

## Bakgrundsinformation om dig som vårdnadshavare

1. Vilken relation har du till ditt barn som deltar i Kupolstudien?

- Mamma                       Pappa  
 Styvmamma                 Styvpappa  
 Fosteramma                 Fosterpappa  
 Annat, vad? \_\_\_\_\_

2. Vem bor du med under större delen av veckan?

*Flera alternativ kan markeras*

- Dina och/eller andras barn (besvara även fråga 3)  
 Din make/maka/sambo/partner  
 Dina föräldrar/syskon  
 Andra vuxna  
 Bor själv

3. Om du bor tillsammans med dina eller andras barn: Hur många barn och i vilka åldrar?

*Räkna med de barn som bor minst halva tiden hos dig, även ditt barn som deltar i Kupolstudien*

- st barn i åldern 0-5 år  
 st barn i åldern 6-12 år  
 st barn i åldern 13-19 år  
 st barn i åldern 20 år eller äldre

4. Din ålder:

5. Ditt kön:             Kvinna                       Man                       Annat

6. Vilken är din högsta genomförda utbildning?

*Obs! Ange endast ett alternativ*

- Ingen utbildning  
 Grundskola, folkskola, realskola eller liknande  
 2-årig gymnasieutbildning eller fackskola  
 3-årig gymnasieutbildning  
 4-årig gymnasieutbildning  
 Universitets- eller högskoleutbildning kortare än 3 år  
 Universitets- eller högskoleutbildning 3 år eller längre  
 Annan utbildning, vad? \_\_\_\_\_



11. Röstade du i något av de senaste valen (riksdags-, landstings- eller kommunalval)?

- Ja  Nej

12. Vilket förtroende har du för följande institutioner i samhället?

Markera ett alternativ på varje rad.

	Mycket stort	Ganska stort	Inte särskilt stort	Inget alls	Har ingen åsikt
Sjukvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socialtjänsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riksdagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regeringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Politikerna i din kommun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Var vänlig och kryssa för det alternativ du tycker stämmer bäst.

	Stämmer inte alls	Stämmer inte särskilt väl	Varken eller	Stämmer ganska väl	Stämmer mycket väl
13. I allmänhet kan man lita på de flesta människor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Dom flesta människor är rättvisa och utnyttjar inte andra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Om barnets andra vårdnadshavare

15. Lever du tillsammans med barnets andra vårdnadshavare?

- Ja, hela eller delar av tiden  
 Nej  
 Finns ingen andra vårdnadshavare (gå till fråga 19)

16. Vilken är den andra vårdnadshavarens högsta genomförda utbildning?

Obs! Ange endast ett alternativ

- Ingen utbildning  
 Grundskola, folkskola, realskola eller liknande  
 2-årig gymnasieutbildning eller fackskola  
 3-årig gymnasieutbildning  
 4-årig gymnasieutbildning  
 Universitets- eller högskoleutbildning kortare än 3 år  
 Universitets- eller högskoleutbildning 3 år eller längre  
 Annan utbildning, vad? \_\_\_\_\_



## Om ditt barn

Var vänlig och kryssa för det alternativ (Stämmer inte, Stämmer delvis eller Stämmer helt) som du tycker passar bäst. Det är värdefullt om du besvarar alla frågor, även om du inte är helt säker eller tycker att frågan verkar konstig. Frågorna gäller ditt barns beteende de senaste 6 månaderna.

	Stämmer inte	Stämmer delvis	Stämmer helt
19. Omtänksam, tar hänsyn till andra människors känslor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Rastlös, överaktiv, kan inte vara stilla länge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Klagar ofta över huvudvärk, ont i magen eller illamående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Delar gärna med sig till andra barn (t ex godis, leksaker, pennor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Har ofta raseriutbrott eller häftigt humör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ganska ensam, leker eller håller sig ofta för sig själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Som regel lydig, följer vanligtvis vuxnas uppmaningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Oroar sig mycket, verkar ofta bekymrad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Hjälpsam om någon är ledsen, upprörd eller känner sig dålig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Svårt att sitta stilla, rör och vrider jämt på sig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Har minst en god vän (kamrat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Slåss/bråkar ofta med andra barn eller mobbar dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ofta ledsen, nedstämd eller tårögd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Vanligtvis omtyckt av andra barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Lättstörd, tappar lätt koncentrationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Nervös eller klängig i nya situationer, blir lätt otrygg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Snäll mot yngre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ljuger eller fuskar ofta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Blir retad eller mobbad av andra barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Ställer ofta upp och hjälper andra (föräldrar, lärare, andra barn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Tänker sig för innan hon/han gör olika saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Stjäl hemma, i skolan eller på andra ställen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Kommer bättre överens med vuxna än med andra barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Rädd för mycket, är lättskrämd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Fullföljer uppgifter, bra koncentrationsförmåga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Har du andra kommentarer eller bekymmer du vill ta upp?			

45. Sammantaget, tycker du att ditt barn har svårigheter på ett eller flera av följande områden: med känslor, koncentration, beteende eller med att komma överens med och umgås med andra människor?

Nej	Ja, små svårigheter	Ja, klara svårigheter	Ja, allvarliga svårigheter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du svarade "Nej", gå vidare till fråga 50

46. Hur länge har svårigheterna funnits?

Mindre än 1 månad	1-5 månader	6-12 månader	Över ett år
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Oroas eller lider ditt barn av sina svårigheter?

Inte alls	Bara lite	Ganska mycket	Väldigt mycket
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48. 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"/>
Med kamrater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I skolarbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vid fritidsaktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. Blir svårigheterna en belastning för dig eller för familjen som helhet?

Inte alls	Bara lite	Ganska mycket	Väldigt mycket
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Aldrig	Sällan	Ibland	Oftast	Alltid	Ej tillämpligt*
50. Pratar ditt barn hemma om hur hon/han klarar sig i de olika ämnena i skolan – nu i hennes/hans nuvarande årskurs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Berättar ditt barn hur det går i skolan (hur det gick på olika prov, relationer med lärare, osv)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Har ditt barn mycket hemligheter om sådant som hon/han gör på fritiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Har ditt barn mycket hemligheter för dig om vad hon/han gör på kvällar och helger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Om ditt barn är ute en kväll, brukar ditt barn berätta vad hon/han gjort under kvällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*T.ex. om ditt barn ej längre bor hemma eller inte går i skolan.

	Aldrig	Sällan	Ibland	För det mesta	Alltid	Ej tillämpligt*
55. Måste barnet ha tillstånd för att vara ute sent på vardagkvällar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Måste ditt barn först fråga dig innan han/hon kan bestämma med kamrater vad de ska göra en lördagkväll?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Om ditt barn går ut en lördagkväll, måste han/hon då informera dig i förväg vart han/hon ska gå och med vem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Fordrar du att få veta var barnet är på kvällar, vem han/hon träffar och vad barnet gör?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Om barnet har varit ute mycket sent en kväll, kräver du då att han/hon noggrant redogör för vad han/hon har gjort och vilka kamrater som barnet umgåtts med?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*T.ex. om ditt barn ej längre bor hemma eller inte går i skolan.

	Nej, absolut inte	Nej, alltför lite	Ja, men bara delvis	Ja, ganska mycket	Ja, helt och fullt	Ej tillämpligt*
60. Litar du på att barnet inte kommer i dåligt sällskap?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Litar du på att barnet sköter sina pengar (inte hamnar i skuld, inte köper onödiga saker)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Har du förtroende för barnet och låter honom/henne ta ansvar för sitt liv på fritiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Litar du på att barnet har gjort sitt bästa i skolan under den här terminen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Litar du på att barnet inte gör något dumt på fritiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Litar du på att det barnet säger att han/hon ska göra en lördagkväll är sant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*T.ex. om ditt barn ej längre bor hemma eller inte går i skolan.

Var vänlig och kryssa för det alternativ du upplever stämmer bäst.

	Stämmer inte alls	Stämmer inte särskilt väl	Varken eller	Stämmer ganska väl	Stämmer mycket väl
66. Jag låter mitt barn komma till tals, även om jag inte håller med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Jag respekterar mitt barns åsikter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. I vår familj tar vi oss tid till att lyssna på varandras åsikter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Aldrig	Ibland	För det mesta
69. Jag tar fram de positiva och sällan de negativa sakerna hos mitt barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Jag visar hur stolt jag är över mitt barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Jag gör små saker som får mitt barn att känna sig speciell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Jag visar med ord och gester att jag tycker om mitt barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Jag visar att jag tycker om mitt barn – nästan oavsett vad hon/han gör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Jag berömmar mitt barn utan någon speciell orsak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

75. Hur kan du se att en tonåring utvecklas och om det går bra för henne/honom inom alla livets områden? Enligt dig, hur är hon/han, vilket sätt är hon/han på?

76. Gick ditt barn i förskoleverksamhet (dvs. förskola, familjedaghem, dagbarnsgrupp eller liknande)?

- Ja  
 Nej (gå till fråga 78)

77. Hur gammalt var ditt barn när hon/han började i förskoleverksamhet?

månader

78. Hur många timmar var ditt barn i förskoleverksamhet under en vanlig vecka när hon/han var:

	Upp till 15 timmar/vecka	15-34 timmar/vecka	35 eller mer timmar/vecka	Jag minns inte
Mellan 1 och 2 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mellan 2 och 3 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mellan 3 och 6 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

79. Hittills, hur nöjd är du med den utbildning ditt barn fått i skolan?

Inte alls nöjd						Väldigt nöjd
1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

80. Hur väl upplever du att skolan har förberett ditt barn för framtida arbetsliv?

Inte alls väl						Mycket väl
1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



81. För närvarande, går ditt barn i skolan?

- Ja  
 Nej (gå till fråga 88)

Hur viktigt tycker du att följande borde vara för ditt barn:

82. Att skaffa ett heltidsarbete efter gymnasiet

Inte alls viktigt

Mycket viktigt

- |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hur viktigt tycker du att följande borde vara för ditt barn:

83. Att studera vidare på universitet/högskola efter gymnasiet

Inte alls viktigt

Mycket viktigt

- |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	Stämmer inte alls	Stämmer inte särskilt väl	Varken eller	Stämmer ganska väl	Stämmer mycket väl
84. Jag hoppas att mitt barn fortsätter studera efter gymnasiet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85. Det är viktigt att mitt barn studerar efter gymnasiet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. Skolan är viktig om mitt barn vill uppnå sina framtida mål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. Mitt barns utbildning kommer innebära många möjligheter för henne/honom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. Jag är hoppfull om mitt barns framtid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

89. Vilken är den högsta utbildning du hoppas att ditt barn kommer avsluta?

- Vet ej  
 Gymnasium – Yrkesförberedande  
 Gymnasium – Studieförberedande  
 Universitetsexamen

90. Vilken är den högsta utbildning du tror att ditt barn kommer avsluta?

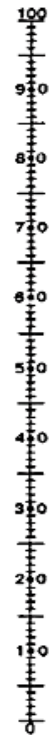
- Vet ej  
 Gymnasium – Yrkesförberedande  
 Gymnasium – Studieförberedande  
 Universitetsexamen

## Om din hälsa

91. Ange hur bra eller dålig din hälsa är idag.

Det bästa hälsotillståndet du kan tänka dig är markerat med 100 och det sämsta hälsotillståndet du kan tänka dig är markerat med 0:

Bästa  
tänkbara  
tillstånd



Sämsta  
tänkbara  
tillstånd

92. Har du någon gång rökt cigaretter så gott som dagligen under minst 6 månader?

- Nej (gå till fråga 94)  
 Ja

93. Röker du för närvarande cigaretter så gott som dagligen?

- Nej  
 Ja. Ungefär hur många cigaretter röker du per dag?

94. Har du någon gång snusat så gott som dagligen under minst 6 månader?

- Nej (gå till fråga 96)  
 Ja

95. Snusar du för närvarande så gott som dagligen?

- Nej  
 Ja. Ungefär hur många snusdosor använder du per vecka?

96. Hur ofta händer det att du vid ett och samma tillfälle dricker alkohol motsvarande minst:

- 1 halv flaska sprit
- **eller** 2 flaskor vin
- **eller** 6 burkar starköl (8 flaskor)
- **eller** 12 flaskor folköl

- Nästan varje dag (minst 5 dagar per vecka)
- Några gånger per vecka (3-4 gånger per vecka)
- Någon gång per vecka (1-2 gånger per vecka)
- 2-3 gånger per månad
- 1 gång per månad
- 1-6 gånger per år
- Aldrig
- Dricker inte alkohol