

# SOFIA

*social och fysisk utveckling, insatser och anpassning*



## SOFIA-studien Våg 5 Enkät till Vårdnadshavare

**Tack för att Du är med i SOFIA-studien och bidrar till ny och viktig kunskap!**

**Viktig information till dig som svarar på frågorna:**

- **Frågorna handlar om dig som vårdnadshavare, om ditt barn och om ditt barns klass och skola.**
- **Frågorna ska besvaras av en av barnets vårdnadshavare i det boende där barnet är skriven.**
- **Vi rekommenderar att det är samma vårdnadshavare som förra året som svarar på enkäten. Detta är dock inget krav, det viktigaste är att enkäten besvaras.**
- **Fundera inte för länge på varje fråga. Ditt spontana och första svar kan många gånger vara det mest korrekta.**
- **Försök att svara på alla frågor. Du kan dock hoppa över frågor som du inte kan eller inte vill svara på.**
- **Vissa frågor liknar varandra. Vi ber dig ha överseende med detta och ändå svara på alla frågor.**
- **Om du behöver ta en paus när du besvarar enkäten stänger du ner enkäten. De frågor du har besvarat är sparade i systemet. När du vill fortsätta svara på frågorna loggar du in igen med samma användarnamn och lösenord.**
- **Du går vidare till frågorna genom att klicka på Nästa.**
- **Genom att trycka på Tillbakaknappen kan du ändra på en fråga som du redan har svarat på.**
- **I slutet på formuläret anger du till vilken adress du vill ha ditt presentkort skickat.**
- **Kontakta oss om du har frågor eller funderingar. Se [www.sofiastudien.nu](http://www.sofiastudien.nu) för kontaktuppgifter.**

**1. Datum för ifyllande:**

\_\_\_\_\_

**2. Barnet är:**

- 1  Pojke  
2  Flicka

**3. Barnets personnummer (ååmmddxxxx):**

Personnumret används enbart för att kontrollera att svaren berör rätt barn. Efter att enkäten är ifylld tas personnumret bort och ersätts med ett löpnummer.

\_\_\_\_\_

**Nu följer några frågor om dig, barnets vårdnadshavare.**

**4. Vem/vilka vuxna bor barnet med? (kryssa alla alternativ som stämmer)**

- Biologisk mamma  
 Biologisk pappa  
 Adoptivpappa  
 Adoptivmamma  
 Annan, nämligen \_\_\_\_\_  
 Annan, nämligen \_\_\_\_\_

**5. Vem fyller i detta formulär?**

- Biologisk mamma  
 Biologisk pappa  
 Adoptivpappa  
 Adoptivmamma  
 Annan, nämligen: \_\_\_\_\_  
 Annan, nämligen: \_\_\_\_\_

## Om barnets boende

### 6. Vilka vuxna bor barnet huvudsakligen med?

- Med båda sina vårdnadshavare tillsammans
- Med en av sina vårdnadshavare
- Hos båda sina vårdnadshavare men separat (t.ex. varannan vecka eller hos en av vårdnadshavarna i veckorna och den andra på helgen, etc)
- Hos sin/a vårdnadshavare men också på annat ställe
- Inte med någon av sina vårdnadshavare

### 7. Hur många barn, under 18 år (inklusive det barn som denna enkät gäller) bor på heltid eller deltid i det hem där barnet är skrivet?

\_\_\_\_\_

### 8. Hur många syskon (hel- och halvsyskon) har det aktuella barnet?

\_\_\_\_\_

### 9. Hur många kvadratmeter är den bostad där barnet är skriven? (ange i hela kvadratmeter – räkna med alla kvadratmeter som ni använder aktivt för boende – dvs. inte källar- eller vindsyta som ingen bor i)

\_\_\_\_\_

### 10. Är du nöjd med ditt boende (inte vad avser området utan själva boendet- lägenheten/huset – i sig)?

- Inte alls nöjd
- Ganska nöjd
- Nöjd
- Mycket nöjd

### 11. Bor du i ett bostadsområde/ställe som du vill bo i?

- Ja
- Nej

**12. Känner du dig trygg i bostadsområdet, dvs. att inte du eller någon annan i din familj ska utsättas för brott när du/ni går ut i ditt område när det är ljus ute?**

