

ALKUPERÄISTUTKIMUS

Suom Lääkäril 2023; 78 : e38626 www.laakarilehti.fi/e38626 (Julkaistu 5.12.2023)

Virtsarakkosalvön avoholto lisääntyi ja kustannusten kasvu tasoittui

Lähtökohdat Tarkastelemme virtsarakkosalvön vuosittaisia diagnoosi- ja toimenpidemääriä sekä levinnyttä tautia sairastavien elossaoloa. Selvitämme myös potilaiden palvelunkäytön kustannuksia ja Kelan maksamia korvauksia.

Menetelmät Tämä retrospektiivinen tutkimus pohjautuu kansallisiin rekistereihin. Aineisto koostuu suomalaisista virtsarakkosalvöpotilaista vuosilta 2011–2019. Heidät luokiteltiin kolmeen ryhmään: pinnallinen, paikallisesti edennyt ja levinnyt tauti.

Tulokset Avohoitokäyntien määrä erikoissairaanhoidossa lisääntyi. Palvelujen käytön kokonaiskustannukset vuonna 2019 olivat 17 % suuremmat kuin vuonna 2011. Hoidon kustannukset kasvoivat vuosina 2015–2018 vain 2 %, vaikka hoidossa olevien määrä kasvoi samaan aikaan noin 10 %. Keskimääräinen kustannus potilasta kohden pieneni pinnallista ja paikallisesti edennyt syöpää sairastavilla potilailla, mutta kasvoi levinnyttä syöpää sairastavilla.

Päätelmät Rakkosalvöpotilaiden hoito noudattaa yleistä suuntausta, eli avoholto on lisääntynyt merkittävästi. Resurssien käyttöä, kustannuksia ja hoidon vaikutuksia tulee seurata, jotta voidaan valita vaikuttava hoito.

Jukka Sairanen, Johanna Ruohola, Susanna Jonkka, Kaisa Teittinen, Riikka-Leena Leskelä, Severi Niskanen, Outi Isomeri



VERTAISARVIOITU
KOLLEGIALT GRANSKAD
PEER-REVIEWED
www.tsv.fi/tunnus

Virtsarakkosalvö on Suomessa yleisin virtsateiden pahanlaatuinen kasvain (1). Tauti voi toteamishetkellä olla pinnallinen tai alkavasti invasiivinen (carcinoma in situ, Tis, noin 10 %; ei-lihasinvasiivinen; Ta–T1, noin 65 %), paikallisesti edennyt tunkeutuen rakon lihaskerrokseen (T2–T3, noin 20 %) tai levinnyt ympäröiviin kudoksiin ja/tai lähettänyt etäpesäkkeitä (T4–N1–3/M1, noin 5 %).

Virtsarakkosalvönsä ensisijainen hoito on elektrospektio endoskooppisesti. Toimenpide on diagnostinen ja myös parantava, edellyttäen että tauti rajoittuu vain virtsarakon pintakerrokseen. Toimenpiteeseen voidaan yhdistää välitön virtsarakon kertahuuhdeltu sytostaatilla taudin uusiutumisen riskin vähentämiseksi.

Metastasoitumattoman lihassinvasiivisen kasvaimen tehokkain hoito on virtsarakon poistoleikkaus, kystektomia. Virtsarakon säästävää sädehoitoa voidaan harkita leikkaukseen soveltumattomilla tai leikkauksesta kieltäytyvillä potilailla. Rakkosalvön 5 vuoden elossaolon ennuste kystektomian jälkeen on noin 58 %, ja leikkausta edeltävä neoadjuvanttisytostaattihoidon parantaa ennustetta noin 5 % siihen soveltuvilla potilailla (2,3).

Levinneen taudin ensilinjan hoito on sisplatiinin ja gemsitabiinin yhdistelmäsytostaatti (4). Viime vuosina etäpesäkkeisen virtsarakkosalvön hoitovalikoimaan on tullut uusia immuno-onkologisia lääkkeitä.

Virtsarakkosityöpä on merkittävä sairaus yleisyytensä ja tautiin liittyvän kuolleisuuden, hoitojen aiheuttaman elämänlaadun heikkenemisen sekä välittömien että välillisten kustannusten vuoksi (5,6). Sitä onkin sanottu yhdeksi kalleimmista syövistä (7).

Virtsarakkosityöpäpotilaiden palvelunkäytöstä ei ole ollut saatavilla suomalaista tutkimustietoa. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella virtsarakkosityövän vuosittaisia diagnoosi- ja toimenpidemääriä taudin eri vaiheissa ja levinnyttä syöpää sairastavien eloonjäämistä sekä selvittää, miten potilaiden palvelunkäytön kustannukset jakautuvat. Lisäksi tutkimuksessa tarkasteltiin rakkosityöpäpotilaiden saamia Kelan sairauskohtaisia etuuksia.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimus on retrospektiivinen, kansallisiin rekistereihin pohjautuva. Aineisto muodostettiin tilastopöiminnoin, eikä potilastason aineistoa tai rekistereitä yhdistetty. Primaariaineisto (n = 11 673) koostui suomalaisista virtsarakkosityöpäpotilaista, joilla oli vuosien 2011–2019 aikana THL:n erikoissairaanhoidon Terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisterissä (Hilmo) vähintään kolme julkisen terveydenhuollon hoitotapahtumaa, joiden yhteydessä oli rakkosityöpään viittaava ICD-10 (C67, D09.9 tai D41.4) diagnoosikoodi. Näin vähennettiin riskiä yksittäisten virhediagnoosien tulkintaa rakkosityöväksi.

Ennen rakkosityöpädiagnoosia levinneeseen syöpään viittaavan ICD-10-diagnoosin (C76–C80) saaneet rajattiin ulos aineistosta, koska nämä potilaat todennäköisesti sairastivat toista syöpää.

Potilaat luokiteltiin kolmeen taudin hoidon kannalta merkittävään alaryhmään (pinnallinen, paikallisesti edennyt ja levinnyt) diagnoosikirjausten sekä kunkin ryhmän tyypillisten toimenpiteiden ja määrättyjen lääkkeiden perusteella (liitetaulukko 1). Tutkimuksessa tarkasteltiin diagnoosi- ja toimenpidemääriä vuosittain koko potilaskohortille ja palvelunkäyttöä sekä kustannuksia alaryhmittäin.

Terveydenhuollon palvelunkäyttöä ja siitä aiheutuneiden kustannusten selvittämistä varten poimittiin kaikki erikoissairaanhoidon (ESH) käynnit Hilmo-rekisteristä, toimenpiteet ja hoitopäivät sekä perusterveydenhuollon (PTH) hoitopäivät, joihin liittyi rakkosityöpädiagnoosi, jotta tulokset olisivat vertailukelpoisia aiempien syövän hoidon kustannuksia arvioivien tutkimusten kanssa (8,9).

ESH-palvelunkäytön tiedot haettiin erikoisalakohtaisesti, jotta pystyttiin arvioimaan rakkosityöpään liittyvä terveydenhuollon palvelunkäyttö mahdollisimman todenmukaisesti. PTH-avokäyntejä ei huomioitu, sillä näiden diagnoosikirjaukset vaihtelevat kunnittain merkittävästi, ja toisaalta tiedetään, että rakkosityövän hoito ja seuranta on keskitetty erikoissairaanhoidon.

Palvelunkäytön kustannukset arvioitiin kertomalla eri palvelujen hoitopäivien ja käyntien volyymit palvelun yksikkökustannuksilla vuoden 2019 rahanarvon mukaan (10,11). Sairaalassa käytettävien lääkkeiden kustannukset ovat periaatteessa mukana erikoissairaanhoidon käyntien ja hoitopäivien yksikkökustannuksissa. On kuitenkin huomioitava, että yksikkökustannusten laskenta keskiarvoistaa niitä.

Hilmo-aineiston lisäksi tarkasteltiin Kansaneläkelaitoksen (Kela) tietoja etuuksien saajista ja maksetuista etuuksista (lääkekorvaukset, sairauspäivärahat ja työkyvyttömyyseläkkeet) sekä Tilastokeskuksen Kuolemansyytilastosta rakkosityöpään kuolleiden lukumääriä. Kelan aineistoihin sisältyivät kaikki vuosien 2015–2019 kustannukset, joiden myöntämisen perusteena (päädiagnoosi) oli rakkosityöpään viittaava ICD-10 koodi (C67, D09.9 tai D41.4). Kuolemansyytilastosta poimittiin ICD-10 koodilla C67 kirjatut kuolemat.

Tulokset

Virtsarakkosityövän vuosittaiset diagnoosi- ja toimenpidemäärät taudin eri vaiheissa

Taulukossa 1 on esitetty rakkosityöpää sairastavien potilaiden määrät ja demografiset tiedot sekä keskeiset hoitotoimenpiteet vuosina 2011–2019. Vuosittainen uusien rakkosityöpäpotilaiden määrä kasvoi tarkastelujakson aikana, ja uusien rakkosityöpätapausten ilmaantuvuus oli vuonna 2019 noin 25 % suurempi verrattuna vuoteen 2011 (taulukko 1). Hoidossa olevien potilaiden määrä kasvoi hieman enemmän (28 %).

Virtsarakon höyläykset kaksinkertaistuivat vuodesta 2011 vuoteen 2019, vaikka hoidossa olleiden potilaiden määrä kasvoi vain 28 % samalla ajanjaksolla (taulukko 1). Sinivalotehosteisten höyläysten osuus kaikista höyläyksistä oli seurantajaksolla kasvussa.

TAULUKKO 1.

Rakkosityöpäpotilaiden määrät ja demografia sekä toimenpiteiden määrät vuosina 2011–2019

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Uusien potilaiden määrä, n	1 122	1 222	1 179	1 246	1 278	1 330	1 361	1 431	1 403
Pinnallinen, n (%)	925 (82)	1 005(82)	925 (78)	969 (78)	1 017 (80)	1 057 (79)	1 055 (78)	1 095 (77)	1 087 (77)
Paikallisesti edennyt, n (%)	171 (15)	184 (15)	212 (18)	216 (17)	217 (17)	204 (15)	219 (16)	230 (16)	212 (15)
Levinnyt, n (%)	26 (2)	33 (3)	42 (4)	61 (5)	44 (3)	69 (5)	87 (6)	106 (7)	104 (7)
Keski-ikä, v (uudet potilaat)	70,7	71,6	71,4	71,3	71,9	71,7	71,9	72,3	72,6
Miesten osuus, % (uudet potilaat)	77	78	79	75	77	80	78	77	76
Hoidossa olevien potilaiden määrä, n	6 882	7 095	7 333	7 510	7 752	7 863	8 266	8 576	8 819
Pinnallinen, n (%)	5 649 (82)	5 760 (81)	5 816 (79)	5 835 (78)	5 944 (77)	5 937 (76)	6 133 (74)	6 331 (74)	6 517 (74)
Paikallisesti edennyt, n (%)	1 076 (16)	1 156 (16)	1 273 (17)	1 373 (18)	1 462 (19)	1 504 (19)	1 641 (20)	1 707 (20)	1 760(20)
Levinnyt, n (%)	157 (2)	179 (3)	244 (3)	302 (4)	346 (4)	422 (5)	492 (6)	538 (6)	542 (6)
Keski-ikä, v (hoidossa olevat potilaat)	72,2	72,3	72,5	72,7	73,0	73,3	73,3	73,6	73,9
Miesten osuus, % (hoidossa olevat potilaat)	78	78	79	79	79	80	80	79	80
Rakkosityöpään kuolleet, n (% hoidossa olevista)	263 (4)	263 (4)	257 (4)	242 (3)	261 (3)	280 (4)	277 (3)	291 (3)	317 (4)
Keskimääräinen kuolinikä, v	78	78	78	78	77	79	78	78	80
Virtsarakon höyläysten (KCD02 + KCD05) lukumäärä (KCD05:n osuus, % höyläyksistä)	1 885 (20)	2 059 (24)	2 294 (32)	2 301 (30)	2 352 (30)	2 387 (31)	2 489 (31)	2 708 (34)	4 290 (44)
Virtsarakon huuhteluhoitoa (WC105 + WC305) saaneet, lukumäärä (WC305:n ¹ osuus, %)	299 (76)	253 (83)	265 (76)	303 (69)	318 (64)	297 (75)	317 (76)	299 (80)	120 (50)
Virtsarakon poisto, kystektomia, lukumäärä	166	144	191	200	197	183	194	194	200
Yliopistosairaalassa	117	94	132	149	138	129	135	158	183
Keskussairaalassa	49	50	59	51	59	54	59	36	17
Sädehoitoa saaneet, lukumäärä	16	24	54	49	94	92	107	127	132
Lääkehoitoja saaneet, lukumäärä	234	232	340	351	403	351	418	448	365

KCD02 = muutoksen poisto virtsatietäyhystyksessä.

KCD05 = virtsarakon muutoksen poisto virtsatietäyhystyksessä fotodynaamista diagnostiikkaa käyttäen (sinivalotehosteinen).

WC305 = paikallisen uusiutuneen kasvaimen yksinkertainen hoito biovasteenmuuttajilla (BCG).

¹ Vuonna 2019 globaali BCG:n saatavuusongelma.

Kystektomioiden määrässä oli lievää kasvua, mutta suhteutettuna hoidossa olleiden potilaiden määrään kystektomiat vähenivät. Sekä sädehoitoa että sytostaattihoidoa saaneiden potilaiden määrä kasvoi tasaisesti myös suhteessa hoidossa olleiden potilaiden määrään.

Levinnyttä syöpää sairastavien potilaiden elossaolon todennäköisyys taudin leviämisen jälkeen ei juurikaan muuttunut tarkasteluajanjaksolla (taulukko 2).

TAULUKKO 2

Levinnyttä rakkosalvön sairastavien potilaiden selviytyvyys

Leviämivuoden mukaan (kaikkien ryhmien seuranta-aika 18 kk). Leviämivuodeksi määritetty sen tapahtuman vuosi, jossa on ensimmäistä kertaa havaittu levinneeseen syöpään viittaava tapahtuma (liitetaulukko 1).

Leviämivuosi	Osuus potilaista elossa taudin leviämisen toteamisen jälkeen, %					
	1 kk	3 kk	6 kk	9 kk	12 kk	18 kk
2015	86	64	54	46	39	30
2016	87	66	52	43	36	29
2017	88	67	56	47	36	28
2018	85	62	49	42	36	28
2019	87	69	53	47	40	24

Rakkosalvönpotilaiden palvelunkäyttö

Palvelujen avohoitopainotteisuus kasvoi erikoissairaanhoidossa yhteensä 84 %: avohoitokäyntien määrä lisääntyi kaikissa potilasryhmissä ja hoitopäivien määrä väheni muilla paitsi levinnyttä syöpää sairastavilla (kuvio 1). Avohoitokäynnit olivat pääasiassa virtsarakon tähystyksiä. Myös perusterveydenhuollossa hoitopäivät vähenivät muilla potilailla paitsi levinnyttä syöpää sairastavilla.

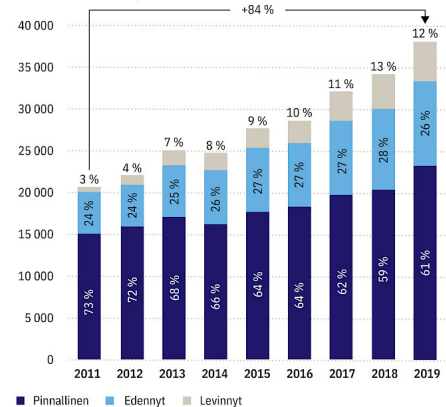
Erikoissairaanhoidon avohoidon käyntimäärät potilasta kohden kasvoivat tarkasteluajanjaksolla kaikissa potilasryhmissä (kuvio 2). Hoitopäivien määrä potilasta kohden vähenyi sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa kaikissa potilasryhmissä, kun verrataan vuosia 2011 ja 2019 keskenään.

KUVIO 1.

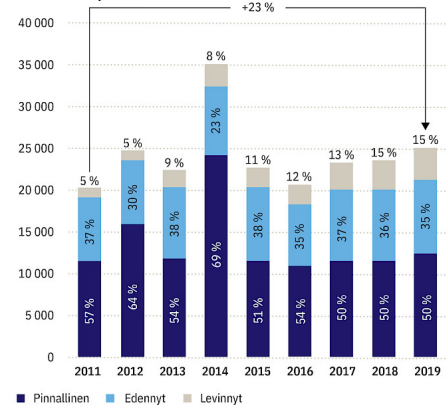
Rakkosalvönpotilaiden palvelujen käyttö vuosina 2011–2019

Palvelunkäytön kokonaismäärä vuodessa jaoteltuna taudin levinneisyyden mukaan. Huom! Eri palvelut ovat kuviossa eri asteikoilla.

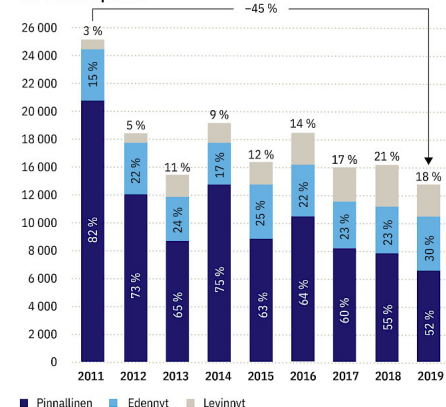
A. ESH avohoitokäynnit



B. ESH hoitopäivät



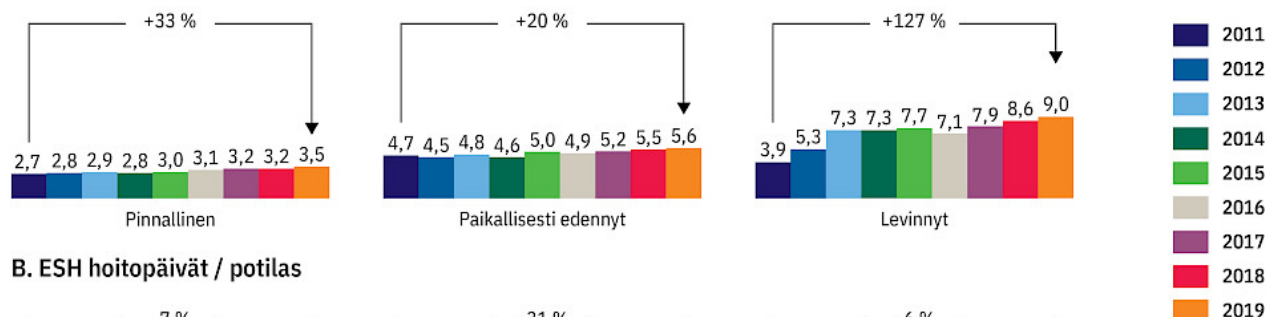
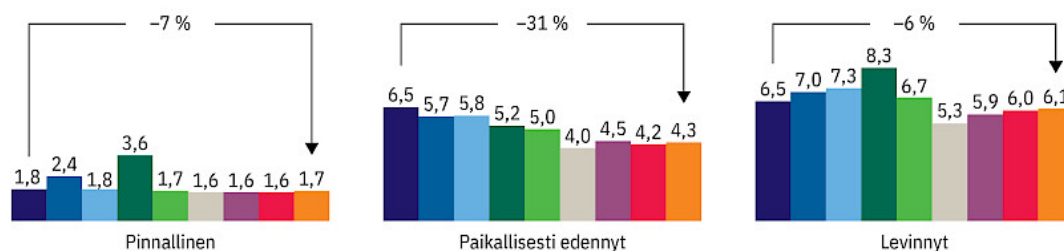
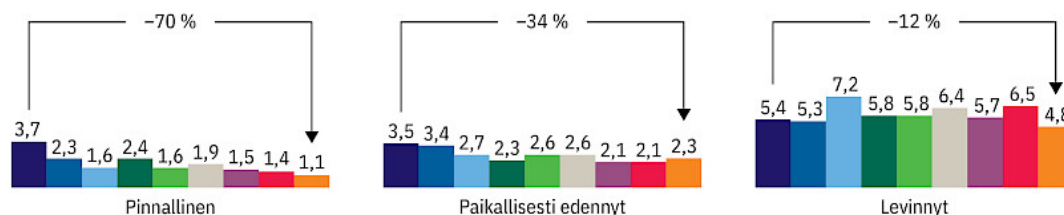
C. PTH hoitopäivät



ESH = erikoissairaanhoido, PTH = perusterveydenhuolto.

Lue lisää: Virtsarakon BCG-huuhteluhoidon aiheuttamat infektiot luultua vaarallisempia

KUVIO 2.

Palvelunkäyttö hoidossa ollutta rakkosyöpäpotilasta kohden vuosina 2011–2019**A. ESH avohoitokäynnit / potilas****B. ESH hoitopäivät / potilas****C. PTH hoitopäivät / potilas**

Potilaiden palvelunkäytön kustannusten jakautuminen

Rakkosyöpään liittyvien hoitotapahtumien kustannukset erikoissairaanhoidossa (käynnit ja hoitajaksot) ja perusterveydenhuollon vuodeosastolla olivat yhteensä 28,6 milj. € vuonna 2019. Tästä erikoissairaanhoidon osuus oli lähes 90 %. Kustannus oli 17 % suurempi kuin vuonna 2011. Pinnallista syöpää sairastavilla keskimääräinen kustannus vuonna 2019 oli noin 2 300 €/potilas, kun taas paikallisesti edennyttä tautia sairastavilla vastaavasti 5 200 € ja levinnyttä tautia sairastavilla 7 900 €.

Suurin erikoissairaanhoidon kustannuserä oli vuodeosastohoito, joka muodosti noin 58 % kokonaiskustannuksista pinnallista syöpää sairastavilla, 68 % paikallisesti edennyttä syöpää sairastavilla ja 63 % levinnyttä syöpää sairastavilla. Keskimääräinen kustannus potilasta kohden laski tarkasteluajanjaksolla pinnallista (-18 %) ja paikallisesti edennyttä syöpää sairastavilla potilailla (-24 %). Levinnyttä syöpää sairastavilla potilaskohtainen kustannus puolestaan kasvoi 8 %.

Kelan maksamat etuudet laskettiin erikseen ja rakkosyöpäpotilaille ne olivat yhteensä noin 1,5 milj. € vuonna 2019. Työkyvyttömyyseläkkeitä maksettiin 586 000 €, sairauspäivärahoja 644 000 €, ja Kelan korvaamat lääkekulut olivat 262 000 €.

Päätelmät

Rakkosyöpäpotilaiden hoito noudattelee pääsääntöisesti yleisiä terveydenhuollon trendejä, joiden mukaan vuodeosastohoito vähenee ja avohoito lisääntyy (12). Kokonaisuutena tarkastelujaksolla erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit lisääntyivät, mikä osaltaan selittää kustannusten maltillista nousua. Erikoissairaanhoidossa ollaan tällä hetkellä siirtämässä kontrollikäyntejä etävastaanotoiksi, jolloin niiden aiheuttamat kustannukset tulevat edelleen laskemaan.

Tämän tutkimuksen tulokset rakkosityövän hoidon kustannuksista ovat yhteneväiset kansainvälisen tutkimuksen kanssa, jossa virtsarakkosityövän vuosittaiset terveydenhuollon kustannukset olivat 57 euroa kymmentä EU-kansalaista kohden (13). Yleisesti syöpien hoidon kustannukset erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa kasvoivat Suomessa noin 7 % vuosina 2015–2018. Rakkosityöpöpotilaiden kohdalla kustannukset kasvoivat vain 2 %, vaikka hoidossa olevien potilaiden määrä kasvoi samaan aikaan noin 10 %.

Potilaskohtaiset suorat terveydenhuollon kustannukset riippuvat syövän levinneisyydestä. Kelan lääkekorvaukset ja epäsuorat kustannukset muodostavat tällä potilasryhmällä pienen osan kokonaiskustannuksista (noin 5 %). Yleisesti syövänhoidon lääkekorvausten ja epäsuorien kustannusten osuus on noin 17 % kokonaiskustannuksesta (12).

Pinnallista rakkosityöpää sairastavien osuus uusista potilaista on hieman pienentynyt tarkastelujakson aikana. Muutos selittyy mahdollisesti kirjaamiskäytäntöjen paranemisella, jolloin levinnyttä syöpää sairastavat tunnistetaan paremmin rekisteriaineistosta.

Tarkastelujaksolla levinneen syövän selviytymisluvuissa ei näy muutosta (taulukko 2). Tämä todennäköisesti johtuu vakiintuneesta hoitokäytännöstä, jossa ei tarkastelujakson aikana ole tapahtunut merkittävää kehitystä.

Tämän tutkimuksen vahvuutena voidaan pitää laajaa kansallista aineistoa ja sitä, että kaikkia suomalaisia rakkosityöpöpotilaita ja heidän hoitojaan on tarkasteltu 10 vuoden aikavälillä. Tutkimuksen heikkoutena voidaan pitää kirjausaktiivisuuden ja -käytäntöjen sisältämien epävarmuuksien vaikutuksia tutkimuksen tuloksiin, potilasryhmittelyyn sekä suoritteiden ja kustannusten kohdistamiseen rakkosityövän hoitoon.

Potilasryhmittelyn luotettavuuden parantamiseksi potilaat tunnistettiin useita eri kirjausmerkintöjä (levinneisyysdiagnoosi, toimenpidetekoodit leikkaustoimenpiteistä ja syöpähoidoista) hyödyntäen. Levinnyttä ja paikallisesti edennyttä syöpää sairastavia on todennäköisesti kuitenkin enemmän kuin tulokset antavat olettaa, sillä levinneisyysdiagnoosin ja syöpähoitojen toimenpidetekoodikirjaaminen ei ole yhteneväistä kansallisella tasolla. Erikoissairaanhoidon kirjauskäytännön luotettavuus on yleisesti perusterveydenhuoltoa parempi, mutta kirjauskäytännöt ovat muuttuneet tarkasteluajanjakson aikana molemmissa (14).

Lisäksi sairaalalääkkeiden kustannusten kohdentamisessa laskelmissa käytettyjen hoitopäivien ja polikliinisten käyntien yksikkökustannuksiin voi olla epätarkkuuksia etenkin kalliiden lääkkeiden kohdalla.

Tähystysten ja höyläyksien määriin vaikuttanee toimenpidetekoodien kirjaamisen systematisoituminen tarkasteluajanjaksolla, ja suuria eroja vuosien välillä saattavat selittää kirjausvirheet tai erot kirjauskäytännöissä. Sekä säde- että lääkehoitojen määrissä havaittiin tasaista kasvua, mutta erityisesti sädehoidon kirjauskäytäntöjen tiedetään muuttuneen merkittävästi vuoden 2011 jälkeen, joten luotettavaa vertailua sädehoitomääristä ei pystytä tämän aineiston perusteella tekemään (3).

Lue lisää: [lääkälle rakkosityöpöpotilaalle resektio ja kemosädehoito on hyvä hoitovaihtoehto](#)

Lääkehoitojen määrän taustalla on mahdollisesti neoadjuvanttihoitojen yleistymisen, mutta myös kirjaamiskäytännöissä on tapahtunut muutoksia. Keskittämisasiäsetuksen voimaantulo 1.1.2018 näyttäisi vaikuttaneen kystektomioiden toteutuspaikkaan.

Syövän hoitokustannusten kasvu ja resurssien riittävyys korostuvat diagnosoitujen syöpien määrän kasvaessa tasaisesti (15). Immuno-onkologiset lääkkeet ovat uusia hoitovaihtoehtoja rakkosityövässä, mutta ne ovat tulleet käyttöön vasta tarkastelujakson loppupuolella. Hoitokäytäntöjen muutos ja uusien lääkkeiden vaikutukset hoitotuloksissa näkyvät vasta tulevina vuosina.

Syöpätyypeittäin resurssinkäytön, kustannusten ja hoidon vaikutusten seurannan merkitys korostuu entisestään vaikuttavan hoidon valinnan takaamiseksi. Virtsarakkosityövän hoito edenneessä ja levinneessä tilanteessa on kallista, eikä parantavaan hoitoon aina päästä. Pinnallisen syövän hoito on puolestaan halvempaa ja potilaiden ennuste on hyvä. Rakkosityövän oireiden havaitseminen ajoissa edesauttaisi syövän löytymistä varhaisemmassa vaiheessa.

Tietoisuuden lisääminen niin kansalaisten kuin terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa muun muassa verivirtsaisuuden ja rakkosityövän yhteydestä on erittäin tärkeää. Lisäksi tupakoinnin ollessa merkittävin ulkoinen tekijä rakkosityövän taustalla, tulisi tupakoinnin vähentämisen olla terveydenhuollon tärkeä tavoite myös kustannusten kannalta.

Kirjoittajien ilmoittama käsikirjoitukseen liittyvä rahoitus: Merck, Pfizer.

Lue lisää: Pahanlaatuinen kasvain verivirtsaisuuden aiheuttajana

Liitetaulukko 1. Potilaiden jaotteluperusteet syövän levinneisyyden mukaan

KORJAUS 7.12.2023/TH: Vaihdettu kuvioon 1 erikoissairaanhoidon avohoitokäyntien määrän muutoksen etumerkki: +84 % (oli virheellisesti -84 %).

Kirjoittajat

Jukka Sairanen
LT, urologian erikoislääkäri
Hus Vatsakeskus, urologian linja

Johanna Ruohola
LT, syöpätautien erikoislääkäri
Tyks, Syöpätaudit

Susanna Jonkka
FM, lääketieteellinen asiantuntija
Merck KGaA (7/2022 asti, nykyisin Memorial Sloan Kettering)

Kaisa Teittinen
FT, lääketieteellinen asiantuntija
Pfizer Oy

Riikka-Leena Leskelä
TKT, tutkimusjohtaja
Nordic Healthcare Group

Severi Niskanen
MSc, Senior Manager – Data Team Lead
Nordic Healthcare Group

Outi Isomeri
Msc, DI, Senior Manager
Nordic Healthcare Group

Sidonnaisuudet

Jukka Sairanen: Luentopalkkiot (Pfizer 26.8.2020).

Johanna Ruohola: Konsultointi (Pfizer).

Susanna Jonkka: Työsuhde (Merck KGaA).

Kaisa Teittinen: Työsuhde (Pfizer).

Riikka-Leena Leskelä, Severi Niskanen, Outi Isomeri: Palkkiot osallistumisesta tutkimuksen toteutukseen (Merck), korvaus käsikirjoituksen kirjoittamisesta tai tarkistamisesta (Merck).

Faktat

Tämä tiedettiin

- Virtsarakkosityöpää on pidetty yhtenä kalleimmista syöivistä hoitaa. Potilasmäärien on oletettu kasvavan vuosi vuodelta.
- Uusia hoitovaihtoehtoja on tullut vasta viime vuosina. Levinnyttä virtsarakkosityöpää sairastavien kuolleisuus on merkittävää.
- Syöpätautien avohoidon lisääntyminen koskettaa myös virtsarakkosityöpäpotilaita taudin levinneisyydestä riippuen.

Tutkimus opetti

- Levinnyttä syöpää sairastavien potilaiden elossaolon todennäköisyys taudin leviämisen jälkeen ei ole juurikaan muuttunut tarkasteluajanjaksolla.
- Erikoissairaanhoidon avohoidon potilaskohtaiset käyntimäärät ovat lisääntyneet kaikissa potilasryhmissä. Sädehoitoa ja sytostaattihoidoja saaneiden potilaiden osuus on kasvanut tasaisesti.
- Palvelunkäytön kokonaiskustannukset olivat vuonna 2019 suuremmat kuin vuonna 2011. Keskimääräinen kustannus potilasta kohden pieneni tarkasteluajanjaksolla pinnallista ja paikallisesti edennyttä syöpää sairastavilla potilailla ja kasvoi levinnyttä syöpää sairastavilla.

Kirjallisuutta

- 1 Joensuu H, Roberts P, Kellokumpu-Lehtinen P-L, Jyrkkö S, Kouri M, Teppo L, toim. Syöpätaudit. Duodecim 2013;531–5.
- 2 Advanced Bladder Cancer (ABC) Meta-analysis Collaboration. Neoadjuvant chemotherapy in invasive bladder cancer: update of a systematic review and meta-analysis of individual patient data advanced bladder cancer (ABC) meta-analysis collaboration. Eur Urol 2005;48:202–5; discussion 205–6.
- 3 Salminen A, Koskinen I, Montoya Perez I ym. Neoadjuvant chemotherapy does not increase the morbidity of radical cystectomy: A 10-year retrospective nationwide study. Eur Urol Oncol 2018;1:525–30.
- 4 Powles T, Bellmunt J, Comperat E ym. on behalf of the ESMO Guidelines Committee. Bladder Cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol 2021. doi.org/10.1016/j.annonc.2021.11.012
- 5 Smith AB, Jaeger B, Pinheiro LC ym. Impact of bladder cancer on health-related quality of life. BJU Int 2018;121:549–57.
- 6 Svatek R, Hollenbeck B, Holmäng S ym. The economics of bladder cancer: Costs and considerations of caring for this disease. Eur Urol 2014;66:253–62.
- 7 Vasarainen H, Kuisma J, Veskimäe E, Tenhunen O, Sairanen J, Järvinen R. Virtsarakkosityövän hoito. Duodecim 2022;138:1535–43.
- 8 Torkki P, Leskelä RL, Linna M ym. Cancer costs and outcomes for common cancer sites in the Finnish population 2009–2014. Acta Oncologica 2018;57:983–8.
- 9 Torkki P, Leskelä RL, Linna M ym. Cancer costs and outcomes in the Finnish population 2004–2014. Acta Oncologica 2018;57:297–303.
- 10 Kapiainen S, Väisänen A, Haula T. Terveiden- ja sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2011. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 3/2014.
- 11 Tilastokeskus 2021, rahanarvonmuunnin. www.stat.fi/tup/laskurit/rahanarvonmuunnin.html

- 12 Syöpäsäätiö 2018. Syövän kustannukset Suomessa. Verkkoaineisto. (siteerattu 20.1.2021). www.syopasaatio.fi.
 - 13 Leal J, Luengo-Fernandez R, Sullivan R, Witjes JA. Economic burden of bladder cancer across the European Union. *Eur Urol* 2016;69:438–47.
 - 14 Laatikainen T, Koponen P, Reinikainen J ym. Kansanterveyden seuranta, arviointi ja ennakointi: Mitä tietoa Suomessa saadaan hoitoilmoitusrekistereistä ja mitä väestötutkimuksista? *Suom Lääkäril* 2020;37:1853–8.
 - 15 Syöpäjärjestöt 2016: syövät vuonna 2030. 5.10.2021. www.syopajarjestot.fi/julkaisut/raportit/syopa-suomessa-2016/syovat-vuonna-2030/
-

English summary

Outpatient care for bladder cancer patient has increased in Finland, and costs have increased moderately during 2011–2019

Background The objective of this study was to estimate the annual number of bladder cancer diagnoses, procedures, survival of patients after disease progression and how patient healthcare resource use and costs are distributed in different stages of the disease as well as disease-specific benefits paid by Kela.

Methods The study is retrospective and based on national registers. The primary data set consisted of Finnish bladder cancer patients during 2011–2019, and the patients were classified into three groups for analysis (non-muscle-invasive/superficial, locally advanced, and advanced).

Results The outpatient service focus increased in specialized healthcare, and the total cost of healthcare service use in 2019 was 17% higher than in 2011. The total cost of bladder cancer treatment increased by only 2% between 2015 and 2018 while the number of patients under treatment increased by approximately 10% during the same time. The average cost per patient has decreased during the study period in patients with superficial and locally advanced bladder cancer but increased in patients with advanced cancer.

Conclusions Treatment of bladder cancer patients followed general healthcare trends, where inpatient care is decreasing, and outpatient care is increasing. The importance of monitoring resource use, costs, and treatment efficacy is highlighted to further ensure cost-effective cancer treatment choices.

Jukka Sairanen, Johanna Ruohola, Susanna Jonkka, Kaisa Teittinen, Riikka-Leena Leskelä, Severi Niskanen, Outi Isomeri

Copyright Lääkärilehti