

INSIDENS AV SYKDOMMENE ULCERØS KOLITT & CROHNS SYKDOM I FINNMARK

5.årsoppgave, våren -04

Geir Høybjør, med.stud. Kull-99, Universitetet i Tromsø

Samarbeidspartnere:

- Professor Jon Florholmen, Gastromedisinsk avdeling, Universitetssykehuset i Nord Norge, Tromsø (veileder)
- Avd.overlege Ove Aronsen, med.avd, Hammerfest sykehus
- Avd.overlege Helge Søndena, med.avd, Kirkenes sykehus
- Overlege Knut Johnsen, Karasjok spesialisenter / Universitetssykehuset i Nord-Norge

INNHALDSFORTEGNELSE

Resymé.....	s.3
Bakgrunn.....	s.4
Hensikt.....	s.5
Materiale og metode.....	s.6
Resultater.....	s.8
Tabeller.....	s.10
Diskusjon.....	s.12
Konklusjon.....	s.13
Referanser.....	s.14

RESYMÉ

Inflammatorisk tarmsykdom (IBD) består av de kroniske tarmsykdommene ulcerøs kolitt og Crohns sykdom. Årsaken til IBD er ukjent. Det er den siste tiden rapportert en økende insidens av disse sykdommene. Hensikten med denne studien var å bestemme insidensen av disse to sykdommene i Finnmark i 2000-2002. Pasientene ble funnet ved hjelp av registreringer av koloskopiundersøkelser ved Hammerfest sykehus, Kirkenes sykehus og Spesialistsenteret i Karasjok samt databaserte diagnoselister ved Universitetssykehuset i Nord-Norge.

Kriterier for diagnose var typisk sykehistorie og endoskopiske funn samt histologisk verifisert diagnose. For ulcerøs kolitt fant man en insidens på 26,6 / 100000 og for Crohn 13,1 / 100000. Sammenliknet med studier fra Finnmark fra 1983-86 viser dette en økning på henholdsvis 220 % og 340 %, i begge tilfeller signifikant med $p > 0,001$. Det ble ikke funnet signifikant høyere insidens av ulcerøs kolitt i kommuner i indre strøk, slik man hadde mistanke om. Kjønnfordelingen og gjennomsnittsalderen var jevnt fordelt mellom sykdommene.

Konklusjon: Det har vært en sterk økning i insidensen både av ulcerøs kolitt og Crohns sykdom i Finnmark de siste 15 årene.

BAKGRUNN

Ulcerøs kolitt er en kronisk betennelse i tarmslimhinnen som bare rammer tarmsystemets nedre del. Sykdommen starter som regel i rectum og kan etterhvert spre seg til tykktarmen og coecum.. Ulcerøs kolitt er en predisponerende faktor for coloncancer og dette gjelder særlig når sykdommen rammer hele tykktarmen. Prevalensen er 2-3 per 1000 personer i Norge.

Debutalder er vanligvis i ungdomsalder eller hos unge voksne.

Histologisk er det en ikke-granulomatøs betennelse som rammer mucosa, det ytterste laget i tarmveggen. Immunologisk sett er ulcerøs kolitt en Th2 sykdom der det skjer en overaktivering av B-lymfocytter.

Crohns sykdom er en kronisk betennelsesykdom som oftest sitter enten i tykktarmen eller i nedre del av tynntarmen, men kan forekomme i hele fordøyelseskanalen fra munnhulen til anus. Prevalensen er ca. 1 per 1000 personer i Norge. Insidensen er høyest i aldersgruppen 20-30 år og kvinner rammes noe hyppigere enn menn.

Histologisk skiller Crohns sykdom seg en del fra ulcerøs kolitt ved at hele tarmveggen kan affiseres og dette kan resultere i stenoser. Dessuten finner man gjerne typiske "skip lesions" ved Crohns sykdom, det vil si at tarmen er vekselvis betent og frisk. Videre er det en Th1 sykdom der makrofager aktiveres og Crohn sykdom er derfor granulomatøs.

Hos ca 10% av pasientene er det ikke mulig å skille mellom ulcerøs kolitt og Crohns sykdom.

Typiske symptomer på Crohns sykdom er smerter og ublodig diaré, men symptomene er ofte svært varierende og diffuse. Smertene skyldes som regel obstruksjon av tarmen og er derfor ofte kolikkartede. Andre symptomer kan være kvalme, brekninger, vekttap, etc.

