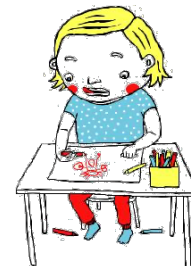


4-ÅRSENKÄT



Välkommen till BVC!

Inför 4-årsbesöket ber vi er att besvara ett antal frågor om er och ert barns situation. Syftet med detta är att kunna anpassa besökets innehåll efter det som är aktuellt för just ert barn och er familj.

Enkäten tar cirka 15 minuter att besvara. När en sida är besvarad sparas detta och du kan gå vidare till nästa sida. Om ifyllandet av enkäten avbryts innan den är avslutad, kan du senare fortsätta att fylla i de ännu obesvarade sidorna men det går inte att göra ändringar i redan ifyllda svar.

Försök att svara på alla frågor, men det är också möjligt att hoppa över enstaka frågor. Det är helhetsbilden som är viktig, inte svaren på någon enskild fråga. Det finns utrymme att kommentera om ni vill förtydliga något, eller ta upp något som är viktigt för er som inte täcks av enkäten.

Har ni frågor inför besöket? Kontakta gärna er sjuksköterska.

Information om hur svaren hanteras, anonymiseras och används för utvärdering.

Enkätsvaren sparas elektroniskt i en databas under ert barns tid på BVC, under ansvar av Stockholms läns landsting. Svaren förvaras så att inte obehöriga kan ta del av dem.

Avsikten är att underlätta för sjuksköterskan att följa ert barns utveckling. När ert barn vid 6 års ålder skrivs ut från BVC raderas uppgifterna i databasen och överlämnas således inte till skolhälsovården eller annan vårdgivare.

Data från dessa enkäter kan komma att sammanställs på gruppnivå för att beskriva barns hälsa i länet. Detta görs i så fall anonymt, vilket innebär att inga individer eller familjer längre kan identifieras.

Genom att svara på frågorna samtycker ni till att enkäten sparas elektroniskt under resten av tiden som ert barn är inskrivet på denna BVC. Om ni ångrar samtycket till att enkätsvaren sparas i denna databas kan du när som helst begära att de raderas. Du har också rätt att ta del av de uppgifter du lämnat till databasen och att få rättelse av eventuellt felaktiga uppgifter, i enlighet med personuppgiftslagen.

Det är frivilligt att fylla i enkäten. Om ni föredrar att genomföra 4-årsbesöket utan att svara på enkäten så meddela er sjuksköterska detta så genomförs besöket utan denna förberedelse.

Om ni vill ha mer information om enkäten och hur den hanteras så kontakta Barnhälsovårdsenheten i Stockholm, bhv.sodersjukhuset@sll.se.

Datum:

Denna enkät besvaras av:

FAMILJEFÖRHÅLLANDEN

Denna enkät besvaras av:

(fler kryss kan sättas om ni fyller i gemensamt)

- mamma mamma
 pappa pappa
 annan, nämligen _____

4-åringen är

- flicka pojke vill ej svara

Barnet bor:

(välj ETT alternativ)

- Med båda föräldrarna hela tiden
 Växelvis ungefär lika mycket hos båda föräldrarna
Enbart hos mamma pappa annan _____
Mest hos mamma pappa annan _____
 Annat boende, nämligen _____

Födelseår, syskon under 18 år:

syskon 1: _____ syskon 2: _____ syskon 3: _____ syskon 4: _____
(åååå)

*Om barnet bor med båda föräldrarna hela tiden, hänvisas föräldrarna ni direkt vidare till nästa del som handlar om FÖRSKOLA OCH KAMRATER.
Annars följer:*

Om barnet bor **växelvis, mest med en förälder** eller **enbart med en förälder**, men **inte singelförälder**:

Vilka bor tillsammans med barnet?

FAMILJ 1

- mamma pappa medförälder annan _____
antal syskon _____

FAMILJ 2

- mamma pappa medförälder annan _____
antal syskon _____

Om barnet bor **enbart med en förälder**

Har barnet kontakt med en annan förälder? ja nej

Om nej: är du singelförälder? ja nej

Singelföräldrar hänvisas till nästa del som handlar om FÖRSKOLA.

Om barnet bor **växelsvis, mest med en förälder** eller **enbart med en förälder**, men **inte med singelförälder:**

Hur gammalt var barnet då ni separerade?

_____ år Vi har aldrig bott tillsammans

Hur länge har barnet bott på det sätt som hen gör idag?

Alltid

> 2 år

1 – 2 år

6 mån – 1 år

< 6 mån

Hur fungerar barnets nuvarande boende?

Mycket bra

Ganska bra

Varken bra eller dåligt

Ganska dåligt

Mycket dåligt

Om **ganska dåligt** eller **mycket dåligt:**

Barnet skulle ha glädje av mer umgänge med den andra föräldern?

Ja Nej

Barnet skulle må bra av mindre umgänge med den andra föräldern?

Ja Nej

Eventuella kommentarer kring barnets boende?

FÖRSKOLA OCH KAMRATER

Går barnet på förskola?

- Ja
- Barnet är på familjedaghem
- Barnet har ingen omsorg utanför hemmet

Barnet är på förskola / familjedaghem ungefär _____ timmar per vecka.

Hur tycker du/ni att barnet verkar trivas på förskolan?

- Mycket bra
- Ganska bra
- Varken bra eller dåligt
- Ganska dåligt
- Mycket dåligt

Hur skulle du/ni beskriva följande situationer?	Lugnt/lätt	Oftast lätt	Stökigt/ ledsamt/ tar lång tid
Lämna barnet på morgonen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att hämta barnet på eftermiddagen/kvällen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Följande situationer kan förekomma på förskola / i barngrupp. Har du/ni funderingar eller oro kring hur detta fungerar för barnet?

- Övergångar mellan aktiviteter (t ex klä på sig, plocka undan, avsluta lek)
 - Lek med flera barn samtidigt
 - Vara ute och leka
 - Måltider eller vila
 - Delta i samling
 - Annat: _____
-

- Inga funderingar eller oro

Har personalen uttryckt oro kring barnet?

- Ja
- Nej
- Om Ja, beskriv gärna: _____

Eventuella kommentarer kring barnets situation på förskolan: _____

SKÄRMVANOR

Använder ditt barn skärmar (för t ex tv-tittande, iPadspel, mobillek, Youtube eller tv-spel)?

- Aldrig eller nästan aldrig
- En timme eller mindre per dag
- > 1 timme – 3 timmar per dag
- > 3 timmar per dag

Blir det konflikter kring barnets skärmanvändning?

- Ofta
- Ibland
- Sällan eller aldrig

Beskriv gärna:

Känner du/ni oro för barnets skärmanvändning?

- Ja
- Ibland
- Sällan eller aldrig

Beskriv gärna:

HÄLSA OCH UTVECKLING

Hur upplever du/ni barnets allmänna hälsotillstånd?

- Mycket bra
- Ganska bra
- Varken bra eller dåligt
- Ganska dåligt
- Mycket dåligt

Har ni haft kontakt med någon specialist angående barnets hälsa/utveckling sedan 3-årsbesöket?

- Nej

Ja, med:

- Läkare
- Logoped
- Psykolog
- Annan, nämligen _____

Om Ja, beskriv orsaken till kontakten: _____

Har du/ni funderingar kring något av följande kring barnet? (flera alternativ kan markeras).

- Barnets uttal
- Barnets förståelse och användning av språket
- Barnets humör
- Toalettvanor, potta eller blöja
- Barnets sömnvanor
- Barnets förmåga att anpassa sig till vardagsrutiner (påklädning, läggning, måltider, etc)
- Barnets matvanor eller aptit
- Barnets vikt
 - Övervikt
 - Undervikt
- Barnets förmåga att använda fingrar och händer (t ex förmågan att greppa, rita, pyssla)
- Barnets rörelseförmåga (t ex springa, hoppa, klättra, gå i trappa, hålla balans)
- Annat:

- Nej, inga funderingar

Eventuella kommentarer kring barnets hälsa/utveckling:

BARNETS BETEENDE OCH MÅENDE I OLIKA SITUATIONER

Här följer några frågor om hur du/ni uppfattar barnets beteende och mående i olika situationer.

Det är värdefullt om du/ni besvarar alla frågor, även om man inte är helt säker eller tycker att frågan verkar konstig. Helhetsbilden är viktigare än enskilda svar.

Var vänlig markera det alternativ (Stämmer inte, Stämmer delvis eller Stämmer helt) som du tycker passar bäst.

