

Unntatt offentlighet - off.lov. § 13

TILVISING TIL FLEKSIBELT OPPSØKANDE BEHANDLINGSTEAM FOR BARN OG UNGE- FACT UNG, STORD, FITJAR OG BØMLO**Kven kan fylla ut tilvisingsskjema?**

- Ungdom sjølv/ føresette
- offentlege instansar i samarbeid med familien.

Kven kan tilvisa?

- Fastlege
- BUP
- Psykolog
- Barneverntenesta
- Kommunale instansar i samarbeid med kommunepsykolog/fastlege

Målgruppe

Målgruppa er unge mellom 12-18 år, som har moderat til alvorleg funksjonsfall på fleire områder i livet. Herunder psykisk helse, rus, sosial fungering, skule/fritid/arbeid, familie, nettverk, kriminalitet m.m. Funksjonsvanskane vert opplevd som belastande og gir lav kvardagsmeistring og livskvalitet, både for ungdommen sjølv og familien.

FACT ung tilbyr tverrfagleg, individuelt tilpassa oppfølging og behandling basert på den unge og familiens behov. FACT ung har mogleik til å følgja familien over lang tid. Me har fokus på at ibuande ressursar i den unge og familien skal bidra til positiv livsendring. Saman lagar me ein plan med den unge og familien. Me møtes der den unge ynskjer å møta oss.

Andre hjelpetiltak i kommunens tenester eller spesialisthelsetenesta skal ha vert prøvd ut og evaluert før FACT ung. FACT ung skal koordinera og ha eit tett samarbeid med øvrige tenester og hjelpetiltak rundt ungdommen/familien.

Samtykkeskjema følger på siste side. Ferdig utfylt skjema sendes til BUP Stord merka med FACT ung.

Tilvisar**Namn:****Telefon:****Funksjon/ arbeidsstad:****E-post:**

Opplysningar om ungdommen	
Namn:	Fødselsdato:
Adresse og poststad:	Nasjonalitet: Morsmål:
Telefon:	Skule: Klassetrinn:
<input type="checkbox"/> Jente	<input type="checkbox"/> Gutt
Opplysningar om føresette/ familie	
Mor/føresett namn:	Telefon:
Adresse/poststad:	E-post:
Far/føresett namn:	Telefon:
Adresse/poststad:	E-post:
Kven har foreldreansvar? <input type="checkbox"/> Begge <input type="checkbox"/> Mor <input type="checkbox"/> Far <input type="checkbox"/> Andre	Ungdommen bur hos? <input type="checkbox"/> Saman med begge foreldre <input type="checkbox"/> Mor <input type="checkbox"/> Pendlar mellom mor og far <input type="checkbox"/> Far <input type="checkbox"/> Fosterheim <input type="checkbox"/> Institusjon <input type="checkbox"/> Aleine <input type="checkbox"/> Andre
Dersom andre:.....	Dersom andre:.....
Søsken (namn og fødselsår):	Behov for tolk: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Dersom ja, kva språk:.....

Relevant informasjon
Ressursar i og rundt ungdommen (Sterke sider, interesser, hobbyar, trivsel mm)
Aktuelt: Beskriving av situasjon, fungering, varigheit av vanskar

Somatisk helse, legemiddel, søvn og mat
Familie og bu situasjon, nettverk og sosiale relasjonar
Føresette sin arbeidssituasjon
Belastande livshendingar/ familiesituasjon/ sjukdom i nær familie
Tilstedeværelse skule/ arbeid
Rus
Sjølvsykdom/ suicidalitet
Kven ynskjer hjelp (ungdom/føresette/andre)? Og kva ynskjer de at FACT ung kan hjelpe med?

Kva er gjort/prøvd tidlegare- og korleis har dette fungert? Namn og tlf. Kryss av og beskriv varigheit av kontakt.
<input type="checkbox"/> Helsesjukepleiar:
<input type="checkbox"/> Sosiallærer/ rådgivar:
<input type="checkbox"/> Fysioterapeut/ ergoterapeut:

<input type="checkbox"/> Kommunale tenester (ungdomsteam, LOS, utekontakt, førebyggjande rusteam og liknande:
<input type="checkbox"/> Barneverntenesta:
<input type="checkbox"/> PPT:
<input type="checkbox"/> Psykisk helsevern barn og unge:
<input type="checkbox"/> Andre:
Kven arbeider med saken i dag?

Samtykke til henvisning
Dersom ungdommen har fylt 16 år, har vedkommande samtykka til tilvisinga? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har føresette/de som har foreldreansvar samtykka til tilvisinga? (begge føresette må samtykka til hjelp for barn under 16 år, jmf. Pasientrettighetsloven §4-4, 1.ledd)
Mor/føresett <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Far/føresett <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

Dato/ Stad:

Underskrift:

SAMTYKKE

Eg/ me samtykker i at FACT-ung i samband med utgreiing/ oppfølging/ behandling kan innhente/ utveksle nødvendige opplysningar med følgande samarbeidspartar:

(Sett kryss, skriv namn på kontaktperson og skriv ned eventuelle spesifikasjonar/forbehold)

- Foreldre _____
- Skule _____
- PPT _____
- Spesialisthelsetenesta somatikk _____
- Spesialisthelsetenesta psykisk helse _____
- Legevakt _____
- Fastlege _____
- Kommunale tenester(utekontakt, LOS, ungdomsteam m.m.) _____
- Barnevern _____
- NAV _____
- Politi _____
- Andre _____

Samtykket gjeld i tida han/ho er innskriven i FACT-ung, med oppstart dato:

Dato: _____ Føreset: _____

Dato: _____ Føreset: _____

Dato: _____ Ungdom over 16 år _____

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