



Frågeformulär – Barnet **4** år

Innehåller frågor om
hälsa, bostad och livsstil

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

Kontaktpersoner:

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

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

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



www.selmastudien.se



Var vänlig och fyll i följande information för mamma och barn

Barnets förnamn:

Barnets efternamn

Barnets personnummer:

20 -

Mammans förnamn:

Mammans efternamn:

Adress:

Postnr:

Ort:

Mammans personnummer:

19 -

Har Ni flyttat sedan barnet fyllt 2 år?

Nej

Ja

Det kan finnas behov av att kontakta Er. Får vi lov att kontakta Er via e-post?

(Om Du redan har fyllt i Din e-post i föregående enkät behöver Du inte göra det igen, om den inte har ändrats.)

Nej

Ja, e-post nedan:

Ange datum för ifyllande av enkäten:

Familj och livsstil

1. Vad har Ni för familjesituation?

Sammanboende
Ensamstående
Annat familjesituation.....

2. Bor barnet mer än 10 dagar per månad i annan bostad?

Nej
Ja

3. Hur många yngre syskon (hel- och halvsyskon) bor i bostaden? _____

4. Hur många äldre syskon (hel- och halvsyskon) bor i bostaden? _____

5. Vistas barnet på förskola eller hos dagmamma?

Ja, på förskola mer än 15 tim/vecka
Ja, på förskola 15 tim/vecka eller mindre.....
Ja, hos dagmamma
Nej, men har varit på förskola tidigare.....
Nej, aldrig

6. 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"/>
Annat utbildning, vilken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. 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"/>
Hemarbetande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uppbär sjuk- eller aktivitets- ersättning (förtidspensionerad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Fyll i vikt och längd för mamma och pappa:

	Vikt	Längd
Mammans:	_____ kg	_____ cm
Pappans:	_____ kg	_____ cm

Tobak

9. Röker någon i familjen?

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"/>

10. Snusar någon i familjen?

Nej.....
Ja, mamman
Ja, pappan.....

Husdjur

11a. Har Ni husdjur i Er nuvarande bostad?

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

11b. Om Ja, vad?

Katt
Hund.....
Gnagare (kanin, hamster, råtta, marsvin m fl).
Fågel.....
Akvariefiskar, reptiler etc.....
Annat pälsdjur

12. Har Ni gjort Er av med pälsdjur på grund av allergi?

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

13. Har Ni avstått från att skaffa pälsdjur på grund av allergi?

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

Barnets hälsa

Med barnet menar vi den 4-åring som är med i SELMA-studien.

Allergiska besvär

- 14a. Har Ditt barn någonsin haft besvär av pipande eller väsende andning?
- Nej
Ja
- 14b. Om Ja, vid vilka tillfällen (flera alternativ möjliga)?
- Vid förkylning
Vid skratt eller gråt
Vid intensiv lek
Vid kontakt med pälsdjur
15. Har Ditt barn någonsin haft besvär av natthosta mer än två veckor utan att vara förkyld?
- Nej
Ja
16. Har Ditt barn fått diagnosen astma av läkare?
- Nej
Ja
- 17a. Har Ditt barn ordinerats att ta medicin regelbundet för luftrörsbesvär?
- Nej
Ja
- 17b. Om Ja, vad heter medicinen/medicinerna?
- _____
18. Har Ditt barn någonsin haft nysningar, rinnsnuva eller nästäppa utan att ha varit förkyld?
- Nej
Ja
19. Har Ditt barn någonsin haft nysningar, rinnsnuva eller nästäppa eller röda kliande ögon efter kontakt med pälsdjur?
- Nej
Ja
20. Har Ditt barn fått diagnosen allergisk snuva ställd av läkare?
- Nej
Ja

21. Har Ditt barn torr hud?

Nej
Ja

- 22a. Har eller har Ditt barn haft ett rodnat utslag/eksem som kan ha kommit och gått under de senaste 12 månaderna?

Nej
Ja

Om nej, gå till fråga 24.

- 22b. Om Ja, har det orsakat klåda eller rivningar?

Nej
Ja

- 22c. Om Ja, hur ofta har Ditt barn vaknat på natten på grund av detta rodnade utslag/eksem?

