

**JOHANNA TUUKKANEN**  
anestesiologian erikoislääkäri,  
EMBA  
palvelujohtaja  
KSSHP Päivystys ja ensihoito

## Yhteispäivystyksessä vaanii vaara

Suomalainen yhteispäivystys on paitsi yleismaailmallisesti ainutlaatuinen toimintayksikkö, myös haasteellinen toimintaympäristö, jonka riskit on tunnistettava.

Suurin ongelma yhteispäivystysten arjessa on epätarkoituksenmukaisen kysynnän hallitsematon kasvu. Päivystyksestä on tullut muiden toimijoiden varaventiili, mistä seuraa kohtuuttomia päivystystoimintaan kohdistuvia odotuksia ja vaatimuksia.

Tilanteen taustalla on monia syitä, kuten perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon eritasoisen päivystystoiminnan keskittäminen ja pahenevat ongelmat perustason hoitoon pääsyssä. Vuonna 2015 voimaan tulleessa STM:n päivystysasetuksessa säädettiin ympärivuorokautisista yhteispäivystyksistä. Asetuksessa ei mainittu terveystieteiden kiireellistä vastaanottotoimintaa eikä säädetty siitä, kuka vastaa perusterveydenhuollon potilaiden hoidosta yhteispäivystyksissä.

Useimmat kaupunkikunnat, joissa on yhteispäivystysyksikkö, ovat siirtäneet koko virka-ajan ulkopuolisen vastaanottotoimintansa päivystykseen. Samalla terveystieteiden lääkärien päivystysintona on romahtanut. Suurin osa yhteispäivystykseen hakeutuvista potilaista hyötyisi kuitenkin siitä, että heitä hoitaisi alueen olosuhteet ja toimintatavat tunteva, kokenut yleislääkäri.

Kiireellinen vastaanottotoiminta tuotiin uuteen päivystysasetukseen ja terveydenhuoltoon, mutta kiirevastaanotot ovat käynnistyneet kaupungeissa hitaasti.

Kansainvälisessä tarkastelussa suomalainen yhteispäivystys ei ole vertailukelpoinen päivystys, vaan se on ympärivuorokauden toimiva yksikkö, jossa hoidetaan sekä kiirevastaanotto- että päivystyspotilaita.

Tärkein tekijä päivystystyön kohtuullistamisessa olisi päivystyksen roolin ymmärtäminen oikein. Nyt kiireettömät potilaat ruuhkauttavat päivystykset. Se syö työmotivaatiota, heikentää työssäjaksamista, ja on ennen kaikkea vaarallista äkillisesti sairastuneille päivystyshoidon tarpeessa oleville potilaille. Erityinen riski ruuhkainen päivystys on kaikkein hauraimmille potilaille.

Yhteispäivystyksiä tulee arvioida kriittisesti tähänastisten kokemusten perusteella ja tehdä tarvittavat muutokset lainsäädäntöön. Äkillisesti sairastuneiden kansalaisten hyvän hoidon turvaamiseksi päivystysyksiköiden on voitava keskittyä perustehtävänsä. Tämä ei onnistu, jos perusterveydenhuollossa ei ole riittävästi kiirevastaanottotoimintaa myös virka-ajan ulkopuolella. Myös erikoissairaanhoidon vastaanottopalveluihin täytyy varata kiireaikoja. Kaikkea ei voi kaataa päivystykseen. ●

**SIDONNAISUODET**  
Johanna Tuukkanen: Luentopalkkiot  
(Professio Oy, Alma Talent Oy).

**KATINKA TUISKU**  
LT, psykiatrian dosentti  
osastonylilääkäri  
HUS Psykiatria,  
unihäiriöpoliklinikka

**TIMO PARTONEN**  
LT, psykiatrian dosentti  
tutkimusprofessori  
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos  
Unettomuuden Käypä hoito-  
työryhmän jäsen

## Hyvään uneen ei ole oikotietä

Kiitämme LT Juha Markkulaa unettomuuden hoidon keskeisen tavoitteen ja menetelmän (kognitiivis-behavioraalinen hoito) nostamisesta esille Lääkeinfo-palstalla Lääkärilehdessä 11/2019 (1). Unilääkkeiden rooli kuitenkin korostui, eikä bentsodiatsepiinien kaltaisten lääkkeiden mahdollisia haittoja kuvattu riittävästi.

Artikkeli oli ristiriidassa paitsi suomalaisen (2), eurooppalaisen (3) ja yhdysvaltalaiseen (4) suositukseen, myös omaan otsikkoonsa. Unilääkkeiden vaikutuksesta päivävireyteen on raportoitu enemmän haittoja kuin myönteisiä

vaikutuksia. Käypä hoito suosittaa rajaamaan bentsodiatsepiinien kaltaisten lääkkeiden käytön alle 2 viikkoon, eurooppalainen suositus alle 4 viikkoon.

Bentsodiatsepiinien kaltaisiin lääkkeisiin kuuluvia syklopyrroloneja (niin kutsuttuja Z-lääkkeitä) on pidetty bentsodiatsepiineja turvallisempina vaihtoehtona. Niiden pitkäaikaiskäyttöä ja siten myös mahdollisia haittoja on aliarvioitu etenkin vanhuksilla (5–7), mutta myös nuorilla (8). Punnittaessa mahdollista hyötyä onkin huomioitava Z-lääkkeiden kognitiiviset

**MARKKU PARTINEN**

LKT, professori, neurologian dosentti, unilääketieteen erityispätevyys  
tutkimusjohtaja, Helsingin uniklinikka, Vitalmed  
vastaava tutkija, Helsingin yliopisto, kliinisten neurotieteiden laitos  
puheenjohtaja, Unettomuuden Käypä hoito -työryhmä

KIRJALLISUUSLUETTELO  
JA SIDONNAISUUDET  
pdf-versiossa

[www.laakarilehti.fi](http://www.laakarilehti.fi)

haittavaikutukset ja niiden seuraukset. Syvän unen ja kognitiivisen toimintakyvyn kannalta suotuisampia vaihtoehtoja bentsodiatsepiinien kaltaisille lääkkeille tarvitaan (9).

Vaikka Z-lääkkeiden suosio voi kasvaa ja välitön kokemus on huomionarvoinen asia, nämä eivät riitä hyvän hoidon osoittimeksi pidemmällä aikavälillä. Kiireisellä vastaanotolla voi olla helpompaa määrätä unilääkettä kuin paneutua unettomuuden syihin, kertoa unen fysiologiasta, rohkaista potilasta ja laatia hänen kanssaan toimiva hoitosuunnitelma. Lääkärin vaihtuvuus, potilaiden moniongelmaisuus, hoidon koordinaation tai johtamistaidon puute voivat johtaa lääkeshoidon pitkittymiseen. Näistä ongelmista huolimatta lääkeshoidon perusteena tulee olla unettoman potilaan kokonaishyöty

eikä se, ettei kognitiivis-behavioraalista hoitoa ole välittömästi saatavilla.

Unettomuuden kognitiivis-behavioraalinen hoito on juurtumassa paitsi valtakunnallisesti ([www.innokyla.fi/web/malli4647547](http://www.innokyla.fi/web/malli4647547)), myös alueellisesti (HUS Unettomuuden hoitopolku, Uniliitto). Mielensterveystalosta löytyvät unettomalle itsehoitoaineistot ([www.mielensterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-opaat/itsehoito/unettomuuden\\_omahoito](http://www.mielensterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-opaat/itsehoito/unettomuuden_omahoito)) ja läheteohje netti-terapiaan ([www.mielensterveystalo.fi/netti-terapiat](http://www.mielensterveystalo.fi/netti-terapiat)). ●

**JUHA MARKKULA**

LT, psykiatrian erikoislääkäri, unilääketieteen erityispätevyys  
psykoterapeutti  
apulaisylilääkäri, TYKS  
Uni- ja hengityskeskus ja yleissairaalapyskiatrian poliklinikka  
unilääketieteen erityispätevyystoimikunnan puheenjohtaja  
Unettomuuden Käypä hoito -työryhmän jäsen

**MARIA PAILE-HYVÄRINEN**

LT, kliinisen farmakologian erikoislääkäri  
ylilääkäri, Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea  
Lääkeinfo-palstan toimituskunnan koordinaattori

KIRJALLISUUSLUETTELO  
JA SIDONNAISUUDET  
pdf-versiossa

[www.laakarilehti.fi](http://www.laakarilehti.fi)

## Ei oikotietä, mutta polku tarvitaan

Kiitän kollegoja Tuisku, Partonen ja Partinen (1) mielenkiinnosta Lääkärilehdessä 11/2019 julkaistua kirjoitustani (2) kohtaan. Unilääkkeiden osuus kieltämättä korostui artikkelissa – koska se kirjoitettiin Lääkeinfo-palstalle ja käsitelti unettomuuden lääkeshoittoa. Väite, että kirjoitus olisi ristiriidassa oman otsikkonsa tai hoitosuosituksen kanssa on sen sijaan varsin hämmentävä. Unettomuuden lääkeshoidon pohjaaminen unen ja lääkkeiden mekanismien tuntemukselle ja potilaan ja lääkevasteen huolelliselle seuraamiselle tuskin sotii hoitosuosituksia vastaan.

Kirjoittajien mielestä artikkelissa ei riittävästi varoiteltu ns. Z-lääkkeiden vaaroista. On kuitenkin hyvä muistaa, ettei haittojen mahdollisuus rajoitu vain Z-lääkkeisiin, vaan yhtä lailla esimerkiksi mielialalääkkeisiin ja antihistamiineihin (3,4). Tämän vuoksi kaikkien lääkkeiden kohdalla tulisi muistaa sivuvaikutusten mahdollisuus; potilaan vointia tulee seurata. Keskittyminen yhden lääkeaineryhmän ongelmien yksipuoliseen korostamiseen johtaa helposti muiden lääkeaineryhmien vastaavien haittojen huomiotta jättämiseen.

