

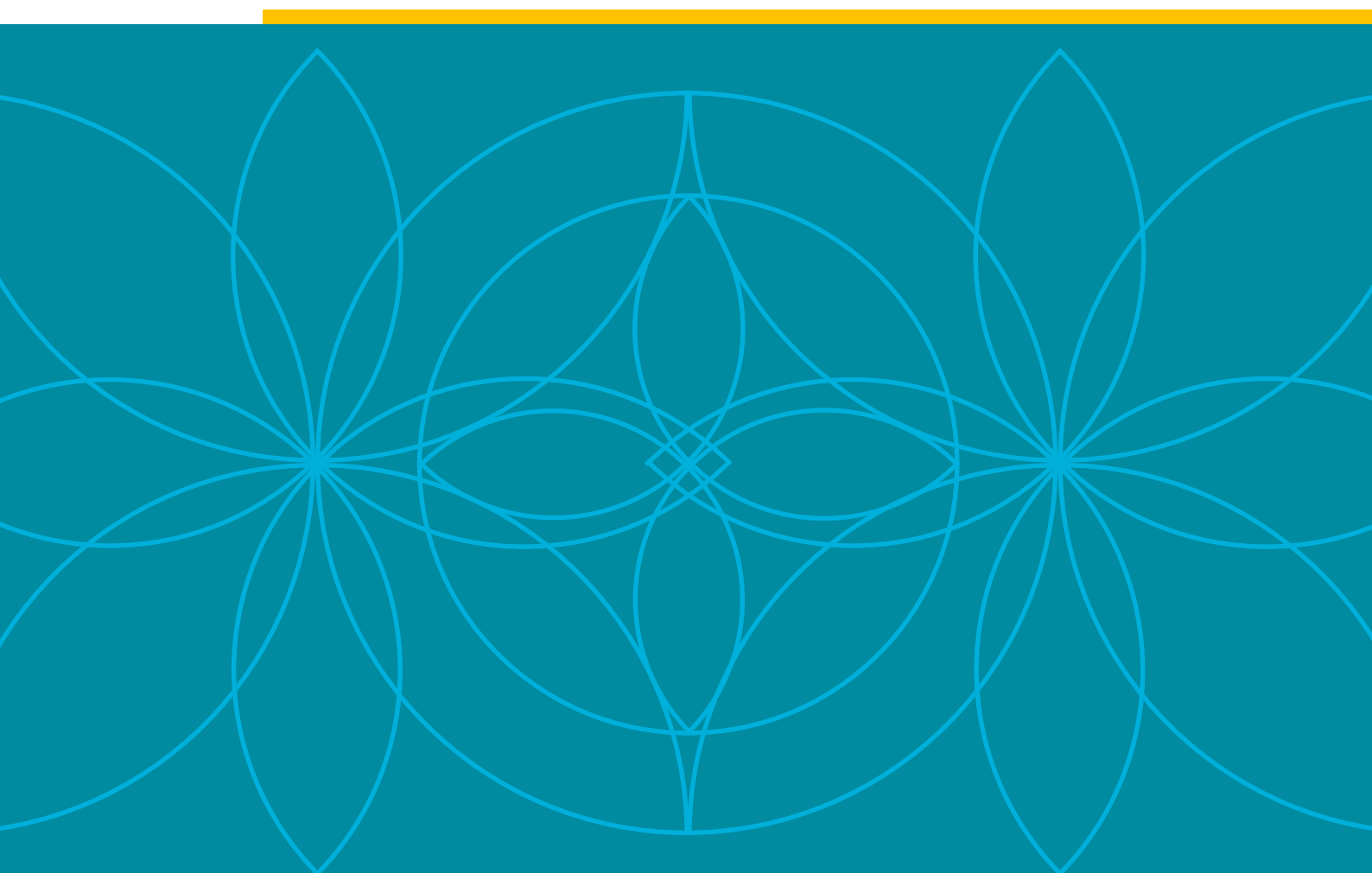


Helsingin kaupunki
Sosiaali- ja terveysvirasto

Tutkimuksia ja raportteja 8 / 2017

Palvelusetelillä ja kaupungin omana toimintana tuotettujen kolonoskopioiden laatuvertailu

Katarina Anttonen





Tekijä(t) Katarina Anttonen		
Julkaisun nimi Palvelusetelillä ja kaupungin omana toimintana tuotettujen kolonoskopioiden laatuvertailu		
Julkaisija Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysvirasto	Julkaisu-aika 2017	Sivumäärä, liitteet 25
Sarja Sosiaali- ja terveysviraston tutkimuksia ja raportteja		Sarjan numero 8
ISSN-numero 2341-8109	ISBN verkkojulkaisu 978-952-331-225-8	Kieli suomi
Avainsanat Palveluseteli, paksusuolen tähystys, laatuvertailu, yhdenvertaisuus		
Tiivistelmä Helsingin kaupungin vakinaistaessa 2013 palvelusetelin yhdeksi palveluntuotannon muodoksi syntyi huoli sen mahdollisista eriarvoistavista vaikutuksista. Tässä tutkimuksessa vertasimme, onko kunnallisen ja palvelusetelillä tuotettujen paksusuolen tähystyksissä eli kolonoskoppioissa laatueroja ja siten eriarvoistavia vaikutuksia hoidon suhteen. Tutkimusaineistona on Laakson väestöpohjan potilaat, jolle tarjottiin vuonna 2014 palveluseteliä kolonoskopiaan. 146 potilasta valitsi palveluseteli-kolonoskopian ja 116 tähystyksen kunnallisella puolella. Kansainvälisiin suosituksiin perustuen otettiin laatuvertailussa huomioon paksusuolella eteneminen ja sen tyhjentyminen, adenoomien ja polyyppien löytyminen ja niiden asianmukainen poisto, seurantasuosittelun oikeellisuus ja suonensisäisen kipulääkkeiden käyttö. Kategorisia muuttujia analysoimme khiin neliöjuuri -testillä ja jatkuvia Mann Whitney U-testillä. Tilastollisesti merkitsevää eroa ei havaittu ryhmien välillä lukuun ottamatta suonensisäistä kipulääkitystä, jota annettiin palveluseteli-kolonoskoppioissa harvemmin. Potilaiden subjektiivista arviota kivun hoidosta ei ole, mutta ryhmien välisen suuren eron vuoksi ei voida poissulkea laatueroa ryhmien välillä. Tutkimus antaa viitteitä siitä, että palvelusetelillä voi olla eriarvoistavia vaikutuksia palvelun laadun suhteen, joten jatkossa laadun seuranta on tärkeää tasa-arvoisen hoidon takaamiseksi.		

Sisällys

1. JOHDANTO	7
2. MENETELMÄT	9
2.1 Aineisto ja asetelma	9
2.2 Muuttujien valinta	10
2.2.1 Vaihe ennen toimenpidettä	10
2.2.2 Toimenpiteen vaihe	11
2.2.3 Toimenpiteen jälkeinen vaihe	12
2.2.4 Tutkimuksen laatukriteerimuuttujat	14
2.3 Tilastotieteelliset menetelmät	15
2.4 Puuttuva data	15
3. TULOKSET	16
3.1 Demografiset muuttujat	16
3.2 Kategoriset laatukriteerit	17
3.3 Jatkuvat muuttujat	18
4. POHDINTA	20
4.1 Numeeristen tavoitteiden täytyminen	20
4.2 Seurantasuosituksen toteutuminen	21
4.3 Laatuero suonensisäisessä kipulääkityksessä	21
4.4 Tutkimuksen rajoitukset	22
4.5 Tutkimuksen yleistettävyys	23
5. JOHTOPÄÄTÖKSET	24
Lähteet	25

1. JOHDANTO

Viime vuosina potilaan valinnanvapauden lisääntyminen oman hoitonsa suhteen on ollut yksi keskeisistä terveystaloudellisista suuntauksista. Samaan aikaan julkisen sektorin resurssipula on asettanut paineita hoidon uudelleen järjestämiselle johtuen mm. 3/2005 voimaan astuneesta hoitotakuulaista (1). Ratkaisuksi julkisen sektorin resurssi-ongelmiin on tarjottu yhteistyötä yksityisen sektorin kanssa palvelusetelin tai ostopalvelun kautta. Keväällä 2013 Helsingin kaupunginvaltuusto vakinaisti palvelusetelin yhdeksi palveluntuotannon muodoksi.

Palveluseteliin liittyy huoli sen mahdollisista eriarvoistavista vaikutuksista johtuen palvelusetelijärjestelmän asetelmasta, jonka mukaan palvelusetelikandidaatin on pystyttävä tekemään valintoja kuluttujana, ja palveluseteliin liittyvästä omavastuuosuudesta, joka on usein korkeampi kuin kunnallisella puolella tehdyn toimenpiteen asiakasmaksu (2). Tällöin potilas voi jäädä eriarvoiseen asemaan mm. valinnanvapauden ja jonotusaikojen suhteen.

Mahdollisten eriarvoistavien vaikutusten vuoksi Helsingin kaupunginvaltuusto hyväksyi palvelusetelin vakinaistamisen yhteydessä toivomusponnen, jonka mukaan Helsingin sosiaali- ja terveysviraston tulee selvittää Helsingin kaupungin palvelusetelikäytäntöjen kustannuksia ja vaikutuksia eriarvoistumiseen valtuustokauden loppuun mennessä (3,4). Sjöblomin tutkimuskatsauksen (4) mukaan palvelusetelin käytön vaikutuksia on tutkittu Suomessa vasta melko vähän, ja tehty tutkimus painottuu palvelusetelin käyttöön vanhuspalveluissa.

Helsingin kaupungin toimeksiannon perusteella toteutettu tutkimus koostuu neljästä eri tutkimusraportista ja näiden yhteenvedosta. Palvelusetelikäytäntöjen eriarvoistavaa vaikutusta päätettiin tarkastella kolmesta eri näkökulmasta, jotka esitän seuraavissa kappaleissa. Neljännessä tutkimusnäkökulmassa tuli selvittää palveluseteliin liittyvät hallinnolliset kustannukset.

Borgin tutkimuksessa (5) tarkastellaan palvelusetelikäytäntöjen mahdollisia sosiaalisesti eriarvoistavia vaikutuksia ja selvitetään, eroavatko palveluseteliä käyttäneet vertailuryhmästä tulojen, sosioekonomisen aseman, pääasiallisen toiminnan tai demografisten tekijöiden suhteen. Sjöblomin tutkimuskatsauksessa (4) tarkasteltiin palvelusetelijärjestelmän eriarvoistavia ominaisuuksia. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää asiakkaiden valintaperusteita palvelusetelin käyttämiselle tai käyttämättä jättämiselle ja siten tutkia, liittyykö järjestelmään sellaisia ominaisuuksia, jotka asettavat asiakkaat eriarvoiseen asemaan palvelun saamisen tai palvelusetelin valitsemismahdollisuuden suhteen.

Eriarvoistavia vaikutuksia kartoittavan tutkimuksen kolmas näkökulma on tämä tutkimus, jonka tarkoituksena on selvittää palveluiden välisiä laatueroja. Ne ovat keskeisessä

asemassa vertaillaessa sosiaali- ja terveystalvelujen yhdenvertaisuutta, mutta edellä kuvatut tutkimukset eivät ota tätä näkökulmaa huomioon. Eriarvoisuutta syntyy, mikäli palveluseteliä käyttävä potilas saa laadullisesti erilaista palvelua yksityisellä sektorilla verrattuna julkiseen palveluun. Toisaalta potilaiden tarpeiden eroista johtuva palvelun laajuuden ero ei johda eriarvoiseen palveluun. (5) Tämän vuoksi palvelun laatua vertaileva tutkimus päätettiin toteuttaa asetelmalla, jossa potilaat olivat samanlaisen hoidon tarpeessa, saivat tarvitsemaansa palvelua joko kunnan omassa tai palveluyksikössä, ja palvelusta laaditut hoitokertomukset olivat pitkälti standardoituja eli siten vertailukelpoisia keskenään.

Laatututkimusta varten valittiin Laakson endoskopiayksikön paksusuolen tähytykset eli kolonoskopiat. Paksusuolen tähytykset täyttää selkeänä palvelukokonaisuutena yllä mainitun tutkimusasetelman kriteerit. Tutkimuksessa vertasimme Laakson endoskopiayksikön oman toiminnan kolonoskopioiden laatua palvelusetelillä tuotettujen laatuun. Laatua vertailevaa tutkimusta varten määritimme kansainvälisiin suosituksiin perustuen (6, 7, 8, 9) laatukriteerimuuttujat, jotka esitän seuraavassa luvussa. Tutkimuskysymyksiksi muodostuu, onko näiden kahden ryhmän välillä eroa kolonoskopioiden laadussa perustuen määrittämiimme laatukriteerimuuttujiin ja mikäli laatueroja syntyy, onko näillä eriarvoistavia vaikutuksia.

2. MENETELMÄT

2.1 Aineisto ja asetelma

Laakson sisätautipoliklinikan väestöpohja on noin 250 000 asukasta. Sisätautipoliklinikan osana toimii gastroenterologinen eli vatsaelinsairauksiin ja niiden hoitoon keskittynyt yksikkö, joka vastaa väestöpohjansa gastroenterologisesta hoidosta pois lukien päivystyksellistä ja yliopistosairaaloita hoitoa tarvitsevat potilaat. Laakson endoskopiayksikön kolonoskopioiden tarve on jatkuvasti ylittänyt yksikön kapasiteetin, joten tähän resurssipulaan on vastattu palvelusetelillä. Palvelusetelitoimintaa varten yksityiset ammatinharjoittajat on valittu tiukkojen kriteerien perusteella. Potilaan soveltumisen palvelusetelin käyttöön arvioi yksikön apulaisylilääkäri lähetetietojen perusteella. (10) Jo tällä tarkalla valikoinnilla yritetään tasavertaistaa laatua kunnan ja yksityisen sektorin välillä.

Endoskopiayksikön apulaisylilääkäri arvioi kolonoskopia-lähetteen perusteella yksittäisten potilaiden soveltuvuutta palvelusetelin käyttäjäksi. Yleisesti ottaen palveluseteliä tarjotaan yli 80-vuotialle vain poikkeustapauksissa. Palveluseteliä ei tarjota potilaille, jotka vaativat osasto-olosuhteissa tehtävää suolen valmistelua tai joilla on vaikeita perussairauksia tai esimerkiksi jatkuva veren hyytymistä estävä hoito. Sitä ei myöskään tarjota potilaille, joiden arvioidaan tarvitsevan muita tutkimuksia, seuranta Laakson sisätautipoliklinikalla, vaativampaa toimenpidettä, kuten esimerkiksi ison polyyypin poistoa, tai voimakkaampaa rauhoittavaa lääkitystä, eikä yleensä potilaille, jotka eivät omaa asioimiseen riittävää suomen tai ruotsin kielen taitoa. Myös epästabiili psykiatrinen sairaus rajaa potilaan ulos palvelusetelin piiristä. (10)

Palveluseteliä tarjotaan siis useimmiten 'helpoimmille' ja tarkkaan valituille potilaille. Palvelusetelikandidaatiksi soveltuvaa potilasta informoidaan kirjeitse ja hän saa itse valita, osallistuuko kolonoskopiaan kunnan vai yksityisen sektorin kautta. (10)

Palveluntuottajiksi hyväksytään vain tietyt laatukriteerit täyttävät ammatinharjoittajalääkärit (10). Laakson endoskopiayksikön ja palveluntuottajiksi hyväksytyt, yksityisen sektorin paksusuolen tähystäjät ovat kaikki erikoislääkäreitä. Osa näistä yksityisen sektorin palveluntuottajista tekee paksusuolen tähystyksiä myös kunnallisella puolella, mutta tutkimusajankohtana Laakson endoskopiayksikön tähystäjät eivät tehneet palveluseteli-kolonoskoppioita yksityisellä sektorilla.

Tutkimusaineistoksi valitsimme potilaat, joille vuonna 2014 tarjottiin palveluseteliä kolonoskopiaa varten. Näistä 311 potilaasta oli koottu Laakson endoskopiayksikön osastonhoitajan toimesta lista, johon potilaiden henkilötunnukset oli kirjattu. Tämän listan perusteella selvisi Pegasos-tietojärjestelmästä, että 146 potilaalle tehtiin kolonoskopia palvelusetelillä yksityisellä sektorilla ja 116 potilaalle kunnallisella puolella. Lopuille listan 49 potilaalle ei tehty kolonoskopiaa. Nämä 49 potilasta voidaan jakaa vielä kolmeen alaryhmään.

34 potilasta eivät sairauskertomusten kirjausten mukaan halunneet kolonoskopiaa ja joko peruivat ajan tai jättivät kokonaan tulematta. Seitsemän potilaan sairauskertomuksissa ei ollut mainintaa kolonoskopiasta. Kahdeksaa potilasta en löytänyt Pegasos-tietojärjestelmästä, sillä henkilötunnus oli mahdollisesti virheellisesti kirjattu listaan.

Aineiston kokosimme aikavälillä 5/2016–8/2016. Kunnan puolella tehtyjen kolonoskopioiden aineiston keräsin Pegasos-tietojärjestelmästä ja palvelusetelillä tuotettujen Laakson sairaalan arkistosta, josta en kahden potilaan kansiota löytänyt. Lisäksi kahden potilaan kansiota en kolonoskopia-lausuntoa löytänyt, vaikka tietojärjestelmään oli kirjattu lausunnon saapuminen. Täten palvelusetelin käyttäneiden ryhmä jäi laatuksiteerimuuttujien keräämisen osalta 142 potilaaseen.

Laakson endoskopiayksikön valinneet potilaat muodostivat kunta-ryhmän ja palvelusetelin valinneet palse-ryhmän. Paksusuolen tähystyksen lausunnoista keräsin laatuksiteerimuuttujien lisäksi demografisina muuttujina iän ja sukupuolen. Lausunnoista ei ollut saatavilla lisää tietoa potilaiden demografisesta taustasta. Tämän vuoksi ryhmiä ei vertailtu muiden demografisten tekijöiden osalta. Toisaalta Laakson endoskopiayksikön apulaisylilääkäri valikoi kolonoskopia-lähettestä ne potilaat, jotka hän katsoo soveltuvan palvelusetelillä tuotettavaksi. Tämä valinta samankaltaistaa potilasmateriaalia ryhmien välillä.

Kolonoskopia on selkeä palvelukokonaisuus. Niistä laaditut lausunnot ovat sisällöltään ja rakenteeltaan samankaltaisia ja siten vertailukelpoisia keskenään, vaikka ne eivät täysin standardoituja olekaan. Laakson endoskopiayksikössä kolonoskopia-palvelun käyttöön soveltuvat potilaat ovat apulaisylilääkärin valitsemia ja samankaltaisen toimenpiteen tarpeessa. Lisäksi heistä noin puolelle toimenpide tehtiin kunnan omassa yksikössä ja lopulle palvelusetelillä yksityisellä sektorilla. Tämä asetelma mahdollistaa palvelun laadun vertailun kunnallisen yksikön ja yksityisen sektorin välillä.

2.2 Muuttujien valinta

Tutkimuksessa määrittelimme kolonoskopian laatuksiteerit kansainvälisten suositusten pohjalta (6, 7). Kolonoskopian laatu voidaan suositusten mukaan jakaa kolmeen vaiheeseen: vaihe ennen toimenpidettä, toimenpiteen vaihe ja vaihe toimenpiteen jälkeen.

2.2.1 Vaihe ennen toimenpidettä

Vaiheeseen ennen toimenpidettä kuuluvat seuraavat laatuksiteerit:

1. Oikea indikaatio eli hoidon aihe
2. Suostumuksen hankkiminen, riskeistä informoiminen ja näiden dokumentointi
3. Suositellun seulontavälin käyttäminen polyypin poiston ja syövän poiston jälkeen
4. Suositellun seulontavälin käyttäminen haavaisessa paksusuolentulehduksessa ja Crohnin taudissa

Oikean indikaation tarkistaa apulaisylilääkäri, ja potilasta informoidaan palvelusetelistä ja kolonoskopiasta kirjeitse. Myös kohdat 3-4 ovat apulaisylilääkärin määrittämiä. Nämä laatuksiteerit eivät siis johda laatueroihin palvelusetelillä ja kunnan puolella tehtävien kolonoskopioiden välille.

2.2.2 Toimenpiteen vaihe

Vaiheeseen toimenpiteen aikana kuuluvat seuraavat laatuksiteerit:

1. Paksusuolen tyhjennyksen dokumentointi:
kiitettävä, hyvä, kohtalainen, huono
2. Paksusuolen tyhjennyksen puutteellisuus
3. Umpisuoleen eli cecumiin eteneminen
4. Adenooma-polyypin löytymistäajuus eli -frekvenssi
5. Tähytymisen poisvetämisen aika
6. Koepala potilailta, joilla indikaationa krooninen ripuli
7. Koepalojen lukumäärä ja jakauma Crohnin taudissa ja haavaisessa paksusuolentulehduksessa
8. Alle 2 cm polyypit tulisi yrittää poistaa endoskooppisesti ennen kirurgista poistoa

Suolen tyhjenemisen laatu vaikuttaa tutkimuksen laatuun, toimenpiteen kestoon ja tutkimuksen keskeyttämisen ja uusimisen tarpeeseen. Jos suolen tyhjennyksellä ei voida havaita kooltaan yli viiden millimetrin polyyppejä ja indikaationa on paksusuolisyövän seulonta tai paksusuolen polyypin tarkastus, toimenpide pitäisi uusida vuoden sisällä. (7) Paksusuolen tyhjennystä ei arvioida tämän tutkimuksen lausunnoissa strukturoidusti, joten emme voineet tämän osalta laatueroa mitata. Mikäli tähyttäjä kuitenkin suositteli uutta kolonoskopiaa vuoden sisällä huonon tyhjennyksen vuoksi, katsottiin tämän tarkoittavan huonolaatuista suolen tyhjennystä. Mikäli toimenpide joudutaan uusimaan alle 15 prosentissa tähytyksistä huonon tyhjenemisen vuoksi, täyttyy kansainvälinen laatuksiteeri (7).

Cecumiin eteneminen dokumentoidaan strukturoidusti ja se on tärkeä osa laadukasta kolonoskopiaa. Paksusuolen tähytyksissä tulee päästä cecumiin 90 prosenttisesti. (7) Myös sykkyräsuoleen eli ileumiin pääseminen ja sen dokumentointi ovat osa laadukasta kolonoskopiaa.

Adenooma-polyypin löytymistäajuus on tärkein yksittäinen kolonoskopian laatuksiteeri. Polyypit ovat tämän tutkimuksen viitekehäksessä suolen limakalvon hyvänlaatuisia, pieniä pullistumia ja adenoomat ovat polyyppeja, joilla on malignisoitumisriski eli riski muuttua pahanlaatuisiksi. Polyypit poistetaan tähytyksessä yleensä kokonaisuudessaan tai niistä otetaan koepalat, jonka jälkeen ne lähetetään patologille analysoitavaksi. Patologin lausuntoa kudoksen ominaisuuksista kutsutaan PAD:iksi eli patologisanatomiseksi diagnoosiksi, jonka perusteella polyyppejä voidaan luokitella joko hyperplastiseksi eli liikakasvuiseksi tai adenoomaksi. Malignisoitumisriskin vuoksi potilaita, joilta

on poistettu adenomia, täytyy seurata kolonoskopiolla. Näistä seurantasuosituksista kerron seuraavassa alaluvussa. Rectumin alle viiden millimetrin hyperplastista nystyä ei luokitella polyypiksi.

Adenoomien esiintyvyys lisääntyy potilaiden ikääntyessä, joten laadukkaissa kolonoskopiaissa vanhemmissa ikäryhmissä tulisi adenomia löytyä määrällisesti enemmän ja useammalta potilaalta. Uuteen tutkimustulokseen nojaten adenoomien löytymistäajuus tulee yli 50-vuotiailla olla vähintään 25 prosenttia: miehillä 30 prosenttia ja naisilla 20 prosenttia. (7) Tämä tarkoittaa siis sitä, että tähystäjä löytää laadukkaassa kolonoskopia-toiminnassa joka neljänneltä yli 50-vuotiaalta potilaalta vähintään yhden adenooman eli tämä vaatimus ei ota huomioon tarkkoja kappalemääriä, vaan kuinka monelta potilaalta adenooma löytyy. Adenoomien löytymisen lisäksi rekisteröin polyypin löytymistäajuuden. Kirjasin myös löydettyjen adenoomien ja polyypin tarkat kappalemäärät, sillä selvitimme näiden löydöksen lukumäärät per potilas ja vertasimme, oliko ryhmien välillä eroa.

Kolonoskopian kestoa ei rutiininomaisesti mitata, joten sen aiheuttamaa mahdollista laatueroa emme voineet tässä tutkimuksessa ottaa huomioon. Koepalat otetaan Suomessa yleisesti ottaen kaikilta kroonisen ripulin vuoksi kolonoskopiaan tulevilta potilailta. Crohnin taudin ja haavaisen paksusuolentulehduksen potilaita ei pääsääntöisesti ohjata palvelusetelikandidaatiksi. Täten kohtia 5-7 emme voineet käyttää laatuerojen tutkimiseen. Palvelutuottajien kriteereissä edellytetään ainakin alle 15 millimetrin polyypin poistoa. Laakson endoskopiayksikön oma käytäntö on poistaa huomattavasti tätä suurempiakin polyyppeja. (10) Tutkimuksessa vertasimme, miten usein kolonoskopia jouduttiin uusimaan sen vuoksi, ettei ensimmäisessä tähystyksessä todettua polyypia poistettu tai yritetty asianmukaisesti poistaa.

2.2.3 Toimenpiteen jälkeinen vaihe

Vaiheeseen toimenpiteen jälkeen kuuluvat seuraavat laatuksiteerit:

1. Suolen puhkeamisen eli perforaation ilmaantuvuus
 - a) kaikki kolonoskopiat: <1:500
 - b) seulonta: <1:1000
 - c) polyypin poiston jälkeen: <1 %
2. Polyypin poiston jälkeinen verenvuoto
3. Oikean seurantasuosituksen dokumentaatio kudosnäytteiden perusteella

Komplikaatiot ovat tärkeitä laadun seurannassa. Ongelmallista on, että iso osa perforatioista ja verenvuodoista tulee viivästyneinä, eivätkä siis ole kolonoskopia-lausunnoista luettavissa. Luotettavan tiedon saaminen edellyttäisi potilaan haastattelua tai sairauskertomusten tutkimista HYKS:ssä. Näitä emme tässä tutkimuksessa voineet ottaa huomioon.

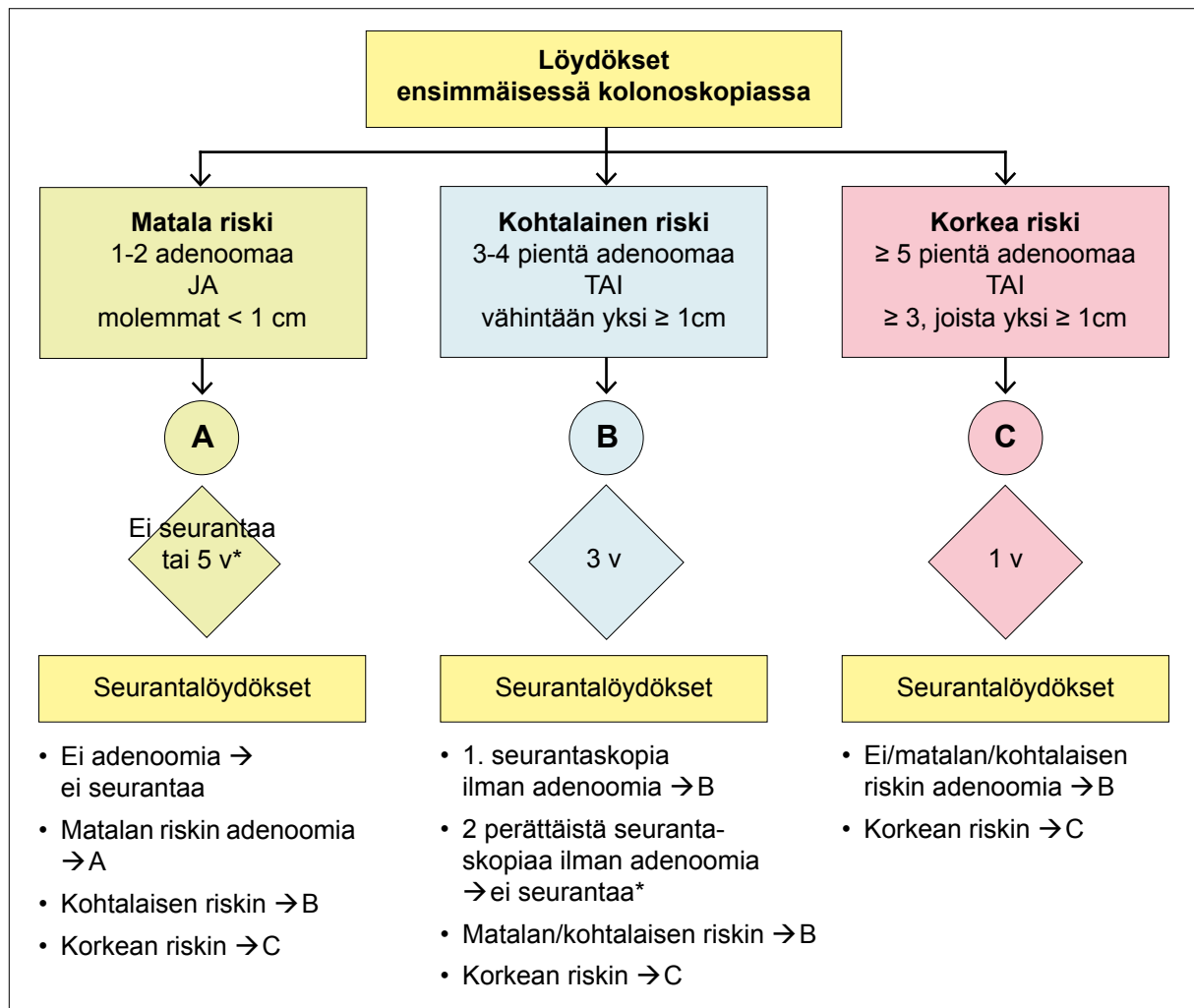
Kohta 3 on tärkeä laatuero muodostumisessa ja turhien seurantatähystysten välttämiseksi. Eri kudosnäytelöydöksille määritimme tutkimuksessa käytettävät seuranta-

suositukset, jotka perustuvat kansainvälisiin suosituksiin (8, 9) ja joita palveluntuottajienkin edellytettiin noudattavan. Alla olevassa vuokaaviossa (kuva 1) havainnollistetaan, miten adenoomien poiston jälkeen tulisi seurantaohjeistus laatia.

Mikäli ensimmäisessä kolonoskopiassa löydetään 1-2 adenoomaa, jotka ovat molemmat alle yhden senttimetrin kokoisia, voidaan kolonoskopia joko uusia viiden vuoden päästä, tai riippuen potilaan muista riskeistä ja/tai terveydentilasta voidaan seurantatähystys jättää kokonaan tekemättä (kuva 1). Tämä jää paksusuolen tähystäjän oman harkinnan varaan. Mikäli tutkimuksessa olevilta potilailta löytyi yllä mainituilla kriteereillä adenoomia, hyväksyimme molemmat suositukset. Lisäksi arvioimme suosituksen täyttyvän, mikäli lausuntoon kirjattu seurantasuositus oli pidempi kuin viisi vuotta.

Tähystäjän löytäessä ensimmäisessä kolonoskopiassa 3-4 pientä adenoomaa tai vähintään yhden yli yhden senttimetrin adenooman pitää tähystys uusia kolmen vuoden päästä (kuva 1). Vastaavasti mikäli kolonoskopiassa löytyy vähintään viisi pientä tai vaihtoehtoisesti kolme adenoomaa, joista yksi on yli yhden senttimetrin kokoinen, tulee kolonoskopia uusia yhden vuoden päästä. Seurantatähystyksen seurantasuositus määräytyy löydösten mukaan (kuva 1).

Kuva 1: Adenooman poiston jälkeinen seuranta (8)



*Muuta huomioitavaa Ikä, perussairaudet, sukuhistoria, kolonoskopian laatu

Edellä kuvatussa suosituksessa (8) ei oteta huomioon adenooman dysplasian eli kehittymishäiriön astetta tai villöösiä komponenttia, jotka kuitenkin huomioidaan uudemmassa eurooppalaisessa suosituksessa (9). Eurooppalaisen suosituksen mukaan PAD:ssa esiintyessä vaikeaa dysplasiaa tai villöösiä komponenttia suositellaan kontrollikolonoskopiaa jo kolmen vuoden päästä, mikäli adenoomien lukumäärä tai koot eivät edellytä tiheämpää seurantaa. Myös tässä tutkimuksessa analysoimme oikean seurantasuosituksen valintaa nämä tekijät huomioiden.

Oikean seurantasuosituksen analysoimiseksi keräsin kaikkien ja yli yhden senttimetrin kokoisten adenoomien kappalemäärät. Mikäli PAD:ssa oli tubulovillöösiä komponenttia, vaikeaa dysplasiaa tai sessiili serratum -adenooma, kirjasin nämä löydökset aineistoon.

Oikean seurantasuosituksen lisäksi laadukkaassa kolonoskopiassa tulee olla valmius riittävään kivun hoitoon ja rauhoittavan lääkityksen antoon suonensisäisesti. Kipu- ja/ tai rauhoittavien lääkkeiden käytöstä emme voi kovin pitkälle meneviä johtopäätöksiä vetää, sillä kipulääkkeiden käyttö voi tarkoittaa joko potilaan kivun huomioimista tai kivuliaampaa toimenpidettä. Mikäli tähyistäjä ei lausunnossa suonensisäisen kipulääkityksen käyttöä maininnut, oletuksena oli, ettei sitä annettu.

2.2.4 Tutkimuksen laatuksiteerimuuttujat

Kaiken kaikkiaan käytimme tutkimuksessa seuraavia laatuksiteerimuuttujia ryhmien väliseen analyysiin:

1. Cecumiin eteneminen
2. Ileumiin eteneminen
3. Kolonoskopian uusiminen huonon tyhjentyksen vuoksi
4. Polyypin löytäminen
5. Polyypin kappalemäärä
6. Adenoomien löytäminen
7. Adenoomien kappalemäärä
8. Kolonoskopian uusiminen, koska polyypia ei saatu poistettua
9. Oikea seurantasuositus, mikäli adenooma PAD:ssa
10. Kipu-/rauhoittavan lääkityksen käyttö suonensisäisesti

Näistä kaikki muuttujat paitsi kohdat 5 ja 7 ovat kategorisia muuttujia, joissa 0=ei ja 1=kyllä. Polyypin ja adenoomien kappalemäärät ovat puolestaan jatkuvia muuttujia. Adenoomien ja polyypin löytämisfrekvenssiä vertailimme eri ryhmissä kaikkien potilaiden ja pelkästään yli 50-vuotiaiden potilaiden kesken. Lisäksi jaoin 50-vuotiaat naisiin ja miehiin. 50-vuotiaksi määrittelimme potilaat, jotka olivat syntyneet 1964 tai aikaisemmin.

2.3 Tilastolliset menetelmät

Tilastolliseen analyysiin käytimme IBM SPSS Statistic 23 -ohjelmaa. Kategoriset muuttajat analysoin khiin neliö -testillä ja Fisherin tarkalla testillä. Jatkuvien muuttujien osalta (ikä, polyyppien ja adenoomien lukumäärät) selvitin alkuun, oliko data normaalijakautunut. Jatkuvien muuttujien data ei ollut minkään edellä mainitun muuttujan osalta normaalijakautunut, joten T-testin sijaan käytin tilastolliseen analyysiin Mann-Whitney U -testiä. Kaikkien testien luottamustaso oli 95 prosenttia eli p-arvon jäädessä $<0,05$ oli ryhmien välillä tilastollisesti merkitsevä ero.

2.4 Puuttuva data

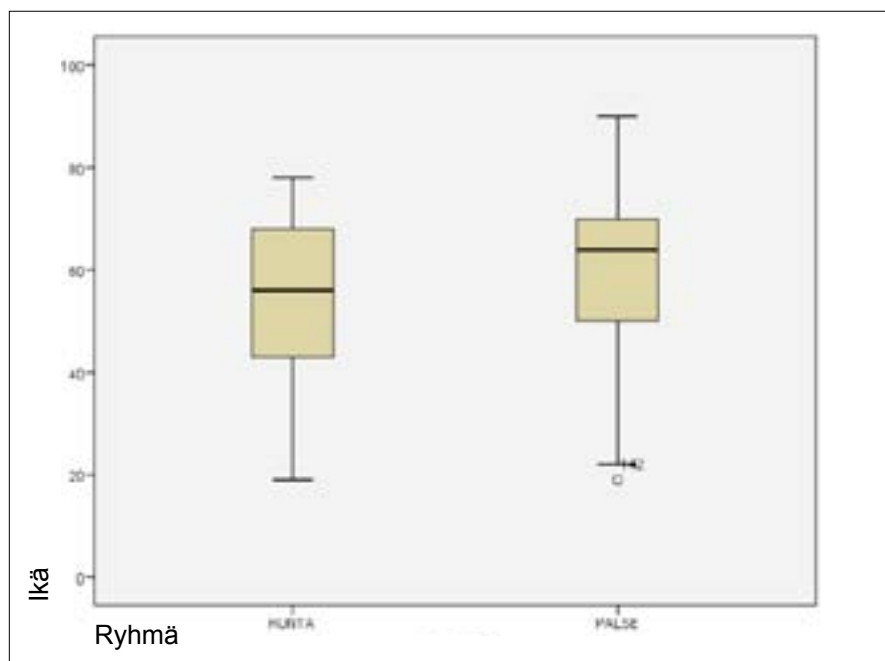
Kategoristen muuttujien puuttuva data on esitetty taulukossa 2. Palse-ryhmästä neljä potilasta puuttuu kaikkien laatukriteerimuuttujien osalta, sillä en löytänyt lausuntoja arkistosta. Nämä potilaat ovat kuitenkin osana demografista analyysiä. Palse-ryhmässä yhdelle potilaalle oli tehty paksusuolen oikean puoliskon poisto ja kunta-ryhmässä koko paksusuolen poisto, joten näiden osalta en cecumiin tai ileumiin pääsyä voinut analysoida. Lisäksi palse-ryhmässä ei kahden potilaan kohdalla päästy kivun vuoksi sigmaa pidemmälle, joten näiden osalta en polyyppien ja adenoomien löytymistä enkä myöskään kolonoskopian uusintaa huonon tyhjenemisen vuoksi voinut analysoida. Palse-ryhmässä kahden potilaan kolonoskopia-lausunnossa ei ollut PAD:ia liitteenä, mikä sinänsä on laatua heikentävä tekijä, mutta tätä emme ole ottaneet analyysissä huomioon. Näiden kahden potilaan dataa en voinut käyttää adenoomien laatukriteerimuuttujien analyysiin. Sekä palse- että kunta-ryhmässä yhdessä lausunnossa oli polyyppien lukumäärä epäselvästi ilmaistu, joten en näiden kahden potilaan dataa voinut käyttää tämän muuttujan analyysissä.

3. TULOKSET

3.1 Demografiset muuttujat

Lausunnoista keräsin iän ja sukupuolen demografista analyysiä varten. Demografiseen analyysiin otin myös ne neljä potilasta, joiden lausuntoja en löytänyt. Näistä puolet oli naisia, 47- ja 61-vuotiaita, puolet miehiä, 30- ja 74-vuotiaita. Potilaiden keski-ikä palse-ryhmässä oli 58,79 ja kunta-ryhmässä 54,58 (kuva 2). P-arvo oli tälle muuttujalle 0,016. Palse-ryhmässä oli 45 miestä ja 101 naista (taulukko 1). Kunta-ryhmässä luvut olivat vastaavasti 32 ja 84. P-arvo oli 0,568.

Kuva 2: Ikäjakauma ryhmien välillä



Taulukko 1: Sukupuolijakauma ryhmien välillä

Ryhmä	Sukupuoli		Yhteensä
	Miehet	Naiset	
KUNTA (kpl)	32 (27,60 %)	84 (72,40 %)	116 (100 %)
PALSE (kpl)	45 (30,80 %)	101 (69,20 %)	146 (100%)
Yhteensä (kpl)	77 (29,40 %)	185 (70,60 %)	262 (100 %)

p-arvo: 0,568

3.2 Kategoriset laatuksiteerit

Kategoristen laatuksiteerien tulokset listasin seuraavalla sivulla olevaan taulukkoon (taulukko 2), johon viitaten esitän kategoristen muuttujien tuloksia seuraavissa kappaleissa. Cecumiin edettiin palse-ryhmässä 138 (97,9 %) ja kunta-ryhmässä 115 (100 %) kolonoskopiassa (p-arvo 0,255). Ileumiin päästiin palse-ryhmässä 127 (90,1 %) ja kunta-ryhmässä 103 (89,6 %) tapauksessa (p-arvo: 0,894). Huonon tyhjenemisen vuoksi ei kolonoskopiaa jouduttu kunnan puolella kertaakaan uusimaan, mutta palse-ryhmässä kahdella potilaalla tarkka polyypidiagnostiikka ei ollut mahdollista huonon tyhjentymisen vuoksi (p-arvo: 0,502). Molemmat potilaat olivat yli 55-vuotiaita, joilla suolen toiminta oli muuttunut eli heiltä tuli poissulkea paksusuolisyyvän mahdollisuus.

Sekä palse- että kunta-ryhmässä polyyppeja löytyi 47 kolonoskopiassa, tosin prosentuaalisesti polyyppeja löytyi kunta-ryhmässä useammalta potilaalta (p-arvo: 0,251). Adenoomia löytyi palse-ryhmässä 33 (23,9 %) ja kunta-ryhmässä 34 (29,3 %) potilaalta (p-arvo: 0,331). Yli 50-vuotaiden ikäryhmässä luvut olivat puolestaan palse-ryhmässä 32 (29,9 %) ja kunnan puolella 28 (35,4 %). P-arvo oli 0,425. Yli 50-vuotiaissa miehissä adenoomia löytyi palse-ryhmässä 12 (38,7 %) ja kunta-ryhmässä 11 (45,8 %) kolonoskopiassa (p-arvo: 0,595). Naisten yli 50-vuotaiden ryhmässä luvut olivat puolestaan 20 (26,3 %) ja 17 (30,9 %). P-arvo oli 0,564. Molemmissa ryhmissä kahden potilaan kolonoskopia piti uusia, sillä adenoomaa ei saatu poistettua ensimmäisessä kolonoskopiassa (p-arvo: 1,000).

Taulukko 2: Kategoristen muuttujien tulokset

Muuttuja	Tulokset (kpl)		Puuttuva data (kpl)		
	PALSE	KUNTA	p-arvo	P	K
Cecumiin eteneminen	138 (97,9 %)	115 (100,0 %)	0,255	5	1
Ileumiin pääsy	127 (90,1 %)	103 (89,6 %)	0,894	5	1
Kolonoskopian uusiminen: huono tyhjentyminen	2 (1,4 %)	0 (0,0 %)	0,502	6	0
Polyyppeiden löytyminen	47 (33,6 %)	47 (40,5 %)	0,251	6	0
Adenoomien löytyminen	33 (23,9 %)	34 (29,3 %)	0,331	8	0
- yli 50-vuotiaat	32 (29,9 %)	28 (35,4 %)	0,425	5	0
- Miehet	12 (38,7 %)	11 (45,8 %)	0,595	1	0
- Naiset	20 (26,3 %)	17 (30,9 %)	0,564	4	0
Kolonoskopian uusiminen: polyyppeja ei poistettu	2 (1,4 %)	2 (1,7 %)	1,000	8	0
Oikea seurantasuositus (PAD:ssa adenooma)	21 (70,0 %)	24 (77,4 %)	0,510	0	0
Kipu-/rauhottava lääkitys i.v.	15 (10,6 %)	33 (28,4 %)	<0,001	4	0

Sekä palse- että kunta-ryhmässä polyyppeja löytyi 47 kolonoskopiassa, tosin prosentuaalisesti polyyppeja löytyi kunta-ryhmässä useammalta potilaalta (p-arvo: 0,251). Adenoomia löytyi palse-ryhmässä 33 (23,9 %) ja kunta-ryhmässä 34 (29,3 %) potilaalta (p-arvo: 0,331). Yli 50-vuotaiden ikäryhmässä luvut olivat puolestaan palse-ryhmässä 32 (29,9 %) ja kunnan puolella 28 (35,4 %). P-arvo oli 0,425. Yli 50-vuotiaissa miehissä adenoomia löytyi palse-ryhmässä 12 (38,7 %) ja kunta-ryhmässä 11 (45,8 %) kolonoskopiassa (p-arvo: 0,595). Naisten yli 50-vuotiaiden ryhmässä luvut olivat puolestaan 20 (26,3 %) ja 17 (30,9 %). P-arvo oli 0,564. Molemmissa ryhmissä kahden potilaan kolonoskopia piti uusua, sillä adenoomaa ei saatu poistettua ensimmäisessä kolonoskopiassa (p-arvo: 1,000).

Oikea seurantasuositus annettiin palse-ryhmässä 21 (70,0 %) tapauksessa, kunta-ryhmässä vastaava luku oli 24 (77,4 %). P-arvo oli 0,510. Palse-ryhmässä kolmelle annettiin liian harvan välin seurantasuositus, liian tiheä annettiin puolestaan viidelle potilaalle, ja seurantasuositus jäi kokonaan antamatta yhdeltä potilaalta. Kunta-ryhmässä vastaavat luvut olivat liian harvalle suositukselle yksi potilas, liian tiheälle neljä potilasta, ja ilman suositusta jäivät kaksi potilasta.

Analysoimme oikeaa seurantasuositusta potilaista, joilla todettiin PAD:ssa adenooma. Mikäli potilailta löytyi kirurgista poistoa vaativa kasvain, emme ottaneet heitä seurantasuosituksen arvioinnissa huomioon, sillä jatkohoitopaikka on vastuussa jatkotoimenpiteistä ja seurantaohjeistuksesta. Seurantaohjeistusta ei arvioitu myöskään potilaista, joilla paksusuolen tähytys tuli uusua vuoden sisällä sen vuoksi, ettei ensimmäisessä kolonoskopiassa adenoomaa saatu poistettua. Tällöin seurantasuositus annetaan vasta uusintatähytyksen jälkeen. Ryhmään sisällytimme ne potilaat, jotka eivät adenoomadiagnoosista huolimatta saaneet seurantaohjeistusta. Palse-ryhmän lopullinen koko oli 30 ja kunta-ryhmän 31 potilasta.

Viimeinen kategorinen laatukriteerimuuttuja tässä tutkimuksessa oli suonensisäinen kipulääkitys. Sitä saivat palse-ryhmässä 15 (10,6 %) ja kuntaryhmässä 33 (28,4 %) potilasta kolonoskopian yhteydessä (p-arvo <0,001).

3.3 Jatkuvat muuttujat

Polyyppeja löytyi palse-ryhmässä potilailta yhteensä 80 ja kunta-ryhmässä 70 kappaletta. Palse-ryhmässä puuttui seitsemän ja kunta-ryhmässä yhden potilaan data. Palse-ryhmässä polyyppeja löytyi keskimäärin 0,58 kpl/potilas ja kunta-ryhmässä puolestaan 0,61 kpl/potilas (taulukko 3). P-arvo oli tälle muuttujalle 0,433. Adenoomia löytyi palse-ryhmässä 0,399 kpl/potilas ja kunta-ryhmässä 0,397 kpl/potilas (taulukko 4). P-arvo oli 0,491. Kunta-ryhmässä ei puuttunut yhdenkään potilaan data, mutta palse-ryhmässä data puuttui kahdeksan potilaan osalta.

Taulukko 3: Polyypien lukumäärän keskiarvo ja keskihajonta

	Ryhmä	N	Keskiarvo	Keskihajonta
Polyypit (kpl)	PALSE	139	0,58	0,993
	KUNTA	115	0,61	0,915

p-arvo: 0,433

Taulukko 4: Adenoomien lukumäärän keskiarvo ja keskihajonta

	Ryhmä	N	Keskiarvo	Keskihajonta
Adenoomat (kpl)	PALSE	138	0,399	0,8590
	KUNTA	116	0,397	0,7209

p-arvo: 0,491

4. POHDINTA

4.1 Numeeristen tavoitteiden täytyminen

Tutkimuksessa käytettyjen laatukriteerimuuttujien numeeriset tavoitteet täytyivät molemmissa ryhmissä, eikä näiden muuttujien kohdalla havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa ryhmien välillä. Cecumiin päästiin yli 90 prosentissa tapauksissa ja kolonoskopian uusiminen huonon tyhjentyksen vuoksi jäi kirkkaasti alle 15 prosenttiin molemmissa ryhmissä. Myös tärkein yksittäinen laatukriteeri eli adenoomien löytymistäajuus täyttyi molemmissa ryhmissä, tosin prosentuaalisesti polyyppeja ja adenoomia löytyi kunta-ryhmässä selkeästi useammalta potilaalta kaikissa ikä- ja sukupuoliryhmissä. Tämän merkitystä pohditaan lisää myöhemmin tässä alaluvussa.

Ileumiin pääsemisen osalta emme asettaneet numeerisia tavoitteita, mutta prosentuaalisesti ei ryhmien välillä ollut juuri eroa. Myöskään tilastollisesti merkitsevää laatueroa ei tullut esiin. Ensimmäisessä kolonoskopiassa poistamatta jäänyt polyyppi jouduttiin molemmissa ryhmissä poistamaan uudessa kolonoskopiassa kahdelta potilaalta. Ryhmien välillä tilastollisesti merkitsevää laatueroa ei ollut tämänkään muuttujan kohdalla.

Johtuen korkeammasta keski-ikästä palse-ryhmässä oletus oli, että polyyppeja ja adenoomia löytyy tässä ryhmässä useammalta potilaalta. Tämä oletus ei kuitenkaan toteutunut. Kaikissa alaryhmissä löydettiin kunta-ryhmässä prosentuaalisesti selkeästi useammalta potilaalta adenoomia ja polyyppeja, vaikka tilastollisesti eroa ei tullutkaan esille. Aineisto on toisaalta niin pieni, ettei siitä johtuen mahdollisia tilastollisesti merkitseviäkin eroja ryhmien välillä välttämättä saada esiin, vaikka prosentuaalisesti selkeitä eroja tuloksissa nähdäänkin. Analyysissä ei vakioitu ikää näiden muuttujien suhteen, minkä vuoksi ei aivan yksiselitteisiä johtopäätöksiä tuloksista voida tehdä.

Vaikka tilastollisesti merkitsevää eroa ei todettukaan, polyyppien ja adenoomien parempi löytyminen kunta-ryhmässä voi viitata siihen, että kunnallisella puolella kolonoskopioita tehdään huolellisemmin. Toisaalta asiakasmaksu palse-ryhmässä on suurempi, joten mahdollista on myös, että varakkaammat ja täten useimmiten terveellisemmät elintavat omaavat hakeutuvat palse-ryhmään. Esimerkiksi tupakointi, alkoholinkäyttö ja epäterveellinen ruokavalio ovat paksusuolen syövän riskitekijöitä. Siten voi olla, että adenomien todellinen esiintyvyys palse-ryhmässä on kunta-ryhmää pienempi. Tätä näkökulmaa emme tässä tutkimuksessa voineet analysoida johtuen demografisten tekijöiden tiedon puutteesta.

4.2 Seurantasuosituksen toteutuminen

Oikea seurantasuositus annettiin palse-ryhmässä vain 70 prosentille ja kunta-ryhmässä puolestaan vain 77,4 prosentille potilaista. Suositeltavaa on, että jokainen potilas saa oikean seurantasuosituksen perustuen mahdollisiin adenooma-löydöksiin. Mikäli seuranta on liian harvoin, lisääntyy riski paksusuolensyövän liian myöhäiselle diagnostiikalle, millä voi olla suuriakin vaikutuksia potilaan elämänlaadulle ja/tai -pituudelle. Toisaalta liian tiheä seuranta on sekä potilaalle että yhteiskunnalle kallista. Kolonoskopia ei ole myöskään kovin miellyttävä toimenpide, joten sitä ei pidä tehdä turhaan ilman oikeaa indikaatiota. Seurantasuosituksen antamatta jättäminen on myös huonon laadun kriteeri, sillä mahdollisesti potilas jääkin täysin ilman seurantaakin, vaikka löydökset puhuisivatkin seurannan puolesta.

Oikean seurantasuosituksen prosentuaalinen osuus oli molemmissa ryhmissä varsin matala. Kansainväliset laatuksiteerit eivät tosin määritä, kuinka monelle prosentille potilaista oikea seurantasuositus täytyy antaa, mutta jokainen väärä seurantasuositus voi olla potilaan kohdalla kliinisesti merkitsevä. Vaikka ryhmien välillä ei tilastollisesti merkitsevää eroa löytynyt, oli kunta-ryhmässä prosentuaalinen osuus selkeästi palse-ryhmää korkeampi. Aineisto jäi tämän muuttujan osalta kuitenkin erittäin pieneksi.

4.3 Laatuero suonensisäisessä kipulääkityksessä

Laatukriteerimuuttujista ainoastaan kipulääkkeiden käytöllä oli tilastollisesti merkitsevää eroa ryhmien välillä. Tästä erosta emme aivan yksiselitteisiä johtopäätöksiä voi tehdä, sillä ei ole tietoa siitä, miten potilaat kokivat kolonoskopian ja olisivatko he toivoneet parempaa kivunhoitoa. Toisaalta voidaan todeta, että kunnan puolella kipulääkitystä suonensisäisesti annettiin herkemmin. Tämän taustalla olevia mahdollisia syitä pohditaan myöhemmin tässä tekstissä.

Terveydenhuollossa käytetään VAS-kipumittaria, jolla kipua skaalataan nolasta kymmeneen. Nolla vastaa hyvin lievää ja kymmenen hyvin kovaa kipua. Tämän avulla voidaan selvittää potilaan subjektiivista kiputuntemusta. VAS-arvoa ei rutiinomaisesti kirjata kolonoskopiaihin, mutta sen avulla olisi mahdollista selvittää, kuinka kivuliaana potilaat toimenpidettä pitivät ja oliko ryhmien välillä eroa. Toisaalta kipua ja sen sieto ovat hyvin subjektiivisia tuntemuksia, joten toiset voivat sietää kovaakin kipua ilman kipulääkettä, kun taas toiset haluavat jo subjektiivisesti alhaisella VAS-arvolla kipulääkitystä. Potilaita haastatteleminen voisi kuitenkin selvittää, hoidettiin toimenpiteen aikana kipua adekvaatisti.

Kunnan ja yksityisen sektorin kolonoskopiaissa potilaiden on saatava kipulääkitystä pyytämättä, mikäli kipulääkettä tarvitaan. Mikäli kipua ei asianmukaisesti hoideta kolonoskopian aikana, voi tämä johtaa laatueroihin ryhmien välillä. Palse-ryhmässä kahden potilaan osalta ei päästy sigmaa pidemmälle kivun vuoksi, mutta molemmille tarjottiin kuitenkin suonensisäistä kipulääkitystä, vaikka toinen potilaista tästä kieltäytyikin.

Molemmissa ryhmissä kolonoskopioita tekevät kokeneet erikoislääkärit, joten ei ole todennäköistä, että itse tähystystoimenpide olisi kivuliaampi kummassakaan ryhmässä. Pohdittavaksi jääkin, miksi ryhmien välillä on kipulääkityksen suhteen niin suuri ero. Johtuuko tämä mahdollisesti taloudellisista syistä tai seurantamahdollisuuksien puutteesta? Yksityisen sektorin palveluntuottaja saa kolonoskopiasta saman korvauksen riippumatta siitä, mitä toimenpiteitä potilaalle tehdään. Mahdollista on siis, että suonen-sisäistä kipulääkitystä käytetään palse-ryhmässä vähemmän, koska sen antamatta jättäminen on yksityiselle sektorille kannattavampaa.

Ero ryhmien välillä on niin suuri, ettei laatueroa kipulääkityksen suhteen voi poissulkea ryhmien välillä. Mikäli kipua ei yksityisellä sektorilla hoideta asianmukaisesti, johtaa tämä eriarvoiseen palveluun. Tällöin laatu yksityisellä sektorilla ei ole yhtä korkea kuin kunnallisen omana toimintana tuotetun palvelun laatu.

4.4 Tutkimuksen rajoitukset

Yhtenä tutkimuksen rajoituksena on, ettemme voineet selvittää kolonoskopioiden jälki-komplikaatioista johtuvia mahdollisia laatueroja. Niiden välttäminen on hyvin tärkeä osa laadukasta kolonoskopiaa. Toisaalta kummassakaan ryhmässä ei suoli puhjennut kolonoskopian aikana. Lisäksi aineisto on todella pieni ja jälkikomplikaatiot hyvin harvinaisia, joten on epätodennäköistä, että niitä olisi näissä ryhmissä esiintynyt. Tutkimuksen laatua rajoittaa myös se, ettemme kaikkia puutteellisia lausuntoja voineet ottaa tilasto-analyysissä laatua heikentävinä tekijöinä huomioon, vaan lähinnä jouduimme käsittelemään puutteellista informaatiota puuttuvana datana. Esimerkiksi kahdesta palse-ryhmän lausunnosta puuttuivat PAD-liitteet.

Apulaisylilääkärin valintakriteerit, joiden perusteella tietyt potilaat soveltuvat palvelusetelikandidaatiksi, eivät ole aivan ehdottomia, vaan pikemminkin suuntaa antavia. Teoriassa ryhmien välillä voi olla hyvin suuriakin eroja, mutta näistä emme tähystyslauseuntojen perusteella voineet analysoida kuin ikää ja sukupuolta. Mahdolliset erot ryhmien välillä johtuvat siitä, ettei potilaita satunnaistettu eri ryhmiin, vaan he saivat itse valita kunnan tai yksityisen palvelun välillä. Valintaan ovat voineet vaikuttaa erilaiset tekijät kuten esimerkiksi potilaan varallisuus, sillä palvelusetelin omavastuuosuus on suurempi kuin kunnallisen puolen asiakasmaksu.

Ryhmien välillä voi olla eroja elintavoissa ja perussairauksissa, mikäli valinta johtui varallisuudesta. Esimerkiksi elintavoilla voi olla vaikutusta laatukriteerimuuttujiin kuten esimerkiksi adenoomien esiintyvyyteen kuten luvussa 4.1 on jo pohdittu. Tämän tutkimuksen perusteella ei tiedetä, miksi potilaat valitsivat kunnan palvelut, vaikka yksityiselle olisi päässyt nopeammin, ja onko ryhmien välillä tilastollisesti merkitseviä eroja varallisuudessa, elintavoissa tai perussairauksissa. Toisaalta palvelusetelikandidaatiksi eivät sovellu potilaat, joilla on vaikeita perussairauksia, joten luultavasti suuria eroja ei ryhmien välillä olisi tullut esiin.

4.5 Tutkimuksen yleistettävyys

Huolellisesti valikoidun potilasmateriaalin vuoksi ei voida yleistää tämän tutkimuksen tuloksia. Lisäksi on huomioitava, etteivät pelkästään potilaat ole tarkkaan valikoituja, vaan myös yksityisen sektorin tähytäjät ovat tiukkojen kriteerien perusteella valittuja. Vaikka kolonoskopia on selkeä palvelukokonaisuus, joka on teoriassa kohtuullisen helppo ulkoistaa, on tässäkin laadukkaiden yksityisten ammatinharjoittajien ja palvelusetelikandidaateiksi soveltuvien potilaiden valinta työlästä.

5. JOHTOPÄÄTÖKSET

Kansainvälisten suositusten pohjalta määrittämiemme laatukriteerien perusteella emme havainneet tilastollisesti merkitsevää eroa palvelusetelillä ja kunnan omana toimintana tuotetuissa kolonoskopioissa lukuun ottamatta suonensisäistä kipulääkitystä. Kansainvälisten suositusten tärkein yksittäinen laatukriteeri eli adenoomien löytyminen riittävän usealta yli 50-vuotiaalta potilaalta täyttyi molemmissa ryhmissä sekä naisilla että miehillä. Sama koski muita kansainvälisesti määritettyjä numeerisia tavoitteita.

Suonensisäisen kipulääkityksen käytössä havaitsimme ryhmien välillä selkeän, tilastollisesti merkitsevän eron, joka osoittaa, että kunnallisella puolella kipulääkitystä käytettiin useammin. Aivan lopullisia johtopäätöksiä ei tästä erosta voida tehdä, sillä potilaiden subjektiivista arviota kivun hoidon asianmukaisuudesta ei tutkimuksessa ollut. Mikäli kivun hoito oli riittämätöntä, jäivät palvelusetelillä hoidetut potilaat huonompaan asemaan palvelun laadun suhteen. Jatkossa potilaan subjektiivisen arvion dokumentointi kivun hoidon suhteen ja palvelun laadun seuranta ovat tärkeitä tasa-arvoisen laadun takaamiseksi.

Lähteet

- (1) Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivusto 'Hoitoon pääsy (hoitotakuu)' <http://stm.fi/hoitotakuu>, viitattu 2.2.2016
- (2) Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 12 §:n muuttamisesta (HE 20/2009) <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2009/20090020> Viitattu 20.1.2016
- (3) Borg, P. Muistio Sotelle: Eriarvoisuuden ulottuvuuksia ja palvelusetelitutkimus, 9/2015
- (4) Sjöblom J. Palveluseteliä vai ei? Asiakaskyselyt ja henkilöstön ryhmähaastattelut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelien käytöstä. Tutkimuskatsauksia 2015:8, Helsingin kaupungin tietokeskus
- (5) Borg P. Tutkimussuunnitelma: Palvelusetelin mahdolliset eriarvoistavat vaikutukset, 7/2015
- (6) Rex DK, Petrini JL, Baron TH ym. Quality indicators for colonoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2006;63:16-28
- (7) Rex DK, Schoenfeld PS, Cohen J ym. Quality indicators for colonoscopy, *Gastrointestinal Endoscopy*, Volume 81, Issue 1, January 2015, Pages 31-53
- (8) Cairns SR, Scholefield JH, Steele RJ, ym. Guidelines for colorectal cancer screening and surveillance in moderate and high risk groups (update from 2002). *British Society of Gastroenterology; Association of Coloproctology for Great Britain and Ireland. Gut* 2010;59:666-90.
- (9) Hassan C, Quintero E, Dumonceau JM, ym. Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *European Society of Gastrointestinal Endoscopy. Endoscopy*. 2013 Oct;45(10):842-51.
- (10) Ristikankare M. Palveluseteli kolonoskopian tuottajana – lyhenevätkö Laakson sairaalan endoskopiajonot? 2012. Julkaisematon SLL:n erikoislääkärien johtamiskoulutuksen kehittämistyö. Helsingin kaupungin sisätautien pkl, Laakso.

- 1/2013 Soini Helena, Hyvärinen Susanna, Torppa Hanna, Peiponen Arja, Vaittinen Marja-Leena: Arjen luotauksesta räätälöityihin palvelupaketteihin – Kokemuksia henkilökohtaisen budjetin kokeilusta. Helsingin kaupungin vanhuspalvelujen Lauttasaaren asiakaskeineen palveluverkko-hanke 2010–2013. Loppuraportti
- 1/2016 Savuton Helsinki -ohjausryhmä, Saarinen Tarja, Kupiainen Marketta: SAVUTON HELSINKI, Tupakoinnin ehkäisy- ja vähentämishjelma Helsinkiin 2007–2015. Loppuraportti
- 2/2016 Lyly Auri: Sosiaalinen raportointi asiakastiedon tuottajana. Esimerkkinä aikuissosiaalityö ja lastensuojelu
- 3/2016 Peiponen Arja, Kristensen Maria, Arvo Tuija, Tolkki Pirjo, Pekkanen Meri, Kara Helena: Kotikuntoutuksen toimintamalli Helsingissä. Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen kotikuntoutus – projekti Etelän palvelualueella 2013–2015. Loppuraportti
- 4/2016 Laakoli Kari, Peiponen Arja: Matriisi (monimuuttujamalli) palvelualueen tuottavuuden mittaamisen työkalu. Etelän palvelualueen hankkeen loppuraportti
- 5/2016 Kristensen Maria, Peiponen Arja: VOIMA – Asiakkaiden ja asukkaiden aktiivista arkea sekä henkilökunnan hyvinvointia tukeva työvuorosunnittelu
- 6/2016 Laakoli Kari, Venetvaara-Nurmi Helena, Peiponen Arja: Tuottavuusmallista tulospalkkauksen perusta ja ydin – Etelän palvelualueen hanke
- 7/2017 Melakari Aino: Palvelusetelijärjestelmä – yhdenvertaisuutta vai jakolinjoja? Palvelusetelitutkimuksen yhteenvetoraportti