

Alaraajahalvautunut ja työ

JOUKO K. SALMINEN, CARL-ERIK MATTLAR, ANNELI HÄMÄLÄINEN,
PEKKA TARKKANEN JA PAULI PUUKKA

Tässä retrospektiivisessä tutkimuksessa on selvitetty 99 suomalaisen rintarangan tason paraplegiapotilaan työssäolon yleisyyttä ja vertailtu työssä ja eläkkeelläolevia terveydentilan ja psykososiaalisten taustatekijöiden suhteen. 23 % paraplegiapotilaista oli työssä tai opiskeli. Tämä on huomattavasti vähemmän kuin useissa muissa maissa. Työssäolevat olivat nuorempia, olivat vammautuneet nuorempina ja heillä oli pitempi koulutus, minkä lisäksi he olivat psyykkisesti eheämpiä ja kyvykkäämpiä.

Selkäydinvamman vuoksi alaraajahalvautuneiden eli paraplegiapotilaiden elinaikannuste on niin Suomessa kuin muuallakin viime vuosikymmeninä huomattavasti parantunut (Bedbrook 1987). Suurin osa heistä myös onnistutaan kuntouttamaan täysin tai lähes täysin omatoimisiksi. Näin ollen he voivat ainakin periaatteessa osallistua työelämään, mikäli työ on sopivaa ja mikäli olosuhteet ovat sellaiset, ettei esteitä pyörätuolilla liikkumiselle ole. Huomattava osa kehittyneiden maiden paraplegiapotilaista onkin työssä, esimerkiksi Yhdysvalloissa 58–66 % (Felton ja Litman 1965, Alfred ym. 1987), Saksassa 66 % (Wahle 1990), Sveitsissä samoin 50–75 % (Seppäläinen 1985) ja Japanissa 41–51 % vamman laadusta riippuen (Nakajima ja Honda 1988). Jopa sellaisessa kehitysmaassa kuin Brasilia vain 42 % paraplegiapotilaista on eläkkeellä puolen vuoden kuluttua kuntoutusjakson päättymisen jälkeen (Sposito et al 1984). Paraplegikojen työssäolon on todettu olevan yhteydessä korkeaan peruskoulustukseen, työhön kohdistuvaan mielenkiintoon (Felton ja Litman 1965, Alfred ym. 1987) ja työn hen-

kiseen luonteeseen (Niclas 1980). Kansaneläkelaitoksen kuntoutustutkimuskeskuksessa (KKT) valmistuneen tuoreen suomalaisen selvityksen mukaan rintarangan vamman seurauksena paraplegiapotilaista oli koko- tai osapäivätyössä tai koulutettavana vain 23 % (Tarkkanen 1991).

Käsilläoleva tutkimus perustuu KKT:n aineistoon. Tarkoituksena on ollut selvittää, johtuuko suomalaisten paraplegiapotilaiden vähäinen työelämään osallistuminen huonosta terveydentilasta, uudelleen koulutuksen puutteesta vai erilaisista psykologisista ja sosiaalisista taustatekijöistä. Tutkimuksella haluttiin saada myös tietoa kuntoutuksen ja uudelleen koulutuksen tarpeista ja edellytyksistä.

TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

Aineiston muodosti 99 omatoimista selkäydinvammapotilasta, joilla oli täydellinen (n=67) tai osittainen (n=32) vammasta johtuva rintarangan tason paraplegia. Osit-

Taulukko 1. Aineiston perustiedot (n=99).

	n	%
Sukupuoli		
- miehiä	82	83
- naisia	17	17
Keski-ikä	36 vuotta (16-50)	
Siviilisääty		
- naimaton	35	35
- naimisissa	42	42
- avoliitto	7	7
- leski	1	1
- eronnut	10	10
Peruskoulutus		
- kansa- tai kansalaiskoulu	70	71
- keskikoulu tai vastaava	25	25
- ylioppilastutkinto	4	4
Ammattikoulutus	40	40
Vammautumisikä keskimäärin	26 vuotta (2-45)	
Vammautumisesta keskimäärin kulunut aika	11 vuotta (2-33)	

taisenkin vamman omaavista 17:llä motoristen hermosäikeiden vamma oli niin vaikea, että he joutuivat liikkumaan pyörätuolilla. Pyörätuolilla liikkuvia oli siten yhteensä 84. Tutkittujen sosiodemografiset perustiedot on esitetty taulukossa 1.

