

# Helse og velferd blant barn og ungdom i de nordiske landene

## Formål

Nordiske barns helse og velferd er tidligere blitt kartlagt i to omfattende studier i 1984 og 1996. Undersøkelsene har vært koordinert av Nordisk høyskole for folkehelsevitenskap i samarbeid med faginstitusjoner i de nordiske land.

Formålet med denne studien er å analysere helse, velferd og livskvalitet hos barn i alderen 2-17 år i Norge og relatere resultatene til samfunnsforandringer de siste tiårene. Slik kunnskap er verdifull når man planlegger helsefremmende tiltak rettet mot barn. Den samme studien gjennomføres i Danmark, Island, Sverige og Finland, hvilket gir oss mulighet til å analysere likheter og forskjeller i barns helse mellom de nordiske landene og mellom denne og de to tidligere studiene. Undersøkelsen gjennomføres av Nasjonalt folkehelseinstitutt i samarbeid med Nordisk høyskole for folkehelsevitenskap i Göteborg. Folkehelseinstituttet tar seg av utsendelse, innsamling og registrering av innkomne svar samt påminnelser.

## Alle svar er viktige

Du tilhører en av 3200 familier med barn i alderen 2 – 17 år som har blitt tilfeldig trukket ut fra Folkeregisteret ved hjelp av statistiske metoder. Din deltakelse er frivillig, men ditt svar er svært viktig og bidrar til at undersøkelsens resultat blir pålitelig. Ditt svar kan ikke erstattes av noen annens.

Vi ber deg svare på spørsmålene og sende tilbake spørreskjemaet i den portofrie returkonvolutten så fort som mulig.

På forhånd takk for din deltakelse!

Med vennlig hilsen

**Else-Karin Grøholt**  
Avdelingsdirektør  
Nasjonalt folkehelseinstitutt

**Heidi Lyshol**  
Seniorrådgiver  
Nasjonalt folkehelseinstitutt

## Dine svar er hemmelige

Dine opplysninger beskyttes iht forvaltningsloven § 13, personopplysningsloven § 13, samt helseregisterloven § 15. Det innebærer at alle som arbeider med undersøkelsen har taushetsplikt og at de innsamlede opplysningene legges fram på en slik måte at det ikke er mulig å finne fram til svarene fra noen enkeltperson. Løpenummeret på spørreskjemaet er der for at Folkehelseinstituttet skal kunne se hvem som har svart og hvem som skal få en påminnelse.

Etter avsluttet datainnsamling fjernes alle identitetsopplysninger. Datamaterialet vil bli bevart i 10 år og vil bli brukt til forskning. Når du svarer på spørreundersøkelsen innebærer det at du godkjenner dette.

## Resultater

Resultatene fra undersøkelsen vil bli publisert i rapporter og vitenskapelige tidsskrifter både nasjonalt og internasjonalt.

## Slik foregår undersøkelsen

Brevet er blitt adressert til barnets foresatte. Spørsmålene bør besvares av den som best kjenner til forholdene rundt barnet det gjelder, men svar gjerne i samarbeid med barnet. Merk at alle svar gjelder det barnet som står på brevetiketten. Les nøye gjennom spørsmålene og svaralternativene før du besvarer spørsmålene. De fleste av spørsmålene besvares ved å krysse av for det alternativet du synes passer best. Bare der det står oppgitt kan du sette flere kryss. Hvis det ikke står et ferdig svaralternativ, er det meningen at du skal skrive svaret i svarfeltet.

En del av spørsmålene passer ikke for alle barn. Små barn er for eksempel ikke arbeidsløse, 17-åringer går ikke i barnehage osv. Fyll bare i det som passer for ditt barn. Visse spørsmål er lettere å besvare enn andre. Skulle det være vanskelig å svare på et spørsmål, gå heller videre i stedet for å la være å fylle ut skjemaet. Det er viktig at du uansett returnerer spørreskjemaet til oss i den frankerte svarkonvolutten, selv om noen spørsmål ikke er blitt besvart.

## Kontakt oss gjerne!

For informasjon om undersøkelsens formål eller hjelp med spørsmålene:

Heidi Lyshol

Telefon 21 07 81 53 – E-post: [heidi.lyshol@fhi.no](mailto:heidi.lyshol@fhi.no)

Nasjonalt folkehelseinstitutt: [www.fhi.no](http://www.fhi.no)

**Skjemaet skal leses av en maskin. Det er derfor viktig at du legger vekt på følgende ved utfyllingen:**

- Bruk blå eller sort kulepenn.
- I de små avkrysningsboksene setter du et kryss for det svaret som du mener passer best, slik: ☒
- Hvis du mener at du har satt kryss i feil boks, kan du rette det ved å fylle boksen helt, slik: ☐
- I de store boksene skriver du tall.

Det er viktig at du bare skriver i det hvite feltet i boksene, slik:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

+

+

Oppgi dag og måned for utfylling av skjemaet

--	--

dag

--	--

måned

2	0	1	1
---	---	---	---

år

## Barnets familiesituasjon

### 1. Hvor gammelt er barnet?

--	--

år

### 2. Er barnet født i Norge eller utenlands?

☐ Norge (gå til spørsmål 4)

☐ I annet nordisk land, hvilket?

--

☐ I land utenfor Norden, hvilket?

--

### 3. Hvor gammelt var barnet da han/hun flyttet til Norge?

--	--

år

### 4. Er barnet gutt eller jente?

☐ Gutt

☐ Jente

### 5. Hvor høy er barnet?

(Mål barnet uten sko og avrund oppover til hel centimeter)

--	--	--

cm

### 6. Hvor mye veier barnet?

(Vei barnet uten klær og avrund oppover til helt kilo)

--	--	--

kg

### 7. a) Hvor mange personer bor det i den daglige husholdningen (spiser vanligvis minst et daglig måltid sammen) der barnet bor?

(Hvis barnet bor vekselvis hos mor og far, oppgi antallet der barnet er registrert i Folkeregisteret)

Voksne (18 år og over)

--	--

Barn 0–17 år, inkludert barnet det spørres om

--	--

+

### b) Hvilket barn i søskenrekkefølgen er barnet som er utvalgt for denne undersøkelsen?

(Det eldste barnet = nr 1. osv.)

Det etterspurte barnets rekkefølge er nr:

--	--

### c) Hvilke voksne bor barnet sammen med?

(Flere alternativer kan velges)

☐ Mor

☐ Far

☐ Barnet bor vekselvis hos mor og far

☐ Søsken over 18 år. I så fall hvor mange?

☐ Fars nye partner/samboer

☐ Mors nye partner/samboer

☐ Andre, hvilke? Skriv i ruten

--

+

+

**8. Er foreldresituasjonen forandret etter at barnet ble født?***(Flere alternativer kan velges)*

+

☐ Nei, ingen endring
 

+

☐ Ja, separasjon/skilsmissе
 

→

Hvor mange år var barnet da

☐ Ja, dødsfall
 

→

Hvor mange år var barnet da

☐ Ja, en forelder er kommet til
 

→

Hvor mange år var barnet da

**9. a) Dersom barnets foreldre bor fra hverandre, omtrent hvor ofte treffer barnet den andre av foreldrene?**
 Omtrent  ganger per måned

eller

 Omtrent  ganger per år

☐ Barnet bor vekselvis hos mor og far
 

+

☐ Aldri eller nesten aldri
**b) Hvor mange dager i året bor barnet hos den andre av foreldrene?**
 Omtrent  dager per år
**Barnets helse****10. Har barnet i løpet av de siste 3 måneder noen gang vært borte fra daghjem, dagmamma, førskole, skole, arbeid eller tilsvarende på grunn av sykdom eller på grunn av besøk hos helse- og sykehuspersonell?**
☐ Nei

☐ Ja, antall dager: 

+

+

**11. Har barnet noen langvarig sykdom eller funksjonshemming, dvs. en tilstand som i vesentlig grad har påvirket barnets daglige liv i løpet av minst 3 måneder i løpet av det siste året?**

+

**Om ja, kan du oppgi om barnets sykdom/funksjonshemming er...**

+		Nei	Ja		Om ja, hvor alvorlig		
					Lett	Middels	Alvorlig
	...Diabetes (sukkersyke) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—————→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...Synshemming .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—————→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...Hørselshemming .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—————→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...Talefeil .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—————→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...Psykiske (nervøse) plager .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—————→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...Epilepsi .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—————→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...Mage/tarmplager .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—————→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...Asthma .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—————→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...Allergisk rhinitt (snue) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—————→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...Eksem .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—————→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...Bevegelseshindring .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—————→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...Overvekt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—————→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... "Hyperaktivitet" (MBD/DAMP/ADHD/ADD(H)) ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—————→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...Annet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—————→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I så fall hva?

+

**12. Har barnet noe eller noen av følgende plager?** (Kryss bare dersom det gjelder hver eller hver annen uke)

**Om ja, anser du at barnets plager er...**

	Nei	Ja		Lette	Middels	Alvorlige
...Vondt i magen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—————→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Vondt i hodet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—————→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Søvnløshet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—————→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Svimmelhet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—————→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Vondt i ryggen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—————→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Appetittmangel .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—————→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Andre plager .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—————→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvilke?

☐ Ingen plager

+

+

**13. a) Har barnet i løpet av de siste 12 månedene vært utsatt for skader/ulykker/forgiftning?**

+

☐ Ja, antall ganger:

 
☐ Nei → Gå til spørsmål 14

+

**b) Hvor inntraff ulykken/skaden?**
*(Ett eller flere kryss)*

	Medførte ulykken...			
	Legebesøk		Sykehusinnleggelse	
	Nei	Ja	Nei	Ja
Hjemme/nærmiljøet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnehage/skole/arbeid .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I trafikken .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Et annet sted .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor?

**14. a) Anvender barnet noe reseptbelagt legemiddel?**
☐ Nei

+

☐ Ja

**b) Om ja, hvilken/hvilke medisin/er og hvor lenge har barnet tatt dem?**

Legemiddel 1

Hvor lenge?

 

måneder

☐ Mindre enn en måned

Legemiddel 2

Hvor lenge?

 

måneder

☐ Mindre enn en måned

+

+

**15. Har barnet de siste 4 ukene tatt medisiner som kan fås uten resept?**

	+	Nei	Ja
Mot....			
Hodepine .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ledd eller andre smerter .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snue, hoste eller feber .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søvnløshet eller nervøsitet .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trøtthet .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mageplager eller forstoppelse .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre plager .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvilke plager?

**16. Hvor ofte diskuterer dere i familien sammen med barna spørsmål om helse og forebygging (som å bli frisk ved å spise sunt, være fysisk aktiv)?**

- ☐ Aldri  
☐ En eller flere ganger/år  
☐ En eller flere ganger/måned  
☐ En eller flere ganger/uke  
☐ Daglig

+

**17. Hvor vender du deg hvis du leter etter spørsmål om helse og forebygging for barnet ditt?**

- (Flere kryss kan settes)
- +
- ☐ Venner/familie  
☐ Skole/barnehage  
☐ Helsestasjon, skolehelsetjeneste, helse- og pleiepersonell  
☐ Selvhjelpsgrupper  
☐ Internett/hjemmesider  
☐ Legger aktivt ut spørsmål på internett/blogger  
☐ Dagsaviser/ukeblader  
☐ Bøker  
☐ Informasjonsbrosjyrer  
☐ Radio/TV

☐ Annet, hva?

☐ Ikke aktuelt

**18. Hvor godt forstår du i alminnelighet informasjon om ditt barns helse?**

	Svært godt	Godt	Verken godt eller dårlig	Dårlig	Svært dårlig	Bruker ikke denne typen informasjon
Informasjon som gis muntlig av medisinsk utdannet personale (lege, sykepleier, apoteker m.fl.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instruksjon i eller på legemiddelforpackninger .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instruksjon og brosjyrer om helse, f eks narkotika, sunn kost osv. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informasjon om barnets helse på internett.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

## Bruk av helsetjenester for barnet

### 19. Har du/din partner eller barnet selv i løpet av de siste 3 månedene ringt til noen av de nedenstående?

+

(Fyll i ett kryss for hver rekke)

Lege..... ☐ Nei ☐ Ja → Antall ganger 

--	--

Sykepleier/helsesøster ..... ☐ Nei ☐ Ja → Antall ganger 

--	--

Annet helsepersonell ..... ☐ Nei ☐ Ja → Antall ganger 

--	--

+

Dersom annet helsepersonell, hvem?

+

### 20. Har barnet i løpet av de siste 3 månedene søkt eller blitt besøkt av noen av de nedenstående?

(Helsekontroller ved helsestasjon eller skolehelsetjenesten skal ikke medregnes i dette spørsmålet)

Fastlege/allmennpraktiserende lege..... ☐ Nei ☐ Ja → Antall ganger 

--	--

Spesialistlege ved sykehus/poliklinikk, eller privat praksis ☐ Nei ☐ Ja → Antall ganger 

--	--

Legebesøk i hjemmet ..... ☐ Nei ☐ Ja → Antall ganger 

--	--

Helsesøster eller sykepleier hos fastlege/allmennpraktiserende lege ..... ☐ Nei ☐ Ja → Antall ganger 

--	--

Sykepleier ved spesialisenter (f.eks. barneklinnikk) ..... ☐ Nei ☐ Ja → Antall ganger 

--	--

Tannlege, tannpleier ..... ☐ Nei ☐ Ja → Antall ganger 

--	--

Fysioterapeut ..... ☐ Nei ☐ Ja → Antall ganger 

--	--

Psykolog ..... ☐ Nei ☐ Ja → Antall ganger 

--	--

Dietetiker ..... ☐ Nei ☐ Ja → Antall ganger 

--	--

Annet helse- og sosialpersonell (f.eks. sosionom, ergoterapeut) ..... ☐ Nei ☐ Ja → Antall ganger 

--	--

Hva slags annet helse- og sosialpersonale?

+

+



**21 a) Har du/din partner (evt. barnet selv) for barnets skyld i løpet av de siste 3 måneder kontaktet noen utenfor den vanlige helsetjenesten – såkalt alternativ medisin – f.eks. homeopat, soneterapeut, kiropraktor, urtemedisiner osv?**

☐ Nei

☐ Ja, hvilken?

+

+

**b) Hva var grunnen til at dere oppsøkte denne behandlingsformen?**

**22. Hvor skjedde barnets siste legebesøk?**

☐ Hos allmennpraktiserende lege/fastlege

☐ Hos spesialistlege/poliklinikk/sykehus

☐ Ved legebesøk i hjemmet

☐ Ved helsestasjon

☐ Ved skolehelsetjenesten

☐ Ved annen helsetjeneste, hvilken?

**23. Brukte legen tilstrekkelig tid for barnets problem?**

+

☐ Ja

☐ Nei

☐ Vet ikke

**24. Hvor viktige anser du de forskjellige punktene er når man søker lege for barnets helseproblem?**

(Angi for hvert synspunkt under hvor viktig du anser punktet. Jo viktigere, desto høyere siffer krysser du av for)

	Uten betydning					Meget stor betydning	
	1	2	3	4	5	6	7
At legen har spesialistutdannelse i barnesykdommer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At legen har spesialistutdannelse for den aktuelle sykdommen...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At legen er lett å treffe (kort reise, kort ventetid).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At legen kjenner barnet/familien.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At legen behersker barnets morsmål .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

## 25. Har barnet vært innlagt på sykehus i løpet av de siste 12 månedene?

+

☐ Ja

+

Antall ganger

--	--

Antall dager tilsammen

--	--

☐ Nei


Gå til spørsmål 27

## 26. Dersom barnet har vært innlagt på sykehus i løpet av de siste 12 månedene...

... ble barnet (siste gang) innlagt på

☐ Barneklinnk?

☐ Barnesal/barnerom på voksenavdeling?

☐ Voksenavdeling?

... fikk dere (siste gang) være hos barnet over natten?

☐ Ja

☐ Nei

☐ Ikke aktuelt

... fikk dere (siste gang) besøke barnet så ofte dere ville?

☐ Ja

☐ Nei

☐ Ikke aktuelt

+

## 27. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de kontakter du har hatt med helse- og sykehusvesenet for barnets skyld i løpet av de siste 12 måneder med henblikk på følgende forhold? -- Med vennlig hilsen

(Fyll i ett alternativ på hver rad)

	Meget fornøyd	Ganske fornøyd	Ganske misfornøyd	Meget misfornøyd	Vet ikke/uaktuelt
Tilgjengelighet til lege / sykehus .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Måten du er møtt på, vennlighet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tid brukt for barnets problem.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikasjon (evne til å lytte på barnets og foreldrenes behov).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informasjon (om f.eks. behandling, sykdommer, helsetilstand)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvaliteten av f.eks. medisinsk behandling, eller undersøkelse..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samråd mellom helsepersonell og de som søkte hjelp ang. omfang / utforming / planlegging av omsorgen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppfølging av barnet (samme lege / sykepleier) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

## Barnets aktiviteter og utvikling

### 28. Hvor oppholder barnet seg på dagtid? (Ett eller flere kryss)

+

- ☐ Oppholder seg i hjemmet  
☐ Passes hos slektninger, f.eks. besteforeldre  
☐ Har plass i familiebarnehage eller oppholder seg hos annen familie / dagmamma  
☐ Har plass i barnehage. Hvor mange timer/uke?  timer/uke  
☐ Har plass i fritidshjem/SFO (skolefritidsordning)  
☐ Går på barneskole/ungdomsskole  
☐ Går på videregående skole  
☐ Er i yrkesutdanning  
☐ Arbeider  
☐ Arbeidsløs  
☐ Annet, hva?

+

### 29. Hvor ofte pleier barnet å gjøre noe av det følgende? (Fyll i ett kryss på hver rad)

	Aldri	En eller flere ganger			Daglig
		per år	i måneden	i uken	
Går på kino, teater eller idrettsstevne .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leser bøker (utover skolebøker) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besøker eller får besøk av venner .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spille musikkinstrument .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drive idrett .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delta i foreningsarbeid .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lytte på musikk .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå på konsert .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se på TV /video / DVD .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spille TV-spill / dataspill .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surfe / blogge på internett .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre aktiviteter (gi eksempel nedenfor) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvilke?

+

### 30. Hvor mange timer sammenlagt i løpet av en uke driver barnet med idrett eller mosjon utenfor skoletid (så mye at han eller hun blir andpusten og/eller svetter)?

- ☐ Ingen  
☐ Omtrent ½ time  
☐ Omtrent 1 time  
☐ Omtrent 2-3 timer  
☐ Omtrent 4-6 timer  
☐ 7 timer eller mer

+

+

**31. Hvordan oppfatter du barnet sammenlignet med andre barn på samme alder? Nedenfor angis en liste med par av egenskaper som er motpoler til hverandre. (Sett ett kryss for hvert par av egenskaper)**

Eksempel: +

	1	2	3	4	5	6	7	
Liten (for sin alder).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stor (for sin alder)

Jo lavere siffer det er i ruten du krysser for jo mer gjelder egenskapen til venstre. Jo høyere siffer jo mer gjelder egenskapen til høyre. Avkryssing i ruten med siffer 4 innebærer at ingen av egenskapene dominerer. Skriv raskt ned di første oppfattelse uten å tenke for lenge. Etter din oppfatning er han/hun nå:

	1	2	3	4	5	6	7	
Uselvstendig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selvstendig
Passiv .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aktiv
Ensom.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ikke ensom
Urolig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rolig, stabil
Nedstemt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glad
Engstelig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trygg
utvikling sen for alderen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utvikling langt fram for alderen

**32. Hvor mange nære venner (beste venner/venninner) har barnet nå?**

- ☐ Ingen
- ☐ En eller to
- ☐ Tre eller flere

**33. Hvordan trives barnet i barnehage / skole / arbeid?**  
(Foresatte spør barnet.)

- ☐ Meget godt
- ☐ Godt
- ☐ Mindre godt
- ☐ Vet ikke
- ☐ Ikke aktuelt

+

**34. Hvor godt synes du barnet klarer seg på skolen?**

- ☐ Meget godt
- ☐ Godt
- ☐ Middels
- ☐ Under middels
- ☐ Dårlig
- ☐ Vet ikke
- ☐ Ikke aktuelt

+

**35. Det hender i blant at flere barn slår seg sammen for å plaga/mobbe et annet barn (f.eks. slåss mot ham eller henne, gjør narr av ham eller henne). Har ditt barn noen gang vært med på å mobbe andre?**

- ☐ Ofte
- ☐ Av og til
- ☐ Sjelden/Aldri
- ☐ Vet ikke

**36. Blir ditt barn mobbet?**

- ☐ Ofte
- ☐ Av og til
- ☐ Sjelden/Aldri
- ☐ Vet ikke

+

### 37. Styrker og svakheter (SDQ-SVE)

+

Vi vil nå at du skal svare på spørsmål som følger det internasjonalt brukte spørreskjemaet SDQ (Strengths & Difficulties Questionnaires, se [www.sdqinfo.org](http://www.sdqinfo.org)) for å gjøre det mulig å sammenligne over landegrensene. Vennligst kryss av for det alternativet (Stemmer ikke, Stemmer delvis eller Stemmer helt) som du synes passer best. Det er verdifullt om du svarer på alle spørsmålene, selv om du ikke er helt sikker eller synes at spørsmålet virker merkelig. Spørsmålene gjelder ditt barns oppførsel de siste 6 månedene.

+	Stemmer ikke	Stemmer delvis	3Stemmer helt
Omtenksum, tar hensyn til andre menneskers følelser.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rastløs, overaktiv, kan ikke være lenge i ro .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klager ofte over hodepine, vondt i magen eller kvalme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deler gjerne med andre barn (godter, leker, andre ting).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har ofte raserianfall eller dårlig humør .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganske ensom, leker ofte alene.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Som regel lydig, gjør vanligvis det voksne ber om.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mange bekymringer, virker ofte bekymret.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjelpsom hvis noen er såret, lei seg eller føler seg dårlig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stadig urolig eller i bevegelse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har minst en god venn .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slåss ofte med andre barn eller mobber dem.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ofte lei seg, nedfor eller på gråten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vanligvis likt av andre barn .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lett avledet, mister lett konsentrasjonen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervøs eller klengete i nye situasjoner, lett utrygg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snill mot yngre barn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lyver eller jukser ofte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plaget eller mobbet av andre barn .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilbyr seg ofte å hjelpe andre (foreldre, lærere, andre barn) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenker seg om før hun / han handler (gjør noe) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stjeler hjemme, på skolen eller andre steder .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommer bedre overens med voksne enn med barn .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Redd for mye, lett skremt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fullfører oppgaver, god konsentrasjonsevne.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

**Samlet, synes du at barnet ditt har vansker på ett eller flere av følgende områder: Med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med andre mennesker?**

Nei	Ja, små vansker	Ja, tydelige vansker	Ja, alvorlige vansker
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du har svart "Ja", vennligst svar på følgende spørsmål:

**Hvor lenge har disse vanskene vært til stede?**

Mindre enn 1 måned	1-5 måneder	6-12 måneder	Mer enn 1 år
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

### Blir barnet selv forstyrret eller plaget av vanskene?

+

+	Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Veldig mye
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Påvirker vanskene barnets dagligliv på noen av de følgende områdene?

	Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Veldig mye
Hjemme / i familien .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forhold til venner .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Læring på skolen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fritidsaktiviteter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Er vanskene en belastning for deg eller familien som helhet?

Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Veldig mye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

## Bruk av datamaskin og internett

### 38. Har dere tilgang til internett hjemme?

- ☐ Nei → Gå til spørsmål 40
- ☐ Ja

### 39. Har dere satt opp regler for hvor ofte/mye barnet får bruke internett?

- ☐ Nei
- ☐ Ja

### 40. Hvor mange timer per dag ser barnet på TV, video/DVD?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ Omtrent ½ time
- ☐ Omtrent 1 time
- ☐ Omtrent 2-3 timer
- ☐ Omtrent 4-6 timer
- ☐ 7 timer eller mer

### 41. Hvor mange timer per dag spiller barnet TV-spill/dataspill?

#### På hverdager

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ Omtrent ½ time
- ☐ Omtrent 1 time
- ☐ Omtrent 2-3 timer
- ☐ Omtrent 4-6 timer
- ☐ 7 timer eller mer

#### I helger

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ Omtrent ½ time
- ☐ Omtrent 1 time
- ☐ Omtrent 2-3 timer
- ☐ Omtrent 4-6 timer
- ☐ 7 timer eller mer

### 42. Hvor mange timer per dag surfer barnet på internett?

#### På hverdager

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ Omtrent ½ time
- ☐ Omtrent 1 time
- ☐ Omtrent 2-3 timer
- ☐ Omtrent 4-6 timer
- ☐ 7 timer eller mer

#### I helger

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ Omtrent ½ time
- ☐ Omtrent 1 time
- ☐ Omtrent 2-3 timer
- ☐ Omtrent 4-6 timer
- ☐ 7 timer eller mer

+

+

**43. Av og til blir det diskutert hvordan medienes innhold påvirker hva mennesker mener og tenker. I hvilken utstrekning tror du at a) ditt barn/ respektive b) andres barn i alminnelighet påvirkes av innholdet i følgende medier?**

**a) Ditt barn:**

+	I meget stor utstrekning	I ganske stor utstrekning	I verken stor/ liten utstrekning	I ganske liten utstrekning	I meget liten utstrekning
TV/Video .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dataspill osv. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internett .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**b) Andres barn i alminnelighet:**

	I meget stor utstrekning	I ganske stor utstrekning	I verken stor/ liten utstrekning	I ganske liten utstrekning	I meget liten utstrekning
TV/Video .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dataspill osv. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internett .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**44. I hvilken utstrekning hender det at du begrenser barnets bruk av følgende medier til fordi du bekymrer deg for at innholdet påvirker barnet negativt?**

	I meget stor utstrekning	I ganske stor utstrekning	I verken stor/ liten utstrekning	I ganske liten utstrekning	I meget liten utstrekning
TV/Video .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dataspill osv. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internett .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

## Familiens boforhold

**45. Hva slags sted bor du/dere?**

- ☐ Storbyområde (inkludert drabantbyer) med mer enn 100 000 innbyggere
- ☐ Tettsted med mer enn 3000 innbyggere
- ☐ Bygd eller tettsted med mindre enn 3000 innbyggere

**46. Er du gift, samboer eller aleneforelder?**

- ☐ Gift
- ☐ Samboer
- ☐ Aleneforelder

**47. Hva er din og din eventuelle partners alder?**

**Den som svarer:**   år.

**Partneren:**   år

+

**48. Er du, din eventuelle partner født i Norge eller utenlands?**

**Den som svarer**

- ☐ I Norge
- ☐ I annet nordisk land
- ☐ I land utenfor Norden

Hvilket land?

**Partneren**

- ☐ I Norge
- ☐ I annet nordisk land
- ☐ I land utenfor Norden

Hvilket land?

+

+

**49. Hvilken utdanning har du, din partner?** (Oppgi bare den høyeste utdannelsen)

+

**Den som svarer**

- ☐ Universitet/høyskole
- ☐ Minst 3-årig videregående skole/gymnas
- ☐ Folkehøyskole, minst 2-årig videregående skole eller tilsvarende
- ☐ Grunnskole/ungdomsskole
- ☐ Annen utdanning, hvilken? Skriv under.

**Partneren**

- ☐ Universitet/høyskole
- ☐ Minst 3-årig videregående skole/gymnas
- ☐ Folkehøyskole, minst 2-årig videregående skole eller tilsvarende
- ☐ Grunnskole/ungdomsskole
- ☐ Annen utdanning, hvilken? Skriv under.

**50. Hvilke av alternativene under stemmer best med din egen og din eventuelle partners nåværende arbeidsstatus?**

(En person som arbeider sporadisk eller lite markerer sin viktigste aktivitet.)

OBS! Det er viktig at få oppgifter om både den av foreldrene som svarer på skjemaet og den eventuelle partnerens arbeidsstatus)

**Den som svarer**

- ☐ Jordbruker
- ☐ Eget firma
- ☐ Ansatt
- ☐ Lærling
- ☐ (tar seg av husholdning og familie/barn)
- ☐ Arbeidsløs. Hvor lenge?  måneder  
(hvis du har vært arbeidsløs mindre enn 1 måned, skriv 0)
- ☐ Langtidssykemeldt
- ☐ Vernepliktig
- ☐ Foreldrepermisjon
- ☐ Annet, hva? Skriv under.

Hvilket yrke/hvilken stilling?  
(Hvis ikke i arbeid, seneste yrke/stilling.)

Angi kortfattet arbeidsoppgavene:

+

**Partneren**

- ☐ Jordbruker
- ☐ Eget firma
- ☐ Ansatt
- ☐ Lærling
- ☐ Hjemmearbeidende (tar seg av husholdning og familie/barn)
- ☐ Arbeidsløs. Hvor lenge?  måneder  
(hvis du har vært arbeidsløs mindre enn 1 måned, skriv 0)
- ☐ Langtidssykemeldt
- ☐ Vernepliktig
- ☐ Foreldrepermisjon
- ☐ Annet, hva? Skriv under.

Hvilket yrke/hvilken stilling?  
(Hvis ikke i arbeid, seneste yrke/stilling.)

Angi kortfattet arbeidsoppgavene:

+



**51. Hvis du/din partner er yrkesaktiv, hvor mange timer per uke?**

(Regn også med overtid, ekstra timer, eventuell ekstrajobb (ikke husarbeid))

+

Den som svarer  timer/uke

☐ Ikke i betalt arbeid

Partneren  timer/uke

☐ Ikke i betalt arbeid

**52. Hvilken disponibel inntekt har husholdningen per måned?**

Regn med den sammenlagte inntekten etter skatt for alle i husholdningen. Med inntekt mener vi lønn, pensjon, trygd, inntekt av egn bedrift/jordbruk samt bidrag av forskjellige typer (f.eks. barnetrygd, barnebidrag, underholdningsbidrag, bostøtte, sosialstøtte, hjelpestønad og grunnstønad.)

Familiens disponible inntekt



kroner/måned

+

**53. Om familien plutselig skulle havne i en uforutsett situasjon der du/dere på en uke måtte fremskaffe 17 000 kroner, ville du/dere klare det?**

☐ Ja

☐ Nei

**54. Har det i løpet av de siste 12 månedene hendt at familien har hatt vanskeligheter med å klare de løpende utgiftene for mat, husleie, regninger mm.?**

☐ Ja

☐ Nei

**55. a) Hvordan bor familien?**

☐ Leilighet i flerfamiliehus (blokk)

☐ Enebolig/rekkehus

☐ Annen bolig, hvilken?


**b) Eier eller leier familien boligen?**

☐ Eier boligen/borettslag

☐ Leier boligen

**56. Boligens størrelse?**

a)  rom og kjøkken

b)  m²

**57. Har barnet eget soverom?**

☐ Ja

☐ Nei, barnet deler soverom med søsken

☐ Nei, barnet deler soverom med foreldre

☐ Nei, barnet deler soverom med annen person

**58. a) Hvor ofte pleier du å delta i følgende aktiviteter sammen med barnet? (Fyll i ett kryss på hver rad)**

+

		En eller flere ganger			
	Aldri	per år	i måneden	i uken	Daglig
Leke, spille spill .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå på kino, teater eller på idrettsstevne .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjøre lekser .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lese bøker .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå tur .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spille musikkinstrument/synge .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drive idrett, trene .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se på TV /video / DVD .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spille TV-spill / dataspill .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surfe / blogge på internett .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå i butikker .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kjøre barnet til aktiviteter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå på konsert .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjøre noe annet (gi eksempel under) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**b) Hvor ofte pleier din eventuelle partner å delta i følgende aktiviteter sammen med barnet?**

(Fyll i ett kryss på hver rad)

		En eller flere ganger			
	Aldri	per år	i måneden	i uken	Daglig
Leke, spille spill .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå på kino, teater eller på idrettsstevne .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjøre lekser .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lese bøker .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå tur .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spille musikkinstrument/synge .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drive idrett, trene .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se på TV /video / DVD .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spille TV-spill / dataspill .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surfe / blogge på internett .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå i butikker .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kjøre barnet til aktiviteter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå på konsert .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjøre noe annet (gi eksempel under) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

### 59. Hvor ofte bruker du selv og din eventuelle partner internett i fritiden?

+

#### Den som svarer

+

- ☐ Aldri
- ☐ En eller flere ganger per år
- ☐ En eller flere ganger i måneden
- ☐ En eller flere ganger i uken
- ☐ Daglig

#### Partneren

- ☐ Aldri
- ☐ En eller flere ganger per år
- ☐ En eller flere ganger i måneden
- ☐ En eller flere ganger i uken
- ☐ Daglig
- ☐ Ingen partner

### 60. Synes du at du får den hjelp og avlastning med hjem og barn som du behøver?

☐ Ja →

#### Hvem gir deg hjelpen?

(Sett ett eller flere kryss)

- ☐ Partner
- ☐ Tidligere partner
- ☐ Barna
- ☐ Slektninger
- ☐ Naboer/venner/bekjente
- ☐ Samfunnet (kommunale tjenester, f. eks. hjemmetjenesten, avlastningshjem)
- ☐ Andre, hvilke?

☐ Nei

#### Hvordan vil du ha ordnet hjelp og avlastning med hjemmearbeid og barn?

+

### 61. Hvor mye hjelp synes du at du får når det gjelder hverdagsproblemer omkring barnets helse, oppdragelse mm?

(Ett kryss i hver rad)

	Ikke spesielt mye hjelp	Ganske mye hjelp	All tenkelig hjelp
a) Av personer som i sitt yrke/arbeid har oppgaven å hjelpe barnet (lege, sykepleier, sosionom, barnehagepersonale, lærere osv.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Av personer som hører til i din daglige omgangskrets, slektninger eller arbeidskolleger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 62. Har familien hatt en feriereise i løpet av de siste 12 månedene?

