

Unettomuus ja sen eri hoitotavat: Apteekin farmaseutit aitiopaikalla tukemassa unettomuuden hoitoa

→ Sirpa Regina

FaT, proviisori

Tesoman apteekki

proviisori@tesomanapteekki.fi

Proviisori Sirpa Reginan sosiaalifarmasian alan väitöskirja ”Pitääkö pohtia miksi joku käyttää?” Unettomuus ja sen hoito – Apteekki­farmaseuttien näkemyksiä, kokemuksia ja käytäntöjä tarkastettiin Helsingin yliopistossa farmasian tiedekunnassa 15.6.2017. Vastaväittäjänä toimi dosentti Helena Liira ja kustoksena professori Marja Airaksinen Helsingin yliopistosta. Väitöskirja on luettavissa Helsingin yliopiston digitaalisessa HELDA-arkistossa: <https://helda.helsinki.fi>.

TIIVISTELMÄ

Johdanto: Unettomuuden yleisyydestä ja sen lääkkeellisestä hoidosta johtuen avoapteekkien farmaseutit osallistuvat päivittäin suomalaisten unettomuuden hoitoon.

Tavoitteet: Tavoitteena oli tuoda esiin Suomessa avohoidon apteekeissa työskentelevien farmaseuttien näkemyksiä, kokemuksia ja käytäntöjä liittyen työikäisiin unettomiin, unettomuuteen ja sen hoitamiseen.

Aineisto ja menetelmä: Tutkimus toteutettiin laadullisena poikittaistutkimuksena keväällä 2013. Tiedonantajina olivat Manner-Suomessa, avohoidon apteekeissa työskentelevät farmaseutit (n=188–277). Tutkimuksen aineisto kerättiin viidellä sähköisellä kyselyllä. Pääpaino kyselyissä oli avoimissa kysymyksissä, joiden avulla tavoiteltiin syvällistä tietoa farmaseuttien unettomuusaiheeseen liittyvistä näkemyksistä, kokemuksista ja käytännöistä. Aineisto analysoitiin pääosin teemoittelemalla sekä deduktiivisella ja induktiivisella sisällön-analysillä.

Tulokset: Farmaseutit eivät kokeneet apteekkia unettoman itsehoitettuna ensisijaisena avuntarjoajana. Unettomuuden syyn kartoittaminen ei kuulunut kaikkien farmaseuttien työrotiineihin, eikä syyn selvittämistä unilääkettä käyttävän asiakkaan kohdalla edes pidetty välttämättä farmaseutin tehtävänä. Unettomuuden lääkkeetön neuvonta ei ollut aina itsestään selvää apteekin itsehoitopuolella, ja farmaseuttien välillä oli eroja heidän antamissaan hoito-ohjeissa niin määrällisesti kuin laadullisestikin. Myös unilääkettä ensimmäistä kertaa ostavan asiakkaan lääkeneuvonta unilääkkeen mahdollisesta haittavaikutuksesta, riippuvuudesta, vaihteli eri farmaseuttien välillä. Unilääkkeitä annosohjetta enemmän käyttäneet asiakkaat olivat keskenään eriarvoisessa asemassa noutaessaan seuraavaa unilääke-eräänsä, koska farmaseuteilla oli keskenään erilaisia tapoja toimia tällaisessa tapauksessa.

Johtopäätökset: Unettomat ovat keskenään eriarvoisessa asemassa asioidessaan apteekeissa unettomuuteensa vuoksi. Unettoman asiakkaan saamaan palveluun vaikuttaa häntä palvelevan farmaseutin osaaminen ja motivaatio tehdä yhteistyötä asiakkaan kanssa. Toisaalta farmaseuttien myönteinen suhtautuminen unettomuuden lääkkeettömään itsehoitoon luo mahdollisuuksia apteekkien palvelutarjonnan laajentamiseen. Unettoman hoitopolku voisi yhä useammin alkaa apteekista. Tämä edellyttää kuitenkin farmaseuttien lisäkoulutautumista. Osa farmaseuteista tarvitsee koulutusta myös unettomuuden hoidon perustiedoista.

Avainsanat: farmaseutti, avoapteekki, unettomuus, laadullinen tutkimus

JOHDANTO

Unettomuus on yleistä, ja suomalaisen aikuisväestön unettomuus on lisääntynyt viimeisten vuosikymmenten aikana (Kronholm ym. 2008, Peltonen ym. 2008, Borodulin ym. 2014). Myös nukkumiseen käytetty aika on lyhentynyt (Kronholm ym. 2008).

Unettomuus määritellään toistuvaksi vaikeudeksi nukahtaa, vaikeudeksi pysyä unessa, liian varhaiseksi heräämiseksi aamulla tai huonolaatuisiksi yöneiksi tilanteessa, jossa henkilöllä on mahdollisuus nukkua (Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2015). Unettomuuteen liittyy myös haittava valveaikainen toimintakyvyn heikentyminen. Keston mukaan unettomuus luokitellaan tilapäiseen (< 1 kuukausi), lyhytkestoiseen (1–3 kuukautta) ja pitkäkestoiseen (> 3 kuukautta) unettomuushäiriöön.

Primaarinen ja sekundaarinen unettomuus sekä altistavat tekijät

Unettomuus voi ilmetä yksittäisenä oireena tai itsenäisenä sairautena, unettomuushäiriönä, joista käytetään termiä primaarinen unettomuus. Primaariseen unettomuuteen kuuluvat niin toiminnallinen unettomuus, unen väärinarviointi kuin idiopaattinen unettomuuskin (Kajaste 2008). Unen väärinarvioinnissa kyse on siitä, että henkilön on vaikea erottaa toisistaan uni- ja valvetilaa. Idiopaattinen unettomuus vuorostaan liittyy häiriöön uni-valvejärjestelmän hermostollisessa säätelyssä.

Toiminnallisen unettomuuden taustalla on kognitiivis-behavioraalisen selitysmallin mukaan unettoman kognitiivisten tekijöiden aikaansaama vireystilan liiallinen kohoaminen ja nukkumista ehkäisevä käyttäytyminen (Espie ym. 2006). Toiminnallisessa unettomuudessa on usein kyse siitä, että uneton alkaa kiinnittää huomiota itse unettomuuteen ja nukkumiseen. Unettomuuden alkuperäinen syy jää vähemmälle huomiolle, ja nukkumisen aktiivinen yrittäminen häiritsee luonnollista unta.

Sekundaarinen unettomuus eli unettomuuden esiintyminen muiden sairauksien yhteydessä on yleistä. Erityisesti tämä koskee unettomuuden ja mielenterveyden häiriön samanaikaista ilmenemistä. Noin puolella unettomista on jokin mielenterveyden häiriö, joista yleisimpiä ovat ahdistuneisuushäiriö ja masennus (Ohayon ja Roth 2003, Taylor ym. 2005). Unettomuuden onkin osoitettu olevan masennuksen riskitekijä (Baglioni ym. 2011).

Unettomuus on yleistä myös monien somaattisten sairauksien yhteydessä. Erilaisiin kiputiloihin, kuten krooniseen kipuun, liittyy usein unettomuutta (Belt

ym. 2009). Unettomilla on normaaliunisia useammin tuki- ja liikuntaelinsairauksia (Katz ja McHorney 1998), sydän- ja verisuonisairauksia (Martikainen ym. 2003, Taylor ym. 2007) sekä ruuansulatus- ja hengityselinsairauksia. Lisäksi on havaittu unettomuuden tilastollinen yhteys tyypin 2 diabetekseen (Cappuccio ym. 2010), lihavuuteen (Fogelholm ym. 2007) sekä uniapneaan (Subramanian ym. 2011).

Monenlaiset tekijät altistavat unettomuudelle. Unettomuus yleistyy iän myötä (Kronholm ym. 2007, Borodulin ym. 2014) ja on naisilla yleisempää kuin miehillä. Myös perfektionistiset piirteet (Pinto de Azevedo ym. 2009), runsas kahvinjuonti (Singareddy ym. 2012), tupakointi (McNamara ym. 2014) sekä alkoholin runsas käyttö (Salo ym. 2012) lisäävät unettomuuden todennäköisyyttä. Lisäksi joidenkin lääkeaineiden tiedetään aiheuttavan haittavaikutuksenaan unettomuutta (Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2015).

Unettomuuden vaikutuksia

Unettomuus vaikuttaa yksilön arkielämään. Unetomat kokevat itsensä usein stressaantuneiksi (LeBlanc ym. 2007). He raportoivat väsymystä, uupumusta, mielialan vaihteluita, ahdistuneisuutta, voimattomuutta, masentuneisuutta sekä jännittyneisyyttä (Ellis ja Cropley 2002, Ohayon ja Partinen 2002). He saattavat kokea motorisia vaikeuksia ja häiritsevää kognitiivista aktiivisuutta, mutta myös kognition heikkenemistä. Erityisesti on havaittu sekä työmuistin ja episodisen muistin että tarkkaavaisuuden ja ongelmanratkaisukykyyn heikkenemistä (Fortier-Brochu ym. 2012). Unettomuus ja univaje voivatkin heikentää työsuoritusta (Haavisto ym. 2010, Swanson ym. 2011) ja vaikuttaa kielteisesti yksilön sosiaalisiin suhteisiin (Ohayon ja Reynolds 2009).

Unettomuuden hoito

Ensiarvoisen tärkeää on hoitaa unettomuuden syytä (Partonen 2014). Päivitetyn Käypä hoito -suosituksen mukaan tilapäisen unettomuuden hoidossa suositetaan potilaan tukemista ja unenhuoltoa. Huonojen unihygieneiakäytäntöjen ajatellaankin olevan yhtenä tekijänä unettomuuden taustalla (Yang ym. 2010, Williams ym. 2013).

Unenhuollolla pyritään poistamaan ja vähentämään nukkumista häiritseviä tekijöitä vaikuttamalla yksilön päivä- ja/tai yöaikaiseen toimintaan sekä nukkumisympäristöön. Esimerkiksi kiinnitetään huomiota ruokailuun, liikuntaan ja nautintoaineiden käyttämiseen (Siebern ym. 2012) sekä unirytmien

säännöllistämiseen (Kajaste 2008). Hyvä unihygieinia voi edesauttaa unettomuuden hoidossa (Bogdan ym. 2009, Bjorvatn ym. 2011), mutta unenhuollolla näyttäisi olevan suurempi merkitys tavallisesti hyvin nukkuvien kuin unettomien unettomuusoireisiin (Yang ym. 2010). Käypä hoito -suosituksen mukaan myös lyhytaikaista unilääkitystä voidaan käyttää, mikäli unenhuollosta ei ole apua tai oireet ovat voimakkaita.

Pitkäaikaisesta unettomuudesta hoitosuosituksessa todetaan, että sen ensisijainen hoitomenetelmä on kognitiivis-behavioraaliset menetelmät ja että perussairauden lääkitys on keskeistä unettomuuden hoidossa. Kognitiivis-behavioraalisilla hoitokeinoilla pyritään vaikuttamaan yksilön niihin psykologisiin ja käyttäytymiseen liittyviin tekijöihin, jotka pahentavat unettomuutta. Esimerkiksi uniärsykehallintamenetelmän (stimulus control treatment/therapy) tavoitteena on vahvistaa nukkumisen ja vuoteen välistä assosiaatiota, kun uneton yhdistää vuoteen valvomiseen ja ahdistukseen (Williams ym. 2013). Menetelmässä keskeistä on väsymyksen hyödyntäminen, säännöllisyys unirytmisissä ja iltarutiineissa sekä vuoteen ja makuuhuoneen käyttäminen vain nukkumiseen (poikkeuksena rakastelu) (Kajaste 2008, Siebern ym. 2012).

Myös unirajoitemenetelmässä (sleep restriction therapy) on tavoitteena, että henkilö yhdistäisi oman vuoteen nukkumiseen (Williams ym. 2013). Menetelmän taustalla on ajatus, jonka mukaan vuoteessa vietetty ylenmääräinen aika osaltaan ylläpitää unettomuutta. Menetelmässä nukkumispäiväkirjan avulla määritellään niin sanottu unitehokkuus, jota hyödynnetään päätettäessä vuoteessa oloajan pidentämisestä tai lyhentämisestä (Kajaste 2008). Vuoteessa oloaikaa rajoitetaan systemaattisesti, ja samalla hyödynnetään unta lisäävää homeostaattista unipainetta (Siebern ym. 2012, Williams ym. 2013). Uniärsykehallinta- ja unirajoitemenetelmien lisäksi voidaan käyttää erilaisia rentoutumiskeinoja, erityisesti nukahtamisongelmiin (Siebern ym. 2012).

Kognitiivisissa menetelmissä kiinnitetään huomio siihen, mitä merkityksiä unettomat antavat nukkumiselle ja unettomuudelle, sekä korostetaan ongelmien käsittelyä päivällä ja huomion siirtämistä mielen muihin sisältöihin kuin unen yrittämiseen (Kajaste 2008). Kognitiivisessa terapiassa haastetaan yksilön unettomuuden haitallisia uskomuksia ja asenteita sekä pyritään korvaamaan ne unen suhteen hyödyllisemmällä (Siebern ym. 2012, Williams ym. 2013). Tavoitteena on vähentää murehtimisesta

ja suoritusahdistuksesta johtuvaa psykologista yliviiriämistä (Kajaste 2008, Siebern ym. 2012). Kognitiivis-behavioraalisten unettomuuden hoitomenetelmien vaikutukset ovat pitkäkestoisia (Morin ym. 2006) ja lääkkeettömien menetelmien vaikutukset pitkäkestoisempia kuin lääkkeellisten menetelmien (Morin ja Benca 2012).

Unilääkkeiden (ATC-luokka No5C) kulutus lähes kolminkertaistui 30 vuodessa 1970-luvulta 2000-luvulle (Kronholm ym. 2008). Suomessa yleisimmin käytettyjen unilääkkeiden, tsopiklonin, temasepaamin ja tsolpideemin, kulutus on kuitenkin 2000-luvun alkuvuosien huippuluvuista vähentynyt selvästi (Suomen lääketilasto 2015). Esimerkiksi tsopiklonin kulutus on vähentynyt 38 % ajanjaksolla 2003–2015. Päivitetyin Käypä hoito -suosituksen mukaan unettomuuden hoidossa käytettäviä unilääkkeitä ovat bentsodiatsepiinit (mm. tematsepaami ja oksatsepaami), z-lääkkeet (tsopikloni ja tsolpideemi), sedatiiviset massenuslääkkeet (mm. doksepiini ja mirtatsapiini) sekä melatoniini ja doksylamiini.

Käypä hoito -suosituksen mukaan unettomuuden hoidossa tulee suosia lääkkeettömiä vaihtoehtoja, mutta idiopaattisessa unettomuudessa ja vaikeassa ahdistuneisuushäiriössä pidempiaikainen unilääkitys saattaa olla tarpeen. Myös äkillisesti alkaneessa vaikeasteisessa unettomuudessa unilääkkeitä voidaan suosituksen mukaan käyttää lyhytaikaisesti, enintään kaksi viikkoa.

Varovaisuus unilääkkeiden käytössä liittyy niiden moninaisesti haittavaikutuksiin, joista eräänä on bentsodiatsepiinien ja z-lääkkeiden riippuvuusriski (Hajak ym. 2003, Gerardin ym. 2014). Lisäksi bentsodiatsepiinit voivat aiheuttaa seuraavan päivän aikaista uneliaisuutta, huimausta, muistamattomuutta sekä heikentää keskittymistä (Holbrook ym. 2000, Wagner ja Wagner 2000, Ebert ym. 2006). Niiden käyttöön liittyy toleranssin kehittymismahdollisuus ja vieroitusoireina muun muassa reboundunettomuus, ahdistuneisuus, pahoinvointi, hikoilu sekä vapina. Suositelluilla annoksilla unilääkkeinä käytettävien bentsodiatsepiinien tiedetään heikentävän seuraavan aamun autolla ajokykyä (Roth ym. 2014). Tutkimustiedon lisääntyessä on havaittu, että myös z-lääkkeiden haittavaikutukset ovat samankaltaisia kuin unilääkkeinä käytettävien bentsodiatsepiinien (Gunja 2013, Puustinen ym. 2014, Monti ym. 2017).

VÄITÖSKIRJATUTKIMUS

Apteeekeissa ollaan aitiopaikalla seuraamassa unettomuuden lääkkeellistä hoitamista, joka farmasistien näkökulmasta vaatii erityisesti tarkkuutta ja huolellisuutta. Unilääkkeiden riippuvuusriskin lisäksi muun muassa väärinkäyttömahdollisuus tulee huomioida. Näiden lääkkeiden toimittamiseen liittyikin erinäisiä ohjeita ja määräyksiä sekä Kelan ja Valviran harjoittamaa seurantaa.

Tavoitteet

Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata unettomuutta ja sen hoitoa apteekkeissa työskentelevien farmaseuttien näkökulmasta ja luoda teoreettinen kuvaus tästä sosiaalisesta todellisuudesta tutkimalla farmaseuttien ajatuksia, havaintoja, toimintaa ja kokemuksia liittyen työikäisten asiakkaiden unettomuuteen, unilääkkeisiin ja unilääkkeiden käyttäjiin. Tutkimuksessa selvitettiin muun muassa sitä, miten tärkeänä farmaseutti kokee apteekin roolin unettomuuden hoidossa sekä millaista lääkkeetöntä neuvontaa farmaseutit antavat unettomille asiakkailleen unettomuuden itsehoitovalmisteiden suositteluiden yhteydessä. Tavoitteena oli myös löytää apteekkeja koskevia mahdollisia unettomuuden hoidon kehittämiskohteita.

Aineistot ja menetelmä

Tutkimus toteutettiin laadullisena, pääasiassa aineistolähtöisenä poikittaistutkimuksena. Tiedonantajina (n=188–277) olivat Manner-Suomessa, avohoidon apteekkeissa työskentelevät farmaseutit. Aineisto kerättiin viidellä sähköisellä kyselyllä keväällä 2013 hyödyntämällä Suomen Farmasialiiton jäsenyhdistysten sähköpostilistoja. Kyselyiden teemat olivat: 1) apteekin rooli unettoman avuntarjoajana (Tyypillinen työikäinen uneton -kysely), 2) unettomuuden neuvonta itsehoidossa (Melatoniini ja valeriana -kysely), 3) farmaseuttien näkemykset työikäisistä unilääkkeiden käyttäjistä (Työikäiset unilääkkeiden käyttäjät -kysely), 4) unilääkeneuvonta ja unilääkeriippuvuuden huomioiminen apteekkeissa (Tsopikloni-kysely) ja 5) unilääkkeiden uudelleentoimituskäytännöt (Unilääkkeen annosohjeen ylittäminen -kysely) (kuva 1).

