

**OBS! Utskriven version kan vara inaktuell.**

Senaste versionen hittar du via intranätet under "styrande dokument" eller vårdgivarwebben.

# Hälsoundersökningar inom barnhälsovården med hjälp av frågeformulär

---

## Hitta i dokumentet

[Syfte](#)  
[Bakgrund](#)  
[Tillämpning](#)  
[Dokumentation](#)  
[Uppdaterat från föregående version](#)  
[Frågeformulär inför 18-månadersbesök](#)

[Frågeformulär inför 2 ½ - 3 årsbesök](#)  
[Frågeformulär inför 4 – årsbesök](#)  
[Bilaga 5 - Frågeformulär inför 5-årsbesök](#)

---

## Syfte

Inhämta föräldrarnas beskrivning om barnets hälsa inför hälsoundersökningar på BVC vid 18 mån, 2½, 4 och 5 års ålder.

## Bakgrund

I barnhälsovårdens program ingår att följa barnets hälsa och utveckling över tid som en del av hälsoövervakningen för att främja barnets utveckling och identifiera barn som i något avseende är i behov av tidiga insatser. I uppföljningen av utvecklingen ingår att väga samman vad barnet förmedlar och föräldrarnas beskrivning av barnet med de frågor de har och med hjälp av riktade frågor (anamnes), observationer och strukturerade undersökningar.

## Tillämpning

Det är viktigt att inhämta föräldrarnas åsikter, funderingar och eventuella oro runt barnets hälsa vid varje hälsoundersökning. Det görs med hjälp av ett frågeformulär vid hälsoundersökningar på BVC vid 18 mån, 2½, 4 och 5 års ålder.

## Dokumentation

Frågeformulären ska inte skannas in barnhälsovårdsjournalen Cosmic.

Vårdnadshavares kommentarer på frågeformulären dokumenteras under passande sökord i Besöksanteckning barnhälsovård i Cosmic. Frågeformulären ska därefter förstöras/raderas.

## Kommunikation

Kallelse, frågeformulär och bildstöd skickas hem till barnet och vårdnadshavare inför hälsoundersökningen vid 18 mån, 2 ½, 4 och vid 5 års ålder. Utskick till vårdnadshavare kan göras digitalt eller med ordinarie post.

## Bilagor

Frågeformulär inför 18-månadersbesök

Frågeformulär inför 2 ½ – 3 årsbesök

Frågeformulär inför 4 – årsbesök

Frågeformulär inför 5-årsbesök

**Uppdaterat från föregående version**

2025-12-08 tagit bort 3-årsbesök samt korrigerat av 2 till 2 ½ årsbesök samt korrigerat enligt systembyte till Cosmic

## Frågeformulär inför 18-månadersbesök

Barnets namn:



Personnummer:

### Frågeformulär inför 18-månadersbesök

Läs igenom frågorna och försök besvara dem. Om något känns svårt eller om du är osäker så pratar vi mer om det vid ert besök hos oss.

Om ditt barn går i förskola eller hos dagbarnvårdare, prata med personalen som vid behov kan ge dig extra information.

Ringa in det svar som passar bäst.

#### Matsituation

Fungerar matsituationen bra?	JA	NEJ
Äter ditt barn specialkost (Vegan, gluten-mjölkfritt)?	JA	NEJ
Äter ditt barn på natten?	JA	NEJ
Använder ditt barn nappflaska	JA	NEJ
Äter ditt barn själv?	JA	NEJ
Vad dricker ditt barn till maten?	_____	
Får ditt barn D-vitamin	JA	NEJ
Har ditt barn varit hos Tandhälsovården?	JA	NEJ
Borstar du barnets tänder varje dag?	JA	NEJ

#### Hälsa och välbefinnande

Pottränar ni med ert barn?	JA	NEJ	
Tycker du att kvällrutinen inför att barnet ska sova fungerar bra?	JA	NEJ	
Sover ditt barn hela natten?	JA	NEJ	Ibland
Kan barnet somna om själv om det vaknar?	JA	NEJ	
Tycker du att ditt barn mår bra	JA	Nej	Ibland

#### Språk och språkutveckling

Om ni pratar fler språk än svenska, vilka språk pratar ni då?	_____		
Ger ditt barn god ögonkontakt och kommunicerar?	JA	NEJ	
Kan ditt barn visa och berätta på andra sätt än tal?	JA	NEJ	
Pratar ditt barn med 8-10 olika ord?	JA	NEJ	Fler ord

Barnets namn:

Personnummer:

Kan ditt barn lyssna och förstå när ni pratar med varandra?	JA	NEJ
Kan ditt barn peka på näsan, magen?	JA	NEJ
Förstår du vad ditt barn säger eller menar?	JA	NEJ
Tycker du ditt barn hör bra?	JA	NEJ
Har ditt barn haft flera öroninflammationer sista halvåret?	JA	NEJ

**Högläsning**

Läser ni för ert barn?	Varje dag	Någon gång per vecka	Sällan eller aldrig
Tycker ditt barn om att lyssna på sagor eller titta i bilderböcker?	JA	NEJ	
Tittar ditt barn på TV/Skärmplatta/mobil mer än en timme/dag? (barnprogram, Youtube-klipp, film eller spel)	JA	NEJ	
Tittar ditt barn själv eller sitter ni tillsammans?	Själv	Tillsammans med vuxen	
Brukar ni gå och låna böcker på biblioteket?	JA	NEJ	

**Lek och motorik**

Går ditt barn säkert utan stöd?	JA	NEJ
Bygger ditt barn med klossar eller andra föremål?	JA	NEJ
Tycker ditt barn om att leka med kitor och rita?	JA	NEJ
Kan ditt barn ta av mössa och strumpor?	JA	NEJ
Tycker ditt barn om att leka tillsammans med dig eller andra barn	JA	NEJ
Tycker ditt barn om att leka "gömma-leken"	JA	NEJ
Tycker ditt barn om att röra på sig?	JA	NEJ

Vilka lekar tycker ditt barn om att leka? \_\_\_\_\_

Övriga frågor ni vill diskutera: \_\_\_\_\_

**Tack för era svar! Glöm inte att ta med det ifyllda frågeformuläret till besöket.**

Blanketten kommer att hanteras som en del av barnets journal och hanteras som sekretess.

**Frågeformulär inför 2 ½ - 3 årsbesök**

Barnets namn:



Personnummer:

**Frågeformulär inför 2½- 3-årsbesök**

Läs igenom frågorna och försök besvara dem.

Om något känns svårt eller om du är osäker så pratar vi mer om det vid ert besök hos oss. Om ditt barn går i förskola eller hos dagbarnvårdare, prata med personalen som kan ge dig extra information.

**Ringa in det svar som passar bäst.****Matsituation**

Fungerar matsituationen bra?	JA	NEJ
Äter ditt barn specialkost (vegan, gluten el mjölkfritt)?	JA	NEJ
Använder ditt barn nappflaska?	JA	NEJ
Vad dricker ditt barn till maten?	_____	
Dricker ditt barn välling?	JA	NEJ
Använder ditt barn napp eller suger på tummen?	JA	NEJ
Har ditt barn varit hos Tandhälsovården?	JA	NEJ
Borstar du barnets tänder varje dag?	JA	NEJ


**Hälsa och välbefinnande**

Använder ditt barn blöja på dagen?	JA	NEJ	Ibland
Använder ditt barn blöja på natten?	JA	NEJ	Ibland
Är ditt barn förstoppat eller har svårt med att kissa eller bajsas?	JA	NEJ	Ibland
Tycker du att rutinen på kvällen, innan barnet ska sova, fungerar?	JA	NEJ	Ibland
Tycker du att ditt barn sover bra?	JA	NEJ	
Tycker du att ditt barn mår bra	JA	NEJ	

**Språk och språkutveckling**

Om ni pratar fler språk än svenska, vilka språk pratar ni då? \_\_\_\_\_

Talar ditt barn i meningar på fler än tre ord?	JA	NEJ
Talar ditt barn om sig självt och använder JAG/MIN?	JA	NEJ
Förstår ni inom familjen barnet när hen pratar?	JA	NEJ

Barnets namn:			
Personnummer:			
Använder ditt barn andra sätt än tal när hen pratar? (som tecken, bildstöd eller annat )	JA	NEJ	
Förstår ditt barn korta meningar som uppmaningar?	JA	NEJ	
Känner du dig orolig för ditt barns språkutveckling?	JA	NEJ	
Har någon inom familjen varit sen med sin språkutveckling?	JA	NEJ	
Har någon inom familjen haft svårt med läsinläringen?	JA	NEJ	
Har ditt barn perioder då hen stammar?	JA	NEJ	
<b>Högläsning</b>			
Läser ni för ert barn?	Varje dag	Någon gång per vecka	Sällan eller aldrig
Tycker ditt barn om att lyssna på sagor?	JA	NEJ	
Besöker ni och lånar böcker på biblioteket?	JA	NEJ	Ibland
Tittar ditt barn på TV/Skärmplatta mer än en timme/dag? (barnprogram, Youtube-klipp, film eller spel).	JA	NEJ	
Tittar ditt barn själv eller sitter ni och tittar tillsammans?	Själv	Tillsammans med vuxen	
<b>Lek och motorik</b>			
Tycker ditt barn om att leka själv?	JA	NEJ	
Leker ditt barn rollekar tillsammans med andra barn?	JA	NEJ	
Hamnar ditt barn ofta i konflikt med andra barn?	JA	NEJ	
Tycker ditt barn om att röra på sig, springa och hoppa?	JA	NEJ	
Tycker du att ditt barn snubblar och ramlar mycket?	JA	NEJ	
<b>Övriga frågor ni vill diskutera:</b>	_____		
<b>Tack för era svar! Glöm inte att ta med det ifyllda frågeformuläret till besöket.</b>			

## Frågeformulär inför 4 – årsbesök

Barnets namn:

Personnummer:

**Frågeformulär inför 4 – årsbesök**

Läs genom frågorna och försök besvara dem. Om något känns svårt eller om du är osäker så pratar vi mer om det vid ert besök hos oss.

Om ditt barn går i förskola eller hos dagbarnvårdare, prata med personalen som kan ge dig extra information.

**Ringa in det svar som passar bäst****Matsituation**

Fungerar matsituationen bra?	JA	NEJ
Äter ditt barn specialkost (vegan, gluten el mjölkfritt)?	JA	NEJ
Använder ditt barn nappflaska?	JA	NEJ
Vad dricker ditt barn till maten?	<hr/>	
Har ditt barn varit hos Tandhälsovården?	JA	NEJ
Borstar du ditt barns tänder varje dag?	JA	NEJ

**Hälsa och Välbefinnande**

Är ditt barn torr på dagen?	JA	NEJ
Är ditt barn torr på natten?	JA	NEJ
Har ditt barn problem med förstoppning?	JA	NEJ
Har ni fungerande kvällsrutiner vid läggdags?	JA	NEJ
Tycker du ditt barn sover bra?	JA	NEJ
Tycker du att ditt barn mår bra	JA	NEJ

**Språk och språkutveckling**

Om ni pratar fler språk än svenska, vilka språk pratar ni då?	<hr/>	
Pratar ditt barn i hela meningar så att du/ni förstår?	JA	NEJ
Förstår ditt barn instruktioner att de ska göra mer än en sak?	JA	NEJ
Finns det en "röd tråd" i ditt barns berättande?	JA	NEJ

Barnets namn:

Personnummer:

Förstår ditt barn när andra frågar och berättar?	JA	NEJ
Känner du dig orolig över ditt barns språkutveckling?	JA	NEJ
Har ditt barn perioder då hen stammar?	JA	NEJ

**Högläsning**

Läser ni för ert barn?	Varje dag	Någon gång/vecka	Sällan eller aldrig
Tycker ditt barn om att lyssna på sagor?			JA NEJ
Tittar ditt barn på TV/skärmplatta mer än en <u>tim</u> /dag? (barnprogram, Youtube-klipp, film eller spel)			JA NEJ
Tittar ditt barn själv eller sitter ni och tittar tillsammans?			Själv Tillsammans

**Lek och motorik**

Tycker du ditt barn har lätt för att hoppa, klättra, springa och cykla?	JA	NEJ
Tycker du att ditt barn har bra balans/kan gå balansgång?	JA	NEJ
Kan ditt barn klä av och på sig själv?	JA	NEJ
Tycker du ditt barn kan koncentrera sig en längre stund?	JA	NEJ
Kan ditt barn lyssna på andra barn och ta instruktioner i leken?	JA	NEJ
När ditt barn blir arg på andra barn, hur reagerar hen då?	_____	

Övriga frågor ni vill diskutera \_\_\_\_\_

**Tack för era svar!** Glöm inte ta med det ifyllda frågeformuläret till besöket. Blanketten kommer att hanteras som en del av barnets journal.

## **Bilaga 5 - Frågeformulär inför 5-årsbesök**


 BÄSTA LIVSPLETSEN  
**Region Halland**

Barnets namn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

**Frågeformulär inför 5-årsbesök**

Läs igenom frågorna och försök besvara dem. Om något känns svårt eller om du är osäker så pratar vi mer om det vid ert besök hos oss.

Om ditt barn går i förskola eller hos dagbarnvårdare, prata med personalen som kan ge dig extra information

**Matsituation**

Fungerar matsituationen bra?	JA	NEJ
Äter ditt barn specialkost (vegan, gluten el mjölkfritt)?	JA	NEJ
Vad dricker ditt barn till maten?		
Har ditt barn varit hos Tandhälsovården?	JA	NEJ
Borstar du barnets tänder varje dag?	JA	NEJ

**Hälsa och välbefinnande**

Är ditt barn torr på dagen?	JA	NEJ		
Är ditt barn torr på natten?	JA	NEJ		
Har ditt barnproblem med förstoppning?	JA	NEJ		
För dig som har en pojke, är bägge testiklarna på plats i pungen?	JA	NEJ		
Har ditt barn något hälsoproblem?	JA	NEJ		
Allergi/astma	Hörselnedsättning	Hjärtfel	Mag-tarmsjukdom	Annat
Tycker du ditt barn sover bra?	JA	NEJ		
Tycker du att ditt barn mår bra	JA	NEJ		

**Språk och språkutveckling**

**Ringa in det svar som passar bäst**

Om ni pratar fler språk än svenska, vilka språk pratar ni då? \_\_\_\_\_

Kan ditt barn berätta och beskriva så att du förstår?	JA	NEJ
Kan ditt barn lyssna och förstå när ni pratar med varandra?	JA	NEJ
Förstår ditt barn när andra frågar och berättar?	JA	NEJ
Brukar ditt barn prata mycket när hen leker själv eller med andra?	JA	NEJ
Tycker du att ditt barn har begrepp om tid? (som idag, i morgon, i går, i morse, i kväll)	JA	NEJ

Barnets namn:



Personnummer:

**Högläsning**

Läser ni för ert barn?	Varje dag	Någon gång per vecka	Sällan eller aldrig
Besöker ni och lånar böcker på biblioteket?		JA	NEJ Ibland
Tycker ditt barn om att lyssna på sagor?		JA	NEJ
Har ditt barn börjat leka med bokstäver och läsning?		JA	NEJ
Tittar ditt barn på TV/Skärmplatta mer än en timme/dag? (barnprogram, Youtube-klipp, film eller spel).		JA	NEJ
Tittar ditt barn själv eller sitter ni och tittar tillsammans?		Själv	Tillsammans med vuxen

**Lek och Motorik**

Tycker du att ditt barn har lätt att hoppa, klättra, springa, cykla?	JA	NEJ
Tycker du att ditt barn har bra balans/ gå balansgång?	JA	NEJ
Tycker du ditt barn har lätt för att rita, pyssla, klippa, bygga lego?	JA	NEJ
Tycker du att ditt barn kan koncentrera sig en längre stund?	JA	NEJ
Kan barnet vänta på sin tur?	JA	NEJ
Kan ditt barn lyssna på andra barn och ta instruktioner i leken?	JA	NEJ
Kan barnet delta i lek- och gruppaktiviteter utan ängsla eller oro?	JA	NEJ
När ditt barn blir arg på andra barn, hur reagerar hen då?	_____	

**Inför skolan – vad har hänt under förskole tiden?**

Har ditt barn haft extra stöd under förskole tiden? (logoped/specialpedagog/psykolog/habiliteringen/BUP/sjukgymnast)	JA	NEJ
Vill du informera skolans elevhälsa om något speciellt?	JA	NEJ

Övriga frågor ni vill diskutera? \_\_\_\_\_

**Tack för era svar!** Glöm inte att ta med det ifyllda frågeformuläret till besöket.

Blanketten kommer att hanteras som en del av barnets journal.