 % (3/75)	Mot forkjølelse
Aloe vera	2,7 % (2/75)	Regulere mage og topikal anvendelse
Urtevitaminer	1,3 % (1/75)	Vitamintilskudd
Valeriane	1,3 % (1/75)	For søvn
Blandingsteer	17,3 % (13/75)	For søvn og diverse indikasjoner
Diverse teer	12,0 % (9/75)	Diverse indikasjoner
Diverse oljer	9,3 % (7/75)	Forhindre å revne under fødsel og diverse indikasjoner
Andre urter	20,0 % (15/75)	Diverse indikasjoner
Johannesurt	0,0 %	
Svarthyll	0,0 %	

Antall urter totalt som ble brukt var 158. Dette medfører at noen kvinner har brukt flere enn en urt i løpet av svangerskapet.

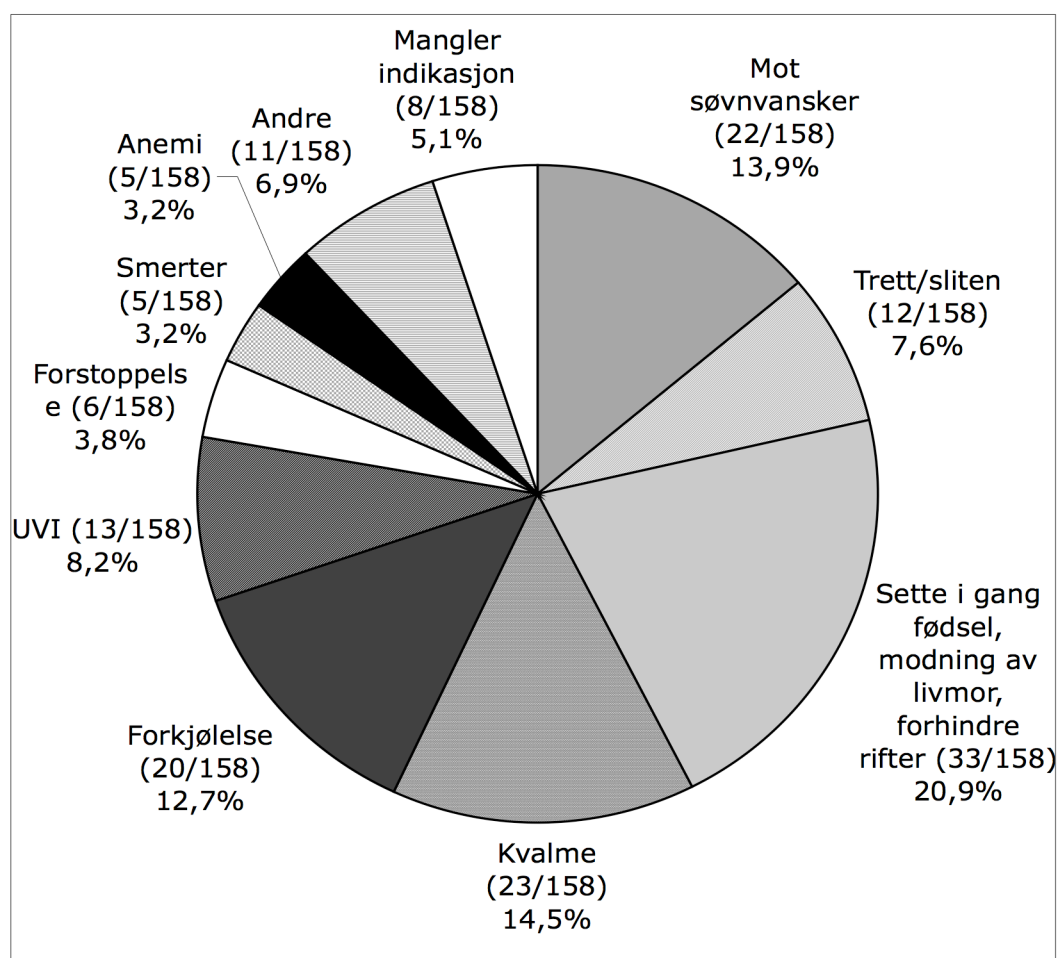
I alt 60,0 % (45/75) av dem som hadde brukt urtemedisin synes de fikk effekt av denne.

Av de kvinnene som hadde barn fra før, hadde 39,1 % (34/87) brukt ammete eller tilsvarende urter ved tidligere ammeperioder.

## 4.2 Bruksområder som ble oppgitt for urtene brukt i svangerskapet

”Sette i gang fødsel, modning av livmor, samt forhindre rifter under fødsel” var den vanligste indikasjonen for bruk av urtemedisin i svangerskapet. I alt 20,9 % (33/158) av urtene ble oppgitt å ha blitt brukt for denne indikasjonen. Bruksområder som fulgte etter var ”mot kvalme” og ”mot søvnvansker”, noe 14,5 % (23/158) og 13,9 % (22/158) av urtene ble oppgitt å ha som årsak til bruk. Figur 4.1 gir en oversikt over indikasjoner for bruk av urtemedisin i svangerskapet, og hyppigheten av dem.

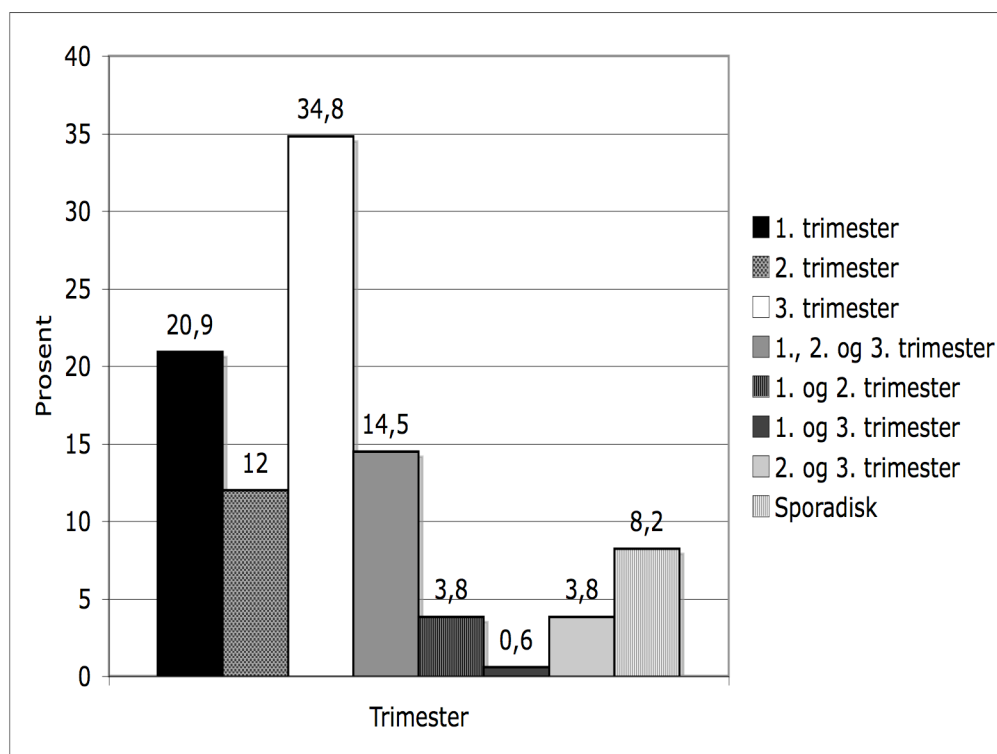
Noen av kvinnene som hadde brukt urtemedisin oppga ingen indikasjoner for bruk. Hadde kvinnene brukt urten over lang tid (> 1 mnd), ble de allikevel inkludert i studien. Dette gjelder for åtte av de totalt 158 urtene som var brukt i svangerskapet.



**Figur 4.1** Oversikt over indikasjon for bruk av urtemedisin i svangerskapet

### 4.3 Når i svangerskapet det ble brukt urtemedisin og varighet av bruk

Figur 4.2 viser den prosentvise fordelingen over når de enkelte urtene ble brukt i svangerskapet. Av urtene som ble brukt, ble 39,8 % (63/158) brukt i første trimester (kun i første trimester eller i første trimester i tillegg til i andre og/eller tredje trimester).



**Figur 4.2** Prosentvis fordeling over når i svangerskapet de enkelte urtene ble brukt

En oversikt over hvilke urter som ble mest brukt i de ulike trimesterne vises i tabell 4.3. Ingefær var den mest brukte urten i første trimester, kamille var den urten som var mest brukt i andre trimester og i tredje trimester var det bringebærblad som var mest brukt. Når det gjelder hvilke urter som var blitt brukt i alle tre trimesterne, var det diverse teer som var blitt mest brukt.

**Tabell 4.3** Viser hvilke urter som ble hyppigst brukt i de ulike trimesterne, og i tillegg hvor stor andel bruken av aktuell urt utgjorde blant antallet urter som ble brukt i det gitte trimesteret.

<i>Trimester</i>	<i>Den mest brukte urten i gitte trimester</i>
1. trimester	Ingefær: 54,5 % (18/33)
2. trimester	Kamille: 26,3 % (5/19)
3. trimester	Bringebærblad: 49,1 % (27/55)
1., 2. og 3. trimester*	Diverse teer (inkl. blandingsteer): 43,5 % (10/23)

\*Urtene er oppgitt å ha blitt brukt i alle tre trimesterne, men ikke nødvendigvis sammenhengende eller hele 1. trimester og/eller hele 3. trimester

Gjennomsnittlig ble hver urt brukt i 43 dager, men her er det stor spredning som vist i tabell 4.4. Noen urter ble brukt i hele svangerskapet (4/158), mens noen bare ble brukt i noen få dager, opptil en uke (48/158). Medianen og typetallet var 14.

**Tabell 4.4** Varighet av bruk av urtemedisin

<i>Varighet av bruk av urtemedisin</i>	<i>Hvor stor andel av urtene som hadde blitt brukt med gitte varighet</i>
1 dag - 6 dager	30,4 % (48/158)
7 dager - 14 dager	16,5 % (26/158)
15 dager - 30 dager	12,7 % (20/158)
31 dager - 90 dager	23,4 % (37/158)
91 dager - 180 dager	6,3 % (10/158)
181 dager - 270 dager	3,8 % (6/158)
Sporadisk bruk uten anslag av dager	5,1 % (8/158)

Summen går ikke opp i 158 da noen av kvinnene som hadde brukt urter ikke kunne oppgi hvor lenge de hadde brukt urten (3/158).

Diverse urteteer var gjennomsnittlig blitt brukt i flest dager i svangerskapet, og har også høyest median og typetall. Deretter fulgte Floradix® og blandingsteer. Dette er vist i tabell 4.5.

**Tabell 4.5** Oversikt over ulike sentralmål på varigheten (dager) til de mest brukte urtene.

<i>Urt</i>	<i>Gjennomsnitt</i>	<i>Median</i>	<i>Typetall</i>
Bringebærblad	31,0	24	14
Ingefær	17,9	7	7
Kamille	42,7	14	80
Tranebær	64,7	14	14
Floradix®	68,8	40,5	14
Blandingsteer	65,8	60	-*
Diverse urteteer	107,9	80	80

\*Flere typetall forekom

#### **4.4 Fødsels- og svangerskapsutfall**

Fødsels- og svangerskapsutfall for hele populasjonen, for gruppen som hadde brukt urtemedisin i svangerskapet og for gruppen som ikke hadde brukt urtemedisin i svangerskapet er vist i tabell 4.6. Det ble ikke påvist signifikante forskjeller i svangerskapsutfall hos de kvinnene som hadde brukt urtemedisin i svangerskapet mot de kvinnene som ikke hadde brukt urtemedisin i svangerskapet på nivå lik 0,05. Når det gjelder bruk av smertelindring under fødsel, var det signifikant flere kvinner som hadde brukt urtemedisin i svangerskapet og som kun brukte akupunktur under fødsel eller som brukte akupunktur i kombinasjon med andre smertestillende under fødsel sammenlignet med kvinnene som ikke hadde brukt urtemedisin i svangerskapet.

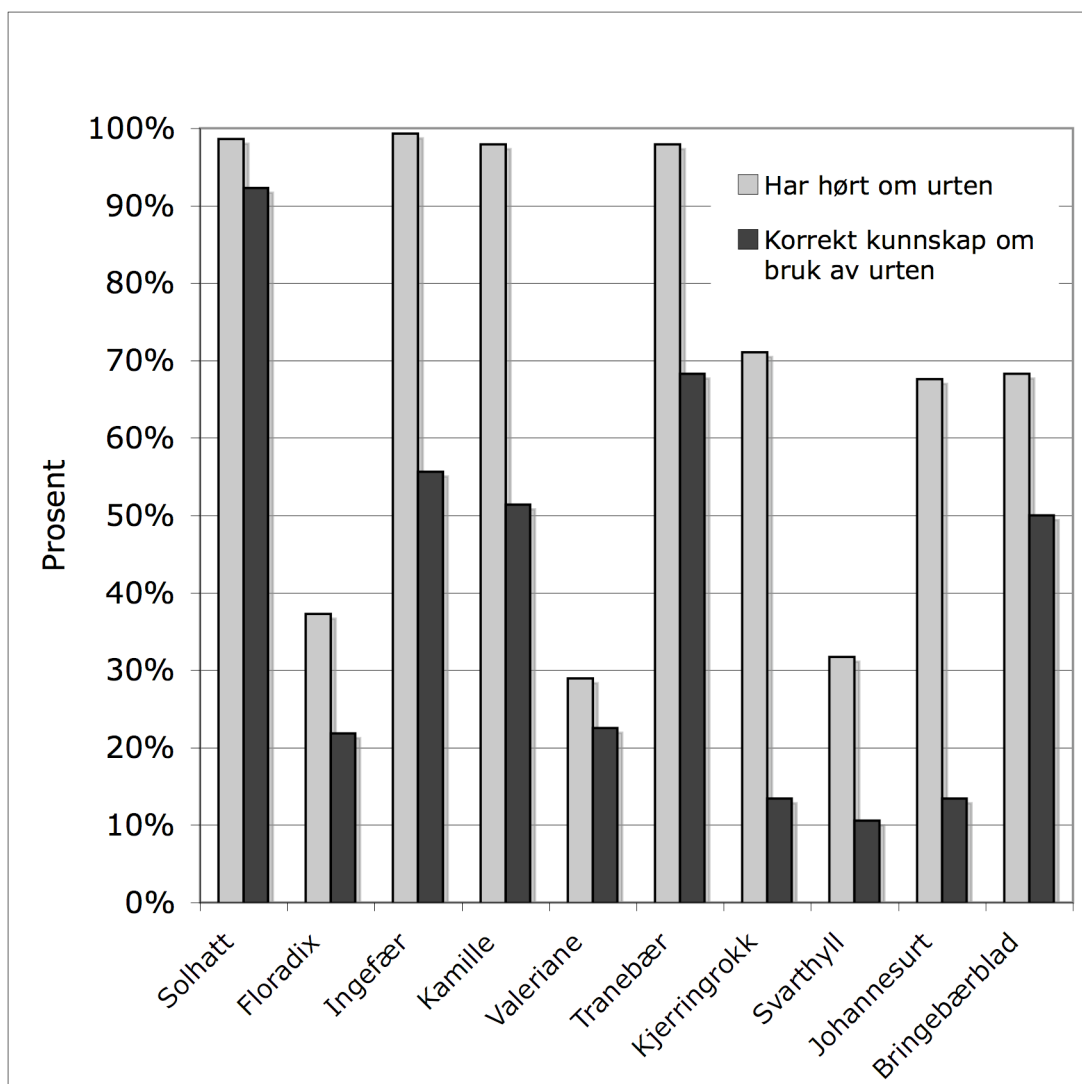
**Tabell 4.6** Fødsels- og svangerskapsutfall

	<i>Totalt (n=142)</i>	<i>Andel av kvinner som har brukt urtemedisin, n=75</i>	<i>Andel av kvinner som ikke har brukt urtemedisin, n = 67</i>
<i>Fødselsvekt:</i>			
Lav (<2500 g)	0,0 % (0/142)	0,0 % (0/75)	0,0 % (0/67)
Normal (2500 g - 4500 g)	98,6 % (140/142)	97,3 % (73/75)	100,0 % (67/67)
Høy (>4500 g)	1,4 % (2/142)	2,7 % (2/75)	0,0 % (0/67)
<i>Svangerskapsvarighet:</i>			
Prematur fødsel (<37 uker)	0,0 % (0/142)	0,0 % (0/142)	0,0 % (0/67)
Normal (37-42)	92,3 % (131/142)	89,3 % (67/75)	95,5 % (64/67)
Overtidsfødsel (>42 uker)	7,7 % (11/142)	19,7 % (8/75)	4,5 % (3/67)
<i>Smertelindring under fødsel:</i>			
Akupunktur*	26,1 % (37/142)	37,3 % (28/75)	13,4 % (9/67)
Kun akupunktur*	11,3 % (16/142)	17,3 % (13/75)	4,5 % (3/67)
Ingen	21,1 % (30/142)	16,0 % (12/75)	26,9 % (18/67)
Medikamentell	67,6 % (96/142)	66,7 % (50/75)	68,7 % (46/67)
<i>Komplikasjoner hos mor:</i>	47,2 % (67/142)	52,0 % (39/75)	41,8 % (28/67)
<i>Komplikasjoner hos barn:</i>	12,7 % (18/142)	17,3 % (13/75)	7,5 % (5/67)

