



## Vill du bidra till ökad kunskap om blivande föräldrars hälsa, levnadsvanor och livsvillkor?

Vid Umeå universitet pågår sedan många år forskning för att öka kunskapen om blivande föräldrars och barns hälsa, levnadsvanor och livsvillkor. Universitetet grundar sin forskning på samtycke. *Efter att ha läst denna information vill vi be dig svara på frågan om samtycke på föregående sida.* Forskningen har godkänts av Regionala etikprövningsnämnden i Umeå (Dnr 2010-63-31M och 2013-268-31Ö).

Det är hälsoformulären från det ordinarie besöket inom mödrahälsovården som används, men endast när det finns samtycke till forskning. Ibland används hälsoformulären tillsammans med information från andra källor, såsom barnhälsovårdens 3-årsenkäter och Västerbottens hälsoundersökningars enkäter. *Detta görs endast om du också i dessa enkäter samtycker till forskning.* Andra källor som kan bli aktuella är Statistiska Centralbyråns befolkningsregister (demografiska uppgifter, t.ex. boendeort, familjens storlek, föräldrarnas födelseland och utbildning) och Socialstyrelsens hälsodataregister (medicinska uppgifter, t.ex. kring graviditet och förlossning, vårdtillfällen på sjukhus, läkemedel utskrivna av läkare).

Vid Umeå universitet är det Anneli Ivarsson (professor och barnläkare), tillsammans med medarbetare, som kommer att ta del av personuppgifterna. Uppgifterna lagras i enlighet med universitetets arkiveringsrutiner. Medarbetare som kommer i kontakt med enkäten har tystnadsplikt. Enkäternas svar sammanställs på gruppnivå så att ingen enskild individs svar framgår. Resultaten av forskningen kommer att användas av Region Västerbotten för att förbättra stödet till blivande föräldrar och längre fram till barn och deras föräldrar. Resultaten kommer även att spridas via föredrag och artiklar i Sverige och internationellt.

Umeå universitet är personuppgiftsansvarig för forskningen. Deltagande är frivilligt och du har rätt att när som helst avbryta din medverkan och ta tillbaka ditt samtycke utan att motivera skälet. Observera att ett återkallande av samtycket inte påverkar lagligheten av den behandling som skett innan återkallandet. *Om du avstår från att delta så påverkar det på inget sätt det stöd du får via mödrahälsovården eller av hälso- och sjukvården i övrigt.*

Forskningsprojektet har ingen fastställd tidpunkt för avslut. Personuppgifterna behandlas under hela projektiden. När projektet avslutats arkiveras personuppgifterna i enlighet med arkivlagen och Umeå universitets arkiveringsrutiner. Som regel bevaras material som detta i minst tio år. Du kan begära ett s.k. registerutdrag och få uppgifter utlämnade i elektroniskt format mot en administrativ kostnad. Om det vid tiden för din begäran är tekniskt möjligt kan du begära att Umeå universitet överför personuppgifterna direkt till en annan personuppgiftsansvarig. Du kan även under vissa omständigheter begära att uppgifter raderas, få felaktiga uppgifter rättade och komplettera ofullständiga personuppgifter. Du kan begära att behandlingen begränsas i stället för att uppgifterna raderas. Detta gäller om du anser att Umeå universitets behandling är olaglig eller om du behöver personuppgifterna för att göra gällande eller försvara ett rättsligt anspråk, t.ex. om du vill stämma Umeå universitet för felaktig behandling av personuppgifter. Om du anser att dina personuppgifter behandlats felaktigt kan du lämna klagomål till Datainspektionen via deras webbplats och du kan även begära skadestånd.

Har du frågor eller önskar återkalla ditt samtycke så är du välkommen att kontakta Anneli Ivarsson (professor och barnläkare) vid Umeå universitet eller Umeå universitets dataskyddsombud. Adressen är: Umeå universitet, 901 87 Umeå, telefon 090-786 50 00 (växeln).