- Innenlands ☐ Nei ☐ Ja
- Utenlands ☐ Nei ☐ Ja

+

+

+

**63. Har du/dere i løpet av de siste årene hatt et tillitsverv i en forening eller organisasjon?**

+

**Den som svarer:**

**Partneren:**

☐ Ja ☐ Nei

☐ Ja ☐ Nei

## Foreldrenes helse og velferd

**64. Har du eller din eventuelle partner noe eller noen av følgende plager?**

(Kryss bare dersom det gjelder hver eller hver annen uke)

**a) Den som svarer:**

	Nei	Ja	Er plagen		
			Lett	middels	Alvorlig
Vondt i magen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vondt i hodet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søvnløshet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svimmelhet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vondt i ryggen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetittmangel .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervøse plager .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Langvarig sykdom/funksjonshemming .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I så fall, hvilken?

☐ Ingen plager

+

**b) Partneren:**

	Nei	Ja	Er plagen		
			Lett	middels	Alvorlig
Vondt i magen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vondt i hodet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søvnløshet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svimmelhet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vondt i ryggen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetittmangel .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervøse plager .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Langvarig sykdom/funksjonshemming .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I så fall, hvilken?

☐ Ingen plager

+

+

**65. Har du, din eventuelle partner vært sykmeldt noen gang i løpet av de 12 månedene?****Den som svarer:** +**Partneren:** +☐ Ja, hvor lenge? 

--	--	--

 antall dager totalt☐ Ja, hvor lenge? 

--	--	--

 antall dager totalt☐ Nei☐ Nei**66. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med ditt liv når det gjelder...***(Fyll i ett alternativ på hver rad)*

	Meget fornøyd	Ganske fornøyd	Verken fornøyd eller misfornøyd	Ganske misfornøyd	Meget misfornøyd
...Bolig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Arbeid .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Økonomi .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Utdannelse .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Helse .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Familiesituasjon .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Fritid .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Kontakt med venner og bekjente .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Muligheter til å påvirke din og familiens livssituasjon .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**67. Bruker du å se en løsning på problemer og vanskeligheter som andre finner håpløse?**

- ☐ Ja, oftest  
☐ Ja, i blant  
☐ Nei

**68. Bruker du å føle at ditt daglige liv er en kilde til personlig tilfredsstillelse?**

- ☐ Ja, oftest  
☐ Ja, i blant  
☐ Nei

+

**69. Bruker du å føle at ting som hender deg i ditt daglige liv er vanskelige å forstå?**

- ☐ Ja, oftest  
☐ Ja, i blant  
☐ Nei

**70. Bruker du å føle at du har vanskelig for å få tid til ditt daglige liv?**

- ☐ Ja, oftest  
☐ Ja, i blant  
☐ Nei

+

**71. Er du som hovedsakelig svarer på spørsmålene (Sett bare ett kryss)**

- ☐ Barnets biologiske mor  
☐ Barnets biologiske far  
☐ Annen, hvem?

--

**72. Besvarer du sammen med forelder, barnet eller en annen?***(Sett ett eller flere kryss)*

- ☐ Sammen med annen av foreldrene  
☐ Sammen med barnet  
☐ Sammen med en annen, hvem?

--

☐ Alene

+

**73. Andre viktige opplysninger eller synspunkter:**

+

+

+

Vær vennlig å kontrollere at du ikke har glemt å svare på noe enkeltspørsmål,  
og legg så spørreskjemaet inn i svarkonvolutten og post det så raskt som mulig.

**Takk enda en gang for hjelpen!**

+

+



## **Nasjonalt folkehelseinstitutt utfører denne spørreundersøkelsen i samarbeid med Nordisk høyskole for folkehelsevitenskap, NHV**

Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI) er et forvaltningsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. FHI er en nasjonal kompetanseinstitusjon for myndigheter, helsetjeneste, rettsapparat, påtalemyndighet, politikere, media og publikum.

Instituttet består av fem fagdivisjoner: Smittevern, miljømedisin, epidemiologi, psykisk helse samt retts toksikologi og rusmiddelforskning. I tillegg kommer Divisjon for samfunnskontakt og instituttressurser. Denne undersøkelsen er underlagt Divisjon for epidemiologi i et samarbeid mellom flere fagavdelinger.

NHV, som ligger i Göteborg, er en institusjon for utdanning og forskning innen folkehelsevitenskapen. Den drives i samarbeid av de fem nordiske landene via Nordisk Ministerråd. NHV har arbeidet med videreutdanning i folkehelsefag for ulike yrkesgrupper innen helse- og sosialfeltet siden 1953. For tiden har skolen rundt 50 doktorgradskandidater, ca 200 mastergradsstudenter og holder hvert år kurs for ca 700 personer.