



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

Hvem kan fylle ut henvisningsskjema?

- ungdom selv
- foresatte
- offentlige instanser i samarbeid med familien.

Hvem kan henvise?

- Fastlege
- BUP
- Psykolog
- Barneverntjenesten

### Målgruppe

Målgruppen er unge mellom 12 – 18 (25) år og deres familier, hvor det er moderat til alvorlig funksjonsfall på flere områder i livet. For eksempel sosial fungering, skole/fritid/arbeid, rus, bosituasjon og familie. Funksjonsvanskene oppleves belastende og gir lav hverdagsmestring og livskvalitet, både for ungdommen selv og for familien.

FACT ung tilbyr tverrfaglig, individuelt tilpasset, oppfølging og behandling basert på den unge og familiens behov. FACT ung har mulighet til å følge familien over lang tid. Vi har fokus på at iboende ressurser i ungdom og familien skal bidra til positiv livsendring. Sammen lager vi en plan med ungdommen og/eller familien. Vi møtes der ungdommen/familien ønsker.

Andre hjelpetiltak i kommunens tjenester for barn, unge og familier skal være prøvd ut før FACT ung. FACT ung skal koordinere og ha tett samarbeid med øvrige tjenester og hjelpetiltak rundt ungdommen/familien.

Samtykkeskjema følger på siste side.

### Henviser

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

### Opplysninger om ungdommen

|                      |               |
|----------------------|---------------|
| Navn:                | Fødselsdato:  |
| Adresse og poststed: | Nasjonalitet: |
| Telefon:             | Morsmål:      |
|                      | Skole:        |

Klassetrinn:

Kontaktlærer/tlf:

Sosiallærer/rådgiver tlf:

Helsesykepleier tlf:

## Opplysninger om foresatte/familie

|                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Foresatte navn:<br><br>Adresse:                                                                                                                                     | Telefon:<br><br>E-post:                                                                                                                                                   |
| Foresatte navn:<br><br>Adresse:                                                                                                                                     | Telefon:<br><br>E-post:                                                                                                                                                   |
| Hvem har foreldreansvar?<br><input type="checkbox"/> Mor<br><input type="checkbox"/> Far<br><input type="checkbox"/> Begge<br><input type="checkbox"/> Andre: ..... | Hvem har den daglige omsorgen?<br><input type="checkbox"/> Mor<br><input type="checkbox"/> Far<br><input type="checkbox"/> Begge<br><input type="checkbox"/> Andre: ..... |
| Søsken (navn og fødselsår):                                                                                                                                         | Behov for tolk:<br><input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nei<br><input type="checkbox"/> Hvis ja, hvilket språk: .....                                  |

## Relevant informasjon

|                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ressurser i og rundt ungdommen (sterke sider, interesser, hobbyer, trivsel mm) |
| <input type="checkbox"/> Aktuelt: Beskrivelse av situasjon, fungering, varighet av vanskene             |
| <input type="checkbox"/> Somatisk helse, medisiner, søvn og mat                                         |
| <input type="checkbox"/> Familie og bosituasjon, nettverk og sosiale relasjoner                         |
| <input type="checkbox"/> Foresattes arbeidssituasjon                                                    |
| <input type="checkbox"/> Belastende livshendelser/familiesituasjon/sykdom i familien                    |

|                                                     |
|-----------------------------------------------------|
|                                                     |
| <input type="checkbox"/> Tilstedeværelse skole/jobb |
| <input type="checkbox"/> Rus                        |
| <input type="checkbox"/> Selvskading/suicidalitet   |

Hvem ønsker hjelp (ungdom/foresatte/andre)? Og hva ønsker de at FACT ung kan hjelpe med?

|  |
|--|
|  |
|--|

Hva er gjort/prøvd tidligere – og hvordan har det fungert? Navn og tlf.

- Kryss av og beskriv varighet og innhold av kontakten.

|                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Helsesykepleier:                                      |
| <input type="checkbox"/> Sosillærer/rådgiver:                                  |
| <input type="checkbox"/> Fysioterapeut/ergoterapeut:                           |
| <input type="checkbox"/> Miljøtjenesten                                        |
| <input type="checkbox"/> Barneverntjenesten:                                   |
| <input type="checkbox"/> PPT:                                                  |
| <input type="checkbox"/> Psykisk helsevern barn og unge (PHBU- BUP, UPS, UPA): |

☐ Andre:

Dato/sted:

Underskrift:



### Samtykke til å dele/hente informasjon fra andre instanser

Jeg/vi samtykker til at FACT ung i Tromsø 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.....
- ☐ Helsesykepleier/ Helsestasjon/  
fysioterapeut/ergoterapeut.....
- ☐ Spesialisthelsetjeneste somatikk .....
- ☐ Spesialisthelsetjeneste psykisk helse (PHBU).....
- ☐ Psykisk helsetjeneste i Tromsø kommune .....
- ☐ 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)