

Leitlinien : eine Einführung = Les recommandations de bonne pratique : une introduction

Autor(en): **Hilfiker, Roger**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Physioactive**

Band (Jahr): **55 (2019)**

Heft 5

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-928945>

Nutzungsbedingungen

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

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

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

Haftungsausschluss

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

Leitlinien – eine Einführung

Les recommandations de bonne pratique – une introduction

ROGER HILFIKER

Was genau sind Leitlinien und wie werden sie entwickelt? Was ist der GRADE-Ansatz und was bedeutet die Stärke der Empfehlung? Wo finde ich Leitlinien und muss ich sie befolgen? Antworten auf grundlegende Fragen.

Täglich informieren wir PatientInnen über die besten Behandlungsmöglichkeiten und fällen gemeinsam mit ihnen Entscheidungen zur Behandlungsstrategie. In allen Fachbereichen der Physiotherapie die wissenschaftliche Evidenz selbst zu lesen und zu beurteilen, ist jedoch nicht möglich. Leitlinien bieten einen einfachen Zugriff auf die beurteilte Evidenz und sind eine Hilfestellung zur gemeinsamen Entscheidungsfindung. Leitlinien, englisch Guidelines genannt, können uns helfen, schnell und effizient die optimalen Behandlungsstrategien zu wählen.

Was ist eine Leitlinie?

Leitlinien geben Empfehlungen zu verschiedenen klinischen Gebieten wie Diagnose, Ausschluss von Komorbiditäten und Behandlungsstrategien. Diese Empfehlungen geben vor, wie im Normalfall vorgegangen werden sollte. Leitlinien sind jedoch keine «Kochrezepte»¹. Sie sollen verhindern, dass Gesundheitsfachpersonen das gleiche Problem an unterschiedlichen Orten grundsätzlich anders behandeln. Leitlinien tragen dazu bei, dass die grösstmögliche Zahl von PatientInnen die optimale Behandlung erhalten. Sie bezwecken, dass nach der allgemein anerkannten «Best Practice» gehandelt wird. Leitlinien sollen unwirksame oder unnötige Behandlungen verhindern. Sie sind jedoch nicht nur für Fachpersonen interessant. Vielfach werden Leitlinien ohne Jargon geschrieben, sodass auch PatientInnen eine Hilfestellung für ihre Entscheidungen finden.

Leitlinien verbessern die Ergebnisse, dies belegen Studien (z. B. [1–3]). Allerdings es gibt auch Hinweise, dass Leitlinien nicht genügend befolgt werden (z. B. [4]).

En quoi consistent exactement les recommandations de bonne pratique et comment sont-elles élaborées? Qu'est-ce que l'approche GRADE et que signifie le degré de recommandation? Où puis-je trouver ces recommandations et dois-je les suivre? Réponses aux questions fondamentales.

Nous informons chaque jour les patient-e-s des meilleures options de traitement pour décider en commun de la stratégie à mettre en œuvre. Cependant, il n'est pas possible de lire et d'évaluer les preuves scientifiques pour l'ensemble des domaines de la physiothérapie. Les recommandations de bonne pratique facilitent l'accès aux données probantes évaluées et aident à la prise de décision. Les recommandations de bonne pratique – appelées *guidelines* en anglais – peuvent nous aider à choisir rapidement et avec efficacité les stratégies de traitement optimales.

Qu'est-ce qu'une recommandation de bonne pratique?

Les recommandations de bonne pratique fournissent des instructions sur divers domaines cliniques comme le diagnostic, l'exclusion des comorbidités et les stratégies de traitement. Ces recommandations fournissent des orientations sur ce qui devrait normalement être fait. Elles ne sont toutefois pas des «recettes de cuisine»¹. Leur objectif est d'empêcher les professionnel-le-s de la santé de traiter un même problème différemment selon leur lieu de travail. Elles aident à garantir que le plus grand nombre possible de patient-e-s reçoive un traitement optimal. Leur objectif est d'agir conformément à la *best practice* généralement reconnue. Les recommandations de bonne pratique doivent prévenir les traitements inefficaces ou inutiles. Mais elles ne présentent pas seulement un intérêt pour les professionnel-le-s. Dans de nombreux cas, elles sont rédigées sans jargon, de sorte que les patient-e-s peuvent aussi y trouver de l'aide pour prendre leurs décisions.

Comme le prouvent des études (p. ex. [1–3]), ces recommandations améliorent les résultats thérapeutiques. Pourtant

¹ Vgl. Artikel van der Wees et al. in dieser Ausgabe.

¹ Voir l'article de Philippe J. van der Wees et al. dans la présente édition.

Wer einer Leitlinie nicht folgt, sollte dies erklären können

Eine Abweichung von den Leitlinien sollte begründet werden. Es kann Situationen geben, wo eine Abweichung von den «Best Practices» nötig ist, um für die Situation und den Patienten das momentan bestmögliche Ergebnis zu erreichen. Idealerweise sind solche Abweichungen in den Leitlinien berücksichtigt. So geben zum Beispiel die OARS-Guidelines für die nicht operative Therapie der Arthrose abweichende Empfehlungen für PatientInnen mit Komorbiditäten an [5]. Oft muss jedoch die Physiotherapeutin oder der Physiotherapeut, zusammen mit Patientin und Ärztin, selbst entscheiden, welche Abweichungen im Sinne der Patientin sind.

Drei Schritte zur Leitlinienentwicklung

Der Prozess der Entwicklung einer Leitlinie hat grob gesagt drei Teile: Die Definitionen der Fragestellungen; die Suche, Synthese und Beurteilung der Evidenz; sowie die Empfehlungen. Beim Erstellen der Fragestellungen, aber auch bei der Entscheidungsfindung, geht es unter anderem auch um die Bedeutung der unterschiedlichen Outcomes: Welche Outcomes sind relevant und wie gewichten wir sie?

Ein interessanter und hilfreicher Ansatz ist das «Evidence to Decision (EtD) frameworks». Er liefert Kriterien und listet die relevanten Fragen auf, um nach Sichtung der Evidenz zu einer Entscheidung zu gelangen [6].

certaines informations tendent aussi à montrer qu'elles sont trop peu respectées (p. ex. [4]).

Quiconque ne suit pas une recommandation de bonne pratique doit être en mesure d'en expliquer la raison

Tout écart par rapport aux recommandations de bonne pratique doit être justifié. Dans certaines situations, un écart par rapport aux *best practices* est nécessaire pour obtenir le meilleur résultat actuellement possible en fonction de la situation du ou de la patient-e. Dans l'idéal, ces écarts sont pris en compte dans les recommandations de bonne pratique. Ainsi, par exemple, pour le traitement non chirurgical de l'arthrose, les recommandations de bonne pratique de l'OARS fournissent des instructions différentes pour les patient-e-s atteint-e-s de comorbidités [5]. Mais souvent, les physiothérapeutes doivent décider en collaboration avec les médecins et les patient-e-s quels écarts sont dans l'intérêt de ces dernier-ère-s.

Une élaboration en trois étapes

Le processus d'élaboration d'une recommandation de bonne pratique se fait grosso modo en trois étapes: les définitions des problèmes; la recherche, la synthèse et l'évaluation des données probantes; les recommandations. Dans la détermination des problèmes, mais également dans le processus

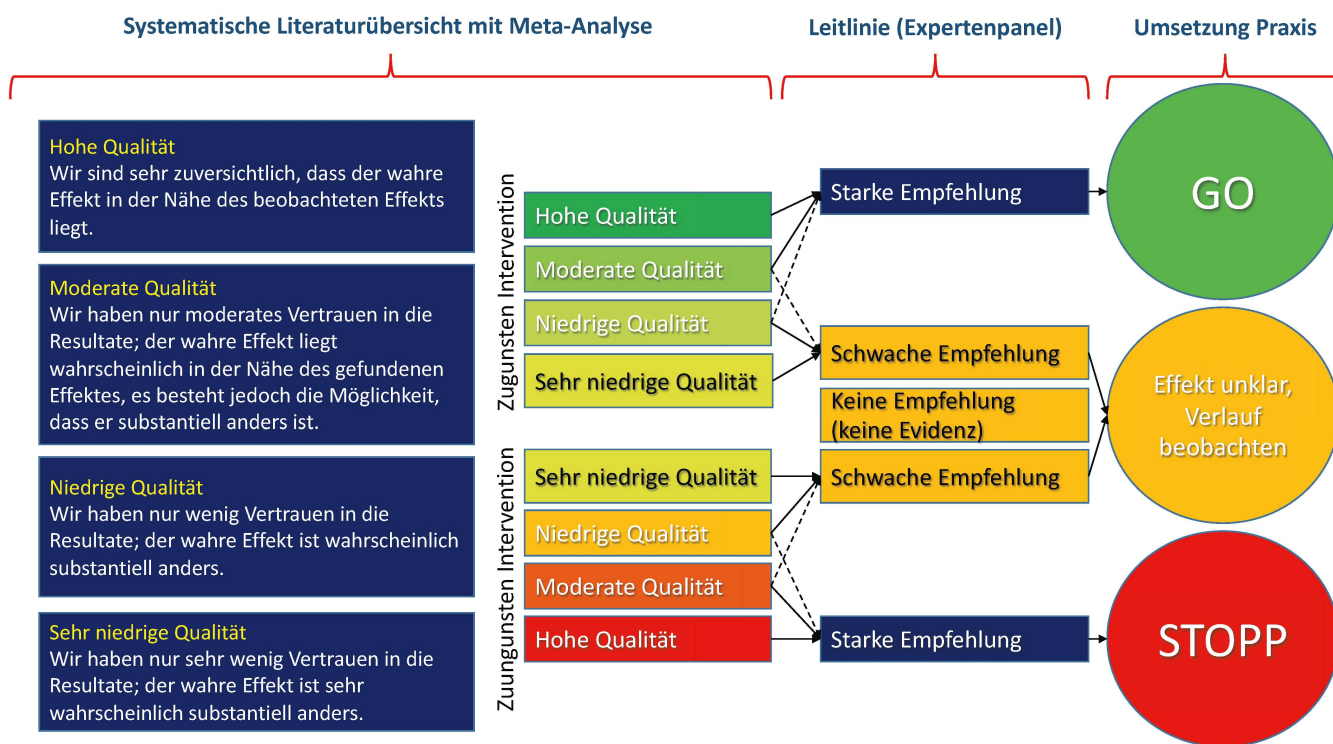


Abbildung 1: Von der systematischen Literaturübersicht über die Leitlinie zur Umsetzung in der Praxis. Es muss unterschieden werden zwischen einer Empfehlung für oder gegen eine Intervention, und der Situation ohne Evidenz, in der keine Empfehlung abgegeben werden kann. Dies heisst aber nicht, dass in der Praxis nicht gehandelt werden kann, es muss jedoch engmaschiger evaluiert werden. Grafik frei nach Novak, McIntyre et al. 2013 [13].

