

# ABIS

## (Alla Barn i Sydöstra Sverige) fortsätter !! (ABIS-II)

ABIS-projektet har enastående möjligheter att lära oss varför så många barn i Sverige får diabetes, och hur denna sjukdom ska kunna förebyggas.

ABIS-projektet lär oss också mycket om varför så många barn i Sverige får celiaki (glutenintolerans), inflammatorisk tarmsjukdom, ledgångsreumatism och allergi, liksom hur man ska kunna motverka utveckling av övervikt/fetma, högt blodtryck och "äldersdiabetes".

### Alla 17.000 barn med föräldrar

som från början deltog i ABIS dvs Alla som vid barnets födelse besvarade ABIS-enkäten, eller lämnade prov (blod, bröstmjolk, hårstrån)

(barn födda 1 oktober 1997 - 1 oktober 1999)

### ombeds nu att delta i

## 8-årsuppföljningen

Att delta är givetvis frivilligt. Helst vill vi att Ni både besvarar detta frågeformulär och lämnar prover. Men kan/vill Ni inte delta i alla delar, så är varje enskild del av stort värde

ABIS numret för deltagare ger vinstchans! (Presentkort barnkläder)

**Vi ber er besvara frågeformuläret så fullständigt som möjligt (men hellre delvis än inte alls!) och skicka in det till:**

**ABIS, Avdelningen för Pediatrik, Linköping i bifogat svarskuvert.**

Vi ber er själva ta vissa prover (hårstrån, urin, avföring) och skicka direkt hemifrån i vadderat kuvert. Blodprov, helst venprov efter bedövning av huden, eller annars kapillärprov (stick i fingret) tas på vårdcentral (lämpligen i anslutning till att förälder följer barnet när barnet kallats till Folk tandvården).

*OBS! Om ni absolut inte kommer att ta venprov så behövs inte utskickad bedövningskräm (EMLA). Vg returnera i så fall denna EMLA (den är mycket dyr!)*

**Tillsammans skapar vi ABIS  
ett världsunikt projekt för friskare barn!**

ABIS-II (Alla Barn i Sydöstra Sverige) - Frågeformulär 8-årsuppföljningen

Barnets personnummer

Använd STORA BOKSTÄVER i text. Sätt X i rutor vid flervalsfrågor. Använd kulspets (svart eller blå) och ändra inte!  
**Ask for help if you do not understand Swedish!**

\*\*\*\*\*

1. Datum när frågeformuläret besvarades

år      mån      dag

2. Frågeformuläret besvarat av?

- Mamma       Pappa  
 Styvmor       Styvfar  
 Annan, vem?

3. Barnets nuvarande vikt och längd?

,   vikt i kg  
     längd i cm

3b. Barnets största midjemått/bukomfång (mäts med måttband)?

cm

4. Vem bor barnet hos?

- Mamma och Pappa (kärnfamilj)  
 Delad vårdnad, växelvis hos mamma och pappa  
 Mamma, ensamstående  
 Pappa, ensamstående  
 Mamma + styvfar  
 Pappa + styvmor  
 Fosterföräldrar  
 Annan relation till barnet, vad?

5. Har barnet några biologiska syskon?

- Ja       Nej

Om ja, hur många?

- 1       2       3  
 4       5       6  
 7       8       9 eller mer

6. Har barnet några halvsyskon?

- Ja       Nej

Om ja, hur många?

- 1       2       3  
 4       5       6  
 7       8

7. Har barnet haft någon av följande besvär/sjukdomar under perioden från 6 års ålder tills nu?

	aldrig	1-2 gånger	3-5 gånger	6 ggr eller mer fler
Vanlig förkylning .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsfluss (tonsillit) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öroninflammation .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunginflammation .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärnhinneinflammation .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektion som krävt antibiotika/penicillin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maginfluensa .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vanlig influensa .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiska problem som krävt vårdkontakt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan sjukdom .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vad?				

OBS! Formuläret läses maskinellt,  
var vänlig kryssa noggrant!

Vg fyll i ABIS numret som står  
på framsidans etikett:

ABIS nummer

## ABIS-II (Alla Barn i Sydöstra Sverige) - Frågeformulär 8-årsuppföljningen

### 8. Har barnet haft någon av följande infektionssjukdomar?

	Ja	Nej	Vet ej	Om Ja, när? år mån					
Mässling .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					
Påssjuka .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					
Vattenkoppor .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					
Kikhosta .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					
Mask i magen. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					
Borrelia (fästingburen infektion) ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					
Annan speciell infektion .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					
Vad?									

\*\*\*\*\*

### 9 a. Har barnet någonsin haft väsande eller pipande andningsljud i bröstet?

Ja       Nej       Vet ej

### 9 b. Om Ja, har barnet haft dessa symptom senaste året?

Ja:  1-3 ggr     4-12 ggr     mer än 12 ggr

Nej, inte under senaste året

### 9 c. Har barnet någonsin haft astma?

Ja       Nej       Vet ej

### 9 d. Om Ja, var det astma under senaste året?

Ja       Nej       Vet ej

### 9 e. Har barnet någonsin klagat över tryck över bröstet?

Ja       Nej       Vet ej

### 9 f. Om Ja, har barnet haft detta under senaste året?

Ja       Nej       Vet ej

### 10 a. Har barnet någonsin varit besvärad av nysningar, rinnsnuva eller nästäppa utan att ha varit förkyld?

Ja       Nej       Vet ej

### 10 b. Om Ja, under senaste året?

Ja       Nej       Vet ej

### 10 c. Var dessa besvär senaste året åtföljda av kliande, rinnande ögon?

Ja       Nej       Vet ej

### 11 a. Om Ja, på fråga 10 a. Får barnet under vår/sommar nästäppa och nysningar eller klåda i ögonen utan att vara förkyld?

Ja       Nej       Vet ej

### Får barnet dessa besvär av pälsdjur?

Ja       Nej       Vet ej

### 11 b. Har barnet någonsin haft kliande utslag på kinder, på armarna, vid handleder/fotleder eller i knäveckan/armveckan som kommit och gått under minst 6 månader?

Ja       Nej       Vet ej

### 11 c. Om Ja, har barnet haft dessa utslag i totalt minst 3 månader de senaste 12 månaderna?

Ja       Nej       Vet ej

### 11 d. Vid vilken ålder fick barnet dessa kliande utslag första gången?

Vid \_\_\_\_\_ månaders ålder

### 11 e. Har barnet någonsin haft rodnande, kliande utslag som flyttar på sig?

Ja       Nej       Vet ej

Om Ja, utlöst av vad?