Aldrig
Högst en natt per vecka
Flera nätter per vecka

- 22d. Om Ja, har detta rodnade utslag/eksem förekommit på något av följande ställen? (flera alternativ möjliga)

	Under senaste veckan	Tidigare
Hårbotten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Runt ögon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Runt öron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Panna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bröst, mage eller rygg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Armhåla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Armveck eller knäveck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utsidan av armar eller ben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hand- eller fotleder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Underlivet/stjärten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat ställe, ange vilket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 23a. Har Ditt barn fått behandling med salva eller kräm under de senaste 12 månaderna (flera alternativ möjliga)?

Nej
Ja, mjukgörande
Ja, kortison
Ja, annat, ange vilket

Om nej, gå till fråga 24.

23b. Om Ja, hur ofta brukar ni behandla eksemet när barnet har besvär?

- 1 gång/vecka
 2 gånger/vecka
 Varannan dag
 Dagligen
 Flera gånger dagligen

Födoämnesreaktioner

24. Hur ofta äter Ditt barn följande...:

	Varje dag	4-6 ggr /vecka	1-3 ggr /vecka	Mer sällan än varje vecka	Aldrig
Frukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grönsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Godis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fika (saft, kakor m.m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25a. Har Ditt barn reagerat på mat eller dryck?

- Nej
 Ja

Om Nej, gå till fråga 27a.

25b. Om Ja, vilket eller vilka födoämnen får Ditt barn besvär av, och efter hur lång tid reagerade barnet (flera alternativ möjliga)?

	Aldrig ätit det	Ätit, det går bra	Reagerar på, efter antal minuter
Mjölk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> min
Fisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> min
Ägg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> min
Nötter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> min
Jordnötter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> min
Ärtor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> min
Soja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> min
Mjöl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> min
Äpple/Päron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> min
Annat, nämligen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> min

25c. Om Ja, ange vilket eller vilka besvär Ditt barn fått av mat eller dryck (flera alternativ möjliga)?

- Magknip
 Kräkningar och/eller diarréer
 Eksem
 Nässelutslag
 Klåda runt ögonen och/eller snuva
 Läpp- och/eller ögonsvullnad
 Astma
 Annat, nämligen _____

26. Har Ditt barn fått diagnosen födoämnesallergi av läkare?

- Nej
 Ja

27a. Äter Ditt barn någon speciell kost?

- Nej
 Ja

27b. Om Ja, vilken/vilka (flera alternativ möjliga)?

- Glutenfri
 Komjölksfri
 Laktosreducerad
 Vegetariskt
 Annat

Infektionssjukdomar

28. Hur många förkylningar har Ditt barn haft under de senaste 12 månaderna?

- Färre än 6 förkylningar
 6-10 förkylningar
 Mer än 10 förkylningar

29. Har Ditt barn haft öroninflammation de senaste 12 månaderna?

- Nej
 Ja, 1-2 gånger
 Ja, 3-5 gånger
 Ja, mer än 5 gånger

30. Har Ditt barn under de senaste 12 månaderna haft krupp?

- Nej
 Ja

31. Har Ditt barn under de senaste 12 månaderna fått diagnosen lunginflammation av läkare?

- Nej
 Ja

Andra sjukdomar och besvär

32. Har barnet en eller flera av följande sjukdomar eller besvär?

- | | Nej | Ja |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Synskada som ej kan korrigeras med glasögon..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hörselskada som är permanent och icke beror på tillfällig inflammation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Frågor om inlärningssvårigheter och neuropsykiatriska tillstånd hos barnet

33. Följs barnet av läkare eller psykolog för kontroll/behandling på grund av försenad utveckling med misstänkta eller konstaterade inlärningssvårigheter?

Nej.....

Ja.....

34. Har Ditt barn något neuropsykiatriskt tillstånd såsom ADHD, ADD, DAMP, autism, autismliknande tillstånd, Aspergers syndrom, Tourettes syndrom eller liknande?

Nej (*Gå vidare till fråga 36*)

Barnet har inte fått diagnos men står på väntelista eller är under utredning (*Gå vidare till fråga 36*)

Ja, barnet har en diagnos (*Gå vidare till fråga 35*).....

