



Foto: Victoria Henriksson, Scandinav Simple

Hur påverkas tolvåringar av den miljö de vistas i?

Miljöhälsoenkäten 2019



Folkhälsomyndigheten

SCB

Om barnet och bostaden

Frågorna nedan besvaras av dig och eventuellt tillsammans med ditt barn. Från fråga 52 ser vi gärna att ditt barn svarar själv på frågorna, men med stöd av dig.

Frågorna gäller enbart den bostad där barnet är folkbokfört.

<p>1. Vilket är ditt barns födelseår och födelsemånad?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p>År</p> </div> <div style="text-align: center;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p>Månad</p> </div> </div>	2	0																			
2	0																				
<p>2. Hur många personer bor det i bostaden? <i>Räkna alla som bor i bostaden halva tiden eller mer.</i></p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse; margin-right: 5px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p>personer</p> </div>																					
<p>3. Hur många rum finns det i bostaden (förutom köket)?</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse; margin-right: 5px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p>rum</p> </div>																					
<p>4. Har <u>bostaden</u> något fönster som är vänt direkt mot ... <i>Markera ett alternativ på varje rad.</i></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ja</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Nej</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>... större gata eller trafikled?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>... mindre gata eller lokalgata?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>... järnväg?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>... industri eller industriområde?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>... innergård eller bakgård, trädgård, vatten, skog eller öppet fält?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>... annat än det uppräknade, vad?</td> <td colspan="2" style="text-align: center;"><div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div></td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nej	... större gata eller trafikled?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... mindre gata eller lokalgata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... järnväg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... industri eller industriområde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... innergård eller bakgård, trädgård, vatten, skog eller öppet fält?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... annat än det uppräknade, vad?	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>	
	Ja	Nej																			
... större gata eller trafikled?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
... mindre gata eller lokalgata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
... järnväg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
... industri eller industriområde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
... innergård eller bakgård, trädgård, vatten, skog eller öppet fält?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
... annat än det uppräknade, vad?	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>																				
<p>5. Har ditt <u>barns sovrum</u> något fönster som är vänt direkt mot ... <i>Markera ett alternativ på varje rad.</i></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ja</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Nej</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>... större gata eller trafikled?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>... mindre gata eller lokalgata?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>... järnväg?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>... industri eller industriområde?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>... innergård eller bakgård, trädgård, vatten, skog eller öppet fält?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>... annat än det uppräknade, vad?</td> <td colspan="2" style="text-align: center;"><div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div></td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nej	... större gata eller trafikled?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... mindre gata eller lokalgata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... järnväg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... industri eller industriområde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... innergård eller bakgård, trädgård, vatten, skog eller öppet fält?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... annat än det uppräknade, vad?	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>	
	Ja	Nej																			
... större gata eller trafikled?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
... mindre gata eller lokalgata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
... järnväg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
... industri eller industriområde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
... innergård eller bakgård, trädgård, vatten, skog eller öppet fält?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
... annat än det uppräknade, vad?	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>																				

6. a. Sover ditt barn med öppet fönster?

Gäller även vädringslucka, vädringsfönster eller fönster på glänt.

- Ja, så gott som varje natt —————> Gå till fråga 7
- Ja, men enbart sommartid —————> Gå till fråga 7
- Ja, ibland —————> Gå till fråga 7
- Nej, aldrig

b. Om nej: Av vilken eller vilka anledningar?

- Buller
- Dålig luft eller lukt
- För kall eller varm utomhustemperatur
- Annan orsak

7. a. Finns det pälsdjur i bostaden?

- Ja
- Nej —————> Gå till fråga 8

b. Om ja: Vilket eller vilka djur?

- Katt
- Hund
- Gnagare (marsvin, kanin, hamster, råtta, mus m.m.)
- Annat

8. Eldas det regelbundet med ved eller andra fasta bränslen i bostaden under hela eller delar av året?

- Ja, i öppen spis, kakelugn, braskamin eller liknande
- Ja, i panna
- Nej

9. Finns det grannar som eldar med ved eller andra fasta bränslen i närheten av bostaden åtminstone varje vecka vissa delar av året?

- Ja, mindre än 50 meter från bostaden
- Ja, mellan 50-100 meter från bostaden
- Ja, mellan 100-200 meter från bostaden
- Nej
- Vet inte

10. Medför rök från eldning av ved eller andra fasta bränslen att det är svårt att fönstervädra på grund av...

	Ja, varje vecka året runt	Ja, varje vecka vissa delar av året	Ja, men mer sällan	Nej, aldrig
... lukt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... stoft/sot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>11. Har det varit vattenläckage eller funnits synlig fuktskada (fläckar eller liknande) i bostaden de senaste 12 månaderna?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p>																				
<p>12. Har det funnits synlig mögelväxt i bostaden de senaste 12 månaderna? <i>Räkna inte med ytlig växt i kakelfogar eller på väggar i våutrymmen och liknande.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p>																				
<p>13. Har du, ditt barn eller någon annan känt lukt av mögel i bostaden de senaste 12 månaderna?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p>																				
<p>14. Hur tycker du att luftkvaliteten i stort sett är...</p> <table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Mycket bra</th> <th>Ganska bra</th> <th>Acceptabel/ varken bra eller dålig</th> <th>Ganska dålig</th> <th>Mycket dålig</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>... i bostaden?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>... utanför bostaden?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Mycket bra	Ganska bra	Acceptabel/ varken bra eller dålig	Ganska dålig	Mycket dålig	... i bostaden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... utanför bostaden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Mycket bra	Ganska bra	Acceptabel/ varken bra eller dålig	Ganska dålig	Mycket dålig															
... i bostaden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
... utanför bostaden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
<p>15. Besväras du av att det i bostaden normalt sett är...</p> <table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ja, dagligen</th> <th>Ja, minst en gång per vecka</th> <th>Ja, men mer sällan</th> <th>Nej, aldrig</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>... svårt att reglera inomhustemperaturen?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>... för varmt under sommarhalvåret?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>... för kallt under vinterhalvåret?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Ja, dagligen	Ja, minst en gång per vecka	Ja, men mer sällan	Nej, aldrig	... svårt att reglera inomhustemperaturen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... för varmt under sommarhalvåret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... för kallt under vinterhalvåret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja, dagligen	Ja, minst en gång per vecka	Ja, men mer sällan	Nej, aldrig																
... svårt att reglera inomhustemperaturen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
... för varmt under sommarhalvåret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
... för kallt under vinterhalvåret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<p>16. a. Har det genomförts åtgärder i bostaden för att minska bullernivån inomhus?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej → <i>Gå till fråga 17</i> <input type="checkbox"/> Vet inte → <i>Gå till fråga 17</i></p> <p>b. Om ja: Vilken typ av åtgärd? <i>Flera alternativ kan markeras.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Komplettering av befintligt fönster med extra ljudruta <input type="checkbox"/> Byte av fönster och/eller friskluftsventiler <input type="checkbox"/> Isolering av fasad och/eller tak <input type="checkbox"/> Annat</p>																				

Transport och fritid

17. På vilket eller vilka sätt tar sig ditt barn vanligtvis till och från...

Svara med alla alternativ som stämmer med hur det vanligtvis är.

	Går	Cyklar, åker sparkcykel eller skateboard	Åker bil, mc eller liknande	Åker med allmänna färdmedel (buss, tunnelbana etc.)	Annat färdmedel
...skola eller fritids?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...andra aktiviteter (fritidsaktiviteter, kompisbesök etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Hur mycket tid använder ditt barn sammanlagt en vanlig vardag för att komma till och från olika aktiviteter?

Räkna tid till och från skola, fritids, fritidsaktiviteter, kompisbesök etc.

- Mer än 4 timmar
 3-4 timmar
 1-2 timmar
 30-60 minuter
 Mindre än 30 minuter
 Inte aktuellt

19. Finns det park, grönområde eller annan natur på gångavstånd från bostaden?

Tänk även på sjöar, vattendrag och hav.

- Ja
 Nej

20. Hur ofta vistas ditt barn i park, grönområde eller annan natur?

Tänk även på sjöar, vattendrag och hav.

- Så gott som dagligen
 Någon/några gånger per vecka
 Någon/några gånger per månad
 Någon/några gånger per år
 Aldrig

21. Tränar eller idrottar ditt barn på fritiden året runt eller vissa delar av året...

Markera ett alternativ på varje rad.

	Ja, flera gångar i veckan	Ja, en gång i veckan	Ja, men mer sällan	Nej, aldrig
...utomhus på grus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...utomhus på konstgräs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...inomhus på konstgräs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...inomhus i simhall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...inomhus i ishall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...annan träning inomhus eller utomhus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Brukar ditt barn skyddas mot solen på något eller några av följande sätt när ni är i Sverige eller i andra länder med liknande solstyrka?

Markera ett alternativ på varje rad.

	Ja, varje dag	Ja, flera gånger i veckan	Ja, men mer sällan	Nej, aldrig
Badutflykter och liknande undviks mitt på dagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kläder, t.ex. T-shirt och keps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solskyddskläder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vistas i skugga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solskyddskräm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Brukar ditt barn skyddas mot solen på något eller några av följande sätt om ni är i länder med starkare sol, t.ex. södra Europa?

Markera ett alternativ på varje rad.

	Ja, varje dag	Ja, flera gånger i veckan	Ja, men mer sällan	Nej, aldrig	Inte aktuellt
Badutflykter och liknande undviks mitt på dagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kläder, t.ex. T-shirt och keps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solskyddskläder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vistas i skugga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solskyddskräm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Ungefär hur många gånger har ditt barn bränt sig i solen så att huden både blev röd och sved de senaste 12 månaderna?

- Mer än 5 gånger
 3-5 gånger
 1-2 gånger
 Aldrig

Tobaksrök

25. Röker någon av barnets vårdnadshavare som bor i bostaden?

- Ja, dagligen inne i bostaden
 Ja, dagligen men inte inne i bostaden
 Nej, mer sällan eller inte alls

26. Hur ofta utsätts ditt barn för tobaksrök...

	Dagligen, i genomsnitt <u>mer</u> än 1 timme per dag	Dagligen, i genomsnitt <u>mindre</u> än 1 timme per dag	Någon/några gånger per vecka	Någon/några gånger per månad	Aldrig/nästan aldrig
...i bostaden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...på annan plats t.ex. bilen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Matvanor

27. Hur ofta äter ditt barn i genomsnitt fisk?

	4 gånger per vecka eller mer	3 gånger per vecka	2 gånger per vecka	1 gång per vecka	1-3 gånger per månad	Mindre än 1 gång per månad	Aldrig eller nästan aldrig
Fisk totalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insjöfisk (t.ex. abborre, gädda, gös eller lake)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strömming eller sill fångad i Östersjön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. a. Vilken typ av kranvatten dricker ditt barn i bostaden?

- Kommunalt vatten —————> *Gå till fråga 29*
- Vatten från egen grävd brunn
- Vatten från egen borrad brunn
- Gemensam brunn, t.ex. vattenförening, tomtägarförening eller samfällighet —————> *Gå till fråga 29*
- Dricker ej kranvatten —————> *Gå till fråga 29*

b. Om kranvattnet kommer från egen brunn: Har vattnet analyserats de senaste 3 åren?

- Ja
- Nej —————> *Gå till fråga 29*
- Vet inte —————> *Gå till fråga 29*

c. Om ja: Vilket var analysvaret?

- Tjänligt
- Tjänligt med anmärkning
- Otjänligt
- Vet inte

Kemikalier i produkter


29. Hur ofta påverkar förekomsten av kemikalier i produkter dina inköp av följande produkter till ditt barn?

Markera ett alternativ på varje rad.

	Alltid	Ofta	Ibland	Sällan	Aldrig
Mat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kläder och skor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygienartiklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leksaker/saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hälsa

30. Ungefär hur långt är ditt barn?

cirka  centimeter

Vet inte

31. Ungefär hur många kilo väger ditt barn?

cirka  kilo

Vet inte

32. Hur bedömer du att ditt barns allmänna hälsotillstånd är?

- Mycket gott
 Gott
 Någorlunda
 Dåligt
 Mycket dåligt

33. Har ditt barn hörselnedsättning?

- Ja
 Nej

34. Har ditt barn haft öronsus (tinnitus) de senaste 3 månaderna?

- Ja, 2 gånger eller fler
 Ja, 1 gång
 Nej

35. Har ditt barn lyssnat på stark musik eller andra höga ljud i hörsnäckor eller hörlurar de senaste 30 dagarna?

- Ja, så gott som dagligen
 Ja, ibland
 Nej, aldrig

36. Hur ofta använder ditt barn öronproppar eller något annat hörselskydd...

Markera ett alternativ på varje rad.

	Alltid	Ofta	Sällan	Aldrig	Inte aktuellt
... för att sova bättre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... vid konserter, disko, etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... vid eget musicerande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... vid andra fritidsaktiviteter där det förekommer höga ljud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Har ditt barn enligt läkare någon eller några av följande sjukdomar?*Markera ett alternativ på varje rad.*

	Ja	Nej
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hösnuva eller allergisnuva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Böjveckseksem (atopiskt eksem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Födoämnesallergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. a. Har ditt barn använt några mediciner mot astma de senaste 12 månaderna? Ja Nej —————> *Gå till fråga 39***b. Om ja: Vilka mediciner? Svara med alla alternativ som stämmer.**

	Regelbundet*	Vid behov	Under de senaste 2 veckorna
Luftrörsvidgande (t.ex. Bricanyl, Ventoline, Airomir, Oxis, Serevent, Ventilastin, Buventol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhalationskortison (t.ex. Pulmicort, Flutide, Astmanex, Giona, Novopulmon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
"Kombinationspreparat" (t.ex. Symbicort, Seretide, Bufomix, Innovair)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Regelbundet = sammanlagd användning av någon astmamedicin dagligen under minst 60 dagar under de senaste 12 månaderna.

39. a. Har ditt barn haft andningsbesvär de senaste 12 månaderna?*Med andningsbesvär menar vi att ditt barn har något av följande: tungt att andas, känt sig tät i bröstet, pipande eller väsande andning.* Ja Nej —————> *Gå till fråga 40* Vet inte —————> *Gå till fråga 40***b. Om ja: Ungefär vid hur många tillfällen har ditt barn haft sådana andningsbesvär de senaste 12 månaderna?** 12 tillfällen eller fler 4-11 tillfällen 1-3 tillfällen

40. Har ditt barn haft andningsbesvär eller besvärande hosta i samband med något av nedanstående de senaste 12 månaderna?

Flera alternativ kan markeras.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ansträngning | <input type="checkbox"/> Luftföroreningar |
| <input type="checkbox"/> Kall luft (kallt eller kyligt väder), dimma | <input type="checkbox"/> Starka dofter |
| <input type="checkbox"/> Katt | <input type="checkbox"/> Klorluktn vid bassängbad |
| <input type="checkbox"/> Hund | <input type="checkbox"/> Damm |
| <input type="checkbox"/> Björkpollen | <input type="checkbox"/> Annat |
| <input type="checkbox"/> Gräspollen | <input type="checkbox"/> Nej, har inte haft besvär av något av dessa |
| <input type="checkbox"/> Tobaksrök | |

41. a. Har ditt barn haft långdragen snuva eller nästäppa utan att ha varit förkyld de senaste 12 månaderna?

- Ja
- Nej —————> *Gå till fråga 42*
- Vet inte —————> *Gå till fråga 42*

b. Om ja: Har näsbesvären förekommit samtidigt med kliande och rinnande ögon?

- Ja
- Nej
- Vet inte

42. Har ditt barn haft nysningar, rinnsnuva, nästäppa eller röda kliande ögon i samband med något av nedanstående de senaste 12 månaderna?

Flera alternativ kan markeras.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ansträngning | <input type="checkbox"/> Tobaksrök |
| <input type="checkbox"/> Kall luft (kallt eller kyligt väder), dimma | <input type="checkbox"/> Luftföroreningar |
| <input type="checkbox"/> Katt | <input type="checkbox"/> Starka dofter |
| <input type="checkbox"/> Hund | <input type="checkbox"/> Damm |
| <input type="checkbox"/> Björkpollen | <input type="checkbox"/> Annat |
| <input type="checkbox"/> Gräspollen | <input type="checkbox"/> Nej, har inte haft besvär av något av dessa |

43. a. Har ditt barn haft sådana besvär från luftvägarna (näsa, hals, luftrör) att de hindrat barnets dagliga aktiviteter de senaste 3 månaderna?

- Ja
- Nej —————> *Gå till fråga 44*

b. Om ja: Ungefär hur många dagar de senaste 3 månaderna?

dagar

46. a. Har ditt barn tagit hål i öronen eller gjort hål för smycken någon annanstans på kroppen?

Ja

Nej → Gå till fråga 47

b. Om ja: Hur gammalt var ditt barn när det första gången gjorde hål för smycken?

år

47. Har ditt barn nickelallergi?

Ja

Nej

48. a. Har ditt barn vid något tillfälle haft handksem de senaste 12 månaderna?

Ja

Nej → Gå till fråga 49

b. Om ja: Vid vilken ålder började handksetet?

När barnet var år

49. a. Har ditt barn någon gång färgat, tonat, blekt eller slingat håret?

Oavsett hemma eller hos frisör.

Ja

Nej → Gå till fråga 50

b. Om ja: Hur gammalt var ditt barn när det första gången det färgade, tonade, blekte eller slingade håret?

år

c. Om ja: Har ditt barn någon gång fått hudbesvär när det färgat, tonat, blekt eller slingat håret?

Ja

Nej

50. a. Har ditt barn någon gång haft en tillfällig tatuering målad på huden med henna eller svart henna?

Ja

Nej → Gå till fråga 51

b. Om ja: Hur gammalt var ditt barn när det första gången gjorde en hennatatuering?

