

Datenerhebung zur Qualitätskontrolle der beschränkten medizinischen Anwendung von Psychedelika (PAT)

Die PAT ist in der Schweiz mit einer Ausnahmebewilligungen des BAG möglich. Die PAT ist keine Standardbehandlung. Zudem kommen sonst verbotene und nicht verkehrsfähige Betäubungsmittel zur Anwendung. Eine gute Dokumentation der Wirksamkeit und allfälliger unerwünschter Wirkungen dieser Behandlungen bei möglichst jedem/jeder Patient*in ist für die Behandler*innen und für die bewilligende Behörde daher wichtig. Das BAG verlangt am Ende der Behandlung einen Bericht. Zudem führt das Universitätsspital Basel zusammen mit der Schweizerischen Ärztegesellschaft für Psycholytische Therapie (SÄPT) die vorliegende Befragung zur Dokumentation der Behandlungen durch.

Bitte beantworten Sie als Behandler*in die nachfolgenden Fragen **einmal am Ende jeder BAG-Bewilligung nach maximal einem Jahr für jeden/jede Patienten*in**. Bitte erstellen Sie einen Bericht pro Substanz.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen (**einer pro Patient*in und für jede Substanz/BAG-Bewilligung**) als Word oder PDF oder Scan per Post oder E-Mail an Herrn Prof. Dr. med. Matthias Liechi (matthias.liechi@usb.ch, Klinische Pharmakologie, Universitätsspital Basel, Schanzenstrasse 55, 4056 Basel).

Datum:

Name Bewilligungsinhaber*in: _____

☐ Erstbewilligung/erste Behandlung

☐ Verlängerung einer bestehenden Bewilligung/Behandlung

A. PATIENTENCHARAKTERISTIKA:

Jahrgang Patient*in: _____

Biologisches Geschlecht Patient*in:

männlich ☐

weiblich ☐

intergeschlechtlich ☐

Diagnose (Behandlungsgrund):

Nebendiagnosen (max. 3):

Aktuelle Psychopharmaka:

_____ pausiert vor Sitzung: Nein ☐ Ja ☐

_____ pausiert vor Sitzung: Nein ☐ Ja ☐

_____ pausiert vor Sitzung: Nein ☐ Ja ☐

_____ pausiert vor Sitzung: Nein ☐ Ja ☐

C. CLINICAL GLOBAL IMPRESSION (CGI) (für alle Diagnosen zusammen)

1. Schweregrad der Krankheit (VOR PAT) Ziehen Sie Ihren gesamten Erfahrungsschatz an dieser Art von Kranken in Betracht und geben Sie an, wie hoch Sie den Grad der (seelischen) Erkrankung des/der Patienten*in vor Beginn der aktuellen Behandlung (max. 12 Monate) einschätzen.	2. Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung (NACH PAT) Beurteilen Sie die <u>Zustandsänderung insgesamt</u> , also nicht nur das Ergebnis der Substanzbehandlung. Bitte vergleichen Sie den jetzigen Zustand des/der Patienten*in mit dem zu Beginn der Behandlung <u>im Rahmen der aktuellen Bewilligung (max. 12 Monate)</u> und geben Sie an, inwiefern sich das Krankheitsbild des/der Patienten*in während dieser Zeitspanne geändert hat.
☐ nicht beurteilbar	☐ nicht beurteilbar
☐ Patient*in ist überhaupt nicht krank	☐ Zustand ist sehr viel besser
☐ Patient*in ist ein Grenzfall psychiatrischer Erkrankung	☐ Zustand ist viel besser
☐ Patient*in ist nur leicht krank	☐ Zustand ist nur wenig besser
☐ Patient*in ist mässig krank	☐ Zustand ist unverändert
☐ Patient*in ist deutlich krank	☐ Zustand ist etwas schlechter
☐ Patient*in ist schwer krank	☐ Zustand ist viel schlechter
☐ Patient*in gehört zu den extrem schwer Kranken	☐ Zustand ist sehr viel schlechter
3. Wirksamkeits-Index Bitte beurteilen Sie das Verhältnis von therapeutischem Effekt und auftretenden Nebenwirkungen während aktueller Bewilligungsdauer von max. 12 Monaten.	
3.1. Therapeutische Wirksamkeit (gewünschte Arzneiwirkungen)	3.2. Unerwünschte Wirkungen (Therapie – Risiken)
☐ nicht beurteilbar	☐ nicht beurteilbar
☐ Sehr gut – umfassende Besserung. Vollständige oder fast vollständige Remission aller Symptome	☐ keine
☐ Mässig – deutliche Besserung. Teilweise Remission der Symptome.	☐ Beeinträchtigen den/die Patienten*in nicht wesentlich
☐ Gering – leichte Besserung. Eine weitere Behandlung des Patienten ist dennoch nötig.	☐ Beeinträchtigen den/die Patienten*in wesentlich
☐ Zustand unverändert oder verschlechtert	☐ Überwiegen die therapeutische Wirksamkeit

D. SPEZIFISCHE UNERWÜNSCHTE WIRKUNGEN (während Bewilligungsdauer von max. 12 Monaten)

		Schweregrad (1-3)
Kopfschmerzen am Behandlungstag (BT):	Nein ☐ Ja ☒	
Übelkeit (am BT):	Nein ☐ Ja ☒	
Herzklopfen/Druck auf der Brust (am BT):	Nein ☐ Ja ☒	
Schlafprobleme (am BT + Tag danach):	Nein ☐ Ja ☒	
Angst/Panik (am BT):	Nein ☐ Ja ☒	
Psychische Destabilisierung* (1. Monat nach dem BT):	Nein ☐ Ja ☒	
Suizidgedanken (1. Monat nach dem BT):	Nein ☐ Ja ☒	
Suizidalität (Planung/Handlung; irgendwann):	Nein ☐ Ja ☒	
Flashbacks** (irgendwann)	Nein ☐ Ja ☒	

(* vermehrte Ängste, Unruhe, Depression etc.; ** kurze (Sekunden – Minuten) Wiederholung positiver oder negativer Elemente einer Substanzerfahrung)

Andere unerwünschte Wirkungen? Wenn ja, bitte ausführen:
