

605574

4 år

Barn och föräldrar i Skåne

– en undersökning om livsvillkor och hälsa



Folkhälsoenkät

Barn och föräldrar i Skåne

Som förälder till ett barn som är cirka 4 år inbjuds du att delta i en undersökning av skånska barns och föräldrars livsvillkor och hälsa. Frågeformuläret innehåller frågor om dig och ditt barns hälsa och förhållanden som kan påverka hälsan.

Varför är det viktigt att just du svarar på frågorna?

Undersökningen genomförs för att få en bild av barns och föräldrars hälsa, levnads- och miljöförhållanden. Ditt svar blir tillsammans med alla andras svar ett underlag som hjälper både Din kommun och Region Skåne att förbättra förutsättningarna för en god hälsa i Skåne. Deltagandet är frivilligt men ju fler som svarar desto bättre och säkrare blir underlaget. Därför är din medverkan viktig!

Du kan besvara frågorna via www.skaneenkät.se
Logga då in med ditt personliga användarnamn och lösenord

Om du istället vill besvara frågorna via pappersblanketten skickar du in den i det portofria svarskuvertet.

Användarid:

Lösenord:

Vem gör undersökningen?

Region Skåne ansvarar för undersökningen. Enheten för folkhälsa och social hållbarhet genomför, i samarbete med Kunskapscentrum för barnhälsovård, insamling av frågeformulär, analyser och sammanställningar av materialet. Din kommun och Region Skåne får tillgång till analyserna för att kunna arbeta med att förbättra folkhälsan i Skåne. Insamlade data kommer även att användas till forskning av samband mellan levnadsförhållanden, livsstil, fysisk miljö och hälsa bland barn och föräldrar.

Vad händer med era svar?

Din identitet och alla uppgifter om dig är givetvis sekretessbelagda. All information som sammanställs kommer att redovisas i tabeller där det är helt omöjligt att identifiera någon enskild individ.

Undrar du över något?

Om du vill veta mera om undersökningen eller tala med oss i samband med att du svarar på frågorna, är du välkommen att ringa något av de telefonnummer som står på nästa sida.

Tack på förhand för din medverkan!



Elisabeth Bengtsson
Folkhälsochef
Enheten för folkhälsa och social hållbarhet
Region Skåne



Marie Köhler
Verksamhetschef
Kunskapscentrum för barnhälsovård
Region Skåne

MER FAKTA OM UNDERSÖKNINGEN

Dina uppgifter skyddas enligt 24 kap. 8§ offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) samt personuppgiftslagen (1998:204). Detta innebär att alla som arbetar med undersökningen har tystnadsplikt och att de insamlade uppgifterna endast redovisas i sammanställd form där ingen enskild persons svar kan utläsas. Numret högst upp på blanketten är till för att vi skall kunna se vilka som har svarat och vilka som ska få en påminnelse. Under en begränsad tid kommer Region Skåne att behålla en "nyckel" mellan barnets personuppgift och enkätformulärets löpnummer. Endast ett fåtal utvalda personer hos Region Skåne kommer att ha tillgång till dessa uppgifter vilka förvaras under sekretess med skyddat lösenord. I februari 2014 kommer denna "nyckel" att förstöras.

Dina enkätsvar kan även komma att användas för forskning. Forskningen omfattas också av statistiksekretessen och måste vara godkänd av etikprövningsnämnd innan uppgifterna används.

Om du har frågor kring datainsamlingen eller undersökningen är du välkommen att ringa till:

Anita Clair, Enheten för folkhälsa och social hållbarhet, Region Skåne
 Telefonnummer: 040-39 13 98 Telefontid: vardagar 09.00-13.00
 E-mail: barnhalsa@skane.se

Margareta Berglund, Kunskapscentrum för barnhälsovård, Region Skåne
 Telefonnummer: 040-623 94 53 SMS: 0768-87 15 91.

Instruktioner

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

- Använda kulspetspenna med svart eller blå färg, inte röd. Använd inte blyertspenna
- Skriv tydliga siffror
- Skriv tydliga och STORA bokstäver
- Markera dina svar med kryss, så här och INTE så här
- Om du vill ändra ditt svar, täck hela rutan som blivit fel ikryssad
- Om du vill skriva mer text än vad som får plats på de anvisade raderna/boxarna eller om du vill förklara eller förtydliga något:
 - skriv inte mellan eller i närheten av svarsrutorna
 - skriv i stället på kommentarsidan sist i formuläret

För att få en bra bild av barnets livssituation ställer vi först frågor om barnets hälsa och miljö. Därefter kommer två avsnitt som rör er som föräldrar. Dessa avsnitt besvaras av mamma och pappa/partner var för sig.

