



Miten hoitaa depressiota?

Päivitetty 28.1.2020

Depressiosta eli masennuksesta kärsii 5–7 % suomalaisista. Naisilla masennus on lähes kaksi kertaa yleisempää kuin miehillä. Arvioidaan, että perusterveydenhuollon potilaista 10 prosenttia on masentuneita, mutta vain osa hakee siihen apua.

Alakuloinen mieli, mikään ei kiinnosta

Masentuneen mieliala on yleensä jatkuvasti alakuloinen, ja hänen kykynsä tuntea kiinnostusta tai mielihyvää on kadonnut. Nukahtaminen voi olla vaikeaa, uni voi olla katkonaista ja väsymys päivittäistä. On vaikeaa tehdä päätöksiä ja keskittymiskyky herpaantuu herkästi. Ruokahalu voi olla kadonnut ja paino laskea; joillakin ongelmana on taas kohonnut ruokahalu ja liika nukkuminen. Masentuneen kuva omasta itsestä on yleensä negatiivinen ja itsetunto alentunut. Psykoottisessa depressiossa voi oireina olla jopa harhaluuloja tai aistiharhoja. Osalla on itsetuhoisia ajatuksia, ja vaarana on, että ajatukset etenevät teoiksi.

Mitä vaikeampi depressio, sitä suurempi itsemurhan vaara

Noin 2/3 kaikista itsemurhista on todettu liittyvän masennustiloihin. Tämä tarkoittaa sitä, että Suomessa tehdään 500–600 masennukseen liittyvää itsemurhaa joka vuosi!

Masentuneelta on syytä kysyä itsetuhoisista ajatuksista, jotta hänelle saadaan ajoissa apua.

Itsemurhaa yrittäneiden hoidosta on olemassa oma potilasversionsa [Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito](#).

Altistavat tekijät

Depressiolle altistavat muun muassa perinnöllinen taipumus, persoonallisuuden masennukselle altistavat piirteet ja masennuksen laukaisevat kielteiset elämäntapahtumat. Perinnöllinen alttius on merkittävä taustatekijä erityisesti vaikeissa ja toistuvissa masennuksissa.

Voinko itse ehkäistä masennusta?

Masennustilan kehittymisen vaaraa voidaan pyrkiä vähentämään myös omin toimin: hyvät suhteet läheisiin ja sosiaalinen tuki, kohtalainen liikunta, riittävä uni, tupakoinnin, humalahakuisen juomisen ja alkoholin liika-
käytön välttäminen sekä terveellinen ruokavalio.

[Mielenterveystalon](#) sivustoilta löytyvästä [Masennuksen omahoito-ohjelmasta](#) saattaa olla apua. [Mieli ry:n](#) sivustoilta löytyvät hyvinvointiohjelmat [Oiva](#), [Selma](#) ja [Toivo](#), joista viimeinen on tarkoitettu erityisesti nuorille.

Depression tunnistaminen

Diagnoosin perustana on aina lääkärin-tutkimus ja haastattelu, [pelkkä oirekyselyn tulos ei riitä](#). Diagnoosi edellyttää, että vähintään 4 käytetyistä 10:stä oireesta esiintyy (ks. suosituksen [taulukko](#)) ja että oireet ovat haitallisia. Lisäksi depressio-oireiden tulee olla päivittäisiä ja niitä on tullut olla yhtäjaksoisesti vähintään 2 viikon ajan.

Depression vaikeus arvioidaan oireiden lukumäärän mukaan: lievässä on oireita 4–5, keskivaikeassa 6–7 ja vaikeassa 8–10. Apuna voidaan käyttää myös toimintakyvyn heikkenemistä tai erilaisia oiremittareita (esim. [Montgomery–Åsberg](#), [Beck](#), [PHQ-9](#)).



Depression erottaminen muista sairauksista

Enemmistö depression vuoksi hoitoon hakeutuvista kärsii samaan aikaan myös jostakin muusta psyykkisestä oireyhtymästä, esim. ahdistuneisuus-, persoonallisuus- tai päihdehäiriöstä.

Jotta osataan valita oikea hoito, pitää selvittää, mistä sairaudesta on kyse; onko kyseessä depressio vai mahdollisesti kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyvä masennus.

Masennusoireet saattavat johtua myös jostakin muusta syystä: esim. foolihapon tai B₁₂-vitamiinin puutoksesta, sydän- tai aivoinfarktista, pahanlaatuisesta kasvaimesta tai neurologisesta sairaudesta. Lisäksi on selvitettävä, ettei masennuksen syynä ole jokin muu potilaan sairauden hoitoon käyttämä lääke (esim. kortikosteroidi) tai päihteet (esim. alkoholi, kannabis tai amfetamiini).

Lähiomaisen kuolemaan liittyvää suru on normaali reaktio. Depressiodiagnoosi tehdään lähiomaisen kuoleman jälkeen vain, jos depression oireet ovat vakavia ja kestävät pitkään.

Hoito jaetaan kolmeen vaiheeseen: akuutti-, jatko- ja ylläpitohoito

Akuuttivaiheen tavoitteena oireettomuus

Akuutissa vaiheessa tehokkaita hoitomuotoja ovat terapiat ja masennuslääkkeet.

Tehokkainta hoito on silloin, kun näitä hoitoja käytetään yhtä aikaa. Jos depressiopotilaan työkyvyttömyys kestää yli 2 kuukautta, on lääkehoito yleensä tarpeen, vaikka potilas saisikin asianmukaista psykoterapiaa.

Apuna voidaan käyttää myös sähköhoitoa, kirkasvalohoitoa, transkraniaalista magneettistimulaatiohoitoa tai muita hoitoja.

Hoitoon kuuluu aina sairautta ja sen hoitoa koskeva potilasopastus.

Lääkehoito

Lääkehoito on sitä tärkeämpää, mitä vaikeammasta depressiosta on kyse. 2/3 masennuslääkettä säännöllisesti käyttävistä saa lääkityksestä avun, ja noin puolella heistä masennusoireet häviävätkin melko täydellisesti 4–12 viikon aikana.

Suosituksen taulukossa on lueteltu [Suomessa vuonna 2020 käytössä olevat masennuslääkkeet](#), niiden annokset ja tavallisimmat haittavaikutukset. Noin 10–15 % keskeyttää lääkeshoidon haittavaikutusten takia.

Lääkehoidossa olevaa potilasta on seurattava koko akuuttivaiheen ajan säännöllisesti 1–3 viikon välein – ja tarvittaessa tiiviimminkin, jos esimerkiksi itsemurhan vaara on suuri. Seurannassa arvioidaan, onko hoito ja lääkitys tehonnut. Ellei selvää vastetta ole havaittavissa viimeistään 6–12 viikossa, on tehoton lääke syytä vaihtaa toiseen.

Jatkohoidolla pyritään estämään relapsi

Oireiden palaamisen eli relapsin vaara on suuri, jos lääkitys lopetetaan heti oireiden hävittyä. Kun potilas on ollut oireeton yhtäjaksoisesti puoli vuotta, lääkitys voidaan lopettaa muutaman viikon aikana pienentämällä lääkeannosta asteittain.

Joidenkin lääkkeiden käytön äkilliseen lopettamiseen saattaa liittyä vieroitusoireita (esim. huimaus, ahdistuneisuus, uni-vaikkeudet, pahoinvointi, päänsärky), joten jos vieroitusoireet haittaavat, on syytä edetä hitaammin.



Ylläpitohoidolla ehkäistään uusiutumista

Ylläpitohoidon aloittaminen on suositeltavaa, jos potilaalla on takanaan jo kaksi aiempaa masennusjaksoa ja depression on osoittautunut toistuvaksi ja vähintään keskivaikeaksi. Ylläpitohoito toteutetaan samalla lääkeannoksella kuin akuutti- ja jatkohoito.

Päätöksen ylläpitohoidon aloittamisesta ja lopettamisesta tekee joko psykiatrian erikoislääkäri tai yleislääkäri. Asiasta keskustellaan potilaan kanssa, ja päätös kirjataan myös sairauskertomukseen.

Potilaan tilaa seurataan vastaanottokäynnein vähintään vuosittain, vaikka potilas olisi täysin oireeton. Vasta kun potilas on ollut oireeton usean vuoden ajan, voidaan harkita lääkityksen varovaista asteittaista lopettamista. Potilaan tilaa on kuitenkin tässä vaiheessa seurattava tiheämmin depression uusiutumisvaaran vuoksi.