- Helt trygg
- Oftast trygg
- Ganska trygg
- Inte trygg

**13. Känner du dig trygg i bostadsområdet, dvs. att inte du eller någon annan i din familj ska utsättas för brott när du/ni går ut i ditt område när det är mörkt ute?**

- Helt trygg
- Oftast trygg
- Ganska trygg
- Inte trygg

#### **Om barnets förmågor**

**Nu kommer ett antal frågor om barnet och hans/hennes förmågor. Fundera inte för länge på varje påstående. Kryssa det svarsalternativ som stämmer bäst in på barnet. Tänk på hur barnet varit de senaste 6 månaderna.**

#### **14. Han/hon är VÄLDIGT BRA på**

	Stämmer inte alls	Stämmer ganska dåligt	Stämmer ganska bra	Stämmer precis
Att hälsa när han/hon kommer och går	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att ha ögonkontakt när han/hon pratar med någon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att tydligt och artigt tacka för sig (t.ex. vid mat, mellanmål, etc).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att vara med och hjälpa till hemma på olika sätt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att byta aktivitet (t.ex. gå från lek till mat, TV till mat, klä på sig för att gå ut, etc) utan att det blir diskussioner eller konflikter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att tro på sig själv och sina egna förmågor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att svara artigt och trevligt när han/hon blir tilltalad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att be dig om hjälp när han/hon behöver det.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att ta ansvar för sina saker (ex plocka undan efter sig, hålla ordning på sina kläder).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Barnets oro och utsatthet

Hur väl beskriver dessa påståenden barnet de senaste 6 månaderna? Kryssa det svarsalternativ som stämmer bäst in.

### 15. Han/Hon

	Stämmer inte alls	Stämmer ganska dåligt	Stämmer ganska bra	Stämmer precis
Blir ofta retad av andra barn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blir ofta slagen eller på annat sätt fysiskt utsatt av andra barn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är ofta ängslig, orolig eller nervös.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är ofta nedstämd eller ledsen (t.ex. grubblar, gråter, är bekymrad, sitter själv och ser ledsen ut, etc).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Om barnets nuvarande längd och vikt

Vänligen mät barnets vikt och längd i samband med att du svarar på dessa frågor, så att uppgifterna är aktuella. Stort tack för din insats!

16. Vad väger barnet? (ange i hel- och halvkilon, t.ex. 35,5 ) kg

\_\_\_\_\_

17. Vad är barnets längd? (ange i hela centimeter, t.ex. 145 cm)

\_\_\_\_\_

## Nu följer några frågor om barnets hälsa och funktion.

18. Har barnet råkat ut för någon olycka eller annat trauma som på något sätt påverkat barnet efteråt fysiskt eller psykiskt sedan 2012?

- Nej
- Ja (Om ja, beskriv nedan på vilket sätt olyckan eller traumat har påverkat barnet.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**19. Har ditt barn någon av nedanstående sjukdomar / hälsoproblem / funktionshinder där problem/diagnos är fastställd av läkare, psykolog eller logoped?**

	Nej	Ja
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergisk snuva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leukemi eller annan cancersjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörselskada (svårighet att utan hörapparat höra vad som sägs i ett samtal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärtfel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjukdom/problem i nervsystemet - ej epilepsi (t.ex.cerebral pares, hydrocephalus, neuromuskulär sjukdom/problem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjukdom/problem i leder, muskler eller skelett (t.ex. barnreumatism, skolios)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjukdom i matsmältningsorganen (t.ex. glutenintolerans, Crohns Sjukdom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Störning av språk, tal eller läsförmåga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synproblem (synskärpa <0.3 på bästa ögat efter korrigerig med glasögon/linser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Downs syndrom, eller annan kromosomavvikelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utvecklingsstörning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trotssyndrom (ODD) (trotsar, är ilsken, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uppförandestörning (CD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADHD / ADD / (koncentrationsproblem, kroppslig överaktivitet, impulsivitet, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autism	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autismliknande tillstånd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspergers syndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tourettes syndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ångest, depression/nedstämdhet, dystymi eller liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan sjukdom/hälsoproblem/funktionshinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om annan, ange vad:

---

---

---

---

**20. Går ditt barn på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning på regelbundna kontroller hos läkare, psykolog, kurator eller logoped? (flera svarsalternativ möjliga)**

- Nej
- Ja, hos läkare
- Ja, hos psykolog
- Ja, hos logoped
- Ja, hos kurator

**Om barnets trots, ilska och regelbrott**

**Svara på de nedanstående frågorna baserat på hur barnet varit de senaste 6 månaderna. Kryssa det svarsalternativ som stämmer bäst in.**

**21. Han/Hon**

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Mycket ofta
Har retat andra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har varit osams / i konflikt med vuxna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har brutit mot viktiga regler hemma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har hotat någon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har slagit, rivit, puttats, sparkat eller kastat något på andra utan påtaglig anledning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har slagit, rivit, puttats, sparkat eller kastat något på andra när han/hon blivit provocerad eller stressad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har tagit saker utan lov som tillhör någon annan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har medvetet tagit sönder eller förstört något	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har varit väldigt arg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har avbrutit/förstört andra barns lekar och aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Om stöd och rutiner

**22. Här kommer några frågor om stöd som kan finnas hos vänner och om vilka rutiner man kan ha i en familj. Svara utifrån hur det varit de senaste 6 månaderna.**

	Stämmer inte alls	Stämmer ganska dåligt	Stämmer ganska bra	Stämmer precis
Jag har tillräckligt med tid att umgås med mitt barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har vänner, bekanta, släktingar eller andra som jag får stöd ifrån när det kör ihop sig eller något känns jobbigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag vet var jag ska vända mig om jag har problem med t.ex. ekonomi, relationer eller hälsa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vår familj äter gemensamt frukost ihop varje dag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vår familj äter gemensamt middag ihop varje dag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnets vardag följer vissa rutiner som är likadana varje dag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnets sänggående och insomning följer vissa rutiner som är likadana varje dag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Hur har du det?

**Här kommer några frågor om dig själv (det vill säga du som vårdnadshavare) och hur du har haft det. Kryssa det svarsalternativ som stämmer bäst in.**

**23. Hur har du trivts med livet de senaste 6 månaderna?**

- Mycket bra
- Bra
- Ganska bra
- Inte alls bra

**24. Har du haft perioder då du varit väldigt ledsen och nedstämd flera veckor i sträck de senaste 6 månaderna?**

- Nej
- Ja

**25. Har du under de senaste 6 månaderna känt dig så stressad att du har haft svårt att orka eller hinna med ditt barn?**

- Nej
- Ja, vid enstaka tillfällen
- Ja, ibland
- Ja, ofta

**Du och ditt barn**

**26. Här följer några påståenden om dig och ditt barn. Hur har det varit de senaste 6 månaderna? Kryssa för det alternativ som stämmer bäst.**

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Mycket ofta
Du berömmar ditt barn när han/hon har gjort något bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du belönar ditt barn på något vis när han/hon har uppfört sig väl och gjort som du vill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du berömmar ditt barn utan någon speciell orsak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du talar om för barnet att du tycker om honom/henne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du visar med ord och gester att du tycker om barnet (t.ex. blinkar, ler vid ögonkontakt, kramar, pussar, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du tycker att du känner ditt barn väldigt bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du tycker att ditt barn är väldigt roligt och trevligt att vara med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du leker eller gör saker aktivt med ditt barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du är med barnet och deltar i aktiviteter (t.ex. badar, bio, idrott, musik, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du tycker att ditt barn är svårt att hantera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du läser för ditt barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du är osams med ditt barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du är väldigt arg på ditt barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ditt barn kommer till dig för att bli tröstad när han/hon är ledsen eller orolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du skrattar tillsammans med ditt barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du förbereder ditt barn på vad som ska hända (t.ex. talar om hur dagen ska se ut eller att det snart är dags för mat, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du sätter tydliga gränser och regler för ditt barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du låter ditt barn vara med och bestämma och planera saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du är väldigt osams med din partner (lämna tomt om du inte har en partner)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Forts. 26.**

**Här följer några påståenden om dig och ditt barn. Hur har det varit de senaste 6 månaderna? Kryssa för det alternativ som stämmer bäst.**

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Mycket ofta
Du förmedlar tydligt till ditt barn att det är viktigt att man är artig (t.ex. hälsa när man kommer och går, tackar för sig, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du förmedlar tydligt till ditt barn att det är viktigt att man är hjälpsam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du förmedlar tydligt till ditt barn att det är viktigt att man är omtänksam och bryr sig om vad andra känner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du förmedlar tydligt till ditt barn att det är viktigt att man kan vänta på sin tur och turas om	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du förmedlar tydligt till barnet att det aldrig är okej att slåss, retas eller hota andra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du förmedlar tydligt till ditt barn att det är viktigt att man är snäll mot andra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**När du och ditt barn inte är överens**

**Alla föräldrar och barn hamnar då och då i små eller stora konflikter med varandra. Det kan bero på motstridiga viljor eller att barnet gjort något som du som förälder anser är otillåtet.**

**27. När ditt barn gjort något otillåtet eller inte gått att komma överens med under de senaste 6 månaderna, vad har du då gjort?**

	Nästan varje gång	Ofta	Ibland	Nästan aldrig	Aldrig
Pratat med barnet lugnt och sansat för att lösa problemet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distraherat barnet och försökt leda in på något annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kramat eller hållit om barnet tills problemet/konflikten var över	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gått ifrån barnet och struntat i problemet/konflikten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagit bort privilegier för barnet (t.ex. lördagsgodis, veckopeng, tv-program, skärmtid)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gett barnet extra sysslor/saker att göra (t.ex. städa sitt rum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gett barnet "Time-out" (t.ex. barnet får gå till sitt rum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Höjt rösten ordentligt eller skrikit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svurit åt barnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Forts. 27.**

**När ditt barn gjort något otillåtet eller inte gått att komma överens med under de senaste 6 månaderna, vad har du då gjort?**

	Nästan varje gång	Ofta	Ibland	Nästan aldrig	Aldrig
Kallat barnet för "dum", "elak" eller andra liknande saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hotat barnet om något men sedan inte genomfört det jag hotat att göra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hotat att slå barnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagit tag i barnet (ej hårt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagit tag hårt i barnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagit tag och ruskat barnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slagit barnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Om barnets skola**

**Nu kommer några frågor om ditt barns skola och din kontakt med personalen.**

**28. Hur mycket pratar du med ditt barns lärare?**

- Dagligen eller nästan dagligen
- Varje vecka
- Några gånger per månad
- Mer sällan

**29. Var du på det senaste föräldramötet (under höstterminen 2017 eller under nuvarande termin) på den skola som ditt barn går på nu?**

- Ja. (Om ja, gå vidare till fråga 30)
- Nej, hade förhinder eller ville inte gå (Om nej, gå vidare till fråga 31)
- Nej, skolan har inte bjudit in till något föräldramöte ännu (Om nej, gå vidare till fråga 31)

**30. Hur givande tyckte du att föräldramötet var?**

- Inte alls givande
- Något givande
- Givande
- Mycket givande

**31. Hur är din kontakt med barnets lärare på skolan?**

- Mycket bra
- Bra
- Ganska bra
- Inte alls bra

**32. Är du nöjd med kontakten med barnets lärare?**

- Nej - skulle önska en mycket bättre eller mer kontakt
- Nej - skulle önska en något bättre eller lite mer kontakt
- Den är tillräckligt bra
- Den är mycket bra

**33. Hur bra anser du att du når fram med information om barnet till läraren?**

- Mycket bra
- Bra
- Ganska bra
- Inte alls bra

**34. Berättar du saker om barnet för barnets lärare när det behövs? (t.ex. om barnet sovit dåligt för att det hänt något, varit sjuk, speciella behov pga kronisk sjukdom eller funktionshinder)**

- I princip aldrig
- Sällan
- Oftast
- I princip alltid

**35. Är du trygg med hur ditt barn har haft det i skolan senaste 6 månaderna?**

- Ja
- Nej

**36. Hur ofta är ditt barn hemma från skolan?**

- Några dagar per termin
- Några dagar i månaden
- Varje vecka

**37. Vad beror ditt barns frånvaro på? Flera svarsalternativ är möjliga.**

- Tillfällig sjukdom (t.ex. förkylning, magsjuka)
- Barnets funktionsnedsättning
- Bristande motivation eller trötthet
- För hög arbetsbelastning i skolan
- Bristande studiero
- Bristande stöd i skolan
- Otrygg eller bristande relationer med jämnåriga (otrygghet, inga vänner etc.)
- Otrygg eller bristande relation med lärare på skolan
- Svårigheter i hemförhållanden (t.ex. konflikter, förälders sjukdom, otrygg boendesituation)
- Vet ej

**38. Har du svårt att få ditt barn att gå till skolan?**

- Nej aldrig
- Ja ibland
- Ja ofta

**39. Är du orolig för ditt barns frånvaro från skolan?**

- Nej
- Ja lite oro
- Ja stor oro

**40. Hur trivs barnet i skolan?**

- Mycket bra
- Bra
- Ganska bra
- Inte alls bra

---

Hur har det sett ut **de senaste 6 månaderna?**

---

**41.** Är barnet med i någon förening, klubb, lag eller liknande?

- Ja
- Nej

**42.** Ungefär hur många kvällar/dagar i veckan ägnar sig barnet åt någon organiserad fritidsaktivitet (t.ex. idrott, körsång, teater).