+

+

FRÅGOR OM BARNET OCH FAMILJEN

A1 Vilket kön har barnet?

- Pojke Flicka

A2 I vilken kommun bor barnet?

- | | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bjuv | <input type="checkbox"/> Bromölla | <input type="checkbox"/> Burlöv | <input type="checkbox"/> Båstad | <input type="checkbox"/> Eslöv | <input type="checkbox"/> Helsingborg |
| <input type="checkbox"/> Hässleholm | <input type="checkbox"/> Höganäs | <input type="checkbox"/> Hörby | <input type="checkbox"/> Höör | <input type="checkbox"/> Klippan | <input type="checkbox"/> Kristianstad |
| <input type="checkbox"/> Kävlinge | <input type="checkbox"/> Landskrona | <input type="checkbox"/> Lomma | <input type="checkbox"/> Lund | <input type="checkbox"/> Malmö | <input type="checkbox"/> Osby |
| <input type="checkbox"/> Perstorp | <input type="checkbox"/> Simrishamn | <input type="checkbox"/> Sjöbo | <input type="checkbox"/> Skurup | <input type="checkbox"/> Staffanstorp | <input type="checkbox"/> Svalöv |
| <input type="checkbox"/> Svedala | <input type="checkbox"/> Tomelilla | <input type="checkbox"/> Trelleborg | <input type="checkbox"/> Vellinge | <input type="checkbox"/> Ystad | <input type="checkbox"/> Åstorp |
| <input type="checkbox"/> Ängelholm | <input type="checkbox"/> Örkelljunga | <input type="checkbox"/> Östra Göinge | <input type="checkbox"/> Annan utanför Skåne | | |

A3 Vilket postnummer har barnets bostad?

Om barnet bor på mer än ett ställe, ange postnumret där barnet bor mest.

A4 Hur långt är barnet? Ange i hela cm

 cm

A5 Vad väger barnet? Ange i hela kg

 kg

+

A6 a) Var föddes barnet?

- I Sverige → Gå vidare till A7
 I Norge, Danmark, Finland eller Island
 I ett annat land i Europa
 I ett land utanför Europa

b) När flyttade barnet till Sverige?

år **20** månad

A7 Hur långt var barnet när det föddes? Ange i hela cm

 cm

A8 Vad vägde barnet när det föddes? Ange i gram

 g

A9 I vilken graviditetsvecka föddes barnet?

+

+

+

+

A10 a) Har barnet syskon?

- Nej \longrightarrow Gå vidare till fråga A11
- Ja

b) Barnet föddes som nummer **i syskonskaran**

c) Är barnet tvilling eller fler? Nej Ja

A11 Vilka personer bor barnet tillsammans med (mer än 14 dagar per månad)?

Markera ett eller flera alternativ

- Mamma och pappa (bor tillsammans)
- Mamma
- Pappa
- Mammans eller pappas partner
- Familjehemsföräldrar
- Syskon/halvsyskon/partners barn. Ange födelseår
- Andra: (exempelvis mor- och farföräldrar)

A12 a) Lever ni som föräldrar tillsammans?

- Ja \longrightarrow Gå vidare till fråga A13
- Nej

b) Hur ofta bor barnet hos den andre föräldern?

- Varje vecka (t.ex varje helg)
- Varje månad
- Aldrig eller nästan aldrig
- Varannan vecka (t.ex varannan helg)
- Mer sällan

A13 Hur många rum finns det i bostaden där barnet bor mest?

Räkna inte med kök, hall och badrum/toalett

rum

A14 Hur många personer bor i bostaden där barnet bor mest

(vuxna och barn sammanlagt)?

personer

A15 Har något av följande hänt sedan barnet föddes? Markera ett eller flera alternativ

- Separation/skilsmässa. Barnet var då år månader
- En av barnets föräldrar har avlidit. Barnet var då år månader
- Dödsfall inom den nära familjen (ej föräldrar) Barnet var då år månader
- Annan vuxen har flyttat in Barnet var då år månader
- Annat/andra barn har flyttat in Barnet var då år månader
- Inget av ovanstående

+

+

FRÅGOR OM BARNETS HÄLSA, VÅRDKONTAKTER OCH MILJÖ

B1 Hur mår barnet rent allmänt?

- Mycket bra Bra Någorlunda Dåligt Mycket dåligt

B2 Har barnet någon funktionsnedsättning eller långvarig sjukdom?

