

+

+

605574

8 mån

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 8 mån 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.

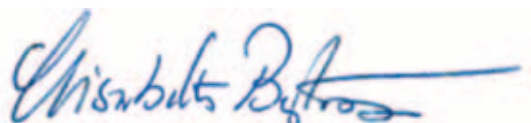
Vad händer med era svar?

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 a) Var föddes barnet?

- I Sverige —————> Gå vidare till A5
 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

+

A5 Hur långt var barnet när det föddes? Ange i hela cm

cm

A6 Vad vägde barnet när det föddes? Ange i gram

g

A7 I vilken graviditetsvecka föddes barnet?

A8 a) Har barnet syskon?

- Nej —————> Gå vidare till fråga A9 Ja

b) Barnet föddes som nummer i syskonskaran

+

c) Är barnet tvilling eller fler? Nej Ja

+

+

+

A9 Vilka personer bor barnet tillsammans med (mer än 14 dagar per månad)?

Markera ett eller flera alternativ

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

A10 Hur många rum finns det i bostaden

Räkna inte med kök, hall och badrum/toalett

rum

A11 Hur många personer bor i bostaden

(vuxna och barn sammanlagt)?

personer

A12 Har något av följande hänt sedan barnet föddes? Markera ett eller flera alternativ

- Separation/skilsmässa.

Barnet var då månader

- En av barnets föräldrar har avlidit.

Barnet var då månader

- Dödsfall inom den nära familjen (ej föräldrar)

Barnet var då månader

- Annan vuxen har flyttat in

Barnet var då månader

- Annat/andra barn har flyttat in

Barnet var då månader

- Inget av ovanstående

+

+

FRÅGOR OM BARNETS HÄLSA, MILJÖ OCH VÅRDKONTAKTER

+

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 a) Har barnet ammats (fått bröstmjök)?

- Nej —————> Gå vidare till fråga B4 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

B4 a) Har barnet börjat med smakportioner?

Smakportion är ett mål mat, t ex puré, som är mer än bara ett "smakprov"

- Nej —————> Gå vidare till fråga B5 Ja

b) Vid vilken ålder fick barnet smakportion första gången? månader

B5 a) Brukar barnet äta eller dricka under natten?

- Nej —————> Gå vidare till fråga B6 Ja

b) Vad brukar barnet äta eller dricka under natten? Markera ett eller flera alternativ

- Bröstmjök Juice eller saft Annat, vad?
 Modersmjölksersättning Te med socker
 Välling eller nyponsoppa

B6 Förekommer tobaksrök i barnets dagliga miljö?

På grund av att föräldrar, syskon, 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

B7 Rökte barnets mamma under graviditeten?

- Nej Ja Vet inte

B8 Snusade barnets mamma under graviditeten?

- Nej Ja Vet inte

+

+

+

B9 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

B10 a) Har barnet fått tänder?

- Nej
 Ja
 Vet inte

b) Om barnet fått tänder, har ni börjat borsta dem?

- Nej
 Ja

B11 a) Har ni sökt läkare för barnet vid andra tillfällen än vid de ordinarie BVC besöken under barnets första 8 månader?

- Nej —————> Gå vidare till fråga B12

- 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?

B12 Har barnet fått antibiotika under sina första 8 månader?

- Nej
 Ja Om ja, antal gånger

+

B13 a) Har barnet skadats eller råkat ut för någon olycka eller förgiftning som fått er att besöka vårdcentral, tandläkare eller sjukhus under barnets första 8 månader?

- Nej —————> Gå vidare till fråga B14
 Ja Antal gånger

b) Var hände olyckan/förgiftningen?

Markera ett eller flera alternativ

- Hemma (inomhus)
 På lekplats
 Någon annanstans
 Närmiljön
 I trafiken

B14 Har barnet varit inlagt på sjukhus under sina första 8 månader?

- Nej
 Ja

+

+

+

+

B15 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 B16 Ja

b) Av vilken anledning sökte ni inte vård? Markera ett eller flera alternativ

- Besvären gick över
- För långa väntetider
- Tycker inte jag kan få någon hjälp
- Kom inte fram på telefon
- Fick inte tag på någon läkare
- Kände inte till någon bra läkare
- Hade inte tid
- Ville vänta ett tag
- Annan orsak. Vad?

B16 Har ni eller barnet utifrån barnets behov fått hjälp av någon specialist inom vården som t.ex. dietist, logoped, psykolog eller spädbarnsverksamhet?

Nej Ja Om ja, för vad?

B17 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

B18 a) Har ni bytt barnets vårdcentral (VC) eller barnavårdscentral (BVC) någon gång?

+

Nej —————> Gå vidare till fråga C1 Ja

b) Varför bytte ni vårdcentral eller barnavårdscentral? 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

+

+

FRÅGOR OM BARNETS LEVNADSVANOR

C1 Vad dricker barnet oftast? Endast ett alternativ per kolumn

Vid måltider

- Vatten
- Bröstmjölk
- Modersmjölksersättning
- Juice
- Läsk
- Mjölk
- Saft
- Annat, vad?

Mellan måltider

- Vatten
- Bröstmjölk
- Modersmjölksersättning
- Juice
- Läsk
- Mjölk
- Saft
- Annat, vad?

C2 Hur ofta dricker barnet söta drycker (juice/saft/läsk)? Endast ett alternativ per kolumn

Vid måltider

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

Mellan måltider

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

C3 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

C4 Var brukar barnet vara dagtid måndag-fredag? Markera ett eller flera alternativ

- I hemmet med mamma
- I hemmet med pappa/partner
- I hemmet delvis med mamma och delvis med pappa/partner
- Hos dagbarnvårdare
- I hemmet tillsammans med annan person eller släkting
- Utanför hemmet tillsammans med annan person eller släkting

C5 a) Tillbringar barnet tid utan vuxet sällskap framför TV/dator eller annan bildskärm?

- Nej —————> Gå vidare till fråga C6
- Ja

b) Hur mycket tid tillbringar barnet framför TV/dator eller annan bildskärm (t.ex läsplatta, TV-spel)?

- På vardagar cirka timmar/dag
- På vardagar cirka minuter/dag

- På helger cirka timmar/dag
- På helger cirka minuter/dag

+

C6 Brukar ni ha någon kvällsrutin när barnet ska lägga sig? Markera ett eller flera alternativ

- Ingen kvällsrutin används
- Kvällsaktivitet, t ex bada, leka
- Barnet lyssnar på musik i sängen
- Läsa eller titta i bok
- Barnet somnar framför TV/dator eller annan bildskärm
- Kvällsmål strax före, t ex bröstmjolk, frukt, välling
- Annan

+

C7 Var sover barnet? Markera ett eller flera alternativ

- I eget rum (med eller utan syskon)
- I egen säng i förälders/föräldrars sovrum
- I förälders/föräldrars säng
- Växlar mellan egen säng och vuxensäng
(t.ex. somnar i egen säng men kommer upp till förälders/föräldrars säng under natten)

C8 a) Vilket språk talas huvudsakligen i familjen?

- Svenska → Gå vidare till fråga C9 Annat språk

b) Vilket språk talar mamma med barnet?**Vilket språk talar pappa med barnet?****Vilket språk talar mammas/pappas partner med barnet?****C9 Hur ofta läser ni för barnet eller tittar i en bok tillsammans?**

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

+

C10 Hur ofta sjunger ni eller lyssnar till musik tillsammans med barnet?

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

C11 Hur ofta leker ni med barnet?

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

+

+

+

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/sambo

D5 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

- 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

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

- 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

D11 Hur bedömer du ditt nuvarande hälsotillstånd i allmänhet?

- Mycket bra Någorlunda Mycket dåligt
 Bra Dåligt

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

- Nej \longrightarrow Gå till fråga D13 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

+

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
 Någon enstaka gång
 Ungefär hälften av årets månader
 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
 Någon enstaka gång
 Ungefär hälften av årets månader
 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 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"/>

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 Ammade du så länge som du önskade? Om du ammar nu gå till fråga D24

Ja —————> Gå till fråga D24 Nej

b) Vad gjorde att du slutade amma?

Markera ett eller flera alternativ

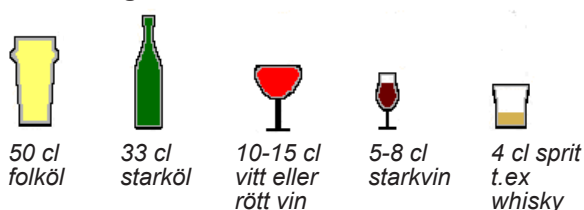
- Jag upplevde att jag inte hade tillräckligt mycket mjölk; mitt barn verkade hungrigt.
- Mitt barn ökade inte i vikt som det skulle.
- Mitt barn ville inte suga från bröstet/avvisade bröstet.
- Jag hade problem med bröstet såsom såriga bröstvårtor, mjölkstockning, bröstinflammation.
- Det var medicinska orsaker som gjorde att jag *inte fick* amma.
- Jag fick höra att barn sover bättre om de får annan mat/modersmjölksersättning/ välling och det ledde till att ammandet så småningom avtog.
- Jag fick höra att det är bra att börja ge smakportioner vid 4 månader och det ledde till att ammandet så småningom avtog.
- Det blev besvärligt att amma utanför hemmet.
- Vi ville dela på tiden hemma med vårt barn och det fungerade inte praktiskt med amning.
- Jag var orolig för att mina bröst skulle tappa formen.
- Personer i min nära omgivning uppmuntrade mig att sluta amma. +
- Annat, vad? (t.ex. barnet fick tänder, allergi, jag började jobba, etc.)

D24 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 D29
- 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:



D25 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

D26 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

D27 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

D28 Vill du minska din alkoholkonsumtion?

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

D29 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/sambo

E5 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 under de senaste fyra veckorna...

	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 2-3 gånger i veckan
- 2-4 gånger i månaden 4 gånger i veckan eller mer

Med ett "glas" menas:50 cl
folköl33 cl
starköl10-15 cl
vitt eller
rött vin5-8 cl
starkvin4 cl sprit
t.ex
whisky**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
