



# Frågeformulär – tidig graviditet

Innehåller bland annat frågor om  
hälsa, bostad och livsstil

Var vänlig och sänd in den ifyllda enkäten i bifogat frankerat svarskuvert!

**Kontaktpersoner:**

Carl-Gustaf Bornehag  
Docent, projektledare  
carl-gustaf.bornehag@kau.se  
054-700 25 40

Malin Larsson  
Doktorand  
malin.larsson@kau.se  
054-700 25 34

Staffan Janson  
Professor, barnläkare  
staffan.janson@kau.se  
054-700 25 17



[www.selmastudien.se](http://www.selmastudien.se)



Landstinget  
i Värmland



# Frågor om familjens hälsa

Med mamma menas den gravida kvinnan och med pappa menas den blivande fadern.  
Kan Ni inte svara på en fråga så hoppar Ni över den.

## Astma och allergi

1a. **Har Ni astma eller allergiska besvär i familjen?**

Nej.....   
Ja .....

b. **Om ja, mamma:**

	Nej	Ja	Använder medicin
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hösnuva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c. **Om ja, pappa:**

	Nej	Ja	Använder medicin
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hösnuva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d. **Om ja, barn i familjen:**

	Nej	Ja	Använder medicin
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hösnuva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. **Har Ni någon födoämnesöverkänslighet i familjen?**

	Nej	Ja
Mamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pappa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barn i familjen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. **Brukar någon av följande personer hosta utan att vara förkyld?**

	Nej	Ja
Mamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pappa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barn i familjen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. **Hur många förkylningar har Ni haft det senaste året?**

	Ingen förkylning	1-2	3-4	5 eller fler	Vet ej
Mamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pappa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Mammans läkemedel

5. **Har Du hittills under graviditeten använt något eller några av följande receptbelagda läkemedel?**

a. **Antibiotika** Nej  Ja

Om Ja, vad heter medicinen? \_\_\_\_\_

b. **Smärtstillande eller anti-inflammatoriska medel** Nej  Ja

Om Ja, vad heter medicinen? \_\_\_\_\_

c. **Medicin mot astma** Nej  Ja

Om Ja, vad heter medicinen? \_\_\_\_\_

d. **Kortisonsalva mot eksem** Nej  Ja

Om Ja, vad heter medicinen? \_\_\_\_\_

6. **Har Du hittills under graviditeten använt något annat receptbelagt läkemedel?**

Nej  Ja

Om Ja, vad heter medicinen? \_\_\_\_\_

7. **Har Du hittills under graviditeten använt något eller några av följande receptfria läkemedel?** Om Ja, försök att uppskatta antalet tabletter.

	Antal	
	Nej	Ja tabletter
Smärtstillande medel med paracetamol, t.ex Alvedon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Smärtstillande/anti-inflammatoriska medel t.ex Ipren, Brufen, Treo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Medel mot sur mage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

	Antal	
	Nej	Ja tabletter
Lugnande medel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Sömnmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Medel mot allergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Medel mot förkylning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Rökavvänjningsmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

## Frågor om bostaden

8. **I vilken typ av bostad bor Ni nu?**

Fristående villa (småhus) .....	<input type="checkbox"/>
Radhus eller kedjehus .....	<input type="checkbox"/>
Lägenhet i flerbostadshus.....	<input type="checkbox"/>
Annat .....	<input type="checkbox"/>

9. **Var är bostaden belägen?**

Innerstadsområde/stadskärna .....	<input type="checkbox"/>
Annat tätbebyggt område .....	<input type="checkbox"/>
Landsbygd nära trafikerad väg .....	<input type="checkbox"/>
Landsbygd långt ifrån trafikerad väg.....	<input type="checkbox"/>

- 10a. **Bor Ni på gård/fastighet där djurhållning bedrivs?**  
(T ex kor, grisar, hästar mm)

Nej.....	<input type="checkbox"/>
Ja .....	<input type="checkbox"/>

- b. **Om Ja, vilka djur har Ni på denna gård/ fastighet?**
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