- Nej Ja, i så fall vad

B3 Har läkare konstaterat att barnet eller barnets biologiska föräldrar har någon av följande sjukdomar? Besvara för varje sjukdom

| | Barnet | | Pappa | | Mamma | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Ja | Nej | Ja | Nej | Ja | Nej |
| Astma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allergisnuva | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allergiska ögonbesvär | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allergi mot pollen, pälsdjur, kvalster | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Böjveckseksem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Glutenintolerans | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Laktosintolerans | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Födoämnesallergi eller överkänslighet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B4 Hur ofta har barnet under de senaste 6 månaderna... Sätt ett kryss per rad

| | I stort sett varje dag | Mer än en gång/vecka | Ungefär en gång/vecka | Ungefär en gång/månad | Sällan eller aldrig |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ...varit glad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...varit ledset | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...varit ängslig/ orolig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...haft ont i magen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...haft ont i huvudet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B5 Hur borstas barnets tänder? Markera ett eller flera alternativ

- Av en vuxen två gånger per dag Av en vuxen då och då Inte alls
 Av en vuxen en gång per dag Barnet borstar själv

B6 Har barnet haft hål i tänderna?

- Nej Ja Vet inte

B7 a) Har ni sökt läkare för barnet vid andra tillfällen än vid de ordinarie BVC besöken under de senaste 12 månaderna?

- Nej —————> Gå vidare till fråga B8 Ja Om ja, antal gånger

b) För vad sökte ni läkare? Markera ett eller flera alternativ

- För infektionssjukdomar, t.ex. öroninflammation, hög feber, diarré
 För olycksfall/skador
 Annan orsak. Vad?

+

B8 Har barnet fått antibiotika under de senaste 12 månaderna?

+

 Nej Ja

Om ja, antal gånger

B9 a) Har barnet skadats eller råkat ut för någon olycka eller förgiftning som fått er att besöka vårdcentral, tandläkare eller sjukhus under de senaste 12 månaderna? Nej

—————> Gå vidare till fråga B10

 Ja

Antal gånger

b) Var hände olyckan/förgiftningen?*Markera ett eller flera alternativ* Hemma (inomhus) På förskola/hos dagbarnvårdare I trafiken Närmiljön På lekplats Någon annanstans**B10 Har barnet varit inlagt på sjukhus under de senaste 12 månaderna?** Nej Ja**B11 a) Har ni ansett att barnet behövt läkarvård men ändå avstått från att söka vård under de senaste 3 månaderna?** Nej

—————> Gå vidare till fråga B12

 Ja**b) Av vilken anledning sökte ni inte vård?***Markera ett eller flera alternativ* Besvären gick över Kom inte fram på telefon Hade inte tid För långa väntetider Fick inte tag på någon läkare Ville vänta ett tag Tycker inte jag kan få någon hjälp Kände inte till någon bra läkare Annan orsak. Vad?**B12 Har barnet fått hjälp av annan specialist inom vården än läkare, t.ex. dietist, logoped, psykolog?** Nej Ja

Om ja, för vad?

B13 a) Har ni själv aktivt valt vårdcentral och barnavårdscentral för barnet (aktiv listning)?

Vårdcentral

 Nej Ja Vet inte

Barnavårdscentral

 Nej Ja Vet inte

+

b) Tillhör din barnavårdscentral en familjecentral? Nej Ja Vet inte**B14 a) Har ni bytt barnets vårdcentral (VC) eller barnavårdscentral (BVC)?** Nej

—————> Gå vidare till fråga B15

 Ja

+

+

+

b) Varför bytte ni vårdcentral eller barnvårdscentral? Markera ett eller flera alternativ**VC BVC**

- Vi har flyttat
- VC/BVC ligger närmare arbetet/skolan
- VC/BVC lades ner
- Öppettiderna passade bättre
- Följde med barnets läkare eller sjuksköterska
- Inte nöjd med VC/BVC (bemötande, utbud etc.)
- En annan VC/BVC hade bättre rykte/rekommendation/enkätresultat
- Annat, ange vad

+

B15 a) Har barnet ammats (fått bröstmjök)?

- Nej \longrightarrow Gå vidare till fråga B16 Ja

b) Ammas barnet fortfarande Nej Ja**c) Om amningen är avslutad, hur länge amrades barnet?** månader**d) Hur länge amrades barnet helt? (dvs. enbart amning)** månader

+

B16 Förekommer tobaksrök i barnets dagliga miljö?

På grund av att föräldrar, syskon, dagbarnvårdare eller någon annan röker. Frågan avser även rökning utomhus när barnet inte är med. Markera ett eller flera alternativ

- Nej Ja, pappa/partner röker dagligen Ja, dagbarnvårdare röker dagligen
- Ja, mamma röker dagligen Ja, syskon eller annan röker dagligen Vet inte

B17 Rökte barnets mamma under graviditeten?

