

Hälsundersökningar inom barnhälsovården med hjälp av frågeformulär

Hitta i dokumentet

[Syfte](#)
[Bakgrund](#)
[Tillämpning](#)
[Dokumentation](#)
[Uppdaterat från föregående version](#)
[Bilaga 1 - Frågeformulär inför 18-månadersbesök](#)

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

Syfte

Inhämta föräldrarnas beskrivning om barnets hälsa inför hälsundersökningar på BVC vid 18 mån, 2, 3, 4 och vid 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 hälsundersökning. Det görs med hjälp av ett frågeformulär vid hälsundersökningar på BVC vid 18 mån, 2, 3, 4 och vid 5 års ålder.

Dokumentation

Frågeformulären ska inte skannas in i barnhälsovårdsjournalen PMO. Dokumentera i PMO på checklista Hälsoproblem under lämpligt sökord eller på checklista Hälsosamtal under sökordet Föräldraformulär. Frågeformulären ska därefter inte sparas någonstans utan kastas. I pappersjournal dokumenteras i löpande text under lämpligt sökord och i övrigt som ovan.

Kommunikation

Kallelse, frågeformulär och bildstöd skickas hem till barnet och föräldrarna inför hälsundersökningen vid 18 mån, 2, 3, 4 och vid 5 års ålder. Utskick till vårdnadshavare kan göras digitalt eller med ordinarie post.

Bilagor


Bilaga 1 - Frågeformulär inför 18-månadersbesök
Bilaga 2 - Frågeformulär inför 2 – årsbesök

- Bilaga 3 - Frågeformulär inför 3-årsbesök
- Bilaga 4 - Frågeformulär inför 4 – årsbesök
- Bilaga 5 - Frågeformulär inför 5-årsbesök

Uppdaterat från föregående version

2024-08-28 Förtydligande under Dokumentation angående scanning och dokumentation i BHV-journal.
Tillägg under Kommunikation om digitala utskick till vårdnadshavare

Bilaga 1 - Frågeformulär inför 18-månadersbesök



BÄSTA LIVSPLETSEN
Region Halland

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 Tandhälsövården?	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.

Bilaga 2 - Frågeformulär inför 2 - årsbesök



Barnets namn: _____

Personnummer: _____

Frågeformulär inför 2 - 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 barnet specialkost (vegan, gluten, mjölkfritt) ?	JA	NEJ
Använder ditt barn nappflaska?	JA	NEJ
Äter ditt barn på natten?	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 Tandhälsövården?	JA	NEJ
Borstar du barnets tänder varje dag?	JA	NEJ

Hälsa och välbefinnande

Pottränar ni med ert barn?	JA	NEJ
Använder ditt barn blöja? På dagen	JA NEJ	På natten JA NEJ
Kan barnet somna om själv om det vaknar?	JA	NEJ IBLAND
Sover ditt barn hela nätterna?	JA	NEJ
Har ditt barn varit sjuk ofta?	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? _____

Kan ditt barn visa och berätta på andra sätt än med tal?	JA	NEJ
Kan ditt barn lyssna och förstå när ni pratar med varandra?	JA	NEJ

Barnets namn:

Personnummer:

Talar ditt barn i meningar på fler än två-tre ord?	JA	NEJ
Förstår ni inom familjen barnet när hen pratar?	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 ditt barn perioder då hen stammar?	JA	NEJ
Tycker du att ditt barn hör bra?	JA	NEJ
Har ditt barn haft fler än en öroninflammation sista halvåret?	JA	NEJ

Högläsning

Läser ni högt för barnet?	Dagligen	Varje vecka	Sällan
Tycker ditt barn om att lyssna på sagor?	JA	NEJ	
Besöker ni och lånar böcker på biblioteket?	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 tillsammans?	Själv	Tillsammans med vuxen	

Lek och motorik

Tycker ditt barn om bilderböcker och när du läser för det?	JA	NEJ
Vilka lekar tycker ditt barn om att leka?	<hr/>	
Bygger ditt barn med klossar eller andra föremål?	JA	NEJ
Tycker ditt barn om att leka med kitor och rita?	JA	NEJ
Är ditt barn intresserat av att leka tillsammans med andra barn?	JA	NEJ
Hur är relationen till eventuella syskon?	BRA	Mindre bra
Tycker ditt barn om att röra på sig?	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.

Bilaga 3 - Frågeformulär inför 3-årsbesök

Barnets namn:

Personnummer:

Frågeformulär inför 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? JA NEJ

(som tecken, bildstöd eller annat)

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

Högläsning

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	

Lek och motorik


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

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.

Bilaga 4 - Frågeformulär inför 4 – årsbesök



BÄSTA LIVSPLATSEN
Region Halland

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?	_____	
Har ditt barn varit hos Tandhälsövården?	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? _____

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 LIVSPLATSEN
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?	JA	NEJ

(som idag, i morgon, i går, i morse, i kväll)

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.