Psyko-terapeutin hoito

Psyko-terapialla pyritään vaikuttamaan masennusta ylläpitäviin mielikuviin, ajattelumalleihin, tunne-elämään, minäkäsitykseen ja toimintatapoihin. Psyko-terapian tavoitteena on, että potilas toipuu ja hänen toimintakykynsä paranee.

Psyko-terapian tarpeen arvioi yleensä psykiatrian erikoislääkäri. Lääkäri keskustelee potilaan kanssa psyko-terapian eri hoitovaihtoehtoista, hoidon kestosta (lyhytterapia vai pitkäkestoinen terapia) ja vaikutuksesta. Päätökseen vaikuttavat myös potilaan odotukset ja toiveet hoidon suhteen.

Psyko-terapeuttisia hoitomalleja on monia (ks. suosituksen taulukko [Keskeiset psyko-terapia-muodot depression hoidossa](#)).

Muun hoidon tukena voidaan tarpeen mukaan hyödyntää myös pari- ja perheterapiaa, luovia terapiamuotoja, netti-terapiaa tai itseapuoppaita.

Erikoislääkäri antaa arvionsa siitä, mikä terapia saattaisi soveltua kyseiselle potilaalle parhaiten.

[Terveystieteiden tutkimuskeskus](#) mukaan psyko-terapian järjestäminen on kunnan vastuulla silloin, kun se liittyy sairaanhoitoon. Jos kyseessä on Kelan osittain korvaama kuntoutuspsyko-terapia tai jos potilas hakeutuu omalla kustannuksellaan psyko-terapiaan, hän ottaa itse yhteyttä sopivaksi katsomaansa terapeuttiin, mahdollisesti lääkärinsä tuella.

Psyko-terapian saatavuus vaihtelee Suomessa paljon alueittain. Nettiterapiaa (ks. kohta [Perus- ja työterveydenhuolto](#)) voi saada asuinpaikasta riippumatta, ja psyko-terapiaa voidaan joskus toteuttaa etäyhteyden turvin.

Depression hoito eri elämänvaiheissa

Nuoret (13–22-vuotiaat)

Perus- ja kouluterveydenhuollossa arvioidaan ja selvitetään nuoren tilaa ja hänen perhe- ja koulutilannettaan. Nuorelle itselleen ja hänen vanhemmilleen annetaan tietoa depressiosta ja koulunkäyntiä tuetaan (tarvittaessa erityisjärjestelyin).

Lievien ja keskivaikeiden depressioiden hoito pyritään aloittamaan perusterveydenhuollossa. Suositeltavimpia hoitomuotoja ovat psyko-terapeuttiset hoidot. Myös perheterapiaa voidaan käyttää.

Jos hoidon tavoitetta ei saavuteta psyko-terapialla 1–2 kuukaudessa, hoitoon liitetään masennuslääkehoito. Masennuslääkkeet voivat kuitenkin nuorilla joskus aiheuttaa etenkin hoidon alkuvaiheessa itsetuhoista



ajattelua, joten tilannetta on hyvä seurata vastaanotolla kerran viikossa ainakin kuukauden ajan lääkehoidon aloittamisesta.

Myös nuorilla masennuslääkitystä käytetään jatkohoitona puolen vuoden ajan relapsin eli oireiden palautumisen ehkäisemiseksi.

Päätös jatko- ja ylläpitohoidosta tehdään yhdessä potilaan kanssa.

Raskausaika

Raskauden aikana masennustilan hoidoksi suositellaan psykoterapiaa, mutta joskus joudutaan käyttämään myös lääkitystä. Raskaudenaikaisen masennuslääkkeiden tarve pitää aina arvioida yksilöllisesti.

Masennuslääkkeiden ei ole osoitettu olevan selvästi sikiövaurioita aiheuttavia (teratogeenisia), mutta vaaran mahdollisuutta on vaikea täysin sulkea pois.

Rakenteellisten poikkeavuuksien riski on suurin ensimmäisen raskauskolmanneksen aikana. Eniten tietoa on SSRI-lääkkeistä ja venlafaksiinista.

Synnytyksenjälkeinen masennus

Synnytyksen jälkeen masennuksesta kärsii noin 10–15 % naisista. Häiriön taustalla on paitsi masennustilan yleisiä vaaratekijöitä, myös erilaisia synnytykseen ja äitiyteen liittyviä psykologisia ja hormonaalisia syitä.

Suurin osa synnytyksenjälkeisistä masennustiloista on oireiltaan lievempiä kuin aiemmin tässä potilasversiossa käsitellyt masennustilat, ja ne pystytään monesti hoitamaan neuvolan antaman tuen turvin.

Psykoterapeuttiset hoitomuodot ovat suositeltavia erityisesti silloin, kun äidin

elämäntilanteessa ilmenee masennukselle altistavia ongelmia.

Masennuslääkkeistä SSRI-ryhmän lääkkeet ovat suositeltavimpia. Masennuslääkkeen käyttö ei yleensä estä imetystä, mutta fluoksetiinia ei suositella, sillä sen on todettu imeytyvän rintamaitoon.

lääkkäät (yli 65-vuotiaat)

Jos masennustila tulee 1. kerran vanhuusiässä, on arvioitava erityisen tarkkaan, voisiko masennuksen syynä tai taustavaikuttajana olla jokin muu sairaus.

Ikääntyneiden lievää ja keskivaikeaa depressiota voidaan hoitaa psykoterapian avulla. Samoin sähköhoidon on todettu olevan tehokas ja turvallinen hoitomuoto myös yli 75-vuotiaille.

Masennuslääkkeet ovat tehokkaita myös ikääntyneiden hoidossa, mutta ikä vaikuttaa lääkitykseen: masennuslääkeannokset ovat 65–75-vuotiaille samansuuruisia tai vähän pienempiä kuin keski-ikäisillä, mutta yli 75-vuotiaille annosten koko on 1/2 tai 1/3 keski-ikäisillä käytettävistä annoksista. Yli 75-vuotiaiden hoidossa ei suositella trisyklisiä masennuslääkkeitä.

Erytistilanteita

Kaamosmasennus

Joillakin masennusjaksoja esiintyy toistuvasti ja lähes yksinomaan vain pimeän talvikauden aikana. Tällöin puhutaan kaamosmasennuksesta, johon kirkasvalohoito tehoaa hyvin.

Hoitoa annetaan kirkasvalolaitteella aamuisin 30–50 minuuttia parin ensimmäisen viikon aikana joka päivä ja myöhemmin joko kuureina tai jatkuvasti ainakin 5 kertaa viikossa talvikauden ajan.



Lääkeresistentti depressio

Jos kaksi peräkkäistä lääkehoitoyritystä on jäänyt tuloksettomaksi, tällöin puhutaan lääkeresistentistä depressiosta, ja on syytä harkita lääkehoidon tehostamista.

Käytössä oleva masennuslääke voidaan vaihtaa uuteen, käyttää masennuslääkkeen lisälääkkeenä omega-3-rasvahappoja tai käyttää kahta eri lääkettä yhtä aikaa.

Potilas on hoidossa psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa tai tarvitaan psykiatrian erikoislääkärin konsultaatiota.

Psykoottinen depressio

Psykoottisessa depressiossa potilaalla on vaikeiden depressio-oireiden lisäksi harhaluuloja ja aistiharhoja ja hänen todellisuudentajunsa on häiriintynyt. Tällöin hoitopaikkana on psykiatrisen erikoissairaanhoidon (sairaala tai intensiivinen avohoito). Tarvittaessa hoito voi olla myös tahdosta riippumatonta ([Mielenterveyslaki](#)).

Psykoottisen depression hoidossa tehokkain, turvallinen ja suositeltava hoitomuoto on sähköhoito. Sähköhoito annetaan kevyessä nukutuksessa. Lääkehoitoa on syytä jatkaa jatko- ja ylläpitovaiheissa sähköhoidon jälkeen tavanomaiseen tapaan.

Depressiopotilaan toiminta- ja työkyky

Masennuspotilaan toimintakyky vaihtelee huomattavasti sen mukaan, kuinka vaikeasta depressiosta on kyse. Lievä depressio ei yleensä juurikaan heikennä potilaan toimintakykyä, kun taas keskivaikea huonontaa sitä jo selvästi, ja vaikeasta depressiosta kärsivä tarvitsee usein apua selviytyäkseen pelkistä tavanomaisista arkipäivän toimistaan.

