

A photograph of a modern, multi-story building with a dark facade and large windows, set against a blue sky with light clouds. The building is the Kantonsspital St. Gallen. The top part of the image shows the building's upper floors, while the bottom part shows the lower floors and windows.

Interdisziplinarität

Dr. med. Alexander Ott
Schmerzzentrum Kantonsspital St.Gallen, Schweiz



Kantonsspital
St.Gallen

Interdisziplinarität

Schmerzzentrum Kantonsspital St.Gallen



- Eröffnet im September 2011
- Ambulante Angebote: Allgemeine und spezialisierte Schmerzsprechstunden, verschiedene Gruppentherapieangebote (multimodal und interdisziplinär)
- Stationäre Angebote: Interdisziplinäre multimodale stationäre Schmerztherapie als Gruppenangebot und als individuelle Option
- Interdisziplinäres Schmerzteam für hospitalisierte Patienten aller Disziplinen mit Schmerz- und/oder Suchtproblematiken.

Interdisziplinarität

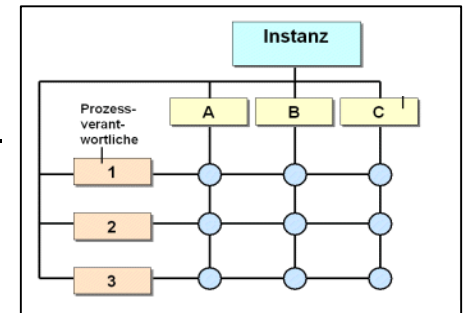
Schmerzzentrum Kantonsspital St.Gall



Mehr als 30 Mitarbeitende aus den Fachdisziplinen:

Anästhesiologie, Beratungs- und Sozialdienst, Integrative Medizin, Neurologie, Neurochirurgie, Palliativmedizin, Pflege (Pain Nurse), Physio- und Ergotherapie, Psychosomatik, Rheumatologie

Unsere Aufbauorganisation entspricht einer Matrixorganisation



Unsere Herausforderung und unser Ziel =>

«Gleichzeitige, inhaltlich, zeitlich und in der Vorgehensweise aufeinander abgestimmte umfassende Behandlung von Patienten mit chronifizierten Schmerzsyndromen, in die verschiedene somatische, körperlich übende, psychologisch übende und psychotherapeutische Verfahren nach einem vorgegebenen Behandlungsplan mit identischem, unter den Therapeuten abgesprochenem Therapieziel eingebunden sind»

Wer kann das entscheiden?



Wer kann das entscheiden?



Bio -

Gonarthrose rechts
St.n. Spondylodese
Adipositas p.m.



Psycho -

Persönlichkeitsstörung
Borderlinestörung
Anamnestisch Opioid-
abusus & Suizidalität
Somatoforme Schmerzstörung



Mehrfache Hospitalisationen in
der Psychiatrie
(Zwangseinweisung durch HA)

Schwierige Arzt-Patienten-
Beziehung – Fixierung auf
bestimmte Personen
Non-Compliance

Sozial -

2 Nationalitäten: CH / AUS
Regelmässige Aufenthalte in AUS
Kein soziales Netz
Keine Arbeitstätigkeit



«Black Box»
Nie in Begleitung
Nie Gespräch über Partner,
Freunde oder sonstige
Bezugspersonen
Nie Besuch während KH-
Aufenthalten

Wer kann das entscheiden?



1999: Implantation einer intrathekalen Medikamentenpumpe auf massives Drängen der Patientin. Trägt Kosten selbst.

2007 / 2014: Austausch bei erschöpfter Batteriekapazität

... Mehrfache Hospitalisationen zum «Troubleshooting»

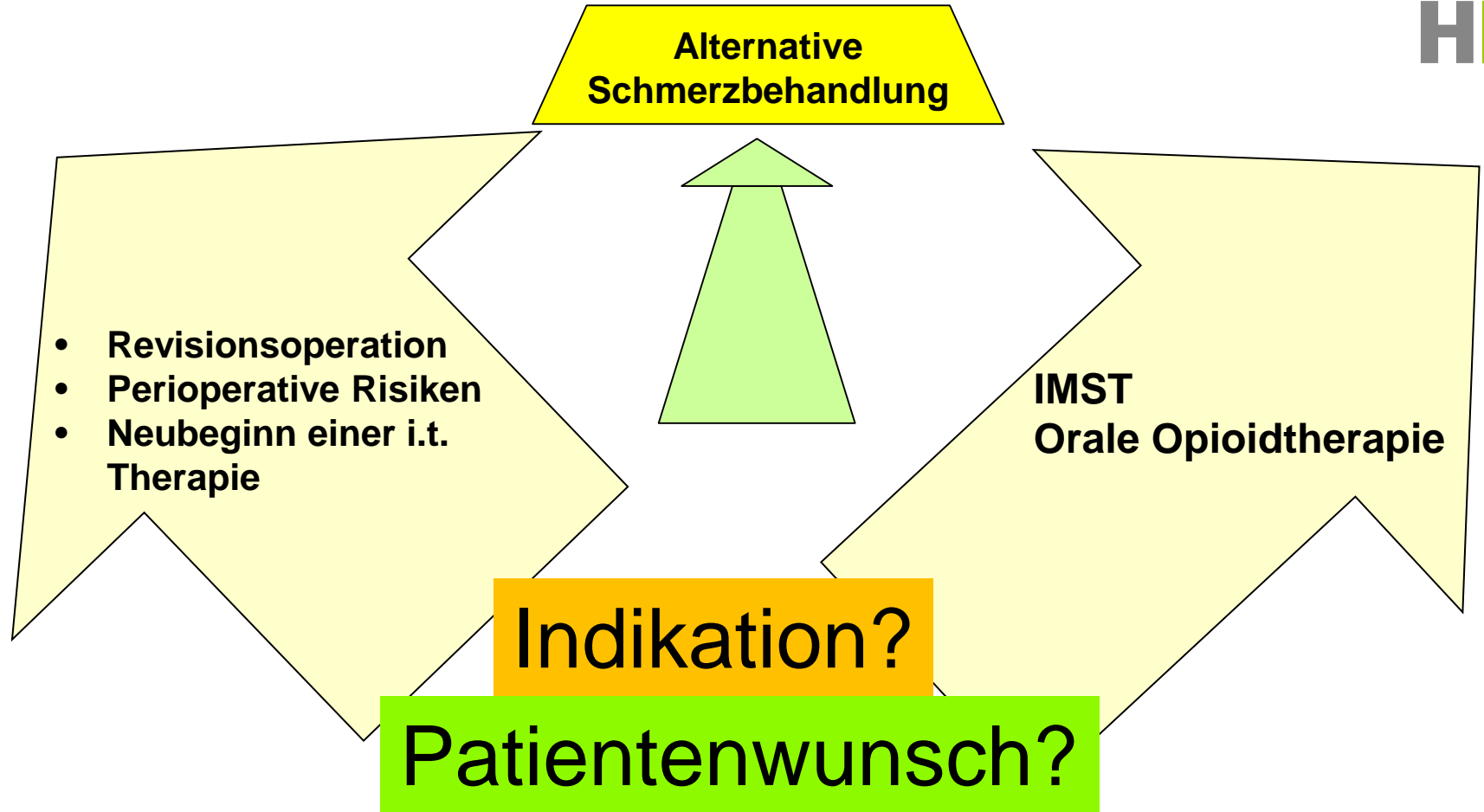
2018: Geplanter erneuter Austausch der Pumpe bei Batterieerschöpfung

â Pumpe förderte seit unbestimmter Zeit Inhalt subkutan

â Seit unbestimmter Zeit kein Morphin intrathekal erhalten

Wer kann das entscheiden?





Wer kann das entscheiden?



Sicht der Patientin:

- Auf Medikamentenpumpe fixiert
- Zufriedenstellende Situation
- Arztbesuche nur noch zur Pumpenfüllung

Sicht der Therapeuten:

- Keine Indikation für Beginn einer intrathekalen Therapie (div. Yellow flags, psychiatrische Co-Morbidität)
- Operationsrisiken
- Alternative Behandlungsoptionen stehen zur Verfügung - IMST

=> Soll dem Willen der Patientin nachgegeben werden, trotz fehlender Indikation?

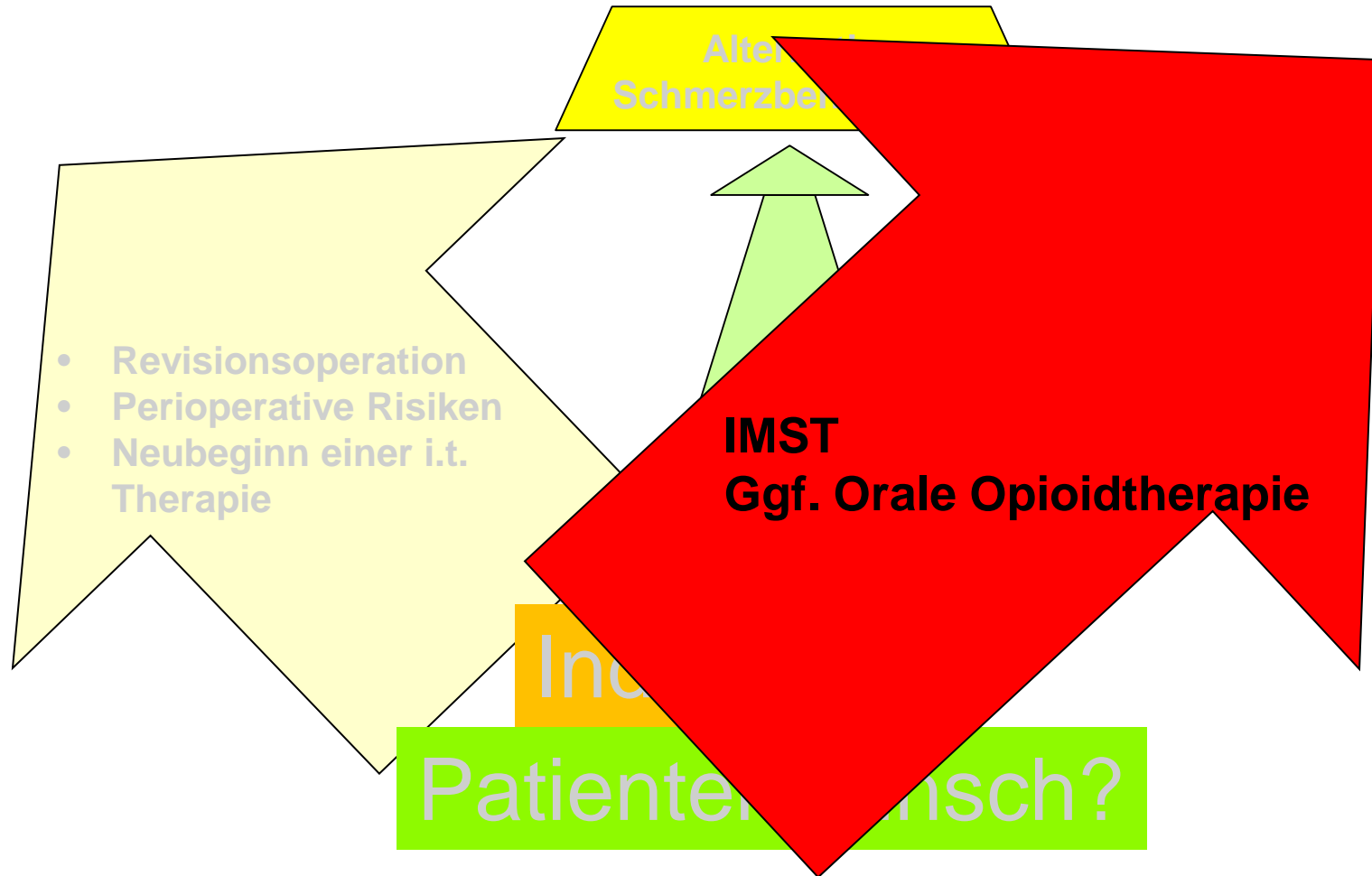
Interdisziplinäre / interprofessionelle Besprechung



Beteiligte Disziplinen Professionen für die Entscheidungsfindung:

- Anästhesiologe
- Psychiater
- Internist
- Neurochirurg
- Pain Nurse
- Sozialarbeiter
- Moderator





Wer kann das entscheiden?



- IMST / Medikamentöse Therapie p.o.
- Schmerztherapeutische Bestrahlung des Knies
- Aufbau eines Therapeutennetzes aus Sozialarbeiter, Psychosomatikern und Schmerztherapeuten



Was zeigt uns dieser Fall?

- Monodisziplinäre Indikationsstellung ohne adäquate Beachtung psychosozialer Faktoren – Indikation der Pumpe?
- Schmerzangabe der Patientin als führendes Kriterium für Implantation
- Missachtung der komplexen individuellen schmerzverarbeitenden Wahrnehmungssysteme (Kognition, Emotion, Verhalten, Bewertung)
- Fehlende Wahrnehmung biopsychosozialer Zusammenhänge (Schmerzakzeptanz)

- Fehlende Interdisziplinarität bei Diagnose und Indikationsstellung -

Was zeigt uns dieser Fall?

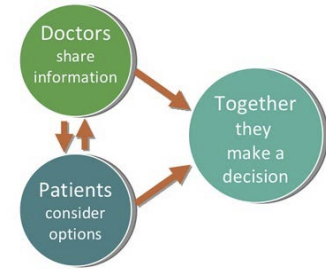


- Fehlende Diagnose: Chronifizierter Schmerz zum Zeitpunkt der Entscheidung

Table 2. Time of diagnosis in total sample

	Frequency	Percent
less than 6 months	554	16.4
7 months to 1 year	434	12.9
1-3 years	754	22.3
4-6 years	470	13.9
7-10 years	361	10.7
over 10 years	707	20.9
no diagnosis	95	2.8
Total	3375	100.0

Interdisziplinäre Zusammenarbeit



Shared decision making = partizipative Entscheidungsfindung

- Entscheidungen: Ärzte, Pflege, andere Professionen *und Patient*
- Aktive Beteiligung aller Seiten am Prozess der Entscheidungsfindung
- Gegenseitige Informierung im Verlauf des Prozesses
- Gegenseitige Zustimmung zur Entscheidung und Bereitschaft zur aktiven Umsetzung und weiteren Begleitung/Betreuung



Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Vom alten analogen Denken nach Kategorien, mit Hierarchien und starren Ordnungen hin zur Vernetzung, in der das Verbindende, das Kollaborieren und das Miteinander im Fokus stehen

Prof. Ulrich Weinberg

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

- Interdisziplinarität beginnt bei der Diagnosestellung
- Rechtzeitige Erkennung von Chronifizierungsfaktoren!
- Sekundärprävention



Iatrogene Faktoren



- Mangelnde Beachtung der multifaktoriellen Genese
- Überbewertung somatischer/bildgebender Befunde bei unspezifischen Schmerzen
- Lange, schwer begründbare Krankschreibungen
- Förderung passiver Therapiekonzepte (Massagen, ...)
- Übertriebener Einsatz diagnostischer Massnahmen
- Nicht indizierte / unreflektierte Infiltrationen / Operationen

Herausforderungen der Interdisziplinarität



.... gemeinsame Schmerzverständnis, welches gemäß der International Association for the Study of Pain auf einem biopsychosozialen Menschenbild basiert. [Classification of chronic pain IASP 1994]

Disziplinübergreifende

Matrixorganisation

Personelle und räumliche

Disziplinübergreifende

Identifikation und



Voraussetzungen der Interdisziplinarität



Soziale Kompetenz:

- Patientenorientiertheit
- Kommunikationsfähigkeiten
- Kooperationsbereitschaft
- Teamfähigkeit
- Verlässlichkeit
- Eigenverantwortlichkeit
- Empathie
- Führungsqualitäten



Stolpersteine der Zusammenarbeit



- Unterschiedliche Sichtweisen / fachspezifisch, ökonomisch ...
- Fehlende, aufeinander abgestimmte Zielvereinbarungen
- Mangelnde Kooperation: Schuldzuweisungen, Macht, Hierarchie, Unzufriedenheit
- Mangelnde Kommunikation: Alleingänge, fehlende Plattformen
- Missverständnisse
- Dokumentation
- Zu wenig Aufmerksamkeit auf Fehler



Zusammenfassung – Warum interdisziplinär?



- Biopsychosozial anstatt „nur“ somatisch – White flags!
- Prävention - geringeres Chronifizierungsrisiko
- Klarere und nachhaltigere Entscheidungsfindung
(schneller zur besseren Diagnose => schneller zur richtigen Therapie)
– bessere Akzeptanz für Patient und Behandler
- Bessere Compliance
- Höhere Patientenzufriedenheit und Behandlungserfolge
- Höhere Mitarbeiterzufriedenheit
- Geringere Kosten (?)



Kompetent
Umfassend
Nah

**Herzlichen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit.**