

Den norske **mor og barn**-undersøkelsen



+

Spørreskjema før skolestart – ved ca. 5 år

+

I dette skjemaet stiller vi en del spørsmål som du sikkert vil kjenne igjen fra tidligere spørreskjemaer. Vi gjør dette fordi vi ønsker å følge opp ditt barns utvikling videre. Dette spørreskjemaet har spesielt fokus på barnets språk og læring og de ting som kan være viktig å vite før barna skal begynne på skolen. For å kunne sammenlikne våre funn med andre studier, vil du finne at noen spørsmål virker svært like fra en skala til en annen. Vi håper dere likevel har tålmodighet til å svare på alle spørsmålene.

Skjemaet skal leses av en maskin. Derfor er det viktig å bruke blå eller sort kulepenn og skrive tydelig.

- I de små avkrysningsboksene setter du *et kryss* for det svaret som du mener passer best, slik: ☒
- Hvis du mener at du har satt kryss i feil boks, kan du rette det ved å fylle boksen helt, slik: ☐

Oppgi dag, måned og år for utfylling av skjemaet

dag

måned

år

(skriv årstall med 4 tall, f.eks. 2009)

Barnets hverdag og miljø

1. Hva er barnets høyde og vekt nå for tiden?

Høyde cm Vekt kg

Oppgi dato for målingen i måned og år

måned

år

2. Hvem deler du husholdning med?

- ☐ Ektefelle/ partner
☐ Dine foreldre
☐ Dine svigerforeldre
☐ Barn
☐ Ingen

Andre, spesifiser: _____

+

3. Dersom det bor barn i husholdningen, hvor mange barn på hvilken alder?

Antall barn over 9 år

Antall barn fra 5 opp til 9 år

Antall barn som er 3 eller 4 år

Antall barn fra 0 opp til 3 år

+

4. Bor du sammen med barnets far?

- ☐ Ja ☐ Nei ☐ Har aldri bodd sammen med barnets far

Hvis NEI, hvor gammelt var barnet da dere flyttet fra hverandre?

år

5. Oppholder barnet seg i rom hvor noen røyker?

- ☐ Ja, daglig
☐ Ja, flere ganger i uken
☐ Ja, av og til
☐ Usikker
☐ Nei

Hvis daglig, antall timer per dag:

+

6. Hvor passes barnet på dagtid nå for tiden?

- ☐ Hjemme med mor/ far/ annen familie
☐ Dagmamma/ i park
☐ Familiebarnehage
☐ Privat barnehage
☐ Offentlig barnehage
☐ Annet, spesifiser _____

7. Hvor mange timer per uke passes barnet på dagtid av andre enn mor eller far?

timer

8. Hvis barnet passes annet sted enn hjemme, hvor mange voksne passes barnet av (f eks antall voksne i avdelingen)

voksne

9. Hvor mange barn blir passet sammen med barnet (hvis barnehage, hvor mange barn i samme avdeling)?

barn

10. Hvor gammelt var barnet da det startet i nåværende barnepassordning?

måneder

11. Hvor mange ganger har barnet byttet barnepassordning?

ganger

12. Mottar barnet ditt nå eller har det mottatt ekstra hjelp i barnehagen/ blitt tildelt ekstra ressurser?

- ☐ Nei ☐ Ja

Antall timer per uke

13. Hvordan trives barnet i nåværende barnepassordning?

- Svært dårlig ☐ Dårlig ☐ Både godt og dårlig ☐ Godt ☐ Svært godt ☐

14. Hvis barnet passes annet sted enn hjemme eller hos dagmamma, i hvor stor grad er du fornøyd med ulike sider ved barnepassordningen?

Kryss av for hver linje den vurdering du vil gi; fra svært misfornøyd til svært fornøyd

	+	Svært misfornøyd	Mer misfornøyd enn fornøyd	Både fornøyd og misfornøyd	Mer fornøyd enn misfornøyd	Svært fornøyd
1. Aktivitetsinnholdet i barnehagen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Barnehagens tilrettelegging for skoleforberedende aktiviteter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. De ansattes kompetanse til å gjøre en god jobb med ditt barn		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Barnehagens mattilbud? (sunn mat, riktig kosthold).....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Informasjon om hvordan ditt barn har det.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Media og spill

15. Har barnet TV på eget rom? ☐ Nei ☐ Ja

+

16. Hvor mange timer ser barnet på TV/DVD eller spiller PC/TV-spill?

	Ser aldri/ spiller aldri	Mindre enn 1 time	Fra 1 time og opp til 3 timer	Fra 3 timer og opp til 5 timer	5 timer eller mer
1. På en typisk ukedag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. På en typisk dag i helgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Hvor ofte bruker barnet?

	Daglig	4-6 dager i uken	2-3 dager i uken	1 dag i uken	Aldri/ sjelden
1. PC/datamaskin hjemme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. TV-spill/Håndholdte spill (f.eks. Playstation, Game Boy, PSP o.l.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. PC-/ TV spill hvor formålet er pedagogisk (lære skolerelevante ting)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bøker som aktivisering og underholdning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tegning/ maling ol. som aktivisering og underholdning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Barnets utvikling og sykdommer

18. Her følger spørsmål om sykdom og helseproblemer hos barnet. Har barnet nå eller har det noen gang hatt følgende langvarige sykdommer eller helseproblemer?

	+		Hvis ja, Ble sykdom/problem diagnostisert før 3 år		Hvis ja, Har barnet sykdom/ problem fremdeles	
	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja
1. Astma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pollenallergi/ høysnue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tetthet/piping i brystet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Epilepsi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cerebral parese.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nedsatt hørselsfunksjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Forsinket motorisk utvikling eller er klossete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Forsinket eller avvikende språkutvikling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Uvanlig urolig/ hyperaktiv/ ADHD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Oppmerksomhetsproblemer/ vansker med å konsentrere seg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Autisme/ autistiske trekk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Asperger syndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Atferdsproblemer (vanskelig og uregjerlig).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Emosjonelle vansker (trist eller engstelig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Nedsatt synsfunksjon (lappebehandling/ behov for briller daglig).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Annet, spesifiser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+	<input type="checkbox"/>

19. Mer om barnets helse

+

	Nei	Ja	Beskriv:
1. Har barnet hatt en ulykkesskade med påfølgende diagnose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Har barnet en lærevanske eller psykisk utviklingshemming?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beskriv:
3. Har barnet et syndrom eller er det mistanke om at det har det?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beskriv:
4. Har barnet hatt andre alvorlige, men kortvarige sykdommer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beskriv:
5. Har barnet noen gang vært vitne til at en i nær familie har blitt utsatt for vold?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beskriv:

20. Om milepæler i utviklingen (angi alder i antall måneder)

1. Når begynte barnet å si de første ord (utenom mamma og pappa)?

måneder

Gjør det ikke ennå

☐

2. Når begynte barnet å kombinere ord og snakke i setninger?

måneder

☐

+

3. Når sluttet barnet å bruke bleier på dagtid?

måneder

☐

4. Når sluttet barnet å bruke bleier om natten?

måneder

☐
21. Har en fagperson påvist at barnet nå eller tidligere har hatt redusert hørsel?
☐ Nei

☐ Ja

Hvis ja, ca. ved hvilken alder

☐ Før 18 mnd

☐ 18-36 mnd

☐ Etter 36 mnd

+

22. Har barnet vært henvist til følgende instanser

Nei

Ja

Habiliteringstjenesten ☐ ☐Barnepsykiatrisk poliklinikk/ avdeling ☐ ☐PP-tjenesten ☐ ☐

Hvis ja, hvorfor?

23. Har barnet ditt noen gang vært utredet for en språkforsinkelse eller andre vansker med språk/ tale eller kommunikasjon?
☐ Nei

☐ Ja
Hvis ja: Hva var konklusjonen fra utredningen (sett gjerne flere kryss):1. Alt var fint, ingen vansker ☐2. Bare forsinket i å bruke språk, god språkforståelse.. ☐3. Forsinket både i å bruke språk og i å forstå språk.... ☐4. Uttalevansker ☐5. Stammer eller stotrer ☐6. Annet ved språket: ☐

Beskriv: _____

24. Har noen i barnets nære familie nå eller tidligere hatt følgende vansker? (bare regn barnets biologiske slektninger).

Vi er spesielt interessert med hensyn til barnets søsken eller mor og far, barnets besteforeldre, onkler, tanter eller barnets søskenbarn.

Hvis ja, skriv hvilket slektskap det er til barnet

Nei

Ja

1. Vært sen til å begynne å snakke som barn ☐ ☐2. Hatt vansker med å lære å lese og skrive ☐ ☐3. Hatt vansker med å uttale lyder riktig som barn (førskolealderen) ☐ ☐**25. Om barnets uttale**

(Kryss av fra 1-5 hvor 1 er svært vanskelig og 5 er svært lett)

+

Svært vanskelig

1

2

Varierer

3

4

Svært lett

5

1. Hvor lett er det for deg å forstå hva barnet ditt sier? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐2. Hvor lett er det for de som ikke kjenner barnet ditt å forstå det barnet sier? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐**Kosttilskudd og spisevaner****26. Tar barnet ditt noe av følgende kosttilskudd? (Sett et kryss for hver linje for både antall ganger og mengde og oppgi merkenavn.)****Flytende kosttilskudd**

Antall ganger per uke

6-7

4-5

1-3

<1

0

Mengde per gang

1 ts

1 bs

1 ss

Tran ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐Omega-3, merke _____ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐Sanasol/Biovit ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐Annet flytende kosttilskudd, merke _____ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

+

Kapsler/tabletter

Antall ganger per uke

6-7

4-5

1-3

<1

0

Antall per gang

1

2

3+

Omega-3, merke _____ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐Tran ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐Multivitaminer, merke _____ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐Fluortabletter ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐Annet kosttilskudd, merke _____ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐Sjelden/
aldri1 gang
per uke2-3 ganger
per uke4-6 ganger
per ukeHver
dag**27. Hvor ofte spiser barnet frokost (hjemme eller i barnehagen)?**
☐
☐
☐
☐
☐

28. Vurder om dette stemmer for barnet ditt i løpet av de siste 6 månedene.

	Nei	Ja	
1. Har ditt barn noen gang spist så mye at de fleste ville være enig i at dette var en virkelig stor mengde mat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Har du hatt inntrykk av at barnet ditt ikke klarte å stoppe å spise, eller at barnet ikke kunne kontrollere hva eller hvor mye det spiste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+
	2 ganger i uken eller mer	1 gang i uken	Sjeldnere Aldri
3. Hvor ofte har ditt barn spist en virkelig stor mengde mat hvor du samtidig hadde inntrykk av at barnet ikke hadde kontroll?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Språk og førskoleaktiviteter

29. Om barnets evne til å følge med og fortelle

Her følger noen spørsmål om barns talespråk og hva de forstår. Kanskje har barnet ditt allerede gjort noen av de aktivitetene som blir beskrevet her og noen har barnet ikke begynt å gjøre ennå. Kryss av for hvert spørsmål det du synes passer for ditt barn.

	Ja	Av og til	Ikke ennå
1. Kan barnet fortelle deg minst to ting om en kjent gjenstand? Hvis du for eksempel sier: "Fortell meg om ballen din", vil da barnet svare noe slikt som "Den er rund, jeg kan kaste den, den er stor"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Uten at du hjelper barnet ved å peke eller gjenta, kan det gjøre tre ting som ikke hører sammen, når du ber om det? Gi alle tre beskjedene før barnet starter. Du kan for eksempel be barnet "klapp i hendene, gå til døren og sett deg", eller "gi meg pennen, åpne boken og reis deg opp"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bruker barnet fire- og femordssetninger? For eksempel: "jeg vil ha bilen."	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Når dere snakker om noe som har skjedd, bruker barnet da ord som viser til fortid, for eksempel gikk, lekte, eller løp? Still barnet spørsmål som: "Hvordan klarte du å komme deg til butikken?" ("Vi gikk"). "Hva gjorde du hos kameraten din?" ("Vi lekte").	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bruker barnet sammenliknende ord som høyere, sterkere, kortere? Still spørsmål til barnet som: "Du er høy, men mamma er _____?" (høyere); "En hund er sterk, men bjørnen er _____?" (sterkere); "Pinnen er kort, men fyrstikken er _____?" (kortere).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kan barnet svare på følgende spørsmål: 1. "Hva gjør du når du er sulten?" (Godtatte svar er for eksempel: "Finner mat", "spiser", "ber om noe å spise", eller "finner meg noe godt".) 2. "Hva gjør du når du er trøtt?" (Godtatte svar er for eksempel: "Tar en lur", "hviler", "sover", "går til sengs" eller "setter meg ned").	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kan barnet gjenta de følgende setningene uten feil? Du kan gjenta hver av setningene en gang. Kryss av for "ja" dersom barnet gjentar begge setningene uten feil, kryss "av og til" dersom barnet gjentar en av setningene uten feil. "Arne gjemte skoene for at Marit ikke skulle finne dem." "Per leste den blå boken som var under sengen hans."	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Hvilket morsmål har barnets mor og far og hvilke(t) språk snakker barnet?

	Mors morsmål	Fars morsmål	Hvilke(t) språk snakker barnet (sett gjerne flere kryss)
1. Norsk, svensk eller dansk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Andre nordiske språk (islandsk, finsk) eller samisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vesteuropaisk språk: (F.eks. tysk, engelsk, spansk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Andre språk (østeuropeiske, asiatiske, tyrkiske, afrikanske)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Om barnets språkerfaring.

Kryss av der det angis hvor stor andel av norsk eller annet språk som snakkes sammen med barnet.

	Bare norsk	Mer norsk enn annet språk	Like mye norsk som annet språk	Mer annet språk enn norsk	Bare annet språk
1. Hvilke språk snakker du sammen med barnet ditt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hvilke språk snakker din ektefell/samboer sammen med barnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hvilke språk snakker barnet med sine søsken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Forhold som henger sammen med språklige ferdigheter

Kryss av for hvert utsagn i forhold til hvor godt du synes det passer for ditt barn. Prøv å svare på alt selv om du ikke er helt sikker eller synes utsagnet virker rart. Er utsagnet bare delvis rett, krysses det av for tall mellom 1 og 5 avhengig av hvor godt du synes det passer for ditt barn.

	Passer ikke for barnet/helt feil	1	2	Passer både og	3	4	Passer godt for barnet/helt riktig	5
1. Glemmer ord som han/hun vet hva betyr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Blander sammen ord med lik mening (f.eks. skjorte, genser, jakke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Har vansker med å forstå hva vanlige ord betyr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Forts. neste side

+	Passer ikke for barnet/helt feil		Passer både og		Passer godt for barnet/helt riktig
	1	2	3	4	5
4. Har problemer med å svare på spørsmål like raskt som andre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Leter ofte etter de riktige ordene.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bruke ufullstendige setninger.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Bruker korte setninger når han/hun skal svare på spørsmål.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Har vansker med å gjenfortelle en historie han/hun har hørt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Blir fort sliten i situasjoner som krever språklig oppmerksomhet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Unøyaktig og lite presis når han/ hun skal forklare hva ord betyr (f.eks kan si hårgreie i stedet for kam).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Det virker som om det han/hun lærer ikke fester seg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Har vansker med å huske ting.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Vansker med å forstå hva andre sier.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Misforstår muntlige instruksjoner og beskjeder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Har problemer med å huske beskjeder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Misoppfatter situasjoner og hendelser.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Han/ hun er vanskelig å forstå.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Har problemer med å gi uttrykk for ønsker og behov.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Blir ikke forstått av andre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Tar sjelden initiativ til å snakke med andre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Har problemer med å uttale ord riktig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Mestrer ikke dialog med jevnaldrene.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Unngår helst å snakke med andre enn nær familie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Om barnets språklige kompetanse

Kryss av for hvor ofte du synes dette er typisk for barnet ditt.

	Sjelden eller aldri	En gang i blant	Regelmessig	Ofte eller bestandig
1. Det kan være vanskelig å avgjøre om det barnet snakker om er virkelighet eller fantasi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Det er vanskelig å forstå meningen i det barnet sier, selv om uttalen er tydelig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bruker ord som "han" og "det" uten å gjøre det klart hva eller hvem han/hun snakker om. Eksempel: Når han/hun forteller om en film, kan han/hun si " Han var kjempeflink", uten å forklare hvem "han" er.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Barnet stokker rekkefølgen når han/hun prøver å fortelle en historie eller noe som nylig har hendt. Dersom han /hun for eksempel skal fortelle om en film, kan han/hun starte med slutten i stedet for begynnelsen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Barnet forklarer på en klar og forståelig måte noe som har skjedd tidligere (for eksempel hva barnet gjorde i barnehagen, eller hva som skjedde under fotballkampen).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Barnet gir tydelig uttrykk for hva han/hun planlegger å gjøre i fremtiden (som for eksempel hva barnet skal gjøre i morgen eller hva barnet skal gjøre i ferien).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Bruker barnet lange setninger som inneholder ordet "at"?			Nei	Ja
F eks "Jeg så <u>at</u> Petter lekte med Sander", "Det var dumt <u>at</u> vi ikke fikk is".			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Bruker barnet lange setninger hvor ordet "som" forekommer?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F eks "Det var vi <u>som</u> kom først", "Anita, <u>som</u> jobber i barnehagen min, er veldig snill".....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bruker barnet de samme ordene (slang-uttrykk osv) som andre barn på samme alder?.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Om barnets førskoleaktiviteter

	Aldri	Sjelden	Noen ganger	Ofte	Svært ofte
1. Hvor flink er barnet ditt til å fortelle en historie?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hvor flink er barnet ditt til å formidle egne ønsker og behov slik at det blir forståelig for voksne og venner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I løpet av en typisk uke:					
3. Hvor ofte prøver du å lære barnet ditt å tegne bokstaver eller ord?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hvor ofte hjelper du barnet ditt med å klare å lese bokstaver og ord?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Er barnet ditt vanligvis interessert i å skrive bokstaver?	Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>			
6. Er barnet ditt vanligvis interessert i bøker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7. Klarer barnet ditt å lese enkle ord?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8. Klarer barnet ditt å lese enkle setninger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9. Klarer barnet ditt å skrive navnet sitt?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10. Hvor lenge orker barnet ditt å sitte i ro når han/hun blir lest for?					
Liker ikke i det hele tatt					<input type="checkbox"/>
5 minutter eller mindre.....					<input type="checkbox"/>
6-15 minutter					<input type="checkbox"/>
16-45 minutter					<input type="checkbox"/>
Mer enn 45 minutter					<input type="checkbox"/>
Blir ikke lest for					<input type="checkbox"/>

Om evne til formidling og interesse for andre

35. Om språkferdigheter

Kryss av for hvert utsagn i forhold til hvor godt du synes det passer for ditt barn. Prøv å svare på alt selv om du ikke er helt sikker eller synes utsagnet virker rart.

	Nei	Ja
1. Synes han/hun å ha en uvanlig god hukommelse for detaljer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kan han/hun holde en gjensidig samtale i gang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Har han/hun i det minste én god venn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Har han/hun uvanlig blikkontakt, ansiktsuttrykk, stemme eller kroppsspråk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Foretrekker han/hun fantasiaktiviteter som å spille skuespill eller fortelle historier fremfor tall eller opplisting av fakta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Er det viktig for han/hun å passe inn i gruppen med jevnaldrende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Har han/hun en tendens til å oppfatte ting bokstavelig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Har han/hun en litt spesiell kommunikasjonsstil, gammelmodig, litt formell eller pedantisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Har han/ hun en sterk interesse i noe som er et uvanlig tema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Liker han/hun å gjøre ting om igjen på samme måte hele tiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Synes han/hun at det er lett å delta i samspill med andre barn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Har han/hun stort sett de samme interesser som jevnaldrende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Er andre mennesker viktig for han/henne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Gjør eller sier han/hun ofte ting som er taktløst eller sosialt upassende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Er han/hun mest alene og har en tendens til å leke alene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Har han/hun noen uvanlige og gjentatte bevegelser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Er hans/hennes sosiale atferd svært ensidig og foregår det alltid på hans/hennes premisser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Er det av og til vanskelig for lytteren å få med sammenhengen, fordi barnet ikke forklarer hva han/hun prater om?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Bryr han/hun seg om hvordan andre oppfatter han/henne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Pleier han/hun heller å dreie samtalen inn på sine favorittemner enn å følge det andre vil snakke om?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. Om aktivitet og uro

Kryss av for hvert utsagn i hvilken grad det passer for barnet den siste måneden.

	Passer ikke	Passer litt	Passer bra	Passer veldig bra
1. Uoppmerksom, distraheres lett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Klarer ikke å holde på oppmerksomheten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fikler med hender og føtter, vrir seg i stolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Rotete eller uorganisert hjemme eller i barnehagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Deltar bare i det han/hun er veldig interessert i	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Problemer med konsentrasjonen eller oppmerksomheten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Unngår, uttrykker motvilje mot eller har problemer med å engasjere seg i noe som krever utholdenhet (for eksempel aktiviteter i barnehagen eller å hjelpe til hjemme)....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Blir distraheret når han/hun blir bedt om å gjøre noe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Konsentrasjonsproblemer i barnehagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Forlater plassen sin i gruppen i barnehagen eller i andre situasjoner der det forventes at en skal sitte rolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Følger ikke ordentlig med når ting forklares og gjør ikke ferdig oppgaver i barnehagen eller plikter hjemme (ikke på grunn av uvilje eller vansker med å forstå hva som skal gjøres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Blir lett frustrert ved anstrengelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Om motorikk

Kryss av for hver linje om barnet ditt mestrer aktivitetene nevnt under godt.

	Nei	Ja
1. Synes du barnet ditt går, løper og klatrer som andre barn på den samme alderen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Klarer å stå på én fot i minst 5 sekunder uten å vise problemer med å balansere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Klarer å hinke mange ganger på én fot uten støtte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kaster ball sammen med andre barn; kaster til dem og klarer å ta i mot ballen minst halvparten av gangene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Klarer selv å få fart i en huske og selv holde oppe farten i husken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sykler på tohjuls sykkel, med eller uten treningshjul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Legger selv et puslespill med 9 eller flere brikker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Når han/ hun tegner en firkant, så har den fine rette hjørner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Klipper med saks og klarer selv å følge strekene på en enkel figur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tegner tegninger av et menneske som både øyne, nese og munn samt armer, ben, hender og føtter (må ha med alle 7 delene for å svare JA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Fargelegger innenfor strekene i en fargeleggebok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Liker barnet å delta i aktiviteter eller i leker som krever gode motoriske ferdigheter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Om temperament og personlig stil

Hvor typisk er følgende atferd for ditt barn? (Kryss for hver linje.)

	Svært typisk	Ganske typisk	Både og	Lite typisk	Ikke typisk
1. Barnet er alltid på farten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Barnet er i aktivitet og løper omkring med en gang det våkner om morgenen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Barnet foretrekker rolige stillesittende leker framfor mer aktive.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Det skal lite til før barnet gråter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Det skal lite til før barnet hisser seg opp eller blir lei seg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Barnet reagerer intenst når det blir opphisset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Barnet er svært sosialt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Det tar lang tid før barnet blir vant til fremmede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Barnet er vennlig og tillitsfull mot fremmede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Barnet vil heller leke med andre enn å leke for seg selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Barnet liker å være sammen med andre mennesker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Barnet synes å være sammen med andre er morsommere enn noe annet ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

39. Om barnets evner og ferdigheter sammenliknet med jevnaldrende

Kryss av fra 1-5 for hver linje avhengig av hvor godt det passer for ditt barn

	Svært mye svakere		Typisk lik jevnaldrende		Svært mye flinkere
	1	2	3	4	5
1. Evne til å stille spørsmål ordentlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Evne til å svare på spørsmål ordentlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Evne til å si setninger klart nok til å bli forstått av fremmede.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Antall forskjellige ord han/hun kjenner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Evne til bruke de ordene han/hun kan på en riktig måte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Evne til å få formidlet et budskap til andre ved å snakke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Evne til å finne de riktige ordene når han/hun snakker med andre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Evne til å oppnå det han/hun vil gjennom å snakke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Evne til å starte en samtale i gang sammen med andre barn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Evne til å holde en samtale gående med andre barn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Lengden på setninger han/ hun bruker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Evne til å lage "voksenlignende" setninger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Evne til å si lydene i alle ord riktig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

40. Om barnets atferd og væremåte

Den følgende listen er utsagn som beskriver barns atferd og væremåte. I hvilken grad passer utsagnene for ditt barn vurdert slik det har vært de siste to månedene. (Kryss for hver linje.)

	Passer ikke	Passer litt/ noen ganger	Passer godt/ ofte
1. Redd for å prøve nye ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kan ikke konsentrere seg / være oppmerksom lengre tid av gangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kan ikke sitte stille, er urolig eller overaktiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tåler ikke å vente. Vil ha alt med en gang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Klenger på voksne eller er for avhengig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Gråter mye.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Trassig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ønsker må oppfylles med en gang.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Blir urolig av enhver forandring av rutine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Spiser dårlig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Det merkes ikke på barnet når han/hun har gjort noe galt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Er redd for visse dyr, situasjoner eller steder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Kommer ofte opp i krangel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Legger seg borti alt mulig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Blir alt for urolig når han/ hun blir skilt fra foreldrene.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Slår andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Nervøs, overfølsom eller anspent.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Grensesetting endrer ikke hans/ hennes atferd.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Skifter raskt fra en aktivitet til en annen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Magesmerter eller -krampe (uten medisinsk grunn).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+
21. For redd eller engstelig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Passer ikke	Passer litt/ noen ganger	Passer godt/ ofte
22. Ulykkelig, trist eller deprimert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Kaster opp (uten medisinsk grunn).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Klossete eller dårlig koordinasjon.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Barnet blir plaget/ mobbet av andre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41 Om bekymringer

+

+

	Nei	Ja
1. Er du bekymret for hvordan barnet ditt klarer å snakke og uttale lyder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Er du bekymret fordi barnet ditt er krevende og vanskelig å ha med å gjøre?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Er du bekymret fordi barnet ditt er lite interessert i å leke med andre barn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Er du bekymret fordi barnets aktivitetsnivå er så høyt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Har andre uttrykt bekymring for ditt barns atferd og utvikling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Mer om bekymringer

Samlet sett, synes du at barnet nå for tiden har vansker på ett eller flere av følgende områder:

språk, følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med andre?.....

Nei

Ja

☐☐

Hvis ja

Nei

Ja, litt

Ja, mye

1. Blir barnet selv forstyrret eller plaget av vanskene?..... ☐ ☐ ☐
2. Påvirker vanskene barnets daglige liv på noen av de følgende områder?
- Hjemme/ i familien ☐ ☐ ☐
 - Forhold til venner / samvær med jevnaldrende ☐ ☐ ☐
 - I barnehage/ park/hos dagmamma ☐ ☐ ☐
3. Fører vanskene til en belastning for deg eller familien som helhet?..... ☐ ☐ ☐
4. Hvis barnet har vansker, hvor gammelt var barnet da vanskene startet? , år

Spørsmål om deg selv

43. Hva er din høyde og vekt nå for tiden?

Høyde cm Vekt , kg

+

44. Røyker du nå for tiden? Hvis ja, hvor mange sigaretter?

☐ Nei☐ Av og til sigaretter per uke☐ Daglig sigaretter per dag

45. Har du hatt en alvorlig sykdom eller plage som har oppstått de siste 5 årene? (hjertesykdom, kreft, muskelsykdom, alvorlig kronisk sykdom som astma eller diabetes, psykisk sykdom, funksjonshemming eller annet)

☐ Nei ☐ JaHvis **nei**, fortsett med spørsmål 47 på neste side

+

Hvis ja,

Oppgi hvilke(n) sykdom og kryss av om det er stilt en diagnose hos en lege og om du har vært innlagt på sykehus for denne idelsen.

Hvis du har blitt frisk oppgi alderen når du ble frisk.

Skriv navnet på sykdommen	Lege stilt diagnose	Sykehus- innleggelse		Hvis du er blitt frisk, omtrent hvor gammel var du
	Ja	Ja	Nei	
1. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> år
2. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> år
3. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> år
4. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> år

+

46. Har denne eller disse sykdommene / plagene gjort det vanskelig for deg å fungere i ditt daglige liv?

☐ Nei

☐ Ja, litt

☐ Ja, en god del

☐ Ja, svært mye

+

47. Hvor mye har problemer med din fysiske eller psykiske helse hindret deg i arbeid eller sosiale aktiviteter med familie eller venner?

+

[illegible]

48. Har du i løpet av de siste 2 ukene vært plaget med noe av de følgende? (Sett ett kryss for hver linje.)

	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget
1. Stadig redd eller engstelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nervøsitet, indre uro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Følelse av håpløshet med hensyn til framtiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nedtrykt, tungsindig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mye bekymret eller urolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Følelse av at alt er et slit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Føler deg anspent eller oppjaget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Plutselig frykt uten grunn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

49. Hvis du har en ektefelle/ samboer/ partner, hvor enig er du i disse beskrivelsene? (Sett ett kryss for hver linje.)

[illegible]

+

50. Kryss av for om du er enig eller uenig i følgende påstander. (Sett ett kryss for hver linje.)

	Svært enig	Enig	Verken enig eller uenig	Uenig	Svært uenig
1. Når jeg spør barna mine om å gjøre noe, forventer jeg at det blir gjort med en gang uten spørsmål.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Andre foreldre burde bruke mer makt for å få barna sine til å oppføre seg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Smarte foreldre bør lære barna sine tidlig nøyaktig hvem som er sjefen i familien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. De fleste problemer i samfunnet ville blitt løst dersom foreldre ville la barna sine selv velge sine egne aktiviteter, ta egne avgjørelser og følge sine ønsker når de vokser opp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jeg lar barna mine bestemme de fleste ting for seg selv uten mye hjelp fra meg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jeg styrer ikke oppførselen, aktivitetene eller ønskene til barna mine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

51. Kryss av om du er enig eller uenig i de følgende påstander

(Sett kryss for hver linje fra helt uenig til helt enig)

[illegible]

52. Har du i løpet av de siste årene opplevd noe av det følgende?

	Nei	Ja, i løpet av det siste året	Ja, for 2-5 år siden	
1. Har du hatt problemer på arbeidsplassen eller der du utdanner deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Har du hatt økonomiske problemer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Ble du skilt, separert eller avbrøt samlivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+
4. Har du hatt problemer eller konflikter med familie, venner eller naboer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Har du vært alvorlig bekymret for om det er noe galt med barnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Har du vært alvorlig syk eller skadet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Har en av dine nærmeste vært alvorlig syk eller skadet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Har du vært utsatt for alvorlig ulykke, brann eller grovt tyveri?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Har du selv blitt utsatt for mishandling eller misbruk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Har du mistet en som sto deg nær?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Andre alvorlige hendelser/ opplevelser du har hatt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Beskriv:

53. Har noen av hendelsene nevnt i forrige spørsmål påvirket deg slik at du har blitt sykemeldt eller ikke klart å fungere i hverdagen/ jobb?

☐ Nei ☐ Ja

+

+

Kommentarer

Har du husket å fylle ut dato for utfylling av skjema på side 1?

Tusen takk for at dere fortsatt er med i Den norske mor og barn undersøkelsen!

+

+