

undersøkelsen

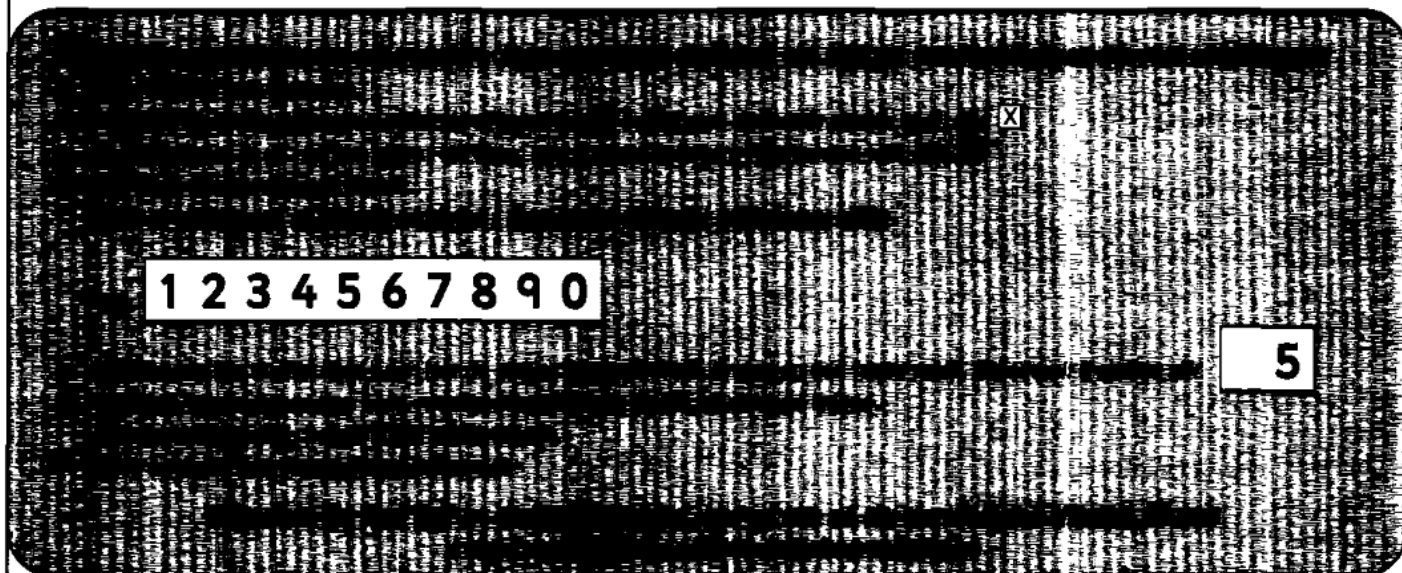


Spørreskjema 6 – Når barnet er 36 måneder



I dette spørreskjemaet stiller vi en del spørsmål som du kanskje vil kjenne igjen fra tidligere spørreskjemaer. Vi gjør dette fordi vi ønsker å følge din og barnets utvikling videre. Det er fint om du finner frem barnets Helsekort, slik at du kan benytte opplysningene som står der.

Hvis du synes at et spørsmål er for ubehagelig eller vanskelig å svare på kan du la være å svare på det spørsmålet og gå videre til det neste.



1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

5

Oppgi dag, måned og år for utfylling av skjemaet

dag

måned

år

(skriv årstall med 4 tall, f.eks. 2005)



Utvikling, sykdom og helse hos barnet

1. Hva er barnets høyde og vekt (uten klær) nå ved 3 år? Dersom du vet barnets høyde og vekt ved 2 år og 15-18 måneders alder, oppgi disse målingene også. (Hvis ikke du vet disse, gå videre til neste spørsmål.) Oppgi dato for målingene og kryss av om du har foretatt målingene selv.

	Dato for måling			Lengde		Vekt	Målt selv
Ca. 3 år	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	<input type="text"/>	kg
Ca. 2 år	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	<input type="text"/>	kg
Ca. 15-18 mnd.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	<input type="text"/>	kg
	dag	måned	år				

2. Hvor mange måneder var barnet da det tok sine første skritt uten støtte?

mnd

 år ikke ennå uten støtte.


"LNRT"

Nå følger spørsmål om sykdom og helseproblemer hos barnet. Først spør vi om mer langvarige plager, og deretter om sykdommer og plager av mer forbigående type.



3. Har barnet hatt langvarig sykdom eller helseproblemer siden barnet var 18 måneder?

Helseproblem	Nei	Ja, har nå	Ja, hadde tidligere	Hvis ja, er barnet henvist til spesialist	
				Nei	Ja
1. Nedsatt hørsel	"Y_3.1.1"	"Y_3.1.2"	"Y_3.1.3"	"Y_3.1.4"(1)"	"Y_3.1.4"(2)"
2. Nedsatt syn	"Y_3.2.1"	"Y_3.2.2"	"Y_3.2.3"	"Y_3.2.4"(1)"	"Y_3.2.4"(2)"
3. Forsinket motorisk utvikling (f.eks. sitter/går sent) ..	"Y_3.3.1"	"Y_3.3.2"	"Y_3.3.3"	"Y_3.3.4"(1)"	"Y_3.3.4"(2)"
4. Cerebral parese	"Y_3.4.1"	"Y_3.4.2"	"Y_3.4.3"	"Y_3.4.4"(1)"	"Y_3.4.4"(2)"
5. Leddproblemer	"Y_3.5.1"	"Y_3.5.2"	"Y_3.5.3"	"Y_3.5.4"(1)"	"Y_3.5.4"(2)"
6. Diabetes	"Y_3.6.1"	"Y_3.6.2"	"Y_3.6.3"	"Y_3.6.4"(1)"	"Y_3.6.4"(2)"
7. For liten vektøkning	"Y_3.7.1"	"Y_3.7.2"	"Y_3.7.3"	"Y_3.7.4"(1)"	"Y_3.7.4"(2)"
8. For stor vektøkning	"Y_3.8.1"	"Y_3.8.2"	"Y_3.8.3"	"Y_3.8.4"(1)"	"Y_3.8.4"(2)"
9. Hjerterfeil	"Y_3.9.1"	"Y_3.9.2"	"Y_3.9.3"	"Y_3.9.4"(1)"	"Y_3.9.4"(2)"
10. Testiklene ikke kommet ned i pungen	"Y_3.10.1"	"Y_3.10.2"	"Y_3.10.3"	"Y_3.10.4"(1)"	"Y_3.10.4"(2)"
11. Astma	"Y_3.11.1"	"Y_3.11.2"	"Y_3.11.3"	"Y_3.11.4"(1)"	"Y_3.11.4"(2)"
12. Allergi i øyne eller nese, f.eks. høyenuse	"Y_3.12.1"	"Y_3.12.2"	"Y_3.12.3"	"Y_3.12.4"(1)"	"Y_3.12.4"(2)"
13. Atopisk eksem (barneeksem)	"Y_3.13.1"	"Y_3.13.2"	"Y_3.13.3"	"Y_3.13.4"(1)"	"Y_3.13.4"(2)"
14. Annen eksem	"Y_3.14.1"	"Y_3.14.2"	"Y_3.14.3"	"Y_3.14.4"(1)"	"Y_3.14.4"(2)"
15. Ofte diare	"Y_3.15.1"	"Y_3.15.2"	"Y_3.15.3"	"Y_3.15.4"(1)"	"Y_3.15.4"(2)"
16. Ofte magesmerter	"Y_3.16.1"	"Y_3.16.2"	"Y_3.16.3"	"Y_3.16.4"(1)"	"Y_3.16.4"(2)"
17. Metallergi/intoleranse	"Y_3.17.1"	"Y_3.17.2"	"Y_3.17.3"	"Y_3.17.4"(1)"	"Y_3.17.4"(2)"
18. Andre mage- tarm problemer	"Y_3.18.1"	"Y_3.18.2"	"Y_3.18.3"	"Y_3.18.4"(1)"	"Y_3.18.4"(2)"
19. Forsinket eller avvikende språkutvikling	"Y_3.19.1"	"Y_3.19.2"	"Y_3.19.3"	"Y_3.19.4"(1)"	"Y_3.19.4"(2)"
20. Søvnproblemer	"Y_3.20.1"	"Y_3.20.2"	"Y_3.20.3"	"Y_3.20.4"(1)"	"Y_3.20.4"(2)"
21. Kontaktvansker	"Y_3.21.1"	"Y_3.21.2"	"Y_3.21.3"	"Y_3.21.4"(1)"	"Y_3.21.4"(2)"
22. Hyperaktivitet	"Y_3.22.1"	"Y_3.22.2"	"Y_3.22.3"	"Y_3.22.4"(1)"	"Y_3.22.4"(2)"
23. Autistiske trekk	"Y_3.23.1"	"Y_3.23.2"	"Y_3.23.3"	"Y_3.23.4"(1)"	"Y_3.23.4"(2)"
24. Andre atferdsproblemer	"Y_3.24.1"	"Y_3.24.2"	"Y_3.24.3"	"Y_3.24.4"(1)"	"Y_3.24.4"(2)"
25. Annen langvarig sykdom/ tilstand	"Y_3.25.1"	"Y_3.25.2"	"Y_3.25.3"	"Y_3.25.4"(1)"	"Y_3.25.4"(2)"

Hvilken dag?



4. Hvis barnet har vært hos spesialist eller på sykehus, hva viste undersøkelsen?

["Y_4.1"\(1\)"](#) har i orden

["Y_4.1"\(2\)"](#) tatt tvil/ utredes videre

["Y_4.1"\(3\)"](#) ikke vært til undersøkelse ennå

["Y_4.2.1"](#)

["Y_4.2.1"](#) diagnose I:

["Y_4.3.2"](#)

["Y_4.3.1"](#) diagnose II:

["Y_4.4.2"](#)

["Y_4.4.1"](#) diagnose III:

5. Hvis barnet har en alvorlig eller langvarig sykdom, beskriv eventuelt nærmere:

["Y_5"](#)

6. Har barnet ditt vært utsatt for eller vært involvert i en alvorlig hendelse?

["Y_6"\(1\)"](#)

["Y_6"\(2\)"](#)



7. Hvis ja, beskriv:

["Y_7"](#)

8. Synes du det har påvirket barnets væremåte eller utvikling?

["Y_8"\(1\)"](#)

["Y_8"\(2\)"](#)



9. Har barnet hatt følgende forbigående sykdom/helseproblem siden det var 18 måneder? +

(Oppgi hvor mange ganger, og om barnet har vært innlagt eller til undersøkelse på sykehus for dette helseproblemet.)

