 Unntatt offentlighet - off.lov. § 13

|  |
| --- |
| **HENVISNING TIL FLEKSIBELT OPPSØKENDE BEHANDLINGSTEAM FOR BARN OG UNGE - FACT UNG** |

**Målgruppe**

|  |
| --- |
| Målgruppen er barn og unge mellom 12 – 18 (25) år og deres familier, hvor det er mistanke om moderat til alvorlig psykiske helseutfordringer hos den unge. Utfordringene skaper vanskeligheter på flere områder av livet - sosial fungering, skole/fritid/arbeid, rus, bosituasjon, familie, rus. Den psykiske helsen og funksjonsvanskene oppleves belastende og gir lav hverdagsmestring og lav livskvalitet, både for ungdommen selv og for familien. FACT ung tilbyr tverrfaglig, individuelt tilpasset oppfølging og behandling basert på den unge og familiens behov. Sammen lager vi en plan med ungdommen og/eller familien. Planen skal inneholde hva målet med oppfølgingen er, hvordan vi skal samarbeide, hvor ofte vi skal sees og hvem vi skal samarbeide med. Vi jobber arenafleksibelt, det betyr at vi kan møtes der ungdommen/familien ønsker.***Andre hjelpetiltak i kommunens tjenester for barn, unge og familier skal være prøvd ut før FACT ung er riktig instans. FACT ung skal gjennom hele oppfølgingen skal ha tett samarbeid med øvrige tjenester og hjelpetiltak rundt barnet/ungdommen/familien, samt skolene.***Det er kun ungdom som er i behandling hos FACT ung før fylte 18 år vi har anledning til å følge inntil 25 år. Om ungdommen er fylt 18 år ved innsøking er FACT voksen rett tjeneste å søke oppfølging fra. Samtykkeskjema følger på siste side. |

**Henviser**

|  |  |
| --- | --- |
| Navn/funksjon:Arb.sted:  | Telefon: E-post: |

**Opplysninger om barnet/ungdommen**

|  |  |
| --- | --- |
| Navn: | Fødselsdato:* Gutt
* Jente
 |
| Adresse og poststedk: | Nasjonalitet:Morsmål: |
| Telefon: | Skole: |
| Klassetrinn: | Kontaktlærer:Sosiallærer/rådgiver: Helsesykepleier:  |

**Opplysninger om foresatte/familie**

|  |  |
| --- | --- |
| Mors navn: Adresse: | Telefon: E-post: |
| Fars navn: Adresse: | Telefon: E-post: |
| Hvem har foreldreansvar?* Mor
* Far
* Begge
* Andre: …...................................
 | Hvem har den daglige omsorgen?* Mor
* Far
* Begge
* Andre: …............................................
 |
| Søsken (navn og fødselsår): | Behov for tolk:* Ja
* Nei
* Hvis ja, hvilket språk: …...................................
 |

**Hvorfor søkes oppfølging fra FACT ung?**

* Kryss av og beskriv hvilke utfordringer barnet/ungdommen/familien opplever

|  |
| --- |
| * Alvorlige psykiske helseutfordringer, fyll inn diagnose om kjent:
 |
| * Atferds-/ tilpasningsvansker:
 |
| * Sosiale/emosjonelle vansker:
 |
| * Skolevegring:
* Skolefravær:
 |
| * Isolering:
 |
| * Mat:
 |
| * Gaming:
 |
| * Rus:
 |
| * Suicidalitet:
 |
| * Selvskading:
 |
| * Konflikter i familien:
 |
| * Annet:
 |

**Hva barnet/ungdommen/familien trenger hjelp til:**

|  |
| --- |
|  |

**Eventuelle tilleggsopplysninger**

* Beskriv sterke sider, utfordringer, interesser, hobbyer, trivsel

|  |
| --- |
|  |

**Andre tjenester har/er søker i kontakt med?**

* Kryss av og beskriv varighet og innhold av kontakten.

|  |
| --- |
| * Helsesykepleier:
 |
| * Sosiallærer/rådgiver:
 |
| * Fysioterapeut/ergoterapeut:
 |
| * Spesialisthelsetjenesten:

 BUP: Ungdomsakuttpsykiatrisk avdeling:  Mobilt oppfølgingsteam (MOT): Somatikk:  Andre: |
| * Barnevernstjenesten:
 |
| * PPT:
 |
| * Psykisk helse barn og unge (PHBU):
* LOS:
 |
| * Andre:
 |

**Dato/sted:**

**Underskrift henviser:**



**Samtykke til tverrfaglig samhandling mellom FACT ung og andre tjenester**

Informasjon om informert samtykke til den det gjelder:
Vi ønsker å gi deg helsehjelp. For å hjelpe deg trenger vi opplysninger fra de som kjenner deg. Vi trenger også å gi informasjon til dem. *Det er for å hjelpe deg på best mulig måte. For at vi skal innhente eller gi opplysninger om deg til andre, må du samtykke til det. Det betyr at du gir oss lov. Vi har laget et samtykkeskjema som vi ber deg fylle ut. Der krysser du av for hvem vi kan få opplysninger fra, og hvem vi kan gi opplysninger til. Du har rett til å få vite hvem vi får opplysninger fra, og hva vi får vite. Du har også rett til å trekke samtykke ditt tilbake. Det betyr at du kan ombestemme deg.*

**Det utveksles kun informasjon som er aktuell for samarbeidet og helsehjelpen.**

**Merk!** Dersom det er fare for liv og helse, kan informasjon gis uten samtykke.

**Barnet/ungdommens navn:**…...........................................................................................................................

Fødselsnummer:.....................................

**Jeg / vi samtykker til at FACT ung kan utveksle informasjon med:**

* BUP (barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk)
* MOT (Mobilt oppfølgingsteam AHUS)
* Ungdomsakuttpsykiatrisk avdeling
* Psykisk helsetjeneste i Nesodden kommune (PHBU)
* Lærer/sosiallærer/rådgiver fra skolen
* Helsesykepleier/helsestasjon/ fysioterapeut/ergoterapeut
* Barnevernstjenesten
* Fastlege
* PPT
* LOS
* Andre: …...................................................................................

**Samtykket er gyldig frem til ungdommen fyller 16 eller 18 år, hvor det innhentes nytt samtykke.**

Sted/dato:

Underskrift: Foresatt .......................................... Foresatt..................................................

Ungdom (over 16 år) ….......................................

* **Begge foreldre må samtykke til hjelp for barn under 16 år, jmf. Pasientrettighetsloven §4-4, 1.ledd**
* **Regler om vår taushetsplikt finner du i Helsepersonelloven §§ 21 og 21 a. Taushetsplikten til de som arbeider på skolen finnes i Forvaltningsloven § 13.**