



**Kuntoutussäätiö**

# Sovellusohje aikuisten mielenterveyden häiriöiden kuntoutukseen

Hyvät kuntoutuskäytännöt vaativan lääkinnällisen  
kuntoutuksen yhteydessä



Tanja Laukkala, Jukka Hintikka, Päivi Kiviniemi, Kristian Läksy, Jorma Oksanen, Päivi Pohjavaara, Helena Rasi-Hakala, Marita Rosenlew, Sami Räsänen, Helena Vormo, Tommi Väyrynen, Eija Haapala, Eija Lehtinen, Riikka Peltonen, Johanna Rouvinen, Tiina Suomela-Markkanen

Julkaisija:  
Kuntoutussäätiö  
Pakarituvantie 4-5  
00410 Helsinki

© Kuntoutussäätiö  
[www.kuntoutussaatio.fi](http://www.kuntoutussaatio.fi)

Helsinki 2017  
ISBN: 978-952-5961-61-4 (pdf)

# Sovellusohje aikuisten mielenterveyden häiriöiden kuntoutukseen

Hyvät kuntoutuskäytännöt vaativan lääkinnällisen  
kuntoutuksen yhteydessä



# Sisällys

ALKUSANAT	<b>6</b>
TIIVISTELMÄ	<b>7</b>
KELAN VAATIVAN LÄÄKINNÄLLISEN KUNTOUTUKSEN YLEISET ASIAKKUUSKRITTEERIT JA PERIAATTEET	<b>8</b>
KUNTOUTUSSUUNNITELMA PSYKIATRISISSA HÄIRIÖISSÄ	<b>9</b>
TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI PSYKIATRIASSA	<b>10</b>
SOFAS-asteikko	<b>11</b>
PSYKIATRISET HÄIRIÖT ICD-10-TAUTILUOKITUKSEN MUKAAN JA VAATIVA ÄÄKINNÄLLINEN KUNTOUTUS	<b>12</b>
F00–F03 Elimelliset aivo-oireyhtymät (dementiat)	<b>12</b>
F04–F09 Muut elimelliset aivo-oireyhtymät (mukaanlukien delirium)	<b>12</b>
F10–F19 Lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt	<b>12</b>
F20–F29 Skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriöt	<b>13</b>
F30–F39 Mielialahäiriöt [affektiiviset häiriöt]	<b>14</b>
F40–F48 Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt	<b>15</b>
F50–F59 Fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät käyttäytymisoireyhtymät	<b>18</b>
F60–F69 Persoonallisuushäiriöt	<b>19</b>
F70–F79 Älyllinen kehitysvammaisuus	<b>19</b>
F80–F89 Psykkisen kehityksen häiriöt	<b>19</b>
F90–F98 Tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt	<b>19</b>
F99–F99 Määrittämätön mielenterveyden häiriö	<b>19</b>
KUNTOUTUSSUUNNITELMA VAATIVAN LÄÄKINNÄLLISEN KUNTOUTUKSEN PERUSTANA KELAN ROOLI MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖIDEN KUNTOUTUKSESSA	<b>20</b>
Psykoterapia kuntoutuspsykoterapiana ja vaativana lääkinnällisenä kuntoutuksena	<b>21</b>
Ammatillinen kuntoutus	<b>23</b>
Harkinnanvarainen kuntoutus	<b>23</b>
Kirjallisuus	<b>24</b>

# Alkusanat

Kelan ja terveydenhuollon asiantuntijat ovat laatineet aikuisten mielenterveyshäiriöiden hyvästä kuntoutuskäytännöstä suosituksen, jossa keskitytään tarkastelemaan psykiatrian erikoisalan ja Kelan vaativan kuntoutuksen näkökulmasta vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen asiakkuutta. Tavoitteena on yhdenmukaistaa valtakunnallisia kuntoutuskäytäntöjä sekä helpottaa kuntoutussuunnitelmien laatimista ja kuntoutuspäätösten tekemistä. Ohje on myös tarkoitettu jalkauttamaan Käypä hoito -suositusten näyttöön perustuvaa ohjeistusta. Jokaisen yksittäisen kuntoutujan kohdalla kuntoutus tulee suunnitella yhteistyössä kuntoutujan kanssa siten, että hänen yksilölliset tarpeensa ja tavoitteensa huomioidaan.

Ohjeen alussa kuvataan yleiset vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen asiakkuuskriteerit. Jokaisen psykiatrisen häiriöryhmän yhteydessä käsitellään psykososiaalisia hoito- ja kuntoutusmenetelmiä. Lääkehoito on keskeinen osa monen psykiatrisen häiriön hyvää hoitoa. Usein se yhdistetään psykososiaaliseen hoitoon ja kuntoutukseen. Kuntoutuksen tavoitteena voi olla lääkehoidon toteutumisen tukeminen. Tässä ohjeessa ei kuitenkaan käsitellä lääkehoitoa, koska se laajentaisi ohjetta merkittävästi.

Työhön kirjoittajien lisäksi osallistuneet asiantuntijat: Lyyti Harju (22.8.2016 asti), Paula Stenfors ja Timo Tuovinen (5.9.2016 asti).

Työryhmä kiittää tekstiä kommentoineita asiantuntijoita Suomen Psykiatriyhdistyksestä, Suomen Työterveyslääkäri ry (SLTY) -yhdistyksestä, professori Jaakko Erkkilää sekä Kelasta tutkimusprofessori Annamari Tuulio-Henrikssonia ja muita Kelan asiantuntijoita. Kuntoutussäätiölle esitämme kiitokset toimistusavusta ja taitosta.

*Helsingissä 17.2.2017*

Tanja Laukkala  
Jukka Hintikka  
Päivi Kiviniemi  
Kristian Läksy  
Jorma Oksanen  
Päivi Pohjavaara  
Helena Rasi-Hakala  
Marita Rosenlew  
Sami Räsänen  
Helena Vorma  
Tommi Väyrynen  
Eija Haapala  
Eija Lehtinen  
Riikka Peltonen  
Johanna Rouvinen  
Tiina Suomela-Markkanen

# Tiivistelmä

Mielenterveysongelmat ovat yleinen kuntoutuksen tarpeen syy, vaikka kuntoutusta kohdennetaankin sairaushistoriasta riippumatta yhä enemmän toimintakyvyn tukemiseen. Mielenterveyskuntoutusta järjestää tällä hetkellä monta toimijatahoa, kuten sosiaali- ja terveydenhuolto, eri vakuutusalan toimijat ja useat järjestöt. Kuntoutuksen kokonaisuudistusta suunnitteleva komitea on aloittanut työnsä syyskuussa 2016. Työn tavoitteena on selkeyttää kuntoutuksesta vastaavien toimijoiden vastuunjakoja ja varmistaa, että asiakaslähtöinen kuntoutus toimii jatkossa saumattomasti. Uudistuksen tavoitteena on yhdenvertainen, kustannustehokas ja ohjattava järjestelmä, joka tukee ja vahvistaa kuntoutujaa elämän kaikissa tilanteissa.

Kelan mielenterveyskuntoutus muodostuu keskeisesti kuntoutuspsykoterapiasta ja harkinnanvaraisen kuntoutuksen kuntoutuskursseista eri hankkeiden lisäksi. Tässä suosituksessa käsitellään tilanteita, joissa mielenterveyskuntoutusta tarvitaan Kelan vaativana lääkinnällisenä kuntoutuksena. Jos Kelan vaativan kuntoutuksen asiakkuuskriteerit eivät täyty, vastuu kuntoutussuunnitelman toteutumisesta siirtyy terveydenhuollolle. Lisätietoa ja ohjeita Kelan kuntoutukseen hakemisesta löytyy osoitteesta [www.kela.fi/kuntoutus](http://www.kela.fi/kuntoutus). Samasta verkko-osoitteesta löytyy tietoa Kelan ammatillisesta kuntoutuksesta. Ajankohtaisista hankkeista löytyy lisätietoa osoitteesta [www.kela.fi/2901](http://www.kela.fi/2901).

Kelan kuntoutukseen liittyvissä kysymyksissä palvelee viranomaislinja arkisin klo 9–16 numerossa 020 692 235. Ruotsinkielinen viranomaislinja palvelee numerossa 020 692 239.

## **Kelan lääkäriinjalla asiantuntijalääkärit vastaavat lääkäreiden kysymyksiin ma-pe klo 9–16 seuraavissa alueellisissa asiointipuhelinnumeroissa:**

HYKS:n erityisvastuualue, Helsinki, p. 020 63 45 045

KYS:n erityisvastuualue, Kuopio, p. 040 153 73 03

OYS:n erityisvastuualue, Oulu, p. 040 136 96 60

TAYS:n erityisvastuualue, Tampere, p. 020 635 41 40

TYKS:n erityisvastuualue, Turku, p. 020 634 51 42

Yleisneuvontaa tarjoaa myös chat, joka löytyy Kelan verkkosivuilta

(Lääkärit ja terveydenhuolto -sivu osoitteessa [www.kela.fi/terveydenhuolto](http://www.kela.fi/terveydenhuolto)).

# KELAN vaativan lääkinällisen kuntoutuksen yleiset asiakkuuskriteerit ja periaatteet

Kelan vaativan lääkinällisen kuntoutuksen yleisten asiakkuuskriteerien mukaan asiakkaana pidetään henkilöä

- joka on alle 65-vuotias
- joka ei ole julkisessa laitoshoidossa
- jonka kuntoutus ei liity välittömään sairaanhoitoon
- jolla on sairaus tai vamma sekä siihen liittyvä suoritus- ja osallistumisrajoite, joka on niin suuri, että hänellä on sen vuoksi huomattavia vaikeuksia arjen toiminnoista suoriutumisessa ja osallistumisessa kotona, opiskelussa, työelämässä tai muissa elämäntilanteissa
- jolla on edellä mainitusta rajoitteesta aiheutuva vähintään vuoden kestävä kuntoutustarve
- jolle kuntoutus on perustellusti tarpeen mahdollistamaan arjen toiminnoista suoriutumista ja osallistumista
- jonka kuntoutuksen tavoitteet eivät ole pelkästään hoidollisia.

Arvioitaessa vaativan lääkinällisen kuntoutuksen asiakkuutta huomioidaan kaikki henkilön sairaudet tai vammat sekä hänen lääketieteellinen terveydentilansa kokonaisuudessaan. Viitekehyksenä on Maailman terveysjärjestön WHO:n ICF-luokitus (International Classification of Functioning, Disability and Health, Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus), joka huomioi henkilön lääketieteellisen terveydentilan, toimintakyvyn ja toimintarajoitteet sekä niihin vuorovaikutussuhteessa olevat yksilö- ja ympäristökijät. ICF-luokitus mahdollistaa henkilön yksilöllisen kokonaistilanteen arvioimisen.

Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen myöntöedellytyksissä sairauden tai vamman lisäksi tarkastellaan laaja-alaisesti siihen liittyvää suoritus- ja osallistumisrajoitetta. Rajoite voi olla esimerkiksi liikkumisessa, kommunikoinnissa, vuorovaikutuksessa, mielentoiminnoissa, käyttäytymisessä, aistitoiminnoissa, oppimisessa, tiedon soveltamisessa tai itsestä huolehtimisessa.

Sairaudesta aiheutuvan rajoitteen tulee olla niin suuri, että se aiheuttaa huomattavia vaikeuksia suoriutumisessa ja osallistumisessa kotona, opiskelussa, työelämässä tai muissa elämäntilanteissa. Sairauteen tai vammaan liittyvä huomattava suoritus- ja osallistumisrajoite voidaan viitteellisesti suhteuttaa ICF:n tarkenteisiin, jotka kuvaavat ongelman suuruusluokkaa. Tarkenteet eivät ole vielä yleisesti käytössä. Ne kuitenkin antavat käsityksen ongelman tasosta. Vaativassa lääkinällisessä kuntoutuksessa huomattava suoritus- ja osallistumisrajoite on vaikean (korkean, erittäin suuren jne.) ongelman suuruinen. Yksittäisellä kapea-alaisella toimintakyvyn osa-alueella oleva vaikea ongelma ei ole riittävä peruste vaativaan kuntoutukseen, jos se ei aiheuta huomattavia vaikeuksia henkilön suoriutumisessa ja osallistumisessa.

Vaativa lääkinällinen kuntoutus perustuu kuntoutujan hoidosta vastaavassa julkisen terveydenhuollon yksikössä tehtyyn kuntoutussuunnitelmaan. Kunnalla on terveydenhuoltolain perusteella velvollisuus järjestää kuntoutussuunnitelman mukainen lääkinällinen kuntoutus, jos sen järjestäminen ei ole Kelan vastuulla. Terveydenhuolto vastaa kuntoutuksen järjestämisestä myös silloin, jos kuntoutuksen tavoitteet ovat ainoastaan hoidollisia. Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen tarvetta voi arvioida, kun sairauden tilanne on vakiintunut ja kuntoutustarvetta voi arvioida vähintään vuoden ajalle. Terveydenhuollolle kuuluu hoito ja siihen liittyvä kuntoutus sekä leikkaus- tai muiden toimenpiteiden jälkeinen kuntoutus. Terveydenhuollolle kuntoutus kuuluu myös silloin, kun potilaalla ei ole suoriutumisen ja osallistumisen huomattavia vaikeuksia, joihin kuntoutus olisi perustellusti tarpeen. Se kuuluu terveydenhuollolle myös silloin, jos potilas ei kykene suorittamaan aktiivisesti tehtäviä, osallistumaan elämän tilanteisiin (itsenäisesti, avustettuna, apuvälinein) tai osallistumaan kuntoutukseen, sekä silloin, kun kuntoutuksen tavoitteet ovat ainoastaan hoidollisia eivätkä aktiiviseen suoriutumiseen ja osallistumiseen liittyviä. Kela voi kuitenkin järjestää osana vaativaa lääkinällistä kuntoutusta myös hoidollisiin tavoitteisiin tähtävää kuntoutusta, jos kuntoutuksella on lisäksi kuntoutujan aktiiviseen suoriutumiseen ja osallistumiseen liittyviä tavoitteita. Hoidon ja kuntoutuksen seurantavastuu säilyy terveydenhuollolla myös Kelan järjestämän kuntoutuksen aikana.

Vaativana lääkinällisenä kuntoutuksena järjestetään hyvän kuntoutuskäytännön mukaisia kuntoutuspalveluja, jotka toteutetaan joko terapioina tai moniammatillisina kuntoutusjaksoina. Hyvä kuntoutuskäytäntö pohjautuu kuntoutuksesta saatuun tieteelliseen näyttöön, jota täydentävät Kelassa ja julkisessa terveydenhuollossa yleisesti hyväksytyt vakiintuneet ja kokemusperäisesti perustellut menettelytavat. Kuntoutus toteutetaan painottamalla kuntoutujan omaa aktiivisuutta, toiminnallisuutta ja korostamalla laaja-alaista yhteistyötä ja ohjauksellisuutta. Kuntoutuksessa käytettävät menetelmät valitaan ottamalla huomioon kunkin kuntoutujan yksilöllinen tilanne ja tarpeet. Kuntoutus toteutetaan



tarpeen mukaan kuntoutujan arkiympäristössä. Tavoitteena on mahdollistaa kuntoutumista tukeva arki siten, ettei kuntoutuminen rajoitu vain terapiakäynteihin vaan tapahtuu myös osana muuta arjen toimintaa.

Vaikka vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen edellytyksenä on vähintään vuoden kestävä kuntoutustarve, ei se tarkoita sitä, että kuntoutuksen tulee toteutua tiiviisti läpi vuoden esimerkiksi viikoittain toteutuvina terapiakäynteinä. Terapioita voidaan toteuttaa jaksottaen tai tiivistäen kuntoutujan tarpeen mukaisesti. Esimerkiksi sairastumisen alkuvaiheessa terapia voi toteutua tiiviisti ja ylläpitävässä vaiheessa harvajaksoisesti tai olla pitkään tauollakin. Terapia voidaan myös toteuttaa ohjauksellisenä niin, että pääpaino on kuntoutujan ja esimerkiksi hänen omaisensa tai henkilökohtaisen avustajansa ohjaamisessa kuntoutumista tukeviin toimintatapoihin. Kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa tulee pohtia, mikä on kuntoutujan yksilöllinen tilanne ja tavoitteet ja hänelle tarkoituksenmukainen tapa toteuttaa terapiaa.

## KUNTOUTUSSUUNNITELMA PSYKIATRISISSA HÄIRIÖISSÄ

Psykiatrisissa häiriöissä kuntoutussuunnitelma laaditaan kuntoutujan hoidosta vastaavassa julkisen terveydenhuollon yksikössä yhdessä potilaan ja hänen lähiverkostonsa kanssa, usein moniammatillista työryhmää hyödyntämällä. Kuntoutuspalvelusta aiheutuvien kustannusten ja saavutettavan hyödyn tulee olla järkevässä suhteessa.

Kuntoutussuunnitelmassa tulee olla kirjattuna:

- **Diagnoosit (t) tärkeysjärjestyksessä.** Kuntoutus on pääsääntöisesti oikea-aikaista, kun diagnoosi on varmentunut (poikkeuksena F29). Todetun sairauden tulee olla luonnolliselta kulultaan sen kaltainen, että kuntoutustarve voidaan arvioida pitkäkestoiseksi (vähintään vuoden mittainen).
- **Erotusdiagnostiset selvittelyt** (myös fyysiset sairaudet ja päihdehäiriöt).
- **Sairauden alkuvaihe, oireet, kehitys ja nykytilanne.**
- **Toteutunut hoito** (myös osastohoidon jaksot sekä käytössä ollut lääkehoito). Vakavissa mielenterveyden häiriöissä lääkähoidolla on vakiintunut asema. Jos lääkehoitoa ei ole, valittu hoitolinja tulee perustella. Välttömän sairaanhoidon ja siihen liittyvän kuntoutuksen tulee olla toteutunut. Vakavissa mielenterveydenhäiriöissä ja huomattavia vaikeuksia toimintakyvylle aiheuttavissa muissa sairauksissa tämä edellyttää useiden kuukausien hoitojaksoa.
- **Aikaisemmat kuntoutustoimenpiteet tai psykososiaaliset interventiot** ja niiden vaikutus toimintakykyyn.
- **Muut käytössä olevat tukimuodot**, kuten tuettu asuminen.
- **Opiskelu-, työ- ja muu kokonaiselämäntilanne.**
- **Toimintakyky arjessa**, erityisesti suoriutumisen ja osallistumisen rajoitteet eri toimintaympäristöissä (koti, opinnot, työelämä, muu ympäristö).
- **Toimintakyvyn vahvuudet.**
- **Yksilö- ja ympäristötekijöiden vaikutus toimintakykyyn ja kuntoutukseen.**
- **Täytyvätkö vaativan kuntoutuksen asiakkuuskriteerit?**
- **Kuntoutuksen konkreettiset tavoitteet** huomioiden arjen toiminnoista suoriutuminen ja osallistuminen.
- **Tarvittavat kuntoutuspalvelut**, niiden toteutuksen tiheys ja arvioitu kesto (Missä toteutetaan? Muut mahdolliset kuntoutukseen osallistujat).
- **Perustelut valitulle kuntoutusmuodolle**, jonka tulee olla hyvän kuntoutuskäytännön mukaista, näyttöön perustuvaa ja yksilöllisesti arvioiduna tarkoituksenmukaista suhteessa esimerkiksi aikaisempien kuntoutustoimenpiteiden tuloksiin. Ohjaus muuhun kuntoutumista tukevaan toimintaan.
- **Kuntoutuksen seuranta** ja kuntoutussuunnitelman seuraava tarkistamisajankohta (kuntoutuspalveluiden tarve voidaan tässä kohderyhmässä yleensä arvioida 1–2 vuoden ajanjaksolle).
- **Kuntoutuksen aikainen hoito**, yhteistyö terapeutin ja muiden toimijoiden kanssa sekä yhteyshenkilön tiedot.

## TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI PSYKIATRIASSA

Psykiatrisen toimintakyvyn arvioinnissa keskeistä on huolellinen anamneesi ja kliininen tutkimus, johon kuuluu psykiatrisen haastattelun lisäksi oirekuvan mukaan tarvittaessa myös somaattinen tutkimus. Toimintakykyä arvioitaessa on tutkittava sekä senhetkinen toimintakyky että potilaalle luonteenomainen toimintakyvyn vaihtelu pidemmällä aikavälillä. Vertailukohtana on paras pitkäaikainen toimintakyky, joka potilaalla on ollut elämänsä aikana. Arvioinnissa on tärkeää selvittää konkreettisesti, mistä toiminnoista potilas selviytyy, mistä ei ja kuinka tilanne on muuttunut verrattuna sairautta edeltäneeseen aikaan. Toimintakykyä arvioidaan usealla eri elämänaalueella, joita ovat omasta itsestä ja hyvinvoinnista huolehtiminen, perhe-elämässä tai muissa ihmissuhteissa selviytyminen, työelämässä yleensä ja erityisesti nykyisessä työssä selviytyminen sekä toiminta vapaa-aikana.

Toimintakyvyn rajoitteiden lisäksi on tärkeä selvittää potilaan jäljellä oleva toimintakyky. Esimerkiksi masennuspotilas voi kokea toimintakykynsä huonommaksi kuin se todellisuudessa onkaan. Tietoa potilaan toimintakyvystä joudutaan usein hankkimaan monesta eri lähteestä. Vaativa toimintakyvyn arviointi edellyttää usein moniammatillista lähestymistapaa.

Mielialahäiriöpotilaiden toimintakyvyn arviointiin on ohjeita Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Työeläkevakuuttajien (TELA) laatimassa suosituksessa ”FACULTAS-toimintakyvyn arviointi” ja toimintakyvyn arviointiin mielen terveyden häiriöiden yhteydessä on suositus Toimia-tietokannassa.

Masennuspotilaan toimintakyky vaihtelee huomattavasti masennuksen ajankohtaisen vaikeusasteen mukaan. Lievään masennustilaan liittyvä toimintakyvyn heikkenemä on yleensä vähäinen. Toipumisen myötä psykososiaalinen toimintakyky yleensä palautuu. Kognitiivinen toimintakyky korjautuu usein masennuksen oireita hitaammin. Useimmat kognitiivisista häiriöistä korjaantuvat toipumisen myötä, mutta erityisesti vaikeista, psykoottisista ja toistuvista masennusjaksoista kärsineillä kognitiivisia häiriöitä on todettavissa toipumisen jälkeenkin. Merkittävimmät kognitiivisen toimintakyvyn puutteet masennushäiriöissä näyttävät liittyvän informaation prosessointinopeuden hidastumiseen, tarkkaavuuteen ja toiminnanohjaukseen.

Toimintakyvyn arvioinnissa voidaan käyttää apuna esimerkiksi terveydenhuollon ammattilaisen täyttämää, Toimiassa arvioitua haastatteluun ja havainnointiin perustuvaa SOFAS-asteikkoa (DSM-IV), joka antaa kokonaisarvion sosiaalisesta ja ammatillisesta toimintakyvystä asteikolla 0–100. Pistemäärä  $\leq 50$  merkitsee toimintakyvyn vakavaa heikentyneisyyttä, joka voidaan huomioida vaativan kuntoutuksen asiakkuuskriteerien arvioinnissa. Tavallisimmin SOFAS-asteikkoa käytetään ajankohtaisen toimintakyvyn arviointiin (tarkastelujaksona edeltänyt viikko). Se soveltuu myös toistuvaan arviointiin. Toimintakyvyn arviointia helpottaa elämän eri alueiden arviointi erikseen (vapaa-aika, työ tai opiskelu, perhe-elämä ja ihmissuhteet, itsestä huolehtiminen). Vasta tämän jälkeen arvioidaan kokonaispistemäärä. Tarkastelu tehdään jokaisen alueen osalta jatkumolla erinomaisesta toimintakyvystä huomattavasti heikentyneeseen toimintakykyyn. Eri alueiden pistemääristä ei lasketa keskiarvoja, vaan tulokset sopeutetaan varsinaiselle SOFAS-asteikolle. Toisin sanoen hyvin pieni pistemäärä jollain alueella ei välttämättä tarkoita hyvin pientä kokonaispistemäärää.

## SOFAS-asteikko

Käytä mahdollisuuksien mukaan tarkkoja lukuja, esimerkiksi 45, 68 tai 72.

Tarkastele sosiaalista ja ammatillista toimintakykyä jatkumolla erinomaisesta toimintakyvystä huomattavasti heikentyneeseen toimintakykyyn. Ota huomioon toimintakyvyn heikentymät, jotka johtuvat fyysisistä tai henkisistä rajoitteista. Vain suoraan henkisistä tai fyysisistä terveysongelmista johtuvat rajoitteet tulee ottaa huomioon. Mahdollisuuksien puutteen ja muiden ympäristöseikkojen aiheuttamia rajoituksia ei oteta huomioon.

Koodi	Merkitys
91–100	Erinomainen toimintakyky useilla elämänalueilla
81–90	Hyvä toimintakyky kaikilla elämänalueilla; henkilö ammatillisesti ja sosiaalisesti tehokas
71–80	Vain vähäistä heikentymistä sosiaalisessa, ammatillisessa tai opiskelun edellyttämässä toimintakyvyssä (esim. harvinainen ihmissuhderistiriita tai tilapäinen jälkeen jääminen koulutyössä)
61–70	Lieviä vaikeuksia sosiaalisessa, ammatillisessa tai opiskelun edellyttämässä toimintakyvyssä, mutta yleisesti hyvä toimintakyky ja joitakin mielekkäitä ihmissuhteita
51–60	Kohtalaisia vaikeuksia sosiaalisessa, ammatillisessa tai opiskelun edellyttämässä toimintakyvyssä (esim. vain vähän ystäviä tai ristiriitoja ikä- tai työtovereiden kanssa)
41–50	Vakavaa heikentymistä sosiaalisessa, ammatillisessa tai opiskelun edellyttämässä toimintakyvyssä (esim. ystävien puuttuminen tai kyvyttömyys säilyttää työpaikkaa)
31–40	Merkittävää heikentymistä useilla elämänalueilla, kuten työssä, koulussa tai perhesuhteissa (esim. masentunut mies joka välttelee ystäviään, laiminlyö perhettään eikä pysty työhön, tai lapsi, joka pahoinpitelee usein nuorempiaan, on uhmakas kotona eikä menesty koulussa)
21–30	Toimintakyvyttömyys lähes kaikilla elämänalueilla (esim. pysytteleminen vuoteessa koko päivän, työttömyys ja kodittomuus)
11–20	Ajoittainen henkilökohtaisen hygienian vähimmäistason laiminlyöminen, kyvyttömyys toimia itsenäisti
1–10	Jatkuva henkilökohtaisen hygienian vähimmäistason laiminlyöminen; kyvyttömyys toimia vahingoittamatta itseään tai muita taikka ilman huomattavaa ulkopuolista tukea (esim. hoitoa tai valvontaa)
0	Riittämättömät tiedot

## PSYKIATRISET HÄIRIÖT ICD-10 TAUTILUOKITUKSEN MUKAAN JA VAATIVA LÄÄKINNÄLLINEN KUNTOUTUS

### **F00–F03 Elimelliset aivo-oireyhtymät (dementiat)**

Dementia on oireyhtymä, joka aiheutuu aivojen kuorikerroksen useita kehittyneitä toimintoja häiritsevistä yleensä pitkäaikaisesta tai etenevästä aivosairaudesta. Häiriintyneisiin toimintoihin kuuluvat muisti, ajattelu, orientaatio, käsityskyky, laskemiskyky, oppiminen, kielelliset kyvyt ja arvostelukyky. Älyllisten toimintojen heikkenemiseen liittyy ja toisinaan niitä edeltää tunne-elämän hallinnan, sosiaalisen käyttäytymisen tai motivaation heikkeneminen. Oireyhtymä ilmenee Alzheimerin taudissa, aivojen verenkiertosairauksissa sekä muissa ensisijaisesti ja sekundaarisesti aivoihin kohdistuvissa häiriöissä.

Kyseessä on pitkäkestoinen ja laaja-alainen etenevä oireilu. Kun oireet alkavat alle 65-vuotiaana, niiden selvittäminen edellyttää yhteistyötä perusterveydenhuollon, neurologian ja psykiatrian sekä tarvittaessa muiden erikoisalojen kanssa. Vaativa lääkinällinen kuntoutus ei lähtökohtaisesti ole psykiatrian erikoisalalta lähtevänä tarkoituksenmukaista. Neurologian erikoisala käyttää hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa ensisijaisesti etiologian mukaisia ICD-10-luokituksen G-koodeja.

### **F04–F09 Muut elimelliset aivo-oireyhtymät (mukaan lukien delirium)**

Tästä ryhmästä vaativan kuntoutuksen piiriin voivat häiriön yleisen luonteen ja kulun pohjalta kuulua seuraavat oireyhtymät. Muiden kuin näiden näiden häiriöiden kohdalla vaativan lääkinällisen kuntoutuksen yleiset kriteerit eivät täyty.

**F04 Elimellinen amnestinen oireyhtymä**, joka ei ole alkoholin eikä muiden psyykeen vaikuttavien aineiden aiheuttama on oireyhtymä, jossa lähi- ja kaukomuisti häiriintyvät selvimmin, kun taas välitön muisti säilyy. Ennuste riippuu taustalla olevan vaurion kulusta, ja lähes täydellinen toipuminen on periaatteessa mahdollista.

**F06 Muut aivovaurion, aivojen toimintahäiriön ja ruumiillisen sairauden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät.** Tämä ryhmä sisältää monenlaisia tiloja, joiden syyt liittyvät aivojen toimintahäiriöön. Tällaisen häiriön syynä voivat olla primaarinen aivosairaus, toissijaisesti aivoihin vaikuttava yleissairaus, sisäerityshäiriöt (esim. Cushingin oireyhtymä), muut ruumiilliset sairaudet, eräät ulkoa saadut myrkylliset aineet (lukuun ottamatta alkoholia tai muita päihteitä) tai hormonit. Tässä ryhmässä aivosairaudet voivat aiheuttaa monia psykiatrisia häiriöitä muistuttavan oirekuvan (kuten masennus, ahdistus, aistiharhat, harhaluulot).

**F07 Aivosairauden, aivovaurion ja aivojen toimintahäiriön aiheuttamat persoonallisuus- ja käytöshäiriöt.** Tällöin persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutos voi liittyä aivosairauteen, vaurioon tai aivojen toimintahäiriöön tai olla sellaisen jäännöstila.

Näiden ryhmien kuntoutujat tarvitsevat uusien toimintatapojen opettelua ja opettelua elämään oireiden kanssa. Kuntoutuksessa on keskeistä luottamuksen rakentaminen, milloin on myös valmiutta ottaa vastaan ohjeita ja pyrkiä toimimaan niiden mukaan. Soveltuvia vaativan lääkinällisen kuntoutuksen terapiamuotoja voivat olla esimerkiksi toimintaterapia, neuropsykologinen kuntoutus ja psykoterapia.

Kuntoutustarve voi kokonaisuudessaan olla pitkäaikainen, mikä ei välttämättä edellytä kuntoutuksen toteutumista jatkuvasti tai tiiviisti, esimerkiksi kertaviikkoisena terapiana usean vuoden ajan. Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen terapioida voidaan toteuttaa yksilöllisen tarpeen mukaan jaksoittain ja ohjauksellisenä siten, että terapiassa painotetaan kuntoutujan ja hänen lähipiirinsä ohjausta kuntoutumista tukevan arjen rakentumiseksi. Usein kuntoutuksen tarve korostuu elämän muutostilanteissa, jolloin kuntoutuksessa tuetaan muutoksiin sopeutumista.

### **F10–F19 Lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt**

Tämä ryhmä sisältää laajan joukon häiriöitä, joiden vakavuus ja kliininen muoto vaihtelevat komplisoitumattomasta päihtymystilasta ja haitallisesta käytöksestä selkeään psykoottiseen häiriöön ja dementiaan. Kaikille on tunnusomaista yhden tai useamman psykoaktiivisen aineen käyttö.

Ohjeessa päihteitä ei ole eroteltu toisistaan, koska vain osa päihteiden käytöstä on yhden päihteen käyttöä ja koska mahdollinen vaativan lääkinällisen kuntoutuksen tarve tulee samanaikaisairastavuudesta tai on päihteiden aiheuttamista komplikaatioista johtuvaa. Nikotiinin käyttöön liittyvillä oireilla ei kuitenkaan ole merkitystä vaativan kuntoutuksen tarpeen arvioinnissa (F17).

**F1x.0 Akuutti päihtymystila**, mistä tahansa päihteen. Kelan vaativa lääkinällinen kuntoutus ei tule kyseeseen, koska oireiden luonnollisen kulun kesto ei täytä vaativan lääkinällisen kuntoutuksen kriteereitä.

**F1x.1 Haitallinen käyttö**, mikä tahansa päihde. Kelan vaativa lääkinällinen kuntoutus ei tule kyseeseen, koska oireiden luonnollisen kulun kesto ei täytä vaativan kuntoutuksen kriteereitä.

**F1x.2 Riippuvuusoireyhtymä**, mikä tahansa päihde. Päihdekuntoutuksen yleisessä työnjaossa kuntoutuksen järjestäjänä on sosiaali- ja terveystoimi. Kela ei järjestä päihdekuntoutusta, mutta voi maksaa kuntoutusrahaa perhekuntoutuksen tai yksilökohtaisen päihdekuntoutuksen ajalta. Lisätietoa aiheesta löytyy Kelan verkkosivuilta [www.kela.fi/kuntoutusraha](http://www.kela.fi/kuntoutusraha). Jos tarvitaan päihdekuntoutusta, sen toteuttamisen tarve on yleensä ensisijainen suhteessa vaativaan lääkinälliseen kuntoutukseen.

Kaikissa psykososiaalisissa hoito- ja kuntoutusmuodoissa tärkeitä ovat hoidon jatkuvuus, hyvä yhteistyö sekä potilaan motivoiminen ja sitouttaminen hoitoon. Hoitointerventioiden jälkeen psykoterapia voi vaativan lääkinällisen kuntoutuksen toimenpiteenä tulla kyseeseen.

Alkoholiongelmien yhteydessä pari- ja perheterapia ovat ilmeisesti tehokkaampia kuin pelkkä yksilön hoito. Pariterapiaa ei tällä hetkellä järjestetä vaativana lääkinällisenä kuntoutuksena, mutta perheterapia on mahdollinen psykoterapian toteutusmuoto. Huumeongelman hoidossa käytetään samoja hoitosuosituksissa kuvattuja psykososiaalisia interventioita kuin alkoholiongelman hoidossa. Hoitoon on tärkeä ottaa mukaan potilaan läheiset (verkostoterapia) tai vertaisryhmä. Myös taide- ja musiikkiterapioita voidaan käyttää hoidossa ja kuntoutuksessa.

Kelan vaativa lääkinällinen kuntoutus voi tulla kyseeseen 3–12 kuukautta päihderemission jälkeen niissä tilanteissa, joissa remission ylläpitämiseen tähtäävä hoito tai seuranta jatkuu ja joissa lisäksi on todettu samanaikaissairastavuutta, jossa päihderiippuvuus liittyy muuhun sairauteen, josta aiheutuu vaativan lääkinällisen kuntoutuksen tarvetta (tai molemmista yhdessä aiheutuu vaativan kuntoutuksen tarvetta). Kuntoutus voi tulla kyseeseen myös silloin, jos päihderiippuvuuden somaattiset (neurologiset) komplikaatiot edellyttävät kuntoutusta. Joissain tilanteissa myös opioidikorvaushoidossa olevat kuntoutujat voivat kuulua vaativan lääkinällisen kuntoutuksen piiriin. Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen toimenpiteitä voivat olla esimerkiksi musiikki- tai psykoterapia (esim. kuntoutustavoitteinen dialektinen käyttäytymisterapia, joka voi sellaisenaankin olla osana hoitoa tai kuntoutusta).

**F1x.3 ja F1x.4 Vieroitusoireet tai vieroitusoireet ja sekavuustila**, mikä tahansa päihde. Häiriön luonnollinen kulku ei täytä vaativan lääkinällisen kuntoutuksen yleisiä kriteereitä.

**F1x.5 Psykoottinen häiriö**, mikä tahansa laukaiseva päihde, pääsääntöisesti kuten F1x.3 (yllä), koska häiriö paranee tavallisesti kuukaudessa ainakin osaksi ja kuudessa kuukaudessa täysin. Yksittäisiä poikkeuksellisia taudinkulkuja voidaan tavata, jolloin oireiden kulun ja päihteiden käytön kuvaukseen tulee kiinnittää arvioinnissa erityistä huomiota. Kuntoutusmenetelmät ovat tällöin samat kuin psykoosihäiriöissä yleensä (ks. myös kohta F20–29).

**F1x.6 Amnestinen häiriö**, katso F04.

**F1x.7 Jännöstilana esiintyvä tai viivästynyt psykoottinen häiriö**. Kuntoutuksen tarve arvioidaan kuten riippuvuusoireyhtymässä. Menetelmät oirekuvan mukaan (ks. myös F1x.5).

**F1x.8 ja F1x.9 Muu määritelty ja määrittämätön lääkkeiden ja päihteiden aiheuttama psyykinen häiriö** eivät lähtökohtaisesti kuulu vaativan lääkinällisen kuntoutuksen piiriin, koska niiden luonnollisesta kulusta ja vaikuttavasta kuntoutuksesta on riittämättömästi tietoa.

**F20–F29 Skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriöt** Skitsofreenisille häiriöille ovat tyypillisiä syvät ajattelun ja havaintokyvyn vääristymät sekä tunnetilojen asiaankuulumattomuus tai latistuminen. Aistiharhat, erityisesti kuuloharhat, ovat tavallisia, ja ne voivat kommentoida henkilön käytöstä tai ajatuksia. Skitsotyyppisessä häiriössä ilmenee monia skitsofreniahäiriöiden piirteitä, mutta ei aistiharhoja, harhaluuloja ja voimakkaita käyttäytymisen häiriöitä. Ryhmän häiriöistä vaativan lääkinällisen kuntoutuksen asiakkuuskriteerit voivat täytyä häiriön luonnollisen kulun perusteella seuraavien diagnoosien yhteydessä:

**F20 Skitsofrenia eri alatyypineen, 21 Skitsotyyppinen häiriö** (psykoosipiirteinen persoonallisuus) ja

**F22 Pitkäaikaiset harhaluuloisuushäiriöt.**

Diagnosiryhmä **F23 Akuutit ja ohimenevät psykoottiset häiriöt** ei kuulu vaativan lääkinällisen kuntoutuksen piiriin, koska kuntoutustarpeen ei voida arvioida kestäväen vuotta.

**F24 Indusoitunut harhaluuloisuus** (jaettu harhaluuloisuus). Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen asiakkuuskriteerit voivat täytyä aidosta psykoottisesta häiriöstä kärsivän potilaan kohdalla (indeksipotilas) mutta ei jaetun harhaluuloisuuden muiden oireilijoiden osalta, koska tautiluokituksen mukaan oireet muilta tavallisesti katoavat, kun henkilöt ovat erillään.

**F25 Skitsoaffektiiviset häiriöt** ja **F28 Muu ei-elimellinen psykoottinen häiriö**. Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen asiakkuuskriteerit voivat täytyä.

**F29 Määrittämätön ei-elimellinen psykoottinen häiriö**. Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen asiakkuuskriteerit voivat täytyä, mutta kuntoutus tulisi ensisijaisesti myöntää vuodeksi, jonka aikana diagnoosi tarkentunee. Menetelmät ovat samoja kuin muissakin psykoosisairauksissa.

Kaikille F20-ryhmän häiriöitä sairastaville voivat soveltua kognitiivisen kuntoutuksen eri muodot (kognitiivinen remediaatio yksilö- tai ryhmähoitona, sosiaalisen kognition ryhmähoito, kognitiivinen adaptaatiohoito eli elinympäristön muokkaaminen puutosoireiden vaikutuksia kompensoivaksi). Tarvittaessa samanaikaisen masennuksen hoito esimerkiksi kognitiivisen psykoterapian keinoin, ja pitkittyneiden aistiharhojen ja harhaluulojen psykoterapeuttinen hoito esimerkiksi kognitiivisin menetelmin, tällöin usein yksilöpsykoterapiana. Toissijaisesti voi tulla harkittavaksi pitkittyvien negatiivisten oireiden ryhmämuotoinen hoito, jossa voidaan hyödyntää menetelminä esimerkiksi musiikkiterapiaa. Myös kuntouttavien perheinterventioiden ja toimintaterapian menetelmiä voidaan määrääkainä harkita käytettäviksi. Tarkempi psykoterapiainterventioiden kuvaus on luvussa Psykoterapia kuntoutuspsykoterapiana ja vaativana lääkinällisenä kuntoutuksena, jossa on myös kuvattu millaista psykoterapiaa Kelan kuntoutuksena voidaan tällä hetkellä järjestää. Soveltuvia kuntoutuskursseja voidaan käyttää osana vaativan kuntoutuksen kokonaisuutta.

### **F30–F39 Mielialahäiriöt [affektiiviset häiriöt]**

**F30 eli ensimmäinen hypomania- tai manijakso** ja **F31 kaksisuuntainen mielialahäiriö** kuuluvat samaan sairauskokonaisuuteen. Jos diagnoosi on aluksi F30, toinen mielialahäiriön jakso (masennus tai maanisuus) muuttaa diagnoosiksi F31. Diagnoosin F30 mukainen oireisto ei luonnollisen kulkunsa perusteella täytä minkään asteisena vaativan lääkinällisen kuntoutuksen yleisiä kriteereitä.

**F31 Kaksisuuntainen mielialahäiriö**. Riski sairastua kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön on vahvasti geneettistä. Puhjettuaan sairaus on elämänmittainen. Se ilmenee oireettomina välivaiheina ja oireisina sairausjaksoina, jotka ovat eriaisteisia depressioita, hypomanoita, manioita tai sekamuotoisia jaksoja. Kliininen kuva ja vaste hoitoon on kuitenkin hyvin vaihteleva. Vaikeimmillaan kaksisuuntainen mielialahäiriö aiheuttaa pysyvän työkyvyttömyyden jo nuorena. Jos hoitovaste on hyvä, haitta-aste elämässä vastaa sitä, mitä se on hoidettavissa ja hallittavissa olevissa somaattisissa pitkäaikaissairauksissa: tarvitaan säännöllistä lääkehoitoa sekä sen vasteen ja haittojen kliinistä seurantaa, osassa lääkkeitä seurantaa myös laboratoriotutkimuksin määrävälein, mutta muuten elämä sujuu tavanomaisesti.

Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä vaativan lääkinällisen kuntoutuksen tarve ei perustu ajankohtaiseen jaksodiagnoosiin vaan pääosin asianmukaisin psykologisin ja neuropsykologisin tutkimuksin havaittujen kognitiivisten puutteiden sekä toimintahäiriöiden vaikeus- ja haitta-asteeseen.

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön pitkäaikaishoidon perusta ovat mielialaa tasaava lääkehoito ja koulutuksellinen terapia (psykoedukaatio) pitkäaikaisen hoitosuhteen rinnalla. Pitkäaikaishoidon tavoite on ehkäistä uudet sairausjaksot. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykososiaalinen hoito voi olla yksilö-, ryhmä- tai perhehoitoa. Keskeisiä asioita psykososiaalisen hoidon käytännön toteutuksessa ovat tiedon välittäminen sairauden eri vaiheisiin liittyvistä oireista, taudin kulusta ja siihen vaikuttavista tekijöistä, lääkkeiden hyöty- ja haittavaikutusten huolellinen läpikäynti, lääkehoitoon sitoutumisen tärkeyden esiin tuominen, maanisten ja depressiivisten jaksojen varhaisoireiden tunnistamisen opettaminen, mielialan muutosten seuraaminen mielialapäiväkirjan avulla, potilaan sairaushistorian läpikäyminen ja mielialajaksoille altistaneiden ja niitä laukaisseiden tekijöiden tunnistaminen, vuorokausirytmän säännöllistäminen, päihteiden käytön merkityksen tutkiminen mielialahäiriön kulussa, mielialahäiriön aiheuttamien ihmissuhdeongelmien käsittely sekä potilaan perheen tukeminen ja ohjaaminen toimimaan hoidon tukena.

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykososiaalista hoitoa ja kuntoutusta varten on kehitetty erityisiä terapiatekniikoita: perhehoito ("family-focused treatment") ja interpersonaaliseen terapiaan perustuva "interpersonal and social rhythm therapy". Myös kognitiivista ja kognitiivis-behavioraalista psykoterapiaa käytetään. Näiden terapiamuotojen vaikuttavuuden täsmällinen vertailu ei ole toistaiseksi mahdollista tutkimustiedon rajallisuuden vuoksi.

Kaksisuuntainen mielialahäiriö aiheuttaa usein kognitiivisia puutoksia ja toiminnanhäiriöitä, jotka haittaavat arjen elämän sujumista ja varsinkin työelämässä suoriutumista. Yleisimmin havaitut kognitiivisen toimintakyvyn ongelmat liittyvät tarkkaavaisuuteen, kielelliseen muistiin ja toiminnanohjaukseen. Sairausjaksojen toistuessa ja sairauden edetessä alkaa myös eutymian eli normaalin ja rauhallisen mielialan aikana ilmetä kognitiivisia häiriöitä, jotka vähitellen vaikeutuvat ja yleistyvät.

Erilaisten kognitiivisen kuntoutuksen menetelmien merkitys on kasvamassa vaikeiden mielenterveyden häiriöiden kuntoutuksessa. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön kulun erityispiirteiden – sairausjaksojen ja oireettomien vaiheiden vuorottelu – vuoksi sen kuntoutukseen on kehitetty funktionaaliseksi remediaatioksi nimetty, eutymian aikana toteutettava ja sen aikaista toimintakykyä palauttamaan, säilyttämään ja vahvistamaan pyrkivä kuntoutusmalli. Funktionaalinen remediaatio ei keskity pelkästään kognitioihin vaan yleisemmin toimintakykyyn. Se sisältää psykoedukaatiota kognitiivisista puutoksista ja niiden vaikutuksesta toimintakykyyn, tarjoaa toimintamalleja puutosten hallintaan kognitioissa erityisesti siellä missä niitä on (tarkkaavaisuus, kielellinen muisti ja toiminnanohjaus). Perhe otetaan mukaan tukemaan harjoittelua ja vahvistamaan sen tuloksia. Funktionaalinen remediaatio on kaksisuuntaisen mielialahäiriön kognitiiviseen kuntoutukseen käytetyistä menetelmistä vaikuttavuudeltaan lupaavin. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön osalta tulee yleisten asiakkuuskriteerien täytyessä huomioida yllä kuvattu tutkimustieto Kelan vaativan lääkinällisen kuntoutuksen järjestämisessä.

**F 32.0, F 32.1, F 32.2 ja F 32.3 eli lievät, keskivaikeat, vaikeat ja psykoottistasoiset masennustilat** sekä **F 33.0–.3 eli vaikeusasteiltaan vastaavat toistuvat masennustilat**. Lievät ja keskivaikeat masennustilat sekä **pitkäaikainen masennustila (F34.1)** eivät lähtökohtaisesti kuulu yleisten asiakkuuskriteereiden perusteella vaativan lääkinällisen kuntoutuksen piiriin. Monihäiriöisyys on masennustiloille tyypillistä. Se hidastaa toipumista ja on huomioitava masennustilan hoitoa ja kuntoutusta suunniteltaessa. Samanaikaiset muut psykiatriset häiriöt, useasti toistuneet masennustilat, vain osittainen toipuminen akuuttivaiheen aikana, heikentynyt psykososiaalinen toimintakyky ja epävakaa persoonallisuus ovat usein yhteydessä tavallista huonompaan hoitoennusteeseen ja masennusjakson uusiutumiseen. Ne edellyttävät myös pidempiä tai toistuvia hoitjaksoja sekä useammin yhdistelmähoitoja tai integroitua hoitomallia. Masennustilojen psykoterapioiden tavoitteena on saada potilas toipumaan ja hänen toimintakykynsä paranemaan vaikuttamalla masennusta ylläpitäviin mielikuviin, ajattelumalleihin, tunne-elämään, minäkäsitykseen ja toimintatapoihin.

Kelan vaativana lääkinällisenä kuntoutuksena korvattavat psykoterapiamuodot masennuksen (keskivaikeat, vaikeat ja psykoottistasoiset tilat) kuntoutuksessa ovat ensisijaisesti kognitiivinen, interpersoonallinen ja psykodynaaminen psykoterapia, mutta joissain tilanteissa kyseeseen voi tulla myös kognitiivis-analyttinen tai analyttisesti suuntautunut psykoterapia.

Kroonisen masennuksen hoitoon kehitetty CBASP-yhdistelmäterapia (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy) ja kognitiivinen remediaatio, jolla tarkoitetaan masennuksen aiheuttamien neurokognitiivisten oireiden (mm. muistin, keskittymiskyvyn ja toiminnanohjauksen ongelmat) hoitamista, saattavat olla tehokkaita terapiamuotoja masennuksen hoidossa. Ne ovat yleensä lyhyitä tai keskipitkiä terapiajaksoja (20–40 käyntikertaa) ja voivat tulla kyseeseen vaativana lääkinällisenä kuntoutuksena vain, jos asiakkaalla on vähintään vuoden kestävä kuntoutustarve. Myös soveltuvia mielenterveyskuntoutuskursseja voidaan käyttää osana vaativan kuntoutuksen kokonaisuutta.

**F34 eli syklotymia** sekä **F38 ja F39** eivät pääsääntöisesti yleisten asiakkuuskriteerien perusteella. kuulu vaativan lääkinällisen kuntoutuksen piiriin.

## **F40–F48 Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt**

### **F40 Pelko-oireiset (foobiset) ahdistuneisuushäiriöt**

**F40.0 Julkisten paikkojen pelko** Häiriö sisältää pelon aukeita paikkoja kohtaan tai väkijoukossa liikkumista tai muuta sellaista tilannetta kohtaan, josta nopea poispääsy on vaikeaa. Ahdistuneisuus ja välttämiskäyttäytyminen vaihtelevat vaikeusasteeltaan. Vaikeimmissa tapauk-

sisä potilaat eivät voi liikkua lainkaan kotinsa ulkopuolella. Julkisten paikkojen pelko syntyy yleensä ahdistuneisuuskohtausten seurauksena, ja siihen voi liittyä samanaikainen paniikkihäiriö.

Psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät ovat pääasiassa samat kuin paniikkihäiriössä, katso F41.0. Vaikeimmissa tapauksissa, joissa on kehittynyt merkittävää välttämiskäyttäytymistä, vaativa lääkinällinen kuntoutus voi tulla kyseeseen, kun todetaan vähintään vuoden kuntoutustarve. Kelan kuntoutuksen toimenpiteistä soveltuu tällöin käytettäväksi psykoterapia (yksilö- ja ryhmäterapia myös kuvataideterapiana). Myös musiikki- ja toimintaterapiaa tai soveltuvia mielenterveyskuntoutuskursseja voidaan käyttää osana kuntoutuksen kokonaisuutta.

**F40.1 Sosiaalisten tilanteiden pelko.** Häiriölle on keskeistä toisten ihmisten huomion kohteena olemisen pelko ryhmätilanteissa (esim. ruokailu, esiintyminen), mikä johtaa sosiaalisten tilanteiden välttämiseen. Oireet voivat myös kehittyä paniikkikohtauksiksi. Häiriö on usein pitkäaikainen ja alkaa nuoruusiässä. Pahimmillaan häiriö käsittää laaja-alaisia kaikkiin sosiaalisiin tilanteisiin liittyviä pelkoja, ja se voi johtaa välttämiskäyttäytymisen kautta lähes täydelliseen sosiaaliseen eristytymiseen. Häiriö haittaa usein merkittävästi sosiaalisten suhteiden luomista ja ylläpitämistä, kouluttautumista sekä myöhemmin ammatillista toimintaa. Toipumisen todennäköisyyttä pienentää samanaikainen päihteidenkäyttö, estynyt persoonallisuus ja yleistynyt ahdistuneisuus. Hoidon ja kuntoutuksen tavoitteena on jo kehittyneen välttämiskäyttäytymisen purkaminen ja pitkäaikaisten oireiden hallinta.

Psykososiaalisia hoitokeinoja ovat yksilö- ja ryhmämuotoiset pitkät ja lyhyet psykoterapiat. Lisäksi voidaan käyttää altistusta, stressinhallintaa ja rentoutusmenetelmiä, huomioharjoituksia ja itseapumenetelmiä (kirjat, lehtiset, CD:t, DVD:t, nettiohjelmat). Psykoterapioista yleisesti käytetään kognitiivista psykoterapiaa, myös internetin kautta toteutetun kognitiivisen psykoterapian tehosta on kohtalaista näyttöä. Kognitiivista psykoterapiaa pidetään tehokkaampana kuin interpersoonallista psykoterapiaa (IPT). Myös psykodynaamista psykoterapiaa voidaan käyttää. Pitkäkestoinen psykoterapia liitetään jatkuvaan oireiden lievenemiseen ja uusiutumisten estoon.

Vaikeimmissa häiriön muodoissa, joissa on kehittynyt laajaa välttämiskäyttäytymistä eikä terveydenhuollon toimilla ole saavutettu riittävää vastetta ja joissa todetaan vähintään vuoden kuntoutustarve, vaativa lääkinällinen kuntoutus voi tulla kyseeseen. Kelan kuntoutuksen toimenpiteistä sopii käytettäväksi psykoterapia (yksilö- ja ryhmäterapiat) sekä musiikki- ja toimintaterapia osana muuta kuntoutuskokonaisuutta. Lisäksi kuvataideterapian menetelmiä ja soveltuvia mielenterveyskuntoutuskursseja voidaan käyttää osana hoidon ja kuntoutuksen kokonaisuutta.

**F40.2 Määritetyt (yksittäiset) pelot** eivät kapea-alaisina täytä vaativan lääkinällisen kuntoutuksen yleisiä asiakkuuskriteereitä. Niitä eivät täytä myöskään **F 40.8 muu pelko-oireinen (foobinen) ahdistuneisuushäiriö** tai **F40.9 määrittämätön pelko-oireinen (foobinen) ahdistuneisuushäiriö**.

#### **F41 Muut ahdistuneisuushäiriöt**

**F41.0 Paniikkihäiriö.** Häiriössä toistuvat ennustamattomat, vaikeat ahdistuskohtaukset. Fyysisiä oireita ovat yhtäkkiä alkava sydämentykytyks, rintakipu, tukehtumisen tunne ja huimaus. Lisäksi voi esiintyä epätodellisuuden tunnetta (depersonalisaatio tai derealisaatio), kuolemanpelkoa, hallinnan menettämisen tai hulluksi tulemisen pelkoa. Kohtaus kestää yleensä muutamia minutteja, joskus pitempäänkin. Usein kohtauksen seurauksena on jatkuva uuden kohtauksen pelko. Oireiston esiintymistiheys vaihtelee, kohtausten välillä ahdistusoireet ovat suhteellisen vähäisiä. Kohtaukseen liittynyttä tilannetta tai paikkaa kohtaan saattaa kehittyä välttämiskäyttäytymistä. Paniikkikohtauksia voi esiintyä myös julkisten paikkojen pelon yhteydessä ja sosiaalisten tilanteiden pelon yhteydessä.

Psykososiaalisina hoitokeinoina käytetään psykoedukaatiota, oirepäiväkirjaseurantaa sekä lyhyitä tai pidempiä psykoterapioita (yksilö- tai ryhmäterapia). Kognitiivisesta psykoterapiasta joko yhdessä altistuksen kanssa tai ilman soveltuu käytettäväksi, myös nettiterapioita käytetään. Paniikkioireisiin fokusoitu psykodynaaminen psykoterapia voi vähentää paniikkioireita, samoin aerobinen liikunta ja itseapumenetelmät.

Vaativa lääkinällinen kuntoutus voi tulla kyseeseen vaikeimmissa paniikkihäiriön muodoissa, joissa kohtauksia on usein, oireilu on pitkittynyt, merkittävää välttämiskäyttäytymistä on kehittynyt ja joissa hoidolla ja varhaiskuntoutuksella ei ole saavutettu riittävää vastetta. Tämä edellyttää, että on todettu vähintään vuoden kestävä kuntoutustarve. Kelan vaativana lääkinällisenä kuntoutuksena voidaan toteuttaa psykoterapiaa (yksilö- ja ryhmäterapiat) sekä musiikki- ja toimintaterapiaa. Myös kuvataideterapian menetelmiä ja soveltuvia mielenterveyskuntoutuskursseja voidaan käyttää osana hoitoa ja kuntoutusta.



**F41.1 Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö.** Häiriössä ahdistus on yleistynyttä ja pitkäaikaista, mutta se ei rajoitu tai liity mihinkään erityisiin ympäristön olosuhteisiin. Oireisiin kuuluu yleensä jatkuvaa hermostuneisuutta, lisääntyneitä asioiden murehtimista ja huolestuneisuutta, vapinaa, lihasjännitystä, hikoilua, heikotusta, sydämentykytystä, huimausta ja ylävatsavaivoja. Oireiston kulku vaihtelee. Häiriö on tavallisempi naisilla ja alkaa tavallisimmin nuorena aikuisena. Siihen liittyy usein pitkäaikaisia ulkoisia rasisitustekijöitä. Myös geneettistä taustaa on todettu. Häiriö esiintyy usein samanaikaisesti muiden ahdistuneisuushäiriöiden ja masennuksen kanssa.

Psykososiaalisina hoitomenetelminä käytetään lyhyttä tai pitkää psykoterapiaa (yksilö- ja ryhmäterapia), tietoisuusharjoituksia, rentoutusterapiaa, stressinhallintamenetelmiä, hyväksymis- ja omistautumisterapiaa, psykofyysistä terapiaa sekä itseapumenetelmiä. Psykoterapioista kyseeseen tulevat kognitiivinen ja psykodynaaminen psykoterapia. Terapialla pyritään vaikuttamaan muun muassa potilaiden ahdistuneisuuden tasoon, ahdistussisältöisiin kehäajatuksiin ja ruumiillisiin oireisiin kuten lihasjännitykseen.

Jos oirekuva on vaikea eikä terveydenhuollon toteuttamalla asianmukaisilla hoidoilla ole saatu riittävää vastetta, vaativa lääkinnällinen kuntoutus voi tulla kyseeseen, kun on todettu vähintään vuoden kuntoutustarve. Kelan vaativana lääkinnällisenä kuntoutuksena voidaan toteuttaa psykoterapiaa (yksilö- ja ryhmäterapiat) sekä musiikki- ja toimintaterapiaa. Myös kuvataideterapian menetelmiä ja soveltuvia mielenterveyskuntoutuskursseja voidaan käyttää osana hoitoa ja kuntoutusta.

**F41.2 Sekamuotoinen ahdistus- ja masennustila** tarkoittaa oireyhtymää, jossa sekä ahdistus- että masennusoireita esiintyy, mutta kummatkaan eivät ole selkeästi hallitsevia eikä kumpikaan oireyhtymä ilmene niin laaja-alaisena, että se riittäisi erilliseen ahdistus- tai masennusdiagnoosiin. Vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen yleiset asiakkuuskriteerit eivät täyty häiriön luonnollisen kulun perusteella.

**F41.3 Muu sekamuotoinen ahdistuneisuushäiriö** arvioidaan samoin periaattein ja kuntoutusmenetelmin kuin yleistynyt ahdistuneisuushäiriö.

## **F42 Pakko-oireinen häiriö**

### **F42.0 Pakkoajatuspainotteinen pakko-oireinen häiriö**

#### **F42.1 Pakkotoimintopainotteinen pakko-oireinen häiriö**

#### **F42.2 Pakkoajatuksina ja pakkotoimintoina ilmenevä pakko-oireinen häiriö**

#### **F42.8 Muu pakko-oireinen häiriö**

#### **F42.9 Määrittämätön pakko-oireinen häiriö**

Näiden häiriöiden olennaisena piirteenä on toistuvat pakkoajatuksia tai pakkotoiminnot. Pakkoajatuksia ovat ajatuksia, mielikuvia tai ylläkköitä, jotka kaavamaisina palaavat toistuvasti henkilön mieleen. Ne ovat melkein poikkeuksetta ahdistavia. Pakkotoiminnot ja -teot ovat kaavamaisia käyttäytymistapoja, joita henkilö toistaa yhä uudelleen. Ne eivät tuota mielihyvää eivätkä johda luonnostaan hyödyllisten tehtävien täyttämiseen. Pakko-oireinen häiriö on yhtä tavallinen miehillä ja naisilla. 90 %:lla esiintyy psykiatrista samanaikaisraastavuutta. Pakko-oireinen häiriö voi olla jaksottainen, kulultaan vaihteleva, vakaa tai vaikeutuva. Pakkotoiminnot ovat tavallisempia pitkäaikaisessa oirekuvassa kuin pakkoajatuksia, samoin huono lääkevastus.

Vaativana lääkinnällisen kuntoutuksena voi tulla kyseeseen psykoterapia. Pakko-oireisen häiriön kuntoutuksessa vahvin tutkimusnäyttö on kognitiivisesta psykoterapiasta, joka voi olla myös ryhmämuotoista. Myös muita psykoterapiamuotoja kuten interpersonaalinen ja psykodynaaminen psykoterapia, sekä soveltuvia mielenterveyskuntoutuskursseja, voidaan käyttää.

## **F43 Reaktiot vaikeaan stressiin ja sopeutumishäiriöt**

**F43.0 Akuutti stressireaktio** ei luonnollisen keston perusteella kuulu vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen piiriin.

**F43.1 Traumaperäinen stressihäiriö** tarkoittaa poikkeuksellisen järkyttävän tapahtuman (esim. yllättäen hengenvaaraan joutuminen) jälkeen esiintyvää oirekokonaisuutta, jonka keskeiset oireet ovat tapahtuman uudelleen kokeminen, välttämiskäyttäytyminen ja

psykogeeninen amnesia tai ylivireysoireet. Luonnollisen kulun mukaan se lievittyy tai paranee noin kolmasosalla ensimmäisen kolmen kuukauden aikana, mutta noin kolmasosalle jää vuosia kestävä oireilu. Muu psykiatrinen samanaikaissairastavuus on yleistä. Häiriö on naisilla kaksi kertaa yleisempi kuin miehillä, ja sen esiintyvyyteen vaikuttaa altistuminen traumaalille sekä traumojen luonne ja kesto. Pitkäkestoisena traumaperäinen stressihäiriö voi täyttää vaativan kuntoutuksen yleiset asiakkuuskriteerit. Tällöin Käypä hoito -suositusten mukaan traumakeskeisistä psykoterapiamuodoista on vahvin tutkimusnäyttö, mutta kuntoutuksen kokonaisuus tulee suunnitella ottamalla huomioon potilaan kokonaistilanne. Häiriön pitkittyneissä vaikeaoireisissa muodoissa vaativan lääkinällisen kuntoutuksen yleiset asiakkuuskriteerit saattavat täytyä, ja tällöin Kelan kuntoutuksena psykoterapia voi tulla kyseeseen.

**F43.2 Sopeutumishäiriöt** eivät keston ja vaikeusasteen perusteella täytä vaativan lääkinällisen kuntoutuksen yleisiä kriteereitä.

**F43.8 Muu reaktio vaikeaan stressiin ja F43.9 Määrittämätön reaktio vaikeaan stressiin** eivät luonnollisen kulun perusteella lähtökohdaisesti täytä vaativan lääkinällisen kuntoutuksen yleisiä kriteereitä

#### **F44 Dissosiaatio- eli konversiohäiriöt**

Yhteinen piirre on osittainen tai täydellinen kykenemättömyys yhdistää keskenään menneisyyteen liittyviä muistikuvia, tietoista minäkokemusta, välittömiä aistimuksia ja ruumiinliikkeiden hallintaa. Normaalitilassa välittömän tarkkaavaisuuden kohteena olevat muistikuvat, tunteet ja liikkeet ovat tahdonalaisesti hallittavissa. Dissosiaatiohäiriöissä tämän tietoisesta ja valikoivasta kontrollin edellytetään olevan häiriintynyt siten, että tila voi vaihdella päivästä toiseen ja jopa tunnista toiseen. Häiriö voi esiintyä erilaisina oireyhdistelminä. Tavallisia ovat erilaiset halvaukset ja kouristukset. Potilaalla esiintyvät kohtaukset voivat olla kokonaan toiminnallisia, mutta niitä voi esiintyä myös yhdessä elimellisten kohtausten kanssa. Oirekuva voi olla hyvinkin vaikea. Potilas voi tarvita apuvälineitä (esim. halvaustiloissa) ja turvajärjestelyjä, jos kohtaukset ovat vaikeita. Dissosiaatiohäiriöiden kanssa esiintyy usein yhdessä traumaperäinen stressihäiriö, muita ahdistuneisuushäiriöitä ja mielialahäiriöitä.

Dissosiaatiohäiriöiden etiologiana pidetään traumaattisia tapahtumia. Toistuvien ja pitkittyneiden häiriöiden hoidossa erityyppiset psykoterapiamuodot ovat välttämättömiä, ja niihin pitää yleensä yhdistää somaattinen hoito ja kuntoutus. Psykoterapiamuotoina kyseeseen voi tulla kognitiivis-behavioraalinen terapia, traumaterapia sekä psykoanalyttinen psykoterapia. Potilaat voivat hyötyä myös pariterapiasta, perheterapiasta tai ryhmäterapiasta. Kelan vaativana lääkinällisenä kuntoutuksena voidaan toteuttaa psykoterapiaa (yksilö-, perhe-, tai ryhmäterapiana) yleisten asiakkuuskriteerien täytyessä.

#### **F45 Elimellisoireiset (somatoformiset) häiriöt**

Pääpiirteinä ovat toistuva fyysinen oireilu sekä jatkuva pyrkiminen lääketieteellisiin tutkimuksiin, vaikka löydökset ovat toistuvasti normaaleja ja lääkärit vakuuttavat, etteivät oireet viittaa somaattiseen sairauteen. Jos ilmenee jokin fyysinen sairaus, se ei selitä oireiden luonnetta ja määrää eikä henkilön ahdistusta ja keskittymistä oireisiinsa. Näihin sairausryhmiin ei tunneta mitään yksittäisiä terapeuttisia menetelmiä, jotka olisivat kiistatta toisia parempia. Hoidossa lyhytkestoisten kognitiivisten psykoterapioiden vaikuttavuudesta on eniten tutkimusnäyttöä. Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen kriteereiden täytyminen on arvioitava kokonaistilanteen perusteella ja psykoterapeuttiset kuntoutusmenetelmät suunniteltava oirekuvan mukaan.

#### **F48 Muut neuroottiset häiriöt**

**F48.0 Neurastenia eli väsymysoireyhtymä** Kroonisen väsymysoireyhtymän osalta tietoa asianmukaisesta diagnostiikasta, luonnollisesta kulusta ja vaikuttavista kuntoutusmenetelmistä on niukasti. Jos krooninen väsymysoireyhtymä on yksi todetuista sairauksista, vaativan lääkinällisen kuntoutuksen tarve arvioidaan huomioiden samanaikaissairastavuus ja kokonaisterveydentila. Kuntoutusmenetelmät valitaan oireiden mukaan. Asteittain lisääntyvästä liikuntaharjoittelusta (graded exercise therapy, GET) ja kognitiivisesta psykoterapiasta on jonkin verran vaikuttavuusnäyttöä oireyhtymään liittyvän väsymyksen lievittämisessä.

**F48.1 Depersonalisaatio- ja derealisaatio-oireyhtymä, F48.8 muu neuroottinen häiriö ja F48.9 määrittämätön neuroottinen häiriö** ovat häiriöitä, joiden luonnollisesta kulusta ja vaikuttavasta kuntoutuksesta on riittämättömästi tietoa. Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen yleiset kriteerit eivät tämän vuoksi lähtökohdaisesti täyty.

## **F50–F59 Fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät käyttäytymisoireyhtymät**

**F50 Syömishäiriöt.** Syömishäiriöissä vaativan lääkinällisen kuntoutuksen asiakkuus arvioidaan yksilöllisesti oirekuvan pohjalta ja samanaikaissairastavuus huomioidaan arvioinnissa. Syömishäiriöiden Käypä hoito -suosituksen mukaan hoidon ja kuntoutuksen raja on syömishäiriöissä liukuva. Lääketieteellisen tai psykososiaalisen kuntoutuksen vaikuttavuudesta ei ole tutkimusnäyttöä. Kuitenkin erityisesti potilaat, joilla on syömishäiriön lisäksi muita mielenterveysongelmia, voivat tarvita psykoterapiaa. Se on oikea-aikaista vasta, kun ravitsemustila on korjaantunut riittävästi ja kliininen tila on vakiintunut. Hoidollisen psykoterapian jälkeen sekä Kelan kuntoutuspsykoterapia että joissain tilanteissa vaativan lääkinällisen kuntoutuksen asiakkuuskriteerien täytyminen ja sitä kautta toteutettava psykoterapia voivat tulla kyseeseen.

Akuutinhoidon ja jatkohoidon jälkeen todetaan joskus pitkittyvä syömishäiriöoireilu, jossa elämä muodostuu painon tarkkailusta, ruokaan liittyvästä ylenmääräisestä kiinnostuksesta ja toisaalta alati uhkaavasta relapsista painon pudotukseen. Tällöin psykoterapian lisäksi ravitsemusterapeutin, toimintaterapeutin ja mahdollisesti myös fysioterapeutin toteuttama kuntoutus voi olla tarpeen. Vaativana lääkinällisenä kuntoutuksena voidaan järjestää fysio- ja toimintaterapiaa. Sen sijaan ravitsemusterapeutin ohjaus on terveydenhuollon järjestämää toimintaa, ja vaativassa lääkinällisessä kuntoutuksessa se voi tulla kyseeseen vain pienenä osana moniammatillista yksilökuntoutusta. Moniammatillisen yksilökuntoutuksen myöntäminen edellyttää, että henkilöllä on tehostetun ja moniammatillisesti toteutuvan yksilökuntoutuksen tarve.

Esimerkki monisairaasta vaativan kuntoutuksen asiakkaasta: Nyt 55-v. nainen, joka sairastui hitaasti etenevään anoreksiaan 20 vuotta sitten. Potilas kuihtui muutaman vuoden kuluessa vuodepotilaaksi ja oli vähällä menehtyä. Tehokkaan hoidon avulla kuntoutui vähitellen jaloilleen, mutta nälkiintymisen seurauksena tuli alaraajojen neuropatia, minkä vuoksi hän joutuu käyttämään rollaattoria. Potilas on edelleen hyvin laiha ja ruokien parissa puuhailu täyttää hänen arkensa. Käyttää päivittäin tuntikausia kauppojen ruokahyllyjä tutkiskellen ja ”syömällä silmilleen”. Arjessa selviytymistä haittaavat sekä fyysiset oireet että kamppailu laihduttamishalua vastaan. Somaattisesti insuliinihoitoinen komplisoitunut diabetes kohde-elinvaurioin.

**F51 Ei-elimelliset unihäiriöt, F52 Ei-elimelliset seksuaaliset toimintahäiriöt, F53 Muualla luokitattomat lapsivuodeajan mielenterveys- ja käytöshäiriöt, F54 Muualla luokitettuun häiriöön tai sairauteen liittyvä psyykinen tekijä tai käytöstekijä, F55 Riippuvuutta aiheuttamattomien aineiden väärinkäyttö tai F59 Fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät määrittämättömät käytösoireyhtymät** eivät luonnollisen kulkunsa tai riittämättömän tutkimustiedon vuoksi lähtökohtaisesti täytä vaativan lääkinällisen kuntoutuksen yleisiä kriteereitä. Unihäiriöiden näyttöön perustuva hoito on kuvattu unettomuuden Käypä hoito -suosituksessa.

## **F60–F69 Persoonallisuushäiriöt**

Kaikki persoonallisuushäiriöt voivat aiheuttaa laaja-alaista ja pitkäkestoista kuntoutuksen tarpeen eli voivat täyttää vaativan lääkinällisen kuntoutuksen yleiset asiakkuuskriteerit. Erityisesti vaativan lääkinällisen kuntoutuksen tarpeen voi aiheuttaa epävakaa persoonallisuus, molemmat häiriötyypit ja vaativa persoonallisuus. Sekä hoitoa että kuntoutusta haetaan yleensä akuutin kriisiytyneen elämäntilanneongelman vuoksi. Samanaikaissairastavuus on yleistä, ja se huomioitava kuntoutustarpeen kokonaisarvioinnissa. Asianmukaisen psykoterapeuttisen ja tarvittaessa lääkkeellisen oireiden mukaisen hoidon (kuvattu hoitosuosituksissa) jälkeen Kelan vaativana kuntoutuksena voidaan käyttää psykoterapiainterventioita, kuten dialektisen käyttäytymisterapian yksilö- ja ryhmähoitoja (taitovalmennusryhmät), jos yleiset asiakkuuskriteerit täyttyvät. Tunnesäätelytaitojen harjoittelu on kuntoutuksessa tärkeää. Persoonallisuushäiriöissä voidaan osana hoitoa tai kuntoutusta käyttää myös kognitiivis-behavioraalista suuttumuksen hallinta -menetelmää tai ART-menetelmää (Anger Management Training). Molemmat edellyttävät hoidollisen tilanteen riittävää vakiintumista akuutinhoidon jälkeen.

## **F70–F79 Älyllinen kehitysvammaisuus**

on rajattu tämän ohjeen ulkopuolelle.

**F80–F89 Psykkisen kehityksen häiriöitä** ei käsitellä tässä ohjeessa. Aspergerin oireyhtymästä on erillinen Kelan ohje.

## **F90–F98 Tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavia käytös- ja tunnehäiriöitä**

## **F99–F99 Määrittämätön mielenterveyden häiriö**

ei luonnollisen kulun osalta täytä vaativan lääkinällisen kuntoutuksen asiakkuuden yleisiä kriteereitä.

## **KUNTOUTUSSUUNNITELMA VAATIVAN LÄÄKINNÄLLISEN KUNTOUTUKSEN PERUSTANA**

Kuntoutussuunnitelma laaditaan kuntoutujan, omaisen tai muun läheisen, lääkärin ja usein moniammatillisen työryhmän yhteistyönä. Suunnitelma tehdään kirjallisena 1–3 vuodeksi ja sitä tarkistetaan tarvittaessa. Kuntoutussuunnitelma perustuu aina kuntoutujan yksilölliseen tarpeeseen ja toimintakykyyn sekä hänelle merkityksellisiin kuntoutuksen tavoitteisiin.

Järjestämisvastuu lääkinällisestä kuntoutuksesta myös mielenterveyden häiriöiden yhteydessä on ensisijaisesti julkisella terveydenhuollolla. Terveydenhuoltolain (1326/2010) 29 §:n mukaan kunnan on järjestettävä alueensa asukkaille potilaan sairaanhoitoon liittyvä lääkinällinen kuntoutus. Lääkinälliseen kuntoutukseen kuuluvat

- kuntoutusneuvonta ja -ohjaus
- potilaan toiminta- ja työkyvyn sekä kuntoutustarpeen arviointi
- kuntoutustutkimus, jonka avulla selvitetään potilaan kuntoutusmahdollisuuksia
- toimintakyvyn parantamiseen ja ylläpitämiseen tähtäävät terapiat sekä muut tarvittavat kuntoutumista edistävät toimenpiteet
- apuvälinepalvelut
- sopeutumisvalmennus
- edellä tarkoitetuista tarpeellisista toimenpiteistä koostuvat kuntoutusjaksot laitos- tai avohoidossa.

Kunta vastaa myös potilaan lääkinällisen kuntoutuksen suunnittelusta siten, että kuntoutus muodostaa yhdessä tarpeenmukaisen hoidon kanssa toiminnallisen kokonaisuuden. Potilaan lääkinällisen kuntoutuksen tarve, tavoitteet ja sisältö on määriteltävä kirjallisessa yksilöllisessä kuntoutussuunnitelmassa. Kunta vastaa lisäksi kuntoutuspalvelun ohjauksesta ja seurannasta sekä nimeää potilaalle tarvittaessa kuntoutuksen yhdyshenkilön.

Terveydenhuoltolain 29 §:n mukaan kunnalla ei ole velvollisuutta järjestää lääkinällistä kuntoutusta, jos lääkinällisen kuntoutuksen järjestäminen on kuntoutuslain perusteella Kansaneläkelaitoksen tehtävä. Kunnan on kuitenkin järjestettävä kuntoutussuunnitelmassa määritelty lääkinällinen kuntoutus, jos kuntoutuksen järjestämis- ja kustannusvastuu ei ole selkeästi osoitettavissa. Jos järjestämis- ja kustannusvastuu kuuluu kuitenkin Kansaneläkelaitokselle, sen on maksettava kunnalle kuntoutuksen toteuttamisesta aiheutuneet kustannukset.

Arvioidessaan asiakkaan oikeutta vaativaan lääkinälliseen kuntoutukseen Kelan tulisi pystyä arvioimaan, onko todennäköistä, että suositellulla kuntoutuksella voidaan saavuttaa suoriutumisen ja osallistumisen mahdollistavat tavoitteet, onko suositeltu kuntoutuskokonaisuus tarpeen tavoitteiden saavuttamiseksi ja onko kuntoutuksen toteuttamistapa tarkoituksenmukainen. Kuntoutussuunnitelmassa olisikin olennaista kuvata, miten ja missä elämäntilanteissa sairaus tai vamma aiheuttaa kuntoutujalle huomattavia osallistumisen ja suoriutumisen vaikeuksia ja kuinka suositellulla kuntoutuksella voidaan näihin vaikeuksiin vaikuttaa. Tärkeää on kuvata toimintakyky ottamalla huomioon ICF-osa-alueet: mistä kuntoutuja selviytyy, missä on rajoitteita tai ympäristössä olevia rajoittavia tekijöitä. Kuntoutujalle ja kuntoutukselle on merkityksellistä kirjata myös henkilön vahvuudet ja ympäristössä olevat suoriutumista ja osallistumista edistävät tekijät. Kuntoutussuunnitelmassa kuvataan tiivistetysti kuntoutujan sairaudet ja niiden kehitys, oireisto ja hoito sekä aiemmin toteutunut kuntoutus ja sen aikaan saamat vaikutukset (esim. terveydenhuollossa toteutunut psykoterapia). Kuntoutussuunnitelma sisältää suositeltavan kuntoutuksen ja sen toteuttamistavan (esim. psykoterapia, tarpeellinen tiheys ja toteutusympäristö). Tärkeää on kirjata kuntoutussuunnitelmaan näkyviin myös yhdessä sovittu kuntoutujan oma aktiivinen kuntoutumista tukeva toiminta arjessa sekä läheisten tai lähtöimijöiden toiminta kuntoutumisen tukemiseksi.

Useaa terapiaa tarvittaessa niitä voidaan toteuttaa myös vuorotellen, milloin kuntoutujan arjesta ei muodostu liian kuormittava. Joustavalla toteutuksella voidaan tukea kuntoutujan jaksamista ja motivaatiota. Tällaiset kuntoutujan kanssa yhdessä sovitut toteutustavat kirjataan kuntoutussuunnitelmaan, jotta tieto välittyy terapian toteuttajalle ja Kelaan. Kuntoutuksessa pyritään siihen, että kuntoutumista tukevat, suoriutumista ja osallistumista mahdollistavat toimintatavat siirtyvät arkeen. Kuntoutuksen päättäminen kuuluu myös kuntoutuksen suunnitteluun.

## KELAN ROOLI MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖIDEN KUNTOUTUKSESSA

Mielenterveyden häiriöt ovat yleisimpiä syitä hakeutua Kelan kuntoutukseen. Kelan järjestämä lääkinällinen kuntoutus voi käynnistyä siinä vaiheessa, kun asiakkaan tilanne on hoidollisesti vakiintunut. Tällä tarkoitetaan sitä, että asiakkaalle on tehty terveydenhuollossa riittävät tutkimukset ja että hänellä on asianmukaisesti todettu mielenterveyden häiriö. Myös välittömän sairaanhoidon ja siihen liittyvän kuntoutuksen tulee olla toteutunut hyvän hoitokäytännön mukaisesti. Kelan järjestämä kuntoutus perustuu terveydenhuollossa tehtyyn arvioon asiakkaalle tarpeellisesta kuntoutuksesta.

Järjestämisvastuu lääkinällisestä kuntoutuksesta myös mielenterveyden häiriöiden yhteydessä on ensisijaisesti julkisella terveydenhuollolla. Kela täydentää terveydenhuollon kuntoutuspalveluja järjestämällä lääkinällisenä kuntoutuksena kuntoutuspsykoterapiaa, harkinnanvaraisia kuntoutuspalveluja ja vaativaa lääkinällistä kuntoutusta. Lääkinällisen kuntoutuksen lisäksi Kela järjestää ammatillista kuntoutusta niille asiakkaille, joilla ei ole oikeutta työeläkelaitoksen järjestämään ammatilliseen kuntoutukseen (esim. nuorilla ja pitkään työelämän ulkopuolella olleille). Kuntoutuksen järjestämisvastuuta arvioitaessa on huomioitava myös muu vakuutusurva. Tapaturma- tai liikennevakuutuslaitos järjestää lääkinällistä ja ammatillista kuntoutusta, jos kuntoutuksen tarve johtuu työtapaturmasta, ammattitaudista tai liikennevahingosta. Myös useat järjestöt tekevät arvokasta työtä mielenterveyskuntoutuksen parissa.

Ammatillinen kuntoutus pyritään käynnistämään mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, tarvittaessa myös muiden asiakkaan tilannetta tukevien palveluiden aikana. Kela voi järjestää ammatillista kuntoutusta esimerkiksi terveydenhuollon järjestämän (sairaanhoitoon liittyvän) kuntoutuksen aikana, jos se on tarkoituksenmukaista asiakkaan työelämässä pysymiseksi, sinne palaamiseksi tai pääsemiseksi. Ennen kuntoutuksen aloittamista asiakkaan työ- tai opiskelukykyyn vaikuttavia tekijöitä sekä lääkinällisen kuntoutuksen tarpeita ja mahdollisuuksia tulee kuitenkin olla riittävästi selvitetty lääketieteellisillä tutkimuksilla tai työkykyarvioinnilla.

Mielenterveyden häiriöissä hoitoa ja kuntoutusta toteutetaan usein rinnakkain. Onnistunut kuntoutus edellyttää hyvän hoitokäytännön mukaista hoitoa ja seurantaa kuntoutuksen aikana.

Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen (aiempi vaikeavammaisten lääkinällinen kuntoutus) saajia on vuonna 2014 ollut 24 070, vuonna 2015 25 267 ja vuonna 2016 28 258. Keskeisten aikuispsykiatristen häiriöryhmien osalta vuonna 2016 päädiagnoosina oli useimmiten (272 kuntoutujalla) masennustila (F32 ja F33 yhdistetty). Toiseksi yleisin päädiagnoosi oli vakavat stressireaktiot (158 kuntoutujaa). Muilta osin päädiagnoosit jakautuivat seuraavasti: muu ahdistuneisuushäiriö (F41, 76 kuntoutujaa), pakko-oireet (F42, 65 kuntoutujaa), skitsofrenia (64 kuntoutujaa), kaksisuuntainen mielialahäiriö (32 kuntoutujaa) ja pelko-oireinen ahdistuneisuushäiriö (F40, 34 kuntoutujaa). Persoonallisuushäiriö oli päädiagnoosina 12 kuntoutujalla ja päihdehäiriöiden diagnoosi alle 10 kuntoutujalla (Kelan etuuspalvelujen lakiyksikkö, kuntoutusryhmä).

### Psykoterapia kuntoutuspsykoterapiana ja vaativana lääkinällisenä kuntoutuksena

Psykoterapian järjestäminen on Suomessa terveydenhoitolain perusteella kunnan vastuulla. Psykoterapian tarpeen arvioinnista vastaa yleensä psykiatrian erikoislääkäri. Arvioinnissa on kiinnitettävä huomiota todetun häiriön ja sen hoidon lisäksi samanaikaissairastavuuteen ja edellytyksiin hyötyä psykoterapiasta. Hoitoon ohjattaessa on syytä keskustella potilaan kanssa eri hoitovaihtoehtoista, niiden vaikuttavuudesta, arvioidusta soveltuvuudesta potilaalle sekä potilaan odotuksista ja toiveista. Psykoterapian tavanomaisin toteutustapa on kuntoutujan ja terapeutin sanalliseen vuorovaikutukseen perustuva yksilöterapia. Useissa terapiaviitekehyksissä on pari-, perhe- ja ryhmäterapiasovelluksia ja osassa luovaan toimintaan (esim. musiikki- ja kuvataideterapia) ja tietotekniikkaan perustuvia sovelluksia. Lisäksi musiikkiterapialla voidaan käsitellä sekä musiikkipsykoterapiaa että toiminnallista musiikkiterapiaa, jotka on syytä kuntoutussuunnitelmassa erottaa. Musiikkipsykoterapia on rinnastettavissa muihin luoviin psykoterapioihin. Lyhytterapioiden kesto vaihtelee muutamasta käyntikerrasta 20–30 käyntikertaan. Yleisimmin käytetään yhtä 45 minuutin terapiakertaa viikossa. Pitkäkestoista terapiaa annetaan tyypillisesti 1–3 kertaa viikossa ja jatketaan vuodesta useaan vuoteen.

**Kuntoutuspsykoterapiana** voidaan järjestää yksilöterapiaa, ryhmäterapiaa, perheterapiaa, paripsykoterapiaa sekä kuvataide- ja musiikki(psyko)terapiaa. **Vaativana lääkinällisenä kuntoutuksena** psykoterapiaa voidaan toteuttaa yksilö-, ryhmä- ja perheterapiana sekä kuvataideterapiana. Lisäksi voidaan järjestää musiikkiterapiaa.

## Kuntoutuspsykoterapian ja vaativan lääkinällisen kuntoutuksen myöntökriteereiden eroja

	Kuntoutuspsykoterapia	Vaativa lääkinällinen kuntoutus
Ikä	16–67 v.	Alle 65 v.
Psykiatrisen häiriön vakavuus	Kuntoutuspsykoterapia-asiakkaiden psyykinen oireilu tai sairaudet ovat lievempiä ja työhön tai opiskeluun liittyvään tavoitteeseen voidaan arvioida päästävän määrämittaisen kuntoutuksen kuluessa.	Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen asiakkaiden psyykinen oireilu tai sairaudet ovat vaikeampia ja yleensä pidempikestoisia ja saattavat edellyttää muutakin kuin psykoterapiaa.
Tavoite	Työ- tai opiskelukyvyyn tukeminen tai parantaminen siten, että työelämätaavoite voidaan saavuttaa.	Mahdollistaa työstä, opiskelusta tai muista arjen toiminnoista suoriutumista ja osallistumista.
Sairauden hoito ennen kuntoutuksen hakemista	Vähintään 3 kk kestänyt asianmukainen hoito mielenterveyden häiriön toteamisen jälkeen	Välittömään sairaanhoitoon liittyvän kuntoutuksen tulee olla toteutunut ja tilanteen vakiintunut
Laitoshoito	Ei korvata psykiatrisen ympärivuorokautisen osastohoidon aikana.	Kuntoutusta ei järjestetä laitoshoidon aikana.
Kuntoutuksen kokonaiskesto ja terapiakertojen määrä	Vuodessa enintään 80 kertaa ja 3 vuodessa enintään 200 kertaa	Kuntoutuksen kesto ja terapiakertoja ei ole rajoitettu. Myös lyhytterapiat voivat tulla kyseeseen (kuntoutuksen tarpeen oltava vähintään vuoden mittainen)
Kuntoutussuunnitelma	Kuntoutussuunnitelma tai lääkärinlausunto voidaan laatia julkisessa tai yksityisessä terveydenhuollossa.	Kuntoutussuunnitelma voidaan laatia vain julkisessa terveydenhuollossa.

Kuntoutuspsykoterapian tulee perustua hoidosta vastaavassa terveydenhuollon yksikössä tehtyyn yksilölliseen kuntoutuksen tarpeen ja soveltuvuuden arvioon sekä kirjalliseen kuntoutussuunnitelmaan tai lääkärinlausuntoon

Psykiatrisen häiriön myöntäminen vaativana lääkinällisenä kuntoutuksena ja kuntoutuspsykoterapiana perustuu lasten psykiatrian, nuorisopsykiatrian tai psykiatrian erikoislääkärin arvioon psykoterapian tarpeesta, soveltuvuudesta ja toimenpiteen muodosta. Vaativan kuntoutuksen osalta ohjaus tapahtuu aina julkisen terveydenhuollon yksiköstä. Psykiatrisia potilaita hoitavissa julkisen terveydenhuollon yksiköissä erikoistuvien lääkärin lausunnot rinnastetaan mainittujen lääkärin lausuntoihin.

Kelan kuntoutuksena psykoterapiaa antavalla terapeutilla tulee olla koulutus haettuun terapiaan. Psykoterapeutti valitsee psykoterapiassa käytettävät menetelmät, jotka vaihtelevat kuntoutujan yksilöllisten tarpeiden mukaan.

Kelan kuntoutuspsykoterapiaa voidaan myöntää 16–67-vuotiaalle henkilölle

- jolla on asianmukaisesti todettu ja diagnosoitu mielenterveyden häiriö, joka uhkaa hänen työ- tai opiskelukykyään joko tarvitsee työ- tai opiskelukyvyyn tukemiseksi tai parantamiseksi tarkoituksenmukaista kuntoutuspsykoterapiaa ja joka on ollut mielenterveyden häiriön toteamisen jälkeen vähintään kolme kuukautta asianmukaisessa hoidossa.
- joka sisältää psykiatrian, lasten- tai nuorisopsykiatrian erikoislääkärin arvon diagnoosista ja kuntoutustarpeesta
- jossa tulee selvittää, mitä muita hoito- ja kuntoutusmuotoja on käytetty ja miksi ne eivät ole riittäviä tai eivät muutoin tule kyseeseen
- jossa perustellaan, miten henkilön hoito ja kuntoutuspsykoterapia muodostavat työ- ja opiskelukykyä tukevan tai parantavan toiminnallisen kokonaisuuden.

Kuntoutuspsykoterapiaa ei korvata, jos muut hoito- ja kuntoutusmuodot ovat riittäviä työ- tai opiskelukyvyn parantamiseksi tai palauttamiseksi.

Tarvetta arvioitaessa keskeistä on, tarvitseeko henkilö psykiatrisen ja psykoterapeuttisen hoidon lisäksi pidempikestoista kuntouttavaa psykoterapiaa pystyäkseen opiskelemaan, pysyäksään työkykyisenä tai välttääkseen pitkittyvät sairauspoissaolot tai työkyvyttömyyseläkkeelle joutumisen. Lisäksi korvaamisen edellytyksenä on se, että henkilö todennäköisesti saavuttaa kuntoutuspsykoterapialle asetetun tavoitteen enintään 3 vuoden mittaisen kuntoutuspsykoterapian avulla (lisätietoa [www.kela.fi/kuntoutus](http://www.kela.fi/kuntoutus)).

### **Kuntoutuspsykoterapian ja vaativan lääkinällisen kuntoutuksen (psykoterapian) rajapinta**

On hyvä huomioida, miten kuntoutuspsykoterapian ja vaativan lääkinällisen kuntoutuksen tavoitteet ja kohderyhmä eroavat toisistaan. Jos asiakas on saanut kuntoutuspsykoterapiaa enimmäisajan eli kolme vuotta ja hänen terapian tarpeensa jatkuu, jatkossa tarvittavaa psykoterapiaa ei voida myöntää vaativana lääkinällisenä kuntoutuksena, elleivät yleiset asiakkuuskriteerit täyty.

Vaativana lääkinällisenä kuntoutuksena toteutettavan psykoterapian kestoa ja käyntikertoja ei ole rajattu. Vaativa lääkinällinen kuntoutus on tavoitteellista toimintaa. Tavoitteena on mahdollistaa työstä, opiskelusta tai muista arjen toiminnoista suoriutumista tai osallistumista. Psykoterapiakuntoutuksen tavoite on tuottaa kuntoutujalle sellaisia tietoja ja taitoja, että hänen on mahdollista suoriutua työssä, opiskelussa ja elämäntilanteeseensa nähden oleellisissa arjen toiminnoissa omatoimisesti tai vähäisemmän tuen varassa. Jos kuntoutujan taidot ja kyvyt hiipuvat, kuten psykoterapeuttisten interventioiden jälkeen voi käydä, tarvittaessa voidaan toteuttaa uusi kuntoutusjakso. Pitkäaikainen arjen toimista selviytymisen kannalta tarpeellinen ja ilman takarajaa jatkuva psykososiaalinen ja vuorovaikutuksellinen tuki eivät ole tässä tarkoitettua vaativaa lääkinällistä kuntoutusta. Sellainen kuuluu julkisten sosiaali- ja terveystalvelujen vastuulle ja on lähinnä pitkäaikaishoitoa. Jos Kelan vaativana lääkinällisenä kuntoutuksena alkanut psykoterapia alkaa saada toistaiseksi jatkuvan psykososiaalisen tuen ja hoidon piirteitä, tulee ryhtyä toimiin sen päättämiseksi ja kuntoutujan tuen tarpeen täyttämiseen muitten toimijoiden taholta kustannusvaikuttavamin keinoin.

### **Ammatillinen kuntoutus**

Kela järjestää ammatillista kuntoutusta työ- ja ansiokyvyn tukemiseksi tai parantamiseksi taikka työkyvyttömyyden estämiseksi, jos asianmukaisesti todettu sairaus, vika tai vamma on aiheuttanut tai sen arvioidaan lähivuosina olennaisesti heikentävän työ- tai opiskelukyvyn ja ansiomahdollisuuksia. Ammatillisen kuntoutuksen tavoitteena on, että asiakas voi sairaudesta tai vammasta huolimatta työllistyä, jatkaa työssä tai palata työhön.

Kuntoutustarpeen arviointi ja kuntoutussuunnitelman teko perustuvat kokonaistilanteesta tehtyyn arvioon. Arvioon vaikuttavat sairauden, vian tai vamman lisäksi myös muut hakijan työ- tai opiskelukyvyn ja ansiomahdollisuuksiin vaikuttavat tekijät. Näitä ovat esimerkiksi asiakkaan fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky, elämäntilanne, taloudelliset ja sosiaaliset seikat, asumisolosuhteet, koulutus, ammatti, aikaisempi toiminta sekä ikä. Kuntoutuksen tulee olla myös tarkoituksenmukaista asiakkaan kokonaistilanteen näkökulmasta. On keskeistä arvioida, johtaako haettu kuntoutus siihen, että asiakas voi hakeutua hänen terveydentilaansa sopivaan ammattiin tai työhön.

Ammatillinen kuntoutus tulee kytkeä jo varhaisessa vaiheessa osaksi kuntoutussuunnitelmaa. Kuntoutus voidaan käynnistää asiakkaan hoidon ja lääkinällisen kuntoutuksen ollessa vielä kesken. Hoidon tulee kuitenkin olla sellaisessa vaiheessa, että asiakas voi sitoutua ammatilliseen kuntoutukseen. Kelan järjestämä lääkinällinen kuntoutus ei ole este ammatillisen kuntoutuksen käynnistämislle.

Ammatillisen kuntoutuksen keinoja ovat muun muassa neuvonta ja ohjaus, ammatillinen kuntoutuspalvelu, työkokeilu tai työhönvalmennus, lisäkoulutus tai tutkintotavoitteinen koulutus. Työllistymistä edistävä ammatillinen kuntoutus korvaa 1.1.2017 alkaen nykyisen työkokeilun, työhönvalmennuksen ja mielenterveyskuntoutujien työhönvalmennuksen. Työllistymistä edistävässä ammatillisessa kuntoutuksessa on 3 vaihtoehtoista palvelulinjaa, jotka ovat työkokeilu, työhönvalmennus ja niiden yhdistelmä. Toimenpiteen valinnassa otetaan huomioon, vaatiiko asiakkaan tilanne esimerkiksi mielenterveyden häiriöiden erityistarpeet huomioivaa pitkäkestoista yksilöllistä tukea ja ohjausta. Ammatillinen kuntoutus on ensisijaista työkyvyttömyyseläkkeeseen nähden eli ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuudet tulee aina selvittää ennen työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä. Lisäksi asiakkaalle voidaan myöntää ammatillista kuntoutusta, vaikka hänellä on oikeus työkyvyttömyyseläkkeeseen, jos kuntoutuksen tavoitteena on työhön paluun mahdollistaminen tai olennaisten lisäansioiden hankkiminen.

## Harkinnanvarainen kuntoutus

Harkinnanvarainen kuntoutus kohdistuu pääasiassa työikäisiin ja työelämässä oleviin henkilöihin. Sen tavoitteena on asiakkaan työelämässä pysyminen tai sinne palaminen. Kuntoutuksen tavoitteena voi olla myös tukea työelämästä poissa olevan itsenäistä selviytymistä. Harkinnanvaraisen kuntoutuksen myöntäminen edellyttää, että asiakkaalla on todettu terveydenhuollossa toiminnanrajoitus, joka aiheuttaa kuntoutuksen tarpeen.

Harkinnanvaraisena kuntoutuksena järjestetään kuntoutuskursseja ja sopeutumisvalmennuskursseja. Lisäksi voidaan järjestää moniammatillista yksilökuntoutusta, jos kuntoutujalla on laaja-alainen, moniongelmainen oireisto ja jos hänen tilanteensa vaatii yksilöllisempää suunnittelua. Kuntoutus- tai sopeutumisvalmennuskurssi on aina ensisijainen kuntoutusmuoto. Usein kuntoutukseen osallistuu myös kuntoutujan omainen tai läheinen.

Harkinnanvaraisena kuntoutuksena voidaan myöntää myös neuropsykologista kuntoutusta

- 16–67-vuotiaille peruskoulun päättäneille henkilöille tai opiskelijoille, kun neuropsykologiset häiriöt haittaavat opiskelun aloittamista, opiskelua ja opiskelun loppuunsaattamista sekä tulevassa ammatissa selviytymistä
- Työssä käyville henkilöille silloin, kun neuropsykologiset häiriöt haittaavat työssä selviytymistä
- Muille kuntoutujille, jos työhön paluu on realistinen tavoite ja neuropsykologinen kuntoutus on työhön paluun edistämiseksi perustellusti tarpeen.

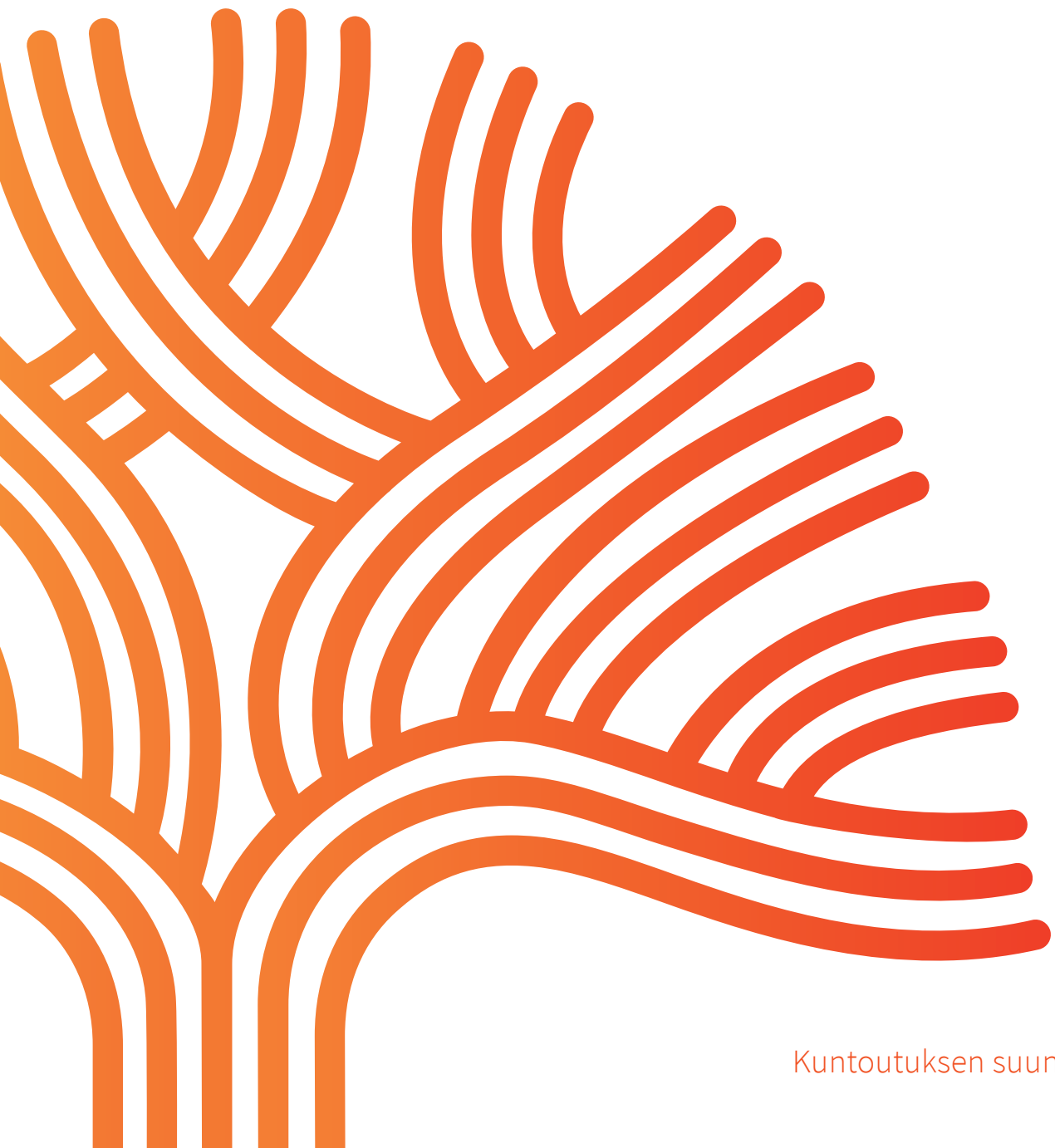
Hevosavusteisesta yksilö- ja pienryhmätoiminnasta, hevosavusteisesta psykoterapiasta, psykofyysisestä fysioterapiasta tai tanssiterapiasta itsenäisenä kuntoutusmuotona on riittämättömästi tutkimustietoa, jotta niitä voitaisiin suositella aikuisten mielenterveyden häiriöissä, mutta niiden hyödyntäminen esimerkiksi kuntoutuskurssien ryhmämuotoisessa luovassa tai toiminnallisessa kuntoutuksessa on mahdollista.

### Kirjallisuutta:

- Aivovammat (Käypä hoito –suositus). Julkaistu 16.12.2008. Päivitettävänä. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n, Societas Medicinæ Physicalis et Rehabilitationis Fenniae ry:n, Suomen Neurokirurgisen Yhdistyksen, Suomen Neuropsykologisen Yhdistyksen ja Suomen vakuutuslääkärien yhdistyksen asettama työryhmä. Öhman J, Alaranta H, Kaipio M-L, Malmivaara A, Nybo T, Ojala M, Randell T, Salonen O, Turkka J, Vataja R, Ylinen A. Saatavana [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi) viitattu 10.10.2016.
- Alkoholiongelmaisen hoito. (Käypä hoito –suositus). Julkaistu 04.11.2015. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdeläketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Alho H, Eskola K, Aalto M, Autti-Rämö I, Holopainen A, Kaarne T, Komulainen J, Niemelä S, Niemelä O, Simojoki K, Sundqvist M, Vormo H. Saatavana [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi) viitattu 10.10.2016
- Autti-Rämö I, Heino P, Toikka T: Pitkään kestävät vaikeavammaisen yksilöterapiat. Työpapereita 83/2015. Kelan tutkimusosasto.
- Autti-Rämö I, Salminen A-L, Rajavaara M, Ylinen A(toim.) Kuntoutuminen. 1.painos 2016. Kustannus OY Duodecim.
- Depressio (Käypä hoito –suositus). Julkaistu 6.7.2016. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä Isometsä E, Kinnunen E, Kivekäs T, Koponen H, Lappalainen J, Lindfors O, Marttunen M, Pirkola S, Jousilahti P, Tuunainen A. Saatavana [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi) viitattu 10.10.2016
- DynaMed Plus [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995 -soveltuvin osin, saatavana [www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi).
- Epävaka persoonallisuus. (Käypä hoito –suositus). Julkaistu 23.6.2015. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Korkeila J, Kantojärvi L, Koivisto M, Karlsson H, Keinänen M, Lindeman S, Nikkilä H, Stenberg J-H, Taiminen T, Jousilahti P, Tuunainen A. Saatavana [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi) viitattu 10.10.2016
- Erkkilä J, Punkanen M, Fachner J, Ala-Ruona E, Pönttiö I, Tervaniemi M, Vanhala M, Gold C: Individual music therapy for depression: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* Aug 2011, 199 (2) 132-139.
- Gava I, Barbui C, Aguglia E, Carlino D, Churchill R, De Vanna M, McGuire H. Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder (OCD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art. No.: CD005333. DOI: 10.1002/14651858.CD005333.pub2
- ICF-luokitus <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>
- Kaksisuuntainen mielialahäiriö (Käypä hoito –suositus). Julkaistu 19.6.2013. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä Suominen K, Lähteenmäki S, Hintikka J, Isometsä E, Laukkala T, Leinonen E, Marttunen M, Oksanen J, Salminen E, Sorvaniemi M, Tupala T, Tuulio-Henriksson A, Valtonen H. Saatavana [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi) viitattu 10.10.2016



- Karvonen JT, Läksy K, Räsänen S: Somatisaatiohäiriö - yli-diagnosoitu mutta aliarvioitu sairaus. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2016;132(3):219-25.
- Katzman MA, Bleau P, Blier P, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. BMC Psychiatry. 2014;14(Suppl 1):S1. doi:10.1186/1471-244X-14-S1-S1.
- Muistisairaudet (Käypä hoito –suositus). Julkaistu 13.08.2010. Päivitettävänä. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä: Suhonen J, Pirttilä T, Erkinjuntti T, Koponen H, Makkonen M, Puurunen M, Raivio M, Rinne J, Rosenvall A, Strandberg T, Vanninen R, Vataja R. Saatavana [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi) viitattu 10.10.2016
- Paltamaa J, Karhula M, Suomela-Markkanen T, Autti-Rämö I: Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Kelan tutkimusosasto. 2011.
- Psykiatria. Toim. Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T. Kustannus oy Duodecim. Helsinki Julkaistu 6.11.2014. Saatavana [www.oppiportti.fi](http://www.oppiportti.fi) viitattu 10.10.2016
- Psykiatrian luokituskäsikirja 1/2012. Saatavana [www.thl.fi](http://www.thl.fi) viitattu 5.12.2016
- Ranta K, Kaltiala-Heino R, Marttunen M: Sosiaalisten tilanteiden pelko ja sen hoito eri ikäkausina SLL 2011; 66(4):261-268.
- Skitsofrenia (Käypä hoito –suositus). Julkaistu 22.1.2015. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä: Salokangas RKR, Tuominen L, Koponen H, Laukkala T, Oksanen J, Pirkola S, Saxen U. Saatavana [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi) viitattu 10.10.2016.
- Suomela-Markkanen T: Vaativa kuntoutus alkaa – mikä muuttuu? Erikoislääkärilehti 4/2015 vsk. 25, 150-152. <https://www.lukusali.fi/reader/f762979a-98df-11e5-89f4-00155d64030a>.
- Suomela-Markkanen T: Hyvä kuntoutussuunnitelma tehdään kuntoutujaa kuunnellen. Suomen Lääkärilehti 42/2016 vsk 71 s. 2664 – 2665.
- Syömishäiriöt (Käypä hoito –suositus). Julkaistu 11.12.2014. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä Suokas J, Alenius H, Ebeling H, Haapasalo-Pesu K-M, Järvi L, Koskinen M, Laukkanen E, Meskanen K, Morin-Papunen L, Ryöppönen A, Salonen U, Tossavainen P, Vuorela P. Saatavana [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi) viitattu 10.10.2016
- Torrent C, Bonnin Cdel M, Martínez-Arán A ym. Efficacy of functional remediation in bipolar disorder: a multicenter randomized controlled study. Am J Psychiatry 2013;170:852-9.
- Traumaperäinen stressihäiriö (Käypä hoito –suositus). Julkaistu 17.12.2014. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä Ponteva M, Henriksson M, Isoaho R, Laukkala T, Punamäki R-L, Wahlbeck K. Saatavana [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi) viitattu 10.10.2016
- Tuisku K, Vuokko A, Laukkala T, Mäntynen J, Melartin T. Psykiatrinen työ- ja toimintakykyarvio - miksi, milloin ja miten? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2012;128(21):2251-9
- Tuulio-Henriksson A. Kognitiiviset toiminnot vaikeissa psykoottisissa häiriöissä. Duodecim 2014;130:233-40
- Tuulio-Henriksson A, Heino P, Toikka T, Autti-Rämö I. Kelan työ- ja opiskelukykyä tukeva kuntoutuspsykoterapia toteutuu eri kestoisena. Kuntoutus 3/2014:5–17
- Unettomuus (Käypä hoito –suositus). Julkaistu 3.12.2015. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä Partinen M, Huutoniemi A, Kajaste S, Lagerstedt R, Markkula J, Mäkinen E, Paakkari I, Partonen T, Polo P, Saarenpää-Heikkilä O, Seppälä M, Kukkonen-Harjula K, Tuunainen A. Saatavana [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi) viitattu 10.10.2016
- Toimia-tietokanta saatavana [www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/etusivu/toimia-tietokanta](http://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/etusivu/toimia-tietokanta) viitattu 10.10.2016
- Vataja R ja Leppävuori A: Konversiohäiriön arviointi ja hoito: psykiatria ja neurologiaa kiehtovimmillaan Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2012;128(6):634-41
- Viertiö S, Mehtälä T, Sailas E: Skitsofrenian uudet psykososiaaliset hoidot. Duodecim 2016;132:632–8



Kuntoutuksen suunnannäyttjä