

Frågeformulär till vårdnadshavare

Kod: (behandlare fyller i)

Datum: (ÅÅMMDD)

Innan du svarar på dessa frågor ska din behandlare ha gett dig information om den aktuella studien. Genom att svara på frågorna godkänner du att svaren används av forskarna, som undersöker hur socialtjänstens insatser fungerar.

Du är anonym för forskarna, så kom ihåg att inte skriva namn någonstans.

Bakgrundsfrågor om familjen

1. Är du barnets mamma eller pappa?

Mamma

Pappa

Annan vårdnadshavare: _____

2. Vilket årtal är du född? (t ex "1981") _____

3. Vilken är din huvudsakliga sysselsättning?

Arbetar

Studerar

Söker arbete

Sjukskriven

Annat _____

4. I vilket land är du född? _____

5. Vilken är din högsta avslutade utbildning?

Grundskola

Gymnasium

Yrkesskola

Högskola/universitet, kortare än 3 år

Högskola/universitet, 3 år eller längre

Annat _____

6. Vilka vuxna bor hemma hos dig? (räkna ej med vuxna barn)

Barnets andra förälder/vårdnadshavare

Annan vuxen (t ex bonusförälder)

Ingen annan vuxen

7. Hur många barn har du? _____

8. När är barnet/barnen födda? (t ex "2007, 2010")

9. Var bor barnet/barnen? (räkna ej med barn som flyttat hemifrån)

Heltid hos mig/oss

Större delen hos mig/oss

Hälften hos varje vårdnadshavare

Mindre delen hos mig/oss

Heltid hos barnets andra förälder/vårdnadshavare

Annat boende: _____

10. Vilket årtal är den andra föräldern/vårdnadshavaren född? _____

11. Vilken är hans/hennes huvudsakliga sysselsättning?

- Arbetar
- Studerar
- Söker arbete
- Sjukskriven
- Annat _____

12. I vilket land är han/hon född? _____

13. Vilken är hans/hennes högsta avslutade utbildning?

- Grundskola
- Gymnasium
- Yrkesskola
- Högskola/universitet, kortare än 3 år
- Högskola/universitet, 3 år eller längre
- Annat _____

14. Har din familj tidigare haft kontakt med socialtjänsten?

- Nej, det här är första gången
- Ja, en gång förut
- Ja, flera gånger förut

Styrkor och svårigheter hos ditt barn

Frågorna på den här sidan handlar om styrkor och svårigheter hos ditt barn. Även om du har flera barn får du bara svara för ett av dem. Välj det barn som just nu innebär störst utmaning för dig, även om det kanske inte är så stora bekymmer.

Vilket år är barnet fött? _____ (t ex "2010")

Vilket kön har barnet? _____ (t ex "flicka")

Hur har du upplevt barnet de senaste två veckorna?

	Stämmer inte	Stämmer delvis	Stämmer helt
1. Rastlös, överaktiv, kan inte vara stilla länge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Klagar ofta över huvudvärk, ont i magen eller illamående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Har ofta raseriutbrott eller häftigt humör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ganska ensam, leker eller håller sig ofta för sig själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Som regel lydig, följer vanligtvis vuxnas uppmaningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Oroar sig över mycket, verkar ofta bekymrad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Svårt att sitta stilla, rör och vrider jämt på sig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Har minst en god vän (kamrat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Slåss/bråkar ofta med andra barn eller mobbar dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ofta ledsen, nedstämd eller tårögd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vanligtvis omtyckt av andra barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Lättstörd, tappar lätt koncentrationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Nervös eller klängig i nya situationer, blir lätt otrygg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ljuger eller fuskar ofta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Blir retad eller mobbad av andra barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Tänker sig för innan hon/han gör olika saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Stjäl hemma, i skolan eller på andra ställen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Kommer bättre överens med vuxna än med andra barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Rädd för mycket, är lättskrämd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Fullföljer uppgifter, bra koncentrationsförmåga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vad brukar du göra med ditt barn?

Här följer några frågor som handlar om vad du brukar göra med ditt barn. När du svarar, tänk på samma barn som du svarade för på förra sidan.

Hur har det varit de senaste två veckorna?

	Aldrig	Nästan aldrig	Ibland	Ofta	Alltid
1. Du har haft trevliga samtal med barnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Du har spelat spel eller gjort andra roliga saker med barnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Du har frågat hur barnet har haft det i förskolan/skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Du har hjälpt till med hemläxor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Du har kört barnet till fritidsaktiviteter eller vänner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Du har pratat med barnet om hans/hennes vänner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Barnet har varit med och planerat aktiviteter i familjen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hur har din relation till barnet varit de senaste två veckorna?

	Definitivt inte	Knappast	Inte säkert	Delvis	Definitivt
8. Om mitt barn har varit upprört så har det kommit till mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mitt barn har gärna berättat för mig om sig själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Det har varit lätt att sätta sig in i mitt barns känslor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mitt barn har berättat öppet för mig om sina känslor och olika saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. När jag umgåtts med mitt barn, har jag känt mig nöjd med hur jag hanterat saker och ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hur mår du?

Det kanske viktigaste för att barn ska må bra, är att deras föräldrar mår bra. Därför följer nu flera formulär som handlar om hur du mår som förälder. Det är inte säkert att du mår dåligt på något sätt, men försök att svara så ärligt som möjligt. Frågorna handlar om nedstämdhet, oro och stress. Först kommer 10 frågor om stress...

Under de senaste två veckorna, hur ofta har du...

	Aldrig	Nästan aldrig	Ibland	Ganska ofta	Väldigt ofta
1. varit upprörd över någonting som hände oväntat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. känt att du inte har kunnat kontrollera de saker som är viktiga i ditt liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. känt dig nervös och stressad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. känt dig säker på din förmåga att hantera dina personliga problem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. känt att saker har gått som du har velat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. känt att du inte har kunnat hantera alla saker som du har varit tvungen att göra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. känt att du har kunnat hantera irriterande situationer i ditt liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. känt att du har full kontroll över saker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. blivit förargad över att saker var utanför din kontroll?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. känt att svårigheter har hopat sig i sådan utsträckning att du inte kunde övervinna dem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hur ofta har du känt så här de senaste två veckorna?

	Håller med	Håller inte med
1. Jag är en glad person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Folk har gjort mig illa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jag känner mig ofta innerst inne ensam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Min familj bråkar mycket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Alla saker i ett hem ska alltid vara på sin plats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jag känner mig ofta väldigt upprörd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jag oroar mig ibland över att inte ha tillräckligt att äta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jag blir lätt upprörd över problem jag har	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ibland känner jag mig ensam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Min familj har problem att komma överens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Barn ska alltid följa uppmaningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ibland tappar jag mitt humör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Jag känner mig ofta värdelös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Min familj har många problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Jag är ofta upprörd utan att veta varför	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Barn ska vara tysta och lyssna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Jag känner mig ofta väldigt ensam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Mitt liv är bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Jag är ofta upprörd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Andra människor har gjort mig olycklig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Jag är ofta nedstämd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Mitt liv är lyckligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Jag oroar mig ibland för att inte få vad jag behöver i livet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Jag känner mig ofta ensam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Barn behöver strikta regler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Andra människor har gjort mitt liv svårt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Under de senaste två veckorna, hur ofta har du besvärats av följande...

	Inte alls	Flera dagar	Mer än hälften av dagarna	Nästan varje dag
1. känt mig nervös, orolig heller på helspänn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. inte kunnat stoppa eller kontrollera min oro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. oroat mig för mycket över olika saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. haft svårt för att slappna av	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. varit så rastlös att det är svårt att sitta still	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. varit lättretlig eller irriterad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. känt mig rädd som om något hemskt skulle inträffa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. känt lite intresse eller glädje i att göra saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. känt dig nedstämd, deprimerad eller känt att framtiden ser hopplös ut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. haft problem att somna eller att du vaknat i förtid, eller sovit för mycket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. känt dig trött eller energilös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. haft dålig aptit eller att du ätit för mycket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. haft dålig självkänsla - eller att du känt dig misslyckad eller att du svikit dig själv eller din familj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. haft svårigheter att koncentrera dig, till exempel när du läst tidningen eller sett på TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. känt att du rört dig eller talat så långsamt att andra noterat det? Eller motsatsen – att du varit så nervös eller rastlös att du rört dig mer än vanligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. haft tankar att det skulle vara bättre om du var död eller att du skulle skada dig på något sätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>