

1. Datum för ifyllande av enkäten:

2	0	0			
År			Månad		Dag

2. Är ditt barn en pojke eller flicka?

- 1 ☐ Pojke
2 ☐ Flicka

3. Vilket är ditt barns födelseår och födelsemånad?

1	9	9		
År			Månad	

4. Hur bedömer du att ditt barns allmänna hälsotillstånd varit den senaste månaden?

- 1 ☐ Mycket gott
2 ☐ Gott
3 ☐ Någorlunda
4 ☐ Dåligt
5 ☐ Mycket dåligt

Ditt barns hälsotillstånd

5. Markera, genom att kryssa i en ruta i varje nedanstående grupp, vilket påstående som bäst beskriver ditt barns hälsotillstånd idag.

Rörlighet

- 1 ☐ Går utan svårigheter
2 ☐ Kan gå men med viss svårighet
3 ☐ Är sängliggande

Hygien

- 1 ☐ Behöver ingen hjälp med sin dagliga hygien, mat eller påklädning
2 ☐ Har vissa problem att tvätta eller klä sig själv
3 ☐ Kan inte tvätta eller klä sig själv

Huvudsakliga aktiviteter (t ex gå i skolan, familje- och fritidsaktiviteter, hobbys, sportaktiviteter, lek)

- 1 ☐ Klarar av sina huvudsakliga aktiviteter
2 ☐ Har vissa problem med att klara av sina huvudsakliga aktiviteter
3 ☐ Klarar inte av sina huvudsakliga aktiviteter

Smärtor/besvär

- 1 ☐ Har varken smärtor eller besvär
2 ☐ Har måttliga smärtor eller besvär
3 ☐ Har svåra smärtor eller besvär

Oro/nedstämdhet

- 1 ☐ Är inte orolig eller nedstämd
2 ☐ Är orolig eller nedstämd i viss utsträckning
3 ☐ Är i högsta grad orolig eller nedstämd

6.

Till hjälp för att avgöra hur bra eller dåligt ett hälsotillstånd är, finns den termometer-liknande skalan till höger. På denna har det bästa hälsotillstånd du kan tänka dig markerats med 100 och det sämsta hälsotillstånd du kan tänka dig markerats med 0.

Vi vill att du på denna skala markerar hur bra eller dåligt ditt barns hälsotillstånd är, som du bedömer det. Gör detta genom att dra en linje från nedanstående ruta till den punkt på skalan som markerar hur bra eller dåligt du bedömer ditt barns nuvarande hälsotillstånd.

Ditt barns
nuvarande
hälsotillstånd

Bästa
tänkbara
tillstånd

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

Sämsta
tänkbara
tillstånd

7. Bor ditt barn i huvudsak på en adress?

1 ☐ Ja, bara på den adress till vilken enkäten skickats

2 ☐ Ja, men på en annan adress med postnummer →

--	--	--	--	--

→ Vem eller vilka vårdnadshavare bor på samma adress som barnet?

1 ☐ Mamma (biologisk eller adoptivförälder)

1 ☐ Pappa (biologisk eller adoptivförälder)

1 ☐ Annan vårdnadshavare (t ex. fosterförälder)

3 ☐ Nej, barnet bor **lika mycket** på **två** olika adresser

Om barnet bor lika mycket på två olika adresser ber vi dig besvara följande:

Adress 1

Postnummer →

--	--	--	--	--

→ Vilken vårdnadshavare bor på denna adress?

1 ☐ Mamma (biologisk eller adoptivförälder)

2 ☐ Pappa (biologisk eller adoptivförälder)

3 ☐ Annan vårdnadshavare (t ex. fosterförälder)

Adress 2

Postnummer →

--	--	--	--	--

→ Vilken vårdnadshavare bor på denna adress?

1 ☐ Mamma (biologisk eller adoptivförälder)

2 ☐ Pappa (biologisk eller adoptivförälder)

3 ☐ Annan vårdnadshavare (t ex. fosterförälder)

Bostaden

Om ditt barn bor **lika mycket** på två olika adresser så gäller frågorna 8 – 31 för den adress där den förälder eller vårdnadshavare bor som besvarar enkäten.

8. Vilken typ av bostad bor ditt barn i?

- 1 ☐ Småhus (villa, radhus, kedjehus, gård)
- 2 ☐ Flerbostadshus (lägenhet), bottenvåning
- 3 ☐ Flerbostadshus (lägenhet), 1 trappa upp eller högre
- 4 ☐ Annan typ av bostad

9. När är huset (bostaden) byggt?

- 1 ☐ Före 1941
- 2 ☐ 1941 – 1960
- 3 ☐ 1961 – 1975
- 4 ☐ 1976 – 1985
- 5 ☐ 1986 – 1995
- 6 ☐ 1996 –
- 7 ☐ Känner inte till när huset (bostaden) är byggt

10. Hur stor är bostadsytan? (Uppskatta om du inte vet exakt)

 m²

11. Hur många personer bor i familjens bostad eller lägenhet?

- 1 ☐ 2 personer
- 2 ☐ 3-4 personer
- 3 ☐ 5-6 personer
- 4 ☐ Mer än 6 personer

12. Hur många rum finns i bostaden (förutom köket)?

 rum

13. Om ni bor i småhus eller på bottenvåning i flerbostadshus, vilken huvudsaklig grund har huset?

- 1 ☐ Bor inte i småhus eller på bottenvåning i flerbostadshus
- 2 ☐ Betongplatta på mark
- 3 ☐ Krypgrund, torpargrund, plintgrund
- 4 ☐ Källare eller suterrängvåning
- 5 ☐ Känner inte till vilken grund huset har

14. Om huset har källare eller suterrängvåning, är barnets rum beläget där?

- 1 ☐ Ja
- 2 ☐ Nej
- 3 ☐ Inte aktuellt, huset har ej källare eller suterrängvåning

15. Vilken typ av fönster har bostaden? Svara med alla alternativ som stämmer.

- 1 ☐ 2-glasfönster
- 1 ☐ 3-glasfönster, isolerglasfönster eller bullerskyddade fönster
- 1 ☐ Annan typ av fönster, vilken? _____
- 1 ☐ Känner inte till fönstertypen

16. Förekommer kondens (imma längs hela underkanten och minst 2 cm högt) på insidan av fönsterrutorna i sovrum vintertid (november-mars)?

- 1 ☐ Ja, så gott som dagligen
- 2 ☐ Ja, ibland
- 3 ☐ Nej, aldrig

17. Har bostaden något fönster som är vänt direkt mot ...*Sätt ett kryss på varje rad!*

	Ja 1	Nej 2
... trafikerad gata?	☐	☐
... mindre gata eller lokalgata?	☐	☐
... järnväg?	☐	☐
... industri eller industriområde?	☐	☐
... innergård eller bakgård, trädgård, vatten, skog eller öppet fält?	☐	☐
... annat än det uppräknade, vad? _____		

18. Har ditt barns sovrum något fönster som är vänt direkt mot ...*Sätt ett kryss på varje rad!*

	Ja 1	Nej 2
... trafikerad gata?	☐	☐
... mindre gata eller lokalgata?	☐	☐
... järnväg?	☐	☐
... industri eller industriområde?	☐	☐
... innergård eller bakgård, trädgård, vatten, skog eller öppet fält?	☐	☐
... annat än det uppräknade, vad? _____		

19. Har ditt barn sovit med öppet fönster den senaste månaden?*Gäller även vädringslucka, vädringsfönster, fönster på glänt.*

- 1 ☐ Ja, så gott som varje natt
 2 ☐ Ja, ibland
 3 ☐ Nej, aldrig

Om nej: Varför?

- 1 ☐ Buller
 2 ☐ Dålig luft eller lukt
 3 ☐ För kallt ute
 4 ☐ Annan orsak

20. Hur ventileras bostaden?

- 1 ☐ Endast självdrag
 2 ☐ Självdrag med köksfläkt och/eller badrumsfläkt
 3 ☐ Fläktsystem med mekanisk **frånluft**
 4 ☐ Fläktsystem med mekanisk **från- och tilluft**
 5 ☐ Annat
 6 ☐ Känner inte till ventilationstypen

21. Hur tycker du att luftkvaliteten i bostaden har varit den senaste månaden?

- 1 ☐ Mycket bra
 2 ☐ Ganska bra
 3 ☐ Ganska dålig
 4 ☐ Mycket dålig

22. Vilken typ av spis används för matlagning? Svara med alla alternativ som stämmer.

- 1 ☐ Elspis
 1 ☐ Gasspis
 1 ☐ Vedspis eller spis eldad med annat fast bränsle
 1 ☐ Annan spis
 1 ☐ Endast mikrovågsugn

23. Har det funnits synlig fuktskada (fläckar och dylikt) i bostaden?

- 1 ☐ Ja
 2 ☐ Nej

24. Har det funnits synlig mögelväxt i bostaden de senaste 3 månaderna?*Ytlig växt i kakelfogar eller på väggar i våtutrymmen och dylikt räknas inte.*

- 1 ☐ Ja
 2 ☐ Nej

25. Har du eller någon annan känt lukt av mögel i bostaden de senaste 3 månaderna?

- 1 ☐ Ja
 2 ☐ Nej

26. Används tvättmaskin i bostaden?

- 1 ☐ Ja, mer än 7 tvättar per vecka
 2 ☐ Ja, 5-7 tvättar per vecka
 3 ☐ Ja, 1-4 tvättar per vecka
 4 ☐ Ja, mindre än 1 tvätt per vecka
 5 ☐ Nej

27. Har ni bytt bostad eller gjort några förändringar p g a misstänkt astma eller allergi hos någon familjemedlem? Svara med alla alternativ som stämmer.

- 1 ☐ Ja, bytt bostad
 1 ☐ Ja, lämnat bort pälsdjur eller avstått från att skaffa pälsdjur
 1 ☐ Ja, slutat röka eller slutat röka inomhus
 1 ☐ Annan förändring i bostaden (t ex. tagit bort mattor, installerat centraldammsugare)
 1 ☐ Nej

28. Har radonhalten mätts någon gång i bostaden?

- 1 ☐ Ja
 2 ☐ Nej
 3 ☐ Vet inte

Om ja: Vilket värde uppmättes?

- 1 ☐ Under gränsvärdet
 2 ☐ Över gränsvärdet
 3 ☐ Vet inte

Familjen**29. Finns det pälsdjur i lägenheten eller bostaden där barnet bor?**

- 1 ☐ Ja
 2 ☐ Nej

Om ja: Vilket eller vilka djur?

- 1 ☐ Katt
 1 ☐ Hund
 1 ☐ Gnagare (marsvin, kanin, hamster, råtta, mus mm)

30. Har det tidigare funnits pälsdjur där barnet bor nu?

- 1 ☐ Ja
 2 ☐ Nej

Om ja: Vilket eller vilka djur?

- 1 ☐ Katt
 1 ☐ Hund
 1 ☐ Gnagare (marsvin, kanin, hamster, råtta, mus mm)

31. Finns det pälsdjur hos släktingar eller vänner som barnet träffar regelbundet?1 ☐ Ja2 ☐ Nej*Om ja: Vilket eller vilka djur?*1 ☐ Katt1 ☐ Hund1 ☐ Gnagare (marsvin, kanin, hamster, råtta, mus mm)**Mammas rökvanor****32. Röker du i bostaden?**1 ☐ Ja, dagligen2 ☐ Ja, dagligen men inte inne i bostaden3 ☐ Nej*Om ja: Hur många cigaretter, cigarrer eller pipstopp röker du inne i bostaden?*1 ☐ 1-7 per dag2 ☐ 8-15 per dag3 ☐ 16-25 per dag4 ☐ Mer än 25 per dag**Pappas rökvanor****33. Röker du i bostaden?**1 ☐ Ja, dagligen2 ☐ Ja, dagligen men inte inne i bostaden3 ☐ Nej*Om ja: Hur många cigaretter, cigarrer eller pipstopp röker du inne i bostaden?*1 ☐ 1-7 per dag2 ☐ 8-15 per dag3 ☐ 16-25 per dag4 ☐ Mer än 25 per dag**34. Röker något syskon och/eller annan person som bor i bostaden?**1 ☐ Ja, dagligen2 ☐ Ja, dagligen men inte inne i bostaden3 ☐ Nej*Om ja: Hur många cigaretter, cigarrer eller pipstopp röker syskon och/eller annan person inne i bostaden totalt per dag? (Sammantaget för alla)*1 ☐ 1-7 per dag2 ☐ 8-15 per dag3 ☐ 16-25 per dag4 ☐ Mer än 25 per dag

35. Brukar ditt barn regelbundet (mer än 1 gång per vecka) **vistas i annan miljö där det förekommer tobaksrök?**

- 1 ☐ Ja
2 ☐ Nej

36. Har mamma eller pappa (biologiska föräldrar) **någon av följande sjukdomar enligt läkare?** Svara med alla alternativ som stämmer.

	Mamma 1	Pappa 1
Astma	☐	☐
Allergisnuva	☐	☐
Allergiska ögonbesvär	☐	☐
Allergi mot pollen, pälsdjur, kvalster	☐	☐
Atopiskt eksem (böjveckseksem)	☐	☐
Inget av ovanstående	☐	☐
Vet inte	☐	☐

37. Har mamma eller pappa (biologiska föräldrar) **dyslexi** (läs- och skrivsvårigheter)?

	Mamma 1	Pappa 1
Ja	☐	☐
Nej	☐	☐
Vet inte	☐	☐

38. Vilken är mammas, pappas eller annan vårdnadshavares högsta slutförda utbildning? Svara med alla alternativ som stämmer.

	Mamma 1	Pappa 1
Kortare utbildning eller ej avslutad skolgång	☐	☐
Grundskola eller motsvarande, 9-10 år	☐	☐
Gymnasium, 11-14 år	☐	☐
Universitet eller högskola, 14 år eller mer	☐	☐
Vet inte	☐	☐

39. Vad har mamma, pappa eller annan vårdnadshavare haft för huvudsaklig sysselsättning de senaste 3 månaderna? Svara med endast ett alternativ.

	Mamma 1	Pappa 1
Arbetat hel- eller deltid	☐	☐
Arbetslös	☐	☐
Studerat	☐	☐
Föräldraledig	☐	☐
Tjänstledig	☐	☐
Förtidspensionerad eller långtidssjukskriven	☐	☐
Pensionär	☐	☐
Hemmafru eller hemmaman	☐	☐
Annan sysselsättning	☐	☐
Vet inte	☐	☐

Ditt barns hälsa

40. Vad var ditt barns vikt och längd vid senaste mättillfället?

kilo

centimeter

1 ☐ Vet varken längd eller vikt

Tidpunkt för vikt- och längdmätning:

År Månad

41. Har ditt barn haft ont i öronen, halsinfektion eller förkylning de senaste 3 månaderna?

- 1 ☐ Ja, 2 gånger eller fler
 2 ☐ Ja, 1 gång
 3 ☐ Nej

42. Är ditt barn rörbehandlad (plaströr) nu eller tidigare på grund av många öroninfektioner eller öronkatarrer?

- 1 ☐ Ja
 2 ☐ Nej

43. Har ditt barn behandlats med antibiotika eller penicillin de senaste 3 månaderna?

- 1 ☐ Ja, 2 gånger eller fler
 2 ☐ Ja, 1 gång
 3 ☐ Nej

44. Har ditt barn någon av följande sjukdomar enligt läkare? Svara på varje rad.

	Ja 1	Nej 2
Diabetes mellitus	☐	☐
Barnreumatisk sjukdom (juvenil reumatoid artrit)	☐	☐
Celiaki (glutenintolerans)	☐	☐
Tarminflammatorisk sjukdom (Crohn, ulcerös colit)	☐	☐
Annan handikappande eller allvarlig sjukdom, vilken? _____		

45. Hur många dagar har ditt barn varit borta från skolan på grund av sjukdom den senaste månaden?

dagar

1 ☐ Barnet har inte varit borta p g a sjukdom

46. Hur många dagar har mamma, pappa eller annan vårdnadshavare varit hemma från arbetet på grund av att barnet varit sjukt den senaste månaden?

dagar för "vård av sjukt barn" med intyg från läkare

dagar som vi utnyttjat semesterdagar eller kompledighet

dagar som vi flyttat arbete eller studier till hemmet för att ta hand om barnet

dagar som annan person varit hemma med barnet (t ex. syskon, annan släkting)

dagar som barnet varit ensamt hemma hela eller delar av dagen

1 ☐ Barnet har inte varit sjukt den senaste månaden

47. Har ditt barn under de senaste 3 månaderna ...

... sökt för akuta besvär?	Ja, 2 gånger eller fler 1	Ja, 1 gång 2	Nej, aldrig 3
I öppenvård (sjuksköterska, distriktsläkare, allmänläkare, barnläkare)	☐	☐	☐
På sjukhus (akutmottagning)	☐	☐	☐
... sökt för kontroll av någon sjukdom?	Ja, 2 gånger eller fler 1	Ja, 1 gång 2	Nej, aldrig 3
I öppenvård (sjuksköterska, distriktsläkare, allmänläkare, barnläkare)	☐	☐	☐
På sjukhus (ej akutmottagning)	☐	☐	☐
Annan vårdinstans (t ex skolkolsvård)	☐	☐	☐

48. Har ditt barn tagit håll i öronen eller gjort håll för smycken någon annanstans på kroppen?

- 1 ☐ Ja
2 ☐ Nej

Om ja: Hur gammalt var ditt barn när det första gången gjorde håll för smycken?

år

Besvär

Besvär från nedre luftvägarna

49. Har ditt barn någon gång haft pipande eller väsande andning?

- 1 ☐ Ja
2 ☐ Nej
3 ☐ Vet inte

Om ja: När uppträdde besvären första gången?

Vid års ålder

50. Vid hur många tillfällen har ditt barn haft sådana andningsbesvär de senaste 12 månaderna?

- 1 ☐ 12 tillfällen eller fler
2 ☐ 4-11 tillfällen
3 ☐ 1-3 tillfällen
4 ☐ 0 tillfällen

51. Har ditt barn fått besvär från nedre luftvägarna i samband med något av följande? Med besvär från nedre luftvägarna menar vi besvärande hosta, pipande eller väsande andning.

De senaste 12 månaderna

Den senaste månaden

	Ja 1	Nej 2		Ja 1	Nej 2
Vid ansträngning	☐	☐	Vid ansträngning	☐	☐
Kall luft (kallt eller kyligt väder)	☐	☐	Kall luft (kallt eller kyligt väder)	☐	☐
Katt	☐	☐	Katt	☐	☐
Hund	☐	☐	Hund	☐	☐
Björkpollen	☐	☐	Björkpollen	☐	☐
Gräspollen	☐	☐	Gräspollen	☐	☐
Annat	☐	☐	Annat	☐	☐

52. Har ditt barn haft sådana andningsbesvär från de nedre luftvägarna så att de hindrat dagliga aktiviteter eller sömn den senaste månaden?

1 ☐ Ja

2 ☐ Nej

Om ja: Hur många dagar och/eller nätter?

Dagtid antal dagar

Nattetid antal nätter

53. Har ditt barn använt några mediciner mot astma de senaste 12 månaderna?

- 1 ☐ Ja
2 ☐ Nej

Om ja: **Vilka mediciner?** Svara med alla alternativ som stämmer.

	Regel- bundet* 1	Vid behov 2	Under de senaste 2 veckorna 3	Har inte använt någon me- dicin 4
Kortverkande luftrörsvidgande (t ex Bricanyl, Ventoline, Airomir)	☐	☐	☐	☐
Inhalationskortison (t ex Pulmicort, Flutide, Astmanex)	☐	☐	☐	☐
"Kombinationspreparat" (t ex Symbicort, Seretide)	☐	☐	☐	☐
Långtidsverkande luftrörsvidgande (t ex Oxis, Serevent)	☐	☐	☐	☐
Annan medicin	☐	☐	☐	☐

* Regelbundet = sammanlagd användning av någon astmamedicin dagligen under minst 2 månader av de senaste 12 månaderna

54. Har ditt barn astma enligt läkare?

- 1 ☐ Ja
2 ☐ Nej

Besvär från övre luftvägarna**55. Har ditt barn någon gång haft långdragen snuva eller nästäppa utan att ha varit förkyld?**

- 1 ☐ Ja
2 ☐ Nej
3 ☐ Vet inte

Om ja: **När uppträdde näsbesvären första gången?**

Vid års ålder

56. Om ja: Har näsbesvären förekommit samtidigt med kliande och rinnande ögon?

- 1 ☐ Ja, de senaste 12 månaderna
2 ☐ Ja, den senaste månaden
3 ☐ Nej

57. Har ditt barn fått nysningar, rinnsnuva, nästäppa eller röda kliande ögon i samband med något av nedanstående (gäller ej besvär av mat)?

De senaste 12 månaderna

Den senaste månaden

	Ja 1	Nej 2		Ja 1	Nej 2
Kall luft (kallt eller kyligt väder)	☐	☐	Kall luft (kallt eller kyligt väder)	☐	☐
Katt	☐	☐	Katt	☐	☐
Hund	☐	☐	Hund	☐	☐
Björkpollen	☐	☐	Björkpollen	☐	☐
Gräspollen	☐	☐	Gräspollen	☐	☐
Annat	☐	☐	Annat	☐	☐

58. Har ditt barn haft sådana näs- eller ögonbesvär så att de hindrat dagliga aktiviteter eller sömn den senaste månaden?

1 ☐ Ja

2 ☐ Nej

Om ja: Hur många dagar och/eller nätter?

Dagtid antal dagar

Nattetid antal nätter

59. Har ditt barn "hösnuva" eller allergisnuva enligt läkare?

1 ☐ Ja

2 ☐ Nej

Födoämnesbesvär

Med besvär från **nedre luftvägarna** menar vi besvärande hosta, pipande eller väsande andning.

Med besvär från **övre luftvägarna** menar vi irriterade, kliande ögon, snuva eller nästäppa.

60. Besvärar ditt barn av något i maten? Sätt minst ett kryss på varje rad.

	Besvär från nedre luftvägarna 1	Besvär från övre luftvägarna 1	Nässelutslag/ urticaria 1	Eksem 1	Annat 1	Nej, har inte fått besvär 1
Mjölk	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ägg	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fisk	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vetemjöl	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Soja	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Äpple och/eller päron	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Persika	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kiwi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Banan	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Selleri	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Jordnötter	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nötter och/eller mandel	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Annat, vad _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐

61. Har ditt barn födoämnesallergi enligt läkare?

1 ☐ Ja

2 ☐ Nej

Besvär från huden

62. Har ditt barn någon gång haft hudutslag med klåda som medfört att barnet rivit och kliat sig i minst 2 veckor?

1 ☐ Ja

2 ☐ Nej

3 ☐ Vet inte

Om ja: När uppträdde besvären första gången?

Vid års ålder

68. Har ditt barn fått besvär av nedanstående den senaste månaden?

Besvär i form av nästäppa, snuva, hosta, tungt att andas, pipande väsande andning.

	Ja 1	Nej 2	Vet inte 3	Barnet har ej varit i skolan/ ledighet 4
Dålig eller instängd luft i klassrummet	☐	☐	☐	☐
Dålig städning av klassrummet	☐	☐	☐	☐
För varmt i klassrummet	☐	☐	☐	☐

Buller**69. Har ditt barn hörselnedsättning?**

1 ☐ Ja

2 ☐ Nej

70. Har ditt barn lyssnat på stark musik etc. i hörsnäckor eller hörlurar den senaste månaden?

1 ☐ Ja, så gott som dagligen

2 ☐ Ja, ibland

3 ☐ Nej, aldrig

71. Vid lyssning i hörsnäckor eller hörlurar, behöver ditt barn hjälp med att reglera ljudnivån, så att ljudet inte blir för högt?

1 ☐ Ja

2 ☐ Nej

3 ☐ Har inte använt hörsnäckor eller hörlurar

72. Har du bett ditt barn sänka ljudnivån på TV, dator eller musik från högtalare den senaste månaden?

1 ☐ Ja, så gott som dagligen

2 ☐ Ja, ibland

3 ☐ Nej, aldrig

4 ☐ Barnet har inte använt TV, dator eller musikanläggning

Frågor som ditt barn ska besvara själv

Vi ser gärna att barnet själv besvarar fråga 73 – 82, men barnet kan behöva stöd från någon vuxen.

73. Har du haft öroninfektioner eller öronkatarrer?

- 1 ☐ Många gånger
- 2 ☐ 1-2 gånger
- 3 ☐ Aldrig
- 4 ☐ Rörbehandlats på grund av många öroninfektioner eller öronkatarrer

74. Har du märkt att du ibland hör sämre efter att ha lyssnat på stark musik eller andra starka ljud?

- 1 ☐ Ja
- 2 ☐ Nej

75. Har du märkt att det ringer, piper, tjuter eller susar i öronen efter att ha lyssnat på stark musik eller andra starka ljud?

- 1 ☐ Ja
- 2 ☐ Nej

76. Hur ofta har du öronsus (tinnitus)?

- 1 ☐ Alltid
- 2 ☐ Ofta
- 3 ☐ Sällan
- 4 ☐ Aldrig

**77. "Tycker du att några av dessa ljud har varit obehagliga den senaste månaden?
Tänk på ljud både hemma och i skolan."
(Läs upp alternativen på varje rad för ditt barn.)**

a) I eller i närheten av hemmet

	Ja, flera gångar i veckan 1	Ja, men mer sällan 2	Nej, aldrig/ Inte aktuellt 3
Höga ljud när du leker	☐	☐	☐
Ljud från andra barn	☐	☐	☐
Skrapljud från stolar	☐	☐	☐
Ljud från fläkt i huset	☐	☐	☐
Hög musik	☐	☐	☐
Ljud från bilar, bussar, grävmaskiner mm	☐	☐	☐
Ljud från tåg, tunnelbana, spårvagn	☐	☐	☐
Ljud från flygplan	☐	☐	☐
Ljud från fabriker, verkstäder	☐	☐	☐
Ljud från grannar	☐	☐	☐
Annat buller	☐	☐	☐

b) I eller i närheten av skolan

	Ja, flera gångar i veckan 1	Ja, men mer sällan 2	Nej, aldrig/ inte aktuellt 3
Höga ljud när du leker	☐	☐	☐
Ljud från andra barn	☐	☐	☐
Skrapljud från stolar	☐	☐	☐
Ljud från fläkt i huset	☐	☐	☐
Hög musik	☐	☐	☐
Ljud från bilar, bussar, grävmaskiner mm	☐	☐	☐
Ljud från tåg, tunnelbana, spårvagn	☐	☐	☐
Ljud från flygplan	☐	☐	☐
Ljud från fabriker, verkstäder	☐	☐	☐
Ljud från grannar	☐	☐	☐
Annat buller	☐	☐	☐

78. "Tycker du att något av dessa ljud har varit så störande så att ...

... du haft svårt att:"	Ja, flera gånger i veckan 1	Ja, men mer sällan 2	Nej, aldrig 3
Lyssna på radio, TV eller musik	☐	☐	☐
Prata i telefon	☐	☐	☐
Prata med någon	☐	☐	☐
Göra din läxa	☐	☐	☐
Somna	☐	☐	☐
Sova hela natten utan att vakna	☐	☐	☐

Lukter och dofter

**79. "Tycker du att några av dessa lukter har varit obehagliga den senaste månaden.
Tänk på lukter både hemma och i närheten".**
(Läs upp alternativen på varje rad för ditt barn.)

	Ja, flera gångar i veckan 1	Ja, men mer sällan 2	Nej, aldrig/ inte aktuellt 3
Avgaser från bilar, lastbilar eller bussar	☐	☐	☐
Rök från cigarett, cigarr, pipa	☐	☐	☐
Rök från eldning med ved	☐	☐	☐
Rök från eldning av löv och kvistar	☐	☐	☐
Lukt från blommor	☐	☐	☐
Lukt från ladugård, stall	☐	☐	☐
Lukt från fabriker	☐	☐	☐
Lukt från tidningar och trycksvärta	☐	☐	☐
Lukt från målarfärg, lim mm	☐	☐	☐
Lukt från parfym, deodorant, hårgelé mm	☐	☐	☐
Lukt från doftljus, doftande oljor, rökelse	☐	☐	☐

80. "Om ja, vilka besvär har du haft och hur ofta?"

	Ja, flera gångar i veckan 1	Ja, men mer sällan 2	Nej, aldrig 3
Ögonen kliar och/eller svider	☐	☐	☐
Halsen svider och/eller känns irriterad	☐	☐	☐
Snuvig och/eller täppt i näsan	☐	☐	☐
Hosta	☐	☐	☐
Tungt att andas	☐	☐	☐
Pipande eller väsande andning	☐	☐	☐
Huvudvärk	☐	☐	☐
Illamående	☐	☐	☐
Annat	☐	☐	☐

81. Hur trivs du i området där du bor?

- 1 ☐ Mycket bra
 2 ☐ Ganska bra
 3 ☐ Ganska dåligt
 4 ☐ Mycket dåligt

82. Hur trivs du i skolan?

- 1 ☐ Mycket bra
 2 ☐ Ganska bra
 3 ☐ Ganska dåligt
 4 ☐ Mycket dåligt

Skolan**83. Vilken typ av skola går ditt barn i?**

- 1 ☐ Kommunal grundskola
 2 ☐ Waldorfskola/Steinerskola
 3 ☐ Annan skola

84. Hur många barn finns det i klassen?

barn

85. Vilken årskurs går ditt barn i nu?

Årskurs

86. Vilken hand använder ditt barn när det skriver?

- 1 ☐ Höger
 2 ☐ Vänster
 3 ☐ Bägge

87. Får eller har ditt barn fått särskild undervisning i skolan för dyslexi (läs- och skrivsvårigheter)?

- 1 ☐ Ja
 2 ☐ Nej

88. Hur tar sig vanligtvis ditt barn till och från skola, fritidsaktiviteter, kompisbesök etc? Svara med alla alternativ som stämmer med hur det vanligen är.

- 1 ☐ Går
- 1 ☐ Cyklar
- 1 ☐ Åker bil eller dylikt
- 1 ☐ Åker med allmänna färdmedel (buss, tunnelbana eller lokaltåg)
- 1 ☐ Annat färdmedel

89. Hur lång tid använder ditt barn sammanlagt, en vanlig vardag, för att komma till och från olika aktiviteter? Räkna tid till och från skola, fritidsaktiviteter, kompisbesök etc.

- 1 ☐ Mer än 4 timmar
- 2 ☐ 3-4 timmar
- 3 ☐ 1-2 timmar
- 4 ☐ 30-60 minuter
- 5 ☐ Mindre än 30 minuter
- 6 ☐ Inte aktuellt

90. Hur lång sträcka (i kilometer räknat) går det åt sammanlagt, en vanlig vardag, för ditt barn att ta sig till och från olika aktiviteter? Räkna avstånd till och från skola, fritidsaktiviteter, kompisbesök etc.

- 1 ☐ Mer än 40 kilometer
- 2 ☐ 21-40 kilometer
- 3 ☐ 16-20 kilometer
- 4 ☐ 5-15 kilometer
- 5 ☐ Mindre än 5 kilometer

Fritiden

91. Hur mycket har ditt barn vistats ute i natur, park eller grönområde den senaste månaden?

- 1 ☐ Så gott som dagligen
- 2 ☐ Ibland
- 3 ☐ Aldrig

92. Har ditt barn tränat eller idrottat på fritiden den senaste månaden?

- 1 ☐ Ja, flera gånger i veckan
- 2 ☐ Ja, men mer sällan
- 3 ☐ Nej, aldrig

93. Brukar ditt barn skyddas mot solen på något eller några av följande sätt när ni är i Sverige, i övriga norra Europa eller i andra länder med liknande solstyrka?
Sätt ett kryss på varje rad.

	Ja, flera gånger i veckan 1	Ja, men mer sällan 2	Nej, aldrig 3
Badutflykter och dyl. undviks mitt på dagen	☐	☐	☐
Kläder, t ex T-shirt och keps	☐	☐	☐
Vistas i skugga	☐	☐	☐
Solskyddskräm	☐	☐	☐

94. Brukar ditt barn skyddas mot solen på något eller några av följande sätt om ni är i länder med starkare sol (t ex. södra Europa)? Sätt ett kryss på varje rad.

	Ja, flera gånger i veckan 1	Ja, men mer sällan 2	Nej, aldrig 3	Inte aktuellt 4
Badutflykter och dyl. undviks mitt på dagen	☐	☐	☐	☐
Kläder, t ex T-shirt och keps	☐	☐	☐	☐
Vistas i skugga	☐	☐	☐	☐
Solskyddskräm	☐	☐	☐	☐

Matvanor hemma

95. Hur ofta äter ditt barn fisk?

- 1 ☐ 3 gånger per vecka eller mer
- 2 ☐ 2 gånger per vecka
- 3 ☐ 1 gång per vecka
- 4 ☐ 1-3 gånger per månad
- 5 ☐ Mindre än 1 gång per månad
- 6 ☐ Aldrig

96. Hur ofta äter ditt barn i genomsnitt insjöfisk (abborre, gädda, gös eller lake)?

- 1 ☐ 3 gånger per vecka eller mer
- 2 ☐ 2 gånger per vecka
- 3 ☐ 1 gång per vecka
- 4 ☐ 1-3 gånger per månad
- 5 ☐ Mindre än 1 gång per månad
- 6 ☐ Aldrig

97. Hur ofta äter ditt barn i genomsnitt strömming (strömming eller sill fångad i Östersjön)?

- 1 ☐ 3 gånger per vecka eller mer
- 2 ☐ 2 gånger per vecka
- 3 ☐ 1 gång per vecka
- 4 ☐ 1-3 gånger per månad
- 5 ☐ Mindre än 1 gång per månad
- 6 ☐ Aldrig

98. Äter ditt barn någon speciell kost?

- 1 ☐ Ja
- 2 ☐ Nej

Om ja: Vilken typ av kost?

- 1 ☐ Biodynamisk eller ekologisk
- 2 ☐ Vegetarisk
- 3 ☐ Komjölksfri
- 4 ☐ Glutenfri
- 5 ☐ Vegan
- 6 ☐ Utesluter griskött
- 7 ☐ Annan kost

99. Vilken typ av kranvatten dricker ditt barn? Välj det alternativ som passar bäst.

- 1 ☐ Kommunalt vatten
- 2 ☐ Vatten från egen brunn (grävd)
- 3 ☐ Vatten från egen brunn (borrad)
- 4 ☐ Dricker ej kranvatten

Övriga frågor

00. Har ditt barn nu eller tidigare haft tandställning?

- 1 ☐ Ja
- 2 ☐ Nej

Om ja: Vid vilken ålder fick ditt barn tandställning första gången?

Vid års ålder

101. Vem har svarat på detta frågeformulär?

- 1 ☐ Mamma
- 1 ☐ Pappa
- 1 ☐ Barnet har besvarat fråga 73 - 82
- 1 ☐ Annan vårdnadshavare, vem? _____

	Aldrig 1	1-2 gånger 2	3-4 gånger 3	5-6 gånger 4	Varje dag 5
Frukost, morgonmål	☐	☐	☐	☐	☐
Förmiddags(mellan)mål	☐	☐	☐	☐	☐
Lunch, mitt-på-dagen-mål	☐	☐	☐	☐	☐
Eftermiddags(mellan)mål	☐	☐	☐	☐	☐
Middag, kvällsmål	☐	☐	☐	☐	☐
Kvälls(mellan)mål	☐	☐	☐	☐	☐

[illegible][illegible]

Svaren på nedanstående frågor ska utan påverkan fyllas i av barnet självt. Om det behövs får du förklara frågan för ditt barn, dock utan att påverka vilket svarsalternativ som han/hon väljer.

105. Svara på frågorna här nere så gott du kan. Försök att svara på alla frågorna. Först läser du frågan, sen sätter du ett kryss i den ruta som passar bäst med hur du har det.

	Aldrig 1	Ibland 2	Ofta 3	Mycket ofta 4
Jag blir arg	☐	☐	☐	☐
Jag har huvudvärk	☐	☐	☐	☐
Jag känner mig ensam	☐	☐	☐	☐
Jag blir ledsen	☐	☐	☐	☐
Det händer att jag inte hinner med det jag ska	☐	☐	☐	☐
Det händer att jag inte klarar av det jag ska	☐	☐	☐	☐
Det går lätt att koncentrera sig på lektionerna	☐	☐	☐	☐

106. Tänk på den senaste veckan som du gick i skolan! Hur många gånger åt du den skolmat som serverades?

- 1 ☐ Inte någon dag
 2 ☐ En dag
 3 ☐ Två dagar
 4 ☐ Tre dagar
 5 ☐ Fyra dagar
 6 ☐ Alla dagar

Här kan du och ditt barn ge egna kommentarer.
