

Hyväksytty Palkon kokouksessa 15.12.2021

Palveluvalikoimaneuvoston suositus

Unettomuushäiriön hoito kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmillä (CBT-I)

Kognitiivis-käyttäytymisterapeuttiset menetelmät (CBT-I) kuuluvat kansalliseen palveluvalikoimaan nuorten ja aikuisten nuorten ja aikuisten unettomuuden hoidossa kaikille unettomuushäiriön (ICD-10: F51 ei-elimellinen unettomuus) diagnostiset kriteerit täyttävälle potilaille.

Palveluvalikoimaneuvoston mukaan CBT-I on todettu vaikuttavaksi menetelmäksi unettomuushäiriön hoidossa, haittavaikutukset ovat vähäisiä ja ohimeneviä ja pidemmällä aikavälillä unettomuushäiriön hoito CBT-I:llä tuo mahdollisesti kustannussäästöjä.

Digitaalinen CBT-I on kustannusvaikuttavaa ja helposti saatavilla, mutta CBT-I:tä voidaan toteuttaa myös muilla tavoilla ja on tärkeää arvioida hoidollisin perustein parasta toteutusmuotoa potilaan kannalta. Unettomuushäiriön tunnistaminen, arviointi ja tarpeen mukaan potilaan jatkohoitoon ohjaaminen porrasmallin mukaisesti kuuluvat unettomuuden hyvään hoitoon. Palveluntarjoajilla tulee olla systemaattinen unettomuuden hoito- ja palveluketju, jossa kuvataan hoidon eteneminen sekä se, minne potilas ohjataan tai lähetetään, jos CBT-I:stä ei ole riittävä hyötyä.

Vaikuttavien menetelmien käytön vakiintuminen edellyttää, että palvelunjärjestäjällä on käytettävissä riittävä hoidon menetelmävalikoima, palveluntuottajilla on käytettävissään riittävä moniammatillinen hoitomenetelmien osaaminen ja että lääkkeettömiä menetelmiä unettomuuden hoidossa käytetään. CBT-I on osa terveydenhuollon menetelmiä ja hoito sekä hoidon sisältö tulee kirjata potilasasiakirjoihin.

Sisälllys

1	Suosituksen kohde, rajaukset ja tietopohja	1
2	Terveysongelma.....	1
3	Arvioitava menetelmä.....	2
4	Nykyinen tutkimus- ja hoitokäytäntö sekä menetelmä, johon verrataan	3
5	Vaikuttavuus, turvallisuus ja näytön arviointi	4
6	Menetelmän kustannukset, kustannusvaikuttavuus ja budjettivaikutukset	7
7	Eettiset ja järjestämiseen liittyvät näkökohdat	8
8	Johtopäätökset.....	9
9	Yhteenveto suosituksesta	11
10	Lisänäytön kerääminen ja suositusten vaikutusten seuranta	12

Suosituksessa käytettyjen lähteiden luettelo on Palkon valmistelumuistion liitteenä.

Lyhenteet

CBT-I = Kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmät unettomuuden hoidossa
(cognitive behavioural therapy for insomnia)



Palkon suosituksista

Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto Palkon tehtävänä on ohjata julkisesti rahoitettujen terveyspalveluiden järjestämistä antamalla suosituksia siitä, kuuluuko arvioitu terveydenhuollon menetelmä terveydenhuollon palveluvalikoimaan tietyn terveysongelman tutkimuksessa, hoidossa tai kuntoutuksessa.

Palkon suositus koostuu tästä varsinaisesta suosituksesta, valmistelumuistiosta ja tiivistelmästä. Suositus julkaistaan taustamateriaaleineen [kotisivuilla](#) suomeksi. Tiivistelmä julkaistaan myös [ruotsiksi](#) ja [englanniksi](#).

Suositukset perustuvat parhaaseen hyväksymishetkellä käytettävissä olleeseen lääketieteelliseen ja muuhun tietoon. Suositus on voimassa toistaiseksi, ellei voimassaoloaikaa ole rajoitettu.

Terveydenhuollon palveluvalikoiman määrittely sekä Palkon toiminta perustuu [terveydenhuoltolain \(1203/2014\) 7a](#) ja [78a](#) §:ään sekä [terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvostosta annettuun valtioneuvoston asetukseen \(63/2014\)](#) muutoksineen ([718/2017](#) ja [995/2019](#)).

[Palkon hyväksymä käsikirja](#) sisältää tarkemman kuvauksen käsittelyprosessista ja palveluvalikoiman määrittelyn periaatteista.

Palkon suositus ei ole kannanotto siihen, miten yksittäistä potilasta tulisi tutkia, hoitaa tai kuntouttaa, vaan siitä päätetään [potilaslain](#) mukaisesti hyödyt ja haitat yksittäistapauksessa punniten. Harkittaessa käytettäväksi menetelmää, joka on rajattu palveluvalikoiman ulkopuolelle, tulee huomioida [terveydenhuoltolain 7a §:n 3 momentin](#) säännös poikkeamisen lääketieteellisistä edellytyksistä. Poikettaessa palveluvalikoimasta korostuu velvollisuus perustella ja kirjata ratkaisun perusteet.

[Sairausvakuutuslain](#) mukaan palveluvalikoiman ulkopuolelle rajatusta hoidosta ei voi saada sairausvakuutuskorvausta.

1 Suosituksen kohde, rajaukset ja tietopohja

Tämä suositus koskee unettomuushäiriön hoitoa kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmillä (CBT-I) perusterveydenhuollossa. Suosituksen potilasryhmänä ovat yli 13-vuotiaat potilaat, jotka hakevat apua unettomuuteen terveydenhuollosta. Unettomuus voi olla ainoa oire tai sairaus, tai se voi esiintyä muun sairauden yhteydessä. Tässä suosituksessa keskitytään diagnosoidun, sairaustasoisen unettomuushäiriön hoitoon, joka on yleisin pitkäaikaisen unettomuuden syy. Sen ICD-10-koodi on F51.0. Suosituksessa käytetään myös käsitettä unettomuus, jolla viitataan unettomuuteen laajemmin kuin pelkkänä unettomuushäiriönä.

Suositus perustuu Palkon tilaamaan kirjallisuuskatsaukseen, muuhun kotimaiseen ja kansainväliseen tutkimustietoon, potilasryhmän haastatteluun sekä Palkon Elintapa- ja omahoidontuki -jaoston jäsenten asiantuntemukseen. Suosituksen tietopohja, tarkempi kuvaus unettomuudesta sekä sen seurauksista ja CBT-I -menetelmästä löytyvät suosituksen valmistelumuistiosta.

2 Terveysongelma

Unettomuus eli kyvyttömyys nukkua yksittäisinä öinä kuuluu tavanomaiseen elämään. Unettomuus voi kuitenkin muuttua ohimenevästä oireesta hoitoa vaativaksi häiriöksi, jos kyvyttömyyteen nukkua liittyy lisäksi huolta tilanteesta, päiväaikaisia oireita tai muita haitallisia vaikutuksia arkeen. Unettomuushäiriö määritellään toistuvaksi vaikeudeksi nukahtaa, vaikeudeksi pysyä unessa, liian varhaiseksi heräämiseksi aamulla tai huonolaatuisiksi yöuneksi tilanteessa, jossa henkilöllä on mahdollisuus nukkua.

Unettomuushäiriössä yöuni ei virkistä tarpeeksi, vaan se jää henkilölle tavanomaista lyhyemmäksi ja laadultaan huonommaksi. Unettomuushäiriössä nukkumisvaikeuksia ilmenee vähintään kuukauden ajan. Unettomuus on lisääntynyt viime vuosikymmenien aikana. Reilu kolmasosa suomalaisista aikuisista raportoi vähintään ajoittain ilmeneviä unettomuusoireita ja pitkäaikaisesta unettomuudesta kärsii liki 12 % aikuisväestöstä.

Unettomuushäiriön taustalla voi olla useita tekijöitä. Unettomuus voi liittyä psykiatriseen tai somaattiseen sairauteen, päihteiden tai lääkkeiden käyttöön, elämäntilanteen muutoksiin, työhön liittyviin tekijöihin, huonoihin nukkumisolosuhteisiin tai muihin ulkoisiin tekijöihin tai henkilön ominaisuuksiin.

Hyvällä unella on keskeinen merkitys yksilön hyvinvoinnille sekä työkyvylle ja toimintakyvylle. Unettomuus yksin tai muiden oireiden ohella aiheuttaa huomattavaa kärsimystä ja haittaa päivittäisistä toiminnoista suoriutumista. Hoitamaton unettomuushäiriö johtaa pitkittyessään erilaisiin terveystriskeihin, altistaa somaattisille ja psyykkisille sairauksille ja uhkaa samalla myös muiden sairauksien hoitotasapainoa sekä nostaa kuolleisuusriskin 1,5-kertaiseksi. Unettomuushäiriö on merkittävä kansanterveydellinen ja kansantaloudellinen ongelma yleisyytensä ja kroonistumistaipumuksensa vuoksi. Unettomuushäiriö aiheuttaa kustannuksia terveydenhuollolle ja yhteiskunnalle, muun muassa sairauspoissaolojen, tapaturmien, onnettomuuksien, työkyvyttömyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen kautta, joiden suuruutta on vaikea arvioida.

3 Arvioitava menetelmä

Tässä suosituksessa käsitellään unettomuushäiriön hoitoa kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmillä (CBT-I). Hoidon taustalla oleva unettomuuden kognitiivisen käyttäytymisterapian malli painottaa ylläpitävien tekijöiden merkitystä unettomuuden jatkumisessa.

CBT-I koostuu kognitiivisista ja käyttäytymisterapeuttisista menetelmistä sekä rentoutusmenetelmistä ja psykoedukaatiosta. Kognitiiviset menetelmät koostuvat mm. uneen liittyvien huoliajatusien tunnistamisesta ja muokkaamisesta sekä hyväksymisestä ja itsemyötätunnosta. Käyttäytymisterapeuttiset menetelmät sisältävät uniärsykkeiden hallintaa ja vuoteessaolon rajoittamista. Rentoutusmenetelmillä vähennetään psykofysiologista jännitystä ja psykoedukaatio sisältää tiedon antamista mm. uneen ja unettomuuteen vaikuttavista tekijöistä sekä ohjausta unta edistävästä univalverytymistä, liikunnasta, nukkumisympäristöstä ja ruokailutottumuksista.

CBT-I:tä unettomuushäiriön hoidossa voidaan toteuttaa joko yksilöhoitona tai ryhmähoitona kasvokkain tai etäyhteyksin tai digitaalisten sovellusten avulla. Toteuttamistapoja voi myös yhdistää. CBT-I:hin perustuva hoito on usein lyhytkestoista sisältäen noin 4–6 tapaamista, ja sitä voivat toteuttaa menetelmiin koulutuksen saaneet terveydenhuollon ammattilaiset, joista Suomessa hoitoa antavat useimmiten terveydenhoitajat tai sairaanhoitajat sekä psykologit.

Suomen unitutkimusseuran (SUS) CBT-I -koulutustoimikunta on kehittänyt unettomuuden hoidon koulutuspolun terveydenhuollon ammattilaisille, jonka Suomen unitutkimusseuran hallitus on hyväksynyt ja valtuuttanut CBT-I -koulutustoimikunnan myöntämään sertifikaatteja eritasoisille koulutuksille ja nimikkeille. Kolmiportaisessa koulutuspolussa ensimmäinen vähintään kaksi päivää kestävä perustason koulutus vahvistaa osaamista toteuttaa unettomuuteen liittyvää ohjausta ja mini-interventioita. Koulutuksen käynyt henkilö voi käyttää nimikettä uniohjaaja (SUS). Toisella tasolla ovat edistyneen tason koulutukset, jotka sisältävät perustason koulutussisällön lisäksi työnohjausta. Koulutus antaa pätevyyden toteuttaa strukturoitua, käsikirjan mukaista CBT-I -hoitoa. Koulutuksen käynyt henkilö voi käyttää nimikettä CBT-I unettomuusterapeutti (SUS). Kolmannella tasolla ovat asiantuntijataso koulutukset. Toistaiseksi sertifioituja unettomuuskoulutuksia järjestävät HUS (Helsingin yliopistollinen sairaala), Työterveyslaitos, TYKS:n (Turun yliopistollinen sairaala) Uni- ja hengityskeskus yhdessä Turun AMK:n (Ammattikorkeakoulu) ja Uniliitto ry.

4 Nykyinen tutkimus- ja hoitokäytäntö sekä menetelmä, johon verrataan

Äkillisesti alkaneessa ja lyhyen aikaa kestäneessä unettomuudessa tuki ja hyvään unen huoltoon ohjaaminen ovat ensisijaisia hoitomuotoja. Pitkäkestoisessa unettomuushäiriössä tulisi käyttää kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä. Unettomuuden hoidosta on olemassa Käypä hoito -suositus. Valtaosa unettomuushäiriöistä hoidetaan terveyskeskuksissa ja työterveydenhuollossa.

Unettomuuden lääkkeettömän hoidon järjestämiseksi Espie (2009) on esittänyt porrasmallin, jossa kuvataan resurssimitoitukseltaan eri laajuisia lääkkeettämiä hoitokokonaisuuksia erilaisille unettomuuspotilaille. 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 lyhytkestoisista yksilö- tai ryhmämuotoisesta tai digitaalisesta hoidoista. Mallin ylemmillä portailla hoidosta vastaavat unettomuushäiriöiden arvioimiseen ja hoitamiseen erikoistuneet lääketieteen ja psykoterapian asiantuntijat. Tähän teoreettiseen malliin on mahdollista lisätä ns. matalan kynnyksen ensikontaktit ja esim. unen huollon ohjaus (unettomuuden mini-interventiot) perustasolla itsehoitoyritysten jälkeen, ennen siirtymistä CBT-I -hoitoon.

Unettomuushäiriön hoidon saatavuudessa on Suomessa suurta aluekohtaista vaihtelua. THL:n TEA-viisari -kyselyn mukaan 57 % terveyskeskuksista oli kunnan oman ilmoituksen mukaan käytettävissä uniongelmiin erikoistunut terveydenhuollon ammattihenkilö. Tulos ei anna riittävää tietoa unettomuuden hoidon saatavuudesta eri puolilla maata eikä etenkin CBT-I:n saatavuudesta. Digitaalisena hoitona esimerkiksi HUS on kehittänyt unettomuuden nettiterapian, johon pääsee läheteellä. Hoitoon pääsee asuinpaikasta riippumatta, mutta on tiedossa, että eräät organisaatiot pyrkivät rajoittamaan lähettämistä.

5 Vaikuttavuus, turvallisuus ja näytön arviointi

Suosituksen tärkeimpänä tietopohjana on Hoitotyön tutkimussäätiö Hotuksen laatima systemaattinen katsaus. Koska CBT-I -menetelmästä on jo saatavilla paljon tutkimustietoa, tietopohjana käytettiin pääasiallisesti systemaattisia katsauksia uusimmilla tutkimuksilla täydennettynä. CBT-I:tä verrattiin ei-hoitoa saaviin tai lääke- tai lääkkeetöntä hoitoa saaviin. CBT-I:n vaikuttavuutta tarkasteltiin lisäksi eri ikäryhmissä ja unettomuuden luonteen (unettomuus ainoana oireena tai muun sairauden kanssa samanaikaisesti esiintyvänä) perusteella sekä eri CBT-I:n toteutustapojen (yksilöllisesti kasvokkain, ryhmämuotoinen, digitaaliset muodot) suhteen. Hotuksen katsauksessa CBT-I:n vaikuttavuutta arvioitiin suhteessa unettomuuden vaikeusasteeseen, unettomuusoireisiin (nukahtamisviive ja valveillaolo kesken unijakson), unen laatuun, unen pituuteen ja tehokkuuteen sekä päiväaikaiseen toimintakykyyn. Tulokset perustuvat pääosin itseraportoituihin univalvepäiväkirja- ja kyselytuloksiin. Yöllistä hereilläoloaika oli jossain tutkimuksissa mitattu myös laajalla unirekisteröintitutkimuksella eli unipolygrafiaalla.

CBT-I todettiin kliinisesti vaikuttavaksi unettomuushäiriön hoidossa useiden eri tulomuuttujien perusteella verrattaessa CBT-I:tä lääke- tai lääkkeetöntä hoitoa saaviin sekä niihin, jotka eivät saaneet muuta hoitoa. Eniten näyttöä CBT-I:n vaikuttavuudesta on aikuisilla. CBT-I:tä on tutkittu verraten vähän iäkkäillä ja nuorilla. Kuitenkin myös iäkkäillä ja nuorilla tulokset pääosin tukevat CBT-I:n vaikuttavuutta. Aikuisilla CBT-I osoitettiin tehokkaaksi sekä primaarin että komorbidin unettomuushäiriön hoidossa. CBT-I:llä todettiin kliinisesti merkitseviä vaikutuksia yhteen vuoteen saakka, vaikka tulokset jonkin verran heikkenevät ajan myötä. CBT-I:llä näyttäisi vähentävän unilääkkeiden käyttöä jonkin verran, mutta näyttö on epävarmaa.

CBT-I:n eri toteutusmuodot ovat näytön perusteella yhtä vaikuttavia. CBT-I todettiin vaikuttavaksi yksilöllisesti kasvokkain, ryhmämuotoisesti sekä digitaalisin menetelmin toteutettuna. Kasvokkain toteutettu yksilöllinen CBT-I ei osoittautunut muita toteuttamistapoja vaikuttavammaksi yksittäisiä tulomuuttujia lukuun ottamatta. Tulokset olivat samankaltaiset myös muiden CBT-I:n toteutusmuotojen välisten vertailujen perusteella. (Taulukko 1)

Taulukko 1. CBT-I:n vaikuttavuutta puoltavat muutokset lopputulosmuuttujissa, joissa luottamusta tulokseen oli arvioitu.

Interventio	Kohderyhmä	Tilastollisesti ja kliinisesti merkitsevät ¹⁾ muutokset	Tilastollisesti, mutta ei-kliinisesti merkitsevät muutokset	GRADE-arvio ²⁾
CBT-I vrt. muu hoito ³⁾	Aikuiset/primaari ja/tai komorbidi unettomuus	unettomuuden vaikeusaste, remissiossa olevien määrä ja niiden määrä, joilla todetaan hoitovaste, unen laatu	nukahtamiseen kuluva aika, yöaikaisten heräämisten määrä, unen tehokkuus, unen kokonaismäärä, unilääkkeiden kanssa nukuttujen öiden määrä	B
CBT-I vrt. muu hoito	Aikuiset/primaari ja/tai komorbidi unettomuus	unen laatu, yöaikaisten heräämisten määrä, yöllinen hereillä oloaika, päiväväsymys	yöaikaisen valveen määrä	C

Interventio	Kohderyhmä	Tilastollisesti ja kliinisesti merkitsevät¹⁾ muutokset	Tilastollisesti, mutta ei-kliinisesti merkitsevät muutokset	GRADE-arvio²⁾
CBT-I vrt. muu hoito	Aikuiset/primaari ja/tai komorbidi unettomuus	haitalliset uskomukset ja asenteet unta kohtaan		D
CBT-I vrt. muu hoito	Aikuiset/ primaari unettomuus	remissiossa olevien määrä, havaittu hoitovaste	nukahtamiseen kuluva aika	B
CBT-I vrt. muu hoito	Aikuiset/ primaari unettomuus	unettomuuden vaikeusaste, haitalliset uskomukset ja asenteet unta kohtaan, yöaikainen valveen määrä, yöllinen hereillä oloaika ja päiväväsytys	yöaikaisten heräämisten määrä, unen tehokkuus ja unen kokonaismäärä	C
CBT-I vrt. muu hoito	Aikuiset/ psykiatrisen sairauden kanssa samanaikaisesti esiintyvä unettomuus	unettomuuden vaikeusaste, unen laatu		B
CBT-I vrt. muu hoito	Aikuiset/ psykiatrisen sairauden kanssa samanaikaisesti esiintyvä unettomuus	remissiossa olevien määrä, niiden määrään, joilla havaitaan hoitovaste, unen laatu, haitalliset uskomukset ja asenteet unta kohtaan, nukahtamiseen kuluva aika, yöaikainen valveen määrä ja päiväväsytys	unen tehokkuus	C
CBT-I vrt. muu hoito	Aikuiset, joilla muu kuin psykiatrisen sairauden kanssa samanaikaisesti esiintyvä unettomuus	remissiossa olevien määrä, unen laatu, päiväväsytys	yöllinen hereillä oloaika	B
CBT-I vrt. muu hoito	Aikuiset, joilla muu kuin psykiatrisen sairauden kanssa samanaikaisesti esiintyvä unettomuus	unettomuuden vaikeusaste, haitalliset uskomukset ja asenteet unta kohtaan, yöllinen hereillä oloaika (univalvepäiväkirjaseuranta)	yöaikainen valveen määrä, unen tehokkuus, yöllinen hereillä oloaika (aktigrafia)	C
CBT-I vrt. muu hoito	lääkkäät	unen laatu		A
CBT-I vrt. ei hoitoa saaneet	lääkkäät	unen tehokkuus, hereillä oloaika yöllä		B



- 1) SMD:n (standard mean difference, standardoitu keskimääräinen ero) > 0,5 efektikoon arvioitiin olevan kliinisesti merkitsevä.
- 2) GRADE-arvio kertoo luottamuksesta tulokseen. A=vahva, B=kohtalainen, C=heikko, D=erittäin heikko näyttö.
- 3) Muu hoito = lumelääke, unilääke, odotuslista, unen huollon ohjaus, behavioraalinen lumehoito, psykologinen lume, käyttäytymisen muutokseen pyrkivä tai muu psykologinen unettomuuden hoito, psykiatrinen hoito perusterveydenhuollossa.

Luottamuksen aste tuloksiin oli pääosin kohtalainen (GRADE B) tai heikko (GRADE C). Mukaan otettuihin systemaattisiin katsauksiin liittyi metodologisia puutteita, jotka osaltaan heikentävät luottamusta. Tulokset olivat kuitenkin tarkastelluissa tutkimuksissa pitkälti samansuuntaisia. Mukaan otetuissa yksittäistutkimuksissa harhan riski arvioitiin pääosin vähäiseksi tai kohtalaiseksi.

Tutkimusten perusteella CBT-I:hin ei liity merkittäviä haittavaikutuksia. CBT-I:n liittyvän vuoteessaoloajan rajoituksen aloituksen yhteydessä potilaiden päiväväsytys voi kuitenkin väliaikaisesti lisääntyä ja psykomotorinen suorituskyky heikentyä. Myös unen kokonaispituus saattaa heti CBT-I:n jälkeen olla osalla lyhyempi verrattuna lähtötilanteeseen, mutta tämä löydös on kuitenkin suhteutettava osaksi vuoteessaolon rajoittamista, joka voi jatkua vielä aktiivisen hoitajakson jälkeen. CBT-I:n käyttöön liittyvät haitat ovat väliaikaisia ja lieviä. CBT-I:n hyödyt ovat siten suuremmat kuin sen mahdolliset haitat.

6 Menetelmän kustannukset, kustannusvaikuttavuus ja budjettivaikutukset

Unettomuuden hoidon kustannuksista CBT-I:llä ei ole saatavilla kattavaa tietoa. HUS:n Terveyskylän mielenterveystalon unettomuuden nettiterapian hinta on 560 euroa kunnalle tai kuntayhtymälle (vuonna 2021). Yksilö- ja ryhmämuotoisen CBT-I:n laajempaan käyttöönottoon liittyy erityisesti henkilöstön koulutuskustannuksia. Suomen unitutkimusseuran koulutuskokonaisuuden ensimmäisen tason uniohjaajakoulutus maksaa 500–800 euroa ja toisen tason CBT-I -unettomuusterapeuttikoulutus noin 1000 euroa.

CBT-I on mahdollisesti kustannusvaikuttavaa aikuisväestössä toteutustavasta (yksilö-, ryhmä- tai digitaalinen toteutus) riippumatta. Eniten näyttöä on digitaalisen CBT-I:n kustannusvaikuttavuudesta. Kaikissa tutkimuksissa tutkimusympäristöjen viitekehys

vastasi perusterveydenhuoltoa. Joissakin lyhytkestoisissa seurannoissa CBT-I:sta on havaittu aiheutuvan enemmän kustannuksia kuin lääkehoidosta, mutta on huomioitava, että CBT-I:n investoimisen hyöty korostuu pidemmän päälle unilääkkeiden käytön ja niihin liittyvien haittavaikutusten vähentymisen myötä. Eri toteuttamistavoilla annetusta CBT-I:stä ja niiden kustannusvaikuttavuudesta tarvitaan kuitenkin lisää vertailevaa tutkimusta. Myös pidemmän aikavälin tutkimustietoa tarvitaan vahvempien johtopäätösten tekemiseen.

7 Eettiset ja järjestämiseen liittyvät näkökohdat

CBT-I:ssä potilaan oma rooli on merkittävä. CBT-I lisää potilaan autonomiaa ja pystyvyyden tunnetta hallita elämäänsä. CBT-I -hoitoa harkittaessa on tärkeää kuulla potilaan näkemys hoidosta ja siitä, mikä toteutusvaihtoehto sopii hänelle ja hänen elämäntilanteeseensa. Unilääkkeiden käyttöön taas liittyy tunnettuja haittoja, kuten unen laadun heikentyminen, mahdollinen riippuvuus ja suurentunut kaatumisriski. Pitkään jatkuneen unilääkehoidon purkaminen edellyttää useimmiten ohjausta ja tukea terveydenhuollon ammattilaiselta ja sitoutumista potilaalta.

Usein unettomuuden hoito käynnistyy vasta sen kroonistumisen myötä. Unettomuushäiriön lääkkeettömän hoidon saatavuus on epätasaista ja valtakunnallisesti enimmäkseen puutteellista. Digitaalisten ratkaisujen myötä hoitoon pääsy helpottuu, mutta sovellusten kautta tapahtuva hoito ei välttämättä sovellu kaikille. Resurssien riittävyyden näkökulmasta voidaan ensisijaisesti tarjota digitaalista CBT-I:tä tai nettiterapiaa, mutta lisäksi tulisi olla saatavilla myös CBT-I kasvokkain toteutettuna sitä tarvitseville, tarvittaessa integroituina uusiin SOTE-keskusten moniammatillisiin toimintamalleihin.

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

Osana Palkon suositusprosessia järjestettiin potilastapaaminen, jossa haastateltiin unettomuudesta kärsiviä henkilöitä (n=8). Potilastapaamiseen osallistuneet esittivät, että unettomuuden hoito nykyisellään on riittämätöntä ja painottuu liikaa lääkehoitoon. Potilaat toivoivat nopeampaa ja helpompaa hoitoon pääsyä, jotta unettomuushäiriö ei ehtisi

kroonistumaan. Hoitoon toivottiin myös erilaisia yksilöllisiä vaihtoehtoja, jotka painottuisivat lääkkeettömiin menetelmiin. Lisäksi vertaistukea toivottiin osaksi hoitoa.

8 Johtopäätökset

Unettomuus on lisääntynyt viime vuosikymmeninä ja pitkäaikaisesta unettomuushäiriöstä kärsii noin 12% suomalaisesta aikuisväestöstä. Unettomuushäiriö altistaa monille somaattisille ja psyykkisille sairauksille, pahentaa ja ylläpitää niitä. Pitkittyessään unettomuushäiriö lisää riskiä tapaturmiin, sairauserusteiseen työkyvyttömyyteen ja nostaa kuolleisuusriskin noin 1,5-kertaiseksi. Koska unettomuus liittyy moneen sairauteen, sitä voidaan pitää toissijaisena oireena, eikä lääkäri tai potilas tällöin välttämättä tunnista unettomuushäiriötä. Terveystieteiden ammattilaisten osaamista unettomuushäiriön tunnistamiseksi tulisi parantaa. Myös erilaisia hoitovaihtoehtoja tulee olla tarjolla.

Suosituksen mukaan unettomuushäiriön hoidon pitäisi olla ensisijaisesti lääkkeetöntä. Tällä hetkellä Suomessa unettomuushäiriön lääkkeettömän hoidon saatavuudessa, saavutettavuudessa ja laadussa on kuitenkin merkittäviä puutteita.

Unettomuuden hoidon intensiteetti määrittyy hoidollisen tarpeen mukaan, jossa voidaan hyödyntää unettomuushäiriön lääkkeettömän hoidon porrasmallia. Vastikään alkaneen unettomuuden tunnistamisella ja hyvällä hoidolla on mahdollista ehkäistä pitkäaikaisen unettomuushäiriön kehittyminen. Tilapäisessä unettomuudessa keskeistä on potilaan tukeminen, taustalla olevien syiden ja laukaisevien tekijöiden etsiminen ja käsitteleminen sekä ohjaus omatoimiseen unen huoltoon. Joskus pelkkä asian puheeksi ottaminen voi auttaa ja johtaa elintapojen muutokseen. Jos kyse on unettomuushäiriöstä tai potilas kokee tarvitsevansa tukea ja jos itsehoitomenetelmät ovat olleet jo käytössä hoitoon hakeutuessa, niin potilaalle tulee tarjota CBT-I:hin perustuvaa lääkkeetöntä terveydenhuollon ammattilaisen tukemaa hoitoa. Hoitotoimien käynnistyminen ei saa koskea ainoastaan vaikean unettomuushäiriön hoitoa. Seuranta on tärkeä osa unettomuushäiriön hoitoa.

Kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmät on todettu vaikuttavaksi unettomuushäiriön hoidossa useilla eri lopputulosmuuttujilla. CBT-I lieventää unettomuusoireita ja

unettomuuden vaikeusastetta sekä parantaa potilaiden unen laatua, unen pituutta ja tehokkuutta sekä päiväaikaista toimintakykyä. Tutkimusnäyttöä on kerääntynyt eniten CBT-I:n vaikuttavuudesta aikuisten unettomuushäiriön hoidossa, mutta näytön perusteella CBT-I on vaikuttavaa myös nuorilla ja ikääntyneillä. CBT-I on todettu myös vaikuttavaksi pidemmässä vähintään vuoden kestävässä seurannassa, mutta näyttöä pitkäaikaisvaikuttavuudesta on vähänlaisesti. CBT-I:n vaikuttavuudesta verrattuna lääkehoitoon tai lääkehoidon tarpeeseen on vähän tietoa. CBT-I:n haittavaikutukset ovat lieviä ja ohimeneviä, toisin kuin unilääkkeillä, joiden käyttö lisää muun muassa ennen aikaista kuolleisuutta.

CBT-I soveltuu kaikille unettomuushäiriön diagnostiset kriteerit täyttävälle potilaille. CBT-I:llä on todettu vaikutusta myös ahdistukseen, masennukseen ja stressiin. Unettomuuden hoitoon on suhtauduttava vakavasti eikä vain toissijaisena oireena. Hoidossa on huomioitava samanaikaissairastavuus ja hoidettava unettomuushäiriötä muiden sairauksien rinnalla.

CBT-I on vaikuttavaa useilla eri tavoilla toteutettuna. CBT-I:tä voidaan tarjota hoidollisiin tarpeisiin perustuen kasvokkain tai etänä, yksilö-, ryhmä- tai digitaalisena hoitona, mutta unettomuuden vaikeusaste ja potilaan toiveet otetaan huomioon hoitoa suunniteltaessa.

Tässä suosituksessa käsitelty CBT-I:n menetelmät sopivat toteutettavaksi perusterveydenhuollossa. CBT-I:tä voivat antaa lisäkoulutuksen saaneet terveydenhuollon ammattihenkilöt. Lisäkoulutuksen saanut unettomuushoitaja voi hoitaa tilapäistä ja lyhytkestoista unettomuutta. Jos kyse on pitkäaikaisesta unettomuushäiriöstä, tarvitaan CBT-I -unettomuusterapeutti, jolla on pidempi koulutus. CBT-I:n käyttöönottamisen kustannukset ovat pääasiassa henkilöstön koulutuskustannuksia, jotka ovat Palkon näkemyksen mukaan kohtuullisia hyötyihin nähden eivätkä aiheuta suurta tarvetta henkilöstön lisäämiselle. Varsinkaan digitaaliset hoitomuodot ja ryhmämuotoinen CBT-I eivät aiheuta merkittäviä lisähenkilöstöressurssitarpeita.

CBT-I on kustannusvaikuttavaa toteutustavasta riippumatta, joskin eri tavoin toteutetulla CBT-I:lla on vaikutusta kustannuksiin. CBT-I on pidemmällä aikavälillä kustannustehokkaampaa kuin unilääkkeiden käyttö, vaikka se lyhytkestoisen seurannan

aikana aiheuttaisi lääkehoitoa enemmän kustannuksia. Eniten näyttöä on digitaalisen CBT-I:n kustannusvaikuttavuudesta. Digitaalinen hoito ei vaadi hoitohenkilökunnan resursseja yhtä paljon kuin kasvokkain toteutettu CBT-I, mikä helpottaa hoidon saatavuutta, kun hoito ei ole paikkaan sidottua. Tulee kuitenkin huomioida, että digitaalinen CBT-I ei sovellu kaikille potilaille ja että potilaan yksilölliset lähtökohdat otetaan huomioon hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. HUS:n Terveyskylän nettiterapia on tällä hetkellä (lokakuu 2021) ainoa tarjolla oleva suomenkielinen digitaalinen CBT-I. Tutkimusnäyttöä HUS:n nettiterapian vaikuttavuudesta ei ole toistaiseksi julkaistu.

Oikea-aikaisten ja vaikuttavien unettomuushäiriön hoidon menetelmien toteuttaminen johtaa suurempaan terveyshyötyyn ja pienempiin kokonaiskustannuksiin. Unettomuushäiriön hoitaminen ajoissa vaikuttaviksi todetuilla menetelmillä parantaa potilaan terveyttä sekä työ- ja toimintakykyä.

9 Yhteenveto suosituksesta

CBT-I kuuluu kansalliseen palveluvalikoimaan nuorten ja aikuisten unettomuuden hoidossa kaikille unettomuushäiriön (ICD-10: F51 ei-elimellinen unettomuus) diagnostiset kriteerit täyttävälle potilaille.

Palveluvalikoimaneuvoston mukaan CBT-I on todettu vaikuttavaksi menetelmäksi unettomuushäiriön hoidossa, haittavaikutukset ovat vähäisiä ja ohimeneviä ja pidemmällä aikavälillä unettomuushäiriön hoito CBT-I:llä tuo mahdollisesti kustannussäästöjä.

Digitaalinen CBT-I on kustannusvaikuttavaa ja helposti saatavilla, mutta CBT-I:tä voidaan toteuttaa myös muilla tavoilla ja on tärkeää arvioida hoidollisin perustein parasta toteutusmuotoa potilaan kannalta. Unettomuushäiriön tunnistaminen, arviointi ja tarpeen mukaan potilaan jatkohoitoon ohjaaminen porrasmallin mukaisesti kuuluvat unettomuushäiriön hyvään hoitoon. Palveluntarjoajilla tulee olla systemaattinen unettomuushäiriön hoito- ja palveluketju, jossa kuvataan hoidon eteneminen mutta myös se, minne potilas ohjataan tai lähetetään, jos CBT-I:stä ei ole riittävää hyötyä.

Vaikuttavien menetelmien käytön vakiintuminen edellyttää, että palvelunjärjestäjällä on käytettävissä riittävä hoidon menetelmävalikoima, palveluntuottajilla on käytettävissään riittävä moniammatillinen hoitomenetelmien osaaminen ja että lääkkeettömiä menetelmiä unettomuushäiriön hoidossa käytetään. CBT-I on osa terveydenhuollon menetelmiä ja hoito sekä hoidon sisältö tulee kirjata potilasasiakirjoihin.

10 Lisänäytön kerääminen ja suositusten vaikutusten seuranta

Lisää tietoa tarvitaan:

- CBT-I:n eri toteutustapojen soveltuvuudesta eri ryhmille (nuoret, ikääntyneet, monisairastavat) ja vertailevaa tutkimusta esimerkiksi digitaalisten menetelmistä sekä pitkäaikaisvaikuttavuudesta
- Suomessa käytössä olevien nettiterapioiden vaikuttavuudesta unettomuuspotilaanhoidossa
- Suosituksen mukaisen CBT-I:n kustannuksista ja kustannusvaikuttavuudesta
- CBT-I:llä hoidettavien unettomuuspotilaiden määristä
- CBT-I:tä tarjoavista perusterveyden- tai työterveyshuollon toimipisteistä
- CBT-I koulutuksen käyneiden lukumääristä
- Unettomuushäiriön takia sairauspäivärahaa saavista ja työkyvyttömyyseläkkeelle jäävien lukumääristä
- Systemaattista taloustieteellistä arviota unettomuuden kokonaiskustannuksista

Edellytyksenä suositusten vaikutusten seuraamiselle on, että unettomuushäiriön hoidossa käytetyt menetelmät sekä unettomuushäiriön diagnoosit (myös toissijaiset) kirjataan potilastietojärjestelmään systemaattisesti. CBT-I:lle saadaan THL:n koodistopalvelusta käytettävät koodit vuoden 2022 kuluessa, joilla hoidon käyttöä voidaan jatkossa seurata. Toistaiseksi CBT-I -menetelmällä hoitoa saavien määristä ei ole saatavilla tietoa.