

Appendix I

SMÅTANN- *undersøkelsen, femåringer*

*Et samarbeid mellom
Tannhelseetaten i Oslo,
Universitetet i Oslo,
Universitetet i Bergen
og Norsk Tannvern*

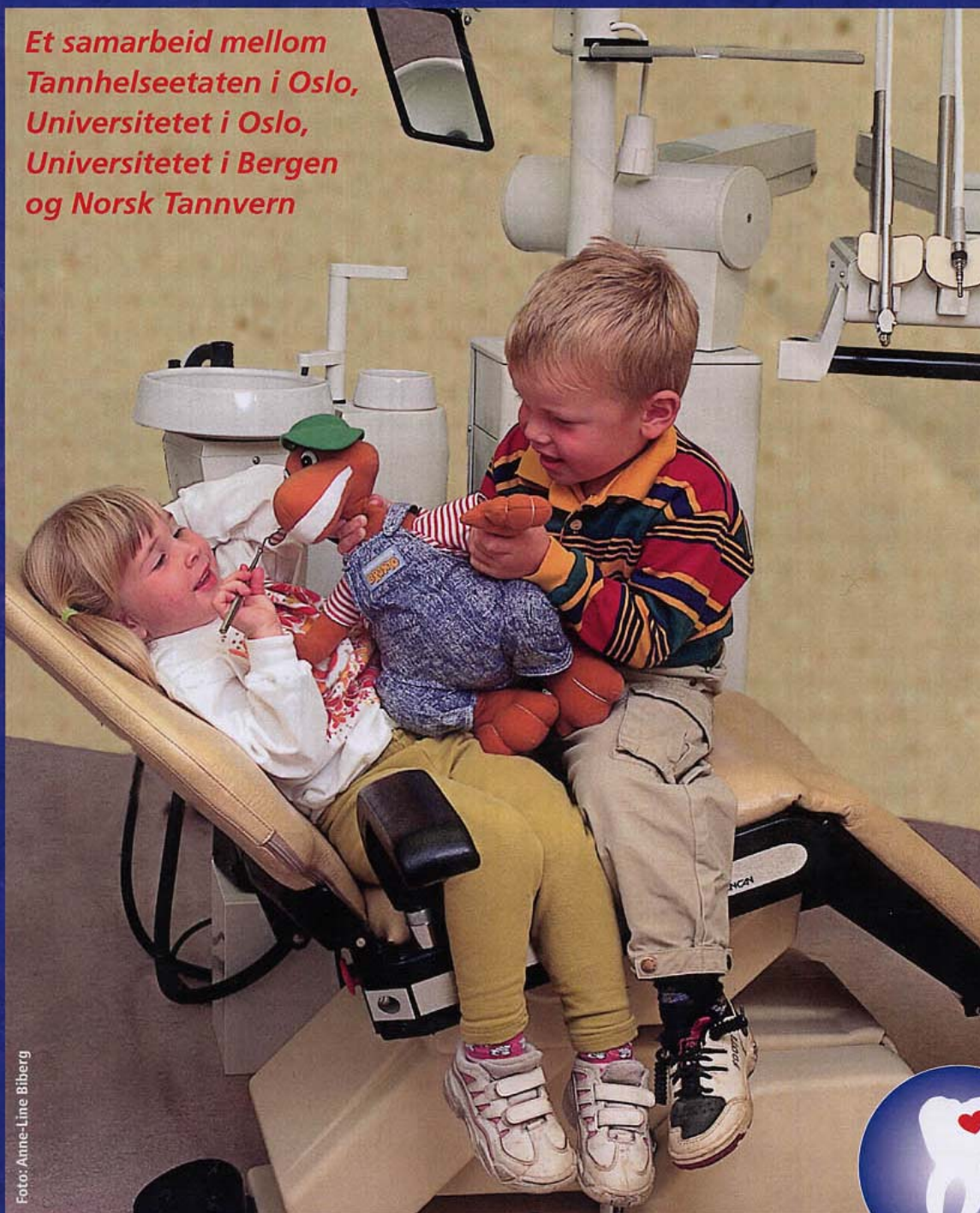


Foto: Anne-Line Biberg



SPØRRESKJEMA

ID NO : / P /

Generell informasjon

Vi vil bli svært takknemlig om du svarer på dette spørreskjemaet og således gir oss informasjon om barnet ditt.

Hvis du synes at enkelte spørsmål i spørreskjemaet virker noe spesielle, er det fordi det er tatt hensyn til at de skal passe kulturer fra mange forskjellige land.

BEGYNN HER:

Barnets navn (fornavn-etternavn)

Barnets kjønn: gutt jente

Fødselsdato: - 199

Spørsmål angående barnet ditt

Del A

De første spørsmålene handler om besøk på tannklinikken, tannverk, melketenner og tannhelse til barnet ditt.

1. Har du, før i dag, noen gang tidligere tatt barnet ditt med til tannlege/tannpleier?

₁ Ja ₂ Nei

Hvis ja, undersøkte tannlegen/tannpleier tennene til barnet ditt?

₁ Ja ₂ Nei

2. Har barnet ditt hatt tannverk i det hele tatt i løpet av det siste året (12 mnd) ?

₁ Ja ₂ Nei

Hvis ja, hvor ofte?

₁ Én gang ₂ To ganger ₃ Tre ganger ₄ Flere ganger

3. Hvis barnet ditt får tannverk, ville du da:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ Gi smertestillende | <input type="checkbox"/> ₂ Gå til tannlegen |
| <input type="checkbox"/> ₃ Få antibiotika | <input type="checkbox"/> ₄ Gå til legen |
| <input type="checkbox"/> ₅ Bruke urtemedisin | <input type="checkbox"/> ₆ Be om at tannen blir trukket |
| <input type="checkbox"/> ₇ Ikke gjøre noe, det vil bli bedre av seg selv | <input type="checkbox"/> ₈ Spørre familien til råds |
| <input type="checkbox"/> ₉ Oppsøke apoteket | <input type="checkbox"/> ₁₀ Søke annen medisinsk hjelp |

Her følger noen påstander knyttet til tannråte/hull i tennene og tannbørsting. Vi vil vite om du er enig eller uenig i hver enkel påstand. *Vennligst kryss av på ett alternativ på hver linje.*

	helt uenig	uenig	verken enig eller uenig	enig	Helt enig
4. I vår familie er vi er trygge på at vi kan redusere sjansene for at barnet vårt får tannråte	1	2	3	4	5
5. Tannråte vil ikke bli bedre av seg selv	1	2	3	4	5
6. Regelmessige tannlegebesøk vil være effektivt for å stoppe tannråten hos barnet vårt	1	2	3	4	5
7. Tannråte vil ha store konsekvenser for den generelle helse til barnet vårt	1	2	3	4	5
8. Tannråte er et alvorlig problem for melketennene	1	2	3	4	5
9. Det er vårt ansvar som foreldre å forhindre at barnet vårt utvikler tannråte	1	2	3	4	5
10. Det at barnet vårt mister en melketann på grunn av tannråte, ville være rystende	1	2	3	4	5
11. Vi føler det som viktig at vi undersøker barnets tenner for tannråte	1	2	3	4	5
12. Hvis barnet vårt ikke ønsker å børste tennene hver dag, føler vi ikke at vi skal tvinge barnet til det	1	2	3	4	5
13. Det er viktig å børste tennene til barnet mitt hver dag slik at barnet har et fint smil	1	2	3	4	5
14. Det er tannlegens ansvar å forhindre at barnet vårt får tannråte	1	2	3	4	5
15. Samme hva vi gjør, ser det ut til at barnet vårt får tannråte	1	2	3	4	5
16. Vi kan forhindre tannråte hos barnet vårt ved å redusere sukkerholdig mat og sukkerholdig drikke mellom måltidene	1	2	3	4	5
17. Det er bare uflaks hvis barnet vårt får tannråte	1	2	3	4	5
18. I vår familie har vi til hensikt å pusse tennene på barnet vårt	1	2	3	4	5
19. Vi har til hensikt å pusse tennene til barnet vårt to ganger om dagen	1	2	3	4	5
20. I vår familie vil vi føle det som viktig å hjelpe til å pusse tennene til barnet vårt to ganger om dagen	1	2	3	4	5

<i>Husk ett kryss per linje</i>			verken enig eller uenig		
	helt uenig	uenig		enig	helt enig
21. Nære kjente vil føle det som viktig å pusse tennene til barnet vårt to ganger om dagen	1	2	3	4	5
22. Vi føler at vi mestrer å pusse tennene til barnet vårt	1	2	3	4	5
23. Jeg vet ikke hvordan jeg skal pusse tennene til barnet mitt skikkelig	1	2	3	4	5
24. Hvis vi børster tennene til barnet to ganger pr. dag, kan vi forhindre at barnet får hull i fremtiden.	1	2	3	4	5
25. Hvis barnet vårt bruker fluortannkrem, vil det forhindre tannrâte	1	2	3	4	5
26. En tannkrem uten fluor vil forhindre tannrâte	1	2	3	4	5
27. Vi kan forhindre tannrâte på barnet vårt ved å hjelpe til med å pusse en gang om dagen	1	2	3	4	5
28. Det at barnet vårt ikke pusser tennene en gang om dagen, vil forårsake tannrâte	1	2	3	4	5
29. Hvis barnet vårt utvikler tannrâte, er det tilfeldig	1	2	3	4	5
30. Det ville ikke gjøre noen forskjell på det faktum at barnet vårt utvikler tannrâte, om vi hjalp han/henne å pusse hver dag eller ikke	1	2	3	4	5
31. Vi synes det er viktig å kontrollere <u>om</u> barnet vårt har pusset tennene	1	2	3	4	5
32. Vi har ikke tid til å hjelpe barnet vårt å pusse tennene to ganger om dagen	1	2	3	4	5
33. Vi klarer ikke å få barnet til å pusse tennene to ganger om dagen	1	2	3	4	5
34. Tennene blir pusset som en del av barnets daglige hygiene (hånd og ansiktsvask)	1	2	3	4	5
35. Det er dyrt å kjøpe tannbørster og tannkrem til hele familien	1	2	3	4	5
36. Tannrâte følger familier	1	2	3	4	5
37. Noen har av natur svake tenner	1	2	3	4	5

Del B

Neste spørsmålsett er knyttet til tema om tannbørsting/renhold av tenner

1. Hva bruker du for å holde ditt barns tenner rene?

(vennligst merk av så mange felt som er aktuelle)

₁ Tannbørste ₃ Tøyklut ₄ Finger

₅ Andre ting (Vennligst forklar nærmere)

₆ Bruker ikke noe

Hva annet bruker du?

₁ Tannkrem ₂ Salt

₄ Andre ting (Vennligst forklar nærmere)

₅ Ingenting

2. Hvem pusser/rengjør ditt barns tenner?

(Vennligst kryss ut så mange felt som er aktuelle)

₁ Barn ₂ Foreldre ₃ Noen andre

₄ Tennene blir ikke børstet/rengjort

3. Hvor ofte blir tennene pusset/rengjort

(Vennligst kryss ut i ett felt)

₁ Aldri ₂ Ikke hver dag ₃ En gang per dag

₄ To ganger per dag ₅ Tre ganger per dag ₆ Annenhver dag

4. Hvor gammelt var barnet ditt da han/hun først begynte å få tennene sine pusset/rengjort?

₁ Under 1 år ₂ Perioden fra 1 år til nær 2 år

₃ Perioden fra 2 år til nær 3 års dag

₄ 3 år eller eldre ₅ Husker ikke ₆ Tennene blir ikke børstet/rengjort

5. Hvor gammelt var barnet ditt da det begynte å pusse/rengjøre tennene selv?

₁ Under 2 år ₂ Perioden fra 2 år til nær 3 år

₃ 3 år eller eldre ₄ Husker ikke

5 Pusser ikke/rengjør ikke tennene selv

6. Har barnet ditt alltid pusset/rengjort tennene sine selv ?

1 Ja 2 Nei, en eller annen pleier å hjelpe

3 Pusser ikke/rengjør ikke tennene

Vennligst kryss av **ett** felt på hver linje.

