Tiina Mattila
LT, keuhkosairauksien ja allergologian erikoislääkäri
Osastonlääkäri, uniapneapoliklinikka, vastuulääkäri, HUS/Sydän- ja keuhkokeskus, Keuhkosairaudet

Heidi Avellan-Hietanen
LT, keuhkosairauksien ja allergologian erikoislääkäri
Osastonlääkäri, uniapneapoliklinikka vastuulääkäri, HUS/Sydän- ja keuhkokeskus, Keuhkosairaudet

Uniapnea – päivitys nykytilanteeseen ja HUSin alueellinen hoitopolku

Uniapnea on kansantauti, jonka potilasmäärät ovat nousseet merkittävästi viime vuosina. Suurin osa potilaista on lihavia, ja näillä elintapaohjaus on olennainen osa kokonaishoitoa. Uniapnea on erilainen eri potilailla, ja kaikkea yöpolygrafiassa todettua uniapneaa ei aina suinkaan tarvitse hoitaa.

Potilasmäärien massiivisen nousun takia hoitoprosesseja on tehostettu eri puolilla Suomea. HUS-alueella on käytössä alueellinen uniapnean hoitoketju, joka kattaa työnjaon erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä diagnostiikassa ja hoidossa ja ajoterveyden arvioinnissa uniapneapotilailla.

Taustaa

Uniapnea on merkittävä kansantauti. Tässä artikkelissa keskitytään pääosin hoitoa vaativaan uniapneaan.

2/3 uniapneapotilaista on lihavia, ja muilla potilailla taudille altistavat yleensä rakanteellisesti ahtaat hengitystiet. Muita yleisiä riskitekijöitä ovat miessukupuoli, tupakointi ja naisilla vaihdevuodet (1–3). Uniapneapotilailla esiintyy monia liitännäissairauksia, kuten sydän- ja verisuonisairauksia, astmaa ja keuhkoahtaumatautia. Monet liitännäissairauksista liittyvät myös tupakointiin ja lihavuuteen (1–3).

> ”CPAP-hoito on kustannustehokasta vaikeassa uniapneassa ja keskivaikeassa uniapneassa.

Uniapnea diagnosoidaan Suomessa pääosin kotona tehtävän suppean yöpolygrafian avulla avoterveydenhuollossa ja luokitellaan usein yöaikaisten hengityskatkosten määrän mukaan vaikeusasteisiin (apnea-hypopnea-indeksi, AHI: 5-15 lievä, 16-30 keskivaikea ja >30 vaikea uniapnea) (1–3).

Uniapnean hoito on kokonaisvaltaista. Elintapaohjauksen, kattaen painon hallinnan ja liikunnan, merkitystä ei voi liikaa korostaa etenkään ylipainoisilla potilailla. CPAP-laite on uniapnean hoidon Golden Standard (3,4). Jos CPAP-hoito ei onnistu, vaihtoehtona ovat uniapneakiskot, jotka edellyttävät hoidettua hampaistoa (3). Valikoidut potilaat saattavat hyötyä korva-nenä-kurkkutautilääkärin (esimerkiksi kookkaat nielurisat tai tukkoinen nenä) tai suu- ja leukakirurgin arviosta (esimerkiksi merkittävä ylipurenta tai pieni leuka) (3).

Uniapnean oireet ovat moninaiset, ja moni muu sairaus aiheuttaa vastaavia oireita kuin uniapnea. Olennaiset differentiaalidiagnoosit tulisi sulkea pois avoterveydenhuollossa. Potilaan joutuminen erikoissairaanhoidon suoraviivaiseen ”uniapnea-putkeen” ilman asiallista muiden syiden poissulkua, saattaa viivästyttää esimerkiksi hoitoa vaativan diabeteksen tai hypotyreoosin hoitoa jopa kuukausilla.

Uniapnean hoidon kustannusvaikuttavuus

Pääosin vakuutuspohjaisissa terveydenhuoltojärjestelmissä tehdyt tutkimukset osoittavat, että CPAP-hoito on kustannustehokasta vaikeassa uniapneassa ja keskivaikeassa uniapneassa, johon liittyvät runsaat ja merkittävästi elämänlaatua heikentävät oireet. Näyttö on erityisen vahvaa keski-ikäisillä ja ylipainoisilla miehillä (5–7), ja silloin, kun CPAP-laitetta

Kuvituskuva: iStock

käytetään vähintään yleisesti sovitun tavoitteen verran (vähintään 4 h/ yö ja 70 % öistä) (5,6,8). Etenkin näillä potilasryhmillä CPAP-hoito vähentää suorien sairaanhoitoon liittyvien kulujen lisäksi uniapneasta tulevia epäsuoria kuluja esimerkiksi työn tuottavuuden lisääntymisen ja pienentyvän liikenneonnettomuusriskin myötä (7,9).

Uniapnean aiheuttama taakka terveydenhoitojärjestelmälle

Hoitoa vaativien uniapneapotilaiden määrä ja näiden aiheuttama kuormitus terveydenhoitojärjestelmälle on lisääntynyt Suomessa merkittävästi viimeisten vuosikymmenten aikana (2,10). CPAP-hoito aloitetaan pääosin erikoissairaanhoidossa, missä oli 9 500 käyntiä vuonna 1996 ja 61 000 käyntiä vuonna 2018 uniapnean takia (10).

HUSin Iho- ja Allergiasairaalan uniapneavastaanotto hoitaa helsinkiläiset uniapneapotilaat. Vuonna 2024 yksikköön tuli lähes 2 500 lähetettä, ja siellä aloitettiin CPAP-hoito 2 300 potilaalle. Kokonaisuudessaan yksikössä on kirjoilla noin 18 000 CPAP-laitehoidossa olevaa potilasta, joilla on kokonaan käyttämättömänä lainassa noin 4 000 laitetta (11).

Hoitoprosesseja on jouduttu tehostamaan Suomessa. Suorat vuosittaiset potilaskohtaiset erikoissairaanhoidon kulut vähenivät vuoden 1996 2 800 eurosta 1 200 euroon vuonna 2018. Merkittävät epäsuorat kulut johtuvan pääsääntöisesti työikäisten sairauslomista esimerkiksi ammattikuljettajilla. Sairaslomapäivien määrä on noussut samalla ajanjaksolla 1 100 päivästä 46 000 päivään, ja uniapneasta johtuvat eläkepäätökset ovat vähentyneet 34 % (10).

> ”Kaikki potilaat ohjataan heti hoidon alkaessa Terveyskylän uniapnean digihoitopolulle.

CPAP-hoito on potilaille pääsääntöisesti hyvin edullista tai jopa ilmaista. Lainsäädäntö määrittää julkisen puolen asiakasmaksujen perimisestä siten, että maksuja voidaan periä vain käynneistä, joissa on mukana lääkäri- tai hoitajakontakti. Suurien potilasmäärien ja rajallisen henkilökuntamäärän takia uniapneapotilaiden seuranta toteutetaan pääsääntöisesti etäkontrolleina (nähdään seurannassa tarvittavat laitekäyttötiedot), jotka ovat potilaille maksuttomia. CPAP-laite ja siihen kuluvat vuosittaiset varaosat ovat lääkinnällistä kuntoutusta, joka potilaalle maksutonta. Lähes maksuton hoito saattaa vähentää osalla potilaista motivaatiota palauttaa käyttämätön lainalaite omistajalleen eli hyvinvointialueelle tai HUSlle.

Kuvituskuva: AdobeStock

Työnjako HUS-alueella

Esittelemme tässä tämän hetken käytänteet uniapnean diagnostiikan, hoidon ja seurannan osalta HUS-alueella, missä alueellinen hoitoketju on hyväksytty käyttöön 12/2023.

Uniapnean diagnostiikka, elintapaohjaus ja liitännäissairauksien diagnostiikka ja hoito kuuluvat lähtökohtaisesti avoterveydenhuollolle. Ennen kuin potilaasta tehdään lähete erikoissairaanhoitoon, potilaalla tulee olla todettuna hoitoa vaativa uniapnea, uniapneaan sopivat oireet ja potilaan tulee haluta ja olla sopiva toivottuun hoitomuotoon. Keskustelu sopivasta hoitomuodosta käydään avoterveydenhuollossa.

