

Smertestillende til ammende i barseltiden

GENERELT

Omhandler behandling av akutte smerter i ammeperioden. Anbefalingene tar utgangspunkt i fullamming i barselperioden, der barnet er mest sårbart, og legemiddeleksponeringen høyest i forhold til kroppsvekt.

Amming ved kroniske smertetilstander, migrene ([lenke](#)) og legemiddelassistert behandling (LAR) omtales ikke.

ANBEFALINGER

- Vi *anbefaler* at kvinner som ammer får god smertelindring på lik linje med andre pasienter, samtidig som sikkerheten til det brysternære barnet ivaretas (I).
- Vi *anbefaler* at det foreligger en god faglig grunn dersom amming skal frarådes hos kvinner som må bruke smertestillende (I).
- Vi *foreslår* paracetamol eller ibuprofen som førstevalg ved behov for smertestillende hos ammende (III).
- Vi *foreslår* at opioider kun brukes sammenhengende i 2-3 dager hos ammende, særlig ved bruk utenfor sykehus. Det må følges nøye med på mulige bivirkninger hos barnet. Bruk utover dette krever særskilt vurdering og tett oppfølging av mor og barn (III).

Den vitenskapelige dokumentasjon er mangelfull.

Anbefalingene bygger i stor grad på små observasjonsstudier og kasuistikker, aktuelle retningslinjer om smertestillende hos ammende og vurderinger gjort av anerkjente kompetansesentre innen fagfeltet amming og legemiddelsikkerhet.

EPIDEMIOLOGI

Smerter er vanlig tidlig i postpartum-perioden, og det er store individuelle forskjeller i smerteopplevelse. De fleste kvinner opplever en gradvis reduksjon i

smarter i løpet av de første ukene etter fødsel, vanligvis raskere etter vaginal fødsel enn etter keisersnitt, men med stor individuell variasjon i både intensitet og varighet.¹ Faktorer som predikerer hvem som får sterke smerter er til nå ikke definert, og dette tilsier behov for en individuelt tilpasset tilnærming og samvalg i valg av smertelindring.² Det finnes til nå ingen oversikt over hvor mange kvinner som trenger smertelindring med ulike typer smertestillende i barselperioden i Norge.

RISIKOFAKTORER

Risiko ved ubehandlede smerter hos mor²

Smerter kan redusere mors evne til både å ta vare på seg selv og barnet, og kan nedsette morsmelkproduksjonen.

Ubehandlete smerter er knyttet til større forbruk av opioider, høyere risiko for postpartum depresjon og utvikling av kroniske smerter.

Risikofaktorer for bivirkninger via morsmelk^{3,4}

- Høy dosering og langvarig legemiddelbehandling
- Sykt, prematurt eller svært ungt spedbarn (< 2–3 måneder)
 - Viktigste faktor: Betydelig redusert clearance hos barnet
- Legemidler som i stor grad går over i morsmelk (høy relativ spedbarnsdose)
- Potent/toksisk legemiddel
- Legemiddel med lang halveringstid hos barnet
- Polyfarmasi med sederende CNS-legemidler hos mor

Flere av risikofaktorene er særlig relevante ved bruk av opioider (se omtale under *Bivirkninger ved opioidbruk og amming* under OPPFØLGING).

BEHANDLING

Multimodalt smerteregime anbefales, det vil si at smertestillende midler med forskjellig virkningsmekanisme (paracetamol, NSAIDs, opioider, anestesi) kombineres for bedre smertelindring og mindre bruk/lavere dosering av opioider.^{2,5}

Smertelindring etter sectio (se kapittel [Smertelindring](#)).

Smertestillende (legemidler) ved akutte smerter

- Paracetamol og/eller ibuprofen er foretrukne smertestillende hos ammende. Celecoxib kan ved behov brukes hos ammende, men dokumentasjonen er begrenset.
- Opioider bør kun brukes sammenhengende i 2-3 dager, særlig ved bruk utenfor sykehus, og det må følges nøye med på mulige bivirkninger hos barnet.^{6,7} Benytt laveste effektive dose og fortrinnsvis multimodalt smerteregime.
- Kodein er mindre egnet ved amming på grunn av uforutsigbar metabolisme og enkelte rapporterte tilfeller av alvorlige bivirkninger hos spedbarn. Se avsnitt: *Kodein er mindre egnet ved amming* i vedlegg 1: FORDYPNING: KODEIN, TRAMADOL, OKSYKODON OG MORFIN VED AMMING ([lenke](#)).
- Etter generell anestesi kan mor amme et friskt barn så snart hun er tilstrekkelig våken.⁵

Tabell 1 nedenfor gir en oversikt over de mest brukte smertestillende legemidlene (paracetamol, NSAIDs, COX-2-hemmere, opioider og anestesi) og deres sikkerhet ved amming.

Overordnede forhold ved bruk av opioider hos ammende, inkludert oppfølging og risikoreduserende tiltak, er omtalt under OPPFØLGING, mens enkelte opioider (kodein, tramadol, oksykodon og morfin) er nærmere beskrevet i vedlegg 1: FORDYPNING: KODEIN, TRAMADOL, OKSYKODON OG MORFIN VED AMMING ([lenke](#)).

Valg, dosering og behandlingsslengde av smertestillende til ammende

Valget av smertestillende legemidler til ammende avhenger av smertetype og smertestyrke, og styres av de samme prinsippene som for kvinner som ikke ammer. Ammende skal generelt bruke samme dosering som ikke-ammende. Behandlingen bør gis med laveste effektive dose og over kortest mulig tid, for å redusere risikoen for bivirkninger hos mor og barn.

Opioider er et viktig unntak ved valg av smertestillende til ammende. Se eget avsnitt om *Bivirkninger ved opioidbruk og amming* under OPPFØLGING.

Ved valg av behandling må det vurderes om det foreligger tilstander eller spesiell sårbarhet hos mor eller barn som tilsier at kvinnen ikke bør behandles med bestemte smertestillende legemidler. I sjeldne tilfeller kan det også være aktuelt å fraråde amming midlertidig. Det må også tas hensyn til eventuelle interaksjoner med annen samtidig legemiddelbehandling.

Anbefalinger med hensyn til smertestyrke/-type^{1,2}

- Svake til moderate akutte smerter: Paracetamol og/eller NSAIDs (gjerne ibuprofen)
- Moderate til sterke akutte smerter: Opioider kombinert med paracetamol og/eller NSAID
- Etter-rier: NSAIDs har best effekt, eventuelt i kombinasjon med paracetamol. Opioider anbefales ikke.
- Keisersnitt: se kapitlet Smertelindring ([lenke](#)).