Tyypillinen työikäinen uneton -kyselyssä tiedusteltiin epäsuorasti sitä, miten tärkeänä farmaseutit kokevat apteekin unettoman avuntarjoajana, kun unettomuuden taustalla ei ole selvää sairautta (kuva 1). Melatoniini ja valeriana -kyselyssä vuorostaan tutkittiin muun muassa sitä, millaista on unettomuuden lääkkeetön neuvonta vai annetaanko itsehoitopuolella tällaista neuvontaa lainkaan unettomuu-

den itsehoitovalmisteiden suositteluiden yhteydessä. Työikäiset unilääkkeiden käyttäjät -kyselyssä farmaseuteilta kysyttiin avoimella kysymyksellä sitä, mitä ajatuksia työikäiset unilääkkeiden käyttäjät herättävät heissä. Edellisen kyselyn sisällönanalyysin tulosten perusteella Tsopikloni-kyselyn aineistoa lähdettiin tarkastelemaan unilääkkeisiin liittyvän riippuvuuden näkökulmasta, kun asiakkaalle toimitetaan nukahtamislääke ensimmäistä kertaa. Tsopikloni-kyselyn alkuperäisenä tavoitteena oli tarkastella yleisesti farmaseuttien unilääkeneuvontaa. Unilääkkeen annosohjeen ylittäminen -kyselyssä tutkittiin sitä, minkälaisia toimituskäytäntöjä farmaseuteilla on tapauksessa, jossa työikäinen asiakas hakee uusittulla reseptillä nukahtamiseen tarkoitettua unilääkettä, vaikka annosohjeen mukaan hänellä pitäisi olla runsaasti lääkettä jäljellä.

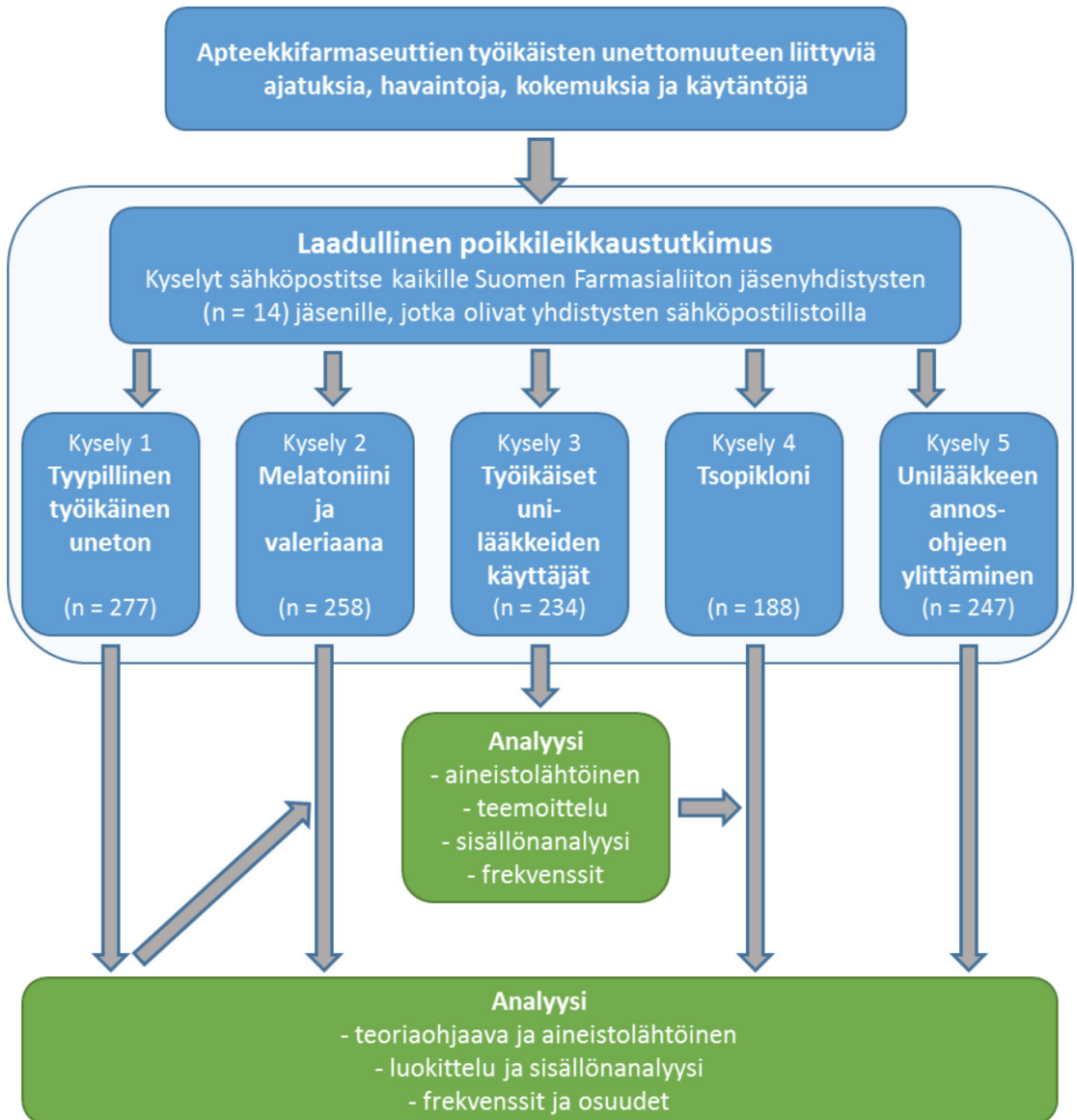
Kyselyihin pääsi vastaamaan sähköpostin välityksellä lähetetyn linkin kautta. Tutkimuksen avoimilla kysymyksillä tavoiteltiin syvällistä tietoa farmaseuttien tutkimusaiheeseen liittyvistä näkemyksistä, kokemuksista ja käytännöistä. Aineisto analysoitiin pääosin teemoittelemalla sekä deduktiivisella ja induktiivisella sisällönanalyysillä (Kyngäs ja Vanhanen 1999).

Tiedonantajat olivat taustatietojen – ikä, siviilisääty, asuinmaakunta, farmaseutiksi valmistumisvuosi, apteekin koko, maaseutu/kaupunki ja unettomuuskokemus – perusteella heterogeeninen ryhmä. Väitöskirjassa esitettyjen tulosten suhteen farmaseuttien antamissa vastauksissa havaittiin kylläntyminen, eli aineisto alkoi toistaa itseään (Tuomi ja Sarajärvi 2013 s. 87–88). Vastausten runsas määrä lisää kylläntymisen todennäköisyyttä. Kylläntyminen on laadullisen tutkimuksen aineiston riittävyden ja tulosten yleistettävyyden kannalta oleellista.

Tutkimusetiikka

Tutkimus toteutettiin noudattaen tieteellisen tutkimuksen eettisiä periaatteita, joiden perustan muodostavat ihmisoikeudet (Kylmä ja Juvakka 2007 s. 147, Tuomi ja Sarajärvi 2013 s. 131) ja ihmisarvon kunnioittaminen (Kuula 2006 s. 60). Tutkijan velvollisuutena on huolehtia tutkittavien oikeuksista.

Tutkija informoi farmaseutteja sähköpostitse lähetetyissä saatekirjeissä. Farmaseuteilla oli mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta olemalla vastaamatta heille osoitettuihin kyselyihin. Tutkimustiedot olivat luottamuksellisia ja ainoastaan tutkimuksen tekijän saatavilla. Toisen tutkijan hyödyntäminen tapahtui siten, että hän sai luettavakseen aineiston ilman farmaseuttien taustatietoja. Kyselyihin vastattiin linkin



Kuva 1. Tutkimusasetelma (kuvassa vino ja vaakasuora nuoli kuvaavat kyselyn analyysin lopputuloksen vaikutusta toisen kyselyn analysointikriteereihin)

välityksellä, joten tiedonantajat jäivät nimettömiksi. Farmaseuteilla oli myös mahdollisuus ottaa yhteyttä tutkijaan saatekirjeissä mainitun sähköpostiosoitteen välityksellä. Lisäksi kaikissa kyselyissä oli mukana kommenttiosuus, jonka kautta tiedonantaja saatoi nimettömänä laittaa viestiä tutkimuksen tekijälle.

TUTKIMUSTULOKSIA JA NIIDEN POHDINTAA

Unettoman ensisijainen avuntarjoaja ja unettomuuden lääkkeetön hoito

Väitöstutkimukseen osallistuneiden farmaseuttien keskuudessa (n=260) oli niitä, jotka kokivat apteekin unettoman ensisijaisena avuntarjoajana, kun unettomuuden taustalla ei ollut fyysisistä tai psyykkistä sairautta, mutta myös niitä, jotka olivat jo unettoman hoitopolun alussa valmiita siirtämään vastuun muulle terveydenhuollolle (**Taulukko 1**). Tutkimuksessa korostui unettomuuden lääkkeetön itsehoito, mutta farmaseuttien käsitykset elämäntapamuutoksista ja unihuollosta olivat sisällöltään ja laajuudeltaan hyvin erilaisia. Voidaankin todeta, että keväällä 2013 farmaseuteilla (n=258) ei ollut yhtenäistä linjaa unettomuuden lääkkeettömässä neuvonnassa itsehoitovalmisteiden, melatoniini- ja valeriaanavalmisteiden, suositteluiden yhteydessä ja neuvonta painottui unihuolto-ohjeisiin. Lisäksi haastavat aiheet, kuten alkoholi, stressi ja unettoman asiakkaan huolet, saivat tutkimusaineistossa farmaseuteilta vain vähän suoranaista huomiota, vaikka tutkimusten mukaan alkoholi, stressi ja huolet ovat usein unettomuuden taustalla (Bastien ym. 2004, Espie ym. 2006). Toisaalta unihuollosta on todettu, että se on yleensä melko tehontonta unettomuuden ainoana hoitomuotona (Hood ym. 2014). Lisäksi farmaseuttien lääkkeetön neuvonta ei ollut itsestään selvää unettomuuden itsehoitovalmisteiden suositteluiden yhteydessä. Osa farmaseuteista ilmoitti, ettei yleensä neuvo asiakkaitaan unettomuuden lääkkeettömästä hoidosta. Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös Australian apteekkeissa tehdyissä haamuasiakastutkimuksissa (Kippist ym. 2011, Kashyap ym. 2014).

Unettomuuden syyn selvittäminen apteekissa

Tiedonantajien tärkeänä unettomuuden hoidossa pitämä unettomuuden syyn selvittäminen ei aina toteutunut unettoman itsehoitoasiakkaan palvelutilanteessa. Farmaseuteista (n=238) 21 % ilmoitti, ettei tiedustellut koskaan tai ei juuri koskaan itsehoitoasiakkaansa unettomuuden syytä. Satunnaisesti näin ilmoitti tekevänsä 42 % tiedonantajista. Australialaisis-

sa haamuasiakastutkimuksissa on saatu samansuuntaisia tuloksia (Kippist ym. 2011, Kashyap ym. 2014).

Farmaseutit eivät myöskään olleet aina tietoisia unilääkettä käyttävän asiakkaansa unettomuuden syystä, sillä osa farmaseuteista oli passiivisia unilääkkeen käyttäjän tilanteeseen syventymisessä. Tämä ilmeni esimerkiksi siten, että unettomuuden ja unilääkkeen käytön syytä saatettiin kyllä pohtia, mutta sitä ei otettu esille asiakkaan kanssa tai sitten syyn selvittämistä ei edes koettu itselle kuuluvaksi tehtäväksi. Oltiin myös sitä mieltä, että unilääkkeiden käyttäjät eivät olleet aina valmiita jakamaan kokemuksiaan farmaseutin kanssa. Tämän tutkimuksen mukaan kyseessä oli farmaseuttien rohkeuden puute asiakaspalvelutilanteessa, aihe saatettiin kokea vaikeaksi tai se ei kiinnostanut. Farmaseuteilla saattoi myös olla puutteelliset tiedot unettomuuden hoidosta. Heidän tulisi kuitenkin lääkeneuvonnan asiakaskeskeisen neuvontamallin mukaan ”tunkeutua” asiakkaan yksityisyyteen (Hakkarainen ja Airaksinen 2001 s.19) varmistuakseen siitä, että esimerkiksi itsehoitolääkkeen valinnan yhteydessä asiakas saa vaivoihinsa sopivaa valmistetta tai että asiakas osaa käyttää unilääkettään asianmukaisesti.

Uni-valvepäiväkirja

Nukkumispäiväkirjan pitämisen suositteleminen asiakkaille ei ollut rutiininomaista suomalaisten apteekkien itsehoito-osastoilla. Tutkimukseen osallistuneista (n= 277) vain 6 % kehotti unettomia asiakkaita pitämään uni-valvepäiväkirjaa. Päiväkirja tulisi kuitenkin ottaa käyttöön apteekin unettoman itsehoitoasiakkaan neuvonnassa yhteistyössä muun terveydenhuollon kanssa. Se voisi toimia toisaalta farmaseutin apuna neuvontatilanteissa – muistilistana ja keskustelun pohjana muun muassa pohdittaessa asiakkaan kanssa unettomuuden taustalla olevia tekijöitä. Toisaalta päiväkirja voisi auttaa unetonta itsenäiseen pohdiskeluun unettomuutensa helpottamiseksi. Päiväkirja voisi toimia myös yhteistyövälineenä apteekin ja lääkärin välillä tilanteissa, joissa unettomuuteen tarvitaan lääkärin apua. Olisi hyödyllistä, jos unettomalla olisi jo lääkäriin mennessä aineistoa nukkumisestaan ja päivittäisistä toimistaan.

Farmaseuttien havaintoja unilääkkeiden käyttäjistä

Tutkimukseen osallistuneiden farmaseuttien mielestä unilääkkeiden käyttäjät eivät aina olleet halukkaita kokeilemaan muita vaihtoehtoja, eikä niitä välttämättä edes etsitty. Tiedonantajat ilmaisivat lisäksi,

että unettomilla saattoi olla puutteellisia tietoja unettomuuden lääkkeellisistä hoitovaihtoehdoista ja ettei unettomilla ollut aina riittävästi tietoa unilääkkeiden oikeasta ja turvallisesta käytöstä – tietoa, josta keskusteleminen asiakkaan kanssa on yksi farmasistien lainsäädäntöön perustuvista työtehtävistä apteekin asiakaspalvelussa.

Farmaseutit olivat havainneet, että työikäisten unettomien keskuudessa oli toisaalta niitä, jotka suhtautuivat unilääkkeisiin kevyesti tai myönteisesti ja toisaalta niitä, jotka suhtautuivat varauksellisesti tai jopa pelkäsivät niiden käyttämistä. Farmaseutit kokivat, että osalle lääkeriippuvuusriski oli unettomuuden lääkkeellistä hoitoa rajoittava tekijä ja osa taas ei suhtautunut tähän riskiin vakavasti. Lisäksi oli havaittu, että unettomat saattoivat tuntea häpeää ja leimautumispelkoa unilääkkeiden käytön vuoksi. Myös australialais- ja isobritannialaistutkimuksissa on saatu samankaltaisia tuloksia (Cheung ym. 2014, Davy ym. 2015)

Unilääkeriippuvuus

Unilääkeriippuvuudesta farmaseutit totesivat, että se oli yleistä ja kehittyi helposti. Aptekeissa kerrottiin unilääkeriippuvuudesta ja rauhoiteltiin riippuvuutta pelkääviä asiakkaita. Apteekkien unilääkkeiden kulutusseurannasta ja joidenkin asiakkaiden yhteistyöhaluttomuudesta johtuen unilääkeriippuvuudesta kärsivät asiakkaat saatettiin kokea haastavina. Lisäksi mahdollinen väärinkäyttö toi lisähaasteen farmaseutin työhön.

Osa farmaseuteista korosti apteekin vastuuta unilääkeriippuvuuden synnyssä, ehkäisyssä sekä sen hoidossa, vaikka tämä vastuun kantaminen ei ollut aina helppoa, koska unilääkeriippuvaiset eivät olleet välttämättä halukkaita kuulemaan unettomuuden hoidon muista vaihtoehdoista tai yleensäkin halukkaita lopettamaan unilääkkeiden käyttöä. Farmaseutit kokivatkin, että unilääkeriippuvaisen lääkitykseen voi olla vaikeaa puuttua, ja osan mielestä riippuvuuteen puuttuminen ei ollut farmaseutin tehtävä. Voidaan todeta, että osa farmaseuteista ei kokenut kuuluvansa kiinteäksi osaksi unettoman potilaan hoitoketjua. Osa farmaseuteista ei ollut myöskään sisäistänyt syvällisemmin farmaseuttisen hoidon ideaa, vastuun ottamisesta potilaan lääkähoidosta. Uusiseelantilais- tutkimuksessakin on todettu, että suuremman vastuun ottaminen asiakkaiden hoidosta ja lääkähoidon vaikuttavuuden valvominen monitoroimalla potilaan edistymistä ei miellyttänyt kaikkia farmasisteja (Bryant ym. 2009).

Osa tiedonantajista oli sitä mieltä, että unilääkkeistä tuli päästä eroon. Tämä ei kuitenkaan ole kaikkien unilääkkeiden käyttäjien kohdalla välttämättä realistinen vaihtoehto, sillä pitkäaikaisesti unilääkkeitä käyttävistä noin kolmasosan on todettu olevan kykenemättömiä lopettamaan lääkkeensä käytön (Belleville ja Morin 2008). Heidän kohdallaan riippuvuuden hoitona on lääkityksen kontrolloitu ylläpitohoito (Brett ja Murnion 2015).

Lääkityksen lopettamiseksi unilääkeriippuvaisille suositellaan viikkojen kuluessa tapahtuvaa asteittaista annoslaskua vieroitusoireiden ja terveystilaa välttämiseksi (Brett ja Murnion 2015). Lääkehoidon vähentämisen ja lopettamisen onnistumistodennäköisyyden parantamiseksi hoitoon voidaan liittää kognitiivis-behavioraalisen terapian menetelmiä, joiden avulla voi oppia uusia, nukkumiseen liittyviä taitoja ja ajattelutapoja (Bélanger ym. 2009, Parr ym. 2009, Darker ym. 2015). Lisäksi on todettu, että yksilöiden välillä on huomattavia eroja siinä, miten paljon ulkopuolista apua he tarvitsevat pitkäaikaisen unilääkityksensä käytön lopettamisessa (Bélanger ym. 2009).

Unilääkeneuvonta

Tämän tutkimuksen perusteella farmaseuttien unilääkeneuvonnassa on vielä parantamisen varaa. Aiemmin unilääkettä käyttämättömälle asiakkaalle ei esimerkiksi aina konkretisoitu ohjeita ja perusteltu annosohjeen noudattamisen tärkeyttä, esimerkiksi sitä, mitä tarvittaessa-sanalla tarkoitetaan tai miten toleranssin kehittymiseltä ja riippuvuudelta voisi käytännössä välttyä. Lisäksi tiedonantajilla (n=188) ei ollut sisällöllisesti yhtenäistä neuvontaa.

Osa farmaseuteista ei keskustellut asiakkaansa kanssa ollenkaan unilääkeriippuvuudesta ja toleranssista. Haittavaikutusten huomiotta jättäminen on vastoin nykyistä lääkelakia (395/1987), jonka mukaan apteekkihenkilökunnan tulee huolehtia lääkkeiden oikeasta ja turvallisesta käytöstä. Lääkeneuvonta, joka ei sisällä haittavaikutuksista keskustelemista, ei ole myöskään asiakaskeskeisen lääkeneuvonnan tavoitteiden mukaista (Hakkarainen ja Airaksinen 2001 s. 147–157).

Unilääkkeiden toimittaminen

Farmaseuteilla oli erilaisia käytäntöjä unilääkettä annosohjetta selvästi enemmän käyttäneen asiakkaan seuraavan unilääke-erän toimittamisessa. Mikäli unilääkkeen käyttäjä oli annosohjeen vastaisesti ottanut lääkettä liikaa, oli farmaseuteilla (n=241) pääsääntöi-

sesti kolme erilaista tapaa toimia. Osa farmaseuteista totesi, ettei toimita uutta unilääke-erää. Tavallisesti he myös kehottivat asiakasta ottamaan yhteyttä lääkäriin. Osa totesi hyödyntävänsä Kelan sallimaa toimitusvälijousta määrittäessään seuraavan unilääke-erän toimitusajankohdan. Tämä toimitusvälijousto ei kuitenkaan ollut kaikille sitä käyttäneille aivan täsmällinen ja ehdoton, vaan myös siitä saatettiin joustaa. Oli myös farmaseutteja, joiden mielestä unilääkkeen tuli olla annosohjeen mukaisesti käytettävissä kokonaan tai lähes loppu ennen seuraavan erän toimittamista.

Osa farmaseuteista ilmoitti toimittavansa uuden unilääke-erän. Hekin tavallisesti kehottivat asiakastaan kääntymään lääkärin puoleen asian tiimoilta. Joillekin farmaseuteille ainoa unilääkkeen toimitusta rajoittava tekijä oli lääkärin määräämä toimitusrajoitus. Toisaalta myös se, että unilääke ei ollut Kela-korvattava tai se oli Kelan osittain korvaama, oli peruste sille, että uusi lääke-erä voitiin toimittaa. Unilääkkeen uudelleen toimittamiseksi riitti joillekin myös se, että lääkäri oli uusinnut reseptin.

Osa farmaseuteista soitti lääkärille, jotta häneltä saatiin lupa lääkkeen toimittamiseen. Yhteydenottoa käytettiin myös hankalan asiakaspalvelutilanteen ratkaisukeinona. Tämä lääkäriltä asian varmistaminen vastaa parhaiten niin asiakaskeskeistä lääkeneuvontamallia (Hakkarainen ja Airaksinen 2001 s. 26) kuin Fimean määräystäkin lääkkeiden toimittamisesta (5/2011). Tämän määräyksen mukaan väärinkäyttöön soveltuvaa lääkevalmistetta ei saa toimittaa ennen kuin on oltu yhteydessä lääkkeen määränneeseen lääkäriin lääkkeen oikean ja turvallisen käytön varmistamiseksi, mikäli epäillään väärinkäyttöä.

Myös unilääkettä hakeva asiakas, saatavilla oleva pakkauskoke, asiakkaan muut lääkkeet, itse toimitustilanne sekä se, haettiinko unilääkettä ”liian aikaisin” ensimmäistä kertaa vai toistamiseen, vaikuttivat siihen, toimittiko farmaseutti unilääkkeen asiakkaalleen vai ei. Tutkimuksessa ilmeni myös, että osasta suomalaisia apteekkeja puuttui vuonna 2013 ohjeistus unilääkkeen uudelleentoimittamiseksi asiakkaalle, joka käytti liikaa lääkettä.

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan sanoa, että osa suomalaisapteekeista on ollut osaltaan mahdollistamassa unilääkkeiden liika- ja väärinkäyttöä. Lisäksi apteekkien unettomat asiakkaat voivat saada hyvin erilaista, epätasa-arvoistakin kohtelua, johon vaikuttavat monenlaiset tekijät.

Näkemyksiä unilääkkeiden käyttämisestä

Farmaseuteilla (n=139) oli erilaisia näkemyksiä siitä, miten kauan unilääkettä voi käyttää ja minkälaisissa tilanteissa unilääkkeiden käyttäminen oli hyväksyttävää. Farmaseuttien välillä oli suhtautumiseroja myös siinä, miten unilääkkeiden hyödyt ja haitat painottuivat heidän näkemyksissään.

Osa farmaseuteista oli sitä mieltä, että unilääkettä tuli käyttää ainoastaan lyhytaikaisesti tai satunnaisesti, mutta joidenkin farmaseuttien mielestä myös unilääkkeiden säännöllinen, päivittäinen käyttö oli hyväksyttävää. Tätä jälkimmäistä mielipidettä perusteltiin muun muassa työssä jaksamisella. Päivitetyn unettomuuden Käypä hoito -suosituksen mukaan unilääkkeitä voidaan käyttää pitkäaikaisesti, kun kyseessä on idiopaattinen unettomuus tai henkilöllä on unettomuuden lisäksi vaikea ahdistuneisuushäiriö.

Kriittisimmin unilääkkeisiin suhtautuvat olivat sitä mieltä, että vain vuorotyötä tekevien unilääkkeiden käyttö oli hyväksyttävää. Osa farmaseuteista totesi, että unilääkettä voi käyttää, kun unettomuuteen oli olemassa selvä syy, esimerkiksi läheisen kuolema. Myös arjessa selviytyminen riitti joillekin farmaseuteille unilääkkeiden käyttösyiksi.

Vaikka osa tiedonantajista suhtautui hyvin kriittisesti unilääkkeiden käyttämiseen ja oli sitä mieltä, että niitä käytettiin liian paljon ja liian kauan, farmaseuteista ei kuitenkaan yksikään todennut, ettei unilääkkeitä saisi käyttää missään tapauksessa. Näkemyksissä korostui unilääkkeiden lyhytaikainen käyttö, lääkkeettömät hoitokeinot sekä syyn selvittäminen ja sen poistaminen unettomuuden tärkeinä hoitokeinoina, mikä osoittanee osan farmaseuteista sisäistäneen hyvin unettomuuden Käypä hoito -suosituksen.

Taulukko 1.

Väitöskirjan keskeisten tulosten teemat ja suoria lainauksia farmaseuttien tyypillisistä vastauksista

Unettomuuden ensisijainen avuntarjoaja

"Apteekista saa monenlaista apua unettomuuteen, ennen lääkärille menoa. Osaamme neuvoa myös ns. unihygieniasta. Vasta jos apteekin neuvot eivät auta, on hyvä käydä lääkärissä." (farmaseutti 51)

"Mielestäni lääkärin vastaanotto olisi ensimmäinen paikka, josta hakee ensin apua..." (farmaseutti 188)

"Tutustua esim. netissä unettomuuden syihin... Jos itsenäisesti ei onnistu niin terveyskeskus voisi auttaa." (farmaseutti 222)

Unettoman itsehoitoasiakkaan lääkkeiden neuvonta

"ei iltasella enää kahvia" (farmaseutti 54)

"Unihygienia on tarkistettava (sänky, patja, tyyny, peitto jne.) Iltaisin on syytä välttää esim. liikuntaa juuri ennen nukkumaan menoa, kahvin juontia tms. jos huolet valvottaa olisi hyvä pitää ns. huolihetki ja kirjata huolestuttavat asiat päiväkirjaan jne. Päivittäinen liikunta on hyvää tekevää juttu unelle, vähintään 1/2h/pvä samoin terveellinen ravinto. Alkoholi myös huonontaa unenlaatua jos on uniongelmia, alkoholia ei pitäisi käyttää yhtään! Mielialalääkkeet (esim. Mirtazapin) reseptilääkkeinä saattavat myös auttaa ja terapia myös." (farmaseutti 68)

Unettomuuden syyn selvittäminen apteekissa

"Ei mitään erityisiä ajatuksia. Ehkä on stressiä työssä, vaihdevuodet, muita murheita. Pitäkö pohtia miksi joku käyttää?? Eihän se minulle kuulu, asiaa on varmaan pohdittu lääkärin kanssa..." (farmaseutti 44)

"...lyhyessä asiakaskontaktissa ei unettomuuden tausta tule juuri koskaan sen enempiä esille..." (farmaseutti 224)

"...Usein tulee keskusteltua asiakkaan kanssa, olisiko unettomuuteen apua esim. mielialan kohottajasta tai naisilla vaihdevuosien (hekin työikäisiä!) hormonikorvaushoidosta. Kiitollisia ahaa-elämyksiä olen saanut kuulla, kun olen esitellyt vaihtoehtoja..." (farmaseutti 221)

Farmaseuttien havaintoja unilääkkeiden käyttäjistä

"...Useimmat eivät ole kokeilleet mitään muita konsteja kuin lääkkeitä...Monia ei edes kiinnosta kuulla muista unettomuuteen auttavista hoidoista." (farmaseutti 148)

"...Tuntuu myös, että iso osa unilääkkeiden käyttäjistä ei ota riippuvuuden syntymisen riskiä vakavasti..." (farmaseutti 211)

"...Toiset ihmiset taas tuntuvat "pelkäävän", eivätkä ota edes lääkärin määräämää unilääkettä, sillä luulevat jäävänsä siihen heti koukkuun ja kärsivät mieluummin unettomuudesta..." (farmaseutti 146)

"...Usein tulee keskusteltua asiakkaan kanssa, olisiko unettomuuteen apua esim. mielialan kohottajasta tai naisilla vaihdevuosien (hekin työikäisiä!) hormonikorvaushoidosta. Kiitollisia ahaa-elämyksiä olen saanut kuulla, kun olen esitellyt vaihtoehtoja..." (farmaseutti 221).

Kokemuksia ja näkemyksiä unilääkeriippuvuudesta

"Moni on käyttänyt lääkkeitä vuosia ja ovat niistä riippuvaisia. Useimmat eivät ole kokeilleet mitään muita konsteja kuin lääkkeitä. Välillä ärsyttää kun asiakkaan hakevat lääkkeitä liian aikaisin kun nostavat itse lääkkeiden annoksia. Sitten kun emme anna lääkkeitä, niin saa kyllä kuulla haukut. Monia ei edes kiinnosta kuulla muista unettomuuteen auttavista hoidoista." (farmaseutti 148)

"...Osa käyttäjistä taas ei uskalla olla ilman unilääkkeitä, vaikka niiden teho olisi jo heikentynyt, ja pienikin lääkkeen vähentäminen tuntuu vaikealta. Heidän unilääkkeiden käyttöön on myös vaikea puuttua." (farmaseutti 45)

Unilääkeneuvonta riippuvuuden ja toleranssin kehittämisen näkökulmasta

"...Vaikutus alkaa nopeasti, kannattaa siis aina kokeilla uuenpääsystä ilman lääkettä ja jos ei puolen - tunnin kuluttua nukahda voi ottaa lääkkeen..." (farmaseutti 38)

"...Lääke on tarkoitettu vain lyhytaikaiseen käyttöön, koska se aiheuttaa tottumista ja uniongelma voi sen jälkeen pahentua kun uni ei tule enää ilman lääkettä..." (farmaseutti 98)

Unilääkkeiden toimittaminen liikaa lääkettä käyttäville

"Jos määrä ylittynyt enemmän kuin Kela hyväksyy, en toimita lisää vedoten jo korvauksiin..." (farmaseutti 48)

"...onhan se tuote myytävä, koska reseptissä ei ole toimitusvälirajoitetta." (farmaseutti 164)

"...Jos tuntuu, että lääke on pakko saada soitan lääkärille ja pyydän lupaa toimittamiseen ja merkitsen tiedon toimitusruutuun..." (farmaseutti 239)

Näkemyksiä unilääkkeiden käyttämisestä

"Työikäisissä unilääkkeenkäyttäjissä suurin osa onneksi käyttää vain silloin tällöin ja lyhyitä aikoja, joka minusta on ok..." (farmaseutti 170)

"...Toisaalta enemmistö potilaista pärjää normaaliannoksella säännöllisestikin otettuna eli nukkuvat esim. 7,5 mg imovanea hyvin ja jaksavat käydä töissä. En näe tässä mitään ongelmaa..." (farmaseutti 98)

"...Ainut kohderyhmä, missä hyväksyn unilääkkeet, ovat vuorotyötä tekevät ihmiset..." (farmaseutti 236)

Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimus on toteutettu laadullisen tutkimuksen periaatteita noudattaen. Tutkimuksen luotettavuutta vahvistavat face-validiteetin varmistaminen tutkimuksen kohderyhmään kuuluvilla farmaseuteilla, tutkijatriangulaation eli toisen tutkijan hyödyntäminen aineiston analysoinnissa sekä aineiston analysoiminen useaan kertaan (Kylmä ja Juvakka 2007 s. 128–129, Tuomi ja Sarajärvi 2013 s. 142).

Tutkimuksen tulokset tulkintoineen lähetettiin kirjallisessa muodossa kolmelle apteekissa työskentelevälle, eri puolilla Suomea asuvalle, eri-ikäiselle farmaseutille. Tutkija pyysi heitä arvioimaan tutkimuksessa saatujen tulosten ja niihin liittyvien tulkintojen osuvuutta.

Tutkimustulokset olivat farmaseuttien mielestä uskottavia. Hyödyntämällä face-validiteettia on mahdollista lisätä tutkimuksen uskottavuutta, joka kuuluu osana laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen (Kylmä ja Juvakka 2007 s. 128, Tuomi ja Sarajärvi 2013 s. 142) ja jolla tarkoitetaan sitä, että aineistosta tehdyt tulkinnat vastaavat tiedonantajien ilmaisemaa todellisuutta (Hämeen-Anttila ja Katajavuori 2008 s. 212).

Tutkijatriangulaatiota käytettiin tutkimuksen ulkoisen validiteetin osoittamisessa (Hämeen-Anttila ja Katajavuori 2008 s. 213). Ulkoinen validiteetti kuvaa tehtyjen tulkintojen ja johtopäätösten suhteen pätevyyttä aineistoon. Tutkijan ja toisen tutkijan analyysien tulokset olivat yhteneviä. Tulokset ovat samansuuntaisia myös vuonna 2010 Suomessa farmaseuteille tehdyn unettomuuskyselytutkimuksen tulosten kanssa (Nordlund 2011).

Tutkimusprosessi pohdintoineen on esitetty väitöskirjassa yksityiskohtaisesti, jotta lukijan on mahdollista seurata tutkimuksen etenemistä ja ymmärtää tehtyjä ratkaisuja. Lisäksi väitöskirjassa on käytetty runsaasti suoria lainauksia farmaseuttien antamista vastauksista. Tällä tavoin on mahdollista lisätä tutkimuksen vahvistettavuutta ja siten sen luotettavuutta (Hämeen-Anttila ja Katajavuori 2008 s. 207, Tuomi ja Sarajärvi 2013 s. 139).

Tutkimuksen suorittaminen haastattelemalla olisi saattanut tuoda esille aiheeseen liittyviä muita ulottuvuuksia ja mahdollistanut tarkentavan paneutumisen tutkimuskysymyksiin. Tutkijalla ei ole myöskään tietoa siitä, voisiko Suomen Farmasialiittoon kuulumattomilla tai henkilöillä, jotka eivät olleet antaneet sähköpostiosoitettaan jäsenyhdistykselle, olla erilaisia näkemyksiä ja kokemuksia tutkimusaiheesta. Lisäksi selvittämättä jäi, olivatko tiedonantajat jollakin tavoin erityisesti valikoituneita tutkimusaiheen

suhteen taustatietojen tulosten heterogeenisyydestä huolimatta.

Jatkotutkimusaiheita

Laadullisen tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää, joten jatkotutkimuksia voitaisiin tehdä määrällisin menetelmin tässä tutkimuksessa esitettyjen ilmiöiden yleisyydestä ja kehityssuunnista. Tutkimuksessa farmaseutit esittivät näkemyksiään unettomista ja unilääkkeiden käyttäjistä omasta näkökulmastaan. Jatkotutkimuksia olisi tärkeää tehdä apteekissa asioivien unettomien henkilöiden näkökulmasta ja selvittää heidän näkemyksiään apteekin roolista ja toimintatavoista unettomuuden hoidossa. Apteekkipalveluiden kehittämisen ja mahdollisen unettomuuden hoidon tukipalveluiden monipuolistamisen pohjaksi tarvitaan tietoa myös suomalaislääkäreiden näkemyksistä. Lisäksi tulisi selvittää apteekkien unettomuuden hoidon ohjauksen ja lääkeneuvonnan merkitystä ja vaikutuksia niin yksilötasolla kuin yhteiskunnan tasolla nykyhetkellä ja tulevaisuudessa.

