

POMEN KLINIČNIH SMERNIC V FIZIOTERAPIJI

IMPORTANCE OF CLINICAL GUIDELINES IN PHYSIOTHERAPY

doc. dr. Urška Puh, dipl. fiziot.

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za fizioterapijo

Povzetek

Klinične smernice so sistematično razvite navedbe, ki pomagajo fizioterapevtu in pacientu sprejeti odločitve o primerni fizioterapevtski oskrbi specifičnega kliničnega primera. Z iskanjem, vrednotenjem in povzemanjem rezultatov ustreznih raziskav klinične smernice izpostavijo najučinkovitejše načine obravnave nekega stanja ali kliničnega problema ter tako olajšajo izvajanje z dokazi podprte fizioterapije. V prispevku so predstavljeni namen kliničnih smernic v fizioterapiji, dostopnost in njihov razvoj ter stanje v Evropi.

Ključne besede:

fizioterapija, z dokazi podprta praksa, smernice klinične prakse.

Summary

Clinical guidelines are systematically developed statements to assist practitioner and patient with decisions about appropriate health care for specific circumstances. With identification, judgement and synthesis of appropriate research evidence, clinical guidelines expose the most effective treatment procedures for the specific condition or clinical problem, and thus facilitate performance of evidence-based physiotherapy. The aim, accessibility, development, and future perspectives of physiotherapy clinical guidelines are described in the paper.

Key words:

evidence-based physiotherapy, clinical guidelines.

UVOD

Z dokazi podprta praksa pomeni vestno, jasno in razumno uporabo v danem trenutku najboljših znanstvenih dokazov pri odločanju o oskrbi nekega pacienta (1). Koncept z dokazi podprte prakse v fizioterapiji je bil predstavljen kmalu po predstavitvi koncepta z dokazi podprte medicine (2). Leta 1995 je kanadsko združenje za fizioterapijo z dokazi podprto prakso definiralo kot prakso, ki temelji na teoretičnih podlagah, pri kliničnem odločanju uporablja najboljše mogoče znanstvene dokaze in za evalvacijo posredovane oskrbe uporablja standardizirane merilne inštrumente (3). Oktobra 2001 se je na srečanju strokovnjakov iz 50 držav članic Svetovnega združenja za fizioterapijo (World Confederation for Physical Therapy – WCPT) vsa fizioterapevtska stroka obvezala k izvajanju z dokazi podprte prakse (4, 5).

Z dokazi podprta praksa povezuje klinične izkušnje posameznega fizioterapevta z znanstvenimi dokazi (6), pri čemer upošteva vrednote pacienta in okoliščine (7, 8). Pri tem so bili znanstveni dokazi določeni za najboljšo podlago pri kliničnem odločanju (8). Namen koncepta z dokazi podprte

prakse v fizioterapiji je izboljšati oskrbo pacientov, zmanjšati različnosti v zagotavljanju fizioterapevtskih storitev (9), ozaveščati fizioterapevte v klinični praksi o dokazih iz visokokakovostnih raziskav in te dokaze uporabljati za spodbujanje pozitivnih učinkov, zmanjšati negativne učinke (nevarnosti) fizioterapevtskih postopkov (6) ter zagotoviti transparentnost kliničnega odločanja, pri čemer se upošteva prioritete pacienta. Najpomembnejši koraki za izvajanje z dokazi podprte prakse so (6, 10): 1) izpostavitev pacientove težave in oblikovanje jasnega kliničnega vprašanja; 2) pregled ustreznih publikacij ob upoštevanju stopnje veljavnosti in uporabnosti dokazov; 3) uvedba koristnih dognanj v prakso, glede na specifično pacientovo stanje; 4) evalvacija vpliva sprememb v praksi. Zadnje tri našteje korake lahko olajšajo klinične smernice.

Poleg koncepta z dokazi podprte prakse, ki je prispeval k večjemu zavedanju pomena vključevanja znanstvenih dokazov iz visokokakovostnih kliničnih raziskav v klinično prakso, je k razvoju kliničnih smernic prispevalo eksponentno povečanje znanstvenih publikacij s področja fizioterapije. Kljub lažji dostopnosti informacij je ob vse večjem številu kliničnih raziskav posamezniku vedno težje ostati seznanjen z novimi znanstvenimi dokazi. Hkrati je za posameznika vse večji izziv tudi ugotavljanje, iz katerih raziskav so dokazi

E-naslov za dopisovanje/E-mail for correspondence (UP):
urska.puh@zf.uni-lj.si

dovolj zanesljivi za vključitev v ali za spremembo klinične prakse v fizioterapiji. Klinične smernice so sistematično razvite navedbe, ki pomagajo kliničnemu strokovnjaku in pacientu sprejeti odločitve o primerni zdravstveni oskrbi specifičnega kliničnega primera (11). Z iskanjem, vrednotenjem in povzemanjem rezultatov ustreznih raziskav z jasno določenega strokovnega področja klinične smernice izpostavijo najučinkovitejše načine obravnave nekega stanja ali kliničnega problema (12).

Fizioterapevti so od nekdaj želeli poznati najboljšo prakso za obravnavo svojih pacientov, vendar pa so k razvoju kliničnih smernic prispevali tudi drugi dejavniki. V nekaterih državah, kot je Velika Britanija, so zahteve vlade in javnosti po večji enakosti pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe posameznega kliničnega problema oziroma po pravici do enako dobre (najboljše) zdravstvene oskrbe, ne glede na to, kje posameznik živi, spodbudile razvoj kliničnih smernic. Za doseg tega cilja pa je bilo treba najprej ugotoviti, kaj je najboljša mogoča zdravstvena oskrba za neki klinični problem. Zavedali so se, da morajo biti priporočila za klinično prakso razvita sistematično, zanesljivo in kredibilno, če želijo, da bodo uporabna za vso populacijo (13). V drugih državah, kot so Združene države Amerike, so razvoj kliničnih smernic spodbudile predvsem zavarovalnice, ki so želele poznati vsebino paketa zdravstvene oskrbe, za katerega bodo plačale. Tudi zavarovalnice so želele poznati najučinkovitejši način zdravstvene oskrbe oziroma terapije pri posameznih kliničnih problemih (14). Ne nazadnje pa so k razvoju kliničnih smernic prispevala združenja pacientov, ki želijo vedeti, katera terapija je zanje najučinkovitejša in kakšne možnosti izbire imajo, ter poznati ozadje informacij, ki jih dobijo od zdravstvenih delavcev (13).

NAMEN KLINIČNIH SMERNIC V FIZIOTERAPIJI

Veliko kliničnih problemov je večplastnih, zato je potrebna sinteza ugotovitev raziskav z različnih področij. Fizioterapevska obravnava pacienta z nekim kliničnim problemom zahteva poznavanje diagnoze, prognoze, učinkov terapije in priporočenega vedenja. Preučevanje znanstvenih dokazov o vseh naštetih vidikih obravnave pacienta posamično je lahko zelo zamudno, zato klinične smernice kot samostojen vir informacij o priporočenih obravnavi določenega kliničnega primera zagotavljajo učinkovito alternativo (13).

Klinične smernice so namenjene promociji z dokazi podprte prakse ter zagotavljajo posameznemu fizioterapevtu pomoč pri kliničnem odločanju (15). Pri tem je treba poudariti, da so navedbe v kliničnih smernicah informativne narave, posamezen fizioterapevt pa se mora odločiti, ali so smernice primerne za nekega pacienta z upoštevanjem vseh drugih dejavnikov (spremljajoče bolezni, socialni status, prioritete pacienta) (13). Namen kliničnih smernic je torej priskrbiti

vnaprej pripravljen vir visokokakovostnih informacij za oba, fizioterapevta in pacienta, kar jima olajša razpravo o različnih možnostih za terapijo in različnih stopnjah pozitivnih in negativnih učinkov (nevarnosti), ki bi jih lahko imel neki fizioterapevtski postopek pri tem pacientu (13).

Glavni prednosti kliničnih smernic sta v primerjavi s pregledom literature pregled razpona možnih (fizio)terapevtskih postopkov in ne učinkov posameznega postopka kot pri pregledu literature ter oblikovanje priporočil za klinično prakso na podlagi vrednotenja znanstvenih dokazov (12). Poleg tega klinične smernice opredelijo tudi klinična vprašanja, na katera je z raziskavami še treba odgovoriti.

DOSTOP DO KLINIČNIH SMERNIC V FIZIOTERAPIJI IN NJIHOV RAZVOJ

V strokovnih oziroma znanstvenih revijah je objavljen le manjši delež kliničnih smernic, zato podatkovni zbirki MEDLINE in CINAHL ne zagotavljata zadostnega dostopa do kliničnih smernic. Najpopolnejša podatkovna zbirka z dokazi podprtih smernic klinične prakse za fizioterapijo je PEDro (13). Ta mednarodna zbirka podatkov je bila oblikovana za zagotavljanje dokazov za izvajanje z dokazi podprte prakse v fizioterapiji in je prosto dostopna na spletnih straneh www.pedro.org.au. V času pisanja tega prispevka je podatkovna zbirka PEDro obsegala 473 z dokazi podprtih kliničnih smernic (od leta 1987 do leta 2013), ki so bile oblikovane na podlagi več meril (12, 13):

1. sistematičen pregled literature, ki je bil narejen v času razvoja ali objave kliničnih smernic in ni bil starejši od štirih let;
2. v pregled znanstvenih dokazov je bil vključen vsaj en randomiziran kontroliran poskus, ki je preučeval učinke fizioterapevske obravnave;
3. klinične smernice morajo vključevati sistematično razvite navedbe, ki vključujejo priporočila, strategije ali informacije, ki so fizioterapevtu ali pacientu v pomoč pri odločanju o primerni zdravstveni oskrbi določenega kliničnega primera.

Nekatera nacionalna združenja za fizioterapijo in Evropska regija WCPT skrbijo za razvoj, posodabljanje in razširjanje kliničnih smernic (16, 17). Eden izmed ciljev Evropske regije WCPT je sprotno spremljanje programov kliničnih smernic v regiji (fizioterapevtskih in večdisciplinarnih). To bo omogočilo posameznim fizioterapevtom dostop do sedanjih kliničnih smernic in pripomoglo k njihovi implementaciji, nacionalnim združenjem fizioterapevtov pa sodelovanje pri razvoju in/ali uporabi ter prilagajanju smernic nacionalni situaciji (18). V organizaciji Evropske regije WCPT sta že potekali dve konferenci na temo kliničnih smernic v fizioterapiji (v letih 2006 in 2010), tretja je načrtovana za leto 2014. Nacionalna združenja za fizioterapijo tudi drugod po svetu, predvsem v večjih in/ali fizioterapevtsko razvitejših državah, na primer v Avstraliji, Združenih državah Amerike

in Kanadi, skrbijo za razvoj in širjenje kliničnih smernic. Mednarodna mreža za razvoj večdisciplinarnih kliničnih smernic (Guidelines International Network – G-I-N), v katero je vključena tudi Evropska regija WCPT, je združenje organizacij, ki skrbijo za razvoj kliničnih smernic. Namen G-I-N je spodbujanje izmenjave informacij in znanja, določanje metodologije za razvoj ter združevanje kliničnih smernic (19). Več informacij je na spletni strani www.g-i-n.net.

Do zgodnjih 90. let je bila večina kliničnih smernic razvita nesistematično. Pogosto so jih oblikovale skupine strokovnjakov iz posamezne zdravstvene stroke, ki so na podlagi neformalnega soglasja oblikovale izjave o »najboljši praksi«. Nadaljnji razvoj je prinesel bolj sistematičen in z dokazi podprt pristop k razvoju kliničnih smernic (13). Najpomembnejši koraki pri razvoju kakovostnih kliničnih smernic (21) so:

- znanstveni dokazi so zbrani sistematično;
- skupina, ki razvija klinične smernice, vključuje predstavnike večine relevantnih strok;
- priporočila se nanašajo izključno na področja, iz katerih izvirajo znanstveni dokazi, ki so bili podlaga za ta priporočila.

Ne glede na to, ali so klinične smernice eno- ali večdisciplinarne, je pri njihovem oblikovanju treba vključiti skupine strokovnjakov, pacientov in skrbnikov. Z dokazi podprte klinične smernice združujejo ugotovitve visokokakovostnih kliničnih raziskav, znanje kliničnih strokovnjakov in potrebe pacientov, da bi oblikovali zanesljiva priporočila za klinično prakso. Kakovostne klinične smernice imajo poleg upoštevanja zgoraj navedenih ključnih korakov jasno opredeljene vse faze razvoja, predstavitev, uvajanja in posodabljanja. Jasno morajo biti opisani namen smernic, vključena klinična vprašanja in populacija pacientov, na katere se smernice nanašajo, ter določeno, kdo so ciljni uporabniki (14). Kakovostne klinične smernice temeljijo na aktualnih kakovostnih sistematičnih preglednih člankih. Natančno mora biti opisana metodologija vrednotenja kakovosti znanstvenih dokazov oziroma ravni dokazov, na katerih temeljijo priporočila v kliničnih smernicah. Pri oblikovanju priporočil za prakso je treba poleg izsledkov raziskav pretehtati tudi verjetnost pozitivnih in negativnih učinkov (nevarnosti) za pacienta. To zahteva presojo pomena izsledkov za paciente (smiselna priporočila za prakso). Vrednost, s katero naj uporabniki zaupajo priporočilu, pa se ovrednoti z jakostjo priporočila (13). Kadar za določen klinični problem ni na voljo dovolj visokokakovostnih kliničnih raziskav, se klinične smernice napišejo po strogo določenih merilih in sistematičnem postopku za ugotavljanje soglasnega mnenja strokovnjakov o najboljši praksi, kar pa je lahko pristransko (13, 14). Pred končno objavo kliničnih smernic je treba njihovo uporabnost pilotsko preizkusiti na manjšem vzorcu uporabnikov. Poleg uporabnosti se testirajo še jasnost, razumljivost, učinkovitost predstavitve, pa tudi sprejemanje znanstvene podlage za priporočila. To preizkušanje je lahko le teoretično, ko posamezniki ali skupine strokovnjakov na lokalni ravni preberejo pripra-

vljene klinične smernice in dajo pripombe (14). Skupina, ki smernice razvija, mora ta proces dokumentirati in navesti, kako so te pripombe vplivale na končno različico kliničnih smernic (13).

Razvoj kakovostnih kliničnih smernic je drag in zamuden. Kljub zavedanju, da bi razlike v zdravstvenih ustanovah, zdravstvenih sistemih in plačnih sistemih med državami lahko omejile uporabnost priporočil v posameznih državah, narašča zanimanje za mednarodno sodelovanje. V Evropski regiji WCPT je bil sklenjen dogovor o enotni metodologiji razvoja kliničnih smernic v fizioterapiji (22), ki naj bi jo privzeli po vsem svetu. To bi omogočilo skupne temelje za proces razvoja kliničnih smernic v fizioterapiji. Vzpostavitev mednarodnih mrež za razvoj kliničnih smernic bo manj izkušenim državam olajšala metodološke vidike razvoja smernic in hkrati omogočila obsežnejšo izmenjavo informacij (14). Tako je v končni fazi priprava Evropskih kliničnih smernic za fizioterapijo pri Parkinsonovi bolezni (23) in Evropskih kliničnih smernic za nevrorehabilitacijo po možganski kapi (24), ki poteka na podlagi bogatih izkušenj Nizozemskega združenja za fizioterapijo v sodelovanju in pod pokroviteljstvom Evropske regije WCPT (25). Te smernice bodo za prilagoditev in uporabo na voljo tudi Sloveniji.

Pri določanju prednostnih nalog raziskovalnih programov se pričakuje, da bodo raziskovalci upoštevali in izkoristili klinične smernice kot vir informacij o raziskovalno najpomembnejših kliničnih področjih s pomanjkljivimi znanstvenimi dokazi, vključno s področji, ki so za paciente najpomembnejša. Večino objavljenih kliničnih smernic v fizioterapiji so razvili fizioterapevti za fizioterapevte. Vključevanje strokovnjakov različnih strok in predstavnikov pacientov bo verjetno povečalo kredibilnost kliničnih smernic in zagotovilo, da bodo upoštevana različna stališča. Pomanjkljivost dosedanjih večdisciplinarnih kliničnih smernic, tudi če so bili v njihov razvoj vključeni fizioterapevti, je nezadostnost priporočil za fizioterapevte, tudi v primerih izrazitih znanstvenih dokazov o učinkovitosti (14). Treba je tudi ugotoviti, kateri so optimalni mehanizmi za spodbujanje uporabe kliničnih smernic (13).

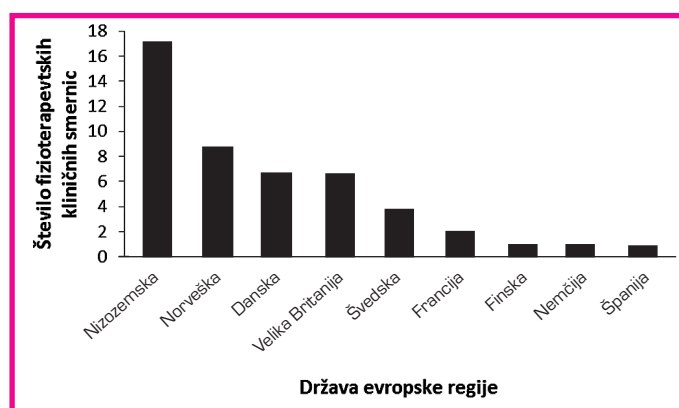
FIZIOTERAPEVTSKE KLINIČNE SMERNICE V EVROPI IN SLOVENIJI

Rezultati prvega posnetka stanja fizioterapevtskih kliničnih smernic, ki ga je opravila Evropska regija WCPT, so prikazani na sliki 1. Po številu lastnih kliničnih smernic očitno izstopa Nizozemska, kjer klinične smernice razvijajo v Centru za z dokazi podprto fizioterapijo (Centre for Evidence Based Physiotherapy) v sodelovanju z nacionalnim združenjem za fizioterapijo. Tabela 1 prikazuje področja objavljenih z dokazi podprtih fizioterapevtskih kliničnih smernic in kliničnih smernic v pripravi za posamezne evropske države leta 2013.

V Sloveniji svojih ali formalno privzetih fizioterapevtskih kliničnih smernic zaradi več vzrokov še nimamo. V okviru magistrskega študija fizioterapije, ki ga začnemo na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani (v študijskem letu 2014/15), med drugim načrtujemo kritično analizo tujih objavljenih kliničnih smernic za posamezna fizioterapevtska področja, kar bi lahko vodilo v njihovo uporabo v Sloveniji. Glede na kompleksnost postopka, ki je potreben za razvoj z dokazi podprtih kliničnih smernic, pa se razvoj lastnih v Sloveniji ne zdi smiseln. Veliko pričakujemo tudi od implementacije Evropskih kliničnih smernic.

ZAKLJUČEK

Klinične smernice visoke kakovosti, ki temeljijo na sistematičnem pregledu znanstvenih dokazov in njihovi integraciji z mnenji strokovnjakov, zagotavljajo dragocen vir priporočil za z dokazi podprto prakso. Njihov potencial so spodbujanje fizioterapevtskih postopkov, katerih učinkovitost je dokaza-



Slika 1: Število z dokazi podprtih fizioterapevtskih kliničnih smernic v Evropi leta 2012 (20)

na, odsvetovanje neučinkovitih postopkov, vpliv na izboljšanje kakovosti in doseganje boljše prakse v fizioterapiji. Razvoj kliničnih smernic zahteva veliko finančnih sredstev in časa. Prvi izziv za prihodnost je priprava mednarodnih,

Tabela 1: Področja objavljenih z dokazi podprtih fizioterapevtskih kliničnih smernic in kliničnih smernic v pripravi za posamezne evropske države leta 2013 (posnetek stanja – Evropska regija WCPT, še neobjavljeni podatki)

| Država | Področja objavljenih kliničnih smernic (leto objave) in kliničnih smernic v pripravi |
|------------------|--|
| Velika Britanija | Poškodbe mehkih tkiv (2010) Utesnitveni sindrom rame Sindrom zamrznjene rame (2010) Trajna bolečina v križu Nihajna poškodba vratu in pridružene okvare Proteze za spodnji ud (2011) Stresna urinska inkontinenca |
| Danska | Spondilitis Spondiloartroza Artroza kolena Bolečina v vratu Kronična obstruktivna pljučna bolezen Urinska inkontinenca (2013) Parkinsonova bolezen |
| Nemčija | Osteoporoz (2009) |
| Francija | Bolečina v vratu in nihajna poškodba vratu Kongenitalne deformacije stopala |
| Finska | Artroze kolka in kolena Preventiva padcev Na vadbi temelječa rehabilitacija pri okvarah srčne funkcije |
| Nizozemska | Poškodbe gležnja Bolečina v križu Osteoporoz Osteoartritis kolka in kolena Revmatoidni artritis Manualna terapija pri bolečini v križu Bolečina v medenici Menisectomy Izjava o najboljši praksi pri težavah subakromialno Kronična obstruktivna pljučna bolezen Astma pri otrocih Urinska inkontinenca Rehabilitacija pri okvarah srčne funkcije Klavdikacije Parkinsonova bolezen Možganska kap |
| Norveška | Bolečina v križu Osteoporoz Paliativna oskrba pacientov z rakom; Fizioterapija pri oskrbi pacientov z rakom Nedonošeni otroci Diabetes Kronična obstruktivna pljučna bolezen Možganska kap |
| Švedska | Hernia disci Kirurški posegi trebuha in prsnega koša Hoja pacientov s cerebralno paralizo Spina bifida Vadba za krepitev mišične jakosti pri otrocih s cerebralno paralizo Bolečina v medenici pri nosečnicah |
| Španija | Osteoporoz |

na primer evropskih, kliničnih smernic, s katerimi bi se izognili podvajanju razvoja med državami. Drugi izziv pa je jasneje ugotoviti, ali klinične smernice pripomorejo k boljšemu zdravju pacientov.

Literatura/References:

1. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71–2.
2. Guyatt G. Evidence-based medicine. *ACP J Club* 1991; A-16: 114.
3. Council of Directors of Physical Therapy Academic Programs and Canadian Physiotherapy Association. Entry-level curriculum for Canadian physical therapy programs: guidelines for faculty. Toronto: Canadian Physiotherapy Association; 1995.
4. Evidence based practice: an international perspective: report of an expert meeting organised by WCPT in October 2001. London: World Confederation for Physical Therapy; 2002: 1-2. Dostopno na http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/EBP_Report_2001.pdf
5. Evidence based practice - an international perspective: report of an expert meeting of WCPT member organizations, 1315 October 2001. London: World Confederation for Physical Therapy; 2002: 1-35. Dostopno na http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/EBP_Report_2001.pdf
6. Bury T. Evidence based practice – an overview. WCPT keynotes, 2003: 1–2. Dostopno na <http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/KN-EBP-Overview.pdf>
7. Dawes M, Summerskill W, Glasziou P, Cartabellotta A, Martin J, Hopayian K, et al. Sicily statement on evidence-based practice. *BMC Med Educ* 2005; 5: 1–7.
8. Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. *Vox Sang* 2002; 83 Suppl 1: 383–6.
9. Working operational definitions of elements of vision 2020: from the task force on strategic plan to achieve vision 2020. Alexandria: American Physical Therapy Association; 2007: 1–2. Dostopno na www.apta.org
10. Rosenberg W, Donald A. Evidence-based medicine: an approach to clinical problem solving. *BMJ* 1995; 310: 1122–6.
11. Field MJ, Lohr KN. Guidelines for clinical practice: from development to use. Washington: National Academy Press; 1992.
12. Mead J, van der Wees P. Clinical guidelines 1: an introduction. WCPT keynotes; 2006. Dostopno na <http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/KN-Clinical-Guidelines1.pdf>
13. Herbert R, Jamtvedt G, Hagen KB, Mead J. Practical evidence-based physiotherapy. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier; 2011.
14. Herbert R, Jamtvedt G, Mead J, Hagen KB. Practical evidence-based physiotherapy. Edinburgh: Elsevier; 2005.
15. Parker-Taillon D. CPA initiatives put the spotlight on evidence-based practice in physiotherapy. *Physiother Can* 2002; 54: 12–15, 24.
16. Clinical guideline development programmes in the European Region of WCPT: general meeting, 27–29 May 2010, Berlin, Germany. Brussels: European Region, World Confederation for Physical Therapy; 2010. Dostopno na <http://www.physio-europe.org/public/File/Update%20after%20the%202010%20GM/PI%20WG/Adopted.%20PI%20WG.%20Updated%20database%20on%20Clinical%20and%20Multidisciplinary%20Guidelines.pdf>
17. Report on the activities undertaken on clinical guidelines 2010–2012 (development, promotion, information and adaptation): general meeting, 17–19 May 2012, St. Julians, Malta. Brussels: European Region, World Confederation for Physical Therapy, 2012. Dostopno na <http://www.physio-europe.org/public/File/2012%20Approved%20docs/PI%20WG%20docs/PI%20WG%20-%20Adopted%20Report%20Guidelines%202010%20-%202012%20GM.pdf>
18. Clinical guidelines. Brussels: European Region, World Confederation for Physical Therapy. Dostopno na www.physio-europe.org
19. Guidelines International Network [Internet]. Perthshire: Guidelines International Network; c2002-2013. Dostopno na www.g-i-n.net
20. Adopted database on clinical and multidisciplinary guideline programs in the ER-WCPT: general meeting of the Europe Region of the WCPT 2012. Brussels: European Region, World Confederation for Physical Therapy, 2012. Dostopno na <http://www.physio-europe.org/public/File/2012%20Approved%20docs/PI%20WG%20docs/PI%20WG%20-%20Adopted%20Updated%20database%20on%20Clinical%20and%20Multidisciplinary%20Guidelines%202012%20GM.2.pdf>
21. Grimshaw J, Eccles M, Russell I. Developing clinically valid practice guidelines. *J Eval Clin Pract* 1995; 1: 37–48.

22. van der Wees P, Mead J. Framework for clinical guideline development in physiotherapy: general meeting, 13–15 May 2004, Limassol, Cyprus. Brussels: European Region, World Confederation for Physical Therapy, 2004. Dostopno na <http://www.physio-europe.org/download.php?document=64&downloadarea=17>
23. European guideline for physiotherapy in Parkinson's disease. Newsletter 2013; 42: 4. Dostopno na www.physio-europe.org
24. European neuro rehabilitation guidelines for stroke. Newsletter 2013; 42: 3. Dosegljivo na: www.physio-europe.org
25. Report of the professional issues working group of the ER-WCPT for the period 2010-2012: general meeting, 17–19 May 2012, St. Julians, Malta. Brussels: European Region, World Confederation for Physical Therapy; 2012. Dostopno na <http://www.physio-europe.org/public/File/2012%20Approved%20docs/PI%20WG%20-%20Adopted%20Report.%202012%20GM.pdf>