Tabell 1: Smertestillende legemidler og sikkerhet ved amming

Virkestoff, handelsnavn (orale legemidler)	Anbefaling / Risiko ved amming
Paracetamol (4,7,9-11)	
Paracetamol Panodil, Panodil Zapp, Paracet, Paracetamol, Pinex	Kan brukes ved amming Paracetamol er førstevalg ved behandling av smerter pga. gunstig bivirkningsprofil. Paracetamol går over i morsmelk, men mengden er svært liten sammenlignet med doser som gis til nyfødte. Mor kan amme selv om både hun og barnet blir behandlet med paracetamol.
NSAIDs (ikke-steroide antiinflammatoriske midler) (4,7,9-11)	
Ibuprofen Brufen-Retard, Ibuprofen, Ibumetin, Ibux, Nurofen	Kan brukes ved amming Ibuprofen er førstevalg ved behov for et NSAIDs i ammeperioden, diklofenak kan anses som et andrevalg. Både ibuprofen og diklofenak har kort halveringstid (inntil 2 timer). Naproksen kan også brukes for eksempel inntil 1 uke, men andre NSAID kan være å foretrekke siden naproksen har en mindre attraktiv lang halveringstid (ca. 14 timer) og gjenfinnes i større grad i melken. UpToDate (1) angir at alle NSAID bør unngås hos mor dersom barnet har en duktusavhengig hjertefeil.
Diklofenak Cataflam, Diclofenac, Dicuno, Modifenac, Voltaren	
Naproksen Napren-E, Naproxen, Proxan	
COX-2-hemmere (4,7,9-11)	
Celekoksib Celebra, Celebrex, Celecoxib	Regnes som forenlig med amming COX-2-hemmere (fortrinnsvis celekoksib) kan brukes, men det er begrenset erfaring med legemidlene. NSAIDs (ibuprofen) foretrekkes derfor. Særlig lite erfaring med etorikoksib. Den lange halveringstiden (ca. 22 timer) tilsier at det er en teoretisk mulighet for akkumulering hos brystbarnet ved gjentatt dosering, men mor kan amme ved enkeltdoser.
Etorikoksib Arcoxia, Etoricoxib	
Opioider (4,6-13)	
Morfin Dolcontin, Dropizol, Malfin, Morfin, Opiumdråper, Oramorph	Kun kortvarig bruk (2-3 dager) ved amming Opioider - se også mer utfyllende omtale under OPPFØLGING og vedlegg 1: FORDYPNING: KODEIN, TRAMADOL, OKSYKODON OG MORFIN VED AMMING (lenke). Opioider bør kun brukes sammenhengende i 2-3 dager, særlig utenfor sykehus. Det er viktig å følge nøye med på mulige bivirkninger hos barnet som ammes (økt sedasjon, endret pustemønster, inkludert redusert pustefrekvens, m.m.). Se risikoreduserende tiltak i liste «risikoreduksjon ved bruk av opioider».
Oksykodon Oxycodone, OxyContin, OxyNorm, Oksykodonhydrochlorid, Reltebon Depot	
Kodein + paracetamol, kombinasjon Altermol, Kodein/Paracetamol, Paralgin (Forte, Major), Pinex (Forte, Major)	
Tramadol Nobligan, Tramadol, Tramagetic	

Tramadol + paracetamol, kombinasjon Tramadol/Paracetamol	Lavdose morfin kan være å foretrekke fremfor andre opioider hos ammende. Morfin brukes i behandling av smerter hos spedbarn, og tolereres dermed relativt godt. Kodein er mindre egnet ved amming på grunn av uforutsigbar metabolisme og enkelte bivirkningsrapporter. Enkelte oppslagsverk vurderer tramadol som mindre risikabelt ved amming, men forsiktighet er påkrevd. Oksykodon har en ugunstig risikoprofil ved amming og høyt avhengighetspotensial, noe som tilsier tilbakeholdenhet ved bruk.
Anestesi (5)	
Lokal anestesi	Forenlig med amming De fleste anestesimidlene har farmakokinetiske egenskaper (kort halveringstid og rask redistribusjon) som tilsier minimal eksponering av brystnært barn. Kvinner med friske barn kan amme så raskt de føler seg klar til det etter anestesi.

Vurderingene i tabellen er i hovedsak basert på oppslagsverkene Hale (4), LactMed (7), E-lactancia (9), Norsk legemiddelhandbok (10) og Janusinfo (11).

Vedlegg 2 gir en oversikt over anerkjente nettbaserte oppslagsverk om legemidler og amming ([lenke](#)). Ved konkrete spørsmål om behandling eller legemiddelsikkerhet kan råd søkes hos RELIS (www.relis.no).

OPPFØLGING

Behovet for oppfølging ved bruk av smertestillende legemidler hos ammende varierer med legemiddelvalg, dosering, behandlingsvarighet og barnets sårbarhet. Opioider representerer et særlig viktig unntak, da bruk kan være forbundet med risiko for klinisk relevante bivirkninger hos barn som ammes. Enkelte andre smertestillende legemidler kan også kreve særskilt oppfølging i utvalgte situasjoner, jf. tabell 1.

Bivirkninger ved opioidbruk og amming

Opioider er et viktig unntak ved valg av smertestillende til ammende. Behandling i 2–3 dager er vanligvis forenlig med amming. Ved slik kortvarig bruk er det ikke forventet at barn som ammes får bivirkninger, men dette kan ikke utelukkes helt. Denne tidsbegrensningen er særlig viktig i hjemmesituasjonen (se tiltak for risikoreduksjon).

Flere farmakokinetiske egenskaper ved opioider tilsier at legemiddelgruppen kan være spesielt problematisk hos spedbarn som ammes. [6,7,8](#) Premature, nyfødte og yngre spedbarn har redusert utskillelse av opioider som følge av umoden lever- og nyrefunksjon, noe som kan øke risikoen for uønskede legemiddeleffekter hos

barnet. Spedbarn under 2–3 måneder regnes som særlig følsomme for opioideffekter.

Bruk av opioider i barseltiden bør begrenses til behandling av akutte moderate til sterke smerter. Multimodalt smerteregime er anbefalt. Det er lite gjennomførbart og lite å vinne på å tilpasse ammingen etter tidspunkt for opioidbruk i denne perioden.

Ved bruk av opioider er det viktig å følge nøye med på mulige bivirkninger hos barnet, som unormal søvnighet, slapphet, redusert sugevillighet eller matinntak, samt endret pustemønster, inkludert redusert pustefrekvens. Bruk av opioider hos ammende utover 2–3 dager krever særskilt vurdering og tett oppfølging av mor og barn.

Risikoreduksjon ved bruk av opioider hos ammende

Ved bruk av opioider under amming i hjemmesituasjon skal helsepersonell i forkant vurdere om foreldrene har forutsetninger for å ivareta nødvendig oppfølging av barnet. Foreldrene må på sin side være innforstått med ansvaret og forplikte seg til å følge opp barnet.

- Unngå bruk utover 2–3 dager, særlig i hjemmesituasjonen.
- Lavere dose gir lavere risiko. Unngå maksdoser hvis mulig. Bruk andre smertestillende (paracetamol, NSAIDs, anestesi) i kombinasjon med opioider for opioidbesparende effekt.
- Foreldrene informeres om mulig risiko for bivirkninger, også ved kortvarig behandling, og om behovet for å følge nøye med på barnet for tegn til bivirkninger (se PASIENTINFORMASJON).
- Kodein (og muligens oksykodon) kan gi uforutsigbare effekter hos brystbarn. Vurder å forskrive andre, mer forutsigbare opioider (for eksempel morfin).
- Mors reaksjon på opioider (grad av sedasjon, andre opioidbivirkninger) kan si noe om barnets risiko (grad av sedasjon samsvarer ofte hos mor og barn).
- Bruk av andre CNS-legemidler hos mor kan forsterke opioidenes dempende effekter.

Bruk av opioider ut over 3 dager

Bruk av opioider hos ammende utover 2-3 dager krever særskilt vurdering, blant annet av:

- Behandlingsbehov, dose og forventet behandlingstid

- Stadium i ammeperioden, som påvirker hvor mye morsmelk barnet inntar, samt sårbarhet hos barnet
- Barnets alder og kliniske tilstand
- Behandlingssetting (sykehus versus hjemmesituasjon) og mulighet for tett oppfølging av barnet
- Tidligere eksponering for opioider sent i svangerskapet, som muligens kan påvirke barnets følsomhet for opioideffekter etter fødsel

Bruk utover 2–3 dager forutsetter dessuten tett observasjon av både mor og barn.

PASIENTINFORMASJON

Helsepersonell har ansvar for å informere den ammende (og eventuelt partner) om mulige bivirkninger hos både mor og barn og om hvorfor og hvordan legemidlet skal brukes for å sikre korrekt behandling.

Foreldrene må være velinformerte og innforstått med mulig risiko, og har ansvar for å kontakte lege raskt ved tegn som kan tyde på bivirkninger hos barnet. Det må tas hensyn til at foreldre kan ha ulikt grunnlag for å vurdere hva som er normalt hos et nyfødt barn, særlig i starten.

Ved bruk av opioider bør foreldrene være særlige oppmerksomme på følgende symptomer hos barnet:

- Unormal søvnighet
- Slapphet
- Redusert sugevillighet/matinntak
- Endret pustemønster

Mor bør ikke samsove med barnet ved bruk av opioider. I slike situasjoner kan det være nødvendig at en annen person enn mor tar seg av barnet.

[Trygg Mammamedisin](#) er en gratis tjeneste der gravide og ammende kan stille spørsmål om legemidler under graviditet og ammeperioden. Spørsmålene besvares av farmasøyter og leger ved RELIS.

ENDRINGSLOGG

Delkapittelet ble revidert ifm hovedrevisjon Obstetrisk guidelinemøte våren 2026 og erstatter *Smertestillende til ammende i barsel*, som ble utarbeidet til Veileder i fødselshjelp 2020. Den utgåtte versjonen av delkapittelet finnes her: ...

REFERANSER

1. Berens P. Overview of the postpartum period: Normal physiology and routine maternal care. Version 152.0. In: UpToDate.
<https://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 16.05.2025).
2. Pharmacologic stepwise multimodal approach for postpartum pain management: ACOG Clinical Consensus No. 1. Obstet Gynecol 2021;138(3):507-517.
3. Nordeng H, Havnen G, Spigset O. Legemiddelbruk ved amming. Tidsskr Nor Legeforen 2012;132:1089-1093.
4. Hale TW, Krutsch K, editors. Medications and mothers' milk 2025-2026; 21th ed.
5. Mariano ER. Approach to the management of acute pain in adults. Including: Patients who are breastfeeding. Version 16.0. In: UpToDate.
<https://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 18.08.2025).
6. Ito S. Opioids in Breast Milk: Pharmacokinetic Principles and Clinical Implications. J Clin Pharmacol 2018; 58 Suppl 10: S151-S163.
7. National Library of Medicine. Drugs and Lactation Database (LactMed).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922/> (Søk: desember 2025).
8. Anderson PO. Opioid Use in Breastfeeding. Breastfeed Med. 2021;16(5):366-369.
9. E-lactancia.org (2025). *E-lactancia: Is it compatible with breastfeeding?*
<https://www.e-lactancia.org/> (Søk: desember 2025).
10. Nordeng H, Nilssen LS. G8 Amming og legemidler. I Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell (Sist endret: 03.12.2025).
11. Klinisk farmakologi, Karolinska Universitetssjukhuset. Janusmed amning.
<https://janusmed.se/amning> (Søk: desember 2025).
12. SPS (Specialist Pharmacy Service), NHS. a) Using codeine, dihydrocodeine or tramadol during breastfeeding. b) Using strong opioid analgesics during breastfeeding. <https://www.sps.nhs.uk/> (Søk: desember 2025).
13. Hale TW, Krutsch K. Opioid Use in Breastfeeding Mothers and Neonatal Risks. Clin Pharmacol Ther 2021;109(3):573-575.

14. Palmer GM, Anderson BJ, Linscott DK et al. Tramadol, breast feeding and safety in the newborn. Arch Dis Child 2018; 103: 1110-13.
15. Lam J, Kelly L, Ciszowski C, Landsmeer ML et al. Central nervous system depression of neonates breastfed by mothers receiving oxycodone for postpartum analgesia. J Pediatr 2012;160(1):33-7.e2.
16. Zipursky JS, Gomes T, Everett K et al. Maternal opioid treatment after delivery and risk of adverse infant outcomes: population based cohort study. BMJ 2023; 380: e074 005.
17. Koren G, Cairns J, Chitayat D et al. Pharmacogenetics of morphine poisoning in a breastfed neonate of a codeine-prescribed mother. Lancet 2006; 368(9536): 704.
18. Madadi P, Koren G, Cairns J et al. Safety of codeine during breastfeeding: Fatal morphine poisoning in the breastfed neonate of a mother prescribed codeine. Can Fam Physician 2007; 53: 33-35.
19. Zipursky J, Juurlink DN. The implausibility of neonatal opioid toxicity from breastfeeding. Clin Pharmacol Ther 2020; 108(5): 964-970.
20. Tsuyuki RT, Pimlott N. Risks of maternal codeine intake in breast-fed infants: A joint statement of retraction from the Canadian Pharmacists Journal and Canadian Family Physician. Can Pharm J (Ott). 2021; 154(1): 62-63.
21. European Medicines Agency (EMA). Codeine not to be used in children below 12 years for cough and cold. Tilgjengelig fra: https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/codeine-article-31-referral-codeine-not-be-used-children-below-12-years-cough-and-cold_en.pdf (Publisert: 24 April 2015).

Vedlegg 1

FORDYPNING: KODEIN, TRAMADOL, OKSYKODON OG MORFIN

Tramadol

Tramadol går i liten grad over i morsmelk. Ved vanlige doser hos mor er mengden som overføres via morsmelk betydelig lavere enn doser som har blitt brukt som smertelindring hos nyfødte (7,8), og anses lite sannsynlig å gi klinisk relevante bivirkninger hos brysternærte spedbarn (14). Tramadol metaboliseres delvis via CYP2D6, men klinisk betydning av genetiske variasjoner i CYP2D6 i ammekontekst er begrenset og langt mindre uttalt enn for kodein. Enkelte oppslagsverk vurderer derfor tramadol som forenlig med amming (9,12), men forsiktighet er påkrevd.

Tramadol er likevel ofte mindre egnet som førstevalg ved behov for opioidanalgesi hos mor. Den analgetiske effekten inntreffer relativt sent, og virkningsmekanismen er kompleks, med risiko for interaksjoner og bivirkninger, blant annet serotonergt syndrom ved samtidig bruk av serotonerge legemidler.

Oksykodon

Oksykodon har redusert eliminasjon hos små spedbarn og viser stor individuell variasjon (6,8), mens CYP2D6-polymorfisme vurderes å ha liten klinisk betydning (6). Det er rapportert tilfeller med sedasjon og andre opioide bivirkninger hos brysternærte spedbarn (7), og oksykodon er ikke nødvendigvis et tryggere legemiddel for ammende enn kodein (6). I en oppfølgingsstudie (139 mødre som brukte oksykodon) oppgav 20 % av mødrene symptomer hos barnet (15). Oksykodon har dessuten et høyt avhengighetspotensial, noe som taler for tilbakeholdenhet ved forskrivning. En anerkjent kilde angir 30 mg daglig som en konservativ øvre dose ved bruk av oksykodon hos ammende (7).

Morfin

Morfin har mer forutsigbar farmakokinetikk enn kodein og er ikke avhengig av CYP2D6 for smertestillende effekt. Enkelte eksperter og oppslagsverk vurderer lavdose morfin som et mer egnet opioidvalg hos ammende enn andre opioider (12,13). Morfin har lang klinisk erfaring ved bruk hos nyfødte og spedbarn, og regnes som et opioid med relativt forutsigbar pediatrik farmakokinetikk. Forsiktighet ved bruk under amming er fortsatt nødvendig.

Kodein er mindre egnet ved amming

Kodein sammen med paracetamol er en mye brukt legemiddelkombinasjon ved smerter i Norge. Kodein er mindre egnet ved amming på grunn av uforutsigbar metabolisme og rapporterte tilfeller av bivirkninger hos spedbarn, men kortvarig bruk ser trolig ut til å innebære lav risiko for de fleste brysternærte barn (16).

Det er imidlertid beskrevet tilfeller med uttalt søvnighet, apné, bradykardi og cyanose hos brysternærte barn der mor har brukt kodein terapeutisk (8). I en oppfølgingsstudie (210 mødre som brukte kodein) oppgav 17 % av mødrene CNS-depresjon hos barnet (15). En mye omtalt kasuistikk om et dødsfall hos et nyfødt barn etter 13 dagers kodeinbruk (17,18) er senere blitt grundig debattert og betvilt, og publikasjoner som beskrev tilfellet er trukket tilbake (19,20). På bakgrunn av

uforutsigbar metabolisme og rapporterte tilfeller av bivirkninger anbefaler Direktoratet for medisinske produkter (DMP) og European Medicines Agency (EMA) at ammende ikke bruker kodein (21).

Kodein er et prodrug som må omdannes til morfin via CYP2D6 for å gi smertestillende effekt. Genetiske variasjoner i CYP2D6 gir store individuelle og uforutsigbare forskjeller i omdannelseshastighet og dermed i både effekt og risiko. Noen kvinner får liten smertelindring, mens andre («ultraske omsettere») kan danne høye morfinkonsentrasjoner som potensielt kan medføre symptomer på morfinforgiftning hos det brysternærte barnet.

En CYP test kan avdekke ekstra sårbarhet hos mor og barn, det vil si om mor er ultraskomsetter via CYP2D6. CYP2D6-testing av mor kan overveies ved forventet behov for videre behandling med kodein utover kortvarig bruk, forutsatt at det foreligger en klar faglig indikasjon for slik behandling i ammeperioden.

CYP2D6 er gjenstand for genetisk polymorfisme: Det er store etniske forskjeller i fordelingen av de ulike variantene av CYP2D6.

- I Nord-Europa er andelen langsomme legemiddelomsettere anslått til om lag 10 %, mens ultraske legemiddelomsettere utgjør rundt 1–2 %.
- I enkelte regioner i Nordøst-Afrika er andelen ultraske legemiddelomsettere betydelig høyere, rapportert til opptil 30–40 %.

Vedlegg 2

TABELL 2.

ANBEFALTE NETTRESSURSER OM LEGEMIDLER OG AMMING

Navn på oppslagsverk / database	Språk	Karakteristikk / lenke
Amming og legemidler – Legemiddelhåndboka	Norsk	Kortfattet norsk kilde om legemidler og amming. G8 Amming og legemidler Legemiddelhåndboka Generell informasjon om legemidler ved amming, og korte tekster om legemidler og sikkerhet ved amming (Tabell A–Å).
RELIS	Norsk	Faglige vurderinger av legemiddelbruk ved amming, basert på konkrete problemstillinger. www.relis.no Svar fra RELIS (Regionale Legemiddelinformasjonssentre) til helsepersonell, blant annet på spørsmål om amming og legemidler
LactMed® (Drugs and Lactation Database)	Engelsk	Internasjonalt anerkjent amerikansk kilde Drugs and Lactation Database (LactMed®) - NCBI Bookshelf Detaljert og oppdatert informasjon om legemidler og sikkerhet ved amming.
e-lactancia	Engelsk/ spansk	Internasjonalt anerkjent europeisk kilde e-lactancia. Is this compatible with breastfeeding? Informasjon om legemidler ved amming (inneholder også informasjon om andre typer eksponeringer).
Janusmed – amming	Svensk	Svensk oppslagsverk om legemidler og amming. Amning Janusmed

Merk at preparatomtaler i Felleskatalogen ikke er inkludert i tabell 2, da legemiddelindustriens informasjon om legemidler og amming ofte avviker fra anerkjente, kunnskapsbaserte oppslagsverk. Preparatomtalens avsnitt «Graviditet, amming og fertilitet» i Felleskatalogen kan likevel brukes som inngang til informasjon om aktuelt legemiddel og amming i Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell.