



NES  
KOMMUNE

Henvendelse til  
**PSYKISK HELSE- OG FAMILIETJENESTEN**  
Familiens hus  
Seterstøavegen 2B, 2150 Årnes  
Telefon 66 10 45 00

**Den henvendelsen gjelder**

Fornavn:		Født:
Etternavn:		Pers.nr.:
Adresse:	Telefonnummer:	<input type="checkbox"/> Jente <input type="checkbox"/> Gutt <input type="checkbox"/> Annet/vet ikke
Fylles ut hvis den det gjelder har fylt 16 år: <input type="checkbox"/> Ja, jeg samtykker til henvendelsen		

**Foresatt (Den som har foreldreansvar)**

Navn:	Født:	Relasjon: <input type="checkbox"/> Biologisk far/mor <input type="checkbox"/> Adopt./stefar/mor <input type="checkbox"/> Fosterfar/mor <input type="checkbox"/> Annet
Adresse:	Telefonnummer:	
<input type="checkbox"/> Ja, jeg samtykker til henvendelsen		

**Foresatt (Den som har foreldreansvar)**

Navn:	Født:	Relasjon: <input type="checkbox"/> Biologisk far/mor <input type="checkbox"/> Adopt./stefar/mor <input type="checkbox"/> Fosterfar/mor <input type="checkbox"/> Annet
Adresse:	Telefonnummer:	
<input type="checkbox"/> Ja, jeg samtykker til henvendelsen		

**Navn og adresse på den henvendelsen gjelder bor hos, hvis annet enn nevnt over**

Navn:	Navn:
Telefon:	Telefon:
Adresse:	Adresse:

**Omsorgssituasjon (sett kryss)**

<input type="checkbox"/> Bor hos begge foreldrene	<input type="checkbox"/> Bor alene
<input type="checkbox"/> Pendler mellom mor og far	<input type="checkbox"/> Bor i fosterhjem
<input type="checkbox"/> Hos en av foreldrene	<input type="checkbox"/> Annet:

**Søsken/Halvsøsken/Andre i familiens omsorg**

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
-----------------------------	------------------------------	-----------------------------------

Relevante opplysninger:

**Barnehage/Skole**

Navn skole/barnehage:
Kontaktperson(er):

**Andre hjelpetjenester**

Mottar familien hjelp/tiltak andre steder?			
Helsestasjonstjenesten	<input type="checkbox"/> Ja	Kontaktperson	Telefon
Skolehelsetjenesten	<input type="checkbox"/> Ja		
PPT:	<input type="checkbox"/> Ja		
BUP:	<input type="checkbox"/> Ja		
Barneverntjenesten:	<input type="checkbox"/> Ja		
Andre:			

## Tolk

Er det behov for tolk?

Ja

Nei

Språk:

Spesielle krav til tolk:

## Beskrivelse

Beskrivelse av problemstilling:

Vurdering av problemomfang:

Beskrivelse av forsøkte tiltak og vurdering av effekt:

## Bestilling

Bestilling til Psykisk helse- og familietjenesten\*

- Veiledning etter samtykke
- Invitere tjenesten inn i samtale
- Individuell oppfølging

## Målsetting

Hva er målet med kontakten med Psykisk helse- og familietjenesten?

- Det er innhentet samtykke fra foreldre med foreldreansvar/ungdom over 16 år til at henvendelse sendes

**Fylles ut av Psykisk helse- og familietjenesten:**

Mottatt dato:

Saksnummer:

Sted/dato: \_\_\_\_\_

Underskrift foresatte/ungdom over 16 år: \_\_\_\_\_ Underskrift instans: \_\_\_\_\_

### **Sjekkliste for utfylling av henvendelseskjema:**

- Personalia på den som blir henvendt (Navn, fødselsdato, adresse og evt. telefonnummer)
- Personalia til foresatte (med foreldreansvar). (Navn, fødselsdato, adresse og evt. telefonnummer)
- Begge foresatte (med foreldreansvar) skal samtykke til henvendelsen, unntak bør beskrives.
- Ungdom over 16 år skal samtykke til henvendelse
- Navn på skole/barnehage
- Hvilke andre hjelpetilbud som har kontakt med familien
- Beskrivelse av problemstilling (Hva er årsaken til henvendelse, hva ønsker familien hjelp med?)
- Vurdering av problemstillingens omfang (I hvor stor grad påvirker problemstillingen barnet/familien? Hvilke livsområder påvirkes? Alvorlighetsgrad i problemstillingen?)
- Beskrivelse av forsøkte tiltak i forhold til problemstillingen
- Vurdering av effekten av forsøkte tiltak
- Selve bestillingen til Psykisk helse- og familietjenesten; hva søker dere om?
  - Veiledning etter samtykke fra familien
  - Invitere tjenesten inn i samtale
  - Individuell oppfølging

### **\*De mulige oppfølgingsmetodene:**

**Veiledning etter samtykke fra familien:** Til samarbeidspartnere utover korte saksdrøftinger. Veiledningen følger et oppfølgingsløp. Målet for veiledningen er å bidra til å styrke tjenestene rundt barn og ungdom og bidra med spisskompetanse. For eksempel:

Hjelper opplever å stå fast i en problemstilling knyttet til en familie, og har behov for veiledning for hvordan komme videre. Hjelper innhenter samtykke fra familien til å inngå et veiledningsløp med Psykisk helse- og familietjenesten. Det gjennomføres først en veiledningssamtale og siden en oppfølgende samtale for å sjekke inn status. Det er mulighet for ytterligere veiledningssamtaler etter behov.

**Invitere tjenesten inn i samtale:** Planlagt tverrfaglig samarbeid for å styrke tilbudet i allerede eksisterende tjenester. Tjenesten gjennomføres under konsultasjon i eksisterende tjeneste, og med bruker(e) tilstede. Tjenesten kan inviteres inn til oppfølgende samtaler i samme løp. For eksempel:

Hjelper inviterer tjenesten inn i samtale med en ungdom som hjelper følger opp. Tjenesten bidrar i samtalen med informasjon og/eller intervensjoner, som hjelper og ungdommen følger opp videre. Tjenesten kan inviteres inn igjen på et senere tidspunkt for oppfølging hvis nødvendig.

**Individuell oppfølging:** Måltrettet og strukturert endringsarbeid i Psykisk helse- og familietjenesten. Kan innebære behandling og/eller samtaler/veiledning. For eksempel:

Hjelper har jobbet med en familie over tid, men opplever at forsøkte tiltak ikke gir nødvendig effekt. Hjelper får samtykke fra familien til å kontakte Psykisk helse- og familietjenesten, for å høre om det kan være rett tilbud for familien videre. Sammen utformes det en henvendelse som vurderes av tjenesten i inntaksmøte. Familien og henvendende hjelper mottar svarbrev om tilbud. Det gjøres avklaringer mellom Psykisk helse- og familietjenesten og hjelper om videre oppfølging og tverrfaglig samarbeid.