

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

Målgruppe

Målgruppen er barn og unge mellom 12 – 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.

Samtykkeskjema følger på siste side.

Henviser

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

Opplysninger om barnet/ungdommen

Navn:	Fødselsdato: <input type="checkbox"/> Gutt <input type="checkbox"/> Jente
Adresse og poststed:	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? <input type="checkbox"/> Mor <input type="checkbox"/> Far <input type="checkbox"/> Begge <input type="checkbox"/> Andre:	Hvem har den daglige omsorgen? <input type="checkbox"/> Mor <input type="checkbox"/> Far <input type="checkbox"/> Begge <input type="checkbox"/> Andre:
Søsken (navn og fødselsår):	Behov for tolk: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvilket språk:

Hvorfor søkes oppfølging fra FACT ung?

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

<input type="checkbox"/> Alvorlige psykiske helseutfordringer, fyll inn diagnose om kjent:
<input type="checkbox"/> Atferds-/ tilpasningsvansker:
<input type="checkbox"/> Sosiale/emosjonelle vansker:
<input type="checkbox"/> Skolevegring: <input type="checkbox"/> Skolefravær:
<input type="checkbox"/> Isolering:
<input type="checkbox"/> Mat:
<input type="checkbox"/> Gaming:
<input type="checkbox"/> Rus:

<input type="checkbox"/> Suicidalitet:
<input type="checkbox"/> Selvskading:
<input type="checkbox"/> Konflikter i familien:
<input type="checkbox"/> 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.

<input type="checkbox"/> Helseyskepleier:
<input type="checkbox"/> Sosiallærer/rådgiver:
<input type="checkbox"/> Fysioterapeut/ergoterapeut:
<input type="checkbox"/> Spesialisthelsetjenesten: BUP: Ungdomsakuttpsykiatrisk avdeling: Mobilt oppfølgingsteam (MOT):

Somatikk:
Andre:
<input type="checkbox"/> Barnevernstjenesten:
<input type="checkbox"/> PPT:
<input type="checkbox"/> Psykisk helse barn og unge (PHBU):
<input type="checkbox"/> Andre:

Dato/sted:

Underskrift henviser:

Samtykke til å dele/hente informasjon fra andre instanser

Jeg/vi samtykker til at FACT ung i Nesodden kommune kan gi og innhente nødvendige opplysninger til/fra følgende samarbeidspartnere (sett kryss, skriv navn på kontaktperson og skriv ned eventuelle spesifikasjoner/forbehold):

- Skole/sosiallærer/rådgiver.....
- Helseyskepleier/ Helsestasjon/
fysioterapeut/ergoterapeut.....
- Spesialisthelsetjeneste somatikk
- Spesialisthelsetjeneste psykisk helse (BUP, AHUS).....
- Psykisk helsetjeneste i Nesodden kommune (PHBU)
- Barnevernstjenesten
- Fastlege
- PPT
- LOS
- Andre:

Sted/dato:

Underskrift:

Foresatt

Foresatt

Ungdom (over 15 år)

(begge foreldre må samtykke til hjelp for barn under 16 år, jmf. Pasientrettighetsloven §4-4, 1.ledd)