

Zeitschrift: Physioactive
Herausgeber: Physioswiss / Schweizer Physiotherapie Verband
Band: 57 (2021)
Heft: 5

Artikel: Das Mobilisationsprogramm am Universitätsspital Lausanne = Le programme de mobilisation du CHUV
Autor: Roulet, Guillaume
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-953488>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 04.05.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Das Mobilisationsprogramm am Universitätsspital Lausanne

Le programme de mobilisation du CHUV

GUILLAUME ROULET

Eine rasche Evaluation, ein Mobilisationsprogramm sowie eine spitalweite Mobilisationskultur stehen im Zentrum des Hospital-in-Motion-Projekts am Universitätsspital Lausanne. Mobilisationsbotschafter und auch Indikatoren helfen beim interprofessionellen Veränderungsprozess hin zu mehr Bewegung.

Une évaluation rapide, un programme de mobilisation ainsi qu'une culture de la mobilisation sont au cœur du projet *Hospital in Motion* du CHUV à Lausanne. Les ambassadeurs de la mobilité ainsi que les indicateurs contribuent à promouvoir le mouvement dans le cadre de la gestion interprofessionnelle du changement.

Der Kampf gegen die Immobilisation von älteren Menschen im Spital gehört zu den obersten Zielen der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin im stationären und geriatrischen Bereich [1]. Eine am Universitätsspital Lausanne (CHUV) durchgeführte Studie ergab eine Korrelation zwischen der körperlichen Aktivität des Patienten, dem Dekubitus-Risiko sowie seiner Rückkehr nach Hause [2]. Die Patienten waren im Spital körperlich nur halb so aktiv wie zu Hause, weniger als 10 Prozent wurden als körperlich aktiv eingestuft [3]. Andere Autoren belegten, dass bei ein bis zwei Drittel aller älteren Patienten ein funktioneller Abbau aufgrund der Hospitalisierung vorlag [4].

Erkenntnisse aus der Literatur in den eigenen Kontext übertragen

Um diese Risiken zu mindern, führte das CHUV 2019 ein evidenzbasiertes Mobilisationsprogramm ein. Eine Literaturrecherche zeigte auf, dass es bereits verschiedene Mobilisationsmodelle [4–7] gibt. Sie alle unterstreichen, wie wichtig es ist, den Mobilitätsgrad des Patienten rasch zu evaluieren (innerhalb von 24 Stunden) und eine progressive, an den Zustand des Patienten angepasste Mobilisation zu beginnen.

La lutte contre l'alitement hospitalier des personnes âgées est un objectif prioritaire de la Société suisse de médecine interne générale [1]. Une étude menée au CHUV a montré une corrélation entre le niveau d'activité physique du



Abbildung 1: Titelseite der Patientenbroschüre: «Bewegung trägt zur Genesung bei». | Illustration 1: Couverture de la brochure destinée aux patients «Bouger aide à la guérison».

Wir haben diese wissenschaftlichen Erkenntnisse in unseren Kontext übertragen. Gemeint sind die Besonderheiten unserer Patienten sowie die Expertise unserer Fachkräfte (Ärzte, Pflege, FaGes, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten). Dies ergab ein Modell, das auf drei Hauptachsen basiert: eine rasche Evaluation, ein Mobilisationsprogramm sowie die spitaleigene Kultur.

Evaluation des Patienten innerhalb von 24 Stunden

Unser Algorithmus basiert auf dem kanadischen Projekt «MOVE ON¹» [7]. Wir haben ihn vereinfacht und nur die Hauptelemente beibehalten, die für eine Rückkehr nach Hause bei vollständiger Autonomie erforderlich sind. Beispielsweise haben wir das Testen des Quadrizeps vor dem Transfer vom Sitzen zum Stehen weggelassen, da wir die Fähigkeit zum Positionswechsel selbst als ausreichend und funktioneller erachten. Um die Früherkennung des Sturzrisikos zu verbessern, haben wir den 1-Minute-Stehetest hinzugefügt (er wird insbesondere im «Activity Measure for Post Acute Care AM-PAC» [8] verwendet).

Der endgültige Algorithmus des CHUV umfasst fünf Elemente: eines zu Kontraindikationen für Mobilisation, zwei zur Fähigkeit zum Positionswechsel (vom Liegen zum Sitzen und vom Sitzen zum Stehen), eines zur Stehfähigkeit (1 Minute) und zwei zum Gehen (im Zimmer und auf dem Flur) (*Abbildung 2*). Die Evaluation erlaubt es, den Patienten in eine der folgenden Kategorien einzustufen:

- A (grün): unabhängig
- B (orange): braucht Überwachung
- C (rot): benötigt physische Hilfe
- D (rot): Patienten mit Bettruhe oder mit besonderer Betreuung.

Die Evaluation wird in der Patientendokumentation festgehalten, alle Fachkräfte können sie dort einsehen. Am Krankenbett sind die Informationen zum Mobilitätsgrad (Niveau A–D) in Form eines Aushangs verfügbar. Wir überprüfen jeweils, ob die Aushänge auch angebracht sind, und messen die Qualität der Angaben in der Patientendokumentation. Nach 6 Monaten war bei der Überprüfung bei 93 Prozent der Patienten ein Aushang vorhanden, und 85 Prozent der Patientendokumentationen waren nach Vorgabe ausgefüllt.

Ein standardisiertes Programm mit Fokus Alltagsaktivitäten

Je nach Mobilitätsgrad (Niveau A–D) wird ein standardisiertes Programm festgelegt. Es basiert auf der selbstständigen Bewältigung der grundlegenden Aktivitäten des täglichen Lebens, insbesondere auf: regelmässiger Positionswechsel vom Liegen zum Sitzen und vom Sitzen zum Stehen, Ermutigung zum selbstständigen Anziehen (und wenn möglich All-

patient, le risque de développer une escarre et la limitation de la capacité à retourner à domicile [2]. Ces patients avaient une activité physique environ deux fois moindre qu'à domicile et moins de 10 % étaient considérés comme physiquement actifs [3]. D'autres auteurs ont montré qu'un à deux tiers des patients âgés hospitalisés présentent un déclin fonctionnel lié à leur hospitalisation [4].

Transposer les résultats de la littérature dans son propre contexte

Afin de limiter ces risques, un programme de mobilisation basé sur une démarche factuelle a été mis en place au CHUV en 2019. Une recherche de littérature indique l'existence de multiples modèles de mobilisation [4–7]: tous soulignent l'importance d'évaluer rapidement le niveau de mobilité du patient (dans les 24 heures) ainsi que de pratiquer une mobilisation progressive et adaptée à son état.

Nous avons mis en corrélation ces données avec notre contexte, les particularités de nos patients et l'expertise de nos professionnels (médecins, infirmiers, assistants en soins et santé communautaire, ergothérapeutes et physiothérapeutes). Le modèle que nous avons retenu comporte trois axes principaux: évaluation du patient dans les 24 heures, programme de mobilisation et modification de la culture de la mobilisation.

Évaluation du patient dans les 24 heures

Notre algorithme est basé sur celui du projet canadien «MOVE ON¹» [7]. Nous l'avons simplifié en ne conservant que les éléments principaux requis pour un retour à domicile en totale indépendance fonctionnelle. Par exemple, nous n'avons pas retenu le test du quadriceps avant le transfert assis-debout, jugeant suffisante et plus fonctionnelle la capacité d'effectuer ce transfert. Afin d'affiner le dépistage du risque de chute, nous avons ajouté la capacité à se tenir debout pendant 1 minute utilisée notamment dans le test *Activity Measure for Post-Acute Care* (AM-PAC) [8].

L'algorithme final du CHUV contient cinq volets: un volet lié aux contre-indications à la mobilisation, deux aux capacités de transfert (couché-assis et assis-debout), un à la capacité à se tenir debout (tenir 1 min) et deux à la marche (en chambre et dans le couloir). L'évaluation permet de catégoriser le patient dans l'un des niveaux suivants (*illustration 2*):

- A / vert (indépendant)
- B / orange (besoin de surveillance)
- C / rouge (besoin d'aide physique)
- D / rouge (patients en lit strict ou avec protocole thérapeutique particulier).

L'évaluation est documentée dans le dossier de soins,

¹ Mobilisation of Vulnerable Elders in Ontario.

¹ Mobilisation of Vulnerable Elders in Ontario.

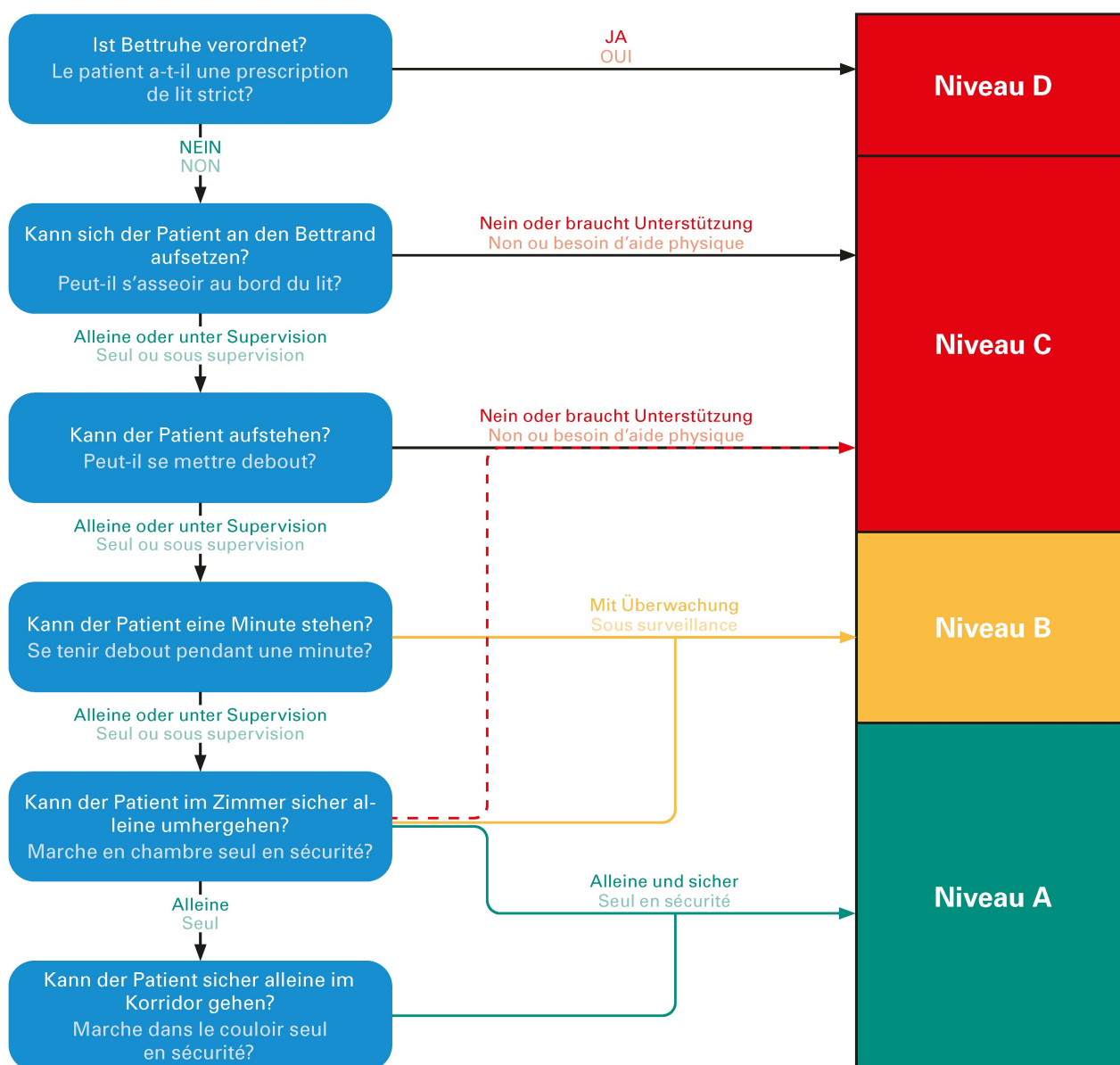


Abbildung 2: Vereinfachter Algorithmus zur Stratifikation der Patienten. | Illustration 2: Algorithme simplifié permettant la stratification du patient.

tagskleidung), die Toilette am Waschbecken machen (statt im Bett), Begleitung des Patienten zum WC (statt Toiletengang im Bett oder auf dem Toilettenstuhl). Alle Mahlzeiten müssen am Tisch eingenommen werden, um die Mobilisation zu fördern, die Nahrungsaufnahme zu erleichtern sowie die Kognition zu stimulieren (Vorbeugung von akuter Verwirrung).

Das Gehen fördern

Auch eine Förderung des Gehens ist sinnvoll. Manche Autoren empfehlen zwischen 900 und 1000 Schritte pro Tag, um einen Verlust der Unabhängigkeit zu vermeiden [9, 10]. Es ist schwierig, eine konkrete Gehdistanz festzulegen, die auf das Alter und Begleiterkrankungen abgestimmt ist. Grundsätzlich ist es jedoch hilfreich, ein Ziel zu setzen. Wir haben uns für

visible par tous les professionnels. Au lit du malade, l'information du niveau de mobilisation est disponible sous forme d'affiche. Nous mesurons la mise en place de ces affiches par des audits de terrain (une affiche était disponible chez 93 % des patients lors de l'audit à 6 mois) et la qualité de la documentation par des extractions du dossier de soins (85 % de dossiers remplis selon les normes sur la même période).

Programme standardisé centré sur les activités quotidiennes

Un programme standardisé a été défini selon le niveau (A/B/C/D). Il s'appuie sur l'autonomisation du patient dans les activités de base de la vie quotidienne (AVQ) et notamment: réaliser régulièrement les transferts couché-assis et assis-debout; stimuler le patient à s'habiller seul et, si possible, en vête-

Niveau A**Tagesziel Objectif du jour**

- Versuchen Sie, pro Tag mehr als 500 m zu gehen
- Essayer de marcher plus de 500 m de marche par jour

- Alleine auf die Toilette gehen (24/24h), sich am Lavabo waschen (oder duschen)
- Aller seul aux WC 24/24, et faire votre toilette au lavabo (ou à la douche)

- Alle Mahlzeiten am Tisch einnehmen
- Prendre tous les repas à table

- Dreimal täglich die Übungen machen
- Fair des exercices activement au minimum 3 fois par jour

- Die Zivilkleider anziehen
- S’habiller avec des habits civils

Abbildung 3: Patienteninformation mit den Bewegungszielen für das Niveau A. | Illustration 3: Exemple de fiche transmise au patient avec les objectifs du jour pour le niveau A.

500 m pro Tag (ca. 900 Schritte) für Patienten mit Niveau A und 250 m für Patienten mit Niveau B entschieden. Dieses Ziel wird anschliessend entweder in eine Anzahl von Korridorlängen pro Tag oder in ein greifbares individuelles Ziel übersetzt (z. B. zur Cafeteria gehen oder eine Ausstellung im Spital ansehen). Wir zählen auch auf Familienmitglieder und Freiwillige, um den Patienten während der Besuchszeit zu Aktivität zu ermuntern.

Eine Broschüre und zwei Übungen

Unser Programm beinhaltet auch auf das Niveau abgestimmte Übungen, die der Patient im Lauf des Tages selbständig durchführen kann. Sie entsprechen den aktuellen Empfehlungen für körperliche Aktivität [10].

Jeder Patient erhält eine Broschüre, in der die Wichtigkeit der Mobilisation und das Projekt erläutert werden (*Abbildung 1*). Zudem geben wir eine Karte ab, auf der das tägliche Programm für seine Kategorie beschrieben ist. Auf der Rückseite des Programms findet der Patient die zwei Übungen, die er tagsüber alleine durchführen kann (*Abbildung 3*).

Die durchgeführten Aktivitäten werden in der Patientendokumentation festgehalten und als Indikatoren herangezogen. Wie beim Projekt «MOVE ON» [8] messen wir punktuell die Anzahl Patienten, die während der Besuchszeit im Bett sind (um 16 Uhr). Diese Quote ist mit dem Projekt von 56 auf 48 Prozent gesunken. Wir erwarten eine noch tiefere Quote aufgrund der zusätzlichen Stimulation durch die Angehörigen, denn während der Covid-19-Pandemie galt ein Besuchsverbot.

ments civils; favoriser la toilette au lavabo plutôt qu’au lit; accompagner le patient aux WC plutôt qu’au lit ou à la chaise percée. Tous les repas doivent être pris à table pour encourager la mobilisation, faciliter l’alimentation (déglutition et dénutrition) et stimuler la cognition (prévention de l’état confusionnel aigu).

Incitation à la marche

Les patients sont également incités à marcher. Certains auteurs recommandent entre 900 et 1000 pas par jour pour prévenir la perte d’indépendance [9, 10]. Même s’il est encore difficile de prescrire une distance de marche stratifiée par rapport à l’âge et aux comorbidités, il semble utile de fixer un tel objectif. Nous avons choisi 500 m par jour (environ 900 pas) pour les patients «A» et 250 m pour les patients «B». Cet objectif est ensuite traduit soit en nombre de longueurs de couloirs à parcourir chaque jour, soit en objectif tangible et personnalisé (p. ex. se rendre à la cafétéria, aller voir une exposition dans l’hôpital). Nous mettons également sur l’inclusion des membres de la famille ou de bénévoles pour stimuler le patient (si son état le permet) à se mobiliser, notamment pendant les temps de visites.

Une brochure et deux exercices

Notre programme intègre un choix d’exercices classés par niveaux que le patient peut réaliser seul durant la journée, en conformité avec les recommandations actuelles d’activité physique [10].

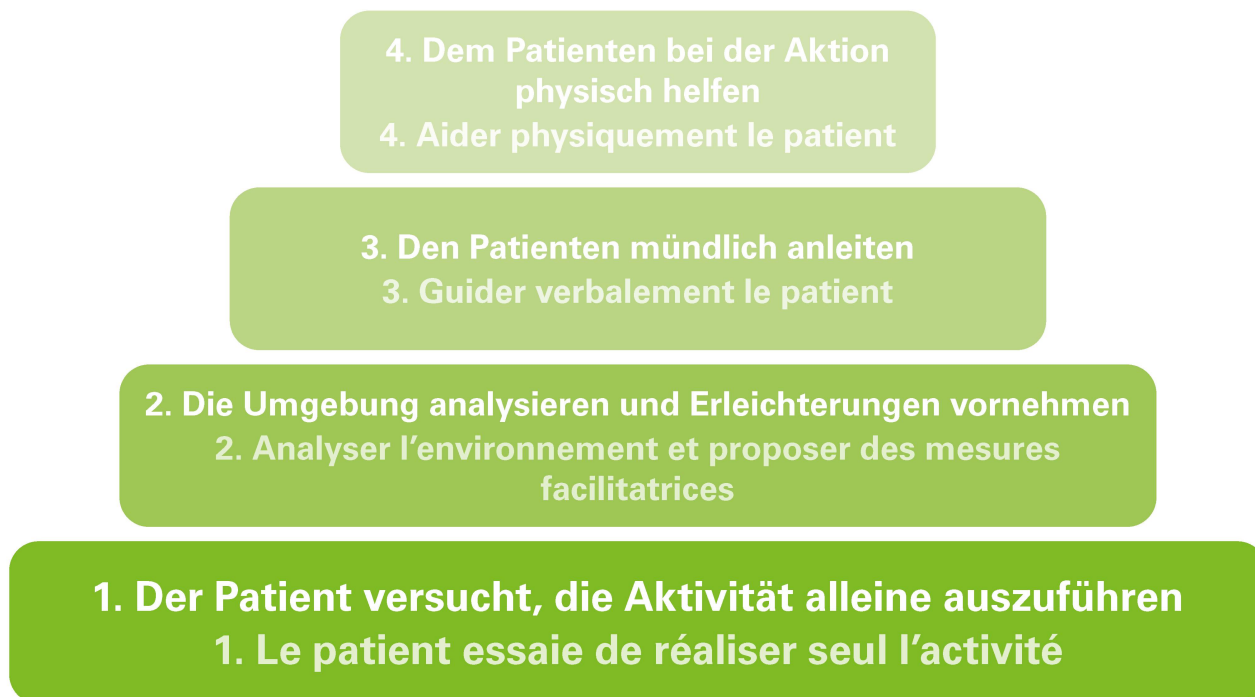


Abbildung 4: Die Mobilisationskultur als Pyramide. Eine physische Unterstützung steht an letzter Stelle. | Illustration 4: La culture de la mobilisation comme pyramide. Une aide manuelle n'intervient qu'en dernier lieu.

Kulturänderung zur Mobilisation

Über die Protokolle hinaus macht die Haltung der Fachkräfte einen grossen Unterschied dabei, dass der Patient seine Fähigkeiten nicht verliert. Wir haben die Mobilisationskultur in Form einer Pyramide beschrieben, bei der jede Stufe die jeweils vorhergehende ergänzt. Sie beginnt mit einer verbalen Stimulierung des Patienten, je nach Bedarf wird das Umfeld zusätzlich angepasst (Bettgitter, Haltegriff), gefolgt von einer verbalen Anleitung. Ein physisches Eingreifen (manuelle Hilfe) steht an letzter Stelle und erfolgt nur ergänzend. Die Bewegung wird stets vom Patienten eingeleitet und geführt. Dies gilt auch, wenn der Patient physische Hilfe benötigt (Abbildung 4).

Die Rollen und Verantwortlichkeiten wurden geklärt und allen Fachkräften in Form einer Karte im Taschenformat ausgehändigt: Sie zielen darauf ab, eine Kultur des Nicht-Handelns zu vermeiden, wo jede Berufsgruppe von der andern erwartet, dass sie den Patienten zur Aktivität stimuliert. Diese Klärung ist insbesondere zwischen der Pflege, den Ergotherapeuten und den Physiotherapeuten wichtig [11].

Zudem wurden interprofessionelle «Mobilisationsbotschafter» ernannt. Sie übernehmen die Weiterbildung ihrer Kollegen und stehen bei Fragen vor Ort zur Verfügung. Die Botschafter agieren als initiiierende Kraft, um Mobilitätshindernisse zu reduzieren und die Schlüsselbotschaft zu verbreiten: «Hilfe zur Selbsthilfe anstatt dem Patienten Aufgaben abnehmen».

Chaque patient reçoit une brochure qui explique le projet et l'importance de la mobilisation (*illustration 1*), ainsi qu'une fiche qui décrit le programme journalier à effectuer en fonction de son niveau. Au dos du programme, le patient peut consulter les deux exercices qu'il est encouragé à réaliser seul durant la journée (*illustration 3*).

Les activités réalisées par le patient sont documentées dans le dossier de soins et utilisées comme indicateur. À l'instar du projet «*MOVE ON*» [8], nous mesurons ponctuellement le nombre de patients alités au moment des visites (à 16 heures). Dans le cadre du projet, ce taux est passé de 56 % à 48 %. Nous espérons une diminution plus importante à l'avenir grâce à la stimulation complémentaire des proches (ce qui n'était pas possible pendant la pandémie de Covid-19).

Modifier la culture de la mobilisation

Au-delà des protocoles mis en place, le positionnement des professionnels auprès des patients exerce une influence majeure sur le maintien de leurs capacités physiques. Nous avons décrit les étapes à réaliser sous forme d'une pyramide dans laquelle chaque étape complète la précédente. La pyramide débute par une stimulation verbale du patient, complétée au besoin par une adaptation de l'environnement (p. ex. remonter la barrière ou la poignée du lit), puis une guidance verbale. L'intervention physique (aide manuelle) n'intervient qu'en dernier lieu et en complément des autres (le patient est toujours «leader» du mouvement même si ce dernier doit être aidé physiquement) (*illustration 4*).

Implementierung: Zuerst Bewusstheit und Veränderungswunsch schaffen...

Die Implementierung erfolgte gemäss dem Modell ADKAR (Awareness, Desire, Knowledge, Ability, Reinforcement). Das Modell ermöglicht, die Change-Management-Phasen vorzubereiten und zu steuern [12].

Zu den ersten Phasen («Awareness» und «Desire») fanden Präsentationen für die Teams statt, wo wir die grosse Bedeutung der Mobilisation sowie das aktuelle Wissen dazu vermittelten. Wir massen vor und nach der Implementierung die Einstellungen der Gesundheitsfachkräfte. Nach der Implementierung fühlten sich die Gesundheitsfachkräfte genug kompetent, um den Patienten zur Mobilisation zu stimulieren. Und sie fühlten sich auch verantwortlich dafür.

Mit offenen Fragen identifizierten wir auch Barrieren für die Mobilisation. Die Gesundheitsfachkräfte nannten zu wenig Kenntnisse, Zeitmangel, Schmerzen und fehlende Motivation bei den Patienten sowie als Umgebungsfaktoren Platzmangel und fehlende Hilfsmittel. Diese Hindernisse werden in der Literatur ähnlich beschrieben [13, 14].

... dann Wissen und Fähigkeiten vermitteln

Die Phasen «Knowledge» und «Ability» zielen darauf ab, die Kompetenzen bei den Mitarbeitenden zu erhöhen. Dazu schufen wir ein E-Learning-Angebot zur Patientenmobilisation. Alle Mobilisationsbotschafter führen nach dem E-Learning einen praxisorientierten Workshop durch, um die Grundprinzipien zu festigen und auf die Barrieren in ihrem Kontext einzugehen. Die Botschafter sind entscheidend, um Mobilisationshindernisse zu reduzieren [17] und die Ideen der Mitarbeitenden einzubringen. Ziel ist, ein mobilisationsfreundliches Umfeld zu schaffen (z.B. mit Ausstellungen auf den Korridoren, einem Ort für gemeinsame Mahlzeiten).

Der Prozentsatz an erfolgreich absolvierten E-Learning-Kursen sowie die Anzahl durchgeführter Workshops werden als Projektindikatoren herangezogen.

In der letzten Phase geht es darum, die Änderungen zu festigen. Dazu dienen Indikatoren, Gespräche mit den Fachkräften vor Ort sowie geänderte oder neue Dokumente. Wir planen abteilungsübergreifende Treffen der Mobilitätsbotschafter, um innovative Ideen aus den Abteilungen zu diskutieren und die positive Dynamik aufrechtzuerhalten.

Die Mobilisation priorisieren und die Fähigkeiten des Patienten ins Zentrum stellen

Die Mehrheit der Gesundheitsfachkräfte ist sich der Bedeutung der Mobilisation älterer Patienten im Spital bewusst. Bei der Stimulation der Patienten im Spitalalltag zeigen sich dennoch verschiedene Hürden. Die Situation lässt sich schon dadurch verbessern, dass die Mobilisation als therapeutische Intervention anerkannt und priorisiert wird. Wesentlich ist auch, die Fähigkeiten des Patienten ins Zentrum zu stellen (durch Stimulation einer Handlung, statt sie zu übernehmen).

Les rôles et responsabilités ont été clarifiés et distribués à chaque professionnel sous forme d'une carte en format de poche: l'objectif est d'éviter une culture de l'immobilité dans laquelle chaque professionnel attend de l'autre qu'il stimule le patient. Cette clarification est particulièrement importante entre infirmiers, ergothérapeutes et physiothérapeutes [11]. Des «ambassadeurs de la mobilisation» interprofessionnels ont été désignés. Ils ont un rôle de formation auprès de leurs collègues afin d'assurer le lien sur le terrain en cas de question, d'être une force de proposition – notamment pour réduire les barrières à la mobilisation – et de diffuser le message clé: «faire faire au patient plutôt que suppléer».

Mise en œuvre: prise de conscience puis désir de changement...

Le changement a été mis en œuvre à partir du modèle ADKAR (pour *Awareness, Desire, Knowledge, Ability, Reinforcement*, en français: conscience, désir, connaissance, compétence, renforcement) qui permet de préparer et de guider les étapes de la gestion du changement [12].

Les premières étapes (conscience et désir) ont été réalisées par le biais de présentations aux équipes sur l'importance de la mobilisation et sur l'état des connaissances disponibles à ce sujet. Le sentiment des professionnels a été mesuré avant et après l'implémentation du projet. Nous avons observé une amélioration quant au sentiment des équipes d'avoir suffisamment de compétences pour stimuler le patient et par rapport au fait que la mobilisation relève de leur responsabilité.

Des questions ouvertes ont aussi permis d'identifier les obstacles à la mobilisation: limites liées aux connaissances, au temps à disposition, aux patients (douleur, manque de motivation) et à l'environnement (manque de place, manque d'aide aux transferts). Ces limites sont similaires à celles décrites dans la littérature [13, 14].

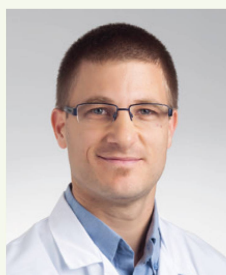
... puis transmettre des savoirs et des compétences

Les étapes connaissance et compétence visaient à augmenter les compétences des collaborateurs. Pour cette partie, nous avons créé une formation en ligne (*e-learning*) sur la mobilisation des patients. Après le *e-learning*, chaque ambassadeur a organisé un atelier pratique pour rappeler les principes-clés et travailler sur les barrières des professionnels dans leur contexte. Le rôle des ambassadeurs est déterminant pour réduire ces barrières [15] et pour intégrer les idées des collaborateurs destinées à créer un environnement stimulant pour la mobilisation des patients (transformation des couloirs en exposition, création d'un lieu commun pour les repas, etc.).

Le pourcentage de *e-learning* réalisés et réussis, ainsi que le nombre d'ateliers organisés servent d'indicateurs du projet.

La dernière étape (renforcement) vise à renforcer le changement, notamment par la mise à disposition des indicateurs,

Die Umgebung des Patienten möglichst bewegungsfreundlich zu gestalten – und nicht absoluten Komfort für den Patienten im Bett anzustreben – ist ein weiterer Ansatzpunkt, der den Arbeitsaufwand nicht erhöht. Schlussendlich ist es unabdingbar, auf der Abteilung interprofessionelle Mobilisationsbotschafter beizuziehen, die die Umsetzung der Änderungen im Alltag unterstützen und fördern. ■



Guillaume Roulet, PT, Master in Gesundheitsmanagement HEC/UNIL, ist Chef-Physiotherapeut an der Abteilung Geriatrie und geriatrische Rehabilitation sowie Medizin am Universitätsspital CHUV in Lausanne.

Guillaume Roulet, MAS en Sciences et Organisation de la santé (HEC, UNIL), physiothérapeute-chef de service, Département de Médecine, Service de Gériatrie et Réadaptation gériatrique, Service de Médecine, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) à Lausanne.

par des discussions avec le personnel de terrain et par des corrections ou l'ajout de documentation. Nous prévoyons de mettre en place des rencontres d'ambassadeurs interservices, afin de discuter les idées innovantes des diverses unités et maintenir une dynamique positive.

Priorité à la mobilisation et compétences du patient au centre

Si la majorité des soignants comprennent l'importance de la mobilisation des patients âgés hospitalisés, différentes barrières surgissent au moment de la stimulation du patient. Reconnaître la mobilisation comme une intervention thérapeutique – qui doit être valorisée et priorisée – et remettre les compétences du patient au centre – par une stimulation en lieu et place d'une suppléance – permet déjà d'améliorer la situation. Une réflexion sur l'environnement du patient – qui doit soutenir la stimulation à la mobilisation plutôt que garantir un confort total du patient alité – est un autre levier important qui n'augmente pas la charge de travail. Enfin, il est indispensable de s'appuyer sur des ambassadeurs de terrain interprofessionnels et identifiés qui sont à même de soutenir le changement au quotidien. ■

Literatur | Bibliographie

1. Société Suisse de Médecine interne générale, SSMIG (2018), Liste des top 5, médecine interne générale hospitalière, site web smartermedicine: www.smartermedicine.ch/fr/liste-top-5/medecine-interne-generale-hospitaliere.html
2. Tasheva P, Vollenweider P, Kraege V, Roulet G, Lamy O, Marques-Vidal P, Mean M. Association Between Physical Activity Levels in the Hospital Setting and Hospital-Acquired Functional Decline in Elderly Patients. *JAMA Netw Open*. 2020;3(1).
3. Tasheva P, Kraege V, Vollenweider P, Roulet G, Mean M, Marques-Vidal P. Accelerometry-assessed physical activity of older adults hospitalized with acute medical illness – an observational study. *BMC Geriatr* 20, 382 (2020).
4. Greysen SR, Patel MS. Web Exclusive. *Annals for Hospitalists Inpatient Notes – Bedrest Is Toxic – Why Mobility Matters in the Hospital*. *Ann Intern Med*. 2018 Jul 17;169(2):HO2-HO3.
5. Klein LM, Young D, Feng D, Lavezza A, Hiser S, Daley KN, Hoyer EH. Increasing patient mobility through an individualized goal-centered hospital mobility program: A quasi-experimental quality improvement project. *Nurs Outlook*. 2018 May-Jun;66(3):254-262.
6. Constantin S, Dahlke S. How nurses restore and maintain mobility in hospitalised older people: An integrative literature review. *Int J Older People Nurs*. 2018 Sep;13(3):e12200.
7. Liu B, Moore JE, Almaawiy U, Chan WH, Khan S, Ewusie J, Hamid JS, Straus SE; MOVE ON Collaboration. Outcomes of Mobilisation of Vulnerable Elders in Ontario (MOVE ON): a multisite interrupted time series evaluation of an implementation intervention to increase patient mobilisation. *Age Ageing*. 2018 Jan 1;47(1):112-119.
8. Young DL, Kumble S, Capo-Lugo C, Littler H, Lavezza A, Hoyer E, Friedman M, Needham DM, Rogers D, Martin SC, Minnier T, Matcho BA, Euloth T, Ni P, Jette A. Measuring Mobility in Low Functioning Hospital Patients: An AM-PAC Replenishment Project. *Arch Phys Med Rehabil*. 2020 Jul;101(7):1144-1151.
9. Agmon M, Zisberg A, Gil E, Rand D, Gur-Yaish N, Azriel M. Association Between 900 Steps a Day and Functional Decline in Older Hospitalized Patients. *JAMA Intern Med*. 2017 Feb 1;177(2):272-274.
10. Thompson PD, Eijssvogels TMH. New Physical Activity Guidelines: A Call to Activity for Clinicians and Patients. *JAMA*. 2018 Nov 20;320(19):1983-1984.
11. Czapliński T, Marshburn D, Hobbs T, Bankard S, Bennett W. Creating a culture of mobility: an interdisciplinary approach for hospitalized patients. *Hosp Top*. 2014;92(3):74-9.
12. Wong 2019 Wong Q, Lacombe M, Keller R, Joyce T, O'Malley K. Leading change with ADKAR. *Nurs Manage*. 2019 Apr;50(4):28-35.
13. Constantin S, Dahlke S. How nurses restore and maintain mobility in hospitalised older people: An integrative literature review. *Int J Older People Nurs*. 2018 Sep;13(3):e12200.
14. Kirk JW, Bodilsen AC, Tjørnhøj-Thomsen T, Pedersen MM, Bandholm T, Husted RS, Poulsen LK, Petersen J, Andersen O, Nilsen P. A tailored strategy for designing the Walk-Copenhagen (WALK-Cph) intervention to increase mobility in hospitalised older medical patients: a protocol for the qualitative part of the WALK-Cph project. *BMJ Open*. 2018 Mar 8;8(3):e020272.
15. Mudge AM, Banks MD, Barnett AG, Blackberry I, Graves N, Green T, Harvey G, Hubbard RE, Inouye SK, Kurrle S, Lim K, McRae P, Peel NM, Suna J, Young AM. CHERISH (collaboration for hospitalised elders reducing the impact of stays in hospital): protocol for a multi-site improvement program to reduce geriatric syndromes in older inpatients. *BMC Geriatr*. 2017 Jan 9;17(1):11.

