

# Erweiterte Kompetenzen im stationären Verordnungsprozess = Compétences élargies au sein du processus de prescription en milieu hospitalier

Autor(en): **Ionescu, Dragos**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Physioactive**

Band (Jahr): **56 (2020)**

Heft 1

PDF erstellt am: **15.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-928480>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

## Erweiterte Kompetenzen im stationären Verordnungsprozess

### Compétences élargies au sein du processus de prescription en milieu hospitalier

DRAGOS IONESCU ET AL.

Effizientere Abläufe, ein früher Therapiebeginn und mehr Sicherheit, dass PatientInnen mit Indikation tatsächlich eine Therapie erhalten – zu diesen Vorteilen führte ein Impulsprojekt am Universitätsspital Zürich, das auf erweiterte Kompetenzen für PhysiotherapeutInnen im Verordnungsprozess fokussierte.

**H**err Schumann, 52 Jahre, hatte einen ST-Hebungsinfarkt. Es geht ihm soweit gut und er ist selbständig zimmermobil. Doch mit etwas längeren Gehstrecken hat er noch Mühe. Er macht sich Sorgen, weil er im dritten Stock ohne Lift wohnt und das Treppensteigen anstrengend sein könnte. Und wird er nach dem Spitalaustritt eine Rehabilitation benötigen? Er fragt sich auch, wann er wieder Tennis spielen können wird.

Der Physiotherapeut aus dem Therapieteam Kardiologie nimmt seit Kurzem jeden Morgen am ärztlichen Rapport teil und triagiert PatientInnen, die Physiotherapie benötigen. Deshalb muss er nicht auf eine ärztliche Physiotherapieverordnung für Herrn Schumann warten. An der Besprechung erkennt er sofort, dass der Patient die schriftlich vereinbarten Kriterien für eine Physiotherapieindikation erfüllt. Bereits einen Tag nach dem Spitaleintritt kann die Therapie beginnen. Das Ziel besteht darin, die kardiopulmonale Belastbarkeit – einschliesslich Treppencheck – in der Akutphase zu verbessern und die Mobilität des Patienten zu steigern. Zunächst ist es wichtig, Herrn Schumann gut zu informieren und ihn über selbständiges Training, Prävention, Vorsichtsmassnahmen und mögliche Anschlusslösungen aufzuklären.

Der Physiotherapeut stellt bereits bei der ersten Behandlung fest, dass eine ambulante kardiale Rehabilitation die optimale Nachbehandlung für Herrn Schumann ist. Er leitet dazu alles Nötige in die Wege, um Verzögerungen zu vermeiden und einen kontinuierlichen Behandlungsprozess zu gewährleisten. Nach fünf Tagen kann Herr Schumann nach Hause. Die ambulante Rehabilitation ist bereits organisiert. Wie dieses Beispiel zeigt, hat es mehrere Vorteile, wenn Phy-

Des processus plus efficaces, un début de traitement précoce et une plus grande garantie que les patient-es avec indication bénéficient vraiment d'un traitement. Ces avantages sont le résultat d'un projet mené à l'hôpital universitaire de Zurich, qui s'est concentré sur l'élargissement des compétences des physiothérapeutes dans le processus de prescription.

**M**onsieur Schumann, 52 ans, a eu un infarctus du myocarde avec élévation du segment ST. À présent, il se porte bien et peut se déplacer seul dans sa chambre. Mais il a toujours des difficultés à parcourir des distances plus longues. Il est inquiet car il vit au troisième étage sans ascenseur et monter les escaliers risque d'être pénible. Il se demande également s'il lui faudra suivre une rééducation après avoir quitté l'hôpital et quand il pourra reprendre le tennis.

