

**Sundhed og velfærd blandt børn og unge  
i de nordiske lande 1996**



Handwritten text, possibly a title or header, appearing in the upper right section of the page.

Small handwritten text or mark located in the upper left area.

Handwritten text, possibly a title or header, appearing in the middle section of the page.



## Vejledning til spørgeskemaet

Læs spørgsmålene og svarmulighederne nogle gange igennem, inden du besvarer spørgsmålene. De fleste af spørgsmålene besvares ved at afkrydse det svar, som du synes passer bedst. Kun når det står anført, må der afkrydses flere svar på samme spørgsmål. Hvis der i spørgsmålet ikke er anført forhåndsformulerede svar, så skriv blot dit svar i den tomme rubrik/linie.

Visse spørgsmål er lettere at besvare end andre. Skulle det være svært at besvare enkelte spørgsmål, så gå hellere videre til næste spørgsmål i stedet for helt at undlade at udfylde spørgeskemaet.

Det er vigtigt, at du under alle omstændigheder sender spørgeskemaet retur til os i den vedlagte svarkuvert selv om nogle spørgsmål ikke er besvarede.

Hvis du har spørgsmål til spørgeskemaet eller undersøgelsen, er du velkommen til at ringe til forskningsmedarbejder læge Anne Nielsen eller forskningsleder Mette Madsen på telefonnr. 31 20 77 77.

Mette Madsen  
forskningsleder  
DIKE

Anne Nielsen  
læge, forskningsmedarbejder  
DIKE

Eksempel:

**Har barnet indenfor de sidste 3 måneder været til helbreds kontrol hos:**

(Sæt kryds i hver række)				
	Nej	Ja		
Praktiserende læge	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antal gange:	<input type="text"/>
Sundhedsplejerske	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Antal gange:	<input type="text" value="2"/>
Skolelæge/-sundhedsplejerske	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antal gange:	<input type="text"/>
Tandlæge	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antal gange:	<input type="text"/>
Andet sundhedspersonale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antal gange:	<input type="text"/>

Hvis andet sundhedspersonale, hvem \_\_\_\_\_

**1a. Er du som hovedsagelig svarer på spørgsmålene:**

(Sæt kun et kryds)

☐ barnets biologiske mor☐ barnets biologiske far☐ anden, hvem? \_\_\_\_\_  
(f.eks. adoptivmor, adoptivfar, stedmor, stedfar, barnet selv etc.)**1b. Udfylder du spørgeskemaet**

(Sæt et eller flere krydser)

☐ sammen med ægtefælle/samboende☐ sammen med barnet☐ sammen med andre, hvem? \_\_\_\_\_☐ udfylder det alene**2a. Barnets alder i år:** **2b. Er barnet født i Danmark eller i udlandet?**☐ Danmark → Gå til spørgsmål 3☐ I et andet nordisk land☐ I et andet land end et nordisk, hvilket \_\_\_\_\_**2c. Hvor gammelt var barnet, da han/hun flyttede til Danmark?****3a. Barnets køn?**☐ Dreng☐ Pige**3b. Barnets højde? (uden sko)**  cm**3c. Barnets vægt?**  kg



4. **Antallet af personer i den husstand hvor barnet bor?**

a) Voksne (over 18 år):

b) Børn under 18 år inkl. det barn, spørgeskemaet vedrører:

c) Hvilket nummer i en evt. søskendeflok er det barn, som er udvalgt til denne undersøgelse? (Det ældste barn = nr. 1, o.s.v.)

d) Hvilke voksne bor barnet sammen med?  
(Sæt et eller flere krydser)

☐ Mor

☐ Far

☐ Skiftevis hos mor og far

☐ Søskende over 18 år. I så fald hvor mange?

☐ Stedmor (fars nye ægtefælle eller sambo)

☐ Stedfar (mors nye ægtefælle eller sambo)

☐ Andre, hvilke? \_\_\_\_\_

5. **Er forældresituationen ændret siden barnets fødsel?**

(Sæt et eller flere krydser)

☐ Ingen forandring

☐ Ja, separation, skilsmisse      Hvor mange år var barnet da?

☐ Dødsfald      Hvor mange år var barnet da?

☐ Ja, der er kommet en ny forælder      Hvor mange år var barnet da?

