



Statistiska centralbyrån
Statistics Sweden



**NHV - Nordiska högskolan
för folkhälsovetenskap**

Hälsa och välfärd bland barn och ungdom i de nordiska länderna

Syfte

Nordiska barns hälsa och välfärd har kartlagts i två omfattande studier 1984 och 1996 från Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap. Syftet med den nu aktuella studien är att analysera hälsa, välbefinnande och livskvalitet hos barn i åldrarna 2-17 år i Sverige och relatera resultaten till samhällsförändringar under senaste årtionden. Sådan kunskap är värdefull när man planerar hälsofrämjande åtgärder för barn. Samma studie genomförs i Danmark, Island, Norge och Finland, vilket ger möjligheter att analysera likheter och skillnader i barns hälsa mellan de nordiska länderna och mellan denna och de två tidigare studierna. Undersökningen genomförs av Statistiska centralbyrån (SCB) på uppdrag av Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Göteborg. SCB har hand om utskick, insamling och registrering av inkomna svar samt påminnelser.

Alla svar är viktiga

Du tillhör en av 3200 familjer med barn i åldern från 2 - 17 år som har dragits med hjälp av statistiska metoder ur SCB:s register över totalbefolkningen. Din medverkan är frivillig men ditt svar är mycket viktigt och bidrar till att undersökningens resultat blir tillförlitligt. Ditt svar kan inte ersättas med någon annans.

Vi ber dig svara på frågorna och skicka tillbaka blanketten i det portofria svarskuvertet så snart som möjligt.

Tack på förhand för din medverkan!
Med vänliga hälsningar

Max Petzold
Docent folkhälsovetenskap
Nordiska högskolan för
Folkhälsovetenskap

Tania Hayden
Undersökningsledare
Statistiska centralbyrån

Kontakta oss gärna

Undersökningens syfte eller hjälp med frågorna:

Max Petzold

Telefon: 031-693 972 E-post: max.petzold@nhv.se

Insamling av blanketten:

SCB

Telefon: 019-17 69 30

Postadress: 701 89 Örebro

www.scb.se

Dina svar är skyddade

Dina uppgifter skyddas enligt 24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) samt personuppgiftslagen (1998:204). Det innebär att alla som arbetar med undersökningen har tystnadsplikt och att de insamlade uppgifterna endast redovisas i tabeller där ingen enskild persons svar kan utläsas. Numret högst upp på blanketten är till för att SCB under insamlingen ska kunna se vilka som har svarat och vilka som ska få en påminnelse.

Efter avslutad bearbetning hos SCB avlägsnas alla identitetsuppgifter innan materialet överlämnas till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap för fortsatt bearbetning och datamaterialet kommer att förvaras under 10 år för att möjliggöra granskning. När du besvarar enkäten innebär det att du godkänner detta.

Resultat

Resultaten från undersökningen kommer att redovisas till allmänheten och beslutsfattare redan nästa år i form av rapporter tillgängliga på Nordiska högskolan för folkhälsovetenskaps hemsida www.nhv.se. Därefter kommer även resultaten av publiceras i vetenskapliga tidskrifter för att denna unika studie skall nå ut internationellt.

Så här går undersökningen till

Brevet har adresserats till barnets föräldrar. Besvarandet av frågorna bör göras av den som bäst känner till det angivna barnets förhållanden, förälder eller partner, men svara gärna i samarbete med barnet. **Observera att alla svar gäller det barnet som står på brevetiketten.** Läs noga genom frågorna och svarsalternativen innan du besvarar frågorna. De flesta av frågorna besvaras genom att kryssa i det alternativ som du anser passar bäst. Endast om det står angivet får flera kryss sättas i samma fråga. Om frågan saknar färdiga svarsalternativ, skriv ditt svar på den reserverade platsen.


En del frågor är inte lämpliga på alla barn. Små barn är t ex inte arbetslösa, 17-åringar vistas inte på daghem/förskola osv. Fyll i bara det som passar för ditt barn. Vissa frågor är lättare att besvara än andra. Skulle det vara svårt att svara på någon fråga, gå hellre vidare i stället än att helt avstå att fylla i formuläret. Det är viktigt att du under alla omständigheter sänder frågeformuläret till oss i det frankerade svarskuvertet även om några frågor inte är besvarade.

Instruktioner:

Enkäten kommer att läsas maskinellt. När du besvarar enkäten ber vi dig därför tänka på att:

- Använda kulspeppenna med svart eller blå färg, inte röd. Använd inte blyertspenna!
- Skriv tydliga siffror:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
- Skriv tydliga och STORA bokstäver:

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
- Markera dina svar med kryss, så här ☒ och INTE så här: ☒
- Om du vill ändra ditt svar, täck hela rutan: 
- Om du vill skriva mer text än vad som får plats på de anvisade raderna/boxarna eller om du vill förklara/förtydliga något:
 - skriv inte mellan eller i närheten av svarsrutorna
 - skriv i stället på eventuell kommentarsida



Barnets familjesituation

1. Hur gammalt är barnet?

år

2. Är barnet fött i Sverige eller utomlands?

1 ☐ Sverige —————> Gå till fråga 4

2 ☐ I annat nordiskt land, vilket?

3 ☐ I utomnordiskt land, vilket?

3. Hur gammalt var barnet när han/hon flyttade till Sverige?

år

4. Är det en pojke eller flicka?

1 ☐ Pojke

2 ☐ Flicka

5. Hur lång är barnet?

Mät barnet utan skor och avrunda uppåt till hel centimeter.

cm

6. Hur mycket väger barnet?

Väg barnet utan kläder och avrunda uppåt till helt kilo.

kg

7. a) Hur många personer finns det i hushållet (äter vanligen minst en daglig måltid tillsammans) där barnet bor?

Om barnet bor växelvis hos mor och far, ange för det hushåll där barnet är skrivet.

Vuxna (18 år och uppåt)

Barn 0 - 17 år det efterfrågade barnet inräknat

b) Vilket i ordningen är det barnet som valts för denna undersökning?

Det äldsta barnet = nr 1 osv.

Det efterfrågade barnets ordning är nr:



c) Vilka vuxna bor barnet tillsammans med?

Flera alternativ kan väljas.

- 1 ☐ Mor
1 ☐ Far
1 ☐ Barnet bor växelvis hos mor och far
1 ☐ Syskon över 18 år. I så fall hur många?
1 ☐ Fars nya partner/samboende
1 ☐ Mors nya partner/samboende

1 ☐ Andra, vilka? Skriv i rutan:

8. Har föräldrasituationen förändrats efter barnets födelse?

Flera alternativ kan väljas.

- 1 ☐ Nej, ingen förändring

1 ☐ Ja, separation/skilsmässa → Hur gammal var barnet då?

1 ☐ Ja, dödsfall → Hur gammal var barnet då?

1 ☐ Ja, en förälder har tillkommit → Hur gammal var barnet då?

9. a) Om barnets föräldrar bor isär hur ofta träffar barnet den andre föräldern?

Ungefär gånger/månad

eller

Ungefär gånger/år

- 1 ☐ Barnet bor växelvis hos mor och far
2 ☐ Aldrig eller nästan aldrig

b) Hur många dagar om året bor barnet hos den andre föräldern?

Ungefär dagar/år

Barnets hälsa

10. Har barnet någon gång under de senaste 3 månaderna varit frånvarande från daghem, dagmamma, förskola, skola, arbete eller motsvarande på grund av egen sjukdom eller besök inom hälso- och sjukvården?

1 ☐ Nej

2 ☐ Ja, antal dagar:

11. Har barnet någon långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning, dvs en åkomma som i väsentlig grad påverkat barnets dagliga liv under minst 3 månader det senaste året?

*Om ja, anser du att barnets sjukdom/
funktionsnedsättning är...*

	Nej 1	Ja 2		Lindrig 3	Måttlig 4	Svår 5
a. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Synskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hörselskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Talfel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Psykiska (nervösa) besvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Mag-tarmbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Allergisk snuva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Rörelsehinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Övervikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. MBD/DAMP/ADHD (Barn med "hyperaktivitet")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Annat. Vilket? Skriv nedan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vilket?

12. Har barnet något eller några av följande besvär?

Kryssa för bara om det gäller varje eller varannan vecka.

Om ja, anser du att barnets besvär är...

	Nej 1	Ja 2		Lindrig 3	Måttlig 4	Svår 5
Magbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sömnlöshet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yrsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ryggbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aptitlöshet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat. Vilket? Skriv nedan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vilket?

☐ Inga besvär

13. a) Har barnet under de senaste 12 månaderna varit utsatt för skador/olyckor/förgiftning?

1 ☐ Ja, antal gånger

2 ☐ Nej → Gå till fråga 14

b) Var inträffade olycksfallen?

Flera alternativ kan väljas.

Ledde de till...

	Läkarbesök		Sjukhusvistelse	
	Nej 1	Ja 2	Nej 3	Ja 4
1 <input type="checkbox"/> Hemma/närmiljön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/> Daghem/skolan/arbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/> I trafiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/> Någon annanstans, var? Skriv nedan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. a) Använder barnet något receptbelagt läkemedel?

1 ☐ Nej

2 ☐ Ja



b) Om ja, vilken/vilka mediciner och hur länge har barnet tagit den?

Läkemedel 1

Hur länge?

Månader

☐ Mindre än en månad

Läkemedel 2

Hur länge?

Månader

☐ Mindre än en månad

15. Har barnet under de fyra senaste veckorna intagit mediciner som kan fås utan recept?

	Nej	Ja
	1	2
Mot huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Led- eller annan värk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snuva, hosta eller feber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sömnlöshet eller nervositet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trötthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magbesvär eller förstoppning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat besvär, skriv nedan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vilket besvär?

16. Hur ofta diskuterar ni i familjen tillsammans med barnen frågor om hälsa och friskvård (som att bli frisk genom att äta hälsosamt, vara fysiskt aktiv)?

- 1 ☐ Aldrig
2 ☐ En eller flera gånger/år
3 ☐ En eller flera gånger/månad
4 ☐ En eller flera gånger/vecka
5 ☐ Dagligen





17. Vart vänder du dig om du letar efter kunskap om ditt barns hälsa och friskvård?

Flera alternativ kan väljas.

- 1 ☐ Vänner/familj
1 ☐ Skola/förskola
1 ☐ Barnavårdscentralen (BVC), skolhälsovård, hälso- och sjukvårdspersonal
1 ☐ Självhjälpsgrupper
1 ☐ Internet/hemsidor
1 ☐ Läger aktivt ut frågor på Internet/bloggar
1 ☐ Dagstidningar/veckotidningar
1 ☐ Böcker
1 ☐ Informationsbroschyrer
1 ☐ Radio/TV

1 ☐ Annat, vilket?

1 ☐ Inte aktuellt

18. Hur väl förstår du i allmänhet information om ditt barns hälsa?

	Mycket bra	Bra	Varken bra eller dåligt	Dåligt	Mycket dåligt	Använder inte av denna typ av information
	1	2	3	4	5	6
a. Information som ges muntligt av medicinskt utbildad personal (läkare, sjuksköterska, receptarie m.fl.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Instruktioner i eller på förpackningar rörande medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Instruktioner och broschyrer om hälsa t.ex. droger, hälsosam kost, osv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Information om barnets hälsa på Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hälso- och sjukvård för barnet

19. Har du/din partner eller barnet själv någon gång under de senaste 3 månaderna ringt upp någon av nedanstående?

Fyll i ett alternativ i varje rad.

Läkare 1 ☐ Nej 2 ☐ Ja → Antal gånger

Sjuksköterska 1 ☐ Nej 2 ☐ Ja → Antal gånger

Annan sjukvårdspersonal 1 ☐ Nej 2 ☐ Ja → Antal gånger

Om annan sjukvårdspersonal, vem?





20. Har barnet under de senaste 3 månaderna besökt eller besökts av någon av nedanstående?
Hälsokontroller vid barnhälsovård och skolhälsovård skall inte medräknas i denna fråga.

Allmänläkare/distriktsläkare

1 ☐ Nej

2 ☐ Ja

→ Antal gånger

Specialistläkare vid sjukhus/
vårdcentral/ privatläkarmottagning

1 ☐ Nej

2 ☐ Ja

→ Antal gånger

Läkarbesök i hemmet

1 ☐ Nej

2 ☐ Ja

→ Antal gånger

Distriktssköterska eller sjuksköterska
vid distriktsläkarens mottagning

1 ☐ Nej

2 ☐ Ja

→ Antal gånger

Sjuksköterska vid specialistmottagning
(t.ex. barnklinik)

1 ☐ Nej

2 ☐ Ja

→ Antal gånger

Tandläkare, tandsköterska/
tandhygienist

1 ☐ Nej

2 ☐ Ja

→ Antal gånger

Sjukgymnast

1 ☐ Nej

2 ☐ Ja

→ Antal gånger

Psykolog

1 ☐ Nej

2 ☐ Ja

→ Antal gånger

Dietist

1 ☐ Nej

2 ☐ Ja

→ Antal gånger

Annan hälso- och sjukvårdspersonal
(t.ex. kurator, talterapeut, arbetsterapeut)

1 ☐ Nej

2 ☐ Ja

→ Antal gånger

Vilken annan hälso- och sjukvårdspersonal?

21. a) Har du/din eventuella partner för barnets räkning under de senaste 3 månaderna kontaktat någon utanför den allmänna hälso- och sjukvården den så kallade alternativa medicinen, t.ex. homeopat, zonterapeut, kiropraktor, örtmedicin osv.?

1 ☐ Nej

2 ☐ Ja, vilken?

b) Vad var orsaken till att ni sökte denna vårdform?



**22. Var skedde barnets senaste läkarbesök?**

- 1 ☐ Hos distriktsläkare/allmänläkare
2 ☐ Hos annan specialistläkare vid sjukhus/vårdcentral eller privatläkarmottagning
3 ☐ Läkarbesök i hemmet
4 ☐ Vid barnhälsovården
5 ☐ Vid skolhälsovården
6 ☐ Vid annan mottagning, vilken?

23. Använde läkaren tillräckligt med tid för barnets problem?

- 1 ☐ Ja
2 ☐ Nej
3 ☐ Vet inte

24. Hur viktiga anser du olika saker vara när man söker läkare för barns hälsoproblem?

Ange för varje synpunkt nedan hur viktig du anser den vara. Ju viktigare, desto högre siffra väljer du.

	Utan betydelse						Stor betydelse
	1	2	3	4	5	6	7
a. Att läkaren har specialistutbildning i barn-/ ungdomsmedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Att läkaren har specialistutbildning för den aktuella sjukdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Att läkaren är lätt anträffbar (korta resor, korta väntetider)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Att läkaren känner barnet/familjen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Att läkaren behärskar barnets modersmål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Har barnet varit inlagd på sjukhus under de senaste 12 månaderna?

- 1 ☐ Ja

Antal gånger

Antal dagar sammanlagt

- 2 ☐ Nej —————> Gå till fråga 27

26. Om barnet vårdats på sjukhus under de senaste 12 månaderna...

- a) ... vårdades barnet (senaste gången) på
- 1 ☐ barnklinik
2 ☐ barnsal på vuxenavdelning
3 ☐ vuxenavdelning?
- b) ... fick ni (senaste gången) stanna hos barnet över natten?
- 1 ☐ Ja
2 ☐ Nej
3 ☐ Inte aktuellt
- c) ... fick ni (senaste gången) besöka barnet så ofta ni ville?
- 1 ☐ Ja
2 ☐ Nej
3 ☐ Inte aktuellt





- 27. Hur nöjd eller missnöjd är du med de kontakter du haft med hälso- och sjukvården för barnet under de senaste 12 månaderna i följande avseenden?**
Fyll i ett alternativ på varje rad.

	Mycket nöjd	Ganska nöjd	Ganska missnöjd	Mycket missnöjd	Vet ej/ ej aktuellt
	1	2	3	4	5
a. Tillgänglighet till vård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Bemötande, vänlighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Tid som ägnats åt barnets problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Kommunikation (lyssna på barnets och föräldrars behov)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Information om t.ex. behandling, sjukdomar, hälsotillstånd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Vårdens kvalitet t.ex. medicinsk behandling, undersökning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Samråd vårdpersonal – barn/ föräldrar angående vårdens utformning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Kontinuitet i vården (samma läkare, sjuksköterska)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Barnets aktiviteter och utveckling

- 28. Var vistas barnet på dagen?**

Flera alternativ kan väljas.

1 ☐ Vistas i hemmet

1 ☐ Vistas hos släktingar, t.ex. mor-/farföräldrar

1 ☐ Har plats på familjedaghem eller vistas hos annan familj

1 ☐ Har plats på förskolan/dagis. Hur många timmar/vecka? timmar/vecka

1 ☐ Har plats på fritidshem

1 ☐ Går i grundskola

1 ☐ Går i gymnasieskola

1 ☐ Går i yrkesutbildning

1 ☐ Arbetar

1 ☐ Arbetslös

1 ☐ Annat, vad?



29. Hur ofta brukar barnet göra något av följande?

Fyll i ett alternativ på varje rad.

		En eller flera gånger				
		Aldrig	per år	i månad	i veckan	dagligen
		1	2	3	4	5
a.	Gå på bio, teater eller sportevenemang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Läsa böcker (utöver skolböcker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Besöka eller få besök av kamrater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Spela musikinstrument	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Idrotta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Delta i föreningsverksamhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Lyssna på musik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Gå på konsert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Titta på TV/video/DVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Spela TV-spel/datorspel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	Surfa/blogga på nätet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l.	Andra aktiviteter (ge exempel nedan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vilka?

30. Hur många timmar sammanlagt i veckan idrottar eller motionerar barnet så mycket att han/hon blivit andfådd och/eller svettas? (Utanför skoltid)

- 1 ☐ Ingen
 2 ☐ Ungefär ½ timme
 3 ☐ Ungefär 1 timme
 4 ☐ Ungefär 2-3 timmar
 5 ☐ Ungefär 4-6 timmar
 6 ☐ 7 timmar eller mer



31. Nedan anges en lista med par av egenskaper som är motsatser. Sätt ett kryss vid det läge som svarar mot din uppfattning om hur barnet är, jämfört med andra barn i samma ålder.

Exempel

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

Ju lägre siffra för rutan du kryssar för, desto mer gäller egenskapen till vänster. Ju högre siffra, desto mer gäller egenskapen till höger. Kryss i rutan med siffran 4 innebär att ingendera egenskapen överväger. Skriv snabbt ner din första uppfattning fundera inte för länge. Enligt din uppfattning är han/hon nu:

	1	2	3	4	5	6	7	
Osjälvständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Självständig
Passiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aktiv
Ensam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ej ensam
Orolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lugn, stabil
Nedstämd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glad
Ängslig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trygg
Utveckling sen för åldern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utveckling långt fram för åldern

32. Hur många nära vänner (bästa vänner/väninnor) har barnet?

- 1 ☐ Ingen
2 ☐ En eller två
3 ☐ Tre eller flera

33. Hur trivs barnet i dagis/förskolan/skolan/arbetet?

Föräldern frågar barnet.

- 1 ☐ Mycket bra
2 ☐ Bra
3 ☐ Mindre bra
4 ☐ Vet inte
5 ☐ Inte aktuellt

34. Hur tycker du att barnet klarar sina studier i skolan?

- 1 ☐ Riktigt bra
2 ☐ Bra
3 ☐ Medelmåttigt
4 ☐ Under medelnivån
5 ☐ Dåligt
6 ☐ Vet inte
7 ☐ Inte aktuellt

35. Det händer ibland att flera barn slår sig samman för att plåga/mobba ett annat barn (t.ex. slåss mot honom eller henne, gör narr av honom eller henne). Mobbar ditt barn andra barn?

- 1 ☐ Ja, ofta
2 ☐ Ibland
3 ☐ Sällan/aldrig
4 ☐ Vet inte



36. Blir ditt barn mobbat?

- 1 ☐ Ja, ofta
2 ☐ Ibland
3 ☐ Sällan/aldrig
4 ☐ Vet inte

37. Styrkor och svagheter (SDQ-SVE)

Vi vill nu att du besvarar frågor som följer det internationellt använda frågeformuläret SDQ (Strengths & Difficulties Questionnaires, se www.sdqinfo.org) för att möjliggöra en internationell jämförelse. Var vänlig kryssa för det alternativ (Stämmer inte, Stämmer delvis eller Stämmer helt) som du tycker passar bäst. Det är värdefullt om du besvarar alla frågor, även om du inte är helt säker eller tycker att frågan verkar konstig. Frågorna gäller ditt barns beteende de senaste 6 månaderna.

	Stämmer inte 1	Stämmer delvis 2	Stämmer helt 3
Omtänksam, tar hänsyn till andra människors känslor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rastlös, överaktiv, kan inte vara stilla länge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klagar ofta över huvudvärk, ont i magen eller illamående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delar gärna med sig till andra barn (t.ex. godis, leksaker, pennor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har ofta raseriutbrott eller häftigt humör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganska ensam, leker eller håller sig ofta för sig själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Som regel lydig, följer vanligtvis vuxnas uppmaningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oroar sig över mycket, verkar ofta bekymrad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjälpsam om någon är ledsen, upprörd eller känner sig dålig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svårt att sitta stilla, rör och vrider jämt på sig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har minst en god vän (kamrat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slåss/bråkar ofta med andra barn eller mobbar dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ofta ledsen, nedstämd eller tårög	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vanligtvis omtyckt av andra barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lättstörd, tappar lätt koncentrationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervös eller klängig i nya situationer, blir lätt otrygg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snäll mot yngre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ljuger eller fuskar ofta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blir retad eller mobbad av andra barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ställer ofta upp och hjälper andra (föräldrar, lärare, andra barn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tänker sig för innan han/hon gör olika saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stjäl hemma, i skolan eller på andra ställen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommer bättre överens med vuxna än med andra barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rädd för mycket, är lättskrämd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fullföljer uppgifter, bra koncentrationsförmåga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Sammantaget, tycker du att ditt barn har svårigheter på ett eller flera av följande områden: med känslor, koncentration, beteende eller med att komma överens och umgås med andra människor?

	Nej 1	Ja, små svårigheter 2	Ja, klara svårigheter 3	Ja, alvarliga svårigheter 4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du svarade "ja", var vänlig besvara de följande frågorna:

	Mindre än 1 månad 1	1-5 månader 2	6-12 månader 3	Mer än 1 år 4
Hur länge har svårigheterna funnits?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Inte alls 1	Bara lite 2	Ganska mycket 3	Väldigt mycket 4
Oroas eller lider ditt barn av sina svårigheter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stör svårigheterna barnets vardagsliv på något av följande områden?

	Inte alls 1	Bara lite 2	Ganska mycket 3	Väldigt mycket 4
Hemma i familjen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Med kamrater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I skolarbetet, lärande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vid fritidsaktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Blir svårigheterna en belastning för dig eller för familjen som helhet?

	Inte alls 1	Bara lite 2	Ganska mycket 3	Väldigt mycket 4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bruk av dator och Internet

38. Har ni tillgång till Internet hemma?

1 ☐ Nej —————> Gå till fråga 40
2 ☐ Ja

39. Har ni satt upp regler för hur ofta/mycket barnet får använda Internet?

1 ☐ Nej
2 ☐ Ja





40. Hur många timmar per dag ser barnet på TV, video/DVD?

- 1 ☐ Inte alls
2 ☐ Ungefär ½ timme
3 ☐ Ungefär 1 timme
4 ☐ Ungefär 2-3 timmar
5 ☐ Ungefär 4-6 timmar
6 ☐ 7 timmar eller fler

41. Hur många timmar per dag spelar barnet TV-spel/datorspel?

På vardagar

- 1 ☐ Inte alls
2 ☐ Ungefär ½ timme
3 ☐ Ungefär 1 timme
4 ☐ Ungefär 2-3 timmar
5 ☐ Ungefär 4-6 timmar
6 ☐ 7 timmar eller fler

Under helger

- 1 ☐ Inte alls
2 ☐ Ungefär ½ timme
3 ☐ Ungefär 1 timme
4 ☐ Ungefär 2-3 timmar
5 ☐ Ungefär 4-6 timmar
6 ☐ 7 timmar eller fler

42. Hur många timmar per dag surfar barnet på Internet?

På vardagar

- 1 ☐ Inte alls
2 ☐ Ungefär ½ timme
3 ☐ Ungefär 1 timme
4 ☐ Ungefär 2-3 timmar
5 ☐ Ungefär 4-6 timmar
6 ☐ 7 timmar eller fler

Under helger

- 1 ☐ Inte alls
2 ☐ Ungefär ½ timme
3 ☐ Ungefär 1 timme
4 ☐ Ungefär 2-3 timmar
5 ☐ Ungefär 4-6 timmar
6 ☐ 7 timmar eller fler

43. Ibland diskuteras hur mediernas innehåll påverkar vad människor tycker och tänker. I vilken utsträckning tror du att a) ditt barn/ respektive b) andras barn i allmänhet påverkas av innehållet i följande medier?

a) Ditt barn

	I mycket stor utsträckning	I ganska stor utsträckning	I varken stor/ liten utsträckning	I ganska liten utsträckning	I mycket liten utsträckning
	1	2	3	4	5
TV/video:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Datorspel osv.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Andras barn i allmänhet

	I mycket stor utsträckning	I ganska stor utsträckning	I varken stor/ liten utsträckning	I ganska liten utsträckning	I mycket liten utsträckning
	1	2	3	4	5
TV/video:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Datorspel osv.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





44. I vilken utsträckning händer det att du begränsar barnets användning av följande medier till följd av din oro för att innehållet påverkar barnet negativt?

	I mycket stor utsträckning 1	I ganska stor utsträckning 2	I varken stor/ liten utsträckning 3	I ganska liten utsträckning 4	I mycket liten utsträckning 5
TV/video:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Datorspel osv.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Familjens levnadsförhållanden

45. På vilket slags ort bor du/ni?

- 1 ☐ Storstadsområde (även förorter) med mer än 100 000 invånare
2 ☐ Tätort med mer än 3000 invånare
3 ☐ Landsbygd eller tätort med mindre än 3000 invånare

46. Är du gift, sambo eller ensamstående?

- 1 ☐ Gift
2 ☐ Samboende
3 ☐ Ensamstående förälder

47. Vad är din och din eventuella partners ålder?

Den svarande föräldern:

år

Partnern:

år

48. Är du, din eventuella partner födda i Sverige eller utomlands?

Den svarande föräldern

- 1 ☐ I Sverige
2 ☐ I annat nordiskt land
3 ☐ I utomnordiskt land

Vilket land?

Partnern

- 1 ☐ I Sverige
2 ☐ I annat nordiskt land
3 ☐ I utomnordiskt land

Vilket land?



49. Vilken skolutbildning har du, din partner?

Ange endast den högsta utbildningen.

Den svarande föräldern

- 1 ☐ Universitet/högskola
- 2 ☐ Minst 3-årigt gymnasium
- 3 ☐ Real-, folkhögskola, högst 2-årig gymnasieskola eller motsvarande
- 4 ☐ Folk- och grundskola
- 5 ☐ Annan skolutbildning, vilken? Skriv nedan.

Partnern

- 1 ☐ Universitet/högskola
- 2 ☐ Minst 3-årigt gymnasium
- 3 ☐ Real-, folkhögskola, högst 2-årig gymnasieskola eller motsvarande
- 4 ☐ Folk- och grundskola
- 5 ☐ Annan skolutbildning, vilken? Skriv nedan.

50. Vilka av nedanstående alternativ stämmer bäst med din egen och din eventuella partners nuvarande huvudsakliga sysselsättning?

En person som arbetar sporadiskt eller litet markerar sin huvudsakliga syssla.

OBS! Det är viktigt att få uppgifter om både den svarande förälderns och eventuella partners sysselsättning.

Den svarande föräldern

- 01 ☐ Lantbrukare
- 02 ☐ Egen företagare
- 03 ☐ Anställd
- 04 ☐ Lärning
- 05 ☐ Pension
- 06 ☐ Hemarbetande (= sköter hushåll och familj/barn)
- 07 ☐ Arbetslös. Hur länge? mån
(om du varit arbetslös mindre än en månad, ange 0)
- 08 ☐ Långtidssjukskriven
- 09 ☐ Värnpliktig
- 10 ☐ Föräldraledig
- 11 ☐ Annat, vad? Skriv nedan.

Vilket yrke/vilken befattning?

Om inte i arbete, senaste yrke/befattning.

Ange kortfattat arbetsuppgifterna:

Partnern

- 01 ☐ Lantbrukare
- 02 ☐ Egen företagare
- 03 ☐ Anställd
- 04 ☐ Lärning
- 05 ☐ Pension
- 06 ☐ Hemarbetande (= sköter hushåll och familj/barn)
- 07 ☐ Arbetslös. Hur länge? mån
(om du varit arbetslös mindre än en månad, ange 0)
- 08 ☐ Långtidssjukskriven
- 09 ☐ Värnpliktig
- 10 ☐ Föräldraledig
- 11 ☐ Annat, vad? Skriv nedan.

Vilket yrke/vilken befattning?

Om inte i arbete, senaste yrke/befattning.

Ange kortfattat arbetsuppgifterna:



51. Om du/din partner förvärvsarbetar, hur många timmar per vecka?

Räkna med också övertid, extra timmar, eventuellt extrajobb (ej hushållsarbete).

Den svarande föräldern:

timmar/vecka

Partnern:

timmar/vecka

☐ Förvärvsarbetar inte

☐ Förvärvsarbetar inte

52. Vilken disponibel inkomst har hushållet per månad?

Räkna den sammanlagda inkomsten efter skatt för alla i hushållet. Med inkomst menar vi lön, pension, inkomst av eget företag/jordbruk samt bidrag av olika slag (t.ex. barn-, underhålls-, bostads- och socialbidrag).

Familjens disponibla inkomst

kronor/månad

53. Om familjen plötsligt skulle hamna i en oförutsedd situation, där du/ni på en vecka måste skaffa fram 15 000 kronor, skulle du/ni klara det?

1 ☐ Ja

2 ☐ Nej

54. Har det under de senaste 12 månaderna hänt att familjen haft svårigheter med att klara de löpande utgifterna för mat, hyra, räkningar mm?

1 ☐ Ja

2 ☐ Nej

55. a) Hur bor familjen?

1 ☐ Lägenhet i flerbiljehus

2 ☐ Villa/radhus

3 ☐ Annan bostad, vilken?

b) Äger eller hyr familjen bostaden?

1 ☐ Äger bostaden/Äganderätt

2 ☐ Hyr bostaden

56. Bostadens storlek?

a)

rum och kök

b)

m²

57. Har det efterfrågade barnet eget sovrum?

1 ☐ Ja

2 ☐ Nej, barnet delar sovrum med syskon

3 ☐ Nej, barnet delar sovrum med förälder

4 ☐ Nej, barnet delar sovrum med annan person



58. a) Hur ofta brukar du göra följande saker tillsammans med barnet?

	Aldrig 1	En eller flera gånger			
		per år 2	i månad 3	i veckan 4	dagligen 5
Leka, spela spel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå på bio, teater eller sportevenemang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Göra läxor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läsa böcker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Promenera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spela musikinstrument/sjunga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idrotta, sporta, motionera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Titta på TV/video/DVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spela TV-spel/datorspel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surfa/blogga på nätet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå i affärer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skjutsa barnet till 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"/>
Göra något annat (ge exempel nedan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Hur ofta brukar din eventuella partner göra följande saker tillsammans med barnet?

	Aldrig 1	En eller flera gånger			
		per år 2	i månad 3	i veckan 4	dagligen 5
Leka, spela spel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå på bio, teater eller sportevenemang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Göra läxor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läsa böcker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Promenera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spela musikinstrument/sjunga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idrotta, sporta, motionera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Titta på TV/video/DVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spela TV-spel/datorspel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surfa/blogga på nätet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå i affärer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skjutsa barnet till 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"/>
Göra något annat (ge exempel nedan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Föräldrars hälsa och välbefinnande

64. Har du eller din eventuella partner något eller några av följande besvär?

Kryssa för bara om det gäller varje eller varannan vecka.

a) Den svarande föräldern

Är besvären

	Nej 1	Ja 2	Lindriga 3	Måttliga 4	Svåra 5
Magbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sömnlöshet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yrsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ryggbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aptitlöshet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervösa besvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Långvarig sjukdom/funktionsnedsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I så fall vilken?

1 ☐ Inga besvär

b) Partnern

Är besvären

	Nej 1	Ja 2	Lindriga 3	Måttliga 4	Svåra 5
Magbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sömnlöshet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yrsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ryggbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aptitlöshet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervösa besvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Långvarig sjukdom/funktionsnedsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I så fall vilken?

☐ Inga besvär

65. Har du, din eventuella partner varit sjukskriven någon gång under de senaste 12 månaderna?

Den svarande föräldern:

Partnern:

1 ☐ Ja. Hur länge?

Antal dagar
totalt

1 ☐ Ja. Hur länge?

Antal dagar
totalt

2 ☐ Nej

2 ☐ Nej





66. Hur nöjd eller missnöjd är du med ditt liv vad avser följande?

Fyll i ett alternativ på varje rad.

	Mycket nöjd	Ganska nöjd	Varken nöjd eller missnöjd	Ganska missnöjd	Mycket missnöjd
	1	2	3	4	5
Bostad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ekonomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utbildning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hälsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familjesituation	<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"/>
Kontakter med vänner och bekanta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möjlighet att påverka din och familjens livssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

67. Brukar du se en lösning på problem och svårigheter som andra finner hopplösa?

- 1 ☐ Ja, oftast
2 ☐ Ja, ibland
3 ☐ Nej

68. Brukar du känna att ditt dagliga liv är en källa till personlig tillfredsställelse?

- 1 ☐ Ja, oftast
2 ☐ Ja, ibland
3 ☐ Nej

69. Brukar du känna att saker som händer dig i ditt dagliga liv är svåra att förstå?

- 1 ☐ Ja, oftast
2 ☐ Ja, ibland
3 ☐ Nej

70. Brukar du känna att du har svårt för att hinna med ditt dagliga liv?

- 1 ☐ Ja, oftast
2 ☐ Ja, ibland
3 ☐ Nej

71. Är du som huvudsakligen svarar på frågorna

Endast ett alternativ kan väljas.

- 1 ☐ Barnets biologiska mor
2 ☐ Barnets biologiska far
3 ☐ Annan, vem?



$+$ $+$

72. Besvarar du tillsammans med förälder, barnet eller någon annan?

Flera alternativ kan väljas.

- 1 ☐ Tillsammans med annan förälder

- 1 ☐ Tillsammans med barnet

- 1 ☐ Tillsammans med annan, vem?

--

- 1 ☐ Ensam

73. Andra viktiga upplysningar eller synpunkter:

Var vänlig att kontrollera att du inte glömt att svara på någon fråga och stoppa sedan in enkäten i svarskuvertet och posta det snarast.

Tack än en gång för hjälpen!

+

+

Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV) är en institution för utbildning och forskning inom folkhälsovetenskapen. Den bedrivs av de fem nordiska ländernas regeringar via Nordiska Ministerrådet. NHV har arbetat med fortbildning i folkhälsovetenskap för olika yrkesgrupper med anknytning till hälso- och sjukvården sedan 1953. I lärarkollegiet finns ett tiotal fast anställda professorer, några adjungerade professorer och ytterligare lika många lektorer. Vidare finns ett femtiotal doktorander, ca 200 masters-studerande samt varje år 700 kursdeltagare.

NHV är uppbyggd på en bred folkhälsovetenskaplig grundsyn och är baserad på tvärvetenskaplig samverkan. Flera forskningsprojekt pågår om folkhälsan i Norden.

NHV har en stark nordisk bas för sin verksamhet och omedelbar tillgång till en kompetent och mångsidig grupp av forskare, hälso- och sjukvårdsledare och praktiker över hela Norden.

NHV är samarbetspartner (Collaborating Centre) med Världshälsoorganisationen (WHO) och har en lång tradition av gemensamma projekt inom folkhälsovetenskapens nyckelområden. NHV samarbetar också med andra europeiska organisationer, t.ex. OECD, Europarådet och EU.

NHV är en internationellt erkänd School of Public Health med samarbete både på institutions- och personnivå, framförallt i USA och Europa.

+

+

+

+