	Hver dag	De fleste dager	Av og til	Aldri
7. Minner du barnet ditt på å pusse/rengjøre tennene	1	2	3	4
8. Kontrollerer du om de har pusset/rengjort tennene	1	2	3	4
9. Ser du på når de pusser tennene	1	2	3	4
10. Hjelper du dem til å pusse/rengjøre tennene	1	2	3	4
11. Pusser/rengjør du tennene deres	1	2	3	4

12. Når pusser/rengjør du tennene til barnet ditt?

(sett kryss i alle ruter som er passer)

1 Når de står opp om morgenen

2 Etter frokost

3 Før middagsmåltidet

4 Etter middagsmåltidet

5 Før kveldsmåltidet

6 Etter kveldsmåltidet

7 Før han/hun legger seg

8 Tennene blir ikke pusset

9 Andre tidspunkt (Vennligst forklar nærmere)

13. Når pusser/rengjør barnet tennene sine selv?

(Vennligst merk av så mange felt som nødvendig)

1 Når de står opp om morgenen

2 Etter frokost

3 Før middag

4 Etter middag

5 Før kveldsmåltidet

6 Etter kveldsmåltidet

7 Før han/hun legger seg om kvelden

8 Barnet pusser ikke selv

9 Andre muligheter (Vennligst forklar nærmere)

14. Man begynner å bruke tannkrem ved forskjellig alder. Bruker barnet ditt tannkrem?

1 Ja, alltid 2 Ja, noen ganger 3 Nei

Hvis ja, hvilket tannkremmerke bruker du vanligvis å kjøpe til barnet ditt?

Merke på tannkremen _____

Navn

Type

Hvor gammel var barnet ditt da du først pusset tennene hans/hennes med tannkrem?

- ₁ Under 1 år ₂ 1 år opp til 2 år ₃ 2 år opp til 3 år
₄ 3 år eller eldre ₅ Husker ikke ₄ Bruker ikke tannkrem

15. Når du pusser barnets tenner, bruker du tannkrem eller ikke?

- ₁ Bruker aldri tannkrem
₂ Av og til ₃ Bruker alltid tannpasta

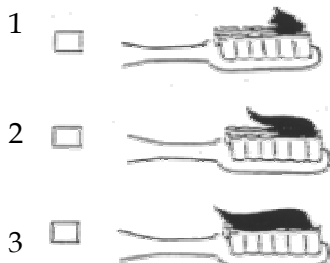
16. Bruker barnet ditt tannbørste?

- ₁ Ja ₂ Nei

Hvis ja, har barnet da

- ₁ sin egen tannbørste? ELLER ₂ deler det tannbørsten med noen andre?

17. Hvis barnet ditt bruker tannkrem, hvor mye tannkrem har barnet ditt vanligvis på tannkosten? Vennligst merk av på det bildet som ligner mest på hvor mye tannkrem som brukes.



Del C.

De følgende spørsmål har med spising og drikking å gjøre.

1. Da barnet ditt var baby, ammet du barnet eller ga du fra flaske?

- ₁ Ammet ₂ Morsmelkerstatning fra flaske
₃ Både ammet og gav melk fra flaske

2. Hvor gammel var barnet da han/hun begynte å spise fast føde:

- ₁ Mindre enn 2 mnd. ₂ 2 til 3 måneder ₃ 4 til 5 måneder
₄ 6 til 12 måneder ₅ Over 12 måneder ₆ Kan ikke huske

3. Da barnet ditt begynte å spise fast føde, smakte du noen gang på barnets mat først for så etterpå å gi barnet det?

₁ Ja ₂ Nei

4. Har barnet ditt noen gang brukt

tåteflaske ₁ Ja ₂ Nei

narresmokk ₁ Ja ₂ Nei

5. For å få narresmokken til å smake godt, ble den noen ganger dyppet i noe søtt først?

₁ Ja ₂ Nei

Hvis ja, hva ble den dyppet i

₁ Honning ₂ Syltetøy

₃ Annet (Vennligst spesifiser) _____

6. Hvis barnets narresmokk falt på gulvet, brukte du da å ta den i din munn for å rengjøre den før du ga den tilbake til barnet?

₁ Alltid ₂ Vanligvis ₃ Av og til ₄ Aldri

7. Har du med tanke på tannhelsen noen gang fått råd om hva barnet ditt bør eller ikke bør spise eller drikke?

₁ Ja ₂ Nei

Hvis ja, hvem ga deg råd?

₁ Familie ₂ Venner ₃ Tannlege

₄ Lege ₅ Helsesøsterbesøk ₆ Spedbarnskontrollen

₇ Andre (Vennligst forklar nærmere) _____

Vennligst kryss av et felt pr. linje.

	Hver dag	De fleste dager	En gang i uken	Av og til	Aldri
8. Hvor ofte spiser barnet ditt søtsaker (inkl. sjokolade)	1	2	3	4	5
9. Hvor ofte spiser barnet ditt sukkerholdig mat mellom måltider (for eksempel kjeks, kake, syltetøy)?	1	2	3	4	5
10. Hvor ofte drikker barnet ditt drikke med sukkerinnhold? (inkl. saft, brus etc; ikke "light"-type drikker)	1	2	3	4	5

11. Hva pleier barnet ditt vanligvis å spise innen en time før han/hun går og legger seg om kvelden?

Spiser ₁ _____

Drikker ₂ _____

₃ Verken spiser eller drikker

12. Mange barn tar med seg drikke til sengs for å ha enten før de legger seg til å sove eller for å ha i løpet av natten. Hvor ofte har ditt barn med seg noe å drikke på sengen eller etter det har lagt seg? (Vennligst merk av en rubrikk)

₁ Hver dag

₂ De fleste dager

₃ Av og til

₄ Aldri

13. Når barnet ditt har drikke med seg til sengs eller at hun/han drikker i løpet av natten, hvilken type drikke er det da?

₁ Melk

₂ Melkedrikker (for eksempel sjokolademelk)

₃ Melk med sukker og honning

₄ Fruktjuice

₅ Fruktsafter

₆ Kullsyreholdige drikker

₇ Te eller kaffe

₈ Vann

₉ Urtete/urtedrikker

₁₀ Annet (Vennligst spesifiser) _____

₁₁ Har aldri med seg drikke til sengs

14. Hvis det gjelder mat, hvor ofte spiser barnet på sengen eller i løpet av natten?

(Vennligst merk av en rubrikk)

₁ Hver dag

₂ De fleste dager

₃ Av og til

₄ Aldri

15. Hvis barnet ditt har noe med seg å spise på sengen eller spiser i løpet av natten, hva har hun/han med av mat da?

₁ Søte kjeks (medregnet sjokoladekjeks)

₂ Frukt

₃ Velsmakende og ren kjeks (medregnet ostekjeks)

₄ Kaker

₅ Smørbrød (søte)

₆ Søtsaker og sjokolade

₇ Potetløv eller appetittvekkende smågodt

₈ Spiser aldri på sengen

₉ Annet (Vennligst spesifiser) _____

16. Hvis du gjør drikken til barnet ditt søtere, hva tilsetter du da?

- ₁ Sukker ₂ Honning ₃ Kondensert melk
₄ Søter aldri drikken
₅ Annet (Vennligst spesifiser) _____

17. Hvilke drikker søter du?

- ₁ Melk ₂ Vann ₃ Te
₄ Annet (Vennligst spesifiser) _____

Det neste spørsmålsettet har med følelser og holdninger angående sukkerholdig mat og drikke. *Vennligst kryss av et alternativ på hver linje.*

	helt uenig	uenig	verken enig eller uenig	enig	helt enig
18. I familien prøver vi å kontrollere hvor ofte barnet vårt nyter sukkerholdig mat og drikke mellom måltidene	1	2	3	4	5
19. Medlemmene i min familie synes det er viktig å kontrollere hvor ofte barnet vårt får sukkerholdig mat og drikke mellom måltidene	1	2	3	4	5
20. Som familie synes vi det er vanskelig å holde barnet borte fra sukkerholdig mat og drikke mellom måltidene	1	2	3	4	5
21. Vi føler at vi klarer å gi barnet vårt sunne alternativer til sukkerholdige matvarer mellom måltidene (for eksempel epler i stedet for søtsaker)	1	2	3	4	5
22. Vi føler at vi greier å gi barnet vårt sunne alternativer til sukkerholdige drikker mellom måltidene (for eksempel vann i stedet for kullsyreholdige drikker)	1	2	3	4	5
23. Det lønner seg å gi barnet søtsaker/kjeks for å få han/henne til å oppføre seg ordentlig	1	2	3	4	5
24. Det at barnet vårt spiser sukkerholdig mat og sukkerholdige drikker mellom måltidene, kommer til å resultere i tannrøte	1	2	3	4	5
25. Nære kjente vil føle det er viktig å kontrollere hvor ofte barnet vårt har sukkerholdig mat og drikke	1	2	3	4	5

	helt uenig	uenig	verken enig eller uenig	enig	helt enig
26. I vår familie ville det være ugreit å ikke gi søtsaker til barnet vårt hver dag	1	2	3	4	5
27. Det er ofte for stressende å si nei til søtsaker når barnet vårt vil ha det	1	2	3	4	5
28. Hvis barnet vårt er trøtt, kan det være en kamp å pusse tennene hans/hennes	1	2	3	4	5
29. Å gå regelmessig til tannlegen er den beste måte å forhindre hull på.	1	2	3	4	5
30. Det er ikke verd bryet å kjempe med barnet vårt for å få pusse tennene hans/hennes to ganger pr. dag	1	2	3	4	5
31. Det er bare uflaks hvis barnet vårt får hull i tennene	1	2	3	4	5
32. Tannlegen er den som best kan forhindre hull hos barnet vårt	1	2	3	4	5

Del D

De følgende spørsmål er knyttet til dine **egne** erfaringer med tannlegebesøk og tannbehandling.

Dette skjemaet gjelder altså foresatte.

1. Hva er din vanligste grunn for å oppsøke tannlege?

(Vennligst merk av en rubrikk)

- ₁ Regelmessig for kontroll
- ₂ Regelmessig for behandling
- ₃ Bare hvis jeg får problemer med tennene mine eller tannkjøttet
- ₄ Jeg går ikke til tannlege

2. Hvilken type tannpasta bruker du **vanligvis**? _____

3. Når pusser du tennene dine? (Vennligst merk av så mange felt som nødvendig)

- ₁ Når du står opp om morgenen
- ₂ Etter frokost
- ₃ Før middagsmåltidet
- ₄ Etter middagsmåltidet
- ₅ Før kveldsmåltidet
- ₆ Etter kveldsmåltidet
- ₇ Før du går til sengs
- ₈ Pusser ikke hver dag
- ₉ Andre anledninger (Vennligst utdyp nærmere) _____

Vennligst merk av en rubrikk i hver linje

	Hver dag	Fleste dager	Av og til	Aldri
Hvor ofte bruker du følgende:				
4. Tanntråd	1	2	3	4
5. Munnskyllevann	1	2	3	4
6. Sukkerfri tyggegummi	1	2	3	4

Del E

Folk har forskjellige omsorgsopplegg for barna sine. De neste spørsmålene går på det med rutinene for barnepass, og denne delen avslutter med noen få rutinespørsmål for å få bakgrunnsinformasjon

1. Hvem passer barnet ditt til vanlig i løpet av dagen:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ₁ Mor som er hjemme | <input type="checkbox"/> ₂ Far som er hjemme |
| <input type="checkbox"/> ₃ Søster/bror | <input type="checkbox"/> ₄ Barnets besteforeldre |
| <input type="checkbox"/> ₅ Andre slektninger | <input type="checkbox"/> ₆ Venner/naboer |
| <input type="checkbox"/> ₇ Betalt barnevakt | <input type="checkbox"/> ₈ Barnehage |
| <input type="checkbox"/> ₉ Korttidsbarnehage | <input type="checkbox"/> ₁₀ Dagpark |
| <input type="checkbox"/> ₁₁ Andre _____ | |

2. Overnatter barnet ditt i barnehagen eller hos dagmammaen?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ Aldri | <input type="checkbox"/> ₂ Av og til | <input type="checkbox"/> ₃ Regelmessig hver måned |
| <input type="checkbox"/> ₄ Regelmessig hver uke | | |

3. Hvem bor barnet ditt sammen med?

(Merk av så mange rubrikker som passer)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ₁ Mor | <input type="checkbox"/> ₂ Far | <input type="checkbox"/> ₃ Mor og far |
| <input type="checkbox"/> ₄ Mor og stefar | <input type="checkbox"/> ₅ Far og stemor | <input type="checkbox"/> ₆ Besteforeldre |
| <input type="checkbox"/> ₇ Andre slektninger (Vennligst utdyp nærmere) _____ | | |
| <input type="checkbox"/> ₈ Andre (Vennligst utdyp nærmere) _____ | | |

4. Hvor mange barn bor hjemme hos deg nå? _____

5. Hvilket nummer i søskenflokket er barnet? _____

6. Er du barnets

₁ mor? ELLER ₂ far? ELLER ₃ Andre?