6. **Hvis barnets forældre bor hver for sig, hvor ofte er barnet sammen med den anden forælder?**

Ca.  gange pr. måned, eller      ca.  gange pr. år

☐ Aldrig, eller næsten aldrig

☐ Bor skiftevis hos mor og far

---

**DE NÆSTE SPØRGSMÅL HANDLER OM BARNETS SUNDHEDSFORHOLD**


---

7. Har du, din ægtefælle/samboende indenfor de sidste 3 måneder være fraværende fra arbejde eller studier på grund af barnets sygdom eller for at ledsage barnet til undersøgelse/behandling?

Kvinde:

☐ Nej☐ Ja, antal dage:  

Mand:

☐ Nej☐ Ja, antal dage:  

- 8a. Har barnet indenfor de seneste 3 måneder været fraværende fra vuggestue, børnehave, dagpleje, børnehaveklasse, skole, arbejde el.lign. på grund af sygdom eller besøg hos sundhedsvæsenet?

☐ Nej → gå til spørgsmål 9☐ Ja, antal dage:  

- 8b. Hvis ja, hvem passede barnet i sidste sygdomsperiode?

(Sæt ét eller flere krydser)

☐ Mor☐ Far☐ Søskende☐ Bedsteforældre☐ Naboer/venner☐ Andre, hvem? \_\_\_\_\_☐ Barnet var alene

- 9a. Har barnet en langvarig sygdom eller et handicap, som i væsentlig grad har påvirket barnets daglige liv indenfor mindst 3 måneder i det sidste år?

	Nej	Ja	Hvis ja, anser du barnets sygdom/handicap for at være:		
			Mild	Middel	Svær
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synsskade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Høreskade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Talefejl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykisk (nervøs) lidelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	Nej	Ja	Mild	Middel	Svær
Mave-tarmbesvær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergisk snue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bevægelseshæmmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overvægt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MBD/DAMP ("hyperaktivitet")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

hvilket? \_\_\_\_\_

- 9b. Har barnet jævnligt et eller flere af følgende symptomer eller gener?  
Sæt kryds, hvis det forekommer hver eller hveranden uge.

	Er symptomet eller genen:				
	Nej	Ja	Mild	Middel	Svær
Ondt i maven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ondt i hovedet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søvnløshed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svimmelhed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ondt i ryggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitløshed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet, hvad:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ingen besvær eller gener

☐

- 10a. Har barnet indenfor det sidste år været udsat for skader/ulykker/forgiftning?

☐ Ja, antal gange

☐ Nej → gå til spørgsmål 11.

## 10b. Hvor skete ulykken?

(Sæt ét eller flere krydser)

	Medførte ulykken:			
	lægebesøg?		sygehusindlæggelse?	
<input type="checkbox"/> Hjemme/nærmiljøet	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vuggestue/børnehave/skole/arbejde	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> I trafikken	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Et andet sted, hvor _____	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

11a. Anvender barnet nogen receptpligtig medicin til behandling af sygdom?Nej ☐ Ja ☐

Hvis Ja, hvilken medicin? \_\_\_\_\_

Hvor længe har barnet brugt det (antal måneder)? 11b. Har barnet indenfor de sidste 4 uger taget medicin, som kan fås uden recept, for en eller flere af de nævnte besvær eller gener?

(Sæt et kryds i hver række)

Mod hovedpine	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Mod led-, muskel- el. lign. smerter	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Forkølelse, hoste, feber	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Søvnløshed eller nervøsitet	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Træthed	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Mavepine eller forstoppelse	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Andet	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> hvilket? _____



---

**SPØRGSMÅLENE 12-14 VEDRØRER KONTAKT TIL  
SUNDHEDSVÆSENET**

---

- 12. Har du/ægtefælle/samboende indenfor de sidste 3 måneder på barnets vegne ringet til nogen af nedenstående? (for større børn evt. barnet selv)**

(Sæt kryds i hver række)

	Nej	Ja		
Praktiserende læge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antal gange:	<input type="text"/> <input type="text"/>
Vagtlæge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antal gange:	<input type="text"/> <input type="text"/>
Sundhedsplejerske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antal gange:	<input type="text"/> <input type="text"/>
Andet sundhedspersonale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antal gange:	<input type="text"/> <input type="text"/>

Hvis andet sundhedspersonale, hvem \_\_\_\_\_

- 13. Har barnet indenfor de sidste 3 måneder været til helbreds kontrol hos:**

(Sæt kryds i hver række)

	Nej	Ja	
Praktiserende læge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antal gange: <input type="text"/>
Sundhedsplejerske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antal gange: <input type="text"/>
Skolelæge/-sundhedsplejerske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antal gange: <input type="text"/>
Tandlæge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antal gange: <input type="text"/>
Andet sundhedspersonale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antal gange: <input type="text"/>

Hvis andet sundhedspersonale, hvem \_\_\_\_\_

- 14a. Har barnet indenfor de sidste 3 måneder besøgt eller er blevet besøgt af nogen af nedenstående?**

(Helbredscontroller indgik i forrige spørgsmål og skal ikke medregnes i dette spørgsmål).

	Nej	Ja	
Alment praktiserende læge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antal gange: <input type="text"/> <input type="text"/>
Lægebesøg i hjemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antal gange: <input type="text"/> <input type="text"/>
Praktiserende speciallæge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antal gange: <input type="text"/> <input type="text"/>
Læge i ambulatorium på sygehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antal gange: <input type="text"/> <input type="text"/>
Læge på skadestue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antal gange: <input type="text"/> <input type="text"/>
Psykolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antal gange: <input type="text"/> <input type="text"/>

	Nej	Ja			
Tandlæge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antal gange:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fysioterapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antal gange:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kiropraktor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antal gange:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Andet sundhedspersonale, hvem? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antal gange:	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**14b. Har du, ægtefælle/samboende (eller barnet selv) indenfor de sidste 3 måneder på barnets vegne kontaktet nogen udenfor det almindelige sundhedsvæsen, de såkaldte alternative behandlere (f.eks. Zoneterapeut, homøpat o.s.v.)?**

☐ Nej      ☐ Ja, hvilke \_\_\_\_\_

**Hvad var årsagen til, at I søgte denne behandlingsform?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

**SPØRGSMÅLENE 15-21 HANDLER OM BARNETS SENESTE LÆGEBESØG**

---

**15. Hvor foregik barnets seneste lægebesøg?**

- ☐ Hos praktiserende læge
- ☐ Hos praktiserende speciallæge
- ☐ Hos læge i ambulatorium på sygehus
- ☐ Hos læge ved sygehusindlæggelse
- ☐ Hos læge på skadestue
- ☐ Lægebesøg i hjemmet
- ☐ Hos skolelæge
- ☐ Andre, hvilke \_\_\_\_\_

**16. Har barnet tidligere besøgt samme læge, som afkrydset i forrige spørgsmål?**

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke



## 17. Brugte lægen tilstrækkelig tid på barnets problem?

- ☐ Ja  
☐ Nej  
☐ Ved ikke

## 18. Hvor vigtigt mener du nedenfor anførte synspunkter er, når man søger læge for børns helbredsproblemer? Anfør for hvert synspunkt, hvad du finder vigtigt, skalaen går fra 1 til 7 - jo større vigtighed desto større tal.

	Uden betydning					Stor betydning	
	1	2	3	4	5	6	7
a) At lægen har specialistuddannelse i børnesygdomme . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) At lægen har specialistuddannelse i den aktuelle sygdom . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) At lægen er let at træffe (kort køretid, korte ventetider o.lign.) . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) At lægen kender barnet/familien . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) At lægen behersker barnets modersmål . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 19. Har barnet været indlagt på sygehus indenfor de sidste 12 måneder?

☐ Ja      Antal gange:

Antal dage sammenlagt:

☐ Nej → gå til spørgsmål 21

## 20. Hvis barnet har været indlagt på sygehus indenfor de sidste 12 måneder (sæt ét kryds i hvert spørgsmål)

- a) Var barnet ved sidste indlæggelse indlagt på  
☐ en børneafdeling,  
☐ en børnestue på voksenafdeling,  
☐ en voksenafdeling?
- b) Fik du/I lov til at overnatte hos barnet?  
☐ Ja  
☐ Nej  
☐ Var ikke aktuelt
- c) Måtte du/I ved sidste indlæggelse besøge barnet så tit, du/I ville  
☐ Ja  
☐ Nej  
☐ Var ikke aktuelt

21. **Hvor tilfreds eller utilfreds er du/I med kontakten med sundhedsvæsenet på barnets vegne indenfor de sidste 12 måneder på følgende punkter?**  
(Hvis I ikke har haft kontakt, gå da til spørgsmål 22).

	Meget tilfreds	Temmelig tilfreds	Temmelig utilfreds	Meget utilfreds	Ved ikke/ikke aktuelt
a) Tilgængeligheden til behandling/pleje (geografisk afstand, åbningstid m.v.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Imødekommenhed, venlighed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Tidsforbrug omkring barnets problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Kommunikationen, lyttes der til barnets og forældrenes behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Information om f.eks. behandling, sygdomme, helbredstilstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Behandlingens/plejens kvalitet f.eks. undersøgelser, medicinsk behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Samråd imellem sundhedspersonale og barn/forældre angående behandlingen/plejen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Kontinuitet i behandlingen (samme læge, sygeplejerske o.s.v.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

**SPØRGSMÅL 22-32 HANDLER OM BARNETS DAGLIGDAG OG UDVIKLING**

---

22. **Hvor opholder barnet sig i dagtimerne?**  
(Sæt evt. flere krydser)

- ☐ Passes udelukkende i hjemmet  
☐ Passes hos slægtninge, f.eks. mormor  
☐ Har plads i dagpleje eller passes hos anden familie  
☐ Har plads i børnehave/vuggestue  
☐ Har plads på fritidshjem  
☐ Går i børnehaveklasse  
☐ Går i folkeskole, efterskole  
☐ Går i gymnasium, HF, HH, eller HTX  
☐ Er under erhvervsuddannelse  
☐ Arbejder  
☐ Arbejdsløs  
☐ Andet, hvad? \_\_\_\_\_



## 23. Plejer barnet at gøre noget af følgende?

(Sæt et kryds i hver række)

	Adrig	En eller flere gange			
		pr. år	om måneden	om ugen	daglig
Gå i biograf, teater eller til sportsarrangementer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Læse bøger (udover skolebøger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besøge eller få besøg af kammerater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spille musikinstrument	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dyrke sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deltage i foreningsvirksomhed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lytte til musik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå til koncert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se på TV/video	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spille TV-spil/computerspil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre aktiviteter (giv eksempler nedenfor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---



---

24. Hvor mange timer om ugen sammenlagt dyrker barnet idræt eller motion, så meget at han/hun bliver forpustet og/eller sveder? (Udenfor skoletid)

- ☐ Ingen
- ☐ Ca. ½ time
- ☐ Ca. 1 time
- ☐ Ca. 2-3 timer
- ☐ Ca. 4-6 timer
- ☐ 7 timer eller mere

25. Hvor mange timer pr. dag ser barnet på TV og video?

- ☐ Ingen
- ☐ Ca. ½ time
- ☐ Ca. 1 time
- ☐ Ca. 2-3 timer
- ☐ Ca. 4-6 timer
- ☐ 7 timer eller mere

26. Nedenfor er angivet en liste med par af egenskaber, som er modsætninger. Sæt et kryds det sted, som svarer til din opfattelse af, hvordan barnet er sammenlignet med andre børn i samme alder.

EKSEMPEL:

	1	2	3	4	5	6	7	
Stor (af sin alder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lille (af sin alder)

Jo lavere tal på boxen, du sætter kryds i, desto mere gælder egenskaben til venstre. Jo højere tal, desto mere gælder egenskaben til højre. Et kryds i boxen med tallet 4 indebærer, at ingen af de to modsvarende egenskaber er dominerende. Skriv din første umiddelbare vurdering ned - overvej ikke for længe.

Er det din opfattelse at han/hun er:

	1	2	3	4	5	6	7	
Uselvstændig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selvstændig
Passiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aktiv
Ensom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ikke ensom
Urolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rolig, stabil
Nedtrykt (trist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glad
Ængstelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tryk
Sent udviklet for sin alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Langt fremme i udvikling for sin alder

27. Hvor mange gode venner(veninder)/kammerater har barnet nu?

- ☐ Ingen  
☐ En eller to  
☐ Tre eller flere

28. Hvordan trives barnet i børnehaven/børnehaveklassen/skolen/arbejdet? (Skemaudfylder spørger barnet)

- ☐ Meget godt  
☐ Godt  
☐ Mindre godt  
☐ Ved ikke  
☐ Ikke aktuelt

29. Hvordan synes du, at barnet klarer skolearbejdet?

- ☐ Rigtig godt
- ☐ Godt
- ☐ Middel
- ☐ Under middel
- ☐ Dårligt
- ☐ Ved ikke
- ☐ Går ikke i skole

30. Får barnet regelmæssig specialundervisning i børnehaveklassen/skolen?

- ☐ Ja, antal timer pr. uge:
- ☐ Nej
- ☐ Går ikke i skole

31. Det hænder ind imellem, at flere børn slår sig sammen for at mobbe/drille et andet barn (f.eks. slås med ham/hende, gør nar af ham/hende). Har barnet nogen sinde været med til at mobbe andre børn?

- ☐ Ofte
- ☐ Af og til
- ☐ Sjældent/aldrig
- ☐ Ved ikke

32. Hænder det, at barnet selv bliver mobbet?

- ☐ Ofte
- ☐ Af og til
- ☐ Sjældent/aldrig
- ☐ Ved ikke



---

**NEDENFOR FØLGER SPØRGSMÅL, SOM VEDRØRER  
DIG OG DIN EVT. ÆGTEFÆLLE/SAMBOENDE**

---

**33. I hvilken type område bor du/I?**

(Sæt kun ét kryds)

- ☐ Storbyområde med mere end 100.000 indbyggere (også forstæder)
- ☐ Byområde med mere end 3.000 indbyggere
- ☐ Land- eller byområde med mindre end 3.000 indbyggere

**34. Er du**

- ☐ Gift
- ☐ Samboende
- ☐ Eneforsørger

**35. Du og din ægtefælles/samboendes alder?**Kvinde   årMand   år**36a. Er du og din ægtefælle/samboende født i Danmark eller i udlandet?**

Kvinde:

Mand:

- ☐ I Danmark → gå til spørgsmål 37.
- ☐ I et andet nordisk land
- ☐ I et andet land end et nordisk

- ☐ I Danmark → gå til spørgsmål 37.
- ☐ I et andet nordisk land
- ☐ I et andet land end et nordisk

Hvilket land? \_\_\_\_\_

Hvilket land? \_\_\_\_\_

**36b. Hvor gammel var du/din ægtefælle/samboende, da du/I kom til Danmark?**Kvinde   årMand   år**37. Hvor mange år har du gået i skole? (inklusive den tid, du har gået i skole i forbindelse med en evt. uddannelse).**

Kvinde:

Mand:

- ☐ mere end 13 år
- ☐ 12-13 år
- ☐ 10-11 år
- ☐ 9 år eller mindre

- ☐ mere end 13 år
- ☐ 12-13 år
- ☐ 10-11 år
- ☐ 9 år eller mindre

38. **Hvad er din/din ægtefælles/samboendes erhvervsmæssige hovedbeskæftigelse?**  
(En person anses for at være erhvervsarbejdende, hvis arbejdsindsatsen er kontinuerlig og mindst 16 timer/pr. uge. En person, der arbejder periodisk eller lidt, markerer sin hovedsagelige beskæftigelse, f.eks. studerende).

(Sæt kun ét kryds)

**Kvinde:**

*a) I erhverv*

- ☐ selvstændig landmand
- ☐ selvstændig iøvrigt
- ☐ medhjælpende ægtefælle
- ☐ arbejder, faglært
- ☐ arbejder, ufaglært
- ☐ funktionær, tjenestemand
- ☐ lærling, elev

Hvis du er i erhverv gå da til spørgsmål d.

*b) Ikke i erhverv*

- ☐ studerende
- ☐ skoleelev
- ☐ pensionist
- ☐ husmoder
- ☐ på forældreorlov
- ☐ på uddannelsesorlov
- ☐ arbejdsløs
- ☐ langtidssyg
- ☐ på bistandshjælp
- ☐ under revalidering
- ☐ andet

**Mand:**

*a) I erhverv*

- ☐ selvstændig landmand
- ☐ selvstændig iøvrigt
- ☐ medhjælpende ægtefælle
- ☐ arbejder, faglært
- ☐ arbejder, ufaglært
- ☐ funktionær, tjenestemand
- ☐ lærling, elev

*b) Ikke i erhverv*

- ☐ studerende
- ☐ skoleelev
- ☐ pensionist
- ☐ arbejdsløs
- ☐ på forældreorlov
- ☐ på uddannelsesorlov
- ☐ langtidssyg
- ☐ værnepligtig
- ☐ på bistandshjælp
- ☐ under revalidering
- ☐ andet

**c) Hvor længe er det siden, du/din ægtefælle/samboende sidst var i beskæftigelse?**

**Kvinde:**

- ☐ Under 1 måned
- ☐ 1-2 måneder
- ☐ 3-5 måneder
- ☐ 6-11 måneder
- ☐ 12-23 måneder
- ☐ 24 måneder eller mere
- ☐ Har aldrig været i erhverv

**Mand:**

- ☐ Under 1 måned
- ☐ 1-2 måneder
- ☐ 3-5 måneder
- ☐ 6-11 måneder
- ☐ 12-23 måneder
- ☐ 24 måneder eller mere
- ☐ Har aldrig været i erhverv

## d) Stillingsbetegnelse?

(Hvis du/din ægtefælle/samboende ikke arbejder nu, skriv da seneste erhverv/arbejde)

Kvinde:

Mand:

Kan du, din ægtefælle/samboende kortfattet anføre arbejdsopgaverne?

Kvinde:

Mand:

## 39. Hvis du, ægtefælle/samboende har erhvervsarbejde, hvor mange timer pr. uge?

(Medregn også overarbejdstimer, ekstratimer, ekstraarbejde og evt. ekstrajob)

Kvinde:

Mand:

timer/uge:



timer/uge:



## 40. Er hele eller dele af din, din ægtefælles/samboendes arbejdstid lagt på "ubekvemme" tidspunkter (dvs. udenfor kl. 07-18 samt på lørdage og søndage)?

Kvinde:

Mand:

☐ Ja, timer/uge:


☐ Ja, timer/uge:


☐ Nej

☐ Nej

## 41. Hvor lang er den sammenlagte transporttid til og fra arbejde? Hvis du, din ægtefælle/samboende henter/bringer barn/børn på vejen, så medregn denne tid.

Kvinde:

Mand:

Sammenlagt transporttid  
pr. arbejdsdag i minutter:Sammenlagt transporttid  
pr. arbejdsdag i minutter:






## 42. Hvor stor er husstandens månedlige disponible indkomst?

Medregn den samlede indkomst efter skat for hele husstanden. Med indkomst menes løn, pension, indkomst fra egen virksomhed/landbrug samt bidrag af forskellig slags (børne-, underholdsbidrag, bistandshjælp, boligsikring o.lign)

kr. pr. måned:



- 43a. Hvis familien pludselig skulle havne i en uforudset situation, hvor du/I på en uge må fremskaffe 14.000 kr., ville du/I kunne klare det?
- ☐ Ja
- ☐ Nej
- 43b. Er det sket, at familien har haft svært ved at klare de løbende udgifter til mad, husleje, regninger m.m. i løbet af de sidste 12 måneder?
- ☐ Ja
- ☐ Nej
44. Hvordan er familiens bolig?
- ☐ Lejlighed i flerfamiliehus
- ☐ Villa, parcel-/rækkehus
- ☐ Anden bolig, hvilken \_\_\_\_\_
45. Boligens størrelse
- a) Antal værelser:  b) Antal m<sup>2</sup>
46. Har barnet eget soverum?
- ☐ Ja
- ☐ Nej, barnet deler soverum med søskende
- ☐ Nej, barnet deler soverum med forældre
- ☐ Nej, barnet deler soverum med en anden person

(Sæt ét kryds i hver række)

Ikke

relevant

☐☐

1

4

7

☐☐☐☐

(Sæt ét kryds i hver række)

Ikke

relevant

☐☐

5

☐

7

4

7

7

5

4

☐

48. Er dine muligheder for at få kortvarig barnepasning tilstrækkelige?

☐ Ja

☐ Nej, hvorfor: \_\_\_\_\_

☐ Har ikke behov for barnepasning

49. Hvordan løser du behov for kortvarig barnepasning?

(Sæt evt. flere krydser)

☐ Ægtefælle/samlever

☐ Tidligere ægtefælle

☐ Venner og bekendte

☐ Slægtninge

☐ Anden pasning, hvilken: \_\_\_\_\_

☐ Kan ikke få barnepasning

☐ Har ikke behov for barnepasning

50. Synes du, at du får den hjælp og aflastning til at passe hjem og barn, som du har behov for?

☐ Ja

☐ Nej

Hvis Ja, hvem giver dig den hjælp?

☐ Ægtefælle/samlever

☐ Tidligere ægtefælle

☐ Barnet/børnene

☐ Slægtninge

☐ Venner og bekendte

☐ Samfundet

☐ Andre, hvem: \_\_\_\_\_

Hvis Nej, hvordan kunne du få hjælp til aflastning til pasning af hjem og barn?

---

---



51. Hvor meget hjælp synes du, at du får, når det drejer sig om hverdagsproblemer omkring barnets sundhed, helbred, opvækst m.m.?

(Sæt et kryds i hver række)

Ikke særlig meget hjælp      Ganske meget hjælp      Al tænkelig hjælp

- a) Af folk, som via deres profession/arbejde skal hjælpe barnet (læger, sundhedsplejersker, pædagoger o.s.v.)

☐
☐
☐

- b) Af folk, som tilhører din bekendtskabskreds, slægtninge eller arbejdskammerater

☐
☐
☐

52. I hvilken udstrækning udøver du sammen med din ægtefælle/samlever forskellige fritidsaktiviteter udenfor hjemmet uden barn?

- ☐ Aldrig  
☐ En eller flere gange pr. år  
☐ En eller flere gange pr. måned  
☐ En eller flere gange pr. uge  
☐ Jeg er eneforsørger

53. Har familien været på ferierejse indenfor de seneste 12 måneder?

Indenlands    ☐ Ja    ☐ Nej  
 Udenlands    ☐ Ja    ☐ Nej

54. Har du/I indenfor de seneste år haft en tillidspost i en forening eller organisation?

Kvinde:    ☐ Ja    ☐ Nej                      Mand:    ☐ Ja    ☐ Nej

---

**SPØRGSMÅL 55-60 VEDRØRER DIN OG DIN ÆGTEFÆLLES/SAMBOENDES  
SUNDHED OG VELBEFINDENDE**

---

- 55. Har du eller ægtefælle/samlever jævnligt nogle af følgende symptomer eller gener?  
Sæt kryds, hvis det forekommer hver eller hveranden uge.**

a) Kvinde:	Nej	Ja	Er symptomet eller genen:		
			Mild	Middel	Svær
Mavepine/-besvær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søvnløshed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svimmelhed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rygbesvær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitløshed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervøsitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Langvarig sygdom eller handicap, i så fald hvilken: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingen besvær eller gener	<input type="checkbox"/>				

b) Mand:	Nej	Ja	Er symptomet eller genen:		
			Mild	Middel	Svær
Mavepine/-besvær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søvnløshed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svimmelhed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rygbesvær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitløshed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervøsitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Langvarig sygdom eller handicap i så fald hvilken: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingen besvær eller gener	<input type="checkbox"/>				

- 56. Har du, din ægtefælle/samlever været sygemeldt indenfor de sidste 12 måneder?**

Kvinde:

Mand:

☐ Ja, antal dage totalt:

☐ Ja, antal dage totalt:

☐ Nej

☐ Nej

57. Hvor tilfreds eller utilfreds er du med dit liv, når det angår:

	Meget tilfreds	Ganske tilfreds	Hverken tilfreds eller utilfreds	Ganske utilfreds	Meget utilfreds
Bolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbejde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Økonomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uddannelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helbred	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familiesituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fritid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakt med venner og bekendte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mulighed for at påvirke din og familiens livssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58. Plejer du at se en løsning på problemer og vanskeligheder som andre finder håbløse?

☐ Ja, oftest

☐ Ja, ind imellem

☐ Nej

59. Plejer du at se dit daglige liv som en kilde til personlig tilfredsstillelse?

☐ Ja, oftest

☐ Ja, ind imellem

☐ Nej

60. Plejer du at føle, at ting, som hænder dig i din dagligdag, er svære at forstå?

☐ Ja, oftest

☐ Ja, ind imellem

☐ Nej



61. Hvis du har andre vigtige oplysninger eller synspunkter, kan du skrive dem her:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Vær venlig at kontrollere, at du ikke har glemt at svare på nogle spørgsmål, læg derefter skemaet i svarkuerten og send den venligst snarest.

Endnu en gang - mange tak for hjælpen!



Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi (DIKE) er et selvstændigt forskningsinstitut i Sundhedsministeriets regi. Instituttet er et center for sundhedsanalyse, der bl.a.

- følger udviklingen i befolkningens sundhed, sygelighed og dødelighed;
- udarbejder sundhedsprofiler;
- gennemfører forebyggelsesorienterede undersøgelser;
- analyserer sundhedsvæsenets funktion;
- vurderer forsøgs- og udviklingsprojekter på sundhedsområdet;
- yder forskningsmæssig og epidemiologisk rådgivning og vejledning