Vg fyll i ABIS-numret som står på framsidans etikett:

ABIS nummer

## ABIS-II (Alla Barn i Sydöstra Sverige) - Frågeformulär 8-årsuppföljningen

12. Får barnet allergiska besvär (hösnuva, andningsbesvär, diarré, kräkningar eller utslag) av

	Nej	Ja, utslag	Ja, diarre el. kräkningar	Ja, rinnande näsa/ögon	Ja, andningsbesvär
Pälsdjur .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pollen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ägg .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komjolk .....	<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"/>
Nötter/mandel ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vad? .....					

13. Anser Du att barnet lider eller besväras av följande?

	Ja	Nej	Vet ej
Dålig tillväxt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dålig viktuppgång .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ont i magen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dålig aptit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ont i huvudet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uppspänd/gas i magen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lös avföring/diarré 3 ggr eller fler per dag .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kräkningar 3 ggr eller fler per dag ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förstoppning, bajsar högst 2 gånger/ vecka .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trötthet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allmän irritation .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dålig sömn .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedstämdhet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Har barnet fått diabetes?

Ja  Nej Om Ja, när  
år mån

--	--	--	--

Vårdad var?

\_\_\_\_\_ klinik, sjukhus

15. Har barnet enligt läkare fått diagnosen glutenintolerans/celiaki?

Ja  Nej Om Ja, när  
år mån

--	--	--	--

Vårdad var?

\_\_\_\_\_ klinik, sjukhus

16. Har barnet enligt läkare fått diagnosen reumatoid artrit/barnreumatism (JCA/ledgångsreumatism)?

Ja  Nej Om Ja, när  
år mån

--	--	--	--

Vårdad var?

\_\_\_\_\_ klinik, sjukhus

17. Har barnet enligt läkare fått diagnosen reumatisk ögoninflammation (uveit/irit)?

Ja  Nej Om Ja, när  
år mån

--	--	--	--

Vårdad var?

\_\_\_\_\_ klinik, sjukhus

18. Har barnet enligt läkare fått diagnosen Crohns sjukdom?

Ja  Nej Om Ja, när  
år mån

--	--	--	--

Vårdad var?

\_\_\_\_\_ klinik, sjukhus

19. Har barnet enligt läkare fått diagnosen ulcerös colit?

Ja  Nej Om Ja, när  
år mån

--	--	--	--

Vårdad var?

\_\_\_\_\_ klinik, sjukhus

20. Har barnet fått någon psykisk sjukdom/avvikelse som krävt kontakt med barnpsykiatrisk klinik eller barnhabilitering?

Ja  Nej Om Ja, när  
år mån

--	--	--	--

Vårdad var?

\_\_\_\_\_ klinik, sjukhus

21. Har kontakt tagits pga kontaktstörning, autism, autismsliknande tillstånd eller Aspergers syndrom?

Ja  Nej Om Ja, när  
år mån

--	--	--	--

Vårdad var?

\_\_\_\_\_ klinik, sjukhus



Vg fyll i ABIS-numret som står på framsidans etikett: \_\_\_\_\_

**ABIS nummer**

## ABIS-II (Alla Barn i Sydöstra Sverige) - Frågeformulär 8-årsuppföljningen

\*\*\*\*\*

### 28. Har någon nära biologisk släkting nedanstående sjukdomar?

	Barnets mamma	Barnets pappa	Barnets syskon	Någon av Barnets morföräldrar	Någon av Barnets farföräldrar
Typ I diabetes /insulinberoende diabetes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Typ II diabetes /åldersdiabetes, diet eller tablettbehandlad....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Struma med nedsatt funktion (Hashimotos hypothyreos) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Struma med ökad funktion (Grave´s hyperthyreos) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Graviditetsdiabetes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perniciös anemi/B <sub>12</sub> brist .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SLE/LED/lupus erythematosus .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Binjuresvikt (MB Addison/Addisons sjukdom) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coeliaki/glutenintolerans .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crohn´s sjukdom .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulcerös colit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reumatoid artrit/ledgångsreumatism .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bechterews sjukdom .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svår ögoninflammation som krävt kortisondroppar .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psoriasis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Henoch-Schönleins sjukdom .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Störning av blodfett (ex.vis för högt kolesterol) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Högt blodtryck .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Övervikt (fetma) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mammas personnummer

_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _
---------------	---------

Pappas personnummer

_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _
---------------	---------

\_\_\_\_\_  
Förälders telefon hem

\_\_\_\_\_  
Förälders telefon arbetet

\_\_\_\_\_  
Vilken vårdcentral tillhör barnet

OBS! Formuläret läses maskinellt,  
var vänlig kryssa noggrant!

Vg fyll i ABIS numret som står  
på framsidans etikett:

ABIS nummer

## ABIS-II (Alla Barn i Sydöstra Sverige) - Frågeformulär 8-årsuppföljningen

### 29. Har någon i familjen haft följande tecken till allergiska besvär

	Barnets mamma	Barnets pappa	Barnets syskon	Någon av Barnets morföräldrar	Någon av Barnets morföräldrar
Väsande, pipande andningsljud i bröstet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dessa symtom under senaste året .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Någonsin astma .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma under senaste året .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besvärad av nysningar, rinnsnuva eller nästäppa utan att vara förkyld .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dessa symtom senaste året .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dessa symtom åtföljda av kliande ögon .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nästäppa/nysningar eller klåda i ögonen under vår/sommar .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i kontakt med pälsdjur .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Någonsin kliande utslag på kinder/armar vid handleder/ fotleder eller knä-/armveck som kommit och gått under minst 6 månaders tid .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sådana kliande utslag minst 3 mån, sista 12 mån .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har sådana kliande utslag helt försvunnit senaste 12 mån .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Någonsin handeksem .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handeksem senaste året .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rodnande kliande utslag som flyttar sig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Allergiska besvär av:

Pälsdjur .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pollen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ägg .....	<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"/>
Komjolk .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nötter/mandel .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nickel .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 30. Har någon i barnets omgivning (ex i fritidsgrupper, lekkamrater eller deras anhöriga) insjuknat under de sista 2 åren i någon av följande sjukdomar;

	Ja	Nej	Vet ej		Ja	Nej	Vet ej
Insulinberoende diabetes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leukemi .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reumatoid artrit, (ledgångsreumatism) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hjärntumör .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inflammatorisk tarmsjukdom .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Annan cancersjukdom .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coeliac (glutenintolerans) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Annan allvarlig sjukdom .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Om Ja, vilken			

**ABIS-II (Alla Barn i Sydöstra Sverige) - Frågeformulär 8-årsuppföljningen**

**31. Har Ditt barn fått något fästingbett?**

- Ja, en gång  Ja, flera gånger  Nej

Om Ja, i så fall när skedde det senast?