Med vänliga hälsningar  
Forskargruppen



UMEÅ UNIVERSITET

## Dina matvanor

### 48. Hur ofta äter du frukost?

- Dagligen  
 Nästan varje dag  
 Några gånger i veckan  
 En gång i veckan eller mer sällan

### 49. Hur ofta äter du grönsaker och/eller rotfrukter?

- Två gånger per dag eller oftare  
 En gång per dag  
 Några gånger i veckan  
 En gång i veckan eller mer sällan

### 50. Hur ofta äter du frukt och/eller bär?

- Två gånger per dag eller oftare  
 En gång per dag  
 Några gånger i veckan  
 En gång i veckan eller mer sällan

### 51. Hur ofta äter du fisk eller skaldjur som huvudrätt, i sallad eller som pålägg?

- Tre gånger i veckan eller oftare  
 Två gånger i veckan  
 En gång i veckan  
 Några gånger i månaden, mer sällan eller aldrig

### 52. Hur ofta äter du fikabröd, choklad, godis, chips eller läsk/saft?

- Två gånger per dag eller oftare  
 En gång per dag  
 Några gånger i veckan  
 En gång i veckan eller mer sällan

### 53. Hur ofta borstar du tänderna?

- 2 gånger per dag eller oftare  
 1 gång per dag  
 Sällan eller oregelbundet

## Samtycke till forskning

### 54. Vill du bidra till ökad kunskap om blivande föräldrars hälsa, levnadsvanor och livsvillkor?

Innan du svarar är det viktigt att du läser informationen på nästa sida.

Samtycker du till att Umeå universitet behandlar dina personuppgifter för denna forskning?

Ja  Nej

Datum: ..... Underskrift: .....



### Välkommen till mödrahälsovården!

Mödrahälsovården arbetar med att förebygga och tidigt upptäcka sjukdom hos den gravida och barnet, samt att stödja det blivande föräldraskapet. Vi erbjuder därför ett medicinskt, psykologiskt och socialt stöd under graviditeten.

Inför besöket till mödrahälsovården ber vi dig att fylla i detta hälsoformulär med frågor om din hälsa, levnadsvanor och livsvillkor. Andra blivande föräldrar får ett liknande formulär. Det är självklart frivilligt att svara på frågorna. Vid besöket erbjuds du samtal med barnmorskan med utgångspunkt i dina svar.

Hälsoformuläret är en journalhandling och sparas därför inom regionen. Det finns två lösa blad i formuläret vars svar förs över till mödrahälsovårdens elektroniska journal, men som i övrigt inte sparas. Personalen som kommer i kontakt med formuläret och bladen har tystnadsplikt.

Med syfte att framöver förbättra stödet till blivande föräldrar så sammanställs formulärens svar på gruppnivå på ett sätt så att ingen enskild individs svar framgår. Detta görs i samarbete mellan mödrahälsovården och Salut-satsningen.

Salut-satsningen i Västerbotten syftar till att stödja barnet under hela uppväxten, med start redan under graviditeten. Barnet och dess föräldrar kommer att mötas av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser inom mödrahälsovården, barnhälsovården, tandvården, öppen förskola, förskolan och sedan i skolan.

Med vänliga hälsningar  
Mödrahälsovården och Salut-satsningen

 region  
västerbotten

Din hälsa & livsvillkor – forts.

- |                                                                                                                                                                     | Ja                           | Nej                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------|
| 38. Har du någon gång känt dig kontrollerad av din partner eller någon annan närstående?                                                                            | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>                   |
| 39. Har din partner eller någon annan för dig betydelsefull person någon gång gjort dig illa fysiskt på något sätt t.ex. luggat, knuffat, slagit eller sparkat dig? | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>                   |
| 40. Har du någon gång tvingats till eller utsatts för sexuella handlingar mot din vilja?                                                                            | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>                   |
| 41. Har din partner någon gång gjort dig illa fysiskt på något sätt t.ex. slagit, knuffat eller sparkat dig sedan du blev gravid?                                   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>                   |
| 42. Har du någon gång tvingats till eller utsatts för sexuella handlingar mot din vilja sedan du blev gravid?                                                       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>                   |
| 43. Är du i nuläget rädd för din partner eller någon annan person?                                                                                                  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>                   |
| 44. Har du fått stöd av kurator, psykolog eller socialsekreterare under de senaste två åren?                                                                        |                              |                                            |
|                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, av vem? ..... |