Depuis peu, un physiothérapeute de l'équipe de cardiologie participe chaque matin au rapport médical et indique les patient-es qui ont besoin de physiothérapie. Il n'est de fait plus nécessaire d'attendre une ordonnance médicale de physiothérapie pour M. Schumann. Lors de la réunion, il reconnaît immédiatement que le patient répond aux critères convenus par écrit selon lesquels une physiothérapie est indiquée. Le traitement peut débuter dès le lendemain de l'admission à l'hôpital. L'objectif est d'améliorer la résistance cardiorespiratoire – y compris la maîtrise des escaliers – dans la phase aiguë et d'augmenter la mobilité du patient. Tout d'abord, il est important de bien informer M. Schumann et de lui donner des indications sur l'entraînement autonome, la prévention, les mesures de précaution et les solutions de suivi possibles.

Dès le premier traitement, le physiothérapeute constate qu'une rééducation cardiaque ambulatoire est le suivi optimal pour M. Schumann. Il prend toutes les mesures nécessaires dans ce sens pour éviter toute perte de temps et pour assurer un processus de traitement continu. Au bout de cinq jours, M. Schumann peut rentrer chez lui. La rééducation ambulatoire est déjà organisée.

siotherapeutInnen im Spital unverzüglich mit der Behandlung beginnen können.

### Kompetenzen durch «Standard Operating Procedures» erweitert

Verzögerte, nicht korrekte oder fehlende Verordnungen können sich negativ auf den Behandlungsprozess auswirken. Hierfür eine Lösung zu finden, war das Ziel eines einjährigen Impulsprojekts am Universitätsspital Zürich. Wir analysierten den stationären Verordnungsprozess für Physiotherapie auf interprofessioneller Basis und formulierten evidenzbasierte Empfehlungen, um den Prozess effizienter zu gestalten [1, 2].



**Verzögerte Verordnungen können sich negativ auf den Behandlungsprozess auswirken. | Des prescriptions retardées peuvent avoir un impact négatif sur le processus de prise en charge.**

Diese Empfehlungen setzten wir in einem dreimonatigen Pilotprojekt um. Wir wählten dazu die Kliniken für Thoraxchirurgie (THO) und Kardiologie (KAR).

Nach Absprache mit dem Rechtsdienst erhielten PhysiotherapeutInnen erweiterte Kompetenzen innerhalb von «Standard Operating Procedures SOPs». SOPs beschreiben ein Standardvorgehen für definierte Patientengruppen. Somit stellen sie die Arbeitsgrundlage dar, um als Therapeutin oder Therapeut in eigener Verantwortung handeln zu können. Verordnungen entfallen. Das Vorgehen ist mit der Ärzteschaft verbindlich vereinbart und schriftlich dokumentiert.

Das Ziel des Pilotprojekts bestand darin, in beiden Kliniken den Verordnungsprozess für Physiotherapie so zu vereinfachen, dass die Therapie ohne Verzögerung beginnen kann. Im Vorfeld informierten wir die drei beteiligten Berufsgruppen – ÄrztInnen, Pflegende sowie TherapeutInnen – über die neuen Prozesse und führten Schulungen durch.

Comme le montre cet exemple, il y a plusieurs avantages à ce que les physiothérapeutes de l'hôpital puissent commencer sans délai des traitements.

### Compétences élargies grâce aux *standard operating procedures*

Des prescriptions retardées, incorrectes ou absentes peuvent avoir un impact négatif sur le processus de prise en charge. Un projet d'un an a été mis en place à l'hôpital universitaire de Zurich pour trouver une solution à ce problème. Nous avons analysé le processus de prescription de la physiothérapie aux patient-es hospitalisé-es sur une base interprofessionnelle et formulé des recommandations fondées sur des données probantes pour rendre le processus plus efficace [1, 2]. Nous avons mis en œuvre ces recommandations dans le cadre d'un projet pilote de trois mois. Nous avons choisi à cet effet les cliniques de chirurgie thoracique (THO) et de cardiologie (CAR).

Après consultation du service juridique, les compétences des physiothérapeutes ont été élargies dans le cadre des *standard operating procedures* (SOP). Les SOP décrivent une procédure standard pour des groupes définis de patient-es. Ils fournissent une base de travail qui permet aux thérapeutes d'agir sous leur propre responsabilité. Les ordonnances sont superflues. La procédure est convenue de manière contractuelle avec le corps médical. Elle est documentée par écrit.

L'objectif du projet pilote consistait à simplifier le processus de prescription de physiothérapie dans les deux cliniques de manière à ce que les traitements puissent commencer sans délai. Nous avons au préalable informé les trois groupes professionnels concernés – médecins, infirmier-ères et thérapeutes – des nouveaux processus et organisé des formations.

### Des processus redéfinis

À la *clinique de cardiologie*, nous avons remplacé l'ancien processus de prescription physiothérapeutique par les SOP pour les patient-es ayant eu un infarctus du myocarde avec élévation du segment ST (STEMI<sup>1</sup>), un infarctus du myocarde sans élévation du segment ST (NSTEMI<sup>2</sup>), une implantation de valve aortique par voie transcathéter (TAVI<sup>3</sup>) et un état après une chirurgie valvulaire. Chaque matin, un-e physiothérapeute a défini dans le cadre du rapport médical quel-les patient-es pouvaient commencer un traitement sans attendre l'ordonnance d'un médecin. Quelles sont les mesures indiquées pour ce patient? De quelles solutions de suivi cette patiente a-t-elle besoin? Les thérapeutes abordaient ces questions au début du traitement. Avant chaque séance de traitement, il-elle-s vérifiaient les éventuelles directives médicales (p. ex. repos au lit, isolement) dans le système d'information clinique (KISIM) ou en discutaient directement avec

<sup>1</sup> STEMI: *ST-segment elevation myocardial infarction.*

<sup>2</sup> NSTEMI: *non ST-segment elevation myocardial infarction.*

<sup>3</sup> TAVI: *Transcatheter Aortic Valve Implantation.*



## Prozesse neu definiert

In der *Klinik für Kardiologie* setzten wir SOPs anstelle des bisherigen physiotherapeutischen Verordnungsprozesses bei PatientInnen mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI<sup>1</sup>), Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI<sup>2</sup>), Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI<sup>3</sup>) und Status nach Klappen-OP ein. Eine Physiotherapeutin entscheidet jeden Morgen am ärztlichen Rapport, bei welchen PatientInnen die Behandlung beginnen kann. Eine ärztliche Zuweisung entfällt. Welche Massnahmen sind bei diesem Patienten indiziert? Welche Anschlusslösungen benötigt die Patientin? Diese Fragen gingen die TherapeutInnen jeweils zu Beginn der Behandlung an. Vor jeder Therapie-sitzung prüften sie im klinischen Informationssystem (KISIM) eventuelle ärztliche Vorgaben (z. B. Bettruhe, Kontaktisolation) oder tauschten sich direkt mit dem Stationsarzt respektive der Pflegefachperson aus. Medizinisch-kardiologische Interventionen, die während des Aufenthaltes erfolgten, waren im KISIM ersichtlich (z. B. Bypass, Stent). Bei bedeutenden Abweichungen der Verlaufparameter (Sauerstoffsättigung, Herzfrequenzvariabilität, Blutdruckschwankungen), einem verschlechterten Zustand oder Änderungen des medizinischen Prozederes (z. B. zusätzliche Eingriffe, medizinische Interventionen nach Komplikationen) hielten die TherapeutInnen Rücksprache mit der Stationsärztin respektive dem Stationsarzt.

In der *Klinik für Thoraxchirurgie* erhielten diejenigen PatientInnen Physiotherapie, die von der Intensivstation auf die Abteilung oder auf die Intermediate-Care-Abteilung (IMC) kamen. Zur Triage nutzten die TherapeutInnen die aktuelle Übertrittliste. Alle PatientInnen auf dieser Liste konnten sie bereits am ersten postoperativen Tag therapieren. Die Behandlung stützte sich auf den physiotherapeutischen Befund und den Operationsbericht. Die Mobilisation erfolgte so früh wie möglich. Änderungen besprachen die TherapeutInnen jeweils mit ihren Vorgesetzten, der Stationsärztin, dem Stationsarzt oder den zuständigen OperateurlInnen.

## Höhere Zufriedenheit der Beteiligten

Vor und nach dem Pilotprojekt befragten wir anhand eines Fragebogens jeweils etwa 60 PatientInnen sowie 22 PhysiotherapeutInnen, 14 ÄrztInnen und 29 Pflegefachpersonen nach ihren Erfahrungen mit dem veränderten Verordnungsprozess. Zusätzlich werteten wir anonyme KISIM-Parameter statistisch<sup>4</sup> aus.

Die *Zufriedenheit der PatientInnen* mit der Physiotherapie war bereits vor dem Projekt sehr hoch. Wie die statistische Analyse zeigte, veränderte sie sich während des gesamten Projekts in beiden Kliniken nicht.

Alle befragten *TherapeutInnen* gaben an, dass sie jeweils

die *médecins du service* oder das *personnel soignant*. Les interventions médico-cardiologiques qui avaient lieu pendant le séjour étaient visibles dans le KISIM (p. ex. *bypass, stent*). En cas d'écart importants des paramètres de suivi (saturation en oxygène, variabilité de la fréquence cardiaque, fluctuations de la tension artérielle), d'une aggravation de l'état de santé ou de modifications de l'acte médical (p. ex. interventions supplémentaires, interventions médicales suite à des complications), les thérapeutes consultaient les médecins du service.

À la *clinique de chirurgie thoracique*, ce sont les patient-es qui passaient de l'unité de soins intensifs à ce service ou à l'unité de soins intermédiaires (IMC) qui bénéficiaient de la physiothérapie. Pour le tri, les thérapeutes utilisaient la liste de transfert actuelle. Les patient-es figurant sur cette liste pouvaient être traité-es dès le premier jour postopératoire. Le traitement était fondé sur les résultats physiothérapeutiques et le rapport chirurgical. La mobilisation était effectuée le plus tôt possible. Les thérapeutes discutaient des éventuels changements avec leurs supérieur-es, les médecins du service ou les chirurgien-nes responsables.

## Une plus grande satisfaction des parties concernées

Avant et après le projet pilote, nous avons sollicité environ 60 patient-es, 22 physiothérapeutes, 14 médecins et 29 infirmier-ères à l'aide d'un questionnaire, afin d'en savoir plus sur leur expérience avec le nouveau processus de prescription. De plus, nous avons évalué statistiquement de manière anonyme les paramètres du KISIM<sup>4</sup>.



**Der neue Verordnungsprozess erlaubt eine möglichst frühe Mobilisation. | Les nouveaux processus de prescription permettent de mobiliser les patient-es aussi rapidement que possible.**

<sup>1</sup> STEMI: ST-segment elevation myocardial infarction.

<sup>2</sup> NSTEMI: non ST-segment elevation myocardial infarction.

<sup>3</sup> TAVI: Transcatheter Aortic Valve Implantation.

<sup>4</sup> Dies erfolgte mit nichtparametrischen Tests für unabhängige Stichproben, beispielsweise «Independent Samples Mann-Whitney U-Test».

<sup>4</sup> Cela a été réalisé à l'aide de tests non paramétriques pour des échantillons indépendants, par exemple l'*Independent Samples Mann-Whitney-U-Test*.



früher mit der Behandlung beginnen konnten. Sie schätzten es, mehr Verantwortung zu haben. Dies erforderte jedoch auch, «sich bewusster einzulesen und Auszubildende enger zu begleiten». Eine Therapeutin berichtete, dass durch den raschen Behandlungsstart die Behandlungsqualität gestiegen sei.

Aus *Sicht der Pflegenden* sind die neuen Prozesse entlastend, «da wir deutlich weniger Zeit aufwenden müssen, um Verordnungen für die Physiotherapie zu organisieren». Auch die *Ärztenschaft* benötigt eindeutig weniger Zeit, um Verordnungen auszustellen.

Alle drei Professionen waren mit den neuen Verordnungsprozessen signifikant zufriedener.

### PatientInnen mit Therapieindikation sicher erfasst

In der *Klinik für Thoraxchirurgie* sank infolge der veränderten Prozesse die Zahl derjenigen PatientInnen, die trotz Indikation keine Physiotherapie erhielten, um etwa zehn Prozent. Dennoch führte dies nicht zur befürchteten Mengenausweitung. Denn während der Pilotphase verkürzte sich die Behandlungszeit für Physiotherapie, was durch eine kürzere Aufenthaltsdauer erklärbar ist.

Im Gegensatz dazu erhielten in der *Klinik für Kardiologie* deutlich mehr PatientInnen (25 %) Physiotherapie als vor dem Pilotprojekt. Das Team bestätigte, dass diese zusätzlichen PatientInnen im bisherigen Verordnungsprozess oft nicht erfasst wurden und somit trotz Indikation keine Physiotherapie erhielten.

In beiden Pilotkliniken verringerte sich die Aufenthaltsdauer der PatientInnen statistisch signifikant um durchschnittlich je zwei Tage. Dies lässt sich zwar auf verschiedene Interventionen zurückführen, weist jedoch darauf hin, dass sich ein veränderter Verordnungsprozess auch günstig auf die Verweildauer auswirken kann.

### Positive Tendenzen bei klinischen Parametern

Es ist nicht einfach, den Einfluss des neuen Verordnungsprozesses auf klinische Parameter direkt nachzuweisen. Bei der Anzahl Sturzereignisse und der Häufigkeit nosokomialer Pneumonien zeigten die Daten in beiden Kliniken eine positive Tendenz, jedoch keine statistisch signifikante Veränderung (*Tabelle 1*). Auch die Analyse der Kategorien «Aktivität/Fortbewegung» und «Mobilität/Veränderung der Körperposition» auf der Basis des Pflegeassessments (ePA-AC<sup>5</sup>) lassen nur begrenzte Aussagen zu. Bei kardiologischen PatientInnen verglichen wir Werte wie Blutdruck, Puls und Sauerstoffsättigung vor und während der Pilotphase. Dabei zeigten sich jedoch keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Die neuen Prozesse sind für die Physiotherapie-Teams mit einem etwas erhöhten Zeitaufwand verbunden (*Tabelle 2*). Das Therapieteam der Thoraxchirurgie benötigt zusätzlich drei Minuten pro Tag, um die Patientenliste zu erstellen. Das Team

La *satisfaction des patient-es* à l'égard de la physiothérapie était déjà très élevée avant le projet. Comme l'a montré l'analyse statistique, elle n'a changé dans aucune des deux cliniques au cours du projet.

L'ensemble des *thérapeutes* interrogé-es a déclaré qu'il était désormais possible de commencer les traitements plus tôt. Il leur était aussi appréciable d'avoir plus de responsabilité. Toutefois, cela exigeait également «une approche plus réfléchie et une supervision plus étroite des stagiaires». Une thérapeute a indiqué que la mise en place rapide du traitement avait amélioré ses performances.

Du *point de vue des infirmières et des infirmiers*, les nouveaux processus sont une aide, car, selon leurs mots, «nous devons passer beaucoup moins de temps à organiser les prescriptions de physiothérapie». Les *médecins* ont également besoin de bien moins de temps pour émettre des prescriptions.

Les nouveaux processus de prescription ont nettement augmenté le niveau de satisfaction des trois professions.

### Garantie de la prise en charge des patient-es pour lequel-les un traitement est indiqué

À la *clinique de chirurgie thoracique*, le nombre de patient-es qui n'ont pas bénéficié de physiothérapie malgré son indication a diminué d'environ 10 % grâce aux nouveaux processus. Néanmoins, cela n'a pas conduit à l'augmentation redoutée en termes de volume. En effet, pendant la phase pilote, la durée du traitement physiothérapeutique s'est réduite. Cela peut s'expliquer par une durée de séjour à l'hôpital réduite.

En revanche, dans la *clinique de cardiologie*, un nombre beaucoup plus élevé de patient-es (25 %) qu'avant le projet pilote ont reçu des soins de physiothérapie. L'équipe a confirmé que ces patient-es supplémentaires n'étaient souvent pas inclus-es dans le processus de prescription en vigueur jusqu'alors et ne bénéficiaient donc pas d'une physiothérapie malgré son indication.

Dans les deux cliniques pilotes, selon les statistiques, la durée du séjour des patient-es a été significativement réduite de deux jours en moyenne. Bien que cela puisse être attribué à différentes interventions, cela indique qu'un changement dans le processus de prescription peut également avoir un effet positif sur la durée des séjours hospitaliers.

### Tendances positives des paramètres cliniques

Il n'est pas aisé de démontrer directement l'influence du nouveau processus de prescription sur les paramètres cliniques. Pour ce qui est du nombre de chutes et de la fréquence des pneumonies nosocomiales, les données des deux cliniques ont montré une tendance positive, mais aucun changement statistiquement significatif (*tableau 1*). L'analyse des catégories «activité/déplacement» et «mobilité/changement de la position du corps» sur la base de l'évaluation des soins

<sup>5</sup> ePA-AC: ergebnisorientiertes Pflegeassessment Akutpflege.



ÄrztInnen, Pflegende und PhysiotherapeutInnen waren mit dem neuen Verordnungsprozess signifikant zufriedener. | Les nouveaux processus de prescription ont nettement augmenté le niveau de satisfaction des médecins, infirmier·ères et physiothérapeutes.

der Kardiologie wendet täglich 30 Minuten mehr für die Teilnahme am Ärzterapport auf. Beide Teams berichten jedoch, dass die Abläufe effizienter sind und sie besser planen können. Deshalb sehen sie den neuen Prozess als bedeutenden Vorteil an: «Es ist ein grosser Fortschritt, bereits am Morgen den Tag planen zu können. Das Pilotprojekt hat sich gelohnt, weil wir deutlich weniger Patienten verpassen.»

### Ein Signal für die Zukunft

Die Resultate in beiden Pilotkliniken sind vielversprechend: Ein früher Therapiebeginn, zeitliche Entlastung für Pflegende respektive ÄrztInnen und ein deutlich geringerer Anteil an PatientInnen, die trotz Indikation keine Physiotherapie erhalten – dies sind zentrale Vorteile, die sich durch erweiterte Kompetenzen der Physiotherapie im Verordnungsprozess ergaben. Seit 2018 arbeiten auch die Klinik für Neurologie, die Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie sowie Klinik für Herzchirurgie mit optimierten Verordnungsprozessen auf SOP-Basis.

Wir hoffen, dass unser Projekt auch schweizweit in Spitälern ein Signal setzen kann. Erweiterte physiotherapeutische Kompetenzen werten den Berufsstand der Physiotherapie auf. Sie sind zukunftsweisend für die bildungspolitische und fachliche Entwicklung. |

### Literatur | Bibliographie

1. Meyer K, Ionescu D, Staudacher D, Meier Zürcher C (2017). Erweiterte Kompetenzen bei stationären Verordnungen. *Physioactive*, 6, 42–48.
2. Ionescu D (2017). Analyse der Möglichkeiten für effizientere und effektivere Indikationsstellung und Verordnungsprozesse für Physiotherapie am Universitätsspital Zürich (Masterarbeit Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften).

(ePA-AC<sup>5</sup>) ne permet également de tirer que des conclusions limitées. Chez les patient-es en cardiologie, nous avons comparé des valeurs comme la pression artérielle, le pouls et la saturation en oxygène avant et pendant la phase pilote. Toutefois, aucune différence statistiquement significative n'a été constatée.

Les nouveaux processus prennent un peu plus de temps aux équipes de physiothérapie (*tableau 2*). L'équipe thérapeutique qui travaille en chirurgie thoracique a besoin de trois minutes supplémentaires par jour pour établir la liste des patient-es. L'équipe de cardiologie consacre 30 minutes de plus par jour au rapport aux médecins. Toutefois, les deux équipes signalent que les procédures sont plus efficaces et qu'elles permettent une meilleure planification. Elles considèrent donc le nouveau processus comme un avantage de taille: «Pouvoir planifier la journée dès le matin est un grand progrès. Le projet pilote a porté ses fruits, car nous oublions beaucoup moins de patient-es.»

### Un signal pour l'avenir

Les résultats obtenus dans les deux cliniques pilotes sont prometteurs: un début de traitement précoce, un allègement du temps de travail des infirmières, infirmiers et médecins et une proportion nettement plus faible de patient-es qui ne bénéficient pas d'une physiothérapie malgré son indication. Ce sont là des avantages clés, qui résultent des compétences élargies de la physiothérapie dans le processus de la prescription. Depuis 2018, la clinique de neurologie, la clinique de chirurgie plastique et de la main ainsi que la clinique de chirurgie cardiaque travaillent également avec des processus de prescription optimisés sur la base des SOP.

Nous espérons que notre projet pourra aussi envoyer un signal aux hôpitaux de toute la Suisse. Des compétences physiothérapeutiques élargies revalorisent la profession de physiothérapeute. Elles sont cruciales pour l'avenir en matière de formation et de développement professionnel. |

<sup>5</sup> ePA-AC: évaluation des soins aigus infirmiers orientée sur les résultats.

**MEDIDOR**  
HEALTH CARE • THÉRAPIE



**29 JAHRE ERFAHRUNG**

29 ANS D'EXPÉRIENCE

[WWW.MEDIDOR.CH](http://WWW.MEDIDOR.CH)

Parameter	Klinik	Vor Pilot	Während Pilot	P-Wert
<b>Sturz</b> (Anzahl der gestürzten Patienten im Verhältnis zu der Anzahl Patienten)	THO	0,0 %	1,0 %	0,60
	KAR	2,8 %	1,7 %	0,75
<b>Nosokomiale Pneumonien</b>	THO	4,5 %	2,1 %	0,60
	KAR	5,0 %	1,7 %	0,18
<b>Verpasste Patienten in der Thoraxchirurgie</b>	THO	10,6%	0,8%	0,001*
<b>Verpasste Patienten in der Kardiologie</b>  Anzahl (n) der Patienten, welche vor und während des Pilotprojekts gemäss der SOP Physiotherapie erhalten haben**	KAR	49	95	0,005*
<b>Aufwand des Physiotherapie-teams für neue Prozesse</b> (in Minuten/Tagen)	THO	n.g.	3	–
	KAR	n.g.	33,5	–

Tabelle 1: Untersuchte klinische Parameter: Sturz, nosokomiale Pneumonien, verpasste PatientInnen vor und nach Einführung der neuen Prozesse (Messspanne: je 3 Monate). KAR: Kardiologie; SOP: Standard Operation Procedure; THO: Thoraxchirurgie; \*statistisch signifikant; n.g.: nicht gemessen. \*\*Im Pilot wurden doppelt so viele PatientInnen behandelt wie vorher. Wir gehen davon aus, dass sie vorher verpasst worden sind.

Paramètres	Clinique	Avant le projet pilote	Pendant le projet pilote	Valeur P
<b>Chute</b> (nombre de patient-es ayant fait une chute par rapport au nombre de patient-e-s au total)	THO	0,0 %	1,0 %	0,60
	KAR	2,8 %	1,7 %	0,75
<b>Pneumonies nosocomiales</b>	THO	4,5 %	2,1 %	0,60
	KAR	5,0 %	1,7 %	0,18
<b>Patient-es oublié-es en chirurgie thoracique</b>	THO	10,6 %	0,8 %	0,001*
<b>Patient-es oublié-es en cardiologie</b>  Nombre (n) de patient-es qui ont bénéficié d'une physiothérapie avant et pendant le projet pilote selon la SOP**	KAR	49	95	0,005*
<b>Temps accordé par l'équipe de physiothérapie aux nouveaux processus</b> (en minutes/jours)	THO	n.m.	3	–
	KAR	n.m.	33,5	–

Tableau 1: Paramètres cliniques étudiés: chute, pneumonies nosocomiales, patient-es oublié-es avant et après l'introduction des nouveaux processus (durée des mesures: 3 mois chacun). CAR: cardiologie; SOP: *standard operation procedure*; THO: chirurgie thoracique; \*statistiquement significatif; n.m.: non mesuré. \*\*Dans le cadre du projet pilote, deux fois plus de patient-es ont été traité-es qu'auparavant. Nous supposons que ces patient-es était oublié-es avant.