Toimintakykyä arvioidaan usealla eri elämänalueella: huolehtiminen omasta itsestä ja hyvinvoinnista, selviytyminen perhe-elämässä ja ihmissuhteissa, selviytyminen nykyisessä työssä sekä toiminta vapaa-aikana. Myös ajoterveys on osa toimintakykyä. Arvioinnissa on tärkeää selvittää, mistä toiminnoista potilas selviytyy ja mistä ei, ja kuinka tilanne on muuttunut verrattuna masennusta edeltävään aikaan. Arvioinnissa voidaan käyttää apuna [SOFAS-asteikkoa](#).

Toipumisen myötä psykososiaalinen toimintakyky yleensä palautuu.

Työkyky ja sairauspoissaolo

Valtaosa depressioon sairastuneista jatkaa työelämässä ilman sairauspoissaoloja tai tarvitsee vain lyhyen sairausloman.

Lievässä depressiossa sairauspoissaolo ei yleensä ole tarpeen. Keskivaikeassa depressiossa toimintakyvyn riittävyys riippuu siitä, kuinka vaativaa työ on, ja onko työpaikalla mahdollista tehdä työssä jatkamista tukevia työjärjestelyjä. Vaikeassa ja psykoottisessa depressiossa jäljellä oleva toimintakyky ei yleensä riitä minkään työn vaatimuksiin.

Sairauspoissaolon haittoja ja hyötyjä kannattaa arvioida myös potilaan kannalta: pahentuuko sairaus ilman sairauslomaa, haittaavatko normaalin päivärhythmin menetys ja mielekkään toiminnan puute, lisääntykö päihteiden käyttö tai syrjäytykö potilas.

Jos tarvitaan sairauspoissaoloa, tarvitaan myös aktiivista hoitoa ja seurantaa.

Työssä käyvän potilaan sairauspoissaolon pituus ja työhön paluun suunnittelu on hyvä tehdä työterveyshuollossa, ja siinä tulee



huomioida mahdollinen psykiatrin kannanotto työ- ja toimintakykyyn. Työntekijän on toimitettava Kelaan työterveyslääkäriin lausunto työssä jatkamisen mahdollisuuksista viimeistään silloin, kun sairauspäivärahaa on maksettu 90 päivää.

Osasairauspäivärahan tarkoitus on helpottaa työhön paluuta, jos sairauspoissaolo uhkaa pitkittyä. Sairauspäiväraha korvaa työkyvyttömyyden aiheuttamaa, alle yhden vuoden kestävää ansionmenetystä.

Kuntoutus

Työkyvyn ylläpitämiseksi ja kohentamiseksi tarvitaan hoidon lisäksi yleensä myös lääkinällistä, ammatillista tai sosiaalista kuntoutusta. Kuntoutusta varten laaditaan kuntoutussuunnitelma.

Kelan sivustoilta löytyy kattava paketti [kuntoutuksesta](#).

Lääkinnällinen kuntoutus

Masennuspotilaiden yleisin kuntoutusmuoto on psykoterapia.

Kelan kuntoutuspsykoterapia on tarkoitettu työ- tai opiskelukyvyn tukemiseksi tai parantamiseksi 16–67-vuotiaille, joilla mielenterveyden häiriö uhkaa työ- tai opiskelukykyä. Psykoterapiaa voi saada myös Kelan vaativana lääkinällisenä kuntoutuksena. Sairastuneella on mahdollisuus hakeutua kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskurssille.

Ammatillinen kuntoutus

Ammatillisen kuntoutuksen tavoitteena on auttaa työllistymistä, työssä pysymistä tai työhön palaamista sairaudesta huolimatta.

Kelan vajaakuntoisten ammatillisen kuntoutuksen pääkohderyhmä ovat nuoret ja työelämään heikosti kiinnittyneet, joilla sairaus, vika tai vamma heikentää opiskelua tai työkykyä.

[Työeläkekuntoutus](#) on työeläkevakuuttajien järjestämää ja kustantamaa ammatillista kuntoutusta, jonka tavoitteena on ehkäistä työkyvyttömyyttä ja parantaa työn tekemisen mahdollisuuksia silloin, kun vakiintuneesti työelämässä oleva ei enää terveydentilansa vuoksi voi jatkaa entisessä työssään.

