

## EESTI HAIGEKASSA TERVISHOIUTEENUSTE LOETELU MUUTMISE TAOTLUS

<b>1. Taotluse algataja</b>	
Organisatsiooni või ühenduse nimi	<i>Eesti Füsioterapeutide Liit Eesti Perearstide Selts, Eesti Taastusarstide Selts</i>
Postiaadress	<i>Ravila 14a-2071 tartu 51010</i>
Telefoni- ja faksinumber	<i>4725437</i>
E-posti aadress	<i>info@fysiot.ee</i>
Kontaktisiku ees- ja perekonnanimi ning kontaktandmed	<i>Kadri Englas, EFL juhatuse liige kadri.englas@hnrk.ee 5172598</i>

<b>2. Teenuse nimetus, kood ja kohaldamise tingimus(ed)</b>	
2.1. Teenuse nimetus	<i>Füsioteraapia igapäevakeskkonnas</i>
2.2. Teenuse kood tervishoiuteenuste loetelus ( <i>edaspidi</i> loetelu) olemasoleva teenuse korral	
2.3. Kohaldamise tingimus(ed)	
2.4. Ettepaneku eesmärk	<input checked="" type="checkbox"/> Uue tervishoiuteenuse ( <i>edaspidi</i> teenuse) lisamine loetellu <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Loetelus olemasoleva teenuse piirhinna muutmise <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Teenuse kohaldamise tingimuste muutmise <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Teenuse nimetuse muutmise <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Teenuse kustutamine loetelust <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Teenuse omaosaluse määra muutmise <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> Muu (selgitada)
2.5. Peatükk loetelus, kus teenus peaks sisalduma	<input type="checkbox"/> Üldarstiabi <input type="checkbox"/> Ambulatoorne eriarstiabi <input type="checkbox"/> Meditsiiniseadmed ja ravimid <input type="checkbox"/> Statsionaarne eriarstiabi <input type="checkbox"/> Uuringud ja protseduurid <input type="checkbox"/> Operatsioonid <input type="checkbox"/> Laboriuuringud, lahangud ja kudede transplantaadid <input type="checkbox"/> Veretooded ja protseduurid veretoodetega <input type="checkbox"/> Hambaravi <input type="checkbox"/> Kompleksteenused <input checked="" type="checkbox"/> Ei oska määrata/ Muu (selgitada) <i>Üldmedistiiniliste ja taastusravi protsetuuride piirhinnad.</i>

<sup>1</sup> Täidetakse kõik taotluse väljad või tuuakse selgitus iga mittetäidetava välja kohta, miks seda ei ole võimalik/vajalik täita.

<sup>2</sup> Kui teenuse piirhinna muutmise tingib uue meditsiiniseadme, ravimi vm lisamine teenuse kirjeldusse, täidetakse taotluses uue ressursi kohta kõik väljad või tuuakse selgitus iga vastava mittetäidetava välja juurde, miks seda ei ole võimalik/vajalik täita. Kui piirhinna muutmise tingib ressursi maksumuse muutus, täidetakse vähemalt väljad 1- 2 ning 8.1.

<sup>3</sup> Täidetakse kõik allpool esitatud väljad või tuuakse selgitus iga vastava mittetäidetava välja kohta, miks seda ei ole võimalik/vajalik täita.

<sup>4</sup> Täidetakse punktid 1-2 ning esitatakse vaba tekstina põhjendus teenuse nimetuse muutmise vajalikkuse kohta.

<sup>5</sup> Täidetakse taotluse punktid 1-2 ning esitatakse vaba tekstina põhjendus teenuse kustutamise kohta.

<sup>6</sup> Täidetakse punktid 1-2, 4.6, 9 ning esitatakse vaba tekstina põhjendus omaosaluse muutmise kohta.

### 3. Tõenduspõhisus ja näidustused

3.1. teenuse osutamise meditsiinilised näidustused ja vajadus teenuse osutamiseks;

Füsioteraapia igapäevakeskkonnas on eriti soovituslik esmatasandi tervishoiuteenuste raames osutatavate taastusraviteenuste raames (ingl. keeles community-based rehabilitation) (1,6).

Valdav praktika maailmas füsioteraapiateenuse osutamiseks igapäevakeskkonnas ei ole diagnoosipõhine, vaid sõltuv patsiendi seisundist ning toimetulekust jõuda füsioteraapiateenust pakkuvasse asutusse. Heaks kirjelduseks on siinkohal Ühendkuningriikides viimastel aastatel riiklikus tervishoiusüsteemis aset leidev tendents kõikide teenuse, s.h. füsioteraapiateenuse, patsiendi kodule lähemale toomisele ([http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Ourhealthourcareoursay/DH\\_4139717](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Ourhealthourcareoursay/DH_4139717)).

Füsioterapeudi tegevus igapäevakeskkonnas on kindlasti kasutusel vanemaaliste inimeste ravis kukkumiste ennetamiseks (1, 4, 7, 10). Samuti erinevate krooniliste haiguste ja probleemide korral, näiteks Parkinsoni tõbi (1, 13), lihashaigused; post-operatiivselt, näiteks puusaliigese endoproteesimise järgselt (6), samuti erinevate neuroloogiliste probleemide korral, näiteks insult, seljaajukahjustus, peaajukahjustus (1, 3, 5, 11, 14). Lisaks on füsioteraapia igapäevakeskkonnas vajalik varajase sekkumisena imikutel ja väikelastel, eriti eluaegseks kujunevate kahjustuste, näiteks tserebraalparalüüs, kahtluse korral ja diagnoosimise järgselt. (16).

Füsioteraapia inimese igapäevakeskkonnas soodustab ja toetab inimese pöördumist haiglast tagasi koju ning tagab ravi jätkumise ning hõlmab endas koostööd nii inimese, tema pere, hooldaja ja kogukonnaga (1, 2). Samuti on füsioteraapia kodus/töökohal/lasteaias/koolis vajalik juhul, kui inimese iseseisev toimetulek on piiratud haigusest, traumast või kaasasündinud seisundist ning sellest tulenevalt on vajalik kodukohandamine inimesele ja tema perele võimalikult toetavaks ning inimese hakkamasaamist soodustavaks.

Sellega seoses on potentsiaal (1, 8, 9):

- 1) Individuaalse ja grupifüsioteraapia teenuste kasutamise vähenemisele väljaspool igapäevakeskkonda.
- 2) Pöördumiste vähenemiseks eriarsti (s.h. perearsti) poole, kuna haiguse ja/või traumajärgse seisundi ägenemiseks on vähem põhjuseid.
- 3) Hooldus- ja haiglaravi päevade vähenemiseks.
- 4) Kukkumisest tingitud suremuse vähenemisele.
- 5) Ohutuma ja tervema iseseisva elu pikenemisele.
- 6) Väheneb surve erinevatele sotsiaalsele teenustele, kuna suuremaid probleeme iseseisvama hakkamasaamisega suudetakse ennetada ja vältida.
- 7) Tervishoiuteenuste kulude vähenemisele (seoses haiglaravi päevade hulga vähenemise ning üldsiselt haiglaravi vajaduse vähenemisega). Näiteks puusaliigese endoproteesimise järgselt võib kuluefektiivsus olla kuni 40%, kui post-operatiivne füsioteraapia jätkub patsiendi kodus.

3.2. teenuse tõenduspõhisus avaldatud kliiniliste uuringute alusel taotletud näidustuste lõikes;

<i>J</i>	<i>Uuri</i>	<i>Uuri</i>	<i>Uuringuss</i>	<i>Uuritava</i>	<i>Esmane</i>	<i>Muu(d)</i>	<i>Alternati</i>	<i>Jälgi</i>
<i>r</i>	<i>ngu</i>	<i>ngu</i>	<i>e</i>	<i>teenuse</i>	<i>tulemus,</i>	<i>tulemus(e)</i>	<i>iv(id)</i>	<i>mise</i>

<i>k n r.</i>	<i>auto ri(te) nime d</i>	<i>kvali teet<sup>7</sup></i>	<i>hõlmatud isikute arv ja lühiseloost mustus</i>	<i>kirjeldus</i>	<i>mida hinnati</i>	<i>d), mida mõõdeti/ hinnati</i>	<i>millega võrreldi</i>	<i>perio d</i>
1	Hec kman KA; Cott CA.	C – kirjeldav uurin g intervjuude vastu põhjal	Uuringu tarvis viidi läbi intervjuu 12 füsioterapeudiga, kes osutasid füsioterapiat igapäevake skkonnas Kanadas Ontario provintsis. Kõik uuringus osalenud füsioterapeudid olid naissoost (keskmine vanus 52 aastat), füsioterapiat igapäevake skkonnas olid nad osutanud keskmiselt 16 aastat. Uuringus osalenud füsioterapeutide patsientide st/klientide	Ühiskonnas suureneb vanemaeealistele inimeste arv. Ennustatakse, et üle 65-aastastest inimestest ligi 96% suudavad tulevikus elada oma kodus, kui tagatakse vajalike teenuste osutamine nende igapäevake skkonnas. Ontarios on füsioterapiat igapäevake skkonnas kohane, kui inimese/klienti tervislik seisund ei luba regulaarset sõitmist	Uuringu tarvis intervjueriti 12 klientide igapäevake skkonnas töötavat füsioterapeuti, selgitamaks, mida kujutab endast füsioterapiat eaka inimese igapäevake skkonnas. Kliendi kodu pole lihtsalt üks elamu, kus füsioterapeutilist sekkumist läbiviiakse, vaid sellel on palju sügavam ja olulisem tähendus. Klienti ümbritsevad sotsiaalne ja füüsiline keskkond	Klientidega nende igapäevake skkonnas töötavad füsioterapeudid peavad omama väga häid erialaseid teoreetilisi teadmisi ja praktilisi oskusi, mis on midagi palju enam kui füsioterapiat igapäevake skkonnas osutavatel füsioterapeutidel olema lai silmaring ning nõ „professio naalset kavalust“	Kirjeldatud uuringu tulemusi ei võrreldud otseselt ühegi teise uuringuga. Tulemuste kirjaldamisel võrreldi intervjueritud füsioterapeutide vastuseid	Jaanuar 2001 – märts 2002.

<sup>7</sup> Märgitakse järgmiselt:

A – tugevalt tõendus põhine (põhineb süstemaatilisel ülevaatel kõigist asjakohastest randomiseeritud kliinilistest uuringutest ja/või metaanalüüsil);

B – tõendus põhine (põhineb vähemalt ühel korralikult disainitud randomiseeritud kliinilisel uuringul),

C – kaheldav või nõrgalt tõendus põhine (juhul, kui pole A ega B, aga tõendus põhine on kirjeldatud kirjanduse põhjal);

D – muu, selgitada.

			<p>st vähemalt 50% olid eakad.</p>	<p>füsioterapeudi ambulatoorsele vastuvõtule vastavatesse keskustesse, kuid kliendi meditsiiniline seisund on piisavalt stabiilne, et elada kodus. Füsioterapia igapäevakeskonnas on olemuselt midagi muud kui füsioterapia teenus haiglas. Tegevused on funktsionaalsed, kliendikesksed ning spetsiifilised, kuid arvestatakse erinevate füsioterapiat mõjutavate faktoritega: füüsilise ja sotsiaalse keskkonna mõju, kaasuvad haigused,</p>	<p>omavad vastastikkust mõju ning füsioterapia igapäevakeskonnas aitab klienti ja tema probleeme paremini mõista: keskkonnast tulenevad piirangud ning millist mõju omavad toetus ja suhted perega igapäevasele toimetulekule. Klientide vanus (eakad) tähendab seda, et füsioterapeudid peavad arvestama kaasuvate haigustega ning probleemide ja meditsiiniliste seisundite keerukusega. Eduka koostöö aluseks on usaldus ning kuna</p>	<p>ja oskusi, et füsioterapia kliendi igapäevaelukeskkonnas oleks efektiivne ja koostöö sujuks.</p>	
--	--	--	------------------------------------	--	---	---	--

				<p>kliendi ja füsioterapeudi vaheline läbisaamine jne. Lisaks on füsioterapeudi ülesandeks nõustada ja õpetada pereliikmeid kuidas ohutult ja efektiivselt abistada klienti kodustes tegevustes (nt tualetikasutamine, voodist tõusmine jne).</p>	<p>kodus on klientidel suurem sõnaõigus, tuleb füsioterapeutidel mõnikord loovutada osa kontrollist, mida nad omaksid näiteks sama inimesega haiglas tegutsedes.</p>			
2	Tsao J-Y; Leu W-S; Chen Y-T; Yang R-S.	B	<p>Uuringus osales 25 (20 naist ja 5 meest) reieluu murruga patsienti, kes trauma järgselt vajasis operatiivset ravi. Kõik uuritavad said füsioterapia teenust haiglas, kuid väljakirjutades jagati nad kahte gruppi: I gruppis oli 13 inimest</p>	<p>Uuringus võrreldi 3-kuulise füsioterapia mõju inimese igapäevake skonnas inimestel, kellel oli anamneesis reieluumurd ning kes vajasis operatiivset ravi. I grupp sai füsioterapiat igapäevake skonnas. See tähendas, et 3 kuu jooksul</p>	<p>Patsiendid, kes said füsioterapiat igapäevake skonnas, paranesid kiiremini ning peamine paranemine toimus I ja III kuu jooksul pärast haiglast väljakirjutamist. Kontrollgrupi paranemine leidis aset peamiselt III ja VI</p>	<p>Kahe grupi võrdluses paranemis perioodide lõikes ei esinenud olulist erinevust liigesliikuvuses, lihasjõudluses ning kõnnikiiruses. Harrise puusaskooris (Harris hip score) esines statistilisel oluline erinevus, olles parem I grupil, kes</p>	<p>Uuringu tulemusi ei võrreldud otseselt ühegi kindla teise uuringuga. Samas kinnitavalt antud uuringu tulemused varasemaid uuringuid, mis väidavad, et peamine paranemine reieluu</p>	<p>01.10.2000 – 30.09.2001. Kõiki uuritavaid hinnati 1. nädalal ning I, III ning VI kuul pärast haiglast väljakirjutamist.</p>

		<p>(keskmine vanus 74.1 + 12.0 aastat) ning nemad said füsioteraapiat igapäevakeskonnas; II grupis oli 12 inimest (keskmine vanus 71.9 + 12.5 aastat), nemad jätkasid iseseisvalt nende harjutustega, mis neile haiglas õpetati. Mõlemas grupis oli üks inimene, kes ei olnud haiglast lahkudes suuteline abivahendiga (rulaator) kõndima. Peamiseks trauma põhjuseks oli mõlemas grupis kukumine. Haiglas veedetud keskmine</p>	<p>postoperatiivselt külastas uuritavaid nende kodus füsioterapeute 8 korda. Füsioterapias igapäevakeskonnas hõlmas: harjutused liigesliikuvuse, lihasjäudluse ja tasakaalu parandamiseks; funktsionaalne treening: siirdumised, kuidas tõusta istuvast asendist püsti, kõnnitreening, treppidel liikumine jne; vajalike abivahendite valik ja kohandamine; kodukeskonna kohandamine. Iga füsioterapeudi külastuse ajal said uuritavad lehe</p>	<p>kuu vahel.</p>	<p>sai füsioteraapiat igapäevakeskonnas. Samuti olid tervisega seotud elukvaliteedi tulemused paremad I grupil.</p>	<p>murru järgselt leiab aset 6 kuu jooksul postoperatiivselt.</p>	
--	--	--	---	-------------------	---	---	--

			päevade arv oli mõlemas grupis sarnane (I grupp 11.1 + 4.2 ning II grupp 11.4 + 2.6 päeva). Kirjeldatud uuring viidi läbi Taiwanis.	harjutustega, mida tuli sooritada iga päev kuni järgmise füsioterapeudi visiidini. II ehk kontrollgrupp jätkas 3 kuu jooksul kodus nende harjutuste sooritamist, mis neile haiglas oli õpetatud.				
3	Langhorne P, Widengren L.	A/B - Systematic review of randomized trials + one case example	Antud ülevaate artikkel hõlmab 12 randomiseeritud uuringut, kus kokku osales 1659 patsienti, kellel oli anamneesis insult. Haigestumise järgselt said kõik patsiendid vajalikku taastusravi (sh füsioterapia) algul haiglas, kuid sõltuvalt tervislikust seisundist jätkati	Paljudes haiglates on olemas multidistsiplinaarne meeskond/meeskonnad, mille koosseisu kuuluvad spetsialistid (sh füsioterapeut) on suutelised hindama insuldiga patsiendi tervislikku seisundit ning otsustama, kas varajase intensiivse taastusraviga on võimalik jätkata	Inimesed, kes said varajast intensiivset taastusravi oma igapäevakeskkonnas, olid iseseisvamad oma igapäevaelu tegevustes (55%) ja 82% neist elas oma kodus. Kodus osutavate taastusravi teenustega olid rahul 69% patsientidest ning 82% nende lähedastest /hooldajate	Potentsiaalset varajase intensiivse taastusravikasude inimese igapäevakeskkonnas: võimalik vältida teatud komplikatsioone, mis võivad tekkida haiglas (nt haiglanakkus, infektsioon); realistlikumad, funktsionaalsed, spetsiifilised ning mõõdetavad	Võrreldakse omavahel konventsionaalselt insuldijärgset taastusravi haiglas ning taastusravi teenuste (sh füsioterapia) osutamist inimese igapäevakeskkonnas võimalikult varakult pärast insulti, kui meditsiiniline	Artiklis pole mainitud, mis ajavahemikul läbiviidud uurin guid kasutati.

			<p>osade inimeste taastusravi nende igapäevake skkonnas. Keskmiselt hinnati uuritavaid kuuendal kuul pärast insulti (hindamisperiood jäi vahemikku 3-12 kuud pärast insulti).</p>	<p>haigla asemele hoopis inimese igapäevake skkonnas. Esmase seisundi hindamine ning vajalikud taastusravi teenused ja tegevused osutatakse haiglas, kuid seisundi võimaldades jätkatakse taastusravi teenustega patsiendi igapäevake skkonnas ja seda kas sama haigla multidistsiplinaarse meeskonna poolt või korraldatakse kokkusaamised vastavate spetsialistidega (sh füsioterapeut) inimese igapäevake skkonnas ehk peamiselt kodus. Need patsiendid, kelle</p>	<p>st. Varajast intensiivset taastusravi igapäevake skkonnas saanud patsientide st oli insuldijärgselt elus 91%. Uuringutul emustest selgus, et varajasesst intensiivsest taastusravist oma igapäevake skkonnas saavad kõige rohkem kasu need inimesed, kellel on nõrk keskmine raskusastmega insult (Bartheli indeksi &gt; 45/100). Samuti on oluline multidistsiplinaarne meeskondlik lähenemine (meeskonda kuuluvad füsioterapeut, tegevusteraapeut, logopeed, sotsiaaltöötaja,</p>	<p>patsiendikesksed taastusravi eesmärgid; teraapia inimese olulises ning tuttavas keskkonnas; patsiendikeskne lähenemine ja teraapia; patsient mõistab paremini paranemisprotsessi pikemas perspektiivis; patsiendid on rohkem motiveeritud. Oluline on ka kukkumiste ennetamine ja kodukeskonnas kohandamine vastavalt inimese vajadustele.</p>	<p>seisund seda võimaldab.</p>
--	--	--	---	---	--	---	--------------------------------