- Nej Ja Vet inte

B18 Snusade barnets mamma under graviditeten?

- Nej Ja Vet inte

B19 Förekom tobaksrök i barnets dagliga miljö vid 0-4 veckors ålder?

På grund av att föräldrar, syskon eller någon annan rökte. Frågan avser även rökning utomhus när barnet inte är med. Markera ett eller flera alternativ

- Nej Ja, pappa/partner rökte dagligen Ja, dagbarnvårdare rökte dagligen
- Ja, mamma rökte dagligen Ja, syskon eller annan rökte dagligen Vet inte

B20 Förekom tobaksrök i barnets dagliga miljö vid 8 månaders ålder?

På grund av att föräldrar, syskon, dagbarnvårdare eller någon annan rökte. Frågan avser även rökning utomhus när barnet inte är med. Markera ett eller flera alternativ

- Nej Ja, pappa/partner rökte dagligen Ja, dagbarnvårdare rökte dagligen
- Ja, mamma rökte dagligen Ja, syskon eller annan rökte dagligen Vet inte

+

+

FRÅGOR OM BARNETS LEVNADSVANOR

C1 Vad dricker barnet oftast? Endast ett alternativ per kolumn

Vid måltider

- Vatten
- Juice
- Läsk
- Mjök
- Saft
- Annat, vad?

Mellan måltider

- Vatten
- Juice
- Läsk
- Mjök
- Saft
- Annat, vad?

C2 Hur ofta dricker barnet söta drycker (juice/saft/läsk)?

Endast ett alternativ per kolumn

Vid måltider

- Aldrig eller nästan aldrig
- En eller två gånger i veckan
- Tre till fyra gånger i veckan
- Varje dag

Mellan måltider

- Aldrig eller nästan aldrig
- En eller två gånger i veckan
- Tre till fyra gånger i veckan
- Varje dag

C3 Hur ofta äter barnet dessa måltider under en vanlig vecka? Sätt ett kryss per rad

| | Varje dag | 4-6 dagar | 1-3 dagar | Sällan/aldrig |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Frukost | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mellanmål förmiddag | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lagad lunch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mellanmål eftermiddag | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lagad mat på kvällen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mål sent på kvällen (t.ex. välling eller smörgås) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C4 Hur ofta brukar barnet delta i gemensamma familjemåltider?

- Minst en gång om dagen
- Någon gång per vecka
- Flera gånger per vecka
- Mer sällan eller aldrig

C5 Hur ofta äter barnet följande? Sätt ett kryss per rad

| | Aldrig el. några ggr/år | Några ggr/mån | Minst en gång/vecka | Nästan varje dag | Flera ggr/dag |
|---|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Grönsaker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Frukt eller bär | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Godis, chips, ostbågar, läsk eller liknande | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

+

C6 Var brukar barnet vara dagtid måndag-fredag?*Markera ett eller flera alternativ*

- I hemmet med mamma
- I hemmet med pappa
- I hemmet med partner till mamma eller pappa
- På förskola upp till och med 15 timmar per vecka
- På förskola mer än 15 timmar per vecka
- Hos dagbarnvårdare upp till och med 15 timmar per vecka
- Hos dagbarnvårdare mer än 15 timmar per vecka
- I hemmet tillsammans med annan person eller släkting
- Utanför hemmet tillsammans med annan person eller släkting

+

C7 Om barnet vistas i barnomsorg (på förskola eller hos dagbarnvårdare), hur anser ni att barnet trivs där?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Barnet vistas inte i barnomsorg | <input type="checkbox"/> Ganska bra | <input type="checkbox"/> Ganska dåligt |
| <input type="checkbox"/> Mycket bra | <input type="checkbox"/> Varken bra eller dåligt | <input type="checkbox"/> Mycket dåligt |

C8 Ungefär hur mycket tid tillbringar barnet framför TV/dator eller annan bildskärm (t.ex läsplatta, TV-spel)? Om barnet inte tittar alls, skriv 0

- | | | | | | | |
|--------------------------------------|-------|----------------------|------------|-------|----------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> På vardagar | cirka | <input type="text"/> | timmar/dag | cirka | <input type="text"/> | minuter/dag |
| <input type="checkbox"/> På helger | cirka | <input type="text"/> | timmar/dag | cirka | <input type="text"/> | minuter/dag |

+

C9 Brukar ni ha någon kvällsrutin när barnet ska lägga sig? Markera ett eller flera alternativ

