PALVELUVALIKOIMA
Tjänsteutbudet | Choices in health care

Valmistelumuistio

STM051:00/2020

VN/3650/2021

Hyväksytty Palkon kokouksessa 15.12.2021

Valmistelumuistio palveluvalikoimaneuvoston suositukseen

Unettomuushäiriön hoito kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmillä (CBT-I)

Sisällysluettelo

1 Suosituksen laatimisen perusteet ... 1
2 Terveysongelma ... 2
3 Kognitiivinen käyttäytymisterapia, CBT ... 7
3.1 Kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmät unettomuuden hoidossa (CBT-I) ... 7
3.2 CBT-I:n eri toteuttamistavat ... 10
3.3 Omahoito ja itsehoitomenetelmät ... 10
3.4 Potilasryhmän kuvaus ... 11
4 Nykyinen tutkimus- ja hoitokäytäntö ... 12
4.1 Unettomuuden hoitokäytännöt ... 12
4.2 Käypä hoito –suositus ... 14
4.3 Ulkomaiset suositukset ja käytännöt ... 15
5 Vaikuttavuus, turvallisuus, kustannusvaikuttavuus ja näytön arviointi ... 16
5.1 Vaikuttavuus ... 16
5.1.1 CBT-I:n vaikuttavuus eri ikäryhmissä ... 17
5.1.2 CBT-I:n pitkäaikaisvaikuttavuus ... 19
5.1.3 CBT-I:n vaikuttavuus primaarissa ja komorbidissa unettomuudessa ... 20
5.1.4 CBT-I:n vaikuttavuus eri toteuttamistavoilla ... 22
5.1.5 Vaikutus unilääkkeiden käyttöön ... 23
5.1.6 Vaikutus terveyspalveluiden käyttöön ... 23
5.2 Turvallisuus ... 23
5.3 Kustannusvaikuttavuus ... 24
5.4 Näytön arviointi ... 25
6 Tilastotiedot ... 26
7 Järjestämiseen liittyvät näkökohdat ja eettisyys ... 29
7.1 Hoidon saatavuus ... 29
7.2 Eettiset näkökohdat ja järjestämiseen liittyvät ongelmakohdat ... 33
8 Kansalaisnäkökulma ja potilaskokemus ... 36
8.1 Potilaskokemus kirjallisuuden perusteella ... 36
8.2 Potilastapaaminen ... 37
9 Valmistelun vaiheet ... 39
10 Suosituksen valmisteluun osallistuneet ... 40
11 Suosituksen hyväksymiseen osallistuneet ... 41
12 Lähdeviitteet ... 42
13 Liiteluettelo ... 51

Valmistelumuistion tarkoitus

Palkon suosituksen kokonaisuus koostuu varsinaisesta suosituksesta, sen tiivistelmästä sekä tästä valmistelumuistiosta. Valmistelumuistion tarkoitus on tuoda esille, mihin tietoon suositus perustuu, sekä miten suosituksen valmistelu on tapahtunut.

Suositus taustamateriaaleineen julkaistaan Palkon kotisivuilla suomeksi. Tiivistelmä julkaistaan myös ruotsiksi ja englanniksi.

Lyhtenteet

CBT-I	kognitiivisen käyttäytymisterapianmenetelmät unettomuuden hoidossa (cognitive behavioral therapy for insomnia)
DDD	Määritelty vuorokausiannos (Defined Daily Dose)
GRADE	Näytönasteen ja suositusten vahvuuden arvioinnin työkalu (The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)
RCT	Satunnaistettu tutkimus (randomized controlled trial)

1 Suosituksen laatimisen perusteet

Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto Palkon elintapa- ja omahoidon tuen jaosto on valmistellut elintapaohjausta ja omahoidon tukea koskevia suosituksia, jossa kohderyhmänä ovat kansansairauksiin sairastumisen kannalta korkean riskin ryhmässä olevat potilaat. Riskikäyttäytymisen muotoja, joita suositukset käsittelevät, ovat tupakointi, epäterveellinen ravitsemus ja vähäinen liikunta, huono suuhygienia ja huonoon nukkumiseen liittyvät tottumukset.

Laajasta kokonaisuudesta on ilmestynyt seuraavat suositukset:

- Elintapamuutosta tukevat tekijät elintapaohjauksen ja omahoidon tuen menetelmissä tupakoinnin aiheuttaman sairastumisriskin pienentämiseksi.
- Elintapamuutosta tukevat tekijät elintapa-ohjauksen ja omahoidon tuen menetelmissä epäterveellisen ravitsemuksen ja vähäisen liikkumisen aiheuttaman sairastumisriskin pienentämiseksi.
- Huonon suuhygienian aiheuttaman sairastumisriskin pienentäminen omahoidon tuella ja elintapaohjauksella korkean riskin potilailla.

Tässä suosituksessa huonoon nukkumiseen liittyvien tottumusten omahoito elintapaohjauksen keinoin on täsmentynyt käsittämään kognitiivisen käyttäytymisterapian (kognitiivis-behavioraalisen terapian) menetelmät unettomuushäiriön hoidossa (cognitive behavioral therapy for insomnia eli CBT-I). Valmistelumuistiossa tullaan jatkossa käyttämään lyhennettä CBT-I. Valmistelumuistiossa käytetään myös unettomuus termiä, jolla viitataan unettomuuteen laajemmin kuin pelkkänä unettomuushäiriönä.

Unettomuus on lisääntynyt viime vuosikymmeninä ja siihen liittyy kielteisiä liitännäis- ja seurannaisvaikutuksia. Unettomuus on yhä tavallisempi ongelma myös nuorilla. Valtaosa unettomuudesta hoidetaan terveyskeskuksissa ja työterveyshuollossa. Suositusten mukaan unettomuuden hoidon pitäisi olla ensisijaisesti lääkkeetöntä. On perusteltua niin yksilöiden kuin kansanterveyden ja -talouden näkökulmasta kohdistaa huomio menetelmiin, joilla unettomuutta voidaan hoitaa tehokkaasti perusterveydenhuollossa.

2 Terveysongelma

Uni edistää terveyttä monin tavoin. Unettomuus eli kyvyttömyys nukkua yksittäisinä öinä kuuluu tavanomaiseen elämään. Jos ihminen kokee elämänlaatunsa hyväksi ja herää aamulla virkeänä, niin kyse ei ole sairauden asteisesta ja siten hoitoa edellyttävästä unettomuushäiriöstä. Unettomuus voi kuitenkin muuttua ohimenevästä oireesta hoitoa vaativaksi häiriöksi, jos kyvyttömyyteen nukkua liittyy lisäksi huolta tilanteesta, päiväaikaisia oireita tai muita haitallisia vaikutuksia arkeen. (Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2020)

Unettomuushäiriö määritellään toistuvaksi vaikeudeksi nukahtaa, vaikeudeksi pysyä unessa, liian varhaiseksi heräämiseksi aamulla tai huonolaatuiseksi yöuneksi tilanteessa, jossa henkilöllä on mahdollisuus nukkua (Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2020). Unettomuushäiriössä yöuni ei virkistä tarpeeksi, vaan se jää henkilölle tavanomaista lyhyemmäksi ja laadultaan huonommaksi (Partonen 2011).

Unihäiriöt luokitellaan (Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2020):

- **unettomuushäiriöön**
- unenaikaisiin hengityshäiriöihin
- keskushermostoperäiseen poikkeavaan väsymykseen
- uni-valverytmin häiriöihin
- unenaikaisiin liikehäiriöihin
- unen erityishäiriöihin (parasomniat) ja muihin unihäiriöihin
- muihin sairauksiin liittyviin unihäiriöihin

Yleisin **unettomuushäiriö** on ei-elimellinen unettomuus, jonka ICD-10-koodi on F51.0. Sen diagnostiset kriteerit ICD-10-tautiluokituksessa ovat:

- Ilmenee nukahtamisvaikeus, vaikeus pysyä unessa tai nukkuminen ei virkistä.
- Univaikeus ilmenee vähintään 3 kertaa viikossa vähintään 1 kuukauden ajan.
- Univaikeus aiheuttaa huolta tai vaikuttaa arkielämän toimintoihin.
- Häiriötä ei aiheuta psyykkisiin toimintoihin vaikuttava tai muu lääkehoito.

Unettomuushäiriön perusoireet ovat nukahtamisvaikeudet, heräily yön aikana, liian aikainen aamuherääminen sekä päiväaikaiset oireet. Unettomuushäiriössä huoli unesta hallitsee elämää ja esiintyy ennakoivana ahdistuksena ja nostaa vireystilaa iltaa kohti, mikä edelleen vaikeuttaa nukahtamista. Olennaista on myös unettomuutta ylläpitävä käyttäytyminen, jossa korostuvat unirytmin epäsäännöllisyys, valveilla vuoteessa pysyminen ja huonosti nukutun yön jälkeen päivällä nukkuminen sekä terveellisten elämäntapojen heikentyminen. Unettomuushäiriössä oireet ruokkivat toisiaan. (Partonen ym. 2020) Taulukossa 1 on esitetty tilapäisen unettomuuden ja unettomuushäiriön tarkempia määritelmiä.

Unettomuushäiriö (sairausasteiseksi arvioitu unettomuus) voidaan luokitella keston mukaan:

1) tilapäiseen (alle 1 kuukausi)
2) lyhytkestoiseen (1-3 kuukautta)
3) pitkäkestoiseen (yli 3 kuukautta)

Taulukko 1. Tilapäinen unettomuus ja unettomuushäiriö (mukailtu Unettomuuden Käypä hoito –suosituksesta)

Unettomuuden muoto	**Tarkennus**	**Diagnoosi-koodi**
Tilapäinen unettomuus (tilapäinen oireasteinen unettomuus, tilapäinen sopeutumisunettomuus)	Tilapäinen unettomuus aiheutuu määritettävissä olevasta stressitekijästä, joka voi olla luonteeltaan psykologinen, psykososiaalinen, ympäristön aiheuttama tai fyysinen. Unettomuus kestää yleensä vain muutaman päivän tai alle kuukauden, ja se korjaantuu stressitekijän poistuessa. Tilapäisellä unettomuudella ei ole omaa diagnoosikoodia. Jos kyseessä on sairausasteiseksi arvioitu alle 1 kuukauden kestoinen unettomuus, voidaan käyttää muun unettomuushäiriön koodia F51.0. Tällöin diagnoosin yhteydessä tulee mainita, että kyseessä on akuutti tilapäinen unettomuus. Muutoin käytetään sopivaa oirekoodia.	R- oirekoodi tai Z-koodi
Unettomuushäiriö (ICD-10:ssä ”Ei-elimellinen unettomuus”)	Diagnostiset kriteerit: A. Ilmenee nukahtamisvaikeus tai vaikeus pysyä unessa, tai nukkuminen ei virkistä. B. Univaikeus ilmenee vähintään 3 kertaa viikossa vähintään kuukauden ajan. C. Univaikeus aiheuttaa huolta tai vaikuttaa arkielämän toimiin. D. Häiriötä ei aiheuta elimellinen, esimerkiksi neurologinen, syy tai sisätautiongelma, psyykkisiin toimintoihin vaikuttava lääkitys tai muu lääkitys Yleisin pitkäaikaisen unettomuuden syy.	F51.01 (kesto >3kk) F51.02 (kesto 1-3 kk)

Unettomuuden taustalla voi olla useita tekijöitä. Unettomuus voi liittyä psykiatriseen tai somaattiseen sairauteen tai muihin unihäiriöihin, päihteiden tai lääkkeiden käyttöön, elämäntilanteen muutoksiin, työhön liittyviin tekijöihin, huonoihin nukkumisolosuhteisiin tai muihin ulkoisiin tekijöihin tai henkilön ominaisuuksiin. Sairausryhmiä, joissa esiintyy usein unettomuusoireita, on koottu taulukkoon 2 (Unettomuus: Käypä hoito –suositus 2020).

Näissä tilanteissa, vaikka henkilön terveydentila kohenee tai riskitekijä poistuu, unettomuusoire tai -häiriö voi jatkua ja voi kehittyä itsenäinen unettomuushäiriö.

Taulukko 2. Sairausryhmiä, joissa esiintyy usein unettomuusoireita

Sairausryhmä	**Esimerkki**
Psykiatriset häiriöt	Ahdistuneisuushäiriöt, masennus, päihdehäiriöt
Kehitykselliset neuropsykiatriset häiriöt	ADHD, autismispektrin häiriöt
Kiputilat	Tuki- ja liikuntaelinsairaudet, syöpäkipu
Muut unihäiriöt	Uniapnea, levottomien jalkojen oireyhtymä
Sydän- ja verenkiertoelimistön sairaudet	Sydämen vajaatoiminta, aivoverenkierron häiriöt
Keuhkosairaudet	Keuhkoahtaumatauti, astma
Endokrinologiset sairaudet	Diabetes, metabolinen oireyhtymä, hypertyreoosi
Neurologiset sairaudet	Parkinsonin tauti, muistisairaudet
Maha-suolikanavan sairaudet	Gastroesofageaalinen refluksi, ärtyvän suolen oireyhtymä

Hyvällä unella on keskeinen merkitys yksilön hyvinvoinnille sekä työ- ja toimintakyvylle (Järnefelt 2012). Unettomuushäiriö aiheuttaa huomattavaa kärsimystä, tai se voi haitata arkipäiväisistä toiminnoista selviämistä (Partonen 2014). Unettomat kokevat itsensä keskimääräistä uupuneimmiksi ja väsyneimmiksi, ja heillä on enemmän stressiä ja erilaisia fyysisiä oireita. Lisäksi he kokevat elämänlaatunsa heikommaksi kuin hyvin nukkuvat. (Léger & Bayon 2010) Unettomuushäiriö on yhteydessä työmuistin, episodisen muistin ja toiminnan ohjauksen osa-alueiden heikentymiseen, joka vaihtelee suuruudeltaan vähäisestä kohtalaiseen (Fortier-Brochu ym. 2012). Unettomuuspotilaan suoriutuminen vaativissa tarkkaavaisuuden säätelyn ja työmuistin tehtävissä on heikompaa kuin hyvin nukkuvilla (Shekleton ym. 2010). Pitkittyessään unettomuushäiriö lisää riskiä tapaturmiin, sairausperusteiseen työkyvyttömyyteen (Lallukka ym. 2014) ja nostaa kuolleisuusriskin noin 1,5-kertaiseksi (Hublin ym. 2011). Unettomuushäiriö aiheuttaa kustannuksia terveydenhuollolle ja yhteiskunnalle, mm. sairauspoissaolojen, onnettomuuksien, työkyvyttömyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen kautta, joiden suuruutta on vaikea arvioida.

Unettomuushäiriö altistaa monille somaattisille ja psyykkisille sairauksille sekä ylläpitää ja pahentaa niitä (Partonen ym. 2020). Unettomuushäiriö on yhteydessä kaksinkertaiseen fibromyalgian, nivelreuman ja sydäninfarktien kasvuun (Sivertsen ym. 2014). Sydän- ja verisuonitautien riski kasvaa, kun yöuni lyhenee objektiivisesti mitattuna (Vgontzas ym. 2013). Pitkäkestoinen unettomuushäiriö on myös keskivartalolihavuuden riskitekijä, joka lisää riskiä sairastua uniapneaan, ja hoitamaton uniapnea voi ylläpitää unettomuutta (Lichstein ym. 2013). Unettomuushäiriön ja lyhyen unen yhdistelmään liittyy 2-3-kertainen riski sairastua tyypin 2 diabetekseen (Vgonzas ym. 2009). Pitkäkestoinen unettomuushäiriö saattaa altistaa ennenaikaiselle keskushermoston rappeutumiselle ja muistisairauksille (Partonen 2011, Sindi ym. 2018). Pitkäaikainen huonounisuus ja riittämätön yöuni ovat yhteydessä lisäksi infektioalttiuteen ja ikääntyneiden kaatumisiin (Unettomuus: Käypä hoito –suositus 2020). Unettomuushäiriö lisää myös mielenterveyshäiriöihin sairastumisen riskiä (Lallukka ym. 2014) ja voi myös lisätä itsemurhavaaraa. Etenkin ahdistuneisuushäiriön ja päihdehäiriöihin sairastumisen riski kasvaa unettomuushäiriön pitkittymisen myötä. Pitkäkestoinen unettomuushäiriö kaksinkertaistaa riskin alkoholiriippuvuuteen sekä kasvattaa riskiä lääkeriippuvuuteen jopa seitsenkertaiseksi. (Norra ym. 2011, Lichstein ym. 2017) Lapsilla ja nuorilla unettomuushäiriö näyttää ennustavan masennustilaa, itsemurha-alttiutta sekä alkoholin ja huumeiden käyttöä (Unettomuus: Käypä hoito –suositus 2020). Toisaalta erilaiset unihäiriöt ilmenevät usein yhtä aikaa mielenterveyshäiriöiden kanssa, joten näyttö siitä, altistaako unettomuushäiriö myöhemmin ilmaantuvalle mielenterveydenhäiriölle, on edelleen ristiriitaista (Partonen 2011).

Unettomuushäiriön liitännäisvaikutuksia arvioitaessa on tärkeää huomioida myös unilääkkeiden käyttöön liittyvät tekijät. Unilääkkeiden käytön aloittamiseen on todettu liittyvän 3,9-kertainen riski joutua sairaalahoitoa vaativaan auto-onnettomuuteen (Neutel 1995). Lisäksi jatkuva unilääkkeiden käyttö on yhteydessä jopa 1,4-kertaiseen kuolleisuusriskin kasvuun (Hublin ym. 2007). Unilääkkeet voivat myös aiheuttaa kognitiivisia häiriöitä ja niiden tiedetään liittyvän ennenaikaiseen kuolleisuuteen (Unettomuus: Käypä hoito –suositus 2020).

3 Kognitiivinen käyttäytymisterapia, CBT

Kognitiivinen käyttäytymisterapia (CBT) on tutkimuspohjainen terapiamuoto, jolle on tyypillistä järjestelmällinen, tavoite-, asiakas- ja ongelmanhoitokeskeinen toiminta (Tuomisto & Lappalainen 2020). Se on myös aktiivista ja koulutuksellisesti suuntautunutta. Sen taustaoletus on, että inhimillinen käyttäytyminen on perimän ja ympäristön vuorovaikutukseen perustuva suhde. Käyttäytymisanalyysissa selvitetään, millaiset ajatukset, tunteet, toiminta ja fysiologiset reaktiot ovat ongelmien syynä. Terapian tarkoituksena on parantaa ihmisen itsehallintaa ja -hoitoa antamalla ja opettamalla uusia valmiuksia ja taitoja ongelmien käsittelyyn. Terapiaan sisältyy uusien toiminta- ja ajattelutapojen omaksumista, uusien tunteiden käsittelytapojen oppimista sekä terveysriskien ja sairauksien hoitotapojen omaksumista ja hallintaa. Menetelminä käytetään mm. koulutusta, itsehavainnointimenetelmiä, altistusmenetelmiä, ongelmanratkaisumenetelmiä ja rentoutusmenetelmiä. Uusia kognitiivisen käyttäytymisterapian muotoja ovat mm. hyväksymis- ja omistautumisterapia sekä erilaiset tietoisen läsnäolon harjoitukset.

Nykyisin on olemassa tehokkaiksi todettuja CBT-hoitomenetelmiä muun muassa useimpiin ahdistuneisuusongelmiin, depressioihin, syömishäiriöihin, päihteiden väärinkäyttöongelmiin, uniongelmiin, persoonallisuushäiriöihin, skitsofreniaan sekä stressiin liittyviin ongelmiin ja sairauksiin (Tuomisto & Lappalainen 2020).

3.1 Kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmät unettomuuden hoidossa (CBT-I)

Kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmät unettomuuden hoidossa (CBT-I) ovat tutkituimpia unettomuuden psykologisia hoitomenetelmiä (Morin ym. 2015) ja siihen perustuvaa hoitoa pidetään ensisijaisena pitkäaikaisessa unettomuudessa (Unettomuus: Käypä hoito –suositus 2020). Hoidon taustalla oleva unettomuuden kognitiivisen käyttäytymisterapian malli painottaa ylläpitävien tekijöiden merkitystä unettomuuden jatkumisessa (Morin & Espie 2004). Ylläpitäviä tekijöitä ovat unen kannalta haitalliset nukkumistottumukset ja elämäntavat, uneen liittyvät haitalliset ajatusmallit sekä näihin

tekijöihin liittyvä ylivireys ja valveajan seuraukset, jotka vuorovaikutuksessa toistensa kanssa muodostavat ns. noidankehän. CBT-I:tä voivat toteuttaa menetelmiin koulutuksen saaneet terveydenhuollon ammattilaiset, joista Suomessa hoitoa antavat useimmiten terveyden- tai sairaanhoitajat sekä psykologit (Järnefelt 2021).

CBT-I koostuu keinoista, joilla vähennetään unettomuutta ja ylivireyttä ylläpitäviä toiminnallisia ja psykologisia tekijöitä (Järnefelt & Hublin 2018). Koska unettomuuden taustalla on tavallisesti monia eri tekijöitä, myös hoidossa käytetään useita menetelmiä (taulukko 3).

Käyttäytymisterapeuttiset menetelmät ovat CBT-I:n menetelmistä tutkituimpia ja niiden tehokkuudesta on myös yksinään käytettynä eniten näyttöä (Morin ym. 2015, Järnefelt & Hublin 2018). Unirajoitteessa vahvistetaan homeostaattista unen tarvetta rajaamalla vuoteessa oloaika todelliseen nukuttuun aikaan. Vuoteessa oloaikaa säädetään viikon välein univalvepäiväkirjan avulla arvioimalla unitehokkuutta, kunnes sopiva unen kesto on saavutettu. Uniärsykehallinnassa vahvistetaan vuoteen yhdistymistä uneen nousemalla vuoteesta pois, jos uni ei tule nopeasti. Lisäksi käyttäytymisterapeuttisissa menetelmissä vahvistetaan unen vuorokausirytmiä noudattamalla säännöllistä unirytmiä. Kognitiivisilla menetelmillä tutkitaan uneen ja unettomuuteen vaikuttavia ja liittyviä tiedonkäsittelytapoja (esim. liiallinen huolehtiminen ja pelot unettomuuden seurauksista) ja pyritään löytämään vaihtoehtoisia, unta edistäviä suhtautumis- ja käsittelytapoja. Lisäksi CBT-I:hin sisältyy psykoedukaatiota eli tietoa ja ohjausta unesta, unettomuudesta ja tarvittaessa unilääkevähennyksestä sekä unen huollosta eli uneen vaikuttavista elämäntavoista ja nukkumisympäristöön liittyvistä tekijöistä. Myös erilaiset rentoutumis- ja/tai mindfulness-menetelmät ovat osa CBT-I:n mukaista hoitoa. Niissä tavoitteena on opetella säätelemään psykofysiologista vireystasoa sekä hyväksyvää tietoisuutta ja suhtautumista nykyhetkeen.

Taulukko 3. Unettomuuden hoidossa käytettävät kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmät, käyttötarkoitukset ja vaikutusmekanismit (Unettomuus: Käypä hoito –suositus 2020)

Menetelmä	**Käyttötarkoitus**	**Vaikutusmekanismi**
Kognitiiviset menetelmät		
Huolihetki	Huolten käsittelyn opettelu valveilla ollessa ennen nukahtamisaikaa.	Vähentävät psykologista ylivireyttä.
Huoliajatusten ja virheellisten olettamusten tunnistaminen ja muokkaus	Tutkitaan ihmisen tapaa käsitellä mielen ongelmia. Tunnistetaan, tutkitaan ja muokataan haitallisia mielen malleja. Yritetään löytää mielen ilmiöille erilainen, vähemmän ahdistava selitysmalli. Vähennetään nukahtamisen yrittämistä. Pyritään katkaisemaan yöaikaiset huolikehät.	
Hyväksyminen ja itsemyötätunto; mindfulness	Hyväksyvän tietoisen läsnäolon menetelmien valikoiman käyttäminen.	
Käyttäytymisterapeuttiset menetelmät		
Uniärsykkeiden hallinta	Käytetään silloin kun oma vuode yhdistetään valvomiseen ja kärsimykseen. Jos uni ei tule noin 15 minuutissa, noustaan vuoteesta. Vuoteessa ainoastaan nukutaan ja rakastellaan.	Katkaisee oman vuoteen ja nukkumisen välisen negatiivisen ehdollistumisen ja vahvistaa oman vuoteen ja nukkumisen välistä yhteyttä.
Vuoteessaolon rajoittaminen	Vähennetään vuoteessa vietettyä ylenmääräistä aikaa. Vuoteessa ollaan vain niin pitkään kuin siellä on univalvepäiväkirjan mukaan nukuttu.	Vahvistaa unta ja vähentää negatiivista ehdollistumista.
Rentoutus ja psykoedukaatio		
Rentoutus	Rentoutetaan kireät lihakset ja mieli.	Vähentää psykofysiologista jännitystä.
Ruokailutottumukset, uni-valverytmi, liikunta, valo, melu, huoneilma, vuode, tyyny ja patja	Pyritään palauttamaan säännöllinen unirytmi. Muutetaan nukkumisympäristö ja elintavat unelle otollisiksi. Varataan aikaa rauhoittumiselle ennen nukkumaanmenoa.	Säännöllistää unirytmin ja vähentää unen tuloa estäviä ärsykkeitä.

3.2 CBT-I:n eri toteuttamistavat

Kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä unettomuuden hoidossa voidaan toteuttaa joko yksilö- tai ryhmähoitona, kasvokkain, videoyhteydellä, verkossa tai puhelimitse. CBT-I:hin perustuva hoito on yleensä lyhytkestoista, sisältäen noin 4 – 6 tapaamista.

Helsingin yliopistollinen sairaala HUS on kehittänyt uniterapia-mobiilisovelluksen, joka sisältää tietoa, ohjeita, kysymyksiä, harjoitteita ja palautetta (katso tarkemmin nettiterapiat.fi). Hoito, joka pohjautuu CBT-I:hin, on automatisoitua ja viestintä tapahtuu terapeutin kanssa sovelluksen kautta. Terapeutti seuraa potilaan tuottamia sisältöjä, kommentoi ja viestittelee tarvittaessa. (Keränen 2019) Valtaosa terapeuteista on psykologeja, jotka ovat saaneet lisäkoulutuksen menetelmään (Stenberg 2021). Hoito tähtää unirytmin säännöllistämiseen sekä uneen liittyvien haitallisten ajatusten ja käyttäytymismallien työstämiseen. Hoidossa saa tietoa unen edellytyksistä ja harjoitellaan tapoja auttaa unen tuloa ja vähentää stressiä tutkituin menetelmin. Ohjelma kestää noin kaksi kuukautta ja koostuu seitsemästä vaiheesta. Vaiheet sisältävät tehtäviä ja lukusisältöä, esimerkiksi univalvepäiväkirjan täyttämistä. Hoidon hyötyä seurataan vielä 3 kuukauden ajan sen päättymisestä. (Unettomuuden nettiterapia 2021) HUS:n unettomuuden nettiterapia on Suomessa toistaiseksi ainoa tarjolla oleva digitaalinen hoitomuoto unettomuuteen julkisessa terveydenhuollossa.

3.3 Omahoito ja itsehoitomenetelmät

Tilapäisistä ja lyhytkestoisista uniongelmista kärsivät saattavat pärjätä itsehoidolla. Itsehoito on kuitenkin myös osa kokonaisvaltaista unettomuuden hoitoa sekä aktiivisen hoidon jälkeistä ylläpitohoitoa (Järnefelt 2021).

Mielenterveystalon omahoito-ohjelma sisältää useita itsehoito-ohjeita, tehtäviä ja asiakasesimerkkejä, joiden avulla voi löytää ongelmiin erilaisia näkökulmia ja ratkaisumalleja. Kuudesta kahdeksaan viikkoon kestävistä harjoituksista voi valita itselleen

sopivimmat vaihtoehdot ja harjoitukset. (Mielenterveystalo 2021) Lisäksi Uniliitolla, Terveyskirjastolla ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella on käytännönläheisiä itsehoito-ohjeita unen laadun parantamiseksi. Unettomuuden itsehoidon tueksi on myös saatavilla kirjoja (esim. Järnefelt 2021 Hyvän unen avaimet – Opas unettomuuden itsehoitoon tai Pihl & Aronen 2020 Unentaidot - Löydä uni ilman lääkkeitä. Myös HUS:n nettiterapia-materiaali on julkaistu äskettäin Irti unettomuudesta –kirjana.) Markkinoilla on lisäksi mittauslaitteita, eli puettavia tietokoneita kuten aktiivisuusrannekkeita ja älykelloja, joiden avulla voi seurata omaa untaan. Unesta kertyvän tiedon avulla käyttäjä voi oppia tuntemaan omaa untaan ja sen vaihtelua, ja ne ovat hyödyllisiä, jos saatu palaute motivoi parantamaan omia nukkumistottumuksia ja elämäntapoja. Toisaalta unta mittaavat älylaitteet ovat kalliita, ja unta voi seurata myös univalvepäiväkirjalla, johon kirjataan päivittäin mm. nukkumaanmeno- ja heräämisajat sekä nukuttu aika.

3.4 Potilasryhmän kuvaus

Potilasryhmänä tässä suosituksessa ovat yli 13-vuotiaat potilaat, jotka kokevat kärsivänsä unettomuudesta ja hakevat siihen hoitoa. Unettomuus voi olla ainoa oire tai sairaus tai se voi esiintyä muun sairauden yhteydessä. Suosituksessa keskitytään diagnostisoidun, sairaustasoisen unettomuushäiriön hoitoon.

4 Nykyinen tutkimus- ja hoitokäytäntö

Unettomuuden arviointi perustuu kattavaan oireiden kartoitukseen. Potilaan kanssa selvitetään hänen nukkumistottumuksiaan, elämäntapojaan, elämäntilannetta ja työaikoja sekä sitä, miten unettomuus koetaan. Potilaalta selvitetään lisäksi tiedot lääkehoidosta, muista sairauksista ja päihteiden käytöstä. Potilaalle tehdään myös kliininen tutkimus, jossa katsotaan ylähengitystiet ja määritetään paino, pituus, vyötärönympärys ja leuanalusrasva mahdollisen uniapnean toteamiseksi. (Unettomuus Käypä hoito –suositus 2020)

Pitkäkestoisen unettomuuden arvioinnissa on suosituksena käyttää univalvepäiväkirjaa, jonka avulla voi mm. selvittää, kuinka säännölliset nukkumaanmeno- ja heräämisajat ovat. Univalvepäiväkirjan avulla saadaan myös tietoa, mitkä asiat huonontavat tai parantavat yöunen laatua. (Partonen 2015) Potilasta voidaan myös pyytää täyttämään unikyselylomake (esim. pohjoismainen unikysely BNSQ eli Basic Nordic Sleep Questionnaire), jonka avulla saadaan käsitystä mahdollisten muiden unihäiriöiden esiintymisestä. Unettomuuden vaikeusasteen määrittämisessä voidaan käyttää ISI (Insomnia Severity Index) -kyselyä. Laboratoriokokeita tehdään vain tarpeen mukaan lähinnä muiden sairauksien poissulkemiseksi. Unirekisteröintejä ei tarvita tavallisen unettomuuden selvittelyssä. (Unettomuus Käypä hoito –suositus 2020)

4.1 Unettomuuden hoitokäytännöt

Unettomuuden hoidon lähtökohtana on sen syiden arviointi. Unettomuushäiriön hoidossa huomioitavia asioita ovat omahoito, ympäristötekijät, lääkkeettömien menetelmien soveltaminen sekä lääkehoito. Nykysuosituksen mukaan unettomuuden hoidon pitäisi olla ensisijaisesti lääkkeetöntä. Äkillisesti alkaneessa ja lyhyen aikaa kestäneessä unettomuudessa laukaisevien tekijöiden helpottaminen, psykososiaalinen tuki ja unen huolto ovat usein ensisijaisia hoitomuotoja. Pitkäkestoisen unettomuuden hoidon tulisi painottua CBT-I:hin. Valtaosa unettomuudesta hoidetaan terveyskeskuksissa ja työterveyshuollossa. (Unettomuus: Käypä hoito –suositus 2020)

Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteissa (STM 2019) unettomuus kuuluu aikuispsykiatrian suosituksen F50-F59-diagnoosiluokkien alle. Suosituksen tarkoituksena on turvata riittävä hoitovalikoima ja oikea-aikainen hoito tarpeen mukaisiin palveluihin. Perustason tehtävänä ovat mielenterveyden tukeminen, ehkäisevän hoidon kohdennettujen menetelmien tarjoaminen erityistason tukemana (esim. unikoulut), tavallisimpien häiriöiden tunnistaminen alueellista ja valtakunnallista (Käypä hoito) ohjeistusta käyttäen sekä tavallisimpien oireiden ja häiriöiden ensisijainen hoitovastuu erityistason tukemana (kuormittuminen, johon liittyy psyykkisiä oireita, elämäntilanteisiin liittyvät kriisit, lievät häiriöt, komplisoitumattomat häiriöt, vakaassa vaiheessa olevat häiriöt). Tämän ryhmän häiriöitä voidaan erityistason tukeman tai tekemän diagnostiikan jälkeen hoitaa hoitosuositusten mukaisesti perustasolla. Kiireetöntä tai kiireellistä erityistason konsultaatiota tarvitaan, kun:

- Oireet ovat vaikea-asteisia
- Tarvitaan työ- ja toimintakyvyn pitkäaikaista arviointia
- Hoito ei tehoa tai oireet vaikeutuvat
- Potilaalla on itsetuhoisuutta
- Tilannetta komplisoivat muut psykiatriset tai somaattiset sairaudet tai psykososiaaliset stressitekijät
- Päihteitä käyttävän potilaan oireet ovat vaikea-asteisia

Unettomuuden lääkkeettömän hoidon järjestämiseksi Espie (2009) on esittänyt porrasmallin, jossa kuvataan resurssimitoitukseltaan eri laajuisia CBT-I hoitokokonaisuuksia erilaisille unettomuuspotilaille (mukailtu porrasmalli kuvio 1). Alimmalla portaalla ovat itsehoitoon perustuvat hoitomuodot, jotka on tarkoitettu suurelle potilasjoukolle ja ovat resursseiltaan kevyitä. Jos itsehoidolliset keinot eivät riitä, haetaan apua terveydenhuollon CBT-I:n menetelmiin perustuvista lyhytkestoisia yksilö-, ryhmä- tai nettimuotoisista hoidoista. Mallin ylemmillä portailla hoidosta vastaavat unettomuuden arvioimiseen ja yksilölliseen hoitamiseen erikoistuneet terveydenhuollon ammattilaiset. Monimutkaisemmissa tilanteissa voidaan tarvita lähete erikoissairaanhoitoon, jossa tarkennetaan diagnoosia ja hoitosuunnitelmaa. Itsehoito on kuitenkin osa kokonaisvaltaista

unettomuuden hoitoa jokaisella hoitoportaalla sekä aktiivisen hoidon jälkeistä ylläpitohoitoa ja takapakkien ennaltaehkäisyä (Järnefelt 2021). Periaate kuitenkin on, että mitä ylempi porras, sitä valikoidumpi potilasryhmä ja sitä yksilöllisempi hoito. Tähän teoreettisen malliin on mahdollista lisätä ns. matalan kynnyksen ensikontaktit ja esim. unen huollon ohjaus (unettomuuden mini-interventiot) perusterveydenhuollossa itsehoitoyritysten jälkeen, ennen siirtymistä CBT-I -hoitoon.

Kuvio 1. Unettomuuden lääkkeettömän hoidon porrasmalli, mukailtu ns. ”stepped care”-mallista (Espie 2009)

4.2 Käypä hoito –suositus

Unettomuuden Käypä hoito -suositus on julkaistu 23.8.2008 ja se on viimeksi päivitetty 26.06.2020. Käypä hoito sisältää 6 näytönastekatsausta CBT-I:stä (taulukko 4). Näytönastekatsauksessa tutkimusten näytön vahvuuden ilmaisemiseen on käytetty seuraavia symboleja: A: vahva näyttö, B: kohtalainen näyttö, C: heikko näyttö. Muita kotimaisia suosituksia unettomuuden hoidosta ei ole.

Taulukko 4. Unettomuuden Käypä hoito -suosituksen CBT-I:tä koskevat näyttöön perustuvat väittämät

Väittämä	Näytön aste
CBT-I hoito-ohjelmat soveltuvat perusterveydenhuollon käyttöön.	A
CBT-I menetelmät ilmeisesti soveltuvat ikääntyneiden unettomuuden hoitoon.	B
Perusterveydenhuollon käyttöön tarkoitetut CBT-I-menetelmät soveltuvat ilmeisesti käytettäviksi myös silloin, kun potilaalla on jokin samanaikainen sairaus.	B
CBT-I:n hoitomenetelmät soveltuvat ilmeisesti kroonisten kipupotilaiden unettomuuden hoitoon.	B
Kehitysvammaisten unettomuuden hoidossa CBT-I:n menetelmät lienevät tehokkaita.	C
CBT-I:n menetelmät ovat mahdollisesti tehokkaita autistien unettomuuden hoidossa, kun ne toteutetaan riittävän yksityiskohtaisella ryhmä- tai henkilökohtaisella ohjauksella.	C

4.3 Ulkomaiset suositukset ja käytännöt

Yhteenvetona ulkomaisten hoitosuositusten osalta voidaan todeta, että pitkäaikaisen unettomuuden ensisijaisena hoitomuotona suositellaan CBT-I:tä. Eurooppalaisessa ja ruotsalaisessa suosituksessa todetaan, että CBT-I:n saatavuudessa on ongelmia. Saatavuutta ehdotetaan parannettavan terveydenhuollon ammattilaisten (esim. sairaanhoitajien) lisäkoulutuksella ja lisäämällä etänä toteutettavaa CBT-I:tä.

Eurooppalaisen unettomuuden hoitosuosituksen on koonnut European Sleep Research Society vuonna 2017. Suosituksen mukaan CBT-I on ensisijainen hoitomuoto aikuisten pitkäkestoisessa unettomuudessa. Lääkehoitoa voidaan tarjota, jos CBT-I ei ole tarpeeksi tehokas tai jos sitä ei ole saatavilla. Vaihtoehtohoitoja, kuten homeopatiaa tai akupunktiota, ei suositella unettomuuden hoidossa. (Riemann ym. 2017) Ruotsin arviointiyksikkö SBU (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering) teki vuonna 2010 aikuisten unettomuuden hoidosta suosituksen, joka koskee erityisesti perusterveydenhuoltoa. Johtopäätöksenä suosituksessa todetaan, että CBT-I ja muut

käyttäytymisterapeuttiset menetelmät auttavat potilaita nukahtamaan nopeammin ja ne vähentävät hereillä oloaikaa yöllä. Arvioinnissa todetaan myös, että jos halutaan lisätä unettomuuden hoitoa psykologisilla hoitomenetelmillä, tulee terapeutteja kouluttaa lisää. Lääkehoidon tulee suosituksen mukaan olla lyhytkestoista. (SBU 2010) The American College of Physicians (ACP) suosittaa CBT-I:tä ensisijaiseksi hoitomuodoksi kroonisesta unettomuudesta kärsiville aikuispotilaille. Lisäksi ACP suosittaa, että lääkehoidon aloittamista arvioidaan yhteisillä kriteereillä tarkkaan niiden aikuisten kohdalla, joilla CBT-I on yksinään ollut tuloksetonta. (Qaseem ym. 2016)

5 Vaikuttavuus, turvallisuus, kustannusvaikuttavuus ja näytön arviointi

Elo-jaosto (Elintapa- ja omahoidon tuen jaosto) tilasi helmikuussa 2021 Hoitotyön tutkimussäätiöltä (Hotus) järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen, jossa arvioitiin kognitiivisen käyttäytymisterapian (CBT-I) menetelmien vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta unettomuuden hoidossa perusterveydenhuollossa (Liite 1). Katsauksen arviointiasetelma eli PICO (patient, intervention, comparison, outcome) ja hakustrategia on kuvattu raportissa (sivut 8 – 10, 86 – 88). Katsaukseen valittiin vuodesta 2010 lähtien ilmestyneestä 58:sta systemaattisesta katsauksesta kahdeksan tuoretta katsausta vuosilta 2018-2021, sekä 10 niitä täydentävää satunnaistettua tutkimusta vuosilta 2017-2021 ja kolme taloudellista arviointia. Tutkimusten yksityiskohtaisemmat tiedot löytyvät raportin taulukosta 5, sivuilta 13 – 14.

5.1 Vaikuttavuus

CBT-I -menetelmän vaikuttavuutta arvioitiin mm. suhteessa unettomuuden vaikeusasteeseen, unettomuusoireisiin sekä unen laatuun, pituuteen ja tehokkuuteen. Myös vaikutusta unilääkkeiden käyttöön, toimintakykyyn, elämänlaatuun, mielialaan, ahdistuneisuuteen ja stressiin arvioitiin. Vertailua tehtiin tilanteissa, joissa ei ollut muuta hoitoa tai oli muu lääkkeellinen (lumelääke tai unilääke) tai lääkkeetön hoito (kuten odotuslista, unen huollon ohjaus), sekä unettomuuden luonteen (primaari eli unettomuus ainoana oireena tai komorbidi eli muun sairauden kanssa samanaikaisesti esiintyvä unettomuus) perusteella. Vaikuttavuutta tarkasteltiin myös CBT-I:n toteutustavan

(yksilöllisesti kasvokkain, ryhmämuotoinen, erilaiset digitaaliset muodot, itsehoito) ja kohderyhmän iän (aikuiset, iäkkäät, nuoret) mukaan. Lisäksi tarkasteltiin pitkäaikaisvaikuttavuutta. Tulokset tutkimuskysymyksittäin on esitetty Hotuksen raportissa sivulta 15 alkaen sekä liitetaulukoissa sivuilla 104 – 134.

5.1.1 CBT-I:n vaikuttavuus eri ikäryhmissä

Eniten tutkimustietoa vaikuttavuudesta on aikuisilla (taulukko 5). CBT-I:llä todettiin vaikuttavuutta unettomuuden hoidossa useiden eri tulosmuuttujien perusteella verrattaessa CBT-I:tä lääkkeellistä tai lääkkeetöntä hoitoa saaviin sekä niihin, jotka eivät saaneet muuta hoitoa. CBT-I vähensi aikuisilla tilastollisesti merkitsevästi mm. unettomuuden vaikeusastetta, nukahtamisviivettä ja yöaikaista valveillaoloaikaa sekä paransi unen laatua. Tarkasteltavat tulosmuuttujat vaihtelivat jossain määrin eri tutkimuksissa. Tulokset perustuvat pääosin itseraportoituihin univalvepäiväkirja- ja kyselytuloksiin. Yöllistä hereillä oloaikaa oli jossain tutkimuksissa mitattu myös laajalla unirekisteröintitutkimuksella eli unipolygrafialla, joka voidaan tehdä joko kotona tai unitutkimushuoneessa.

Aikuisten osalta tulosten varmuus ja kliininen merkittävyys muuhun hoitoon verrattuna osoitettiin useamman tulosmuuttajan suhteen (näytönaste B eli kohtalainen näyttö): unettomuuden vaikeusaste, remissiossa (eli oireiden vähenemisvaiheessa) olevien määrä, niiden määrä, joilla todettiin hoitovaste, ja unen laatu. Lisäksi kohtalainen näyttö todettiin seuraavien muuttujien suhteen, joskaan ei kliinisesti merkitsevällä tasolla (SMD eli standardoitu keskimääräinen ero < 0,5): nukahtamisviive, yöaikaisen valveen määrä (ranteeseen asennettavalla aktigrafialla mitattuna), yöaikaisten heräämisten määrä, unen tehokkuus, unen pituus ja unilääkkeillä nukuttujen öiden määrä. Tulokset olivat kliinisesti merkitseviä myös yöllisen hereillä oloajan ja päiväväsymyksen suhteen, mutta näytön aste oli heikko (näytönaste C eli heikko näyttö). (Taulukko 6)

Taulukko 5. CBT-I:llä todettu tilastollisesti merkitseviä muutoksia, seuraavissa muuttujissa aikuisten unettomuuden hoidossa eri toteuttamistavoilla, verrattuna muuhun hoitoon tai ilman vertailuhoitoa.

CBT-I:n toteutustapa	**CBT-I vs. lääkkeellinen tai lääkkeetön hoito[1)], joissa muutokset tilastollisesti merkitseviä**	**CBT-I vs. ei-vertailuhoitoa[2)], joissa muutokset tilastollisesti merkitseviä**
Yksilöllinen kasvokkain	Unettomuuden vaikeusaste (kysely) Unen laatu (univalvepäiväkirja, kysely) Nukahtamisviive (univalvepäiväkirja) Yöllinen hereillä oloaika (univalvepäiväkirja, unipolygrafia) Päiväaikaiset vaikutukset (päiväaikainen väsymys)	Päiväaikaiset vaikutukset (päiväaikainen väsymys, uupumus, päiväaikainen ja sosiaalinen toimintakyky)
Yksilöllinen puhelimitse	Yöllinen hereillä oloaika (univalvepäiväkirja)	
Ryhmämuotoinen kasvokkain	Unettomuuden vaikeusaste (kysely) Unen laatu (univalvepäiväkirja, kysely) Nukahtamisviive (univalvepäiväkirja) Yöllinen hereillä oloaika (univalvepäiväkirja) Unen pituus (univalvepäiväkirja) Päiväaikaiset vaikutukset (päiväaikainen väsymys) Elämänlaatu (kysely; psyykkinen osa-alue)	Päiväaikaiset vaikutukset (päiväaikainen väsymys, uupumus, päiväaikainen ja sosiaalinen toimintakyky) Elämänlaatu (kysely)
Internetpohjainen terveydenhuollon ammattilaisen tuella	Unettomuuden vaikeusaste (kysely) Unen laatu (kysely) Nukahtamisviive (univalvepäiväkirja) Yöllinen hereillä oloaika (univalvepäiväkirja) Unen pituus (univalvepäiväkirja) Unilääkkeillä nukuttujen öiden määrä (itse raportoitu)	Unettomuuden vaikeusaste (kysely) Päiväaikaiset vaikutukset (uupumus, uneliaisuus)
Itsehoito-opaslehtinen + terapeutin tuki		Päiväaikaiset vaikutukset (uupumus, päiväaikainen ja sosiaalinen toimintakyky)
Automatisoitu internetpohjainen	Unettomuuden vaikeusaste (kysely) Nukahtamisviive (univalvepäiväkirja) Yöllinen hereillä oloaika (univalvepäiväkirja) Unilääkkeiden käyttö (itse raportoitu) Päiväaikaiset vaikutukset (uupumus)	Unen pituus (kysely) Päiväaikaiset vaikutukset (päiväaikainen uneliaisuus, uupumus, päiväaikainen ja sosiaalinen toimintakyky)
Itsehoitomateriaali (videot ja/tai kirjallinen materiaali)	Unettomuuden vaikeusaste (kysely) Unen laatu (kysely) Nukahtamisviive (univalvepäiväkirja) Yöllinen hereillä oloaika (univalvepäiväkirja)	Elämänlaatu (kysely)

1) lumelääke, unilääke, odotuslista, unen huollon ohjaus, käyttäytymisen muutokseen pyrkivä tai muu psykologinen unettomuuden hoito tai itsehoito (esim. kirjallinen materiaali)

2) odotuslista

CBT-I:n vaikuttavuudesta iäkkäillä ja nuorilla oli vähemmän tutkimustietoa, mutta myös näissä ryhmissä tulokset pääosin tukevat CBT-I:n vaikuttavuutta. Iäkkäillä CBT-I paransi unen laatua unenhuollon ohjaukseen verrattuna (Kwon ym. 2021). Tulos perustuu vain yhteen RCT-tutkimukseen (n=159), mutta luottamus saatuun tulokseen oli katsauksen laatijoiden arvioituna vahva (A). CBT-I:n todettiin myös parantavan mm. unen laatua (näytönaste B) ja vähentävän yöllistä hereillä oloaikaa, verrattuna tilanteeseen ilman vertailuhoitoa. Kaikki tarkastellut analyysit perustuivat yksittäisiin RCT-tutkimuksiin, joissa otoskoot olivat pieniä. Tulosten kliinistä merkittävyyttä ei oltu arvioitu.

CBT-I:n vaikuttavuutta nuorilla on arvioitu kahdessa systemaattisessa katsauksessa, joista toinen perustui kuuteen satunnaistettuun tutkimukseen (Åslund ym. 2018) ja toinen kahteen (Werner-Seidler ym. 2018). Tuloksissa todettiin vaihtelevasti unen parantumista eri mittareilla, mutta tutkimusryhmät olivat hyvin heterogeenisia, mikä heikensi luottamusta tuloksiin. Lisäksi seuranta-ajat olivat lyhyitä, vaihdelleen neljästä viikosta 26 viikkoon.

5.1.2 CBT-I:n pitkäaikaisvaikuttavuus

Suurimassa osassa CBT-I:n vaikuttavuutta kartoittaneissa tutkimuksessa seuranta-aika oli lyhyt, korkeintaan kolme kuukautta. Pitkäaikaisvaikuttavuutta kartoittaneessa katsauksessa (van der Zweerde ym. 2019) oli mukana 29 satunnaistettua tutkimusta. Niistä kahdeksassa seuranta-aika oli vähintään 12 kuukautta, pisimmillään 21 kuukautta. Tulosten mukaan unettomuuden vaikeusastetta kuvaavan tulosmittarin tulokset (ISI), jossa CBT-I:tä verrattiin ei-hoitoa saaneisiin, oli kliinisesti merkitsevä kolmen kuukauden kohdalla (vaikutuksen suuruus, Hedgesin g=0.64), ja kohtuullinen kuuden kuukauden kohdalla (g=0.40), mutta 12 kuukauden kohdalla vaikutus oli vähäisempi (g=0.25). Toisaalta unen tehokkuutta kuvaavan tulosmittarin kohdalla kolmen kuukauden tulos oli Hedgesin g=0.52, kuuden kuukauden kohdalla g=0.32 ja 12 kuukauden kohdalla g=0.35,

eli tulos pysyi ennallaan. Loppupäätelmä oli, että vaikka tulokset keskimäärin laskevat ajan myötä, CBT-I:llä saadaan kliinisesti merkitseviä vaikutuksia yhteen vuoteen saakka.

5.1.3 CBT-I:n vaikuttavuus primaarissa ja komorbidissa unettomuudessa

Katsauksissa oli raportoitu CBT-I:n vaikuttavuustuloksia sekä primaarille unettomuudelle eli kun unettomuus on ainoa oire sekä tilanteissa, joissa henkilöllä on unettomuuden lisäksi joko psykiatrisia tai fyysisiä sairauksia (komorbidi unettomuus). Psykiatrisia sairauksia, jotka esiintyivät unettomuuden kanssa samanaikaisesti, olivat mm. ahdistuneisuushäiriöt, lievä, keskivaikea tai vaikea masennushäiriö, autismi, alkoholiriippuvuus ja lääkeriippuvuus. Somaattisista sairauksista mainittiin rintasyöpä, tinnitus, fibromyalgia ja nivelrikko ja hoitoryhmistä hemodialyysipotilaat.

Primaarissa unettomuudessa CBT-I:llä todettiin aikuisilla kliinisesti merkitsevä vaikutus (efektin koko yli 0.50) unettomuuden vaikeusasteeseen, unen laatuun, yölliseen hereillä oloaikaan ja toimintakykyyn. Samat mittarit osoittivat kliinisesti merkittävää vaikutusta myös silloin, kun unettomuus esiintyi psykiatristen sairauksien, kuten masennuksen tai ahdistuksen yhteydessä. Tässä ryhmässä myös nukahtamisviive lyheni kliinisesti merkitsevästi edellisten mittareitten tulosten lisäksi. Kliinisesti merkittävät vaikuttavuustulokset olivat vastaavia niillä, joilla oli unettomuuden lisäksi jokin muu kuin psykiatrinen sairaus. Näytönasteet eli luottamus tuloksiin vaihteli kohtalaisesta heikkoon (näytönaste B-C). (Taulukko 6)

Nuorilla yhteen RCT-tutkimukseen perustuen CBT-I lisäsi unen pituutta niillä nuorilla, joilla oli psykiatrinen komorbiditeetti (masennus), verrattaessa tuloksia unen huollon ohjauksen ja masennuksen hoidon yhdistelmään. Seuranta oli lyhytaikainen (12 viikkoa). Vaikuttavuutta ei havaittu yölliseen hereillä oloaikaan tai yöaikaisen valveen määrään.

Taulukko 6. CBT-I:n vaikuttavuus aikuisilla muuhun hoitoon verrattuna komorbiditeetin mukaan

CBT-I:llä tilastollisesti merkitsevä vaikutus	**Näytön aste (A-D)[1]**	**Kliinisesti merkittävä[2]**
Primaari tai komorbidi unettomuus		
Unettomuuden vaikeusaste	B	kyllä
Unen laatu	B	kyllä
Yöllinen hereillä oloaika	C	kyllä
Päiväaikainen väsymys	B	kyllä
Nukahtamisviive	B	ei
Unen pituus	B	ei
Unilääkkeiden käyttö	B	ei
Primaari unettomuus		
Unettomuuden vaikeusaste	C	kyllä
Unen laatu	C-D	kyllä
Yöllinen hereillä oloaika	C	kyllä
Toimintakyky	C	kyllä
Nukahtamisviive	B	ei
Unen pituus	C	ei
Psykiatrinen komorbiditeetti		
Unettomuuden vaikeusaste	B	kyllä
Unen laatu	B-C	kyllä
Nukahtamisviive	C	kyllä
Yöllinen hereillä oloaika	C	kyllä
Toimintakyky	C	kyllä
Muu kuin psykiatrinen komorbiditeetti		
Unettomuuden vaikeusaste	C	kyllä
Unen laatu	B	kyllä
Yöllinen hereillä oloaika	C	kyllä
Toimintakyky	B	kyllä
Nukahtamisviive	B	ei

1) GRADE-arvio kertoo luottamuksesta tulokseen. A=vahva, B=kohtalainen, C=heikko, D=erittäin heikko näyttö.

2) SMD:lle (standard mean difference, standardoitu keskimääräinen ero) ≥0,5 efektikoon arvioitiin olevan kliinisesti merkittävä.

3)Tutkittavilla oli sekä primaaria että komorbidia unettomuutta.

5.1.4 CBT-I:n vaikuttavuus eri toteuttamistavoilla

CBT-I:llä todettiin vaikuttavuutta yksilöllisesti kasvokkain, ryhmämuotoisesti sekä digitaalisin menetelmin toteutettuna useiden eri tulosmuuttujien osalta (taulukko 5). Suppeimmin näyttöä on kertynyt opaslehtisen ja puhelimitse toteutetun CBT-I:n vaikuttavuudesta. Kasvokkain toteutettu yksilöllinen CBT-I ei osoittautunut muita toteuttamistapoja vaikuttavammaksi yksittäisiä tulosmuuttujia lukuun ottamatta. Yksilöllisesti tai ryhmän kanssa kasvokkain toteuttavassa CBT-I:ssä ei todettu eroja vaikuttavuudessa. Ryhmässä kasvokkain toteutetun ja internetin kautta annettavan CBT-I:n vaikuttavuudessa ei todettu eroja. Terapeutin tukeman ja täysin automatisoidun digitaalisen CBT-I:n välillä ei ole todettu merkittäviä eroja vaikuttavuudessa (Luik ym. 2017). Tutkimuksia terapeutin vaikutuksesta verrattuna pelkästään itsehoitona toteutettavaan automatisoituun CBT-I:n on vielä vähän ja tulokset ovat ristiriitaisia (Seyffert ym. 2016). Potilaat itse toivovat terapeutin tukea pelkän automatisoidun CBT-I:n lisäksi (katso liitetaulukko 4). Silloin kun terapeutti on mukana tukena, kuluu hänellä aikaa 40 minuutista kahteen tuntiin potilasta kohden prosessin aikana (Luik ym. 2017).

Nuorilla ryhmämuotoinen CBT-I lievensi 12 kuukauden seurannassa unettomuuden oireita ja vähensi nukahtamiseen kuluvaa aikaa ja yöllistä hereillä oloaikaa. Myös internetpohjainen CBT-I vähensi nuorten unettomuuden vaikeusastetta, lisäsi unen kokonaismäärää ja lyhensi nukahtamisviivettä 12 kuukauden seurannassa.

Hotuksen katsauksessa ei raportoitu eri toteuttamistapojen vaikutusta iäkkäillä.

5.1.5 Vaikutus unilääkkeiden käyttöön

Edingerin ym. 2021 katsauksessa viiden satunnaistetun tutkimuksen perusteella unilääkkeiden käyttö väheni keskimäärin 1,4 yötä/viikko ja pääteltiin, ettei CBT-I:llä liene kliinisesti merkittävää vaikutusta unilääkkeillä nukuttujen öiden määrään primaarissa tai komorbidissa (psykiatrinen) unettomuudessa muuhun hoitoon verrattuna (näytönaste C). Luik ym. 2020 satunnaistetun tutkimuksen mukaan digitaalisesti annettu CBT-I vähensi unilääkkeiden käyttöä unenhuoltoon, potilasohjaukseen sekä tavanomaiseen hoitoon verrattuna (riskisuhde 0.64, 95% luottamusvälit 0.42; 0.97). Myös laajan (n = 1721) norjalaisen satunnaistetun tutkimuksen (Vedaa ym. 2020) perusteella automatisoitu digitaalinen CBT-I vähensi primaariunettomuudesta kärsivien aikuisten unilääkkeiden käyttöä potilasohjaukseen verrattuna (vaikutuksen suuruus 0.49, 95 % luottamusvälit 0.23; 0.74). (Hotuksen katsaus, liitetaulukko 3).

5.1.6 Vaikutus terveyspalveluiden käyttöön

Vaikutuksia terveyspalveluiden käyttöön oli käsitelty vain yhdessä katsauksessa ja yhdessä tutkimuksessa. Digitaalisesti toteutetulla CBT-I:lla ei ollut vaikutusta muiden terveyspalveluiden käyttöön verrattuna pelkkään unenhuoltoon (Luik ym. 2020).

5.2 Turvallisuus

Haittavaikutuksia oli tarkasteltu vain kahdessa yhdestätoista mukaan otetussa katsauksessa (Kwon ym. 2021, Edinger ym. 2021). Edingerin (2021) katsauksessa havaittiin, että CBT-I:n aloituksen yhteydessä unettomuudesta kärsivien päiväväsymys lisääntyi ja psykomotorinen suorituskyky heikkeni unirajoitushoidon alkuvaiheessa. Myös unen kokonaispituus oli heti intervention jälkeen lyhyempi CBT-I:tä saaneilla verrattuna kontrolliin, mutta tämä löydös on kuitenkin suhteutettava osaksi unirajoitushoitoa, jossa pyritään vähentämään sängyssä vietettyä hereillä oloaikaa. Kahdessa RCT-tutkimuksessa oli mitattu haittoja, mutta kumpikaan näistä ei raportoinut CBT-I:sta seuranneen vakavia haittoja tutkittaville (Kyle ym. 2020, van der Zweerde ym. 2020). Lisäksi yksi tutkimus (Vedaa ym. 2020) mainitsi, etteivät tutkittavat raportoineet haittoja CBT-I:sta.

Systemaattisessa katsauksessa tarkasteltujen tutkimusten perusteella CBT-I:hin ei liity merkittäviä haittavaikutuksia. Mahdolliset haitat ovat lieviä ja häviävät hoidon jatkuessa. CBT-I:n aloituksen yhteydessä unettomuudesta kärsivien päiväväsymys voi lisääntyä. CBT-I:lla hoidettavia tulisi rutiininomaisesti informoida mahdollisesta päiväväsymyksestä ja sen aiheuttamista mahdollisista vaaratilanteista, kuten väsyneenä autolla ajamisesta. Lisäksi tietyillä ryhmillä, kuten kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla, tulee olla tarkempi seuranta, jos päädytään käyttämään unirajoitetta osana hoitoa. On myös mahdollista, että osalla potilasjoukosta, kuten unilääkkeitä käyttävillä tai iäkkäillä, on riski kaatua ollessaan jalkeilla yöaikaan, jos he käyttävät uniärsykkeiden hallintamenetelmää (noustaan ylös vuoteesta, jos ei nukahda 15 minuutissa).

5.3 Kustannusvaikuttavuus

Kustannusvaikuttavuutta arvioivia tutkimuksista valikoitui mukaan yksi systemaattinen kirjallisuuskatsaus (Natsky ym. 2020), joka perustui viiteen RCT-tutkimukseen ja kahteen mallinnustutkimukseen. Katsauksessa mukana olleet RCT-tutkimukset oli tehty Japanissa, Britanniassa ja Saksassa sekä mallinnustutkimukset Uudessa-Seelannissa ja Yhdysvalloissa. Natskyn (2020) systemaattisen katsauksen lisäksi mukaan otettiin kaksi RCT-tutkimusta, jotka oli tehty Alankomaissa (de Bruin ym. 2016, Baka ym. 2021) ja yksi yhdysvaltalainen mallinnustutkimus (Darden ym. 2021). Kaikki tutkimukset koskevat avoterveydenhuoltoa. Taloudellisen arvioinnin aikahorisontit vaihtelivat kahdesta 12 kuukauteen. (Hotuksen katsaus, Taulukko 11, sivu 72-74).

Natskyn ym. 2020 katsauksessa todetaan, että CBT-I on kustannusvaikuttavaa aikuisväestössä verrattuna ei hoitoa saaneisiin tai verrattuna unilääkkeiden käyttöön. Unettomuuden aiheuttamista kustannuksista suurin osa liittyy epäsuoriin kustannuksiin kuten tuottavuuden vähentymiseen, erityisesti sairauspoissaoloihin töistä.

Nuorten unettomuutta arvioivassa tutkimuksessa (de Bruin ym. 2016) todettiin internetin kautta toteutettavan CBT-I:n olevan erittäin suurella todennäköisyydellä kustannusvaikuttavampaa verrattuna ryhmämuotoiseen CBT-I:hin 12 kuukauden seurannassa. Dardenin ym. 2021 tutkimus osoitti internetin kautta toteutetun CBT-I:n kustannusvaikuttavammaksi unettomuuden hoidossa myös, kun sitä verrattiin yksilö- ja ryhmämuotoiseen CBT-I:hin tai lääkehoitoon. Lisäksi aikuisväestössä toteutetussa tutkimuksessa (Baka ym. 2021) todettiin internetpohjaisen CBT-I:n olevan tavanomaista hoitoa kustannusvaikuttavampaa.

Kustannusvaikuttavuustulosten yleistettävyyden kannalta tulee huomioida, että tutkimuksissa käytetyt taloudellisen arvioinnin menetelmät erosivat toisistaan, tutkimusten otoskoot olivat pieniä, seuranta-ajat olivat lyhyitä, kustannusten osalta näkökulmat olivat suppeita (katsauksessa vain muutama tutkimus oli tehty yhteiskunnan näkökulmasta) ja tutkimuksiin osallistujat olivat hyvin erilaisia keskenään. Hotuksen kirjallisuuskatsauksessa päädytään toteamaan, että CBT-I on mahdollisesti kustannusvaikuttavaa aikuisväestön unettomuuden hoidossa. Eri tavoin toteutettavalla CBT-I:lla (yksilö-, ryhmä- tai internetpohjainen toteutus) on vaikutusta kustannuksiin ja näin ollen kustannusvaikuttavuuteen. Tutkimusten tulosten perusteella eri toteutustavoista internetpohjainen CBT-I näyttää olevan kustannusvaikuttavin. Lyhytkestoisissa seurannoissa CBT-I:sta on havaittu aiheutuvan enemmän kustannuksia kuin lääkehoidosta, mutta on huomioitava, että CBT-I:n investoimisen hyöty korostuu pidemmillä seurantajaksoilla unilääkkeiden käytön ja niihin liittyvien haittavaikutusten vähentymisen myötä (Natsky ym. 2021). Pidemmällä seuranta-ajalla ja suuremmilla potilasmäärillä tehtyä tutkimusta kuitenkin tarvitaan vahvempien johtopäätösten tekemiseen.

5.4 Näytön arviointi

Tarkastelluissa systemaattisissa katsauksissa oli metodologisia heikkouksia, joista merkittävimmät puutteet olivat: alkuperäistutkimusten rahoituksen raportoinnissa, alkuperäistutkimusten tutkimusasetelmaan liittyvien rajausten perustelussa, poissuljettujen alkuperäistutkimusten listauksessa, harhan riskin huomioimisessa tuloksia tulkittaessa ja

johtopäätöksiä tehtäessä, tietojen uuttamisessa kahden tutkijan toimesta sekä tulosten mahdollisen heterogeenisyyden tarkastelussa. Nämä puutteet vaikuttavat osaltaan tulosten luotettavuuteen. Luottamus tuloksiin jää siis pääosin kohtalaiseksi ja osassa tuloksia epävarmaksi, koska kaikkien mukaan otettujen katsauksien osalta katsausten tekijät eivät olleet arvioineet luottamusta kaikkiin tuloksiin (GRADE-arvio). Tulokset CBT-I:n vaikuttavuudesta ovat kuitenkin kauttaaltaan pitkälti samansuuntaiset. Mukaan otetuissa yksittäistutkimuksissa harhan riski arvioitiin pääosin vähäiseksi tai kohtalaiseksi. (Katso tarkemmin Hotuksen raportin sivut 79 – 81)

6 Tilastotiedot

Lyhytaikainen ja tilapäinen unettomuus on yleistä. 30 – 40 % suomalaisista aikuisista raportoi vähintään ajoittain ilmeneviä unettomuusoireita. Pitkäaikaisesta unettomuudesta kärsii Suomessa liki 12 % aikuisväestöstä ja noin 10–15 %:lla on unettomuuteen liittyviä toimintakyvyn häiriöitä. Satunnainen ja pitkäaikainen unettomuus ovat lisääntyneet erityisesti työikäisessä väestössä viime vuosikymmenien aikana. (Unettomuus: Käypä hoito –suositus 2020) Suomesta ei ole tutkimustietoa, kuinka monella perusterveydenhuollon asiakkaalla on unettomuusoireita ja kuinka usein unettomuus on käynnin pääasiallinen syy. Unettomuuden lisääntymisen syytä ei tiedetä, mutta muutokset työelämässä, kuten vuorotyön ja epäsäännöllisten työaikojen sekä työn muiden vaatimusten lisääntyminen voivat mahdollisesti olla työntekijöiden stressin lisääntymisen ja unettomuuden taustalla (Kronholm ym. 2008). Myös vapaa-ajan viettämistapojen muutokset ja hektinen yhteiskunta ovat voineet heikentää unen edellytyksiä (Summers-Bremner 2008).

Epidemiologisten tutkimusten mukaan ikä, sukupuoli, sosioekonominen asema ja muu sairastavuus ovat keskeisimpiä unettomuuden esiintyvyyteen vaikuttavia tausta- ja riskitekijöitä (Partinen & Hublin 2011). Unettomuutta on eniten yli 65-vuotiailla, mutta esiintyvyys laskee kaikkein vanhimmissa ikäryhmissä. Naisilla unettomuuden esiintyvyys

on 1,5-kertainen miehiin verrattuna, eron ollessaan suurimmillaan vaihdevuosien aikana ja niiden jälkeen. (Järnefelt 2015) Nuorten unettomuuden esiintyvyys on 9–13 %. Unettomuus on kaikissa ikäryhmissä tytöillä yleisempää kuin pojilla (Kouluterveyskysely 2000–2010). Naimattomuus sekä alempi koulutustausta ja erityisesti työttömyys ovat yhteydessä unettomuuden esiintyvyyden kasvuun (Järnefelt 2015). Unettomuus on yleistä kroonisista sairauksista kärsivillä. Esimerkiksi kipupotilaista 40–80 % ja syöpäpotilaista 25–60 % kärsii unettomuudesta. (Unettomuus: Käypä hoito –suositus 2020)

Kelalta ja THL:ltä pyydettiin tilastotietoa CBT-I menetelmällä hoitoa saavien määristä. Puutteellisten kirjauskäytäntöjen vuoksi tarkkaa tietoa potilaista, jotka saavat CBT-I:tä ei ole kuitenkaan saatavilla. Yhden arvion mukaan Suomessa vuosittain noin tuhat potilasta saa hoitoa unettomuuteensa kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmillä (Baglioni ym. 2019).

Unilääkkeiden suhteen kulutus on vähentynyt viimeisen kymmenen vuoden aikana (47 DDD (Defined Daily Dose)/vrk/1000 asukasta/vuorokausi vuonna 2011 ja 33,5 DDD/1000 as/vrk vuonna 2019). Vuoden 2016 jälkeen käyttö on tasaantunut. Ainoastaan melatoniinin käyttö on kasvanut 19% vuosien 2018 ja 2019 välillä. Tsopikloni on edelleen käytetyin unilääke, vaikka myös sen kulutus on laskenut (12,1 DDD/1000 as/vrk vuonna 2019). (Fimea & Kela 2020)

Unen puutteen hinnasta yhteiskunnalle ei ole tarjolla kattavaa kansantaloudellista laskelmaa. Lallukka ym. 2014 tutkimuksen laskelmat osoittivat, että jos uneen liittyvät häiriöt saataisiin kokonaan poistettua, sairauspoissaolojen aiheuttamat kustannukset vähenisivät jopa 28%. Hypoteettinen arvio perustuu vain unihäiriöiden suoriin kustannuksiin, eikä se sisällä esimerkiksi unilääkityksen ja muiden terveydenhuoltopalveluiden käytön aiheuttamia kustannuksia, tai unettomuuden vaikutusta tuottavuuteen ja onnettomuuksiin työpaikoilla. Unettomuudesta johtuvien sairauspoissaolojen hinnan on arvioitu olevan 0,1 – 0,8 % suhteessa

bruttokansantuotteeseen. (Lallukka ym. 2014) Suomessa tarvitaan kuitenkin näitä aiempia arvioita systemaattisempi taloustieteellinen arvio. Arvio unettomuuden aiheuttamista kokonaiskustannuksista on tärkeä, jotta unettomuuden haittoja voitaisiin vähentää.

Unettomuus suurentaa työkyvyttömyyseläkkeelle joutumisen riskiä ja lähes kolminkertaistaa masentumisesta aiheutuvan eläköitymisen riskin (Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2020). Unettomuus on harvoin ensisijainen syy työkyvyttömyyseläkkeelle jäämiselle, eikä toissijaista syytä ole eläkeyhtiöille pakollista ilmoittaa. Tieto puuttuu noin 40 prosentissa tapauksista. Kirjaamiskäytäntöjen puutteiden vuoksi ei ole mahdollista esittää täsmällistä lukua siitä, kuinka moni jää unettomuuden vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle. (Eläketurvakeskus 2021)

Vuonna 2020 Suomessa vajaa 7900 henkilöä sai sairauspäivärahaa ei-elimellisen unettomuuden takia (taulukko 7). On kuitenkin huomioitava, että tämä on vain pieni osa unettomuuden vuoksi sairauspäivärahaa saaneista, sillä unettomuus esiintyy usein osana muita sairauksia, kuten masennusta.

Taulukko 7. Maksetut sairaspäivärahat ei-elimellisen unettomuuden takia (Kela 2021)

Saajien lukumäärä	**Alkaneiden kausien lukumäärä**	**Maksetut etuudet (€)**	**Korvattujen päivien lkm**	**Etuus keskimäärin (€/pv)**
7 858	7 808	8 984 517	144 680	62,10

Unettomuuden takia sairauspäivärahaa saavien ja työkyvyttömyyseläkkeelle jäävien lukumääristä ei ole tarkkaa tietoa, koska unettomuus on harvoin yksinään esiintyvää, vaan se esiintyy usein muiden sairauksien osana tai sen rinnalla. Unettomuutta voidaan pitää toissijaisena syynä, joka jää kirjaamatta. Unettomuuden kustannukset yhteiskunnalle syntyvät kuitenkin usein esimerkiksi työstä poissaoloina ja tuottavuuden laskuna, jonka vuoksi myös niiden kustannukset tulisi sisällyttää analyyseihin ja yhteiskunnan näkökulmaa on siten suositeltavaa käyttää taloudellisessa arvioinnissa.

7 Järjestämiseen liittyvät näkökohdat ja eettisyys

Tällä hetkellä elintapaohjausta ja omahoidon tukea antavien palveluiden järjestäminen ja kustantaminen ovat hajautuneet monelle taholle. Järjestämisvastuuta kantavat kunnat ja kuntayhtymät. Julkisessa terveydenhuollossa tuotetaan perusterveydenhuollossa elintapaohjausta ja omahoidon tukea antavia palveluita omana toimintana ja niitä annetaan myös työterveyshuollossa. Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto ovat tärkeässä asemassa nuorten ennaltaehkäisevien palvelujen tarjoamisessa ja tuen tarjoamisessa.

7.1 Hoidon saatavuus

CBT-I:tä on saatavilla arviolta ainakin noin sadassa perusterveyden- tai työterveyshuollon pisteissä, joissa hoitoa antavat pääosin koulutuksen saaneet sairaan- tai terveydenhoitajat (Baglioni ym. 2019). Viime vuosina suurimmat yksityiset terveydenhuoltoalan toimijat ovat enenevissä määrin lisänneet unettomuuden hoitoon liittyviä palveluja.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) kerää kaksi kertaa vuodessa tietoja kunnan eri toimialojen hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyöstä (nk. TEA-viisari). Vuoden 2020 tiedot unettomuuden hoitoon liittyen toimitti 117 terveyskeskusta. Tietonsa toimittaneet terveyskeskukset kattoivat 94 % koko maan asukasluvusta. Koko maassa 57 % terveyskeskuksista oli kuntien ilmoituksen mukaan käytettävissä uniongelmiin erikoistunut terveydenhuollon ammattihenkilö, tosin vaihtelevuutta maakunnittain oli runsaasti (taulukko 8). Joidenkin maakuntien terveyskeskuksissa ei ollut lainkaan tarjolla uniongelmiin erikoistunutta terveydenhuollon ammattihenkilöä, kun taas joidenkin maakuntien kohdalla oli ilmoitettu, että maakunnan jokaisessa terveyskeskuksessa olisi tällainen ammattihenkilö käytettävissä. (THL 2020)

Uniohjauksen ennaltaehkäisevää tai omahoitoa tukevaa, kasvokkain tapahtuvaa yksilöneuvontaa oli koko maassa tarjolla 48 % terveyskeskuksista, kasvokkain sekä verkko-, videoyhteys- tai puhelinneuvontana 26 % terveyskeskuksista ja vain verkko-, videoyhteys- tai puhelinneuvontana 5 % terveyskeskuksista. Vastaavat luvut koko maassa ryhmäohjauksen suhteen olivat 31 %, 9 % ja 1 %. Sekä yksilö- että ryhmäohjauksen

tarjonnan suhteen on paljon vaihtelua maakunnittain, joka asettaa unettomuudesta kärsivät ihmiset eriarvoiseen asemaan asuinpaikkaansa nähden. Jotkin maakunnat ilmoittivat, ettei heillä ole lainkaan saatavilla uniohjausta, kun taas toisissa maakunnissa oli tarjolla useita eri vaihtoehtoja uniohjauksen suhteen. Tarkemmat maakuntakohtaiset luvut löytyvät liitteestä 2. (THL 2020)

Jaoston asiantuntijoiden mukaan terveyskeskuksista saadut tiedot unettomuuden hoidon tarjonnasta ovat yllättävän myönteisiä, minkä vuoksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta pyydettiin tarkentavaa tietoa tiedonkeruun luotettavuuteen liittyen. Saadun vastauksen perusteella tiedonkeruu on osoitettu kunnan kansanterveystyöstä vastaavalle toimintayksikölle. Tietojen keräämiseen tarvitaan useampi henkilö siten, että yhdyshenkilö toimii tietojen keräämisessä vastaavana koordinaattorina, joka kokoaa tarvittavat tiedot eri asiantuntijoilta (Wiss 2021).

Suomessa nettiterapiat ovat Helsingin yliopistollisen sairaalan tuottamia. Hinta kunnalle/sairaanhoitopiirille on 560 euroa, potilaalle se on ilmainen. Internetpohjaiseen terapiaan tarvitaan lähete, jonka voi tehdä kuka tahansa lääkäri mistä päin Suomea tahansa. On kuitenkin tiedossa, että potilaan voi olla vaikea saada lähetettä, koska jotkut organisaatiot pyrkivät rajoittamaan lähettämistä. Julkaisemattomien tulosten mukaan hoidon vaikuttavuutta on seurattu ja todettu hyväksi verrattuna CBT-I:n tuloksellisuuteen kansainvälisissä tutkimuksissa (Stenberg 2021).

Taulukko 8. Onko terveyskeskuksessa käytettävissä osana toimintaa tai ostopalveluna uniongelmiin erikoistunutta hoitajaa, lääkäriä tai muuta terveydenhuollon ammattihenkilöä? (muokattu Terveydenedistämisaktiivisuus (TEA) perusterveydenhuollossa 2020 – tiedonkeruun perustaulukoista)

Maakunta	**Ei (%)**	**Kyllä (%)**
Etelä-Karjala (n=1)	0	100
Etelä-Pohjanmaa (n=6)	0	100
Etelä-Savo (n=4)	25	75
Kainuu (n=1)	100	0
Kanta-Häme (n=4)	75	25
Keski-Pohjanmaa (n=1)	0	100
Keski-Suomi (n=6)	83	17
Kymenlaakso (n=1)	0	100
Lappi (n=15)	53	47
Pirkanmaa (n=14)	29	71
Pohjanmaa (n=4)	75	25
Pohjois-Karjala (n=1)	100	0
Pohjois-Pohjanmaa (n=16)	25	75
Pohjois-Savo (n=7)	29	71
Päijät-Häme (n=3)	67	33
Satakunta (n=6)	33	67
Uusimaa (n=15)	53	47
Varsinais-Suomi (n=12)	50	50
Koko maa (n=117)	**43**	**57**

Suurin osa unettomuuspotilaista on siis perusterveydenhuollon asiakkaita, ja olisi luontevaa, että he saisivat hoitoa tältä taholta. Tämä kuitenkin edellyttää sitä, että perusterveydenhuollon yksiköissä toimivilla terveydenhuollon ammattilaisilla on valmiuksia hoitaa unettomuuspotilaita psykologisin keinoin (Järnefelt 2015). Vuodesta 2021 lähtien Suomen unitutkimusseurassa (SUS) on toiminut CBT-I koulutustoimikunta, joka esittää terveydenhuollon ammattilaisille kolmiportaista unettomuuden hoidon koulutuspolkua:

- Ensimmäisellä tasolla ovat perustason koulutukset (vähintään 2 päivää), jotka sisältävät perustiedot unesta ja unihäiriöistä sekä vähintään psykoedukaation, unen huollon, uniärsykehallintamenetelmän ja unirajoite-menetelmän opettamisen. Perustason koulutus antaa pätevyyden toteuttaa neuvontaa ja unettomuuden mini- interventioita, esim. 1-3 käyntiä. Tämän koulutuksen käytyään henkilö voi käyttää nimikettä Uniohjaaja (SUS). Uniohjaajakoulutus maksaa noin 500-800 euroa.

- Toisella tasolla ovat edistyneen tason koulutukset, jotka sisältävät perustason koulutussisällön lisäksi teoriaa ja interaktiivista opetusta kognitiivisista menetelmistä ja rentoutustekniikoista sekä kliinistä ryhmä- tai yksilömuotoista työnohjausta vähintään 4 x 1.5t ja kirjallisen hoitoprosessin kuvauksen, että itseopiskelua. Koulutus antaa pätevyyden toteuttaa strukturoitua, manualisoitua CBT-I hoitoa. Tämän koulutuksen käytyään henkilö voi käyttää nimikettä CBT-I unettomuusterapeutti (SUS). CBT-I unettomuusterapeuttikoulutus maksaa noin 1000 euroa.

- Kolmannella tasolla ovat asiantuntijatason koulutukset, jotka tarkoittavat vähintään kahden CBT-I -koulutuksen suorittamista, unilääketieteen koulutuspäiviin osallistumista, laajan koulutusmateriaalin perehtymistä sekä lisätyönohjausta ja apukouluttajana toimimista. Asiantuntijatason pätevyyteen edellytetään myös vähintään kahden vuoden kliinistä toimintaa edistyneen tason hoitokokonaisuuksien toteuttajana. Koulutus antaa pätevyyden toimia kouluttajana edistyneen tason koulutuksissa. Koulutuksen käytyään henkilö voi käyttää nimikettä Asiantuntijatason CBT-I unettomuusterapeutti (SUS).

Suomen unitutkimusseuran hallitus on hyväksynyt tämän kolmiportaisen koulutusmallin ja valtuuttanut CBT-I koulutustoimikunnan myöntämään sertifikaatteja eritasoisille koulutuksille ja nimikkeille hakemusten perusteella. Toistaiseksi sertifikaatteja on myönnetty HUS:n, Työterveyslaitoksen, TYKS:n (Turun yliopistollinen sairaala) Uni- ja

hengityskeskus yhdessä Turun AMK:n (Ammattikorkeakoulu) ja Uniliitto ry:n järjestämille unettomuuskoulutuksille.

Uniliitto ry on Suomessa toimivien uniyhdistysten kattojärjestö, joka tarjoaa apua, tukea ja tietoa unihäiriöistä kärsiville. Uniliitto järjestää vertais- ja uniryhmiä, joita pidetään tällä hetkellä (lokakuu 2021) etäyhteydellä. Uniryhmät ovat kuuden tapaamisen kurssimuotoinen kokonaisuus. Ryhmä antaa osallistujalle tietoa, vertaistukea ja keinoja oman unen ja unihäiriön hoitoon. Ohjaajina toimivat terveydenhuollon ammattilaiset, jotka Uniliitto on perehdyttänyt ryhmien ohjaamiseen. Ryhmässä käytetyt menetelmät perustuvat Käypä hoito -työryhmän suositukseen unettomuuden hoitamiseksi lääkkeettömin keinoin. Kurssimuotoisissa kokoontumisissa käytetään kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä ja niihin liittyviä harjoituksia kotitehtävineen. (Uniliitto 2021)

7.2 Eettiset näkökohdat ja järjestämiseen liittyvät ongelmakohdat

Terveydenhuollon menetelmään tai palveluihin liittyviä eettisiä näkökohtia voidaan tarkastella esimerkiksi hyötyjen ja haittojen, tietopohjan puutteiden, potilaan itsemääräämisoikeuden, ihmisarvon tai oikeudenmukaisuuden ja yhdenvertaisuuden näkökulmista.

Kansallisessa hoitosuosituksessa on haluttu edistää lääkkeettömien hoitokeinojen käyttöä unettomuuden hoidossa. Tutkimustulosten perusteella CBT-I on vaikuttava hoitokeino, jolla on vähän haittoja. Jos CBT-I menetelmiä ei ole tarjolla, määrätään ja käytetään helposti unilääkkeitä. Niiden käyttöön liittyy tunnettuja riskejä, kuten unen laadun heikentyminen, riippuvuus ja lisääntynyt kaatumisriski.

Pitkäaikainen unettomuus heikentää henkilön luottamusta siihen, että hän pystyy vaikuttamaan omaan uneensa. Elintapoihin liittyvät terveysongelmat voidaan kokea ”itseaiheutetuksi” ja niihin voi olla vaikeampi saada apua, erityisesti jos resurssit ovat

rajalliset. On tärkeää ymmärtää koko unettomuuden kirjo lievistä tilapäisistä oireista aina vakavaan, työ- ja toimintakykyä merkittävästi heikentävään unettomuushäiriöön. On huomioitava, että monilla unettomuudesta kärsivillä on myös muita psyykkisiä tai fyysisiä sairauksia. Tällöin unettomuus voidaan nähdä vain yhtenä, toissijaisena oireena, eikä sen hoitoa käsitellä riittävästi.

CBT-I:ssä potilaan oma rooli hoidossa on merkittävä, ja CBT-in käytön voidaan ajatella lisäävän potilaan autonomiaa ja pystyvyyden tunnetta hallita elämäänsä. CBT-I voi parantaa yleistä elämänhallintaa, elintapoja ja luoda säännöllisyyttä päivärytmiin. Vaikuttavan CBT-I:n seurauksena ihmisen valveilla oloajan vireystila paranee ja hän on kykenevämpi harkitsemaan itseään koskevia päätöksiä. Parantunut uni vaikuttaa ihmisen päiväaikaiseen toimintakykyyn ja käyttäytymiseen, millä voi olla myönteinen vaikutus henkilön vuorovaikutukseen, ihmissuhteisiin sekä työkykyyn. CBT-I usein lisää minäpystyvyyttä ja itseymmärrystä unen ja unettomuuden suhteen. Osaltaan nämä tekijät vaikuttavat siihen, että uni paranee usein vielä CBT-I:n jälkeenkin, kun taas pitkäaikaisen unilääkityksen lopettaminen ilman samanaikaista muuta apua on vaikeaa. Pitkään jatkuneen unilääkehoidon purkaminen edellyttää useimmiten ohjausta ja tukea terveydenhuollon ammattilaiselta ja sitoutumista potilaalta.

Unettomuuden ja sen mahdollisten seurannaisvaikutusten (mm. mieliala ja työkyky) helpottuessa unettomuus aiheuttaa vähemmän kuormitusta myös perheelle. Vaikka unettomuuden aiheuttamia kustannuksia yhteiskunnalle on vaikea arvioida täsmällisesti, voidaan olettaa että, myös yhteiskunta säästää, mm. työkyvyttömyyden vähentymisen kautta.

CBT-I-hoitoa harkittaessa on tärkeää kuulla potilaan näkemys hoidosta ja missä vaiheessa hän olisi valmis CBT-I-hoitoon sekä mikä toteutusvaihtoehto sopii hänelle ja hänen elämäntilanteeseen (esim. nettiterapia, yksilö- vai ryhmätoteutus). Oletettavasti osa unettomuudesta kärsivistä haluaa jatkossakin mieluummin käyttää unilääkkeitä. Osa

unettomista voi kokea CBT-I menetelmän liian rajoittavaksi tai raskaaksi (esimerkiksi vuoteessa olon rajoituksista johtuen) tai tuntea syyllisyyttä ja epäonnistumisen tunnetta, jos keskeyttää hoidon. Lääkkeettömien hoitomenetelmien painotus unettomuuden hoidossa voi osaltaan lisätä syyllisyyttä unilääkkeiden käytöstä. Unilääkityksestä ja sen vähentämisestä on tärkeää antaa asiallista tietoa ja suunnitella mahdollista vähennystä yhteistyössä. Joissain tilanteissa pitkäaikainen unilääkitys on tarpeen unettomuuden Käypä hoito suosituksen mukaisesti.

Merkittävin eettinen ja järjestämiseen liittyvä ongelmakohta liittyy tällä hetkellä CBT-I:n yhdenvertaisen saatavuuteen. Yksilö- ja ryhmäpohjaisten terapioiden saatavuudessa on Suomessa suurta aluekohtaista vaihtelua. Alueellisen eriarvoisuuden lisäksi on suurta eriarvoisuutta kasvokkain tapahtuvan yksilö- tai ryhmä CBT-I:n saatavuudessa työterveyshuollon asiakkaiden ja julkisen terveydenhuollon tarjonnan välillä. CBT-I:n mukaista yksilö- ja ryhmäterapiaa unettomuuden hoidossa antavat yleensä koulutetut hoitajat. Koulutus kestää lyhyimmillään 2-4 päivää (tasot 1-2), joten myöskään julkisen terveydenhuollon panostus koulutukseen osallistumiseen ei ole kohtuuton. Tämä edellyttää, että palveluista vastaavat johtajat tunnistavat koulutuksen ja CBT-I:n tarjoamat hyödyt.

Myös internet-pohjaisen CBT-I:n saatavuudesta on raportoitu ongelmia, kun kunnat/sairaanhoitopiirit eivät ole potilaan toiveesta huolimatta antaneet lähetteitä HUS:n tuottamaan CBT-I nettiterapiaan. Vaikka tilanne tältä osin helpottuisi ja lähetteitä saisi jatkossa helpommin, tilanne voi muodostua ongelmalliseksi, jos CBT-I-menetelmää tarjotaan vain digitaalisena (internet/ mobiilipalveluna). Nettiterapia sopii potilaille, joiden pääasiallinen terveysongelma on unettomuus ja, jotka ovat tottuneet etäasiointiin ja käyttämään älypuhelimia, ovat omatoimisia ja valmiita sitoutumaan terapiaan. Potilaan pitää myös kyetä nettiterapiassa keskittymään kirjallisiin ohjeisiin (Keränen 2019).

Nettiterapiassa terveydenhuoltopalvelun ja itsehoidon raja on epäselvempi. Tarvitaan lisää tutkimustietoa CBT-I-sovellusten käytöstä terapeutin tukemana verrattuna automatisoituihin ilman terapeutin tukea käytettäviin sovellutuksiin.

Palveluiden järjestäjät voivat huomioida myös potilasjärjestöjen (esim. Uniliitto ry) tarjoaman kokemusasiantuntija ja vertaistuen, joka voi täydentää perustason palveluita.

8 Kansalaisnäkökulma ja potilaskokemus

Unettomuudesta kärsivien kokemuksia pyrittiin kartoittamaan mahdollisimman laaja-alaisesti. Tietoa kerättiin niin kansainvälisen kirjallisuuden avulla kuin järjestämällä ryhmätapaaminen, jossa kuultiin unettomuudesta kärsiviä potilaita ja heidän kokemuksiaan unettomuuden hoidosta.

8.1 Potilaskokemus kirjallisuuden perusteella

Potilaskokemusta selvitettiin kirjallisuuskatsauksen avulla. Kirjallisuushaku tilattiin Itä-Suomen yliopistosta, jossa informaatikko suoritti systemaattisen haun PubMed/Medline, Scopus, CINAHL, Psycinfo ja Medic tietokannoista (liite 3). Hakutulos oli kokonaisuudessaan 1201 viitettä.

Kaksi henkilöä Palkon sihteeristöstä kävi haun tulokset läpi ensin otsikko- ja sitten tiivistelmätasolla. Artikkelit valittiin niin, että ne kuvaisivat potilaiden kokemuksia unettomuuden hoidosta CBT-I:llä, mahdollinen interventio olisi toteutettu perusterveydenhuollossa tai perusterveydenhuoltoa vastaavassa kontekstissa ja tulokset olisivat siirrettävissä Suomen terveydenhuoltojärjestelmään. Näihin sisäänottokriteereihin vastaavista artikkeleista haettiin kokotekstiversiot. Kokotekstiversioiden lukemisen jälkeen valittiin lopulliset potilasnäkökulmaa kuvaavat artikkelit. Liitteen 4 taulukkoon on koottu mukaanotettujen tutkimusten (n=8) tarkemmat tiedot.

Tutkituista interventioita viisi käsitteli etänä tapahtuvaa hoitoa, kaksi kasvokkain tapahtuvaa yksilö-tai ryhmähoitoa ja yksi vertaili näitä kahta. Tulosten mukaan CBT-I -hoito koetaan rankkana, erityisesti vuoteessaolon rajoittamisen myötä syntyvä päiväaikainen väsymys oli syy hoidon keskeyttämiselle. Vertaistuki koettiin erittäin tärkeäksi osaksi unettomuuden hoitoa. Etäterapian hyviksi puoliksi koettiin itseohjautuvuus, nopeus, helppous, välitön saatavilla olo ja matalampi kynnys osallistua hoitoon kuin kasvokkain toteutetussa hoidossa. Etäterapian huonoiksi puoliksi taas mainittiin massamaisuus ja kasvottomuus. Tärkeää etäterapian käytännön toimivuuden kannalta oli, että sen helppokäyttöisyys olisi etukäteen varmistettu ja, että se soveltuisi erilaisille laitteille (tabletti, puhelin, tietokone). Sovelluksen visuaaliseen ilmeeseen toivottiin panostamista. Kasvokkain tapahtuvan hoidon hyvinä puolia olivat tehokkuus ja välitön palautteen saamisen mahdollisuus. Myös sitoutuminen hoitoon koettiin helpompana kasvokkain kuin etänä.

Johtopäätöksenä kerätyn kirjallisuuden perusteella voidaan todeta, että hoidon toivottiin olevan yksilöllistä ja omien tarpeiden mukaan suunniteltua. Hoidossa voitaisiin esimerkiksi yhdistää etähoitoa kasvokkain toteutettavaan hoitoon. Vertaistuen saaminen ja antaminen olivat potilaille tärkeitä. Yleisesti etäterapiaa pidettiin hyvänä hoitomuotona, kunhan sen helppokäyttöisyys oli varmistettu etukäteen. Vaikeimpana koettiin vuoteessaolon rajoittaminen ja päiväaikainen väsymys, joten näissä kohdissa hoitoa potilaat tarvitsevat erityisen paljon tukea, jotta he sitoutuvat hoidon jatkamiseen.

8.2 Potilastapaaminen

Kirjallisuuskatsauksen lisäksi kaivattiin tietoa suomalaisten unettomuuspotilaiden kokemuksista. Siksi järjestettiin potilastapaaminen, joka toteutettiin yksittäisenä ryhmähaastatteluna etäyhteyksin. Osallistujat (n=9) tavoitettiin Uniliiton kautta. He olivat unettomuudesta kärsiviä henkilöitä eri puolilta Suomea. Osallistujilla oli hyvin erilaisia taustoja unettomuudellensa, mutta suurin osa oli kärsinyt unettomuudesta kymmeniä vuosia. Haastatellut potilaat eivät edusta kattavasti koko suosituksen kohderyhmää.

Osallistujien kokemusten mukaan unettomuutta oltiin vähätelty sekä terveyskeskuksessa että työterveyshuollossa, eikä siihen oltu tarjottu oikea-aikaista tai oikean tyyppistä apua. Unettomuuden syitä ei oltu selvitetty, vaan unettomuusoiretta oli hoidettu pääasiassa lääkehoidolla. Unettomuuteen oli määrätty sekä uni- että masennuslääkkeitä, vaikka potilas ei itse kokenut olevansa masentunut eikä hänellä ollut masennusoireita. Lääkehoito koettiin riittämättömänä hoitomuotona ja siihen oltiin yleisesti tyytymättömiä. Lääkehoidon sopivuutta tai tehoa ei oltu seurattu terveydenhuollon puolesta, vaan reseptejä oli uusittu automaattisesti. Toisaalta oli myös kokemus siitä, että lääkärin vaihtuessa unilääkkeiden käytöstä oli syyllistetty potilasta ja määrätty lopettamaan unilääkkeet. Lääkäri ei ollut enää uusinut unilääkereseptiä, muttei tarjonnut muita vaihtoehtoja unettomuuden hoitoon, jolloin potilas jäi unettomuutensa kanssa vaille hoitoa.

Potilastapaamiseen osallistuneet kertoivat, että lääkkeetöntä hoitoa ei oltu tarjottu, vaan sen selvittäminen ja järjestäminen oli jätetty potilaan omalle vastuulle. Osallistujat kokivat, että julkisella puolella oli paljolti sattumasta ja lääkärin mielenkiinnosta sekä osaamisesta kiinni, minkälaista hoitoa unettomuuteensa sai. Osallistujat olivat omatoimisesti ja aktiivisesti hakeneet itse tietoa sekä apua kolmannelta ja yksityiseltä sektorilta. He olivat kokeilleet monipuolisesti erilaisia lääkkeettömiä hoitovaihtoehtoja vaihtelevin tuloksin. Useampi potilas oli pyytänyt lähetettä HUS:n unettomuuden hoidon nettiterapiaan, mutta sitä ei oltu kirjoitettu toiveista huolimatta. Yksi tapaamiseen osallistuneista oli saanut toivomansa lähetteen useamman pyynnön jälkeen, mutta koki hoidon pettymyksenä. Terapeutin vastausta joutui odottamaan kaksi viikkoa, vaikka apua olisi tarvinnut nopeasti. Osallistujista lähes kaikki olivat osallistuneet tai olivat parhaillaan mukana Uniliiton järjestämässä unettomuuden ryhmämuotoisessa toiminnassa, jonka he kokivat hyvänä. Osallistujista useat olivat pyytäneet pääsyä unipolygrafiaan (unihäiriöiden tutkimusmenetelmä), kun unettomuus oli jatkunut vuosia, mutta eivät olleet saaneet lähetettä, koska heidän unettomuutensa ei lääkäreiden mukaan ollut tarpeeksi vakavaa. Osallistujat olivat omakustanteisesti menneet unipolygrafiaan, joka oli tuonut ymmärrystä ja vastauksia unettomuuden syihin. Osallistujat toivat esille, että kaikilla potilailla ei ole

voimavaroja hakea tietoa ja rahaa hoitaa oma unettomuuttaan. Tällöin ongelma saattaa pahentua, millä voi olla vakavia seurauksia henkilön toimintakyvylle ja terveydelle.

Unettomuuden hoitoon toivottiin monipuolisempia ja yksilöllisempiä vaihtoehtoja lääkehoidon sijaan tai rinnalle. Toivottiin myös nopeampaa hoitoon pääsyä ja unettomuuden todeksi ottamista heti ensimmäisellä kerralla, kun se tulee esille, jotta unettomuus ei ehtisi kroonistua. Potilaat toivoivat, että lääkärit tiedottaisivat potilasjärjestöjen olemassaolosta ja kertoisivat eri hoitovaihtoehdoista, vaikka niitä ei olisikaan tarjota julkiselta puolelta. Vertaistukea ja kokemusasiantuntijoita toivottiin hyödynnettävän paremmin osana hoitoa. Hoidon päättymisen jälkeen toivottiin seurantaa, jottei jäisi vailla tukea. Lääkäreille toivottiin lisäkoulutusta unettomuudesta ja CBT-I:stä sekä muista lääkkeettömistä hoitovaihtoehdoista.

9 Valmistelun vaiheet

- 14.1.2021 Jaoston kokous. Suositusvalmistelu aloitettiin. Määriteltiin PICO systemaattisen kirjallisuuskatsauksen toimeksiantoa varten.
- 12.3.2021 Jaoston kokous. Täsmennettiin kirjallisuuskatsauksen työsuunnitelmaa ja ohjeistettiin valmistelumuistion jatkotyöstämistä.
- 28.4.2021 Jaoston kokous. Täsmennettiin kirjallisuuskatsaukseen mukaan otettavien tutkimusten kriteerejä sekä ohjeistettiin valmistelumuistion jatkotyöstämistä.
- 3.6.2021 Jaoston kokous. Päätettiin uusista kirjallisuuskatsaukseen mukaan tulevista tutkimuksista sekä ohjeistettiin valmistelumuistion jatkotyöstämistä.
- 17.6.2021 Palveluvalikoimaneuvoston kokous, valmistelumuistioluonnoksen ja alustavien tulosten esittely.
- 19.8.2021 Jaoston kokous. Käytiin valmistelumuistio- ja suositusluonnosta läpi. Ohjeistettiin jatkotyöstämistä.
- 23.9.2021 Jaoston kokous.

- 27.10.2021 Palkon neuvoston kokous. Esitettiin suositusluonnos hyväksyttäväksi otakantaan kommenteille.
- 27.10-22.11.2021 Otakannassa kommentoitavana
- 29.11.2021 Jaosto viimeisteli suositusta otakantaa –kommenttien perusteella
- 15.12.2021 Palko hyväksyi suosituksen

10 Suosituksen valmisteluun osallistuneet

Puheenjohtaja: Katri Vehviläinen-Julkunen, professori, Itä-Suomen yliopisto

Jäsenet:

- Teuvo Antikainen, ylilääkäri, Keski-Suomen keskussairaala
- Juha Auvinen, professori, Oulun yo, Duodecim
- Tapani Hämäläinen, lääkintöneuvos, STM / Palvelujärjestelmäyksikkö
- Heli Hätönen, neuvotteleva virkamies, STM / Toimintakyky-yksikkö
- Tuula Kock, asiantuntijalääkäri, Suomen Kuntaliitto
- Risto Kuronen, asiantuntijalääkäri, Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä
- Olli-Pekka Lappalainen, yliopistonlehtori, Helsingin yliopisto
- Sari Mäkinen, ylilääkäri, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
- Taina Remes-Lyly, asiantuntijahammaslääkäri, Suomen hammaslääkäriseura Apollonia
- Timo Partonen, tutkimusprofessori, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
- Heli Järnefelt, erikoispsykologi, Työterveyslaitos

Palkon sihteeristön puolesta:

- Laura Sandström, asiantuntija
- Sinikka Sihvo, erityisasiantuntija

11 Suosituksen hyväksymiseen osallistuneet

Lääkintöneuvos Sirkku Pikkujämsä, sosiaali- ja terveysministeriö, Tapani Hämäläinen, varapuheenjohtaja, lääkintöneuvos, sosiaali-ja terveysministeriö, Mirva Lohiniva-Kerkelä, varapuheenjohtaja, apulaisprofessori, Lapin yliopisto, Janne Leinonen, varapuheenjohtaja, johtava ylilääkäri, Kansaneläkelaitos, Katri Vehviläinen-Julkunen, professori, Itä-Suomen yliopisto, Minna-Liisa Luoma, tutkimuspäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Juha Auvinen, professori, Oulun yliopisto, Duodecim, Sari Raassina, johtaja, Suomen Kuntaliitto, Miia Turpeinen, arviointiylilääkäri, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Heikki Lukkarinen, toimialuejohtaja, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, Anu Maksimow, arviointiylilääkäri, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Kaisa Riala, ryhmäpäällikkö, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, Vesa Kiviniemi, arviointipäällikkö, Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus, Marja Pöllänen, dosentti, Turun yliopisto, Ismo Linnosmaa, professori, Itä-Suomen yliopisto

13 Lähdeviitteet

Barnes G, Lawrence V, Khondoker M, Stewart R & Brown J. 2019. Participant experiences of attending a community CBT workshop for insomnia: a qualitative six-year follow-up. Behavioral Sleep Medicine 17(2), 156 – 173.

Baglioni C, Altena E, Bjorvatn B, Blom K, Bothelius K, Devoto A, Espie C, Frase L, Gavriloff D, Tuuliki H, Hoflehner A, Högl B, Holzinger B, Järnefelt H, Jernelöv S, Johann A, Lomabrdo C, Nissen C, Palagini L, Peeters G, Perlis M, Posner D, Schlarb A, Spiegelhalder K, Wichniak A & Riemann D. 2020. The European academy for cognitive behavioural therapy for insomnia: an iniative of the European insomnia network to promote implementation and dissemination of treatment. Journal of Sleep Research 29(2), e12967.

Blom K, Jernelöv S, Lindefors N & Kaldo V. 2016. Facilitating and hindering factors in Internet-delivered treatment for insomnia and depression. Internet Interventions 4, 51 – 60.

Chan C, West S & Glozier N. 2017. Commencing and Persisting With a Web-Based Cognitive Behavioral Intervention for Insomnia: A Qualitative Study of Treatment Completers. Journal of Medical Internet Research 19(2) 1 – 12.

Cheung J, Bartlett D, Armour C, Laba T-L & Saini B. 2019. Patient perceptions of treatment delivery platforms for cognitive behavioral therapy for insomnia. Behavioral Sleep Medicine 17(1), 81 – 97.

Coulson N, Smedley R, Bostock S, Kyle S, Gollancz R, Luik A, Hames P & Espie C. 2016. The Pros and Cons of Getting Engaged in an Online Social Community Embedded Within Digital Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia: Survey Among Users. Journal of Medical Internet Research 18(4), 1 – 9.

Darden M, Espie CA, Carl JR, Henry AL, Kanady JC, Krystal AD, Miller C. 2021. Cost-effectiveness of digital cognitive behavioral therapy (Sleepio) for insomnia: a Markov simulation model in the United States. Sleep 9, 44(4).

De Bruin EJ, Bögels SM, Oort FJ, Meijer AM. 2018. Improvements of adolescent psychopathology after insomnia treatment: results from a randomized controlled trial over 1 year. Journal of Child Psychology and Psychiatry 59(5), 509–522.

De Bruin EJ, van Steensel FJA, Meijer AM. 2016. Cost-Effectiveness of Group and Internet Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Adolescents: Results from a Randomized Controlled Trial. Sleep 39(8), 1571–1581.

Dyrberg H, Juel A & Kragh M. 2021. Experience of Treatment and Adherence to Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia for Patients with Depression: An Interview Study. Behavioral Sleep Medicine 19(4), 481 – 491.

Edinger JD, Arnedt JT, Bertisch SM, Carney CE, Harrington JJ, Lichstein KL, Sateia M. Troxel W, Xhou E, Kazmi U, Heald J, Martin J. 2021. Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: an American Academy of Sleep Medicine systematic review, meta-analysis, and GRADE assessment. Journal of Clinical Sleep Medicine 17(2), 263–298.

Eläketurvakeskus. 2021. Unettomuuden vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle jääneet. Henkilökohtainen tiedonanto Joonas Hautamäki sähköpostilla 23.2.2021.

Espie, C. A. 2009. “Stepped Care”: A Health Technology Solution for Delivering Cognitive Behavioral Therapy as a First Line Insomnia Treatment. Sleep, 32, 1549–1558.

ETENE 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. ETENE -julkaisuja 32. STM 2011.

Fimea & Kela. 2020. Suomen lääketilasto. Helsinki. Luettu 16.2.2021.

Fortier-Brochu E, Beaulieu-Bonneau S, Ivers H & Morin CM. 2012. Insomnia and daytime cognitive performance: A meta-analysis. Sleep Medicine Review 16, 83–94.

GRADE. 2013. GRADE handbook. Schünemann H, Brożek H, Guyatt G, Oxma A (Toim.). Saatavilla verkossa.

Greenberger D & Padesky C. 1995. Mind over mood: Change how you feel by changing the way you think. New York: The Guilford Press.

Hublin C., Partinen M, Koskenvuo M & Kaprio J. 2007. Sleep and mortality: A population based 22-year follow-up study. Sleep 30, 1245–1253.

Hublin C. 2017. Unettomuus. Duodecim 133, 503 – 505.

Hublin C, Partinen M, Koskenvuo M & Kaprio J. 2011. Heritability and mortality of insomnia-related symptoms: A genetic epidemiologic study in a population-based twin cohort. Sleep 34, 957–964.

Huttunen M. 2017. Unettomuus. Duodecim Terveyskirjasto. Luettu 18.3.2021.

Järnefelt H. 2012. Unettomuuden lääkkeetön hoito työterveyshuollossa onnistuu. Suomen Lääkärilehti 67(40), 2848 – 2849.

Järnefelt H. 2015. Työterveyshuollossa toteutetun ryhmämuotoisen kognitiivisen käyttäytymisterapian tuloksellisuus pitkäkestoisen unettomuuden hoidossa. Työ ja ihminen. Tutkimusraportti. Helsinki: Työterveyslaitos.

Järnefelt H. 2017. Psykologiset hoitomuodot tehoavat unettomuuteen. Suomen Lääkärilehti 72(12), 776 – 781.

Järnefelt H. 2021. Hyvän unen avaimet. Opas unettomuuden itsehoitoon. Helsinki: Duodecim.

Jääskeläinen T, Koponen P, Lundqvist A, Borodulin K, Koskinen S sekä FinTerveys 2017 –tutkimuksen johtoryhmä. 2019. Nuorten aikuisten terveys ja elintavat Suomessa – FinTerveys 2017 -tutkimuksen tuloksia. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Kela. 2021. Sairauspäivärahat ja eläkkeet unettomuuden vuoksi. Henkilökohtainen tiedonanto sähköpostilla Reeta Pösö, 23.2.2021.

Keränen T. 2011. Sovellus auttaa saamaan unen. Lääkärilehti 74(34), 1790 – 1791.

Koffel E, Bramoweth A & Ulmer C. 2018. Increasing access to and utilization of cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I): a narrative review. Journal of General Internal Medicine 33(6), 955 – 962.

Kronholm E, Partonen T, Laatikainen T, Peltonen M, Härmä M, Hublin C, Kaprio J, Aro A, Partinen M, Fogelholm M, Valve R, Vahtera J, Oksanen T, Kivimäki M, Koskenvuo M &

Sutela H. 2008. Trends in self-reported sleep duration and insomnia-related symptoms in Finland from 1972 to 2005: a comparative review and re-analysis of Finnish population samples. Journal of Sleep Research 17(1), 54–62.

Kronholm E, Puusniekka R, Jokela J, Villberg J, Urrila, AS, Paunio T, Valimaa R & Tynjälä J. 2015. Trends in self-reported sleep problems, tiredness and related school performance among Finnish adolescents from 1984 to 2011. Journal of Sleep Research.

Kronholm E, Partonen T, Harma M, Hublin C, Lallukka T, Peltonen M & Laatikainen T. 2016. Prevalence of insomnia-related symptoms continues to increase in the Finnish working-age population. Journal of Sleep Research 25, 454–457.

Kucharczyk, E. R., Morgan, K. & Hall A. P. (2012). The occupational impact of sleep quality and insomnia symptoms. Sleep Medicine Reviews 16, 547–559.

Kwon C-Y, Lee B, Cheong MJ, Kim T-H, Jang B-H, Chung SY, Kim J. 2021. Non-pharmacological Treatment for Elderly Individuals With Insomnia: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. Front Psychiatry 28(11), 608896.

Lallukka T, Kaikkonen R, Härkänen T, Kronholm E, Partonen T, Rahkonen O & Koskinen S. 2014. Sleep and sickness absence: a nationally representative register-based follow-up study. Sleep 37(4), 1413 – 1425.

Léger, D. & Bayon, V. (2010). Societal costs of insomnia. Sleep Medicine Reviews, 14, 379–389.

Lichstein KL, Taylor DJ, McCrae CS, Ruiter M. 2017. Insomnia: epidemiology and risk factors. Teoksessa: Kryger M, Roth T, Dement WC (toim). Principles and practice of sleep medicine. 6th edition. Philadelphia: Elsevier s. 761–8.

Lichstein KL, Thomas SJ, Woosley JA, Geyer JD. 2013. Co-occurring insomnia and obstructive sleep apnea. Sleep Medicine 14(9), 824–829.

Luik AI, Kyle SD, Espia CA. 2017. Digital Cognitive Behavioral Therapy (dCBT) for Insomnia: a State-of-the-Science Review. Current Sleep Medicine Reports 3, 48–56.

Luik AI, Marsden A, Emsley R, Henry AL, Stott R, Miller CB, Espie C. 2020. Long-term benefits of digital cognitive behavioural therapy for insomnia: Follow-up report from a randomized clinical trial. Journal of Sleep Research 29(4):e13018.

Meaklim H, Abbott J-A, Kennedy G, Murray G, Klein B & Rehm I. 2018. Lessons learned from delivering an internet intervention for insomnia in an Australian public hospital outpatient setting. Australian Psychologist 54, 225 – 234.

Mielenterveystalo. 2021. Unettomuuden omahoito. Saatavilla verkossa. Luettu 23.4.2021.

Morin C & Espie C. 2004 Insomnia: a clinical guide to assessment and treatment. New York: Springer.

Morin C, Vallieres A. & Ivers H. 2007. Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep (DBAS): validation of a brief version (DBAS-16). Sleep 30, 1547–1554.

Morin C, Drake C, Allison H, Krystal A, Manber R, Riemann D & Spiegelhalder K. 2015. Insomnia disorder. Natural Reviews 3(1), 1–18.

Natsky AN, Vakulin A, Chai-Coetzer CL, Lack L, McEvoy RD, Lovato N, Sweetman A, Gordon C, Adams R, Kaambwa B. 2020. Economic evaluation of cognitive behavioural therapy for insomnia (CBT-I) for improving health outcomes in adult populations: A systematic review. Sleep Medicine Reviews 54, 101351.

Neutel, C. I. 1995. Risk of traffic accident injury after a prescription for a benzodiazepine. Annals of Epidemiology 5, 239–244.

Norra C, Richter N, Juckel G. 2011. Sleep disturbances and suicidality: a common association to look for in clinical practice and preventive care. EPMA J 2(3), 295–307.

Ohayon, M. M. & Partinen, M. 2002. Insomnia and global sleep dissatisfaction in Finland. Journal of Sleep Research 11, 339–346.

Okujava N, Malaskhia N, Shagidze S, Tsereteli A, Arevadze B, Chikhladze N, Weerd A & Straten A. 2019. Digital cognitive behavioral therapy for insomnia – The first Georgian version. Can we use it in practice? Internet Interventions 17, 100244.

Paile-Hyvärinen M, Elonen E, Lahtela J, Lauhio A, Puhakka J, Ruokoniemi P, Ruuskanen J, Saarinen A & Viikki M. 2019. Unettomuuden hoidon tavoite on vireä päivä. Lääkärilehti 74(11), 693 – 696.

Partinen, M. & Hublin, C. 2011. Epidemiology of sleep disorders. Teoksessa M. Kryger, T.

Partonen T. 2011. Uniongelmat mielenterveyden häiriöiden riskitekijöinä ja oireena. Sosiaalilääketieteen aikakausilehti 48, 123–127.

Partonen T. 2014. Unettomuuden diagnostiikka. Suomen Lääkärilehti 69(6), 395 – 399.

Partonen T. 2015. Vaikean unettomuuden hoito. Suomen Lääkärilehti 70(8), 469 – 472.

Partonen T, Lundqvist A, Wennman H & Borodulin K. 2018. Uni. Julkaisussa: Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa (toim. Koponen P Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K & Koskinen S.) FinTerveys 2017 –tutkimus. THL. Raportti 4/2018. Luettu 18.3.2021.

Partonen T, Tuisku K, Nikolakaros G & Partinen M. 2020. Mistä unettomuushäiriössä on kyse? Duodecim 136, 2470 – 2477.

Puustjärvi A. 2016. Lasten ja nuorten kognitiivinen käyttäytymisterapia. Luettu 16.4.2021.

Qaseem A, Kansagara D, Forciea M-A, Cooke M & Denberg T. 2016. Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. Clinical Guidelines.

Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Groselj L, Ellis J, Espie C, Garcia-Borreguero D, Gjerstad M, Goncalves M, Hertenstein E, Jansson-Frojmark M, Jennum P, Leger D, Nissen C, Parrino L, Paunio T, Pevernagie D, Verbaecken J, Wees H-G, Wichniak A, Zavalko I, Arnadottir E, Deleanu O-C, Strazisar B, Zoetmulder M &

Spiegelhaler K. 2017. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. Journal of Sleep Research 26, 675 – 700.

Roth & W. C. Dement (toim.), Principles and practice of sleep medicine, (5. painos, s. 694–715).St Louis, MO: Elsevier Saunders.

Sairaanhoitajaliitto 2014. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Luettu 6.4.2021.

Sandlund C, Kane K, Ekstedt M & Westman J. 2018. Patients' experiences of motivation, change, and challenges in group treatment for insomnia in primary care: a focus group study. BMC Family Practice 111 (19), 1-11.

SBU. 2010. Behandling av sömnbesvär hos vuxna. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). SBU-rapport nr 199.

Seyffert M, Lagisetty P, Landgraf J, Chopra V, Pfeiffer PN, Conte M, Rogers M. 2016. Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy to Treat Insomnia: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One 11(2), e0149139.

Sindi S, Kåreholt I, Johansson L, Skoog J, Sjöberg L, Wang HX, Johansson B, Fratiglioni L, Soininen H, Solomon A, Skoog I & Kivipelto M. 2018. Sleep disturbances and dementia risk: a multicenter study. Alzheimer's & Dementia 14(10), 1235–1242.

Summers-Bremner E. 2008. Insomnia. A Cultural history. Lontoo: Reaktion Books Ltd.

Suomen Lääkäriliitto. 2013. Lääkärin etiikka 2013. 7. painos.

Shekleton J, Rogers N & Rajaratnam S. M. 2010. Searching for the daytime impairments of primary insomnia. Sleep Medicine Reviews 14, 47–60.

Sivertsen B, Lallukka T, Salo P, Pallesen S, Hysig M, Krokstad S & Øverland S. 2014. Insomnia as a risk factor for ill health: results from the large population-based prospective HUNT study in Norway. Sleep 23, 124–132.

Spielman A, Yang CM & Glovinsky P.2011. Assessment techniques for insomnia. Kirjassa: Kryger MD, Roth T, Dement WC, toim. Principles and practice of sleep medicine, 5th edition. Missouri: Elsevier 1632−1645.

STM. 2019. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2019: 2.

Stenberg J-H. 2021. Kysymyksiä HUSin unettomuuden hoito nettiterapiasta. Henkilökohtainen tiedonanto 22.6.2021.

THL 2020. Terveydenedistämisaktiivisuus (TEA) perusterveydenhuollossa 2020 - tiedonkeruun perustaulukot. 2020. Päivitetty 30.3.2021. Luettu 6.4.2021.

Tuomisto MT, Lappalainen R. 2020. Kognitiivinen käyttäytymisterapia. Kirjassa Psykoterapiat. Toim. Huttunen MO, Kalska H. Duodecim 2020, 86-110.

Unettomuuden nettiterapia. 2021. Saatavilla verkossa. Luettu 7.4.2021.

Unettomuus. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020.

Uniliitto. 2021. Apua uniryhmistä. Saatavilla verkossa. Luettu 30.6.2021.

Vgontzas AN, Fernandez-Mendoza J, Liao D, Bixler E. 2013. Insomnia with objective short sleep duration: the most biologically severe phenotype of the disorder. Sleep Medcine Reviews 17(4), 241–254.

Wade, A. G. (2011). The societal costs of insomnia. Neuropsychiatric Disease and Treatment 7, 1–18.

Van der Zweerde T, Lancee J, Slottje P, Bosmans JE, Van Someren EJW, van Straten A. 2020. Nurse Guided Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in General Practice: Results from a Pragmatic Randomized Clinical Trial. Psychotherapy and Psychosomatics 89(3), 174–184.

Van der Zweerde T, Bisdounis L, Kyle SD, Lancee J, van Straten A. 2019. Cognitive behavioral therapy for insomnia: A meta-analysis of long-term effects in controlled studies. Sleep Medicine Reviews 48, 101208.

Vedaa Ø, Kallestad H, Scott J, Smith ORF, Pallesen S, Morken G, LangsrudK, Gehrman P, Thorndike F, Ritterband L, Harvey A, Stiles T, Sivertsen B. 2020. Effects of digital cognitive behavioural therapy for insomnia on insomnia severity: a large-scale randomised controlled trial. Lancet Digital Health 2(8), e397–406.

Werner-Seidler A, Wong Q, Johnston L, O'Dea B, Torok M & Christensen H. 2019. Pilot evaluation of the Sleep Ninja: a smartphone application for adolescent insomnia symptoms. BMJ Open.

WHO. 1995. Tautiluokitus ICD-10. 2. uudistettu painos. Helsinki: STAKES.

Wiss K. 2021. Tiedustelu liittyen Teaviisariin. Henkilökohtainen tiedonanto 30.4.2021.

Åslund L, Arnberg F, Kanstrup M, Lekander M. 2018. Cognitive and Behavioral Interventions to Improve Sleep in School-Age Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Clinical Sleep Medicine 14(11), 1937–1947.

14 Liiteluettelo

Liite 1. Kirjallisuuskatsaus (erillisenä liitteenä)

Liite 2. Uniohjauksen yksilö- ja ryhmäneuvonta maakunnittain –taulukot

Liite 3. Potilasnäkökulman hakustrategia

Liite 4. Potilaiden kokemuksia CBT-I:stä – keskeiset tutkimukset ja tulokset

Liite 2 Uniohjauksen yksilö- ja ryhmäneuvonta maakunnittain

Uniohjauksen yksilö- ja ryhmäneuvontaan kuuluivat ennaltaehkäisevä tai omahoitoa tukeva toiminta, jota on terveyskeskuksen palveluvalikoimassa omana toimintana, yhteistyössä kunnan toisen toimialan kanssa tai yhteistyössä esimerkiksi järjestöjen kanssa. Taulukot on muokattu TEA-viisarin 2020 perustaulukoista.

*= verkko-, videoyhteys- tai puhelinneuvonta

Yksilöneuvonta				
Maakunta	**Ei (%)**	**Kyllä, kasvokkain (%)**	**Kyllä, sekä kasvokkain että etänä(%)**	**Vain etänä* (%)**
Etelä-Karjala (n=1)	0	0	100	0
Etelä-Pohjanmaa (n=6)	0	67	33	0
Etelä-Savo (n=4)	25	25	50	0
Kainuu (n=1)	0	100	0	0
Kanta-Häme (n=4)	0	50	25	25
Keski-Pohjanmaa (n=1)	0	100	0	0
Keski-Suomi (n=6)	17	50	17	17
Kymenlaakso (n=1)	0	100	0	0
Lappi (n=15)	27	40	27	7
Pirkanmaa (n=14)	0	64	29	7
Pohjanmaa (n=4)	25	50	25	0
Pohjois-Karjala (n=1)	100	0	0	0
Pohjois-Pohjanmaa (n=17)	35	35	24	6
Pohjois-Savo (n=7)	29	29	29	14
Päijät-Häme (n=3)	0	67	33	0
Satakunta (n=6)	0	83	17	0
Uusimaa (n=14)	29	43	29	0
Varsinais-Suomi (n=12)	42	42	17	0
Koko maa (n=117)	59	31	9	1

Ryhmäneuvonta				
Maakunta	**Ei (%)**	**Kyllä, kasvokkain (%)**	**Kyllä, sekä kasvokkain että etänä(%)**	**Vain etänä* (%)**
Etelä-Karjala (n=1)	0	0	100	0
Etelä-Pohjanmaa (n=6)	33	50	17	0
Etelä-Savo (n=4)	25	25	50	0
Kainuu (n=1)	100	0	0	0
Kanta-Häme (n=4)	50	25	25	0
Keski-Pohjanmaa (n=1)	100	0	0	0
Keski-Suomi (n=6)	33	50	17	0
Kymenlaakso (n=1)	0	100	0	0
Lappi (n=14)	79	14	7	0
Pirkanmaa (n=14)	50	50	0	0
Pohjanmaa (n=4)	50	50	0	0
Pohjois-Karjala (n=1)	100	0	0	0
Pohjois-Pohjanmaa (n=17)	71	29	0	0
Pohjois-Savo (n=7)	57	29	0	14
Päijät-Häme (n=3)	100	0	0	0
Satakunta (n=6)	17	67	17	0
Uusimaa (n=14)	71	14	0	14
Varsinais-Suomi (n=8)	67	25	8	0
Koko maa (n=116)	59	31	9	1

*= verkko-, videoyhteys- tai puhelinneuvonta

Liite 3. Potilasnäkökulman hakustrategia

Potilaiden kokemuksia CBT-i-menetelmästä unettomuuden hoidossa

Systemaattisen kirjallisuushaun tarkoitus ja tavoite

Tarkoituksena on tehdä systemaattinen kirjallisuushaku liittyen potilaiden kokemuksista kognitiiviskäyttäymisterapeuttisten menetelmien (CBT-i) käytöstä unettomuuden hoidossa. Tavoitteena on löytää tietoa abstraktitasolla potilaiden kokemuksista liittyen CBT-i-menetelmään unettomuuden hoidossa.

Hakusanat:

”Kognitiivinen käyttäytymisterapia” OR ”Kognitiivis-behavioraalinen terapia” OR ”Kognitiiviskäyttäytymisterapeuttiset menetelmät” OR ”kognitiivis-behavioraaliset menetelmät” OR KKT OR “Cognitive Behavioral Therapy” OR “Cognitive behavioural therapy” OR CBT OR CBT-i OR CBTI OR cCBT OR iCBT-I OR dCBT-I OR eCBT-I OR computerised cognitive behavioural therapy OR Internet Cognitive Behavioral Therapy OR internet CBTI OR internet therapy

AND

Unettomuus OR unihäiriö OR unettomuushäiriö OR Insomnia OR Sleep* OR “Sleep disorder” OR “Sleep disturbance” OR Sleeplessness OR “sleeping problem(s)”

AND

Potilasnäkökulma OR potilaskokemus OR Patient perspective OR Patient perception OR Patient experience

Sisäänottokriteerit:

- tieteellinen vertaisarvioitu tutkimusartikkeli tai katsaus (systemaattiset katsaukset, katsaukset, RCTt, vertailevat tutkimukset, myös laadulliset haastattelututkimukset)
- julkaisukieli suomi, englanti, ruotsi
- julkaisuvuosi 2016-2021
- potilasnäkökulma, potilaskokemus

Poissulkukriteerit:

- tapausselostukset, konferenssipaperit
- lapset (alle 13-vuotiaat)

Liite 4. Potilaiden kokemuksia CBT-I:stä – keskeiset tutkimukset ja tulokset

Kirjoittajat, vuosi, otsikko ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimustyyppi ja osallistujat	Interventio	Keskeiset tulokset
Sandlund ym. 2018 Patients' experiences of motivation, change, and challenges in group treatment for insomnia in primary care: a focus group study. Ruotsi	Tarkastella potilaiden kokemuksia sairaanhoitajan pitämästä ryhmämuotoisesta CBT-I:stä perusterveyden huollossa.	Laadullinen; fokusryhmähaastattelut potilaille (n=17), joilla oli diagnosoitu unettomuus. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.	Sairaanhoitajan pitämä ryhmä CBT-I perusterveydenhuollossa.	Oma halu muutokseen, vertaistuki sekä luottavaisuus motivoivat potilaita sitoutumaan hoitoon. Potilaat saivat hoidon aikana tietoa, jonka he muunsivat omakseen, joka auttoi heitä muodostamaan toimivia unirutiineja ja he oppivat päästämään irti unen suorittamisesta ja huolesta. Potilaiden luottamus omaan pystyvyyteen lisääntyi, kun heillä oli hoidon myötä mahdollisuus vaikuttaa omaan unettomuuteensa. Hoito koettiin rankkana ja ulkoiset tekijät haastoivat hoidon onnistumista. Potilaat muokkasivat hoitoa omien tarpeiden mukaisiksi.
Blom ym. 2016 Facilitating and hindering factors in Internet-delivered treatment for insomnia and depression. Ruotsi	Tunnistaa ICBT-I:hin osallistumisen edistäviä ja estäviä tekijöitä.	Määrällinen ja laadullinen; RCT ja 6 kk:n kuluttua interventiosta puhelinhaastattelu. Analyysi grounded theory-menetelmällä. Aikuisia, joilla komorbidi unettomuus ja masennus. CBT-I:tä sai n=18 potilasta.	Ohjattu internet alustalla tapahtuva CBT-I eli ICBT-I.	Osallistujilla oli sekä positiivisia että negatiivisia asenteita hoitoa kohtaan. Puolet osallistujista asennoitui positiivisesti sen suhteen, että hoito tapahtui internetissä, hyvin harva oli kokonaan internetissä tapahtuvaa hoitoa vastaan. Usea osallistuja, joka sai hoitoa masennukseen olisi halunnut olla toisessa ryhmässä, joka sai hoitoa unettomuuteen, koska he kokivat, että masennus oli seurausta unettomuudesta. CBT-I-ryhmässä olevat taas valittivat, että he eivät pystyneet keskittymään unettomuuden hoitoon masennuksen oireiden vuoksi (keskittymisvaikeudet, aloittamisen vaikeus, epäonnistumisen tunteet). Osallistujat kokivat internetin kautta tapahtuneen hoidon riittämättömänä, ja olisivat toivoneet tukea lisäksi esim. ryhmämuodossa. Osallistujat kokivat, että unettomuuden hyväksyminen oli hyödyllistä hyvän lopputuloksen saavuttamisessa.

Kirjoittajat, vuosi, otsikko ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimustyyppi ja osallistujat	Interventio	Keskeiset tulokset
Dyrberg ym. 2021 Experience of Treatment and Adherence to Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia for Patients with Depression: An Interview Study. Tanska	Tarkastella komorbidi masennuksesta ja unettomuudesta kärsivien potilaiden kokemuksia CBT-I:n eri osa-alueista ja sitoutumisesta hoitoon.	Määrällinen ja laadullinen; RCT, jonka alaryhmälle (n=12) puolistrukturoidut haastattelut. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Aikuisia, joilla diagnosoitu komorbidi masennus ja unettomuus.	CBT-I, jossa ensimmäinen tapaaminen tapaaminen oli yksilötapaaminen ja sen jälkeen 5x ryhmässä. Toimintaa ohjasivat psykologi ja psykiatrinen sairaanhoitaja.	Osallistujat valikoivat CBT-I:n osa-alueista itselleen sopivimpia. Käyttäytymisterapeuttiset menetelmät koettiin vaikeina, mutta niin tehokkaina, että ne vähensivät tarvetta oppia muita menetelmiä. Kognitiivisten menetelmien oppiminen koettiin vaikeana. Osallistujat halusivat sitoutua hoitoon, koska suosivat ei-lääkkeellisiä hoitomenetelmiä, edistyminen oli nopeaa ja tukea sai läheisiltä ja terapeutilta. Hoitoon sitoutumista haittasivat ryhmän riittämätön tuki, muutokset päivärutiineissa ja päiväaikainen väsymys, joka vaikutti kognitiiviseen ja emotionaaliseen toimintaan.
Okujava ym. 2019 Digital cognitive behavioral therapy for insomnia – The first Georgian version. Can we use it in practice? Georgia	Arvioida internet pohjaisen CBT-I:n tehokkuutta, siihen sitoutumista ja helppokäyttöisyyttä.	Määrällinen; pitkittäinen tapaus-verrokkitutkimus. Alku- ja loppumittaus. Unettomuudesta kärsiviä aikuisia (n=25).	Käännetty versio hollantilaisesta i-Sleep unettomuuden digitaalisesta CBT:stä, jossa terapeutti ohjaa hoitoa ja antaa palautetta.	Osallistujista seitsemän (yli 50-vuotiaita) kokivat haasteita elektronisten laitteiden ja alustan kanssa. Yhdeksän potilasta keskeytti terapian pääasiassa, koska terapia vei liikaa aikaa ja he olivat pettyneitä siihen, ettei vaikutuksia näkynyt välittömästi. Yksitoista potilasta keskeytti, koska kokivat vuoteessaolon rajoittamisen vaikeana. Yleisesti digitaalinen CBT-I koettiin ymmärrettävänä ja helppona käyttää. Yli 50-vuotiaat osallistujat olisivat suosineet kasvokkain tapahtuvaa CBT-I:tä digitaaliseen CBT-I:hin.

Kirjoittajat, vuosi, otsikko ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimustyyppi ja osallistujat	Intervention	Keskeiset tulokset
Cheung ym. 2019 Patient Perceptions of Treatment Delivery Platforms for Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia. Australia	Tarkastella potilaiden näkemyksiä kasvokkain tapahtuvasta CBT-I:stä verrattuna elektroniseen CBT-I:hin.	Laadullinen; puolistrukturoidut haastattelut. Aineisto analysoitiin framework analyysillä. Unettomuudesta kärsiviä aikuisia (n=51).	Kasvokkain tai internetin kautta tapahtuva CBT-I (30 min/viikko x 4 viikkoa)	Yleisesti potilaat pitivät kasvokkain tapahtuvaa terapiaa tehokkaampana. Unettomuus kokemuksista puhuminen koettiin tärkeänä osana hoitoa ja kasvokkain tapahtuvassa terapiassa oli mahdollisuus kysyä välittömästi kysymyksiä, selventää epäselviä asioita ja saada välitöntä palautetta ammattilaiselta. Lisäksi koettiin, että vaivannäkö kasvokkain tapahtuvien aikojen varaamiseen lisäsi sitoutumista hoitoon. Säännölliset tapaamiset loivat ”positiivista painetta”, jossa potilaan piti itse ottaa vastuuta hoidosta. Osallistujat ajattelivat, että etäterapia oli massoille suunnattu hoitomuoto, josta puuttui tarvittava yksilöllisyys. Etäterapiassa koettiin huonoksi myös se, että se vaati ruutuaikaa, jonka osallistujat kokivat huonona erityisesti unettomuuden kontekstissa, jossa ruutua ja sinivaloa haluttiin välttää. Toisaalta etäterapian hyvinä puolina koettiin itseohjautuvuuden myötä mahdollisuutta kontrolloida hoidon etenemisvauhtia. Lisäksi kasvokkain tapahtuvan terapian vaatima aikataulutus ja varatuille ajoille meneminen koettiin stressaavina. Myös etänä tapahtuvan terapian hyvänä puolena koettiin sen nopea ja helppo saatavuus, terapiaan ei ollut jonotusaikoja tai rajoituksia aukioloajoissa, vaan se oli saatavilla silloin, kun sitä sattui tarvitsemaan.
Chan ym. 2017 Commencing and persisting with a web-based cognitive behavioral intervention for insomnia: A qualitative study of treatment completers. Australia.	Tarkastella helpottavia ja vaikeuttavia tekijöitä CCBT-I ohjelmalle psykiatrisille potilaille.	Laadullinen ja määrällinen tutkimus; kysely ja yksilöhaastattelut. Tilastollinen analyysi ja Grounded Theory. Vähintään lievästä masennuksesta kärsivät potilaat, joilla lisäksi diagnosoitu unettomuus. n=39 ja haastatteluissa n=10.	SHUTi (Sleep Health Using the Internet) 9 viikkoa kestävä täysin automatisoitu CBT-I.	Ohjelman ainoa haaste, ja mahdollinen syy hoidon keskeyttämiselle, oli vuoteessaolon rajoittaminen. Osallistujat kokivat myös perhetilanteen, työtilanteen ja ajanpuuteen haasteiksi hoitoon sitoutumisessa. Osallistujat kokivat ohjelman visuaalisen ilmeen tärkeäksi. Myös palautteen saaminen ja tulosten konkreettinen näkeminen lisäsivät osallistujien motivaatiota. Psykoedukaatio jossa he saivat tietoa esim. tekijöistä, jotka vaikuttavat uneen, koettiin hyödylliseksi. Nettiterapian hyötyinä koettiin sen jatkuva saatavilla olo, se koettiin käteväksi ja lisäksi osallistumisen kynnys oli matalampi kuin kasvokkaisessa hoidossa. Osallistujilla oli hankaluuksia tekniikan kanssa. He toivoivat, että tekniikka toimisi eri laitteilla ja, että toiminnot olisivat selkeitä ja helppokäyttöisiä. Osallistujat kokivat myös tarpeelliseksi sen, että kliinikko olisi tukena hoidon aikana, joka oli muuten täysin automatisoitu. Lisäksi koettiin tarvetta ohjelman ja kliinisen hoidon koordinoimiselle.

Kirjoittajat, vuosi, otsikko ja maa	**Tutkimuksen tarkoitus**	**Tutkimustyyppi ja osallistujat**	**Interventio**	**Keskeiset tulokset**
Meaklim ym. 2018 Lessons learned from delivering an internet intervention for insomnia in an Australian public hospital outpatient setting. Australia	Tarkasteltiin netti CBT-I:n soveltuvuutta unettomuuden avohoitopotilaille.	Määrällinen tutkimus, kysely, tilastollinen analyysi. Lisäksi tyytyväisyys kysely avovastauksin. Unettomuudesta kärsivät aikuiset avohoidon potilaat (n=52).	Sleep-e on interaktiivinen iCBT-I-hoitomuoto, joka rakentuu kuudesta moduulista. Sähköpostin kautta sai tukea terapeutilta, lisäksi puhelimitse oli mahdollista saada teknistä tukea.	Osallistujat olivat tyytyväisiä hoitoon ja pitivät hoidon toteutustavasta. Osallistujat kokivat ohjelman käytön helppona ja kertoivat, että voisivat hoitoa suositella myös läheisilleen. Esteitä hoidon loppuunsaattamiselle olivat kiire ja tekniset ongelmat. Osallistujat pitivät erityisesti ohjelman sisällön selkeydestä ja interaktiivisuudesta, univalvepäiväkirjan perusteella saadusta palautteesta, moduulien helppokäyttöisyydestä ja moduulien kautta opitusta ymmärryksestä omaan uneen liittyen. Vähiten pidettiin vuoteessaolon rajoittamisesta sekä siitä, että ohjelmaa ei pystynyt käyttämään tabletilla. Tekstiviestimuistutukset, sähköpostit sekä puhelinkeskustelut terapeutin kanssa lisäsivät osallistujien sitoutumista. Parannusehdotuksina osallistujat ehdottivat: teknisten haasteiden korjaamista, joidenkin moduulien osalta sisällön ja kotitehtävien vähentämistä, enemmän mahdollisuuksia terapeutin kanssa yhteydenpitoon ja mahdollisuutta olla yhteydessä muihin hoitoon osallistuneisiin.
Coulson ym. 2016. The pros and cons of getting engaged in an online social community embedded within digital cognitive behavioral therapy for insomnia: survey among users. UK.	Tarkastella syitä Sleepio nettiyhteisöön sitoutumiselle, sen tuomia mahdollisia etuja ja tunnistaa mahdollisia ongelmia, joita liittyy nettiyhteisössä olemiselle.	Laadullinen; kyselytutkimus, induktiivinen sisällönanalyysi. Aikuisia, joilla kroonista unettomuutta (n=100).	Sleepio on täysin automatisoitu digitaalinen CBT:hin perustuva interventio ja on tarkoitettu kroonisesta unettomuudesta kärsiville potilaille. Sleepio toimii tietokoneella ja älypuhelimilla ja kestää 6 viikkoa. Hoidon aikana on	Osallistujat sitoutuivat nettiyhteisöön, koska he halusivat olla yhteydessä muihin, joilla oli samanlaisia ongelmia kuin heillä, he saivat sitä kautta yksilöllisiä neuvoja, he olivat uteliaita, heidät kutsuttiin sinne toisten yhteisön jäsenten toimesta ja he halusivat käyttää kaikkia mahdollisia saatavilla olevia keinoja unettomuuden hoitamiseksi. Osallistujat kokivat yhteisössä mukana olemisen etuna jatkuvan tuen saannin, tunteen, ettei ole yksin ongelman kanssa, osallisuuden yhteisössä, jossa heitä ei arvosteltu, yksilöllisen tuen, muilta saadun kannustuksen ja muiden tarpeiden huomioinnin mahdollisuuden. Huonoina puolina osallistujat kokivat tekniset haasteet, epävarmuuden siitä, kuinka yksilöllistä sisältö oli, itsensä vertaamisen muihin, ajallisen menetyksen ja huolet yksityisyyden suojasta

			myös mahdollisuus osallistua vapaaehtoiseen yhteisöön, jossa keskustellaan viikoittain uniasiantuntijan kanssa ja osallistutaan vertaistukiryhmiin.	