	Nei	Ja	Antall ganger	Hvis ja, har barnet vært innlagt eller til undersøkelse på sykehus?	
				Nei	Ja
1. Forkjølelse	<input (1)"="" type="text" value="Y_9 1 1"/>	<input (2)"="" type="text" value="Y_9 1 1"/>	<input type="text" value="Y_9 1 2"/>	<input (1)"="" type="text" value="Y_9 1 3"/>	<input (2)"="" type="text" value="Y_9 1 3"/>
2. Halsbetennelse med påviste streptokokker	<input (1)"="" type="text" value="Y_9 2 1"/>	<input (2)"="" type="text" value="Y_9 2 1"/>	<input type="text" value="Y_9 2 2"/>	<input (1)"="" type="text" value="Y_9 2 3"/>	<input (2)"="" type="text" value="Y_9 2 3"/>
3. Annen halsbetennelse	<input (1)"="" type="text" value="Y_9 3 1"/>	<input (2)"="" type="text" value="Y_9 3 1"/>	<input type="text" value="Y_9 3 2"/>	<input (1)"="" type="text" value="Y_9 3 3"/>	<input (2)"="" type="text" value="Y_9 3 3"/>
4. Ørebetennelse	<input (1)"="" type="text" value="Y_9 4 1"/>	<input (2)"="" type="text" value="Y_9 4 1"/>	<input type="text" value="Y_9 4 2"/>	<input (1)"="" type="text" value="Y_9 4 3"/>	<input (2)"="" type="text" value="Y_9 4 3"/>
5. Falsk krupp	<input (1)"="" type="text" value="Y_9 5 1"/>	<input (2)"="" type="text" value="Y_9 5 1"/>	<input type="text" value="Y_9 5 2"/>	<input (1)"="" type="text" value="Y_9 5 3"/>	<input (2)"="" type="text" value="Y_9 5 3"/>
6. Bronkitt	<input (1)"="" type="text" value="Y_9 6 1"/>	<input (2)"="" type="text" value="Y_9 6 1"/>	<input type="text" value="Y_9 6 2"/>	<input (1)"="" type="text" value="Y_9 6 3"/>	<input (2)"="" type="text" value="Y_9 6 3"/>
7. Lungebetennelse	<input (1)"="" type="text" value="Y_9 7 1"/>	<input (2)"="" type="text" value="Y_9 7 1"/>	<input type="text" value="Y_9 7 2"/>	<input (1)"="" type="text" value="Y_9 7 3"/>	<input (2)"="" type="text" value="Y_9 7 3"/>
8. Omgangssyke/diaré	<input (1)"="" type="text" value="Y_9 8 1"/>	<input (2)"="" type="text" value="Y_9 8 1"/>	<input type="text" value="Y_9 8 2"/>	<input (1)"="" type="text" value="Y_9 8 3"/>	<input (2)"="" type="text" value="Y_9 8 3"/>
9. Urinveisinfeksjon	<input (1)"="" type="text" value="Y_9 9 1"/>	<input (2)"="" type="text" value="Y_9 9 1"/>	<input type="text" value="Y_9 9 2"/>	<input (1)"="" type="text" value="Y_9 9 3"/>	<input (2)"="" type="text" value="Y_9 9 3"/>
10. Hjerne(hinne)betennelse / meningitt	<input (1)"="" type="text" value="Y_9 10 1"/>	<input (2)"="" type="text" value="Y_9 10 1"/>	<input type="text" value="Y_9 10 2"/>	<input (1)"="" type="text" value="Y_9 10 3"/>	<input (2)"="" type="text" value="Y_9 10 3"/>
11. Feberkramper	<input (1)"="" type="text" value="Y_9 11 1"/>	<input (2)"="" type="text" value="Y_9 11 1"/>	<input type="text" value="Y_9 11 2"/>	<input (1)"="" type="text" value="Y_9 11 3"/>	<input (2)"="" type="text" value="Y_9 11 3"/>
12. Andre kramper (uten feber)	<input (1)"="" type="text" value="Y_9 12 1"/>	<input (2)"="" type="text" value="Y_9 12 1"/>	<input type="text" value="Y_9 12 2"/>	<input (1)"="" type="text" value="Y_9 12 3"/>	<input (2)"="" type="text" value="Y_9 12 3"/>
13. Skade eller ulykke	<input (1)"="" type="text" value="Y_9 13 1"/>	<input (2)"="" type="text" value="Y_9 13 1"/>	<input type="text" value="Y_9 13 2"/>	<input (1)"="" type="text" value="Y_9 13 3"/>	<input (2)"="" type="text" value="Y_9 13 3"/>
14. Annet <input type="text" value="Y_9 14 4"/>	<input (1)"="" type="text" value="Y_9 14 1"/>	<input (2)"="" type="text" value="Y_9 14 1"/>	<input type="text" value="Y_9 14 2"/>	<input (1)"="" type="text" value="Y_9 14 3"/>	<input (2)"="" type="text" value="Y_9 14 3"/>



10. Hvis barnet har vært til undersøkelse eller innlagt på sykehus, oppgi navn på sykehus:

Navn på sykehus:

Navn på sykehus:

Navn på sykehus:

Navn på sykehus:

11. Har barnet vært henvist til følgende instanser siden 18 måneders alder?

	Nei	Ja
Habiliteringstjenesten	<input (1)"="" type="text" value="Y_11 1"/>	<input (2)"="" type="text" value="Y_11 1"/>
PP-tjenesten	<input (1)"="" type="text" value="Y_11 2"/>	<input (2)"="" type="text" value="Y_11 2"/>
Barnepsykiatrisk poliklinikk/avdeling ..	<input (1)"="" type="text" value="Y_11 3"/>	<input (2)"="" type="text" value="Y_11 3"/>

12. Har barnet brukt noen medisiner de siste 12 måneder? (Dette gjelder alle typer medisiner, også febernedsettende medisin, naturmedisiner og urtepreparater)



LNR03

13. Hvis ja, oppgi navn på medisinene, hvor lange barnet til sammen har brukt disse medisinene og om det bruker dem nå.

Navn på medisin:	Varighet av bruk					Brukes medisinene nå?	
	0-2 uker	3-4 uker	1-2 mnd	3-6 mnd	7-12 mnd	Nei	Ja
<u>Y 13 1 1</u>	<u>Y 13 1 2" (1)</u>	<u>Y 13 1 2" (2)</u>	<u>Y 13 1 2" (3)</u>	<u>Y 13 1 2" (4)</u>	<u>Y 13 1 2" (5)</u>	<u>Y 13 1 3" (1)</u>	<u>Y 13 1 3" (2)</u>
<u>Y 13 2 1</u>	<u>Y 13 2 2" (1)</u>	<u>Y 13 2 2" (2)</u>	<u>Y 13 2 2" (3)</u>	<u>Y 13 2 2" (4)</u>	<u>Y 13 2 2" (5)</u>	<u>Y 13 2 3" (1)</u>	<u>Y 13 2 3" (2)</u>
<u>Y 13 3 1</u>	<u>Y 13 3 2" (1)</u>	<u>Y 13 3 2" (2)</u>	<u>Y 13 3 2" (3)</u>	<u>Y 13 3 2" (4)</u>	<u>Y 13 3 2" (5)</u>	<u>Y 13 3 3" (1)</u>	<u>Y 13 3 3" (2)</u>
<u>Y 13 4 1</u>	<u>Y 13 4 2" (1)</u>	<u>Y 13 4 2" (2)</u>	<u>Y 13 4 2" (3)</u>	<u>Y 13 4 2" (4)</u>	<u>Y 13 4 2" (5)</u>	<u>Y 13 4 3" (1)</u>	<u>Y 13 4 3" (2)</u>

14. Har barnet fått noen vaksiner siden du fylte ut forrige skjema (ved ca 18 mnd, evt. ca 6 mnd.)?

Y 14" (1) Y 14" (2)



15. Hvis ja, oppgi hvilken vaksine og når barnet fikk den.



Type vaksine:

Y 15 1 1

Y 15 2 1

Y 15 3 1

Dato gitt:

<u>Y 15 1 2</u>	<u>Y 15 1 3</u>	<u>Y 15 1 4</u>
<u>Y 15 2 2</u>	<u>Y 15 2 3</u>	<u>Y 15 2 4</u>
dag	måned	år
<u>Y 15 3 2</u>	<u>Y 15 3 3</u>	<u>Y 15 3 4</u>

16. Får barnet nå for tiden tran, vitaminer eller annet kosttilskudd?



Ja, daglig Av og til Nei

1. Tran
2. Fluortabletter
3. Vitaminpreparat, hvilke? Y 16 3 2
4. Jerntilskudd, hvilket? Y 16 4 2
5. Annet kosttilskudd, hvilke? Y 16 5 2

<u>Y 16 1" (1)</u>	<u>Y 16 1" (2)</u>	<u>Y 16 1" (3)</u>
<u>Y 16 2" (1)</u>	<u>Y 16 2" (2)</u>	<u>Y 16 2" (3)</u>
<u>Y 16 3 1" (1)</u>	<u>Y 16 3 1" (2)</u>	<u>Y 16 3 1" (3)</u>
<u>Y 16 4 1" (1)</u>	<u>Y 16 4 1" (2)</u>	<u>Y 16 4 1" (3)</u>
<u>Y 16 5 1" (1)</u>	<u>Y 16 5 1" (2)</u>	<u>Y 16 5 1" (3)</u>

Utvikling og mestring hos barnet

I denne delen vil du finne noen spørsmål gjentatt i ulik form. Dette gjør vi slik at vi kan sammenlikne barns utvikling med andre liknende undersøkelser, og prøve ut den beste måten å spørre på. Spørsmålene skal dekke barn som har kommet ulikt langt i utviklingen. Vi ber deg svare på alle spørsmålene så godt du kan, selv om ikke alt passer så godt for ditt barn.

17. Om barnets motoriske utvikling. (Kryss av for hver linje.)

- | | Ja | Noen ganger | Ikke ennå |
|--|--------------------|--------------------|--------------------|
| 1. Uten å holde seg i noe for å få støtte, kan barnet sparke en ball ved å svinge benet framover? | <u>Y 17 1" (1)</u> | <u>Y 17 1" (2)</u> | <u>Y 17 1" (3)</u> |
| 2. Kan barnet ta imot en stor ball med begge hender? | <u>Y 17 2" (1)</u> | <u>Y 17 2" (2)</u> | <u>Y 17 2" (3)</u> |
| 3. Når barnet tegner, holder det blyanten eller fargestiften mellom fingrene og tommelen slik voksne gjør? | <u>Y 17 3" (1)</u> | <u>Y 17 3" (2)</u> | <u>Y 17 3" (3)</u> |
| 4. Kan barnet knappe opp en eller flere knapper? | <u>Y 17 4" (1)</u> | <u>Y 17 4" (2)</u> | <u>Y 17 4" (3)</u> |

18. Om barnets språkfærdigheter. (Kryss av for det alternativet som best beskriver barnets vanlige bruk av språk.)

- Y 18" (1) Y 18" (2) Y 18" (3) Y 18" (4) Y 18" (5) Y 18" (6)
1. Y 18" (1) Y 18" (2) Y 18" (3) Y 18" (4) Y 18" (5) Y 18" (6)
2. Y 18" (1) Y 18" (2) Y 18" (3) Y 18" (4) Y 18" (5) Y 18" (6)
3. Y 18" (1) Y 18" (2) Y 18" (3) Y 18" (4) Y 18" (5) Y 18" (6)
4. Y 18" (1) Y 18" (2) Y 18" (3) Y 18" (4) Y 18" (5) Y 18" (6)
5. Y 18" (1) Y 18" (2) Y 18" (3) Y 18" (4) Y 18" (5) Y 18" (6)
6. Y 18" (1) Y 18" (2) Y 18" (3) Y 18" (4) Y 18" (5) Y 18" (6)



19. Om barnets kroppsspråk. (Kryss av på hver linje for det svar du synes passer best for barnet.)



Ja,
vanligvis Svært
sjelden Ikke
ennå

- | | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. Når du oppmuntrende sier «Hvor er bamsen (eller annen leke)?», vil barnet da peke mot leken selv om den er over 1 meter unna? | <input type="checkbox"/> 19.1"1 | <input type="checkbox"/> 19.1"2 | <input type="checkbox"/> 19.1"3 |
| 2. Når du ser ut i rommet og oppstemt og forbauset sier «Neimen, hva skjer?» - snur han/hun ansiktet i samme retning som deg med en gang? | <input type="checkbox"/> 19.2"1 | <input type="checkbox"/> 19.2"2 | <input type="checkbox"/> 19.2"3 |
| 3. Bruker barnet lyder eller ord samtidig med at han/hun bruker gester (f.eks. når han/hun peker eller strekker hånden mot en ting) | <input type="checkbox"/> 19.3"1 | <input type="checkbox"/> 19.3"2 | <input type="checkbox"/> 19.3"3 |
| 4. Viser barnet deg en leke ved å se på deg og holde leken opp mot ansiktet ditt? (f.eks. fra avstand løfter leken mot deg slik at du kan se på den) | <input type="checkbox"/> 19.4"1 | <input type="checkbox"/> 19.4"2 | <input type="checkbox"/> 19.4"3 |

20. Om barnets sosiale mestring.

(Kryss av for hvert utsagn og angi om du synes det stemmer eller ikke.)

Stemmer
ikke Stemmer
delvis Stemmer
helt

- | | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. Barnet deler gjerne med andre barn (godteri, leker, fargestift og lignende) | <input type="checkbox"/> 20.1"1 | <input type="checkbox"/> 20.1"2 | <input type="checkbox"/> 20.1"3 |
| 2. Barnet er hjelpsomt hvis noen har slått seg, er lei seg eller føler seg dårlig | <input type="checkbox"/> 20.2"1 | <input type="checkbox"/> 20.2"2 | <input type="checkbox"/> 20.2"3 |
| 3. Barnet er omtenkstomt, tar hensyn til andre menneskers følelser | <input type="checkbox"/> 20.3"1 | <input type="checkbox"/> 20.3"2 | <input type="checkbox"/> 20.3"3 |
| 4. Barnet er snill mot yngre barn | <input type="checkbox"/> 20.4"1 | <input type="checkbox"/> 20.4"2 | <input type="checkbox"/> 20.4"3 |
| 5. Barnet tilbyr seg ofte å hjelpe andre (foreldre, andre barn, i barnehagen) | <input type="checkbox"/> 20.5"1 | <input type="checkbox"/> 20.5"2 | <input type="checkbox"/> 20.5"3 |
| 6. Barnet er svært oppmerksom når du prøve å lære ham/henne noe nytt | <input type="checkbox"/> 20.6"1 | <input type="checkbox"/> 20.6"2 | <input type="checkbox"/> 20.6"3 |



21. Om å forstå hva andre sier og selv kunne formidle seg.

(Kryss av på hver linje for det svar du synes passer best for barnet.)

Ja Noen
ganger Ikke
ennå

- | | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. Uten at du først viser, peker barnet på riktig bilde når du sier «Vis meg kattungen» eller spør «Hvor er hunden»? Barnet trenger bare å peke på ett riktig bilde. | <input type="checkbox"/> 21.1"1 | <input type="checkbox"/> 21.1"2 | <input type="checkbox"/> 21.1"3 |
| 2. Når du ber barnet peke på øye, nese, hår, føtter, ører og så videre, peker det da riktig på minst sju kroppsdeler? (Barnet kan peke enten på seg selv, på deg eller på en dukke.) | <input type="checkbox"/> 21.2"1 | <input type="checkbox"/> 21.2"2 | <input type="checkbox"/> 21.2"3 |
| 3. Bruker barnet setninger som består av tre eller fire ord? | <input type="checkbox"/> 21.3"1 | <input type="checkbox"/> 21.3"2 | <input type="checkbox"/> 21.3"3 |
| 4. Uten at du gir hjelp ved å peke eller vise, hvis du ber barnet: «Legg boken på bordet» og «Sett skoene under stolen», gjør barnet begge deler riktig? | <input type="checkbox"/> 21.4"1 | <input type="checkbox"/> 21.4"2 | <input type="checkbox"/> 21.4"3 |
| 5. Når dere ser i en billedbok, forteller barnet om hva som skjer eller hva noen gjør på bildet? (For eksempel: Sier barnet «bjeffe», «løpe», «spise» og «gråte»?)
Du kan godt spørre «Hva er det hunden (gutten) gjør?» | <input type="checkbox"/> 21.5"1 | <input type="checkbox"/> 21.5"2 | <input type="checkbox"/> 21.5"3 |
| 6. Kan barnet fortelle deg minst to ting om en kjent gjenstand? Hvis du f.eks 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"/> 21.6"1 | <input type="checkbox"/> 21.6"2 | <input type="checkbox"/> 21.6"3 |

22. Om kroppsspråk og andre måter å formidle seg til andre. (Vi spør hvordan barnet vanligvis er. Hvis noe skjer sjelden, f.eks. du bare har sett det skje en eller to ganger, kryss av for nei. Kryss av for hver linje.)

Ja Nei

- | | | |
|--|----------------------------------|----------------------------------|
| 1. Reagerer barnet en av de to første gangene du sier navnet hans/hennes? | <input type="checkbox"/> 22.1"1 | <input type="checkbox"/> 22.1"2 |
| 2. Hender det at barnet kommer bort til deg med ting for å vise deg noe? | <input type="checkbox"/> 22.2"1 | <input type="checkbox"/> 22.2"2 |
| 3. Hermer barnet etter deg, for eksempel når du gjør grimaser? | <input type="checkbox"/> 22.3"1 | <input type="checkbox"/> 22.3"2 |
| 4. Hender det noen gang at barnet bruker pekefingeren og peker for å vise sin interesse for noe? | <input type="checkbox"/> 22.4"1 | <input type="checkbox"/> 22.4"2 |
| 5. Er barnet interessert i andre barn? | <input type="checkbox"/> 22.5"1 | <input type="checkbox"/> 22.5"2 |
| 6. Hvis du peker på en leke på den andre siden av rommet, ser barnet på den? | <input type="checkbox"/> 22.6"1 | <input type="checkbox"/> 22.6"2 |
| 7. Er det lett å få øyekontakt med barnet? | <input type="checkbox"/> 22.7"1 | <input type="checkbox"/> 22.7"2 |
| 8. Når noen snakker til barnet, reagerer hun/han da med å se opp, lytte, smile, snakke eller bable? | <input type="checkbox"/> 22.8"1 | <input type="checkbox"/> 22.8"2 |
| 9. Virker det noen gang som om barnet er overømfintlig for lyder (f.eks. holder seg for ørene)? | <input type="checkbox"/> 22.9"1 | <input type="checkbox"/> 22.9"2 |
| 10. Velger barnet bare noen svært få, bestemte leker eller ting selv om du prøver å få han/henne interessert i flere ting? | <input type="checkbox"/> 22.10"1 | <input type="checkbox"/> 22.10"2 |
| 11. Vinker barnet til noen for å hilse eller si adjø? | <input type="checkbox"/> 22.11"1 | <input type="checkbox"/> 22.11"2 |
| 12. Tåler barnet å slå seg mye uten at det ser ut til at han/hun bryr seg (har en høy smerteterskel)? | <input type="checkbox"/> 22.12"1 | <input type="checkbox"/> 22.12"2 |



23. Om bruk av språk sammen med andre. (Kryss av for hvert spørsmål om du synes det stemmer for barnet eller ikke.)



Ja Nei

- | | |
|---|---|
| 1. Snakker barnet ved å kombinere ord eller bruke setninger? | <input type="checkbox"/> 23 1" (1) <input type="checkbox"/> 23 1" (2) |
| 2. Kan du ha en «samtale» med barnet nå som innebærer at dere tar hver deres tur eller barnet sier noe som bygger videre på det du har sagt? | <input type="checkbox"/> 23 2" (1) <input type="checkbox"/> 23 2" (2) |
| 3. Har barnet noen gang brukt merkelige setninger eller sagt det samme om og om igjen på nesten nøyaktig samme måte? (Det vil si bruke setninger barnet har hørt andre bruke eller noe barnet har funnet på selv) | <input type="checkbox"/> 23 3" (1) <input type="checkbox"/> 23 3" (2) |
| 4. Har barnet noen gang kommet med spørsmål eller utsagn som var pinlig? F.eks. har barnet stilt personlige spørsmål eller kommet med kommentarer om andre på upassende tidspunkter? | <input type="checkbox"/> 23 4" (1) <input type="checkbox"/> 23 4" (2) |
| 5. Forveksler barnet noen gang pronomenene (dvs. sier «du» eller «han/ hun» i stedet for «jeg»)? | <input type="checkbox"/> 23 5" (1) <input type="checkbox"/> 23 5" (2) |
| 6. Bruker barnet noen ord svært mye og som det virker som om det har funnet på selv, eller uttrykker barnet ting på en merkelig, indirekte eller på en billedlig måte? F.eks. det å si «varmt regn» i stedet for «damp» | <input type="checkbox"/> 23 6" (1) <input type="checkbox"/> 23 6" (2) |
| 7. Har barnet noen gang sagt samme ting igjen og igjen på nøyaktig samme måte, eller insisterer på at du skal si det samme om og om igjen? | <input type="checkbox"/> 23 7" (1) <input type="checkbox"/> 23 7" (2) |
| 8. Har barnet noen gang hatt ting det virker som om det må gjøres på en helt spesiell måte eller i en bestemt rekkefølge, eller ritualer barnet må få deg til å følge? | <input type="checkbox"/> 23 8" (1) <input type="checkbox"/> 23 8" (2) |

24. Om væremåte og spesielle ting barn kan finne på å gjøre. (Kryss av for hvert spørsmål om du synes det stemmer for barnet eller ikke.)

Ja Nei

- | | |
|--|---|
| 9. Virker ansiktsuttrykket til barnet vanligvis som å passe til den enkelte situasjon, så langt du kan bedømme det? | <input type="checkbox"/> 24 9" (1) <input type="checkbox"/> 24 9" (2) |
| 10. Har barnet noen gang brukt hånden din som et redskap, eller som om den var en del av hans/hennes egen kropp (f.eks. pekt med din finger, lagt hånden din på dørklinken for å få deg til å åpne døren)? | <input type="checkbox"/> 2410" (1) <input type="checkbox"/> 2410" (2) |
| 11. Har barnet noen gang hatt noen interesser som opptar det og som kan virke merkelige for andre (f.eks. trafikklys, ledninger eller blader med mye tekst i)? | <input type="checkbox"/> 2411" (1) <input type="checkbox"/> 2411" (2) |
| 12. Har barnet noen gang virket mer interessert i enkelte deler av en leke eller en gjenstand heller enn i å bruke gjenstanden slik den er ment å brukes (f.eks. gjentar å snurre hjulene på en bil heller enn å kjøre med bilen)? | <input type="checkbox"/> 2412" (1) <input type="checkbox"/> 2412" (2) |
| 13. Har barnet noen gang hatt spesielle interesser som har vært uvanlig intense, selv om de forøvrig har passet for hans/hennes alder og gruppe (f.eks. trikker, dinosaurer/ plastdyr)? | <input type="checkbox"/> 2413" (1) <input type="checkbox"/> 2413" (2) |
| 14. Har barnet noen gang virket uvanlig interessert i å se eller føle på, høre på tyden av, smake eller lukte på ting eller andre personer? | <input type="checkbox"/> 2414" (1) <input type="checkbox"/> 2414" (2) |
| 15. Har barnet noen gang hatt særheter eller merkelige måter å bevege hender eller fingre på, slik som å vifte med eller bevege fingrene foran øynene? | <input type="checkbox"/> 2415" (1) <input type="checkbox"/> 2415" (2) |
| 16. Har barnet noen gang gjort kompliserte bevegelser med hele kroppen, slik som å snurre rundt i ring eller stå og hoppe opp og ned? | <input type="checkbox"/> 2416" (1) <input type="checkbox"/> 2416" (2) |
| 17. Skader barnet noen gang seg selv med vilje, slik som å bite seg i armen eller dunke hodet? | <input type="checkbox"/> 2417" (1) <input type="checkbox"/> 2417" (2) |
| 18. Har barnet noen gang gjenstander som det må bære rundt på? (noe annet enn en myk leke eller et koseteppe) | <input type="checkbox"/> 2418" (1) <input type="checkbox"/> 2418" (2) |



25. Om sosial utvikling og interesse for andre. (Kryss av for hvert spørsmål om du synes det stemmer for barnet eller ikke.)

Ja Nei

- | | |
|---|---|
| 19. Har barnet en spesiell venn eller en bestevenn? | <input type="checkbox"/> 2519" (1) <input type="checkbox"/> 2519" (2) |
| 20. Snakker barnet noen ganger til deg bare for å fortelle noe hyggelig (anrerer enn for å få noe av deg)? | <input type="checkbox"/> 2520" (1) <input type="checkbox"/> 2520" (2) |
| 21. Hender det barnet spontant etterligner deg (eller andre) eller hermer etter noe du holder på med (f.eks. som å prøve å feie, snøkre eller herme det å reparere ting)? | <input type="checkbox"/> 2521" (1) <input type="checkbox"/> 2521" (2) |
| 22. Pøker barnet noen gang spontant på ting rundt seg bare for å vise deg dem (ikke fordi det vil ha dem)? | <input type="checkbox"/> 2522" (1) <input type="checkbox"/> 2522" (2) |
| 23. Bruker barnet noen gang gester, utenom å peke eller dra deg i hånden, for å la deg få vite hva det vil? | <input type="checkbox"/> 2523" (1) <input type="checkbox"/> 2523" (2) |
| 24. Nikker barnet når det mener «ja»? | <input type="checkbox"/> 2524" (1) <input type="checkbox"/> 2524" (2) |
| 25. Rister barnet på hodet når det mener «nei»? | <input type="checkbox"/> 2525" (1) <input type="checkbox"/> 2525" (2) |
| 26. Ser barnet vanligvis opp i ansiktet ditt når det gjør ting sammen med deg eller snakker med deg? | <input type="checkbox"/> 2526" (1) <input type="checkbox"/> 2526" (2) |
| 27. Smiler barnet tilbake hvis noen smiler til det? | <input type="checkbox"/> 2527" (1) <input type="checkbox"/> 2527" (2) |
| 28. Viser barnet deg noen gang ting som interesserer det for å vekke din oppmerksomhet? | <input type="checkbox"/> 2528" (1) <input type="checkbox"/> 2528" (2) |



forts. neste side



	Ja	Nei
29. Tilbyr barnet noen gang å dele andre ting enn mat med deg?	"Y_2529" (1)	"Y_2529" (2)
30. Virker det noen gang som om barnet ønsker at du skal dele hans/ hennes glede over noe?	"Y_2530" (1)	"Y_2530" (2)
31. Prøver barnet noen gang å trøste deg hvis du er lei deg eller har slått deg?	"Y_2531" (1)	"Y_2531" (2)
32. Når barnet vil ha noe eller vil ha hjelp, ser det da på deg og bruker gester sammen med lyder eller ord for å få din oppmerksomhet?	"Y_2532" (1)	"Y_2532" (2)
33. Viser barnet normal variasjon av ansiktsuttrykk?	"Y_2533" (1)	"Y_2533" (2)
34. Sluttes barnet seg noen gang spontant til sangleker og prøver å etterlikne handlingene i dem - slik som «Så går vi rundt en enerbærbusk» eller «Bjørnen sover»?	"Y_2534" (1)	"Y_2534" (2)
35. Leker barnet noen late som eller liksom-leker?	"Y_2535" (1)	"Y_2535" (2)
36. Virker barnet interessert i andre barn på omtrent samme alder som det ikke kjenner?	"Y_2536" (1)	"Y_2536" (2)
37. Reagerer barnet positivt når et annet barn kommer bort til det?	"Y_2537" (1)	"Y_2537" (2)
38. Hvis du kommer inn i et rom og begynner å snakke til barnet uten å bruke navnet for å få oppmerksomheten, ser det da vanligvis opp og retter oppmerksomheten mot deg bare ved at du prater?	"Y_2538" (1)	"Y_2538" (2)
39. Leker barnet noen gang fantasileker med et annet barn på en slik måte at du skjønner at de har forstått hva hver av dem forestiller?	"Y_2539" (1)	"Y_2539" (2)
40. Leker barnet med andre i aktiviteter som krever en eller annen form for deltakelse i gruppe med andre barn, slik som gjemsel eller ballspill?	"Y_2540" (1)	"Y_2540" (2)

26. Tap av ferdigheter. (Er det noe barnet kunne tidligere, men har mistet evnen til?)

	Nei	Ja	Ikke sikker
1. Har barnet mistet noen språkferdigheter? (F.eks. brukt enkeltord eller setninger en periode og så sluttet å bruke ordene)	"Y_26_1" (1)	"Y_26_1" (2)	"Y_26_1" (3)
2. Har barnet mistet noen sosiale ferdigheter? (F.eks. kunne vinke ha-det eller si «hei» for å hilse, og så mistet ferdigheten)	"Y_26_2" (1)	"Y_26_2" (2)	"Y_26_2" (3)
3. Har barnet utviklet seg til å bli mindre sosial? (F.eks. er vanskeligere å få øyekontakt med, er mindre interessert i andre nå)	"Y_26_3" (1)	"Y_26_3" (2)	"Y_26_3" (3)
4. Har barnet mistet motoriske ferdigheter? (F.eks. kunne løpe og hoppe og samtidig være stødig, men faller mye mer nå)	"Y_26_4" (1)	"Y_26_4" (2)	"Y_26_4" (3)



Temperament og væremåte hos barnet

27. Hvordan passer de følgende utsagn på barnets væremåte de siste to månedene? (Sett ett kryss for hver linje.)

	Svært typisk	Ganske typisk	Både og	Lite typisk	Ikke typisk
1. Det skal lite til før barnet gråter	"Y_27_1" (1)	"Y_27_1" (2)	"Y_27_1" (3)	"Y_27_1" (4)	"Y_27_1" (5)
2. Barnet er alltid på farten	"Y_27_2" (1)	"Y_27_2" (2)	"Y_27_2" (3)	"Y_27_2" (4)	"Y_27_2" (5)
3. Barnet vil heller leke med andre enn å leke for seg selv	"Y_27_3" (1)	"Y_27_3" (2)	"Y_27_3" (3)	"Y_27_3" (4)	"Y_27_3" (5)
4. Barnet er i aktivitet og løper omkring med en gang det våkner om morgenen	"Y_27_4" (1)	"Y_27_4" (2)	"Y_27_4" (3)	"Y_27_4" (4)	"Y_27_4" (5)
5. Barnet er svært sosialt	"Y_27_5" (1)	"Y_27_5" (2)	"Y_27_5" (3)	"Y_27_5" (4)	"Y_27_5" (5)
6. Det tar lang tid før barnet blir vant til fremmede.	"Y_27_6" (1)	"Y_27_6" (2)	"Y_27_6" (3)	"Y_27_6" (4)	"Y_27_6" (5)
7. Det skal lite til før barnet hisser seg opp eller blir lei seg	"Y_27_7" (1)	"Y_27_7" (2)	"Y_27_7" (3)	"Y_27_7" (4)	"Y_27_7" (5)
8. Barnet foretrekker rolige, stillesittende leker framfor mer aktive	"Y_27_8" (1)	"Y_27_8" (2)	"Y_27_8" (3)	"Y_27_8" (4)	"Y_27_8" (5)
9. Barnet liker å være sammen med andre mennesker	"Y_27_9" (1)	"Y_27_9" (2)	"Y_27_9" (3)	"Y_27_9" (4)	"Y_27_9" (5)
10. Barnet reagerer intenst når det blir opphisset	"Y_2710" (1)	"Y_2710" (2)	"Y_2710" (3)	"Y_2710" (4)	"Y_2710" (5)
11. Barnet er vennlig og tillitsfull mot fremmede	"Y_2711" (1)	"Y_2711" (2)	"Y_2711" (3)	"Y_2711" (4)	"Y_2711" (5)
12. Barnet synes andre mennesker er morsommere enn noe annet	"Y_2712" (1)	"Y_2712" (2)	"Y_2712" (3)	"Y_2712" (4)	"Y_2712" (5)
13. Barnet klager over at noen klær er for trange	"Y_2713" (1)	"Y_2713" (2)	"Y_2713" (3)	"Y_2713" (4)	"Y_2713" (5)
14. Barnet blir ute av seg av å vaske ansiktet eller vaske håret	"Y_2714" (1)	"Y_2714" (2)	"Y_2714" (3)	"Y_2714" (4)	"Y_2714" (5)



"LNR07"

28. Dette er en liste over barns atferd og væremåte i alderen fra 2-3 år. Noe er forbigående mens noe fortsetter over lengre tid. Hvordan passer de følgende utsagn på barnets væremåte de siste to månedene? (Sett ett kryss for hver linje.)



	Passer ikke	Passer litt/noen ganger	Passer godt/ofte
1. Redd for å prøve nye ting	<input type="checkbox"/> 28 1" (1)	<input type="checkbox"/> 28 1" (2)	<input type="checkbox"/> 28 1" (3)
2. Kan ikke konsentrere seg, være oppmerksom lengre tid av gangen	<input type="checkbox"/> 28 2" (1)	<input type="checkbox"/> 28 2" (2)	<input type="checkbox"/> 28 2" (3)
3. Kan ikke sitte stille, er urolig eller overaktiv	<input type="checkbox"/> 28 3" (1)	<input type="checkbox"/> 28 3" (2)	<input type="checkbox"/> 28 3" (3)
4. Tåler ikke å vente, vil ha alt med en gang	<input type="checkbox"/> 28 4" (1)	<input type="checkbox"/> 28 4" (2)	<input type="checkbox"/> 28 4" (3)
5. Klenger på voksne, eller er for avhengig	<input type="checkbox"/> 28 5" (1)	<input type="checkbox"/> 28 5" (2)	<input type="checkbox"/> 28 5" (3)
6. Forstoppelse, treg avføring	<input type="checkbox"/> 28 6" (1)	<input type="checkbox"/> 28 6" (2)	<input type="checkbox"/> 28 6" (3)
7. Trassig	<input type="checkbox"/> 28 7" (1)	<input type="checkbox"/> 28 7" (2)	<input type="checkbox"/> 28 7" (3)
8. Ønsker må oppfylles umiddelbart	<input type="checkbox"/> 28 8" (1)	<input type="checkbox"/> 28 8" (2)	<input type="checkbox"/> 28 8" (3)
9. Blir urolig av enhver forandring i rutiner/vaner	<input type="checkbox"/> 28 9" (1)	<input type="checkbox"/> 28 9" (2)	<input type="checkbox"/> 28 9" (3)
10. Vil ikke sove alene	<input type="checkbox"/> 28 10" (1)	<input type="checkbox"/> 28 10" (2)	<input type="checkbox"/> 28 10" (3)
11. Spiser dårlig	<input type="checkbox"/> 28 11" (1)	<input type="checkbox"/> 28 11" (2)	<input type="checkbox"/> 28 11" (3)
12. Det merkes ikke på barnet når hun/han har gjort noe galt	<input type="checkbox"/> 28 12" (1)	<input type="checkbox"/> 28 12" (2)	<input type="checkbox"/> 28 12" (3)
13. Spiser eller drikker ting som ikke er mat (se bort fra godteri og søtsaker)	<input type="checkbox"/> 28 13" (1)	<input type="checkbox"/> 28 13" (2)	<input type="checkbox"/> 28 13" (3)
14. Kommer ofte opp i krangel	<input type="checkbox"/> 28 14" (1)	<input type="checkbox"/> 28 14" (2)	<input type="checkbox"/> 28 14" (3)
15. Legger seg bort i alt mulig	<input type="checkbox"/> 28 15" (1)	<input type="checkbox"/> 28 15" (2)	<input type="checkbox"/> 28 15" (3)
16. Blir for urolig når adskilt fra foreldrene	<input type="checkbox"/> 28 16" (1)	<input type="checkbox"/> 28 16" (2)	<input type="checkbox"/> 28 16" (3)
17. Slår andre	<input type="checkbox"/> 28 17" (1)	<input type="checkbox"/> 28 17" (2)	<input type="checkbox"/> 28 17" (3)
18. Er klossete eller har dårlig koordinasjon	<input type="checkbox"/> 28 18" (1)	<input type="checkbox"/> 28 18" (2)	<input type="checkbox"/> 28 18" (3)
19. Grensesetting endrer ikke hans/hennes atferd	<input type="checkbox"/> 28 19" (1)	<input type="checkbox"/> 28 19" (2)	<input type="checkbox"/> 28 19" (3)
20. Skifter raskt fra en aktivitet til en annen	<input type="checkbox"/> 28 20" (1)	<input type="checkbox"/> 28 20" (2)	<input type="checkbox"/> 28 20" (3)
21. Motsetter seg å legge seg om kvelden	<input type="checkbox"/> 28 21" (1)	<input type="checkbox"/> 28 21" (2)	<input type="checkbox"/> 28 21" (3)
22. Magesmerter (uten medisinsk grunn)	<input type="checkbox"/> 28 22" (1)	<input type="checkbox"/> 28 22" (2)	<input type="checkbox"/> 28 22" (3)
23. Veksler raskt mellom tristhet og oppstemthet	<input type="checkbox"/> 28 23" (1)	<input type="checkbox"/> 28 23" (2)	<input type="checkbox"/> 28 23" (3)
24. For redd eller engstelig	<input type="checkbox"/> 28 24" (1)	<input type="checkbox"/> 28 24" (2)	<input type="checkbox"/> 28 24" (3)
25. Kaster opp (uten medisinsk grunn)	<input type="checkbox"/> 28 25" (1)	<input type="checkbox"/> 28 25" (2)	<input type="checkbox"/> 28 25" (3)
26. Barnet viser ikke glede over å spise mat (se bort fra godteri og søtsaker)	<input type="checkbox"/> 28 26" (1)	<input type="checkbox"/> 28 26" (2)	<input type="checkbox"/> 28 26" (3)



29. Her følger flere utsagn om barns atferd og væremåte. Igjen spør vi hvordan du synes utsagnene passer for barnet ditt de siste to månedene? (Sett ett kryss for hver linje.)

	Passer ikke	Passer litt/noen ganger	Passer godt/ofte
1. Blir distraheret eller avledet av ytre stimuli (av lyder eller hendelser)	<input type="checkbox"/> 29 1" (1)	<input type="checkbox"/> 29 1" (2)	<input type="checkbox"/> 29 1" (3)
2. Har vanskelig for å vente på sin tur	<input type="checkbox"/> 29 2" (1)	<input type="checkbox"/> 29 2" (2)	<input type="checkbox"/> 29 2" (3)
3. Har vansker med å holde oppmerksomheten i oppgaver eller aktiviteter	<input type="checkbox"/> 29 3" (1)	<input type="checkbox"/> 29 3" (2)	<input type="checkbox"/> 29 3" (3)
4. Er overdrevent pratsom	<input type="checkbox"/> 29 4" (1)	<input type="checkbox"/> 29 4" (2)	<input type="checkbox"/> 29 4" (3)
5. Gjør ingen forskjell mellom voksne, oppfører seg likt overfor alle	<input type="checkbox"/> 29 5" (1)	<input type="checkbox"/> 29 5" (2)	<input type="checkbox"/> 29 5" (3)
6. Vil vandre etter andre voksne selv om de er fremmede	<input type="checkbox"/> 29 6" (1)	<input type="checkbox"/> 29 6" (2)	<input type="checkbox"/> 29 6" (3)
7. Ser ikke ut til å høre etter når han/hun blir snakket til	<input type="checkbox"/> 29 7" (1)	<input type="checkbox"/> 29 7" (2)	<input type="checkbox"/> 29 7" (3)
8. Har en vane med å rulle med hodet eller lage nynnelyder	<input type="checkbox"/> 29 8" (1)	<input type="checkbox"/> 29 8" (2)	<input type="checkbox"/> 29 8" (3)
9. Har en svært variabel dagsform	<input type="checkbox"/> 29 9" (1)	<input type="checkbox"/> 29 9" (2)	<input type="checkbox"/> 29 9" (3)
10. Er veldig passiv, trenger hjelp for å komme i gang	<input type="checkbox"/> 29 10" (1)	<input type="checkbox"/> 29 10" (2)	<input type="checkbox"/> 29 10" (3)
11. «Tester» ut andre barn for å se om de blir sinte	<input type="checkbox"/> 29 11" (1)	<input type="checkbox"/> 29 11" (2)	<input type="checkbox"/> 29 11" (3)
12. Blir aggressiv når han / hun er frustrert	<input type="checkbox"/> 29 12" (1)	<input type="checkbox"/> 29 12" (2)	<input type="checkbox"/> 29 12" (3)
13. Har rykninger eller vridding i kroppen som synes å være vanskelig å kontrollere, (f.eks. ved øynene, munnen, nesen eller i beina)	<input type="checkbox"/> 29 13" (1)	<input type="checkbox"/> 29 13" (2)	<input type="checkbox"/> 29 13" (3)
14. Slår, dytter, sparker og biter andre barn (ikke inkluderer søsken)	<input type="checkbox"/> 29 14" (1)	<input type="checkbox"/> 29 14" (2)	<input type="checkbox"/> 29 14" (3)
15. Er svært engstelig for å bli skitten	<input type="checkbox"/> 29 15" (1)	<input type="checkbox"/> 29 15" (2)	<input type="checkbox"/> 29 15" (3)
16. Vil at ting skal være rene og ordentlige	<input type="checkbox"/> 29 16" (1)	<input type="checkbox"/> 29 16" (2)	<input type="checkbox"/> 29 16" (3)
17. Setter leker eller ting i en bestemt orden/ rekkefølge om og om igjen	<input type="checkbox"/> 29 17" (1)	<input type="checkbox"/> 29 17" (2)	<input type="checkbox"/> 29 17" (3)
18. Våkner om natten og trenger hjelp for å sovne igjen	<input type="checkbox"/> 29 18" (1)	<input type="checkbox"/> 29 18" (2)	<input type="checkbox"/> 29 18" (3)
19. Blir fortvilet når du går ut og han/hun skal passes av familie eller en kjent barnepasser	<input type="checkbox"/> 29 19" (1)	<input type="checkbox"/> 29 19" (2)	<input type="checkbox"/> 29 19" (3)