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ingen kvällsrutin används | <input type="checkbox"/> Barnet somnar framför TV/dator eller annan bildskärm |
| <input type="checkbox"/> Kvällsaktivitet, t ex bada, leka eller pyssla | <input type="checkbox"/> Kvällsmål strax före, t ex frukt, smörgås, välling |
| <input type="checkbox"/> Barnet lyssnar på musik i sängen | <input type="checkbox"/> Annan <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Läsa bok | |

C10 Var sover barnet? Markera ett eller flera alternativ

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> I eget rum (med eller utan syskon) | <input type="checkbox"/> Växlar mellan egen säng och vuxensäng |
| <input type="checkbox"/> I egen säng i förälders/föräldrars sovrum | (t.ex. somnar i egen säng men kommer upp till |
| <input type="checkbox"/> I förälders/föräldrars säng | förälders/föräldrars säng under natten) |

+

+

+

+

C11 Hur ofta har barnet upplevt följande under de senaste 6 månaderna? Sätt ett kryss per rad

| | Varje dygn | Flera ggr i veckan | Någon/några ggr i veckan | Någon/några ggr per månad | Någon/några ggr per halvår | Aldrig |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Svårt att somna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Svårt att vakna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Störd/orolig sömn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mardrömmar/nattskräck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gått i sömnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vaknat för tidigt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trött/sömnig under dagen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sovit en stund på dagen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C12a) Vilket språk talas huvudsakligen i familjen?

Svenska → Gå vidare till fråga C13

Annat språk

b) Vilket språk talar mamma med barnet?

Vilket språk talar pappa med barnet?

Vilket språk talar mammas/pappas partner med barnet?

+

C13 Hur ofta läser ni tillsammans med barnet?

- Varje dag
- Några gånger i veckan
- En gång i veckan
- Mindre ofta
- Mycket sällan eller aldrig

C14 Hur ofta leker ni med barnet?

- Varje dag
- Några gånger i veckan
- En gång i veckan
- Mindre ofta
- Mycket sällan eller aldrig

+

+

+

FRÅGOR TILL DIG SOM MAMMA

+

D1 Vilket år är du född?

19

D2 a) Hur lång är du? Ange i hela centimeter

cm

b) Hur mycket väger du? Ange i hela kilo

kilo

D3 I vilket land är du född?

 I Sverige I Norge, Danmark, Finland eller Island I ett annat land i Europa I ett land utanför Europa

D4 Vilket är ditt nuvarande civilstånd?

 Ensamstående Gift/samboD5 Vilken är din **högsta utbildning**? Kryssa för den utbildning du går nu om du studerar Grundskola eller motsvarande
(9 års utbildning eller mindre) Gymnasium (2, 3 eller 4-årigt) Högskola/Universitet Annan utbildning, vilken?

D6 Vilken är din nuvarande sysselsättning? Flera alternativ kan anges

 Yrkesarbetar % av heltid Föräldraledig eller tjänstledig Studerar, praktiserar Arbetsmarknadsåtgärd Arbetslös Avtalspensionär Har sjuk- eller aktivitetsersättning Långtidssjukskriven (mer än 3 månader) Sköter eget hushåll Annat, vad?

D7 Vilken är din nuvarande anställningsform?

Ange endast ett alternativ Inte anställd Egen företagare Fast anställd (tillsvidareanställd) Vikarieanställd Projektanställd Timanställd Anställd på personaluthyrnings- eller
bemanningsföretag Provanställd Annan anställning

D8 Vilket yrke har du?

Försök att ge en så detaljerad yrkestitel som möjligt. Skriv t.ex. busschaufför eller lastbilschaufför istället för chaufför, inköpsassistent istället för assistent. Om du inte yrkesarbetar nu så ange det yrke eller de arbetsuppgifter du tidigare huvudsakligen har haft.

+

+

D9 Hur många timmar per vecka lägger du ned på yrkesarbete? Inkludera även restid till och från arbetet

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 0-2 timmar per vecka | <input type="checkbox"/> 21-30 timmar per vecka | <input type="checkbox"/> Mer än 50 timmar per vecka |
| <input type="checkbox"/> 3-10 timmar per vecka | <input type="checkbox"/> 31-40 timmar per vecka | <input type="checkbox"/> Yrkesarbetar inte för närvarande |
| <input type="checkbox"/> 11-20 timmar per vecka | <input type="checkbox"/> 41-50 timmar per vecka | |

D10 Hur många timmar per vecka lägger du ned på arbete i hemmet (som inte är yrkesarbete)?