Aineisto koottiin siten, että Kansaneläkelaitoksen eläkerekisteristä poimittiin kaikki 16-50-vuotiaat henkilöt, jotka 1.1.1979-31.12.1982 välisenä aikana saivat tai olivat saaneet eläkettä trauman seurauksena syntyneen selkäydinvamman perusteella. Heitä oli kaiken kaikkiaan 579 (miehiä 70,6 %, naisia 29,4 %). Tästä perusjoukosta oli kuollut ennen tutkimukseen tuloa 29 henkeä ja 31 hengen osoitetta ei saatu selville. Jäljellejääneistä 517 henkilöstä tilattiin sairauskertomuksen jäljennökset. Niiden perusteella aineistosta karsittiin väärän diagnoosin omaavat (n=9), ne joiden papereita ei löytynyt (n=23), kaularankavammaiset (n=104), lannerankavammaiset (n=95), hoitolisää saavat, ei-omatoimiset (n=107) ja muualla kuin kolmen eteläisen sairausvakuutusalueen alueella asuvat (n=22). Jäljelle jääneille 159 rintarangan tason selkäydinvammaiselle lähetettiin kutsu tutkimukseen. Eri syistä 59 kutsutua (37 %) kieltäytyi tutkimuksesta. Yksi

tutkituista osoittautui väärän diagnoosin omaavaksi, joten tutkitun aineiston kooksi tuli 99 henkilöä, 82 miestä ja 17 naista. Kieltäytymisen syiksi ilmoitettiin 16 tapauksessa motivaation puute, 8 tapauksessa työeste, 11 tapauksessa sairaus, 11 tapauksessa perhe-syyt, 4 tapauksessa matkoilla olo ja 1 tapauksessa taloudelliset syyt. Kahdeksan henkilöä ei ilmoittanut mitään syytä kieltäytymiselleen. Jokaisen tutkimuksesta kieltäytyneen 59 potilaan sairauskertomukset käytiin läpi. He eivät poikenneet tutkimukseen osallistuneista potilaista iän, sukupuolen tai vamman laadun, vaikeusasteen ja keston suhteen.

Syynä hoitolisää saavien karsintaan oli, että he eivät olisi riittävän itsenäisesti selvinneet Kuntoutustutkimuskeskuksen olosuhteissa. Yli 50-vuotiaat jätettiin tutkimuksesta pois, koska katsottiin, etteivät he olisi enää ainakaan ammatillisten kuntoutustoimenpiteiden tarpeessa.

Paraplegiapotilaita, jotka eivät missään vaiheessa ole olleet eläkerekisterissä, on vähän, koska Suomessa voidaan liikuntakyvyttömälle myöntää Kansaneläkelain perusteella aina eläke. Aineiston edustavuuden varmistamiseksi selvitettiin kuitenkin myös niiden potilaiden määrä, jotka eivät olleet eläkerekisterissä, mutta joille sosiaalihuolto oli myöntänyt kuntoutuksena pyörätuolin. Heitä oli vuoden 1990 lopussa koko maassa vain kolme.

Tutkittavat kutsuttiin KKT:een, jossa heille tehtiin 10 päivää kestänyt, monipuolinen lääketieteellinen, psykologinen ja sosiaalinen tutkimus (ks. Tarkkanen 1991). Työtillannetta kartoitettiin psykiatrisen ja sosiaalisen tutkimuksen yhteydessä, joissa selvitettiin peruskoulutuksen laajuus, ammattikoulutus, työhistoria ennen vammautumista ja sen jälkeen, vammautumisen jälkeinen ehdotettu ja toteutunut uudelleenkoulutus ja tutkittavien tutkimushetkellä kokema tarve ja halukkuus uudelleenkoulutukseen ja työelämään paluuseen. Lisäksi selvitettiin perhetausta, aikaisempi terveydentila, psyykinen tila ja alkoholinkäyttö. Psykologinen tutkimus sisälsi useita kognitiivisia toimintoja ja persoonallisuustekijöitä mittaavia psykodiagnostisia menetelmiä. Sosiaalista selviytyvyyttä ja osallistumista kartoitettiin sosiaalityöntekijän haastattelussa. Riippumattomuustar-

kastelut tehtiin khii-toisen testillä ja keskiarvojen vertailut t-testillä.

TULOKSET

Työtilanne ennen vammautumista ja sen jälkeen

Ennen vammautumista kaikki työikäiset tutkittavat (n=95) olivat olleet työkykyisiä, ja 75 heistä oli ollut vakituisessa työssä ja loput 20 tilapäistöissä, kotirouvina tai opiskelijoina. Vakituisessa työssä olleista lähes kaikki (93 %) kertoivat olleensa työhönsä tyytyväisiä.