\*kjikvadrat-test p&lt;0.05

#### 4.5 Kjennskap til og kunnskap om ti ulike urter

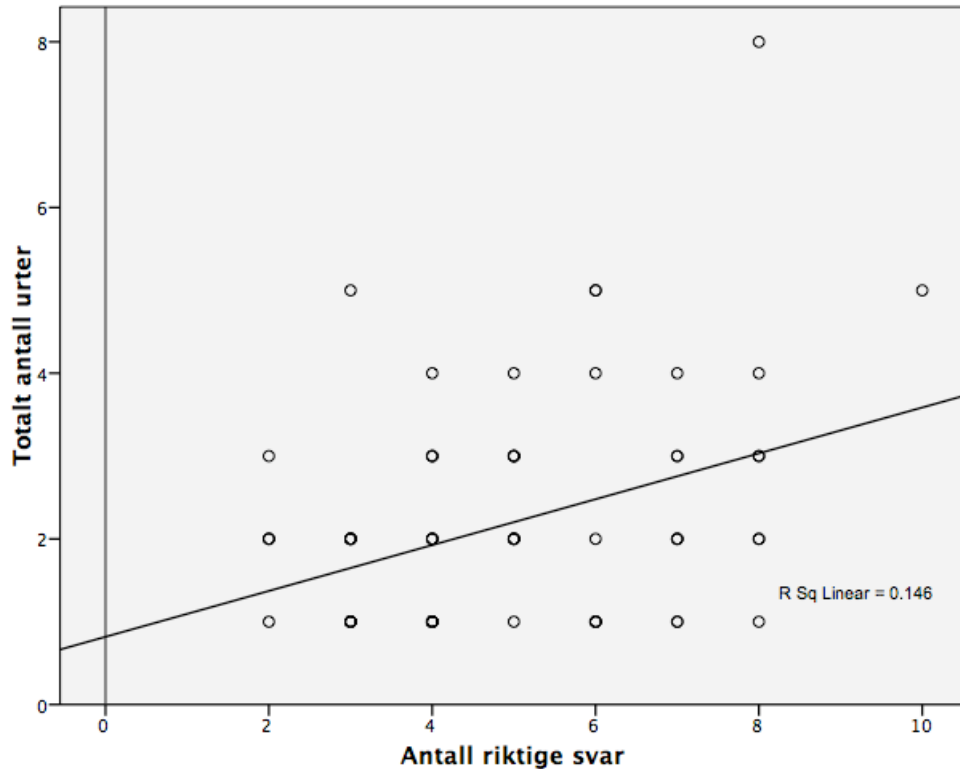
Under intervjuet ble kvinnene spurt om de hadde hørt om, og eventuelt om de også hadde kunnskap om det medisinske bruksområdet for, ti ulike urter. Figur 4.3 viser resultatet for hvor mange av kvinnene som hadde hørt om de ulike urtene og hvor mange av kvinnene som hadde svart korrekt angående urtens medisinske bruksområde. Solhatt, ingefær, kamille og tranebær var de mest kjente urtene. Når det gjelder solhatt, ser man at nesten alle som kjente til urten også oppga korrekt bruksområde. For de fleste andre urtene var det større sprik mellom dem som bare kjente til urten, og dem som også kjente bruksområdet. Valeriane var det færre som kjente til, men derimot oppga en stor andel av de som kjente til denne urten også korrekt bruksområde.



**Figur 4.3** Kjennskap til og kunnskap om de ulike urtene som det ble spurt spesifikt om i intervjuet

Figur 4.4 viser at det er en signifikant positiv sammenheng mellom antall urter som kvinnene kjente til og kunne oppi korrekt bruksområde for og antall urter som ble brukt i svangerskapet.





**Figur 4.4** Antall urter som ble brukt i svangerskapet er plottet mot hvor mange av de ti urtene det ble spurt spesifikt om og som kvinnen oppga korrekt bruksområde for. Likningen til regresjonslinjen er:  $y = 0,28x + 0,82$ ;  $r^2 = 0,146$ ; p-verdi for stigningstallet,  $\beta$ , er: 0,001 altså signifikans

#### 4.6 Hvem urtene var blitt anbefalt av og hvor kvinnene ville henvendt seg for informasjon om urtemedisin

De fleste av kvinnene som hadde brukt urtemedisin (58,7 %) hadde brukt urtemedisin på eget initiativ, mens 36,0 % hadde fått urtemedisin anbefalt av familie eller venner. Det ble i intervjuet prøvd å få klarlagt hvorfor de hadde hørt på anbefalinger fra akkurat denne personen som de hadde hørt på. De fleste kvinnene stilte ikke andre krav til denne personen utover at det var en personen de kjente godt, og at denne personen hadde hatt god nytte av preparatet og ikke hadde hatt noen negative opplevelser.

**Tabell 4.7** Viser hvor/fra hvem hver enkelt kvinne har fått anbefalt urtemedisin

<i>Kilde til anbefaling:</i>	<i>Antall kvinner i % som har fått anbefalinger om bruk av urtemedisin i svangerskapet av denne kilden (n=75)</i>
Eget initiativ	58,7 % (44/75)
Familie eller venner	36,0 % (27/75)
Media, blad/avis, internett	32,0 % (24/75)
Lege	6,6 % (5/75)
Sykepleier eller jordmor	5,3 % (4/75)
Alternativ behandler	5,3 % (4/75)
Apotek	4,0 % (3/75)

Man kunne oppgi flere kilder, summen av % er derfor ulik 100.

**Tabell 4.8** Viser hvilke kilder de ulike urtemedisinene har blitt anbefalt av

<i>Kilde til anbefaling:</i>	<i>Andel av urtene i prosent som har blitt anbefalt av hvem (n=158)</i>
Eget initiativ	53,2 % (84/158)
Familie eller venner	20,3 % (32/158)
Media, blad/avis, internett	15,8 % (25/158)
Lege	3,2 % (5/158)
Sykepleier eller jordmor	3,2 % (5/158)
Alternativ behandler	2,5 % (4/158)
Apotek	1,9 % (3/158)

Ser man på hver urt for seg, og hvilke anbefalingskilder som er hyppigst oppgitt, ser man at noen skiller seg ut fra hovedmønsteret. Dette er vist i tabell 4.9. For eksempel for bringebærblad har 50,0 % av kvinnene oppgitt at de har blitt anbefalt urtemedisinen gjennom media (avis, blad eller internett) og da gjerne på diverse fora for gravide på internett. For tranebær var den hyppigst oppgitte kilden til bruk ”eget initiativ”, mens den nest hyppigste var sykepleier eller jordmor.

**Tabell 4.9** Viser hvilken kilde som hyppigst har anbefalt de fire mest brukte urtene i svangerskapet

<i>Urt</i>	<i>Hyppigste kilder til anbefaling og hvor mange prosent av kvinnene som ble anbefalt av denne kilden</i>
Bringebærblad	1: Media (blad, avis, internett): 50,0 % 2: Familie eller venner: 23,3 %
Ingefær	1: Eget initiativ: 42,9 % 2: Familie eller venner: 39,3 %
Kamille	1: Eget initiativ: 76,2 % 2: Familie eller venner: 19,0 %
Tranebær	1: Eget initiativ: 55,6 % 2: Sykepleier eller jordmor: 22,2 %

Hele 53,5 % ville brukt media (i hovedsak internett) som informasjonskilde i første omgang dersom de søkte etter informasjon om urtemedisin. Kun tilsammen 2,1 % ville i første omgang oppsøkt helsepersonell (apotek, sykepleier, jordmor eller lege). Fant de ikke svar på det de søkte etter ville 26,8 % i neste omgang gått på helsekost. En videre fordeling over hvor kvinnene ville henvendt seg for å få tak i informasjon om urtemedisin, vises i tabell 4.10.

**Tabell 4.10** Viser hvor kvinnene ville henvendt seg dersom de søkte informasjon om urtemedisin

	<i>Hvor mange kvinner i % som ville henvendt seg her først</i>	<i>Hvor mange kvinner i % som ville henvendt seg her i andre omgang</i>
Lege	0,0 % (0/142)	2,1 % (3/142)
Alternativ behandler	2,8 % (4/142)	2,8 % (4/142)
Apotek	1,4 % (2/142)	12,0 % (17/142)
Jordmor eller sykepleier	0,7 % (1/142)	2,8 % (4/142)
Helsekostforretning	36,6 % (52/142)	26,8 % (38/142)
Familie eller venner	2,8 % (4/142)	12,7 % (18/142)
Media (avis, blad, internett)	53,5 % (76/142)	22,5 % (32/142)
Andre	2,1 % (3/142)	0,7 % (1/142)

#### 4.7 Sykdom/plager og sykemeldinger i svangerskapet

Samtlige kvinner hadde opplevd en eller annen plage i svangerskapet. De hyppigste oppgitte plagene er vist i tabell 4.11. Trøtthet, sure oppstøt og kvalme var oppgitt som de hyppigste plagene i svangerskapet. De plagene som i størst grad ble behandlet var urinveisinfeksjoner og andre infeksjoner, hodepine og sure oppstøt.

**Tabell 4.11** Tabell over de hyppigst oppgitte plagene i svangerskapet

	<i>Andel av kvinnene som oppgir å ha hatt denne plagen i svangerskapet/%</i>	<i>Andel av kvinnene som har hatt aktuell plage og som behandlet plagen/%</i>	<i>Andel av kvinnene som har hatt aktuell plage og som behandlet plagen med urter/%</i>
Trøtthet	88,7 % (126/142)	5,6 % (7/126)	1,6 % (2/126)
Sure oppstøt	78,9 % (112/142)	50,0 % (56/112)	0,9 % (1/112)
Kvalme	71,8 % (102/142)	16,7 % (17/102)	11,8 % (12/102)
Vond			
rygg/nakke/bekken	69,0 % (98/142)	3,1 % (3/98)	1,0 % (1/98)
Søvnvansker	57,7 % (82/142)	6,1 % (5/82)	4,9 % (4/82)
Ødemer	54,2 % (77/142)	1,3 % (1/77)	0,0 % (0/77)
Forkjølelse	47,2 % (67/142)	49,3 % (33/67)	6,0 % (4/67)
Kløe	35,2 % (50/142)	14,0 % (7/50)	0,0 % (0/50)
Hodepine	25,4 % (36/142)	63,9 % (23/36)	0,0 % (0/36)
Andre infeksjoner	18,3 % (26/142)	73,1 % (19/26)	3,8 % (1/26)
Urinveisinfeksjoner	16,9 % (24/142)	87,5 % (21/24)	4,2 % (1/24)

Fra studien fremkom det at 74,6 % (106/142) av kvinnene hadde vært sykemeldt i svangerskapet av ulike årsaker og varighet. De fleste av kvinnene (35,8 %) som var blitt sykemeldt, var blitt det på grunn av smerter i rygg, nakke eller bekken. Trøtthet/sliten var den nest hyppigste årsaken til sykemelding, noe 28,3 % av kvinnene som var blitt sykemeldt i svangerskapet oppga som årsak. Kvalme og oppkast var oppgitt som den tredje hyppigste årsaken til sykemelding. Nærmere

bestemt oppga 17,9 % av kvinnene som hadde blitt sykemeldt i svangerskapet denne årsaken.

#### **4.8 Bruk av reseptfrie legemidler i svangerskapet**

Hele 83,8 % (119/142) oppga at de hadde brukt et eller flere reseptfrie legemidler i svangerskapet (vitamintabletter, omega-3/tran og jern ekskludert). En oversikt over hvilke grupper reseptfrie legemidler som ble hyppigst brukt, vises i tabell 4.12.

Smertestillende var den gruppen av reseptfrie legemidler som hadde klart størst brukergruppe. Av kvinnene som hadde brukt et reseptfritt legemiddel i svangerskapet oppga 77,3 % at de hadde brukt et smertestillende preparat. Av disse kvinnene hadde 98,9 % brukt paracetamol. Ibuprofen ble brukt av 5,4 % av disse kvinnene, da enten alene eller i tillegg til paracetamol. Tre av kvinnene som hadde brukt ibuprofen, hadde også brukt det i tredje trimester.

Otrivin® (xylometazolin), og generisk likeverdige preparater, var den nesensprayen som ble brukt av majoriteten av kvinnene. Noen hadde brukt nesenspray for barn da de hadde hørt at man helst ikke skulle bruke nesenspray i svangerskapet.

Alle kvinnene som hadde brukt resiesyketabletter, eller antihistaminer mot kvalme, hadde brukt Postafen® (meclozin).

Nesten halvparten av kvinnene hadde brukt syrenøytraliserende i svangerskapet. Her hadde kvinnene brukt ulike preparater. Gaviscon® (alginsyre og antacida) var det flest som hadde brukt, men også Link® var mye brukt. Enkelte kvinner hadde også brukt Pepcidduo® (famotidin og antacida) og Losec® (omeprazol), og da på eget initiativ.

De aller fleste som hadde brukt jernpreparater hadde fått anbefalt bruken av jordmor eller lege, men noen hadde tatt jerntilskudd i svangerskapet på eget initiativ.

Lactulose var det hyppigst brukte middelet mot forstoppelse, og ingen av kvinnene oppga å ha brukt et stimulerende avføringsmiddel uten samråd med lege/jordmor.

Når det gjelder antihistaminer mot allergi, er det uvisst hvor mange som hadde kjøpt disse preparatene reseptfritt da flere preparat finnes både som reseptbelagte og som reseptfrie preparater. De aller fleste kvinnene hadde brukt antihistaminer i samråd med lege, og åtte av kvinnene hadde brukt et antihistamin som er reseptbelagt.

**Tabell 4.12** Oversikt over bruk av reseptfrie legemiddel

<i>Gruppe reseptfritt legemiddel</i>	<i>Andel av kvinnene i % som hadde brukt reseptfritt legemiddel i svangerskapet</i>
Smertestillende	77,3 % (92/119)
Nesespray	35,3 % (42/119)
Reisesyketabletter/antihistaminer mot kvalme	4,2 % (5/119)
Syrenøytraliserende	48,7 % (58/119)
Antihistaminer*	10,9 % (13/119)
Forstoppelse	9,2 % (11/119)

\* 8 av de registrerte kvinnene hadde brukt et antihistamin som er reseptpliktig

Tabell 4.13 Viser hvor stor andel av totalpopulasjonen, og hvor stor andel av kvinnene som hadde brukt urtemedisin i svangerskapet, som hadde brukt reseptfrie legemidler i svangerskapet. Det ble her ikke påvist noen forskjeller mellom de to gruppene.

**Tabell 4.13** Bruk av reseptfrie legemidler i svangerskapet

	<i>Hele studiepopulasjonen, n = 142</i>	<i>Andel av kvinner som har brukt urtemedisin i svangerskapet, n = 75</i>	<i>Andel av kvinner som ikke har brukt urtemedisin i svangerskapet, n=67</i>
Bruk av reseptfrie legemidler i svangerskapet	83,8 % (119/142)	84,0 % (63/75)	83,6 % (56/67)

#### **4.9 Opplysninger angående legemidler og kosttilskudd (herunder urtemedisin) hentet fra skjema som sendes Medisinsk fødselsregister**

Skjema som sendes Medisinsk fødselsregister (MFR) samler opplysninger fra Helsekort for gravide samt opplysninger fra journal. Man ser av tabell 4.13 at det er lite samsvar mellom det som ble rapportert til MFR og det som fremkom i data fra intervjuene. Sammenlignes opplysninger hentet fra skjema som sendes MFR med opplysninger fra intervju, ser man at for de aller fleste gruppene av legemidler og kosttilskudd (herunder urtemedisin) ble det funnet en høyere forekomst av bruk basert på data fra intervju enn det som ble funnet rapportert til MFR. Spesielt stort avvik er det for urtemedisin.

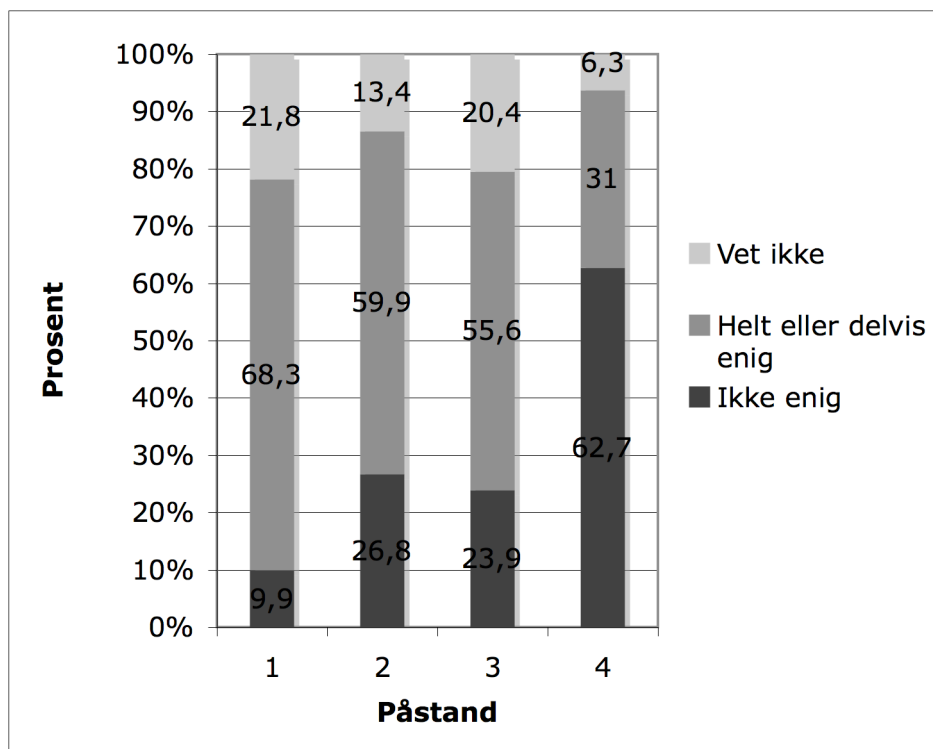
**Tabell 4.14** Opplysninger om bruk av legemidler og kosttilskudd (herunder urtemedisin) hentet fra skjema som sendes MFR sammenlignet med opplysninger fremkommet i intervjuene

<i>Substans</i>	<i>Fra skjema til MFR</i>	<i>Fra intervju</i>
Antiinfektiva	6,3 % (9/142)	23,9 % (34/142)
Astma- og allergimedisin	4,9 % (7/142)	12,7 % (18/142)
Kvalmestillende legemidler	0,7 % (1/142)	4,2 % (6/142)
Vitamin- og, eller mineraltilskudd (inkl. jern), og eller Omega-3	43,6 % (62/142)	95,8 % (136/142)
Smertestillende	0,7 % (1/142)	45,1 % (64/142)
Legemidler for ulike tyreoidea sykdommer	1,4 % (2/142)	0,7 % (1/142)
Urtemedisin	1,4 % (2/142)	52,8 % (75/142)
Antidepressiva	0,7 % (1/142)	0,7 % (1/142)
Nesespray mot forkjølelse	1,4 % (2/142)	29,6 % (42/142)
Andre legemidler	0,7 % (1/142)	9,8 % (14/142)
Syrenøytraliserende	0,0 % (0/142)	40,8 % (58/142)

#### 4.10 Holdninger til bruk av urtemedisin i svangerskapet

Dersom kvinnen hadde svart ”helt enig” eller ”delvis enig” på to av de tre første påstandene, ble hun klassifisert som positiv til urtemedisin. Totalt ble 63,4 % av kvinnene klassifisert som positive til urtemedisin. Oversikten over hvordan fordelingen var på de fire ulike påstandene, vises i figur 4.4.





**Figur 4.4** Holdninger til urtemedisin

Påstand 1: Urtemedisin gir mindre bivirkninger enn legemidler

Påstand 2: Urtemedisin kan generelt brukes av gravide

Påstand 3: Gravide bør heller bruke urtemedisin enn vanlige legemidler

Påstand 4: Gravide bør ikke bruke noen urtemedisin uten at legen har sagt at det er greit

Av de som har brukt urtemedisin sier 79 % (59/75) seg ”ikke enig” i påstand nr 4.

#### **4.11 Kvalitativ del: Eksempelvis sitat fra kvinnenes begrunnelser for svaret de ga til de ulike påstandene (sortert under påstandenes ulike svaralternativ).**

Under følger en oversikt over sitat som ble gitt da kvinnene begrunnet hvorfor de svarte som de gjorde da de ble bedt om å ta stilling til de ulike påstandene.

##### Påstand 1: Urtemedisin gir mindre bivirkninger enn legemidler

Det var totalt 39,4 % av kvinnene sa seg ”helt enig” i denne påstanden. Av de som sa seg helt enig i denne påstanden, begrunnet de aller fleste (37/52) det med at det var fordi urtemedisiner er naturlig.

*”Urtemedisin er i utgangspunktet mer naturlig, det er ikke kjemisk fremstilt som legemidler. Kroppen tolerer det naturlige bedre enn det kjemiske som er fremmed.”*

*”Det er rene stoffer, ikke tilsatt noe eller produsert kunstig”*

*”Urtemedisiner inneholder ett stoff.”*

*”De er ikke tilsatt tilsetningsstoffer. Det er disse som gir bivirkninger. Urtemedisin er naturlig.”*

Andre svarte at det var fordi urtemedisin er mildere og at det er noe som inngår i den vanlig kosten.

*”Det er en del av et kosthold som har en effekt i tillegg. De er mildere enn legemidler.”*

Når det gjelder dem som sa seg ”delvis enig” i denne påstanden (28,9 %), ga de fleste kvinnene lignende begrunnelser som dem som sa seg helt enig i påstanden, men de var ikke fullt så bastante i uttalen.

*”Egentlig enig, men ”delvis” fordi, for eksempel, hvis man tar noe utrensning for tarm, så vil man jo først få diaré, men deretter vil det virke. Men generelt gjelder at urtemedisin er ikke så sterkt som legemidler. Det er naturlig, gir mindre bivirkninger. Inneholder ikke så masse tilsetningsstoffer.”*

I tillegg til å begrunne det med at urtemedisin er naturlig, var det blant disse kvinnene flere som begrunnet det med at det var fordi urtemedisin har svakere effekt enn legemidler.

*”Det er jo svakere saker. De er jo ikke underlagt noen medisinske regler.”*

*” Det er bivirkninger med urtemedisin også, og tror det er mindre med urtemedisin enn med legemidler. Urtemedisin er naturlig, ikke kunstig fremstilt.”*

Til slutt var det noen som trakk inn at årsaken til at man ikke hører så mye om bivirkninger til urtemedisin er at urtemedisin ikke er underlagt så streng kontroll som legemidler.

*”Urtemedisin selges jo reseptfritt, men det er jo ikke så kontrollert som legemidler. Det er naturlig fremstilt, mot legemidler som er kjemisk fremstilt”.*

Det var 9,9 % som sa seg ”ikke enig” i denne påstanden, og disse nevnte blant annet at det finnes giftige urter også.

*”Kokain er også et naturpreparat. Naturen kan også være giftig.”*

Andre tok opp at det er mangel på dokumentasjon om urtemedisin.

*”Urtemedisin er ikke testet. Vet ikke om bivirkninger.”*

*”Legemidler er forsket på. De er rendyrket for et formål. Urtemedisin har både negative og positive sider. Men her får du med alle stoffer.. Vet ikke helt omfanget av effekt.”*

*”Urtemedisin er ikke dokumentert skikkelig.”*

## Påstand 2: Urtemedisin kan generelt brukes av gravide

Andelen kvinner som sa seg ”helt enig” i denne påstanden var 34,5 %. De fleste av disse begrunnet det med at urter er naturlige og at de derfor ikke kan gjøre skade.

*”Naturmedisin kommer rett fra naturen, er ikke tilsatt noe. Det som finnes naturlig i naturen er ikke skadelig.”*

Andre hadde tidligere blitt advart mot bruk av enkelte legemidler under svangerskapet. De var dermed blitt skeptisk til bruk av legemidler, men positive til urtemedisiner.

*”Tryggere med urtemedisin enn annen medisin som ikke er anbefalt for gravide”*

*”For eksempel forrige gang jeg var gravid, var jeg forkjølt og trengte hostesaft. Kunne ikke bruke noe hostesaft på apoteket. Men fant en urtehostesaft på helsekost.”*

*”De er naturlige. Masse legemidler kan man jo ikke bruke, det står jo på.”*

For de som sa seg ”delvis enig” (25,4 %), trodde de fleste at urtemedisiner ikke er skadelige, men at de ville ha sjekket det opp før bruk.

*”Jeg måtte hatt mer kunnskap for å si ”helt enig”. Urtemedisin er ikke farlig, tror derfor det ikke er farlig for gravide heller. Men ville sjekket det mer opp.”*

*”Noen kan sikkert ikke brukes. Sjekker med butikk der jeg kjøper det, og også inne på et gravidforum inne på internett.”*

*”Ja, så lenge man ikke har bivirkninger. Men ikke hva som helst. Ikke alle urtemedisiner er bra.”*

*”Tror ikke det er så mye bivirkninger. Men skal være forsiktig med alt.”*

Det var hovedsaklig på bakgrunn av mangel på dokumentasjon om urtemedisin at de fleste av kvinnene sa seg ”ikke enig” i denne påstanden. Det var 26,8 % som tok dette standpunktet til denne påstanden.

*”Vet lite om hvilken effekt de har på foster.”*

*”Jeg er skeptisk. Urtemedisiner er ikke testet godt nok.”*

*”Ikke generelt. Må sjekke opp hver enkelt urt.”*

### Påstand 3: Gravide bør heller bruke urtemedisiner enn vanlige legemidler

Her var det 23,2 % som sa seg ”helt enig”. Mange kommenterte at legemidler ikke skal brukes under graviditet, og at urtemedisin da var et ufarlig alternativ.

*”Så klart! Det er jo bevist at legemidler helst ikke skal tas under graviditet. naturlig er bedre enn kjemisk.”*

*”Mest på grunn av bivirkninger av legemidler og på grunn av fosterskader. Urtemedisin er ikke kunstig fremstilt, rene preparat, har blitt brukt som kjerringråd i alle tider.”*

*”På grunn av mindre risiko for noe påvirkning på foster. Det er jo mange legemidler som ikke kan brukes.”*

*”Heller urtemedisin. Er redd for bivirkninger på barnet. Jeg stoler mer på urtemedisin enn på legemidler.”*

*”Det er jo ikke anbefalt å bruke vanlige legemidler når man er gravid.”*

*”I vanlige legemidler er det så mye avfallsstoffer, det er ikke naturlig for kroppen å få i seg falske ting.”*

”Delvis enig” var det 32,4 % som sa seg. De fleste svarte at urtemedisin burde brukes dersom det er mulig og man har en mindre alvorlig plage. Har man en alvorlig plage, burde man bruke legemidler.

*”Kommer an på hva det er mot. Er det en alvorlig plage må legemidler til, men er det for eksempel mot kvalme så bør urtemedisin prøves i første omgang.”*

*”Dersom ved behov kan det være like godt med vanlige legemidler, kommer an på plagen. For eksempel ved en urinveisinfeksjon hadde jeg brukt urtemedisiner, tranebær, men ved diabetes for eksempel, da mener jeg at man må til legen og få resept på legemidler.”*

Andre mente urtemedisiner burde benyttes forebyggende, mens man burde bruke legemidler ved allerede oppståtte plager.

*”Det er ikke kjemikalier i urtemedisin. Så sant naturen har en løsning, kan man prøve det. For eksempel tranebær forebyggende for urinveisinfeksjon. Urtemedisin kan brukes forebyggende, men dersom det oppstår en plage, bør man få medisin for det.”*

Av kvinnene som sa seg ”ikke enig” var det mangel på dokumentasjon omkring urtemedisin som gjorde at kvinnene svarte som de gjorde. Det var 23,9 % som valgte dette svaralternativet.

*”Legemidler er testet, dokumentert og verifisert. Er de klassifisert som trygge, så er de trygge. De er i hvert fall tryggere enn urtemedisin.”*

*”Har man en plage bør man undersøkes av lege. Da vil man få en diagnose, og da kan man velge. Men hadde jeg fått et legemiddel utskrevet av lege, hadde jeg tatt det.”*

Påstand 4: Gravide bør ikke bruke noen urtemedisin uten at legen har sagt at det er greit

De av kvinnene som svarte seg ”helt enig” til denne påstanden utgjorde 21,8 %. De fleste ville av disse kvinnene ville hørt med legen før de brukte en eventuell urtemedisin. Kvinnene i denne gruppen hadde tro på at legene ville råde dem det rette.

*”Godkjenner legen det, må det jo være greit.”*

*”Det gjorde jeg. Jeg hørte med legen om kamillete, og det var greit.”*

*”Legene har utdanning og kunnskap om det som trengs.”*

Noen av kvinnene nevnte også interaksjonsproblematikken som en årsak til at legen skulle konsulteres.

*”Fordi det er mange interaksjoner mellom urtemedisiner og legemidler.”*

*”Man har jo interaksjoner som man må ta hensyn til.”*

”Delvis enig” var det 9,2 % av kvinnene som svarte. De fleste av disse mente at bruk av urtemedisin måtte klareres av en fagperson, men ikke nødvendigvis av en lege.

*”Mener folk må få bestemme selv. Men de bør i hvert fall høre med en fagperson.”*

*”Man bør forhøre seg med legen. Sjekke om det kan påvirke kroppen eller den lille. Men ikke alle leger som kan gi et fornuftig svar, så hadde kanskje gått på helsekost etterpå.”*

*”Jeg synes jo det er nødvendig egentlig, men jeg vet jammen ikke om jeg hadde gjort det selv.”*

Det var hele 62,7 % av kvinnene som sa seg ”ikke enig” i denne siste påstanden. Kvinnene fordelte seg hovedsaklig mellom to hovedargumenter mot å involvere legen i bruk av urtemedisin. Den ene halvparten mente at det ikke var nødvendig fordi de hadde en oppfatning om at urtemedisin ikke kan gjøre noe skade.

*”Tror urtemedisin er uskadelig for foster ved et moderat inntak, derfor unødvendig og spørre lege.”*

*”Urtemedisin er jo mildere, selges jo i butikk, de er ikke sterke nok til at jeg hadde opplyst om det til legen. Jeg spør jo for eksempel ikke om paracet heller.”*

*”Fordi det ikke er skadelig. Man er oppvokst med solhatt for eksempel. og vet det går fint.”*

*”De inneholder bare rene urter, og bare urter og ikke noen medisiner, og da trenger man ikke å høre med legen. Kan ta den avgjørelsen selv.”*

*”Tror ikke jeg hadde spurt legen. Det er jo ting uten resept, og det er vel greit for de fleste og ta. Men hadde sikkert søkt litt selv på internett.”*

*”Ikke nødvendigvis. Men det kommer jo an på preparatet, går på synsing. For eksempel har ikke jeg gitt beskjed om det jeg har brukt. Det er fordi de er milde og ufarlige etter mitt skjønn. Kamille te er mild for eksempel.”*

*”Jeg spurte ikke min lege. Gikk jo greit med alle andre som hadde brukt det.”*

Den resterende halvparten av disse kvinnene svarte ”ikke enig” fordi de hadde en oppfatning om at legene har en negativ holdning til urtemedisin og/eller at legene ikke har kunnskap om urtemedisin.

*”Jeg hadde ikke spurt lege. De forholder seg til vestlig medisin, og bare den boken (felleskatalogen). De kan lite om det som ikke står der.”*

*”Leger har ikke tro på urtemedisin. Homeopater har mer greie på det. Ville heller hørt med dem. Eller selv sjekket det opp. Sjekket opp i forhold til betakaroten jeg tar. Produsenten hadde ikke dokumentert negative effekter under svangerskapet. Så det var trygt og da spiste jeg dem videre.”*

*”Man kan jo bruke sunn fornuft. Man overdriver jo ikke. Man er ikke så avhengig av legene som de liker å tro. Legene holder seg dessuten på medisinsiden uansett.”*

*”Nei, hva har nå han å komme med da? Han skal jo bare gi deg piller.”*

*”Legene har ingen peiling! De er vel de siste jeg hadde spurt!”*

*”Legen – ha ha ha! Legen kan ingenting, og vil ikke vite. De bare måper når jeg nevner det, og det er ikke noe og snakke om.”*

*”Mange leger har ikke satt seg inn i urtemedisin, de er ikke oppdatert på feltet. Mange er skeptiske. Jeg stoler ikke på om de har kunnskap til å råde til eller fraråde bruk av urtemedisin.”*





## 5 Diskusjon

### 5.1 Bruk av urtemedisin i svangerskapet

I denne studien ble det funnet en forekomst på 52,8 % av bruk av urtemedisin i svangerskapet. Dette er en høyere forekomst enn det som er funnet i tidligere studier utført i Norge.<sup>13,14</sup> Forekomsten funnet i andre studier ligger på 0,9 - 59 %.<sup>1-11,13,14</sup> Den store forskjellen mellom studiene kan delvis forklares med kulturforskjeller da det er store variasjoner fra land til land når det gjelder bruk av urtemedisin.<sup>17</sup> Ulik studiemetodologi kan være en annen årsaksfaktor. Det ser ut til at studier der datainnsamlingen skjer ved hjelp av intervju rapporterer flest brukere av urtemedisin i svangerskapet (se tabell 1.1). Av de fire studiene som rapporterte høyest forekomst av bruk av urtemedisin, var tre utført ved hjelp av intervju.<sup>3,4,8,10</sup> Dette kan skyldes at det i en intervjusituasjon er mulig å oppklare eventuelle uklarheter i forbindelse med spørsmålene. Dette gis det imidlertid ikke mulighet til dersom det blir brukt spørreskjema som metode for datainnsamling, noe som videre kan føre underestimering av bruk. Anvendelse av åpne spørsmål i tillegg til navngivning av flere ulike urter i intervjuet/spørreskjemaet gjør at kvinnen bedre kan identifisere de urtene hun selv har tatt. Sistnevnte metode ble brukt i denne studien hvor man så at forekomsten økte med 21 % da man gjentok spørsmålet om bruk av urtemedisin i svangerskapet etter gjennomgang av de ulike urtene. På den annen side, da intervjuet ble utført ett til to døgn etter fødsel og kun friske kvinner med friske barn ble inkludert i studien, kan denne studien også underestimere bruk på grunn av recall bias, se avsnitt 5.8.2.

Det ble funnet signifikant flere kvinner som hadde brukt urtemedisin tidligere blant de kvinnene som hadde brukt urtemedisin i svangerskapet enn blant de kvinnene som ikke hadde brukt. Dette samsvarer med det som ble rapportert av Moussally *et al.*<sup>7</sup> Blant de som hadde brukt urtemedisin i svangerskapet, var det også signifikant flere kvinner som oppga at de sannsynligvis ville bruke urtemedisin i fremtiden. Dette viser at kvinner som har brukt urtemedisin, gjerne bruker det igjen, og at det er en stor vilje til bruk. Det ble også funnet at det var en signifikant høyere andel førstegangsfødende i gruppen som hadde brukt urtemedisin i svangerskapet enn blant

dem som ikke hadde brukt. Dette samsvarer med det som ble rapportert av Forster *et al.*,<sup>1</sup> men er derimot det motsatte av hva som ble funnet av Holst *et al.*.<sup>8</sup> Andre faktorer som ble undersøkt i den foreliggende studien var alder, sivilstatus, bosted, røykestatus og utdanning. Men for disse faktorene ble det ikke funnet signifikante forskjeller mellom gruppen som hadde brukt urtemedisin og gruppen som ikke hadde brukt.

Det ble ikke påvist signifikante forskjeller i svangerskaps- eller fødselsutfall mellom de kvinnene som hadde brukt urtemedisin og de som ikke hadde brukt. Når det gjelder bruk av smertelindring under fødsel, ble det funnet at det var signifikant flere som brukte akupunktur som eneste smertelindring, eller som et av flere tiltak for å lindre fødselsmertene, av de kvinnene som hadde brukt urtemedisin i forhold til de kvinnene som ikke hadde brukt. Dette kan tyde på at kvinner som bruker urtemedisin i svangerskapet har mindre vilje til å bruke smertestillende legemidler under fødsel enn kvinner som ikke bruker urtemedisiner. Denne teorien samsvarer med det Hepner *et al.* rapporterte i sin studie. Hepner *et al.* rapporterte en trend mot økt bruk av urtemedisiner blant kvinner som planla naturlige fødsler.<sup>9</sup> En annen tilnærming er at kvinner som har brukt urtemedisin under svangerskapet er mer åpne for alternative behandlingsmetoder som for eksempel akupunktur. Når det gjelder svangerskapsvarighet, fødselsvekt og komplikasjoner hos mor eller barn ble det ikke påvist signifikante forskjeller mellom brukere og ikke-brukere av urtemedisin. Dette funnet er ikke overraskende da studien ble utført på kvinner på en avdeling der kriteriene for å bli innlagt inkluderer normal svangerskapsvarighet og fødselsvekt, i tillegg til en ukomplisert fødsel.

Maksimalt antall urter som ble brukt av en kvinne i løpet av svangerskapet var åtte, men de fleste brukte en til to urter i løpet av graviditeten. De mest brukte urtene var bringebærblad, ingefær og kamille. Dette samsvarer med resultater fra studier utført tidligere i Norge.<sup>13,14</sup> Derimot viser tidligere studier ulikheter i hvilke urter som har blitt mest brukt i svangerskapet. Dette kan skyldes forskjeller i kultur og tradisjoner for bruk av urtemedisin i de ulike landene studiene har blitt utført.

Bruk av bringebærblad ser ut til å ha økt de siste årene i Norge. I Nordeng og Havnens studie utført i 2001 var den ikke en gang blant de ti mest brukte urtene.<sup>13</sup> I

studien utført av Bayne fire år senere, ble det rapportert at 14 % av kvinnene som brukte urtemedisin i svangerskapet hadde brukt bringebærblad,<sup>14</sup> mens det i denne studien ble funnet at 40 % av kvinnene som hadde brukt urtemedisin i svangerskapet hadde brukt bringebærblad. For solhatt ser det derimot ut til at det motsatte er tilfellet. Solhatt var blant de tre mest brukte urtene i de to sistnevnte studiene. I 2001 og i 2005 ble det i de to respektive studiene funnet at henholdsvis 22,9 % og 18,9 % av kvinnene som hadde brukt urtemedisin i svangerskapet hadde brukt solhatt.<sup>13,14</sup> I foreliggende studie ble det derimot funnet at bare 6,7 % av kvinnene som hadde brukt urtemedisin i svangerskapet hadde brukt solhatt. Dette kan indikere at bruk av urtemedisin følger trender i tiden.

De fleste som hadde brukt bringebærblad hadde fått anbefalt urten via internett, nærmere bestemt fra ulike fora for gravide. Dette kan tyde på at media har stor innflytelse på bruken av urtemedisin. Dette var også en hypotese som ble fremstilt av Bayne i 2005.<sup>14</sup>

Bruken av urtemedisin var høyest i tredje trimester (se figur 4.2, s. 44). Dette kan forklares med at svangerskapsrelaterte plager gjerne øker i antall og/eller intensitet utover i svangerskapet, foruten kvalme som gjerne er verst i første trimester. I tillegg er det kjent at risikoen for påvirkning av fosterets utvikling i tredje trimester ikke lenger er fullt så stor som under organogenesen i første trimester. Siden bringebærblad, som var den urten som ble brukt hyppigst, hovedsaklig ble brukt i tredje trimester, kan dette også være med på å øke frekvensen av bruken i dette trimester. Det ble funnet at 39,8 % av totalt antall urter som ble brukt, ble brukt i første trimester. Dette på tross av at det er kjent at det er en økt risiko for påvirkningen av fosterutvikling ved bruk av ulike substanser i første trimester. En oppfatning mange har er at urtemedisin er naturlig og følgelig også ufarlig.<sup>17</sup> Samtidig rådes ofte gravide til å være forsiktige med bruk av legemidler i svangerskapet, spesielt i første trimester. Den høye forekomsten av bruk i første trimester kan derfor skyldes at kvinnene heller tyr til alternativ medisin, kontra konvensjonelle legemidler i dette trimesteret.

Ingefær var den urten som var den mest brukte i første trimester, og kvalme var den hyppigst oppgitte indikasjonen. Kvalme og oppkast oppleves av omtrent 80 %

av gravide kvinner,<sup>70</sup> samtidig som det er få legemidler som anbefales brukt i dette trimesteret på grunn av fare for teratogene effekter. Dette kan være noen av årsakene til den høye bruken av ingefær. Det trengs flere større randomiserte kliniske studier for å kunne konkludere med sikkerhet at ingefær er trygt å bruke under svangerskapet (for eksempel trengs det studier med over 19 000 kvinner for å påvise en økt spontanabortrate fra 6 % til 7 %<sup>51</sup>), men blant studiene som foreligger i dag er det ikke funnet noe som tyder på at det er skadelig å bruke denne urten i doser som ikke overskrider de brukt i mat og drikke under graviditet.<sup>46-48,51-53</sup> Terapeutiske doser testet i de kliniske studiene, var 1 g til 6 g daglig, og ingen av studiene fant bivirkninger i forbindelse med fødsels- og svangerskapsutfall.<sup>46-52</sup> Det ser ut til at høyere doser korrelerer med sure oppstøt.<sup>48</sup> Derfor kan det se ut til at en terapeutisk døgndose på 1 g vil være fornuftig.<sup>32,39</sup>

I andre trimester var det kamille som var den hyppigst brukte urten. Kamille ble i hovedsak brukt mot søvnvansker. Det er ikke funnet noen studier som har undersøkt sikkerheten ved bruk av kamille under graviditet, men noen forfattere advarer mot bruk på grunn av mulig uterotonisk effekt (tysk kamille) og abortfremkallende egenskaper (romersk kamille).<sup>30</sup> At kamille likevel blir brukt ukritisk av en større andel gravide kan skyldes at det er en velkjent urt som mange unnlater å tenke på som en urtemedisin, samtidig som konvensjonelle sovemidler som benzodiazepiner ikke anbefales brukt av gravide.<sup>35</sup>

Bringingebærblad var den urten som ble mest brukt i tredje trimester, og ble brukt for å sette i gang fødsel, modne livmor eller for å forhindre rifter under fødsel. Det foreligger lite dokumentasjon som kan konkludere med at bringebærblad er trygt å bruke i svangerskapet, samtidig som det heller ikke er funnet dokumentasjon på det motsatte.<sup>40</sup>

Gjennomsnittlig ble hver urt brukt i 43 dager, og 46,2 % av urtene som ble brukt under svangerskapet ble brukt i mer enn 14 dager. Kun 2,5 % brukte urtemedisin gjennom hele svangerskapet. Dette samsvarer med det Bayne fant i 2005.<sup>14</sup> Blant de hyppigst brukte urtene var som nevnt bringebærblad, kamille og tranebær, som henholdsvis ble brukt i gjennomsnittlig 31 dager, 43 dager og 65 dager, noe som vil trekke opp det totale gjennomsnittet. Siden få urter ble brukt hele

svangerskapet, virker det som at urtene blir brukt til tidsavgrensede behandlingskurer. De to hyppigst oppgitte indikasjonene for bruk av urtemedisin i svangerskapet var å sette i gang fødsel, modning av livmor samt å forhindre rifter under fødsel og mot kvalme. Dette er indikasjoner som vanligvis behandles i tidsavgrensede perioder under svangerskapet, og ikke hele.

Blant kvinnene som hadde barn fra før, hadde 39,1 % brukt ammete eller lignende urter. Dette samsvarer med det som ble funnet av Nordeng og Havnen i 2001 og av Bayne i 2005.<sup>13,14</sup> Det er ikke funnet studier som vurderer effekten av ammete, og bruken bør derfor ikke oppmuntres.<sup>13</sup> En litteraturgjennomgang av drogene i Helios® ammete gjort av Havnen konkluderer med at risikoen for bivirkninger på mor og barn ved bruk er liten.<sup>71</sup> Urtene i Helios® ammete var fennikel, anis, karve og nesle, som hver for seg har lite toksisk potensial. Samtidig finnes det en rapport som beskriver bivirkninger hos to spedbarn etter at mødrene hadde inntatt store mengder ammete. De to barna hadde tapt vekt en uke før innleggelse, hadde brekninger og var urolige. Ved innleggelse var de slappe, hypotone, viste dårlig sugeevne og svak skriking. Forfatterne antar at det var lakris som har påvirket barna, og at anetol, en bestanddel av den eteriske oljen som finnes i anis og fennikel frø, medvirket til bivirkningen.<sup>72</sup>

## **5.2 Informasjon og anbefalinger om urtemedisin**

Av de kvinnene som hadde brukt urtemedisin, oppga de fleste (58,7 %) av kvinnene at de hadde brukt urtemedisin på eget initiativ, mens 36,0 % oppga at de hadde fått den anbefalt av familie eller venner og 32,0 % hadde funnet anbefalinger om bruk av urten i media, i hovedsak på internett. Dette er liknende kilder oppgitt i andre studier.<sup>1,6,8</sup>

Tidligere studier utført i Norge viser at de fleste kvinnene som fikk anbefalt urtemedisin i svangerskapet, fikk urten anbefalt av familie og venner, mens bruk på eget initiativ og bruk etter anbefaling funnet i media fulgte deretter.<sup>13,14</sup>

Bruk av urter i svangerskapet på eget initiativ ser ut til å ha økt de siste årene. I 2001 ble det rapportert at 22,9 % av kvinnene hadde brukt urter på eget initiativ,<sup>13</sup> i 2005 hadde andelen økt til 29,8 %, <sup>14</sup> mens det i denne studien ble funnet at 58,7 % av kvinnene som hadde brukt urtemedisin hadde brukt det på eget initiativ. Hva som ligger i ”eget initiativ” er litt usikkert. Det kan virke som at det er et uttrykk som blir brukt når det blir anvendt en urtemedisin som er kjent fra tidligere bruk. Det er da en velkjent urt man selv velger å benytte i egenbehandling. Bruken av naturmidler i Norge ser ut til å være økende. Tall fra Bransjerådet for naturmidler viser at det var en stor økning i omsetningen av kosttilskudd og naturmidler fra 1988 til 2006.<sup>12</sup> Dette, og i tillegg økt tilgang til informasjon via internett, kan antyde at flere kvinner har fått kjennskap til urtemedisin de siste årene, og at man derfor lettere tar i bruk slike preparater i forbindelse med egenbehandling.

Når det gjelder anbefalinger fra familie og venner kan man stille spørsmålsteget ved kvaliteten på informasjonen som blir gitt.

Media, i hovedsak internett, ble funnet å være den tredje hyppigste kilden til anbefaling om bruk av urtemedisin i denne studien. På et av de mye brukte nettfora for gravide ble det funnet en egen link med kjerringråd for gravide.<sup>73</sup> Her blir kvinner oppfordret til å sende inn egne kjerringråd. Det blir opplyst om at den undertegnede, som forøvrig er jordmor, går gjennom forslagene før de blir lagt ut på siden uten å være ansvarlig for virkningen av dem, samtidig som hun skriver følgende: ”Dette er råd som nødvendigvis ikke virker, men som kan være verdt å prøve ut allikevel”. Når en person som er helsepersonell viser denne holdningen, er det muligheter for at det kan være med på å skape og/eller bekrefte oppfatningen mange har om at urtemedisin er ufarlige.

En urt som skilte seg ut fra hovedmønsteret når det gjaldt fra hvor/hvem den var anbefalt var bringebærblad. De fleste som hadde tatt bringebærblad hadde fått anbefalt urten fra media (50,0 %), nærmere bestemt ulike nettfora for gravide, eller av venner eller familie (23,3 %) (tabell 4.9). Som nevnt tidligere, er dette en urt som ser ut til å bli mer og mer brukt i svangerskapet. Den omtales hyppig på ulike nettfora for gravide, noe som kanskje har bidratt til at den har blitt mer kjent de siste årene.

For tranebær ble det funnet at 55,6 % av kvinnene hadde brukt urten på eget initiativ, mens 22,2 % oppga at de hadde fått anbefalt urten av sykepleier eller jordmor. Blant kvinnene som hadde brukt tranebær på eget initiativ var det to kvinner som berettet at de hadde brukt urten til å behandle urinveisinfeksjon istedenfor å bruke forskrevet antibiotika. En Cochrane review som vurderte tranebær i forbindelse med behandling av urinveisinfeksjoner konkluderte med at det ikke finnes god nok dokumentasjon på at det er effektivt.<sup>66</sup> Asymptomatiske urinveisinfeksjoner i svangerskapet har en estimert prevalens på 5 % - 12 %.<sup>67</sup> Det er viktig å behandle disse for å redusere risikoen for akutt pyelonefritt da det er vist en sammenheng mellom pyelonefritt og for tidlig fødsel og lav fødselsvekt. Det er derfor uheldig at gravide kvinner behandler seg selv med tranebær i svangerskapet. De kvinnene som hadde fått tranebær anbefalt av sykepleier eller jordmor, hadde brukt urten forebyggende mot urinveisinfeksjoner. En Cochrane review konkluderte med at tranebær ser ut til å kunne ha effekt som profylakse mot gjentatte urinveisinfeksjoner,<sup>65</sup> men det er ikke funnet noen store kliniske studier som kan bekrefte at urten er trygg å bruke i svangerskapet.

Når det gjelder hvor kvinnene ville søkt etter informasjon om urtemedisin, ser det ut til at et typisk mønster er først å søke på internett, og deretter gå til en helsekostbutikk. Svært få kvinner ville oppsøkt lege, sykepleier eller jordmor. Få ville også oppsøkt apotek i første omgang, mens 12 % oppga apotek som det andre stedet de ville søkt etter informasjon (tabell 4.10, s. 59). Dette vil si at kvinnene i mange tilfeller avgjør bruk av urtemedisin uten å være i kontakt med, eller rådføre seg med, det offentlige helsevesenet. Dette er foruroligende blant annet fordi det er usikkert hvor god kvalitet det er på informasjonen kvinnene finner på internett og den de får i helsekostbutikkene, samtidig som urtens virkninger kanskje ikke blir sett i forhold til kvinnens helse og bruk av andre legemidler.

Apotek var den delen av helsevesenet det ser ut til at kvinnene først ville oppsøkt dersom de trengte informasjon om urtemedisin. Farmasøyter på apotek er lett tilgjengelige for brukerne. I tillegg har salg av urtemedisin i apotekene økt de siste årene.<sup>12</sup> Farmasøyter står derfor i en ideell posisjon når det gjelder å få balansert informasjon om urtemedisin ut til brukerne. På apotek er det dessuten gode muligheter til å fange opp eventuelle interaksjoner mellom urtemedisin og legemidler.

Således er det viktig at farmasøyter og annet personell på apotekene har oppdatert kunnskap om urtemedisin. Chang *et al.* fant at det var mangelfull kunnskap om urtemedisin blant farmasøyter, og at farmasøytene generelt visste mer om bruksområdet for urtemedisinene, enn de visste om potensielle interaksjoner og bivirkninger.<sup>74</sup> Den samme studien fant også at farmasøyter som tidligere hadde deltatt på kurs i urtemedisin, hadde signifikant høyere kunnskap enn dem som ikke hadde deltatt på et slikt kurs. Siden det ser ut til at urtemedisin er et økt satsingsområde på apotek, bør derfor apotekpersonalet tilbys kurs i urtemedisin slik at de får økt kunnskap om disse preparatene. På denne måten vil apotek bli et attraktivt sted for forbrukerne å handle urtemedisin, og man kan oppnå en tryggere bruk av disse preparatene.

### **5.3 Sykdom og plager i svangerskapet**

Samtlige kvinner oppga at de hadde hatt plager i svangerskapet og 74,6 % av kvinnene oppga at de hadde vært sykemeldt i svangerskapet. Dette er et høyt tall med tanke på at det var kun ”friske” kvinner som ble intervjuet (se kriteriene for bruk av Barselloftet, (vedlegg 5)).

De hyppigste plagene var trøtthet, sure oppstøt og kvalme som er velkjente plager assosiert med graviditet. Dette samsvarer med hva Bayne fant i 2005.<sup>14</sup>

Infeksjoner, undergruppert som andre infeksjoner og urinveisinfeksjoner, var de plagene en størst andel av kvinnene, henholdsvis 73,1 % og 87,5 %, oppga å ha behandlet. Dette var et forventet resultat da det er viktig å behandle infeksjoner, spesielt urinveisinfeksjoner, under graviditet. Noe mer overraskende var det at plagen som fulgte i behandlingshyppighet var hodepine som 63,9 % av kvinnene rapporterte å ha behandlet i svangerskapet. Dette er et ganske høyt antall med tanke på at hodepine er en plage som ikke vil påvirke svangerskapsforløpet. Det bør på den annen side nevnes at det i denne sammenhengen ikke ble klarlagt hvilke smertestillende som ble benyttet i behandlingen, hvor ofte kvinnen hadde behandlet plagen eller varighet av behandlingen. Ødemer og vond rygg, nakke eller bekken ble i minst grad behandlet



i svangerskapet. Dette er plager det i følge retningslinjer i svangerskapsomsorgen bør behandles med ikke-medikamentelle tiltak.<sup>37</sup>

Når det gjelder behandling av de hyppigste opplevde plagene, ble det rapportert at halvparten av kvinnene som hadde opplevd sure oppstøt hadde behandlet dette. Halsbrann eller sure oppstøt er en plage som ikke påvirker svangerskapsutfallet.<sup>37</sup> Med tanke på dette, er det en ganske høy andel som har behandlet plagen. Men samtidig finnes det medikamenter som er trygge i bruk under graviditet,<sup>37</sup> slik at dersom plagen går mye utover mors livskvalitet kan behandling være fornuftig. Trøtthet og kvalme var det en mye lavere andel av kvinnene, henholdsvis 5,6 % og 16,7 %, som hadde behandlet. På bakgrunn av hva som anbefales i retningslinjene for svangerskapsomsorgen var ikke disse tallene overraskende.<sup>37</sup> Trøtthet skal i følge retningslinjene behandles med hvile, ettersom det eksisterer lite forskning på behandling av disse symptomene. Når det gjelder kvalme skal man, i følge de samme retningslinjene, først prøve med ikke-medikamentelle tiltak som å spise små og hyppige måltider, eventuelt akupunktur eller P6-akupressur, før man eventuelt behandler med antihistaminer eller ingefær.