7. Hvor gammel er du ?

₁ Under 20 ₂ 20 - 30 ₃ 31 - 40 ₄ Over 40

8. Hva er din sivile status?

₁ Gift ₂ Enslig ₃ Skilt/Separert ₄ Enke

_{1A} Samboer

9. Hva er yrket ditt? _____

10. Hva er postnummeret for hjemmeadressen din? _____

11. Hva slags utdanning har barnets mor?

₁ Folkeskole ₂ Ungdomsskole ₃ Videregående

₄ Høyere utdanning (universitet/høyskole) ₅ Ingen formell utdanning

₆ Annet (Vennligst spesifiser) _____

12. Hva slags utdanning har barnets far?

₁ Folkeskole ₂ Ungdomsskole ₃ Videregående

₄ Høyere utdanning (universitet/høyskole) ₅ Ingen formell utdanning

₆ Annet (Vennligst spesifiser) _____

Del F

Fatt mot! Nå er du kommet til siste del av spørreskjemaet!

Denne delen av skjemaet er ikke en del av den internasjonale undersøkelsen, så du vil oppleve at noen av spørsmålene kan likne på noen av dem du har svart på før. Vi ber deg likevel fylle ut.

Først vil vi gjerne høre litt om barnets tannhelsevaner. Sett kun **ett** kryss for hvert spørsmål

<p>1. Hva slags tannkrem bruker barnet?</p> <p>Barnetannkrem <input type="checkbox"/> 1 Voksentannkrem <input type="checkbox"/> 2 Navn _____</p> <p>2. Skyller barnet munnen med vann etter tannbørsting?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> 1 Nei <input type="checkbox"/> 2</p> <p>3. Bruker barnet fluortabletter?</p> <p>Ja, regelmessig <input type="checkbox"/> 1 Ja, av og til <input type="checkbox"/> 2 Nei <input type="checkbox"/> 3</p>	<p>4. Hvis 'Ja' på spørsmål 3, når begynte barnet å bruke fluortabletter?</p> <p>Fra _____ års alder</p> <p>5. Bruker barnet tanntråd? (får hjelp av familien)</p> <p>Ja, regelmessig <input type="checkbox"/> 1 Ja, av og til <input type="checkbox"/> 2 Nei <input type="checkbox"/> 3</p>
---	--

Vi vil gjerne høre litt om hva barnet spiser og drikker **til måltidene**.

6.1 Hvor ofte vil du si at barnet drikker eller spiser noe av det følgende til måltidene? Kryss av.

		Flere ganger daglig	1 gang daglig	3-6 ganger i uken	1-2 ganger i uken	Sjelden eller aldri	
Drikker:	a. Melk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a
	b. Sjokolademelk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b
	c. Brus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c
	d. Brus uten sukker (light)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d
	e. Saft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e
	f. Saft uten sukker (light)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f
	g. Juice/nektar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g
	h. Vann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h
Spiser:	a. Pølser el hamburgere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a
	b. Kjøttkaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b
	c. Fisk/fiskemat (fiskeboll. ol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c
	d. Grønnsaker, salat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d
	e. Poteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e
	f. Pasta, ris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f
	g. Pizza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g
	h. Nugatti, sjokolade, HaPå el	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h
	i. Annet, skriv _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g
		1	2	3	4	5	

- og hva barnet spiser og drikker **mellom måltidene**

6.2 Hvor ofte vil du si at barnet drikker eller spiser noe av det følgende mellom de ordinære måltidene? Kryss av.

		Flere ganger daglig	1 gang daglig	3-6 ganger i uken	1-2 ganger i uken	Sjelden eller aldri	
Drikker:	a. Melk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a
	b. Sjokolademelk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b
	c. Brus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c
	d. Brus uten sukker (light)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d
	e. Saft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e
	f. Saft uten sukker (light)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f
	g. Juice/nektar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g
	h. Vann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h
Spiser:	a. Potetgull /andre snacks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a
	b. Godteri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b
	c. Frukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c
	d. Grønnsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d
	e. Kjeks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e
	f. Rosiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f
	i. Annet, skriv _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g
		1	2	3	4	5	

Så litt om tidligere vaner:

7. Fikk barnet saft/melk på flaske etter 1-års alder?

Ja 1
 Nei 2
 Vet ikke 3

Barnets helseforhold

<p>8. Har barnet vært langvarig syk?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> 1 Nei <input type="checkbox"/> 2 Vet ikke <input type="checkbox"/> 3</p>	<p>10. Har barnet fått medisiner over en lengre periode?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> 1 Nei <input type="checkbox"/> 2 Vet ikke <input type="checkbox"/> 3</p>
<p>9. Får barnet daglig medisiner?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> 1 Nei <input type="checkbox"/> 2 Vet ikke <input type="checkbox"/> 3</p>	<p>11. Hvis 'ja' på spørsmål 10, hvilken medisin,</p> <p>_____</p>

Barnets dagligliv

<p>12. Hvor mange søsken har barnet? _____</p> <p>13. Har noen av barnets foreldre/foresatte utenlandsk opprinnelse?</p> <p>Ja, mor (land _____) <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Ja, far (land _____) <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Nei <input type="checkbox"/> 3</p> <p>14. Hvis 'ja', mors oppholdstid i Norge: _____ år</p> <p style="padding-left: 40px;">fars oppholdstid i Norge: _____ år</p>	<p>15. Hvem bor barnet sammen med?</p> <p>Mor og far <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Mor alene <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Far alene <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Mor med mann/samboer <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Far med kone/samboer <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Andre _____ <input type="checkbox"/> 6</p>										
<p>16. Spiser familien middag sammen på hverdager?</p> <p>(mandag – fredag)</p> <p style="text-align: right;">Ja, stort sett hver dag <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: right;">Ja, men ikke hver dag <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: right;">Nei, ikke på hverdager <input type="checkbox"/> 3</p>											
<p>17. I hvilken grad opplever du at dagliglivet i din familie er hektisk?</p> <p style="text-align: center;">Liten grad Høy grad</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		1	2	3	4	5					
1	2	3	4	5							

Vi er svært interessert i de foresattes meninger

<p>18. Angi hvor fornøyd eller misfornøyd du er med følgende forhold (på en skala fra 1 til 5), der 1 betyr at du er svært misfornøyd og 5 betyr at du er svært fornøyd.</p>					
	Svært misfornøyd			Svært fornøyd	
	1	2	3	4	5
a. Gjennomføring av barnets tannpuss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hva barnet spiser og drikker i løpet av et døgn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Gjennomføring av regler for godterispising	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Gjennomføring av regelmessige måltider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Disponibel tid til matlaging og samvær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Den offentlige tannhelsetjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Informasjonen om den off. tannhelsetjenestens tilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Tannlegens behandling av barnet Ikke prøvd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Tannpleierens behandling av barnet Ikke prøvd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Tannhelseinformasjonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>19. Bruk skalaen fra 1-5 og angi hvor viktige du synes følgende forhold er, når 1 betyr lite viktig og 5 betyr svært viktig</p>					
	Lite viktig			Svært viktig	
	1	2	3	4	5
a. At familien har regler for godterispising	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. At det ikke blir hull i melketennene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. At det ikke blir hull i de blivende tennene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. At tennene pusses hver dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. At fluor brukes daglig (tannkrem eller tabletter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. At det gis et tilbud fra offentlig tannhelsetjeneste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Til slutt litt om yrkesaktivitet og utdanning

20. Er mor yrkesaktiv nå?

Ja, heltid 1
Ja, deltid 2
Nei 3

21. Mors fødselsår: _____

22. Er far yrkesaktiv nå?

Ja, heltid 1
Ja, deltid 2
Nei 3

23. Fars fødselsår: _____

TUSEN TAKK FOR HJELPEN!