Potilas saa julkiselta puolelta kerrallaan yhden hoitomuodon käyttöönsä. Pääsääntöisesti hoidoksi aloitetaan automaatti-CPAP-laite potilaan oman alueen sairaalassa. CPAP-laitteet ovat etäseurannassa, jonka kautta uniapneaa hoitava yksikkö voi seurata hoidon onnistumista kuten laitekäytön toteutumista ja mahdollisia ongelmia kuten ilmavuotoa hoidossa.

Hoidossa on yksikkökohtaisia eroja, mutta pääsääntöisesti CPAP-hoito alkaa hoitajien toteuttamana potilasta tapaamatta digihoitopolun avulla tai etä- tai lähiryhmässä. CPAP-hoito aloitetaan hoitajan yksilövastaanotolla potilaille, joille edellä mainitut aloitustavat eivät sovi esimerkiksi puutteellisen kielitaidon tai korkean iän takia. Lääkärikontakti toteutuu etänä tai lähivastaanotolla pienelle osaa potilaista, jotka ovat esimerkiksi ammattikuljettajia tai joiden CPAP-hoidon tarpeesta jää epäselvyys.

CPAP-hoidon aloituksen jälkeen potilailla on pääosin 1–2 etäkontrollia hoitajalle, jonka jälkeen rutinoitunut hoito jatkuu. Potilaat voivat olla mahdollisissa ongelmatilanteissa yhteydessä hoitavaan yksikköönsä. Osalla alueista hoitovastuu siirtyy onnistuneen aloituksen jälkeen hyvinvointialueelle 3–12 kuukauden kuluttua. Vuosittainen varaosajakelu tapahtuu pääosin hyvinvointialueiden toimesta (helsinkiläisillä HUSsta). Epäonnistunut CPAP-hoito päätetään hoitajakontrolleissa.

Pääsääntöisesti kaikki potilaat ohjataan heti hoidon alkaessa Terveyskylän uniapnean digihoitopolulle, mistä potilas saa aina halutessaan tietoa uniapneasta ja sen hoidosta ja laitehoitoon liittyvistä asioista.

Jatkossa HUS-alueella voidaan luultavasti alkaa periä potilailta CPAP-laitteen hinta takaisin, mikäli laite on etäseurantatietojen mukaan käyttämättä (pilotti käynnissä keväällä 2025).

Hoitoketjussa on sovittu myös ajoter-

veyden seurannasta. Lentäjien, veturinkuljettajien, ammattikuljettajien ja näihin verrannollisten ajoterveys arvioidaan säännöllisesti erikoissairaanhoidossa. Muiden ajoterveys arvioidaan avoterveydenhuollossa Trafin ohjeen mukaisesti (R1-kuljettajat 3 ja R2-kuljettajat 1 vuoden välein). Ei-ammattikuljettajat vastaavat itse siitä, että vaaditut lakisääteiset kontrollit toteutuvat. Kaikki kuljettajat vastaavat itse siitä, että ovat ajaessaan ajokunnossa, eivätkä aja esimerkiksi väsyneenä.

Erikoissairaanhoidossa suu- ja leukakirurgialla arvioidaan uniapneakiskohoitoa potilaille, joilla on keskivaikea tai vaikea uniapnea ja joiden CPAP-hoito kokeilu on epäonnistunut BMI:n ollessa ≤30, jos tilanne muuten uniapneakiskohoidon sallii. Ammattikuljettajat voidaan joskus arvioida löyhemmin kriteerein. Erikoissairaanhoidossa aloitettujen uniapneakiskohoitojen kontrollit tapahtuvat perusterveydenhuollossa. Muut uniapneakiskoa toivovat potilaat arvioidaan perusterveydenhuollon puolella. Kulut ovat samat kuin erikoissairaanhoidossa paitsi lievässä uniapneassa, missä potilas maksaa hoidon todelliset laboratoriokulut.

Yli 65-vuotiaat ja uniapnea

On arvioitu, että Euroopassa uniapnean prevalenssi yli 65-vuotiailla miehillä on 90 % ja naisilla 78 % (12,13). AHI-luokittelu on tehty työikäiselle väestölle. AHI nousee fysiologisesti kaikilla iän myötä ilman, että henkilöllä olisi hoitoa vaativa uniapnea. Luokittelun käyttö uniapnean vaikeusasteen luokitteluun yli 65-vuotiailla onkin ongelmallista. AHI on keskimäärin 66-70-vuotiailla lihavilla miehillä ja naisilla 30 ja vastaavasti normaalipainoisilla 23 ja 18 (14).

Uniapnean oireet kehittyvät tyypillisesti vuosien myötä vähitellen lisääntyen (3). Uusien merkittävien uniapneaoireiden alkaminen iäkkäämpänä lyhyessä ajassa on hyvin epätodennäköistä. Muut sairaudet ovat usein iäkkäillä uniapneaa todennäköisempi syy potilaan kokemille oireille (1,12,13), ja näiden muiden sairauksien diagnosointi ja hoito on ensisijaista.

Näyttö iäkkäiden uniapnean hoidosta on epävarmaa (13). Käytännössä 65–79-vuotiaiden ryhmässä CPAP-hoidosta hyötyvät ne, joilla on vaikeat elämänlaatua laskevat oireet johtuen uniapneasta, ja jotka käyttävät CPAP-laitetta tavoitteen mukaisesti. Yli 80-vuotiailla ja lievempioireisilla 65-79-vuotiailla näyttö CPAP-hoidon hyödyistä on epävarmaa (13).

Kirjallisuutta:

1. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Keuhko¬lääkäriyhdistyksen ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Uniapnea (obstruktiivinen uniapnea aikuisilla). Käypä hoito -suositus 2022. ¬www.kaypahoito.fi
2. Jordan AS, McSharry DG, Malhotra A. Adult obstructive sleep apnoea. Lancet. 2014;383(9918):736–47.
3. Patel SR. Obstructive Sleep Apnea. Ann Intern Med. 2019;171(11):ITC81–96.
4. Patil SP, Ayappa IA, Caples SM, Kimoff RJ, Patel SR, Harrod CG. Treatment of adult obstructive sleep apnea with positive airway pressure: an American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. J Clin Sleep Med. 2019;15(2):335–43.
5. Darien, IL. American Academy of Sleep Medicine. Frost & Sullivan. 2016. Hidden health crisis costing America billions. Underdiagnosing and undertreating obstructive sleep apnea draining healthcare system. Available from: http://www.aasmnet.org/sleep-apnea-economic-impact.aspx.
6. McDaid C, Griffin S, Weatherly H, Durée K, Van Der Burgt M, Van Hout S, et al. Continuous positive airway pressure devices for the treatment of obstructive sleep apnoea–hypopnoea syndrome: a systematic review and economic analysis. Health Technol Assess [Internet]. 2009;13(4). Available from: https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/hta13040/
7. AlGhanim N, Comondore VR, Fleetham J, Marra CA, Ayas NT. The Economic Impact of Obstructive Sleep Apnea. Lung. 2008;186(1):7–12.
8. Kribbs NB, Pack AI, Kline LR, Smith PL, Schwartz AR, Schubert NM, et al. Objective Measurement of Patterns of Nasal CPAP Use by Patients with Obstructive Sleep Apnea. Am Rev Respir Dis. 1993;147(4):887–95.
9. Ronald J, Delaive K, Roos L, Manfreda J, Bahammam A, Kryger MH. Health Care Utilization in the 10 Years Prior to Diagnosis in Obstructive Sleep Apnea Syndrome Patients. Sleep. 1999;22(2):225–9.
10. Mattila T, Hasala H, Kreivi HR, Avellan-Hietanen H, Bachour A, Herse F, et al. Changes in the societal burden caused by sleep apnoea in Finland from 1996 to 2018: A national registry study. Lancet Reg Health Eur. 2022;16:100338.
11. Vainio M. Tilastotietoa, HUS, Iho- ja allergiasairaalan Uniapneavastaanotolta. 2025.
12. Sforza E, Gauthier M, Crawford-Achour E, Pichot V, Maudoux D, Barthélémy JC, et al. A 3-year longitudinal study of sleep disordered breathing in the elderly. Eur Respir J. 2012;40(3):665–72.
13. McMillan A, Bratton DJ, Faria R, Laskawiec-Szkonter M, Griffin S, Davies RJ, et al. A multicentre randomised controlled trial and economic evaluation of continuous positive airway pressure for the treatment of obstructive sleep apnoea syndrome in older people: PREDICT. Health Technology Assessment. 2015;19(40):1–188.
14. Gabbay IE, Lavie P. Age- and gender-related characteristics of obstructive sleep apnea. Sleep Breath. 2012;16(2):453–60.