forts. neste side



20. Gjør forbudte ting for å få oppmerksomhet fra voksne
21. Synes å ha det mindre moro enn andre barn
22. Er svært bråkete. Roper og skriker mye
23. Er ulydig eller i opposisjon, (f.eks. nekter å gjøre ting du ber om)
24. Kommer bort til deg når noe skjer som gjør han/henne redd eller engstelig
25. Stikker av når dere er utendørs
26. Synes å ha lite overskudd / energi
27. Er svært kresen med hensyn til mat
28. Synes å være ulykkelig, trist eller nedstemt
29. Våkner flere ganger om natten

Passer ikke	Passer litt/noen ganger	Passer godt/ofte
<input type="radio"/> 2920" (1)	<input type="radio"/> 2920" (2)	<input type="radio"/> 2920" (3)
<input type="radio"/> 2921" (1)	<input type="radio"/> 2921" (2)	<input type="radio"/> 2921" (3)
<input type="radio"/> 2922" (1)	<input type="radio"/> 2922" (2)	<input type="radio"/> 2922" (3)
<input type="radio"/> 2923" (1)	<input type="radio"/> 2923" (2)	<input type="radio"/> 2923" (3)
<input type="radio"/> 2924" (1)	<input type="radio"/> 2924" (2)	<input type="radio"/> 2924" (3)
<input type="radio"/> 2925" (1)	<input type="radio"/> 2925" (2)	<input type="radio"/> 2925" (3)
<input type="radio"/> 2926" (1)	<input type="radio"/> 2926" (2)	<input type="radio"/> 2926" (3)
<input type="radio"/> 2927" (1)	<input type="radio"/> 2927" (2)	<input type="radio"/> 2927" (3)
<input type="radio"/> 2928" (1)	<input type="radio"/> 2928" (2)	<input type="radio"/> 2928" (3)
<input type="radio"/> 2929" (1)	<input type="radio"/> 2929" (2)	<input type="radio"/> 2929" (3)



30. Om barnets spisevaner og matlyst, og hvordan du forholder deg til det.

1. Jeg må forsikre meg om at barnet ikke spiser for mye søtsaker (f.eks. godteri, is eller kake, søt kjeks)
2. Jeg må forsikre meg om at barnet ikke spiser for mye fet mat
3. Jeg må forsikre meg om at barnet ikke spiser for mye av hans/ hennes favorittmat
4. Jeg holder med hensikt noen typer mat unna barnet
5. Jeg gir søtsaker (f.eks. godteri, is, krem eller kaker) til barnet som belønning for god oppførsel
6. Jeg tilbyr barnet hans/ hennes favorittmat som belønning for god oppførsel
7. Hvis jeg ikke regulerer barnets spising, ville han/ hun spist alt for mye usunn mat
8. Hvis jeg ikke regulerer barnets spising, ville han/ hun spist alt for mye av sin favorittmat
9. Barnet bør (skal) alltid spise opp all maten på tallerken sin
10. Jeg må passe spesielt på for å være sikker på at barnet spiser nok
11. Hvis barnet sier «Jeg er ikke sulten» prøver jeg likevel å få han/ henne til å spise
12. Hvis jeg ikke regulerte barnets spising ville han/ hun spist alt for lite.

Helt uenig	Litt uenig	Både og	Litt enig	Helt enig
<input type="radio"/> 30 1" (1)	<input type="radio"/> 30 1" (2)	<input type="radio"/> 30 1" (3)	<input type="radio"/> 30 1" (4)	<input type="radio"/> 30 1" (5)
<input type="radio"/> 30 2" (1)	<input type="radio"/> 30 2" (2)	<input type="radio"/> 30 2" (3)	<input type="radio"/> 30 2" (4)	<input type="radio"/> 30 2" (5)
<input type="radio"/> 30 3" (1)	<input type="radio"/> 30 3" (2)	<input type="radio"/> 30 3" (3)	<input type="radio"/> 30 3" (4)	<input type="radio"/> 30 3" (5)
<input type="radio"/> 30 4" (1)	<input type="radio"/> 30 4" (2)	<input type="radio"/> 30 4" (3)	<input type="radio"/> 30 4" (4)	<input type="radio"/> 30 4" (5)
<input type="radio"/> 30 5" (1)	<input type="radio"/> 30 5" (2)	<input type="radio"/> 30 5" (3)	<input type="radio"/> 30 5" (4)	<input type="radio"/> 30 5" (5)
<input type="radio"/> 30 6" (1)	<input type="radio"/> 30 6" (2)	<input type="radio"/> 30 6" (3)	<input type="radio"/> 30 6" (4)	<input type="radio"/> 30 6" (5)
<input type="radio"/> 30 7" (1)	<input type="radio"/> 30 7" (2)	<input type="radio"/> 30 7" (3)	<input type="radio"/> 30 7" (4)	<input type="radio"/> 30 7" (5)
<input type="radio"/> 30 8" (1)	<input type="radio"/> 30 8" (2)	<input type="radio"/> 30 8" (3)	<input type="radio"/> 30 8" (4)	<input type="radio"/> 30 8" (5)
<input type="radio"/> 30 9" (1)	<input type="radio"/> 30 9" (2)	<input type="radio"/> 30 9" (3)	<input type="radio"/> 30 9" (4)	<input type="radio"/> 30 9" (5)
<input type="radio"/> 30 10" (1)	<input type="radio"/> 30 10" (2)	<input type="radio"/> 30 10" (3)	<input type="radio"/> 30 10" (4)	<input type="radio"/> 30 10" (5)
<input type="radio"/> 30 11" (1)	<input type="radio"/> 30 11" (2)	<input type="radio"/> 30 11" (3)	<input type="radio"/> 30 11" (4)	<input type="radio"/> 30 11" (5)
<input type="radio"/> 30 12" (1)	<input type="radio"/> 30 12" (2)	<input type="radio"/> 30 12" (3)	<input type="radio"/> 30 12" (4)	<input type="radio"/> 30 12" (5)

31. Om bekymringer.



1. Er du bekymret fordi barnet er krevende og vanskelig å ha med å gjøre?
2. Har du noen gang lurt på om barnet har nedsatt hørsel?
3. Har andre (familie, barnehage, helsesøster) uttrykt bekymring for barnets utvikling?
4. Er du bekymret fordi barnet er svært lite interessert i å leke med andre barn?
5. Har du annen bekymring for barnets helse?

Nei	Ja
<input type="radio"/> 31 1" (1)	<input type="radio"/> 31 1" (2)
<input type="radio"/> 31 2" (1)	<input type="radio"/> 31 2" (2)
<input type="radio"/> 31 3" (1)	<input type="radio"/> 31 3" (2)
<input type="radio"/> 31 4" (1)	<input type="radio"/> 31 4" (2)
<input type="radio"/> 31 5" (1)	<input type="radio"/> 31 5" (2)

Hvis ja, beskriv

Barnets hverdag og miljø

32. Bor du sammen med barnets far?

☐ 32" (1) ☐ 32" (2)



33. Hvis nei, hvor mye er barnet sammen med henholdsvis mor og far?

Mor	Far
Mer enn halvparten av tiden	<input type="radio"/> 33 1" (1) <input type="radio"/> 33 2" (1)
Omtrent halvparten av tiden	<input type="radio"/> 33 1" (2) <input type="radio"/> 33 2" (2)
Minst en gang i uken	<input type="radio"/> 33 1" (3) <input type="radio"/> 33 2" (3)
Minst en gang i måneden	<input type="radio"/> 33 1" (4) <input type="radio"/> 33 2" (4)
Sjeldnere enn en gang i måneden	<input type="radio"/> 33 1" (5) <input type="radio"/> 33 2" (5)
Aldri	<input type="radio"/> 33 1" (6) <input type="radio"/> 33 2" (6)

34. Hvor ofte børstes barnets tenner?

☐ 34" (1) ganger per dag eller oftere
☐ 34" (2) gang per dag
☐ 34" (3) og til
☐ 34" (4)

35. Brukes fluortannkrem på børsten?

☐ 35" (1)
☐ 35" (2) og til
☐ 35" (3) vanligvis



36. Oppholder barnet seg i rom hvor noen røyker?

Ja, daglig

Ja, flere ganger i uken

Ja, 1-3 ganger i uken

Ja, 4-6 ganger i uken

Ja, 7-9 ganger i uken

Antall timer per dag:

Ja 36 1



37. Hvor mye er barnet utendørs nå for tiden?

Ja, 1-3 timer

Ja, 4-6 timer, men gjennomsnittlig mindre enn 1 time per dag

Ja, 7-9 timer, men gjennomsnittlig 1-3 timer per dag

Ja, 10-12 timer, men gjennomsnittlig 3-5 timer per dag

38. Hvor mange timer gjennomsnittlig sitter barnet daglig foran TV/ video?

Ja, 1-3 timer eller mer

Ja, 4-6 timer

Ja, 7-9 timer

Ja, 10-12 timer eller mer

Ja, 13-15 timer

Ja, 16-18 timer



39. Hvor passes barnet på dagtid nå for tiden? (Du kan sette flere kryss.)

Ja, hjemme med mor

Ja, hjemme med far

Ja, hjemme med dagmamma / praktikant

Ja, hos dagmamma / familiebarnehage

Ja, i parken

Ja, i barnehagen

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

Ja 40

Kosthold

41. Hvor ofte drikker eller spiser barnet følgende, nå for tiden? (Velg den hyppighet som i gjennomsnitt passer best).

(Sett ett kryss for hver linje.)