.....kvällar/dagar

---

## Om vårdnadshavarnas utbildning och ekonomi

### 43. Vilken är vårdnadshavarnas högsta utbildning?

	Vårdnadshavare 1	Vårdnadshavare 2
Ingen slutförd utbildning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundskola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gymnasium, med yrkes-/praktisk inriktning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gymnasium, med teoretisk inriktning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folkhögskola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvalificerad Yrkesutbildning (KY-utbildning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Högskola/Universitet (fil.kand./mag./lic.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Högskola/Universitet (fil.dr.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vet ej för vårdnadshavare 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det finns ingen vårdnadshavare 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 44. Har du under de senaste 12 månaderna haft svårt (t.ex. behövt låna pengar) att klara löpande ekonomiska utgifter som exempelvis hyra, avbetalningar och liknande?

- Nej
- Ja, 1 månad
- Ja, 2 - 3 månader
- Ja, 4 - 8 månader
- Ja, 9 - 12 månader

### 45. Hur ofta har du de senaste 12 månaderna grubblat över hur du ska klara av de ekonomiska utgifterna som du/ni i ditt hushåll har?

- I stort sett varje dag
- Några gånger i veckan
- Högst en gång i veckan
- Mer sällan än 1 gång i veckan
- Aldrig

**46. Vilken är vårdnadshavarnas årliga inkomst som det ser ut nu? (Räkna in lön från arbete men också eventuella bidrag och pengar som kommer från studielån.) Ange kronor per år innan skatt (dvs. bruttolön)**

	Vårdnadshavare 1	Vårdnadshavare 2
0 – 100.000 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101.000 – 200.000 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
201.000 – 300.000 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
301.000 – 400.000 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
401.000 – 500.000 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
>500.000 kr –	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vet ej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vet ej för vårdnadshavare 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det finns ingen vårdnadshavare 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Mer om barnets förmågor**

**47. Nu kommer ytterligare några frågor om barnet och hans/hennes förmågor. Fundera inte för länge på varje påstående. Tänk på hur barnet varit de senaste 6 månaderna.**

Han/hon	Stämmer inte alls	Stämmer ganska dåligt	Stämmer ganska bra	Stämmer precis
Blir aldrig ledsen/arg eller på annat sätt starkt påverkad när jag/vi lämnar på skolan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är glad och positiv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verkar vara stresstålig – blir t.ex. nästan aldrig ledsen eller ängslig när oförutsägbara saker händer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leker ofta roll-lekar eller fantasilekar där han/hon leker att han/hon är någon annan än sig själv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verkar trivas väldigt bra hemma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verkar lita på mig som vårdnadshavare.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är blyg med nya människor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pratar gärna inför en grupp (t.ex. på släkt- eller familjeträff, kalas, middagar, etc).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är kreativ och hittar ofta på nya saker och lösningar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har vissa intressen som han/hon är väldigt duktig på och ägnar mycket av sin tid åt (t.ex. husdjur, idrott, instrument, ett visst dator/TV-spel, ett visst tema, att rita/teckna/måla, etc).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



#### 48. Om barnets sovvanor. Tänk på hur det varit de senaste 6 månaderna.

	Innan Kl. 19	Kl.19 -20	Kl.20 -21	Kl.21 -22	Kl. 22 eller senare	Kl. 23 eller senare
När går barnet vanligen och lägger sig på en vardagskväll när det är skola?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
När somnar barnet vanligen en vardagskväll när det är skola?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 49. Har barnet en egen mobiltelefon?

- Ja
- Nej

#### 50. Hur det varit de senaste 6 månaderna?

	< 1 timme	1-2 timmar	2-3 timmar	3-4 timmar	4-5 timmar	> 5 timmar
Hur länge en vanlig vardag ägnar sig barnet åt en mobiltelefon, surfplatta eller dator (sin egen eller någon annans)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur länge en vanlig vardag spelar barnet någon form av spel på mobiltelefon, surfplatta, dator, TV-spel eller annan spelkonsol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur länge en vanlig vardag spelar barnet någon form av spel på mobiltelefon, surfplatta, dator, TV-spel eller annan spelkonsol som innehåller inslag av att man slår, skjuter eller krigar på annat sätt i spelet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur länge en vanlig vardag tittar barnet på TV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 51. Har barnet under de senaste 6 månaderna blivit retad, hotad eller på annat sätt utsatt så att han/hon blivit illa berörd, via mobiltelefon, surfplatta eller dator.

- Nej
- Någon enstaka gång
- Flertalet gånger

## Frågor om barnets känslor och empati

Svara på dessa frågor utifrån hur barnet vanligen och oftast beter sig och utifrån de senaste 6 månaderna.

### 52. Han/Hon

	Stämmer inte alls	Stämmer ganska dåligt	Stämmer ganska bra	Stämmer precis
Uttrycker sällan medkänsla för andra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verkar oftast inte dela andras glädje och sorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verkar aldrig ha dåligt samvete för saker som han/hon gjort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verkar oftast helt oberörd när andra barn runt omkring är upprörda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Upprörs inte av att andra kommer till skada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ångrar sig sällan när han/hon gjort något otillåtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verkar ofta inte bry sig om vad andra känner och tycker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verkar ibland helt sakna förmågan att känna skuld och ånger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uttrycker aldrig skuld känslor när han/hon gjort något som inte var tillåtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uttrycker inte skuld och ånger i samma utsträckning som andra barn i samma ålder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uppvisar brister i känslor av ånger och skuld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uppvisar känslökyla/brister i empatisk förmåga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bryr sig inte om hur han/hon presterar (tex: inte motiverad eller brydd över att prestera i skolan).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uppvisar ytliga eller inadekvata känslor (tex: känslor som uppvisas är ytliga eller inte uppriktiga).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**53. Frågor om hur barnet kan vara. Svara på dessa frågor utifrån hur barnet vanligen och oftast beter sig och utifrån de senaste 6 månaderna**

**Han/hon**

	Stämmer inte	Stämmer någorlunda eller ibland	Stämmer mycket bra eller ofta
Det finns inte mycket som han/hon tycker är roligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gråter mycket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gör sig medvetet illa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Äter dåligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Känner sig värdelös eller underlägsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har för starka skuld känslor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är övertrött utan någon speciell anledning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sover mindre än andra barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sover mer än andra barn på dagen och/eller på natten (beskriv):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			
_____			
_____			
Har sömnproblem (beskriv):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			
_____			
_____			
Är passiv, rör sig långsamt eller saknar energi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är olycklig, ledsen eller deprimerad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klänger på vuxna eller är för beroende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är rädd för vissa djur, situationer eller platser (utom skolan)(beskriv):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			
_____			
_____			
Är rädd för att gå i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervös, överkänslig eller spänd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allt för rädd eller ängslig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Forts. 53.

Frågor om hur barnet kan vara. Svara på dessa frågor utifrån hur barnet vanligen och oftast beter sig och utifrån de senaste 6 månaderna.

#### Han/Hon

	Stämmer inte	Stämmer någorlunda eller ibland	Stämmer mycket bra eller ofta
Oroar sig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Påstridig, säger emot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olydig hemma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olydig i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Envis, tjurig eller retlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Får raseriutbrott eller har häftigt humör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är grym mot djur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grym, elak mot eller plågar andra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förstör familjemedlemmars eller andra barns saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verkar inte ha skuld känslor då han/hon uppför sig illa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bryter mot regler hemma, i skolan eller på andra ställen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hamnar ofta i slagsmål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hänger ihop med kamrater som ofta råkar "i klistret"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ljuger och luras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ger sig på andra med slag, knuffar eller sparkar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rymmer hemifrån	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anlägger bränder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stjäl i hemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stjäl utanför hemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svär eller använder fula ord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hotar folk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skolkar från skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vandaliserar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 54. Om att oroa sig för sitt barn

Ibland oroar man sig som förälder över sitt barns utveckling och välmående. Ange om och i vilken grad du har oroat dig för ditt barn de senaste 6 månaderna.