Zeit / Anzahl (über 5 Tage)	Median (IQR) vor Pilotphase	Median (IQR) während der Pilotphase	P-Wert
Zeitaufwand der Pflege, um Verordnungen zu organisieren (in Minuten)	10 (7-12)	5,0 (0-10)	0,024*
Zeitaufwand der Ärzteschaft für das Ausfüllen von Verordnungen (in Minuten)	10 (10-20)	0,0 (0-4)	0,001*
VO / Behandlung zu spät (n)	1 (0-2)	0 (0-1)	0,000*
VO nicht ausgestellt / keine Behandlung durchgeführt	1 (0-2)	0 (0-1)	0,004*

Tabelle 2: Zeitaufwand und Verzögerungen vor und nach dem Pilotprojekt (beide Kliniken, Messspanne über 5 Tage). IQR: Interquartile Range; KAR: Kardiologie; THO: Thoraxchirurgie; VO: Verordnung; \*statistisch signifikant.

Durée / nombre (sur 5 jours)	Médiane (IQR) avant la phase pilote	Médiane (IQR) pendant la phase pilote	Valeur P
Temps que le personnel infirmier consacre à organiser les prescriptions (en minutes)	10 (7-12)	5,0 (0-10)	0,024*
Temps que les médecins consacrent à remplir les prescriptions (en minutes)	10 (10-20)	0,0 (0-4)	0,001*
PR / traitement trop tardif (n)	1 (0-2)	0 (0-1)	0,000*
PR non délivrée / aucun traitement effectué	1 (0-2)	0 (0-1)	0,004*

Tableau 2: Temps passé et retards avant et après le projet pilote (les deux cliniques, avec une mesure sur 5 jours). IQR: *interquartile range*; CAR: cardiologie; THO: chirurgie thoracique; PR: prescription; \*statistiquement significatif.

**Dragos Ionescu**, Physiotherapeut FH, MAS ZFH in Managed Health Care, ist Stv. Leiter Stab Direktion Pflege und MTTB, Universitätsspital Zürich.

**Dragos Ionescu**, physiothérapeute HES, MAS ZFH en *managed health care*, est responsable adjoint de la direction du personnel infirmier et PMTT, à l'hôpital universitaire de Zurich.

**Katharina Meyer**, Physiotherapeutin FH, Master in Public Health, arbeitet als Physiotherapeutin und Mitarbeiterin Qualitätsmanagement in der «Physiotherapie Ergotherapie USZ», Universitätsspital Zürich.

**Katharina Meyer**, physiothérapeute HES, master en santé publique, travaille comme physiothérapeute et comme collaboratrice en management de la qualité dans le département «Physiothérapie Ergothérapie USZ», au centre hospitalier universitaire de Zurich.

**Diana Staudacher**, Dr. phil., wissenschaftliche Assistentin in der Direktion Pflege und MTTB, Universitätsspital Zürich.

**Diana Staudacher**, dre phil., est assistante scientifique, direction des soins et PMTT, au centre hospitalier universitaire de Zurich.

**Christine Meier Zürcher**, MAS FH, Ergotherapeutin FH, ist Leiterin Therapien «Physiotherapie Ergotherapie USZ», Universitätsspital Zürich.

**Christine Meier Zürcher**, MAS dipl. HES, ergothérapeute dipl. HES, dirige l'unité de «Physiothérapie Ergothérapie USZ», au centre hospitalier universitaire de Zurich.