

Inaktivität im Spital

L'inactivité à l'hôpital

BARBARA GUBLER-GUT

Die meisten PatientInnen im Spital verbringen den Tag vorwiegend im Bett – auch ohne medizinischen Grund. Diese Inaktivität wirkt sich negativ auf ihre Erholung aus und zieht bei älteren PatientInnen nicht selten Funktionsverluste nach sich.

Inaktivität ist die vierthäufigste Todesursache weltweit [1]. In der Schweiz sind zwei Prozent der vorzeitigen Todesfälle direkt auf Inaktivität zurückzuführen [2]. Hypertonie, ischämische Herzerkrankungen, Hirnschläge, Kolonkarzinome, Diabetes Typ 2 und Brustkrebs sind die häufigsten damit direkt in Zusammenhang stehenden Krankheitsbilder. Der Anteil an vorzeitigen Todesfällen scheint in der Schweiz im weltweiten Vergleich relativ gering zu sein. Dies im Wissen, dass 65 Prozent der Bevölkerung einen aktiven Lebensstil führen. Dennoch bewegen sich 35 Prozent der Schweizerinnen und Schweizer zu wenig [3]. Sie erreichen die Bewegungsempfehlungen der WHO und des BASPO von 2½ h pro Woche Alltagsaktivität oder Sport von mittlerer Intensität oder 1¼ h pro Woche hoher Intensität nicht. Über die Lebensspanne betrachtet, nimmt im Alter der Anteil der Bevölkerung mit einem ungenügenden Bewegungsverhalten zu.

Neben den vorzeitigen Todesfällen verursacht die Inaktivität erhebliche direkte und indirekte medizinische Kosten. Es wird von 1,2 Prozent der medizinischen Kosten in der Schweiz im Jahr 2013 ausgegangen [4].

«Exercise is medicine»

Die American Medical Association (AMA) und das American College of Sport Medicine (ACSM) gründeten 2007 die globale Gesundheitsinitiative «Exercise is medicine». Sie anerkennt die beschriebene Public-Health-Problematik und verfolgt das Ziel, die physische Aktivität, ihre systematische Erfassung und Behandlung in der primären, sekundären und tertiären Prävention zu etablieren. Die Vision lautet: Bei jedem Arztbesuch den Aktivitätslevel analog einem klassischen Vitalparameter erheben – und prüfen, ob die Patientinnen und Patienten die adaptierten Bewegungsempfehlungen gemäss Guidelines einhalten. Basierend auf den Ergebnissen, findet eine Aktivitätsberatung integriert in die medizini-

La plupart des patient·es hospitalisé·es passent la majeure partie de la journée au lit, même sans raison médicale. Cette inactivité a un impact négatif sur leur rétablissement; de plus, elle entraîne souvent une perte de fonction chez les patient·es âgé·es.

L'inactivité est la quatrième cause de décès dans le monde [1]. En Suisse, 2 % des décès prématurés sont directement imputables à l'inactivité [2]. Les affections les plus courantes qui y sont directement liées sont l'hypertension, les cardiopathies ischémiques, les accidents vasculaires cérébraux, le carcinome du côlon, le diabète de type 2 et le cancer du sein. Sachant que 65 % de la population mène un mode de vie actif, la proportion de décès prématurés en Suisse semble relativement faible par rapport au reste du monde. Toutefois, 35 % des Suisses ne font pas assez d'exercice [3]. Ils·elles n'atteignent pas le niveau d'exercice recommandé par l'OMS et l'OFSPPO qui conseillent d'effectuer 2,5 heures hebdomadaires d'activité physique ou de sport d'intensité moyenne ou 1,25 heure hebdomadaire de sport d'intensité élevée. La proportion de la population qui pratique trop peu d'activité physique augmente avec l'âge.

En plus des décès prématurés, l'inactivité entraîne d'importants coûts médicaux directs et indirects. On estime qu'elle représentait 1,2 % des coûts médicaux en Suisse en 2013 [4].

Exercise is medicine

En 2007, l'American Medical Association et l'American College of Sport Medicine ont fondé l'initiative de santé mondiale *Exercise is medicine*. Celle-ci considère l'inactivité comme un problème de santé publique et a pour but de faire pratiquer l'activité physique, de l'enregistrer systématiquement et de l'utiliser dans la prévention primaire, secondaire et tertiaire. L'objectif est le suivant: saisir le niveau d'activité physique à chaque visite chez le médecin – au même titre qu'un paramètre vital classique – et vérifier si les patient·es respectent les recommandations en matière d'activité physique. En fonction des résultats, une consultation en matière

The Physical Activity Vital Sign	
1. On average, how many days per week do you engage in moderate to strenuous exercise (like a brisk walk)?	_____ days
2. On average, how many minutes do you engage in exercise at this level?	_____ minutes
3. Total minutes per week (multiple #1 by #2)	_____ minutes per week

(A) Erhebung des «Physical Activity Vital Sign (PAVS)». I (A) Saisie du Physical Activity Vital Sign (PAVS) (signe vital d'activité physique).



For each statement, please mark yes or no	
1. I am currently physically active (at least 30 minutes per week).	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
2. I intend to become more physically active in the next 6 months.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
3. I currently engage in regular physical activity.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
4. I have been regularly physically active for the past 6 months.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Exercise States of Change – Scoring key	
No to 1, 2, 3, and 4 =	Pre-contemplation stage
No to 1, 3, and 4, Yes to 2 =	Contemplation stage
Yes to 1 and 2, No to 3 and 4 =	Preparation stage
Yes to 1 and 3, Yes or No to 2, No to 4 =	Action stage
Yes to 1, 3 and 4, Yes or No to 2 =	Maintenance stage

(B) Erhebung des «State of Change» gemäss dem Stufenmodell der Verhaltensänderung (transtheoretisches Modell). I (B) Saisie de l'étape de changement selon le modèle transthéorique de changement.

Tabelle 1: Interventionsplanung, basierend auf dem PAVS (A) und dem State of Change (B). Der PAVS ist auf Deutsch nicht validiert. Auszug aus: Healthcare Providers' Action Guide, www.exercisemedicine.org | Tableau 1: Plan d'intervention basé sur le signe vital d'activité physique (A) et l'étape de changement (B). Ce questionnaire n'est pas validé en français. Extrait de: Healthcare Providers' Action Guide, www.exercisemedicine.org

sche Behandlung statt. Dazu wurden die beiden Kurz-Assessments «Exercise Vital Signs EVS» [5] und «Physical Activity Vital Signs PAVS» [6] im amerikanischen Kontext validiert und implementiert (Tabelle 1). Der minimale Aufwand bei der Erfassung lässt es zu, diese Assessments breit einzusetzen.

Auch im Gesundheitswesen der Schweiz gibt es Bestrebungen, Bewegung als Therapie im Sinn eines verschriebenen Bewegungsrezepts gezielt einzuführen. Das Bundesamt für Gesundheit hat dazu erste Schritte unternommen [7].

Über 90 Prozent der Zeit verbringen PatientInnen im Spital inaktiv

Ausreichend physische Aktivität, um die Gesundheit zu erhalten und wiederherzustellen, ist auch in der akutstationären Versorgung zunehmend Thema. Internationale Zahlen zeigen: Im Spital verbringen Patientinnen und Patienten ohne medizinischen Restriktionen 0,2–9 Prozent ihrer täglichen Zeit aktiv (stehend/gehend) – und entsprechend 91 Prozent und mehr inaktiv (sitzend/liegend) [8]. Konkrete Daten aus der Schweiz liegen zurzeit nicht vor. Die Vermutung liegt nahe, dass ähnlich hohe Inaktivitätswerte erzielt werden.

Die negativen Effekte von Bettruhe

Die Inaktivität wirkt sich drastisch auf den Regenerationsprozess aus, insbesondere bei älteren Personen. Bei gesunden Probandinnen und Probanden sind bei einer zehntägigen Bettruhe unter anderem ein vermindertes Plasmavolumen, eine orthostatische Dysregulation, eine gestörte Muskelproteinsynthese, eine Reduktion des intramuskulären Blutflusses sowie der muskulären Kapilarisation und damit einher-

d'activité physique est intégrée au traitement médical. À cet effet, les deux brefs questionnaires *Exercise Vital Sign* [5] et *Physical Activity Vital Sign* [6] ont été validés et intégrés dans la pratique médicale aux États-Unis (tableau 1). Le travail minime que requiert la saisie des résultats permet une large utilisation de ces données.

Le système de santé suisse s'efforce également d'introduire l'activité physique comme traitement au sens d'une prescription d'exercices à faire. L'Office fédéral de la santé publique a fait les premiers pas dans ce sens [7].

Les patient-es sont inactif-ves pendant plus de 90% de leur séjour à l'hôpital

Dans le cadre des soins aigus en milieu hospitalier, la question de l'activité physique suffisante pour maintenir et rétablir la santé gagne en importance. Les chiffres de nombreux pays le montrent bien: à l'hôpital, les patient-es qui n'ont pas de restriction médicale de mobilité sont actif-ves de 0,2 à 9 % de leur temps (debout/marche); ils-elles sont par conséquent inactif-ves (assis/couchés) 91 % ou plus de leur temps [8]. Il n'existe actuellement pas de données concrètes pour la Suisse, mais on peut supposer que les valeurs d'inactivité y sont comparables.

Les effets négatifs de l'alitement

L'inactivité a un effet radical sur le processus de régénération, surtout chez les personnes âgées. Chez les personnes en bonne santé, une période de dix jours d'alitement entraîne une réduction du volume plasmatique, une dysrégulation orthostatique, une altération de la synthèse des protéines mus-

gehend ein Verlust an Muskelmasse sichtbar. Weiter beeinträchtigt die Inaktivität die Gleichgewichtskontrolle, sie erhöht den Blutdruck sowie den Puls und reduziert das FEV1¹. Die Risiken für Infektionen, Pneumonien, Dekubiti und Beinvenenthrombosen steigen. Die inaktivitätsbedingten physiologischen Veränderungen in Kombination mit dem natürlichen Alterungsprozess, dem emotionalen Stress des Spitalaufenthalts, einem suboptimalen Ernährungszustand und einer allfälligen kognitiven Einschränkung senken die Regenerationskapazität der Patientinnen und Patienten deutlich. Sichtbar werden diese Effekte als «Hospital-Associated Disabilities» [9].

Hospital-Associated Disabilities

«Hospital-Associated Disabilities» sind definiert als während des Spitalaufenthalts erworbene Funktionsverluste bei den Aktivitäten des täglichen Lebens. Synonym werden die Begriffe «Hospital-Associated Deconditioning» und «Hospital-Associated Functional Disability» verwendet. Circa 30 Prozent der Patientinnen und Patienten über 65 Jahre erleiden während ihres Spitalaufenthalts einen solchen Funktionsverlust [10]. Risiken dafür sind ein tiefes Aktivitätsniveau (5,6 ODDs²) [11], Malnutrition, die Abhängigkeit von Health Professionals, der Schweregrad der Erkrankung, eine nicht koordinierte Austrittsplanung und die mangelnde Unterstützung zu Hause. Dies erhöht das Risiko (6 ODDs) für einen frühzeitigen Eintritt in eine Langzeitinstitution [11]. Eine grosse Anzahl an Patientinnen und Patienten weist einen Monat nach Spitalaustritt weiterhin Funktionseinschränkungen im täglichen Leben auf und benötigt ambulante Langzeitunterstützung.

900 Schritte pro Tag als kritische Grösse

Möglichkeiten, das Aktivitätsniveau von Patientinnen und Patienten im Spital zu messen, sind die Anzahl getätigter Schritte (Accelerometer), Bewegungstagebücher/-protokolle oder «Behavioural Mapping³». Der Range der Schrittzahl während eines Spitalaufenthalts liegt zwischen 250 bis 1146 Schritte/Tag [13]. Die tägliche Schrittzahl von 900 Schritten wird als kritische Grösse betrachtet. Erreichen die Patientinnen und Patienten diesen Wert nicht, so steigt das Risiko für eine Hospital-Associated Disability deutlich an. Einen Tag nach Spitalaustritt verdoppeln die meisten Patientinnen und Patienten ihre Schrittzahl. Daraus lässt sich schliessen, dass sie ihr Aktivitätspotenzial während des Spitalaufenthalts nicht ausschöpfen.

¹ FEV1: forciertes expiratorisches Volumen in der ersten Sekunde.

² Das Odds Ratio ist ein Mass der Effektstärke und beschreibt die Stärke des Zusammenhangs bzw. die Unabhängigkeit zweier binärer Variablen. Interpretation: Ist das Odds Ratio grösser als 1, können wir davon ausgehen, dass es eine Assoziation zwischen Merkmal A und Merkmal B gibt, und zwar so, dass ein Vorhandensein von Merkmal A die Wahrscheinlichkeit für das Vorhandensein von Merkmal B erhöht.

³ «Behavioral Mapping» ist ein methodisches Vorgehen der Verhaltenskartografie. Durch Beobachtung werden Nutzerbewegungen im Raum visuell erfasst und Verhaltensweisen oder Nutzerbedürfnisse erkannt.



PatientInnen im Spital sind 91 Prozent der Zeit inaktiv. | A l'hôpital, les patient-es sont inactif-ves pendant 91% de leur séjour.

culaires, une réduction du flux sanguin intramusculaire et de la capillarisation musculaire ainsi qu'une perte concomitante de la masse musculaire. L'inactivité nuit également au contrôle postural, augmente la pression artérielle et le pouls, réduit le volume expiratoire forcé par seconde (VEF1); les risques d'infections, de pneumonies, d'escarres et de thromboses veineuses des jambes augmentent. Les changements physiologiques liés à l'inactivité, combinés au processus naturel de vieillissement, au stress émotionnel de l'hospitalisation, à un état nutritionnel sous-optimal et à d'éventuels troubles cognitifs, réduisent considérablement la capacité de régénération des patient-es. Ces effets se manifestent sous la forme d'incapacités associées à l'hospitalisation [9].

Incapacités associées à l'hospitalisation

Les incapacités associées à l'hospitalisation sont des pertes fonctionnelles dans les activités de la vie quotidienne dues à une hospitalisation. Les expressions déconditionnement associé à l'hospitalisation et déconditionnement fonctionnel associé à l'hospitalisation sont utilisées comme synonymes. Environ 30% des patient-es âgé-es de plus de 65 ans subissent une telle perte fonctionnelle pendant leur séjour à l'hôpital [10]. Les facteurs de risque sont un faible niveau d'activité physique (OR: 5,6¹) [11], la malnutrition, une dépendance vis-à-vis des professionnel·les de santé, le degré de sévérité de la maladie, un manque de coordination dans la planification de la sortie de l'hôpital et un manque de soutien

¹ L'odds ratio mesure l'ampleur de l'effet et décrit à quel point deux variables binaires sont associées entre elles ou indépendantes l'une de l'autre. *Interprétation:* si l'odds ratio est supérieur à 1, on peut supposer qu'il existe une association entre la caractéristique A et la caractéristique B – la présence de la caractéristique A augmente alors la probabilité que la caractéristique B soit présente. Et inversement, si l'odds ratio est inférieur à 1.



Bettenzentrierte Versorgung: Alle Prozesse laufen rund um das Spitalbett ab. | Soins centrés sur le lit: tous les processus se déroulent autour du lit des patient-es.

Die bettenzentrierte Versorgung

Die Aktivität im Spital zu fördern ist sehr herausfordernd, denn die Gründe für Inaktivität sind vielschichtig und multidimensional. Faktoren, welche die Aktivität im Spital beeinflussen, werden in den Bereichen Patient/Patientin, Angehörige, Health Professional, Organisation (Spitalorganisation, Prozesse, Infrastruktur) und Kultur verortet.

Betrachtet man die Entwicklung der akutstationären Versorgung über die Jahrhunderte, so ist sie geprägt von den zeitgenössischen Möglichkeiten und dem medizinischen Fortschritt: Sie verlief von einer primären Seucheneindämmung zur Entwicklung potenter Medikamente und damit einhergehenden Möglichkeiten der Kuration bis zur heutigen Technologisierung, Industrialisierung und Ökonomisierung.

Der Wandel führte zu einer «bettenzentrierten Versorgung», bei der die Prozesse rund um das Patientenbett ablaufen: Die Health Professionals sind in engem Zeitrahmen darum herum organisiert. Das führte dazu, dass Patientinnen und Patienten mit dem Spitaleintritt ihre Verantwortung zur Genesung oder Verbesserung der Lebensqualität zugunsten der Effizienz an die Health Professionals abgeben. Die Organisation ist funktional-praktisch ausgerichtet, wiedererkennbar in den baulichen Rahmenbedingungen und den Prozessen. Ein gemeinsames interprofessionelles Verständnis von Aktivität und ihrer Bedeutung für den Regenerationsprozess ist nur teilweise vorhanden.

Barrieren für Aktivität im Spital

In diesem Kontext stehen die Barrieren zur Aktivitätsförderung. Als hinderlich nennen Health Professionals im internationalen Kontext die Angst vor weiter zunehmender Arbeitslast, keine zeitlichen Ressourcen, ungeklärte Verantwortlichkeiten, wenig Skills im Bereich der komplexen Mobi-

à domicile. Les pertes fonctionnelles liées à l'hospitalisation augmentent le risque (OR: 6) d'une admission précoce dans un établissement de soins de longue durée [11]. Un grand nombre de patient-es présentent encore des limitations fonctionnelles dans la vie quotidienne un mois après leur sortie de l'hôpital et nécessitent un soutien ambulatoire à long terme.

900 pas par jour comme valeur critique

On peut mesurer le niveau d'activité physique des patient-es hospitalisé-es au moyen du nombre de pas effectués (accéléromètre), de journaux/rapports de l'activité physique ou du *behavioural mapping*². Le nombre de pas effectués pendant un séjour à l'hôpital se situe dans une fourchette entre 250 et 1146 pas/jour [13]. La valeur critique est fixée à 900 pas/jour. Si les patient-es n'atteignent pas cette valeur, le risque d'une incapacité associée à l'hospitalisation augmente considérablement. Un jour après la sortie de l'hôpital, le nombre de pas double chez la plupart des patient-es. On peut en conclure que leur potentiel d'activité physique n'a pas été épuisé pendant leur séjour à l'hôpital.

Des soins centrés sur le lit

Soutenir l'activité physique à l'hôpital est un véritable défi, car les raisons de l'inactivité sont complexes et multidimensionnelles. Les facteurs qui influencent l'activité physique à l'hôpital se situent au niveau du de la patient-e, des proches, des professionnel·les de santé, de l'organisation (organisation hospitalière, processus, infrastructure) et de la culture.

L'évolution des soins hospitaliers aigus au fil des siècles se caractérise par les possibilités de l'époque et les progrès de la médecine: ils sont passés de l'endiguement primaire d'épidémies au développement de médicaments puissants, donc aux possibilités de traitement afférentes, pour aboutir à la technologisation, à l'industrialisation et à l'économisation actuelles.

Cette évolution a conduit à des «soins centrés sur le lit», où les processus se déroulent autour du lit des patient-es: les professionnel·les de santé s'organisent autour du lit, dans un cadre temporel étroit. Cela a conduit à ce que les patient-es, lors de leur entrée à l'hôpital, abandonnent aux professionnel·les de santé leur responsabilité face à leur récupération ou à l'amélioration de leur qualité de vie au profit de l'efficacité. L'organisation est fonctionnelle et pratique, reconnaissable dans son cadre structurel et ses processus. La compréhension interprofessionnelle commune de l'activité physique et de son importance dans le processus de régénération reste partielle.

² Le *behavioral mapping* est un processus méthodique de cartographie comportementale. L'observation permet d'enregistrer visuellement les mouvements des utilisateurs dans l'espace et d'identifier les modèles de comportement ou les besoins des utilisateurs.

lisation sowie den fehlenden Stellenwert der Funktionsfähigkeit oder Aktivität im klinischen Alltag. Zu einem restriktiven Verhalten der Health Professionals führen auch ihre medizinische und physische Einschätzung der Patientin oder des Patienten und die Angst vor Stürzen.

Patientinnen und Patienten sehen ihre Barrieren bei der Schmerzintensität, den Infusionen, beim Katheter und den Drainagen. Ihnen fehlt zudem die Unterstützung durch Health Professionals und sie erkennen die Zielsetzung oder Sinnhaftigkeit der Aktivität nicht – was mit mangelnder Aufklärung und einem wenig attraktiven Umfeld für Bewegung einhergeht.

Ob diese Daten auf die Schweiz übertragbar sind, ist derzeit unklar. Die Arbeitsgruppe «Hospital in Motion» der Interessensgemeinschaft Physiotherapie Rehabilitation Akutspital (IGPTR-A) arbeitet zurzeit an zwei Projekten zur Datenerhebung.⁴

Interprofessionelle Ansätze im Ausland

Basierend auf der Bedeutung der Aktivität und der kulturellen, organisatorischen, baulichen, professionellen und patientenorientierten Einflussfaktoren, werden Bestrebungen hin zu einer patientenzentrierten Versorgung sichtbar: in der Schweiz in Form der steigenden Bedeutung patientenzentrierter Outcomes (PROMS), der vermehrten interprofessionellen Auseinandersetzung und der Aktivitäten der IGPTR-A, in welcher die aktiven Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten der Spitäler zusammengeschlossen sind. International in Form von interprofessionellen Konzepten zur Aktivitätssteigerung im Spital wie «Hospital in Motion» [14] oder der «End PJ Paralysis»-Kampagne⁵ [15].

«Hospital in Motion» ist ein interprofessionelles Implementierungsprojekt aus Holland mit dem Ziel, Aktivität in den Behandlungsprozess zu integrieren. Dem Projekt ist eine Evaluation von spitalspezifischen und lokalen Barrieren vorgegangen. Dabei wurden die Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen systematisch einbezogen. Multidimensionale Massnahmen in den Bereichen Organisation, Umfeld, Health Care Professional, Edukation von Patienten sowie Professionals und Aktivität als täglicher Behandlungsplan wurden definiert und Veränderungen schrittweise implementiert [14]. Das Resultat: Patientinnen und Patienten verbringen weniger Zeit im Bett und werden weniger oft in eine Rehabilitationsklinik verlegt [14].

Aktivitätsinterventionen sind sicher und wirksam

Unidimensionale wie auch multidimensionale Aktivitätsinterventionen im Spital sind sicher und verbessern die Funktionsfähigkeit bei Austritt, dies zeigt eine Übersichtsarbeit [16]. Dabei zeichnet sich ab, dass patientenzentrierte, interprofessionelle Aktivitäten sich positiv auf PROMS auswirken. Ob

Obstacles à l'activité à l'hôpital

C'est dans ce contexte que s'inscrivent les obstacles à la promotion de l'activité physique. Dans le contexte international, les professionnel·les de santé citent comme obstacles la crainte d'accroître la charge de travail, le manque de temps, le manque de responsabilités clairement définies, le faible niveau de compétences dans le domaine de la mobilisation complexe et le manque d'importance accordée à la capacité fonctionnelle ou à l'activité physique dans le quotidien clinique. La réticence des professionnel·les de santé s'explique aussi par leur évaluation médicale et physique du·de la patient·e et la crainte le·la voir chuter.

Pour leur part, les patient·es citent comme obstacles l'intensité de la douleur, les perfusions, les cathéters et les drains. Ils·elles manquent également de soutien de la part des professionnel·les de santé et ne reconnaissent pas le but ou l'utilité de l'activité physique – ce qui va de pair avec un manque d'information et un environnement peu attrayant pour l'activité physique. Pour l'heure, il est difficile de dire si ces données sont transposables à la Suisse. Le groupe de travail *Hospital in Motion* de la communauté d'intérêts *Physiothérapie et Rééducation en Soins aigus* (IGPTR-A) travaille actuellement sur deux projets de collecte de données³.

Approches interprofessionnelles à l'étranger

Selon l'importance de l'activité physique et les facteurs culturels, organisationnels, structurels, professionnels ou axés sur les patient·es, on observe des efforts en faveur de soins centrés sur les patient·es: en Suisse, ils se manifestent dans la signification croissante des résultats centrés sur les patient·es (PROMS), du débat interprofessionnel et des activités de l'IGPTR-A, qui réunit les physiothérapeutes en activité dans les hôpitaux. Au niveau international, ces efforts prennent la forme de concepts interprofessionnels de promotion de l'activité physique dans les hôpitaux tels que *Hospital in Motion* [14] ou la campagne *End-PJ-Paralysis*⁴ [15].



Hospital in Motion est un projet interprofessionnel néerlandais qui vise à intégrer l'activité physique dans le processus de traitement. Le projet a été précédé d'une évaluation des obstacles locaux et spécifiques à l'hôpital. Les patient·es et leurs proches y sont systématiquement impliqué·es. Des

⁴ Comparez l'article de Baschung dans cette édition.

⁵ <https://endpjaralysis.org>. Comparez aussi l'article de Suter dans cette édition.

³ Voir l'article de Baschung dans le présent numéro.

⁴ <https://endpjaralysis.org>. Voir à ce sujet l'article de Suter dans le présent numéro.

der Aktivitätslevel mit der Aufenthaltsdauer korreliert, ist nicht abschliessend geklärt. Es gibt Hinweise, dass das postoperative Aktivitätslevel die Aufenthaltsdauer reduziert. In medizinischen Kliniken mit strukturierten Aktivitätsprogrammen kann bis heute kein deutlicher Effekt auf die Aufenthaltsdauer nachgewiesen werden. Die Aktivitäten reduzierten jedoch die Wahrscheinlichkeit eines Eintritts in eine Langzeitinstitution. |

Literatur | Bibliographie

1. World Health Organization. Global Recommendations on Physical Activity for Health. 2010. www.who.int/dietphysicalactivity/global-PARECS-2010.pdf
2. Mortalität durch Bewegungsmangel (Alter: 35+) | OBSAN. Accessed August 10, 2021. www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/MonAM/mortalitaet-durch-bewegungsmangel-alter-35
3. Gesundheitswirksame Bewegung – Grundlegendokument. HEPA 2013. www.hepa.ch/de/bewegungsempfehlungen.html
4. Mattli R, Wieser S, Probst-Hensch N, Schmidt-Trucksäss A, Schwenkgenks M. Physical inactivity caused economic burden depends on regional cultural differences. *Scand J Med Sci Sports*. 2019;29(1):95-104.
5. Coleman KJ, Ngor E, Reynolds K, et al. Initial validation of an exercise “vital sign” in electronic medical records. *Med Sci Sports Exerc*. 2012;44(11):2071-2076.
6. Sallis RE, Baggish AL, Franklin BA, Whitehead JR. The Call for a Physical Activity Vital Sign in Clinical Practice. *Am J Med*. 2016;129(9):903-905.
7. Nast I, Carlander M, Mattli R, et al. Bewegung als Therapie: Schlussbericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Published online 2020.
8. Pedersen MM, Bodilsen AC, Petersen J, et al. Twenty-four-hour mobility during acute hospitalization in older medical patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2013;68(3):331-337.
9. Lee L, Tran T, Mayo NE, Carli F, Feldman LS. What does it really mean to “recover” from an operation? *Surgery*. 2014;155(2):211-216.
10. Loyd C, Markland AD, Zhang Y, et al. Prevalence of Hospital-Associated Disability in Older Adults: A Meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc*. 2020;21(4):455-461.e5.
11. Brown CJ, Friedkin RJ, Inouye SK. Prevalence and outcomes of low mobility in hospitalized older patients. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52(8):1263-1270.
12. Brown CJ. After Three Decades of Study, Hospital-Associated Disability Remains a Common Problem. *J Am Geriatr Soc*. 2020;68(3):465-466.
13. Kolk D, Aarden JJ, MacNeil-Vroomen JL, et al. Factors Associated with Step Numbers in Acutely Hospitalized Older Adults: The Hospital-Activities of Daily Living Study. *J Am Med Dir Assoc*. 2021;22(2):425-432.
14. van Delft LMM, Bor P, Valkenet K, Slooter AJC, Veenhof C. The Effectiveness of Hospital in Motion, a Multidimensional Implementation Project to Improve Patients’ Movement Behavior During Hospitalization. *Phys Ther*. 2020;100(12):2090-2098.
15. Crabtree A, Lane TJ, Mahon L, et al. The impact of an End-PJ-Paralysis quality improvement intervention in post-acute care: an interrupted time series analysis. *AIMS Med Sci*. 2021;8(1):23-35.
16. Valenzuela PL, Morales JS, Castillo-García A, et al. Effects of exercise interventions on the functional status of acutely hospitalised older adults: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev*. 2020;61:101076.

interventions multidimensionnelles dans les domaines de l’organisation, de l’environnement, des professionnel·les de santé, de l’éducation des patient·es et des professionnel·les de l’activité en tant que plan de traitement quotidien ont été définies et les changements mis en œuvre étape par étape [14]. Résultat: les patient·es passent moins de temps au lit et sont moins souvent transféré·es dans une clinique de rééducation [14].

Les interventions qui portent sur l’activité physique sont sûres et efficaces

Une revue systématique a montré que les interventions unidimensionnelles et multidimensionnelles qui portent sur l’activité physique en milieu hospitalier sont sûres et améliorent la capacité fonctionnelle à la sortie de l’hôpital [16]. Cette étude indique notamment que les activités interprofessionnelles centrées sur les patient·es ont un impact positif sur les PROMS. La corrélation entre le niveau d’activité physique et la durée du séjour à l’hôpital n’a pas encore été établie de manière concluante. Il existe des indications selon lesquelles le niveau d’activité physique postopératoire réduit la durée du séjour. Dans les cliniques médicales qui disposent de programmes d’activité physique structurés, aucun effet significatif sur la durée du séjour n’a été relevé à ce jour. En revanche, l’activité physique réduit la probabilité d’admission dans un établissement de longue durée. |



Barbara Gubler-Gut, PT, MPH, Master in Social Services and Health Care Management, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Universitätsspital Basel sowie Dozentin an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW).

Barbara Gubler-Gut, PT, MPH, Master en Social Services and Health Care Management, collaboratrice scientifique à l’hôpital universitaire de Bâle et chargée de cours à la Haute école zurichoise des sciences appliquées (ZHAW).