Tuisku ym. toteavat myös, että suomalaisen hoitosuosituksen ns. kahden viikon aikarajaa

(3) ei korostettu artikkelissa. Amerikkalainen suosituksen ei tällaisia aikarajoja aseta (4). Euroopan suosituksessa Z-lääkkeitä, väsyttäviä masennuslääkkeitä tai melatoniinia ei pääsääntöisesti suositella pitkäaikaiskäyttöön, muita lääkeaineryhmiä ei laisinkaan (5). Vaikka eurooppalainen suositus varookin suosittelusta Z-lääkkeitä pitkäaikaiskäyttöön, mainitsee se samaan hengenvetoon eksplisiittisesti unettomuuden pitkäkestoisenkin lääkeshoidon olevan kliinisesti usein relevanttia. Vaikka suosituksen tueksi ei vielä ole riittävä määrä tutkimuksia, tämän ei toki tulisi tarkoittaa sitä, ettei potilaita saisi yrittää hoitaa.

Pitkäkestoisen unettomuuden hoidossa on vielä paljon ratkaisemattomia kysymyksiä. Lääkkeettömien hoitojen mahdollistaminen maanlaajuisesti on yksi terveydenhuollon keskeisistä haasteista. TYKS:n uni- ja hengityskeskusten koordinoimana kaikki erityisvastuualueet edistävät unihoitajien maanlaajuisesta kouluttamista. Tätä tukevaa tietoa ja työvälineitä tulee löytymään toivottavasti jo lähiaikoina terveyskylään aukeavasta ammattilaissivustosta.

Lääkeshoidon ja lääkkeettömien ratkaisujen vastakkainasettelu tuskin hyödyttää potilaita, pyrkikäämme siksi rakentamaan yhteistyöhön. ●

#### SIDONNAISUUDET

Katinka Tuisku: Luentopalkkiot (Orion, Kuntoutussäätiö, Työterveyslaitos, TAYS), Lisenssitulot ja tekijänpalkkiot (Kustannus Oy Duodecim).

Timo Partonen: Luentopalkkiot (MSD Finland), Lisenssitulot ja tekijänpalkkiot (Kustannus Oy Duodecim, Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim).

Markku Partinen: Palkkiot osallistumisesta tutkimuksen toteutukseen (Bioproject, Jazz Pharmaceuticals, MSD, Flamel), konsultointi (UCB-Pharma), luentopalkkiot (GSK, Takeda, Orion).

#### KIRJALLISUUTTA

- 1 Markkula J. Unettomuuden hoidon tavoite on vireä päivä. *Suom Lääkäril* 2019;74:693–6.
- 2 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Unettomuus. Käypä hoito -suositus 22.3.2018. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
- 3 Riemann D, Baglioni C, Bassetti C ym. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res* 2017;26:675–700.
- 4 Sateia MJ ym. Clinical practice guideline for the pharmacologic treatment of chronic insomnia in adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *J Clin Sleep Med* 2017;13:307–49.
- 5 Kurko TA, Saastamoinen LK, Tähtikäpää S ym. Long-term use of benzodiazepines: definitions, prevalence and usage patterns – a systematic review of register-based studies. *Eur Psychiatry* 2015;30:1037–47.
- 6 Sakshaug S, Handal M, Hjellevik V ym. Long-term use of z-hypnotics and co-medication with benzodiazepines and opioids. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2017;120:292–8.
- 7 Panes A, Pariente A, Bénard-Larivière A ym. Use of benzodiazepines and z-drugs not compliant with guidelines and associated factors: a population-based study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 11.11.2018 [Epub ahead of print].
- 8 Sidorchuk A, Isomura K, Molero Y ym. Benzodiazepine prescribing for children, adolescents, and young adults from 2006 through 2013: a total population register-linkage study. *PLoS Med* 2018;15:e1002635.
- 9 Atkin T, Comai S, Gobbi G. Drugs for insomnia beyond benzodiazepines: pharmacology, clinical applications, and discovery. *Pharmacological Reviews* 2018;70:197–245.

#### SIDONNAISUUDET

Juha Markkula: Luentopalkkiot (Pohjolan lääkäripäivät), lisenssitulot ja tekijänpalkkiot (Mediciina Oy), kokouspalkkio (Shire, työnantajan määräämänä).

#### KIRJALLISUUTTA

- 1 Tuisku K, Partonen T, Partinen M. Hyvään uneen ei ole oikotietä. *Suom Lääkäril* 2019;74:868.
- 2 Markkula J. Unettomuuden hoidon tavoite on vireä päivä. *Suom Lääkäril* 2019;74:693–6.
- 3 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Unettomuus. Käypä hoito -suositus 22.3.2018. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
- 4 Sateia MJ, Buysse DJ, Krystal AD, Neubauer DN, Heald JL. Clinical practice guideline for the pharmacologic treatment of chronic insomnia in adults: An American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *J Clin Sleep Med* 2017;13:307–49. <http://dx.doi.org/10.5664/jcsm.6470>
- 5 Riemann D ym. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res* 2017;26:675–700. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jsr.12594>