#### **5.4 Diskrepans mellom opplysninger i skjema som sendes til Medisinsk fødselsregister og data fra intervju**

Det ble funnet lite samsvar mellom det som ble rapportert i skjema som sendes til Medisinsk fødselsregister (MFR) og det som ble rapportert av kvinnene under intervjuene når det gjelder medikamenter eller kosttilskudd (inkludert urtemedisin). For de fleste gruppene ble det funnet en betydelig høyere forekomst av bruk i dataene fra intervjuene sammenlignet med det som ble funnet rapportert til MFR.

To grupper som skiller seg ut er legemidler for ulike tyreoida sykdommer og antidepressiva der det er relativt godt samsvar mellom det som kom frem i intervjuene og det som ble rapportert til MFR. Årsaken til dette kan tenkes å være at dette er tilstander som krever oppfølging i svangerskapet. Både lavt og høyt stoffskifte kan føre til en rekke komplikasjoner både for mor og barn, blant annet spontanabort, nevrologiske lidelser, vekstretardasjon, preeklampsi og senere redusert IQ-skår hos

barnet.<sup>37</sup> Depresjon fokuseres det på under graviditet da det er vist at også denne tilstanden kan føre til komplikasjoner. Det er blant annet vist at barn født av mødre med depresjon under svangerskapet skårer dårligere på en del tester som nyfødte enn barn av mødre som ikke var deprimerede under svangerskapet.<sup>37</sup>

Det ser ellers ut til at reseptfrie legemidler eller kosttilskudd er de gruppene der det er størst underrapportering til MFR. For eksempel ble det funnet en forekomst av bruk av urtemedisin på 1,4 % basert på skjema som sendes MFR, mens det ble funnet en forekomst på 52,8 % basert på data fra intervju. Med hensyn til urtemedisin, kan denne store forskjellen trolig skyldes underrapportering fra pasient til lege/jordmor, eller at legene/jordmødrene er lite flinke til å spørre sine pasienter om bruk av slike preparat. For syrenøytraliserende, smertestillende og vitamin- og eller mineraltilskudd (inkl. jern) og/eller omega-3, ble det i data fra intervju funnet forekomster på henholdsvis 40,8 %, 45,1 % og 95,8 %, mens det ble rapportert inn 0,0 %, 0,7 % og 43,6 % til MFR.

Men også for reseptpliktige legemidler er det overraskende store forskjeller. Basert på data fra intervjuene ble det funnet forekomster på 23,9 % og 12,7 % for antiinfektiva og astma- og allergimedisin, mens det ble innrapportert henholdsvis 6,3 % og 4,9 % til MFR.

Bayne fant i 2005 diskrepans mellom det som ble rapportert til Helsekort for gravide og det som ble rapportert av kvinnene under intervjuet både når det gjelder plager og de legemidlene som ble brukt under svangerskapet.<sup>14</sup>

Disse funnene er interessante da MFR benyttes som en forskningsdatabase. Holst *et al.* fant en relativt lav forekomst av bruk av urtemedisin i svangerskapet da det svenske fødselsregisteret ble lagt til grunn for forskningen.<sup>11</sup> På bakgrunn av foreliggende resultater kan det diskuteres om noe av grunnen til den lave forekomsten som ble funnet kan skyldes mangelfull innrapportering til registeret, noe Holst *et al.* også mistenker.<sup>11</sup> For at MFR skal bli en pålitelig database som kan representere de faktiske forhold, og som kan brukes til forskning i fremtiden, kan det se ut til at rapporteringen til Helsekort for gravide og videre til MFR må bedres betraktelig slik at alle legemidler og kosttilskudd blir registrert.

## 5.5 Kjennskap til og kunnskap om ti ulike urter

Det ble funnet en signifikant positiv sammenheng mellom antall urter kvinnen hadde korrekt kunnskap om og antall urter kvinnen hadde brukt i svangerskapet. I Nordeng og Havnens studie fra 2001 ble det også funnet at det var signifikant sammenheng mellom moderat/god kunnskap om urtemedisin og bruk av urtemedisin under svangerskapet.<sup>75</sup> Dette kan tyde på at kvinner som bruker urtemedisin generelt sett har mer kunnskap om urtemedisin enn kvinner som ikke bruker urtemedisin.

Solhatt, ingefær, kamille og tranebær var de urtene flest kvinner kjente til. Dette samsvarer med det Bayne fant i 2005.<sup>14</sup> Solhatt var den mest kjente urten også i Nordeng og Havnens studie fra 2001.<sup>75</sup> Sammenlignet med Baynes studie, ser det ut til at urtene jevnt over har blitt mer kjent de siste årene da det nå rapporteres høyere prosentandeler når det gjelder kjennskap til urtene for alle utenom svarthyll, Floradix® og valeriane. Ingefær, kamille og tranebær ble også funnet til å være blant de fire mest brukte urtene. Solhatt hadde ikke så mange kvinner brukt, men det er allikevel en velkjent urt som også de fleste kjente bruksområdet til. Bringebærblad, som var den urten flest kvinner hadde brukt i svangerskapet, var kun kjent av ca. 68 % av kvinnene. Det vil si at en stor andel av kvinnene som hadde hørt om urten, brukte denne i svangerskapet. Dette kan tyde på at informasjon om urtens indikasjoner er lett tilgjengelig for gravide, i tillegg til at disse bruksområdene er attraktive for denne brukergruppen.

Når det gjelder kunnskap om korrekt bruksområde til urtene, var det varierende resultater. De fleste som kjente til solhatt kjente også til urtens bruksområde. For ingefær og kamille var det ca. halvparten av kvinnene som kjente til urtene som også kjente til bruksområdene. Dette kan ha sammenheng med at ingefær brukes som et krydder i matlaging og at kamille er en velkjent te. Mange kan derfor ha hørt om urtene av den grunn. Valeriane viser et annet mønster. Urten var kjent av færre kvinner, kun ca. 29 %, men en relativt stor andel av disse kvinnene oppga også korrekt bruksområde. Dette tyder på at det er en god kobling mellom urten og bruksområdet. En forklaring på dette kan være at et naturlegemiddel som inneholder

valeriane heter Valerina Natt®. Har man kjennskap til dette produktet er det lett å relatere at urten valeriane har et bruksområde relatert til søvn.

## 5.6 Bruk av reseptfrie legemidler i svangerskapet

Det ble funnet en utbredt bruk av reseptfrie legemidler i svangerskapet. Totalt oppga 83,8 % av kvinnene at de hadde brukt et eller flere reseptfrie legemidler (vitamintabletter, omega-3/tran og jern ekskludert). Dette er tilsvarende det som ble funnet av Bayne i 2005.<sup>14</sup> Nordeng *et al.* fant at blant nesten 2000 gravide kvinner i Skandinavia, hadde 56 % av kvinnene brukt minst ett legemiddel i løpet av svangerskapet, inkludert reseptpliktige legemidler.<sup>76</sup> Headley *et al.* rapporterte at 83 % av 14 119 kvinner i England hadde brukt konvensjonelle legemidler under svangerskapet.<sup>77</sup> Andre studier viser også utbredt bruk av reseptfrie legemidler i svangerskapet.<sup>2-4</sup> Hughes *et al.* studerte brukernes kunnskap om reseptfrie legemidler, og fant at brukerne hadde mangelfull kunnskap om legemidlenes bivirkninger. Det ble videre rapportert at enkelte brukere hadde en oppfatning om at reseptfrie legemidler var uten bivirkninger og generelt svakere enn legemidler på resept.<sup>78</sup> Dette, kombinert med en økende trend til egenbehandling med reseptfrie legemidler i vesten de siste årene,<sup>79</sup> kan muligens gi en økt fare for inntak av store doser legemiddel, noe det dog ikke er funnet dokumentasjon på. Store doser av et legemiddel øker faren for bivirkninger og forgiftninger.

Av de som brukte legemidler i svangerskapet var smertestillende den legemiddelgruppen som ble brukt av flest kvinner (77,3 %). Dette er et høyt tall, men det bør nevnes at kvinnene ble registrert som bruker selv om de bare hadde tatt en smertestillende tablett i løpet av svangerskapet. Blant kvinnene som hadde brukt smertestillende, hadde 98,9 % av disse kvinnene brukt paracetamol. Bruk av paracetamol i terapeutiske doser anses som trygt i svangerskapet på bakgrunn av resultater fra vitenskapelige studier og lang klinisk erfaring.<sup>80</sup> Virkningsmekanismen til paracetamol var lenge uklar. Nyere forståelse av virkningsmekanismen ser ut til å avdekke at paracetamol har en evne til å modifisere prostaglandinsyntesen.<sup>81</sup> Forstyrrelser i prostaglandinnivå som favoriserer substanser som gir vasokonstriksjon over substanser som gir vasodilatasjon kan bidra til å utvikle preeklampsi.<sup>81</sup> På

bakgrunn av dette spekuleres det nå i om bruken hos visse undergrupper av gravide, som for eksempel de med høy risiko for å utvikle preeklampsi, må revurderes.<sup>81</sup> Noen kvinner hadde også brukt ibuprofen i svangerskapet. Bruk forekom også i tredje trimester. Dette er en bruk som er kontraindisert da ibuprofen kan ha skadelige effekter på fosteret, moren og fødselsforløpet. Bruk tidlig i svangerskapet anbefales forøvrig heller ikke, da dette kan øke risikoen for abort.

Syrenøytraliserende hadde blitt brukt av omtrent halvparten av kvinnene som oppga å ha brukt et reseptfritt legemiddel i svangerskapet. Dette er et høyt tall da det ikke er noen sammenheng mellom halsbrann og negative svangerskapsutfall. I tillegg, i henhold til retningslinjene for svangerskapsomsorgen, er øverste anbefaling ikke-medikamentelle tiltak for å forebygge symptomer.<sup>37</sup> På den annen side brukte majoriteten av kvinnene som brukte syrenøytraliserende Gaviscon®. Gaviscon® inneholder alginsyre og antacidum,<sup>80</sup> og anses som trygg i bruk under graviditet.<sup>37</sup>

Nesespray mot forkjølelse hadde blitt brukt av 35,3 % av kvinnene som hadde brukt reseptfrie legemidler i svangerskapet. Her hadde nesten alle kvinnene brukt neseppray som inneholder xylometazolin. Dette er en alfa adrenerg agonist, som virker vasokonstringerende og får neselimhinnen til å avsvulle. Det er en teoretisk mulighet for at den også kan virke konstringerende på blodårer i uterus som kan resultere i redusert blodforsyning til fosteret. Xylometazolin absorberes derimot i liten grad ved nasal administrasjon, og det er derfor lite sannsynlig at neseppray kan forårsake fosterskadelige effekter i terapeutiske doser.<sup>80</sup>

Når det gjelder antihistaminer, ble det hovedsaklig brukt Polaramin® (dexchlorpheniramin) (8/13), en av kvinnene hadde brukt Postafen® (meclozin) og de resterende hadde brukt nyere antihistaminer. Under intervjuet kom det frem at flere av kvinnene hadde fått beskjed av legen at de ikke kunne bruke allergimedisin på grunn av graviditeten, mens andre hadde blitt satt over på Polaramin® av samme årsak. Andregenerasjons antihistaminer er i dag de foretrukne legemidlene mot allergi da færre opplever trøtthet som bivirkning.<sup>34</sup> Nyere dokumentasjon åpner også for bruk av disse antihistaminene under graviditet.<sup>82</sup> Tidligere forskning har vist at det er betydelige forskjeller i ulike informasjonskilder når det gjelder anbefalinger angående

bruk av legemidler under graviditet.<sup>83</sup> Restriktiv forskrivning av andregenerasjons antihistaminer hos noen leger kan være et resultat av dette. Trøtthet var en plage som 88,7 % av kvinnene oppga å ha hatt i svangerskapet, og som var den nest hyppigste oppgitte årsaken til sykemelding i svangerskapet. Det kan derfor settes spørsmålstejn ved behandling med de eldre antihistaminer som trolig vil forverre denne plagen i større grad enn det de nyere antihistaminene vil.

## **5.7 Holdninger til urtemedisin**

Det var 63,4 % av kvinnene som ble klassifisert som positive til urtemedisin. Ser man dette resultatet i sammenheng med den høye prosentandelen av kvinnene som hadde brukt urtemedisin tidligere og andelen som kunne tenke seg å bruke urtemedisin i fremtiden, gjenspeiles en stor vilje til bruk av urtemedisiner. Dette kan ha sammenheng med at behandling med naturmedisiner anses i stor grad som trygt, samtidig som det gir rom for autonomi for egen helse. Et ønske om å ha personlig kontroll over helsen, er blitt vist å være et av de sterkeste motivene for bruk av urtemedisin.<sup>84</sup> Egenbehandling er sett å ha økt den siste tiden.<sup>79</sup> Denne trenden er også vist i direkte relasjon til bruk av urtemedisin. Tindle *et al.* viste at samtidig med økt bruk av urtemedisin i USA mellom 1997 og 2002 endret også bruksmønsteret seg.<sup>28</sup> I 1997 var omtrent 85 % av bruken av urtemedisin relatert til egenbehandling, mens dette tallet viste seg å være 95 % i 2002. Denne trenden kan medvirke til den økende bruken av urtemedisin. Salgsstatistikk i Norge viser at det var solgt urtemedisin for over fem ganger så stort beløp i 2006 som i 1988.<sup>12</sup>

Da kvinnene hadde tatt stilling til de ulike påstandene ble de bedt om å begrunne svaret. Det er ikke funnet andre studier som har undersøkt dette i Norge. På denne måten tilfører denne studien ny kunnskap om og videre innsikt i kvinnes tanker om og holdninger til urtemedisin.

### **5.7.1 Holdninger til urtemedisin i forhold til bivirkninger og graviditet**

At urtemedisin har mindre bivirkninger enn legemidler sa 68,3 % av kvinnene seg ”helt enig” eller ”delvis enig” i. De fleste deltakerne begrunnet dette med at; fordi

urtemedisin er naturlig, blir disse preparatene derfor også i stor grad betraktet som ufarlige og uten bivirkninger, i motsetning til de kjemisk fremstilte legemidlene. Dette er en holdning som også har fremkommet i andre studier.<sup>84,85</sup> Det var i tillegg en generell oppfatning at urtemedisin var ”svakere” enn konvensjonelle legemidler, og at de derfor også gir mindre bivirkninger. En stor andel av kvinnene var også positive til at urtemedisin kan brukes selv om man er gravid. I alt 59,9 % av kvinnene sa seg ”helt eller delvis enig” i påstanden; ”Urtemedisin kan generelt brukes av gravide”. De fleste av disse kvinnene begrunnet svaret med urtemedisin kan ikke gjøre noe skade og er trygge å bruke også under graviditet fordi det er naturlig. Dette tyder på at man bør i større grad informere den generelle befolkningen om at urtemedisin kan inneholde skadelige stoffer, og at urtemedisin derfor bør behandles av forbrukere på samme måte som konvensjonelle legemidler. Dette gjelder spesielt under graviditet da dokumentasjonen angående sikkerhet ved bruk av urtemedisin i svangerskapet er mangelfull. Andelen av kvinnene som stilte seg negative til påstandene økte fra 9,9 % under første påstand; ”Urtemedisin gir generelt mindre bivirkninger enn legemidler”, til 26,8 % under andre påstand; ”Urtemedisin kan generelt brukes av gravide” da det blir snakk om bruk av urtemedisin under graviditet. Disse kvinnene begrunnet sitt standpunkt nettopp med mangel på dokumentasjon av sikkerhet ved bruk i svangerskapet.

### ***5.7.2 Holdninger til urtemedisin i forhold til konvensjonelle legemidler***

En stor andel av kvinnene stilte seg positive til påstand nr 3; ”Gravide bør heller bruke urtemedisin enn vanlige legemidler”. Mange av kvinnene fortalte at de hadde hørt at man skal være restriktive med bruk av legemidler under graviditet på grunn av fare for fosterskader. Siden bruk av konvensjonelle legemidler frarådes, ble urtemedisin av mange ansett som et trygt alternativ som ikke ville påvirke fosteret negativt hovedsaklig begrunnet med at urtemedisin er naturlig og har blitt brukt ”i alle tider”.

Andre kvinner var mer restriktive, og uttrykte at det bør tilstrebes å bruke urtemedisin i de tilfellene der det er mulig. Dersom man har en mindre alvorlig plage, eller man skal bruke noe forebyggende, er urtemedisin førstevalget. En mer alvorlig plage, krever behandling med legemidler. Klassifisering av hva som var en alvorlig

plage eller ikke, så ut til å baseres på synsing. For eksempel ble urinveisinfeksjon i denne forbindelsen nevnt som en mindre alvorlig plage som burde bli behandlet med tranebær. Dette er foruroligende da det ikke er påvist at tranebær er effektiv i behandling av urinveisinfeksjon,<sup>66</sup> samtidig som at ubehandlet urinveisinfeksjon kan føre til pyelonefritt som kan forårsake for tidlig fødsel og lav fødselsvekt.<sup>67</sup>

### **5.7.3 Holdninger til legene og meddelelse av bruk av urtemedisin**

Hele 62,7 % av kvinnene sa seg ”ikke enig” i påstand nr 4; ”Gravide bør ikke bruke noen urtemedisin uten at legen har sagt at det er greit”. Kvinnene mente at det ikke var nødvendig å involvere legen av ulike årsaker hvorav den ene var at urtemedisin ikke kan gjøre noe skade, igjen hovedsaklig begrunnet med at urtemedisin er naturlig. En annen årsak var en oppfatning om at legene ikke hadde nok kunnskap om urtemedisiner. Til slutt gjaldt det at mange av kvinnene mente at leger generelt har en negativ holdning til urtemedisin. Tidligere studier har også beskrevet liknende årsaker for ikke å fortelle legen sin om bruk av urtemedisin.<sup>84,85</sup>

Studier viser at kunnskapen om urtemedisin blant helsepersonell er mangelfull, og indikerer at det er behov for økt kunnskap innenfor dette feltet blant disse yrkesgruppene.<sup>74,86-89</sup> Giveon *et al.* fant at leger med lite kunnskap om urtemedisin, spurte sine pasienter om bruk av alternativ medisin signifikant sjeldnere enn de legene med bedre kunnskap.<sup>87</sup> For at leger og annet helsepersonell skal kunne diskutere bruk av urtemedisin med pasientene sine, er det viktig at de innehar oppdatert kunnskap om disse preparatene.

Det var 79 % av kvinnene som sa seg ”ikke enig” i påstand nr. 4 som også hadde brukt urtemedisin under svangerskapet, noe som kan tyde på at en stor andel av kvinnene som hadde brukt urtemedisin ikke har fortalt dette til legen sin. Dette viser hvor viktig det er at legen selv spør om bruk av urtemedisin i løpet av konsultasjonen. Urtemedisiner kan som kjent interagere med legemidler. Det er derfor nødvendig at det er god kommunikasjon omkring bruk av urtemedisin mellom pasient og lege. Interaksjonsproblematikken omkring urtemedisin og legemiddel ble kun nevnt av et fåtall kvinner som sa seg uenig i påstand nr. 4, noe som kan tyde på at få kvinner hadde kjennskap til dette. Vickers *et al.* fant også i sin studie mangel på kunnskap



innenfor dette feltet.<sup>84</sup> Det bør nevnes at det i den foreliggende studien ikke ble spurt om kjennskap til mulige interaksjoner mellom legemidler og urter direkte, og at det er mulig at flere ville hatt kjennskap til det dersom dette var blitt gjort.

## **5.8 Svakheter ved studien og forslag til fremtidig forskning**

### **5.8.1 Seleksjons bias**

Seleksjons bias oppstår når det er en systematisk ulikhet mellom karakteristikkene til de som deltar i studien og de som ikke deltar. En opplagt kilde til seleksjons bias opptrer i studier der det er opptil deltakerne selv å velge om de vil delta i studien eller ikke. Det er for eksempel et velkjent fenomen at røykere som godtok en invitasjon til å delta i en studie om effekten av røyking hadde andre røykevaner enn dem som avslo invitasjonen.<sup>90</sup>

Seleksjons bias står for den største begrensningen ved denne studien.

Avdelingen studien ble utført på, er en avdeling der kriteriene for å bli innlagt er at det er friske kvinner som ikke opplevde komplikasjoner under svangerskap/fødsel og som fødte friske barn. At kun dette begrensede utvalget ble lagt til grunn for rekruttering av pasienter, kan føre til seleksjons bias. Dette har kunnet underestimere forekomsten av komplikasjoner hos mor eller barn forårsaket av bruk av urtemedisin i svangerskapet. Foreligger det en sammenheng mellom komplikasjoner hos mor eller barn og bruk av urtemedisin i svangerskapet, har dette videre kunnet føre til en underestimering av bruk av urtemedisin i svangerskapet da disse tilfellene ikke ville ligget på denne avdelingen.

Responsraten for denne studien var på 14,7 %. Kvinnene valgte selv om de ønsket å delta i studien eller ikke. Kvinner som hadde brukt urtemedisin i svangerskapet, hadde kanskje lettere for å delta da de trolig interesserer seg for urtemedisin. Dette kan føre til en annen seleksjons bias, og kan følgelig føre til en overestimering av bruk av urtemedisin i populasjonen.

Responsraten var lav sammenlignet med studiene utført i Oslo og Stavanger.<sup>13,14</sup> Dette kan blant annet skyldes kortere liggetid på sykehuset etter fødsel. Det var et inntrykk at den hyppigste årsaken til ikke å delta i studien var at kvinnene var slitne og ikke orket å bli intervjuet. Intervjueren kunne i de to tidligere refererte studiene selv foreta rekrutteringen. I denne studien ble det utlevert et informasjonsskriv til pasientene ved innleggelse, og rekrutteringen ble kun utført av helsepersonell på avdelingen etter krav fra Etisk komité. Dette kan være en annen begrensning. Det ble erfart at informasjonsskrivet som ble utlevert sammen med annet informasjonsmateriell ved innleggelse, lett forsvant blant andre papirer, samtidig som det er usikkert hvor høy prioritet rekrutteringen til studien hadde blant jordmødrenes gjøremål på travle dager.

Det totale antallet studiedeltakere var også lavt. Slik at på bakgrunn av dette og de andre seleksjons bias nevnt over, bør resultatene tolkes forsiktig.

### **5.8.2 Recall bias**

Siden dette var en retrospektiv studie, er det fare for recall bias. Recall bias oppstår på bakgrunn av unøyaktig rapportering av handlinger/hendelser tilbake i tid på grunn av ulik evne til å huske tilbake.<sup>93</sup> Datainnsamlingen i denne studien baserte seg på at kvinnene selv husket alle urtemedisiner eller legemidler de hadde tatt i løpet av svangerskapet. Kvinnene har trolig hatt varierende evne til å huske tilbake og til å identifisere alle urtemedisinene og legemidlene de har brukt. Dette kan gi grunnlag for feilrapportering og underestimering. Denne typen bias, kalles for recall bias.

Da kun friske kvinner med friske barn deltok i studien, kan det tenkes at forekomst av bruk kanskje har blitt underestimert på bakgrunn av recall bias. Kvinner med syke barn eller som opplevde komplikasjoner under fødsel/svangerskap, husker gjerne lettere om de har tatt noe i svangerskapet som kunne ha ledet til de eventuelle komplikasjonene hos mor eller barn.

### **5.8.3 Ekstern validitet**

Studiepopulasjonen bestod av 142 kvinner i barselseng på Barselloftet ved kvinneklinikken ved Haukeland Universitetssjukehus, Bergen, Hordaland. Det er usikkert om disse kvinnene er representative for norske gravide kvinner generelt. Studien var liten, responsraten var lav, i tillegg til at utvalget baserte seg i hovedsak på friske kvinner med friske barn. Men samtidig samsvarer resultatene fra foreliggende studie godt med resultatene fra tidligere studier utført i Norge.<sup>13,14</sup>

### **5.8.4 Problemstillinger det hadde vært ønskelig å sett nærmere på**

Det hadde vært interessant om en kunne ha avdekket mer omkring dialogen mellom pasient og lege når det gjelder bruk av urtemedisin i svangerskapet. Spørsmål som kobler bruk av urtemedisin og rapportering til lege hadde vært ønskelig. Det ble i denne studien bare spurt om å ta stilling til en påstand angående dette, men ikke spurt om hvor mange som faktisk rapporterte bruk av urtemedisin til legen. I samme forbindelse hadde det videre vært interessant og kartlagt hvor mange som hadde blitt spurt om bruk av urtemedisin av legen sin.

Det ble gitt et inntrykk av at de færreste av kvinnene visste om at det kan forekomme interaksjoner mellom urtemedisiner og legemidler. Hvor mange som var klar over dette, er uvisst, og burde blitt kartlagt.

*Andre svakheter ved studien:*

Det ble ikke på forhånd foretatt noen validering av spørreskjemaet som ble brukt i intervjuene, men spørreskjemaet er godt utprøvd da det har blitt brukt i tre tidligere studier.<sup>8,13,14</sup>

### **5.8.5 Forslag til fremtidig forskning og tiltak**

Først av alt trengs det mer forskning omkring effekt og sikkerhet ved bruk av urtemedisiner under svangerskapet. Dette er spesielt ønskelig for de urtene som har vist seg å være mye brukt under svangerskapet.

Det bør utarbeides tiltak for å informere den generelle befolkning om at selv om urtemedisiner er naturlige er de ikke automatisk frie for bivirkninger.

Leger og annet helsepersonell bør ha økt fokus på pasientenes bruk av urtemedisin. Kunnskapen om urtemedisin bør økes hos disse yrkesgruppene, slik at helsepersonell kan gi balansert og trygg informasjon om urtemedisin til pasienter. Problembasert læring ser ut til å være en effektiv metode for å øke kunnskapen om urtemedisin hos helsepersonell.<sup>88</sup> Det bør derfor legges til rette for, og oppfordres til, deltakelse av helsepersonell på slike etterutdanningskurs. En god dialog mellom lege og pasient rundt urtemedisin er også viktig, slik at eventuell bruk av urtemedisin kan avdekkes. Legene bør dessuten gjøre det til rutine å spørre pasientene sine om bruk av urtemedisin Dette er viktig for å unngå uheldig bruk av urtemedisin og eventuelle interaksjoner med legemidler.

Til slutt bør det nevnes at det ser ut til at rapportering til Medisinsk fødselsregister (MFR) bør bedres. Større studier må derimot utføres for å kunne si dette sikkert. For at MFR skal gi et realistisk bilde av de faktiske forhold, og skal kunne brukes til forskning, må jordmødre og leger rapportere alle legemidler og kosttilskudd pasienten bruker.

## 6 Konklusjon

Det synes å være en høy forekomst av bruk av urtemedisin i svangerskapet. Samtidig ble det funnet en stor vilje til bruk. Det ble i den kvalitative delen av studien funnet at mange av kvinnene hadde en misoppfatning om at siden urtemedisiner er naturlige er de følgelig ufarlige, også under graviditet, i tillegg til at urtemedisiner ofte ble foretrukket fremfor konvensjonelle legemidler til bruk under svangerskapet. Flere opplyser at de ikke synes det er nødvendig å spørre legen om bruk av urtemedisiner i svangerskapet, inkludert en stor andel av de kvinnene som hadde brukt urtemedisin i svangerskapet.

Dette belyser viktigheten av at legen holder seg oppdatert på urtemedisin, og holder en åpen dialog med pasientene sine om dette temaet slik at bruk av urtemedisiner avdekkes.

Apotek var den delen av helsevesenet som flest kvinner rapporterte de ville oppsøke dersom de trengte informasjon om urtemedisin, og viser at det er viktig at farmasøyter innehar oppdatert kunnskap om urtemedisin, og i tillegg har tilgjengelig litteratur på apoteket, slik at de kan gi balansert informasjon til brukerne.

Bruk av urtemedisin blant gravide og ammende har en lang tradisjon, i tillegg til at flere kvinner bevisst unngår konvensjonelle legemidler av frykt for uønskede effekter på fosteret og svangerskapsforløpet. Det vil nok derfor ikke være mulig å unngå all bruk av urtemedisin blant gravide. Dette er nok heller ikke nødvendig, men det trengs mer kunnskap på området for at man skal kunne konkludere med hvilke urter som er trygge å bruke og hvilke som er kontraindisert under graviditet.



## 7 Referanser

1. Forster DA, Denning A, Wills G, Bolger M, McCarthy E. Herbal medicine use during pregnancy in a group of Australian women. *BMC Pregnancy Childbirth* 2006;6:21.
2. Refuerzo JS, Blackwell SC, Sokol RJ, *et al.* Use of over-the-counter medications and herbal remedies in pregnancy. *Am J Perinatol* 2005;22:321-4.
3. Glover DD, Amonkar M, Rybeck BF, *et al.* Prescription, over-the-counter, and herbal medicine use in a rural, obstetric population. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:1039-45.
4. Glover DD, Rybeck BF, Tracy TS. Medication use in a rural gynecologic population: prescription, over-the-counter, and herbal medicines. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190:351-7.
5. Pinn G, Pallett L. Herbal medicine in pregnancy. *Complement Ther Nurs Midwifery* 2002;8:77-80.
6. Tsui B, Dennehy CE, Tsourounis C. A survey of dietary supplement use during pregnancy at an academic medical center. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185:433-7.
7. Moussally K, Oraichi D, Berard A. Herbal products use during pregnancy: prevalence and predictors. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2009;18:454-61.
8. Holst L, Wright D, Haavik S, *et al.* The use and the user of herbal remedies during pregnancy. *J Altern Complement Med* 2009;15:787-92.
9. Hepner DL, Harnett M, Segal S, *et al.* Herbal medicine use in parturients. *Anesth Analg.* 2002;94:690-3.
10. Lapi F, Vannacci A, Moschini M, *et al.* Use, Attitudes and Knowledge of Complementary and Alternative Drugs (CADs) Among Pregnant Women: a Preliminary Survey in Tuscany. *Evid Based Complement Alternat Med* 2008; doi:10.1093/ecam/nen031
11. Holst L, Nordeng H, Haavik S. Use of herbal drugs during early pregnancy in relation to maternal characteristics and pregnancy outcome *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2008;17:151-9.
12. Markedsdata fra Bransjerådet for Naturmidler, URL: <http://www.brn.no/wsp/brn/webon.cgi?session=u8nxajTqwBT3uuiYg54stRgPtgQbbS&func=index> (Accessed 20.02.2009)
13. Nordeng H, Havnen GC. Use of herbal drugs in pregnancy: a survey among 400 Norwegian women. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2004;13:371-80.

14. Bayne K. Masteroppgave: Bruk av urtemedisin hos gravide. Oslo: Universitet i Oslo, 2005.
15. Jones TK, Lawson BM. Profound neonatal congestive heart failure caused by maternal consumption of blue cohosh herbal medication. *J Pediatr* 1998;132:550-2.
16. Takei A, Nagashima G, Suzuki R, et al. Meningoencephalocele associated with *Tripterygium wilfordii* treatment. *Pediatr Neurosurg* 1997;27:45-8.
17. World Health Organization, Traditional medicine fact sheet N 134, 2008. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/en/> (Accessed 10.09.09)
18. Samuelsson G. Drugs of Natural Origin. 5 ed. Stockholm: Swedish Pharmaceutical Press, 2004.
19. FOR 1999-12-27 nr 1565: Forskrift om legemiddelklassifisering (legemiddellisten, unntakslisten og urtelisten). URL: <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-19991227-1565.html> (Accessed 10.09.09)
20. For 2004-05-20 nr 755: Forskrift om kosttilskudd. URL: <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20040520-0755.html> (Accessed 10.09.09)
21. Mattilsynet. Kosttilskudd kan inneholde ulovlige og helsefarlige stoffer - en undersøkelse gjennomført av Mattilsynet, Folkehelseinstituttet og Statens legemiddelverk, 2008 URL: [http://www.mattilsynet.no/mat/ernaering/kosttilskudd/kosttilskudd\\_kan\\_inneholde\\_ulovlige\\_og\\_helsefarlige\\_stoffer\\_60044](http://www.mattilsynet.no/mat/ernaering/kosttilskudd/kosttilskudd_kan_inneholde_ulovlige_og_helsefarlige_stoffer_60044) (Accessed 11.09.09)
22. Mattilsynet. Advarer mot *Aristolochia* i kinesiske urteprodukter 2007. URL: [http://www.mattilsynet.no/mat/ernaering/kosttilskudd/advarer\\_mot\\_aristolochia\\_i\\_kinesiske\\_urteprodukter\\_53954](http://www.mattilsynet.no/mat/ernaering/kosttilskudd/advarer_mot_aristolochia_i_kinesiske_urteprodukter_53954) (Accessed 09.09.09)
23. Regelhjelp.no – veiviser til regelverk for virksomheter. Merking og markedsføring av kosttilskudd. URL: [http://www.regelhjelp.no/MondoSearch/Click.aspx?LinkClick=%2fcgi-bin%2fMsmGo.exe%3fgrab\\_id%3d0%26page\\_id%3d924%26query%3dkosttilskudd%26hiword%3dKOSTTILSKUDDENE%2520KOSTTILSKUDDDET%2520kosttilskudd%2520](http://www.regelhjelp.no/MondoSearch/Click.aspx?LinkClick=%2fcgi-bin%2fMsmGo.exe%3fgrab_id%3d0%26page_id%3d924%26query%3dkosttilskudd%26hiword%3dKOSTTILSKUDDENE%2520KOSTTILSKUDDDET%2520kosttilskudd%2520). (Accessed 14.09.09)
24. Mattilsynet. Retningslinjer for dokumentasjon ved bruk av ernærings- og helsepåstander på næringsmidler. 2005. URL: [http://www.mattilsynet.no/mattilsynet/multimedia/archive/00017/Retningslinjer\\_for\\_d\\_17511a.pdf](http://www.mattilsynet.no/mattilsynet/multimedia/archive/00017/Retningslinjer_for_d_17511a.pdf) (Accessed 15.09.09)



25. Syseutvalget. Utredning fra utvalg nedsatt av Helsedepartementet for å vurdere hvilke påstander knyttet til legemiddellignende produkter som kan eller vil føre til at produktet blir et legemiddel og enkelte andre nærliggende. 2003. URL: <http://www.legemiddelverket.no/upload/198029-syseutredningen.pdf>. (Accessed 15.09.09)
26. Legemiddelverket: Naturlegemidler URL: [http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage\\_\\_\\_\\_28455.aspx](http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage____28455.aspx) (Accessed 14.09.09)
27. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, *et al.* Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. *JAMA* 1998;280:1569-75.
28. Tindle HA, Davis RB, Phillips RS, *et al.* Trends in use of complementary and alternative medicine by US adults: 1997-2002. *Altern Ther Health Med* 2005;11:42-9.
29. Thomas KJ, Nicholl JP, Coleman P. Use and expenditure on complementary medicine in England: a population based survey. *Complement Ther Med* 2001;9:2-11.
30. Barnes J, Anderson, L. A., Phillipson, J. Herbal Medicines. 3rd ed. London: Pharmaceutical Press, 2007.
31. Hess HM, Miller RK. Herbs during pregnancy. In: Scaefter C, Peters P, Miller RK (eds). *Drugs During Pregnancy and Lactation*. 2nd ed. London: Academic Press, 2007.
32. Dog T. The use of botanicals during pregnancy and lactation. *Alternative Therapies in Health and Medicine* 2009;15:54-8.
33. Sand O, Sjaastad ØV, Haug E. *Menneskets fysiologi*. 1. ed. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2005.
34. *Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell 2007*. Oslo: Foreningen for utgivelse av Norsk Legemiddelhåndbok, 2007.
35. Walker R, Edwards C. *Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 3. ed. London: Churchill Livingstone, 2005.
36. Ferreira E, Carceller AM, Agogue C, *et al.* Effects of selective serotonin reuptake inhibitors and venlafaxine during pregnancy in term and preterm neonates. *Pediatrics* 2007 Jan;119(1):52-9.
37. Retningslinjer for svangerskapsomsorgen: Sosial og helsedirektoratet, 2005. URL: [http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00002/Retningslinjer\\_for\\_sv\\_2674a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00002/Retningslinjer_for_sv_2674a.pdf) (Accessed 15.09.09)

38. Conover EA. Herbal agents and over-the-counter medications in pregnancy. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2003;17:237-51.
39. Tiran D. The use of herbs by pregnant and childbearing women: a risk-benefit assessment. *Complement Ther Nurs Midwifery* 2003;9:176-81.
40. Holst L, Haavik S, Nordeng H. Raspberry leaf - Should it be recommended to pregnant women? *Complement Therapies in Clinical Practice* 2009; doi:10.1016/j.ctcp.2009.05.003
41. Simpson M, Parsons M, Greenwood J, *et al.* Raspberry leaf in pregnancy: its safety and efficacy in labor. *J Midwifery Womens Health* 2001;46:51-9.
42. Parsons M, Simpson M, Ponton T. Raspberry leaf and its effect on labour: safety and efficacy. *Aust Coll Midwives Inc J* 1999;12:20-5.
43. Johnson JR, Makaji E, Ho S, *et al.* Effect of maternal raspberry leaf consumption in rats on pregnancy outcome and the fertility of the female offspring. *Reprod Sci.* 2009;16:605-9.
44. Philp RB. Herbal-drug interactions and adverse effects. New York: Mc Graw-Hill, Medical Publishing Division, 2004.
45. Natural Medicines Comprehensive Database URL: [www.naturaldatabase.com](http://www.naturaldatabase.com) (Accessed 27.08.09)
46. Vutyavanich T, Kraissarin T, Ruangsri R. Ginger for nausea and vomiting in pregnancy: randomized, double-masked, placebo-controlled trial. *Obstet Gynecol* 2001;97:577-82.
47. Keating A, Chez RA. Ginger syrup as an antiemetic in early pregnancy. *Altern Ther Health Med* 2002;8:89-91.
48. Willetts KE, Ekangaki A, Eden JA. Effect of a ginger extract on pregnancy-induced nausea: a randomised controlled trial. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2003;43:139-44.
49. Fischer-Rasmussen W, Kjaer SK, Dahl C, *et al.* Ginger treatment of hyperemesis gravidarum. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1991;38:19-24.
50. Sripramote M, Lekhyananda N. A randomized comparison of ginger and vitamin B6 in the treatment of nausea and vomiting of pregnancy. *J Med Assoc Thai* 2003;86:846-53.
51. Smith C, Crowther C, Willson K, *et al.* A randomized controlled trial of ginger to treat nausea and vomiting in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2004;103:639-45.

52. Ensiyeh J, Sakineh MA. Comparing ginger and vitamin B6 for the treatment of nausea and vomiting in pregnancy: a randomised controlled trial. *Midwifery* 2008; doi:10.1016/j.midw.2007.10.013.
53. Portnoi G, Chng LA, Karimi-Tabesh L, *et al.* Prospective comparative study of the safety and effectiveness of ginger for the treatment of nausea and vomiting in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:1374-7.
54. Borrelli F, Capasso R, Aviello G, *et al.* Effectiveness and safety of ginger in the treatment of pregnancy-induced nausea and vomiting. *Obstet Gynecol* 2005;105:849-56.
55. Backon J. Ginger in preventing nausea and vomiting of pregnancy; a caveat due to its thromboxane synthetase activity and effect on testosterone binding. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1991;42:163-4.
56. McKay DL, Blumberg JB. A review of the bioactivity and potential health benefits of chamomile tea (*Matricaria recutita* L.). *Phytother Res* 2006;20:519-30.
57. *Matricaria chamomilla* (German chamomile) - monograph. *Altern Med Rev* 2008;13:58-62.
58. U.S. National Library of Medicine and the National Institutes of Health: Chamomile URL: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/druginfo/natural/patient-chamomile.html> (Accessed 14.09.09)
59. Barsett H. Tre Echinacea-arter har ulike innholdsstoffer og biologisk aktivitet. *Norsk Farmaceutisk Tidsskrift* 2009;7-8:18-22.
60. Barrett B. Medicinal properties of Echinacea: a critical review. *Phytotherapy* 2003;10:66-86.
61. Linde K, Barrett B, Bauer R, *et al.* Echinacea for preventing and treating the common cold. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No.: CD000530. DOI: 10.1002/14651858.CD000530.pub2.
62. Gallo M, Sarkar M, Au W, *et al.* Pregnancy outcome following gestational exposure to echinacea: a prospective controlled study. *Arch Intern Med* 2000;160:3141-3.
63. Gallo M, Koren G. Can herbal products be used safely during pregnancy? Focus on echinacea. *Can Fam Physician* 2001;47:1727-8.
64. Miller LG. Herbal medicinals: selected clinical considerations focusing on known or potential drug-herb interactions. *Arch Intern Med* 1998;158:2200-11.

65. Jepson RG, Craig JC. Cranberries for preventing urinary tract infections. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD001321. DOI: 10.1002/14651858.CD001321.pub4.
66. Jepson RG, Mihaljevic L, Craig JC. Cranberries for treating urinary tract infections. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1998, Issue 4. Art. No.: CD001322. DOI: 10.1002/14651858.CD001322.
67. Wing DA, Rumney PJ, Preslicka CW, *et al.* Daily cranberry juice for the prevention of asymptomatic bacteriuria in pregnancy: a randomized, controlled pilot study. *J Urol* 2008;180:1367-72.
68. Howell AB, Foxman B. Cranberry juice and adhesion of antibiotic-resistant uropathogens. *JAMA* 2002;287:3082-3.
69. Løvås GG. Statistikk for universiteter og høyskoler. 6. ed. Oslo: Universitetsforlaget AS, 2003.
70. Quinla JD, Hill DA. Nausea and vomiting of pregnancy. *Am Fam Physician* 2003;68:121-8.
71. Havnen GC. Hovedfagsoppgave: Bruk av urtemedisin hos gravide og ammende: Universitetet i Oslo, 2002.
72. Matheson I. Amme-te - ikke helt ufarlig. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*. 1995;115:753.
73. Barn i magen, kjerringråd URL: [http://www.barnimagen.com/barnimagen\\_site/innhold/kjerringraad](http://www.barnimagen.com/barnimagen_site/innhold/kjerringraad) (Accessed 14.09.09)
74. Chang ZG, Kennedy DT, Holdford DA, *et al.* Pharmacists' knowledge and attitudes toward herbal medicine. *Ann Pharmacother* 2000;34:710-5.
75. Nordeng H, Havnen GC. Impact of socio-demographic factors, knowledge and attitude on the use of herbal drugs in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005;84:26-33.
76. Nordeng H, Eskild A, Nesheim B-I *et al.* Drug use in pregnancy among parous Scandinavian women. *Norwegian Journal of Epidemiology* 2001;11:97-103.
77. Headley J, Northstone K, Simmons H, *et al.* Medication use during pregnancy: data from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Eur J Clin Pharmacol* 2004;60:355-61.
78. Hughes L, Whittlesea C, Luscombe D. Patients' knowledge and perceptions of the side-effects of OTC medication. *J Clin Pharm Ther* 2002;27:243-8.

79. Soller RW. Evolution of self-care with over-the-counter medications. *Clin Ther* 1998;20 Suppl C:C134-40.
80. Felleskatalogen over farmasøytiske spesialpreparater markedsført i Norge 2009. Felleskatalogen AS; Oslo 2009
81. Zelop CM. Is it time to re-evaluate our use of acetaminophen in certain subgroups of pregnant women? *J Matern Fetal Neonatal Med* 2008;21:761-2.
82. Bergman J, Holager T. Allergibehandling til gravide og ammende. *RELIS nettartikkel*, URL: <http://www.relis.no/Default.aspx/tabid/102/newsType/ArticleView/articleId/736> (Accessed 14.09.09)
83. Widnes SKF, Schjøtt J. Advice on Drug Safety in Pregnancy. Are there Differences between Commonly Used Sources of Information? *Drug Safety* 2008;31:799-806.
84. Vickers KA, Jolly KB, Greenfield SM. Herbal medicine: women's views, knowledge and interaction with doctors: a qualitative study. *BMC Complement Altern Med* 2006;6:40. doi:10.1186/1472-6882-6-40
85. Holst L, Wright D, Nordeng H, *et al.* Use of herbal preparations during pregnancy: Focus group discussion among expectant mothers attending a hospital antenatal clinic in Norwich, UK. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2009; doi:10.1016/j.ctcp.2009.04.001
86. Suchard JR, Suchard MA, Steinfeldt JL. Physician knowledge of herbal toxicities and adverse herb-drug interactions. *Eur J Emerg Med* 2004;11:193-7.
87. Giveon SM, Liberman N, Klang S, *et al.* A survey of primary care physicians' perceptions of their patients' use of complementary medicine. *Complement Ther Med* 2003;11:254-60.
88. Mikail CN, Hearney E, Nemesure B. Increasing physician awareness of the common uses and contraindications of herbal medicines: utility of a case-based tutorial for residents. *J Altern Complement Med* 2003;9:571-6.
89. Kemper KJ, Gardiner P, Gobble J, Woods C. Expertise about herbs and dietary supplements among diverse health professionals. *BMC Complement Altern Med* 2006;6:15. doi:10.1186/1472-6882-6-15
90. Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. Basic Epidemiology. 2nd ed. Geneva: World Health Organization, 2006.
91. Harrison RA, Holt D, Pattison DJ *et al.* Who and How Many People Are Taking Herbal Supplements? A Survey of 21 923 Adults. *Int J Vitam Nutr Res* 2004;74:183-6

92. MacLennan A, Wilson DH, Taylor AW. Prevalence and cost of alternative medicine in Australia. *Lancet* 1996;347:569-73
93. Hassan E. Recall Bias can be a threat to Retrospective and Prospective Research Designs. *The Internet Journal of Epidemiology* 2006;3:  
URL:  
[http://www.ispub.com/journal/the\\_internet\\_journal\\_of\\_epidemiology/volume\\_3\\_number\\_2\\_12/article\\_printable/recall\\_bias\\_can\\_be\\_a\\_threat\\_to\\_retrospective\\_and\\_prospective\\_research\\_designs.html](http://www.ispub.com/journal/the_internet_journal_of_epidemiology/volume_3_number_2_12/article_printable/recall_bias_can_be_a_threat_to_retrospective_and_prospective_research_designs.html) (Accessed 17.09.09)

## **VEDLEGG 1-5**





FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I  
FORSKNINGSPROSJEKT OM BRUK  
AV  
URTEMEDISINER UNDER  
SVANGERSKAPET



VIL DU VÆRE MED Å BIDRA TIL FORSKNING?

VI ER LIKE INTERESSERT I AT DU DELTAR OM DU  
HAR BRUKT URTEMEDISIN I SVANGERSKAPET  
ELLER IKKE..

Vi henvender oss til nybakte mødre i en undersøkelse om bruk av urtemedisin blant gravide. Denne undersøkelsen er del av et mastergradsstudium ved Universitetet i Bergen. Undersøkelsen pågår fra høsten 2008 til høsten 2009.

Hovedhensikten med undersøkelsen er å studere hvordan gravide bruker urtemedisin og hva gravide vet om denne typen midler. I tillegg ønsker vi å studere bruk av vanlige legemidler samt hvorfor medisin blir brukt.

Jeg ønsker derfor å spørre deg om du vil delta i denne undersøkelsen. Undersøkelsen krever ingen forhåndskunnskaper. Dette innebærer at du blir intervjuet i løpet av oppholdet ditt her. Intervjuet tar ca. 15 min.

Du står fritt til å si ja eller nei til å bli med i denne undersøkelsen. Hvis du sier nei til dette, vil det verken gå utover undersøkelsen eller forholdet til sykehuspersonalet. Du har også anledning til å trekke deg når som helst i løpet av undersøkelsen uten å skulle begrunne dette.

Hvis du ønsker å delta i undersøkelsen, vil jeg også be deg om tillatelse om å innhente noen få opplysninger fra helsekortet og fra journalen din. Disse opplysningene er om hvordan svangerskap du har hatt og om du har brukt medisin under svangerskapet, samt opplysninger om fødselen.

Alle opplysninger behandles konfidensielt og vi er underlagt taushetsplikt. Alle opplysninger anonymiseres før prosjektet avsluttes, 31.12.2009. Ingen vil kunne kjennes igjen i oppgaven min.

Prosjektet er tilrådd av Regional Komité for medisinsk forskningsetikk og personvernombudet for forskning ved Norsk Samfunnsvitenskapelig Datateneste.

Hvis noe er uklart, eller det er andre ting i forbindelse med undersøkelsen som du ønsker å vite mer om, må du bare spørre meg.

Med vennlig hilsen

Kristine Heitmann  
Mastergradsstudent,  
Senter for Farmasi,  
Universitetet i Bergen

Lone Holst  
Veileder  
Senter for Farmasi  
Universitetet i Bergen, 55 58 82 18

---

## INFORMERT SAMTYKKE

Jeg, undertegnede, har:

- mottatt muntlig og skriftlig informasjon om denne undersøkelsen
- blitt informert om at jeg står helt fritt til å velge om jeg vil delta eller ikke uten at dette vil ha noen konsekvenser for meg

Jeg, \_\_\_\_\_, er villig til å delta i denne undersøkelsen.

(Navn i blokkbokstaver)

**Dato:**

**Signatur:**

## Vedlegg 2

<b>Intervjunummer:</b> <b>Fått informert samtykke:</b>	<b>Dato:</b>
---	--------------

### Litt om deg selv

<b>Alder:</b> .....	
<b>Antall tidligere graviditeter:</b> .....	
<b>Sivilstatus:</b>	
<i>Gift eller samboer</i>	<input type="radio"/>
<i>Singel</i>	<input type="radio"/>
<i>Annet</i>	<input type="radio"/>
<b>Postnr:</b>	
<b>Røykestatus under svangerskapet:</b>	
<i>Ingen</i>	<input type="radio"/>
<i>Av og til</i>	<input type="radio"/>
<i>Daglig</i>	<input type="radio"/>
<b>Utdanning:</b>	
<i>Mindre eller lik 12 år (videregående)</i>	<input type="radio"/>
<i>Videregående + 2 årig utdanning</i>	<input type="radio"/>
<i>Universitets/høyskole utdanning</i>	<input type="radio"/>
<i>Hvilken:</i>	
<b>Barnets fødselsvekt:</b> .....	
<b>Når hadde du termin:</b> .....	
<b>Når ble barnet født:</b> .....	
<b>Brukte du smertestillende under fødselen?</b>	
<i>Hvilke:</i>	
.....	
.....	
-	

### Definisjon om hva en urtemedisin er:

*Urtemedisin er definert som alle typer preparater, dvs. tabletter, salver og teer som er produsert fra urter og som du har brukt for å oppnå bedre helse. Urtemedisin inkluderer både begrepene naturmedisin og naturlegemidler.*

### Har du noen gang brukt en urtemedisin?

*Ja*   
*Nei*   
*Husker ikke*

**Hvis tidligere barn som ble ammet:**

**Har du brukt noen ammete eller tilsvarende urter under tidligere ammeperiode?**

Ja

Nei

Husker ikke

**Tror du at du kan komme til å bruke en urtemedisin i fremtiden?**

Ja

Nei

Vet ikke

**Nå vil jeg stille deg noen spørsmål om svangerskapet ditt.**

*Har du hatt noen sykdom eller plager under svangerskapet?*

Ja

Nei

Husker ikke

*Hvis ja, når i svangerskapet?*

*Hvis ja, brukte du noen medisiner eller urtemedisiner mot dette?*

*Hvis ja, hvem anbefalte preparatet?*

Sykdom/plager	Tidspunkt	Brukt	Anbefalt av hvem
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----

Jeg vil nevne noen vanlige plager. Har du opplevd noen av dem mens du var gravid?

	Når i svangerskapet hadde du plagen?	Brukte du noen urter eller medisiner mot dette?	Hvem anbefalte preparatet?
Kvalme?			
Trøtthet?			
Sure oppstøt?			
Kløe?			
Forkjølelse?			
UVI? * påvist * symptomatisk		* Forebyggende bruk * Behandlende bruk	
Andre infeksjoner?			
Ødemer?			
Vond rygg/nakke?			
Hodepine?			
Søvnvansker?			

**Har du vært sykemeldt under svangerskapet?**

<i>Tidspunkt</i>	<i>Årsak</i>
.....	.....
.....	.....
.....	.....

**Har du noen kroniske sykdom, som f.eks. astma eller allergi?**

<i>Sykdom/plager</i>	<i>Tidspunkt</i>	<i>Brukt</i>	<i>Anbefalt av hvem?</i>
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

**Mens du var gravid, brukte du noen urtepreparater?**

- Ja
- Nei
- Husker ikke

<i>Navn på preparatet evt. plante</i>	<i>Hva brukte du middelet for?</i>	<i>Når brukte du det? (trimester)</i>	<i>Varighet av bruk (dager)</i>	<i>Hvem anbefalte preparatet?</i>

Nå skal jeg nevne noen urter. Det jeg ønsker å vite er om du har hørt om noen av disse urtene til medisinsk bruk, og om du har brukt noen av dem under svangerskapet.

<b>Echinagarde eller solhatt</b>	
Hørt om Nei <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Bruksområdet:	Brukt under svangerskapet?      Ja      Nei Hvis ja, hvorfor?  Tid for bruk (trimester): Varighet av bruk (dager): Anbefalt av hvem:
<b>Floradix (jernholdige urter)</b>	
Hørt om Nei <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Bruksområdet:	Brukt under svangerskapet?      Ja      Nei Hvis ja, hvorfor?  Tid for bruk (trimester): Varighet av bruk (dager): Anbefalt av hvem:
<b>Ingefær</b>	
Hørt om Nei <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Bruksområdet:	Brukt under svangerskapet?      Ja      Nei Hvis ja, hvorfor?  Tid for bruk (trimester): Varighet av bruk (dager): Anbefalt av hvem:
<b>Kamille</b>	
Hørt om Nei <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Bruksområdet:	Brukt under svangerskapet?      Ja      Nei Hvis ja, hvorfor?  Tid for bruk (trimester): Varighet av bruk (dager): Anbefalt av hvem:
<b>Valeriane</b>	
Hørt om Nei <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Bruksområdet:	Brukt under svangerskapet?      Ja      Nei Hvis ja, hvorfor?  Tid for bruk (trimester): Varighet av bruk (dager): Anbefalt av hvem:
<b>Tranebær</b>	
Hørt om Nei <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Bruksområdet:	Brukt under svangerskapet?      Ja      Nei Hvis ja, hvorfor?  Tid for bruk (trimester): Varighet av bruk (dager): Anbefalt av hvem:
<b>Kjerringrokk</b>	
Hørt om Nei <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Bruksområdet:	Brukt under svangerskapet?      Ja      Nei Hvis ja, hvorfor?  Tid for bruk (trimester): Varighet av bruk (dager): Anbefalt av hvem:

<b>Svarthyll eller sambucol</b>	
<b>Hørt om</b> Nei <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Bruksområdet:	Brukt under svangerskapet? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei Hvis ja, hvorfor?  Tid for bruk (trimester): Varighet av bruk (dager): Anbefalt av hvem:
<b>Johannesurt (prikkperikum)</b>	
<b>Hørt om</b> Nei <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Bruksområdet:	Brukt under svangerskapet? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei Hvis ja, hvorfor?  Tid for bruk (trimester): Varighet av bruk (dager): Anbefalt av hvem:
<b>Bringebærblad</b>	
<b>Hørt om</b> Nei <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Bruksområdet:	Brukt under svangerskapet? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei Hvis ja, hvorfor?  Tid for bruk (trimester): Varighet av bruk (dager): Anbefalt av hvem:

**Kommer du på noen andre urtemedisiner som du kan ha brukt under svangerskapet?**

<i>Navn på preparatet evt. plante</i>	<i>Hva brukte du middelet for?</i>	<i>Når brukte du det? (trimester)</i>	<i>Varighet av bruk (dager)</i>	<i>Hvem anbefalte det?</i>

**Hvis du brukte urtemedisin mens du var gravid, hvem anbefalte deg å bruke dette?**

- Familie eller venner  Hvorfor:
- Eget initiativ
- Omtale i media, blad/avis
- Helsekostforretning
- Lege
- Alternativ behandler (inkl. homeopat)
- Farmasøyt
- Sykepleier eller jordmor
- Andre

**Hvis du ble anbefalt å bruke en urtemedisin mens du var gravid, fikk du noen informasjon om hvordan du skulle bruke det?**

- Ja
- Nei
- Delvis/ for noen av preparatene som ble brukt

**Dersom du har brukt urtemedisin under svangerskapet, fikk du da den ventede effekten?**

- Nei  O  
Ja  O  
Delvis/for noen av preparatene  O  
Vet ikke  O

**Har du brukt homeopatmedisiner under svangerskapet?**

- Nei  O  
Ja  O Bruksområdet:

**Hvis du ønsker informasjon om urtemedisin, hvor ville du henvende deg? (nevn så mange som mulig, i den rekkefølgen du ville oppsøke dem)**

- |                                       |                         |     |          |
|---------------------------------------|-------------------------|-----|----------|
| Lege                                  | <input type="radio"/> O | Nr. |          |
| Alternativ behandler (inkl. homeopat) | <input type="radio"/> O | Nr. |          |
| Farmasøyt                             | <input type="radio"/> O | Nr. |          |
| Sykepleier eller jordmor              | <input type="radio"/> O | Nr. |          |
| Helsekostforretning                   | <input type="radio"/> O | Nr. |          |
| Familie eller venner                  | <input type="radio"/> O | Nr. | Hvorfor: |
| Omtale i media, blad/avis/internett   | <input type="radio"/> O | Nr. |          |
| Ingen steder                          | <input type="radio"/> O | Nr. |          |
| Andre                                 | <input type="radio"/> O | Nr. |          |

**Nå skal jeg komme med fire påstander som jeg gjerne vil at du skal svare om du er helt enig, delvis enig, ikke enig eller om du ikke vet.**

**Begrunn svaret.**

**1. Urtemedisin gir generelt mindre bivirkninger enn legemidler**

Helt enig  Delvis enig  Ikke enig  Vet ikke

**2. Urtemedisin kan generelt brukes av gravide**

Helt enig  Delvis enig  Ikke enig  Vet ikke

**3. Gravide bør heller bruke urtemedisin enn vanlige legemidler**

Helt enig  Delvis enig  Ikke enig  Vet ikke

**4. Gravide bør ikke bruke noen urtemedisin uten at legen har sagt at det er greit**

Helt enig  Delvis enig  Ikke enig  Vet ikke



**Jeg vil nå nevne noen vanlige reseptfrie legemidler. Si i fra om du har brukt noen av dem mens du var gravid.**

	<i>Navn på preparat</i>	<i>Når brukte du det? (trimester)</i>	<i>Varighet av bruk</i>	<i>Anbefalt av hvem</i>
Smertestillende som Paracet eller Ibux, Dispril, Naproxen				
Nesespray Otrivin, Rhinox, Illiadin				
Reisesyketabletter som Postafen, Mazine				
Syrenøytraliserende som Link, Gaviscon				
Jernpreparater som Hemofer, Ferromax eller Duroferon, Floradix				
Vitamintabletter som Folsyre tabletter				
Antihistaminer som Clarityn, Zyrtec eller Polaramin				
Midler mot forstoppelse som Lactulose eller Ducolax				
Røykeavvenningspreparater som Nicorette eller Nicotinell				

**"Takk for at du tok deg tid til å svare på disse spørsmålene!"**

**Data fra journalen som rapporteres til Medisinsk fødselsregister:**

Fødselsvekt:

Gestasjonsalder:

Rapportert bruk av medikamenter under fødsel:

Komplikasjoner hos barnet:

Respirasjonsproblemer, asfyksi/truende intrauterinasfyksi

Icterus

Misdannelse

Lav fødselsvekt

Barn overført barneavdeling

Prematuritet

Andre komplikasjoner hos barn

Apgar score:

Komplikasjoner hos mor:

Indusert fødsel

Blødning 500 ml – 1500 ml

Atonisk blødning/blødning 1500 ml eller mer

Misfarget fostervann/oligohydramnion

Ruptur grad 3 – 4

Episiotomi

Prematuritet

Postmaturitet

Operativ vaginal forløsning

Akutt keisersnitt

Flerfødsel

Morkakepatologi

Andre komplikasjoner mor

## Klassifiseringslister

### Liste 1

*Medikamenter under fødsel*

- 1 ingen
- 2 lystgass
- 3 petidin
- 4 epidural
- 5 sterile saltvannspapler
- 6 pudentalblokade
- 7 anestesi i forbindelse med keisersnitt
- 8 lokalbedøvelse i form av gel eller spray
- 9 akupunktur
- 10 oxytocin til riestimulering
- 11 infiltrasjon
- 12 narkose
- 13 spinal

### Liste 2

*Sykdom/plager under svangerskapet*

- 1 kvalme/oppkast
- 2 tretthet/sliten, slapp, går tungt
- 3 sure oppstøt/halsbrann
- 4 kløe, utslett, sår i ansikt, tørr hud, sår, eksem
- 5 forkjølelse/influensa
- 6 urinveisinfeksjon
- 7 andre akutte infeksjoner
- 8 ødem
- 9 smerte i rygg/nakke/bekken/haleben
- 10 hodepine/migrene
- 11 søvnvansker
- 12 forstoppelse/mage-tarmproblemer
- 13 anemi/lavt jernnivå
- 14 svangerskapsforgiftning
- 15 svangerskapsdiabetes
- 16 andre smerter
- 17 hjerte-karproblemer
- 18 kynnere
- 19 blødninger
- 20 truende prematur fødsel
- 21 forberede/stimulere livmor/fødsel
- 22 andre akutte plager/sykdommer
- 23 andre kroniske plager/sykdommer
- 24 anti-strekkmerker
- 25 hemorroider

### Liste 3

*Plager det ble spurt spesifikt om i intervjuet*

- 1 kvalme
- 2 trøtthet
- 3 sure oppstøt
- 4 klør
- 5 forkjølelse
- 6 UVI – påvist eller symptomatisk
- 7 andre infeksjoner
- 8 ødemer
- 9 vond rygg/nakke/bekken
- 10 hodepine
- 11 søvnvansker

### Liste 4

*Tidspunkt i svangerskapet*

- 1 1. Trimester
- 2 2. trimester
- 3 3. trimester
- 4 1., 2. og 3. trimester
- 5 1. og 2. trimester
- 6 1. og 3. trimester
- 7 2. og 3. Trimester
- 8 sporadisk

### Liste 5

*Urter:*

- 1 solhatt
- 2 floradix
- 3 bringebærblad
- 4 tranebær
- 5 ingefær
- 6 aloe vera
- 7 svarthyll
- 8 kamille
- 9 valeriane
- 10 kjerringrokk
- 11 johannesurt
- 12 hvitløk
- 13 blandingssteer
- 14 urtevitaminer
- 15 diverse oljer
- 16 diverse teer
- 17 annet liste urter

### **Liste 6**

*Kombinert liste for urter og legemidler*

- 1 solhatt
- 2 floradix
- 3 bringebærblad
- 4 tranebær
- 5 ingefær
- 6 aloe vera
- 7 svarthyll
- 8 kamille
- 9 valeriane
- 10 kjerringrokk
- 11 johannesurt
- 12 hvitløk
- 13 blandingsteer
- 14 urtevitaminer
- 15 diverse oljer
- 16 diverse teer
- 17 annet liste urter
- 18 smertestillende
- 19 antiinfektiva
- 20 kvalmestillende antihistaminer
- 21 syrenøytraliserende
- 22 jernpreparater
- 23 vitamintabletter
- 24 nesespray mot forkjølelse
- 25 legemiddel mot forstoppelse
- 26 legemiddel mot hemorroider
- 27 antidepressiva
- 28 sovemedisin/beroligende
- 29 andre psykofarmaka
- 30 hudlegemidler
- 31 legemidler mot hjerte-karproblemer
- 32 legemidler mot tyreoidesykdommer
- 33 astma og allergimedisin
- 34 akupunktur
- 35 homeopatmidler
- 36 andre legemidler
- 37 omega-3 eller tran
- 38 diverse mineraler

### **Liste 7**

*Anbefalt av hvem*

- 1 familie eller venner
- 2 eget initiativ
- 3 omtale i media, blad/avis, internett
- 4 helsekostforretning
- 5 lege
- 6 alternativ behandler
- 7 farmasøyt
- 8 sykepleier eller jordmor
- 9 andre

### **Liste 8**

*Hvor kvinnen ville henvende seg dersom hun ønsket informasjon om urtemedisin*

- 1 lege
- 2 alternativ behandler
- 3 farmasøyt
- 4 sykepleier
- 5 helsekostforretning
- 6 familie eller venner
- 7 omtale i media, blad/avis/internett
- 8 ingen steder
- 9 andre

### **Liste 9**

*Kroniske sykdommer*

- 1 astma, allergi
- 2 autoimmune sykdommer
- 3 cøliaki, matallergi
- 4 kroniske hudlidelser
- 5 thyreoidea lidelser
- 6 neurologiske sykdommer
- 7 kroniske hjerte-kar lidelser
- 8 psykiske lidelser
- 9 gynekologiske sykdommer
- 10 andre kroniske lidelser

### **Liste 10**

*Komplikasjoner barn*

- 1 asfyksi/truende intrauterin asfyksi
- 2 icterus
- 3 misdannelse
- 4 lav fødselsvekt
- 5 barnet overført til barneavdeling
- 6 prematuritet
- 7 andre komplikasjoner hos barn

### **Liste 11**

#### *Apgar score*

- 1** 10 etter 1 min og 10 etter 5 min
- 2** 9 etter 1 min og 10 etter 5 min
- 3** 9 etter 1 min og 9 etter 5 min
- 4** 8 etter 1 min og 10 etter 5 min
- 5** 8 etter 1 min og 9 etter 5 min
- 6** 5 etter 1 min og 7 etter 5 min
- 7** 7 etter 1 min og 9 etter 5 min
- 8** 5 etter 1 min og 9 etter 5 min
- 9** 2 etter 1 min og 7 etter 5 min

### **Liste 12**

#### *Komplikasjoner mor*

- 1** induisert fødsel
- 2** blødning 500 ml - 1500 ml
- 3** atonisk blødning/blødning 1500 ml eller mer
- 4** misfarget fostervann, oligohydramnion
- 5** ruptur grad 3-4
- 6** episiotomi
- 7** prematuritet
- 8** postmaturitet
- 9** operativ vaginal forløsning
- 10** akutt keisersnitt
- 11** flerfødsel
- 12** morkakepatologi
- 13** andre komplikasjoner hos mor



## INTERVJUUNDERSØKELSE OM BRUK AV URTEMEDISIN I SVANGERSKAPET



Dette er en spørreundersøkelse som nå foretas på Barselloftet. Den er en del av et mastergradsprosjekt i farmasi ved Universitet i Bergen.

Vi ønsker å kartlegge bruken av urtemedisin i svangerskapet og kunnskapen om denne type preparater. I tillegg vil vi undersøke om bruk av vanlige legemidler under graviditet. Vi vil også se på eventuelle konsekvenser av bruk av disse preparater hos gravide.

Målgruppen er altså deg som nettopp har født. Du har derfor fått et informasjonsskriv med forespørsel om du ønsker å delta i undersøkelsen. (Har du ikke fått et slikt skriv, kan du ta kontakt med personalet.) Det er helt opp til deg om du vil delta eller ikke, og du trenger ingen forhåndskunnskaper for å delta. Intervjuet tar ca. 15 minutter. Intervjuene utføres av mastergradstudent i farmasi, Kristine Heitmann.

Med vennlig hilsen,  
Kristine Heitmann,  
Mastergradstudent ved Senter for  
farmasi, Universitet i Bergen



(I helgen er det mulig at du ikke blir kontaktet)







### Kriterier for bruk av Barselloftet

(22.04.2003) **Friske mødre med ukomplisert fødsel kan benytte Barselloftet (Pasienthotellet).**

#### **Gruppe A.**

**Mor kan ikke benytte Barselloftet:**

##### **Sykdom hos mor**

Hjerte- kar sykdom

Alvorlig lungesykdom

Blodpropp, nå eller før. Positiv trombofilifaktor. Blødningstendens

Alvorlig lever- eller nyresykdom

Insulinbehandlet diabetes mellitus

Alvorlig nevrologisk sykdom

Alvorlig psykisk sykdom

Stoff- rusmisbruk

Systemisk lupus

Annen alvorlig sykdom

##### **Komplikasjon i svangerskapet/ under fødselen**

Høyt blodtrykk i svangerskapet

Preeklampsi (svangerskapsforgiftning)

Anemi (Hb < 8g/dl)

Blødning > 1500 ml

Placentarester i livmoren, mistanke om det

Total sphincterruptur

Mor og barn må isoleres (hepatitt, HIV pos)

Annen infeksjon, mistanke om det

Andre forhold som krever skjerpet overvåking

**Gruppe B.**  
**Mor kan benytte Barselloftet etter individuell vurdering:**

Nevrologisk sykdom, moderat grad

Lungesykdom, moderat grad

Etter vakuump- tangforløsning

Større vaginalrifter, perinealrifter I-II

Svangerskapskontrollen mangelfull

Blødning < 1500 ml, god form

**Barn**  
**Friske barn født til termin (37-42 uker) med vekt 2800-4800 g kan overflyttes Barselloftet**

**Gruppe A.**  
**Barnet kan ikke benytte Barselloftet:**

Sykt eller misdannet barn

Påvist blodtypeantistoff hos mor eller utskiftningstransfusjon hos tidligere barn

Apgar score lik eller mindre enn 7 etter 5 minutter

Fostervannsavgang > 48 t før fødselen begynner

**Gruppe B.**  
**Barnet kan benytte Barselloftet etter individuell vurdering:**

Feber, mistanke om infeksjon hos mor

Andre forhold som krever skjerpet overvåking

Haukeland sykehus 18.11.02

Per E Børdahl (sign.) Seksjonsoverlege dr.med. Fødeseksjonen

Hallvard Reigstad (sign.)  
Seksjonsoverlege Seksjon for nyfødte

Hentet fra: <http://www.helse-bergen.no/avd/kvinneklirikken/seksjoner/barselloftet/Kriteriene.htm>

Sist oppdatert: 14.05.2009 av Øyvind Blom