Vier Qualitätsstufen bei der Leitlinienentwicklung

Nicht alle Leitlinien werden gleich erstellt. Die «Deutsche Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF» unterscheidet vier unterschiedliche Qualitätsstufen in der Entwicklung: Bei der tiefsten Qualitätsstufe erarbeitet eine Expertengruppe im informellen Konsens eine Leitlinie. Mit einer formalen Konsensfindung ist die Qualität höher. Die nächste Steigerung beinhaltet eine systematische Evidenzsuche vor der Konsensfindung. In der obersten Qualitätsstufe müssen bei der Entwicklung vertiefte Analysen, eine Bewertung der klinischen Relevanz der wissenschaftlichen Studien sowie eine regelmässige Überprüfung stattfinden. Der Leiter oder die Leiterin der Entwicklung darf keine Interessenkonflikte haben. In der Gruppe sollten Mitglieder mit Interessenkonflikten in der Minderheit sein und die Interessenskonflikte ausgewogen. Sie müssen auch klar deklariert werden. Bei Interessenkonflikten überschätzen die ExpertInnen meist die Wirksamkeit und unterschätzen die Nebenwirkungen.

Der Unterschied zwischen einer systematischen Literaturübersicht und einer Leitlinie

Eine systematische Literaturübersicht präsentiert die Evidenz (z. B. Evidence Summary) und bewertet sie. Sie wird von methodologischen und klinischen ExpertInnen erstellt. Für den

decisionnel, il s'agit aussi notamment d'évaluer l'importance des différents résultats: quels sont les résultats pertinents et comment les pondérer?

Une approche intéressante et utile est celle des *Evidence to Decision (EtD) frameworks*. Ceux-ci fournissent des critères et énumèrent les questions pertinentes à la prise de décision après examen des données probantes [6].

Quatre niveaux de qualité pour l'élaboration des recommandations de bonne pratique

Les recommandations de bonne pratique ne sont pas toutes élaborées de la même manière. La *Deutsche Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)* (Association professionnelle des sociétés médicales scientifiques d'Allemagne) distingue quatre niveaux de qualité dans leur élaboration: dans le niveau de qualité le plus bas, un groupe d'expert-e-s élabore une recommandation de bonne pratique sur la base d'un consensus informel. Un consensus formel implique une qualité plus élevée. L'étape suivante consiste en une recherche systématique des données probantes avant de parvenir à un consensus. Au plus haut niveau de qualité, des analyses approfondies, une évaluation de la pertinence clinique des études scientifiques et des vérifications régulières sont effectuées au cours de l'élaboration de la recommandation. Le ou la responsable ne doit pas être sujet-te à des conflits d'intérêts. Dans le groupe, les

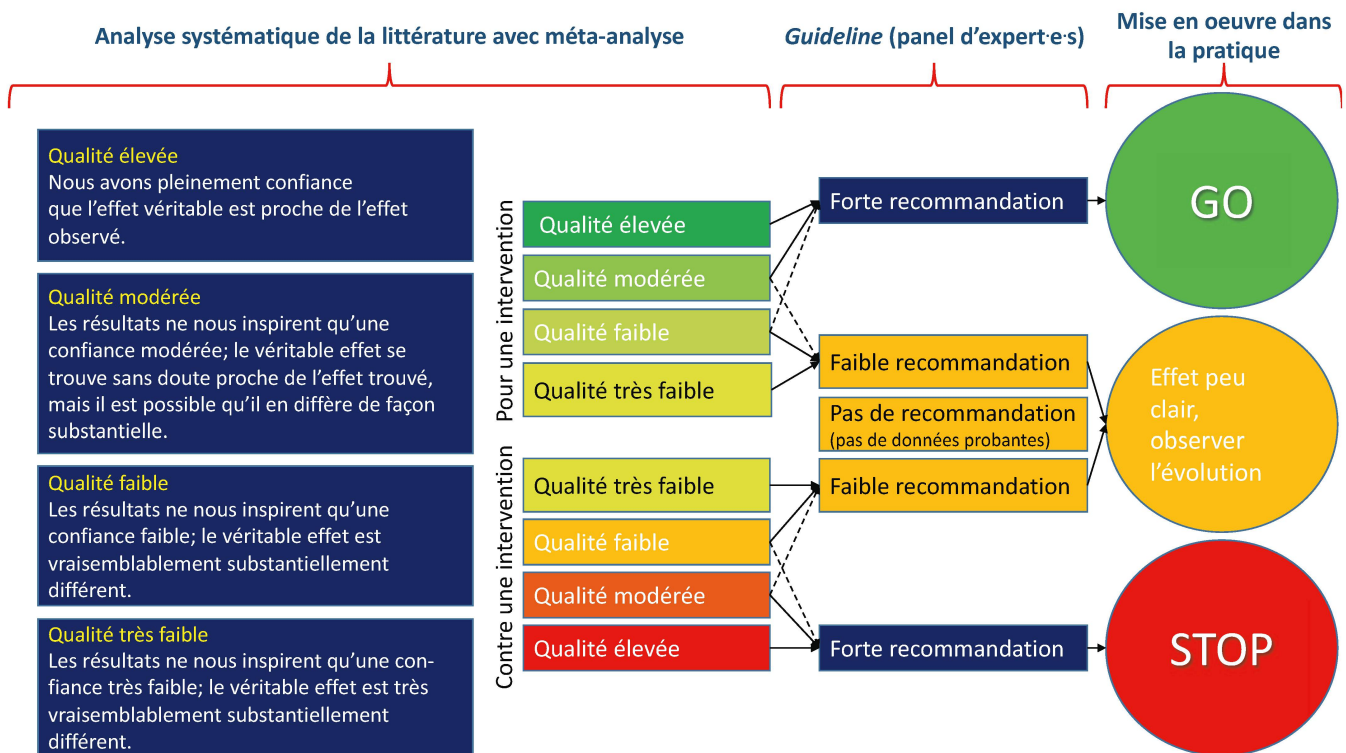


Illustration 1: De l'analyse systématique de la littérature à la mise en pratique en passant par la recommandation de bonne pratique. Il s'agit de faire une distinction entre une recommandation pour ou contre une intervention et une situation sans données probantes, dans laquelle aucune recommandation ne peut être faite. Cela ne signifie pas pour autant qu'il n'est pas possible d'agir dans la pratique, mais l'évaluation doit être réalisée avec encore davantage de précision. Graphique librement repris d'après Novak, McIntyre et al. 2013 [13].

Schritt zur Leitlinie benötigt es weitere ExpertInnen, um beispielsweise lokale Gegebenheiten zu berücksichtigen. Folgende Personen arbeiten bei einer Leitlinie mit: FachexpertInnen für alle relevanten Bereiche, MethodenexpertInnen (Beurteilen der Evidenz, Leitlinienentwicklung, Gesundheitsökonomie, Statistik, Epidemiologie) sowie Vertretende aller Interessengruppen (GesundheitspolitikerInnen, ManagerInnen, Gesundheitsfachpersonen, PatientInnen, Angehörige). AutorInnen einer systematischen Literaturübersicht berücksichtigen zum Beispiel bei der Interpretation die Machbarkeit oder die Gerechtigkeit (z. B. Zugang für alle) nicht [7].

Vier Stufen bei der Gewissheit der Evidenz (Qualität)

GRADE ist ein weitverbreiteter Ansatz, um die Qualität oder die Gewissheit der Evidenz zu bewerten. Er beurteilt die fünf Bereiche Bias-Risiko, Inkonsistenz der Resultate, Indirektheit, unpräzise Resultate und Publikations-Bias. Eine systematische Literaturübersicht startet mit vier +, was eine hohe Gewissheit der Evidenz bedeutet. Für jeden Problempunkt in den fünf genannten Bereichen wird ein + abgezogen. +++ bedeutet moderate Gewissheit der Evidenz, ++ niedrige Gewissheit und + sehr niedrige Gewissheit der Evidenz (Abbildung 1).

Mit Qualität oder Gewissheit der Evidenz ist das Vertrauen gemeint, dass das gefundene Resultat (z. B. Effekt der Therapie) der Wahrheit entspricht. Oder genauer: Es ist die Zuversicht, dass der wahre Effekt in einem bestimmten Bereich liegt (z. B. dass der wahre Effekt im Bereich der klinischen Relevanz liegt [7]).

Leitlinien können auch evaluiert werden. Das Instrument «Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II» (AGREE II) evaluiert mit 23 Fragen die Qualität der Entwicklung, der

members sujets à des conflits d'intérêts doivent être minoritaires et les conflits d'intérêts équilibrés. Ces derniers doivent également être clairement déclarés. En effet, en cas de conflit d'intérêts, les expert-e-s surestiment généralement l'efficacité et sous-estiment les effets secondaires.

La différence entre une analyse systématique de la littérature et une recommandation de bonne pratique

Une analyse systématique de la littérature présente les données probantes (p.ex. un *evidence summary*) et les évalue. Elle est préparée par des expert-e-s méthodologiques et cliniques. Pour l'étape de l'élaboration de la recommandation, d'autres expert-e-s entrent en jeu, et permettent par exemple de prendre en compte les conditions locales. Les personnes suivantes sont impliquées dans l'élaboration d'une recommandation de bonne pratique: des expert-e-s dans tous les domaines pertinents, des expert-e-s méthodologiques (évaluation des données probantes, élaboration des recommandations de bonne pratique, économie de la santé, statistiques, épidémiologie) et des représentant-e-s de tous les groupes d'intérêt (des personnalités politiques dans le domaine de la santé, des gestionnaires, des professionnel-le-s de la santé, des patient-e-s, des proches). Les auteur-e-s d'une analyse documentaire systématique ne tiennent pas compte, par exemple, de la faisabilité ou de la justice (p.ex. l'accès pour tou-te-s) dans leur interprétation de la documentation [7]).

Quatre niveaux de certitude des données probantes (qualité)

La méthode GRADE est une approche largement utilisée pour évaluer la qualité ou la certitude des données probantes. Elle



Leitlinien werden im Durchschnitt nach sechs Jahren erneuert. | Les recommandations de bonne pratique sont renouvelées en moyenne après six ans.

Präsentation, der Empfehlungen und der Dokumentation des Prozesses [8].

Zwei Stärkegrade der Empfehlungen in Leitlinien

Leider gibt es keine einheitliche Form zur Beschreibung der Evidenzlage. Immer öfter werden jedoch zwei Stärkegrade der Empfehlungen benutzt: 1. starke Empfehlung, 2. schwache Empfehlung. Diese Empfehlungen stehen nun für oder gegen eine bestimmte Therapie bei einem Problem. Weiter gibt es meistens noch eine offene Formulierung: das heisst keine Empfehlung für oder gegen die Therapie. Die Therapie kann bis auf Weiteres eingesetzt werden, der Nutzen ist jedoch nicht bekannt. Siehe auch *Abbildung 1*.