				meditsiiniline seisund ei võimaldanud varajast haiglast väljakirjutamist, said taastusravi (sh füsioteraapia) haiglas.	õenduspersoonal ja arst) ning koordineeritud sagedased kokkusaamised ja arutelud. Samuti leiti, et osutades võimalusel varajast intensiivset taastusravi inimese igapäevakeskkonnas, vähenes haiglas veedetud päevade arv keskmiselt 8 päeva võrra.			
--	--	--	--	--	---	--	--	--

3.3. teenuse sisaldumine punktis 3.1 esitatud näidustustel Euroopa riikides aktsepteeritud ravijuhistes;

Euroopa riikides aktsepteeritud ravijuhiseid, kus füsioteraapia igapäevakeskkonnas sisaldub on mitmeid. Neist tuntuimad on kindlasti Hollandi ja Ühendkuningriikide ravijuhised, mida tänu ühisele kliiniliste juhiste jagamise praktikale WCPT-ER (Maaailma Füsioteraapia Organistasiooni Euroopa alagrupis) kasutatakse ka teistes riikides.

Hollandi ravijuhised on kättesaadavad Hollandi Füsioterapeutide Liidu (KNGF) kodulehelt: <https://www.fysionet-evidencebased.nl/index.php/kngf-guidelines-in-english>

Ühendkuningriikide ravijuhised on kättesaadavad NICE (Natal Institute for Health and Care Excellence) kodulehelt: <http://www.nice.org.uk/guidance>

Näiteks on füsioteraapia olulisus igapäevakeskkonnas kirjeldatud järgmistes, kuid mitte ainult, ravijuhistes:

- KNGF insuldi ravijuhis 2014: [https://www.fysionet-evidencebased.nl/images/pdfs/guidelines\\_in\\_english/stroke\\_practice\\_guidelines\\_2014.pdf](https://www.fysionet-evidencebased.nl/images/pdfs/guidelines_in_english/stroke_practice_guidelines_2014.pdf)
- KNGF puusa ja põlve osteoartriidi ravijuhis 2013: [https://www.fysionet-evidencebased.nl/images/pdfs/guidelines\\_in\\_english/osteoarthritis\\_of\\_the\\_hip\\_and\\_knee\\_practice\\_guidelines\\_2010.pdf](https://www.fysionet-evidencebased.nl/images/pdfs/guidelines_in_english/osteoarthritis_of_the_hip_and_knee_practice_guidelines_2010.pdf)
- KNGF Parkinsonismi ravijuhis 2004 [https://www.fysionet-evidencebased.nl/images/pdfs/guidelines\\_in\\_english/parkinsons\\_disease\\_practic](https://www.fysionet-evidencebased.nl/images/pdfs/guidelines_in_english/parkinsons_disease_practic)

[e\\_guidelines\\_2004.pdf](#)

- NICE guidelines for preventing falls in elderly, 2013; <http://www.nice.org.uk/guidance/CG161>
- NICE guidelines for long-term rehabilitation in stroke, 2013; <http://www.nice.org.uk/guidance/cg162/resources/guidance-stroke-rehabilitation-pdf>
- NICE guidelines Spasticity in children and young people with non- progressive brain disorders, 2012; <http://www.nice.org.uk/guidance/cg145/resources/guidance-spasticity-in-children-and-young-people-with-nonprogressive-brain-disorders-pdf>
- Jne.

Üheski Euroopa riigis ei ole eraldi ravijuhist füsioteraapiast igapäevakeskkonnas, vaid igapäevakeskkonnapõhised teenused on kirjeldatud teistes juhistes ühe osana tervikust.

3.4. teenuse osutamise kogemus maailmapraktikas ja Eestis punktis 3.1 esitatud näidustuste lõikes;

Füsioteraapia inimese kodus on riiklikul tasandil reguleeritud ja rahastatud mitmetes Euroopa riikides, näiteks Saksmaal, Ühendkuningriikides, Hollandis, Norras, Taanis, Islandil, Poolas, Ungaris jne, samuti Kanadas, Ameerika Ühendriikides, Austraalias. Kõikides nimetatud riikides hõlmab füsioteraapia igapäevakeskkonnas endas nii hindamist kui füsioterapeutilisi sekkumisi vastavalt inimese vajadusele ning püstitud eesmärkidele, kasutades asjakohaseid füsioterapeutilisi meetodeid.

Alljärgnevalt mõned näited Euroopas kasutusel olevatest praktikatest koduteenuse osutamisel.

- Saksamaal saavad inimesed füsioteraapiat kodus juhul, kui nad ei saa mingil põhjusel füsioteraapiateenust osutavasse asutusse tulla. Teenuse finantseerimise aluseks on arsti saatekiri ning teenuste loetelus kirjeldatud täpsemad tingimused ([www.heilmittelkatalog.de/files/hmk/physio/index.htm](http://www.heilmittelkatalog.de/files/hmk/physio/index.htm)). Kõikidel juhtudel on patsiendi omaosalus vähemalt 10%.
- Islandil on füsioteraapia igapäevakeskkonnas (peamiselt inimese kodus) finantseeritud vastavalt tingimustele, mis on sätestatud riigi ja füsioteraapia erapraksise vahel. On olemas riiklikult kinnitatud kirjeldus, kes (milliste pädevustega füsioterapeut) teenust osutab (<http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item1658/4034.pdf>). Dokument on islandi keeles.
- Ühendkuningriikides on füsioteraapia kodukeskkonnas võimalik nii riiklikult (läbi National Health System (NHS)), kui ka erasektori vahendusel. Erinevad kliinilised ravijuhendid (v.t. punkt 3.3) hõlmavad ka füsioteraapiat igapäevakeskkonnas. Ühendkuningriikides liigub tervishoiusüsteem tervikuna kodulähedasema teenuse osutamise mudeli poole. Seda tendentsi ja aluseid kirjeldavad Tervishoiuministeeriumi (Department of Health) dokumendid on kättesaadavad järgmiselt:
  - Department of Health. *Shifting care closer to home*. London: DH, 2007. [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Ourhealthourcareoursay/DH\\_4139717](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Ourhealthourcareoursay/DH_4139717) (12)
  - *Liberating the NHS* white papers (2010). <https://www.gov.uk/government/publications/liberating-the-nhs->

