

Patientinnen- / Patienten – Vereinbarung zur Opioidagonistentherapie¹

zwischen

Name / Vorname:..... Geburtsdatum:

Adresse:

und

Dr. med.: Mail:

in Zusammenarbeit mit (bitte zutreffendes ankreuzen)

- der Suchtberatungsstelle:
(Mail)
- der Apotheke:
(Mail)
- andere Fachperson / Institution:
(Mail)

Vorrangiges Ziel der Behandlung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Aus der Sicht des / der	Patientin Patient	Ärztin Arzt	Suchtbe- raterin Suchtbe- rater	Apothe- kerin Apothe- ker	Andere Fachperson
Abbau / Verminderung des Konsums ille- galer Substanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reduktion Morbidität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entkriminalisierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die ambulante Behandlung mit (Zutreffendes ankreuzen)

- Methadon Levomethadon Buprenorphin SROM

wird ab/...../..... durchgeführt.

Begleitmedikation bei Therapiestart (Medikament; Dosis/Tag):

1.; 2.
2.; 4.

¹ Fachliche Informationen: www.praxis-suchtmedizin.ch -> Opiode -> SBG Start in 1 Konsultation

Bedingungen:

1. Der Agonist muss **anfänglich täglich unter Sicht** in der Abgabestelle (Arztpraxis, Apotheke oder andere damit beauftragte Institution) eingenommen werden. Methadon wird flüssig oder in Form von Tabletten abgegeben. Levomethadon gibt es nur in flüssiger Form. Buprenorphin muss 5 Minuten im Mund aufgelöst werden, darf nicht geschluckt werden. Für Tage an denen die Abgabestelle geschlossen ist (Wochenende, Feiertage), erhält die Patientin oder der Patient den Agonisten mit nach Hause. Eine Mitgabe des Agonisten über mehrere Tage ist bei einem günstigen Verlauf der OAT und gutem Vertrauensverhältnis zur Patientin oder zum Patienten möglich.
2. Erscheint die Patientin oder der Patient **intoxikiert** zur Abgabe, dann spricht die verantwortliche Person der Abgabestelle die Patientin oder den Patienten darauf an. Sie hat die Pflicht die aktuelle Dosis zu überprüfen, notfalls gar keinen Agonisten abzugeben, sei es mit oder ohne Absprache mit der Ärztin oder dem Arzt.
3. **Verlorene, verschüttete, gestohlene oder erbrochene Dosen werden grundsätzlich nicht ersetzt.**
4. Urinproben werden auf Wunsch der Patientin oder des Patienten oder durch Vorgaben Dritter durchgeführt.
5. Die Einnahme zusätzlicher Medikamente darf nur in Absprache mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt erfolgen. **Die Patientin oder der Patient verpflichtet sich, andernorts keine Medikamente zu beschaffen.** Stimulantien (z.B. Ritalin) und Benzodiazepine sind bewilligungspflichtig. Kurzwirksame Benzodiazepine (z.B. Dormicum, Rohypnol, Stilnox) werden nicht bewilligt.
6. Ferienaufenthalte in der Schweiz sind möglich, sofern am Aufenthaltsort eine kontrollierte Abgabe organisiert werden kann oder eine Mitgabe des Agonisten vertretbar ist. Frühzeitig vor Ferienbeginn ist eine Kontaktaufnahme der Patientin oder des Patienten mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt zur Abgabe am Ferienort erforderlich.
Bei Ferien im Ausland ist die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt mindestens 4 Wochen im Voraus hinsichtlich des weiteren Vorgehens zu kontaktieren. Das Merkblatt „Reisende und betäubungsmittelhaltige Arzneimittel“ auf der Homepage des Gesundheitsdepartementes informiert über die dabei zu berücksichtigenden Details. Grundsätzlich liegt die Verantwortung bei Reisen im Ausland bei der Patientin oder beim Patienten.
7. Bei einer Abhängigkeitsproblematik geht der Gesetzgeber davon aus, dass **keine Fahrtauglichkeit** besteht und verbietet somit das Führen von Motofahrzeugen. Beim Beginn einer OAT ist deshalb der Führerausweis beim Strassenverkehrsamt zu deponieren.
Nach frühestens 6 Monaten und einem günstigen Verlauf der OAT (erwiesenermassen kein Beikonsum von anderen psychotropen Substanzen, auch nicht von Cannabis und Alkohol) kann das Strassenverkehrsamt unter Auflagen das Führen eines Motorfahrzeuges wieder erlauben. Es ist Sache der Patientin oder des Patienten, sich um das Wiedererlangen bzw. um den Erhalt des Führerausweises zu bemühen.
8. Die Patientin oder der Patient akzeptiert und unterstützt seinerseits die intensive Zusammenarbeit aller Vertragspartner unter anderem durch Einhaltung der Termine. **Apotheke und Suchtberatung teilen der Ärztin oder dem Arzt einen ungünstigen Verlauf mit, wenn Termine nicht eingehalten werden oder andere Auffälligkeiten beobachtet wurden.**
9. Bei Nichteinhalten der Ziff. 1 bis 8 dieser Vereinbarung ist die Weiterführung der OAT zusammen mit der Patientin oder dem Patienten zu überprüfen.
10. **Die Patientin oder der Patient entbindet Ärztin / Arzt, Suchtberaterin / Suchtberater und Apothekerin / Apotheker oder andere auf Seite 1 aufgeführte Fachleute vor der Schweigepflicht.**
11. Die Vereinbarung kann jederzeit von den Vertragsparteien aufgehoben werden.
12. Mit der Patientin oder dem Patienten ist die **Checkliste** (Information für die Patientin oder den Patienten (informed consent) Methadon / Levomethadon/ Buprenorphin / SR0M besprochen worden (siehe www.praxis-suchtmedizin.ch).

13. **Besondere Abmachungen zwischen Ärztin oder Arzt und Apothekerin oder Apotheker werden in einem Beiblatt festgehalten.** Die Apotheken informieren die Ärztin oder den Arzt per Fax über Beobachtungen und Therapieänderungen.
14. Ein **Standortgespräch** mit allen aktiv involvierten Beteiligten soll regelmässig durchgeführt werden. Dabei sollen die anfänglich formulierten Ziele und der bisherige Behandlungsverlauf überprüft und allenfalls angepasst werden.
15. Anmerkungen:

Die unterzeichnende Patientin / der unterzeichnende Patient hat die Punkte 1 bis 15 der Vereinbarung gelesen und verstanden. Sie / er erklärt sich mit dem Inhalt der Vereinbarung einverstanden.

.....
Ort und Datum

.....
Patientin / Patient

.....
Ärztin / Arzt

.....
Suchtberaterin / Suchtberater

.....
Apothekerin / Apotheker

.....
Andere Fachperson

Spezielle Vereinbarung zwischen Ärztin / Arzt und Apothekerin / Apotheker Datum:

Die Ärztin / der Arzt erteilt der Apothekeim Rahmen der OAT von auf Wunsch der Patientin / des Patienten ohne Rücksprache mit der Ärztin / dem Arzt:

- die Dosis von Methadon einmalig ummg zu erhöhen / zu reduzieren*
- die Dosis von Levomethadon einmalig ummg zu erhöhen / zu reduzieren*
- die Dosis von Subutex einmalig um mg zu erhöhen / zu reduzieren*
- die Dosis von SROM einmalig um mg zu erhöhen / zu reduzieren*
- das Medikament einmalig um mg zu erhöhen / zu reduzieren*
- den Agonisten maximal Tage vor dem vereinbarten Termin zu beziehen
-

Datum: Stempel / Unterschrift Ärztin / Arzt:

* die neue Dosis wird der Ärztin / dem Arzt telefonisch oder per Mail mitgeteilt