

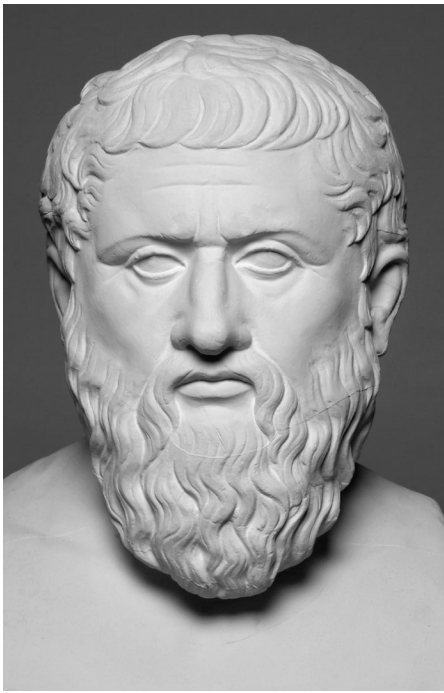


# Konservatiivne vähiravikorraldus- regionaalhaiglad vs keskhaiglad.

Tiit Suuroja

SA PERH

- **liber`aalne** <2: -r`aalse> vabameelne, salliv; liberalismist juhinduv, liberalismi teostav; liberaalitsev.
- **konservat`iivne** <2: -t`iivse> alalhoidlik, vanameelne, uuendusvaenulik. Konservatiivne ravi med säilitusravi (ravimitega, mitte kirurgiliselt).
- **kontsentratsi`oon** <22e: -ooni, -`ooni> koondumus; keskendus;
- **spetsial`ist** <22e: -listi, -l`isti> eriteadlane, asjatundja
- **tsentralis`eerima** <28: -s`eerida, -seerin> keskele, keskk kohta koondama; keskendama, keskusele, keskvõimule allutama.
- **keskusepõhine**



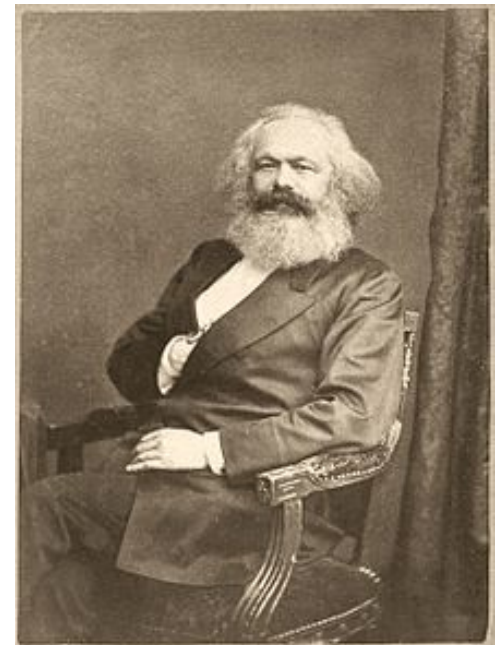
180



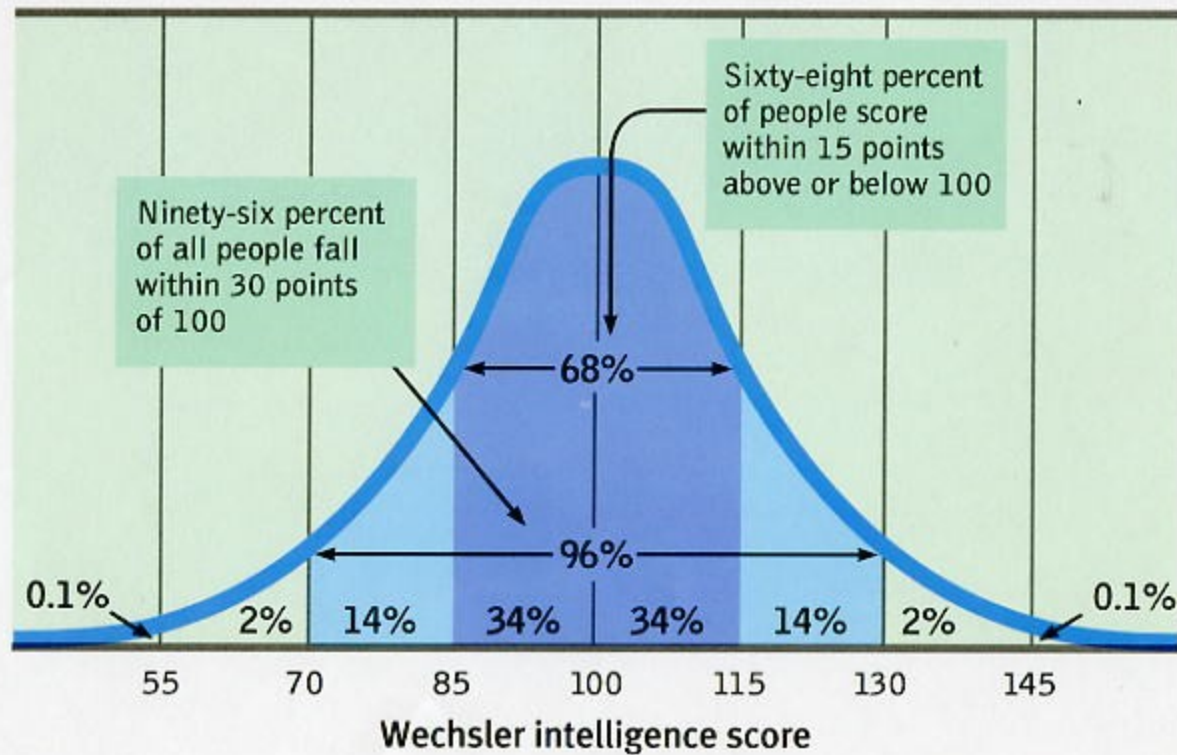
155



185



Number of  
scores



Filosoofia on parteiline.

*V.I.Lenin „Materjalism ja empiriokrititsism“*

**Antinoomia** on kahe idee, juriidilise [seaduse](#), kahe [väite](#) vm [vasturääkivus](#) või nende endi sisemine vastuolu, kuid seda olukorras kus neist kummagi lõplik kinnitamine või kummutamine on põhimõtteliselt võimatu. Algselt pärineb see termin [Immanuel Kanti](#) filosoofilistest uurimustöödest , edasi leidis see kasutust juriidiliste seaduste kontekstis, tänapäeval aga kahe väite vahelise vasturääkivuse korral<sup>[\[1\]](#)</sup>

# Surgical outcomes for low-volume vs high-volume surgeons in gynecologic surgery: a systematic review and meta-analysis

Alex



Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations 31 (2013) 1663–1669

UROLOGIC  
ONCOLOGY

Original article

Trends in regionalization of radical cystectomy in three large northeastern states from 1996 to 2009

Available online at [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)



EJSO  
the Journal of Cancer Surgery



EJSO 36 (2010) 652–656

[www.ejso.com](http://www.ejso.com)

Reduction of in-hospital mortality following regionalisation of pancreatic surgery  
in the south east of The Netherlands☆

S Collaborative Review – Prostate Cancer

## A Systematic Review of the Effect of Institution and Surgeon Factors on Surgical Outcomes for Gastric Cancer

Alyson L Mahar, BSc, Robin S McLeod, MD, FRSC, FACS, Alex Kiss, PhD, Lawrence Paszat, MD, MS, FRCPC, Natalie G Coburn, MD, MPH, FRCSC, FACS

<sup>h</sup> Department of Urology, Weill Medical College of Cornell University, New York, NY, USA; <sup>i</sup> Department of Epidemiology and Biostatistics, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, NY, USA



**02 — Complex hepatobiliary surgery in a setting of two major communities hospitals: Comparative analysis with a tertiary community center**

**A. Percivale<sup>2</sup>, G. Griseri<sup>3</sup>, E. Benatti<sup>2,\*</sup>, M. Ceriotti<sup>3</sup>, A. Gastaldo<sup>4</sup>, M. Benasso<sup>1</sup>, P. Riccardo<sup>2</sup>**

The American Journal of Surgery (2014) 207, 380-386

---

---

The American  
Journal of Surgery<sup>®</sup>

---

---

Midwest Surgical Association

**Esophagectomy outcomes at a mid-volume cancer center utilizing prospective multidisciplinary care and a**

**;** Clinical Surgery-American

**1  
S  
J** **Surgical outcomes following pancreatic resection at a low-volume community hospital: do all patients need to be sent to a regional cancer center?**

**John David Cunningham, M.D.<sup>a,b,\*</sup>, Nancy O'Donnell, C.T.R.<sup>b</sup>, Paul Starker, M.D.<sup>a,b</sup>**

*<sup>a</sup>Department of Surgery, Colombia University College of Physicians and Surgeons, New York, NY, USA; <sup>b</sup>Department of Surgery, Overlook Hospital, Summit, NJ, USA*

# Haigla vs kirurgi maht

**Table VI.** Increase in risk-adjusted mortality rate compared with high hospital volume and high surgeon volume (in absolute %)\*

|                                             | <i>Colectomy</i>  |                | <i>Lung lobectomy</i> |                | <i>Gastrectomy</i> |                |
|---------------------------------------------|-------------------|----------------|-----------------------|----------------|--------------------|----------------|
|                                             | <i>% Increase</i> | <i>P value</i> | <i>% Increase</i>     | <i>P value</i> | <i>% Increase</i>  | <i>P value</i> |
| Low hospital volume,<br>Low surgeon volume  | 2.3               | < .0001        | 1.3                   | .002           | 6.0                | < .0001        |
| Low hospital volume,<br>High surgeon volume | 1.2               | .003           | 1.8                   | .005           | 4.2                | .005           |
| High hospital volume,<br>Low surgeon volume | 0.7               | .035           | 1.5                   | .016           | 2.0                | .124           |

As a point of reference, the mean mortality rates for the 3 procedures are: colectomy, 3.5%; lung lobectomy, 1.9%; and gastrectomy, 6.2%.

\*The differentiation of high-volume from low-volume is based on the median volume for the procedure. For colectomy, the median (4-year) hospital volume is 144 and the median surgeon volume is 20. For lung lobectomy, the median (4-year) hospital volume is 114 and the median surgeon volume is 49. For gastrectomy, the median (4-year) hospital volume is 33 and the median surgeon volume is 4.

# Why do high-volume hospitals achieve better outcomes?

## A systematic review about intermediate factors in volume–outcome relationships

Roos Mesman<sup>a,b,\*</sup>, Gert P. Westert<sup>c</sup>, Bart J.M.M. Berden<sup>a,d</sup>, Marjan J. Faber<sup>c</sup>

<sup>a</sup> *Tias School for Business and Society, Tilburg University, Tilburg, The Netherlands*

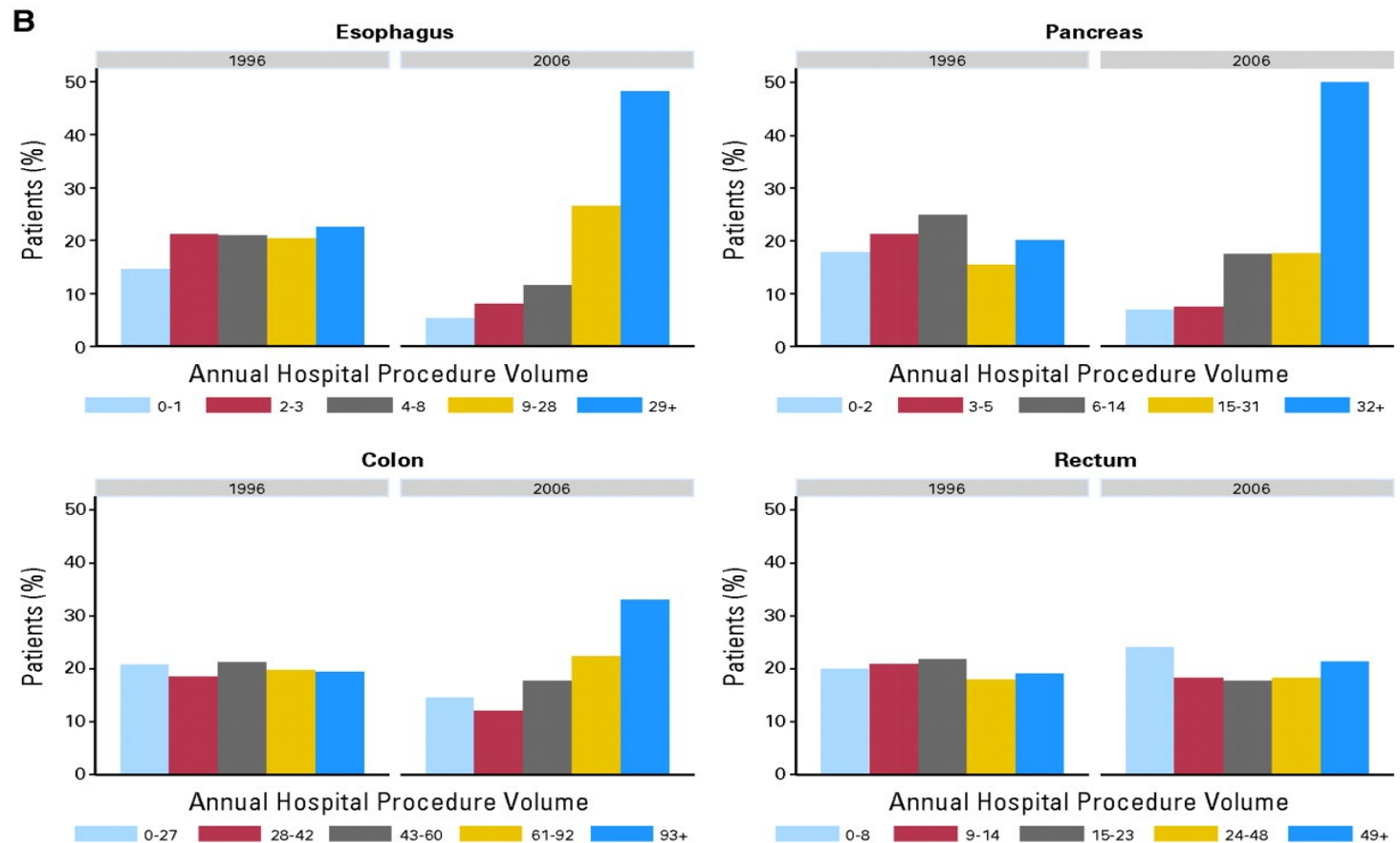
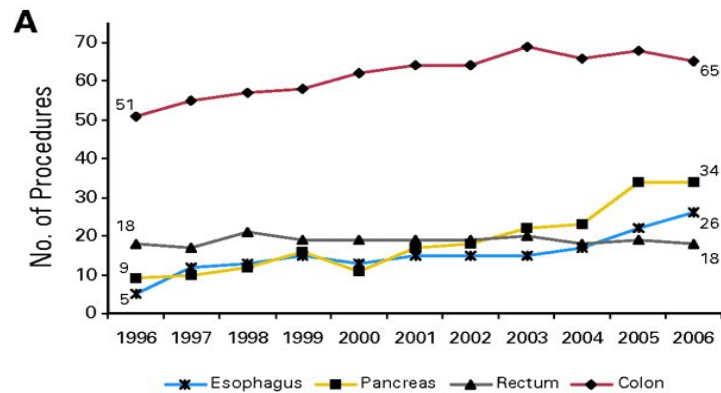
<sup>b</sup> *Reinier Haga Groep, Delft/Den Haag, The Netherlands*

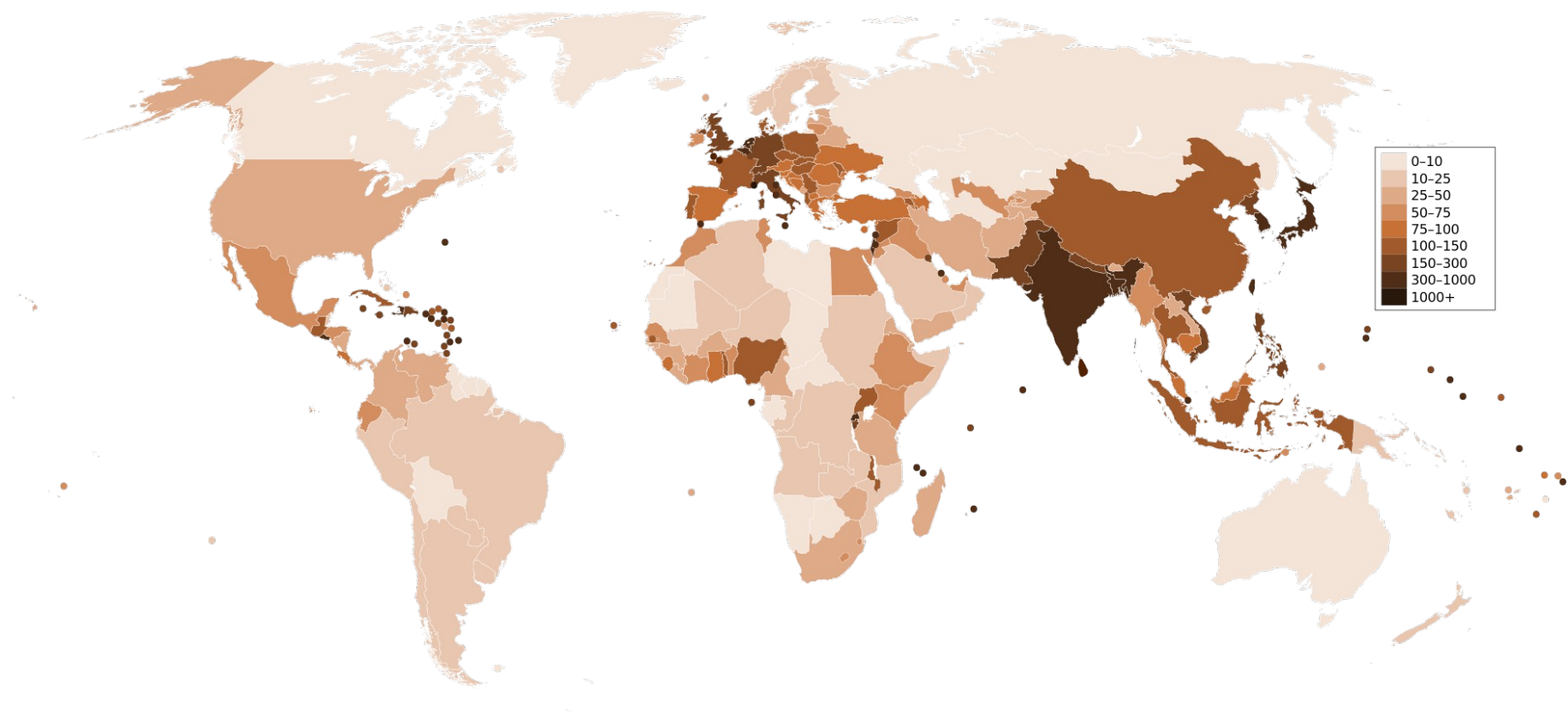
<sup>c</sup> *Radboud University Medical Center, Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare), Nijmegen, The Netherlands*

<sup>d</sup> *Elisabeth Tweesteden ziekenhuis, Tilburg, The Netherlands*

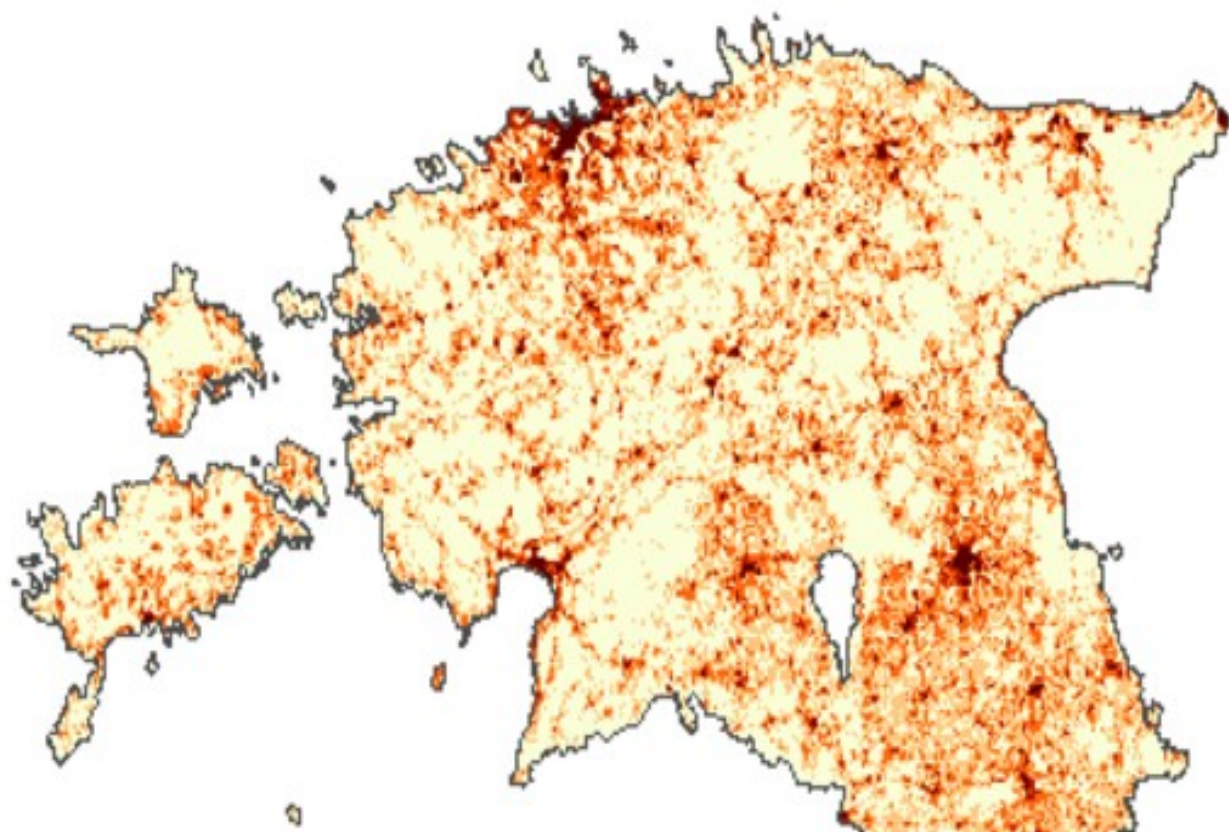
### 5. Conclusion

The intuitively attractive notion that “more is better” has been established for many procedures. Even if the available evidence is of limited quality, volume-based policies could result in better outcomes. However, after decades of research, only a few studies focus on the circumstances under which volume and outcome show a positive association as well as the underlying mechanisms. Since the majority of peer reviewed literature is primarily aimed at determining the presence of the volume–outcome association for various procedures, a different approach is warranted. We still do not fully understand what volume is a proxy for. As a result the strength of volume as a meaningful quality indicator and predictor of excellent outcomes is questionable. Therefore, we recommend that volume–outcome research should always be handled with caution.









Euroopa Vähikeskuste Organisatsioon (Organisation of European Cancer Institutes, OECI) on oma pöördumistes Euroopa riikide tervishoiu- ja sotsiaalministrite poole rõhutanud, et vähiravi tulemuslikkuse ja kasvajate eduka kontrolli määrab vähiravi organisatsioon. Vähihaigete suremuse langustendentsi on täheldatud eelkõige riikides, kus multidistsiplinaarset onkoloogilist ravi osutatakse just vähikeskustes. Maailma Terviseorganisatsioon (World Health Organization, WHO) soovib vähikeskuse teeninduspiirkonnaks 1 000 000 elanikku, hõreda asustusega piirkondades vähemalt 500 000 elanikku.

## § 2. Haiglate loetelu

(1) Haiglate loetellu kuuluvad järgmised piirkondlikud haiglad:

- 1) sihtasutus (edaspidi SA) Põhja-Eesti Regionaalhaigla;
- 2) SA Tartu Ülikooli Kliinikum;
- 3) SA Tallinna Lastehaigla.

(2) Haiglate loetellu kuuluvad järgmised keskhaiglad:

- 1) aktsiaselts (edaspidi AS) Ida-Tallinna Keskhaigla;
- 2) AS Lääne-Tallinna Keskhaigla;
- 3) SA Ida-Viru Keskhaigla;
- 4) SA Pärnu Haigla.

(3) Haiglate loetellu kuuluvad järgmised üldhaiglad:

- 1) AS Järvamaa Haigla;
- 2) Kuressaare Haigla SA;
- 3) SA Läänemaa Haigla;
- 4) AS Rakvere Haigla;
- 5) AS Lõuna-Eesti Haigla;
- 6) SA Narva Haigla;
- 7) SA Viljandi Haigla;
- 8) AS Valga Haigla;
- 9) SA Hiiumaa Haigla;
- 10) AS Põlva Haigla;
- 11) SA Raplamaa Haigla.

[RT I, 11.07.2015, 2- jõust. 14.07.2015]

*Haiglavõrgu arengukava  
Haiglaliikide nõuded*



(2) Keskhaiglas osutatakse kõiki üldkirurgia tervishoiuteenuseid, välja arvatud pahaloomuliste kasvajate plaaniline kirurgiline ravi ja endokriinkirurgia tervishoiuteenused. Keskhaiglas võib teostada pahaloomuliste kasvajate plaanilisi operatsioone piirkondliku haigla onkoloogilise konsiiliumi (koosneb neljast eriarstist) otsusega keskhaiglasse suunatud haigetele.

*Haigla liikide nõuded 07.02.2015.*

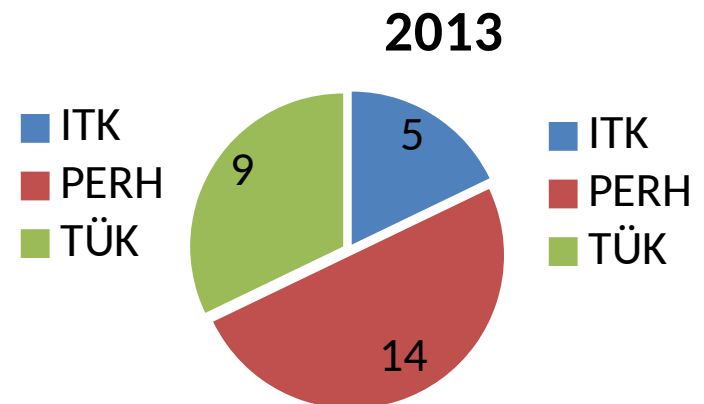
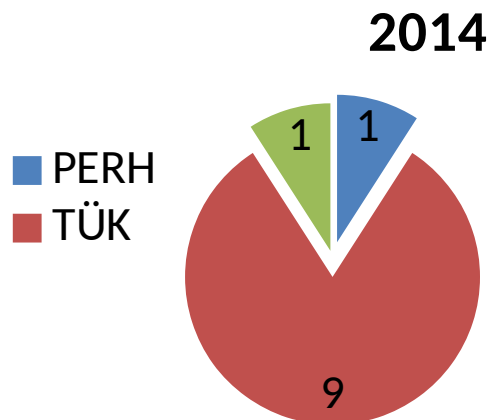
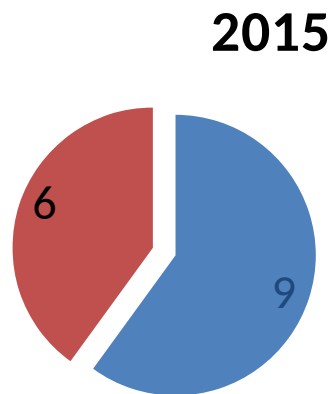
21.1.5. Kasvajate kirurgilise raviga tegelevad lähtuvalt õigusaktidest ja paikmepõhistest patsiendi käsitusjuhenditest ka keskhaiglad, kus on tagatud koostöö teiste vähiravi erialadega ja diagnostiliste erialadega ning on võimalik korraldada regulaarseid paikmepõhiseid onkoloogilisi konsiiliume. Kasvajate kirurgilise ravi teostamine väljaspool vähikeskuseid peab vastama kõigile kasvajate kirurgilise ravi kvaliteedi nõuetele.

*Eesti vähiravi kvaliteedi tagamise nõuded 2011*

# Söögitoru onkoloogilised operatsioonid

OJ2104, OJ2126, OJ2201, 100406, 100401

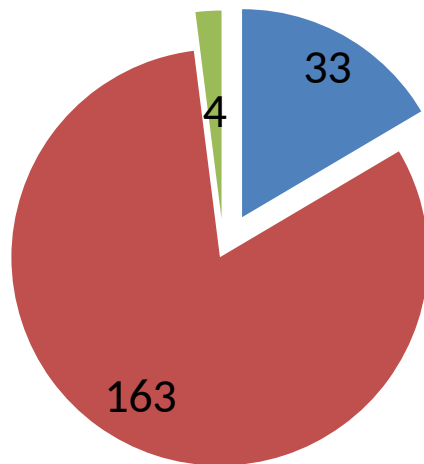
- 2015-15 (+19) op.; 2014-11 op.; 2013-28 op.



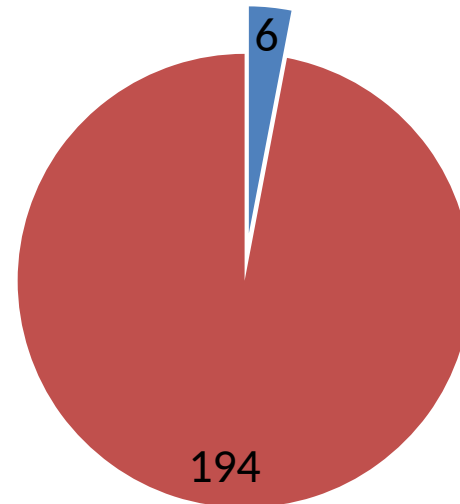
# Mao onkoloogilised operatsioonid (2015)

OJ2106, OJ2202, OJ2107, OJ2203

- 405 esmasjuhtu (2013), 200 operatsiooni
- 8 haiglat (2+1 RH-**163 e.81%**, 3 KH-**33 e.17%**, 2 ÜH-**4 e.2%**)



■ KH  
■ RH  
■ ÜH

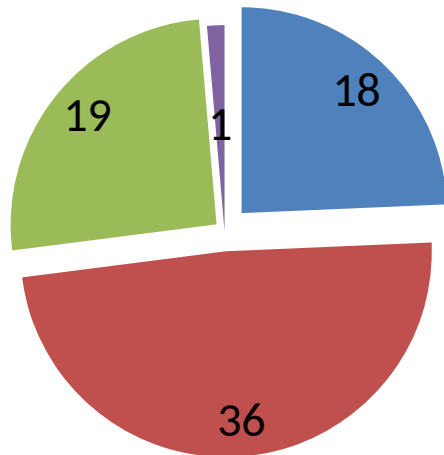


■ Lap  
■ Avatud

# Pankrease onkoloogilised operatsioonid (2015)

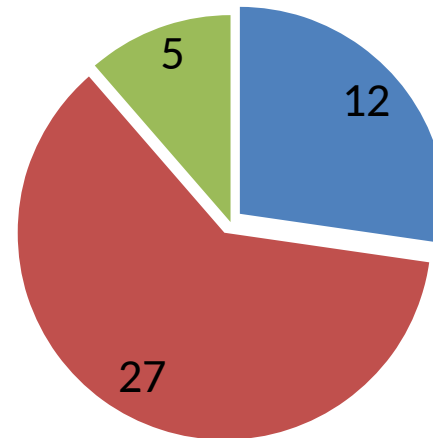
OJ2113, OJ2114, OJ2210

- 74 operatsiooni (C diagn.)-(+40)...45 op c25 diagnoosiga orienteeruv resektaabelsus 17%= normaalne
- 4 haiglat (ÜH -1 op; KH-18 op; RH- 55 op)
- 44 PDR-i(+10)



■ ITK  
■ PERH  
■ TÜK  
■ ÜH

PDR

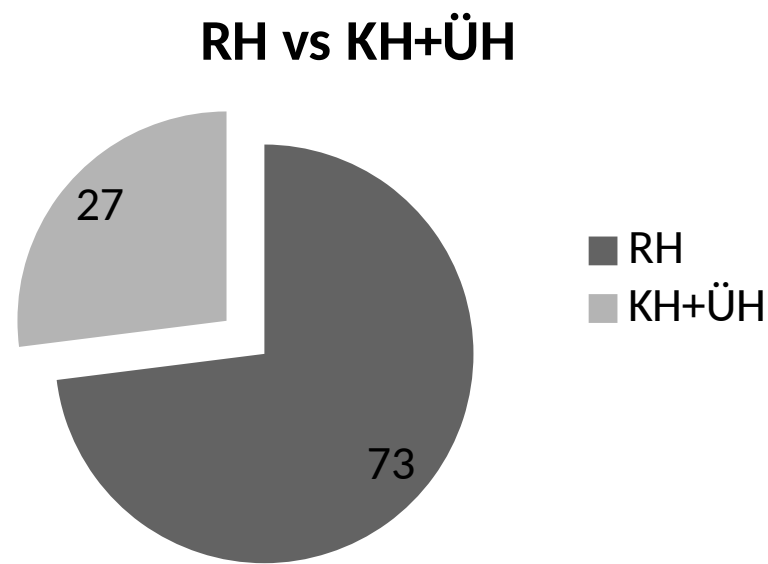
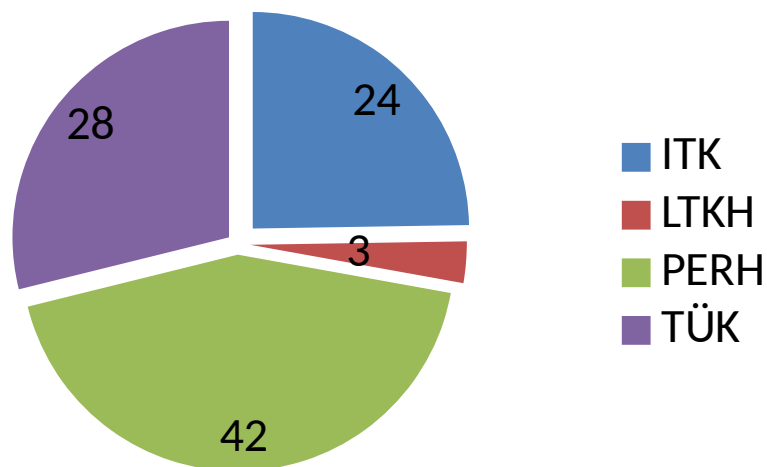


■ ITK  
■ PERH  
■ TÜK

# Maksa onkoloogilised operatsioonid (2015)

0J2110, 0J2207, 0J2111, 0J2208

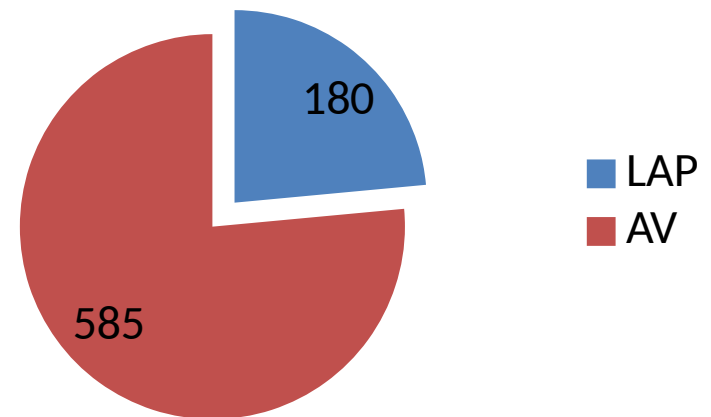
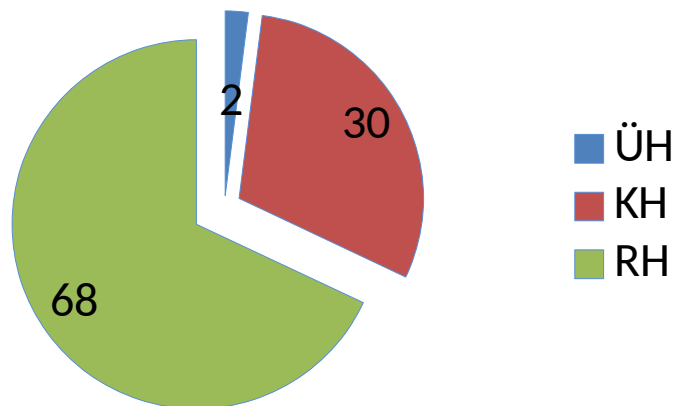
- 97 maksa resektsiooni(+12)
- KH-27 (28%); RH-70 (72%)
- Lap 4 (4%)
- C18-C20= 51 ehk 53%



# Jämesoole onkoloogilised operatsioonid (2015)

0J2119, 0J2214, 0J2120, 0J2215

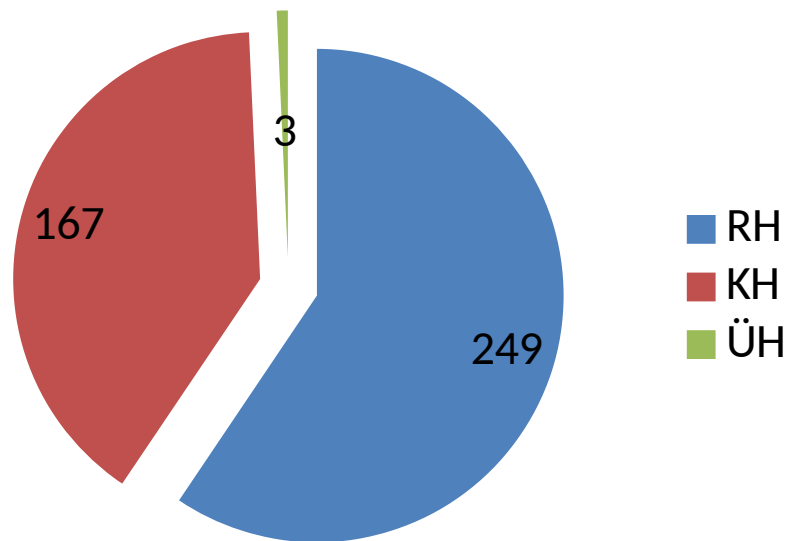
- 765 operatsiooni, 180 laparoskoopiliselt (23%)
- 10 haiglat : 4 üldhaiglat-17 (2%), 4 keskhaiglat-232 (30%), 2 regionaalhaiglat-516 (68%)



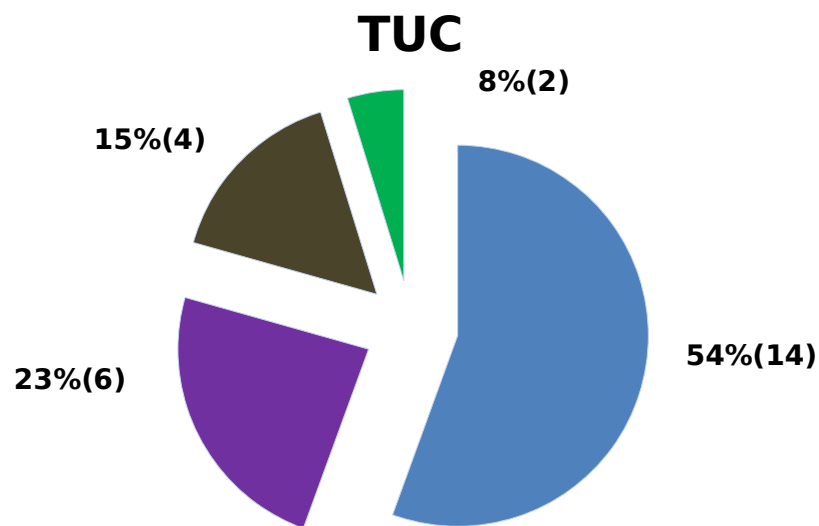
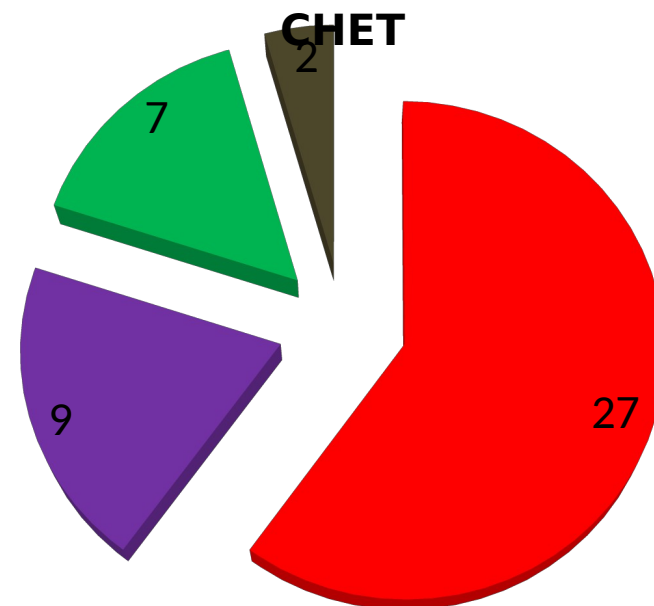
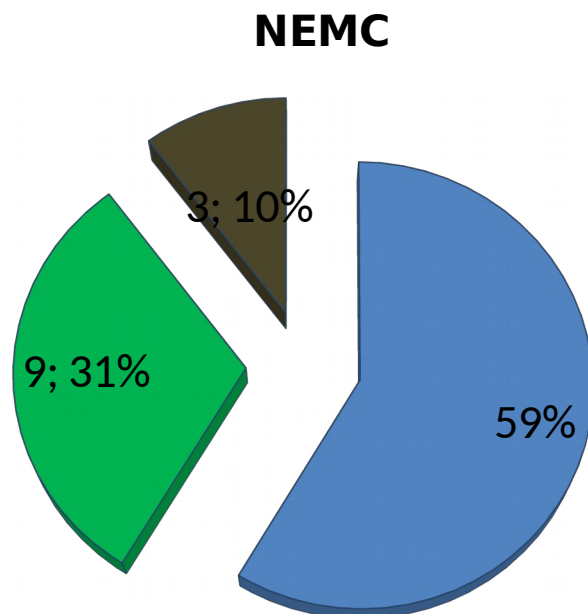
# Emaka onkoloogilised operatsioonid (2015)

051102, 061102, 061103, 061105, 061106, 071101, 071102, 071103

- 419 operatsiooni
- 8 haiglat ( 2 RH-249 op e.59%,4 KH-167 op e.40%,ÜH-3 e.1%)



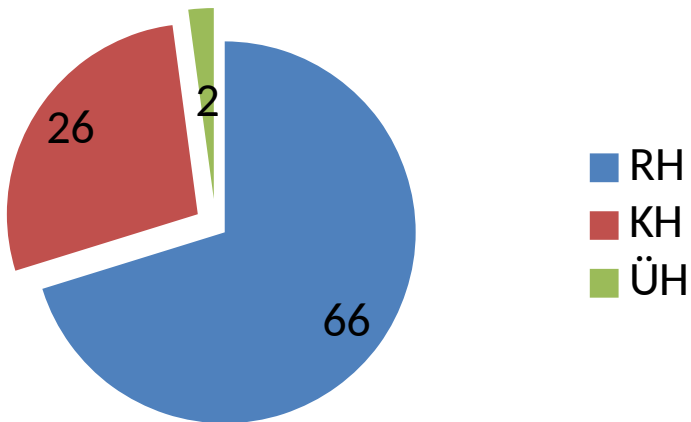




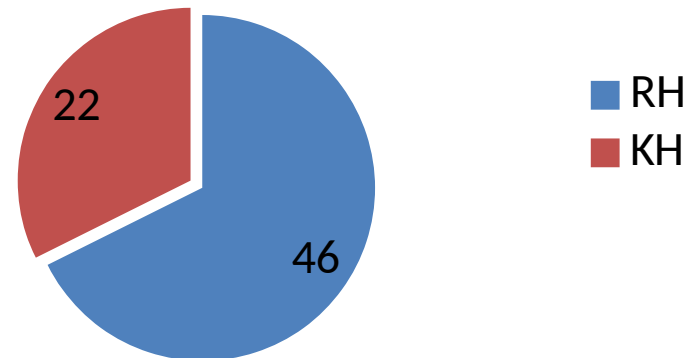
# Põie onkoloogilised operatsioonid (2015)

040305, 050303, 060304, 070302, 080302, 090301

- 94 operatsiooni, 68 tsüstektomiat
- 7 haiglat (2 RH-66 e.70%, 3 KH-26 e.28%, 2 ÜH-2 e.2%)



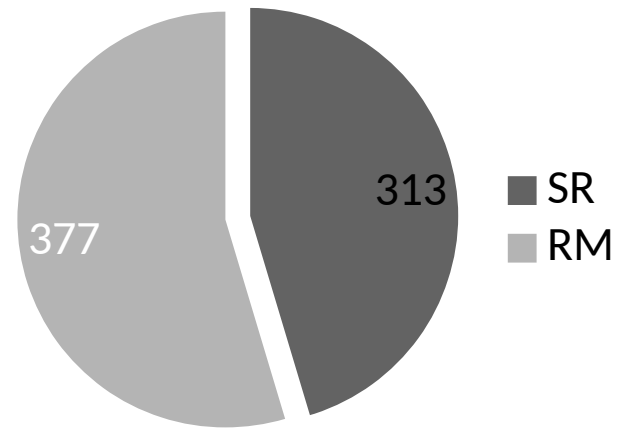
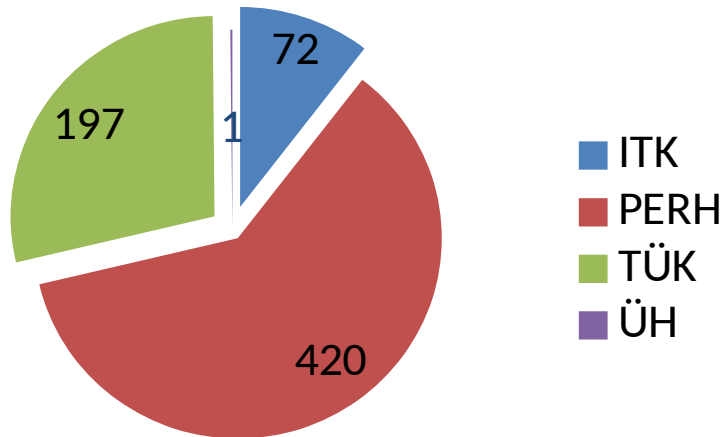
## tsüstektomia



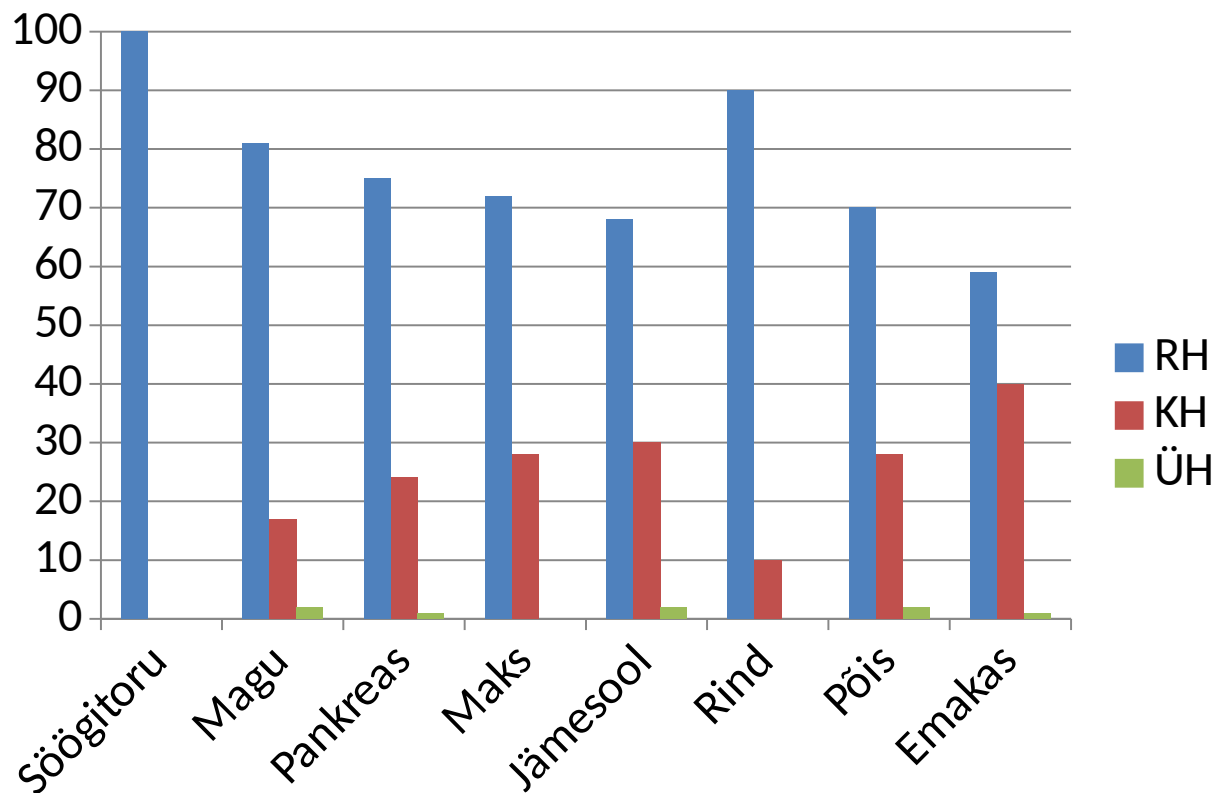
### Rinnanäärme onkoloogilised operatsioonid (2015)

020106, 030109, 040114, 040115, 050116

- 690 operatsiooni
- tehtud 4 haiglas (2 RH, 1 KH, 1ÜH)
- 377 mastektoomiat/313 sektorresektsiooni



# Kõik analüüsitud onko operatsioonid haiglaliigiti 2015



# Praeguse olukorra kriitika

- tegutsemisvõimelise visiooni puudumine tervishoiujuhtimises
- mängureeglite ja haiglatevahelise koostöö puudumine
- ebaefektiivne infovahetus, raskused kvaliteedi auditeerimisel
- personali ja rahaliste vahendite ebaökoonoomne kasutamine (võidurelvastumine)
- geograafilise printsiibi mittejärgimine
- kogemuse hajumine

- 6 haigla mudel-rind 115, põis 16, jämesool 128, maks 16, pankreas 12, magu 33, söögitoru 2,5
- 2 haigla mudel-rind 345, põis 47, jämesool 382, maks 49 , pankreas 37, magu 100, söögitoru 7,5

# Bellum omnium contra omnes

*T.Hobbes „Leviathan“ 1651*

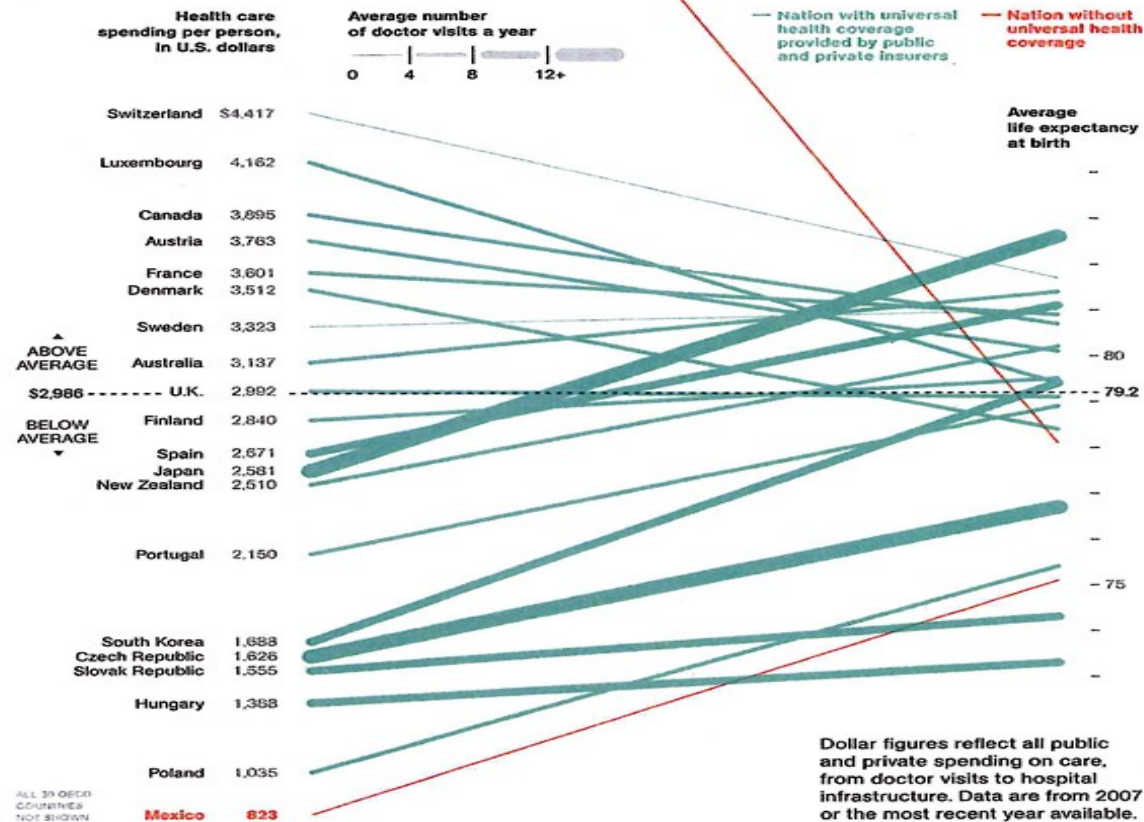
Eestis on tõenäoliselt suurim takistus toimiva võrgustikupõhise vähiravi süsteemi loomisel koordineeriva asutuse puudumine, kuna kõik teenuseosutajad käituvad konkurentidena nii ressurssidele kui ka personalile.

*Vähiravi korraldusmudelite kvalitatiivne uuring 2009*

United States \$7,290

## HEALTH

**The Cost of Care** The United States spends more on medical care per person than any country, yet life expectancy is shorter than in most other developed nations and many developing ones. Lack of health insurance is a factor in life span and contributes to an estimated 45,000 deaths a year. Why the high cost? The U.S. has a fee-for-service system—paying medical providers piecemeal for appointments, surgery, and the like. That can lead to unneeded treatment that doesn't reliably improve a patient's health. Says Gerard Anderson, a professor at Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health who studies health insurance worldwide, "More care does not necessarily mean better care." —Michelle Andrews





2009. aastal Poliitikauuringute Keskuse Praxis tehtud kvalitatiivne uuring vähiravi korralduse mudelitest tõi kokkuvõtvalt välja Eesti vähiravi korralduse kaks võimalikku varianti:

- Suurendada vähiravi korralduse olemasolevat tsentraliseeritust, tugevdades olemasolevat keskustepõhist süsteemi ning kaotades põhjendamatud erisused ja ebaselgus. Suurim risk, mis sellega kaasneb, on teenuste kättesaadavuse ja teenusekvaliteedi langemine allapoole patsientide ja ühiskonna ootusi.
- Teha oluline muudatus võrgustikupõhise ravikorralduse suunas, mille puhul defineeritakse erinevate teenuseosutajate konkreetne roll ja vastutus, kehtestatakse asjakohased reeglid ning tagatakse nende järgmine. Kättesaadavuse parandamine võiks olla mõistlik eesmärk seesuguse detsentraliseerimise ettevõtmiseks. Suurim risk seisneb kulude kontrolli alt väljumises ning killustatusest tingitud kvaliteedilanguses. Samuti nõuaks sellise muudatuse tegemine praegust Eesti

*Eesti vähiravi kvaliteedi tagamise nõuded 2011*

# Keskusepõhise mudeli nõrkused

- adaptiivsus?
- konkurents?
- ravi kättesaadavus?
- transport?

# Keskusepõhise mudeli tugevused

- ökonoomsus
- kogemuse kontsentratsioon
- vastutuse selgus
- kvaliteedi tõus

# Modifitseeritud keskusepõhine mudel

- onkokirurgiliste operatsioonide grupeerimine 2 ks-  
nt.maks,pankreas,söögitoru,põis,magu ,munasari.. . 2  
RH,jämesool,emakas,nahk,rind? KH+RH
- onkokirurgilise alameriala (onkoloogiaalane jätkukoolitus)  
ellukutsumine
- regulaarne ümbervalitavus RH sees perspektiivi loomiseks  
litsenseeritud spetsialistile väljast
- konkurentsi tagamine 2 RH vahel
- regulaarne auditeerimine
- vähenenud kirurgiliste mahtude kompenseerimine KH-tele  
alternatiivsete patoloogiate osalise loovutamisega
- selge visiooni loomine ja garanteerimine tulevikuks
- kuluka diagnostilise tegevuse tsentraliseerimine
- geograafilise printsiibi järgimine

Täna tähelepanu eest!