	Sjelden/ mindre enn 1 g. per uke	1-3 ganger per uke	4-6 ganger per uke	1 gang per dag	2 ganger per dag	3 ganger per dag	4 el. flere ganger per dag
1. H-melk, søt / sur	Ja 41 1 1	Ja 41 1 2	Ja 41 1 3	Ja 41 1 4	Ja 41 1 5	Ja 41 1 6	Ja 41 1 7
2. Lett- ekstralett- skummet melk, søt / sur	Ja 41 2 1	Ja 41 2 2	Ja 41 2 3	Ja 41 2 4	Ja 41 2 5	Ja 41 2 6	Ja 41 2 7
3. Yougurt naturell	Ja 41 3 1	Ja 41 3 2	Ja 41 3 3	Ja 41 3 4	Ja 41 3 5	Ja 41 3 6	Ja 41 3 7
4. Yougurt / drikkeyougurt med frukt	Ja 41 4 1	Ja 41 4 2	Ja 41 4 3	Ja 41 4 4	Ja 41 4 5	Ja 41 4 6	Ja 41 4 7
5. Biola, alle typer	Ja 41 5 1	Ja 41 5 2	Ja 41 5 3	Ja 41 5 4	Ja 41 5 5	Ja 41 5 6	Ja 41 5 7
6. Juice	Ja 41 6 1	Ja 41 6 2	Ja 41 6 3	Ja 41 6 4	Ja 41 6 5	Ja 41 6 6	Ja 41 6 7
7. Saft / nektar / lekedrikk / brus, sukker	Ja 41 7 1	Ja 41 7 2	Ja 41 7 3	Ja 41 7 4	Ja 41 7 5	Ja 41 7 6	Ja 41 7 7
8. Saft / lekedrikk / brus, kunstig søtet	Ja 41 8 1	Ja 41 8 2	Ja 41 8 3	Ja 41 8 4	Ja 41 8 5	Ja 41 8 6	Ja 41 8 7
9. Kjøttpålegg (leverpostei, skinka, ol.)	Ja 41 9 1	Ja 41 9 2	Ja 41 9 3	Ja 41 9 4	Ja 41 9 5	Ja 41 9 6	Ja 41 9 7
10. Fiskepålegg (makrell, kaviar ol.)	Ja 41 10 1	Ja 41 10 2	Ja 41 10 3	Ja 41 10 4	Ja 41 10 5	Ja 41 10 6	Ja 41 10 7
11. Brunost, prim	Ja 41 11 1	Ja 41 11 2	Ja 41 11 3	Ja 41 11 4	Ja 41 11 5	Ja 41 11 6	Ja 41 11 7
12. Gul ost og annen ost	Ja 41 12 1	Ja 41 12 2	Ja 41 12 3	Ja 41 12 4	Ja 41 12 5	Ja 41 12 6	Ja 41 12 7
13. Syttetøy, honning, sjokoladepålegg, annet søtt pålegg	Ja 41 13 1	Ja 41 13 2	Ja 41 13 3	Ja 41 13 4	Ja 41 13 5	Ja 41 13 6	Ja 41 13 7
14. Egg, kokt, stekt, eggerrere	Ja 41 14 1	Ja 41 14 2	Ja 41 14 3	Ja 41 14 4	Ja 41 14 5	Ja 41 14 6	Ja 41 14 7
15. Annet pålegg	Ja 41 15 1	Ja 41 15 2	Ja 41 15 3	Ja 41 15 4	Ja 41 15 5	Ja 41 15 6	Ja 41 15 7
16. Frukt	Ja 41 16 1	Ja 41 16 2	Ja 41 16 3	Ja 41 16 4	Ja 41 16 5	Ja 41 16 6	Ja 41 16 7
17. Rosiner	Ja 41 17 1	Ja 41 17 2	Ja 41 17 3	Ja 41 17 4	Ja 41 17 5	Ja 41 17 6	Ja 41 17 7
18. Is, fløteis	Ja 41 18 1	Ja 41 18 2	Ja 41 18 3	Ja 41 18 4	Ja 41 18 5	Ja 41 18 6	Ja 41 18 7
19. Is, saftis	Ja 41 19 1	Ja 41 19 2	Ja 41 19 3	Ja 41 19 4	Ja 41 19 5	Ja 41 19 6	Ja 41 19 7
20. Sott kjeks	Ja 41 20 1	Ja 41 20 2	Ja 41 20 3	Ja 41 20 4	Ja 41 20 5	Ja 41 20 6	Ja 41 20 7
21. Boller, kaker, vafler	Ja 41 21 1	Ja 41 21 2	Ja 41 21 3	Ja 41 21 4	Ja 41 21 5	Ja 41 21 6	Ja 41 21 7
22. Sjokolade	Ja 41 22 1	Ja 41 22 2	Ja 41 22 3	Ja 41 22 4	Ja 41 22 5	Ja 41 22 6	Ja 41 22 7
23. Smågodt, selgmann ol.	Ja 41 23 1	Ja 41 23 2	Ja 41 23 3	Ja 41 23 4	Ja 41 23 5	Ja 41 23 6	Ja 41 23 7
24. Chips, potetgull	Ja 41 24 1	Ja 41 24 2	Ja 41 24 3	Ja 41 24 4	Ja 41 24 5	Ja 41 24 6	Ja 41 24 7

Ja 42 1

42. Hvor mange skiver brød / knekkebrød spiser barnet daglig?

Ja 42 2

Hvor mange av disse er fiberrikt brød / knekkebrød (eks. rugbrød, Fedona brød)



43. Hvor ofte spiser barnet følgende nå for tiden? (Velg den hyppighet som i gjennomsnitt passer best.)

(Sett ett kryss for hver linje.)



	1 gang i mnd. el. sjeldnere	2-3 ganger per mnd.	1 gang per uke	2 ganger per uke	3 ganger per uke	4 ganger per uke	5 el. flere ganger per uke
1. Kjøtt, kjøttkaker, pølser ol.	<input type="checkbox"/> 43 1" (1)	<input type="checkbox"/> 43 1" (2)	<input type="checkbox"/> 43 1" (3)	<input type="checkbox"/> 43 1" (4)	<input type="checkbox"/> 43 1" (5)	<input type="checkbox"/> 43 1" (6)	<input type="checkbox"/> 43 1" (7)
2. Fet fisk (Laks, sild ol.)	<input type="checkbox"/> 43 2" (1)	<input type="checkbox"/> 43 2" (2)	<input type="checkbox"/> 43 2" (3)	<input type="checkbox"/> 43 2" (4)	<input type="checkbox"/> 43 2" (5)	<input type="checkbox"/> 43 2" (6)	<input type="checkbox"/> 43 2" (7)
3. Mager fisk (Torsk, sei ol.)	<input type="checkbox"/> 43 3" (1)	<input type="checkbox"/> 43 3" (2)	<input type="checkbox"/> 43 3" (3)	<input type="checkbox"/> 43 3" (4)	<input type="checkbox"/> 43 3" (5)	<input type="checkbox"/> 43 3" (6)	<input type="checkbox"/> 43 3" (7)
4. Fiskepudding, fiskekaker, fiskeboller ol.	<input type="checkbox"/> 43 4" (1)	<input type="checkbox"/> 43 4" (2)	<input type="checkbox"/> 43 4" (3)	<input type="checkbox"/> 43 4" (4)	<input type="checkbox"/> 43 4" (5)	<input type="checkbox"/> 43 4" (6)	<input type="checkbox"/> 43 4" (7)
5. Suppe	<input type="checkbox"/> 43 5" (1)	<input type="checkbox"/> 43 5" (2)	<input type="checkbox"/> 43 5" (3)	<input type="checkbox"/> 43 5" (4)	<input type="checkbox"/> 43 5" (5)	<input type="checkbox"/> 43 5" (6)	<input type="checkbox"/> 43 5" (7)
6. Pannekake	<input type="checkbox"/> 43 6" (1)	<input type="checkbox"/> 43 6" (2)	<input type="checkbox"/> 43 6" (3)	<input type="checkbox"/> 43 6" (4)	<input type="checkbox"/> 43 6" (5)	<input type="checkbox"/> 43 6" (6)	<input type="checkbox"/> 43 6" (7)
7. Poteter	<input type="checkbox"/> 43 7" (1)	<input type="checkbox"/> 43 7" (2)	<input type="checkbox"/> 43 7" (3)	<input type="checkbox"/> 43 7" (4)	<input type="checkbox"/> 43 7" (5)	<input type="checkbox"/> 43 7" (6)	<input type="checkbox"/> 43 7" (7)
8. Pasta, spagetti, nudler	<input type="checkbox"/> 43 8" (1)	<input type="checkbox"/> 43 8" (2)	<input type="checkbox"/> 43 8" (3)	<input type="checkbox"/> 43 8" (4)	<input type="checkbox"/> 43 8" (5)	<input type="checkbox"/> 43 8" (6)	<input type="checkbox"/> 43 8" (7)
9. Pizza	<input type="checkbox"/> 43 9" (1)	<input type="checkbox"/> 43 9" (2)	<input type="checkbox"/> 43 9" (3)	<input type="checkbox"/> 43 9" (4)	<input type="checkbox"/> 43 9" (5)	<input type="checkbox"/> 43 9" (6)	<input type="checkbox"/> 43 9" (7)
10. Ris	<input type="checkbox"/> 43 10" (1)	<input type="checkbox"/> 43 10" (2)	<input type="checkbox"/> 43 10" (3)	<input type="checkbox"/> 43 10" (4)	<input type="checkbox"/> 43 10" (5)	<input type="checkbox"/> 43 10" (6)	<input type="checkbox"/> 43 10" (7)
11. Kokte grønnsaker	<input type="checkbox"/> 43 11" (1)	<input type="checkbox"/> 43 11" (2)	<input type="checkbox"/> 43 11" (3)	<input type="checkbox"/> 43 11" (4)	<input type="checkbox"/> 43 11" (5)	<input type="checkbox"/> 43 11" (6)	<input type="checkbox"/> 43 11" (7)
12. Rå grønnsaker, salat	<input type="checkbox"/> 43 12" (1)	<input type="checkbox"/> 43 12" (2)	<input type="checkbox"/> 43 12" (3)	<input type="checkbox"/> 43 12" (4)	<input type="checkbox"/> 43 12" (5)	<input type="checkbox"/> 43 12" (6)	<input type="checkbox"/> 43 12" (7)

Spørsmål om deg selv

44. Hvilken sivilstand har du nå?

- ☐ 44 1" (1) Gift
☐ 44 2" (2) Samboer
☐ 44 3" (3) Enlig
☐ 44 4" (4) Separert/skilt
☐ 44 5" (5) Enke
☐ 44 6" (6) Aldnet

45. Er du i lønnet arbeid nå for tiden?

- ☐ 45 1" (1) Nei (gå til spørsmål 48)
☐ 45 1" (2) Ja

Antall timer vanligvis per uke:

46. Hvilken arbeidsordning har du? (Sett eventuelt flere kryss.)

- ☐ 46 1" (1) Fast dagarbeid
☐ 46 2" (2) Skiftarbeid/turnusordning
☐ 46 3" (3) Fast ettermiddags/kveldsarbeid
☐ 46 4" (4) Ingen fast (ekstrahjelp, ekstravakt, vikar ol.)
☐ 46 5" (5) Fast nattarbeid

47. Hvor mange dager har du til sammen vært borte fra arbeidet siste år (se bort fra ferie og avspasering)?

dager

48. Hva var årsaken? (Sett eventuelt flere kryss.)

- ☐ 48 1" (1) Termisjon
☐ 48 2" (2)egen sykdom, hvilken
☐ 48 3" (3) Sykt barn
☐ 48 4" (4) Annen

49. Føler du deg ofte ensom?

- ☐ 49 1" (1) Nesten aldri
☐ 49 2" (2) Sjelden
☐ 49 3" (3) Noe og til
☐ 49 4" (4) Ofte og regel
☐ 49 5" (5) Nesten alltid

50. Har du noen utenom din ektefelle/samboer/partner som du kan søke råd hos i en vanskelig situasjon?

- ☐ 50 1" (1) Nei
☐ 50 2" (2) 1-2 personer
☐ 50 3" (3) Mer enn 2 personer

51. Hvor ofte treffer du eller snakker i telefonen med familie (utenom husholdningen) eller nære venner?

- ☐ 51 1" (1) 1 gang i måneden eller sjeldnere
☐ 51 2" (2) 2-3 ganger i måneden
☐ 51 3" (3) Mer enn 2 ganger i uken

52. Har du noen ganger siden du ble gravid med dette barnet i en sammenhengende periode på to uker eller mer..... (Sett ett kryss for hver linje.)



	Nei	Ja, i svanger- skapet	Ja, første året etter fødselen	Ja, siste 2 år
1. Følt deg deprimert, trist, nedfor?	<input type="checkbox"/> 52 1 1" (1)	<input type="checkbox"/> 52 1 2" (2)	<input type="checkbox"/> 52 1 3" (3)	<input type="checkbox"/> 52 1 4" (4)
2. Hatt problemer med matlysten eller spist for mye?	<input type="checkbox"/> 52 2 1" (1)	<input type="checkbox"/> 52 2 2" (2)	<input type="checkbox"/> 52 2 3" (3)	<input type="checkbox"/> 52 2 4" (4)
3. Vært plaget av kraftløshet eller mangel på overskudd?	<input type="checkbox"/> 52 3 1" (1)	<input type="checkbox"/> 52 3 2" (2)	<input type="checkbox"/> 52 3 3" (3)	<input type="checkbox"/> 52 3 4" (4)
4. Virkelig bebreidet deg selv og følt deg verdiløs?	<input type="checkbox"/> 52 4 1" (1)	<input type="checkbox"/> 52 4 2" (2)	<input type="checkbox"/> 52 4 3" (3)	<input type="checkbox"/> 52 4 4" (4)
5. Hatt problemer med å konsentrere deg eller hatt vanskelig med å ta beslutninger?	<input type="checkbox"/> 52 5 1" (1)	<input type="checkbox"/> 52 5 2" (2)	<input type="checkbox"/> 52 5 3" (3)	<input type="checkbox"/> 52 5 4" (4)
6. Hatt minst 3 av problemene som er nevnt ovenfor samtidig?	<input type="checkbox"/> 52 6 1" (1)	<input type="checkbox"/> 52 6 2" (2)	<input type="checkbox"/> 52 6 3" (3)	<input type="checkbox"/> 52 6 4" (4)

"LNR11"

53. Er du gravid nå?

Y_53_1_1

Y_53_1_2



54. Har du hatt langvarig sykdom eller helseplage som har oppstått de siste 3 årene?

Fysisk plage:

Psykisk plage:

Y_54_1_1

Y_54_1_2

Y_54_4_1

Y_54_5

Y_54_1_2, beskriv:

Y_54_4_2, beskriv:

Y_54_3

Y_54_6

Y_54_1_3, beskriv:

Y_54_4_3, beskriv:

55. Har du selv vært til undersøkelse på sykehus de siste 3 årene?

Y_55_1_1

Y_55_2

Y_55_1_2, hvilket sykehus?