Vielfältige Karrieremöglichkeiten dank klinischer Spezialisierung und Advanced Practice

Mit einem Master of Science Physiotherapie stärken Physiotherapeutinnen und -therapeuten ihre wissenschaftlichen und klinischen Kompetenzen. Damit sind sie bestens gerüstet für neue, erweiterte und spezialisierte Aufgaben im sich wandelnden Gesundheitswesen. Wir stellen Ihnen drei Absolvierende vor:

Spezialistin pädiatrische Physiotherapie

Silke Scheufele schloss 2006 ihre Physiotherapieausbildung in Deutschland ab und begann nach einiger Zeit der Berufserfahrung in der Pädiatrie mit der Weiterbildung «Kinder-Bobath». Es folgten stationäre und ambulante Tätigkeiten in der Kinderphysiotherapie in der Schweiz. Der Wunsch nach fundierten, wissenschaftlichen Kenntnissen und einer Erweiterung des vernetzten Denkens mündete im Masterstudium mit Schwerpunkt Pädiatrie. Nach dessen Abschluss eröffneten sich für Silke Scheufele neue berufliche Perspektiven: So ist sie heute einerseits klinische Spezialistin für pädiatrische Physiotherapie am Kantonsspital Winterthur, andererseits baut sie den Bereich pädiatrische Physiotherapie im Therapie-, Trainings- und Beratungszentrum Thetrix am ZHAW Departement Gesundheit auf. An beiden Orten profitieren die pädiatrischen Klientinnen und Klienten von evidenzbasierten, qualitativ hochwertigen Behandlungen, bei denen Silke die im MSc-Studium erworbenen Kenntnisse der fachlichen Spezialisierung, der Methodenkompetenzen sowie der strukturierten, vernetzten und individualisierten Vorgehensweise anwendet.



Silke Scheufele,
MSc PT

Klinische Spezialistin
KSW, Verantwortliche
Bereich Pädiatrie
Thetrix, ZHAW

«Als Physiotherapeutin mit einem MSc-Abschluss ist meine Arbeit viel evidenzbasierter geworden. Wäre dies in der Schweiz möglich, könnte ich mir auch eine direkte Behandlung von pädiatrischen Klientinnen und Klienten ohne ärztliche Verordnung vorstellen.»



Julian Müller,
MSc PT

Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Klinik für
Pneumologie,
Universitätsspital
Zürich

«Die Profession und die Forschung Physiotherapie möchte ich mit meinen erweiterten Kompetenzen als MSc Physiotherapeut voranbringen.»

Forscherkarriere

Direkt nach der Grundausbildung zum Physiotherapeuten, die er in Freiburg (D) abschloss, fand Julian Müller im MSc Physiotherapie eine Weiterführung seiner Interessen. Mit dem berufs begleitenden Studium konnte er seine wissenschaftlichen und fachlichen Kompetenzen erweitern und vertiefen. Der Schwerpunkt Professionsentwicklung bot ihm eine breit gefächerte Themenvielfalt sowie die Option, in Forschung oder Lehre tätig zu werden. Seine Masterarbeit eröffnete ihm die Möglichkeit, in der Forschungsabteilung der Klinik für Pneumologie am Universitätsspital Zürich tätig zu sein. Als wissenschaftlicher Mitarbeiter der Forschungsgruppe Pulmonale Hypertonie/Höhenmedizin hat er dort vor kurzem sein Doktorat im Programm «Care and Rehabilitation Sciences» an der Universität Zürich aufgenommen und bearbeitet in diesem sein eigenes Forschungsprojekt. Die Arbeit erfolgt in einem Team mit anderen Spezialistinnen und Spezialisten und kommt nicht zuletzt den Patientinnen und Patienten zugute.

Dozentin Sportphysiotherapie

Im Physiotherapiestudium fand Ursula Müller die optimale Kombination ihrer Interessen für Sport, Therapie und Bewegung. Schon früh interessierte sie sich für den Bereich der Sportphysiotherapie und begann 2016 den Master of Science mit Schwerpunkt Sport. Sie wollte sich einerseits persönlich und fachlich weiterentwickeln, andererseits begann sie das Studium mit dem Ziel, als Dozentin tätig zu sein. Dieses Ziel hat sie erreicht: Heute arbeitet sie als Dozentin an der Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (SUPSI). Dort gibt sie ihr Wissen im Bereich der Biomechanik und des funktionellen Langhanteltrainings als auch der Forschungsmethoden an Studierende weiter und betreut Bachelorarbeiten. Zudem ist sie Leiterin des MAS Exercise and Sports Physiotherapy, in welchen sie ihr vertieftes Fachwissen der Sportphysiotherapie einbringt und gleichzeitig durch ihre Tätigkeit als leitende Physiotherapeutin im TC Physio Heerbrugg den Praxisbezug herstellen. Dort betreut sie unter anderem Profisportlerinnen und -sportler, die von ganzheitlichen, reflektierten und konzeptionell ausgearbeiteten Behandlungen und Trainings profitieren.



Ursula Müller,
MSc PT

Dozentin und Leiterin
MAS Exercise
and Sports Physio-
therapy, SUPSI und
Leiterin Physio-
therapie TC Physio
Heerbrugg

«Advanced Physiotherapy Practice Rollen sind wichtig, damit eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung gewährleistet werden kann.»

Facts & Figures

Studienstart: jeweils im September
Studientag: Mittwoch/Donnerstag
Dauer: 6 Semester berufsbegleitend

Schwerpunkte:
Muskuloskelettal, Pädiatrie,
Professionsentwicklung, Sport

Kontakt: studienberatungmscpt.gesundheit@zhaw.ch
Lesen Sie die ganzen Interviews unserer Absolvierenden: zhaw.ch/gesundheit/physiotherapie

Masterfilm:

