



Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

**Bacheloroppgave**  
*Fagartikkel*

**Småbarnsmorens dilemma**  
The predicament of an infant's mother

Kandidatnummer: 1004

Antall ord: 4439

## Abstrakt

**Innledning:** Amming er relatert til helsefordeler for både mor og barn, men kroniske sykdommer som inflammatorisk artritt kan problematisere ammingen. Mange kvinner med revmatisk sykdom opplever oppblussing av sykdommen sin etter fødsel og har behov for medisiner. Småbarnsmødre med revmatisk sykdom som bruker sykdomsmodifiserende antirevmatiske legemidler må følge retningslinjer knyttet til sitt legemiddel, hvor flere av medisinene ikke er forenlig med amming. Dette fører til at småbarnsmødrene står ovenfor et dilemma: skal de prioritere å amme barnet fremfor å ta medisiner som kan dempe sykdomsaktiviteten? Dette er en utfordrende beslutning for mange, og flere kan trenge støtte og veiledning fra helsevesenet. Ifølge norsk lovverk, yrkesetiske retningslinjer og European League Against Rheumatism har sykepleiere en viktig veiledende og støttende rolle. Denne studien undersøker hvilke utfordringer revmatiske småbarnsmødre beskriver med tanke på ammestopp og medisinbehov, i tillegg til å se nærmere på om de opplever å få den hjelpen de trenger.

**Metode:** I denne studien har vi gjennomgått svarene på de åpne spørsmålene i spørreundersøkelsen om livskvalitet hos småbarnsmødre med revmatiske sykdommer, gjennomført av Norsk Kompetansetjeneste for Revmatiske Sykdommer og Svangerskap. Undersøkelsen ble utført i 2019.

**Resultat:** Resultatene viser at småbarnsmødrene avslutter ammingen for å kunne begynne på medisiner, og at mange av dem opplever dette som et vanskelig dilemma. Resultatene viser også at de etterlyser veiledning med tanke på ammestopp og medisineringsstart, og at enkelte opplever mangel på veiledning og støtte fra helsevesenet.

**Konklusjon:** Studien har vist at de revmatiske småbarnsmødrene etterlyser støtte og veiledning når det kommer til deres dilemma. Videre belyser denne studien behovet for utforming av en helhetlig behandlingsplan med veiledning relatert til ammestopp og medisineringsstart.

## Abstract

**Introduction:** Breastfeeding has health benefits for both mother and child, however, chronic diseases such as inflammatory arthritis can make breastfeeding challenging. After giving birth, many women with rheumatic diseases experience flare, and consequently, a need for medication. Mothers with new-borns, and with rheumatic diseases, need to follow guidelines linked to disease modifying anti-rheumatic drugs. These are often incompatible with breastfeeding. Moreover, this results in a predicament: should they prioritise breastfeeding or start medication to mitigate their disease? For many, this decision is demanding and they need support and guidance from healthcare services. According to Norwegian legislation, professional and ethical guidelines, and European League Against Rheumatism, nurses play an important role in supporting and guiding these mothers. This study examines the challenges faced by mothers with new-borns and rheumatic diseases in relation to breastfeeding and need for medication. Additionally, this study specifies individual experiences and whether mothers believe that they are getting the assistance they need.

**Method:** In this study, we have examined the written answers from the questionnaire on life quality amongst mothers with rheumatic diseases by Norwegian National Advisory Unit on Pregnancy and Rheumatic Diseases. The survey was conducted in 2019.

**Result:** The results show a trend in which mothers stop breastfeeding their new-borns to start medicated treatments, whereby many perceive this as a difficult predicament. The results also show that mothers are seeking additional guidance regarding breastfeeding and treatment start. Lastly, it highlights individuals who are experiencing lack of overall guidance and support from healthcare services.

**Conclusion:** This study has argued that mothers with rheumatic diseases seek additional support and guidance to address their challenges. Moreover, this study emphasises the need to design a comprehensive and all-encompassing treatment plan with instructions related to difficulties with breastfeeding, as well as guidance in early stages of medicated treatment.

## Bakgrunn

### **Amming, sykdom og medikamentell behandling**

55 000 barn fødes i Norge hvert år (1). Hvert barn og hver mor og deres barselstid er unik. Det er mange ulike barselsforløp og -rutiner, og det er utarbeidet råd og anbefalinger fra helseorganisasjoner som skal veilede småbarnsmødrene i denne spennende tiden, blant annet råd om amming.

Amming er en av de mest effektive måtene å sikre god barnehelse ifølge Verdens Helseorganisasjon [WHO]. Det anbefales å fullamme spedbarnet fram til det er seks måneder, for deretter å supplere med annen trygg mat fram til barnet er to år. Spedbarnet får all den energien, næringen og de antistoffene de trenger gjennom brystmelk, som i tillegg er helt trygt og rent (2). Videre er amming forbundet med helsefordeler, både kortsiktige og langsiktige, for både mor og barn (3). En del kroniske sykdommer og medisinerer kan derimot problematisere barselstid og amming. Revmatiske sykdommer er sentrale i denne sammenhengen (4).

Inflammatorisk artritt [IA] refererer til en gruppe kroniske revmatiske sykdommer, slik som revmatoid artritt [RA]. I følge Wyller rammer RA omtrent én prosent av den voksne befolkningen, hvor kvinner rammes tre-fire ganger hyppigere enn menn (5). Typisk for RA er smerter, hovne ledd, stivhet og utmattelse, som ofte resulterer i nedsatt funksjon og funksjonstap. Et karakteristika av RA er symmetrisk leddhevelse, der både over- og underkstremitetene rammes på omtrent samme måte. Sykdommen er ofte mest uttalt i de distale delene av bevegelsesapparatet.

RA behandles i all hovedsak farmakologisk med symptommodifiserende og/eller sykdomsmodifiserende antirevmatiske legemidler [DMARDs]. Symptommodifiserende legemidler, som vanlige smertestillende legemidler, lindrer pasientens plager, men har liten påvirkning på den underliggende sykdommen (5). Norsk legemiddelhandbok beskriver at behandling med DMARDs har som mål å oppnå remisjon ved å redusere leddsmerter og -ødeleggelse helt, og få bedre funksjon og livskvalitet (6). Videre beskriver Norsk legemiddelhandbok at det er i dag god prognose ved RA, dersom det gis aggressiv behandling med DMARDs etter retningslinjene, supplert med kortikosteroider og symptommodifiserende behandling, i tillegg til funksjonsfremmende tiltak (6). Det er derimot vist at selv om sykdomsaktiviteten tilsynelatende er under kontroll kan røntgenologiske forandringer utvikle seg (6).

Ammende kvinner med revmatisk sykdom har mye å forholde seg til med tanke på bruk av nødvendige medisiner og amming av barnet sitt. Det finnes mange forskjellige typer DMARDs og tilhørende retningslinjer som gjør det vanskelig å ha oversikt (7). I følge veilederen på Nasjonal Kompetansetjeneste for

Svangerskap og Revmatiske Sykdommer [NKSJ] sine hjemmesider er det mangel på studier for mange av medikamentene, og dermed at mange av rådene er basert på teoretiske overveielser fra eksperter (8). Enkelte av DMARDsene kan benyttes fra konsepsjon til ut ammeperioden, noen kan brukes frem til ammeperioden, mens noen må seponeres allerede før konsepsjon (7). Grunnen til at flere DMARDs ikke skal brukes samtidig som spedbarnet ammes er ikke på grunn av beviste bivirkninger eller toksisitet for barnet, men at det er mangel på sikre data på det antirevmatiske legemiddelet (7,9). En type DMARD, metotreksat, finner man spor av i morsmelk og skal ikke brukes i ammeperioden. Dette er på grunn av kjennskap til toksisiteten til legemiddelet, og derfor vil man kunne anta at metotreksat også påvirker barnet (10).

Mange gravide kvinner med en revmatisk sykdom opplever å bli bedre fra sin revmatiske sykdom under svangerskapet (11). Ifølge Ince-Askan og Dolhain opplever 60-80% av pasientene med revmatoid artritt spontan remisjon under svangerskapet. Etter fødsel opplever derimot mange av pasientene akutt oppbluss av sin revmatiske sykdom (11). Dette problemet beskrives også av Dissanyake et al. i sin studie om peripartum problemer (12). For mange av småbarnsmødrene med revmatisk sykdom er oppbluss av tilstanden forbundet med hovne ledd og leddødeleggelser, nedsatt funksjon og livskvalitet (5). I tillegg til sine kroppslige problemer har de et spedbarn som er totalt avhengig av sin mor. Småbarnsmødrene får dermed et valg: skal de fortsette å amme og stå i smertene, eller skal stoppe å amme og bruke DMARDs for å lindre smertene og få bedre funksjon?

En landsomfattende prospektiv kohortstudie fra Nederland ble publisert i The Journal of Rheumatology i 2019 (9). Den viser at RA er assosiert med lavere andel kvinner som ammer spedbarnet og tidligere avslutning av amming sammenlignet med kvinner fra den generelle befolkningen.

Valget de tar om å avslutte ammingen for å begynne på medisiner påvirker ikke bare dem selv, men også deres barn. Forskning tyder nemlig på at barn som ammes gjør det bedre på intelligenstester, har mindre sannsynlighet for å bli overvektig og å få diabetes senere i livet (2).

### **Småbarnsmødrenes informasjonsbehov**

Det er viktig å forstå informasjonsbehovet til kvinner med RA med tanke på graviditet og barseltid. Ifølge norsk lov, yrkesetiske retningslinjer fra Norsk Sykepleierforbund [NSF] og European League Against Rheumatism [EULAR] har sykepleierne en sentral rolle når det kommer til å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon til småbarnsmødrene med revmatisk sykdom (13-16). Pasient- og brukerrettighetsloven [pbrl] beskriver pasientens rett på nødvendig og tilstrekkelig informasjon fra sykepleiere (13). Helsepersonelloven [hpl] pålegger sykepleiere å gi informasjon til de pasientene som har krav på det etter pbrl. for å sikre at pasientene får den informasjonen de har behov for og krav på (14). De yrkesetiske retningslinjene fra NSF er retningslinjer som kan være til hjelp i

situasjoner hvor lover og forskrifter ikke strekker til, og som skal ivareta pasientens verdighet (15). Retningslinjene beskriver forholdet mellom sykepleieren og profesjonen, pasienten, pårørende, medarbeidere, arbeidsstedet og samfunnet. Anbefalingene fra EULAR handler mer konkret om sykepleierens rolle overfor pasienter med revmatiske sykdommer, og samspillet mellom dem (16).

En australsk studie publisert i 2015 (17) undersøkte hvilken type informasjon kvinner med RA søkte med tanke på graviditet og etter fødsel. Totalt var det 24 kvinner som deltok i studien, hvor alle deltakerne har diagnosen RA, har vært gravid i løpet av de siste fem årene, er gravid eller planlegger å bli gravid i løpet av de fem neste årene, og bruker DMARD (bortsett ifra om de er gravid eller planlegger å bli gravid). Det kommer blant annet frem i undersøkelsen at kvinnene mente det var nødvendig med ytterligere informasjon om medisintoksisitet, tilgang til emosjonelle støttetjenester og beslutningsstøtte og veiledning når det kommer til medisinbruk og amming.

En studie gjort i 2014 i England belyser det store gapet mellom etterspørsel og tilbud på psykologisk støtte. Deltakerne i studien var pasienter med IA. Undersøkelsen hadde som formål å se nærmere på deltakernes opplevelse av sosial og følelsesmessig støtte fra sine revmatologiske behandlere bestående av leger, sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter. Resultatene fra studien viser at etterspørselen etter psykologisk støtte er stor, men få pasienter rapporterer om å bli spurt om sosiale og emosjonelle problemer, som tyder på et gap mellom tilbud og etterspørsel. Studien viser også at deltakerne foretrekker at det er sykepleieren som gir den psykologiske støtten (18).

### **Sykepleierens rolle**

Anbefalingene fra EULAR sier også noe om sykepleierens støttende og veiledende rolle (16). Veiledning defineres av Tveiten (19) som et paraplybegrep hvor undervisning, informasjon og rådgivning inngår i veiledningsprosessen. Videre definerer hun veiledning som en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess rettet mot at mestringskompetanse styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier (19).

Oppsummert tyder forskning på at kvinner med IA avslutter amming tidligere enn resten av befolkningen og har et stort informasjonsbehov angående sin kroniske sykdom og amming. Videre belyser forskningen at pasienter med IA etterlyser beslutningsstøtte og veiledning når det kommer til amming og medisinbruk, men at det er en mangelvare. Det er derfor interessant å studere om kvinner med IA i Norge også opplever noe av dette.

Hensikten med denne studien er å undersøke hvilke utfordringer revmatiske småbarnsmødre beskriver når det gjelder amming og medikamentell behandling, og om kvinnene opplever at de får den veiledningen, informasjonen og støtten de trenger.

## Metode

Denne studien baserer seg på data fra en spørreundersøkelse som er utarbeidet og gjennomført av Nasjonal kompetansetjeneste for svangerskap og revmatiske sykdommer [NKSR] i 2019 ved St. Olavs Hospital, som jeg og tre medstudenter fikk delta i. Samme studie ble gjennomført i 1999.

Hensikten med spørreundersøkelsen gjort av NKSR er å undersøke livskvaliteten hos småbarnsmødre med revmatisk sykdom / IA, hvor resultatene av undersøkelsen skal benyttes til å tilpasse pasientinformasjon og andre tiltak rettet mot denne gruppen småbarnsmødre.

### Utvalg

Deltakerne i undersøkelsen er rekruttert fra RevNatus som er et landsdekkende kvalitetsregister for svangerskap og revmatiske sykdommer. I RevNatus er deltakerne registrert med en fødsel i løpet av de siste fem årene.

Småbarnsmødrene har i tillegg en IA-sykdom. Deltakerne i undersøkelsen varierer i alder fra 22 år til 44 år.

### Skriftlig spørreundersøkelse

Spørreundersøkelsen er besvart for hånd, og estimert tid for besvarelsen var cirka ti minutter. Spørsmålene i spørreundersøkelsen består av både avkrysning og svar i fritekstformat. Avkrysningsspørsmålene inneholder påstander hvor deltakeren skal besvare i hvilken grad påstanden gjelder for henne. Påstandene har som mål å kartlegge småbarnsmødrenes begrensninger og engstelse i gitte situasjoner. I fritekstbesvarelsen kan deltakeren beskrive med egne ord eventuelle problemer de selv opplever relatert til sin sykdom og morsrollen.

### Analyse og tolkning

NKSR har gjennomgått og registrert de kvantitative dataene i SPSS, mens svarene i fritekstformat (kvalitative beskrivelser med egne ord) er gjennomgått og skrevet ordrett i et eget dokument av oss studenter som er med i dette prosjektet. Deltakernes besvarelser er nummerert av oss ut ifra hvilken rekkefølge de er gjennomgått, og kan ikke knyttes til deltakerne på noen måte i ettertid.

Ettersom hensikten med studien er å undersøke hvilke utfordringer og opplevelser småbarnsmødre med revmatiske sykdommer opplever ble de kvalitative beskrivelsene vurdert som best egnet. Formålet med kvalitativ metode er å fange opp meninger og opplevelser som vanskelig lar seg tallfeste eller måle (20).

Analysen av de kvalitative beskrivelsene er gjort ved å lese gjennom alle svarene flere ganger for å få en helhetsforståelse. Deretter ble svarene tematisert og sortert i naturlige grupper, og resultatene som omhandlet amming og nødvendig bruk av medisiner ble grunnlaget for denne studien.

### **Etiske betraktninger**

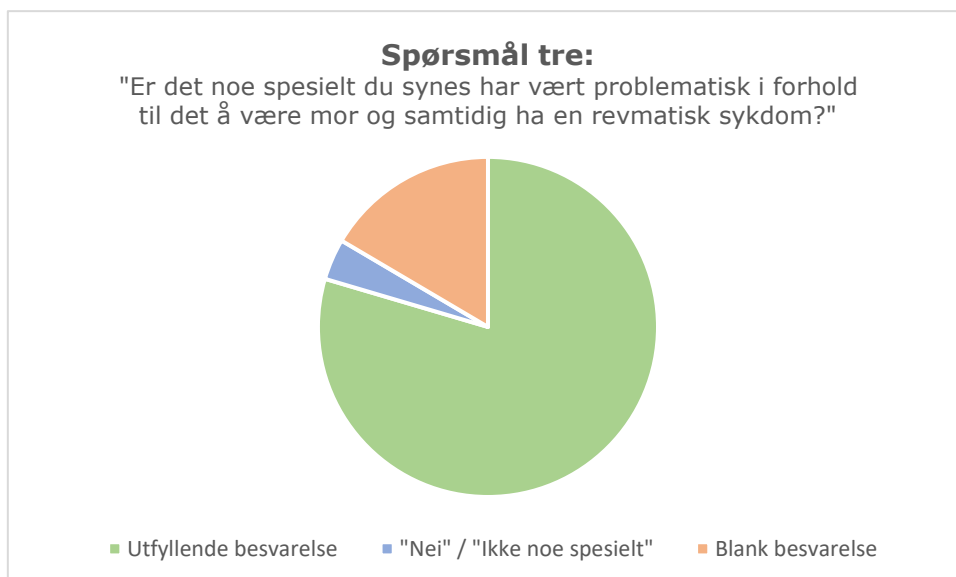
Deltakerne ble informert om prosjektets hensikt og omfang i et informasjonsskriv vedlagt på spørreundersøkelsen. Alle opplysningene er behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. Deltakerne har gitt sitt samtykke skriftlig og har fått muligheten til å trekke seg eller korrigere på svarene sine hvis de ønsket det. Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har vurdert prosjektet og gitt godkjenning (2019/817/REK sør-øst C).



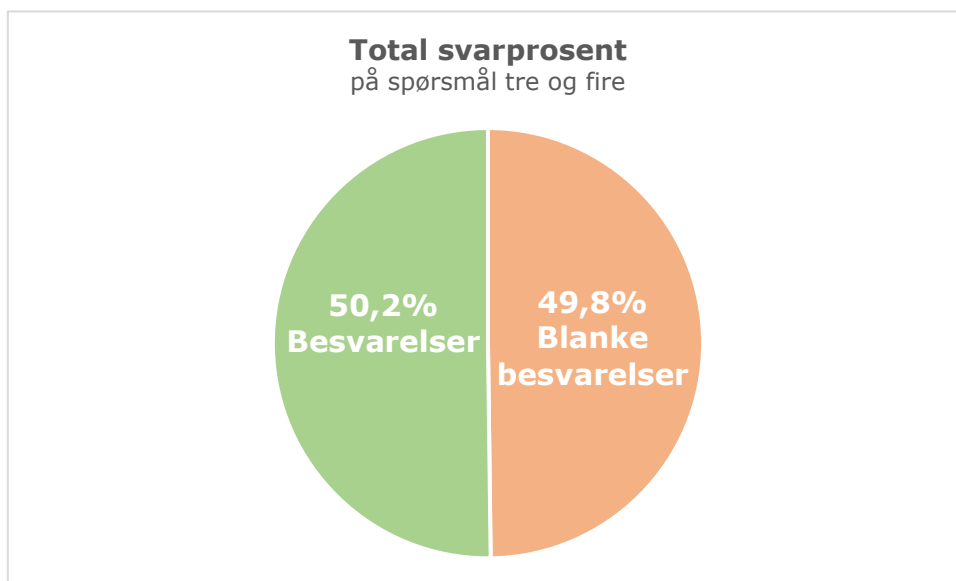
## Resultat

230 pasienter besvarte NKSR sin spørreundersøkelse (Vedlegg 1). To av spørsmålene, spørsmål nr. 3 og 4, i undersøkelsen krevde svar i form av fritekst. Spørsmål nr. 3 undersøkte om småbarnsmødrene hadde opplevd noe som problematisk med tanke på det å være mor og samtidig ha en revmatisk sykdom, mens spørsmål nr. 4 spurte om eventuelle tilleggsopplysninger de ønsket å dele.

183 av 230 deltakere (79,6%) svarte utfyllende på spørsmål nr. 3, mens 38 deltakere (16,5%) svarte blankt. De resterende 9 deltakerne (3,9%) svarte «Nei» eller «Ikke noe spesielt» på dette spørsmålet. På spørsmål nr. 4 var det derimot kun 39 deltakere (17,0%) som svarte på spørsmålet, mens 191 deltakere (83,0%) svarte blankt. Ingen av deltakerne svarte «Nei» eller «Ikke noe spesielt» på spørsmål nr. 4.



Totalt antall tekstsvar på spørsmål nr. 3 og 4 er 231 svar, noe som gir en svarprosent på 50,2%.



Resultatene av analysen er sammenfattet til tre hovedkategorier: problemer knyttet til amming, smerter og medisiner, å ta et valg og informasjons- og støttemangel. I diskusjonsdelen blir resultatene drøftet i lys av forskning og faglitteratur.

### **Problemer knyttet til amming, smerter og medisiner**

Av de 231 svarene er det flere som beskriver problemer knyttet til amming og bruk av medisiner. Et tema som går igjen, er tidlig avslutning med amming grunnet smerter og behov for medisiner:

*«Jeg var dårlig under ammeperioden, og måtte avslutte på grunn av smerter og oppstart av medisin»  
- Deltaker 82*

*«Jeg måtte avslutte ammingen etter fem-seks måneder på grunn av behov for å ta metotreksat mot betennelser. Det var veldig sår, og barnet var uvillig til å ta flaske og drikke morsmelk-erstatning.»  
- Deltaker 14*

## **Å ta et valg**

I tillegg til beskrivelser knyttet til smerter og behov for medisiner beskriver også småbarnsmødrene om utfordringen med å ta valget mellom å fortsette og amme eller å begynne på medisiner:

*«Vanskelig å ta valg med tanke på medisiner og amming. Skulle jeg holde ut med smerter og fortsette amming, eller få det bedre og slutte å amme?»*

*- Deltaker 46*

*«Noen ganger konflikt mellom mors medisiner og for eksempel lengde på ammeperiode – lett å prioritere barnet, ikke mor. Det kan i lengden blir veldig tøft for mor.»*

*- Deltaker 194*

## **Mangel på veiledning, oppfølging og informasjon**

Noen av deltakerne påpeker at de savnet veiledning og oppfølging. En av deltakerne ønsket en mer konkret plan å forholde seg til:

*«Hadde satt pris på en bedre plan rundt medisiner og behandling etter fødsel og før ammestopp»*

*- Deltaker 77*

Andre deltakere opplyste om mangel på informasjon om sine medikamenter og mulighetene for å amme:

*«Jeg var veldig dårlig pga. sykdommen i svangerskapet. Jeg kunne ikke lengre bruke de biologiske legemidlene. Jeg trodde også jeg ikke kunne amme pga. informasjon om at medisinene ikke var forenlig med amming.»*

*- Deltaker 70*

*«Valg av medisiner, lite kunnskap hos mange av legene. Har selv brukt tryggmammamedisin.no for å sjekke om ting er OK.»*

*- Deltaker 160*

Andre savnet at helsevesenet tok tak i problemene knyttet til leddgikten:

*«Jeg synes oppfølgingen fra sykehuset i denne perioden har vært dårlig. Jeg har vært på kontroller, det er ikke mangel på det, men det er vanskelig å få hjelp/ bli hørt/ tatt på alvor/ føle at de tar seg tid til å hjelpe meg med problemene mine knyttet til leddgikten. Nattamning er slitsomt da alle stillinger er vonde å ligge i.»*

*- Deltaker 213*

## Diskusjon

Hensikten med denne studien er å undersøke hvilke utfordringer småbarnsmødre opplever med tanke på amming og medikamentell behandling, og hvilken veiledning, støtte og informasjon de har fått.

Hovedfunnene i studien viser at deltakere i undersøkelsen avslutter ammingen for å kunne begynne på medisiner, og at det er mange som opplever dette som et vanskelig valg. Videre etterlyses veiledning med tanke på ammestopp og medisineringsstart fra helsevesenet. Resultatene viser også at enkelte av kvinnene opplever mangel på veiledning, støtte og informasjon. På bakgrunn av resultatene er det interessant og viktig å diskutere hvorfor det er viktig å veilede kvinner med revmatisk sykdom som ammer, og hvilken rolle sykepleierne har i dette.

### **Amming og smerter eller medisiner?**

Amming gir unike ernæringsmessige og ikke-ernæringsmessige fordeler for både mor og spedbarn (2,3). I denne studien fant vi at kvinnene opplevde oppbluss av sykdommen etter fødselen og kjente på et behov for å ta medisiner for å dempe sykdomsaktiviteten. Dette medførte at flere av kvinnene var nødt til å stoppe og amme barnet sitt, før det hadde gått seks måneder. Resultatene i studien til Ince-Askan et al. viser at kun 9% av de deltagende småbarnsmødrene med revmatisk sykdom ammet spedbarnet sitt fram til det var 26 uker gammelt (9) – dette sammenlignet med 41% av den generelle befolkningen i Nederland.

Hovedårsaken til avbrutt amming i den nederlandske undersøkelsen var gjenoppstart av medisinsk behandling (9). 40% av deltakerne som avsluttet amming grunnet medisinoppstart brukte medisiner som ble ansett som kompatible med amming i henhold til retningslinjer på det tidspunktet da studien ble utført. Ifølge forfatterne kan dette opphøret skyldes en generell frykt for å ta medisiner ved amming, mangel på kunnskap eller generelle preferanser hos kvinner til å la være å ta medisiner mens de ammer. Mine funn bekrefter at mange småbarnsmødre opplever en generell frykt for å ta medisiner samtidig som de ammer. Resultatene fra både vår undersøkelse og den nederlandske studien, viser også at det er et betydelig antall deltakere som ikke ammer grunnet behov for medisiner som vurderes uforenelig med amming (9).

Det finnes lite forskning på DMARDs og overføring av medikamentene til morsmelk, noe Ince-Askan et al. etterlyser (9). Funnene i min studie viser også at retningslinjer og mer kunnskap om bruk av DMARDs under amming er veldig viktig for å forsikre og støtte flere pasienter med RA om at medisinene de eventuelt må bruke er forenelig med amming. Retningslinjer og mer kunnskap om dette vil være gunstig for både mor og spedbarn gitt de kjente fordelene med amming (2,3).

Mødrene som velger å starte med medisiner og dermed ikke ammer, gir barnet sitt morsmelkerstatning. Morsmelkerstatning er laget for å ligne mest mulig på morsmelk ved at den inneholder alle nødvendige næringsstoffer. Den mangler imidlertid innhold av komponenter som er gunstige for barnets utvikling av immunsystem. Det er viktig at morsmelkerstatningen blir tilberedt på korrekt måte for å forebygge infeksjoner hos barnet. Morsmelkerstatning er et godt alternativ som gjør at barnet vokser og utvikler seg helt normalt dersom morsmelk ikke er mulig (21).

I mangel på studier for mange av DMARDsene er det utarbeidet retningslinjer basert på teoretiske overveielser fra eksperter (8). Disse retningslinjene tydeliggjør hvilke som sikkert kan brukes under amming og hvilke som ikke kan. Mine funn bekrefter annen forskning om at mange kvinner med IA opplever oppbluss av sykdommen etter fødsel (11,12) og har behov for å starte opp igjen med sine medisiner. Kvinnene i vår studie beskrev at det å avslutte amming var et vanskelig valg å ta, og at de stod ovenfor et dilemma: skal de stå i smertene og fortsette og amme, eller skal de avslutte ammingen for å begynne på medisiner og ha mindre smerter?

Dersom den revmatiske småbarnsmoren får et oppbluss av sykdommen etter fødsel og velger bort bruk av DMARDs vil hun ha sterke symptomer over lengre tid. Dette bekreftes i mine funn. I tillegg til at det er smertefullt kan mangel på medisinsk behandling føre til at leddene blir stive og ustabile, noe som kan medføre funksjonelle nedsettelse, som i verstefall blir varige (5).

### **Dilemmaet**

Resultatene fra vår undersøkelse viser at flere av småbarnsmødrene opplevde at valget om å starte med medisiner/stoppe amming var vanskelig og problematisk. Småbarnsmødrene opplevde også mangel på en plan om medisiner og avslutning av amming. Noen beskrev også at det var vanskelig å prioritere seg selv og sykdommen i stedet for barnet og barnets behov for morsmelk.

Dilemmaet deltakerne i vår studie opplevde, er også beskrevet i en forskningsartikkel fra Australia 2015 (17). Mødrene i denne undersøkelsen belyser behovet for beslutningsstøtte fra helsevesenet når det kommer til medisiner og amming.

Mine funn viser at en av deltakerne fra undersøkelsen opplevde mangel på støtte og å ikke bli tatt på alvor angående sine plager knyttet til IA. Resultatene fra en annen artikkel, «Patient preferences for psychological support in inflammatory arthritis», viser også et gap mellom behov og etterspørsel når det kommer til psykologisk støtte. Mange av pasientene ønsket å diskutere de psykologiske konsekvensene av IA med sine behandlere ved sykehuset, men svært få av dem opplevde å faktisk bli spurt om dette (18). Videre viste resultatene fra den studien at deltakerne foretrakk å motta psykologisk støtte av sykepleierne av

behandlerne ved den revmatiske avdelingen (18). Dette er med på å understreke at sykepleiere har en viktig veiledende og støttende rolle ovenfor pasienter med revmatisk sykdom.

Gjennom veiledning kan sykepleieren legge til rette for at småbarnsmødrene kan finne fram til hvordan hun ønsker å handle (22). Mine funn viser at det kan være vanskelig for småbarnsmødrene å ta et valg som ikke har klare fordeler eller ulemper, og derfor er det viktig at sykepleierne gir grundig informasjon om medikamentene som de bruker og tilhørende retningslinjer. Det er sentralt med tilstrekkelig informasjon om fordeler ved amming for både mor og barn. Det er dessuten viktig med informasjon om konsekvenser for mor og barn både når det kommer til ammestopp på den ene siden, og fortsettelse av amming på den andre siden.

### **Sykepleierens rolle**

I 2018 oppdaterte EULAR anbefalingene for sykepleierens rolle i håndteringen av pasienter med kronisk IA (16). I disse oppdaterte anbefalingene kom det frem at sykepleierne bør kunne tilby pasientene sine behovsbasert undervisning og informasjon på grunnlag av individuelle behov. Resultater fra vår undersøkelse viser at deltakerne opplevde mangel på informasjon og veiledning. EULAR understreker at undervisning og informasjon kan hjelpe pasienten med å forstå sykdommen og hvordan den behandles. Dette kan hjelpe pasientene med å ta kontroll over livet sitt med kronisk sykdom (16), som i denne studien går ut på å ta en beslutning når det kommer til dilemmaet de står ovenfor: skal de stoppe amming og begynne på medisiner, eller fortsette amming og ikke få kontroll på sykdomsaktiviteten?

Å skulle bestemme selv kan for mange pasienter være et for stort ansvar og kan oppleves som en belastning for dem (23). Pasientene kan føle seg alene med vanskelige avgjørelser, og sykepleier må støtte og hjelpe dem med å finne fram til hva pasienten selv ønsker (23).

Småbarnsmødre fra vår undersøkelse etterlyste beslutningsstøtte og veiledning. Gjennom veiledning kan småbarnsmødrene forstå hva hun trenger og finne ut av hvilket valg hun skal ta (22). Ifølge Tveiten (19), inngår undervisning, informasjon og rådgivning i veiledningsprosessen. Gjennom veiledning kan småbarnsmødrenes selvstendighet, ansvarlighet og mestringsevne styrkes. Sykepleierens veiledning omhandler å sette småbarnsmødrene i stand til å ta et valg, diskutere fordeler og ulemper med de, for så å støtte dem i det valget de tar (22).

Det er utrolig viktig at sykepleieren er til stede og støtter småbarnsmødrene i valget, uansett hvilket valg de tar. Barselstid er for mange nytt, kanskje litt skremmende og ukjent, og særlig når kvinnen også har en kronisk sykdom i

tillegg. Sykepleieren bør derfor vise pasienten at han/hun er der, støtter, trygger og motiverer henne slik at hun kan ta det valget som er mest riktig for henne og hennes situasjon. Å være småbarnsmor med revmatisk sykdom kan være krevende (22).

Sykepleieren bør støtte pasientene til å ta kontroll over egen sykdom (16). Mine funn viser at deltakerne fra undersøkelsen vår etterlyste veiledning knyttet til ammestopp og medisineringsstart, og hjelp til problemer knyttet til sykdommen sin. EULAR sine anbefalinger viser at gjennom undervisning og rådgivning om pasientens sykdom og tilhørende behandling kan sykepleier hjelpe pasientene til økt selvtillit og evne til å håndtere spesifikke problemer knyttet til sykdommen (16).

Videre anbefaler EULAR at det skal være enkelt å komme i kontakt med sykepleier når pasienten har behov for støtte (16). IA kan være en uforutsigbar sykdom, spesielt med tanke på et eventuelt oppbluss etter fødsel. Ved et eventuelt oppbluss kan den revmatiske småbarnsmoren trenge ekstra støtte fra en sykepleier. En av deltakerne i vår undersøkelse beskrev at hun opplevde mangel på oppfølging fra sine behandlere. Ved å komme i kontakt med en sykepleier for å få hjelp og støtte kan dette støtte småbarnsmoren til å kunne håndtere sykdommen sin bedre (16). Dersom hun får god hjelp og støtte kan dette bidra til at småbarnsmoren får diskutert sine tanker rundt dilemmaet hun står ovenfor. Forskning viser at slik kontakt også kan gjennomføres over internett og telefon for å øke tilgjengeligheten (16).

Sykepleieren har også et ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer og forebygger helse (15). Det er helsefremmende at mor ammer sitt barn med tanke på helsefordelene ved amming (3). Mine funn viser at småbarnsmødrene opplever store smerter og funksjonsnedsettelse når mor prioriterer å amme og ikke ønsker å starte med medisinsk behandling av sin kroniske lidelse. Dette er ikke helsefremmende for småbarnsmødrene. Det kan derfor være gunstig å utarbeide en behandlingsplan som ivaretar småbarnsmødrenes individuelle behov, men som samtidig også ivaretar en helsefremmende sykepleiepraksis.

### **Behandlingsplan**

En av småbarnsmødrene fra vår undersøkelse etterlyste en bedre plan når det kommer til ammestopp og oppstart av medisin. På den ene siden kan en mal for behandlingsplan utarbeidet av småbarnsmor sammen med sykepleier og revmatolog være en god ide ettersom at det kan være lurt å ha noe å forholde seg til – for både småbarnsmor og det behandlende teamet. På den andre siden er det ikke nødvendigvis enkelt å utforme en slik mal på grunn av individuelle forskjeller hos småbarnsmødrene.



Basert på tolkning av resultatene fra undersøkelsen, i tillegg til relevant litteratur og forskning, er det mye man må ta høyde for når det gjelder utvikling av en mal for behandlingsplan. Hver småbarnsmor er unik og individuell med forskjellige behov og verdier, for eksempel når det kommer til dilemmaet angående amming og medisiner. Valget er for mange småbarnsmødre vanskelig, og det er heller ikke noen fasit på dette dilemmaet. Videre vil tilstanden til hver småbarnsmor med revmatisk sykdom variere, noe som videre problematiserer utarbeidelsen av mal for behandlingsplan. Det er derfor viktig at en behandlingsplan skal ta utgangspunkt i hver enkelt småbarnsmor og hennes situasjon og tilstand. Jamfør pbrl. har småbarnsmødrene rett til medvirkning på utarbeidelse av sin egen behandlingsplan (13), og for å virkeliggjøre medvirkningsretten må det være et samspill mellom pasient og sykepleier. Uansett hvordan en slik mal for behandlingsplan til slutt blir, vil kontinuerlig oppfølging og modifisering av planen være viktig ettersom sykdommen som kan endre seg over tid.

### **Styrker og svakheter**

Studien har gitt en bedre innsikt i hva en småbarnsmor med revmatisk sykdom opplever i Norge. En styrke ved denne studien er samarbeidet med NKSR. NKSR har blant annet utarbeidet spørreskjemaet og rekruttert deltakerne.

Småbarnsmødrene er rekruttert fra et landsdekkende kvalitetsregister, noe som fører til høy deltakelse og demografisk variasjon. I tillegg til dette er det også stor variasjon i alder blant deltakerne. Videre styrkes studien av at den er basert på pasientenes beskrivelse av deres opplevelser og erfaringer, og at den dermed ikke er basert på hva sykepleierne erfarer at pasientene opplever. En annen styrke ved denne studien er at argumentene er forankret i relevant forskning. Forskningsartiklene som er brukt i denne studien er publisert i tidsrommet 2014-2020, og vurderes derfor til å være svært tidsaktuell.

En svakhet ved denne studien er begrensningene COVID-19-pandemien har medført. Stengte universiteter og biblioteker, og medfølgende hjemmekontor har gjort det noe vanskeligere å finne godt kildematerie, og vanskeligere å diskutere resultatene sammen med medstudentene i dette prosjektet. En svakhet ved denne studien blir dermed at resultatene er tolket ut ifra eget perspektiv, i motsetning til hvis vi som studentgruppe hadde analysert og diskutert data sammen.

## Konklusjon

Resultatene i denne studien viser at flere småbarnsmødre opplever å stå ovenfor et dilemma den første tiden etter fødselen: skal de fortsette å ha store smerter og amme, eller skal de gi barnet morsmelkerstatning og bruke medisinene sine? Resultatene viste også at de etterlyser veiledning og støtte med tanke på dilemmaet de står ovenfor. Det er et stort valg for mange av de aktuelle småbarnsmødrene, og da er det viktig at sykepleiere bruker sin kompetanse og erfaring til å veilede og støtte småbarnsmødrene til å håndtere dilemmaet og ta et valg som er riktig for dem og deres situasjon. På grunn av de mange fordelene ved å amme vil det være gunstig å utarbeide bedre retningslinjer for medisinene som er basert på forskning. Slike retningslinjer vil kunne føre til at flere småbarnsmødre med revmatisk sykdom kan amme sine barn uten å frykte at medisinene skal skade barnet.

## Forkortelser

DMARD - Disease modifying anti rheumatic drug / Sykdomsmodifiserende antirevmatiske legemidler

Hpl – Helsepersonelloven

IA – Inflammatorisk artritt

NKSR – Nasjonal kompetansetjeneste for svangerskap og revmatiske sykdommer

NSF – Norsk Sykepleierforbund

Pbrl. – Pasient- og brukerrettighetsloven

RA – Revmatoid artritt

WHO – Verdens helseorganisasjon / World Health Organisation

## Referanseliste

1. SSB. 2020-03-11 [Internett]. ssb.no. [sitert 1. mai 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/fodte/aar/2020-03-11>
2. WHO. Breastfeeding [Internett]. [sitert 28. april 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/breastfeeding>
3. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics. 1. mars 2012;129(3):e827–41.
4. NKSJ. Veileder i svangerskap og revmatiske sykdommer [Internett]. [sitert 18. mai 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.nksj.no/>
5. Wyller VB. Syk mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi og klinisk medisin. Oslo: Cappelen Damm; 2014. 776–854 s.
6. Norsk legemiddelhåndbok. Revmatoid artritt (RA) [Internett]. Oslo: Norsk Legemiddelhåndbok; 2018. Tilgjengelig på: [https://www.legemiddelhandboka.no/T17.1.1/Revmatoid\\_artritt\\_\(RA\)#Tk-12-391783](https://www.legemiddelhandboka.no/T17.1.1/Revmatoid_artritt_(RA)#Tk-12-391783)
7. NKSJ. Konvensjonelle DMARDs [Internett]. [sitert 1. mai 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.nksj.no/mtable/konvensjonelle-dmards/>
8. NKSJ. Bakgrunn for råd angående medisiner [Internett]. [sitert 5. mai 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.nksj.no/bakgrunn-for-rad-angaende-medisiner/>
9. Ince-Askan H, Hazes JMW, Dolhain RJEM. Breastfeeding among Women with Rheumatoid Arthritis Compared with the General Population: Results from a Nationwide Prospective Cohort Study. J Rheumatol. september 2019;46(9):1067–74.
10. Relis. Metotreksat og amming [Internett]. [sitert 1. mai 2020]. Tilgjengelig på: [https://relis.no/sporsmal\\_og\\_svar/relisdb/4-4183](https://relis.no/sporsmal_og_svar/relisdb/4-4183)
11. Ince-Askan H, Dolhain RJEM. Pregnancy and rheumatoid arthritis. Best Pract Res Clin Rheumatol. 1. august 2015;29(4):580–96.
12. Dissanayake TD, Maksymowych WP, Keeling SO. Peripartum issues in the inflammatory arthritis patient: A survey of the RAPPOR registry. Sci Rep. 28. februar 2020;10(1):3733.
13. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) - Kapittel 3. Rett til medvirkning og informasjon - Lovdata [Internett]. [sitert 7. mai 2020]. Tilgjengelig på:

[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL\\_3#%C2%A73-1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#%C2%A73-1)

14. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) - Kapittel 2. Krav til helsepersonells yrkesutøvelse - Lovdata [Internett]. [sitert 12. mai 2020]. Tilgjengelig på: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_2#%C2%A74](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#%C2%A74)
15. NSF. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere [Internett]. [sitert 7. mai 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
16. Bech B, Primdahl J, Tubergen A van, Voshaar M, Zangi HA, Barbosa L, mfl. 2018 update of the EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis.* 1. januar 2020;79(1):61–8.
17. Ackerman IN, Jordan JE, Van Doornum S, Ricardo M, Briggs AM. Understanding the information needs of women with rheumatoid arthritis concerning pregnancy, post-natal care and early parenting: A mixed-methods study. *BMC Musculoskelet Disord.* 19. august 2015;16(1):194.
18. Dures E, Almeida C, Caesley J, Peterson A, Ambler N, Morris M, mfl. Patient preferences for psychological support in inflammatory arthritis: a multicentre survey. *Ann Rheum Dis.* 1. januar 2016;75(1):142–7.
19. Tveiten S. Veiledning: - mer enn ord. 5. utgave. Bergen: Fagbokforlaget; 2019. 34–47 s.
20. Dalland O. Metode og oppgaveskriving for studenter. 5. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012. 257 s.
21. Helsenorge. Morsmelkerstatning [Internett]. [sitert 11. mai 2020]. Tilgjengelig på: <https://helsenorge.no/etter-fodselse/morsmelkerstatning#Hva-morsmelkerstatning-er>
22. Kristoffersen NJ, Nortvedt F. Grunnleggende sykepleie 3 3. Skaug E-A, redaktør. Oslo: Gyldendal akademisk; 2011. 337–382 s.
23. Kristoffersen NJ, Nortvedt F. Grunnleggende sykepleie 1. 1. Skaug E-A, redaktør. Oslo: Gyldendal akademisk; 2011. 83–129 s.

### FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

## LIVSKVALITET HOS SMÅBARNSMØDRE MED REVMATISK SYKDOM

Du har tidligere avgitt samtykke til registrering i kvalitetsregisteret RevNatus. Dette er et spørsmål til deg om å delta i en spørreundersøkelse for å undersøke livskvalitet hos småbarnsmødre med revmatisk sykdom. Formålet med spørreundersøkelsen er å få kunnskap om rollen som småbarnsmor med revmatisk sykdom. Funnene i denne undersøkelsen skal brukes til å tilpasse pasientinformasjon og andre tiltak rettet til denne gruppen småbarnsmødre. Du er valgt ut som aktuell for deltagelse på bakgrunn av at du er registrert med en fødsel i RevNatus i løpet av de siste 5 årene. Samme studie ble gjennomført i 1999. Undersøkelsen er organisert av Nasjonal kompetansetjeneste for svangerskap og revmatiske sykdommer (NKSr) ved St. Olavs hospital HF.

#### HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Spørreskjemaet inneholder spørsmål om rollen som småbarnsmor med revmatisk sykdom, sivilstatus, utdanning, arbeidssituasjon, antall barn og når de er født og spørsmål om helserelatert livskvalitet. I tillegg vil vi hente opplysninger om din diagnose fra kvalitetsregisteret RevNatus. Det tar ca. 10 minutter å fylle ut spørreskjemaet.

#### MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Det forventes verken fordeler eller ulemper av å delta i spørreundersøkelsen.

#### FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i spørreundersøkelsen. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlende prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte NKSr på telefon 72 82 64 17 eller e-post [nksr@stolav.no](mailto:nksr@stolav.no).

#### HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i formålet med prosjektet. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun prosjektleder Hege Svean Koksvisk og prosjektmedarbeider Bente Jakobsen som har tilgang til denne listen.

Opplysningene om deg vil bli anonymisert eller slettet fem år etter prosjektslutt.

#### GODKJENNING

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har vurdert prosjektet, og har gitt godkjenning (2019/817/REK sør-øst C).

Etter ny personopplysningslov har behandlingsansvarlig St. Olavs hospital og prosjektleder Hege Svean Koksvik et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1a og artikkel 9 nr. 2a og ditt samtykke.

Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

#### KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du ta kontakt med Nasjonal kompetansetjeneste for svangerskap og revmatiske sykdommer på telefon 72 82 64 17 eller e-post [nksr@stolav.no](mailto:nksr@stolav.no).

Personvernombudet kan kontaktes på e-post: [personvernombudet@stolav.no](mailto:personvernombudet@stolav.no).

Livskvalitet hos småbarnsmødre med revmatisk sykdom, 19.08.19, versjon 1.0

JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE PERSONOPPLYSNINGER  
BRUKES SLIK DET ER BESKREVET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver



## Helserelatert livskvalitet for småbarnsmødre med inflammatorisk artrittsykdom 1999 - 2019

1. Har du på grunn av din sykdom følt begrensninger i forhold til å:

(sett ring rundt ett tall på hver linje)

	Ja, begrenser meg mye	Ja, begrenser meg litt	Nei, begrenser meg ikke i det hele tatt
a) delta i barnas/barnets aktiviteter	1	2	3
b) stelle barnas/barnet	1	2	3
c) sette grenser ovenfor barna/barnet	1	2	3
d) tilbringe tid sammen med barna/barnet	1	2	3
e) innfri <u>egne</u> forventninger til morsrollen	1	2	3
f) innfri <u>andres</u> forventninger til morsrollen	1	2	3

2. Har du på grunn av din sykdom vært engstelig for at:

(sett ring rundt ett tall på hver linje)

	Ja, ofte	Ja, av og til	Nei, ikke i det hele tatt
a) sykdommen skal påføre barnas/barnet ekstra belastning	1	2	3
b) barna/barnet skal bli påvirket av sykdommen	1	2	3

3. Er det noe spesielt du synes har vært problematisk i forhold til det å være mor og samtidig ha en revmatisk sykdom? (bruk om nødvendig baksiden av arket)

Pasientnummer \_\_\_\_\_

4. Dersom det er noen tilleggsopplysninger du ønsker å komme med, kan du skrive dem her (bruk om nødvendig baksiden av arket)

Pasientnummer \_\_\_\_\_

Til slutt trenger vi noen opplysninger om deg, som vi ber deg om å fylle ut.

**5. Sivil status (sett kryss ved det som passer)**

- lever sammen med partner
- lever sammen andre
- lever alene

**6. Utdanning (sett kryss ved høyeste fullførte utdanning)**

- grunnskole
- videregående skole
- universitet eller høyskole < 4 år
- universitet eller høyskole ≥ 4 år

**7. Arbeidssituasjon**

- arbeider 100 %
- arbeider deltid
- ikke i jobb, sykdomsrelatert
- ikke i jobb, andre årsaker
- student
- foreldrepermisjon
- svangerskapsenger
- annet \_\_\_\_\_

**8. Antall barn**

Når er dine barn født (måned og år)?

### RAND-36 Din helse

Spørsmålene under handler om hvordan du oppfatter helsen din. Disse opplysningene vil hjelpe oss til å forstå hvordan du føler deg og hvor godt du er i stand til å utføre dine vanlige aktiviteter.

Hvert spørsmål skal besvares ved å sette et kryss (X) i den boksen som passer best for deg.

1. **Stort sett, vil du si at helsen din er:**

Utmerket	Veldig god	God	Nokså god	Dårlig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. **Sammenlignet med for ett år siden, hvordan vil du si at helsen din stort sett er nå?**

Mye bedre nå enn for ett år siden	Litt bedre nå enn for ett år siden	Omtrent som for ett år siden	Litt dårligere nå enn for ett år siden	Mye dårligere nå enn for ett år siden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. De neste spørsmålene handler om aktiviteter som du kanskje utfører i løpet av en vanlig dag. **Er helsen din slik at den begrenser deg i utførelsen av disse aktivitetene nå?**  
Hvis ja, hvor mye? [Kryss (X) en boks på hver linje.]

	Ja, begrenser meg mye	Ja, begrenser meg litt	Nei, begrenser meg ikke i det hele tatt
a Anstrengende aktiviteter som å løpe, løfte tunge gjenstander, delta i anstrengende idrett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Moderate aktiviteter som å flytte et bord, støvsuge, gå en spasertur eller drive med hagearbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c Løfte eller bære poser med dagligvarer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d Gå opp trappen flere etasjer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e Gå opp trappen én etasje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f Bøye deg eller gå ned på kne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g Gå mer enn to kilometer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h Gå flere hundre meter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i Gå hundre meter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j Dusje eller kle på deg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RAND Corporation, USA, har opphavrett til det opprinnelige skjemaet, som ble utviklet innen Medical Outcomes Study. Nasjonalt kunnskapscenter for helsegenestetikken distribuerer oversettelsen av RAND-36, norsk versjon 1.

4. I løpet av de siste fire ukene, har du hatt noen av de følgende problemene i arbeidet ditt eller i andre daglige aktiviteter på grunn av din fysiske helse?

- |  | Ja                       | Nei                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a Kuttet ned på hvor mye tid du brukte på arbeid eller andre aktiviteter   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b Fått gjort mindre enn du ønsket  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c Vært begrenset i type arbeidsoppgaver eller andre aktiviteter  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d Hatt problemer med å utføre arbeidet eller andre aktiviteter (for eksempel at det krevde en ekstra innsats av deg) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. I løpet av de siste fire ukene, har du hatt noen av de følgende problemene i arbeidet ditt eller i andre daglige aktiviteter på grunn av følelsesmessige problemer (som å føle seg engstelig eller deprimeret)?

- |  | Ja                       | Nei                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a Kuttet ned på hvor mye tid du brukte på arbeid eller andre aktiviteter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b Fått gjort mindre enn du ønsket  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c Utført arbeid eller andre aktiviteter mindre grundig enn vanlig        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. I løpet av de siste fire ukene, i hvilken grad har den fysiske helsen din eller følelsesmessige problemer påvirket dine vanlige sosiale aktiviteter med familie, venner, naboer eller andre grupper mennesker?

- |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ikke i det hele tatt     | Litt                     | Moderat                  | Ganske mye               | Ekstremt mye             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Hvor mye kroppslige smerter har du hatt i løpet av de siste fire ukene?

- |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ingen                    | Veldig svake             | Svake                    | Moderate                 | Sterke                   | Veldig sterke            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. I løpet av de siste fire ukene, hvor mye har smarter påvirket det vanlige arbeidet ditt (gjelder både arbeid utenfor hjemmet og husarbeid)?

Ikke i det hele tatt      Litt      Moderat      Ganske mye      Ekstremt mye

9. De neste spørsmålene handler om hvordan du føler deg og hvordan du har hatt det i løpet av de siste fire ukene. For hvert spørsmål, ber vi deg velge det svaret som best beskriver hvordan du har følt deg.

Hvor ofte i løpet av de siste fire ukene:

		Hele tiden	Mesteparten av tiden	En god del av tiden	Noe av tiden	Litt av tiden	Aldri
a	Har du følt deg full av liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Har du vært veldig nervøs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Har du følt deg så langt nede at ingenting kunne gjøre deg glad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Har du følt deg rolig og avslappet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Har du hatt mye overskudd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	Har du følt deg nedfor og deprimer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	Har du følt deg utslitt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	Har du følt deg glad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	Har du følt deg sliten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. I løpet av de siste fire ukene, hvor mye av tiden har den fysiske helsen din eller følelsesmessige problemer påvirket dine sosiale aktiviteter (som å besøke venner, slektninger osv.)?

Hele tiden      Mesteparten av tiden      En del av tiden      Litt av tiden      Aldri

Pasientnummer \_\_\_\_\_

11. Hvor RIKTIG eller GAL er hver av de følgende påstandene for deg?

	Helt riktig	Stort sett riktig	Vet ikke	Stort sett galt	Helt galt
a Det virker som om jeg blir syk litt lettere enn andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Jeg er like frisk som de fleste jeg kjenner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c Jeg regner med at helsen min blir dårligere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d Helsen min er utmerket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RAND Corporation, USA, har opphavsrett til det opprinnelige skjemaet, som ble utviklet innen Medical Outcomes Study.  
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten distribuerer oversettelsen av RAND-36, norsk versjon 1.