Tutkimushetkellä oli 20 henkilöä ansio-työssä, heistä kokopäivätyössä 13, osapäivätyössä 6 ja suojatyössä yksi. Edellämäinnittujen lisäksi kolme tutkittavaa opiskeli ammattia varten. Muiden toimeentulo perustui vain eläkkeeseen. Ansiotyössä olevien keski-ikä oli 37 vuotta (23–49) ja he olivat vammautuneet keskimäärin 17,5 vuoden ikäisenä (3–36 vuotta). Kaikki kokopäivätyössä olleet 13 henkilöä olivat miehiä. Kokopäivätyössä olevista 11:lla oli täydellinen selkäydinvamma ja jokainen heistä liikkui pyörätuolin avulla. Kahdella oli osittainen vamma. Toinen heistä käytti kyynärsauvoja, toinen liikkui ilman apuvälineitä. Osapäivätyössä olevat olivat vammautuneet keskimäärin 25-vuotiaina eli selvästi vanhempina kuin kokopäivätyössä olevat ja he liikkuivat kaikki pyörätuolilla.

Uudelleen koulutus ja sen tarve

Ansiotyössä olevista 20 henkilöstä 9 (45 %) oli työllistynyt ilman uudelleen koulutusta, mutta ei yksikään täysin entiseen työhönsä. Vain yksi heistä oli entisen työnantajansa palveluksessa. Arviomme mukaan vain kahdeksalla tutkittavalla olisi ollut teoreettiset mahdollisuudet työllistyä ilman uudelleen koulutusta. Muut 85 tutkittavaa, joista arvio oli tehtävissä, olisivat olleet uudelleen koulutuksen tarpeessa. Heistä 53:lle (63 %) oli ainakin jossain kuntoutuksen vaiheessa tarjottu uudelleen koulutusta, mutta vain 18 (21 %) oli ollut sellaisessa. Uudelleen koulutuksessa olleet olivat kaikki miehiä. Uudelleen koulutus oli siis toteutunut suhteellisen har-

vojen ja ainoastaan miesten kohdalla.

Uudelleen koulutetuista 18 tutkitusta 11 (61 %) oli työssä. Niistä, jotka eivät olleet saaneet uudelleen koulutusta vain 14 % oli työssä ($X^2 = 17.976$; $df = 1$; $p < 0.001$).

Tavallisimmat ilmoitetut ensisijaiset syyt uudelleen koulutuksen puuttumiseen olivat kiinnostuksen puute (49 %), huono terveys (35 %) ja sosiaaliset syyt (14 %). Viimemainitut olivat erityisen yleisiä naisilla. Taloudelliset tekijät eli se, ettei uudelleen koulutukselle olisi löytynyt rahoitusta, eivät käytännössä lainkaan olleet olleet koulutuksen esteenä (1 %).

Työstä poissaolevista 73 henkilöstä 18 (25 %) oli ainakin periaatteessa tutkimushetkellä halukkaita palaamaan työelämään. Loput heistä olivat sitä mieltä, etteivät he enää kykene tai halua työhön. Niillä, joilla oli kiinnostusta palata työelämään, oli muita useammin koulutusta 10 vuotta tai enemmän ($X^2 = 5.39$, $df = 1$, $P < 0.05$) ja he olivat myös nuorempia (30.6 vs 39.1 vuotta; $P < 0.01$) ja vammautuneet nuorempina (23.4 vs 28.8 vuotta; $p < 0.05$) kuin työstä kiinnostumattomat. Sukupuolen, psyykkisten häiriöiden yleisyyden tai koetun ruumiillisen terveydentilan suhteen nämä ryhmät eivät poikenneet toisistaan.

Taulukossa 2 on vertailtu työssä olevia ja työstä poissa olevia kehitystaustaan, koulutukseen, sosiaalisiin suhteisiin, vammautumista edeltäneeseen sairaushistoriaan ja vammautumisen jälkeiseen somaattiseen ja psyykkiseen terveydentilaan liittyvien muuttujien suhteen. Erot olivat tilastollisesti merkitseviä vain peruskoulutuksen pituuden ja painehaavaumien esiintymisen suhteen. Mitä pitempi oli peruskoulutus, sitä todennäköisemmin asianomainen oli työssä. Niistä, joiden peruskoulutus oli kestänyt vähemmän kuin 9 vuotta (n=36), vain 8 % oli työssä. Niistä, joiden peruskoulutus oli kestänyt 9–12 vuotta (n=56), 30 % oli työssä ja neljästä henkilöstä, joiden koulutus oli kestänyt yli 12 vuotta, kolme oli työssä ($p < 0.05$). Ammattikoulutuksella ei ollut yhteyttä vammautumisen jälkeiseen työssäoloon. Painehaavaumia oli työssä olevilla ollut useammin kuin työstä poissa olevilla.