T.ex. handla, laga mat, sköta ekonomin, tvätta, städa, sköta barn, underhålla bil/hus/trädgård

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 0-2 timmar per vecka | <input type="checkbox"/> 21-30 timmar per vecka | <input type="checkbox"/> Mer än 50 timmar per vecka |
| <input type="checkbox"/> 3-10 timmar per vecka | <input type="checkbox"/> 31-40 timmar per vecka | |
| <input type="checkbox"/> 11-20 timmar per vecka | <input type="checkbox"/> 41-50 timmar per vecka | |

D11 Hur bedömer du ditt nuvarande hälsotillstånd i allmänhet?

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Mycket bra | <input type="checkbox"/> Någorlunda | <input type="checkbox"/> Mycket dåligt |
| <input type="checkbox"/> Bra | <input type="checkbox"/> Dåligt | |

D12 Har du någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem?

- Nej → Gå till fråga D13 Ja

a) Om ja, vad?

b) Påverkar detta din förmåga att ta hand om barnet?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nej, inte alls | <input type="checkbox"/> Ja, i någon mån | <input type="checkbox"/> Ja, i hög grad |
|---|--|---|

D13 Har du någon eller några personer som kan ge dig ett ordentligt personligt stöd för att klara av livets stress och problem?

- Ja, helt säkert
 Ja, troligen
 Inte helt säkert
 Nej

D14 Kan du få hjälp av någon (gäller även barnets pappa eller din partner) att ta hand om barnet om det behövs samma dag?

- Ja, helt säkert
 Ja, troligen
 Inte helt säkert
 Nej

D15 Kan du få hjälp av någon eller några personer vid sjukdom eller praktiska problem?

(t.ex. låna småsaker, hjälp till reparation, hjälp med råd eller information)

- Ja, utan tvekan
 Ja, troligen
 Nej, troligen inte
 Nej, inte alls

D16 Känner du dig stressad i din vardag?

- Nej (nästan aldrig) Ja, ibland Ja, ofta

D17 Hur ofta har det hänt att du inte haft tillräckligt med pengar för att ha råd med den mat eller de kläder som du eller din familj behöver under de senaste 12 månaderna?

- Aldrig Ungefär hälften av årets månader
 Någon enstaka gång Varje månad

D18 Hur ofta har du haft svårt att betala dina räkningar (hyra, el, telefon, räntor, amorteringar, försäkringar etc.) under de senaste 12 månaderna?

- Aldrig Ungefär hälften av årets månader
 Någon enstaka gång Varje månad

+

D19 Hur ofta är du orolig över hur det ska gå med din ekonomi under de närmaste åren?

- Aldrig Någon gång i månaden Några gånger i veckan
 Mer sällan än en gång i månaden Högst en gång i veckan I stort sett varje dag

D20 Om du plötsligt skulle hamna i en oförutsedd situation, kan du då inom en veckas tid skaffa fram 14 000 kronor?

- Nej Ja

D21 Frågorna här handlar om hur du känner dig och hur du haft det under de senaste fyra veckorna.*Sätt ett kryss per rad*

| Hur stor del av tiden <u>under de senaste fyra veckorna...</u> | Hela tiden | Största delen av tiden | En hel del av tiden | En del av tiden | Lite av tiden | Inget av tiden |
|---|--------------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ...har du känt dig riktigt pigg och stark? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...har du känt dig mycket nervös? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...har du känt dig så nedstämd att ingenting har kunnat muntra upp dig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...har du känt dig lugn och harmonisk? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...har du varit full av energi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...har du känt dig dyster och ledsen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...har du känt dig utsliten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...har du känt dig glad och lycklig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...har du känt dig trött? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D22 I vilken utsträckning tycker du att du räcker till för att: *Sätt ett kryss per rad*

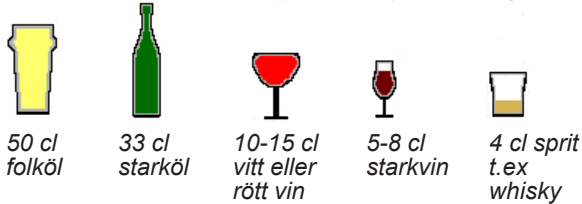
| | Väldigt mycket | Ganska mycket | Måttligt | Ganska lite | Väldigt lite |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Visa att du tycker om barnet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Uppmärksamma barnets behov och önskemål | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tala med barnet om det som barnet visar intresse för | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Uppmuntra barnet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hjälpa barnet att uppmärksamma det som finns och händer omkring er | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beskriva det som ni upplever tillsammans | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Förklara för barnet vad ni upplever tillsammans | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

+

+

D23 Hur ofta har du druckit alkohol under de senaste 12 månaderna?*Med alkohol menas folköl, mellan-/starköl, alkoholstark cider, alkoholisk vin, starkvin och sprit*

- Aldrig —————> Gå vidare till fråga D28
- En gång i månaden eller mer sällan
- 2-4 gånger i månaden
- 2-3 gånger i veckan
- 4 gånger i veckan eller mer

Med ett "glas" menas:**D24 Hur många "glas" (se exempel) dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?**

- 1-2 5-6 10 eller fler
- 3-4 7-9

D25 Hur ofta dricker du sex "glas" eller fler vid samma tillfälle?

