

Zeitschrift: Physioactive
Herausgeber: Physioswiss / Schweizer Physiotherapie Verband
Band: 54 (2018)
Heft: 3

Artikel: Die Implementierung neuer Erkenntnisse = La mise en œuvre de nouvelles connaissances
Autor: Niedermann, Karin / Bodegom-Vos, Leti van
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-928536>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. 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. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

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. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

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. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 26.04.2026

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

Die Implementierung neuer Erkenntnisse

La mise en œuvre de nouvelles connaissances

KARIN NIEDERMANN, LETI VAN BODEGOM-VOS

Neue Erkenntnisse zu Behandlungen finden oft nur schwer ihren Weg in die Praxis. Ein systematisches und strukturiertes Vorgehen ist nötig, damit dies möglichst gut gelingt. Die Niederlande gehen dies in einer Top-down-Strategie an.

Die Forschung belegt in vielen Bereichen, dass (neue) physiotherapeutische Verfahren wirksam sind. Beispiele dafür sind «Funktionsorientierte Verfahren sind bei chronischen Schmerzen effektiver als schmerzorientierte Verfahren», «Intensives Training ist bei entzündlichen rheumatischen Erkrankungen wirksam und sicher» oder «Kraft- und Gleichgewichtsübungen sind bei Kniearthrose genauso wirksam wie Schmerzmittel». Solche Forschungsergebnisse wirken sich jedoch leider häufig nur wenig auf die klinische Praxis in der Physiotherapie aus. Dies ist ein allgemeines Phänomen: Im Gesundheitswesen ist es oft schwer, Innovationen in die Praxis einzuführen. Folglich kann es sein, dass ÄrztInnen, PhysiotherapeutInnen und andere Gesundheitsfachpersonen ihren PatientInnen nicht immer die besten verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten bieten.

Les nouvelles connaissances relatives aux traitements ne trouvent souvent qu'avec difficulté le chemin vers la pratique. Un processus systématique et structuré est nécessaire à cet effet. Les Pays-Bas l'abordent par le biais d'une stratégie top-down.

Dans de nombreux domaines, la recherche prouve l'efficacité de (nouveaux) processus physiothérapeutiques. Quelques exemples à ce sujet: «en cas de douleurs chroniques, les processus axés sur la fonction sont plus efficaces que les processus axés sur la douleur», «en cas d'affections rhumatismales inflammatoires, l'entraînement intensif est efficace et sûr» ou «en cas d'arthrose du genou, les exercices de musculation et d'équilibration sont aussi efficaces que des analgésiques». Hélas, ces résultats de la recherche sont souvent peu appliqués dans la pratique clinique. Il s'agit d'un phénomène général: dans le système de santé, il est souvent difficile d'introduire des innovations dans la pratique. De ce fait, les médecins, les physiothérapeutes et les autres professionnel-le-s de la santé ne proposent pas toujours à leurs patient-e-s les meilleurs traitements qui sont disponibles.

Dans le présent article, nous développerons le concept de l'application des innovations dans le système de santé. Par ailleurs, nous esquisserons la stratégie et les fondements d'une application systématique top-down utilisée aux Pays-Bas et nous nous pencherons sur les différences entre les Pays-Bas et la Suisse.

L'information et la communication à elles seules ne suffisent pas

La mise en œuvre et la recherche qui porte sur celle-ci font partie de la recherche sur les soins, qui a vu le jour aux États-Unis dans les années 1960. La recherche sur les soins a gagné en importance dans les années 1980, lorsque des recommandations de bonne pratique et des standards de qualité ont été développés. À l'époque, les principales questions étaient les suivantes: «qu'est-ce qui fonctionne, quand, pour qui et quels frais y sont liés? Pourquoi existe-t-il des



© Picture-Factory – Fotolia

Erhalten die Patienten die Behandlung nach bester verfügbarer Evidenz? | Est-ce parce qu'il bénéficie de la meilleure évidence disponible qu'un traitement est administré aux patient-e-s?

In diesem Artikel möchten wir das Konzept der Implementierung von Innovationen im Gesundheitswesen erläutern. Darüber hinaus skizzieren wir die Strategie sowie die Grundsätze einer systematischen Top-down-Implementierung in den Niederlanden und beleuchten die Unterschiede zwischen der Schweiz und den Niederlanden.

Information und Kommunikation alleine genügt nicht

Implementierung und Implementierungsforschung sind Teil der Versorgungsforschung, die in den 1960er-Jahren in den USA ihren Anfang nahm. Die Versorgungsforschung gewann in den 1980ern an Bedeutung, als Qualitätsstandards und Guidelines entwickelt wurden. Die wichtigsten Fragen damals lauteten: «Was funktioniert wann, für wen und welche Kosten sind damit verbunden? Wieso bestehen unerklärliche Unterschiede und wie können diese reduziert werden?» In Europa machte die Versorgungsforschung mit dem Aufkommen der evidenzbasierten Medizin (EBM) in den 1990ern Fortschritte. EBM erforderte, neues Wissen und neue Fertigkeiten in den klinischen Praxisalltag einzubringen, um die Patientenbetreuung kontinuierlich weiter zu verbessern.

Allerdings implementiert sich nichts von alleine. Die reine Diffusion (Streuung von Information) oder Dissemination (Kommunikation von Informationen, um das Wissen und die Fertigkeiten zu erweitern) einer Innovation verändert die klinische Praxis oder die klinischen Prozesse im Allgemeinen nicht. Diese Erkenntnis schuf das Bewusstsein, dass es konkrete Implementierungsanstrengungen braucht. Heute ist «Implementieren» in aller Munde und erhält viel Aufmerksamkeit.

Implementierung ist ein systematischer Prozess

Wenn Diffusion und Dissemination nicht ausreichen, dann ist also eine systematischere und strukturiertere Vorgehensweise erforderlich, um Strukturen für Innovationen zu schaffen. Das Ziel ist dabei, die klinische Praxis, die Funktionsweise von Organisationen oder die Versorgungsstruktur zu verändern. Nur ein solcher systematischer, strukturierter Prozess kann als Implementierung bezeichnet werden. Dieser Prozess muss auf der Mikro-, Meso- und Makro-Ebene stattfinden.

Beim *Top-down-Ansatz* führt eine Institution oder ein System eine Innovation ein, die Individuen, zum Beispiel Gesundheitsfachpersonen, akzeptieren und umsetzen müssen. Der Implementierungsprozess muss sich auf Lern- und Verhaltensänderungsmodelle sowie auf Change-Management-Theorien stützen.

Auf der *Mikro-Ebene* wendet jede einzelne Gesundheitsfachperson die Innovation an, zum Beispiel ein neues Behandlungskonzept oder -verfahren, und sie richtet sich so nach diesen neuen Regeln anstatt nach ihren persönlichen Vorlieben in der Behandlung. Diese Verhaltensänderung bei den einzelnen Gesundheitsfachpersonen wird durch Weiterbildung und Motivationsanreize (z. B. Zeit oder Anerkennung für Pionierarbeit) gefördert.



In der Schweiz hängt die Implementierung neuer Erkenntnisse oft von einzelnen Gesundheitsfachpersonen, Teams oder Spitälern ab. | En Suisse, la mise en oeuvre d'innovations dépend souvent de l'initiative de certain-e-s professionnel-le-s de la santé, équipes ou hôpitaux.

différences inexplicables et comment pouvons-nous les réduire?» En Europe, la recherche sur les soins a fait des progrès dans les années 1990, avec l'arrivée de la médecine fondée sur les faits (*evidence-based medicine* – EBM). L'EBM recommande d'introduire les nouvelles connaissances et les nouveaux savoir-faire dans la pratique clinique quotidienne pour améliorer en permanence l'accompagnement des patients.

Toutefois, rien ne se met en place tout seul. La simple diffusion de l'information ou la dissémination (communication d'informations afin d'élargir les connaissances et le savoir-faire) d'une innovation ne modifie pas la pratique clinique et les processus cliniques dans leur ensemble. Cette conclusion a permis de prendre conscience que des efforts concrets sont nécessaires en matière de mise en œuvre. Aujourd'hui, la «mise en œuvre» est sur toutes les lèvres et on lui porte beaucoup d'attention.

La mise en œuvre est un processus systématique

Lorsque la diffusion et la dissémination s'avèrent insuffisantes, une manière de procéder plus systématique et plus structurée est nécessaire pour créer des structures qui ouvrent leurs portes aux innovations. L'objectif est à cet égard de modifier la pratique clinique, le mode de fonctionnement des organisations ou la structure des soins. Seul un tel processus systématique et structuré peut être désigné comme une «mise en œuvre». Ce processus doit avoir lieu aux niveaux micro, meso et macro.

Dans l'*approche top-down*, une institution ou un système introduit une innovation que les individus, par exemple les professionnel-le-s de la santé, doivent accepter et mettre en œuvre. Le processus de mise en œuvre doit s'appuyer sur des modèles d'apprentissage et de modification

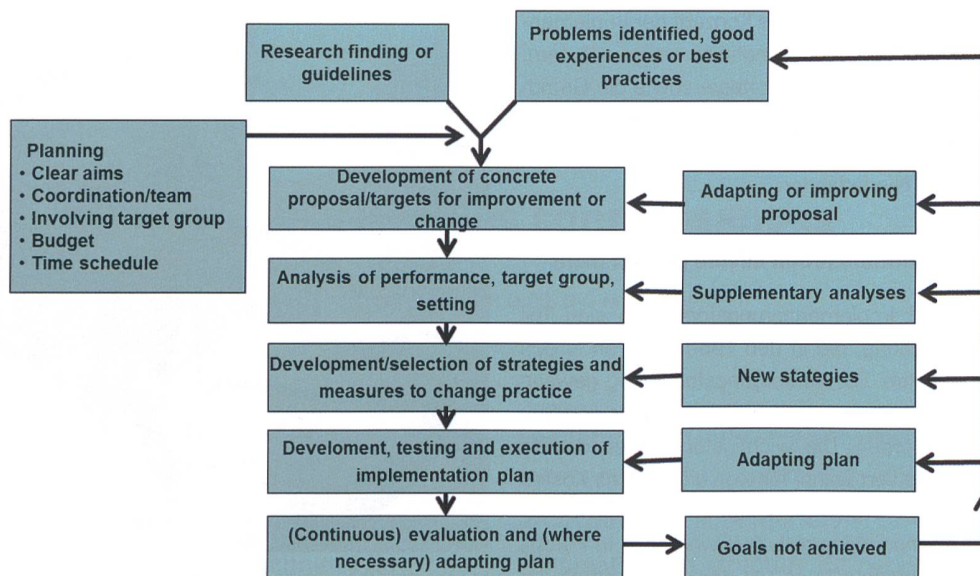


Abbildung 1: Schritte im Implementierungsprozess gemäss Grol & Wensing [1]. | Illustration 1: Les étapes du processus de mise en œuvre selon Grol & Wensing [1].

Auf der *Meso-Ebene* entscheidet sich ein Spital, eine Station oder ein Physiotherapie-Team dafür, einer spezifischen Richtlinie zu folgen. Das jeweilige Change-Management sowie der soziale Einfluss unter den Teammitgliedern sind entscheidende Faktoren dafür, ob die Implementierung erfolgreich verläuft oder nicht.

Auf der *Makro-Ebene* schliesslich fördert das wirtschaftliche und systemische Umfeld Veränderungen in der Praxis-routine, zum Beispiel durch Vorgaben und angepasste Vergütungen zugunsten der Innovation.

Schritte im Implementierungsprozess

Ein erfolgreicher Implementierungsprozess einer Innovation oder eines geänderten Behandlungsverfahrens erfordert eine gut geplante, systematische Herangehensweise mit klaren Strategien [1]. Der Prozess umfasst folgende Schritte (vgl. auch *Abbildung 1*):

1. Entwicklung/Formulierung eines konkreten Vorschlags/Ziels für Verbesserung oder Veränderung.
2. Exploration des aktuellen klinischen Vorgehens, der Zielgruppen und des Umfelds (inklusive Exploration der Barrieren und Förderfaktoren, welche die gewünschte Veränderung bei den Stakeholdern hemmen oder begünstigen, vgl. *Kasten*).
3. Entwicklung/Wahl angemessener Implementierungsstrategien und -massnahmen, basierend auf den Ergebnissen von Schritt 1 und 2.
4. Entwicklung, Testung und Durchführung des Implementierungsplans.
5. (Laufende) Evaluierung der Implementierung: Wurden die gewünschten Änderungen erzielt oder sind weitere Massnahmen erforderlich? Gegebenenfalls Anpassungen.

du comportement ainsi que sur des théories de management du changement.

