

Bewegungsförderung am Universitätsspital Basel

Promotion du mouvement à l'hôpital universitaire de Bâle

PETER SUTER, FLORIAN GROSSMANN

Die Bewegungskompetenz von PatientInnen und Mitarbeitenden erhöhen – darauf zielt die Bewegungsförderung am Universitätsspital Basel ab. Die Entwicklung und Umsetzung dieses interprofessionellen Projekts verläuft schrittweise.

La promotion du mouvement à l'hôpital universitaire de Bâle vise à accroître les compétences des patient·es et du personnel en matière d'activité physique. Le développement et la mise en œuvre de ce projet interprofessionnel avancent pas à pas.

Bewegung ist die zentrale Aktivität des täglichen Lebens. Wissenschaftliche Evidenz und die Erfahrungen aus dem Alltag belegen: Mobilität fördert Selbstvertrauen sowie Selbstmanagement und trägt somit zu Wohlbefinden und Lebensqualität der Person bei. Im Akutspital beugt sie einerseits Komplikationen vor [1, 2], andererseits erhöht sich bei Inaktivität das Risiko von «Hospital-Associated Disability» [3, 4]. Zudem trägt Bewegung zur Genesung bei und ist ein wesentlicher Bestandteil der (Früh-)Rehabilitation im Akutspital [5]. Bewegung zu erhalten und zu fördern sind zentrale Aufgaben in der Physiotherapie und auch ein wesentlicher Bestandteil im Pflegeprozess.

Bouger constitue l'activité centrale de la vie quotidienne. Les preuves scientifiques et l'expérience quotidienne en attestent: la mobilité favorise la confiance en soi et l'autogestion, donc le bien-être et la qualité de vie des personnes. Dans les hôpitaux de soins aigus, la mobilité permet aussi bien de prévenir les complications [1, 2] que de réduire le risque d'incapacités associées à l'hospitalisation en rapport avec l'inactivité [3, 4]. De plus, l'activité physique contribue au rétablissement et fait partie intégrante de la rééducation (précoce) dans les hôpitaux de soins aigus [5]. Le maintien et la promotion du mouvement sont des tâches centrales de la physiothérapie et ils constituent aussi un élément essentiel du processus de soins.

«Lassen Sie ältere Menschen nicht im Bett liegen»

Bei Hospitalisation die Immobilisation älterer Menschen zu vermeiden ist eine der fünf Smarter-Medicine-Empfehlungen zur stationären Allgemeinen Inneren Medizin und der Gerontologischen Pflege.¹ Die DRG-Begleitforschung zeigte allerdings auf: Mobilisation gehört zu den Pflegemassnahmen, die bei Zeitmangel am ehesten weggelassen werden [6].

Dies veranlasste die Direktion Pflege/MTT des Universitätsspital Basel (USB) im Jahr 2017, das Projekt «Förderung der Bewegungskompetenz von PatientInnen und Mitarbeitenden» zu initiieren. Die Projektziele lauten:

- Förderung des Bewusstseins über die Bedeutung des Bewegungsverhaltens bei PatientInnen und Mitarbeitenden
- Optimierung der gezielten Unterstützung der PatientInnen bei der Bewegung durch die verschiedenen Professionen

«Ne pas laisser les personnes âgées au lit»

Éviter l'immobilisation des personnes âgées est l'une des cinq recommandations de Smarter-Medicine pour les patient·es hospitalisé·es en médecine interne générale¹. L'étude d'accompagnement des DRG (*diagnosis related groups*) a montré que la mobilisation fait partie des



Essen am Tisch – anstelle im Bett – fördert die Mobilität. | Les repas à table – plutôt qu'au lit – encourage la mobilité.

¹ Die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin und die Akademische Fachgesellschaft für Gerontologische Pflege verfassten Top-5-Listen: www.smartermedicine.ch/de/top-5-listen/stationaere-allgemeine-innere-medicin.html; www.smartermedicine.ch/de/top-5-listen/gerontologische-pflege.html

¹ Cette liste de cinq recommandations a été établie par la Société suisse de médecine interne générale et la Société scientifique des soins en gérontologie: www.smartermedicine.ch/fr/liste-top-5/medecine-interne-generale-hospitaliere.html; www.smartermedicine.ch/fr/liste-top-5/soins-geriatriques.html

- Vernetzung der interprofessionellen Expertinnen und Experten.

Projektorganisation und Arbeitsweise

Organisatorisch wurde eine Steuergruppe mit Mitgliedern aus der Pflege, der Ärzteschaft und den Therapien gebildet, sowie eine Kerngruppe «Bewegungsförderung» mit Fachpersonen aus Therapie und Pflege. Fachlich sind am USB die Therapien (Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie) über den Leiter Praxisentwicklung und Forschung zusammen mit der Pflege der Direktion Pflege/MTT zugeordnet.

Dieses gemeinsame Dach mit regelmässigem Austausch und kurzen, direkten Informationswegen fördert es, alle Beteiligten bei interdisziplinären Themen früh und rechtzeitig zu involvieren. Gleiche Themen aus der Perspektive der anderen Profession zu diskutieren ist bereichernd und hat sich bewährt. Dies sind auch zentrale Elemente der Methodologie Praxisentwicklung von McCormack, Manley & Titchen [7], mit der die Pflege und die Therapie am USB arbeiten.

Befragung von PatientInnen und Mitarbeitenden

In einem ersten Schritt befragte die Kerngruppe mit semi-strukturierten Interviews PatientInnen und Mitarbeitende der Physiotherapie, Pflege und Ärzteschaft. Inhalt der Befragung waren die hemmenden und fördernden Faktoren für Bewegung im akutstationären Bereich. Aus den Resultaten konnten die Handlungsfelder Wissen, Motivation und Angebote/Infrastruktur zu Mobilität identifiziert werden. Diese Handlungsfelder beschreiben auch Hoyer [8] und Mudge [9].

Der Mobilitätsplan

Anhand des Teilprojekts «Mobilitätsplan» wird exemplarisch das gewählte schrittweise Vorgehen bei der Umsetzung sichtbar. Es lehnt sich an das «Step by step»-Modell nach Grol und Wensing [10] für Veränderungen im Gesundheitswesen an. Das Modell wurde 2020 auch für die Implementierung des niederländischen Projekts «Hospital in Motion» eingesetzt (*Abbildung 1*) [5].

Die Analyse der aktuellen Situation ergab, dass sowohl die PatientInnen wie das Gesundheitspersonal nicht zu jeder Zeit über den Mobilitätsgrad und -fortschritt informiert sind. Hoyer et al. [11] schlugen einen Plan vor, der die verschiedenen Mobilitätsstufen (Bettruhe bis treppenmobil) über mehrere Tage zeigt und in unmittelbarer Umgebung des Patientenbetts sichtbar ist. Die erweiterte Kerngruppe entwarf einen USB-eigenen Plan. Sie testete ihn auf je einer medizinischen und einer chirurgischen Bettenstation. Die erweiterte Kerngruppe schulte Pflege- und Physiotherapiepersonal, informierte die Ärzteschaft und begleitete die Pilotphase.

Die Evaluation zeigte, dass der Mobilitätsplan zu viele und zu differenzierte Mobilitätsstufen aufwies. Eine Vereinfachung mit weniger Mobilitätsgraden wurde gewünscht. Am Patientenbett sind keine Monitore vorhanden, auf denen der

mesures de soins infirmiers les plus susceptibles d'être omises par manque de temps [6].

En 2017, cela a incité la direction des soins infirmiers/professions médico-techniques et thérapeutiques de l'hôpital universitaire de Bâle (USB) à lancer le projet «Promotion de la compétence de mouvement chez les patient-es et le personnel». Ses objectifs sont les suivants:

- encourager chez les patient-es et le personnel la prise de conscience de l'importance de leur comportement en matière de mouvement;
- optimiser l'accompagnement ciblé de l'activité physique des patient-es par les différentes professions;
- mettre les expert-es interprofessionnel-les en réseau.

Organisation du projet et méthode de travail

Sur le plan organisationnel, un groupe de pilotage, constitué de représentant-es des soins infirmiers, du corps médical et des thérapeutes, ainsi qu'un groupe de travail «Promotion du mouvement», composé de thérapeutes et de soignant-es, ont été mis en place. À l'USB, l'ergothérapie, l'orthophonie et la physiothérapie – rattachées au responsable de la recherche et du développement de la pratique professionnelle – sont, à l'instar des soins infirmiers, rattachées à la direction des soins infirmiers/professions médico-techniques et thérapeutiques.

Ce cadre commun, avec des échanges réguliers et de courtes voies d'information directe, favorise l'implication précoce et opportune de toutes les parties dans les questions interdisciplinaires. Échanger sur les mêmes sujets, découvrir le point de vue de l'autre profession est enrichissant et a fait ses preuves. Ce sont des éléments centraux de la méthode de développement de la pratique professionnelle de McCormack, Manley & Titchen [7], sur laquelle se basent les prestations infirmières et thérapeutiques de l'USB.

Enquête auprès des patient-es et du personnel

Dans un premier temps, le groupe de travail a mené des entretiens semi-structurés avec des patient-es et des membres du personnel (physiothérapeutes, personnel infirmier et médecins). Les questions portaient sur les facteurs qui inhibent et ceux qui favorisent l'activité physique dans le secteur hospitalier des soins aigus. Les résultats ont permis d'identifier les champs d'action suivants: connaissance, motivation et offre/infrastructures favorables à la mobilité. Ces champs d'action sont également décrits par Hoyer [8] et Mudge [9].

Plan de mobilité

Le sous-projet «Plan de mobilité» est un exemple de l'approche progressive choisie pour la mise en œuvre. Il s'appuie sur le modèle «pas à pas» de Grol et Wensing [10] pour instaurer le changement dans le secteur de la santé. Ce modèle a aussi été utilisé en 2020 pour la mise en œuvre du projet néerlandais *Hospital in Motion* (*illustration 1*) [5].

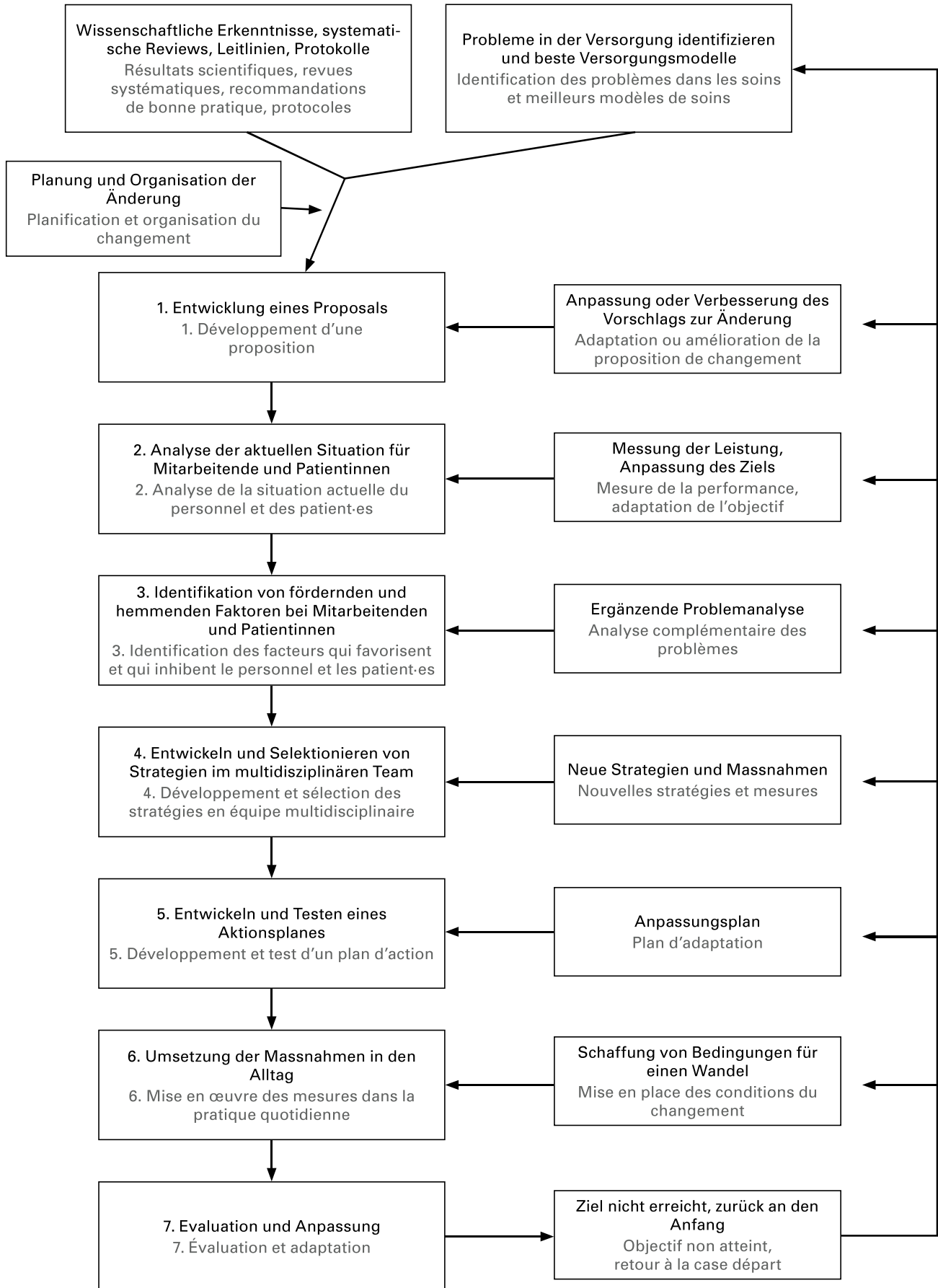




Abbildung 1: «Step by step»-Modell zur Implementierung von Veränderungen im Gesundheitswesen, angelehnt an Grol und Wensing [10]. | Illustration 1: Modèle «pas à pas» de la mise en œuvre de changements dans le secteur de la santé, basé sur Grol et Wensing [10].

Mobilitätsplan

Name _____ / Zimmernummer _____





	Mobilitätsstufe	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:
8	Treppe gehen 1 Stockwerk							
7	Gehen im Korridor							
6	Gehen im Zimmer							
5	Stehen für 1 Minute							
4	Mobilisation Sitz-Stand							
3	Mobilisation an Bettkante							
2	Im Bett aktiv bewegen							
1	Im Bett liegen							

Abbildung 2: Der Mobilitätsplan der Interessengemeinschaft Physiotherapie Rehabilitation Akutspital (IGPTR-A).

Mobilitätsplan abgebildet werden konnte. Deswegen muss dieser als Papierversion in der Umgebung des Patientenbetts sichtbar sein. Dies bedingte einen zusätzlichen Arbeitsschritt, um ihn mit der elektronischen Patientendokumentation abzugleichen – und war ein Hinderungsgrund in der Anwendung.

Die Evaluation ergab weiter, dass sich die Kommunikation mit den Mitarbeitenden von Station zu Station unterscheidet – abhängig von Stellenwert und Wissen zur Bedeutung der Mobilität. Dies ist bei der Planung zu beachten und die Mitarbeitenden sind von Beginn an einzubeziehen.

Der Mobilitätsplan wurde in der Folge in mehreren Schritten und im Austausch mit PhysiotherapeutInnen der Interessengemeinschaft Physiotherapie Rehabilitation Akutspital (IGPTR-A) weiterentwickelt (Abbildung 2).²

Das Spitalhemd hemmt Bewegung

Eine weitere Aktion widmete sich dem Phänomen Spitalhemd. Ein Spitalhemd zu tragen anstelle der eigenen Kleider lässt das Gefühl aufkommen, den ganzen Tag im Bett bleiben und wenig aktiv sein zu müssen. Dies thematisiert die internationale Kampagne «#EndPJparalysis» (PJ: Pyjama). Wir erhoben am USB, wie viele PatientInnen ein Spitalhemd tragen, die eigentlich mobil sind und ihre eigenen Kleider tragen könnten. Nur rund die Hälfte dieser PatientInnen trugen ihre normale Kleidung. Um die Mitarbeitenden zu sensibilisieren, wurde zum jährlichen Summit von «#EndPJparalysis» im Juli über das Intranet informiert.

L'analyse de la situation a montré que les patient-es et le personnel de santé ne sont pas toujours informé-es du niveau de mobilité et de son évolution. Hoyer *et al.* [11] ont proposé un plan qui présente les différents niveaux de mobilité (de l'alitement à la capacité de monter des escaliers) sur plusieurs jours et qui est visible à proximité immédiate du lit des patient-es. Le groupe de travail élargi a conçu son propre plan pour l'USB puis l'a testé dans un service de médecine et un service de chirurgie. Ce même groupe a formé le personnel infirmier et les physiothérapeutes, informé les médecins et accompagné la phase pilote.

L'évaluation a montré que les niveaux du plan de mobilité étaient trop nombreux et trop différenciés. Une simplification était souhaitée (moins de niveaux). De plus, faute d'écrans à proximité des lits des patient-es, le plan de mobilité devait être disponible en version papier, ce qui exigeait un travail supplémentaire pour le faire correspondre à la documentation électronique des patient-es et représentait un obstacle à la mise en œuvre.

L'évaluation a aussi mis en lumière que la communication avec le personnel varie d'un service à l'autre – selon la place et l'importance accordées à la mobilité. Il faut en tenir compte dans la planification et impliquer le personnel dès le départ.


Par la suite, le plan de mobilité a été approfondi en plusieurs étapes et en concertation avec les physiothérapeutes de la communauté d'intérêts Physiothérapie et Rééducation à l'hôpital de soins aigus (IGPTR-A)² (illustration 2).

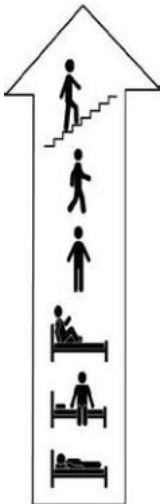
² Comparez l'article Baschung in dieser Ausgabe.

² Voir l'article de P. Baschung dans le présent numéro.

Plan de mobilité

Nom _____ / Numéro de chambre _____





Niveau de mobilité	Date:	Date:	Date:	Date:	Date:	Date:	Date:
8	Monter les escaliers 1 étage						
7	Marcher dans le couloir						
6	Marcher dans la chambre						
5	Se tenir debout 1 min						
4	Mobilisation en position assise						
3	Mobilisation au bord du lit						
2	Bouger activement au lit						
1	Alitement						

Illustration 2: Le plan de mobilité conçu par la communauté d'intérêts Physiothérapie et Rééducation à l'hôpital de soins aigus IGPTR-A.

Hilfsmittel zur Mobilitätsförderung

Das aktuelle Teilprojekt beinhaltet die Verfügbarkeit der Hilfsmittel. Rollatoren, Gehstöcke und «Böckli» unterstützen die Mobilität der PatientInnen. Anzahl, Verfügbarkeit, Einsatz und Wartung dieser Hilfsmittel sind am USB nicht zentral organisiert. Sie sind deswegen vor Ort öfters nicht rasch zur Hand. In Zusammenarbeit mit der Abteilung «Patientenzentriertes Management» führten wir eine spitalweite Inventur durch, wie und wo diese Hilfsmittel eingesetzt werden, sowie deren Zustand und Verfügbarkeit. Mit den Ergebnissen soll die Bewirtschaftung der Hilfsmittel zur Mobilisation neu organisiert werden.

Weitere Massnahmen zur Bewegungsförderung im Akutspital

Bewegungsförderung im Akutspital beinhaltet eine Vielzahl von Massnahmen. Mögliche weitere Themenfelder sind:

Motivation zu Bewegung: Koenders [12] hält fest, dass es nicht reicht, den PatientInnen zu sagen, sie sollen laufen gehen. Einen extrinsischen Anreiz zu Bewegung gibt zum Beispiel ein Parcours im Spital mit QR-Codes. Dahinter verstecken sich Geschichten oder Bilder zum Spital und der Umgebung, ergänzt mit Augmented Reality.

Infrastruktur: Korridore, die nicht verstellt sind; Handläufe, die durchgängig zugänglich sind sowie adäquate und ausreichende Sitzgelegenheiten, auch im Treppenhaus, sind wichtige Aspekte für die Mobilität der PatientInnen.

La chemise d'hôpital inhibe le mouvement

Une autre initiative visait le phénomène de la chemise d'hôpital. Porter une chemise d'hôpital au lieu de ses propres vêtements donne le sentiment de devoir rester au lit toute la journée et être peu actif-ve: ce problème est au cœur de la campagne internationale #End PJ paralysis. À l'USB, nous avons enquêté sur le nombre de patient-es mobiles: seule la moitié environ de ces patient-es portaient leurs vêtements habituels, l'autre moitié était en chemise d'hôpital. Des informations sur le sommet annuel #End PJ paralysis qui s'est tenu en juillet ont été publiées sur l'intranet afin de sensibiliser le personnel.



Die Hälfte der PatientInnen, die eigentlich mobil waren und eigene Kleidung tragen könnten, trug bei einer Erhebung im Universitätsspital Basel ein Spitalhemd. | La moitié des patient-es mobiles qui pouvaient en fait porter leurs vêtements habituels était en chemise d'hôpital au moment de l'enquête réalisée à l'hôpital universitaire de Bâle.

Schrittzahl aufzeigen: Agmon et al. [13] empfehlen für hospitalisierte PatientInnen mindestens 900 Schritte pro Tag. Wie wissen die PatientInnen jedoch, wie viel sie sich effektiv bewegen? Zur Orientierung könnte auf dem Korridor eine Gehstrecke mit durchschnittlich benötigter Schrittzahl markiert oder Schrittzähler eingesetzt werden.

Einbezug der Hotellerie: Eine Aufgabenklärung und Sensibilisierung zum Servicegedanken (Essen ans Bett) und Mobilitätsförderung durch Essen am Tisch ist vorzunehmen.

Ärztliche Visite: Der Besprechung der Mobilität der PatientInnen grössere Bedeutung beizumessen. ÄrztInnen können Mobilisation auch verordnen.

Automatisierte Reportings: Im Vorfeld von elektiven Eingriffen als auch akutstationär können PatientInnen mit Risiko von ungenügender Aktivität im elektronischen Patienteninformationssystem identifiziert werden. Dies ermöglicht es, Therapiemassnahmen rascher zu verordnen.

Wie die Umsetzung gelingt

Ein umfassender und flexibler Rahmen hilft, nachhaltige, koordinierte interprofessionelle Interventionen zu schaffen, die letztlich die klinische Praxis signifikant verändern. Darauf deutet die Arbeit von Zisberg [14] zu Mobilität im Spital hin. Folgende drei Hauptthemen sind für den Erfolg entscheidend und müssen vor der Implementierung erhoben werden:

- Die Erwartungen von PatientInnen, Familien und KlinikerInnen
- Die Rolle der Beteiligten bei der Mobilität hängt von der Spitalumgebung, der Infrastruktur, der Kultur und den Ressourcen ab.
- Teamarbeit schafft erfolgreiche Mobilität im Spital. Ein Mangel an Koordination und Kooperation verzögert die Mobilisierung.

Eigene Erfahrungen zeigen: KlinikerInnen und PatientInnen erachten die Mobilität als wesentlich. Die Projekte zur Bewegungsförderung müssen sich jedoch gegenüber der Tagesaktualität sowie fachlichen oder organisatorischen Themen behaupten. Dies kann die Umsetzung verzögern oder zum Erliegen bringen.

Der Erfolg hängt daher stark von den strukturellen und kulturellen Rahmenbedingungen des Spitals, der administrativen Unterstützung, der Unterstützung durch die Führung, der Klarheit der beruflichen Rollen und der Teamarbeit ab. Bereits in der Planungsphase eines jeden (Teil-)Projektes müssen die Rollen und die Aufgaben (inklusive der nötigen Handlungsspielräume) aller Projektmitglieder festgehalten und kommuniziert werden. Dies fordert ein hohes Mass an Engagement und Commitment aller Beteiligten sowie gegenseitiges Vertrauen im Handeln. ■

Aides à la mobilité

Le sous-projet actuel concerne la mise à disposition d'aides à la mobilité. Déambulateurs, cannes et cadres de marche favorisent la mobilité des patient·es. À l'USB, le nombre, la disponibilité, l'utilisation et la maintenance de ces aides ne sont pas gérés de manière centralisée. Par conséquent, il arrive souvent qu'elles ne soient pas disponibles rapidement sur place. En collaboration avec le département de la gestion centrée sur les patient·es, nous avons dressé un inventaire à l'échelle de tout l'hôpital afin de savoir comment et où ces aides sont utilisées ou encore connaître leur état et leur disponibilité. Les résultats doivent servir à en réorganiser la gestion.

Autres mesures pour encourager le mouvement dans les secteurs hospitaliers de soins aigus

La promotion du mouvement dans les secteurs hospitaliers de soins aigus englobe un grand nombre de mesures. Voici d'autres axes d'action envisageables:

Motivation à bouger: Koenders [12] affirme qu'il ne suffit pas de dire aux patient·es de marcher. Une incitation extrinsèque à l'exercice pourrait par exemple revêtir la forme d'un parcours dans l'hôpital, jalonné de codes QR. Ces derniers révéleraient des histoires ou des images de l'hôpital et de ses alentours, complétées par de la réalité augmentée.

Infrastructure: des couloirs non encombrés, des mains courantes accessibles partout ainsi que des sièges adéquats et en quantité suffisante, également dans les cages d'escalier, constituent des aspects importants pour encourager la mobilité des patient·es.

Affichage du nombre de pas: Agmon [13] recommande un minimum de 900 pas par jour pour les patient·es hospitalisé·es. Mais comment mesurer effectivement le nombre de pas effectués? À titre indicatif, on pourrait marquer dans le couloir une distance de marche avec le nombre moyen de pas nécessaires pour la parcourir ou utiliser des podomètres.

Implication du service hôtelier: il convient de clarifier les tâches et de sensibiliser à la notion de service (repas au chevet du malade) ainsi qu'à la promotion de la mobilité par des repas à table.

Visites médicales: il faudrait accorder plus d'importance à la discussion sur la mobilité des patient·es. Les médecins peuvent également la prescrire.

Rapports automatisés: en amont d'interventions électives, mais aussi dans le cadre d'une hospitalisation en soins aigus, on peut identifier dans le système électronique d'information les patient·es qui présentent un risque d'activité insuffisante.

Literatur | Bibliographie

1. Kortebein, P., Ferrando, A., Lombardi, J., Wolfe, R., & Evans, W. J. (2007). Effect of 10 Days of Bed Rest on Skeletal Muscle in Healthy Older Adults. *JAMA*, 297(16), 1769.
2. Saunders, C. B. (2015). Preventing secondary complications in trauma patients with implementation of a multidisciplinary mobilization team. *Journal of Trauma Nursing*, 22(3).
3. Covinsky, K. E., Pierluissi, E., & Johnston, C. B. (2011). Hospitalization-associated disability «She was probably able to ambulate, but I'm not sure.» *JAMA – Journal of the American Medical Association*, 306(16), 1782–1793.
4. Surkan, M. J., & Gibson, W. (2018). Interventions to Mobilize Elderly Patients and Reduce Length of Hospital Stay. *Canadian Journal of Cardiology*, 34(7), 881–888.
5. Van Delft, L. M. M., Bor, P., Valkenet, K., Slooter, A. J. C., & Veenhof, C. (2020). The Effectiveness of Hospital in Motion, a Multidimensional Implementation Project to Improve Patients' Movement Behavior During Hospitalization. *Physical Therapy*, 100(12), 2090–2098.
6. Kleinknecht, M. Referat am Abschluss Symposium «Monitoring der Arbeitsumgebungs- und Pflegequalität» in Aarau, 28. September 2021. www.monitoringpflege.ch
7. McCormack, B., Manley, K. & Titchen, A. (2013). *Practice development in nursing and healthcare*. Chichester: John Wiley & Sons.
8. Hoyer, E. H., Brotmann, D. J., Chan, K., & Needham, D. M. (2015). Barriers to Early Mobility of Hospitalized General Medicine Patients: Survey Development and Results. *Am J Phys Med Rehabil*, 94(4), 304–312.
9. Mudge, A. M. et al. (2016). Poor mobility in hospitalized adults of all ages. *Journal of Hospital Medicine*, 11(4), 289–291.
10. Grol, R. (2013). *Improving Patient Care. The Implementation of Change in Clinical Practice*. Chichester, UK: Wiley, BMJ Books.
11. Hoyer, E. H. et al. (2016). Promoting mobility and reducing length of stay in hospitalized general medicine patients: A quality-improvement project. *Journal of Hospital Medicine*, 11(5), 341–347.
12. Koenders, N. et al. (2020). "I'm not going to walk, just for the sake of walking...": a qualitative, phenomenological study on physical activity during hospital stay. *Disability and Rehabilitation*, 42(1), 78–85.
13. Agmon, M., Zisberg, A., Gil, E., Rand, D., Gur-Yaish, N., Azriel, M. (2017). Association Between 900 Steps a Day and Functional Decline in Older Hospitalized Patients. *JAMA Intern Med*. Feb 1;177(2):272-274.
14. Zisberg, A., Agmon, M., Gur-Yaish, N., Rand, D., Hayat, Y., Gil, E. (2018). WALK-FOR team. No one size fits all – the development of a theory-driven intervention to increase in-hospital mobility: the «WALK-FOR» study. *BMC Geriatr*. Apr 13;18(1):91.

Cela permettrait de prescrire plus rapidement des mesures thérapeutiques.

Réussir la mise en œuvre

Un cadre complet et flexible permet de réaliser des interventions interprofessionnelles coordonnées et durables qui, en fin de compte, modifient considérablement la pratique clinique. C'est la conclusion du travail de Zisberg [14] sur la mobilité dans les hôpitaux. Trois aspects décisifs à la réussite doivent être clarifiés avant la mise en œuvre:

- Les attentes des patient-es, de leurs familles et des clinicien·nes;
- Le rôle des parties prenantes dans la mobilité, qui dépend de l'environnement hospitalier, de l'infrastructure, de la culture et des ressources;
- Le travail d'équipe permet une mobilité réussie à l'hôpital. Un manque de coordination et de coopération retarde la mobilisation.

Notre propre expérience le montre: les clinicien·nes et les patient-es considèrent que la mobilité est essentielle. Cependant, les projets d'encouragement de la mobilité doivent s'affirmer face à l'actualité et aux enjeux professionnels ou organisationnels, au risque de voir la mise en œuvre retardée ou bloquée.

La réussite dépend donc largement des conditions-cadres structurelles et culturelles de l'hôpital, du soutien administratif et de la direction, de la clarification des rôles professionnels et du travail en équipe. Dès la phase de planification de tout (sous-)projet, les rôles et les tâches (y compris les champs d'action nécessaires) de chaque membre du projet doivent être définis et communiqués. Cela exige beaucoup d'engagement et d'implication de la part de toutes les parties concernées, ainsi qu'une confiance mutuelle dans leurs actions. |



Peter Suter, MScPT, ist Leiter Praxisentwicklung und Forschung Therapien am Universitätsspital Basel und Mitglied in der Kerngruppe «Bewegungsförderung». Zudem ist er in der Arbeitsgruppe «Hospital in Motion» der IGPTA-A aktiv.

Peter Suter, MScPT, est responsable de la recherche et du développement de la pratique professionnelle à l'hôpital universitaire de Bâle et membre du groupe de travail «Promotion du mouvement». Il est par ailleurs membre du groupe de travail *Hospital in Motion* de l'IGPTA-A.



Florian Grossmann, MSc, ist Fachleiter Pflege im Departement Akutmedizin am Universitätsspital Basel und Mitglied der Kerngruppe «Bewegungsförderung».

Florian Grossmann, MSc, est responsable des soins infirmiers au département de médecine aiguë de l'hôpital universitaire de Bâle et est membre du groupe de travail «Promotion du mouvement».