11. **Kan Ni uppskatta boytans storlek?**

Antal m<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

12. **Kan Ni ange bostadens byggnadsår?**

Vilket år \_\_\_\_\_

13. **När flyttade Ni in i Er nuvarande bostad?**

Vilket år \_\_\_\_\_

14. **Äger Ni bostaden?**

Ja, som eget ägande.....	<input type="checkbox"/>
Ja, som bostadsrätt.....	<input type="checkbox"/>
Nej, vi hyr den .....	<input type="checkbox"/>

15. **Hur ofta dammsuger eller sopar Ni golvet i Ert sovrum?**

Varje dag .....	<input type="checkbox"/>
Ca 2 gånger/vecka .....	<input type="checkbox"/>
1 gång/vecka.....	<input type="checkbox"/>
Varannan vecka .....	<input type="checkbox"/>
1 gång/månad.....	<input type="checkbox"/>
Mer sällan.....	<input type="checkbox"/>

16. **Hur ofta våttorkar Ni golvet i Ert sovrum?**

Varje dag .....	<input type="checkbox"/>
Ca 2 gånger/vecka .....	<input type="checkbox"/>
1 gång/vecka.....	<input type="checkbox"/>
Varannan vecka .....	<input type="checkbox"/>
1 gång/månad.....	<input type="checkbox"/>
Mer sällan.....	<input type="checkbox"/>

17. **Har Ni ändrat Era städvanor på grund av allergi i familjen?**

Nej.....	<input type="checkbox"/>
Ja.....	<input type="checkbox"/>

18. **På vilket våningsplan finns Ert sovrum? (endast för småhus/radhus)**

Källarplan/souterräng .....	<input type="checkbox"/>
Markplan.....	<input type="checkbox"/>
En trappa upp eller högre .....	<input type="checkbox"/>

19. **Hur är huset grundlagt?**  
(endast för småhus/radhus)
- Betongplatta på mark.....
- Torpgrund/krypgrund.....
- Källare (med bostadsrum).....
- Källare (utan bostadsrum).....
- Souterräng.....
- Vet ej.....
- 

20. **Vilken typ av golvbeläggning finns i bostaden?** (sätt ett kryss i lämplig ruta för ert sovrums och kök)

	Ert sovrums	Kök
Linoleum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plastmatta/PVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trä/parkett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laminat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinker/sten/kakel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heltäckningsmatta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kork-o-plast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat/vet ej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

21. **Vilka ytskikt finns på väggarna i Ert sovrums?**  
(flera alternativ möjliga)

Papperstapet.....	<input type="checkbox"/>
Textil/vävtapet.....	<input type="checkbox"/>
Målad glasfiberväv.....	<input type="checkbox"/>
Målad skiva eller målad tapet.....	<input type="checkbox"/>
Träpanel.....	<input type="checkbox"/>
Annat.....	<input type="checkbox"/>

### Värme och ventilation

22. **Vilken typ av ventilationssystem finns i bostaden?** (flera alternativ möjliga)
- Självdreg utan köksfläkt.....
- Självdreg med köksfläkt.....
- Central fläkt som suger ut luft ur bostaden (frånluftssystem).....
- Central fläkt som både suger ut luft och tillför ny luft (till- och frånluftssystem).....
- En extra lokal liten fläkt (t.ex. PAX-fläkt) i badrum som inte går hela tiden.....
- Vet ej.....
- 

23. **Vilken typ av ventilation finns i Ert sovrums?** (flera alternativ möjliga)

En ventil i ytterväggen.....	<input type="checkbox"/>
Vädringsfönster.....	<input type="checkbox"/>
Spaltventil i fönsterkarm.....	<input type="checkbox"/>
Frånluftsdon (fläkt) som suger ut luft.....	<input type="checkbox"/>
Frånluftsdon (självdregssystem).....	<input type="checkbox"/>
Tilluftsdon som blåser in luft.....	<input type="checkbox"/>
Inget av ovanstående.....	<input type="checkbox"/>
Vet ej.....	<input type="checkbox"/>

---

- 24a. **Vilken typ av anläggning används för kontinuerlig uppvärmning av bostaden?** (flera alternativ möjliga, ange vad som är huvudkälla)

	Ja	Huvudkälla
Fjärrvärme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berg- eller jordvärmepump	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Direktverkande el	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftvärmepump	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Braskamin/kakelugn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Värmepanna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- b. **Om värmepanna används, ange typ av bränsle?**  
(flera alternativ möjliga)

Olja.....	<input type="checkbox"/>
El.....	<input type="checkbox"/>
Ved.....	<input type="checkbox"/>
Pellets.....	<input type="checkbox"/>
Annat.....	<input type="checkbox"/>

---

- 25a. **Förekommer vedeldning i köksspis/kökspanna, öppen spis eller braskamin/kakelugn i bostaden?**  
(OBS ej vedpanna i pannrum)

Nej.....	<input type="checkbox"/>
Ja.....	<input type="checkbox"/>

- b. **Om Ni har braskamin/kakelugn eller öppen spis, hur ofta eldar Ni under vinterhalvåret?**

Dagligen.....	<input type="checkbox"/>
Flera gånger per vecka.....	<input type="checkbox"/>
En gång per vecka.....	<input type="checkbox"/>
Mera sällan.....	<input type="checkbox"/>

---

26. Vilken typ av värmeelement finns huvudsakligen i bostaden?
- El-element.....
- Oljefyllda element.....
- Vattenfyllda element.....
- Golvvärme (i större delen av huset).....
- Luftvärme.....
- Annat.....
- Vet ej.....

**Eventuella fuktproblem i bostaden**

- 27a. Har bostaden genomgått någon större ombyggnad eller tillbyggnad under de senaste 12 månaderna?

Nej.....

Ja.....

Vet ej.....

- b. Om Ja, berodde denna ombyggnad på fukt- och mögelproblem i bostaden?

Nej.....

Ja.....

Vet ej.....

28. Finns det synligt mögel på golv, väggar eller tak i något av följande rum?

	Nej	Ja	Vet ej
Ert sovrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat rum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Badrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Finns det synliga fuktfläckar på golv, väggar eller tak i något av följande rum?

	Nej	Ja	Vet ej
Ert sovrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat rum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Badrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Finns det misstänkta fukt- och mögelproblem i golv, väggar eller tak som inte syns invändigt? (ej källare)

Nej.....

Ja.....

Vet ej.....

31. Finns det lossnande, bubblande eller missfärgade golvmattor (t.ex. plastmatta eller linoleum) i något av följande rum? (ej källare)

	Nej	Ja	Vet ej
Ert sovrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat rum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Badrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Finns det missfärgade/svartade golv av parkett eller kork-o-plast i bostaden? (ej källare)

Nej.....

Ja.....

Vet ej.....

33. Har det förekommit översvämning eller andra typer av vattenskador under de senaste 12 månaderna? (ej källare)

	Nej	Ja	Vet ej
Ert sovrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vardagsrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kök eller annat rum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Badrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Förekommer det vintertid kondens eller imma nedtill på insidan av fönsterrutor i följande rum?

	Nej aldrig	Ja, mindre än 5 cm	Ja, 5-25 cm	Ja, mer, än 25 cm	Vet ej
Ert sovrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vardagsrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Om bostaden har källare, finns det där synligt mögel, fuktfläckar eller lossnande, bubblande golvmattor? (gäller endast småhus/radhus)

Nej.....

Ja.....

Vet ej.....

36. Om bostaden har källare, har där förekommit översvämning eller andra typer av vatten-skador? (gäller endast småhus/radhus)

Nej.....

Ja, det senaste året.....

Vet ej.....

### Eventuell lukt i bostaden

37. Har Ni under de senaste 3 månaderna känt Er besvärade av någon eller några av följande lukter i bostaden? (ej källare)

	Nej, aldrig	Ja, ibland	Ja, ofta (varje vecka)
Instängd "dålig" luft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obehaglig lukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stickande lukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mögellukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
"Jordkällare"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tobaksrök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Torr luft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Om det finns en källare, har Ni under de senaste 3 månaderna känt någon eller några av följande lukter där?

	Nej, aldrig	Ja, ibland	Ja, ofta (varje vecka)
Instängd "dålig" luft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obehaglig lukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mögellukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
"Jordkällare"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Familjen och livsstil

39. Vad har Ni för familjesituation?

- Sammanboende.....  
 Ensamstående.....  
 Annan familjesituation .....

40. Om Ni inte är födda i Sverige, ange födelse land?

Mamma \_\_\_\_\_  
 Pappa \_\_\_\_\_

#### Utbildning/Sysselsättning

41. Vilken är Er högsta utbildning?

	Mamma	Pappa
Grundskola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gymnasium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Högskola/Universitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan utbildning, vilken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Vad är Er aktuella sysselsättning? (flera alternativ möjliga)

	Mamma	Pappa
Arbetar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Föräldraledig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Studerande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetsökande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjukskriven sedan mer än 3 mån	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemarbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uppbär sjuk- eller aktivitetsersättning (förtidspensionerad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43a. Om Ni arbetar, vilka är Era huvudsakliga arbeten?

Mamma \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Pappa \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

b. Om Ni arbetar, hur många timmar per vecka yrkesarbetar Ni i genomsnitt?

Mamma Pappa  
 \_\_\_\_\_ Normal tid (timmar/vecka)  
 \_\_\_\_\_ Övertid (timmar/vecka)

44. Kommer Ni i kontakt med något av följande i Era yrken (minst 2 ggr/v)?

	Mamma	Pappa
Tobaksrök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Damm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kemikalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gaser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Husdjur

45a. **Har Ni husdjur i Er nuvarande bostad?**  
Nej.....   
Ja .....

45b. **Om Ja, vad?**  
Katt.....   
Hund.....   
Gnagare (kanin, hamster, marsvin m.fl.).....   
Annat pälsdjur .....   
Fågel.....   
Akvariefiskar, reptiler m.fl. ....

46. **Har Ni gjort Er av med pälsdjur på grund av allergi?**  
Nej.....   
Ja .....

47. **Har Ni avstått från att skaffa pälsdjur på grund av allergi?**  
Nej.....   
Ja .....

### Tobak

48. **Har någon i familjen rökt dagligen under det senaste året?**  
Nej.....   
Ja, mamma.....   
Ja, pappa .....   
Ja, annan .....

49a. **Röker någon i familjen nu?**  
Nej, ingen.....   

	Dagligen	Ibland
Ja, mamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, pappa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, annan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. **Om någon röker, var i bostaden?**  
(flera alternativ möjliga)  
Ute på balkong/uteplats .....   
Under köksfläkt.....   
I de flesta rum.....

50. **Snusar någon i familjen?**  
Nej.....   
Ja, mamma .....   
Ja, pappa.....

### Mammans vanor

51. **Hur ofta drack Du alkohol 3 månader före graviditeten?**  
Aldrig.....   
Sällan .....   
1 gång varannan vecka .....   
1 gång per vecka.....   
2 gånger per vecka .....   
3 eller fler gånger per vecka .....

52. **Hur mycket tid per vecka ägnar Du åt att cykla eller gå till arbetet/sysselsättningen?**  
Ingen alls, annat färd sätt .....   
Mindre än 1 timma/vecka .....   
1 timma/vecka.....   
1-2 timmar/vecka .....   
3-4 timmar/vecka .....   
Mer än 4 timmar/vecka .....

53. **Hur mycket tid per vecka ägnar Du Dig åt träning och motionsaktiviteter på fritiden? (t.ex. cykling, löpning, träningspass, raska promenader)**  
Mindre än 1 timma/vecka .....   
1 timma/vecka.....   
1-2 timmar/vecka .....   
3-4 timmar/vecka .....   
Mer än 4 timmar/vecka .....

54. **Har Du ett arbete där Du är mycket fysiskt aktiv? (t.ex. cyklande brevbärare)**  
Nej.....   
Ja.....

56. **Slutligen, vem har fyllt i enkäten?**  
Mamma.....   
Pappa.....   
Båda .....