år	mån

Var, senaste gången?

- |                                     |                                      |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ansikte    | <input type="checkbox"/> hals, huvud |
| <input type="checkbox"/> överkropp  | <input type="checkbox"/> armar       |
| <input type="checkbox"/> underkropp | <input type="checkbox"/> ben         |

**32. Har Ditt barn haft något växande långdraget rött märke på huden (större än 5-krona), som bleknat centralt? OBS! ej eksem, blåmärke eller nässelutslag!**

- Ja, en gång  Ja, flera gånger  Nej

Om Ja, i så fall när, senaste gången?

år	mån

Var, senaste gången?

- |                                     |                                      |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ansikte    | <input type="checkbox"/> hals, huvud |
| <input type="checkbox"/> överkropp  | <input type="checkbox"/> armar       |
| <input type="checkbox"/> underkropp | <input type="checkbox"/> ben         |

**33. Har Ditt barn haft ansiktsförlamning någon gång?**

- Ja  Nej

Om Ja, i så fall när?

år	mån

**34. Har barnets Mamma/Pappa eller syskon haft någon period (mer än 3 dagar) med diarré de senaste 2 åren?**

- Aldrig  1 gång  2 gånger  
 3 gånger  4 gånger el fler

**35. Har barnet opererats?**

- |  |                          |                          |                          |            |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------|
|  | Ja                       | Nej                      | Vet ej                   | Om Ja, när |
|  |                          |                          |                          | år mån     |
| tagit bort halsmandlar/tonsiller               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            |
| opererats för veg.adenoid (skrapats i svalget) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            |
| opererats för bräck                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            |
| opererat bort blindtarmen                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            |
| någon annan operation                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            |
| Om Ja, vad?                                    |                          |                          |                          |            |

*Kanske kan bostadsförhållanden spela roll för hälsan, så därför ställer vi en del frågor:*

**36. Var har barnet bott merparten av tiden under de sista 2 åren?**

- Ensligt på landet  
 I by mindre än 500 inv.  
 I samhälle med 500-3000 inv.  
 I större samhälle/stad med mer än 3000 invånare

**37. Var har barnet bott merparten av tiden under de sista 2 åren?**

- Villa  Annat  Lägenhet/flerbostadshus

**38. Hur många rum har bostaden (utöver kök)?**

- 1  2  3  4  
 5  6  7  8 eller fler

**39. Hur många kvadratmeter är bostadens yta?**

					m <sup>2</sup>
--	--	--	--	--	----------------

**40. Är bostaden byggd av**

- |                       |                          |                          |                          |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                       | Ja                       | Nej                      | Vet ej                   |
| Blå el grå lättbetong | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tegel eller sten      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trä                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**41. Finns radonproblem i bostaden?**

- Ja  Nej  Vet ej

**42. Förekommer fukt eller mögelangrepp i bostaden?**

- Ja  Nej  Vet ej



OBS! Formuläret läses maskinellt,  
var vänlig kryssa noggrant!

Vg fyll i ABIS numret som står  
på framsidans etikett:

ABIS nummer

## ABIS-II (Alla Barn i Sydöstra Sverige) - Frågeformulär 8-årsuppföljningen

43. Hur många personer bor i bostaden (barnet  
inräknat)?

- 2       3       4  
 5       6       7  
 8       9       10 el. fler

44. Varifrån kommer det vatten som barnet mesta-  
dels dricker hemma?

- Egen brunn     Kommunalt vatten     Vet ej

45. Har ni haft några inomhusdjur under de sista 2  
åren?

- Nej inga     Marsvin  
 Hund       Hamster  
 Katt       Exotiska djur  
 Fågel       Andra, nämligen

46. Har något/några av dessa djur drabbats av sjuk-  
dom/dött?

Djur: \_\_\_\_\_

Drabbats av vad? \_\_\_\_\_

Djur: \_\_\_\_\_

Drabbats av vad? \_\_\_\_\_

47. Träffar barnet på något av dessa djur minst en  
gång per vecka?

- Nej inga     Får  
 Ko           Get  
 Häst         Höns  
 Gris         Andra nämligen

48. Röker Du/barnets Mamma?

- Ja     Nej

Om Ja, antal cigaretter/dag

- 1-5       6-10       11-15  
 16-20     21-40       mer än 40

49. Snusar Du/barnets mamma?

- Ja     Nej     ibland     dagligen

50. Röker barnets Pappa/Du?

- Ja     Nej

Om Ja, antal cigaretter/dag

- 1-5       6-10       11-15  
 16-20     21-40       mer än 40

51. Snusar barnets pappa/Du?

- Ja     Nej     ibland     dagligen

52. Har någon rökt i hemmet under senaste 2 åren?

- Ja     Nej

Om Ja, vilket antal cigaretter (eller motsvarande i  
genomsnitt har vuxna tillsammans rökt i hemmet?)

- mindre än 1     1-5 cig/dag       6-10 cig/dag  
cigarett/dag  
 11-15 cig/dag     16-20 cig/d       21-40 cig/dag  
 41-60 cig/dag     mer än 60 cig/dag

53. Ungefär hur ofta brukar någon (även besökare)  
röka på följande ställen i hemmet?

	Flera ggr/dag	1 g/d g/v	Minst 1 g/v	Minst 1 g/mån	Aldrig eller mer sällan än 1 g/m
Vid matbordet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vid TVn .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vid öppen balkong/ ytterdörr. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vid köksfläkten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ute med stängd dörr .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ute med stängd dörr och klädbyte efteråt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andra ställen i hemmet, nämligen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ABIS-II (Alla Barn i Sydöstra Sverige) - Frågeformulär 8-årsuppföljningen

54. Hur länge har rökvanorna i hemmet sett ut som de gör nu? Dvs att det är *lika många* som har rökt, rökt *ungefär lika mycket* som nu och på *samma ställen* i hemmiljön som nu)