##### Oro för

	Inte alls orolig	Lite orolig	Ganska orolig	Orolig	Mycket orolig
Barnets fysiska hälsa/utveckling (syn- eller hörselnedsättning, problem med exempelvis andning, hud, matsmältning, ämnesomsättning, kramper)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnets inläring (förmåga att lära sig nya saker och koncentrera sig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnets språkliga förmåga (tal och språkförståelse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnets känslomässiga utveckling (ex förmåga att förstå andras känslor och att hantera sina egna)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnets psykiska hälsa (t.ex. oro, nedstämdhet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnets sociala utveckling (t.ex. svårigheter med kamratrelationer, att fungera i grupp eller att ta ansvar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnets beteende (ex trots, aggressivitet, ljugande, svårigheter att följa regler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat (Om annat, beskriv vad nedan.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

---

---

---

#### 55. Har skolpersonalen någon gång de senaste 6 månaderna uttryckt oro för ditt barns utveckling eller beteende?

- Nej
- Ja, någon gång
- Ja, flera gånger

#### 56. Anser du att ditt barn har behov av extra anpassningar eller särskilt stöd i skolan?

- Nej (Gå vidare till fråga 61.)
- Ja och mitt barn får extra anpassningar eller särskilt stöd i skolan (Gå vidare till fråga 57.)
- Ja men mitt barn får inte extra anpassningar eller särskilt stöd i skolan (Gå vidare till fråga 60.)

**57. Vem eller vilka tog initiativet till att barnet skulle få extra anpassningar eller särskilt stöd i skolan?**

- Du själv eller barnets andra vårdnadshavare
- Personal på skolan
- Personal inom annan verksamhet, ex inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten

**58. Besvara följande påståenden om hur du uppfattar att stödet inom skolan fungerar:**

	Stämmer inte alls	Stämmer delvis	Stämmer till stor del	Stämmer helt
Stödet stämmer med vad mitt barn behöver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnet gör de framsteg som förväntades när stödet sattes in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stödet ges i tillräcklig omfattning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag som vårdnadshavare har fått det stöd från skolan som jag behöver för att kunna hjälpa mitt barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag som vårdnadshavare känner mig delaktig i planeringen och genomförandet av stödet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**59. Övriga kommentarer angående ditt barns extra anpassningar eller särskilda stöd i skolan:**

---

---

---

---

**60. Vad bedömer du vara anledningen till att ert barn inte får det stöd som du anser det behöver i skolan? (Du kan ange flera svarsalternativ)**

- Utredning kring barnets behov pågår
- Utredning är gjord men det är fortfarande oklart vilket stöd som är lämpligt
- Personalen verkar inte förstå barnets problematik
- Personalen lyssnar inte på vad jag har att säga om mitt barn
- Det saknas resurser inom skolan för att tillgodose mitt barns behov
- Det saknas kompetens inom skolan för att tillgodose mitt barns behov
- Jag har blivit erbjuden hjälp till mitt barn men tackat nej

**61. Har du någon gång under de senaste 6 månaderna fått stöd eller behandling för ditt barn från barn- och ungdomspsykiatrien?**

- Nej (Gå vidare till fråga 63.)
- Ja, men stödet eller behandlingen är avslutad (Gå vidare till fråga 62.)
- Ja, och vi har fortfarande stöd eller behandling (Gå vidare till fråga 62.)

**62. Besvara följande påståenden om hur du uppfattar att stödet från barn- och ungdomspsykiatrien fungerade eller fungerar:**

	Stämmer inte alls	Stämmer delvis	Stämmer till stor del	Stämmer helt
Stödet stämmer med vad mitt barn behöver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnet gör de framsteg som förväntades när stödet sattes in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stödet ges i tillräcklig omfattning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag som vårdnadshavare har fått det stöd från barn- och ungdomspsykiatrien som jag behöver för att kunna hjälpa mitt barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag som vårdnadshavare känner mig delaktig i planeringen och genomförandet av stödet/behandlingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Övriga kommentarer om stöd från barn- och ungdomspsykiatrien:**

---

---

---

---

**Tack för ditt deltagande i SOFIA-studien. Ditt fortsatta deltagande är mycket värdefullt!**

**Med vänlig hälsning  
SOFIA-gruppen**

**63. Som tack för Din medverkan får du ett presentkort värt 100kr som gäller hos många butiker och handlare i Sverige. Ange här den e-postadress som du vill ha presentkortet skickat till och klicka sedan på "Skicka":**

**E-postadress:**

---