år

c. Om ja: Har ditt barn någon gång fått hudbesvär av en hennatatuering?

Ja

Nej

51. **a. Har ditt barn en långvarig sjukdom, funktionsnedsättning eller annat långvarigt hälsoproblem?**

Ja

Nej → *Gå till fråga 52*

b. Om ja: Vilket eller vilka av följande har ditt barn?

Nedsatt hörsel, syn eller röst- och talfunktion

Nedsatt rörelseförmåga

Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning (*t.ex. ADHD, Aspergers syndrom*)

Intellektuell funktionsnedsättning (*utvecklingsstörning*)

Astma eller allergi

Annat, ange vad:

c. Om ja: Påverkar barnets långvariga sjukdom, funktionsnedsättning eller annat långvarigt hälsoproblem barnets dagliga aktiviteter, t.ex. närvaro och deltagande i skolan?

Ja, i hög grad

Ja, i någon mån

Nej, inte alls

Frågor som ditt barn ska besvara själv

Vi ser gärna att barnet själv besvarar frågorna 52–56, men barnet kan behöva stöd från vårdnadshavare.

52. a. Om du tänker på de senaste 3 månaderna, har du upplevt att någon/några av följande lukter har varit obehagliga (besvärande)? Tänk på lukter i eller i närheten av bostaden. Med "i eller i närheten av" menar vi inomhus samt utomhus alldeles i närheten, som till exempel på balkongen, vid uteplats eller vid entrén.

Markera ett svar på varje rad.

	Ja, flera gånger i veckan	Ja, men mer sällan	Nej, aldrig/inte aktuellt
Avgaser från bilar, bussar, lastbilar och andra fordon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vedeldningsrök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Löveldningsrök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lukt från djurstallar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tobaksrök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lukt från målarfärg, lim etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lukt från parfym, deodorant etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lukt från rengöringsmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instängd (dålig) luft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du har svarat Ja på någon eller några av frågorna ovan, svara på följande fråga. Annars gå till fråga 53.

- b. Om ja: Vilka besvär får du och hur ofta?

	Ja, flera gånger i veckan	Ja, men mer sällan	Nej, aldrig/inte aktuellt
Ögonen kliar eller svider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsen svider eller känns irriterad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snuvig eller täppt i näsan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tungt att andas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pipande eller väsande andning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Illamående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. Om du tänker på de senaste 12 månaderna, hur mycket störs eller besväras du av buller eller andra ljud i eller i närheten av bostaden?

Med "i eller i närheten av" menar vi inomhus samt utomhus alldeles i närheten, som till exempel på balkongen, vid uteplats eller vid entrén.

Markera ett svar på varje rad.

	Väldigt mycket	Mycket	Måttligt	Lite	Inte alls
Ljud från andra barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ljud från fläkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ljud från bilar, bussar m.m.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ljud från tåg, tunnelbana, spårvagn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ljud från flygplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ljud från grannar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54. Tycker du att trafikbuller (buller och ljud från väg-, tåg- eller flygtrafik) medför några av följande störningar i eller i närheten av bostaden?

Med "i eller i närheten av" menar vi inomhus samt utomhus alldeles i närheten, som till exempel på balkongen, vid uteplats eller vid entrén.

Markera ett svar på varje rad.

	Ja, varje vecka året runt	Ja, varje vecka vissa delar av året	Ja, men mer sällan	Nej, aldrig	Inte aktuellt
Svårt att lyssna på radio, TV eller musik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Svårt att prata i telefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Svårt att prata med någon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Svårt att göra läxor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Svårt att somna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blir väckt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Svårt att ha fönster öppet på dagtid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svårt att sova med öppet fönster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svårt att vara ute på balkong eller uteplats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55. Om du tänker på de senaste 12 månaderna, hur mycket störs eller besväras du av buller eller andra ljud i eller i närheten av skolan och/eller fritids?

Med "i eller i närheten av" menar vi inomhus samt utomhus alldeles i närheten, som till exempel på skolgården eller vid entrén.

Markera ett svar på varje rad.

	Väldigt mycket	Mycket	Måttligt	Lite	Inte alls
Ljud från andra barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ljud från fläkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ljud från bilar, bussar m.m.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ljud från tåg, tunnelbana, spårvagn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ljud från flygplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ljud i skolmatsalen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56. Hur ofta oroar du dig för hur klimatförändringarna kan komma att påverka ditt liv?

- Väldigt ofta
- Ofta
- Ibland
- Sällan
- Aldrig

Tack för att ni svarade på enkäten!