- 0-5 månader       6-11 månader  
 12 månader eller mer

55. Vistas barnet i annan miljö där tobaksrök förekommer?

- Aldrig       Några gånger/år  
 Varje vecka       Varje dag

56. Röker barnet självt?

- aldrig       har prövat ngn gång  
 1-5 cig/dag       6-10 cig/dag  
 11-15 cig/dag       minst 16 cig/dag

57. Snusar barnet?

- Aldrig       Har prövat  
 Ja, ibland       Ja, regelbundet

58. Hur många timmar per dag i genomsnitt ser barnet på video/TV/DVD?

a) skoldagar

- 0-15 min       1/2 tim       1 tim  
 2 tim       3 tim       4 tim  
 5 tim       6 tim       7 tim el mer

b) ej skoldagar

- 0-15 min       1/2 tim       1 tim  
 2 tim       3 tim       4 tim  
 5 tim       6 tim       7 tim el mer

59. Hur många timmar per dag i genomsnitt sitter barnet framför datorn (dataspel + internet osv)?

a) skoldagar

- 0-15 min       1/2 tim       1 tim  
 2 tim       3 tim       4 tim  
 5 tim       6 tim       7 tim el mer

b) ej skoldagar

- 0-15 min       1/2 tim       1 tim  
 2 tim       3 tim       4 tim  
 5 tim       6 tim       7 tim el mer

60. Hur många timmer per dag i genomsnitt är barnet i rörelse (leker, skuttar, springer omkring)?

a) skoldagar

- 0-15 min       1/2 tim       1 tim  
 2 tim       3 tim       4 tim  
 5 tim       6 tim       7 tim el mer

b) ej skoldagar

- 0-15 min       1/2 tim       1 tim  
 2 tim       3 tim       4 tim  
 5 tim       6 tim       7 tim el mer

61. Hur mycket vistas barnet utomhus i genomsnitt per dag?

a) skoldag

- 0-15 min       1/2 tim       1 tim  
 2 tim       3 tim       4 tim  
 5 tim       6 tim       7 tim el mer

b) ej skoldag

- 0-15 min       1/2 tim       1 tim  
 2 tim       3 tim       4 tim  
 5 tim       6 tim       7 tim el mer

62. Hur många timmar per dag i genomsnitt läser barnet (tidningar, böcker, läxor) (Skollektioner räknas inte in)?

a) skoldagar

- 0-15 min       1/2 tim       1 tim  
 2 tim       3 tim       4 tim  
 5 tim       6 tim       7 tim el mer

b) ej skoldagar

- 0-15 min       1/2 tim       1 tim  
 2 tim       3 tim       4 tim  
 5 tim       6 tim       7 tim el mer

OBS! Formuläret läses maskinellt,  
var vänlig kryssa noggrant!

Vg fyll i ABIS numret som står  
på framsidans etikett:

ABIS nummer

## ABIS-II (Alla Barn i Sydöstra Sverige) - Frågeformulär 8-årsuppföljningen

63. Hur många timmar i veckan åker barnet bil?

- 0-30 min     1 tim     2 tim  
 3 tim     4 tim     5-6 tim  
 7-8 tim     9-10 tim     11 tim el mer

*Kanske kan arbetsmiljön spela roll för hälsan, så därför ställer vi en del frågor*

64. Har Mamma yrkesarbetat under minst 3 månader sista 2 åren?

- Ja     Nej

Om Ja, med vad?

---

65. Yrkesarbetar Mamma nu?

- Ja     Nej     Vet ej

66. Om Mamma inte yrkesarbetar nu vad är orsaken?

- Mammaledig/hemma med barn  
 Pågående utbildning  
 Hemmafru/Vill inte yrkesarbeta  
 Sjukskriven, anledning
- 

- Arbetslös  
 Annat skäl, vad?
- 

*Om Du/barnets mamma inte yrkesarbetar eller har yrkesarbetat sista 2 åren, gå vidare till fråga 72*

*Om Mamma yrkesarbetar nu besvara fråga 67-71 vad gäller nuvarande arbetssituation.  
Om Mamma inte yrkesarbetar nu, men har arbetat minst 3 månader senaste 2 åren besvara för sådan längre period.*

67. Arbetar/arbetade Du/barnets mamma heltid, deltid?

- 0-50%     51-99%     heltid

68. Om Du/barnets mamma yrkesarbetar/yrkesarbetade, vilka arbetstider?

- Dagstidsarbete     Tvåskiftsarbete  
 Treskiftsarbete     Annan typ av skift  
 Ständig natt     Schemalagt oregelbundet

69. Arbetar/arbetade Du/barnets mamma med levande djur?

- Ja     Nej     Vet ej

Om Ja, med vad och i vilken utsträckning?

Med vad?

---

- 0-3 gånger/mån     4-6 ggr/v  
 dagligen

70. Arbetar/arbetade Du/barnets mamma med opakerade slakteriprodukter?

- Ja     Nej     Vet ej

Om Ja, vilken utsträckning?

- 0-3 gånger/mån     1-4 gånger/veckan  
 dagligen

71. Arbetar/arbetade Du/barnets mamma inom sjukvården?

- Ja     Nej     Vet ej

Om Ja, som vad?

---

**ABIS-II (Alla Barn i Sydöstra Sverige) - Frågeformulär 8-årsuppföljningen**

**72. Har barnets pappa/Du yrkesarbetat under minst 3 månader sista 2 åren?**

- Ja  Nej  Vet ej

Om Ja, med vad?

\_\_\_\_\_

**73. Yrkesarbetar barnets pappa/Du nu?**

- Ja  Nej  Vet ej

**74. Om barnets pappa/Du inte yrkesarbetar nu vad är orsaken?**

- Pappaledig/Hemma med barn  
 Pågående utbildning  
 Hemmapappa/Vill inte yrkesarbete  
 Sjukskriven, anledning

\_\_\_\_\_

- Arbetslös  
 Annat skäl, vad?

\_\_\_\_\_

*Om barnets pappa/Du inte yrkesarbetar eller har yrkes arbetat, gå vidare till fråga 79.*

*Om Pappa yrkesarbetar nu, besvara fråga 75-78 vad gäller den nuvarande arbets-situationen.*

*Om Pappa inte arbetar nu men har gjort det viss period senaste 2-3 åren besvara frågorna för en sådan längre period*

**75. Arbetar/arbetade barnets pappa/Du heltid eller deltid?**

- 0-50%  51-99%  heltid

**76. Om barnets pappa/Du yrkesarbetar/yrkesarbetade med vilka arbetstider?**

- Dagstidsarbete  Tvåskiftarbete  
 Treskiftarbete  Annan typ av skift  
 Ständig natt  Schemalagt oregelbundet

**77. Arbetar/arbetade barnets pappa/Du med levande djur?**

- Ja  Nej  Vet ej

Om Ja, med vad och i vilken utsträckning?

Vad?

\_\_\_\_\_

- 0-3 gånger/mån  1-4 gånger/veckan  
 dagligen

**78. Arbetar/arbetade barnets pappa/Du med opakerade slakteriprodukter?**

- Ja  Nej  Vet ej

Om Ja, vilken utsträckning?

- 0-3 gånger/mån  4-6 ggr/v  
 dagligen

**79. Arbetar/arbetade barnets pappa/Du inom sjukvården?**

- Ja  Nej  Vet ej

Om Ja, som vad?

\_\_\_\_\_

**80. Vilken utbildningsnivå har Du/barnets mamma?**

- 9-årig grundskola  
 gymnasium, praktisk linje  
 gymnasium, teoretisk linje  
 folkhögskola  
 högskoleutbildning 1-3 år  
 högskole/univ.utbildning 3,5 år eller mer

**81. Vilken utbildningsnivå har barnets pappa/Du?**

- 9-årig grundskola  
 gymnasium, praktisk linje  
 gymnasium, teoretisk linje  
 folkhögskola  
 högskoleutbildning 1-3 år  
 högskole/univ.utbildning 3,5 år eller mer

OBS! Formuläret läses maskinellt,  
var vänlig kryssa noggrant!

Vg fyll i ABIS numret som står  
på framsidans etikett:

ABIS nummer

## ABIS-II (Alla Barn i Sydöstra Sverige) - Frågeformulär 8-årsuppföljningen

Kanske kan stress/psykologiska faktorer spela roll för hälsan så därför ställer vi en del frågor

82. Har barnet varit med om någon svår livshändelse senaste 2 åren?

Ja

Nej

Om Ja, kryssa för ett eller flera alternativ nedan och försök  
uppskatta hur stressande händelsen/rna varit för barnet.

Hur stressande har händelsen varit för barnet?

	Inte alls stressande			Mycket stressande		
<input type="checkbox"/> Förälder eller syskon som dött .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mor- eller farförälder som dött .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Barnet har varit/är svårt sjuk .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Svår sjukdom i familjen (förutom barnet) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Många konflikter mellan vuxna i hemmet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Skilsmässa/föräldrar som separerat .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Delad vårdnad/växelvis boende .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ensamvårdnad (regelbunden kontakt med den andra föräldern) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ensamvårdnad (ingen eller bara sporadisk kontakt med den andra föräldern) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nya vuxna i familjen/rna .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nytt/nya barn i familjen/rna (även "plastsyskon") .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kontakt med stödfamilj .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Stödåtgärder från sociala myndigheter (socialbidrag räknas ej) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fosterhemsplacering .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annat, i så fall vad? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

83. Har Du själv varit med om någon svår livshändelse senaste 2 åren?

Ja

Nej

Om Ja, kryssa för ett eller flera alternativ nedan  
och bedöm hur stressande händelsen/rna varit  
för Dig.

Hur stressande har händelsen varit för Dig?

	Inte alls stressande			Mycket stressande		
<input type="checkbox"/> Make(a)/sambo eller barn som dött .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Förälder som dött .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Själv drabbats av svår sjukdom .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Svår sjukdom i familjen (förutom dig själv) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Svår olyckshändelse i familjen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Skilsmässa/separation .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vårdnadstvist .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Utsatt för våld .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Själv blivit arbetslös .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Make(a)/sambo blivit arbetslös .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annat, i så fall vad? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ABIS-II (Alla Barn i Sydöstra Sverige) - Frågeformulär 8-årsuppföljningen**

**84. Frågor kring föräldrastress - kryssa i det alternativ som stämmer bäst för dig!**

	Stämmer inte alls			Stämmer mycket bra		
Att vara förälder är svårare än jag trodde .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sen vi fick barn har vi inte längre lika mycket tid för varandra .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det är oftast barnens behov som styr mitt liv .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pga ett förändrat sömnmönster känner jag mig ofta trött och ur form .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sen jag blev förälder har jag känt mig mer ledsen och nere än vad jag hade förväntat mig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
När det inte fungerar med barnet/n känns det som jag inte kan göra någonting rätt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sedan jag fick barn har jag nästan ingen tid för mig själv .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag behöver hjälp för att klara mitt föräldraskap .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efter att ha blivit förälder får jag mindre hjälp och stöd av min make(a)/sambo än vad jag hade väntat mig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att få barn har gjort att jag och min make(a)/sambo har kommit varandra närmare .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nästan all min tid går numera åt till barnet/n .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag trivs med att vara förälder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att få barn har orsakat en hel del problem i relationen mellan mig och min make(a)/sambo .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det är svårare att uppfostra barn än vad jag hade trott .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig som en duglig och bra förälder .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har ofta skuld känslor för hur jag känner för barnet/n .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efter att ha fått barn kan jag nästan aldrig längre göra de saker som jag själv tycker om .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efter att ha fått barn tillbringar vi mycket mindre tid tillsammans som familj, än vad jag hade väntat mig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att vara förälder är lättare än jag trodde .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag ger upp mer av mitt eget liv, än vad jag tidigare hade trott vara nödvändigt av mitt egen liv, för att kunna möta barnets/ns behov .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag och min make/sambo försöker att också få tid över för varandra .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner ofta att jag inte kan klara av saker och ting så bra .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**85. Jag tycker att jag**

- är en mycket bra förälder     
  är en medelbra förälder     
  inte är en speciellt bra förälder  
 är en bra förälder     
  har vissa problem med att vara förälder

OBS! Formuläret läses maskinellt,  
var vänlig kryssa noggrant!

Vg fyll i ABIS numret som står  
på framsidans etikett:

ABIS nummer

## ABIS-II (Alla Barn i Sydöstra Sverige) - Frågeformulär 8-årsuppföljningen

Vänligen kryssa för det alternativ som du tycker stämmer bäst  
för barnets beteende under de senaste 6 månaderna!

### 86. Frågor kring barnets styrkor och svagheter

	Stämmer inte	Stämmer delvis	Stämmer helt
Omtänksam, tar hänsyn till andra människors känslor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rastlös, överaktiv, kan inte vara stilla länge.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klagar ofta över huvudvärk, ont i magen eller illamående.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delar gärna med sig till andra barn (t ex godis, leksaker, pennor).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har ofta raseriutbrott eller häftigt humör.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganska ensam, leker eller håller sig ofta för sig själv.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Som regel lydig, följer vanligtvis vuxnas uppmaningar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oroar sig över mycket, verkar ofta bekymrad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjälpsam om någon är ledsen, upprörd eller känner sig dålig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svårt att sitta still, rör och vrider jämt på sig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har minst en god vän (kamrat).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slås/bråkar ofta med andra barn eller mobbar dem.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ofta ledsen, nedstämd eller tårögd.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vanligtvis omtyckt av andra barn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lättstörd, tappar lätt koncentrationen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervös eller klängig i nya situationer, blir lätt otrygg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snäll mot yngre barn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ljuger eller fuskar ofta.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blir retad eller mobbad av andra barn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ställer ofta upp och hjälper andra (föräldrar, lärare, andra barn).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tänker sig för innan han/hon gör olika saker.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stjäl hemma, i skolan eller på andra ställen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommer bättre överens med vuxna än med andra barn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rädd för mycket, är lättskrämd.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fullföljer sina uppgifter, bra koncentrationsförmåga.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du andra kommentarer eller bekymmer du vill ta upp? I så fall vad? \_\_\_\_\_

## ABIS-II (Alla Barn i Sydöstra Sverige) - Frågeformulär 8-årsuppföljningen

87. Upplever Du att Du har tillräckligt stöd från omgivningen som behövs för Dig och Ditt/Dina barn?

Nej, inte alls Ja, definitivt

88. Upplever Du att Du har den trygghet och allmänna situation som behövs för att ge Dig och Ditt/Dina barn ett bra liv?

Nej, inte alls Ja, definitivt

89. Anser Du dig själv fullt frisk?

Nej, inte alls Ja, definitivt

90. Hur stressande upplever Du din vardag?

Inte alls stressande Mycket stressande

91. Även om Du nu är fullt frisk, har Du senaste 2 åren haft någon mer långvarig (mer än 3 veckor) eller allvarlig sjukdom?

Ja  Nej  Vet ej

Om Ja, som vad och när?

\_\_\_\_\_

92. Hur gott självförtroende tycker Du att Ditt barn har?

Mycket dåligt Mycket bra

*Kanske kan andra levnadsvanor spela roll för hälsan, så därför ställer vi en del frågor om barnets matvanor*

93. Vilket slags matfett brukar ni använda i matlagning?

Smör  Vanligt margarin  
 Olja  Flytande margarin

94. Vilket slags fett brukar ni använda till smörgåsar?

Smör, bregott, margarin  
 Lättmargarin (ex. Lätta, Lätt & Lagom)  
 Inget matfett

95. Hur många skivor matbröd brukar barnet äta per dag?

0  1-2  3-4  5-6  
 7-8  9-10  11-12  fler än 12

96. Vilken typ av bröd äter barnet för det mesta?

vitt bröd/limpa  grovt bröd/nyckelhålmärkt

97. Hur mycket mjölk, fil, yoghurt brukar barnet dricka/äta per dag (1 glas = 2 dl)?

inget  1-2 dl  3-4 dl  5-6 dl  
 7-10 dl  11-15 dl  16-20 dl  mer än 2 liter

98. Är barnet vegetarian?  Ja  Nej

Om ja, i vilken utsträckning?

Barnet äter	Ja	Nej
mjölk/mjolkprodukter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fisk .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kyckling, kalkon .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

99. Var Du/barnets mor vegetarian under graviditeten?

Ja  Nej

Om ja, i vilken utsträckning?

Du/mamma åt	Ja	Nej
mjölk/mjolkprodukter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fisk .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kyckling, kalkon .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

100. Vilka måltider äter barnet regelbundet (= minst 5 dagar/vecka). Pricka för alla det gäller!

frukost  mellanmål fm  lunch  
 mellanmål em  middag/kvällsmat  mellanmål kväll

101. Hur ofta hoppar barnet över frukosten?

aldrig  1-3 gånger/månad  1 gång/vecka  
 2-3 gånger/vecka  oftast



OBS! Formuläret läses maskinellt,  
var vänlig kryssa noggrant!

Vg fyll i ABIS numret som står  
på framsidans etikett:

ABIS nummer

## ABIS (Alla Barn i Sydöstra Sverige) - Frågeformulär 8-årsuppföljningen

### 102. Hur ofta äter/dricker barnet (ta ej hänsyn till skollunchen i svaren)?

	3-4 gånger dagligen	1-2 ggr dagligen	3-6 ggr/v	1-2 ggr/v	mer sällan	aldrig
Potatis (kokt, potatismos) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stekt potatis/pommes frites .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grönsaker (tomater, sallad, gurka).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rotfrukter (ex morot, kålrot) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisk fet (makrill, sill, lax, strömming).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisk mager (torsk, sej, aborre) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ägg .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helt kött (ex stek, kotlett, filé).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bacon, sidfläsk .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kyckling (höns) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korv som maträtt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Köpta hamburgare, köttbullar .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nötfärs (matlagning i hemmet) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blandfärs (matlagning i hemmet).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rökt/kokt skinka eller kalkon som pålägg ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korv eller leverpastej som pålägg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ost ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svamp (förutom köpta champinjoner).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vispgrädde eller creme fraiche .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matlagningsgrädde/lätt creme fraiche .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chips, ostbågar, jordnötter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaffebröd, kakor, tårter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chokladkaka/chokladgodis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat godis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Välling, sort? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knäckebröd .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mjukt bröd.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Söta flingor (ex Kalas Puffar, Frosties) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cornflakes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gröt, sort? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müsli, fiberrika flingor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Makaroner, spagetti, pasta .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ris .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pizza .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Popcorn .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ABIS-II (Alla Barn i Sydöstra Sverige) - Frågeformulär 8-årsuppföljningen**

102. Hur ofta äter/dricker barnet? forts....	3-4 ggr dagl	1-2 ggr dagl	3-6 ggr/v	1-2 ggr/v	mer sällan	aldrig
Mjök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Filmök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yoghurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saft med socker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saft light (utan socker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läsk, ex Coca Cola (med socker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läsk, ex Coca Cola light (utan socker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frukt, bär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nyponsoppa, saftsoppa, kräm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risifrutti, eller dylikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chokladdryck (chokladpulver i dryck, O'Boy) ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Livsmedel som innehåller bifidus/lactobaciller ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syrade matvaror	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*\*\*\*\*

