

Elina Bergman ja Ansa Rantanen

## Uneton yleislääkärin vastaanotolla

Yleislääkäri kohtaa työssään usein potilaita, joilla on pitkäkestoista unettomuutta. Monet potilaat kertovat ”kokeilleensa jo kaikkea”, ja sekä lääkäri että potilas voivat kokea keinottomuutta tilanteessa. Vastaanotolla kannattaa ensin selvittää, mitä potilas tarkoittaa unettomuudella ja onko hänellä itsellään jokin käsitys uniongelmiansa syystä. Potilaan elintavat, psykososiaalinen tilanne, muut sairaudet ja lääkitykset on tarpeen kartoittaa. Tavoitteena on selvittää potilaan uniongelman taustasyyt ja sitä ylläpitävät tekijät, joihin vaikuttaminen on ongelman ratkaisemisessa ensisijaista. Hoito suunnitellaan yksilöllisesti. Hoitosuosituksen mukaan potilas tulee ohjata kognitiivis-behavioraalisiin menetelmiin (CBT-I) perustuvaan hoitoon. Lääkehoitoja käytettäessä tulee punnita niiden hyödyt ja haitat tapauskohtaisesti ja seurata potilasta säännöllisesti.

Unettomuus on yleinen oire yleislääkärin kohtaamilla potilailla. Osalle unettomuus on akuutti syy vastaanotolle hakeutumiseen, toisille kroonisempi, ainainen vaiva. Satunnaiset univaikeudet kuuluvat normaaliin elämään, mutta pitkittyneestä, vaikeasta unettomuudesta on huomattavaa haittaa. Pitkäkestoinen unettomuus lisää muun muassa sydän- ja verisuonitautien, lihavuuden, tyyppin 2 diabeteksen ja masennuksen riskiä (1–3). Myös tapaturmia sattuu enemmän unettomille (4). Unettomien elämänlaatu ja työkyky ovat huonompia kuin hyvin nukkuvien, ja unettomille kertyy enemmän sairauspoissaoloja (5–7). Norjalaisen tutkimuksen mukaan pitkäkestoinen unettomuus ennusti työkyvyttömyyseläkkeelle joutumista yhtä vahvasti kuin masennus (8).

Väestöstä noin 10 % kärsii pitkäkestoisesta unettomuudesta, mutta perusterveydenhuollon potilaiden joukossa osuus on jopa 25–50 % (9). THL:n Avohilmo-rekisterin mukaan vuonna 2023 unettomuushäiriö on kuitenkin ollut diagnosoituna käyntisyynä alle 1 %:ssa avohoidon lääkärikäynneistä, mikä viittaa selvästi alidiagnosointiin ainakin kirjausten osalta. Jokaisen yleislääkärin tulisi osata tunnistaa unettomuushäiriöstä kärsivä potilas, kyetä selvittämään hänen unettomuutensa todennäköinen syy ja tuntea pitkäkestoisen unettomuuden suositellut hoitomuodot.

### Unettoman potilaan tutkiminen yleislääkärin vastaanotolla

Vastaanotolla tavoitteena on selvittää potilaan unettomuuden syy ja suunnitella siihen yhdessä hänen kanssaan sopiva hoito. Usein selvitystyössä päästään hyvin alkuun kysymällä potilaalta, miksi hän ei saa nukutuksi. Tällöin keskusteluun saattaa nousta tärkeitä unettomuuden tausta- ja syytekijöitä, joihin puuttuminen on ensisijaista unettomuusongelman ratkaisemiseksi. Tällaisia voivat olla erilaiset psykososiaaliset kuormitustekijät, muut psyykkiset tai somaattiset oireet sekä elintapoihin ja nukkumisympäristöön liittyvät asiat (10).

Yleislääkärin tulee selvittää, mitä potilas tarkoittaa unettomuudella: kärsiikö hän nukahtamisvaikeudesta, katkonaisesta tai muuten riittämättömältä tuntuvasta yöunesta vai onko kysymyksessä jokin aivan muu uneen liittyvä ongelma. Selvitetään, täyttyvätkö unettomuushäiriön diagnostiset kriteerit (**TAULUKKO 1**). ICD-10-luokituksessa unettomuushäiriön diagnoosina käytetään koodia F51.0, ”ei-elimellinen unettomuus”. Kirjallisuudessa pitkäkestoisen unettomuushäiriön yhtenä diagnostisena kriteerinä pidetään usein DSM-5-luokituksen mukaista vähintään kolmen kuukauden kestoaa. Lyhyempikestoisenkin unettomuushäiriön hoitoon on syytä suhtautua aktiivisesti, jotta pit-

**TAULUKKO 1.** Unettomuushäiriön diagnostiset kriteerit (ICD-10).

Ilmenee nukahtamisvaikeus tai vaikeus pysyä unessa, tai nukkuminen ei virkistä  
Univaikeus ilmenee vähintään kolme kertaa viikossa vähintään yhden kuukauden ajan  
Univaikeus aiheuttaa huolta tai vaikuttaa arkielämän toimiin  
Häiriötä ei aiheuta somaattinen syy tai muun sairauden lääkitys

**TAULUKKO 2.** Sairauksia ja tiloja, joiden yhteydessä unettomuus on yleistä (12).

Masennus  
Ahdistus  
Uniapnea  
Neuropsykiatriset häiriöt, esim. ADHD  
Pitkäaikainen kipu  
Sydämen vajaatoiminta  
Muistisairaudet  
Parkinsonin tauti  
Pahanlaatuiset kasvaimet  
Vaihdevuosisoireet  
Päihteiden käyttö

käkestoisen unettomuushäiriön kehittyminen ehkäistäisiin.

Haastatellen ja kyselylomakkeita (esimerkiksi Insomnia Severity Index tai Sleep Condition Indicator (SCI) -kysely, suomennettuna [www.mielenterveystalo.fi](http://www.mielenterveystalo.fi), ammattilaisille) apuna käytetään selvitetään unettomuuden vaikeus, kesto ja jatkuvuus sekä unettoman yön vaikutus potilaan seuraavaan päivään (11–13). On syytä selvittää, mitä yöllä tapahtuu: unta häiritsevät oireet, kohtausoireet ja potilaan käsitys nukkumisestaan. Potilasta pyydetään pitämään vähintään viikon ajan nukkumispäiväkirjaa, jonka avulla saadaan tietoa unen kestosta ja valvomisesta sängyssä sekä voidaan tehdä havaintoja esimerkiksi elintapojen vaikutuksesta seuraavan yön uneen. Esimerkki nukkumispäiväkirjasta löytyy Unettomuuden Käypä hoito-suosituksesta (12).

Unettomuus on harvoin vastaanotolle tulleen potilaan ainoa vaiva. Muut sairaudet ja lääkitykset tulee huomioida unettomuusongelmaan mahdollisesti myötävaikuttavina tekijöinä.

Oheissairauksien hyvä hoito edesauttaa myös unettomuuden hoitoa, mutta unettomuutta on yleensä tarpeen hoitaa itsenäisenä ongelmana. Erityisesti masennus, ahdistus ja uniapnea ovat tyypillisiä, väestössä alidiagnosoituja unettomuusoireen taustalta löytyviä tiloja. Niitä kannattaa soveltuvin kyselyin seuloa pitkäkestoisesti unettomilta potilailta. Toisaalta lääkärin olisi joskus hyvä kysellä vastaanotolla potilaan nukkumisesta, vaikka potilas itse ei toisikaan uniongelmia esiin. Pitkäkestoisen unettomuuden asianmukainen hoito hyödyttää monien pitkäaikaissairauksien hoitoa ja parantaa potilaan elämänlaatua (5,14–16).

**TAULUKKON 2** on koottu sairauksia ja tiloja, joiden yhteydessä unettomuus on tavallinen oire. Käytännössä lähes mikä tahansa sairaus saattaa häiritä unta.

Somaattisten ja psyykkisten oheissairauksien lisäksi unettomilla on usein psykososiaalista stressiä, ihmissuhdeongelmia, taloudellisia huolia tai työuupumusta. Osalla tilannetta pahentavat epäsäännölliset ja epäterveelliset elintavat. Näiden lisäksi myös päihteiden käyttö pitää muistaa kartoittaa.

Suosittelemme unettoman potilaan tutkimista lähivastaanotolla somaattisten oheissairauksien selvittämiseksi. Potilaan aikaisemmat sairaudet ja yölliset tai muut oireet ohjaavat tutkimuksen laajuutta. Sydän- ja keuhkoauskultatio, ylähengitysteiden tutkiminen sekä painoindeksin ja kaulanympäryksen määrittäminen kuuluvat usein unettoman potilaan kliiniseen tutkimukseen. Muiden unihäiriöiden kuten levottomien jalkojen tai epäiltyjen oheissairauksien takia voidaan tarvita laboratoriotutkimuksia. Uniapneaepäilyn herättyä potilas ohjataan yöpolygrafiaan (17).

## Unettomuushäiriön erotusdiagnostiset vaihtoehdot

Unettomuushäiriön mahdollisia erotusdiagnostisia vaihtoehtoja voivat olla levottomien jalkojen oireyhtymä, jonka esiintyvyys aikuisväestössä on noin 3 % (18), parasomniat kuten painajaisunet, yölliset kauhukohtaukset ja vastaavat sekä somaattisista sairauksista muun muassa kilpirauhasen liikatoiminta. Myös uniap-

neaa voidaan pitää erotusdiagnostisena uni-häiriönä, tosin nykykäsityksen mukaan unettomuudesta kärsivät uniapneapotilaat hyötyvät molempien vaivojen samanaikaisesta hoidosta (14). Mahdollisia uni-valverytmin häiriöitä ovat muun muassa aikaerorasitus ja vuorotyö-unihäiriö, lääkkeiden, huumeiden, alkoholin tai muun tekijän aiheuttama uni-valverytmin häiriö sekä kronobiologiset unihäiriöt, kuten viivästynyt unijakso.

## Pitkäkestoisen unettomuuden hoito

Pitkäkestoisen unettomuuden onnistuneen hoidon perusta on unettomuutta ylläpitäviin tekijöihin vaikuttaminen. Unettomuushäiriön synnyssä ja pitkittymisessä on kysymys uni-valverytmin säätelyn häiriintymisestä ja uneen liittyvistä haitallisista ajatus- ja käytösmalleista, joita kuvataan Aikakauskirjassa aikaisemmin julkaistussa katsausartikkelissa (19). Esimerkiksi Euroopan unitutkimusseuran ja American Academy of Sleep Medicinen laatimat hoitosuosittukset, Käypä hoito -suositus sekä Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto suosittelevat pitkäkestoisen unettomuuden ensisijaiseksi hoidoksi kognitiivis-behavioraalisia menetelmiä (CBT-I) (10,12,20,21). Niillä tarkoitetaan terapeutisia interventioita, joiden tavoitteena on vaikuttaa unettomuutta ylläpitäviin tekijöihin ja katkaista unettomuuden noidankehä. Interventiot voivat toteutua lyhyinä 1–3 käynnin tai pidempinä 4–6 käynnin yksilö- tai ryhmätapaamisina. Suomessa CBT-I-hoitoa antavat koulutetut sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilöt. CBT-I-koulutuksen sertifioinneista sekä uniohjaajan ja CBT-I-unettomuusterapeutin pätevyyksien myöntämisestä ja rekisteröinnistä vastaa Suomen Unitutkimusseura ry Euroopan unitutkimusseuran asettamien kriteerien mukaisesti (22).

CBT-I-menetelmissä on useita eri komponentteja, joista pyritään hoidon aikana valitsemaan juuri kyseisen potilaan unettomuusoireeseen parhaiten soveltuvat. Useimmiten hoitoon sisältyy ohjeita unenhuollosta, harjoitteita rentoutumiseen, unta haittaavan käyttäytymisen muutokseen tähtääviä harjoitteita sekä

## Ydinasiat

- ▶ Jopa puolet perusterveydenhuollon potilaista kärsii pitkäkestoisesta unettomuudesta.
- ▶ Unettomien oheissairastavuus on yleistä, ja etenkin hoitamaton masennus ja uniapnea olisi tärkeää tunnistaa unettomuusoireen taustalta.
- ▶ Pitkäkestoisen unettomuuden ensisijainen hoitomuoto on lääkkeetön, kognitiivis-behavioraaliin menetelmiin (CBT-I) perustuva hoito.
- ▶ Mikäli pitkäkestoisessa unettomuudessa käytetään lääkettä, sen riskit ja hyödyt on punnittava tarkasti ja potilasta on seurattava säännöllisesti.
- ▶ Koulutettu unihoitaja on erinomainen työpari yleislääkärille pitkäkestoisen unettomuuden hoidossa.

kognitiivisia menetelmiä, joilla pyritään muuttamaan unettomuutta ylläpitäviä ajatusmalleja. Menetelmät soveltuvat käytettäväksi lähes kaikkien potilasryhmien hoitoon yläkoulukäisistä alkaen. Yläikärajaa ei ole, mutta muistisairaiden tai muusta syystä kognitiiviseen työskentelyyn kykenemättömien potilaiden hoitoon menetelmät eivät sovellu.

CBT-I-menetelmiin perustuvia hoitomalleja on kehitetty viime vuosina perusterveydenhuollon käyttöön. Esittelemme jäljempänä Varsinais-Suomen hyvinvointialueella käytössä olevan Unikoulu-mallin. CBT-I:n saatavuus on perusterveydenhuollossa tähän asti ollut huonoa, ja siksi kokemuksemme mukaan harvaa potilasta on toistaiseksi hoidettu strukturoiduin CBT-I-menetelmin. Tällöin potilaan motivoiminen näiden menetelmien käyttöön on oleellista. Ilman potilaan ymmärrystä ja omaa motivaatiota vaikuttaa unettomuuttaan ylläpitäviin tekijöihin pystyy yleislääkäri tuskin ratkaisemaan potilaan unettomuusongelmaa.

Pitkäkestoisen unettomuuden hoito voi alkaa jo ensimmäisellä vastaanotolla, kun potilas ja lääkäri ovat saavuttaneet yhteisymmärryksen potilaan unettomuuden keskeisimmistä

taustatekijöistä. Yleislääkäri voi antaa potilaalle perustietoa unesta ja unettomuudesta sekä neuvoja unenhuollosta. Käytännössä hyödyllinen ensilinjan toimenpide on ohjata potilas toteuttamaan unettomuuden CBT-I-menetelmiin perustuvaa itsehoitoa joko internetin (esimerkiksi [www.mielenterveystalo.fi](http://www.mielenterveystalo.fi), Unettomuuden omahoito-ohjelma) tai kirjallisen materiaalin tukemana. Kirjasuosituksia löytyy muun muassa Uniliiton nettisivuilta ([www.uniliitto.fi/auta-unta/unen-itsehoito/unen-itsehoito/](http://www.uniliitto.fi/auta-unta/unen-itsehoito/unen-itsehoito/)).

Osalle potilaista psykoedukaatio unettomuudesta, ohjaus omahoidon menetelmien pariin ja hoidon vasteen seuranta ovat riittävää hoitoa. Mahdollisuuksien mukaan potilas kannattaa ohjata perustason CBT-I-koulutuksen (uniohjaaja) saaneelle työntekijälle 1–3 käynnin lyhytinterventiota varten. Intensiivisempää hoitoa tarvittaessa potilas ohjataan manualisoituun CBT-I-hoitoon unettomuusterapeutille tai unettomuuden nettiterapiaan ([www.mielenterveystalo.fi/fi/nettiterapiat](http://www.mielenterveystalo.fi/fi/nettiterapiat)). Valitun hoidon jälkeen potilas kannattaa kutsua seurantakäynnille 4–6 viikon kuluttua.

## Unettomuuden lääkehoito

Tietoa perusterveydenhuollon potilaiden jatkuvan unilääkityksen yleisyydestä Suomessa on vähän, mutta todennäköisesti käyttö on melko yleistä (23). Oman kokemuksemme mukaan monella yleislääkärin potilaalla on käytössään jonkinlainen unettomuuden vuoksi aloitettu lääkitys. Unilääkereseptin uusintapyynnöt, tehottoman lääkityksen vaihtopyynnöt ja toiveet uuden unilääkityksen aloituksesta ovat yleisiä. Suositusten mukaan pitkäkestoisen unettomuuden lääkehoito voi tulla kyseeseen, jos CBT-I:n vaste on riittämätön (10). Mikäli CBT-I-hoitoa ei ole saatavilla tai se ei potilaalle sovellu, pitkäkestoisen unettomuuden harkittu lääkehoitokin on vaihtoehto. Lääkehoidon haitat saattavat kuitenkin ylittää siitä saatavat hyödyt, etenkin iäkkäillä potilailla. Päihteitä väärinkäyttävien potilaiden riski lääkeriippuvuuteen on syytä muistaa. Unettomuuden hoidossa perusterveydenhuollossa yleisesti käytettyjä lääkkeitä ja niiden mahdollisia haittoja esitellään **TAULUKOSSA 3**.

Lääkehoidossa on oleellista yksilöllisten hyötyjen ja haittojen arvio sekä hoidon säännöllinen seuranta. Mikäli potilas käyttää unilääkettä ohjeen mukaan ja nukkuu hyvin eikä lääkkeestä aiheudu merkittäviä haittoja, lääkitystä voitaneen pitää toimivana. Jos potilas sen sijaan nukkuu lääkkeestä huolimatta huonosti, pyrkii käyttämään lääkettä sovitua enemmän tai lääkkeestä on potilaalle haittoja, asiaan on syytä puuttua. Tällöin selvitetään unettomuuden syyt ja oheissairaudet, puututaan niihin ja ohjataan potilas CBT-I-hoitoon. Toimimattoman unilääkityksen taustalta voi löytyä esimerkiksi diagnosoimaton masennus, ahdistuneisuutta tai päihteiden käyttöä. Reseptiä uusivan lääkärin tulisi olla tietoinen edellä kuvatuista asioista. Mikäli tilanteessa on epäselvyyttä, uusitaan potilaalle pieni määrä hänen käyttämänsä lääkettä ja pyydetään potilas vastaanotolle. Hyvä hoidon jatkuvuus vähentää tässäkin sekä lääkärin että potilaan ahdistusta – yhdessä sovitun hoitosuunnitelman mukaisen, säännöllisesti seuratun lääkehoidon jatkaminen on huomattavasti yksinkertaisempaa kuin tuntemattomalta potilaalta tulleen uusimispyynnön käsittely.

Kun potilas ohjataan CBT-I-hoitoon, käytössä olevaa, jollain tapaa toimivaa unilääkitystä ei ole syytä lopettaa, mutta hoidon jälkeen lääkkeen tarvetta tulee arvioida. Yleensä uutta unilääkitystä ei kannata aloittaa ennen CBT-I-hoitoa.

## Vastikään alkaneen unettomuuden hoito

Äkilliseen elämänmuutokseen liittyy usein normaalin reaktionä unettomuutta. Potilasta tulee tukea ja lohduttaa sekä neuvoa unenhuollosta ja normaalin päivärytmin säilyttämisessä. Mikäli unettomuus on vaikeaa (akuutti unettomuushäiriö), on lääkärin hyvä pyrkiä estämään tilanteen pitkittyminen. Tällöin lyhytkestoinen, alle kahden viikon pieniannoksinen unilääkitys (esimerkiksi z-lääke tai doksepiini) neuvonnan ohella saattaa olla käyttökelpoinen hoitovaihtoehto (**TAULUKKO 3**). Seurannasta sopiminen, esimerkiksi puhelinseuranta-aika parin viikon päähän samalle lääkärille, on tässäkin tilanteessa oleellista.

**TAULUKKO 3.** Unettomuuden hoidossa perusterveydenhuollossa yleisesti käytettyjä lääkkeitä.

Lääkeaine	Annos	Huomioitavaa
<b>Bentsodiatsepiinien kaltaiset lääkkeet (ns. z-lääkkeet)</b>		Käyttöaiheena unettomuuden lyhytaikainen hoito. Näyttöä soveltavuudesta myös pitempiaikaiseen käyttöön (24,25) Haittoja: väsymys, huimaus ja kognitiiviset haitat
Tsopikloni	7,5 mg 3,75 mg (ikäntyneet ja heikkokuntoiset, munuaisten tai maksan vaikea vajaatoiminta)	Psykomotoriset haitat voivat jatkua yli 12 tuntia
Tsolpideemi	10 mg (miehet) 5 mg (naiset, ikääntyneet, maksan vajaatoiminta)	Ikääntyneillä eliminaatio hidastuu
<b>Bentsodiatsepiinit</b>		Soveltuvat parhaiten lyhytaikaiseen tai satunnaiseen käyttöön, jolloin haitat vähäisiä. Säännöllisessä käytössä teho saattaa heiketä Psykomotoriset ym. haitat
Tematsepaami	10–20 mg (enintään 40 mg)	Bentsodiatsepiinien tyypilliset haitat
<b>Sedatiiviset masennuslääkkeet</b>		Vaikutus uneen välittyy H1-reseptorien kautta
Doksepiini	3–6 mg 1 mg (voi riittää iäkkäille)	1–6 mg:n annoksilla ei antikolinergisia haittavaikutuksia. Näyttöä soveltavuudesta myös pitempiaikaiseen käyttöön
Mirtatsapiini	3,75–7,5 mg	Paras teho käytettäessä hyvin pieniä annoksia Voi aiheuttaa tokkuraisuutta seuraavana päivänä, painon lisääntymistä ja iäkkäille ortostatismia sekä pahentaa levottomien jalkojen oireyhtymää Tutkimusnäyttö tehosta vähäistä
<b>Muut lääkkeet</b>		
Melatoniini	2 mg (pitkävaikutteinen) 0,5–6 mg (lyhytvaikutteinen)	Pitkävaikutteisesta näyttöä yli 55-vuotiaiden osalta Haitat melko vähäisiä. INR-arvo saattaa suurentua yhteiskäytössä varfariinin kanssa. Lyhytvaikutteinen ei ole varsinainen unilääke mutta voi auttaa vuorokausirytmien aikaistamiseen.
<b>Vain erityistilanteissa käytettäviä lääkeaineita</b>		
Ketiapiini	Käyttöaiheen mukaan	Psykoosisairauksien, vaikean masennuksen ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön yhteydessä Haittoina sedaatio, painon lisääntyminen, metaboliset haitat, QT-ajan piteneminen, ortostatismi
Hydroksitsiini	12,5–25 mg	Allergiaoireisiin liittyvä unettomuus, lyhytaikaisesti Haittana antikolinergisuus Tehosta huonosti näyttöä
Pregabaliini	Käyttöaiheen mukaan	Kipupotilaille, levottomien jalkojen oireyhtymää sairastaville ja yleistynyttä ahdistuneisuushäiriötä sairastaville
Amitriptyliini	Käyttöaiheen mukaan	Kipupotilaiden hoidossa Voimakkaasti antikolinerginen

## Pitkäkestoisen unettomuuden hoidon Varsinais-Suomen malli

Omalla alueellamme Varsinais-Suomessa on kehitetty unettomuuden lääkkeetöntä hoitoa perusterveydenhuollossa kouluttamalla terveyskeskuksiin unihoitajia. Koulutus on aloitet-

tu vuonna 2021 Turun AMK:ssa yhteistyössä Tyksin Uni- ja hengityskeskuksen kanssa. Unihoitajakoulutukseen hakeutuneet ovat terveyskeskuksissa jo valmiiksi työsuhteessa olleita hoitoalan ammattilaisia. He ovat voineet noin kolme kuukautta kestävän koulutuksen jälkeen hakea Suomen Unitutkimusseuran edistyneen

tason CBT-I-unettomuusterapeutin pätevyyttä.

Käytännössä unihoitajat toteuttavat terveyskeskuksissa CBT-I-hoitoa manualisoidun Unikoulu-menetelmän avulla. Menetelmän keskeinen elementti on potilaille jaettava työkirja, joka ohjaa tapaamiskertojen sisältöjä ja helpottaa tasalaatuisen ja oikein suoritettua CBT-I-hoidon toteuttamista. Unikoulun pääteemat ovat tieto unesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä, behavioraaliset ja kognitiiviset CBT-I-komponentit sekä autonomisen hermoston ja mielen rauhoittamiseen tähtäävät harjoitteet. Kokonaisuuteen sisältyy lisäksi muun muassa oman pystyvyyden tunnetta, harjoitteiden tekemistä ja motivaatiota lisääviä lyhytterapeuttisia elementtejä. Unikoulua voidaan toteuttaa sekä ryhmämuotoisena että yksilöohjauksena, ja se soveltuu myös videovälitteiseen hoitoon.

Pitkäkestoisesta unettomuudesta kärsivät potilaat ohjataan lääkärin tai hoitajan vastaanotoilta tai hoidontarpeen arviosta ensin unihoitajan yksilökäynnille, jolla hoitaja kartoittaa potilaan tilannetta haastatteleamalla ja kyselyjen avulla. Alkututkimuksessa selvitetään potilaan uniongelman luonnetta ja vaikeutta sekä yleisten oheissairauksien ja erotusdiagnostista selvitystä vaativien tilojen todennäköisyyttä (muun muassa masennus, ahdistus, uniapnea, levottomien jalkojen oireyhtymä, yölliset kohtausoireet). Haittaavasta unettomuudesta kärsivä potilas ohjataan alkuselvityksen jälkeen ryhmämuotoiseen Unikouluun tai tarvittaessa yksilökäynneille. Mikäli kartoituksessa on tullut esiin jokin lääkärin tutkimusta ja hoitoa vaativa tila, unihoitaja ohjaa potilaan lisäksi lääkärin vastaanotolle.

Unikoulut ovat toiminnassa jo useissa Varsinais-Suomen terveyskeskuksissa. Tähänastiset kokemukset Unikouluista ovat olleet positiivisia, ja oma tutkimusryhmämme on vuoden 2023 lopulla aloittanut tutkimuksen ryhmämuotoisten Unikoulujen tehon ja toimivuuden selvittämiseksi.

### Milloin erikoissairaanhoidon?

Yleislääkäri voi hoitaa suurimman osan unettomuuspotilaista itse, erityisesti jos hänellä on

työparinaan koulutettu unihoitaja. Tietyissä tilanteissa lähete psykiatriseen erikoissairaanhoidon tai unilääketieteeseen perehtyneeseen yksikköön voi kuitenkin olla tarpeen. Vakiintuneita kansallisia kriteereitä hoidon porrastuksesta ei ole vielä olemassa, mutta konsultaation aiheita ovat esimerkiksi erotusdiagnostiset ongelmat (muun muassa mahdollinen harvinaisempi unihäiriö), vaikea (psykiatrinen) oheissairastavuus ja asianmukaiseen hoitoon reagoimaton unettomuus. Ennen erikoissairaanhoidon lähettämistä unettomuuden hoitoon tulisi olla kokeiltu vähintään manualisoitua CBT-I-hoitoa ja tarvittaessa suosituksen mukaisia lääkehoidoja. Lisäksi masennuksen, ahdistuneisuushäiriöiden, uniapnean, levottomien jalkojen sekä esimerkiksi kipua tuottavien fyysisten sairauksien tulisi olla poissuljettuja tai hoidettuja. Läheteeseen olisi hyvä liittää kahden viikon nukkumispäiväkirja sekä unettomuushäiriön, masennuksen ja ahdistuksen vaikeusasteen arviointiin käytettyjen kyselyiden pistemäärät.

### Lopuksi

Jopa joka toisella perusterveydenhuollon potilaalla on unettomuushäiriö. Koska se pitkäkestoisena heikentää potilaan elämänlaatua, lisää sairastavuutta ja heikentää muiden sairauksien ennustetta, on unettomuuden asianmukainen diagnosointi ja hoito tärkeää. Jokaisen yleislääkärin olisi hyvä saada työparikseen koulutettu unihoitaja, joka vastaanotollaan strukturoidusti kartoittaa unettomuuden tausta- ja syytekijöitä, seuloa yleisiä oheissairauksia ja muita unihäiriöitä sekä ohjaa potilaan tarvittaessa yleislääkärin arvioon. Ryhmämuotoisten CBT-I-hoitomallien implementointi laajasti perusterveydenhuoltoon toisi yleislääkärin keinovälikoimaan laadukkaamman, kustannustehokkaan ja hoitosuosituksen mukaisen tavan unettomuusongelmien hoitoon. Hyvinvointialueiden kannattaisikin valtakunnallisesti panostaa tähän näyttöön perustuvaan hoitomuotoon. ■

Kiitämme LT, psykiatrian erikoislääkäri Juha Markkulaa arvokkaista asiantuntijakommenteista kirjoitukseemme.

## KIRJALLISUUTTA

1. Javaheri S, Redline S. Insomnia and risk of cardiovascular disease. *Chest* 2017;152:435–44.
2. Johnson KA, Gordon CJ, Chapman JL, ym. The association of insomnia disorder characterised by objective short sleep duration with hypertension, diabetes and body mass index: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev* 2021;59:101456.
3. Baglioni C, Battagliese G, Feige B, ym. Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *J Affect Disord* 2011;135:10–9.
4. Daley M, Morin CM, LeBlanc M, ym. Insomnia and its relationship to health-care utilization, work absenteeism, productivity and accidents. *Sleep Med* 2009;10:427–38.
5. Kyle SD, Morgan K, Espie CA. Insomnia and health-related quality of life. *Sleep Med Rev* 2010;14:69–82.
6. Lian Y, Xiao J, Liu Y, ym. Associations between insomnia, sleep duration and poor work ability. *J Psychosom Res* 2015;78:45–51.
7. Lallukka T, Kaikkonen R, Härkänen T, ym. Sleep and sickness absence: a nationally representative register-based follow-up study. *Sleep* 2014;37:1413–25.
8. Overland S, Glozier N, Sivertsen B, ym. A comparison of insomnia and depression as predictors of disability pension: the HUNT study. *Sleep* 2008;31:875–80.
9. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, ym. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res* 2017;26:675–700.
10. Riemann D, Espie CA, Altena E, ym. The European Insomnia Guideline: an update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. *J Sleep Res* 2023;32:1–36.
11. Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the insomnia severity index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med* 2001;2:297–307.
12. Unettomuus. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2020 [päivitetty 23.1.2023]. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).
13. Espie CA, Kyle SD, Hames P, ym. The Sleep Condition Indicator: a clinical screening tool to evaluate insomnia disorder. *BMJ Open* 2023;32:e13783. DOI:10.1136/bmjopen-2013-004183.
14. Ragnoli B, Pochetti P, Raie A, ym. Comorbid insomnia and obstructive sleep apnea (Comisa): current concepts of patient management. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:9248.
15. Ballesio A, Aquino MRJ, Feige B, ym. The effectiveness of behavioural and cognitive behavioural therapies for insomnia on depressive and fatigue symptoms: a systematic review and network meta-analysis. *Sleep Med Rev* 2018;37:114–29.
16. Alimoradi Z, Jafari E, Broström A, ym. Effects of cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I) on quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev* 2022;64:101646.
17. Uniapnea (obstrukttiivinen uniapnea aikuisilla). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Keuhkolääkäriyhdistyksen ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2022 [päivitetty 4.10.2022]. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).
18. Broström A, Alimoradi Z, Lind J, ym. Worldwide estimation of restless legs syndrome: a systematic review and meta-analysis of prevalence in the general adult population. *J Sleep Res* 2014;4:e004183. DOI:10.1111/jsr.13783.
19. Partonen T, Tuisku K, Nikolakaros G, ym. Mistä unettomuushäiriössä on kyse? *Duodecim* 2020;136:2470–7.
20. Edinger J, Arnedt J, Bertisch S, ym. Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: an American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. *J Clin Sleep Med* 2021;17:255–62.
21. Unettomuushäiriön hoito kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmillä (CBT-I). Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston suositus. Helsinki: Palveluvalikoima 2021.
22. Baglioni C, Altena E, Bjorvatn B, ym. The European Academy for Cognitive Behavioural Therapy for Insomnia: an initiative of the European Insomnia Network to promote implementation and dissemination of treatment. *J Sleep Res* 2020;29:e12967. DOI:10.1111/jsr.12967.
23. Heikkala E, Jokelainen J, Mikkola I, ym. Recurrent prescription of sleep medication among primary care patients with type 2 diabetes: an observational study of real-world registry data. *BMC Prim Care* 2023;24:90.
24. De Crescenzo F, D'Alò GL, Ostinelli EG, ym. Comparative effects of pharmacological interventions for the acute and long-term management of insomnia disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet* 2022;400:170–84.
25. Zee PC, Bertisch SM, Morin CM, ym. Long-term use of insomnia medications: an appraisal of the current clinical and scientific evidence. *J Clin Med* 2023;12:1629.

### ELINA BERGMAN, LT, yleislääketieteen erikoislääkäri

Turun yliopisto, yleislääketiede

Yliopistollinen sote-keskus

Yleislääketieteen jatkokoulutustiimi, Varsinais-Suomen hyvinvointialue

### ANSA RANTANEN, LT, yleislääketieteen erikoislääkäri

Turun yliopisto, yleislääketiede

Yliopistollinen sote-keskus

Yleislääketieteen jatkokoulutustiimi, Varsinais-Suomen hyvinvointialue

### VASTUUTOIMITTAJA

Merja Laine

### SIDONNAISUODET

Elina Bergman: Luottamustoimet (Lääkäriliiton valtuuskunnan jäsen; Lääkäriliiton TYKS-yta-alueen edunvalvontavaliokunnan jäsen; luottamusmies, JUKO/Lääkäriliitto Turun yliopisto)

Ansa Rantanen: Ei sidonnaisuuksia