Frågorna gäller barnets beteende de senaste 6 månaderna.	Stämmer inte	Stämmer delvis	Stämmer helt
1 Omtänksam, tar hänsyn till andra människors känslor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Rastlös, överaktiv, kan inte vara stilla länge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Klagar ofta över huvudvärk, ont i magen eller illamående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Delar gärna med sig till andra barn (t ex godis, leksaker, pennor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Har ofta raseriutbrott eller häftigt humör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Ganska ensam, leker eller håller sig ofta för sig själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Som regel lydig, följer vanligtvis vuxnas uppmaningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Oroar sig över mycket, verkar ofta bekymrad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Hjälpsam om någon är ledsen, upprörd eller känner sig dålig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Svårt att sitta stilla, rör och vrider jämt på sig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Har minst en god vän (kamrat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Slåss/bråkar ofta med andra barn eller mobbar dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Ofta ledsen, nedstämd eller tårögd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Vanligtvis omtyckt av andra barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Lättstörd, tappar lätt koncentrationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Nervös eller klängig i nya situationer, blir lätt otrygg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Snäll mot yngre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Säger ofta emot vuxna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Blir retad eller mobbad av andra barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Ställer ofta upp och hjälper andra (föräldrar, lärare, andra barn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Kan stanna upp och tänka sig för innan han/hon gör olika saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Kan vara elak mot andra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Kommer bättre överens med vuxna än med andra barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Rädd för mycket, är lättskrämd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Fullföljer uppgifter, bra koncentrationsförmåga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuella kommentarer:

SVÅRIGHETER

Sammantaget, tycker du/ni att barnet har svårigheter med känslor, koncentration, beteende eller med att komma överens och umgås med andra människor?

- Nej
- Ja, små svårigheter
- Ja, klara svårigheter
- Ja, allvarliga svårigheter

Om nej, gå vidare till nästa sida. Om ja, var snäll och besvara följande:

Hur länge har svårigheterna funnits?

- Mindre än 1 månad
- 1-5 mån
- 6-12 mån
- Längre tid

Oroas eller lider barnet av svårigheterna?

- Inte alls
- Bara lite
- Ganska mycket
- Väldigt mycket

Stör svårigheterna barnets vardagsliv på något av följande områden?

	Inte alls	Bara lite	Ganska mycket	Väldigt mycket
Hemma / i familjen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På förskolan:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I andra situationer:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FÖRUTSÄTTNINGAR I FAMILJEN OCH NÄTVERKET

Familjen och nätverket är viktiga resurser för barn. Följande frågor handlar om hur nätverket ser ut och fungerar. Om man kryssat i singelförälder, gå direkt till frågorna nedanför den streckade linjen.

Vi föräldrar samarbetar oftast bra:

Stämmer inte alls Stämmer precis

Vi föräldrar kan stötta varandra i föräldraskapet:

Stämmer inte alls Stämmer precis

Vi föräldrar har förtroende för varandra:

Stämmer inte alls Stämmer precis

Att vara förälder är svårare än jag/vi trodde

Stämmer inte alls Stämmer precis

Det är oftast lätt för mig/oss att vara en bra förälder

Stämmer inte alls Stämmer precis

Det finns personer i omgivningen som är ett stöd för mig/oss i föräldraskapet:

Stämmer inte alls Stämmer precis

Om du tänker på föräldraskapet den senaste månaden, kunde du/ni då umgås med barnet på ett sätt som var roligt för både barn och vuxen?

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Ofta
- Väldigt ofta

Eventuella kommentarer kring föräldraskapet / er situation:

Är det något annat som BVC bör känna till?

- Ja
 Nej

Om Ja:

FRÅGOR OM VÅRDNADSHAVARE

Frågorna om föräldrars ålder och utbildning har betydelse för uppföljning och utveckling av barnhälsovårdens verksamhet men inte för det enskilda mötet mellan barn, föräldrar och sjuksköterskan på BVC.

Ålder

Förälder 1:

- Mamma _____ år Pappa _____ år Annan _____ år

Förälder 2:

- Mamma _____ år Pappa _____ år Annan _____ år

Högsta avklarade utbildning

Förälder 1

- Grundskola
 Gymnasium/yrkesskola
 Högskola/universitet (mindre än 3 år)
 Högskola/universitet (3 år eller mer)

Förälder 2

- Grundskola
 Gymnasium/yrkesskola
 Högskola/universitet (mindre än 3 år)
 Högskola/universitet (3 år eller mer)

Annan

- Grundskola
 Gymnasium/yrkesskola
 Högskola/universitet (mindre än 3 år)
 Högskola/universitet (3 år eller mer)

Tack för er medverkan!