- Aldrig
- Mer sällan än en gång i månaden
- Varje månad
- Varje vecka
- Dagligen eller nästan varje dag

+

D26 Hur ofta har du druckit så mycket alkohol att du varit berusad under de senaste 12 månaderna?

- Sällan eller aldrig 2-3 gånger i månaden Dagligen eller nästan dagligen
- Någon eller några gånger per halvår En gång i veckan
- En gång i månaden Några gånger i veckan

D27 Vill du minska din alkoholkonsumtion?

- Nej
- Ja, men jag behöver stöd
- Ja, och jag tror att jag kan klara det själv

D28 a) Har det förekommit våld i familjen sedan barnet föddes?

- Nej Ja

b) Om ja, har du sökt hjälp/stöd till följd av våldet?

- Nej Ja

+

+

+

FRÅGOR TILL DIG SOM PAPPA/PARTNER

+

E1 Vilket år är du född?

19

E2 a) Hur lång är du? Ange i hela centimeter

cm

b) Hur mycket väger du? Ange i hela kilo

kilo

E3 I vilket land är du född?

 I Sverige I Norge, Danmark, Finland eller Island I ett annat land i Europa I ett land utanför Europa

E4 Vilket är ditt nuvarande civilstånd?

 Ensamstående Gift/samboE5 Vilken är din **högsta utbildning**? Kryssa för den utbildning du går nu om du studerar Grundskola eller motsvarande

(9 års utbildning eller mindre)

 Gymnasium (2, 3 eller 4-årigt) Högskola/Universitet Annan utbildning, vilken?

E6 Vilken är din nuvarande sysselsättning? Flera alternativ kan anges

 Yrkesarbetar % av heltid Föräldraledig eller tjänstledig Studerar, praktiserar Arbetsmarknadsåtgärd Arbetslös Avtalspensionär Har sjuk- eller aktivitetsersättning Långtidssjukskriven (mer än 3 månader) Sköter eget hushåll Annat, vad?
E7 Vilken är din nuvarande anställningsform? Ange endast ett alternativ Inte anställd Egen företagare Fast anställd (tillsvidareanställd) Vikarieanställd Projektanställd Timanställd Anställd på personaluthyrnings- eller bemanningsföretag Provanställd Annan anställning

E8 Vilket yrke har du?

Försök att ge en så detaljerad yrkestitel som möjligt. Skriv t.ex. busschaufför eller lastbilschaufför istället för chaufför, inköpsassistent istället för assistent. Om du inte yrkesarbetar nu så ange det yrke eller de arbetsuppgifter du tidigare huvudsakligen har haft.

+

+

E9 Hur många timmar per vecka lägger du ned på yrkesarbete? Inkludera även restid till och från arbetet

- 0-2 timmar per vecka 21-30 timmar per vecka Mer än 50 timmar per vecka
 3-10 timmar per vecka 31-40 timmar per vecka Yrkesarbetar inte för närvarande
 11-20 timmar per vecka 41-50 timmar per vecka

E10 Hur många timmar per vecka lägger du ned på arbete i hemmet (som inte är yrkesarbete)?

T.ex. handla, laga mat, sköta ekonomin, tvätta, städa, sköta barn, underhålla bil/hus/trädgård

- 0-2 timmar per vecka 21-30 timmar per vecka Mer än 50 timmar per vecka
 3-10 timmar per vecka 31-40 timmar per vecka
 11-20 timmar per vecka 41-50 timmar per vecka

E11 Hur bedömer du ditt nuvarande hälsotillstånd i allmänhet?

- Mycket bra Någorlunda Mycket dåligt
 Bra Dåligt

E12 Har du någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem?

- Nej → Gå till fråga E13 Ja

a) Om ja, vad?

b) Påverkar detta din förmåga att ta hand om barnet?

- Nej, inte alls Ja, i någon mån Ja, i hög grad

E13 Har du någon eller några personer som kan ge dig ett ordentligt personligt stöd för att klara av livets stress och problem?

- Ja, helt säkert
 Ja, troligen
 Inte helt säkert
 Nej

E14 Kan du få hjälp av någon (gäller även barnets mamma) att ta hand om barnet om det behövs samma dag?

