

## **Yhteenveto Unettomuuden hoito kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmillä (CBT-I) suositusluonnoksen kommenteista**

Palko hyväksyi kokouksessaan 27.10.2021 koskevan suositusluonnoksen. Tämän jälkeen luonnos oli julkisesti kommentoitavana otakantaa.fi-sivustolla 28.10-22.11.2021.

Kommentteja antoi neljä tahoa, jotka ilmoittivat edustavansa seuraavia taustatahoja:

- Potilaita tai asiakkaita edustava järjestö 1/4
- Sosiaali- ja terveysalan hallinto 1/4
- Terveydenhuoltoalan edunvalvontajärjestö 1/4
- Terveydenhuoltoalan tieteellinen järjestö 1/4

Vastaukset kysymykseen, kuinka hyödyllisenä pidät ehdotettua suositusta, jakautuvat seuraavasti (1=huonoin, 5=paras). Vastausten keskiarvo oli 3,5.

- 1 0/4
- 2 1/4
- 3 1/4
- 4 1/4
- 5 1/4

Hyödyllisyyden arvosanan perusteluissa tuotiin esille, että suositus ja valmistelumuistio sisälsivät paljon hyödyllistä tietoa, mutta kliiniseen työhön tarvittaisiin konkreettisempaa mallia. Unettomuus on kasvava kansanterveydellinen ongelma ja CBT-I menetelmän hyödyllisyydestä on näyttöä, mutta ei ole resursseja (terapeutteja ja aikaa) toteuttamiseen. Tuotiin esiin myös laajempi hoitojärjestelmien yleinen suunnittelemattomuus ja sekavuus, sekä toteutuksen hajanaisuus. Yksittäisten menetelmien sijaan tarvittaisiin kokonaisvaltainen perusterveydenhuollon moniammatillinen hoitojärjestelmä, jossa niin unettomuus kuin muutkin psykosomaattiset ongelmat saataisiin hoidettua laadukkaasti, yksilöllisesti ja vaikuttavasti.

### **Suosituksen kohden, rajaukset ja tietopohja**

Esitettiin, että suositukseen lisättäisiin rajausta, että se koskee pitkäaikaisen (tai toiminnanvajetta aiheuttavan) unettomuuden hoitoa. Todettiin, ettei suosituksessa oteta riittävästi kantaa siihen, minkälaisille potilasryhmille hoitoa suositellaan. Toivottiin myös,

16.12.2021

että tuotaisiin esille selvemmin, kuka tai mikä taho tekee arvion menetelmän käytöstä. Esitettiin huoli, ettei 4–6- käyntikertaa ole aina riittävä potilaan kokonaishoidon kannalta.

### **Terveysongelma**

Terveysongelma oli kuvattu hyvin. Krooninen unettomuus johtaa psyykkisiin ja fyysisiin oireisiin sekä altistaa myös muille sairauksille. Se on myös merkittävä kansanterveydellinen ja taloudellinen ongelma.

Todettiin, että tekstissä unettomuus- ja unettomuushäiriö- käsitteiden vaihtelivat. Unettomuushäiriö sanaa pidettiin medikalisoivana.

### **Arvioitava menetelmä**

CBT-I menetelmä oli kuvattu hyvin. CBT-I:ssä on hyvää se, että voidaan toteuttaa eri tavoin, myös etänä. Lisäksi interventio on sopivan mittainen.

Ehdotettiin korjattavaksi vähintään kahden päivän perustason koulutusta koskevan kohdan *antaa pätevyyden toteuttaa neuvontaa ja unettomuuden mini-interventioita* muuttamista, sillä mini-interventioiden antamiseen ei tarvita erityistä pätevyyttä. Todettiin myös, ettei kahden päivän uniohjaajan koulutus ole riittävä antamaan pätevyyttä tehdä CBT-I:tä, ja koulutuksellinen panostus edellyttää ainakin toisen tason unettomuuskoulutusta. Tuotiin esille myös potilaskohtaisen, laaja-alaisemman hoidon hyödyt verrattaessa kaikille tarjottavaan samaan pakettiin.

### **Nykyinen tutkimus- ja hoitokäytäntö sekä menetelmä, johon verrataan**

Tuotiin esille unettomuuden vähäiset hoitovaihtoehdot perusterveydenhuollossa. Nykyinen unettomuuden hoito painottuu pitkälti lääkehoitoon, vaikkei se ole henkilölle paras vaihtoehto. Tutkimuksina tehdään nykyisin lähinnä uniapneadiagnostiikkaa. Epäiltiin, että monen on vaikea lähteä ryhmähoitoihin ja iäkkäämmille digihoidot voi tuottaa vaikeuksia.

Todettiin, ettei luvusta ilmene selkeästi nykyinen tutkimus- ja hoitokäytäntö eri alueilla. CBT-I:n laajaan käyttöönottoon ei riitä pelkästään nykyisen henkilöstön kouluttaminen, vaan se vaatisi myös henkilöstöresurssien lisäämistä. Erityisesti satsaus yksilö- tai ryhmämuotoiseen CBT-I-terapiaan on iso. Siksi voisi olla viisasta lähteä rakentamaan perustasolle ensi sijassa digitaalisia hoitoja, etenkin kun niiden vaikuttavuuden on todettu olevan samaa luokkaa kuin terapeuttien antamalla hoidolla. Tällöinkin on tärkeää seurata, hyötyykö potilas hoidosta.

Espien hoidon porrastusmallista todettiin, että alaportaan ja CBT-I:n välistä puuttuu matalan kynnyksen kontakti perustasolla, joka on olennainen osa hoitoa. Esimerkiksi kontakti terveyskeskuksen lääkäriin, hoitajaan, kouluterveydenhuollon hoitajaan/ psykologiin/kuraattoriin, neuvolapalveluihin tai työterveyteen. Pelkästään huolen kuuleminen on hoidollinen interventio perusterveydenhuollossa, yhdistettynä aikaan ja luottamukselliseen hoitosuhteeseen.

### **Vaikuttavuus, turvallisuus ja näytön arviointi**

Vaikuttavuus kappale oli kuvattu selkeästi. CBT-I on todettu kliinisesti vaikuttavaksi, mutta myönteiset tulokset jäivät osin niukoiksi. Todettiin myös, että vuoden seuranta on lyhyt aika. Tulosten perusteella voitaisiin peruspalveluissa pyrkiä lisäämään digitaalisten terapioiden käyttöä, kun ne eivät nykytutkimukseen perustuvan näytön mukaan eroa vaikuttavuudessa terapeuttien antamasta hoidosta.

### **Menetelmän kustannukset, kustannusvaikuttavuus ja budjettivaikutukset**

Kappaletta pidettiin selkeänä. Tulokset jäivät niukoiksi. Tarvitaan enemmän pidempiaikaista tutkimusnäyttöä.

Todettiin unettomuuden kustannusten jäävän (työssäkävien) aikuisten osalta suurelta osin työnantajien kontolle (sairaslomat, poissaolot omailmoituksilla, depressio unideprivaation seurauksena ym.) CBT-I:n kustannuksia tulisi verrata hoitamattoman unettomuushäiriön aiheuttamiin kustannuksiin niin terveydenhuollossa kuin laajemmin yhteiskunnassa.

CBT-I:n käyttöönoton kustannukset koostuvat nykyisen henkilöstön koulutuskustannuksista ja uuden henkilöstön lisäämistarpeesta. Epäiltiin, että suosituksen käytäntöön vieminen edellyttäisi yhteiskunnalta alkuvaiheessa merkittävää taloudellista resursointia, mutta hyödyt saadaan pidemmällä aikajänteellä.

Tuotiin esille unettomuuden hoidon vaihtoehtokustannukset, eli mistä toiminnasta unenhoitoon käytetyt resurssit ovat pois, jos CBT-I-terapiaan ei varata lisäresursseja.

Esitettiin huoli turhista koulutuskustannuksista. Manualisoidut ja tarkkarajaiset menetelmäkoulutusohjelmat eivät huomioi riittävästi koulutettavien pohjakoulutusta ja –osaamista. Psykologien osaaminen on jo pohjakoulutuksen myötä laaja, eikä menetelmäkoulutusta tarvittaisi samassa laajuudessa kuin hoitajille.

### **Eettiset ja järjestämiseen liittyvät näkökohdat**

16.12.2021

Tuotiin esille lääkkeellisen hoidon ongelmat, jotka eivät ratkaise unettomuusongelmia. Toisaalta, pidettiin arvottavana ajatusta, että unilääkkeen käyttö voi heikentää potilaan autonomiaa ja pystyvyyden tunnetta.

Potilaan näkökulmasta oleellista on helppo ja nopea hoitoon pääsy ennen häiriön kroonistumista. Kannettiin huolta alueellisista eroista ja kuntien ja hyvinvointialueiden mahdollisuuksista tarjota riittävästi CBT-I –palveluja.

Esitettiin huoli riittävästä henkilöstömäärästä ja mahdollisuuksista toteuttaa koulutusta. Vertailussa tulisi olla digitaalisten terapioiden henkilöstötarve verrattuna yksilö ja ryhmämuotoiseen CBT-I terapiaan. Digitaalisiin terapioihin panostamista terveydenhuollossa tulisi lisätä resurssien riittävyyden näkökulmasta, mutta myös muut tavat antaa terapiaa olisi turvattava, koska digitaaliset palvelut eivät sovellu kaikille.

Tekstiä pidettiin epätasa-arvoistava ja epäeettisenä kannanottona hoitovelan aikana, kun hoitoa jää toteutumatta liian pienen resursoinnin vuoksi esimerkiksi diabeteksessa, masennuksessa, muistisairauksissa ja ihosyövissä. Huomautettiin, ettei potilas voi valita hoitoansa niin kauan, kun CBT-I vaatii erityisosaamista.

Järjestämiseen liittyy myös monisairastavuus ja väestön ikääntyminen. Näissä olisi mahdollisuus saada synergiaa, kun sama hoitaja keskittyisi useamman sairauden hoitoon. Palveluiden järjestäjät voisivat osallistaa myös järjestöjä palveluiden tuottamiseen, esim. vertaistukeen liittyen.

### **Johtopäätökset**

Todettiin, että unettomuuden hoito perusterveydenhuollossa on melko vähäistä. Ongelmakohtia ovat mm. hoidon tarpeen arvion tiukkuus ja se ettei perusterveydenhuollon lääkärit välttämättä osaa ohjata univaikeuksista kärsivää oikeaan palvelupisteeseen. CBT-I osaajia ei ole riittävästi. Huomautettiin, että harva potilas tulee yleislääkärin vastaanotolle pelkän unettomuuden vuoksi. Toivottiin 2-3 eri hoitomenetelmää lääkärin työkalupakkiin, jotta asia osattaisiin nostaa hienovaraisesti keskusteluun.

Esitettiin huoli CBT-I:n käyttöönottoon liittyvistä henkilöstön koulutuskustannuksista. CBT-I:n toteutumismahdollisuutta ei pidetty realistisena pitkäaikaisen unettomuuden yleisyyden takia. Kustannusten arvioinnissa tulisi huomioida vaihtoehtoiskustannukset.

### **Yhteenveto suosituksesta**

16.12.2021

Palveluntarjoajien palveluketjua pidettiin tärkeänä. Todettiin, ettei panostus palveluntarpeen tunnistamiseen ei ole mielekästä, jos tarpeenmukaista hoitoa ei resurssisyistä voida järjestää. Lisäksi toivottiin suositukseen lisäystä, miten STM aikoo ohjata systemaattisten hoito- ja palveluketjujen luomista alueilla.

### **Lisänäytön kerääminen ja suositusten vaikutusten seuranta**

Todettiin vaikutusten seurantaan tarvittavan tarkempia tietoja. Tällä hetkellä unettomuutta ei kirjata käyntisyynä perusterveydenhuollossa. Unilääkeresepituuksien määriä olisi voinut tarkastella taustatietona osoittamaan alueellisia eroja. Vaikuttavuustutkimusten lisäksi toivottiin seurattavan lisäresursoinnin tarvetta.

### **Kommenttien perusteella tehdyt muutokset**

Palkon Elintapaohjaus- ja omahoidontuki (ELO)-jaosto teki kommenttien perusteella suositukseen muun muassa seuraavat muutokset: unettomuus ja unettomuushäiriön terminologiaa selvennettiin muuttamalla koko suositus käsittämään unettomuuden sijasta unettomuushäiriötä. Tekstiä täsmennettiin useassa kohdassa ja huomiota kiinnitettiin lisäresurssitarpeen käsittelyyn. Suositukseen lisättiin toteamus, että resurssien riittävyyden takia voidaan ensisijaisesti tarjota digitaalista CBT-I:tä tai nettiterapiaa, mutta lisäksi tulisi olla saatavilla myös CBT-I kasvokkain toteutettuna sitä tarvitseville, integroituna uusiin SOTE-keskusten moniammatillisiin toimintamalleihin. Tekstiin lisättiin uniohjaajakoulutuksen ja CBT-I -unettomuusterapeuttikoulutuksen hinnat. Lisättiin myös viittaus potilasjärjestöjen hyödyntämiseen.