56. Har du nå for tiden noen av følgende plager, hvis ja, hvor ofte og hvor mye om gangen? (Sett ett kryss for hver linje.)

Plager:	Hvor ofte har du plagene?					Hvor mye om gangen?		
	Aldri	1-4 ganger pr. mnd.	1-6 ganger pr. uke	1 gang pr. dag	Mer enn 1 gang pr. dag	Dråper	Små skvetter	Større mengder
1. Urinlekkasje ved hosting, nysing eller latter . . .		Y_56_1_1	Y_56_1_2	Y_56_1_3	Y_56_1_4	Y_56_1_5	Y_56_1_6	Y_56_1_7
2. Urinlekkasje ved fysisk aktivitet (løp/hopp) . . .		Y_56_2_1	Y_56_2_2	Y_56_2_3	Y_56_2_4	Y_56_2_5	Y_56_2_6	Y_56_2_7
3. Urinlekkasje ved sterk trang til vannlating . . .		Y_56_3_1	Y_56_3_2	Y_56_3_3	Y_56_3_4	Y_56_3_5	Y_56_3_6	Y_56_3_7
4. Problemer med å holde på avføring		Y_56_4_1	Y_56_4_2	Y_56_4_3	Y_56_4_4	Y_56_4_5		
5. Problemer med å holde på luft		Y_56_5_1	Y_56_5_2	Y_56_5_3	Y_56_5_4	Y_56_5_5		

57. Hvor fysisk aktiv er du? Her spør vi om ulik varighet av aktiviteter der du blir anpusten eller svett. Hvor ofte hender dette? Ta med aktiviteter både hjemme og på arbeid. (Sett ett kryss for hver linje.)

Varighet av aktivitet der du blir anpusten eller svett	Hvor ofte					
	Aldri	Mindre enn 1 gang per uke	1 gang per uke	2 ganger per uke	3-4 ganger per uke	5 ganger eller mer per uke
Mindre enn 30 minutter	Y_57_1_1	Y_57_1_2	Y_57_1_3	Y_57_1_4	Y_57_1_5	Y_57_1_6
Mellom 30-60 minutter	Y_57_2_1	Y_57_2_2	Y_57_2_3	Y_57_2_4	Y_57_2_5	Y_57_2_6
Mer enn 60 minutter	Y_57_3_1	Y_57_3_2	Y_57_3_3	Y_57_3_4	Y_57_3_5	Y_57_3_6

58. Alt i alt, hvordan vil du karakterisere din fysiske helse?

Y_58_1_1, meget god

Y_58_1_2

Y_58_1_3, middlig

Y_58_1_4, svært dårlig



60. Bruker du:

Y_60_1_1, tyggetobakk/ snus

Y_60_2, tynntyggegummi

Y_60_3, tyninplaster

Y_60_4, tyninhalator

59. Røyker du nå for tiden?

Y_59_1_1, har ikke

Y_59_1_2, røyker av og til -

antall sigaretter per uke:

Y_59_2

Y_59_1_3, røyker daglig -

antall sigaretter daglig:

Y_59_3

61. Hvor ofte drikker du alkohol nå for tiden?

Y_61_1, minst 6-7 ganger pr. uke

Y_61_2, minst 4-5 ganger pr. uke

Y_61_3, minst 2-3 ganger pr. uke

Y_61_4, minst 1 gang pr. uke

Y_61_5, minst 1-3 ganger pr. måned

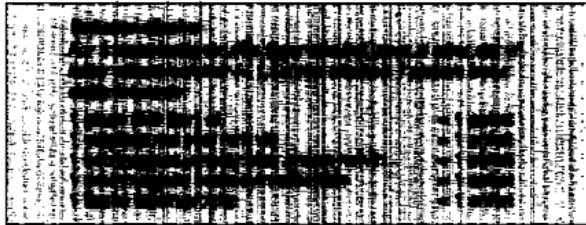
Y_61_6, mindre enn 1 gang pr. måned

Y_61_7, ikke



62. Hvor mange alkoholenheter drikker du vanligvis når du nyter alkohol? (Kryss av både for helgen og hverdager) (Se forklaring nedenfor om enheter alkohol.)

	I helgen	Hverdager
10 eller flere	<input type="checkbox"/> 62 1" (1)	<input type="checkbox"/> 62 2" (1)
7-9	<input type="checkbox"/> 62 1" (2)	<input type="checkbox"/> 62 2" (2)
5-6	<input type="checkbox"/> 62 1" (3)	<input type="checkbox"/> 62 2" (3)
3-4	<input type="checkbox"/> 62 1" (4)	<input type="checkbox"/> 62 2" (4)
1-2	<input type="checkbox"/> 62 1" (5)	<input type="checkbox"/> 62 2" (5)
Færre enn 1	<input type="checkbox"/> 62 1" (6)	<input type="checkbox"/> 62 2" (6)



63. Har du i løpet av de siste 3 årene opplevd noe av det følgende:

	Nei	Ja
Å bli utsatt for slag, spark og annet fysisk vold?	<input type="checkbox"/> 63 1" (1)	<input type="checkbox"/> 63 1" (2)
Å bli presset til seksuelle handlinger?	<input type="checkbox"/> 63 2" (1)	<input type="checkbox"/> 63 2" (2)

64. Har det i de siste 18 måneder hendt at: (Sett ett kryss for hver linje.)

	Nei	Ja
1. Du selv synes at du var for tykk?	<input type="checkbox"/> 64 1" (1)	<input type="checkbox"/> 64 1" (2)
2. Du var veldig redd for å legge på deg eller bli for tykk?	<input type="checkbox"/> 64 2" (1)	<input type="checkbox"/> 64 2" (2)
3. Andre sa du var for tynn, mens du selv synes du var for tykk?	<input type="checkbox"/> 64 3" (1)	<input type="checkbox"/> 64 3" (2)
4. Du synes det var svært viktig for synet på deg selv at du holdt en bestemt vekt?	<input type="checkbox"/> 64 4" (1)	<input type="checkbox"/> 64 4" (2)

65. Har det de siste 18 måneder - i en periode på minst 3 måneders varighet - hendt at du har opplevd noe av det følgende, og i så fall hvor hyppig var det? (Sett ett kryss for hver linje.)

	Minst 2 ganger i uken	1-4 ganger i mnd	Sjelden/aldri
1. Følt at du mistet kontrollen mens du spiste, og ikke klarte å stoppe før du hadde spist alt for mye?	<input type="checkbox"/> 65 1" (1)	<input type="checkbox"/> 65 1" (2)	<input type="checkbox"/> 65 1" (3)
2. Brukt oppkast for å kontrollere vekten?	<input type="checkbox"/> 65 2" (1)	<input type="checkbox"/> 65 2" (2)	<input type="checkbox"/> 65 2" (3)
3. Brukt avføringsmiddel for å kontrollere vekten?	<input type="checkbox"/> 65 3" (1)	<input type="checkbox"/> 65 3" (2)	<input type="checkbox"/> 65 3" (3)
4. Brukt fastekur for å kontrollere vekten?	<input type="checkbox"/> 65 4" (1)	<input type="checkbox"/> 65 4" (2)	<input type="checkbox"/> 65 4" (3)
5. Brukt hard fysisk trening for å kontrollere vekten?	<input type="checkbox"/> 65 5" (1)	<input type="checkbox"/> 65 5" (2)	<input type="checkbox"/> 65 5" (3)

66. Har det de siste 18 måneder hendt at det har gått minst tre måneder uten menstruasjon i tilknytning til en periode med spiseproblemer? (uten at du har vært gravid)

☐ 66" (1) ☐ 66" (2)

67. Hvor mye veier du nå?

kg

Hvor høy er du?

cm

68. Følelse av uro og rastløshet. (Kryss av for det som passer best for deg de siste 6 månedene.)

	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Veldig ofte
1. Hvor ofte har du vansker med å få gjort ferdig de siste detaljene av en oppgave, når den utfordrende delen er gjennomført?	<input type="checkbox"/> 68 1" (1)	<input type="checkbox"/> 68 1" (2)	<input type="checkbox"/> 68 1" (3)	<input type="checkbox"/> 68 1" (4)	<input type="checkbox"/> 68 1" (5)
2. Hvor ofte har du vansker med å få plassert saker i riktig rekkefølge når du arbeider med oppgaver som krever organisering?	<input type="checkbox"/> 68 2" (1)	<input type="checkbox"/> 68 2" (2)	<input type="checkbox"/> 68 2" (3)	<input type="checkbox"/> 68 2" (4)	<input type="checkbox"/> 68 2" (5)
3. Når du har en oppgave som krever mye gjennomtenkning, hvor ofte unngår eller utsetter du å begynne med den?	<input type="checkbox"/> 68 3" (1)	<input type="checkbox"/> 68 3" (2)	<input type="checkbox"/> 68 3" (3)	<input type="checkbox"/> 68 3" (4)	<input type="checkbox"/> 68 3" (5)
4. Hvor ofte har du vanskeligheter med å huske avtaler eller forpliktelser?	<input type="checkbox"/> 68 4" (1)	<input type="checkbox"/> 68 4" (2)	<input type="checkbox"/> 68 4" (3)	<input type="checkbox"/> 68 4" (4)	<input type="checkbox"/> 68 4" (5)
5. Når du må sitte stille over en lengre tid, hvor ofte beveger du hender og føtter på en urolig og rastløs måte?	<input type="checkbox"/> 68 5" (1)	<input type="checkbox"/> 68 5" (2)	<input type="checkbox"/> 68 5" (3)	<input type="checkbox"/> 68 5" (4)	<input type="checkbox"/> 68 5" (5)
6. Hvor ofte føler du deg overaktiv og tvunget til å gjøre ting, som om du er drevet av en motor?	<input type="checkbox"/> 68 6" (1)	<input type="checkbox"/> 68 6" (2)	<input type="checkbox"/> 68 6" (3)	<input type="checkbox"/> 68 6" (4)	<input type="checkbox"/> 68 6" (5)



"LNR13"

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

	Svært enig	Enig	Litt enig	Litt uenig	Uenig	Svært uenig
1. Min partner og jeg har problemer i parforholdet	<input type="checkbox"/> 69.1"1	<input type="checkbox"/> 69.1"2	<input type="checkbox"/> 69.1"3	<input type="checkbox"/> 69.1"4	<input type="checkbox"/> 69.1"5	<input type="checkbox"/> 69.1"6
2. Jeg er svært lykkelig i mitt parforhold	<input type="checkbox"/> 69.2"1	<input type="checkbox"/> 69.2"2	<input type="checkbox"/> 69.2"3	<input type="checkbox"/> 69.2"4	<input type="checkbox"/> 69.2"5	<input type="checkbox"/> 69.2"6
3. Min partner er generelt forståelsesfull	<input type="checkbox"/> 69.3"1	<input type="checkbox"/> 69.3"2	<input type="checkbox"/> 69.3"3	<input type="checkbox"/> 69.3"4	<input type="checkbox"/> 69.3"5	<input type="checkbox"/> 69.3"6
4. Jeg er fornøyd med forholdet til min partner	<input type="checkbox"/> 69.4"1	<input type="checkbox"/> 69.4"2	<input type="checkbox"/> 69.4"3	<input type="checkbox"/> 69.4"4	<input type="checkbox"/> 69.4"5	<input type="checkbox"/> 69.4"6
5. Vi er enige om hvordan barn bør oppdras	<input type="checkbox"/> 69.5"1	<input type="checkbox"/> 69.5"2	<input type="checkbox"/> 69.5"3	<input type="checkbox"/> 69.5"4	<input type="checkbox"/> 69.5"5	<input type="checkbox"/> 69.5"6



70. Har du i løpet av de siste 2 ukene vært plaget med noe av det 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"/> 70.1"1	<input type="checkbox"/> 70.1"2	<input type="checkbox"/> 70.1"3	<input type="checkbox"/> 70.1"4
2. Nervøsit, indre uro	<input type="checkbox"/> 70.2"1	<input type="checkbox"/> 70.2"2	<input type="checkbox"/> 70.2"3	<input type="checkbox"/> 70.2"4
3. Følelse av håpløshet med hensyn til framtiden	<input type="checkbox"/> 70.3"1	<input type="checkbox"/> 70.3"2	<input type="checkbox"/> 70.3"3	<input type="checkbox"/> 70.3"4
4. Nedtrykt, tungelindig	<input type="checkbox"/> 70.4"1	<input type="checkbox"/> 70.4"2	<input type="checkbox"/> 70.4"3	<input type="checkbox"/> 70.4"4
5. Mye bekymret eller urolig	<input type="checkbox"/> 70.5"1	<input type="checkbox"/> 70.5"2	<input type="checkbox"/> 70.5"3	<input type="checkbox"/> 70.5"4
6. Følelse av at alt er et slit	<input type="checkbox"/> 70.6"1	<input type="checkbox"/> 70.6"2	<input type="checkbox"/> 70.6"3	<input type="checkbox"/> 70.6"4
7. Føler deg anspent eller oppjaget	<input type="checkbox"/> 70.7"1	<input type="checkbox"/> 70.7"2	<input type="checkbox"/> 70.7"3	<input type="checkbox"/> 70.7"4
8. Plutselig frykt uten grunn	<input type="checkbox"/> 70.8"1	<input type="checkbox"/> 70.8"2	<input type="checkbox"/> 70.8"3	<input type="checkbox"/> 70.8"4

71. Har du det siste 18 måneder opplevd noe av det følgende? Hvis ja, hvor vondt og vanskelig var dette for deg? (Sett ett kryss for hver linje.)

