



Foto: Bodil Johansson, Scandinav Simple

# Hur påverkas fyraåringar av den miljö de vistas i?

## Miljöhälsoenkäten 2019



Folkhälsomyndigheten

**SCB**

# Om barnet och bostaden

Frågorna gäller enbart den bostad där barnet är folkbokfört.

1. Vilket är ditt barns födelseår och födelsemånad?

2	0				
---	---	--	--	--	--

År

Månad

2. Hur många personer bor det i bostaden?

*Räkna alla som bor i bostaden halva tiden eller mer.*

--	--

personer

3. Hur många rum finns det i bostaden (förutom köket)?

--	--

rum

4. Har bostaden något fönster som är vänt direkt mot ...

*Markera ett alternativ på varje rad.*

	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?

--

5. Har ditt barns sovrum något fönster som är vänt direkt mot ...

*Markera ett alternativ på varje rad.*

	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?

--

**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"/>

**11. Har det varit vattenläckage eller funnits synlig fuktskada (fläckar eller liknande) i bostaden de senaste 12 månaderna?**

- Ja  
 Nej

**12. Har det funnits synlig mögelväxt i bostaden de senaste 12 månaderna?**  
*Räkna inte med ytlig växt i kakelfogar eller på väggar i våtutrymmen och liknande.*

- Ja  
 Nej

**13. Har du, ditt barn eller någon annan känt lukt av mögel i bostaden de senaste 12 månaderna?**

- Ja  
 Nej

**14. Hur tycker du att luftkvaliteten i stort sett är...**

	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"/>

**15. Besväras du av att det i bostaden normalt sett är...**

	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"/>

**16. a. Har det genomförts åtgärder i bostaden för att minska bullernivån inomhus?**

- Ja  
 Nej → *Gå till fråga 17*  
 Vet inte → *Gå till fråga 17*

**b. Om ja: Vilken typ av åtgärd?**

*Flera alternativ kan markeras.*

- Komplettering av befintligt fönster med extra ljudruta  
 Byte av fönster och/eller friskluftsventiler  
 Isolering av fasad och/eller tak  
 Annat

## 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	Inte aktuellt
...förskola eller dagmamma?	<input type="checkbox"/>	<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 förskola/dagmamma, 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"/>

## Buller

**27. Om du tänker på de senaste 12 månaderna, i eller i närheten av din bostad, hur mycket störs eller besväras du av buller eller andra ljud från...**

*Med "i eller i närheten av" menas inomhus samt utomhus alldeles i närheten, t.ex. på balkongen, vid uteplats eller vid entrén.*

Markera ett alternativ på varje rad.

	Väldigt mycket	Mycket	Måttligt	Lite	Inte alls
... grannar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fläkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... nöjeslokaler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... vägtrafik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... tågtrafik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... flygtrafik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... industri?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... byggarbetsplats, vägarbete eller liknande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat buller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vad?

**28. 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" menas inomhus samt utomhus alldeles i närheten, t.ex. på balkongen, vid uteplats eller vid entrén.*

Markera ett alternativ 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 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"/>

## Matvanor

### 29. 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"/>

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

- Kommunalt vatten → *Gå till fråga 31*
- Vatten från egen grävd brunn
- Vatten från egen borrad brunn
- Gemensam brunn, t.ex. vattenförening, tomtägarförening eller samfällighet → *Gå till fråga 31*
- Dricker ej kranvatten → *Gå till fråga 31*

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

- Ja
- Nej → *Gå till fråga 31*
- Vet inte → *Gå till fråga 31*

### c. Om ja: Vilket var analyssvaret?

- Tjänligt
- Tjänligt med anmärkning
- Otjänligt
- Vet inte

## Kemikalier i produkter

### 31. 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Hälsa

32. Ungefär hur långt är ditt barn?

cirka  centimeter

Vet inte

33. Ungefär hur många kilo väger ditt barn?

cirka  kilo

Vet inte

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

- Mycket gott  
 Gott  
 Någorlunda  
 Dåligt  
 Mycket dåligt

35. Har ditt barn hörselnedsättning?

- Ja  
 Nej

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

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

37. 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

38. 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"/>

**39. a. Har ditt barn använt några mediciner mot astma de senaste 12 månaderna?**

- Ja  
 Nej —————> *Gå till fråga 40*

**b. Om ja: Vilka mediciner? Svara med alla alternativ som stämmer.**

	Regelbundet*	Vid behov	Under de senaste 2 veckorna
Luftrörsvidgande (t.ex. Bricanyl, Ventoline, Airmir, 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.

**40. a. Har ditt barn haft andningsbesvär de senaste 12 månaderna?**

*Med andningsbesvär menar vi att ditt barn har något av följande: besvärande hosta, pipande eller väsande andning.*

- Ja  
 Nej —————> *Gå till fråga 41*  
 Vet inte —————> *Gå till fråga 41*

**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

**41. 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"/> Klorlukt 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                                   |  |

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

- Ja  
 Nej —————> Gå till fråga 43  
 Vet inte —————> Gå till fråga 43

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

- Ja  
 Nej  
 Vet inte

43. 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 |

44. 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 45

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



dagar

45. Är ditt barn allergiskt eller känsligt/överkänsligt mot något av följande och hur allvarliga är i så fall barnets besvär (efter medicinering om barnet tar någon medicin)?

*Markera ett alternativ på varje rad.*

	Ja, svåra besvär	Ja, lätta besvär	Ja, men med mindre besvär om barnet medicinerar	Nej
Pollen (lövträd, gräs, gråbo eller andra örter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Katt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvalster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mögel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mat eller dryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dofter från t.ex. parfym, rengöringsmedel, trycksvärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kosmetika eller produkter för hudvård och personlig hygien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46. a. Har ditt barn tagit håll i öronen eller gjort håll 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 håll för smycken?

år

47. Har ditt barn nickelallergi?

Ja

Nej

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

Ja

Nej → Gå till fråga 49

b. Om ja: Vid vilken ålder började handeksemet?

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 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 —————> Tack för att du svarade på enkäten! Du behöver inte svara på fler frågor.

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 eller deltagande i förskolan?

Ja, i hög grad

Ja, i någon mån

Nej, inte alls

**Tack för att du svarade på enkäten!**