JOHTOPÄÄTELMIÄ

Tämän tutkimuksen mukaan osa apteekkifarmaseuteista kokee itsensä ulkopuoliseksi asiakkaan unettomuuden hoidossa ja osalla unettomuuden hoitoon osallistuminen on pintapuolista. Osa farmaseuteista ei koe apteekkia unettoman ensisijaisena auttajana, eivätkä kaikki farmaseutit aina perehdy unettoman tilanteeseen syvällisemmin tavanomaisessa asiakaspalvelutilanteessa. Unettomat asiakkaat voivat tämän vuoksi olla apteekista ja farmaseutista riippuen eri-arvoisessa asemassa.

Osalla farmaseuteista on parantamisen varaa unilääketiedon välittämässä. Farmaseuttien tulisi olla lääkeneuvonnassaan vieläkin proaktiivisempia unilääkeriippuvuusriskin suhteen osallistuen näin omalta osaltaan lääkeriippuvuuden ehkäisyyn. Farmaseutit tarvitsevatkin lisää koulutusta unettomuudesta ja sen hoidosta, jotta heidän ammatti-identiteettinsä unettomien avuntarjoajina vahvistuisi ja jotta unettomuuden hoitopolun voisi aloittaa yhä useammin apteekista. Se voisi alkaa farmaseutin opastuksella tehtävällä unihäiriötetillä tai unipäiväkirjan hyödyntämisellä määritettäessä sitä, tarvitaanko ohjasta lääkäriin vai kannattaisiko kokeilla muita keinoja unettomuuden helpottamiseksi.

Palvelutarjonnan laajentamista puoltaa farmaseuttien myönteinen suhtautuminen unettomuuden lääkkeettömään, omatoimiseen hoitoon, heidän helppo tavoitettavuutensa ja hyvä peruskoulu-

tus, vaikka siinä onkin edelleen kehittämisen varaa unettomuuden hoidon osalta. Australiassa (Tran ym. 2009, Fuller ym. 2011) ja Sveitsissä (Hersberger ym. 2006) tehdyt tutkimukset osoittavat, että apteekkiin on mahdollista luoda unettomuuden hoidon palvelukonsepteja, jotka toimivat unettomuuden hoitopolun alkutaipaleella.

Farmaseuttien kriittistä suhtautumista unilääkkeisiin ja myönteistä suhtautumista unettomuuden lääkkeettömiin hoitokeinoiniin voitaisiin hyödyntää myös unilääkkeiden käytön vähentämisen- ja lopettamisprosesseissa. Apteekkeille voitaisiin kehittää palvelu, jonka avulla unilääkkeiden käyttäjät voisivat farmasistien tukemina yhteistyössä lääkäreiden kanssa vähentää tai lopettaa unilääkkeiden käyttämisen, esi-

merkiksi hyödyntämällä skotlantilaistutkimuksessa saatuja kokemuksia (Towle ja Adams 2006).

Lisäksi unilääkkeiden toimittamiseen liittyviä käytäntöjä tulisi edelleen yhtenäistää asiakkaan oikean ja turvallisen unilääkkeen käytön edistämiseksi. Yhtenäinen ohjeistus loisi paremmat edellytykset lääkähoidon onnistumiseksi ja lääkkeiden väärinkäytön ehkäisemiseksi. Toisaalta Fimean uusi määräys Lääkkeiden toimittamisesta (2/2016) on tuonut täsmennyttä PKV-lääkkeiden toimittamiseen, sillä uudessa määräyksessä todetaan erityisesti, että ”Kaikkien PKV-lääkkeiden toimitusvälejä tulee seurata apteekissa varmistuen lääkkeen oikea ja turvallinen käyttö”. Lisäksi vuoden 2017 alusta alkaen kaikkia Kela-korvattavia lääkkeitä koskevat uudet toimitusvälirajoitukset.

SUMMARY

Insomnia and its treatment methods: Community pharmacists are well positioned to support insomnia treatment

Background: Due to high prevalence of insomnia and utilization of hypnotics, community pharmacists are well positioned to support the treatment of people with insomnia.

Objective: This study explored Finnish community pharmacists' views, experiences and counselling practices of people with insomnia.

Methods: The study was conducted as a qualitative cross-sectional study. Five online surveys were conducted in spring 2013 among pharmacists working in community pharmacies in Finland (n=188–277). The survey included mainly open-ended questions to obtain in-depth information on the pharmacists' views, experiences and practices related to the research topic. The data was thematically content analysed by using both deductive and inductive approach.

Results: Pharmacists did not consider the pharmacy to be an obvious first choice for providing help to those with insomnia. Determining the cause of insomnia was not considered by all pharmacists to be part of their remit, nor did they necessarily even think it was their job to find out why the customer used hypnotics. Pharmacists did not always automatically provide non-pharmacological counselling on

insomnia in connection with self-care products, and the treatment instructions they provided differed in both quantity and quality. Even for customers buying hypnotics for the first time, the advice related to the possible side effect, addiction, varied greatly from one pharmacist to the another. Customers whose use of hypnotics exceeded the recommended dose also received very different levels of support when collecting their next batch of hypnotics, since the pharmacists had different ways of dealing with this kind of situation.

Conclusions: Those with insomnia do not always receive equal treatment when seeking help at a pharmacy. The quality of service received by customers with sleep problems depends on the pharmacist's competence and motivation to collaborate with the customer. On the other hand, the pharmacists' positive attitude towards non-pharmacological self-care for insomnia creates opportunities for expanding the range of services provided by pharmacies. More frequently, the care pathway for those experiencing insomnia could start at the pharmacy. This does, however, require that pharmacists receive further training. Some pharmacists also need to obtain a basic knowledge of insomnia treatment.

Keywords: pharmacist, community pharmacy, insomnia, qualitative study

→ **Sirpa Regina**

PhD (Pharm.), Tesoma pharmacy

VIITTEET

Baglioni C, Battagliese G, Feige B ym.: Insomnia as a predictor of depression: A meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *J Affect Disord.* 135: 10-19, 2011

Bastien CH, Vallieres A, Morin CM: Precipitating factors of insomnia. *Behav Sleep Med.* 2(1): 50–62, 2004

Bélanger L, Belleville G, Morin C: Management of Hypnotic Discontinuation in Chronic Insomnia. *Sleep Med Clin.* 4(4): 583–592, 2009

Belleville G, Morin CM: Hypnotic Discontinuation in Chronic Insomnia: Impact of Psychological Distress, Readiness to Change, and Self-Efficacy. *Health Psychol.* 27(2): 239–248, 2008

Belt NKE, Kronholm E, Kauppi MJ: Sleep problems in fibromyalgia and rheumatoid arthritis compared with the general population. *Clin Exp Rheumatol.* 27: 35-41, 2009

Bjorvatn B, Fiske E, Pallesen S: A self-help book is better than sleep hygiene advice for insomnia: A randomized controlled comparative study. *Scand J Psychol.* 52: 580–585, 2011

Bogdan A, Balázs R, Lupu V, Bogdan V: Treating primary insomnia: A comparative study of self-help methods and progressive muscle relaxation. *J Cogn Behav Psychother.* 9(1): 67-82, 2009

Borodulin K, Levälähti E, Saarikoski L ym.: Kansallinen FINRISKI 2012-terveystutkimus. Osa 2: Taulukkoliite. s. 334-335. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 22/2013, Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere 2014

Brett J, Murnion B: Management of benzodiazepine misuse and dependence. *Aust Prescr.* 38: 152–155, 2015

Bryant LJ, Coster G, Gamble GD, McCormick RN: General practitioners' and pharmacists' perceptions of the role of community pharmacists in delivering clinical services. *Res Soc Adm Pharm.* 5(4): 347-362, 2009

Cappuccio FP, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA: Quantity and Quality of Sleep and Incidence of Type 2 Diabetes A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care.* 33(2): 414–420, 2010

Cheung JM, Bartlett DJ, Armour CL, Glozier N, Saini, B: Insomnia patients' help-seeking experiences. *Behav Sleep Med.* 12: 106–122, 2014

Darker CD, Sweeney BP, Barry JM, Farrell MF, Donnelly-Swift E: Psychosocial interventions for benzodiazepine harmful use, abuse or dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 5.* Art. No.: CD009652. DOI: 10.1002/14651858.CD009652.pub2., 2015

Davy Z, Middlemass J, Siriwardena AN: Patients' and clinicians' experiences and perceptions of the primary care management of insomnia: qualitative study. *Health Expect.* 18(5): 1371-1383, 2015

Ebert B, Wafford KA, Deacon S: Treating insomnia: Current and investigational pharmacological approaches. *Pharmacol Ther.* 112: 612-629, 2006

Ellis J, Cropley M: An examination of thought control strategies employed by acute and chronic insomniacs. *Sleep Med.* 3: 393-400, 2002

Espie CA, Broomfield NM, MacMahon K, Macphee LM, Taylor LM: The attention–intention–effort pathway in the development of psychophysiologic insomnia: a theoretical review. *Sleep Med Rev.* 10: 215–245, 2006

Fogelholm M, Kronholm E, Kukkonen-Harjula K, Partonen T, Partinen M, Härmä M: Sleep-related disturbances and physical inactivity are independently associated with obesity in adults. *Int J Obes.* 31: 1713–1721, 2007

Fortier-Brochu É, Beaulieu-Bonneau S, Ivers H, Morin CM: Insomnia and daytime cognitive performance: A meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 16: 83-94, 2012

Fuller JM, Wong KK, Krass I, Grunstein R, Saini B: Sleep disorders screening, sleep health awareness, and patient follow-up by community pharmacists in Australia. *Patient Educ Couns.* 83: 325–335, 2011

Gerardin M, Victorri-Vigneau C, Guerlais M, Guillou-Landreat M, Grall-Bronnec M, Jolliet P: Benzodiazepines Consumption: Does Dependence Vary with Age?. *Subst Use Misuse*. 49:1417–1425, 2014

Gunja N: In the Zzz Zone: The Effects of Z-Drugs on Human Performance and Driving. *J Med Toxicol*. 9: 163-171, 2013

Haavisto M-L, Porkka-Heiskanen T, Hublin C ym.: Sleep restriction for the duration of a work week impairs multitasking performance. *J Sleep Res*. 19: 444-454, 2010

Hajak G, Kirch W, Muller WE, Pittrow D, Wittchen HU: Abuse and dependence potential for the non-benzodiazepine hypnotics zolpidem and zopiclone: A review of case reports and epidemiological data. *Addiction*. 98(10): 1371-1378, 2003

Hakkarainen T, Airaksinen M: Kuuri loppuun! Lääkeneuvonnan opas. Fortis. Suomen Graafiset Palvelut Oy, Kuopio 2001

Hersberger K, Renggli V, Nirkko A, Mathis J, Schwegler K, Bloch K: Screening for sleep disorders in community pharmacies—evaluation of a campaign in Switzerland. *J Clin Pharm Ther*. 31: 35–41, 2006

Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D: Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. *CMAJ*. 162(2): 225-233, 2000

Hood HK, Rogojanski J, Moss TG: Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Insomnia. *Curr Treat Options Neurol*. 16: 321, 2014

Hämeen-Anttila K, Katajavuori N: Yhteiskunnallinen lääketutkimus – ideasta näyttöön. Palmenia, Esa Print, Tampere 2008

Kajaste S: Unihäiriöt. Kirjassa: Kognitiivinen psykoterapia, s.332-345. Toim. Kähkönen S, Karila I, Holmberg N, 3. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim, Karisto Oy:n kirjapaino, Hämeenlinna 2008

Kashyap KC, Nissen LM, Smith SS, Kyle G: Management of over-the-counter insomnia complaints in Australian community pharmacies: a standardized patient study. *Int J Pharm Pract*. 22: 125–134, 2014

Katz DA, McHorney CA: Clinical correlates of insomnia in patients with chronic illness. *Arch Intern Med*. 158(10): 1099–1107, 1998

Kippist C, Wong K, Bartlett DJ, Saini B: How do pharmacists respond to complaints of acute insomnia? A simulated patient study. *Int J Clin Pharm*. 33: 237–245, 2011

Kronholm E, Härmä M, Hublin C: Uni ja nukkuminen. Julkaisussa *Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa Terveys 2000 -tutkimus*, s. 61-69. Toim. Prättälä R, Paalanen L, Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2, Helsinki 2007

Kronholm E, Partonen T, Laatikainen T ym.: Trends in self-reported sleep duration and insomnia-related symptoms in Finland from 1972 to 2005: a comparative review and re-analysis of Finnish population samples. *J Sleep Res*. 17(1): 54-62, 2008

Kuula A: Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino, Tampere 2006

Kylmä J, Juvakka T: Laadullinen terveystutkimus. Edita, Helsinki 2007

Kyngäs H, Vanhanen L: Sisällön analyysi. *Hoitotiede*. 11: 3- 12, 1999

LeBlanc M, Beaulieu-Bonneau S, Mérette C, Savard J, Ivers H, Morin CM: Psychological and health-related quality of life factors associated with insomnia in a population-based sample. *J Psychosom Res*. 63: 157-166, 2007

Martikainen K, Partinen M, Hasan J, Laippala P, Urponen H, Vuori I: The impact of somatic health problems on insomnia in middle age. *Sleep Med*. 4: 201–206, 2003

McNamara JPH, Wang J, Holiday DB ym.: Sleep disturbances associated with cigarette smoking. *Psychol Health Med*. 19: 410-419, 2014

Monti JM, Spence DW, Buttoo K, Pandi-Perumal SR: Zolpidem's use for insomnia. *Asian J Psychiatr.* 25: 79-90, 2017

Morin CM, Bootzin RR, Buysse DJ, Edinger JD, Espie CA, Lichstein KL: Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of the recent evidence (1998–2004). *Sleep.* 29: 1398–414, 2006

Morin CM, Benca R: Chronic insomnia. *Lancet.* 379: 1129–1141, 2012

Nordlund S: Farmaseuttien käsitykset unettomuuden hoidosta ja unilääkkeiden käytöstä Suomessa – kysely apteekki-farmaseuteille. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto 2011

Ohayon M, Partinen M: Insomnia and global sleep dissatisfaction in Finland. *J Sleep Res.* 11: 339-46, 2002

Ohayon MM, Reynolds CF: Epidemiological and clinical relevance of insomnia diagnosis algorithms according to the DSM-IV and the International Classification of Sleep Disorders (ICSD). *Sleep Med.* 10: 952–960, 2009

Ohayon MM, Roth T: Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders. *J Psychiatr Res.* 37(1): 9–15, 2003

Parr JM, Kavanagh DJ, Cahill L, Mitchell G, Young RM: Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: a meta-analysis. *Addiction.* 104: 13-24, 2009

Partonen T: Unettomuuden diagnostiikka. *Suomen Lääkärilehti.* 69(6): 395-399, 2014

Peltonen M, Harald K, Männistö S ym.: Kansallinen FINRISKI 2007 -terveystutkimus. Tutkimuksen toteutus ja tulokset: Taulukkoliite. s.571 ja 592-593. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B35 / 2008, Helsinki 2008

Pinto de Azevedo MH, Soares MJ, Bos SC ym.: Perfectionism and sleep disturbance. *World J Biol Psychiatry.* 10: 225-233, 2009

Puustinen J, Lähteenmäki R, Polo-Kantola P ym.: Effect of withdrawal from long-term use of temazepam, zopiclone or zolpidem as hypnotic agents on cognition in older adults. *Eur J Clin Pharmacol.* 70: 319, 2014

Roth T, Eklov SD, Drake CL, Verster JC: Meta-Analysis of On-the-Road Experimental Studies of Hypnotics: Effects of Time After Intake, Dose, and Half-Life. *Traffic Inj Prev.* 15(5): 439-445, 2014

Salo P, Vahtera J, Hall M ym.: Using repeated measures of sleep disturbances to predict future diagnosis-specific work disability: a cohort study. *Sleep.* 35(4): 559-569, 2012

Siebern AT, Suh S, Nowakowski S: Non-Pharmacological Treatment of Insomnia. *Neurotherapeutics.* 9: 717–727, 2012

Singareddy R, Vgontzas AN, Fernandez-Mendoza J ym.: Risk factors for incident chronic insomnia: A general population prospective study. *Sleep Med.* 13: 346-353, 2012

Subramanian S, Guntupalli B, Murugan T, Bopparaju S, Chanamolou S, et al: Gender and ethnic differences in prevalence of self-reported insomnia among patients with obstructive sleep apnea. *Sleep Breath.* 15(4):711–715, 2011

Suomen lääketilasto 2015. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos. Erweko Oy, Helsinki 2016

Swanson LM, Arnedt JT, Rosekind MR, Belenky G, Balkin TJ, Drake C: Sleep disorders and work performance: findings from the 2008 National Sleep Foundation Sleep in America poll. *J Sleep Res.* 20: 487–494, 2011

Taylor DJ, Lichstein KL, Durrence HH ym.: Epidemiology of insomnia, depression, and anxiety. *Sleep.* 28(11): 1457-1464, 2005

Taylor DJ, Mallory LJ, Lichstein KL ym.: Comorbidity of chronic insomnia with medical problems. *Sleep.* 30(2): 213-218, 2007

Tran A, Fuller JM, Wong KK, Grunstein RR, Krass I, Saini B: The development of a sleep disorder screening program in Australian community pharmacies. *Pharm World Sci.* 31: 473–480, 2009

Towle I, Adams J: A novel, pharmacist-led strategy to reduce the prescribing of benzodiazepines in Paisley. *Pharm J.* 276: 136–138, 2006

Tuomi J, Sarajärvi A: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 11. uudistettu laitos. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Hansaprint Oy, Vantaa 2013

Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2015. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Päivitetty 24.8.2017. Haettu Internetistä 23.10.2017: www.kaypahoito.fi

Yang CM, Lin SC, Hsu SC, Cheng CP: Maladaptive sleep hygiene practices in good sleepers and patients with insomnia. *J Health Psychol.* 15: 147–55, 2010

Wagner J, Wagner ML: Non-benzodiazepines for the treatment of insomnia. *Sleep Med Rev.* 4(6): 551–581, 2000

Williams J, Roth A, Vathauer K, McCrae CS: Cognitive behavioral treatment of insomnia. *Chest.* 143: 554–565, 2013