Au *niveau micro*, chaque membre du personnel applique l'innovation, par exemple un nouveau concept ou processus de traitement, et s'oriente donc, lors du traitement, en fonction de ces nouvelles règles et non en fonction de ses préférences personnelles. Cette modification du comportement des professionnel-le-s de la santé est encouragée par la formation continue et par la stimulation de leur motivation, par exemple sous la forme de temps ou de reconnaissance de leur travail précurseur.

Au *niveau meso*, un hôpital, une unité des soins ou une équipe de physiothérapie décide de suivre une recommandation de bonne pratique spécifique. La gestion du changement en question et l'influence sociale entre les membres de l'équipe constituent des facteurs décisifs de la réussite ou de l'échec de la mise en œuvre.

Au *niveau macro*, enfin, l'environnement économique et systémique encourage les changements dans la pratique quotidienne, par exemple par des directives et des rémunérations adaptées en faveur de l'innovation.

Les étapes du processus de mise en œuvre

La réussite du processus de mise en œuvre d'une innovation ou de la modification d'une procédure de traitement implique une approche systématique, bien planifiée et qui inclut des stratégies claires [1]. Le processus comprend les étapes suivantes (cf. aussi *illustration 1*):

1. Développement/formulation d'une proposition/d'un objectif concret pour l'amélioration ou le changement.
2. Exploration du processus clinique actuel, des groupes-cibles et de l'environnement, y compris l'exploration

Hemmende und fördernde Faktoren für Innovation

Faktoren, welche die Implementierung von Innovation hemmen respektive fördern, können gemäss Grol & Wensing verschiedenen Kategorien zugeordnet werden [1]:

- die Innovation (die eingeführt werden soll)
- einzelne Fachkraft (z. B. Wissen, Motivation, Verhaltensroutinen)
- einzelner Patient (z. B. Fähigkeiten, Einstellung, Einhaltung von Regeln)
- sozialer Kontext (z. B. Meinung von KollegInnen, Netzwerkkultur, Führung)
- Unternehmenskontext (Mitarbeitende, Kapazitäten, Ressourcen, Strukturen)
- externes Umfeld (politische und ökonomische Faktoren wie z. B. finanzielle Mechanismen).

Kurz gesagt können fördernde Faktoren «Verkaufsargumente» sein, während hemmende Faktoren auf Herausforderungen hinweisen und massgeschneiderte Strategien erfordern, damit eine Umsetzung erfolgreich verlaufen kann.

Facteurs qui encouragent l'innovation ou qui y font obstacle

Selon Grol & Wensing, les facteurs qui encouragent l'innovation ou qui y font obstacle peuvent être attribués à différentes catégories [1]:

- celle de l'innovation (qui doit être introduite)
- celle de chaque spécialiste (p. ex. les connaissances, la motivation, les routines de comportement)
- celle de chaque patient-e (p. ex. les aptitudes, l'attitude, le respect de règles)
- celle du contexte social (p. ex. l'avis de collègues, la culture du réseau, la direction)
- celle du contexte d'entreprise (collaborateur·trice·s, ressources, structures)
- celle du contexte externe (facteurs politiques et économiques comme p. ex. les mécanismes financiers)

En bref, les facteurs encourageants peuvent être des «arguments de vente», tandis que les obstacles renvoient à des défis et exigent des stratégies sur mesure qui permettent une mise en œuvre réussie.

Die Top-down-Strategie in den Niederlanden: die Rolle der Geldgeber

Die Niederlande fördern auf nationaler Ebene mit mehreren Massnahmen die Implementierung von Innovationen wie Forschungsergebnissen und Guidelines.

Aktuell verlangen zum Beispiel die meisten niederländischen Organisationen, welche Forschung finanzieren, dass die ForscherInnen einen Implementierungsplan vorlegen. So sind die ForscherInnen gezwungen, von Anfang an Stakeholder ihrer künftigen Forschungsergebnisse in die Studie einzubinden. Dies bedeutet, dass sie sich Gedanken über mögliche hemmende und fördernde Faktoren für die Implementierung der Forschungsergebnisse machen müssen. Und sie müssen auch überlegen, welche Massnahmen erforderlich sind, um die Forschungsergebnisse nach Abschluss der Studie zu implementieren. Einige Geldgeber machen es sogar zur Bedingung, einen Implementierungsexperten in das Forschungsprojekt einzubinden und mindestens fünf Prozent des Budgets für die Implementierung der Ergebnisse aufzuwenden.

Die Implementierung von Guidelines in den Niederlanden

Um die Implementierung von Guidelines zu fördern, ergreifen die Verfasser von Guidelines, wie das «Dutch Knowledge Institute of Medical Specialists» oder die «Royal Dutch Society for Physical Therapy KNGF»¹, verschiedene Massnahmen.

Erstens sorgen sie dafür, dass alle Stakeholder in die Arbeitsgruppe eingebunden werden, welche die Guideline entwickelt. Bei Guidelines des KNGF gehören hierzu Physiothe-

des Barrieren und des Faktoren d'encouragement qui freinent ou encouragent la modification souhaitée chez les acteur·trice·s (cf. *encadré*).

3. Développement/choix des stratégies et mesures de mise en œuvre appropriées, basé sur les résultats des étapes 1 et 2.
4. Développement/contrôle et réalisation du plan de mise en œuvre.
5. Évaluation (permanente) de la mise en œuvre: les modifications souhaitées ont-elles été introduites ou d'autres mesures sont-elles nécessaires? Le cas échéant, ajustements.

La stratégie top-down aux Pays-Bas: le rôle des organismes de financement

Par le biais de plusieurs mesures, les Pays-Bas encouragent la mise en œuvre au niveau national d'innovations telles que des résultats de recherche et des recommandations de bonne pratique.

Actuellement, la plupart des organismes néerlandais qui financent la recherche exigent par exemple que les chercheur·euse·s présentent un plan de mise en œuvre. Il est donc nécessaire d'intégrer dès le début les acteur·trice·s de leurs futurs résultats dans leur étude. Cela signifie qu'il leur faut réfléchir aux éventuels facteurs susceptibles de freiner ou d'encourager la mise en œuvre de leurs résultats. Une réflexion est également obligatoire sur les mesures nécessaires pour mettre en œuvre les résultats de la recherche après la fin de l'étude. Certains organismes de financement posent même comme condition d'intégrer un·e expert·e en mise en œuvre dans le projet de recherche et de consacrer au moins 5 % du budget à la mise en œuvre des résultats.

¹ www.kngf.nl



Für die Implementierung sind Geldgeber, Forschungsinstitutionen und Fachverbände bedeutend. | Le rôle des organismes financeurs, des institutions de recherches et des associations est important pour la mise en œuvre.

rapeutInnen, ForscherInnen, beteiligte Berufsverbände sowie PatientenvertreterInnen. Zudem wird ein Beratungsgremium aus weiteren PhysiotherapeutInnen, ForscherInnen sowie sekundär beteiligten Berufsverbänden, der nationalen Gesundheitsbehörde und Krankenversichern dazu eingeladen, zum Entwurf der Guideline Stellung zu nehmen.

Zweitens muss die Guideline einen Implementierungsplan beinhalten. Das «Dutch Knowledge Institute of Medical Specialists» schreibt vor, dass jede Guideline mögliche Barrieren sowie einen Plan mit Gegenmassnahmen aufführen muss. Zudem werden Qualitätsindikatoren entwickelt, um das Einhalten der Guideline zu messen.

Und drittens werden Massnahmen zur Implementierung der Guideline ergriffen. Das KNGF entwickelt für jede Guideline Umsetzungstools wie E-Learning-Module, Weiterbildungsveranstaltungen und Workshops.

Was die Schweiz von den Niederlanden lernen kann

In der Schweiz gibt es 26 unterschiedliche Gesundheitssysteme. In einem Bottom-up-Ansatz erbringen darin die einzelnen Gesundheitsfachpersonen und die Spitäler ihre Leistungen sehr autonom organisiert. Im Gegensatz dazu belegt das Beispiel der Niederlande anschaulich, wie ein systematischer Top-down-Ansatz die Implementierung von neuen oder geänderten Verfahren fördern kann.

Seit einigen Jahren hat die Implementierung von Innovation im Sinne eines systematischen, geplanten Prozesses auf Mikro- und Meso-Ebene auch in der Schweiz mehr Bedeutung erhalten. Dies hängt allerdings stets von der Initiative einzelner Gesundheitsfachpersonen, Teams, Stationen oder Spitälern ab. Im Gegensatz zu den Niederlanden sind Implementierungsmassnahmen auf Makro-Ebene, also im schweizerischen Gesundheitssystem, insgesamt weiterhin selten.

Zu den ersten in der Schweiz gestarteten Versuchen zählt das 2016 ins Leben gerufene Projekt «Swiss Learning Health System SLHS»². Beim SLHS handelt es sich um eine For-

La mise en œuvre des recommandations de bonne pratique aux Pays-Bas

Les concepteur-trice-s des recommandations de bonnes pratiques comme le *Dutch Knowledge Institute of Medical Specialists* ou le *Royal Dutch Society for Physical Therapy* (KNGF)¹, prennent différentes mesures pour en encourager la mise en œuvre.

Premièrement, il s'agit de veiller à ce que tous les acteur-trice-s soient intégré-e-s dans le groupe de travail qui conçoit les recommandations. Pour ce qui est du KNGF, en font partie des physiothérapeutes, des chercheur-euse-s, des associations professionnelles ainsi que les représentant-e-s des patient-e-s. En outre, un comité de conseil composé d'autres physiothérapeutes, de chercheur-euse-s ainsi que d'associations professionnelles concernées de manière secondaire, de l'office national de la santé et des assurances-maladie est invité à prendre position par rapport à la conception de la recommandation.

Deuxièmement, la recommandation doit comprendre un plan de mise en œuvre. Le *Dutch Knowledge Institute of Medical Specialists* impose que chaque recommandation présente d'éventuels obstacles ainsi qu'un plan de contre-mesures. En outre, des indicateurs de qualité sont développés afin de mesurer le respect de la recommandation.

Troisièmement, les mesures de mise en œuvre de la recommandation sont prises. Le KNGF développe par exemple pour chaque recommandation des outils de mise en œuvre comme des modules d'e-learning, des séances de formation continue et des ateliers.

Ce que la Suisse peut apprendre des Pays-Bas

La Suisse compte 26 systèmes de santé différents. Au sein d'une approche bottom-up, les différents professionnels de la santé et les hôpitaux apportent leurs prestations de manière très autonome. À l'opposé, l'exemple des Pays-Bas illustre nettement comment une approche top-down systématique peut encourager la mise en œuvre de procédures nouvelles ou modifiées.

Depuis quelques années, la mise en œuvre d'innovations dans le sens d'un processus systématique et planifié au niveau micro et meso revêt une importance grandissante en Suisse aussi. Toutefois, cela dépend encore de l'initiative de certain-e-s professionnel-le-s de la santé, de certaines équipes, de certaines unités de soins ou de certains hôpitaux. Contrairement aux Pays-Bas, les mesures de mise en œuvre au niveau macro, à savoir dans le système de santé suisse, demeurent rares dans l'ensemble.

Parmi les premières tentatives esquissées en Suisse, on compte le projet *Swiss Learning Health System* (SLHS)², né en 2016. Le SLHS est une coopération de la recherche à laquelle participent cinq universités suisses ainsi que deux

² www.slhs.ch

¹ www.kngf.nl

² www.slhs.ch

schungskoooperation, an der fünf Schweizer Universitäten sowie die beiden Fachhochschulen SUPSI und ZHAW beteiligt sind. Ziel des Projektes ist es, eine Plattform für den Dialog zwischen Forschung, Politik und Praxis einzurichten, um Probleme in der Gesundheitsversorgung und im Gesundheitssystem zu lösen. Alle Projektpartner widmen sich systemrelevanten Themen, für die sie derzeit eine Evidenzbasis als Grundlage für die spätere Implementierung erstellen. Zudem hat das SLHS einen sogenannten «Stakeholder-Dialog» eingerichtet, an dem alle für das Thema relevanten Parteien beteiligt sind, etwa klinische ExpertInnen, Behörden oder Krankenversicherer. So soll sichergestellt werden, dass die Ergebnisse im System implementiert werden können.

Die Behörden, Forschungsinstitutionen und Verbände sind gefragt

Mit der Initiative «Swiss Learning Health System SLHS» ist in der Schweiz ein wichtiger Schritt getan, um die Implementierung neuer Erkenntnisse zu fördern. Doch sollte die Implementierung von Innovationen durch weitere strukturelle Massnahmen auf nationaler Ebene stimuliert werden. Einige niederländische oder weitere Strategien könnten in der Schweiz einfach übernommen werden, zum Beispiel durch Geldgeber, Forschungsinstitutionen wie Universitäten und Fachhochschulen sowie dem Physiotherapieverband. |

hautes écoles spécialisées, la SUPSI et la ZHAW. L'objectif du projet est d'aménager une plateforme de dialogue entre la recherche, la politique et les prestataires de services afin de résoudre les problèmes dans le système des soins et le système de la santé. Les partenaires du projet se consacrent à des questions relatives au système pour lesquelles ils établissent actuellement une base d'évidence qui doit servir de fondement à une mise en œuvre ultérieure. De plus, le SLHS a aménagé un *dialogue avec les acteur-trice-s* auquel participent toutes les parties concernées par la question, comme des expert-e-s cliniques, les autorités et les assurances-maladie. Cela permet de garantir que les résultats puissent être mis en œuvre dans le système.

La présence des autorités, institutions de recherche et associations est demandée

L'initiative constitue une étape importante en vue d'encourager l'application de nouvelles connaissances en Suisse. Mais la mise en œuvre d'innovations devrait être stimulée par d'autres mesures structurelles au niveau national. Certaines des stratégies provenant des Pays-Bas ou d'ailleurs pourraient être appliquées en Suisse en toute simplicité, par exemple par les organismes financeurs, les institutions de recherche comme les universités et hautes écoles spécialisées ainsi que par l'Association de physiothérapie. |

Literatur | Bibliographie

1. Grol R and Wensing M (2013). Effective implementation of change in healthcare: a systematic approach, in *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Health Care*, Second Edition (eds Grol R, Wensing M, Eccles M and Davis D), John Wiley & Sons, Ltd, Oxford, UK. doi: 10.1002/9781118525975.ch3.



Karin Niedermann, PT PhD, MPH, ist Professorin für Physiotherapieforschung und Studiengangleiterin des MSc für Physiotherapie an der ZHAW. Sie leitet mehrere Forschungsprojekte zur Implementierung, z.B. im SLHS-Projekt das ZHAW-Projekt «Physiotherapeutisches Management von Kniearthrose».

Karin Niedermann, PT PhD; professeure de recherche en physiothérapie et responsable du cursus de MSc en physiothérapie à la ZHAW. Elle dirige plusieurs projets de recherche sur la mise en œuvre, par exemple le projet de la ZHAW «Gestion physiothérapeutique de l'arthrose du genou» dans le cadre du projet SLHS.



Leti van Bodegom-Vos, PhD, Gesundheitswissenschaftlerin, ist Assistenz-Professorin für «Implementation and de-implementation in curative care» am «Department of Biomedical Data Sciences» des Leiden University Medical Center (LUMC). Zu ihren Hauptforschungsthemen zählen die Implementierung von Physiotherapie-Guidelines, E-Health in der Rehabilitation sowie Deimplementierung geringwertiger Behandlungen in der orthopädischen Chirurgie.

Leti van Bodegom-Vos, PhD; chercheuse dans le domaine de la santé, professeure assistante en *Implementation and de-implementation in curative care* au *Department of Biomedical Data Sciences* du Leiden University Medical Center (LUMC). La mise en œuvre de recommandations de bonne pratique en physiothérapie, l'e-health en rééducation ainsi que la suppression de traitements de faible valeur en chirurgie orthopédique font partie des ses principaux champs de recherche.