35. Markera de alternativ som stämmer för Ditt barn i nedanstående lista

Neuropsykiatriska tillstånd	Diagnos fastställd av läkare eller psykolog	Barnet tar läkarordinerad medicin mot sjukdomen/hälsoproblemet
ADHD / ADD / DAMP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autism	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aspergers syndrom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autismliknande tillstånd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tourettes syndrom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annat neuropsykiatriskt tillstånd, nämligen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Frågor om livsomvälvande händelser i familjen

36. Följande frågor undersöker om Er familj har drabbats av händelser som kan vara livsomvälvande. Läs igenom frågorna och markera den eller de händelser som inträffade under graviditeten för SELMA-barnet. Om Ni svarar Ja på en fråga, försök då också ange under vilken fas i graviditeten händelsen ägde rum eller startade. Om Ni inte upplevt någon av dessa händelser markerar Ni detta genom att kryssa "Nej".

	Nej	Ja, första trimestern (v.1-12)	Ja, andra trimestern (v.13-24)	Ja, tredje trimestern (v.25-40)
a) Du och/eller Din partner blev uppsagd och arbetslös?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Du fick under graviditeten en svår sjukdom eller blev allvarligt skadad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) En närstående (make/maka/sambo, förälder, barn eller syskon) fick en svår sjukdom eller blev allvarligt skadad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Det skedde ett dödsfall bland Dina närstående (make/maka/sambo, förälder, barn eller syskon)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ni separerade/skilde Er eller gick igenom en kris i förhållandet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Du och/eller Din partner fick ekonomiska problem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Inträffade några andra livsomvälvande händelser under graviditeten? Om ja, vilken? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Barnets bostad

Med barnets bostad menas den bostad där barnet huvudsakligen bor nu

37. I vilken typ av bostad bor barnet?

- Fristående villa (småhus)
- Radhus eller kedjehus
- Lägenhet i flerbostadshus
- Annat

38. Var är barnets bostad belägen?

- Innerstadsområde/stadskärna
- Annat tätbebyggt område
- Landsbygd nära trafikerad väg
- Landsbygd långt ifrån trafikerad väg

39. Hur ofta dammsuger Ni golvet i barnets rum?

- Varje dag
- Ca 2 gånger/vecka
- 1 gång/vecka
- Varannan vecka
- 1 gång/månad
- Mer sällan

40. Hur ofta våttorkar Ni golvet i barnets rum?

- Varje dag
- Ca 2 gånger/vecka
- 1 gång/vecka
- Varannan vecka
- 1 gång/månad
- Mer sällan

41a. Har något av följande rum målats sedan barnet var 1 år?

- | | Nej | Ja |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| Barnets rum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Föräldrarnas sovrum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vardagsrum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Större del av bostad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annat rum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

41b. Om Ja, vad målade Ni om (flera alternativ möjliga)?

- | | Barnets sovrum | Föräldr. sovrum | Vardagsrum | Större del av bostad | Annat rum |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Väggar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tak | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Möbler | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annat, vad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

42. Har något av följande rum tapetsrats om sedan barnet var 1 år?

- | | Nej | Ja |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| Barnets rum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Föräldrarnas sovrum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vardagsrum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Större del av bostad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

43. Vilken typ av golvbeläggning finns i bostaden?

(sätt ett kryss i lämplig ruta för föräldrarnas och barnets sovrum, kök samt badrum)

- | | Föräldrarnas sovrum | Barnets rum | Kök | Badrum |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Linoleum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Plastmatta /PVC | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trä/parkett | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Laminat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Klinker/sten/kakel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Heltäckningsmatta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annat/vet ej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Eventuella fuktproblem i bostaden

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

- | | Nej | Ja | Vet ej |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Barnets rum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Föräldrarnas 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"/> |

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

- | | Nej | Ja | Vet ej |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Barnets rum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Föräldrarnas 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"/> |

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

- Nej
- Ja
- Vet ej

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

- | | Nej | Ja | Vet ej |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Barnets rum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Föräldrarnas 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"/> |

48. **Har det förekommit översvämning eller andra typer av vattenskador i följande rum (ej källare)?**

	Nej	Ja, tidigare	Ja, det senaste året	Vet ej
Barnets rum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Föräldrarnas sovrum	<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"/>
Kök eller annat rum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Badrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. **Har Du under de senaste 3 månaderna känt Dig besvärad av någon av följande lukter i Din bostad?**

	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"/>

50. **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
Barnets rum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Föräldrarnas 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"/>

51. **Vem har fyllt i enkäten?**

Mamma	<input type="checkbox"/>
Pappa	<input type="checkbox"/>
Båda	<input type="checkbox"/>

52. **Egna kommentarer:**

Tack för Er medverkan!