Ernæringsproblemer, malabsorpsjon, perianallidelser og fisteldannelser forekommer langt hyppigere enn ved ulcerøs kolitt.

Det kliniske bildet ved ulcerøs kolitt domineres vanligvis av periodevis blod- og pusstilblandet avføring, blodig diaré, eventuelt abdominalsmerter og anemi.

Som ledd i utredningen er koloskopi undersøkelse viktig, både for makroskopisk vurdering av tarmen og for å ta biopsier. Rtg.tynntarm er nyttig ved Crohns sykdom for å vurdere utbredelse og for å se etter fistler. Blodprøver, blant annet hemoglobin, senkning, hvite og

CRP, er også nyttige både som i ledd i utredning og for å vurdere sykdomsaktivitet.

Studier har vist at en viktig årsaksfaktor for ulcerøs kolitt og Crohns sykdom er arv (3). For ulcerøs kolitt har det også vist seg at røyking har en preventiv virkning mens sykdommen har økt forekomst blant tidligere røykere. Crohns sykdom er hyppigere blant røykere (5).

Det er foreslått at ulcerøs kolitt kan debutere som en følge av matvareallergi og Crohns sykdom kan debutere i sammenheng med infeksjon, men sikker kunnskap foreligger foreløpig ikke.

Det har de siste årene kommet rapporter fra andre land om at forekomsten av de kroniske inflammatoriske tarmsykdommene (IBD) ulcerøs kolitt og Crohns sykdom har vært økende (3,4). Man har ingen sikker forklaring på dette, men det er foreslått årsaker som endret livsstil, inkludert endret kosthold, stress og andre miljøfaktorer.

Det ble foretatt en epidemiologisk studie av IBD i Nord- Norge i 1983-86 av S.Kildebo og medarbeidere (1,2) hvor man fant en årlig insidens i Finnmark på henholdsvis 11,6 /100000 og 3,9 /100000 for ulcerøs kolitt og Crohns sykdom.

HENSIKT

Hensikten med denne studien er å sammenlikne insidensen av IBD i Finnmark i årene 2000-2002 og se på utviklingen fra den tilsvarende undersøkelsen fra 1983-86.

MATERIALE OG METODE

Oppgaven ble begrenset til pasienter med bopel i Finnmark fylke, og som fikk diagnostisert inflammatorisk tamsykdommer (ulcerøs kolitt eller Crohns sykdom) i løpet av år 2000-2002. Pasientmaterialet ble hentet fra Universitetssykehuset i Tromsø, Hammerfest sykehus, Karasjok spesialistlegesenter og Kirkenes sykehus.

De aktuelle pasientene ble funnet ved gjennomgang av registreringer over utførte koloskopiundersøkelser i Hammerfest, Karasjok og Kirkenes, og deretter bruk av journaler for å verifisere diagnosen. Dette ble gjort med hjelp fra de overnevnte leger. Ved Universitetssykehuset i Nord-Norge ble dataregistrerte diagnoselister benyttet.

For endelig diagnose ble følgende 3 kriterier benyttet;

- typisk sykehistorie
- endoskopifunn
- histologisk verifisert diagnose.

Insidensen ble sammenlignet med tidligere undersøkelser fra Finnmark (1, 2).

Det gjennomsnittlig befolkningstallet i Finnmark år 2000-2002 var 73960.

Følgende kommuner ble definert som "indre":

- Karasjok
- Kautokeino
- Tana

Disse kommunene hadde et gjennomsnittlig innbyggertall på 8990 i denne perioden.

De resterende kommuner ble definert som ytre kommuner.

For å kartlegge eventuelle risikofaktorer for ulcerøs colitt og Crohns sykdom sendte man ut spørreskjema til pasientene.

Følgende mulige risikofaktorer ble inkludert:

- mosjon / fysisk aktivitet
- salt mat
- grønnsaker
- røyking
- kaffe
- yrke
- andre sykdommer (psoriasis, leddgikt, Bechterew)

For å teste statistiske forskjeller benyttet man seg av Kji-kvadrat test for å vurdere signifikans. $p < 0.05$ ble definert som statistisk signifikant.