Työ- ja elinkeinotoimiston (TE-toimisto) toimenpiteillä tuetaan työnhakijoita, joiden [sairaus tai vamma vaikeuttaa työllistymistä tai työpaikan säilyttämistä](#).

Perusterveydenhuolto, työterveys- huolto vai erikoissairaanhoito?

Perus- ja työterveydenhuolto

Valtaosa masennuspotilaista voidaan hoitaa perusterveydenhuollossa. Hoitosuunnitelma tehdään yhdessä potilaan kanssa.

Perusterveydenhuollon masennuksen yhteistoimintamallissa kullakin tekijällä on oma roolinsa: depressiohoitaja koordinoi hoitoa, tukee ja opastaa potilasta sekä seuraa potilaan toipumista, omalääkäri vastaa hoidosta ja tekee hoitopäätökset, ja konsultoiva psykiatri ohjaa säännöllisesti depressiohoitajaa ja konsultoi omalääkäreitä.

Perusterveydenhuollossa hoidettava, lievistä tai keskivaikeasta depressiosta kärsivä potilas voidaan ohjata lääkärin lähetteellä HUS:n [Mielenterveystalo](#)-palvelusivuston kognitiiviseen malliin pohjautuvaan, 7 viikkoa kestäväseen nettiterapiaan.



Työterveyshuollossa on omat toimintamallinsa. Keskeistä on moniammatillinen yhteistyö ja selkeä vastuunjako eri toimijoiden kesken (työterveyslääkäri, työterveyshoitaja ja -psykologi), oikea-aikainen psykiatrin konsultaatioapu sekä yhteistyö työpaikan ja työterveyshuollon välillä masennuspotilaan työssä jatkamisen ja työhön paluun tukemiseksi.

Psykiatrinen erikoissairaanhoito

Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa hoidetaan potilaat, joiden depressio on vaikea, psykoottinen tai vakavasti monihäiriöinen, joihin masennuksen hoito ei tehoa (lääkeresistentti depressio), joilla on vakavia itsetuhoisia ajatuksia tai joiden työ- tai toimintakyky ei asianmukaisesta hoidosta huolimatta ole palautunut.

Depression aiheuttaman työkyvyttömyyden hinta yhteiskunnalle

Depressio on noussut yhdeksi merkittävimmistä toimintakyvyn heikkenemistä aiheuttavaksi sairaudeksi.

Suomessa siirtyi vuonna 2018 uudelle työkyvyttömyyseläkkeelle masennuksen vuoksi noin 3 900 henkeä.

Kaikkiaan vuoden 2018 lopussa masennuksen vuoksi oli työkyvyttömyyseläkkeellä (kuntoutustuella tai toistaiseksi myönnetyllä eläkkeellä) yli 30 900 työkäistä ihmistä.

Lisäksi depression aiheuttamat kustannukset ovat mittavia: Suomessa vuonna 2018 masennusperusteiset työkyvyttömyyseläkemeno olivat 434 miljoonaa euroa ja sairauspäiväraha-kustannukset 138 miljoonaa euroa.

Tekijät

Potilasversion tekstin on Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin [Käypä hoito -suosituksen](#) pohjalta päivittänyt potilasversioista vastaava toimittaja **Kirsi Tarnanen**.

Tekstin ovat tarkistaneet Käypä hoito -työryhmän puheenjohtaja, psykiatrian erikoislääkäri, psykoterapeutti, psykiatrian professori **Erkki Isometsä** Helsingin yliopistosta ja Käypä hoito -toimittaja, psykiatrian erikoislääkäri, psykoterapeutti **Arja Tuunainen** Suomalaisesta Lääkäri-seurasta Duodecimista.

Vastuunrajaus

Käypä hoito - ja Vältä viisaasti -suositukset ovat asiantuntijoiden laatimia yhteenvetoja yksittäisten sairauksien diagnostiikan ja hoidon vaikuttavuudesta. Ne eivät korvaa lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattilaisen omaa arviota yksittäisen potilaan parhaasta mahdollisesta diagnostiikasta, hoidosta ja kuntoutuksesta hoitopäätöksiä tehtäessä.