**103. För hur många kronor/vecka äter barnet godis, sötsaker, läsk och liknande:**

- 0 kr       1-10 kr       11-30 kr  
 31-50 kr       51-70 kr       71-100 kr  
 101-130 kr       131-150 kr       151 eller mer

**104. Vilken sorts mjök dricker barnet vanligen?**

- standardmjök       minimjök  
 mellanmjök       lättmjök

**105. Vilken sorts ost äter barnet vanligen?**

- mer än 17% fett       17% fett eller mindre (mager)

**106. När ni väljer färdigmat (korv, köttbullar etc.) väljer ni oftast?**

- standardprodukt       mager (nyckelhålsmärkt)

**107. Vad dricker barnet oftast när han/hon är törstig?**

- mjök       saft  
 läsk, ex. Coca Cola (med socker)       light saft  
 lightläsk, ex. Coca Cola light (utan socker)       vatten  
 Annat, Vad?

**108. Hur ofta äter barnet på McDonalds eller annan snabbmatsrestaurang?**

- varje dag       4-5 ggr/v  
 2-3 ggr/v       1 gång/v  
 2-3 ggr / mån       ngn gång i mån  
 mera sällan

**109. Ungefär när på kvällen brukar barnet lägga sig för att sova för natten**

- kl. 19       kl. 20       kl. 21  
 kl. 22       kl. 23       kl. 24 eller senare

**110. Ungefär när på morgonen brukar barnet gå upp?**

- kl. 05       kl. 06       kl. 07  
 kl. 08       kl. 09       kl.10 eller senare

OBS! Formuläret läses maskinellt,  
var vänlig kryssa noggrant!

Vg fyll i ABIS numret som står  
på framsidans etikett:

ABIS nummer

## ABIS-II (Alla Barn i Sydöstra Sverige) - Frågeformulär 8-årsuppföljningen

111. Hur mycket alkoholhaltiga drycker använder Mamma i genomsnitt per månad? Ange hur mycket resp. hur ofta. Ange antal flaskor, burkar, glas etc. och avrunda till heltal.

	Hur mycket per tillfälle					
	aldrig	antal ggr/mån	antal flaskor	antal burkar		
Lättöl klass I	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Folköl klas s II	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Starköl klass III	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Alkoläsk	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Vin	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	antal glas	<input type="text"/>	antal halvflaskor	<input type="text"/>
Starkvin	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	antal glas	<input type="text"/>	antal halvflaskor	<input type="text"/>
Sprit	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	antal glas	<input type="text"/>	antal halvflaskor	<input type="text"/>

Flaska (öl, alkoläsk) = 33 cl  
Burk (öl, alkoläsk) = 45 cl  
Glas (vin) = 10 cl  
Glas (starkvin, sprit) = 4 cl  
Halvflaska (vin, starkvin, sprit) = 37 cl

112. Hur mycket alkoholhaltiga drycker använder Pappa i genomsnitt per månad? Ange hur mycket resp. hur ofta. Ange antal flaskor, burkar, glas etc. och avrunda till heltal.

	Hur mycket per tillfälle					
	aldrig	antal ggr/mån	antal flaskor	antal burkar		
Lättöl klass I	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Folköl klas s II	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Starköl klass III	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Alkoläsk	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Vin	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	antal glas	<input type="text"/>	antal halvflaskor	<input type="text"/>
Starkvin	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	antal glas	<input type="text"/>	antal halvflaskor	<input type="text"/>
Sprit	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	antal glas	<input type="text"/>	antal halvflaskor	<input type="text"/>

Flaska (öl, alkoläsk) = 33 cl  
Burk (öl, alkoläsk) = 45 cl  
Glas (vin) = 10 cl  
Glas (starkvin, sprit) = 4 cl  
Halvflaska (vin, starkvin, sprit) = 37 cl

**ABIS-II (Alla Barn i Sydöstra Sverige) - Frågeformulär 8-årsuppföljningen**

**113. Hur upplever Du att barnet sover om natten?**

mycket bra mycket dåligt

**114. Hur sover Du själv om natten?**

mycket bra mycket dåligt

**115. Hur ofta badar/duschar barnet?**

2g/dag el mer  1 g/dag  3-6 g/v

1-2 g/v  mer sällan

**116. Hur ofta borstar barnet tänderna?**

2g/dag el mer  1 g/dag  3-6 g/v

1-2 g/v  mer sällan

**117. Använder ni tandkräm till barnet?**

Ja, alltid  Ibland  Nej, aldrig

**Vilken sort?**

\_\_\_\_\_

**118. Med tanke på barnets tillväxt undrar vi hur stora barnets mamma och barnets pappa är?**

Mammas vikt nu \*     kg

Mammas längd nu     cm

Mammas största midjemått/  
bukomfång mätt med  
måttband     cm

Pappas vikt nu     kg

Pappas längd nu     cm

Pappas största midjemått/  
bukomfång mätt med  
måttband     cm

\* Om Du är gravid nu, fyll då i din vikt före graviditeten.

*Kanske miljön i skolan spelar roll för hälsan, så därför ställer vi några frågor:*

**119. Vilken skola går barnet i?**

\_\_\_\_\_

skolans namn

\_\_\_\_\_

adress/plats

**120. Trivs barnet i skolan?**

inte alls väldigt bra

**121. Hur långt är det från hemmet till skolan? (Försök uppskatta!)**

,   km

**122. Hur tar sig barnet till skolan?**

går  cyklar  åker buss

åker bil (skjutsas)  annat, vad?

\_\_\_\_\_

**123. Hur tar sig barnet från skolan?**

går  cyklar  åker buss

åker bil (skjutsas)  annat, vad?

\_\_\_\_\_

**124. Vad gör barnet oftast på rasterna?**

leker inhomhus  leker utomhus

mest i stillhet (sitter, läser)  vet ej

OBS! Formuläret läses maskinellt,  
var vänlig kryssa noggrant!

Vg fyll i ABIS numret som står  
på framsidans etikett:

ABIS nummer

## ABIS (Alla Barn i Sydöstra Sverige) - Frågeformulär 8-årsuppföljningen

125. Får eleverna vara inhomus på rasterna?

- Ja  Nej  Vet ej

126. Får eleverna spela dataspel i skolan?

- Ja  Nej  Vet ej

Om ja, hur ofta spelar barnet dataspel i skolan?

- varje dag  3-5 d/v  1-2 d/v  
 sporadiskt  aldrig

127. Hur många skoltimmar har barnet  
schemalagd gymnastik/idrott per vecka?

- 1  2  3  
 4  5  6  
 7 eller mer  vet ej

128. Hur många timmar per vecka under fritid (ej  
skoltid), har barnet organiserad fysisk aktivitet (ex  
fotboll, dans, innebandy, ridning, scouter etc)?

- 1  2  3  
 4  5  6  
 7 eller mer  vet ej

129. Hur många idrotts-/friluftsdagar var det under  
föregående skoltermin?

- 1  2  3  
 4  5  6  
 7 eller mer  vet ej

130. Hur många idrotts-/friluftsdagar ska det vara  
den här terminen?

- 1  2  3  
 4  5  6  
 7 eller mer  vet ej

131. Tycker barnet om skollunchen?

- aldrig       alltid

132. Hur ofta (dag/vecka) äter barnet skollunch ?

- 1  2  3  4  5

133. Hur långt är det från skolan till närmaste kiosk?

- finns på skolans område  100 m  2-300 m  
 4-800 m  ca 1 km  ca 2 km  
 ca 3 km eller mer  vej ej

134. Är det vanligt att barnet handlar i kiosk  
under skoltid/raster?

- Ja  Nej  Vet ej

135. Har barnet haft samtal med skolsköterska om  
hälsa, mat, motion, sömn etc om du räknar ett år  
bakåt från nu?

- Ja  Nej  Vet ej

136. Är det något av följande som Du/barnets mor  
oroat Dig för senaste 2 åren?

- mycket lugn mycket orolig
- Att barnet skulle få en kronisk eller allvarlig sjukdom i framtiden ...
- Att barnet skulle bli skadat .....
- Att barnet skulle bli utsatt för övergrepp .....
- Att barnet skulle dö .....
- Att barnet skulle bli mobbat i skolan .....
- Att barnet inte har kompisar .....
- Annat, i så fall vad? .....

(Skriv här)

Vg fyll i ABIS-numret som står på framsidans etikett: \_\_\_\_\_

ABIS nummer

## ABIS-II (Alla Barn i Sydöstra Sverige) - Frågeformulär 8-årsuppföljningen

Här följer några forskningsetiska frågor som rör ert deltagande i denna studie.

137. Anser Du att man som förälder bör låta sina barn ställa upp på medicinsk forskning om den har bedömts som viktig, om forskningen är förknippad med liten risk och måttlig tidsåtgång?

Nej, inte alls

Ja, absolut

138. Hur viktigt anser Du det är att få:

Inte alls så viktigt

Särskilt viktigt

- a) information om hur forskningen fortlöper ( t ex hur mycket data som samlas in och vilka projekt som pågår .....
- b) information om forskningsresultaten under tiden studien pågår .....
- c) information om forskningsresultaten när studien är avslutad .....

1389 a) Tycker Du att ditt barn vid någon tidpunkt under studiens gång personligen ska informeras om detta projekt (ABIS II)?

Ja

b) Om du svarade Ja, när tycker Du att barnet första gången ska informeras om studien (ABIS II pågår tills barnen är 14 år)

8  9

10  11

12  13

14 års ålder

Nej

Vet ej

c) Om Du svarade Ja, varför tycker du att barnet ska bli informerat om studien? Markera med x det/de alternativ som stämmer överens med vad du anser (flera kryss är alltså möjligt).

- information ökar barnets motivation att delta i studien.
- barnet har rätt att bli informerat då forskningen gäller barnet och dess kropp
- information minskar barnets rädsla/oro för undersökningar och provtagningar
- det är viktigt att barnet får veta något om forskning och att det går att hjälpa till genom att delta i forskningsstudier
- annat:

140 a) Tycker Du att barnet vid någon tidpunkt under studiens gång ska få bestämma självt om något som rör deltagandet i studien?

Ja

b) Om du svarade Ja, när tycker Du att barnet för första gången ska få bestämma självt? (Studien pågår tills barnen är 14 år)

8  9

10  11

12  13

14 års ålder

Nej

Vet ej

c) Om Du svarade Ja, vad tycker du att barnet ska få bestämma om? Markera med x det/de alternativ du tycker barnets ska få bestämma om.

- om hela deltagandet, dvs om han/hon ska fortsätta vara med i studien eller avbryta deltagandet
- om att ta blodprover
- om andra prover (t ex avföring, tand, saliv)
- om att ge skriftliga uppgifter om ditt barn, t ex om kostvanor, sjukdomar och mediciner
- om blodprover, hår, saliv etc ska få användas i studien och sedan sparas i biobanker
- om skriftliga data ska få användas i studien och sedan lagras i datorer
- annat:

OBS! Formuläret läses maskinellt,  
var vänlig kryssa noggrant!

Vg fyll i ABIS numret som står  
på framsidans etikett:

ABIS nummer

## ABIS-II (Alla Barn i Sydöstra Sverige) - Frågeformulär 8-årsuppföljningen

140d) Om Du svarade Nej, varför svarade du nej? Markera med x det/de alternativ som stämmer överens med vad du anser?

- barnen har inte den mognad som krävs för att förstå konsekvenserna av sina beslut.
  - då föräldrarna har beslutat om att delta är det också de som ska bestämma över deltagandet i studien
  - det är viktigt för forskningen att så få som möjligt hoppar av
  - föräldrarna har ansvar för barnet tills det är myndigt ( 18 år) och ska därför ha bestämmanderätten
  - annat:
- 

141P. Vad tycker Du att lagar och regler främst ska värna om vid forskning på barn?

Inte alls viktigt

Särskilt viktigt

- |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A. Att forska på barn noggrant granskas och kontrolleras, både i förväg och när studien pågår.....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Föräldrarnas ansvar och rätt att bestämma .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Barnets personliga integritet, genom skydd av personnummer och andra personuppgifter .....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. Barnets rätt att självt bestämma om det ska delta i studier .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. Att det finns någon som har huvudansvaret för att barnets intressen och rättigheter bevakas och värnas om .....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F. Att forskningen är utformad på ett sådant sätt att föräldrar kan känna tillit till både forskning och forskarna ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G. Att sådan forskning kan utföras .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

141. Hur känner Du dig när det gäller ditt barns och ditt deltagande i ABIS-studien?

Lugnare

Oroligare

