|  |  |
| --- | --- |
|  | **Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin**Poliklinikk |

**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.**

*Mal for henvisning kan fås ved henvendelse til Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin. Henvisningen kan fylles ut for hånd. Ferdig utfylt henvisning med vedlegg sendes St. Olavs hospital, Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin, postboks3250, Sluppen, 7006 Trondheim*

**1. Personopplysninger**

 Etternavn Alle fornavn og mellomnavn Personnummer 11 siffer

Postadresse Postnr Poststed Telefon Jobb/skole/annet

**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. Rusmiddelmisbruk** *(NB! Epikriser, utredningsnotat eller andre relevante dokumenter skal vedlegges)*

**DATO FOR UTFYLLING;**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 Ecstacy LSD el.liknende Benzodiasepiner Annet | 0=Drikker/spise1 = injiserer2 = Røyker3 = Sniffer |  |  | 0= Ikke brukt1= Sjeldnere enn en gang pr uke2= Omtrent ukentlig3= 2-4 ganger pr uke4= 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 medisinering:

*b) For somatiske/kroppslige lidelser:*

Avdeling/poliklinikk: Sykdom: Årstall sykdommen ble kjent:

1. **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)**

1. **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 avhengighetsmedisin, 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 Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin 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.***