

HENVISNING TIL LEGEMIDDELASSISTERT REHABILITERING (LAR)



Formålet med behandlingen er å bidra til at mennesker med opioidavhengighet får økt livskvalitet og at den enkelte får bistand til å endre sin livssituasjon gjennom gradvis bedring av sitt mestrings- og funksjonsnivå. Formålet er også å redusere skadene av opioidbruket og faren for overdosedødsfall.

Indikasjon for LAR

Opioidavhengighet etter kriterier gitt i ICD-10/DSM-IV

§ 4. Vilkår for innskriving

Når pasienter er henvist til legemiddelassistert rehabilitering skal det foretas en konkret og samlet tverrfaglig spesialisert vurdering av pasientens helsetilstand.

Legemiddelassistert rehabilitering skal som hovedregel ikke være det første behandlingsalternativet som velges ved behandling av opioidavhengighet med mindre det etter en faglige vurderingen anses som det mest egnede og forsvarlige behandlingsalternativet. Det skal alltid foretas en konkret vurdering av andre tiltak enn legemiddelassistert rehabilitering.

Pasientens alder og lengde på opioidavhengighet skal alltid tillegges særskilt vekt ved vurderingen av om legemiddelassistert rehabilitering skal tilbys.

Sosialtjeneste og fastlege bør, sammen med pasienten, etablere et samarbeid tidlig i henvisningsprosessen med sikte på å lage en felles henvisning.

Ferdig utfylt henvisning med vedlegg sendes Klinikk for psykisk helse og rus, Avd. TSB, Ålesund behandlingssenter, Vestmoa 27 , 6018 Ålesund Tlf. 70 17 13 62.

1. Personopplysninger

Etternavn	Alle fornavn og mellomnavn	Personnummer 11 siffer	
Postadresse Jobb/skole/annet	Postnr	Poststed	Telefon

2a. NAV

Navn på primærkontakt, adresse, telefon

2b. Legekontor

Navn på fastlege, adresse, telefon

2c. Behandlede lege ved behandlingstrengende, kronisk og livstruende medisinsk tilstand

Navn, sykehus/avdeling, adresse, telefon

NB! Ved henvisning grunnet behandlingstrengende, kronisk og livstruende medisinsk tilstand vedlegges epikrise omkring tilstanden fra lege over

3. Familiesituasjon

Enslig Gift/sambo Kjæreste Skilt Enke/-mann

Er eventuell partner rusavhengig? Ja Nei

Søker partner i metadontiltak? Ja Nei

Har du daglig omsorg for egne barn? Ja Nei

Lever du sammen med andres barn? Ja Nei

Har du samværsordning med egne barn? Ja Nei

Gravid? (dersom mann, venter du barn?) Ja Nei

Har du kontakt med øvrig familie, i tilfelle hvem? _____

4. Bosituasjon

Alene Med partner Hos familie Med venner
Selveid bolig Leiet bolig Institusjon/hybelhus Hospits Annet

5. Hovedinntektskilde

Lønnet arbeid Arbeids avklaringspenger Uføretrygd Sosial stønad

6. Rusmiddelmissbruk (NB! Epikriser, utredningsnotat eller andre relevante dokumenter skal vedlegges)

DATO FOR UTFYLING; _____

	Type rusmiddel brukt noen gang	Inntaksmåte (bruk kode)	Alder brukt første gang	Hvor lenge problemfylt bruk	Hvor ofte bruk siste 4 uker (bruk kode)
Mest brukte rusmiddel					
Annet rusmiddel som brukes					
Annet rusmiddel som brukes					
Annet rusmiddel som brukes					
Annet rusmiddel som brukes					
Annet rusmiddel som brukes					

Alkohol Cannabis
Opiater/Heroin
Amfetamin Ecstasy
LSD el.liknende
Benzodiazepiner
Annet

0=Driker/spise
1 = injiserer
2 = Røyker
3 = Sniffer

0= Ikke brukt
1= Sjeldnere enn en gang pr uke
2= Omtrent ukentlig
3= 2-4 ganger pr uke
4= daglig eller nesten daglig

Hvor gammel var du første gang du brukte sprøyte? _____ år

7. Gjennomført rusbehandling

a) *Avrusningsopphold:*

Antall (ca): _____ Første gang: _____ Siste gang: _____ Totalt antall måneder: _

b) *Institusjonsopphold (NB! Epikriser, utredningsnotat eller andre relevante dokumenter skal vedlegges)*

Institusjonens navn	Årstall/antall mnd i tiltaket	Evetuelle kommentarer	Vedlegg nr

Bruk evt. baksiden

c) *Polikliniske tiltak (NB! Epikriser, utredningsnotat eller andre relevante dokumenter skal vedlegges)*

Tiltakets navn	Årstall/antall mnd i tiltaket	Eventuelle kommentarer	Vedlegg nr

Bruk evt. baksiden

Dersom ikke medikamentfrie tiltak er prøvd, gi en kort begrunnelse (bruk evt. baksiden):

d) *Deltatt i metadontiltak eller annet medikamentstøttet behandlingsopplegg (epikrise eller andre dokumenter skal vedlegges):*

Årstall:

Totalt antall måneder:

8. Annen behandlingserfaring

a) *Psykiatrisk behandling (epikrise eller andre dokumenter skal vedlegges):*

Avdeling/poliklinikk:

Plager/evt. diagnose:

Behandlingsperiode:

Aktuell medisinerings: _____

b) *For somatiske/kroppslige lidelser:*

Avdeling/poliklinikk:

Sykdom:

Årstall sykdommen ble kjent:

9. Infeksjonssykdommer

Hepatitt C- smittet Nei Ja Usikker

Hiv-smittet Nei Ja Usikker

Når er siste prøve(r) ca tatt / andre kommentarer (utfylling her bør skje etter konsultasjon med fastlege):

10. Har du tatt førerkort? _____ Har du det fremdeles? _____

11. Beskrivelse av nåsituasjon – herunder oppfølging / behandling (også legemidler)

12. Hva er målsetting med behandlingen?

13. Oppfølgingsbehov

14. Avtalt sted for utlevering av legemiddel (vanlige dager / søndag og helligdager)

15. Avtalt sted for urinprøvetaking (i startfasen 2 prøver i uken)

16. Avtalte deltakere i ansvarsgruppa (Navn, instans, adresse, tlf)

17. Andre særskilte forhold

18. Underskrifter

a) Søkeren

Jeg ønsker med dette å søke legemiddelassistert rehabilitering.

For å gi en best mulig søknadsvurdering samtykker jeg i at Klinikk for rus- og avhengighetsbehandling, poliklinikken kan kontakte sosialtjenesten, lege, politi, fengselsvesen, KIF og tidligere behandlingstiltak for å få verifisert opplysningene som er gitt i søknaden, jmf. fvl. § 13 a nr. 1. Poliklinikken forutsetter at søkeren er kjent med innholdet i taushetspliktbestemmelsene når samtykket til fritak fra taushetsplikten undertegnes.

Dato: _____ Underskrift: _____

b) NAV/ Sosialtjenesten:

Dato: _____ Primærkontakts underskrift: _____

Dato: _____ Enhetsleders underskrift: _____

c) Fastlegen:

Dato: _____ Fastlegens underskrift: _____

INFORMASJON TIL PÅRØRENDE

Rusbehandling Midt-Norge ønsker å ivareta pårørende/nære privatpersoner til pasientene på best mulig måte. Dette innebærer for Klinikkk for rus- og avhengighetsbehandling at vi vil bidra til at aktuelle pårørende får informasjon om det tilbud til pårørende som finnes, samt nødvendig info om det aktuelle tiltaket for ”sin” pasient.

For å gjennomføre dette er vi avhengig av en oversikt over søkers pårørende. Vi ber derfor om at aktuelle pårørende/nære privatpersoner oppgis slik at vi kan få formidlet informasjon om pårørende tilbud og LAR-tilbudet.

Navn	Adresse	Tlf
------	---------	-----

Navn	Adresse	Tlf
------	---------	-----

Navn	Adresse	Tlf
------	---------	-----

Navn	Adresse	Tlf
------	---------	-----

Det er Klinikken sin målsetting at flest mulig pasienter har pårørende/nære private personer som deltakere i rehabiliteringsprosessen, enten gjennom direkte kontakt med Poliklinikken eller gjennom egne samtaler. Dette kommer vi tilbake til ved en eventuell oppstart i LAR, men vi ber allerede nå om at søker tenker igjennom hvem som eventuelt kan være aktuell for dette.

Det presiseres at ingen pasientopplysninger blir formidlet til pårørende uten særskilt samtykke fra pasienten.