Physiotherapie im Notfallzentrum – ein Erfahrungsbericht

La physiothérapie au service des urgences – un rapport de terrain

BALZ WINTELER, KAI-UWE SCHMITT

Im Inselspital Bern arbeiten PhysiotherapeutInnen im Notfallzentrum. Sie beurteilen und behandeln PatientInnen mit muskuloskelettalen Beschwerden. Einblick in die Aufgaben und Organisation dieses Bereitschaftdiensts sowie ein Fallbeispiel.

À l'Hôpital de l'Île à Berne, des physiothérapeutes travaillent au service des urgences. Ils·Elles examinent et traitent les patient·es atteint·es de troubles musculo-squelettiques. Cet article présente un aperçu des tâches et de l'organisation de ce service de garde, ainsi qu'une étude de cas.

In verschiedenen Ländern sind PhysiotherapeutInnen bereits seit Längerem Teil der interprofessionellen Teams in Notaufnahmen. In der Betreuung von PatientInnen mit muskuloskelettalen Beschwerden übernehmen sie auch die Fallführung und sehen PatientInnen im Erstkontakt [1–4].

In der Schweiz testet die Akademie-Praxis-Partnerschaft der Insel Gruppe und der Berner Fachhochschule[1] ein Versorgungsmodell im Notfallzentrum des Inselspitals, das PatientInnen mit muskuloskelettalen Beschwerden bereits in der Notaufnahme der Physiotherapie zuführt. Die ersten Pilotläufe Anfang 2019 und im Jahr 2020 beurteilten alle Beteiligten positiv. Deswegen wurde der Dienst 2021 in den Regelbetrieb überführt, er wird weiterhin wissenschaftlich begleitet.

Bis heute wurden insgesamt 484 PatientInnen durch die Physiotherapie abgeklärt, physiotherapeutisch erstversorgt und beraten. Erste Auswertungen zeigen, dass PatientInnen von einer besseren Qualität der Versorgung profitieren *(Tabelle 1)*.

Die Aufgaben im physiotherapeutischen Bereitschaftsdienst

Werktags zwischen 11 bis 19 Uhr und an den Wochenenden von 11 bis 14 Uhr kann die diensthabende Ärztin oder der diensthabende Arzt die Physiotherapie telefonisch aufbieten. Diese Zeiten wurden vorgängig definiert. Sie beruhen auf Erfahrungen des Notfallzentrums mit Vorstellungszeiten von PatientInnen mit muskuloskelettalen Beschwerden.

[1] In der Akademie-Praxis-Partnerschaft arbeiten beide Institutionen in Forschung, Praxisentwicklung, Aus- und Weiterbildung zusammen: www.bfh.ch/gesundheit/de/forschung/forschungsbereiche/app-insel-gruppe

Dans différents pays, les physiothérapeutes font depuis longtemps partie des équipes interprofessionnelles du service des urgences. Dans le cadre du traitement de patient·es atteint·es de troubles musculo-squelettiques, ils·elles s'occupent également de la gestion des cas et reçoivent les patient·es lors du premier contact [1–4].

En Suisse, le partenariat académico-pratique entre le Groupe de l'Île et la Haute École spécialisée de Berne[1] teste un modèle de prise en soins au sein du service des urgences de l'Hôpital de l'Île. Ce modèle conduit les patient·es atteint·es de troubles musculo-squelettiques vers la physiothérapie dès leur arrivée aux urgences. Toutes les personnes impliquées ont jugé positives les premières expériences pilotes faites au début de 2019 et en 2020. Par conséquent, cette garde physiothérapeutique a été incluse dans le fonctionnement régulier du service en 2021 et continuera de faire l'objet d'un suivi scientifique.

À ce jour, 484 patient·es ont été examiné·es par le service de physiothérapie; ils·elles ont eu une intervention de physiothérapie initiale et ont bénéficié de conseils. Les premières évaluations montrent que les patient·es bénéficient d'une meilleure qualité de traitement *(tableau 1)*.

Les tâches du service de garde physiothérapeutique

Les jours ouvrables – de 11 à 19 heures – et le week-end – de 11 à 14 heures – le médecin de garde peut appeler le service

[1] Dans le cadre du partenariat académico-pratique, les deux institutions collaborent dans la recherche, le développement de la pratique ainsi que la formation initiale et continue: www.bfh.ch/gesundheit/de/forschung/forschungsbereiche/app-insel-gruppe

Resultate Résultats	
Quantitativ (deskriptive Analyse) Quantitatifs (analyse descriptive)	Prozent der Fälle (n = 79) Pourcentage de cas (n = 79)
Übereinstimmung Physiotherapeut – Arzt (Status und Massnahmen) Accord physiothérapeute – médecin (statut et mesures)	In 93 % dans 93 % des cas
Keine weiterführende ambulante Physiotherapie Pas de physiothérapie ambulatoire supplémentaire	In 58 % dans 58 % des cas
Keine Bildgebung Pas d'imagerie	In 59 % dans 59 % des cas
Patientenzufriedenheit «sehr gut» respektive «hervorragend» Satisfaction des patient·es «très bonne» ou «excellente»	47 % resp. 41 % dans resp. 47 % ou 41 % des cas
Qualitativ (Interviews mit beteiligten Berufsgruppen & Klinikleitungen) Qualitatifs (entretiens avec les groupes professionnels concernés et la direction de l'hôpital)	Zusammenfassung der Aussagen Résumé des déclarations
Eingesetzte Schmerzmedikation Consommation d'analgésiques	Konnte reduziert werden a pu être réduite
Krankschreibung Arrêts maladie	Konnte reduziert werden (von Standard 7 auf 3–4 Tage) ont pu être réduits (des 7 jours standard à 3–4 jours)
PhysiotherapeutIn im Notfallzentrum Physiothérapeute dans le service des urgences	Wurde positiv und wertschätzend erlebt a été perçu comme positif et appréciable
Interprofessionelle Zusammenarbeit Collaboration interprofessionnelle	Hat gut funktioniert a bien fonctionné
Mehrwert für PatientInnen Valeur ajoutée pour les patient·es	Profitierten von einer besseren Versorgungs- und Betreuungsqualität ont bénéficié d'une meilleure qualité de traitement et d'accompagnement

Tabelle 1: Zusammenfassung der Resultate des Pilotversuchs «Physiotherapeutischer Initialkontakt im Notfallzentrum» vom Mai und Juni 2019. I Tableau 1: Résumé des résultats de l'expérience pilote «Premier contact physiothérapeutique au service des urgences» de mai et juin 2019.

Zwischen Ärztin oder Arzt und PhysiotherapeutIn findet eine Auftragsklärung statt. Die diensthabende Physiotherapeutin oder der diensthabende Physiotherapeut wird innerhalb von maximal 60 Minuten im Notfallzentrum vorstellig. Sie oder er schätzt die Probleme der PatientInnen physiotherapeutisch ein, bietet Unterstützung an bei deren Bewältigung und gibt Empfehlungen für das weitere Prozedere ab. Alle Schritte werden der diensthabenden Ärztin oder dem diensthabenden Arzt rapportiert und in einem Konsiliarbericht dokumentiert *(Abbildung 1)*.

Wie ein Einsatz im Notfallzentrum verläuft

Heute ist mein Wochentag im Bereitschaftsdienst für das Notfallzentrum. Damit wir alle Abwesenheiten, Wochenend- und Feiertagsdienste abdecken können, bilden wir einen Einsatzpool von 24 PhysiotherapeutInnen aus drei Teams des muskuloskelettalen Schwerpunkts. Jede und jeder kommt so circa alle 14 Tage im Notfallzentrum zum Einsatz. Aus Erfahrung erwarte ich heute maximal vier Aufgebote aus dem Notfallzentrum. Primär sind es PatientInnen mit Problemen an der Wirbelsäule. Gelegentlich sehe ich auch PatientInnen mit Schmerzzuständen an den peripheren Gelenken. Normalerweise gibt es nur einen Kontakt mit den PatientInnen im Not-

de physiothérapie par téléphone. Ces horaires ont été définis à l'avance. Ils s'appuient sur l'expérience des urgences concernant les heures de fréquentation des patient·es atteint·es de troubles musculo-squelettiques.

Médecin et physiothérapeute définissent la tâche à accomplir. Le·La physiothérapeute de garde doit se présenter au service des urgences dans un délai de 60 minutes. Il·Elle procède à une évaluation physiothérapeutique des problèmes du·de la patient·e, propose son aide pour les surmonter et formule des recommandations pour la suite du processus thérapeutique. Toutes les étapes sont rapportées au médecin de garde et documentées dans un rapport de consultation *(illustration 1)*.

Une intervention au service des urgences

Aujourd'hui, c'est mon jour de garde hebdomadaire au service des urgences. Afin de pouvoir couvrir les absences, les week-ends et les jours fériés, nous formons un pool d'intervention de 24 physiothérapeutes issu·es de trois équipes spécialisées dans le domaine musculo-squelettique. Chacun·e est donc de garde aux urgences tous les 14 jours environ. D'après mon expérience, je m'attends à un maximum de quatre appels de la part des urgences aujourd'hui. Il

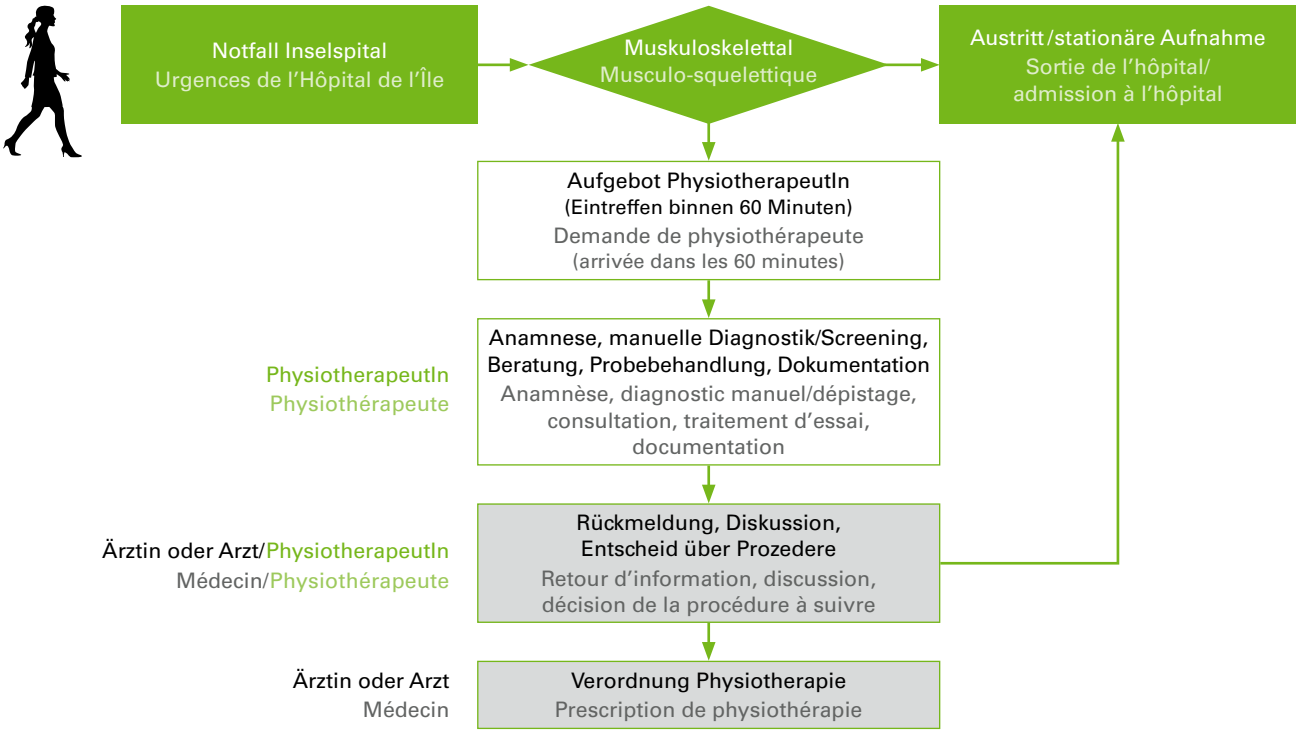

Abbildung 1: Prozessablauf «Physiotherapie im Notfallzentrum» am Inselspital Bern. I Illustration 1: Déroulement du processus «Physiothérapie au service des urgences» à l'Hôpital de l'Île à Berne.

fallzentrum. In Einzelfällen plane ich auch eine Nachkontrolle bei mir im Ambulatorium der Physiotherapie ein.

Vorbereitung und Auftragsklärung

Wie jeden Tag im Bereitschaftsdienst schalte ich kurz vor 11 Uhr meinen Sucher ein. Um 11.05 Uhr erreicht mich ein Anruf aus dem Fast-Track-Notfallzentrum[2]. Der diensthabende Arzt fragt, ob ich eine Patientin sehen könne, die mit einer akuten Lumbago vorstellig wurde. Ich erkundige mich nach dem konkreten Auftrag. Der Arzt wäre froh um meine Einschätzung und um eine physiotherapeutische Massnahme, welche die akuten Schmerzen der Patientin reduziert. Ich kann in zehn Minuten im Notfallzentrum sein. Ich notiere mir den Namen der Patientin, ihr Geburtsdatum und in welcher Behandlungskoje sie sich befindet. Bevor ich loslaufe, logge ich mich ins elektronische Patientendossier ein, lese mich kurz ein (Grund der Vorstellung im Notfallzentrum, Einträge zum Allgemeinzustand) und eröffne das Dokument «Konsilium Physiotherapie». Auch mache ich mir erste Gedanken dazu, was mich auf dem Notfall erwarten könnte und in welche Richtung meine Abklärungen und die Therapie gehen könnten. Ich habe einen Laptop dabei und ein Mäppchen mit vorbereiteten Physiotherapieverordnungen für den Arzt.

s'agit surtout de patient·es atteint·es de troubles rachidiens. Parfois, je vois aussi des patient·es atteint·es de douleurs au niveau des articulations périphériques. En général, il n'y a qu'un seul contact avec les patient·es aux urgences. Dans certains cas, je prévois également une visite de suivi avec moi, dans le service ambulatoire de physiothérapie.

Préparation et définition des tâches

Comme chaque jour de garde, j'allume mon appareil un peu avant 11 heures. À 11 h 05, je reçois un appel du service des urgences fast track[2]. Le médecin de garde me demande si je peux voir une patiente qui s'est présentée avec un lumbago aigu. Je me renseigne sur la tâche spécifique à accomplir. Le médecin apprécierait d'avoir mon avis et de me voir effectuer une intervention de physiothérapie pour réduire les douleurs aiguës de la patiente. Je peux être au service des urgences dix minutes plus tard. Je note le nom de la patiente, sa date de naissance et l'endroit où elle se trouve. Avant de partir, je me connecte à son dossier électronique, je lis brièvement le motif qui l'a amenée à se présenter au service des urgences et les indications relatives à l'état général de la patiente puis j'ouvre le document «Consultation de physiothérapie». Je commence également à réfléchir à ce qui m'attend aux urgences et à l'orientation que pourraient prendre mes exa-

[2] Im Fast-Track-Notfallzentrum können sich PatientInnen mit einem dringenden medizinischen Problem selbständig vorstellen. Daneben gibt es sogenannte Stützpunkte im Notfallzentrum, an denen PatientInnen, die mit der Ambulanz eingeliefert wurden, versorgt werden.

[2] Les patient·es qui présentent un problème médical urgent peuvent se présenter de manière autonome au «service des urgences fast track». Le service des urgences comporte aussi des bases où sont traité·es les patient·es amené·es en ambulance.

Das Pilotprojekt «Physiotherapeutischer Initialkontakt im Notfallzentrum» startete 2019 am Inselspital Bern. I Le projet pilote «Premier contact physiothérapeutique au service des urgences» a démarré en 2019 à l'Hôpital de l'Île à Berne.

Physiotherapeutische Anamnese, Untersuchung und Behandlung

Im Fast-Track-Notfallzentrum angelangt, melde ich im Dienstbüro meine Präsenz und händige dem zuständigen Arzt die Verordnung zur Komplettierung und Unterschrift aus. Dann begebe ich mich in die Behandlungskoje, in der die Patientin auf mich wartet.

Ich ergänze die Anamnese mit physiotherapeutisch relevanten Informationen. Bei der Erstanamnese durch den Arzt geht es primär um den Ausschluss grösserer struktureller Schädigungen. Deshalb fehlen häufig detaillierte Informationen zum Auslöser der Schmerzen sowie solche zu Auswirkungen von körperlicher Aktivität und Bewegung. Zudem stelle ich Sicherheitsfragen, bezogen auf das individuelle Problem, um bei der Wahl und Dosierung meiner Untersuchungs- und Behandlungstechniken keinen zusätzlichen Schaden anzurichten. Die wichtigsten Punkte aus dem Gespräch mit der Patientin dokumentiere ich direkt im Konsiliarbericht. Ich fasse diese für die Patientin zusammen und gebe ihr so die Möglichkeit, Missverstandenes zu korrigieren und/oder Aussagen zu präzisieren und/oder zu ergänzen.

Bevor ich zum körperlichen Untersuch übergehe, erkläre ich der Patientin, was ich untersuchen möchte und weshalb. Mit ihrem Einverständnis beginne ich zu untersuchen. Bereits während und im Anschluss an den Untersuch erläutere ich der Patientin meine Befunde, ihre Einordnung und Konsequenzen sowie die physiotherapeutischen Optionen. Sind solche Optionen vorhanden, gebe ich der Patientin die Möglichkeit, ihre Präferenzen kundzutun.

Die Patientin wünscht eine manualtherapeutische Behandlung. Daneben spreche ich die Selbsthilfe an, ich instruiere und übe sie mit der Patientin. Nach einer halben Stunde bin ich mir sicher, dass die Patientin ihre Problematik und die Konsequenzen daraus verstanden hat.

mens et mon traitement. J'ai un ordinateur portable avec moi et un classeur avec des prescriptions de physiothérapie prêtes pour le médecin.

Anamnèse physiothérapeutique, examen et traitement

Lorsque j'arrive au service des urgences fast track, je signale ma présence au bureau de permanence et je remets l'ordonnance au médecin responsable pour qu'il la complète et la signe. Je me rends ensuite dans la salle de traitement où m'attend la patiente.

Je complète l'anamnèse par des informations pertinentes sur le plan physiothérapeutique. L'anamnèse initiale du médecin vise avant tout à écarter un problème structurel majeur (drapeaux rouges). C'est pourquoi il manque souvent des informations détaillées sur ce qui a déclenché la douleur et sur les effets de cette dernière au niveau de l'activité physique et motrice. Par ailleurs, je pose des questions de sécurité liées au problème individuel afin de ne pas causer de préjudice supplémentaire dans le choix et le dosage de mes techniques d'examen et de traitement. Je note les principaux éléments de l'entretien avec la patiente directement dans le rapport de consultation. Je les résume pour la patiente et lui permets ainsi de corriger les points mal compris et/ou de clarifier et/ou compléter le contenu noté.

Avant de procéder à l'examen physique, j'explique à la patiente ce que je souhaite examiner et pourquoi. Avec son accord, je commence l'examen. Pendant et après l'examen, je partage mes observations avec la patiente, ce qu'elles signifient et leurs conséquences, ainsi que les options physiothérapeutiques qui se présentent. Si de telles options sont disponibles, je donne à la patiente la possibilité d'exprimer ses préférences.

La patiente souhaite un traitement relevant de la thérapie manuelle. En plus, j'évoque également des exercices d'autoassistance, je les montre à la patiente et les pratique avec elle. Au bout d'une demi-heure, je suis sûr que la patiente a compris son problème et les conséquences qui en découlent.

Suivi: information du médecin, documentation et facturation

Ensuite, je vais au bureau de permanence et informe brièvement le médecin de mon évaluation du problème et de la suite de la procédure. Je complète ma documentation et enregistre la prestation en tant que traitement ambulatoire avec le supplément pour le premier traitement.

Je prends congé du médecin et de la patiente puis je quitte le service des urgences. Jusqu'au prochain appel, je m'occupe d'autres tâches. En plus de ma garde pour le service des urgences, j'assure également, lors de «mon» jour, une garde à la clinique dans laquelle je travaille normalement. Je planifie aussi mes consultations externes et m'occupe du travail administratif, ce qui m'octroie la flexibilité nécessaire pour examiner et traiter les patient·es au service des urgences dans l'heure qui suit.

Nachbereitung: Information an den Arzt, Dokumentation und Abrechnung

Anschliessend orientiere ich den Arzt im Dienstbüro kurz über meine Einschätzung zum Problem und zum weiteren Prozedere. Ich vervollständige meine Dokumentation und erfasse die erbrachte Leistung als ambulante Behandlung mit der Zusatzposition für die erste Behandlung.

Ich verabschiede mich vom Arzt und von der Patientin und verlasse das Notfallzentrum. Bis zum nächsten Anruf gehe ich anderen Arbeiten nach. Nebst dem Bereitschaftsdienst fürs Notfallzentrum gewährleiste ich an «meinem» Tag auch einen Bereitschaftsdienst für die Klinik, an der ich regulär arbeite. Zudem plane ich ambulante PatientInnen und administrative Tätigkeiten mit der nötigen Flexibilität ein, um innerhalb einer Stunde im Notfallzentrum PatientInnen beurteilen und behandeln zu können.

Fallbeispiel Erstkontakt: Mann mit Exazerbation von Rückenschmerzen

Ein fünfzigjähriger Herr wird im Fast-Track-Notfallzentrum mit Exazerbation von bekannten Schmerzen im unteren Rücken und linken Gesäss vorstellig. Der Patient erscheint auf dem Dashboard (digitale Patientenübersicht) des zentrumseigenen Erfassungssystems. Der zuständige Arzt erklärt mir, dass er aktuell keine Zeit für den Patienten habe, ich aber schon mit der Anamnese und klinischen Untersuchung starten könne. Er komme dann hinzu.

Aspekte der Anamnese: Auf die Frage nach neurologischen Symptomen gibt der Patient an, sensible Restsymptome seit einem Karpaltunnelsyndrom links vor sechs bis sieben Jahren zu haben. Zudem bemerkt er seit der Schmerzexazerbation am Wochenende leichte Probleme beim Wasserlassen und dass er etwas mehr pressen muss beim Stuhlgang. Hingegen gibt der Patient keine bilateralen Parästhesien oder Gangstörungen an. Auch eine B-Symptomatik[3] verneint der Patient. Er steht unter HIV-Medikation.

Aspekte der klinischen Untersuchung: In der neurologischen Untersuchung zeigt sich eine Hypästhesie der linken Fusssohle von subjektiv 30 Prozent. Die Kraft in den Peroneen und Zehenflexoren links ist leicht abgeschwächt. Der Patellar- und der Achillessehnenreflex sind beidseits gut auslösbar. Der SLR (Straight Leg Raise) links reproduziert die Rückenschmerzen und Ausstrahlung ins linke Gesäss bei 45°. Sie lassen sich neural über die passive Dorsalflexion des Fusses differenzieren.

Beurteilung: Aufgrund der Angaben aus der Anamnese und den klinischen Befunden wird eine radikuläre Reizung der

[3] B-Symptomatik: Symptomtrias aus Fieber (>38°C), Nachtschweiss und Gewichtsverlust (>10 % in den vergangenen 6 Monaten) als Hinweis auf entzündliche oder maligne Prozesse.

Étude de cas, premier contact: homme atteint d'un mal de dos exacerbé

Un homme de 50 ans se présente au service des urgences fast track avec des douleurs connues, mais exacerbées, dans le bas du dos et la fesse gauche. Il apparaît sur le tableau de bord du système d'enregistrement propre au service (aperçu numérique du patient). Le médecin responsable m'explique qu'il n'a pas le temps de s'occuper de lui pour le moment, mais que je peux déjà commencer l'anamnèse et l'examen clinique. Il me rejoindra ensuite.

Anamnèse: interrogé sur ses symptômes neurologiques, le patient déclare qu'il a une sensibilité résiduelle depuis un syndrome du canal carpien gauche survenu six à sept ans plus tôt. En outre, depuis l'exacerbation de la douleur au cours du week-end, il a remarqué qu'il rencontre de légers problèmes pour uriner et qu'il doit pousser un peu plus pour déféquer. En revanche, il ne signale pas de paresthésie bilatérale ni de troubles de la marche. Il réfute également la présence de symptômes B[3]. Il est sous traitement anti-VIH.

Examen clinique: l'examen neurologique révèle une hypoesthésie subjective de 30% de la plante du pied gauche. La force des muscles péroniers et des muscles fléchisseurs des orteils est légèrement diminuée à gauche. Le réflexe rotulien et celui du tendon d'Achille se déclenchent aisément des deux côtés. À gauche, le test de Lasègue reproduit la douleur dorsale et l'irradiation dans la fesse gauche à 45° de flexion. Ces douleurs peuvent être différenciées au niveau neural par la dorsiflexion passive du pied.

Évaluation: sur la base de l'anamnèse et des résultats cliniques, une irritation radiculaire de la racine nerveuse S1 gauche est suspectée. Comme diagnostic différentiel, il faut aussi considérer une neuropathie périphérique.

Recommandation: il est conseillé au médecin responsable de se pencher davantage sur le comportement urinaire et fécal du patient.

Traitement: pour ce qui est de l'éventuelle irritation radiculaire, des mesures visant à contrôler l'inflammation sont expliquées au patient et une reprise de la physiothérapie ambulatoire est recommandée dans le but de stabiliser les muscles de la colonne lombaire.

Évaluation médicale: le médecin pose le diagnostic suspecté de syndrome douloureux lombo-radiculaire gauche. Dans ses résultats, il évoque un signe de Lasègue et de Bragard positif.

[3] Symptomatologie B: triade symptomatique composée de fièvre (>38°C), sueurs nocturnes et perte de poids (>10 % au cours des 6 derniers mois) qui attire l'attention sur un processus inflammatoire ou malin.

linken Nervenwurzel S1 vermutet. Als Differenzialdiagnose muss auch eine periphere Neuropathie in Betracht gezogen werden.

Empfehlung: Dem zuständigen Arzt wird die weitere Abklärung der Blasen- und Mastdarmfunktion empfohlen.

Management: Bezüglich der möglichen radikulären Reizung werden dem Patienten Massnahmen zur Entzündungskontrolle erläutert und es wird die Wiederaufnahme der ambulanten Physiotherapie empfohlen, mit Ziel der muskulären Stabilisation der Lendenwirbelsäule.

Ärztliche Beurteilung: Der Arzt stellt die Verdachtsdiagnose eines lumboradikulären Schmerzsyndroms links. In seinen Befunden spricht er von einem positiven Lasègue- und Bragard-Zeichen.

Ärztliches Management: Dieses beinhaltet die Krankschreibung des Patienten zu 100 Prozent für drei Tage; eine medikamentöse Behandlung mit Dafalgan 1 g 1-1-1-1, Ibuprofen 600 mg 1-1-0-1, Pantoprazol 20 mg 1-0-0-0 solange Ibuprofen; eine Verordnung zur Physiotherapie und eine klinische Verlaufskontrolle in der medizinischen Poliklinik in zwei Wochen.

Diskussion: Arzt und Physiotherapeut kommen zu einem analogen Ergebnis. Sie gewichten dabei jedoch die Angaben des Patienten zur Blasen- und Mastdarmfunktion unterschiedlich. Was für den Physiotherapeuten eine Indikation zur weiteren Abklärung bedeutet, stellt für den Arzt keinen unmittelbaren Handlungsbedarf dar. Die unterschiedlich lange Erfahrung im Notfallsetting mag zu dieser unterschiedlichen Beurteilung beitragen. Positiv ist, dass der weniger erfahrene Physiotherapeut vorsichtiger agiert.

Die beiden Berufsgruppen verwenden unterschiedliche Definitionen und Terminologien zur Beschreibung klinischer Beobachtungen. So ist beispielsweise ein positives Lasègue- und Bragard-Zeichen nicht genau dasselbe wie ein positiver SLR mit neuraler Differenzierung.

Aufgabenteilung zwischen Arzt und Physiotherapeut

Wenn wie im Fallbeispiel sowohl Arzt als auch Physiotherapeut den Patienten untersuchen, so könnte ein Vorteil sein, dass der Fokus klarer definiert ist. Die Ärztin oder der Arzt konzentriert sich primär auf den Ausschluss von potenziell gefährlichen Pathologien, während die Physiotherapeutin oder der Physiotherapeut die Aufmerksamkeit hauptsächlich auf die Funktionsdiagnostik des Bewegungssystems richtet. Gewisse Redundanzen in der Erhebung der Anamnese und in der klinischen Untersuchung erhöhen dabei möglicherweise die Patientensicherheit. Das Mehr an Sicherheit kann zusätzliche Kosten verursachen, weil mehrere Berufsgruppen involviert sind. In die Gesamtbetrachtung sind auch Kostenersparnisse durch eine schnellere, gezieltere Behandlung,

© Lightfiel Studios – Adobestock

PhysiotherapeutInnen klären im Notfallzentrum insbesondere PatientInnen mit Wirbelsäulenproblemen ab. I Au service des urgences, les physiothérapeutes s'occupent essentiellement de patients atteints de problèmes rachidiens.

Traitement médical: il comprend l'arrêt de travail du patient à 100 % pendant trois jours; un traitement médicamenteux à base de Dafalgan 1 g 1-1-1-1, d'Ibuprofène 600 mg 1-1-0-1, de Pantoprazole 20 mg 1-0-0-0 aussi longtemps que dure la prise d'Ibuprofène, une prescription de physiothérapie et un suivi clinique à la polyclinique médicale dans quinze jours.

Discussion: le médecin et le physiothérapeute arrivent à une conclusion similaire. Cependant, ils pondèrent différemment les informations fournies par le patient sur les fonctions vésicales et intestinales. Ce qui constitue pour le physiothérapeute une indication en faveur d'un examen supplémentaire ne représente pas un besoin immédiat d'action pour le médecin. La différence d'expérience au sein du service des urgences peut contribuer à l'écart entre ces évaluations. Ce qui est positif, c'est que le physiothérapeute, moins expérimenté, agit avec plus de prudence.

Les deux groupes professionnels utilisent des définitions et terminologies différentes pour décrire les observations cliniques. Par exemple, un signe de Lasègue et Bragard positif n'est pas exactement la même chose qu'un Lasègue positif avec différenciation neurale.

Répartition des tâches entre le médecin et le physiothérapeute

Si, comme dans l'étude de cas, le médecin et le physiothérapeute procèdent tous les deux à un examen du patient, il pourrait être judicieux que l'orientation de chaque examen soit plus clairement définie. Le médecin se concentrerait avant tout sur l'exclusion de pathologies potentiellement dangereuses, tandis que le physiothérapeute s'attacherait surtout au diagnostic fonctionnel du système musculo-squelettique. Certaines redondances dans l'établissement de l'anamnèse et dans l'examen clinique peuvent aussi accroître la sécurité du patient. Mais la sécurité accrue peut entraîner des coûts supplémentaires, parce que plusieurs groupes professionnels sont impliqués. Dans l'ensemble, il convient également de prendre en compte les économies réalisées grâce à un traitement plus rapide et plus ciblé, à un moindre

geringeren Schmerzmittelbedarf und weniger bildgebende Diagnostik einzurechnen *(Tabelle 1)*.

Aus Sicht der PatientInnen und Stakeholder entsprechen interprofessionelle Settings in Notfallzentren einem Bedürfnis [5, 6]. Demgegenüber steht der relativ grosse organisatorische Aufwand, um einen solchen Dienst gewährleisten zu können. Internationale Erfahrungen zeigen jedoch: Gesundheitssysteme profitieren vom Einbezug der Physiotherapie auf Notfallstationen, die Gesundheitsversorgung wird effizienter und kostengünstiger [1, 7, 8, 2, 4].

recours aux analgésiques et à une imagerie diagnostique moins importante *(tableau 1)*.

Du point de vue des patient·es et des professionnel·les imliqué·es, l'interprofessionnalisme dans les services d'urgence répond à un besoin [5, 6], même si l'effort organisationnel nécessaire pour fournir un tel service est relativement élevé. L'expérience internationale montre que les systèmes de santé ne peuvent que profiter de l'introduction de la physiothérapie dans les services d'urgence et que les traitements deviennent plus efficaces et plus rentables [1, 7, 8, 2, 4].

Balz Winteler, PT MSc, ist Schwerpunktleiter Muskuloskelettal und Leiter Fachentwicklung am Institut für Physiotherapie, Insel Gruppe.

Prof. Dr. **Kai-Uwe Schmitt** ist Leiter der Akademie-Praxis-Partnerschaft zwischen der Berner Fachhochschule und der Insel Gruppe.

Balz Winteler, PT MSc, est chef du service musculo-squelettique et responsable du développement spécialisé à l'Institut de physiothérapie du Groupe de l'Île.

Prof. **Kai-Uwe Schmitt,** PhD, dirige le partenariat académico-pratique entre la Haute École spécialisée de Berne et le Groupe de l'Île.

Literatur I Bibliographie

1. Taylor NF, Norman E, Roddy L et al. Primary contact physiotherapy in emergency departments can reduce length of stay for patients with peripheral musculoskeletal injuries compared with secondary contact physiotherapy: a prospective non-randomised controlled trial. Physiotherapy. 2011; 97: 107-114.
2. Sutton M, Govier A, Prince S et al. Primary-contact physiotherapists manage a minor trauma caseload in the emergency department without misdiagnoses or adverse events: an observational study. J Physiother. 2015; 61: 77-80.
3. Schulz P, Prescott J, Shifman J et al. Comparing patient outcomes for care delivered by advanced musculoskeletal physiotherapists with other health professionals in the emergency department – A pilot study. Australas Emerg Nurs J. 2016; 19: 198-202.
4. Bird S, Thompson C, Williams KE. Primary contact physiotherapy services reduce waiting and treatment times for patients presenting with musculoskeletal conditions in Australian emergency departments: an observational study. J Physiother. 2016; 62: 209-214.
5. Ferreira GE, Traeger AC, O'Keeffe M et al. Staff and patients have mostly positive perceptions of physiotherapists working in emergency departments: a systematic review. J Physiother. 2018; 64: 229-236.
6. Gill SD, Stella J, McManus L. Consumer preferences regarding physiotherapy practitioners and nurse practitioners in emergency departments – a qualitative investigation. J Interprof Care. 2019; 33: 209-215.
7. Hoskins R. Evaluating new roles within emergency care: a literature review. Int Emerg Nurs. 2011; 19: 125-140.
8. Mitton G, Dionne F. Valuation of Physiotherapy Services in Canada; CPA report using MCDA analysis for determining value of physiotherapy services; 2012.