RESULTATER

Man fant følgende insidenser i Finnmark i år 2000-2002:

-Ulcerøs kolitt: 26,6 per 100000 innbyggere (tabell 1)

-Crohns sykdom: 13,1 per 100000 innbyggere (tabell 1)

Resultatet fra undersøkelser fra 1983-86 (1. og 2.) viste følgende insidens:

-Ulcerøs kolitt: 11,6 per 100000 innbyggere

-Crohns sykdom: 3,9 per 100000 innbyggere

Det gjennomsnittlige befolkningstallet i Finnmark i år 2000-2002 var 73960, mens det tilsvarende i 1983-86 var 74050. Ved hjelp av Kji-kvadrat metoden kan man sammenlikne insidensene og finner da for både ulcerøs kolitt og Crohns sykdom at økningen er signifikant med $p < 0,001$ (tabell 2).

Kjønnsfordelingen (tabell 3) og gjennomsnittsalderen (tabell 4) ser nokså jevn ut for ulcerøs kolitt og Crohns sykdom, men med en tendens til lavere gjennomsnittlig debutalder for Crohn og en høyere insidens av Crohns sykdom blant kvinner. Verken for gjennomsnittlig debutalder eller kjønnsfordelig er forskjellene signifikante mellom de to gruppene.

Blant pasienten med Crohn var det 6 barn under 11 år, mens det kun var ett barn under 11 år som fikk diagnostisert ulcerøs kolitt.

Man undersøkte deretter om det var forskjeller i insidens mellom indre og ytre strøk av Finnmark. På forhånd hadde man en mistanke om at ulcerøs kolitt dominerer i indre strøk, mens Crohn dominerer i ytre strøk. Dette baseres på observasjoner gjort av gastroenterologer i Finnmark.

Som man ser av tabell 5 er det en tendens til økt insidens av Crohn i ytre strøk, men dette når ikke signifikant nivå. For ulcerøs kolitt er det ingen forskjell mellom indre og ytre strøk.

Av totalt 88 pasienter med ulcerøs kolitt eller Crohn sendte man spørreskjema (se vedlegg) til 81 pasienter. De øvrige 7 pasientene var enten død eller hadde ukjent adresse. 59 av pasienten svarte på spørreskjemaet, altså 72,8%. Av de 59 pasientene har 37 ulcerøs kolitt og 22 Crohns sykdom.

Hensikten med spørreskjemaet var å se på forekomsten av mistenkte risikofaktorer hos pasienter med ulcerøs kolitt eller Crohns sykdom, sammenliknet med den generelle befolkningen i Finnmark. Som sammenlikning har man planlagt å bruke resultater fra den seneste Finnmarksundersøkelsen i 2002. Resultatene herfra er imidlertid ikke klar, og man kan derfor foreløpig bare sammenlikne internt mellom ulcerøs kolitt og Crohns sykdom.

Blant pasientene med ulcerøs kolitt var 62,2% tidligere røykere og kun 16,2% røyker nå. De tilsvarende tallene for Crohns sykdom var 33,3% tidligere røykere og 46,7 % som røyker nå. Ved hjelp av Kji-kvadrat metoden finner man at antall tidligere røykere er signifikant høyere ($p < 0,05$) blant pasienter med ulcerøs kolitt enn blant pasienter med Crohns sykdom. Tilsvarende er det en tendens til at flere pasienter med Crohns sykdom røyker enn for ulcerøs kolitt, men dette er ikke signifikant. Resultatene her samsvarer godt med de funn som er gjort i tidligere studier (5) hvor man har funnet en klar preventiv effekt av røyking for ulcerøs kolitt og en predisponerende effekt av røyking for Crohns sykdom. Årsakene er ikke kjent.

Videre fant man en tendens til at pasienter med Crohns sykdom drikker mer kaffe enn pasienter med ulcerøs kolitt. Dette er dog ikke signifikant, men et interessant funn som kan være verd å inkludere i større undersøkelser.

Resultatene fra de øvrige spørsmålene i spørreskjemaet viste ingen forskjeller mellom ulcerøs kolitt og Crohn.

TABELLER

TABELL 1: Fordeling av insidensen mellom ulcerøs kolitt og Crohns sykdom i Finnmark i år 2000-2002

	Ulcerøs kolitt	Crohns sykdom
Hammerfest sykehus	31	17
Kirkenes sykehus	11	9
RiTø	1	3
Karasjok legesenter	16	0
Totalt	59	29
Årlig insidens (1/100000)	26,6	13,1

TABELL 2: Insidensene av inflammatorisk tarmsykdom i Finnmark i 1983-86 og i 2000-2002

	Kildebo 1983-86*	Høybjør 2000-2002	Økning
Ulcerøs kolitt	11,6	26,6	220%**
Crohns sykdom	3,9	13,1	340%***

* se referanser 1,2.

** signifikant forskjell fra Kildebo 1983-86 med $p > 0,001$ etter Kji-kvadrat metoden.

*** signifikant forskjell fra Kildebo 1983-86 med $p > 0,001$ etter Kji-kvadrat metoden.

TABELL 3: Kjønnfordeling i insidens av inflammatorisk tarmsykdom i Finnmark i år 2000-2002.

	Ulcerøs kolitt	Crohns sykdom	Totalt
Kvinner	28	18	46
Menn	31	11	42
Totalt	59	29	88

TABELL 4: Gjennomsnittlig debutalder for inflammatorisk tarmsykdom i Finnmark i år 2000-2002.

	Ulcerøs kolitt	Crohns sykdom
Kvinner	44,9	36,6
Menn	47,3	36,5
Totalt	46,1	36,6

TABELL 5: Insidensen av inflammatorisk tarmsykdom i Finnmark i år 2000-2002 sortert etter geografisk fordeling (indre eller ytre strøk).

	Ulcerøs kolitt	Crohns sykdom	Totalt
Indre strøk	7	0	7
Ytre strøk	52	29	81
Totalt	59	29	88

DISKUSJON

Insidensen av IBD i denne undersøkelsen er svært høy sammenliknet med tidligere resultater fra Finnmark (1,2). Spørsmålet er derfor om økningen er reell eller om den skyldes diagnostiske / metodiske ulikheter. I studien foretatt av Kildebo og medarbeidere (1,2) ble materialet samlet på følgende måte: Navn på pasienter med de aktuelle diagnoser ble oppspord på Patologiske avdelinger, UNN. I tillegg ble det sendt brev til kommunelegene i Finnmark. Selv om metodene er noe forskjellig fra den som er benyttet i denne studien, må man regne med at man fikk registrert tilnærmet 100 % av alle nye tilfeller. Vår studie er basert på koloskopiundersøkelser ved de ulike laboratorier i Finnmark samt elektroniske diagnoselister ved UNN, og samtidig verifiserte histologiske resultater fra Patologisk avdeling, UNN. Den eneste forskjellen vil være pasienter med bopel i Finnmark som har vært til undersøkelse på andre laboratorier som sender biopsier til UNN. I praksis vil det være Harstad sykehus. Erfaringsmessig vet man at dette kun vil skje unntaksvis. Man kan derfor med rimelig god sikkerhet tillate å foreta sammenligning av insidensen i disse to studiene.

Økningen i insidensen av inflammatoriske sykdommer i Finnmark de siste 15 årene virker derfor å være reell. Dette stemmer også med det inntrykket gastroenterologer i aktuelle region har. Tendensen stemmer også med tilsvarende forhold i andre vestlige land (3. og 4.). Årsaken til dette er ukjent. Man har foreslått endringer i livsstil selv om det mangler sikker dokumentasjon på dette. For å undersøke dette nærmere må man undersøke livsstilsfaktorer hos pasienter med IBD mot normalbefolkningen i Finnmark. Det er foretatt en Finnmarksundersøkelse i 2002 hvor ulike livsstilsfaktorer ble undersøkt. De samme livsstilsspørsmålene ble også stilt i vår undersøkelse. Vi avventer derfor resultater fra denne Finnmarksundersøkelsene og tidligere undersøkelser (1987-88) for nærmere studier om livsstilsfaktorer som kan ha betydning for den sterke økningen i insidens av IBD i Finnmark.

KONKLUSJON

Resultatet av prosjektet viser en statistisk høysignifikant økning av insidensen av tarmsykdommene ulcerøs kolitt og Crohns sykdom i Finnmark.

Det ser ikke ut til å være noen store forskjeller i insidensen mellom menn og kvinner.

Gjennomsnittsalderen for de to sykdommer var tilnærmet like. Det ble ikke funnet høyere insidens av ulcerøs kolitt i kommuner i indre strøk, slik man hadde mistanke om. Man avventer data fra befolkningsundersøkelse i Finnmark i 2002 og tidligere undersøkelser for å studere om livsstilsfaktorer kan ha betydning for den sterke økningen av IBD de siste 20 årene.

REFERANSER

1. «The incidence of Ulcerative Colitis in Northern Norway from 1983 to 1986", *S.Kildebo, et.al.* Scandinavian Journal of Gastroenterology. 1990, 25: 890-896
2. «The incidence of Crohn`s Disease in Northern Norway from 1983 to 1986", *S.Kildebo, et.al.* Scandinavian Journal of Gastroenterology. 1989, 24: 1265-1270.
3. «The epidemiology and the pathogenesis of inflammatory bowel disease» *K.Karlinger, T.Gyorke, et.al.* European Journal of Radiology. 2000, 35: 154-167.
4. «Changes in the incidence of inflammatory bowel disease: What does it mean?» *MG.Russel* European Journal of Intern Med. 2000, 11: 191-196.
5. «Nonspesific Inflammatory Bowel Disease and Smoking», *S.Franceschi, E.Panza et.al.* American Journal of Epidemiology. 1987, 125: 445-452.

Vedlegg: Pasientinformasjon og spørreskjema

PASIENTINFORMASJON

Forespørsel om å være med i en forskningsundersøkelse av tarmsykdommene Ulcerøs kolitt og Crohns sykdom i Finnmark.

Jeg er en medisinstudent ved Universitetet i Tromsø som skal se på utbredelsen av og årakssammenhenger for tarmsykdommene Ulcerøs kolitt og Crohns sykdom i Finnmark. Du har vært til undersøkelse ved Hammerfest sykehus, Kirkenes sykehus, UNN/RiTø eller Karasjok legesenter og fått diagnostisert en av disse sykdommene i løpet av år 2000-2002. Dersom du er under 12 år vil denne henvendelsen gå til dine foreldre eller andre foresatte.

Hensikten med studien

Hensiktene med studien er å se om det har vært en økning av disse sykdommene de siste årene. Jeg vil også undersøke mulige årsaker til sykdommene. Studien omfatter pasienter fra Finnmark som har fått diagnostisert Ulcerøs kolitt eller Crohns sykdom i løpet av år 2000-2002.

Hvordan har man innhentet informasjon om deg og din sykdom?

Leger ved Kirkenes sykehus, Spesialistsenteret i Karasjok, Hammerfest sykehus og UNN/RiTø har gjennom søk i sykehusjournaler funnet at du har fått diagnostisert en av de overnevnte sykdommene. Kun disse legene kjenner din identitet. Alle data om deg vil bli behandlet konfidensielt.

Studien er anonym

Informasjonen du gir vil bli behandlet konfidensielt. Vi vil bruke EDB (elektronisk databehandling) for å registrere informasjonen og bearbeide resultatene, men navnet ditt vil ikke stå andre steder enn i din pasientjournal. Ingen opplysninger fra studien vil bli brukt på en slik måte at enkeltpersoner kan identifiseres. De innsamlede data er ikke tenkt lagret eller brukt for andre formål enn det som omfattes av dette prosjektet.

Studien er frivillig

Deltakelse er frivillig. Dersom du ikke ønsker å delta, avstår du fra å svare på dette brevet eller du svarer blankt. Dette vil ikke få noen konsekvenser for ditt forhold til helsevesenet.

Dersom du ønsker kontakt med den ansvarlige for dette prosjektet kan du kontakte Professor Jon Florholmen, Universitetssykehuset i Nord Norge, Tromsø, tlf:77626000

Konklusjoner av undersøkelsen kan man få ved å kontakte den ansvarlige for prosjektet. Disse informasjonene kan man få uten å tilkjenne sin identitet.

Jeg håper du er villig til å delta i prosjektet.

Vennlig hilsen

Geir Høybjør
Medisinstudent
Universitetet i Tromsø

SPØRRESKJEMA

Ulcerøs kolitt.....
Crohns sykdom.....

1. Mosjon

-Bevegelse og kroppslig aktivitet i din fritid. Dersom aktiviteten varierer mye, f.eks mellom sommer og vinter, så ta et gjennomsnitt. Spørsmålet gjelder bare det siste året.

(sett kryss i den ruten som passer best)

Leser, ser på fjernsyn eller annen stillesittende beskjeftigelse.....
Spaserer, sykler eller beveger deg på annen måte minst 4 timer i uken. (Her skal også gange eller sykling til arbeidsstedet, søndagsturer, m.m. regnes med).....
Driver mosjonsidrett, tyngre hagearbeid e.l. minst 4 timer i uken
Trener hardt eller driver konkurranseidrett regelmessig og flere ganger i uken

2. Kosthold

-Hvor ofte bruker du salt kjøtt eller salt fisk til middag?

(sett kryss i den ruten som passer best)

Aldri eller sjeldnere enn en gang i måneden
Inntil en gang i uken
Inntil to ganger i uken
Mer enn to ganger i uken

-Hvor ofte pleier du å strø ekstra salt på middagsmaten?

(sett kryss i den ruten som passer best)

Sjelden eller aldri
Av og til eller ofte
Alltid eller nesten alltid.....

-Hvor ofte spiser du fisk eller retter med fisk til middag?

Sjeldnere enn en gang i uken.....
1-2 ganger i uken
3-4 ganger i uken
5-6 ganger i uken.....
7 ganger i uken

-Hvor ofte spiser du vanligvis grønnsaker til / ved siden av kjøtt / retter med kjøtt?

Aldri eller sjelden
Av og til
Ofte
Alltid eller nesten alltid.....

-Hvor ofte spiser du vanligvis grønnsaker til /ved siden av fisk / retter med fisk?

Aldri eller sjelden
Av og til
Ofte
Alltid eller nesten alltid.....

3. Røyking

-Røyker du daglig for tiden?

JA	NEI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

-Dersom svaret er "JA": Røyker du sigaretter daglig?.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

-Dersom svaret er "NEI": Har du røkt sigaretter tidligere?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

-Hvis du svarer "JA": Hvor lenge er det siden du sluttet?

Mindre enn 3 måneder

<input type="checkbox"/>

3 måneder - 1 år

<input type="checkbox"/>

1-5 år

<input type="checkbox"/>

Mer enn 5 år

<input type="checkbox"/>

-Skal besvares av de som røyker eller som har røkt tidligere:

-Hvor mange år har du røkt daglig?

År:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

-Hvor mange sigaretter røyker eller røkte du daglig?

Antall:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

-Røyker du noe annet enn sigaretter daglig?

Sigarer eller liknende

JA	NEI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pipe

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

4. Kaffe

-Hvor mange kopper kaffe drikker du vanligvis per dag?

(sett kryss i den ruten som passer best.)

Drikker ikke kaffe, eller mindre enn en kopp

<input type="checkbox"/>

1-4 kopper.....

<input type="checkbox"/>

5-8 kopper.....

<input type="checkbox"/>

9 eller flere kopper

<input type="checkbox"/>

5. Geografisk bakgrunn

-Nåværende bostedskommune:

-Bostedskommune siste 5 år:

(Hvis du har flyttet gjelder den kommunen du har bodd lengst i.)

-Hvor bodde du det meste av tiden før du fylte 16 år?

På nåværende sted

<input type="checkbox"/>

Annet sted i Finnmark.....

<input type="checkbox"/>

Vennligst angi hvilken kommune... ..

Troms / Nordland.....

<input type="checkbox"/>

Norge ellers

<input type="checkbox"/>

Utenfor Norge

<input type="checkbox"/>

6. Yrke / Arbeid

-Har du dagarbeid eller skiftarbeid?

	JA	NEI
Dagarbeid		
Skiftarbeid		
Arbeidsledig		

-I hvilken grad innebærer arbeidet fysisk aktivitet?

Lite.....	
Moderat.....	
Mye	

-Har du utearbeid (i over 30% av ditt arbeid)?

JA	
NEI	

-Hvor stor del av det daglige arbeid i hjemmet gjør du vanligvis selv?

(sett kryss i den ruten som passer best)

Alt eller nesten alt	
Minst halvparten.....	
Mer enn en fjerdedel.....	
Mindre enn en fjerdedel	

7. Familiære forhold

-Har du eller har du hatt:

(kryss ja eller nei for hvert spørsmål)

	JA	NEI
Hudsykdommen psoriasis		
Leddgikt		
Bechterews sykdom.....		
Leddsmarter eller stivhet (uten diagnose)		

-Kryss av for de slektningene som har eller har hatt noen av sykdommene:

(F = far, M = mor, B = bror, S = søster, O = onkel / tante, Be = besteforeldre og K = kusine / fetter)

	F	M	B	S	O	Be	K
Ulcerøs kolitt							
Crohns sykdom							
Leddgikt (revmatoid artritt).....							
Bechterews sykdom.....							
Hudsykdommen psoriasis							