



Hyväksytty 27.10.2021 julkaistavaksi kommentoitavaksi otakantaa.fi –palvelussa

Palveluvalikoimaneuvoston suositus

Unettomuuden hoito kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmillä (CBT-I)

CBT-I kuuluu kansalliseen palveluvalikoimaan nuorten ja aikuisten unettomuuden hoidossa kaikille unettomuuden diagnostiset kriteerit täyttävälle potilaille.

Palveluvalikoimaneuvoston mukaan CBT-I on todettu vaikuttavaksi menetelmäksi unettomuuden hoidossa, haittavaikutukset ovat vähäisiä ja ohimeneviä ja pidemmällä aikavälillä unettomuuden 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 ottaa potilaan yksilölliset mahdollisuudet ja toiveet huomioon toteutustavan valinnassa. Unettomuuden 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, mutta myös se minne potilas ohjataan tai lähetetään, jos CBT-I:stä ei ole riittävä hyötyä.

Sisällys

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

Suosituksessa käytettyjen lähteiden luettelo löytyy valmistelumuistiosta.

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 unettomuuden 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.

Suositus perustuu Palkon tilaamaan kirjallisuuskatsaukseen, muuhun kotimaiseen ja kansainväliseen tutkimustietoon, potilashaastatteluun 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. Unettomuus on lisääntynyt viime vuosikymmenien aikana. Reilu kolmasosa suomalaisista aikuisista raportoi vähintään ajoittain ilmeneviä unettomuusoireita ja pitkäaikaisesta unettomuudesta kärsii liki 12 % aikuisväestöstä.

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

Hyvällä unella on keskeinen merkitys yksilön hyvinvoinnille sekä työ- ja toimintakyvylle. Unettomuus yksin tai muiden oireiden ohella aiheuttaa huomattavaa kärsimystä ja haittaa päivittäisistä toiminnoista suoriutumista. Hoitamaton unettomuushäiriö johtaa pitkittyessään erilaisiin terveysriskeihin, altistaa somaattisille ja psyykkisille sairauksille ja uhkaa samalla myös muiden sairauksien hoitotasapainoa, lisää riskiä sairauserusteiseen työkyvyttömyyteen sekä nostaa kuolleisuusriskin 1,5 -kertaiseksi. Unettomuushäiriö on merkittävä kansanterveydellinen ja -taloudellinen ongelma yleisyytensä ja kroonistumistaipumuksensa vuoksi.

3 Arvioitava menetelmä

Tässä suosituksessa käsitellään unettomuuden 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 rentoutuksesta ja psykoedukaatiosta. Kognitiiviset menetelmät koostuvat mm. uneen liittyvien huoliajatuksen tunnistamisesta ja muokkaamisesta sekä hyväksymisestä ja itsemyötätunnosta. Käyttäytymisterapeuttiset menetelmät sisältävät uniärsykkeiden hallintaa ja vuoteessaolon rajoittamista. Rentoutuksessa vähennetään psykofysiologista jännitystä ja psykoedukaatio sisältää tiedon antamista mm. uneen ja unettomuuteen vaikuttavista tekijöistä sekä ohjausta unta edistävästä univalverytmistä, liikunnasta, nukkumisympäristöstä ja ruokailutottumuksista.

CBT-I:tä unettomuuden hoidossa voidaan toteuttaa joko yksilö- 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 terveyden- 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 perustason koulutus (vähintään 2 päivää) antaa pätevyyden toteuttaa neuvontaa ja unettomuuden mini-interventioita. Koulutuksen käynyt henkilö voi käyttää nimikettä uniohjaaja (SUS). Toisella tasolla ovat edistyneen tason koulutukset, jotka sisältävät perustason koulutussisällön lisäksi mm. työnohjausta ja teoriaa kognitiivisista menetelmistä. Koulutus antaa pätevyyden toteuttaa strukturoitua, manualisoitua CBT-I-hoitoa. Toisen tason koulutus maksaa noin 1000–1500 euroa. Koulutuksen käynyt henkilö voi käyttää nimikettä CBT-I unettomuusterapeutti (SUS). Kolmannella tasolla ovat asiantuntijatason koulutukset. Toistaiseksi sertifioituja unettomuuskoulutuksia järjestävät HUS (Helsingin yliopistollinen sairaala), Työterveyslaitos, Turun AMK:n (ammattikorkeakoulu) ja TYKS:n (Turun yliopistollinen sairaala) yhteinen Uni- ja hengityskeskus ja Uniliitto ry.

4 Nykyinen tutkimus- ja hoitokäytäntö

Äkillisesti alkaneessa ja lyhyen aikaa kestäneessä unettomuudessa tuki ja hyvään unenhuoltoon ohjaaminen ovat ensisijaisia hoitomuotoja. Pitkäkestoisessa unettomuudessa tulisi käyttää kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä. Unettomuuden hoidosta on olemassa Käypä hoito suositus. Valtaosa unettomuudesta 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-, ryhmämuotoisesta tai digitaalisesta hoidoista. Mallin ylemmillä portailla hoidosta vastaavat unettomuuden arvioimiseen ja hoitamiseen erikoistuneet lääketieteen ja psykoterapian asiantuntijat.

Kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmien (CBT-I) saatavuus unettomuuden hoidossa vaihtelee alueellisesti. Erityisesti yksilö- ja ryhmäpohjaisen CBT-I:n saatavuudessa on Suomessa suurta aluekohtaista vaihtelua. Digitaalisenä hoitona esimerkiksi HUS on kehittänyt unettomuuden nettiterapian, johon pääsee lähetteellä. Hoitoon pääsee asuinpaikasta riippumatta, mutta toistaiseksi on tiedossa, että jotkut 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 muuhun lääkkeellistä 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 valveilla olo unijakson aikana), 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 unipolygrafialla.

CBT-I todettiin kliinisesti vaikuttavaksi unettomuuden hoidossa useiden eri tulosmuuttujien perusteella verrattaessa CBT-I:tä lääkkeellistä 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 unettomuuden hoidossa. CBT-I:llä todettiin kliinisesti merkitseviä vaikutuksia yhteen vuoteen saakka, vaikka tulokset keskimäärin laskevat 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 tulosuuttujia lukuun ottamatta. Tulokset olivat samankaltaiset myös muiden CBT-I:n toteutusmuotojen välisten vertailujen perusteella. Terapeutin tukeman ja täysin automatisoidun digitaalisen CBT-I:n välillä ei ole todettu merkittäviä eroja vaikuttavuudessa, joskin vertailevia tutkimuksia on vielä vähän. (Taulukko 1)

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

Interventio	Kohderyhmä	Tilastollisesti ja kliinisesti merkittävät ¹⁾ muutokset	Tilastollisesti, mutta ei-kliinisesti merkittävät 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 kokonaisuus, 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, päiväväsytys	yöaikaisen valveen määrä	C
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 kokonaisuus	C
CBT-I vrt. muu hoito	Aikuiset/ psykiatriseen	unettomuuden vaikeusaste, unen laatu		B

Interventio	Kohderyhmä	Tilastollisesti ja kliinisesti merkittävät ¹⁾ muutokset	Tilastollisesti, mutta ei-kliinisesti merkittävät muutokset	GRADE-arvio ²⁾
	sairauden kanssa samanaikaisesti esiintyvä unettomuus			
CBT-I vrt. muu hoito	Aikuiset/ psykiatriseen 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	lääkät	unen laatu		A
CBT-I vrt. ei hoitoa saaneet	lääkät	unen tehokkuus, hereillä oloaika yöllä		B

- 1) SMD:lle (standard mean difference, standardoitu keskimääräinen ero) 0,5 efektikoon arvioitiin olevan kliinisesti merkittävä.
- 2) GRADE-arvio kertoo luottamuksesta tulokseen. A=vahva, B=kohtalainen, C=heikko, D=erittäin heikko.
- 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).

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 pidemmällä seurantajaksoilla 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:n voidaan ajatella lisäävän potilaan autonomiaa ja pystyvyyden tunnetta hallita elämäänsä, kun taas unilääkitys voi heikentää näitä. Lisäksi unilääkkeiden käyttöön liittyy tunnettuja riskejä, kuten unen laadun heikentyminen, riippuvuus ja lisääntynyt kaatumisriski. CBT-I-hoitoa harkittaessa on tärkeää kuulla potilaan näkemys hoidosta, ja siitä mikä toteutusvaihtoehto sopii hänelle ja hänen elämäntilanteeseen.

Unettomuuden lääkkeettömän hoidon saatavuus on epätasaista ja valtakunnallisesti enimmäkseen puutteellista. Digitaalisten ratkaisujen myötä hoitoon pääsy helpottuu, mutta etänä tapahtuva hoito ei välttämättä sovellu kaikille. Kuntien ja tulevien hyvinvointialueiden tulisi olla valmiita tarjoamaan palveluita eri muodoissa, kuten nettiterapiana ja kasvokkain toteutettuna.

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 unettomuus ei ehtisi kroonistumaan. Unettomuuden hoitoon toivottiin myös erilaisia yksilöllisiä hoitovaihtoehtoja, jotka painottuisivat lääkkeettömiin menetelmiin. Lisäksi vertaistukea toivottiin osaksi hoitoa.

8 Johtopäätökset

Unettomuus on lisääntynyt viime vuosikymmeninä ja pitkäaikaisesta unettomuushäiriöstä kärsii noin 12% suomalaisesta aikuisväestöstä. Unettomuus altistaa monille somaattisille ja psyykkisille sairauksille, pahentaa ja ylläpitää niitä. Pitkittyessään unettomuushäiriö lisää riskiä tapaturmiin, sairausperusteiseen työkyvyttömyyteen ja nostaa kuolleisuusriskin noin 1,5-kertaiseksi. Suositusten mukaan unettomuuden hoidon pitäisi olla ensisijaisesti lääkkeetöntä. Tällä hetkellä Suomessa unettomuuden lääkkeettömän hoidon saatavuudessa, saavutettavuudessa ja laadussa on kuitenkin merkittäviä alueellisia eroja.

Unettomuuden hoidon intensiteetti määrittyy hoidollisen tarpeen mukaan, jossa voidaan hyödyntää unettomuuden lääkkeettömän hoidon porrasmallia. Vastikään alkaneen unettomuuden tunnistamisella ja hyvällä hoidolla on mahdollista ehkäistä pitkäaikaisen unettomuuden kehittyminen. Tilapäisessä unettomuudessa keskeistä on potilaan tukeminen, taustalla olevien syiden ja laukaisevien tekijöiden etsiminen ja käsitteleminen sekä ohjaus omatoimiseen unen huoltoon. Jos unettomuus pitkittyy tai potilas kokee tarvitsevansa tukea ja itsehoitomenetelmät ovat olleet jo käytössä hoitoon hakeutuessa, tulee potilaalle tarjota CBT-I:hin perustuvaa lääkkeetöntä terveydenhuollon ammattilaisen tukemaa hoitoa. Seuranta on tärkeä osa unettomuuden hoitoa.

Kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmät on todettu vaikuttavaksi unettomuuden 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 unettomuuden 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. Näyttöä CBT-I:n vaikuttavuudesta verrattuna lääkehoitoon on toistaiseksi vähänlaisesti. CBT-I:n haittavaikutukset ovat lieviä ja ohimeneviä, toisin kuin unilääkkeillä, joiden käyttö lisää mm. kuolleisuusriskiä.

CBT-I soveltuu kaikille unettomuuden 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 kuitenkin huomioitava samanaikaissairastavuus ja hoidettava unettomuuden rinnalla myös potilaan muita sairauksia.

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

Tässä suosituksessa käsitellyt 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 unettomuudesta, 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.

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, ja helpottaa hoidon saatavuutta, kun hoito ei ole paikkaan sidottua. Tulee kuitenkin huomioida, että digitaalinen CBT-I ei sovellu kaikille potilaille, ja potilaan yksilölliset toiveet ja lähtökohdat tulee huomioida hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. HUS:n Terveyskylän nettiterapia on tällä hetkellä (10/2021) ainoa tarjolla oleva suomenkielinen digitaalinen CBT-I Suomessa.

Tutkimusnäyttöä HUS:n nettiterapian vaikuttavuudesta ei ole vielä toistaiseksi julkaistu.

Oikea-aikaisten ja vaikuttavien unettomuuden hoidon menetelmien toteuttaminen johtaa suurempaan terveyshyötyyn ja pienempiin kokonaiskustannuksiin. Unettomuuden 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 unettomuuden diagnostiset kriteerit täyttävälle potilaille.

Palveluvalikoimaneuvoston mukaan CBT-I on todettu vaikuttavaksi menetelmäksi unettomuuden hoidossa, haittavaikutukset ovat vähäisiä ja ohimeneviä ja pidemmällä aikavälillä unettomuuden 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 ottaa potilaan yksilölliset mahdollisuudet ja

toiveet huomioon toteutustavan valinnassa. Unettomuuden 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, mutta myös 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.

10 Lisänäytön kerääminen ja suositusten vaikutusten seuranta

Lisää tietoa tarvitaan:

- CBT-I:n eri toteutustapojen soveltuvuudesta eri ryhmille (nuoret, ikääntyneet, komorbiditeetti), vertailevaa tutkimusta (esim. digitaalisten menetelmien vertailu) sekä pitkäaikaisvaikuttavuudesta
- Suomessa käytössä olevien nettiterapioiden vaikuttavuudesta unettomuuspotilaan hoidossa
- 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
- Systemaattista taloustieteellistä arviota unettomuuden hinnasta
- Unettomuuden takia sairauspäivärahaa saavista ja työkyvyttömyyseläkkeelle jäävien lukumääristä

Edellytyksenä suositusten vaikutusten seuraamiselle on, että unettomuuden hoidossa käytetyt menetelmät sekä unettomuus diagnoosit (myös toissijaiset) kirjataan potilastietojärjestelmään systemaattisesti. CBT-I:lle on haettu THL:n koodistopalvelusta

käytettävät koodit, joilla hoidon käyttöä voidaan jatkossa seurata. Toistaiseksi CBT-I menetelmällä hoitoa saavien määrästä ei ole saatavilla tietoa.