

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

1. Personopplysninger

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

2a. NAV/sosialtjeneste

Navn på primærkontakt, adresse, telefon

2b. Legekantor

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 <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Søker partner i metadontiltak?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Har du daglig omsorg for egne barn?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Lever du sammen med andres barn?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Har du samværsordning med egne barn?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Gravid? (dersom mann, venter du barn?)	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>

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 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
Benzodiasepiner
Annet

0=Drikker/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 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 medisinerer: _____

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 LAR Helse Stavanger kan kontakte sosialtjenesten, lege, politi, fengselsvesen, KIF og tidligere behandlingstiltak for å få verifisert opplysningene som er gitt i søknaden, jfr. fvl. § 13 a nr. 1. LAR Helse Stavanger 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

LAR Helse Stavanger ønsker å ivareta pårørende/nære privatpersoner til pasientene på best mulig måte. Dette innebærer for LAR Helse Stavanger 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 LAR Helse Stavanger sin målsetting at flest mulig pasienter har pårørende/nære private personer som deltakere i rehabiliteringsprosessen, enten gjennom direkte kontakt med LAR Helse Stavanger 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.

SAMTYKKE-ERKLÆRING

Jeg, Fornavn Etternavn, f.nr., samtykker med dette i at LAR Helse Stavanger kan gi informasjon om min LAR-behandling til.....

Jeg kan når som helst velge å trekke dette samtykket tilbake.

Sted dato fornavn etternavn

Henvisning mottatt; Ans.dato

Avklaringsmøte gjennomført ved xxxx, dd.mm.år (xx min)

Tilstede: Fornavn Etternavn, Sos.kon. Navn (Sos.Navn),andre.

Formålet med møte er å sikre nødvendig dokumentasjon for å kunne gjøre en best mulig tverrfaglig helhetlig vurdering av indikasjon for LAR. Følgende spørsmål er derfor naturlignødvendig å stille:

- Hva ønsker pasienten å oppnå i LAR-tilbud, hvilken målsetting (LAR eller LAS) og hvorfor?
- Medikamentfri behandling prøvd (hva er verifisert?), samt erfaring med behandlingen, evt erfaring med tidligere LAR-behandling?
- Foreskriving fra lege/ rammer for dette (utleveringsordning, urinprøvetaking, AG, vurdering av stabilitet jfr IK2755):
- Forholdet til ulike rusmidler pr. i dag (injeksjonsbruk) / hva ville urinprøver den siste uken ha vist?

Opiater:

Amfetamin / sentralstimulerende:

Cannabis:

Beroligende/søvn:

Alkohol:

- Progresjon i rusmisbruket siste 3 mnd;
- Når / hvorfor ble opioider en del av misbruket (hva er verifisert)?
- Særskilte hinder for evt. oppstart i LAR (soning, ikke egnet bolig, utleveringssted, urinprøvetakingssted):
- Helse, somatisk/psykisk
- Sosiale forhold

Særskilte forhold som ellers drøftes:

Oppsummering av hvorvidt indikasjon foreligger og helhetlig vurdering av om LAR skal tilbys (rusmestingsmessig stabilitet, tidligere medikamentfri behandling, motivasjon for oppstart):

Andre vurderinger som grunnlag for en inntaksbeslutning / fristfastsettelse (alvorlighet og nytte av behandling):

Fornavn, Etternavn, Adr, Ponnr Sted
Sos.Navn, Sos.kon.Navn, Sos.Adresse, Sos.Postnr
Lege.Navn, Lege.kon.Navn, Lege.Adresse, Lege.Postnr

Stavanger, dato
Unntatt offentlighet jfr. Off.lovens § 13.1

Svar på henvisning mottatt Mottatt, for Fornavn Etternavn f: Født Vurdert

Det er foretatt en vurdering av Fornavn Etternavn sin helsetilstand ut fra de opplysninger henvisningen inneholder [og opplysninger innhentet i vurderingsmøte](#). Henvisningen er vurdert i tverrfaglig spesialisert vurderingsenhet LAR Helse Stavanger.

Om LAR

LAR er i dag et tilbud til personer som har en opiatavhengighet der andre behandlings-, rehabiliterings- og omsorgstiltak ikke har bidratt til at tilstanden er endret. Det skal alltid gjøres en individuell vurdering, og det er fastsatt visse unntakskriterier knyttet til alvorlig sykdom.

LAR er et aktivt rehabiliteringstilbud som har som overordnet målsetting å oppnå rusfrihet og så langt mulig yrkesmessig og sosial rehabilitering, [jfr.Lar-forskriften § 4](#).

Om kriterievurderingen for Fornavn Etternavn

Ruskriteriet og behandlingsskriteriet (ref.journalnotat etter vurderingsmøtet)

Andre forhold som er relevante i vurderingen:

Diagnose(r): F112 psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av opiat -
avhengighets syndrom. [\(her legges inn tentativ diagnose som vil være F112\)](#)

Helhetlig vurdering / evt. forutsetninger

Den tverrfaglige vurderingen konkluderer med at Fornavn Etternavn har rett til nødvendig helsehjelp, og søknad om LAR innvilges. LAR-behandling vil bli iverksatt hvis LAR Helse Stavanger og henvisende instans (navn.innsøkende inst.) vurderer at nødvendige rammer/vilkår er tilstede for å kunne iverksette behandling på en forsvarlig måte.

Fastsetting av individuell frist for oppstart i LAR

Etter Lov om pasientrettigheter §2-1, annet ledd, skal det fastsettes en individuell frist for når LAR senest skal iverksettes. Ut fra en individuell vurdering er det fastsatt at Fornavn Etternavn skal møte til **oppstartsmøte innen xxx**, sammen med sosialtjenesten og fastlege (evt andre). I dette møte vil den konkrete oppstarten bli planlagt, herunder innsøking til avrusning. **Det gjøres oppmerksom på at pasienten søkes inn til avrusning kort tid etter at dette møtet er avholdt, og det er derfor viktig at praktiske forhold som kan være til hinder for oppstart avklares i god tid før dette.**

Dersom pasientens tilstand skulle forbedre seg slik at HaHu ikke lenger trenger utredning/behandling, eller pasienten har fått behandling annet sted, ber vi om beskjed om dette. Hvis tilstanden forverres vesentlig i ventetiden, må pasienten ta dette opp med henviser/fastlege. De oversender deretter nødvendig dokumentasjon til LAR Helse Stavanger dersom de vurderer at situasjonen bør påvirke ventetiden. Dersom det skjer større endringer i søknad/tiltaksplan, eksempelvis bytte av kontaktpersoner eller boligsituasjon, bes det også om en skriftlig tilbakemelding omkring dette.

Retten til å klage

Dersom Fornavn Etternavn er uenig i vurderingen eller fristen som er satt for når nødvendig helsehjelp skal gis, kan dette påklages. Nærmere informasjon om klagerett, klagefrist mv. fremgår av den vedlagte orienteringen.

Med vennlig hilsen

Psykiater

sosionom

sykepleier