### white-paper

- Poolas on füsioteraapia igapäevakeskkonnas tavapärase taastusravi üks osa ning riikliku regulatsiooni põhiselt peab iga taastusraviteenust osutav asutus pakkuma ka füsioteraapiat igapäevakeskkonnas, kui patsient ei saa ise asutusse tulla. Füsioteraapiaks nii igapäevakeskkonnas kui haiglas/rehabilitatsioonikeskuses vm on vajalik arsti saatekiri. Regulatsioon on kättesaadav Poola haigekassa (National Health Insurance Fund (NFZ) kodulehelt: <https://zip.nfz.gov.pl/ap-portal/user/menu/open@info?view=054>
- Taanis on füsioteraapia igapäevakeskkonnas võimalik kahel juhul: (1) kui sellele suunab perearst (general practitioner) või (2) kui on tehtud taastusravi meeskonnapoolne otsust, et füsioteraapiat on vajalik jätkata. Taani Füsioterapeutide Liidu hinnangul on ca 10% Taanis osutatavatest füsioteraapiateenustest läbi viidud inimese igapäevakeskkonnas, peamiselt kodus.
- Hollandis on füsioteraapia igapäevakeskkonnas võimalik nn tavapärase füsioteraapiana, millele lisandub teatud transpordikulu. Üldiselt on Hollandis füsioteraapia finantseeritud peamiselt erakindlustuste kaudu. Riiklikult teatud juhtudel, näites neuroloogilised seisundid (insult, Parkinsonism, seljaajukahjutus, Sclerosis Multiplex jne), kroonilised kopsuhaigused, amüotroopne lateraalskleroos jt juhul, kui inimene on 20 füsioteraapiakorda ise või erakindlustuse toel ise tasunud. Ka riikliku rahastuse raames finantseeritakse igapäevakeskkonnas füsioteraapiateenuse osutamist nn tavahinna alusel, millele lisandub transpordikulu.

Lisaks Euroopa kogemusele ja praktikale on füsioteraapia igapäevakeskkonnas praktiseeritud Kanadas, Austraalias, Ameerika Ühendriikides. Praktikate varieeruvus eelpoolkirjeldatud piirides. Üheks tähelepanuväärsemaks erisuseks on ehk see, et Ameerikas rahastatakse imikute ja väikelaste varajase sekkumise puhuseid füsioteraapiateenuseid ainult juhul, kui need toimuvad lapse igapäevakeskkonnas. Selle lähenemise aluseks on Individuals with Disabilities Education Act (IDEA) ning riiklikuks reguleerijaks USA haridusministeerium (U.S. Department of Education) programmi kaudu, mis võimaldab hariduse ja taastusravi/rehabilitatsiooniga seotud tegevusi riskilastele. (<http://www2.ed.gov/programs/osepeip/index.html>).

Eestis on füsioteraapia inimese igapäevakeskkonnas võimalik erapraksist pidavate füsioterapeutide teenuseid kasutades. Eesti Füsioterapeutide Liidule teadaolevalt on igapäevakeskkonnas füsioteraapiateenuse pakkujaid Eestis vähemalt kaks. Huvi vastava teenuse osutamiseks on aga olemas nii teenuse tarbijate poolt, kui ka füsioterapeutide ning taastusarstide ja perearstide poolt.

3.5. Meditsiinilise tõenduspõhisuse võrdlus Eestis ja rahvusvaheliselt kasutatavate alternatiivsete tervishoiuteenuste, ravimite jm,

Alternatiivseid tervishoiuteenuseid kasutusel ei ole.

3.6. teenuse seos kehtiva loeteluga, sh uue teenuse asendav ja täiendav mõju kehtivale loetelule;

Hetkel on Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu § 27 lõikes 3 olemas viis

füsioteraapiateenust:

7050 Füsioteraapia individuaalne (30 min)

7051 Füsioteraapia 2–3 haigele samaaegselt (kestus 30 min)

7052 Füsioteraapia grupis (kestus 30 min)

7056 Füsioteraapia basseinis individuaalne (kestus 30 min)

7057 Füsioteraapia basseinis grupis (kestus 30 min)

Taotletav teenus “Füsioteraapia igapäevakeskkonnas” on olemasolevaid teenuseid täiendav, ei asenda ega välista juba olemasolevate teenuste kasutamist. Kõnealune teenus loob patsiendile raviplaani koostades võimalused mitmekesisemaks ning patsiendikeskemaks teenuse osutamiseks, kuna loob võimaluse spetsialisti tegutsemiseks patsiendi igapäevakeskkonnas (kodus, koolis, töökohal vmt).

Taotletav teenus asendab osaliselt 7050 teenuse kasutamist.

3.7. teenuse seos erinevate erialade ja teenuse tüüpidega;

Sarnaselt juba olemasolevate füsioteraapia teenustega on ka “Füsioteraapia igapäevakeskkonnas” seotud eriarstiabiga (eelkõige selge seos taastusraviga nii statsionaarses kui ambulatoorses faasis) ning üldarstiabiga (perearsti poolt rakendatud tegevuste kaudu).

Teenuse osutajaks on füsioterapeudid, kellel on erialane haridus ning füsioterapeudi kutsetunnistus (kui kooli lõpetamisest on möödunud rohkem kui 5 aastat).

#### 4. Teenusest saadav tulemus ja kõrvaltoimed

4.1. teenuse oodatavad ravitulemused ning nende võrdlus punktis 3.2 esitatud alternatiividega (ravi tulemuslikkuse lühi- ja pikaajaline prognoos):

Füsioteraapia igapäevakeskkonnas eeldatavad ravitulemused, tuginedes eelkirjeldatud ravijuhistes kirjeldatule ning uuringute tulemustele, on seotud järgmiste aspektidega:

- (1) Väheneb kukkumiste hulk (eriti vanemaealistel inimestel) ning sellest tulenev koormus medistiinisüsteemile.
- (2) Inimeste iseseisev toimetulek neile omases keskkonnas paraneb ning kõrvalise abi vajadus väheneb. Patsiendi lähedastel on võimalik naasta osalise või täistööaja tööle/kooli ehk täitma enda eakohast rolli ühiskonnas.
- (3) Inimeste võimalused iseseisvaks töötamiseks või kiiremaks naasmiseks tööle paranevad.
- (4) Patsiendi pereliikmete oskused ja teadmised igapäevakeskkonna (eriti kodu) võimaluste ärakasutamiseks patsiendi abistamisel, toetamisel suurenevad. Kasvab pereliikmete teadlikkus ja oskused säästa enda tervist ja heaolu. Väheneb üleabistamise fenomen.

4.2. teenuse kõrvaltoimed ja tüsistused, nende võrdlus punktis 3.2 esitatud alternatiivide kõrvaltoimetega:

Teenusega seotud kõrvaltoimeid ja tüsistusi ei ole kirjeldatud.

Igapäevakeskkonnas füsioteraapiateenust osutades on välistatud kiire medistiinilise abi lähedus, mis haigla/tervisekeskuse kontekstis on olemas. Kuna füsioteraapiateenust osutab kvalifitseeritud spetsialist, siis ei ole kiire medistiinilise abi lähedus aga ületamatu probleem.

4.3. punktis 4.2. ja 3.5 esitatud kõrvaltoimete ja tüsistuste ravi kirjeldus (kasutatavad

tervishoiuteenused ja/või ravimid (k.a ambulatoorsed ravimid));

Kõrvaltoimete ja tüsistuste puhust ravi ei ole võimalik kirjeldada, kuna kõrvaltoimeid ja tüsistusi ei ole kirjeldatud.

4.4. taotletava teenuse osutamiseks ja patsiendi edasiseks jälgimiseks vajalikud tervishoiuteenused ja ravimid (s.h ambulatoorsed) vm ühe isiku kohta kuni vajaduse lõppemiseni ning võrdlus punktis 3.5 nimetatud alternatiividega kaasnevate teenustega;

Füsioterapia igapäevakeskkonnas osutamiseks on vajalik eriarsti (s.h. perearsti) vastuvõtt, kes täpsustab füsioterapia vajaduse ning vormistab suunamise.

Patsiendi füsioterapiateenuse toimumise ajal ei ole reeglina lisakonsultatsiooni vaja, kuna teenust osutav füsioterapeut vahendab meeskonnas olevale arstile vajalikku infot.

Füsioterapeudi jaoks on füsioterapia teenuse osutamiseks oluline omada võimalust pääseda e-Tervisesse, et näha patsiendi tervisega seotud informatsiooni. Samuti on oluline, et füsioterapeudil oleks võimalus näha patsiendile tehtud uuringute tulemusi.

4.5. teenuse võimalik väär-, ala- ja liigkasutamine; teenuse optimaalse ja ohutu kasutamise tagamiseks teenusele kohaldamise tingimuste seadmise vajalikkus;

Teenuse väärkasutamine võib olla tingitud (1) teenuse hinnast (mis on tulenevalt transpordi-komponendist arvatavasti kallim nn tavafüsioterapia hinnast); (2) patsiendi mugavusest ja demotiveeritusest; (3) soovist olla inimesega hea ja vastutulelik. Samad faktorid võivad mõjutada ka teenuse liigkasutamist. Hinnast tulenev mõjutus teenuse kasutamisele võib olla seotud ka alakasutamise tekkimisega. Viimast sõltuvalt rahastumudelist.

Väär-, liig- ja alakasutamist mõjutab ja aitavad korrigeerida järgmised meetmed:

- (1) patsiendi omaosalus kuni 10% ulatuses teenuse hinnast.
- (2) Arsti ja/või füsioterapeudi vastuvõtt enne igapäevakeskkonnas toimuva teenuse toimumist, et otsustada vajaduse üle.
- (3) Teenuse osutamist kitsendav regulatsioon, et füsioterapia igapäevakeskkonnas on näidustatud
  - a. Täiskasvanutele, kes ei saa iseseisvalt haiglasse/rehabilitatsioonikeskusesse/tervisekeskusesse tulla (vajavad selleks vähemalt ühe inimese kõrvalist abi).
  - b. Lapsed, kes ei saa koos ühe täiskasvanuga iseseisvalt haiglasse/rehabilitatsioonikeskusesse/tervisekeskusesse tulla (vajavad selleks vähemalt kahe inimese kõrvalist abi).
  - c. Täiskasvanud ja lapsed, kelle iseseisev toimetulek on haigusest/traumast tingitult nii palju halvenenud, et on vajalik kodu (hilisemas etapis lasteaia/kooli/töökoha) hindamine ja kohanduste soovimine/elluviimine ning lähedaste nõustamine.
  - d. Muudel juhtudel vaid arsti ja/või füsioterapeudi põhjendusega teenuse vajadusele.

4.6. patsiendi isikupära võimalik mõju ravi tulemustele;

Patsiendist tulenevad faktoid, mis avaldavad mõju teenuse osutamisele ja tulemuslikkusele:

- (1) vanus
- (2) motivatsioon
- (3) valmisolek ja soov paraneda/iseseisvalt hakkama saada.

## 5. Vajadus

5.1. Eestis teenust vajavate patsientide arvu hinnang (ühe aasta kohta 4 aasta lõikes), kellele on reaalset võimalik teenust osutada taotletud näidustuste lõikes:

Tulenevalt seisukohast, et füsioteraapia igapäevakeskkonnas ei peaks olema võimalik mitte diagnoosi vaid funktsionaalse toimetuleku (ning teenuse pakkuja juurde liikumisvõimaluste) põhiselt, on ka järgnev prognoos tehtud vanusrühmade põhiselt. Arvesse on võetud inimeste hulka, kes paiknevad planeeritavast tervisekeskusest rohkem kui 12 kilomeetri kaugusel (allikas: Tartu Ülikooli Rakendusuuringu Keskuse analüüs).

Aasta	0-4	5...19	20-34	35-49	50-64	65-74	75+	Kokku
2011	9639	30018	30041	37290	39258	20598	18030	184874
2020	6418	25146	24448	28663	38491	22291	19421	164877
2030	5479	19519	20113	23619	32468	25898	23884	150979

Vajaduse prognoosi tegemisel on arvestatud järgmist:

- vanusegruppides 0-4 ja 5-19 vajab hinnanguliselt teenust 20% olemasolevatest inimestest
- vanusegruppides 20-34 ja 35-49 ja 50-64 vajab hinnanguliselt teenust 10% inimestest
- vanusegruppides 65-74 ja 75+ vajab hinnanguliselt teenust 25% inimestest

Teenuse näidustus	Teenuse vajajad aastal <i>t</i> 2016	Teenuse vajajad aastal <i>t+1</i> 2017	Teenuse vajajad aastal <i>t+2</i> 2018	Teenuse vajaja aastal <i>t+3</i> 2019
1	2	3	4	5
0-19	7032	6852	6672	6493
20-64	9826	9659	9493	9326
65+	10085	10171	10257	10343

5.2. teenuse mahu prognoos ühe aasta kohta 4 järgneva aasta kohta näidustuste lõikes:

Teenuse mahu prognoosimisel on võetud arvesse järgmist hinnangulist lähenemist;

- vanusegruppides 0-4 ja 5-19 vajab üks laps aastas teenust 5x
- vanusegruppides 20-34 ja 35-49 ja 50-64 vajab üks täiskasvanu aastas teenust 3x
- vanusegruppides 65-74 ja 75+ vajab üks eakas inimene aastas teenust 10x

Teenuse näidustus	Teenuse maht aastal <i>t</i> 2016	Teenuse maht aastal <i>t+1</i> 2017	Teenuse maht aastal <i>t+2</i> 2018	Teenuse maht aastal <i>t+3</i> 2019
1	2	3	4	5
0-19	35160	34260	33360	32465
20-64	29478	28977	28479	27987
65+	100850	101710	102570	103430

## 6. Taotletava teenuse kirjeldus

6.1. teenuse osutamiseks vajalik koht (palat, protseduuride tuba, operatsioonituba, vm);

Teenuse osutamiseks sobiv koht on patsiendi kodu, töökoht, kool, lasteaed vmt kodukohapõhine keskkond, milles toimetulemiseks patsient füsioterapeudi teenust, konsultatsiooni vajab. Sellest tulenevalt ei ole võimalik teenuse kohale täpsemaid nõudeid esitada.

6.2. patsiendi ettevalmistamine ja selleks vajalikud toimingud: premedikatsioon, desinfektsioon või muu;

Spetsiifilise patsiendi ettevalmistavaid toiminguid seoses teenusega "Füsioteraapia igapäevakeskkonnas" ei ole. Vajalik on patsiendi kohalviibimine ning soovitulikult tema igapäevaste hetkel olemasolevate abivahendite ning lähema pereliikme/pereliikmete kohalviibimine. Füsioterapeudil, kes patsiendi igapäevakeskkonda läheb, peavad olema kaasas elementaarsed kaitsevahendid, näiteks kummikindad, desinfitseerimisvahendid.

6.3. teenuse osutamise kirjeldus tegevuste lõikes;

Füsioteraapia teenus igapäevakeskkonnas ei erine ülesehituselt ja põhiosadelt juba olemasolevast individuaalsest füsioteraapiateenusest. Füsioteraapia hõlmab endas järgmised osad:

- füsioterapeutiline hindamine, probleemide välja selgitamine
- teraapiaplaani koostamine
- füsioterapeutiline sekkumine, mille peamiseks eesmärgiks on parandada liikumisvõimet ja funktsionaalseid oskusi inimese igapäevakeskkonnas, s.h. ruumiliste kohanduste soovitamine ja võimalusel elluviimine ning abivahendite soovitamine ja kohandamine. Samuti on oluline preventiivne tegevus.
- inimeste, nende lähedaste, kogukonnaliikmete ning teiste meeskonnaliikmete nõustamine, õpetamine ja informeerimine;
- informatsiooni edastamine meeskonnaliikmetele
- teenuse dokumenteerimine

Ühe teenuse kestus kokku 60 min, lisaks aeg, mis kulub transpordile.

## 7. Nõuded teenuse osutajale

7.1. teenuse osutaja (regionaalhaigla, keskhaigla, üldhaigla, perearst, vm);

Teenusele suunajaks võib olla nii eriarstiabi kui üldarstiabi osutaja ehk teenust saab rakendada erija/või perearsti suunamisel. Teenust osutab füsioterapeut.

7.2. infrastruktuur, tervishoiuteenuse osutaja täiendavate osakondade/teenistuste olemasolu vajadus;

Täiendavat osakonda teenuse osutamiseks ei ole vaja.

7.3. personali (täiendava) väljaõppe vajadus;

Täiendavat väljaõpet lisaks füsioterapeudi haridusele ei ole vaja. Oluline on, et füsioterapeut oleks säilitanud aja jooksul enda professionaalsed pädevused ehk kui lõpetamisest on möödas rohkem kui viis aastat, on oluline, et füsioterapeudil oleks olemas kehtiv kutsetunnistus.

7.4. minimaalsed teenuse osutamise mahud kvaliteetse teenuse osutamise tagamiseks;

Füsioterapeut, kes teenust osutab, peab omama töökoormust vähemalt 0,25 koormuse ulatuses (ehk keskmiselt vähemalt 10 tundi nädalas).

7.5. teenuse osutaja valmisoleku võimalik mõju ravi tulemustele.

Kui teenuse osutaja on teenuse osutamiseks valmis, on ravi kindlasti tulemuslik ning püstitatud eesmärkide täitmine on tõenäoline.

## 8. Kulutõhusus

### 8.1. teenuse hind; hinna põhjendus/selgitused;

Individuaalse füsioteraapia hind x 2\* = 2x 10,91€ = 21,82€ + transpordikulu 13€ = 21,82+13 = 34,82€

Kuna teenuse sisu ja osutaja on võrdne individuaalse füsioteraapiateenusega, on hinnaproгноosimise aluseks võetud Eesti Haigekassa teenuste loetelus olev teenus individuaalne füsioteraapia (kood 7050, hind 10,91€/30 min). Individuaalse füsioteraapia ja taotletava teenuse füsioteraapia igapäevakeskkonnas erisus on teenuse osutamise asukohas. Viimasel eripäral on taotletava teenuse hinnale kaks mõjutust:

(1) paiknemine tavapärasest teenuse osutamise kohast eemal, mis nõuab transpordikulude katmist

(2) kehtivas individuaalse füsioteraapia hinnas on arvestatud ruumikomponent, mille võib lõpliku hinnakujundamise protsessi jooksul hinnast välja arvata, kuna tegevus toimub patsiendi igapäevakeskkonnas.

\* Kahega on olemasolev individuaalse füsioteraapia hind korrutatud, kuna taotletava teenuse pikkuseks on planeeritud 60 min (individuaalse füsioteraapia pikkus on 30 min).

\*\* Transpordikomponendi arvutamisel on võetud arvesse järgmist (andmed pärinevad Tartu Ülikooli rakendusuuringu keskuse analüüsist):

(1) Keskmine inimese kaugus temale lähimast tervisekeskusest:

a) kui inimene elab keskusega samas KOV-üksuses (77%-79%), keskmine kaugus elanikust 2 km

b) kui inimene elab vahetult piirnevas üksuses (8%), keskmine kaugus 6 km

c) kui inimene elab piirkonna üksuses, mis ei piirne ega ole ka kauge (12-11%), keskmine kaugus 18 km

d) kui inimene elab keskusest kaugel (üle 30 km) KOV-üksuses (2%), keskmine kaugus 35 km

Tulemus on 2011 a. seisuga on keskmine Eesti inimene keskusest 5 km kaugusel ning 2030a. 4,6 km kaugusel (kuna suuremates linnades ja lähiümbruses prognoosime kasvu ja hajaasustuses kahanemist).

(2) Kütusekulu 0,13€/km

(3) Keskmist kaugust ja kütusekulu arvesse võttes on transpordikomponent 2 x 5km x 0,13€/km = 13€

### 8.2. teenuse osutamisega kaasnevate teenuste ja soodusravimite, mis on nimetatud p 4.4, isiku kohta kuni vajaduse lõppemiseni esitatud kulude võrdlus alternatiivsete teenuste kuludega isiku kohta kuni vajaduse lõppemiseni;

Puudub.



8.3. ajutise töövõimetuse hüvitise kulude muutus ühe raviepisoodi kohta tuginedes tõenduspõhiste uuringutele võrreldes alternatiivsete teenustega;

Puudub.

8.4. patsiendi poolt tehtavad kulutused võrreldes alternatiivsete teenuste korral tehtavate kuludega

Transpordikulu, mis patsiendil kulub, kui liigub kodust füsioteraapiasse ja tagasi. Sellega seoses väheneb ka risk ohtudeks, näiteks kukkumised, liiklusõnnetused, mis kaasnevad patsiendi enda liikumisega.

## 9. Omaosalus

9.1. hinnang patsientide valmisolekule tasuda ise teenuse eest osaliselt või täielikult

Patsiendi osaosalus võiks olla 10% ühe teenuse hinnast ühe visiidi kohta, mis punktis 8.1 toodud hinna puhuselt oleks  $34,82\text{€} \times 0,1 = 3,48\text{€}$  ühe visiidi kohta.

10. Esitamise kuupäev

30.12.2014

11. Esitaja nimi ja allkiri

Kadri Englas

## 12. Kasutatud kirjandus

1. Canadian Physiotherapy Association. The Value of Physiotherapy. Home-Based Physiotherapy. 2012.
2. Higgs J, Smith M, Webb G, Skinner M, Croker A. Contexts of Physiotherapy Practice. Churchill Livingstone 2009; 139-149.
3. Langhorne P, Widen-Holmqvist L. Early Supported Discharge After Stroke. J Rehabil Med 2007; 39: 103-108.
4. Rubenstein LZ, Josephson KR. Falls and Their Prevention in Elderly People: What Does the Evidence Show. Med Clin N Am 2006; 90: 807-824.
5. Quinn JT, Paolucci S, Sunnerhagen KS, Sivenius J, Walker MF, Toni D, Lees KR. Evidence-based stroke rehabilitation: an expanded guidance document from the European stroke organisation (ESO) guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. J Rehabil Med 2009; 41: 99-111
6. Tsao J-Y, Leu W-S, Chen Y-T, Yang R-S. Effects on function and quality of life of postoperative home-based physical therapy for patients with hip fracture. Arch Phys Med Rehabil 2005;86:1953-7.
7. Heckman KA, Cott CA. Home-Based Physiotherapy for the Elderly: A Different World. Physiother Can 2005;57:274-283
8. WCPT Keynotes/ Community Based Rehabilitation. Changing concepts of CBR 2 – implication for physical therapist. 2007.
9. WCPT policy statement. Community based rehabilitation. 2011.
10. NICE Guidelines: Falls: assessment and prevention of falls in older people; 2013 <http://www.nice.org.uk/guidance/CG161>
11. KNGF Guideline for stroke; 2014; <https://www.fysionet-evidencebased.nl/index.php/kngf-guidelines-in-english>
12. KNGF Guideline for Physical Therapy in patients with Osteoarthritis of the hip and knee; 2013' <https://www.fysionet-evidencebased.nl/index.php/kngf-guidelines-in-english>

13. KNGF Guidelines for physical therapy in patients with Parkinson's disease; 2004
14. NICE guidelines for long-term rehabilitation in stroke, 2013;  
<http://www.nice.org.uk/guidance/cg162/resources/guidance-stroke-rehabilitation-pdf>
15. NICE guidelines Spasticity in children and young people with non- progressive brain disorders, 2012; <http://www.nice.org.uk/guidance/cg145/resources/guidance-spasticity-in-children-and-young-people-with-nonprogressive-brain-disorders-pdf>
16. Individuals with Disabilities Education Improvement Act of 2004. 20 USC 1400 (Part C-- Infants and Toddlers With Disabilities) <http://www2.ed.gov/programs/osepeip/index.html>
17. NHS Next Stage Review: Our vision for primary and community care [DH, 2008] High quality care for all: NHS Next Stage Review final report [DH, 2008] ([http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Ourhealthourcareoursay/DH\\_4139717](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Ourhealthourcareoursay/DH_4139717))