Dina rörelsevanor

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>45. Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt <b>fysisk träning</b> som får dig att bli andfådd, till exempel löpning, motionsgymnastik eller bollsport?<br/><i>Räkna samman all tid (minst 10 minuter åt gången).</i></p> <p><input type="checkbox"/> 0 minuter/ingen tid</p> <p><input type="checkbox"/> Mindre än 30 minuter</p> <p><input type="checkbox"/> 30-60 minuter (0,5-1 timme)</p> <p><input type="checkbox"/> 60-90 minuter (1-1,5 timmar)</p> <p><input type="checkbox"/> 90-120 minuter (1,5-2 timmar)</p> <p><input type="checkbox"/> Mer än 120 minuter (2 timmar)</p> | <p>46. Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt <b>vardagsmotion</b>, till exempel promenader, cykling eller trädgårdsarbete?<br/><i>Räkna samman all tid (minst 10 minuter åt gången).</i></p> <p><input type="checkbox"/> 0 minuter/ingen tid</p> <p><input type="checkbox"/> Mindre än 30 minuter</p> <p><input type="checkbox"/> 30-60 minuter (0,5-1 timme)</p> <p><input type="checkbox"/> 60-90 minuter (1-1,5 timmar)</p> <p><input type="checkbox"/> 90-150 minuter (1,5-2,5 timmar)</p> <p><input type="checkbox"/> 150-300 minuter (2,5-5 timmar)</p> <p><input type="checkbox"/> Mer än 300 minuter (5 timmar)</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

47. Hur kroppsligt ansträngande är vanligtvis ditt dagliga arbete eller sysselsättning?
- Inte ansträngande (övervägande stillasittande eller stående arbete)
- Ganska ansträngande (går ganska mycket)
- Ansträngande (går mycket och lyfter dessutom ganska mycket)
- Mycket ansträngande (tungt kroppsarbete)

**Hjälp oss att underlätta bearbetningen av dina svar!**

Enkäten läses maskinellt. När du besvarar enkäten ber vi dig därför att:

- använda blyertspenna
- skriva tydliga siffror, så här: 

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
- markera dina svar med kryss, så här:
- om du kryssat fel, sudda och markera rätt ruta.



## Din familjesituation – forts.

### 9. Vilket är den andra blivande förälderns/pappans personnummer?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
År			Månad			Dag						

vet ej/ej aktuellt

### 10. Hur många barn har du fött?

Inga    1    2    3    4    5 eller fler

## Din vikt & längd

11. Hur mycket väger du nu? cirka    kg

12. Din vikt strax före denna graviditet? cirka    kg

13. Hur lång är du? cirka    cm

## Dina tobaks- & drogvanor

### 14. Mina rökvanor

- Jag har aldrig varit rökare  
 Jag har slutat röka för mer än 3 månader sen  
 Jag har slutat röka för mindre än 3 månader sen  
 Jag röker, men inte dagligen

Jag röker   (antal) cigaretter per dag

### 15. Utsätts du av andras rök från tobak eller vattenpipa?

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

### 16. Mina snusvanor

- Jag har aldrig varit snusare  
 Jag har slutat snusa för mer än 3 månader sen  
 Jag har slutat snusa för mindre än 3 mån. sen  
 Jag snusar, men inte dagligen

Jag snusar   (antal) dosor per vecka

### 17. Har du prövat andra droger såsom hasch, marijuana, spice m.m.?

- Aldrig  
 En gång  
 2-5 gånger  
 6-10 gånger  
 Mer än 10 gånger

## Dina alkoholvanor

Med ett "glas" menas:



Ha de senaste 12 månaderna före denna graviditet i tankarna.	Aldrig	1 gång i månaden eller mer sällan	2-4 gånger i månaden	2-3 gånger i veckan	4 gånger/vecka eller mer
	18. Hur ofta dricker du alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1-2	3-4	5-6	7-9	10 eller fler
19. Hur många glas (se exempel) dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha de senaste 12 månaderna före denna graviditet i tankarna.	Aldrig	Mer sällan än en gång i månaden	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag
20. Hur ofta dricker du sex sådana "glas" eller mer vid samma tillfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Hur ofta under senaste året har du inte kunnat sluta dricka sedan du börjat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Hur ofta under senaste året har du låtit bli att göra något som du borde för att du drack?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Hur ofta under senaste året har du behövt en "drink" på morgonen efter mycket drickande dagen innan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Hur ofta under senaste året har du haft skuld känslor eller samvetsförebåelser på grund av ditt drickande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Hur ofta under senaste året har du druckit så att du dagen efter inte kommer ihåg vad du sagt eller gjort?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nej	Ja, men inte under det senaste året	Ja, under det senaste året	
26. Har du eller någon annan blivit skadad på grund av ditt drickande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27. Har en släkting eller vän, en läkare (eller någon annan inom sjukvården) oroat sig över ditt drickande eller antytt att du borde minska på det?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

28. Oroar du dig för att du druckit alkohol under graviditeten?  Nej  Ja