Probleme mit Leitlinien

Natürlich gibt es auch Probleme mit Leitlinien. Sie können zum Beispiel nicht besser sein als die bestehende Evidenz.

Ein weiteres Problem ist es, dass zu gleichen Themen mehrere Leitlinien mit unterschiedlichen Empfehlungen bestehen können. So kann es sein, dass eine Leitlinie eine Therapie empfiehlt, eine andere jedoch keine Empfehlung für oder gegen die Therapie ausspricht. Und eine dritte empfiehlt, die Therapie bei diesem Problem nicht mehr anzuwenden. Hier gibt es keine klare Lösung: Die PraktikerInnen halten sich entweder an die Leitlinie ihres Landes oder Verbandes oder beurteilen die Qualität (z. B. mit dem Instrument AGREE II) der unterschiedlichen Leitlinien und folgen derjenigen mit der besten Qualität.

Wie oft sollten Leitlinien erneuert werden?

Eigentlich sollten Leitlinien überarbeitet werden, sobald neue relevante Evidenz erscheint. In der Realität werden die Leitlinien im Durchschnitt nach knapp sechs Jahren erneuert [9]. Neuere Ansätze wie «Living Systematic Reviews» datieren die Synthese der Evidenz laufend auf. Sie bringen neue Möglichkeiten, wie zum Beispiel «Living Guidelines». Bei Living Guidelines beobachten und beurteilen ExpertInnen die neue Evidenz laufend. Die Gruppe ändert die Empfehlungen der Leitlinie, sobald neue Evidenz dies bedingt [10].

Braucht es Leitlinien speziell für die Physiotherapie?

Leitlinien geben Empfehlungen zur Behandlungsstrategie, um ein Gesundheitsproblem zu lösen. Deswegen braucht es keine spezifischen Leitlinien für die Physiotherapie [11]. Leitlinien zeichnen den behandelnden Berufsgruppen, den Patientinnen und Patienten und anderen Interessengruppen die bestmögliche Behandlungsstrategie auf, ohne dabei Rücksicht auf einzelne Berufsgruppen zu nehmen (d. h. die Interessen des Patienten stehen über den Interessen der Berufsgruppe Physiotherapie).

Was es braucht, sind jedoch Leitlinien zu spezifischen Therapieformen, wie Krafttraining oder zu Physiotherapie bei

évalue le risque dans les cinq domaines suivants: risque de biais, incohérence des résultats, caractère indirect des données probantes, imprécision des résultats et biais des rapports. Une analyse documentaire systématique commence par quatre +, ce qui signifie un degré élevé de certitude des données probantes. Un + est soustrait pour chaque point problématique dans les cinq domaines susmentionnés. Une certitude modérée des données probantes est indiquée par +++, une faible certitude par ++ et une très faible certitude par + (*illustration 1*).

La qualité ou la certitude des données probantes désigne la confiance en ce que le résultat trouvé (p. ex. l'effet du traitement) correspond à la vérité. Il s'agit plus précisément de la confiance en ce que l'effet réel se situe à l'intérieur de certaines limites (p. ex., de ce que l'effet réel se situe à l'intérieur des limites de la pertinence clinique [7]).

Les recommandations de bonne pratique peuvent également être évaluées. Par le biais de 23 questions, l'instrument *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II* (AGREE II) évalue la qualité de l'élaboration, de la présentation, des recommandations et de la documentation du processus [8].

Deux degrés de recommandation dans les recommandations de bonne pratique

Il n'existe malheureusement pas de forme homogène pour décrire les données probantes. De plus en plus souvent deux degrés sont toutefois appliqués aux recommandations: une recommandation forte ou une recommandation faible. Ces recommandations encouragent ou non un traitement dans le cadre d'un problème. Il existe également une formulation ouverte qui ne se prononce ni pour ni contre un traitement. Celui-ci peut être mis en œuvre jusqu'à nouvel ordre mais ses bienfaits demeurent inconnus. Voir également *l'illustration 1*.

Problèmes liés aux recommandations de bonne pratique

Les recommandations de bonne pratique posent naturellement aussi des problèmes. Par exemple, elles ne peuvent pas être meilleures que les preuves existantes.

Un autre problème consiste en l'existence pour un même sujet de plusieurs recommandations de bonne pratique dont les contenus sont différents. Par exemple, une recommandation peut indiquer un traitement, tandis qu'une autre ne se prononce pas par rapport à ce traitement. Et une troisième recommande de cesser de mettre en œuvre ce traitement dans le cas du problème donné. Il n'y a pas de solution claire à cela: il s'agit que les praticien-ne-s suivent les recommandations de bonne pratique de leur pays ou association ou qu'ils/elles évaluent la qualité de ces différentes recommandations (par exemple avec l'outil AGREE II) pour suivre celles dont la qualité est la meilleure.

Schlaganfall [12]. Diese spezifischen Leitlinien helfen, die optimale physiotherapeutischen Massnahmen zu wählen.

Als Beispiel sei die Leitlinie für die Parkinson-Erkrankung genannt: Die englischen NICE-Guidelines haben als Zielgruppe Gesundheitsfachpersonen, Auftraggeber und Dienstleister, PatientInnen sowie Angehörige. Die Guideline gibt Empfehlungen zur Diagnose, zur Kommunikation und zur Behandlungsstrategie ab, sie berücksichtigt alle Komponenten der Behandlung. Es sind berufsgruppenübergreifende Empfehlungen, wo PatientInnen mitentscheiden können². Daneben gibt es die europäischen Physiotherapie-Leitlinien für das Parkinsonsyndrom³, die auch für die Schweiz angepasst wurden⁴. Die berufsspezifische Leitlinie betrachtet nur eine Komponente der Behandlung, nämlich die Physiotherapie⁵. |

² www.nice.org.uk/guidance/ng71

³ www.parkinsonnet.de/leitlinien/europaeische-leitlinie

⁴ www.parkinson.ch/fileadmin/public/docs/Fachpersonen_deutsch/Leitfaden04_2016.pdf

⁵ www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/KN-ClinicalGuidelines1.pdf

Links zu Leitlinien

(kein Anspruch auf Vollständigkeit)

- Onlineplattform «Guidelines Schweiz» der Schweizerischen Akademie der Qualität in der Medizin (SAQM) und der FMH: www.guidelines.fmh.ch
- Linksammlung der Schweizerischen Neurologischen Gesellschaft: www.swissneuro.ch/Fachinformationen
- Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie: www.pneumo.ch/de/fachpersonen.html
- Guidelinesammlung von Medix: www.medix.ch/ueber-uns/ueber-medix.html
- Bureau d'échange des savoirs pour des pratiques exemplaires de soins: www.best-sante.ch/demarches-ebp/adaptations-de-recommandations/
- Leitfaden für Physiotherapie bei Morbus Parkinson, Version für die Schweiz: www.parkinson.ch/fileadmin/public/docs/Fachpersonen_deutsch/Leitfaden04_2016.pdf
- Physiotherapy Evidence Database PEDro (die wahrscheinlich grösste Sammlung): www.pedro.org.au
- Leitliniensammlung des Deutschen Verbands für Physiotherapie: www.physio-deutschland.de/fachkreise/beruf-und-bildung/leitlinien.html
- Leitliniensammlung der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften): www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html
- Informationen zu Leitlinien von Cochrane Deutschland: www.cochrane.de/de/leitlinien
- Leitlinien des Niederländischen Physiotherapie Verbands: www.kngf.nl/kennisplatform/richtlijnen

À quelle fréquence les recommandations de bonne pratique doivent-elles être renouvelées?

Les recommandations de bonne pratique doivent fondamentalement être révisées dès l'apparition de nouvelles preuves pertinentes. Concrètement, ces recommandations sont renouvelées en moyenne après pratiquement six ans [9]. De nouvelles approches telles que les *living systematic reviews* datent en permanence la synthèse des données probantes. Elles apportent de nouvelles possibilités comme les *living guidelines*. Dans le cadre de celles-ci, des expert-e-s observent et évaluent en permanence les nouvelles données probantes. Le groupe modifie les recommandations dès qu'une nouvelle donnée probante est disponible [10].

Faut-il des recommandations de bonne pratique propres à la physiothérapie?

Les recommandations de bonne pratique indiquent une stratégie de traitement pour résoudre un problème de santé. Par conséquent, des recommandations spécifiques pour la physiothérapie ne sont pas nécessaires [11]. Leur objectif est d'indiquer aux groupes professionnels traitants, aux patient-e-s et aux autres groupes d'intérêt la meilleure stratégie de traitement possible, sans tenir compte des groupes professionnels spécifiques (c.-à-d. que les intérêts des patient-e-s passent avant ceux du groupe professionnel qu'est la physiothérapie).

Ce qui est nécessaire toutefois ce sont des recommandations de bonne pratique qui portent sur des formes spécifiques de traitement, comme l'entraînement musculaire ou la physiothérapie en cas d'AVC [12]. Ces recommandations spécifiques aident à choisir les mesures physiothérapeutiques optimales.

Les recommandations sur la maladie de Parkinson en sont un exemple: les recommandations de bonne pratiques anglaises NICE s'adressent aux professionnel-le-s de la santé, aux client-e-s et aux prestataires de services, aux patient-e-s et à leurs proches. La *guideline* formule des recommandations sur le diagnostic, sur la communication et la stratégie de traitement; elle tient compte de toutes les composantes du traitement. Il s'agit de recommandations interprofessionnelles où les patient-e-s participent à la décision². En parallèle, il existe des recommandations européennes de physiothérapie pour le syndrome de Parkinson³, qui ont également été adaptées pour la Suisse⁴. Ces recommandations professionnelles se concentrent sur une seule composante du traitement, à savoir la physiothérapie⁵. |

² www.nice.org.uk/guidance/ng71

³ www.parkinsonnet.de/leitlinien/europaeische-leitlinie

⁴ www.parkinson.ch/fileadmin/public/docs/Fachpersonen_deutsch/Leitfaden04_2016.pdf

⁵ www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/KN-ClinicalGuidelines1.pdf

Literatur I Bibliographie

- Zhang S, B Incardona, S A Qazi, K Stenberg, H Campbell, H Nair and S. A. W. Group (2017). «Cost-effectiveness analysis of revised WHO guidelines for management of childhood pneumonia in 74 Countdown countries». *Journal of global health* 7(1).
- Golec, S J and A R Valier (2018). «The effect of following clinical practice guidelines on the pain and disability outcomes of patients with low back pain – a critically appraised topic». *Journal of sport rehabilitation* 27(2): 189-193.
- Pogrebnoy D and A Dennett (2019). «Exercise programs delivered according to guidelines improve mobility in people with stroke: A Systematic Review and meta-analysis». *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. Aug 8. pii: S0003-9993(19)30508-8. [Epub ahead of print]
- de Souza F S, C E Ladeira and L O Costa (2017). «Adherence to Back Pain Clinical Practice Guidelines by Brazilian Physical Therapists». *Spine* 42(21): E1251–E1258.
- Bannuru R R, M Osani, E Vaysbrot, N Arden, K Bennell, S Bierma-Zeinstra, V Kraus, L Lohmander, J Abbott and M Bhandari (2019). «OA-RSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis». *Osteoarthritis and cartilage*. Jul 3. pii: S1063-4584(19)31116-1. [Epub ahead of print]
- Alonso-Coello P et al. The GRADE Working Group. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1: Introduction. *BMJ* 2016; 353: i2016.
- Hultcrantz M, D Rind, E A Akl, S Treweek, R A Mustafa, A Iorio, B S Alper, J J Meerpohl, M H Murad and M T Ansari (2017). «The GRADE Working Group clarifies the construct of certainty of evidence.» *Journal of clinical epidemiology* 87: 4–13.
- Brouwers M C, M E Kho, G P Browman, J S Burgers, F Cluzeau, G Feder, B Fervers, I D Graham, J Grimshaw and S E Hanna (2012). «The Global Rating Scale complements the AGREE II in advancing the quality of practice guidelines». *Journal of clinical epidemiology* 65(5): 526-534.
- Vernooij R W, A J Sanabria, I Solà, P Alonso-Coello and L M García (2014). «Guidance for updating clinical practice guidelines: a systematic review of methodological handbooks». *Implementation Science* 9(1): 3.
- Akl E A, J J Meerpohl, J Elliott, L A Kahale, H J Schünemann, T Agoritsas, J Hilton, C Perron, E Akl and R Hodder (2017). «Living systematic reviews: 4. Living guideline recommendations». *Journal of clinical epidemiology* 91: 47–53.
- Kopkow C (2017). «Leitlinien und die Profession Physiotherapie». *physioscience* 13(04): 153–154.
- Veerbeek J M, E E H van Wegen, R P S van Peppen, H J M Hendriks, M B Rietberg, P J van der Wees, K Heijblom, A A G Goos, W O Hansen, B C Harmeling-van der We, J F de Jong, M M Noom, R van der Schaft, C J Smeets, T P M M Vluggen, D R B Vijsma, C M Vollmar and G Kwakkel (2014) «KNGF Clinical Practice Guideline for Physical Therapy in patients with stroke». 67. [www.dsnr.nl](http://www.dsnr.nl/stroke_practice_guidelines_2014) stroke_practice_guidelines_2014, Zugriff 19.09.2019.
- Novak I, S Mcintyre, C Morgan, L Campbell, L Dark, N Morton, E Stumbles, S A Wilson and S Goldsmith (2013). «A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: state of the evidence». *Developmental Medicine & Child Neurology* 55(10): 885–910.

Liens vers les recommandations de bonne pratique

(liste non exhaustive)

- Plateforme en ligne «Guidelines Suisse» de l'Académie suisse pour la qualité en médecine (ASQM) et de la FMH: www.guidelines.fmh.ch
- Liste de liens de la Société suisse de neurologie: www.swissneuro.ch/Fachinformationen
- Recommandations de bonne pratique de la Société suisse de pneumologie: <http://www.pneumo.ch/fr/649.html>
- Liste de recommandations de bonne pratique de Medix: www.medix.ch/ueber-uns/ueber-medix.html
- Bureau d'échange des savoirs pour des pratiques exemplaires de soins: www.best-sante.ch/demarches-ebp/adaptations-de-recommandations/
- Fil directeur en physiothérapie pour les personnes atteintes de la maladie de Parkinson, version pour la Suisse: www.parkinson.ch/fileadmin/public/docs/Fachpersonen_deutsch/Leitfaden04_2016.pdf
- *Physiotherapy Evidence Database* PEDro (sans doute la liste la plus exhaustive): www.pedro.org.au
- Liste de recommandations de bonne pratique de l'Association allemande de physiothérapie: www.physio-deutschland.de/fachkreise/beruf-und-bildung/leitlinien.html
- Liste de recommandations de bonne pratique de l'AWMF (*Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften*): www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html
- Informations sur les recommandations de bonne pratique de Cochrane Allemagne: www.cochrane.de/de/leitlinien
- Recommandations de bonne pratique de l'Association néerlandaise de physiothérapie: www.kngf.nl/kennisplatform/richtlijnen



Roger Hilfiker, PT MSc, ist wissenschaftlicher Mitarbeiter und Dozent Studiengang Physiotherapie an der HES-SO Valais-Wallis, Leukerbad.

Roger Hilfiker, PT MSc, est collaborateur scientifique et professeur au sein du cursus de physiothérapie de l'HES-SO Valais-Wallis à Loèche-les-Bains.

Physiotherapie studieren – Karriere vorantreiben – Beruf weiterentwickeln

Berner Fachhochschule Gesundheit, Murtenstrasse 10, 3008 Bern, bfh.ch/gesundheit



«Wissen aneignen, Wissen weitergeben» – eine Passion

Neugierde und Tatendrang zeichnen Daniele Moretti aus. Diese Attribute in Kombination mit einem Master of Science Abschluss in Physiotherapie bilden eine ideale Voraussetzung, um als Physiotherapeut in Zukunft etwas zu bewegen.

Der guten Laune Daniele Morettis können selbst wenig Schlaf und eine letzte bevorstehende Semesterprüfung nichts anhaben. «Es ist anstrengend – aber ich sehe einen Sinn in dem, was ich tue», sagt der frohsinnige Tessiner, der sich mit italienischem Akzent, aber beeindruckendem Wortschatz auf Deutsch ausdrückt.

«Die Physiotherapie hat viel Potenzial»

Sein Talent für Sprachen – er spricht auch fließend Englisch und Französisch – hat Daniele Moretti nach dem Bachelor-Studium Physiotherapie die Türe zur Fachhochschule als Arbeitgeber geöffnet: Für die Physiotherapie-Weiterbildung an der Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI) organisiert er Kurse, übersetzt Texte und unterrichtet gar. Die «Kopfarbeit» bietet ihm eine ideale Ergänzung zur «Handarbeit» in einer Praxis in Bellinzona. Dort behandelt er Patientinnen und Patienten mit Manueller Therapie und im Bereich muskuloskelettaler Rehabilitation.

Die Weiterbildung mit ihren Berührungspunkten zur Forschung eröffnete Daniele Moretti eine neue Welt der Profession. «Nie hätte ich gedacht, welches Potenzial die Physiotherapie hat. In mir erwachte die Lust, weiter zu studieren.» Zuerst liebäugelte Daniele Moretti mit England, wo Physiotherapie Master-Studiengänge seit Langem selbstverständliche Bestandteile der Professionsentwicklung sind. Mit der Aussicht auf den Fachexpertentitel OMT* und darauf, die entscheidenden Momente der Professionsentwicklung hierzulande mitzugestalten, meldete er sich für den Master-Studiengang Physiotherapie** mit Schwerpunkt Muskuloskelettal OMT an der Berner Fachhochschule BFH an.

Keine Scheu vor klaren Worten

Der 32-Jährige hat keine Scheu vor klaren Worten: «Wir (angehenden) Physiotherapeutinnen und -therapeuten MSC liefern mit unseren Kompetenzen die fachliche Legitimierung für den Direktzugang zur Physiotherapie». Engagiert ist Daniele Moretti ausserdem in der Tessiner Sektion von «physioswiss». «Die meisten praktizierenden Physiotherapeutinnen und -therapeuten haben ihre Ausbildung im alten Bildungssystem absolviert», weiss Moretti. Nun gehe es darum, auch bei diesen die Idee der Akademisierung zu verankern – gleichzeitig aber auch ihre Bedürfnisse abzuholen. «So können akademisch und traditionell ausgebildete Physiotherapeutinnen und -therapeuten gemeinsam eine nachhaltige Zukunft der Physiotherapie gestalten.»

Dreigeteilte Leidenschaft

«Wenn du das zweite Semester geschafft hast, bist du auf gutem Weg», hört er die Stimme eines Vorgängers im Ohr und resümiert: «Besonders viel habe ich aus den For-

schungsmodulen rausgeholt.» Etwa, dass es ein ganzes Bündel an Ethik-Richtlinien gibt, an die sich klinisch Forschende halten müssen. Für die Forschung schlägt sein Herz, zeitgleich aber auch für die Praxis und die Lehre. Diese Mischung widerspiegelt sich auch in der Zukunftsplanung des 32-Jährigen: Als langjähriger Jugend und Sport-Leiter entdeckte er früh seine Passion, Wissen weiterzugeben. Künftig will er diese in der Aus- und Weiterbildung Physiotherapie einsetzen. Nicht jedoch ohne ein Standbein in der Praxis: «Der praktische, klinische Bezug und der Kontakt zu Patientinnen und Patienten sind für mich ein Muss, zumal ich in diesem Bereich forschen und unterrichten will.»

Horizontweiternd

Das vielseitige Profil von Daniele Moretti zeigt sich bereits heute in seinem prall gefüllten Alltag. Am Montag-, Dienstag- und Mittwochnachmittag arbeitet er in der Physiotherapiepraxis. Die Vormittage nutzt er für Administratives für die SUPSI. Eine dreistündige Zugfahrt entfernt, in Bern oder Winterthur, findet am Donnerstag und Freitag der Unterricht im Master-Studiengang statt. Die Unterrichtstage beschreibt Daniele Moretti nicht nur aufgrund des fachspezifischen Inhalts als horizontweiternd: «Der Austausch mit Physiotherapeutinnen und -therapeuten aus den unterschiedlichsten Bereichen ist bereichernd und ein weiteres Highlight des Studiums – fachlich und persönlich.»

*Orthopädische Manuelle Therapie – Curriculum/Titelvergabe im Akkreditierungsprozess

**Daniele Moretti studiert im Kooperationsstudiengang der Berner Fachhochschule und der Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW. Seit Herbst 2019 führen die beiden Fachhochschulen eigenständige Master-Studiengänge durch.

Steckbrief

Titel/Abschluss: Master of Science (MSc)
Vertiefungen: Muskuloskelettal (Start 2020)
 Neurologie, Professionsentwicklung, Sport (Start 2021)
Studienform: berufsbegleitend, 6 Semester
Studienbeginn: Kalenderwoche 38
Anzahl ECTS-Credits: 90
Studienort: Bern

Panelgespräch: Donnerstag, 5. Dezember 2019
Infoveranstaltungen: Mittwoch, 22. Januar 2020;
 Montag, 17. Februar 2020; Dienstag, 17. März 2020;
 jeweils um 19.00 Uhr in Bern

bfh.ch/gesundheit/master