

## Vedlegg 3

### Protokoll for tverrfaglig helsekartlegging

Samlet oversikt over mal for innhenting av opplysninger, retningslinjer for gjennomføring og relevante kartleggingsverktøy

### Innhold

Innledning.....	1
Forløpsmodeller - rammeverk for tverrfaglig helsekartlegging .....	2
FASE 1 - FORARBEID .....	3
Mal for innhenting av helseopplysninger .....	3
FASE 2 - KARTLEGGINGSDAGEN .....	5
Samtale med barn og foreldre/omsorgspersoner .....	5
Mal for somatisk helseundersøkelse .....	6
Mal for somatisk helseundersøkelse ved hasteflytting .....	8
Mal for kartlegging av psykisk helse og rus .....	8
Screening av symptomer/tegn på psykiske vansker, problematferd og ressurser.....	9
Traumekartlegging .....	10
Psykososiale risikofaktorer og belastninger .....	10
Voldsrisiko .....	11
Samspillsvurdering .....	11
Seksuell helse .....	12
Særlig om kartlegging av sped- og småbarn.....	12
Mal for tannhelseundersøkelse.....	17
Drøftingsmøte .....	18
Tilbakemeldingsmøte .....	18
FASE 3 - ETTERARBEID .....	18
Tilbakemeldingsmøte .....	18
Evt. henvisninger for videre utredning/oppfølging .....	18
Utarbeidelse av rapport etter tverrfaglig helsekartlegging.....	18

### Innledning

Protokollen må leses i sammenheng med "Helsedirektoratets svar på oppdrag om helsekartlegging", heretter kalt rapport.

Det gis i dette dokumentet en samlet oversikt over de elementene som bør inngå i en helsekartlegging. Dette gjelder både informasjonsinnhenting i forkant (i.e. forarbeid), elementer i selve kartleggingen (herunder somatisk, psykisk helse, tannhelse, seksuell og reproduktiv helse) og sentrale aspekter ved vurdering og tilbakemelding til bestiller, foreldre/omsorgspersoner og barnet selv.

Når det gjelder oppdragets punkt om anbefaling av spesifikke kartleggingsverktøy, må utfordringene ved dette fremheves. Ideelt sett bør det benytte validerte, kvalitetssikrede metoder som er normert for norske forhold. Dette vil være viktig for å sikre mest mulig likeverdig tilbud og lette følgeevaluering av tiltaket. Imidlertid eksisterer det per i dag få metoder som tilfredsstillende vitenskapelige krav til utprøving, validering, normering mv. En sentral del av følgeevalueringen bør følgelig være å vurdere hvilke verktøy som er egnet til formålet, evt. om det eksisterer instrumenter internasjonalt som kan oversettes og utprøves. I det følgende vil det henvises til kunnskapsgrunnlag for metoden dersom dette foreligger.

I tillegg til forhold som gjelder kvalitetssikring av valgte metoder og verktøy, er det vesentlig at utvalget av metoder og verktøy står i forhold til at det er en kartlegging, ikke en fullstendig utredning, som skal gjennomføres.

RBUP Øst og Sør gir veiledning i bruk av kartleggingsverktøy for barn og unge. Generelle retningslinjer for bruk av standardiserte tester og spørreskjemaer ligger på deres nettsider: <https://tiltakshandboka.no/no/tilstander/genrelt-om-utredning>. Tidsskriftet PsykTestBarn, som også utgis av RBUP Øst og Sør, publiserer artikler om måleegenskaper ved norske versjoner av tester og kartleggingsverktøy ([psyktestbarn.no](http://psyktestbarn.no)).

Videre er det viktig å være klar over risiko for henholdsvis over- og underrapportering av vansker, utfordringer knyttet til språk/minoritet, og at det kan ta tid for barnet og foreldre/omsorgspersoner å bli trygge nok til å dele valid informasjon. Dette understreker betydningen av å ikke lene seg på informasjon fra kartleggings skjemaer og andre metoder alene, og at det alltid må suppleres med og holdes opp mot kliniske observasjoner og vurderinger.

Dersom det benyttes kartleggingsverktøy bør disse også kunne fange opp grensetilfeller, dvs. utfordringer som nærmer seg klinisk terskel. Slike vansker bør vies oppmerksomhet, da de kan ha stor betydning selv om det ikke er tilstrekkelig for eventuell diagnosesetting.

Endelig bør det nevnes at de fleste metoder og kartleggingsverktøy som er vurdert her, har spesifikke krav til utdanning, kursing og opplæring for å kunne benyttes. Flere av de regionale kompetansesentrene tilbyr opplæring og kurs i metoder som er nevnt i dette dokumentet.

Det vises for øvrig til redegjørelse under punkt «Sentrale områder som bør dekkes i en helsekartlegging» i rapporten.

## Forløpsmodeller - rammeverk for tverrfaglig helsekartlegging

I rapporten redegjøres det for en mulig modell for tverrfaglig helsekartlegging, med tilhørende visuell fremstilling. Under følger maler og forslag for momenter tilhørende henholdsvis Fase 1 (forarbeid), Fase 2 (kartlegging) og Fase 3 (etterarbeid). Veiledende mal for oppbygging av rapport etter tverrfaglig helsekartlegging ligger i eget vedlegg.

## FASE 1 - FORARBEID

### Mal for innhenting av helseopplysninger

Innhenting av helseopplysninger til kartleggingsteamet bør gjennomføres mest mulig enhetlig. Det anbefales at det benyttes en skriftlig mal som sendes relevante instanser så snart helsekartlegging av barnet er planlagt. Følgende punkter foreslås:

#### Fastlege:

- Svangerskap, fødsel, genetikk og sykdomsbelastning i familien, tidligere helsehistorikk/sykdommer og medikamentbruk.
- Barnets generelle utvikling.
- Eventuelle bekymringer for barnet/søsken/foreldre/omsorgspersoner som kan ha relevans for barnets helse, trivsel og utvikling, herunder opplysninger om rus og psykisk sykdom hos foreldre/omsorgspersoner og søsken.
- Informasjon om henvisninger til spesialisthelsetjeneste (somatikk og psykisk helse/rus), oppfølging og epikriser.

#### Helsestasjon:

- Svangerskap, fødsel, barseltid.
- Vaksinestatus, barnets utvikling, oppmøte til kontroller, evt. ekstra konsultasjoner.
- Informasjon om hvorvidt barnet har IP og ansvarsgruppe.
- Kontakten mellom foreldre/omsorgspersoner og barn under konsultasjon.
- Opplysninger om vold i nære relasjoner, svangerskapsdepresjon, belastninger i familien - herunder rusmisbruk, yrkesstatus og psykisk og somatisk helse hos foreldre/omsorgspersoner/søsken.
- Skolebarn og ungdom: Egen kontakt med helsestasjon/helsesykepleier på skolen.

#### Spesialisthelsetjenesten:

- Inkluderer både somatikk og psykisk helsevern og ev. Statens barnehus. Kort resyme av årsak til kontakt, utvikling, omsorgspersonenes oppfølging av ev. (kroniske) sykdommer og oppmøte til avtaler. Epikriser og informasjon om pågående utredning/behandling.
- Dersom det er aktiv behandlingskontakt, bør behandler delta på drøftingsmøte, ev via telefon.

#### Tannhelse:

- Kontaktfrekvens, oppmøte, eventuelle bekymringer.
- Ekstra- og intraoral undersøkelse av tenner, munn og kjever, tannhygiene, evt. tann-/munnskader.
- Diagnostisering av karies og andre orale sykdommer.
- Vurdering av risikofaktorer som har betydning for barnets orale helse, og behovet for ekstra oppfølging.

#### Skole/Barnehage:

- Utvikling og fungering, språk og motorikk. Samspill med andre barn og de voksne i barnehagen/skole.
- Forhold rundt levering og henting, påkledning (klær etter alder, vær og årstid), hygiene og om barnet har med matpakke.

- Fravær, inkludert årsak til fravær og tidspunkt (spesielt ift. sammenheng med ferie og helger)
- Smerteterskel, respons på smerte (gråter barnet, søker det trøst o.l.)
- Observasjon av skader/blåmerker; omfang og lokalisasjon.
- På eldre barn/ungdom plutselige vektendringer og/eller atferdsendring uten kjent årsak.
- Tegn på selvskading.
- Hvordan barnet forholder seg til nærhet og grenser. Både i forhold til voksne, og andre barn.

Kommunehelsetjeneste:

Eksempelvis psykisk helse i kommune/bydel, kommunal fysioterapeut, ergoterapitjeneste.

Mal for spesialisthelsetjeneste benyttes.

Barneverntjenesten:

- Årsak til tiltak og tidligere tiltak. Familiesituasjon; foreldreansvar, ev. familiekonflikt, minoritetstilhørighet.
- Sakshistorikk; antall bekymringsmeldinger og undersøkelser, konklusjon av undersøkelse(r), igangsatte tiltak.
- Rapport fra opphold på foreldre-barn-institusjon, krisesenteropphold (om mulig ift. sikkerhetshensyn) og veiledningstiltak.
- Slutninger fra Fylkesnemnda/rettsapparatet. Sakkyndigrapporter. Innhentede opplysninger fra helsestasjon, fastlege, barnehage, skole, PPT, BUP, DPS, Statens barnehus mv.
- Nåværende familiesituasjon; foreldreansvar, daglig omsorg, ev. familiekonflikt, evt. søsken og økonomisk status for familien.
- Bostedsinformasjon med vurdering av egnethet på bostedet.

Andre relevante instanser:

Dette kan eksempelvis være privat behandlingstilbud, Statens barnehus, NAV. Mal for spesialisthelsetjeneste benyttes.

Informasjon fra omsorgspersoner og eventuelt barnet/ungdommen:

Det vurderes i hvert enkelt tilfelle hvilken informasjon som bør innhentes fra barnet og foreldre/omsorgspersoner på forhånd. For noen kan det være aktuelt med selvutfyllingsskjemaer som kan fylles ut i forkant av undersøkelsesdagen. Dette gir mulighet for ev oppfølgingsspørsmål i samtalen, ev supplerende undersøkelser der det vurderes aktuelt. Fordelen med selvutfylling er at det er tids- og ressursbesparende, men det kan også være utfordringer, bl.a. med forståelsen av spørsmålene, om det er forhold som gjør det vanskelig for barnet og/eller foreldre/omsorgspersoner å svare ærlig, jf. kapittel om Tidspunkt for helsekartlegging i rapporten.

Hvis aktuelt, sendes eget brev med aktuelle kartleggingsverktøy og selvutfyllingsskjemaer om daglig fungering, symptomer og risiko- og beskyttelsesfaktorer (se pkt. Mal for kartlegging av psykisk helse og rus) til barn og foreldre/omsorgspersoner i forkant av kartleggingsdagen.

- I tillegg innhentes det informasjon om:
  - Barnets styrker og interesser
  - Stressituasjoner og barnets reaksjoner
  - Barnets behov
  - Barnets fungering i ulike systemer: hjemme, skole, fritid, venner/psykososialt, øvrige viktige arenaer
  - Hva er forsøkt av tiltak og hvordan har det fungert?
  - Hvordan omsorgspersoner og barnet opplever barnets helse (inkl. egenvurdering av ressurser til å ivareta barnets helse)
  - Identitet, selvforståelse, inkl. kjønnsidentitet og seksualitet.
  - Bruk av legemidler (også reseptfrie) rusmidler inkl. nikotinpreparater.
  - Bruk av private helsetjenester/alternativ medisin.
  - For barn med minoritetsbakgrunn: Etnisitet, kultur, religion, morsmål, erfaringer med flukt.
  - Egne bekymringer og spørsmål

Det forutsettes at foreliggende og innhentet informasjon om barnet og dets helsemessige og psykososiale forhold, er gjennomgått og drøftet av kartleggingsteamet før selve kartleggingsdagen. For barn som hasteflyttes ut av hjemmet, og for barn der det allerede er tiltak inne, vil det være egne forløp, der elementene i kartleggingen kommer i en annen rekkefølge. Se visuell fremstilling av forløpsmodeller i rapporten.

## FASE 2 - KARTLEGGINGSDAGEN

Som beskrevet i rapporten, er det i utgangspunktet tenkt at en tverrfaglig helsekartlegging skal kunne la seg gjennomføre i løpet av en enkelt dag. I enkelte tilfeller kan det imidlertid bli nødvendig å avvike fra dette, i tråd med det enkelte barns behov. Informasjonsinnhenting vil gi grunnlag for å vurdere behov for tilpasning og tilrettelegging i kartleggingsfasen. Hovedelementene på kartleggingsdagen består av samtale med barnet og foreldre/omsorgspersoner, relevante helseundersøkelser og observasjoner, drøftingsmøte og oppsummeringsmøte.

Jf. rapporten er det en forskjell på kartlegging og utredning. En helsekartlegging kan gi en indikasjon og ev danne grunnlag for en henvisning til utredning.

### Samtale med barn og foreldre/omsorgspersoner

Kontaktetablering, innramming og trygging av barn og foreldre/omsorgspersoner er vesentlig. For barnet vil det være av betydning å få en opplevelse av at det ikke er noe galt med det, og at kartleggingen er ment å være til hjelp.

Det bør tilstrebes å ha deler av samtalen med barnet alene, slik at barnet kan forklare seg fritt om særlig sensitive tema. Enkelte av punktene over vil kunne kartlegges i forkant via selvutfyllingsskjema, men supplerende samtale med oppfølgende spørsmål bør gjøres.

Samtalen må planlegges og gjennomføres i samarbeid med barnelege/sosialpediater, slik at både somatisk og psykisk helse og rus blir ivaretatt, herunder også seksuell helse.

Aktuelle temaer som bør dekkes i en samtale er:

- Anamnese, inkl. foreldre/omsorgspersoners helse
- Evt. supplerende anamnese med barnet
- Barnets og foreldre/omsorgspersoners nettverk og ressurser
- Tidligere tiltak og erfaringer
- Symptomer/tegn på psykiske lidelser eller utviklingsforstyrrelse
- Rusmiddelbruk og eksponering, også hos foreldre/omsorgspersoner
- Vold og traumer, seksuelle overgrep
- Intellektuelle ferdigheter
- Relasjoner, interesser og fungering
- Mat og kropp
- Søvn og daglige rutiner
- Seksuell helse
- Risiko- og beskyttelsesfaktorer

Anamnestisk samtale (livs- og sykehistorie) gjennomføres primært med biologiske foreldre, subsidiært med nåværende omsorgsperson, og bør som et minimum dekke perioden fra svangerskapet ble avdekket, svangerskapets forløp og tiden etter fødsel og frem til kartleggingstidspunktet. I dette bør det sikres informasjon om biologiske mors og fars fysiske og psykiske helse, herunder bruk av rusmidler, alkohol og medikamenter. I tillegg bør anamnesen sikre informasjon om morens livssituasjon i denne perioden, belastninger som konflikterfaringer, vold/traumeerfaringer og overgrep m.m. Disse forholdene ivaretas ved akse IV i DC:0-5, jf. eget punkt om psykososiale risikofaktorer og belastninger. Videre bør utviklingsmilepæler og ev avvik fra forventet utvikling, kartlegges. Flere helseforetak har egne maler for anamnese som kan benyttes som utgangspunkt.

Informasjon som fremkommer i et anamneseopptak kan være vesentlig for flere fagområder og må sees i sammenheng. Man bør tilstrebe at anamnesen kan gjennomføres av psykologspesialist og legespesialist i fellesskap.

## Mal for somatisk helseundersøkelse

### Generelt

Den somatisk undersøkelse gjøres som en *sosialpediatrisk undersøkelse* og bør inneholde en bred gjennomgang av det enkelte barns sosiale forhold, tidligere sykehistorie, utvikling og en medisinsk undersøkelse. Undersøkelsen skal sikre en medisinsk og psykososial ivaretagelse av barnet og gi mulighet til å dokumentere tidligere funn, bekymringer og aktuelle kliniske funn samt mulige aktuelle skader.

### Ved undersøkelsen:

- Anamneseopptak med barnet.

- Sosialanamnese med spørsmål om familiesituasjon og -bakgrunn, daglige aktiviteter som barnehage, skole, fritidsaktiviteter og trivsel i disse.
- Hvordan opplever barnet egen helse? Noe de er bekymret for?
- Naturlige funksjoner: Måltider, søvn, menstruasjon, avføring og vannlatning.
- Seksuell helse (prevensjon, seksuell erfaring, seksuell atferd osv) der dette er relevant.
- Fullstendig klinisk undersøkelse, hvor bl.a. følgende inngår:
  - Generell påkledning og hygiene
  - Høyde, vekt, hodeomkrets og KMI med percentilangivelse
  - Pubertet, dersom pågående pubertetsutvikling angis Tanner`s pubertetsgrad
  - Orienterende vurdering av utviklingsmilepæler og språk.
  - Orienterende nevrologisk status.
  - Hud og hodebunn: hudsykdommer, rift, kutt, sår, blåmerker, arr, utslett, håravfall osv.
  - Munnhule/svelg: slimhinneskade, leppebåndskade, orienterende tannstatus. Ved bekymringsfulle funn bør det henvises til tannhelseundersøkelse.
  - Ører: se bak øret og på ørebrusken etter bloduttredelser.
  - Nakke, hals: se spesielt nøye på halsen og i nakken etter hudforandringer, f.eks. etter kvelningsforsøk.
  - Hjerte, lunger og mage.
  - Brystkasse og rygg – sjekk tegn til hudskader eller merker.
  - Ytre inspeksjon av barnets kjønnsorganer og endetarmsåpning.
  - Hos spedbarn: Spesiell oppmerksomhet mot psykomotorisk utvikling, kontaktfunksjon, vekst- og vektutvikling, reguleringskapasitet.

Avkledning kan gjøres i etapper. Hele kroppen skal så langt det er gjennomførbart inspiseres uten klær, hvor en ser etter tegn på at barnet har vært utsatt for vold (fysisk, seksuelt, psykisk, omsorgssvikt), og med eventuell adekvat billedokumentasjon av relevante funn. Dersom deler av kroppen ikke lar seg inspiseres skal dette beskrives og begrunnes.

#### Vurdering av status og funn:

Ved den kliniske statusundersøkelsen bør kroppsskisse med cm mål, foto og video benyttes der det foreligger kliniske funn som kan relateres til grunnlaget for barnevernsaken. Beskrivelse av hudskader og andre skader gjøres nøye, med klar beskrivelse av lokalisasjon, størrelse, farge og mulig alder for skaden.

Det er viktig å vurdere andre relevante medisinske tilstander som kan forklare mulige symptomer og tegn. Symptomer som kan relateres til psykososiale belastninger som f.eks. smertetilstander, anfall, og problemer knyttet til vannlatning og avføring bør også beskrives og utdypes.

#### Ved mistanke om seksuelle overgrep:

En underlivsundersøkelse ved mistanke om seksuelle overgrep kan ha en viktig terapeutisk og medisinsk verdi, også dersom antatt overgrep ligger noe tilbake i tid. Bruk av kolposkop sikrer godt innsyn og gir mulighet for å kunne lagre videoopptak av god kvalitet. Før undersøkelsen må det informeres om at det blir gjort et videoopptak av kolposkopiundersøkelsen, samt formålet med dette opptaket.

Hvis det ikke foreligger spesifikk mistanke om seksuell misbruk, kan en avstå fra bruk av kolposkop til undersøkelsen.

Testing for seksuell overført infeksjon hos prepubertale barn utføres ved symptomer på infeksjon eller ved historie eller funn som tyder på kontakt med en overgriperes kjønnsorgan. Postpubertale barn testes som hovedregel alltid selv om det ikke er symptomer, kan det likevel finnes infeksjon, som kan kreve at det bør settes inn behandling.

## Mal for somatisk helseundersøkelse ved hasteflytting

### Generelt:

Undersøkelsen gjennomføres innen 72 timer etter flytting. Det må vurderes oppfølging med en fullstendig sosialpediatrisk undersøkelse innen 4 – 6 uker.

### Formål

- Identifisere helseproblemer som utløser akutte tiltak (alt fra astma behandling til nødprevensjon og infeksjonsprofylakse).
- Identifisere tegn på vold, overgrep og omsorgssvikt.
- Identifisere helseproblemer (inkludert betydelige atferdsproblemer) som har implikasjoner for omsorgsbasen/plasseringen.

### Gjennomføring:

Forenklet sosialpediatrisk undersøkelse med fokus på vitalfunksjoner, skadedokumentasjon og eventuell sporsikring. Foreligger suicidalitet (selvmordsproblematikk), alvorlig selvskading eller er det indikasjon på psykose/mani/dissosiasjon/depresjon? I så fall: akutt vurdering av psykologspesialist/psykiater. Risikovurdering i forhold til ny vold og overgrep.

### Praktisk:

Det vises til Akuttveileder i pediatri som er under revisjon og vil inneholde kapitler om dette.

## Mal for kartlegging av psykisk helse og rus

### Generelt:

Kartlegging av psykisk helse og rus bør som et minimum inneholde følgende:

- Samtale med barn og foreldre/omsorgsperson(er), både sammen og hver for seg
- Anamnese (barnets livs- og sykehistorie)
- (Screening av) symptomer på psykiske vansker og problematferd
- Vurdering av tegn på psykose, mani, suicidalitet (selvmordsproblematikk), alvorlig selvskading
- Traumatiske erfaringer og symptomer på traumelidelse
- Psykososiale risikofaktorer og belastninger
- Voldsrisiko
- Samspillsferdigheter
- Rusbruk og annen avhengighetsproblematikk
- Mat og kropp
- Seksuell helse
- Særlig om kartlegging av sped- og småbarn



Ved indikasjon kan følgende tilleggskartlegging gjennomføres – evt. henvises det til rett instans for videre utredning:

- Adaptive ferdigheter
- Ruskartlegging
- Intellektuelle ferdigheter
- Symptomer på psykose og bipolar lidelse

### Screening av symptomer/tegn på psykiske vansker, problematferd og ressurser

Det er særlig to verktøy som allerede benyttes hyppig for kartlegging av symptomer og tegn på psykiske vansker og annen problematferd; Child Behavior Checklist (CBCL, fra ASEBA-batteriet) og Development and Wellbeing Assessment (DAWBA).

#### Child Behavior Checklist, CBCL

CBCL inngår som én av tre tester i Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). CBCL skal besvares av omsorgspersonene til barn i alderen 1 ½ - 18 år for å kartlegge kompetanse- og problemområder. Det finnes egne skjema for lærere/barnehagepersonell/miljøpersonell, samt selvutfylling for eldre barn og ungdom. CBCL muliggjør en bred kartlegging av barns emosjonelle og atferdsmessige problemer og fylles ut på mindre enn 30 minutter. Det kreves testspesifikk opplæring, samt pedagog-, psykolog- eller legeutdanning, ev. minst 3-årig høgskoleutdanning innen helse-/sosialfag for å administrere og skåre. Selv om den totale dokumentasjonen virker lovende må instrumentet brukes med en viss forsiktighet, og mer forskning er ønskelig, spesielt for den yngste aldersgruppen ([FHI](#)).

#### Development and Wellbeing Assessment, DAWBA

Det finnes tre versjoner av DAWBA med spørsmål som rettes til henholdsvis foreldre/omsorgspersoner, ungdommer og lærere. Alle tre kan administreres enten via web eller manuelt. Det tar omtrent 50 minutter for foreldre/omsorgspersoner å besvare spørsmålene i foreldreversjonen. Det stilles krav om relevant opplæring og utdanning for å kunne anvende DAWBA. I ordinær klinisk bruk kan DAWBA være et godt hjelpemiddel i arbeidet med identifisering av problemer innenfor psykisk helsevern for barn og unge ([Psyctestbarn](#)).

Det vurderes at både CBCL og DAWBA i konteksten tverrfaglig helsekartlegging er egnet for formålet om screening av eventuelle symptomer på psykiske problemer, samt beskrivelse av ressursområder. Skjemaene bør være utfylt og ferdig skåret på kartleggingsdagen. CBCL og DAWBA dekker imidlertid ikke spesifikke utviklingsforstyrrelser. Observasjon av barnet på kartleggingsdagen, anamnestic gjennomgang og bakgrunnshistorikk kan imidlertid sammen eller hver for seg gi mistanke om spesifikke og/eller gjennomgripende utviklingsforstyrrelser. Dette vil være indikasjon på videre henvisning.

I tillegg til ovennevnte screening, bør det alltid gjøres en vurdering av hvorvidt det foreligger tegn på alvorlig psykisk lidelse, dvs. psykose, mani, alvorlig depresjon, selvmordsproblematikk og alvorlig selvskading. Deler/enkeltspørsmål fra andre diagnostiske verktøy, f.eks. Kiddie-SADS kan benyttes

som supplement, men ved mistanke bør barnet uansett umiddelbart henvises til nærmere utredning. Se [Psyktestbarn.no](http://Psyktestbarn.no) og [Helsebiblioteket.no](http://Helsebiblioteket.no) for mer informasjon om Kiddie-SADS.

### Traumekartlegging

Det anbefales å benytte enten KATES 1 og 2 eller TSCYC/TSCC med tilleggsspørsmål om digital vold og overgrep.

#### Kartlegging av traumatiske erfaringer, KATES Barn

Kartlegging av traumeerfaringer og -symptomer (KATES 1 og 2) er et screeninginstrument for å fange opp potensielt traumatiserende hendelser for barn 6-18 år. Administreres som et intervju med barnet/ungdommen. Norske normer mangler. Verktøyet må derfor brukes med forsiktighet i Norge ([Psyktestbarn](http://Psyktestbarn.no)).

#### KATES Omsorgsgiver

KATES Omsorgsgiver er utviklet i to versjoner for at omsorgsgivere til barn i alderen 3-6 og 6-18 kan rapportere om barnets eksponering for potensielt traumatiserende hendelser og symptomer på posttraumatisk stress.

Både KATES Barn og KATES Omsorgsgiver er under validering i Norge ([nkvts.no](http://nkvts.no)).

#### Trauma symptom Checklist, TSCYC og TSCC

Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC), vurdering av akutte eller kroniske posttraumatiske symptomer hos barn. Kartlegger et bredt spekter av akutte og kroniske posttraumatiske symptomer hos barn 3-11 år som har vært utsatt for potensielt traumatiserende hendelser, inkludert overgrep, mishandling eller vold i hjemmet. Besvares av omsorgsgiver ([Hogrefe](http://Hogrefe)).

Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC), screening av posttraumatiske symptomer hos barn og ungdom. Selvrapporteringskjema om traumatiske hendelser for barn 10-17 år ([Hogrefe](http://Hogrefe)).

TSCYC og TSCC er basert på svensk validering og normering.

Tilleggsspørsmål om digital vold og overgrep:

- Har du opplevd å bli mobbet eller utestengt på nett?
- Har du opplevd at noen har spredt bilder av deg naken på nett?
- Har du opplevd å bli filmet mens du har sex og at noen har lagt det ut på nett?
- Har du opplevd at noen har truet deg på nett slik at du har blitt redd?
- Har du opplevd at noen har vært voldelige mot deg, filmet det og lagt det ut på nett?

### Psykososiale risikofaktorer og belastninger

Kartlegging av ulike belastningsfaktorer i barnets liv. Tidspunkt og varighet. Disse forholdene ivaretas ved å benytte Akse IV i DC:0-5, der det foreligger en oversikt over psykososiale stressfaktorer som bør kartlegges. Oversikten kan benyttes uavhengig av barnets/ungdommens alder.

For større barn kan evt. Akse 5 i det multiaksiale klassifikasjonssystemet i ICD-10 benyttes. Se [Multiaksial klassifikasjon i psykisk helsevern for barn og unge \(PHBU\) - ehelse](#) for nærmere beskrivelser.

### Voldsrisiko

Voldsrisiko sjekkliste: [V-RISK-10](#) er et kort screeninginstrument med 10 ledd som dekker historiske, kliniske og risikohåndteringsvariabler. Utviklet av Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Sør-Øst. Sjekklisten bør følges opp grundigere med individuell risikovurdering ved indikasjon på potensiell voldsrisiko.

### Samspillsvurdering

For å forstå barnets behov for utviklingsstøtte er det vesentlig å kartlegge relasjonen mellom barnet og foreldrene/omsorgsgiverne. *Foreldresensitivitet* i samspillet kan deles inn i *synkronitet* og *nærende omsorg*. Graden av foreldrenes responsivitet på barnets initiativ, *synkronitet*, tidlig i barnets liv, har vist seg å ha en sammenheng med barnets kapasitet til selvregulering i småbarnsalder. Den andre formen for sensitivitet, *nærende omsorg*, handler om å respondere på barnets behov for trøst og omsorg i stressende situasjoner. Denne formen for sensitivitet i spedbarnsalder har vist seg å ha sammenheng med trygg tilknytning ([Bruk av kartleggingsverktøy og behandlingsmetoder ved foreldede barn sentre i Norge](#)).

Utredning av samspill og tilknytning mellom barnet og omsorgsperson er en del av barneverntjenestens oppgave, eventuelt med bistand fra ekstern kompetanse. Utredning av samspill er krevende og stiller store krav til klinisk erfaring og dokumentert kompetanse i spesifikk metodikk og utviklingspsykologisk kunnskap. Man må være kjent med hva man kan forvente av barn på ulike alderstrinn for å kunne gjøre gode vurderinger, deriblant av samspillet. I forbindelse med en tverrfaglig helsekartlegging kan det imidlertid være aktuelt å observere samspillet mellom barnet og foreldre/omsorgspersoner. I konteksten av en tverrfaglig helsekartlegging er det kun en kartlegging/vurdering av samspillet som skal gjennomføres, og ved bruk av konkrete metoder, må disse beskrives i rapporten. Det forutsettes at det benyttes validerte og kunnskapsbaserte kartleggingsverktøy og at valg av kartleggingsverktøy står i forhold til formål.

Når det gjelder kartlegging av samspill mellom foreldre/omsorgspersoner og sped- og småbarn, må man inneha god kunnskap om sped- og småbarns utvikling og psykiske helse, herunder barnets biopsykososiale atferdsskifter.

### Relevante metoder for samspillsvurdering:

Det finnes flere metoder som utreder samspill. For kartleggingsøyemed anbefaler RBUP i ovennevnte [rapport](#) primært Crowell og Marsckak Interaction Method (MIM). Begge metoder er videobaserte og kartlegger flere aspekter ved samspillet gjennom hel- eller semistrukturerte oppgaver tilpasset barnets utviklingsnivå. Crowell kan benyttes for barn i alderen 1-5 år og MIM kan brukes fra graviditet til ungdomsalder. Opplæring i Crowell tilbys som 2(3) dagers kurs, og MIM-opplæring tar 5 dager.

Det eksisterer også andre, mer opplæringskrevende samspillsverktøy, deriblant PC-ERA, CARE-Index og AMBIANCE, hvorav alle tilbys i Norge. Alle nevnte metoder er vel etablert nasjonalt og internasjonalt. De benyttes både i klinikk og forskning, og har gjennomgående vist at de fanger opp spesifikke utfordringer i samspillet. De psykometriske kvalitetene er imidlertid variable, slik situasjonen er for en rekke verktøy innen barn og unge-feltet. Det er derfor viktig å styrke den praksisnære forskningen ([RBUP](#)).

### Rus og annen avhengighet

Det må være spurt om/innhentet opplysninger om hvorvidt barnet er utsatt for ruseksponering under svangerskapet, samt foreldres rusbruk/rushistorikk og holdninger til rus. Ungdom kan ha høy ambivalens til ruskartlegging og det kan være vanskelig å identifisere/avdekke rusbruk utfra screenings spørsmål. Gjennomgang av anamnese og annen bakgrunnshistorikk vill kunne gi mistanke eller indikasjon om rusbruk. Generell kjennskap til risikofaktorer for utvikling av rusmisbruk hos barn/ungdom er derfor sentralt.

Dersom rusbruk allerede er avdekket, eller blir identifisert, bør fullstendig ruskartlegging gjennomføres - se pkt. "Supplerende kartlegging".

### Annen avhengighet:

I tillegg til kartlegging av rusmidler, legemidler og anabole steroider, kan det være hensiktsmessig å kartlegge barnets spillbruk. Selvskadning, promiskuøs seksuell atferd og risikooppsøkende oppførsel kan også være uttrykk for avhengighetsproblematikk.

### Seksuell helse

Manglende kartlegging av barn og ungdommer som bryter med normer for kjønn og/eller seksualitet kan medføre at nødvendige tiltak ikke iverksettes.

- Kartlegging av intimitet og grenser i samspill med omsorgspersoner, særlig knyttet til stellesituasjoner og søvn.
- Seksuell debut, erfaringer (bl.a. selge/bytte sex/nakenbilder), aktivitet og prevensjonsbehov
- For jenter over 12 år: Svangerskapshistorikk, utfall av svangerskap (og farskap), graviditetstest
- Utsatt for seksuelle krenkelser, vold og overgrep, inkl. kjønnslemlestelse
- Undersøkelse av genitaliene for å avdekke kjønnslemlestelse, overgrep eller interkjønntilstander
- Utviser barnet bekymringsfull eller skadelig seksuell atferd?
- Seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk
- Test for seksuelt overførbare infeksjoner
- Vaksinasjonsstatus – HPV, hep. B

### Særlig om kartlegging av sped- og småbarn

### Generelt:

Sped- og småbarns psykiske helse er et eget fagfelt og det forutsettes at den/de som skal gjøre kartlegginger i denne aldersgruppen (0-5 år) har spisskompetanse i sped- og småbarns utvikling og psykiske helse. Det bør sikres veiledning ved behov og jevnlig evaluering av hvorvidt den planlagte helsekartleggingen svarer til intensjonene.

Sped- og småbarn må kartlegges med en forståelse av at deres fungering på kartleggingstidspunktet er avhengig av barnets dagsform. Det er lite heldig for denne aldersgruppen dersom barnet må reise langt for å delta i dette. Ideelt sett bør slik kartlegging gjøres der barnet er kjent, da sped- og småbarn kan reagere på ukjente lokaler og dermed ha en fungering under kartleggingen som ikke svarer til barnets ordinære fungering.

Det legges til grunn at den/de som skal benytte kartleggingsinstrumenter har god opplæring i disse, inkl. å tolke resultatene. Ingen kartleggingsmetoder erstatter inngående klinisk erfaring og kompetanse innenfor fagfeltet sped- og småbarns psykiske helse. Sped- og småbarns somatiske helse bør kartlegges av pediater med særskilt kompetanse på og erfaring med aldersgruppen. Det er også viktig med kompetanse på nevrologi.

#### DC:0-5:

For di det her er snakk om kartlegginger og ikke utredninger, anbefales det at DC:0-5 får status som faglig forståelsesramme for helsekartlegging i denne aldersgruppen. Det anbefales også at DC:0-5 benyttes som rammeverk for sluttrapporter etter slik kartlegging. ICD-systemet er i liten grad tilpasset denne aldersgruppen, og DC:0-5 bør derfor benyttes i tillegg. DC:0-5 favner om barnets fysiske og psykiske helse og innebærer en vurdering av barnets utvikling/utviklingsmilepæler, stressfaktorer i og rundt familien, fysisk helse, relasjonelle forhold og eventuell opphopning av symptomer som gir indikasjon for videre utrednings- og/eller behandlingsbehov. Barnets og familiens kulturelle kontekst bør ivaretas gjennom hele kartleggingen ([RBUP Øst og Sør](#)).

#### Samspillsobservasjon:

Følgende utviklingstemaer er noe av det som er aktuelt i den yngste aldersgruppen:

- 0-3 måneder er preget av barnets gradvise tilstandsregulering og tilpasning til foreldrenes samspillsstil. Evne til oppmerksomhet, utholdenhet og foreldres/omsorgspersoners besvarelse av barnets signaler er sentralt.
- 3-6 måneder handler om etablering av turtaking, som utgjør en vesentlig byggesten i barnets kommunikasjonsferdigheter. Begynnende forventning og selektiv søking mot omsorgsperson er et viktig tema.
- 6-9 måneder dreier fokus fra den nære relasjon over på deling av felles oppmerksomhet rettet ut mot verden. Samspillet utvides. Utforskning og lek er viktig, og en begynnende fremmedfrykt gjør seg gjeldene.
- 9-12 måneder språket er mer sentralt i samspillet ved at den voksne introduserer benevning som støtte for utforskning og lek.
- 12-15 måneder er den primære tilknytningen etablert og barnet kan bruke strategier for å sikre oppmerksomhet, beskyttelse og trøst hos sine tilknytningspersoner. Man kan oppdage hvordan dette preger barnets tendens til samarbeid med den voksne, eller utvikling av mer tydelig motstand eller føyelighet. Barnets motoriske kompetanse tilsier at fare for skade og behov for beskyttelse er viktig.

- 15-24 måneder er en periode preget av motorisk aktivitet, begynnende egenvilje og behov for grenser og forutsigbarhet. Foreldres/omsorgspersoners naturlige autoritet og barnets autonomi utvikling er sentralt.

#### *Screening av generell utvikling og psykososial fungering hos sped- og småbarn*

Kombinasjonen av ASQ og ASQ:SE og bruk av Akse V i DC: 0-5 kan gi et bilde av barns utvikling. Denne kombinasjonen kan også være en støtte i forbindelse med eventuell henvisning til nærmere utredning av barnets utvikling, og vurdering av rett til helsehjelp. Det må imidlertid tas hensyn til at barnet kan være i krise grunnet evt. brudd i omsorgsrelasjon og dermed bruker mye av sin kapasitet til tilpasning til ny omsorgsrelasjon. Dette kan påvirke resultatene i stor grad.

#### Ages and Stages Questionnaires, ASQ

Screeninginstrument for sped- og småbarns utviklingsnivå. Ulike versjoner av spørreskjemaet (til sammen 19) finnes for aldersgruppene 4 mnd. til 60 mnd. Testen består av til sammen 30 spørsmål som summeres opp i seks delskalaer og eventuelt en totalskåre. Det tar 10-20 minutter å besvare spørsmålene for foreldre/omsorgspersoner. Det stilles krav om relevant utdanning og opplæring for å kunne anvende testen. Det er utarbeidet norske normer, men verktøyets validitet er i liten grad undersøkt i norsk kontekst ([Psyktestbarn](#)).

#### ASQ:Social and Emotional, ASQ:SE

Screeninginstrument for å kartlegge sped- og småbarn som er i risiko for å utvikle sosiale eller emosjonelle vansker. Det finnes ulike spørreskjemaer tilpasset barnas alder og utviklingsnivå, som fylles ut av omsorgsgiver. Aldersspennet strekker seg fra 3-66 mnd., og det er til sammen 8 versjoner som måler 7 ulike hovedskalaer fordelt på mellom 19 og 33 spørsmål per spørreskjema. Det er beregnet at utfyllingen skal ta 10-15 min for foreldre/omsorgspersoner mens skåringen tar 2-3 minutter for administrator. Det kreves relevant utdanning og opplæring for å kunne anvende testen. Det er behov for norske studier av instrumentets psykometriske egenskaper i tillegg til etablering av norske normer og grenseverdier ([Psyktestbarn](#)).

ASQ/ ASQ:SE ble sist vurdert av PsykTestBarn i 2013. Det er siden gjort mer norsk forskning som støtter bruken av ASQ/ASQ:SE i den norske barnepopulasjonen. En nyere oversiktsstudie peker på at metodene har begrenset reliabilitet og sensitivitet når de er oversatt til et annet språk til engelsk, og ifm. tilpasning til kulturelle og situasjonelle faktorer. Kunnskapsgrunnlaget vurderes ikke om tilstrekkelig og det er fremdeles behov for mer forskning ([RBUP](#)). Opplæringen i ASQ/ ASQ:SE er kortvarig og rimelig (2 ½ dag totalt for begge instrumentene). Flere av de regionale kompetansesentrene (RBUP/RKBU) tilbyr opplæring i ASQ og ASQ:SE.

#### Utviklingsmilepæler – Akse V i DC:0-5:

Det anbefales at milepælsoversikten (utviklingsmessige milepæler og kompetanse) i Akse V i DC:0-5 anvendes for kartlegging.

#### Supplerende kartlegging

##### *Adaptive evner – på indikasjon*

Samtale med barnet og foreldre/omsorgspersoner og/eller innhentet informasjon kan gi indikasjon for kartlegging av *adaptive ferdigheter*, dvs. konseptuelle, sosiale og praktiske ferdigheter som kreves for å håndtere dagliglivet.

ABAS-3 (fra 2022) kartlegger atferd innen de tre områdene konseptuelle, sosiale og praktiske ferdigheter. Det beregnes bl.a. en samleskår for generelt tilpasningsnivå ([Hogrefe](#)).

ABAS-II tar 15-20 minutter å gjennomføre. Det finnes versjoner for foreldre/omsorgspersoner: barn 0-5 år og 5-21 år, barnehagepersonell: 2-5 år og lærere: 5-21 år. Voksenskjema kan fylles ut som selvrapportering eller av nærstående fra 16 år. ABAS er basert på svenske og danske normer ([Pearson](#)).

#### *Ruskartlegging – supplerende kartlegging ved indikasjon*

Ved identifisert rusbruk bør kartleggingen suppleres med:

- Rusanamnese (hvilke rusmidler, omfang, debutalder og inntaksmåte)
- Spørsmål om både illegale (inkl. anabole steroider) og legale rusmidler (alkohol, nikotin og legemidler)
- Legemidler: hvordan man bruker legemidlene og ev i kombinasjon?
- Spørsmål om brukens funksjon: fordeler og ulemper ved å drikke, røyke hasj etc.
- Rusbruk i vennekretsen
- Om man har vært påvirket på skolen/på jobb
- Hva skjer om man lar være å bruke rusmiddelet

Det foreligger flere verktøy som kan benyttes som supplement ved mer spesifikk kartlegging – eksempelvis AUDIT eller DUDIT. Se Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusbruk og psykisk lidelse ([ROP](#)) for mer informasjon om AUDIT og DUDIT.

AUDIT (E) (Alcohol Use Disorders Identification Test) er et screeningverktøy som kan fylles ut av personen selv, eller sammen med en fagperson. Mengde, hyppighet og konsekvenser av alkoholbruk kartlegges.

DUDIT (E) (Drug Use Disorders Identification) er et selvrapporteringskjema for identifisering av problemer med illegale rusmidler og/eller legemidler siste 12 måneder.

Begge inkluderer spørsmål som kartlegger positive og negative opplevelser ved bruk av rusmidler, noe som kan gi indikasjon på motivasjon for endring og behandling.

EUROAdad (Adolescent Assessment Dialogue (12-20 år) kartlegger flere områder av ungdommens liv. Inneholder 7 kapitler, hvorav ett omhandler rus.

CBCL og Kiddie-SADS har også spørsmål om rusbruk.

#### *Intellektuelle ferdigheter/kognitiv fungering – på indikasjon*

Avhengig av barnets alder, kan Bayley-III/Bayley-III Screener, WPPSI/WISC/WASI eller WNV, gjennomføres. Undersøkelsene bør gjennomføres kun på indikasjon, dvs. dersom det foreligger bekymring for kognitiv/intellektuell fungering fra barnehage/skole eller andre instanser, og det ikke nylig er undersøkt av andre instanser som PPT eller BUP.

### Bayley Scales of Infant Development (BSID) – III

Bayley III måler kognitiv, språklig og motorisk utviklingsfungering, samt sosial og emosjonell tilpassingsadferd hos sped- og små barn i alderen 1 til 42 måneder. Det tar mellom 30 og 90 minutter å administrere testen, avhengig av barnets alder. Bruk av testen medfører kompetansekrav. Prosedyrene er detaljrike og krevende, og fordrer at testleder er erfaren og trygg i gjennomføring. Det finnes ingen norske eller skandinaviske normer. Dette må tas hensyn til ved tolkning av resultatene, spesielt mht. motorikk ([Psyktestbarn](#)).

### Bayley III Screener

Denne screeningversjonen av Bayley-III omfatter områdene kognisjon, språk og motorikk. Ved hjelp av utvalgte testledd fra den komplette versjonen av Bayley-III, gir screeningversjonen mulighet for raskt å fastslå hvorvidt det foreligger behov for en mer omfattende utredning eller ikke. Verktøyet tar 15-25 minutter å gjennomføre. Det er knyttet kompetansekrav til bruk av Bayley III Screener ([Pearson](#)).

### **Weschler-skalaene**

#### WPPSI - Wechsler Primary and Preschool Scale of Intelligence

WPPSI er en individuelt administrert test for vurdering av små barns (ca. 2,5-7,5 år) kognitive evner. Den tar fra 30–40 minutter (2:6–3:11 år) til 45–60 minutter (4:0–7:7 år) å gjennomføre, og det er krav om utdanning innen psykologi eller spesialpedagogikk. Normene bygger på skandinaviske data ([Pearson](#)).

#### WISC-V - Wechsler Intelligence Scale for Children- Fifth Edition

WISC-V er en individuelt administrert test av intellektuelle evner hos barn og ungdom i alderen 6:0-16:11 år. Testtiden er beregnet til 45–80 minutter, avhengig av antall deltester og barnets alder. Det er krav om utdanning innen psykologi eller spesialpedagogikk for å bruke testen. Basert på dokumentasjonen som finnes, fremstår WISC-V i hovedsak som et reliabelt instrument for vurdering av evnenivå og kognitiv profil. Foreliggende data er utilstrekkelige til å vurdere hvorvidt WISC-V også er et valid instrument for vurdering av kognitiv profil. Klinisk profiltolkning bør dermed gjøres med forsiktighet. Det er også behov for mer dokumentasjon av måleegenskapene i en klinisk skandinavisk kontekst ([Psyktest](#)).

#### WASI - Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence

WASI er et kort screeninginstrument for kartlegging av kognitivt evnenivå for aldersgruppen 6–89 år. Testen inneholder deler fra de ordinære Weschlerskalaene og tar ca. 30 minutter å gjennomføre. Det er tilsvarende kompetansekrav som for de øvrige Weschlerskalaene ([Pearson](#)).

### Ikke-verbalt evnenivå



Dersom en ønsker et estimat på nonverbalt evnenivå, anbefales det å benytte skalaen Nonverbal Indeks fra testbatteriene WPPSI-IV eller WISC-V. Nonverbal indeks måler de samme teoretiske konstruktene som Leiter-3 er ment å måle, og har skandinaviske normer.

Det kan også vurderes å benytte Wechsler Nonverbal Scale of Ability, WNV. WNV er beregnet på rask og ikke-verbal vurdering av generelle kognitive evner hos barn og ungdom i alderen 4:0–21:11 år, for eksempel barn/ungdommer med nedsatt hørsel, språkforstyrrelser eller bakgrunn fra et annet språk og en annen kultur. Det er utarbeidet informasjonsmateriell til barn/omsorgspersoner om testen på 20 språk. WNV kan administreres helt uten muntlige instruksjoner og krever ingen verbale svar. Det foreligger p.t. ikke norske eller skandinaviske normer ([Pearson](#)).

#### *Symptomer på psykose og bipolar lidelse – på indikasjon*

Ved mistanke om psykosesyntomer, enten i bakgrunnsinformasjon, fra samtale/observasjon eller fra utfylte kartleggingsverktøy, bør det stilles ett til to spørsmål om dette temaet. Spørsmålene kan for eksempel hentes fra Kiddie-SADS, som er et diagnostisk kartleggingsverktøy for psykiske lidelser hos barn og ungdom.

Dersom mistanke om psykose ikke avkrefte, er dette i seg selv indikasjon for henvisning til psykisk helsevern for barn og unge for nærmere vurdering/utredning.

Tilsvarende bør det, ved mistanke om symptomer på bipolar lidelse, spesielt mani, stilles noen oppfølgingsspørsmål om dette, eksempelvis fra Kiddie-SADS. Som for psykose vil en begrunnet bekymring for bipolar lidelse være indikasjon for henvisning til nærmere utredning i psykisk helsevern for barn og unge.

#### Mal for tannhelseundersøkelse

For tannhelse er det naturlig å følge "Tann- og munnundersøkelse av barn og unge" som er beskrevet i [nasjonal faglig retningslinje](#). Det bør normalt uavhengig av tidligere tannhelseundersøkelser, utføres en ny undersøkelse i forbindelse med tverrfaglig helsekartlegging uavhengig av pasientens alder. Dersom en slik undersøkelse nylig er utført bør tannlege i kartleggingsteamet vurdere om ny undersøkelse har en hensikt, eller om tilstrekkelig informasjon foreligger.

#### Generelt:

Formålet med tannhelseundersøkelsen er flerdelt, deriblant; 1) Sikre barnet rask, samordnet og tilpasset oppfølging og evt. behandling, 2) Avdekke barnets odontologiske behov og sikre at disse blir sett i en helhetlig sammenheng, 3) Sikre at barnet ikke har smertetilstander, 4) Hjelp til å avdekke vegring og angst relatert til tannbehandling.

#### Retningslinjer for gjennomføring av tannhelseundersøkelse:

- Ekstraoral og intraoral undersøkelse av tenner, munn og kjever, inkludert tannhygiene status.
- Diagnostisering av karies og andre orale sykdommer.
- Vurdering av risikofaktorer som har betydning for barnets orale helse og behovet for ekstra oppfølging.
- Tegn på eventuelle skader
- Avdekke eventuelle smertetilstander relatert til oral helse

- Avdekke status for oral helse som bakgrunn i eventuell omsorgssvikt
- Avdekke mulige behov for videre oppfølging av oral helse, vegring, frykt og angst.
- Vurdering av behov for generell anestesi, oppfølging av spesialist i pedodonti (barnetannhelse), desentraliserte team TBIT (Trygge barn i tannbehandling), eller om lokal tannklinikk kan følge opp videre behandling.

### Drøftingsmøte

Etter gjennomført kartlegging, observasjon og skåring/sammenstilling av resultater møtes det tverrfaglige teamet for å drøfte funn og vurderinger. Planlegging av tilbakemelding til barnet, omsorgspersoner og henviser. Avklaringer rundt evt. viderehenvisninger.

### Tilbakemeldingsmøte

Tilbakemeldingsmøte med henvisende barneverntjeneste, barnet og omsorgspersoner, samt øvrige relevante instanser som f.eks fastlege, helsesykepleier, spesialisthelsetjeneste.

## FASE 3 - ETTERARBEID

### Tilbakemeldingsmøte

Dersom dette ikke har vært mulig å gjennomføre på samme dag som helsekartlegging og tverrfaglig drøftingsmøte.

### Evt. henvisninger for videre utredning/oppfølging

Hvis aktuelt. Gjøres kartleggingsdagen eller snarest mulig etter.

### Utarbeidelse av rapport etter tverrfaglig helsekartlegging

Det vises til beskrivelser rundt dette i rapporten, samt egen mal "Veiledende mal for oppbygning av rapport etter tverrfaglig helsekartlegging".