Työssä olevien ja eläkeläisten välillä oli eräitä eroja, jotka eivät olleet tilastollisesti merkitseviä, mutta kuvastanevat työllistymi-

Taulukko 2. Työssäolevien ja eläkkeelläolevien selkäydinvammaopotilaiden vertailua psykososiaalisten ja terveydentilaan liittyvien taustatekijöiden suhteen (%).

	työssä n=23	eläkkeellä n=73	
Kehitystausta			
- kodin hajoaminen < 16 vuotiaana	22	30	ns
- kodin patologinen ilmapiiri	26	22	ns
- vanhempien huono suhde	29	32	ns
- huono isäsuhde	24	34	ns
- huono äitisuhde	9	11	ns
- vanhempien sosiaaliluokka 3-4 (1-4)	87	75	ns
- huono koulumenestys	13	19	ns
- murrosiän sopeutumisvaikeudet	26	16	ns
- peruskoulutusta < 9 vuotta	13	45	<0.05
- ammattikoulutuksen puute	52	61	ns
- ongelmat asevelvollisuusaikana	50	27	<0.1
Työelämä			
- aikaisemmat työttömyyskaudet	24	20	ns
- tyytyväisyys työhön	57	79	<0.1
Sosiaaliset suhteet ennen vammautumista			
- naimattomuus	62	61	ns
- runsas ystäväpiiri	57	44	ns
- vähäinen harrastusten määrä	5	13	ns
Psykinen terveydentila ennen vammautumista			
- alkoholiongelmat	9	19	ns
- psyykkiset häiriöt	9	16	ns
- psyyken lääkkeiden käyttö	0	8	ns
- psykiatrinen hoito	0	0	ns
Vammautumisen jälkeinen terveydentila			
- virtsatietulehdus	87	78	ns
- painehaavauma	74	47	<0.05
- veritulppa raajassa	5	9	ns
- muu vakava sairaus	30	22	ns
- joku somaattinen sairaus	96	89	ns
- psyykkiset vaikeudet	22	12	ns
- psykiatrinen hoito	22	21	ns
- itsemurha-ajatukset	17	15	ns
- alkoholiongelmat	27	19	ns
Liikuntastatus			
- pyörätuolissa	91	87	ns

seen liittyviä taustatekijöitä.

Alkoholinkäyttö ennen vammautumista

Niistä, jotka ennen vammautumistaan olivat olleet täysin raittiita (n=15), 40 % oli töissä vammautumisen jälkeen ja kohtuukäyttäjistäkin (n=64) 22 %, mutta niistä jotka olivat aikaisemmin käyttäneet runsaasti alkoholia

(n=11) vain kaksi oli osapäivätyössä. Tutkituista (n=5), joille alkoholi oli ollut ongelma, ei kukaan ollut työssä vammautumisen jälkeen.

Psyykkiset sairaudet ennen vammautumista

Kymmenellä tutkitulla oli ollut ennen vammautumista vakavaa haittaa aiheuttanut

Taulukko 3. Psykologisten tutkimusten tulokset.

	työssä		eläkkeellä		p
	keskiarvo	hajonta	keskiarvo	hajonta	
TMT A, aika	34.91	13.1	46.25	26.5	0.009
WAIS, kuutiot	12.83	2.7	10.39	3.8	0.005
Benton, oikeitten summa	7.61	1.5	6.48	1.7	0.006
WMS, MQ	102.39	12.5	100.99	14.8	0.682
WAIS, kielellinen ÄO (VIQ)	109.61	13.6	100.89	14.4	0.012
WAIS, suoritus ÄO (PIQ)	108.83	12.1	100.11	18.5	0.011
Rorschach					
R (vastauksia yhteensä)	21.56	14.7	17.59	9.5	0.291
EA (experience actual)	6.75	4.1	4.90	3.1	0.039
es (experienced stimulation)	11.56	10.9	8.30	5.1	0.235
Adj. D-score	-0.61	1.6	-0.48	0.8	0.751
Lambda	0.63	0.7	0.74	0.7	0.565

psykykinen sairaus. Yksi oli ollut psykoottinen, seitsemällä oli vaikea neuroosi tai vaikea persoonallisuushäiriö ja kahdella oireneuroosi. Kukaan näistä kymmenestä ei ollut vammautumisen jälkeen kokopäivätyössä, mutta yksi oli osapäivätyössä. Niistä, joilla ei ollut lainkaan ollut psykykkisiä ongelmia, 17 % oli työssä. Kuudesta tutkitusta, jotka olivat käyttäneet psykyken lääkkeitä ei kukaan ollut työssä kuten ei niistä seitsemästäkään, jotka olivat olleet psykiatrisessa hoidossa, tai niistä neljästä, jotka olivat olleet psykykkisen häiriön vuoksi sairauslomalla.

Terveystila vammautumisen jälkeen

Neljällä viidenneksellä (80 %) tutkittavista oli ollut vammautumisen jälkeen erilaisia komplikaatioita kuten virtsatieinfektioita (80 %), painehaavaumia (54 %), veritulppa raajassa (8 %), keuhkokuume (5 %) tai jokin muu sairaus (24 %). Näillä komplikaatioilla ei ollut yhteyttä työssäoloon.

Suuria psykykkisiä vaikeuksia vammautumisen jälkeen oli ollut 14 tutkitulla. Näistä viisi (36 %) oli tutkimushetkellä töissä, kun taas niistä 35 tutkitusta, jotka ilmoittivat kärsineensä vain lievistä häiriöistä, 14 % ja niistä, jotka eivät ilmoittaneet kärsineensä psykykkisistä vaikeuksista ollenkaan (n=47) 28 % oli työssä. Alkoholin käytöllä vaman jälkeen ei ollut selvää yhteyttä työssäoloon, kuten ei myöskään psykyken lääkkeiden käytöllä.

Psykylogiset tutkimukset

Suoritettuna psykodiagnostisen tutkimuksen avulla (taulukko 3) voitiin työssäolevia eläkkeellä oleviin verratessa todeta, että molemmat ryhmät vastasivat yleiseltä älykkyysdeltään väestön tasoa.

Älykkyysosamäärien perusteella työssäolevien taso oli kuitenkin eläkkeelläolevien tasoon nähden merkittävästi parempi ($p < 0.01$), minkä lisäksi tärkeä havainto oli, että työssäolevien joukossa ei ollut yhtään älyllisesti heikkoa henkilöä.

Se, että potilas oli traumaattisesti saadun selkäydinvamman yhteydessä saanut myös aivovamman määriteltiin anamnestisesti sen perusteella oliko hänelle tullut luunmurtuma tai sisäinen vamma tai molemmat pään ja kaulan alueella. Tällä tavalla määritellyllä aivovammalla ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkittävää yhteyttä potilaan myöhemmän työllistymiseen. Aivovamman saaneet olivat jonkin verran useammin työssä kuin ne, jotka eivät olleet saaneet vammaa, ($p = 0.06$).

Anamnestisesti määritellyllä aivovammaisuudella ei ollut mitään yhteyttä käytettyihin funktiokadolle varsin herkkiin neuropsykologisiin menetelmiin. Sitä vastoin tutkimushetkellä todetun työssäolon ja lähes kaikkien käytettyjen neuropsykologisten muuttujien välillä oli merkittävä yhteys. Työssäolevien tulokset olivat erittäin merkittävästi paremmat kuin eläkkeellä olevien sekä TMT A

($p < 0.01$), Benton ($p < 0.01$) että WAIS kuitotehtävissä ($p < 0.005$). Jakaumista kävi myös selvästi ilmi, että eläkkeellä olevista löytyy todennäköisesti aivoiltaan pahastikin vaurioituneita. Rorschachin menetelmän pohjalta voitiin muutamia (taulukko 3) muuttujia tarkastelemalla mm. todeta, että työssäolevilla oli eläkkeelläoleviin verrattuna selvästi enemmän yritteliäisyyttä ja että he kykenivät hahmottamaan ympäröivää todellisuutta näitä laajemmin ja monimuotoisemmin. Myös työssäolevien ongelmanhallinta- ja stressinsietokapasiteetti oli eläkkeellä olevia parempi, vaikka he näyttivätkin kokevan jonkin verran enemmän paineita kuin eläkkeellä olevat.

POHDINTA

Tutkimuksen keskeisin tulos oli se, että suomalainen paraplegiapotilas on selvästi harvemmin työssä kuin hänen yhdysvaltalainen (Felton ja Litman 1965, Alfred 1987), saksalainen (Niclas 1980, Wahle 1990), sveitsiläinen (Seppäläinen 1985) tai japanilainen kohtalotoverinsa (Nakajima ym. 1988). Jopa Brasiliassakin näyttää ainakin uudelleen koulutuksessa olevien osuus olevan selvästi suurempi kuin Suomessa (Sposito 1984), vaikka elämänlaatu ja kuntoutusolosuhteet ovat siellä todennäköisesti huomattavasti huonommat kuin teollistuneissa maissa. Vaikka tutkimusaineistomme suhteellisen suuri kato (37 %) muodostaa tulosten yleistettävyyden kannalta joiltain osin tietyn epävarmuustekijän, työssäolon yleisyydestä saadut tiedot ovat varsin luotettavia. Tutkimukseen tulon esteenä oli ollut työssäolo vain 13 %:ssa. Vaikka arvioitaisiin, että myös ne, jotka eivät ilmoittaneet mitään syytä tutkimuksesta kieltäytymiseen (13 %), olisivat olleet työssä, ei katon piiriin kuuluvista olisi ollut työssä olennaisesti enempää kuin tutkituista. Lannerankatason paraplegiapotilaat eivät poikkeakaan toiminnallisesti olennaisesti rintarangan tason vammaisista. Näin ollen tulokset tuskin olisivat olleet oleellisesti erilaisia, vaikka lannerankavammaisetkin olisi otettu tutkimusaineistoon.

Työssäolon suhteellinen harvinaisuus ei näyttäisi selittyvän fyysisessä terveydentilassa olleilla eroilla, sillä työssäolevien ja työstä pois olevien terveydentila oli suunnilleen

samanlainen. Sen sijaan peruskoulutuksen pituus oli selvästi yhteydessä työhönpaluuseen. Pitkälle koulutetuista – joita tosin oli vähän – suurin osa oli palannut työhön. Sen sijaan ne, joilla oli vain minimikoulutus olivat useimmiten jääneet työstä pois. Sama havainto on tehty Yhdysvalloissa ja Saksassa (Felton ym. 1965, Niclas ym. 1980, Alfred ym. 1987, Wahle ym. 1990).

Työhön osallistumiseen saattavat osaltaan vaikuttaa eri maiden kuntoutus- ja eläkejärjestelmien erot. Esimerkiksi Saksan Liittotasavallassa on jo 50-luvun lopulta toteutettu kuntoutuksen ensisijaisuusperiaatetta eläkkeeseen nähden (ks. Eggerer 1992). Vuonna 1971 siellä tuli voimaan kuntoutuslaki, jossa edellytettiin tehostettua paikallistason kuntoutusneuvontaa kaikille vammaisille ja kiinteää yhteistyötä eri kuntoutuksista huolehtivien tahojen kuten terveydenhuollon, eläkelaitosten ja työvoimaviranomaisten välillä. Kuntoutukselta on yritetty muodostaa täten mahdollisimman kiinteä ja kokonaisvaltainen prosessi (Niemi 1976). Sveitsissä paraplegiapotilaiden akuutti- ja jatkohoito on keskitetty kahteen keskukseseen, jotka vastaavat kokonaisvaltaisesti myös kuntoutusprosessista (Seppäläinen 1985). Suomessa kuntoutusta on akuuttivaiheen jälkeen toteutettu paljolti erillisinä toimenpiteinä ilman kiinteää kokonaissuunnitelmaa. Tällä saattaa olla ollut vaikutusta paraplegiapotilaiden vähäiseen työllistymiseen.

Tutkimuksemme osoitti, että useimmat tutkittavat olisivat olleet uudelleen koulutuksen tarpeessa. Runsaalle puolelle oli koulutusta ainakin jossain kuntoutuksen vaiheessa tarjottukin. Vain viidennes tarpeessa olevista oli ollut sellaisessa. Useimmat uudelleen koulutusta vailla olevat ilmoittivat, ettei työhönpaluu ollut heitä kiinnostanut. Täysin oma- toiminenkaan suomalainen selkäydinvammaisen ei siis usko uuden ammatin hankkimisen kannattavuuteen. Vaikka työhönpaluumotivaation vähäisyyttä selittää osaltaan ehkä suhteellisen hyvä sosiaaliturva, voi taustalla olla muitakin syitä. On mahdollista, että työhönkuntoutuksen tarjonta on tapahtunut liian varhain tai liian myöhään, tai että työhönpaluuseen liittyviä ongelmia on lähestytty liian kapea-alaisesti. Esimerkiksi perheisiin ja perheiden resurssiin ei ehkä ole kiinnitetty aiemmin riittävästi huomiota.

Myös kuntoutustutkimuksen ja työkokeilun mahdollisuudet ovat vielä 70-luvulla olleet varsin puutteellisia. Yksi syy voi lisäksi olla se, että työpaikan saaminen on ollut epävarmaa. Tähän viittaa se, että seitsemän tutkittavaa eli kolmannes uudelleen koulutetuista, ei ollut saanut työpaikkaa. Kaiken kaikkiaan näyttääkin siltä, että kuntoutusprosessin kokonaisuudesta ei meillä ole riittävästi huolehdittu. Uusi kuntoutuslaki vuodelta 1991, jossa vaikeavammaisten kuntoutus on osoitettu Kansaneläkelaitoksen tehtäväksi, ehkä korjaa tilannetta tulevaisuudessa.

Eräs syy vähäiseen työssäoloon saattavat olla sopimattomat työolosuhteet. Useissa tapauksissa liikkuminen entisellä työpaikalla pyörätuolin avulla olisi ollut mahdotonta tai ylivoimaisen vaikeaa. Useiden tutkittujen työ oli myös ollut sen laatuista, ettei sitä olisi pyörätuolista käsin voinut tehdä. Näin ollen työpaikoilla olisi tarvittu usein huomattavia uudelleenjärjestelyjä. Työnantajat eivät ehkä ole olleet näihin halukkaita kustannusten pelossa. Nykyään niiden suorittamiseen on mahdollista saada avustusta. Eläkekustannuksiin verrattuina suurienkin muutosten teko työpaikalla on kannattavaa.

Työmatkoista suoriutumisen vaikeus ei useinkaan olisi ollut esteenä työssäkäymiselle. Useimmilla tutkittavilla oli auto, johon he pääsivät ilman apua ja jota he kykenivät itse ajamaan. Muiden kohdalla kuljetus työhön olisi järjestynyt invataksilla.

Vammaisella voi olla kuitenkin myös terveydellisiä ongelmia, jotka estävät työssäolon. Näistä keskeisimpiä ovat painehaavaumat ja inkontinenssi. Nämäkin ongelmat ovat useimmiten joustavilla työjärjestelyillä ja muilla toimenpiteillä nykyään ratkaistavissa. Ehdoton edellytys vammaisen työssäkäynnille on, että työpaikalla on WC, johon pääsee pyörätuolilla.

Se, että vammautumisen jälkeen ilmenneet psyykkiset häiriöt aivovammoja lukuunottamatta eivät olleet yhteydessä työstä poissaoloon, oli yllättävä havainto. Aineistossa oli joitain henkilöitä, joilla oli ollut sairaalahoitoakin vaatineita psyykkisiä häiriöitä, mutta jotka olivat niistä parantuneet ja kyenneet palaamaan työelämään. Sen sijaan ennen vammautumista esiintyneet psyykkiset ongelmat näyttäisivät olevan yhteydessä työelämästä poisjäämiseen vammautumisen jäl-

keen. Erityisen selvästi tämä ilmeni alkoholiongelmaisilla, joista kukaan ei ollut töissä. Myös ne, jotka olivat käyttäneet ennen vammautumistaan psyyken lääkkeitä tai olleet psykiatrisessa hoidossa tai psyykkisten syiden vuoksi sairauslomalla, eivät vammautumisen jälkeen olleet juuri lainkaan työllistyneet. Eräänä keskeisenä päätelmänä voidaan esittää, ettei vamman seurauksena syntyvä psyykinen häiriö, ei edes vaikea psyykinen kriisi, ennusta välttämättä huonoa työllistymistä, ellei kyseessä ole aivoaurio. Ennen vammautumista ilmenneet psyykkiset ongelmat sen sijaan ennustavat huonoa työhönkuntoutumista, koska ne ilmentävät todennäköisesti syvällistä ja pitkäkestoista psyykkistä problematiikkaa. Vammautumisen johdosta tällainen problematiikka helposti pahenee ja johtaa puutteelliseen kuntoutumiseen. Näiden potilaiden psykiatriseen ja psykoterapeuttiseen kuntouttamiseen tulisikin jo varhaisvaiheessa kiinnittää aiempaa enemmän huomiota.

Aivovammat ovat selkäydinvammaisilla yleisempiä kuin muilla, koska vammautumiseen voi liittyä kallovarma (Davidoff ym. 1992). Tutkimuksemme perusteella oli kuitenkin rohkaisevaa todeta, että keskimäärin 10 vuotta aikaisemmin sattunut kallovarma, johon on voinut liittyä pitkäänkin tajuttomuutta aiheuttanut aivovaurio, ei ollut missään yhteydessä työllisyystilanteeseen tutkimushetkellä eikä myöskään aivovaurion pohjalta tapahtuneeseen älylliseen funktiokattoon. Spontaani paraneminen oli näillä potilailla ollut nähtävästi erittäin hyvä.

Toinen tärkeä havainto oli, että milloin älyllinen suorituskyky erityisesti funktiokadolle herkkien toimintojen osalta oli heikko, potilas ei yleensä ollut työssä. On mahdollista, että osa näistä potilaista on alunperinkin ollut älylliseltä suorituskyvyltään huonoja ja että saatu aivovamma on ollut ratkaiseva lisätekijä. On myös mahdollista, että joidenkin henkilöiden suorituskyky on heikentynyt runsaan alkoholinkäytön vuoksi.

Lopuksi haluamme kiinnittää huomiota siihen, että tehtävät, joissa vammautuneet toimivat olivat hyvinkin erilaisia ulottuen teollisuustyöstä henkiseen työhön. Mitään erityistä "vammaisammattia" ei tutkittavien keskuudessa näyttänyt olevan. Vammaiselle

sopiikin periaatteessa mikä tahansa työ, jota voi tehdä pyörätuolista käsin. On kuitenkin hyvä, että työ on mielekästä. Tutkimuksemme mukaan työssäoloa näytti nimittäin monessa tapauksessa selittävän erityisesti se, että työ tuotti asianomaiselle tyydytystä ja että hän halusi tehdä sitä. Työn tekeminen oli näissä tapauksissa sisäistetty arvo ja työmotivaatio perustui muihinkin kuin taloudellisiin hyötynäkökohtiin. Psykologisella tasolla arvioituna näillä henkilöillä oli tarve samastua terveisiin. Työssä olo osaltaan auttoi tässä tavoitteessa. Työn kokeminen itseisarvoksi ja työn mielekkyys näyttäisivätkin olevan tärkeitä työhönkuntoutumista edistäviä tekijöitä. Jos työllä on vain väline-

arvo, tarve palata työhön on usein vähäinen, mikäli sosiaaliturvajärjestelmä takaa riittävän toimeentulon. Motivaatiotekijöiden tärkeys kuntoutumisen onnistumisessa ilmeni selvästi myös esimerkiksi Cookin perusteellisessä 110 selkäydinvammaista käsittävässä tutkimuksessa, jossa todettiin, että keskeisin selkäydinvammaisten kuntoutumista ennustava tekijä oli päämäärätietoisuus (Cook 1981). Motivaation arvioimiseen ei Cookin mukaan tarvita monimutkaisia psykologisia menetelmiä. Useimmissa tapauksissa riittää, että kysytään potilaalta, mitä hän haluaa ja mitä hän on valmis sen hyväksi tekemään.

KIRJALLISUUS

- Alfred WG, Fuhrer MJ, Rossi CD.* Vocational development following severe spinal cord injury: A longitudinal study. *Arch Phys Med Rehabil* 1987;68:854-857.
- Bedbrook GM.* The development and care of spinal cord paralysis. *Paraplegia* 1987;25:172-184.
- Cook DW.* A multivariate analysis of motivational attributes among spinal cord injured rehabilitation patients. *Int J Rehab Research* 1981;4:5-15.
- Davidoff GN, Roth EJ, Richards JS.* Cognitive deficits in spinal cord injury: Epidemiology and outcome. *Arch Phys Med Rehabil* 1982;73:275-284.
- Eggerer R.* 2,7 Mio. Arbeitslose – trotzdem berufliche Rehabilitation Schwerkörperbehinderter. *Rehabilitation* 1992;31:170-174.
- Felton JS, Litman M.* Study of employment of 222 men with spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 1965;46:809-814.
- Nakajima A, Honda S.* Physical and social condition of rehabilitated spinal cord injury patients in Japan: A long term review. *Paraplegia* 1988;26:165-176.
- Nicklas K.* The life situation of spinal cord injured persons in a medical facility and in every day life – a socio-medical study of 246 spinal cord injured persons. *Int J Rehab Research* 1980;3:541-543.
- Niemi V.* Kuntoutusjärjestelmien yhdenmukaistaminen Saksan Liittotasavallassa. Vakuutusalan kuntouttamiskeskus/Raportteja ja selvityksiä 4/1976.
- Seppäläinen R.* Sveitsin sosiaaliturvasta ja kuntoutuksesta. Vakuutusalan kuntouttamiskeskus/Raportteja ja selvityksiä 4/1985.
- Sposito MMM, Casalis MEP, Ferraretto I.* Follow-up of paraplegic patients after comprehensive rehabilitation. *Paraplegia* 1984;22:373-378.
- Tarkkanen P.* Työikäisten traumaattiset selkäydinvammat Suomessa 1970-1984 ja kuntoutuminen rintarangan alueen selkäydinvammasta. Kansaneläkeläitöksen julkaisuja ML:111, Turku 1991.
- Wahle H.* Zehn-Jahres-Katamnese zur beruflichen Wiedereingliederung bei fünfzig Patienten mit kompletter Paraplegie. *Rehabilitation* 1990;29:112-120.

SUMMARY

Salminen JK, Mattlar C-E, Hämäläinen A, Tarkkanen P, Puukka P. Paraplegic patient and work. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti • Journal of Social Medicine 1993;30:17-25.

Working status and need for vocational rehabilitation and training were studied in 99 Finnish patients (82 men, 17 women) suffering from traumatic paraplegia on thoracic level. Mean age of the patients was 33 years (18-44) and the average time passed since the accident was 11 years (2-33). Various

medical, psychological and social background factors were correlated to the working status. The results showed that 23 % of the patients were either working or studying, at least part-time. Those who were working were younger, had been injured at a younger age and had more years of education, and were psychologically better functioning than those on pension. In the medical status there was no difference between the groups. Of those on pension only 21 % were interested in returning to work.