- Ja, helt säkert
 Ja, troligen
 Inte helt säkert
 Nej

E15 Kan du få hjälp av någon eller några personer vid sjukdom eller praktiska problem?

(t.ex. låna småsaker, hjälp till reparation, hjälp med råd eller information)

- Ja, utan tvekan
 Ja, troligen
 Nej, troligen inte
 Nej, inte alls

E16 Känner du dig stressad i din vardag?

- Nej (nästan aldrig) Ja, ibland Ja, ofta

E17 Hur ofta har det hänt att du inte haft tillräckligt med pengar för att ha råd med den mat eller de kläder som du eller din familj behöver under de senaste 12 månaderna?

- Aldrig Ungefär hälften av årets månader
 Någon enstaka gång Varje månad

E18 Hur ofta har du haft svårt att betala dina räkningar (hyra, el, telefon, räntor, amorteringar, försäkringar etc.) under de senaste 12 månaderna?

- Aldrig Ungefär hälften av årets månader
 Någon enstaka gång Varje månad

+

E19 Hur ofta är du orolig över hur det ska gå med din ekonomi under de närmaste åren?

- Aldrig Någon gång i månaden Några gånger i veckan
 Mer sällan än en gång i månaden Högst en gång i veckan I stort sett varje dag

E20 Om du plötsligt skulle hamna i en oförutsedd situation, kan du då inom en veckas tid skaffa fram 14 000 kronor?

- Nej Ja

E21 Frågorna här handlar om hur du känner dig och hur du haft det under de senaste fyra veckorna.

Sätt ett kryss per rad

| Hur stor del av tiden <u>under de senaste fyra veckorna...</u> | Hela tiden | Största delen av tiden | En hel del av tiden | En del av tiden | Lite av tiden | Inget av tiden |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ...har du känt dig riktigt pigg och stark? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...har du känt dig mycket nervös? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...har du känt dig så nedstämd att ingenting har kunnat muntra upp dig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...har du känt dig lugn och harmonisk? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...har du varit full av energi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...har du känt dig dystert och ledsen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...har du känt dig utsliten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...har du känt dig glad och lycklig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...har du känt dig trött? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

E22 I vilken utsträckning tycker du att du räcker till för att: Sätt ett kryss per rad

| | Väldigt mycket | Ganska mycket | Måttligt | Ganska lite | Väldigt lite |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Visa att du tycker om barnet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Uppmärksamma barnets behov och önskemål | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tala med barnet om det som barnet visar intresse för | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Uppmuntra barnet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hjälpa barnet att uppmärksamma det som finns och händer omkring er | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beskriva det som ni upplever tillsammans | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Förklara för barnet vad ni upplever tillsammans | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

+

+

E23 Hur ofta har du druckit alkohol under de senaste 12 månaderna?

Med alkohol menas folköl, mellan-/starköl, alkoholstark cider, alkoholisk vin, starkvin och sprit

- Aldrig → Gå vidare till fråga E28
- En gång i månaden eller mer sällan
- 2-4 gånger i månaden
- 2-3 gånger i veckan
- 4 gånger i veckan eller mer

Med ett "glas" menas:



E24 Hur många "glas" (se exempel) dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?

- 1-2 5-6 10 eller fler
- 3-4 7-9

E25 Hur ofta dricker du sex "glas" eller fler vid samma tillfälle?

- Aldrig
- Mer sällan än en gång i månaden
- Varje månad
- Varje vecka
- Dagligen eller nästan varje dag

+

E26 Hur ofta har du druckit så mycket alkohol att du varit berusad under de senaste 12 månaderna?

- Sällan eller aldrig
- Någon eller några gånger per halvår
- En gång i månaden
- 2-3 gånger i månaden
- En gång i veckan
- Några gånger i veckan
- Dagligen eller nästan dagligen

E27 Vill du minska din alkoholkonsumtion?

- Nej
- Ja, men jag behöver stöd
- Ja, och jag tror att jag kan klara det själv

E28 a) Har det förekommit våld i familjen sedan barnet föddes?

- Nej Ja

b) Om ja, har du sökt hjälp/stöd till följd av våldet?

- Nej Ja

+

+

+

+

Jag /vi som fyller i frågeformuläret är:

- Både mamma och pappa, vårdnadshavare
- Mamma, vårdnadshavare
- Pappa, vårdnadshavare
- Annan person, vem?

Datum för ifyllandet av de frågor som rör barnet (ååmmdd):

20

Till sist

Tack för din medverkan!

+

+

+

PLATS FÖR EVENTUELLA KOMMENTARER