	Nei	Ja	Ikke så ille	Vondt/ vanskelig	Veldig vondt/ vanskelig
1. Har du hatt problemer på arbeidsplassen eller der du utdanner deg ...	<input type="checkbox"/> 71.1.1"1	<input type="checkbox"/> 71.1.1"2	<input type="checkbox"/> 71.1.1"3	<input type="checkbox"/> 71.1.1"4	<input type="checkbox"/> 71.1.1"5
2. Har du hatt økonomiske problemer	<input type="checkbox"/> 71.2.1"1	<input type="checkbox"/> 71.2.1"2	<input type="checkbox"/> 71.2.1"3	<input type="checkbox"/> 71.2.1"4	<input type="checkbox"/> 71.2.1"5
3. Ble du skilt, separert eller avbrøt samlivet	<input type="checkbox"/> 71.3.1"1	<input type="checkbox"/> 71.3.1"2	<input type="checkbox"/> 71.3.1"3	<input type="checkbox"/> 71.3.1"4	<input type="checkbox"/> 71.3.1"5
4. Har du hatt problemer eller konflikter med familie, venner eller naboer ...	<input type="checkbox"/> 71.4.1"1	<input type="checkbox"/> 71.4.1"2	<input type="checkbox"/> 71.4.1"3	<input type="checkbox"/> 71.4.1"4	<input type="checkbox"/> 71.4.1"5
5. Har du vært alvorlig bekymret for om det er noe galt med barnet	<input type="checkbox"/> 71.5.1"1	<input type="checkbox"/> 71.5.1"2	<input type="checkbox"/> 71.5.1"3	<input type="checkbox"/> 71.5.1"4	<input type="checkbox"/> 71.5.1"5
6. Har du vært alvorlig syk eller skadet	<input type="checkbox"/> 71.6.1"1	<input type="checkbox"/> 71.6.1"2	<input type="checkbox"/> 71.6.1"3	<input type="checkbox"/> 71.6.1"4	<input type="checkbox"/> 71.6.1"5
7. Har en av dine nærmeste vært alvorlig syk eller skadet	<input type="checkbox"/> 71.7.1"1	<input type="checkbox"/> 71.7.1"2	<input type="checkbox"/> 71.7.1"3	<input type="checkbox"/> 71.7.1"4	<input type="checkbox"/> 71.7.1"5
8. Har du vært utsatt for alvorlig ulykke, brann eller grovt tyveri	<input type="checkbox"/> 71.8.1"1	<input type="checkbox"/> 71.8.1"2	<input type="checkbox"/> 71.8.1"3	<input type="checkbox"/> 71.8.1"4	<input type="checkbox"/> 71.8.1"5
9. Har du mistet en som sto deg nær	<input type="checkbox"/> 71.9.1"1	<input type="checkbox"/> 71.9.1"2	<input type="checkbox"/> 71.9.1"3	<input type="checkbox"/> 71.9.1"4	<input type="checkbox"/> 71.9.1"5
10. Annet	<input type="checkbox"/> 71.10.1"1	<input type="checkbox"/> 71.10.1"2	<input type="checkbox"/> 71.10.1"3	<input type="checkbox"/> 71.10.1"4	<input type="checkbox"/> 71.10.1"5

72. Hvor ofte opplever du følgende i ditt daglige liv? (Sett ett kryss for hver linje.)

	Sjelden/ aldri	Nokså sjelden	Noen ganger	Oft	Veldig ofte
1. Føler deg glad for noe	<input type="checkbox"/> 72.1"1	<input type="checkbox"/> 72.1"2	<input type="checkbox"/> 72.1"3	<input type="checkbox"/> 72.1"4	<input type="checkbox"/> 72.1"5
2. Føler deg lykkelig	<input type="checkbox"/> 72.2"1	<input type="checkbox"/> 72.2"2	<input type="checkbox"/> 72.2"3	<input type="checkbox"/> 72.2"4	<input type="checkbox"/> 72.2"5
3. Føler deg oppstemt som om alt legger seg til rette for deg ...	<input type="checkbox"/> 72.3"1	<input type="checkbox"/> 72.3"2	<input type="checkbox"/> 72.3"3	<input type="checkbox"/> 72.3"4	<input type="checkbox"/> 72.3"5
4. Føler at du vil skrike til noen eller slå løs på ting	<input type="checkbox"/> 72.4"1	<input type="checkbox"/> 72.4"2	<input type="checkbox"/> 72.4"3	<input type="checkbox"/> 72.4"4	<input type="checkbox"/> 72.4"5
5. Føler deg sint, irritert eller ergelig	<input type="checkbox"/> 72.5"1	<input type="checkbox"/> 72.5"2	<input type="checkbox"/> 72.5"3	<input type="checkbox"/> 72.5"4	<input type="checkbox"/> 72.5"5
6. Føler deg rasende på noen	<input type="checkbox"/> 72.6"1	<input type="checkbox"/> 72.6"2	<input type="checkbox"/> 72.6"3	<input type="checkbox"/> 72.6"4	<input type="checkbox"/> 72.6"5



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



	Helt uenig	Uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Enig	Helt enig
1. På de fleste måter er livet mitt nær idealet mitt	<input type="checkbox"/> 73 1" (1)	<input type="checkbox"/> 73 1" (2)	<input type="checkbox"/> 73 1" (3)	<input type="checkbox"/> 73 1" (4)	<input type="checkbox"/> 73 1" (5)	<input type="checkbox"/> 73 1" (6)	<input type="checkbox"/> 73 1" (7)
2. Livsbetingelsene mine er svært gode	<input type="checkbox"/> 73 2" (1)	<input type="checkbox"/> 73 2" (2)	<input type="checkbox"/> 73 2" (3)	<input type="checkbox"/> 73 2" (4)	<input type="checkbox"/> 73 2" (5)	<input type="checkbox"/> 73 2" (6)	<input type="checkbox"/> 73 2" (7)
3. Jer er fornøyd med livet mitt	<input type="checkbox"/> 73 3" (1)	<input type="checkbox"/> 73 3" (2)	<input type="checkbox"/> 73 3" (3)	<input type="checkbox"/> 73 3" (4)	<input type="checkbox"/> 73 3" (5)	<input type="checkbox"/> 73 3" (6)	<input type="checkbox"/> 73 3" (7)
4. Så langt har jeg oppnådd det som er viktig for meg i livet	<input type="checkbox"/> 73 4" (1)	<input type="checkbox"/> 73 4" (2)	<input type="checkbox"/> 73 4" (3)	<input type="checkbox"/> 73 4" (4)	<input type="checkbox"/> 73 4" (5)	<input type="checkbox"/> 73 4" (6)	<input type="checkbox"/> 73 4" (7)
5. Hadde jeg kunne levd på nytt, ville jeg nesten ikke forandret noe	<input type="checkbox"/> 73 5" (1)	<input type="checkbox"/> 73 5" (2)	<input type="checkbox"/> 73 5" (3)	<input type="checkbox"/> 73 5" (4)	<input type="checkbox"/> 73 5" (5)	<input type="checkbox"/> 73 5" (6)	<input type="checkbox"/> 73 5" (7)
6. Jeg trives godt i arbeidet mitt	<input type="checkbox"/> 73 6" (1)	<input type="checkbox"/> 73 6" (2)	<input type="checkbox"/> 73 6" (3)	<input type="checkbox"/> 73 6" (4)	<input type="checkbox"/> 73 6" (5)	<input type="checkbox"/> 73 6" (6)	<input type="checkbox"/> 73 6" (7)

74. Hva slags oppfatning har du av deg selv? (Sett ett kryss for hver linje.)

	Svært enig	Enig	Uenig	Svært uenig
1. Jeg har en positiv holdning til meg selv	<input type="checkbox"/> 74 1" (1)	<input type="checkbox"/> 74 1" (2)	<input type="checkbox"/> 74 1" (3)	<input type="checkbox"/> 74 1" (4)
2. Jeg føler meg virkelig ubrukelig til tider	<input type="checkbox"/> 74 2" (1)	<input type="checkbox"/> 74 2" (2)	<input type="checkbox"/> 74 2" (3)	<input type="checkbox"/> 74 2" (4)
3. Jeg føler at jeg ikke har mye å være stolt av	<input type="checkbox"/> 74 3" (1)	<input type="checkbox"/> 74 3" (2)	<input type="checkbox"/> 74 3" (3)	<input type="checkbox"/> 74 3" (4)
4. Jeg føler jeg er en verdifull person, i allefall på lik linje med andre	<input type="checkbox"/> 74 4" (1)	<input type="checkbox"/> 74 4" (2)	<input type="checkbox"/> 74 4" (3)	<input type="checkbox"/> 74 4" (4)



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

	Helt uenig	Delvis uenig	Både og	Delvis enig	Helt enig
1. Det jeg gjør har liten innvirkning på mitt barns oppførsel	<input type="checkbox"/> 75 1" (1)	<input type="checkbox"/> 75 1" (2)	<input type="checkbox"/> 75 1" (3)	<input type="checkbox"/> 75 1" (4)	<input type="checkbox"/> 75 1" (5)
2. Barnet mitt pleier å få det som han/hun vil likevel, så det er ingen vits i å prøve å nekte han/henne engang	<input type="checkbox"/> 75 2" (1)	<input type="checkbox"/> 75 2" (2)	<input type="checkbox"/> 75 2" (3)	<input type="checkbox"/> 75 2" (4)	<input type="checkbox"/> 75 2" (5)
3. Kos og klem er en viktig måte å vise barnet at jeg er glad i han/henne ...	<input type="checkbox"/> 75 3" (1)	<input type="checkbox"/> 75 3" (2)	<input type="checkbox"/> 75 3" (3)	<input type="checkbox"/> 75 3" (4)	<input type="checkbox"/> 75 3" (5)
4. Hvis barnet og jeg har en konflikt, er det vanligvis lett å avlede han/henne .	<input type="checkbox"/> 75 4" (1)	<input type="checkbox"/> 75 4" (2)	<input type="checkbox"/> 75 4" (3)	<input type="checkbox"/> 75 4" (4)	<input type="checkbox"/> 75 4" (5)
5. Mitt liv blir i hovedsak kontrollert av barnet mitt	<input type="checkbox"/> 75 5" (1)	<input type="checkbox"/> 75 5" (2)	<input type="checkbox"/> 75 5" (3)	<input type="checkbox"/> 75 5" (4)	<input type="checkbox"/> 75 5" (5)
6. Jeg legger stor vekt på at barnet skal lære å takle at han/hun ikke kan få viljen sin i alt	<input type="checkbox"/> 75 6" (1)	<input type="checkbox"/> 75 6" (2)	<input type="checkbox"/> 75 6" (3)	<input type="checkbox"/> 75 6" (4)	<input type="checkbox"/> 75 6" (5)
7. Ofte er det lettere å la barnet få viljen sin enn at jeg må oppleve et raserianfall	<input type="checkbox"/> 75 7" (1)	<input type="checkbox"/> 75 7" (2)	<input type="checkbox"/> 75 7" (3)	<input type="checkbox"/> 75 7" (4)	<input type="checkbox"/> 75 7" (5)
8. Noen ganger når jeg er sliten, lar jeg barnet mitt få gjøre ting jeg normalt eller ikke ville tillatt	<input type="checkbox"/> 75 8" (1)	<input type="checkbox"/> 75 8" (2)	<input type="checkbox"/> 75 8" (3)	<input type="checkbox"/> 75 8" (4)	<input type="checkbox"/> 75 8" (5)
9. Hvilke oppdragsstrategier du bruker spiller ikke så stor rolle; hvis du er glad i barna utvikler de seg bra	<input type="checkbox"/> 75 9" (1)	<input type="checkbox"/> 75 9" (2)	<input type="checkbox"/> 75 9" (3)	<input type="checkbox"/> 75 9" (4)	<input type="checkbox"/> 75 9" (5)



"rev 16"This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. A vertical red margin line runs down the right side of the page, creating a narrow right margin. The paper is otherwise blank, with no handwriting or other markings.

Tusen takk for innsatsen!

Den norske Mor og Barn undersøkelsen
Nasjonalt folkehelseinstitutt
Avd. for medisinsk fødselsregister
Kalfarveien 31
5018 Bergen

"r id"

```
"r id"
```



+