

Referat från FBKS.s Studiedagar 22-23 mars 2004 på Hjälpmedelscentralen, Syd Stockholm.

Undervisare har varit arbetsterapeut Marianne Loid och sjukgymnast Anna-Liisa Suhonen-Olsson i samarbete med Hjälpmedelscentralen Syd:s (HMC Syd) sitteam.

Tema dag 1: Strokepatienter och rullstol.

Dag 1 inleddes med att hjälpmedelskonsulent Bitte Isaksson Nääs redovisade ett projekt om rullstolssittande som startats för tio år sedan med Sitteamet HMC Syd och Etac. I det projektet satte sig tre personer från sitteamet i olika rullstolar hela dagarna under fem veckor. En sensormatta inköptes för att mäta tryckfördelningarna. Många justeringar av rullstolarna krävdes innan de satt bra. Deltagarna i sitteamet blev utpräglad trötta samt blöta i baken! Många erfarenheter gjordes från denna period, som kan summeras med att ändrat sittande, är en process som tar lång tid och att små förändringar känns mycket i kroppen.



Bitte demonstrerar rygg- och sittdynor.

Bild: Britta Flemström

Sitteamet har satt upp riktlinjer för utprovning av rullstol:

- Primär målsättning klargörs
- Fysisk undersökning i rullstol/på brits. Hur sitter personen i rullstolen?
- Måttagning
- Sammanfattning av analys
- Val av rullstol
- Instruktion, inläring, information
- Uppföljning

HMC Syd använder ett specialformulär, där man utgår ifrån bäckenets symmetriska normalposition. Det undersöks om bäckenet är stelt eller flexibelt. Man strävar efter symmetri. En analys görs av hur patienten sitter och orsaken till detta.

Det är viktigt att i analysen se möjligheterna och problemen. Hur kan rullstolen anpassas till patientens resurser just nu? Analysen är en ständigt pågående process. Rullstolen skall göra patienten aktivare. En rullstol skall ersätta benen men kan aldrig bli som dem. Tänk även vidare och bort från rullstolen så fort som möjligt!

Marianne Loid belyste under resten av dagen strokepatientens problematik sett ur olika infallsvinklar såsom tonus, balans, perception

etc.

De problem som vi ofta ser hos patienten är: Roterat bäcken utåt/inåt. Utåtrotrad höft - knäet pekar utåt. Foten åker av fotplattan. Patientens förlorade kropps- rumsuppfattning. Ojämn belastning i sittandet genom pushande. Smärta i hemisidan. Idag skall utprovning och utrustning ske snabbt och det blir problem. Rullstols sittandet är en process av förändringar från nyinsjuknandet till flera månader framåt då patienten oftast förbättras.

Analys av orsaken är A och O. Vilken problematik har patienten? Vad orsakas det av? Gör detta i stället för att omedelbart korrigera rullstolen. Titta alltid extra hur bäckenet är positionerat. Hur kan vi bygga upp bäckenets position? Bäckenet är en central del i sittandet.

Vi skall förhindra sekundära förändringar i kroppen.

Hela tiden är det en interaktionsprocess mellan patient, rullstol och omgivning som ska analyseras. Interaktionen med rullstolen är oftast något nytt för de flesta patienterna som har en hjärnskada och avsaknad av automatik vilket försvårar nyinläringen.

Enligt Affolterkonceptet är det interaktionen mellan oss själva och omgivningen som är grunden för inläring och problemlösning.

Vi rör oss (kinetisk), söker, berör (taktil), känner igen, märker motstånd.

Hjärnan läser av motståndet, värderar kvalitén, jämför med tidigare erfarenheter. En process sätts igång genom att vi bildar hypoteser, prövar dem, fattar beslut (när man har förståelse) och därefter handlar.

I den här processen är rullstolen ny och det finns ingen lagrad input att minnas. Då bildar vi nya hypoteser och prövar dem. Hela tiden är det en rundgång.

Förutsättningen att lyckas med de kinetiska och taktila sinnen är att vi vet att det finns trygghet. Veta svaret på "Var är jag?" "Var är världen omkring?"

Vi registrerar lättare hårda saker än mjuka. Det är tryggare att sitta på ett stabilt underlag. Sitter vi länge blir det utsläckning. Friska individer rör sig lite och får ny information. Hjärnskadade behöver mer information och referenser. Större understödsyta ger mer referens, tryggare och lugnare patienter.

Ann-Sophie på HMC Syd visade bilder på en man i 40-års åldern. Från födseln hade han ett bräck på hjärnan. På bilderna kunde man se att han intog olika ytterlägen i rullstolen där han kände motstånd. Ompolstrad låg han och åt, inte i sin rullstol, utan i en favoritfåtölj.

En formad sits göts och han uppskattade även tillverkningen. Denna fasta kroppsformade sits ger motstånd så att han känner var han är. Han gillar att vara i halvliggande i sittställning. Denna ställning tyckte han om redan som barn. Ann-Sophie behövde 1½ år för att få det hela färdigt.

Resultat: Han får information om var han är och tar del av omvärlden.

Marianne visade en videofilm om en 85-årig kvinna, med vänstersidig hemiplegi och perceptuella bortfall. Hon satt snett och bakåtlutat i sin rullstol och hade svårt att sparka sig fram i den och att nå med sin högra hand saker från skåpet eller diskbänken. På brits kunde hon dock sitta upprätt.

Hjälpmedelstekniker Anders anpassade rullstolen genom att skära bort material ur sittdynan under sparkbenet så att det lättare nådde golvet. Under paresbenet lade han hårdare skum så att det kom högre upp. Standardryggstödet byttes till en hög "Jay 2-rygg" som vinklades till närmare 90°. Då erhöll kvinnan mer information om sin position.

Blir hemibenet stabilt i rullstolen så blir det också mer stabilitet i bäckenet och i ryggen. Så blev det för kvinnan på videofilmen, och hon körde rullstolen smidigare och nådde föremål i skåpen lättvindigt.

I asiatisk filosofi (tex. chi gong) beskrivs den levande människan med ett övre och ett nedre tyngdcentrum. Mellan dessa finns ett rörelsecentrum som kallas "den centrala utsiktspunkten". Är vi förankrade i denna så kan vi agera utåt och ändå inte förlora förankringen. Vi måste ha den nedre förankringen för att kunna utforska, samspela, vara mer alerta, mer kreativa. Låt solar plexus få stråla utåt! Diafragman ligger som ett tak på den nedre delen och densamma måste få tillfälle att vara aktiv. I en nedsjunken sittställning blir det inte så. Finns inte dessa attribut blir det inget bra i fortsättningen, avslutade Marianne Loid temadagen.

Referenser:

Roxendal Gertrud, Vinberg Agneta	Levande människa.
Dropsy Jacques	Den harmoniska kroppen.
HI	Sätt dig själv får du se - i en rullstol. Mars 1999 ISBN 9188 337 - 17 - 8
Engström Bengt	Ergonomi i Sittande & Rullstol. Posturalis Books 2002. www.posturalis.com ISBN 919 723 792 - 2 91-972 379 - 2 - 2

Tema dag 2: Pushersyndrom. Förflyttningar till och från rullstol. Anpassning av rullstolar till olika patientproblem.

Anna-Liisa föreläste om pushersyndromet. Det beskrevs första gången 1986 av Patricia Davies i "Steps to Follow". Det mest kännetecknandet för pushersyndromet är att patienten trycker aktivt med friska extremiteter mot den hemiplegiska sidan i varje utgångsposition. Patienten ger starkt motstånd för manuell korrigerande. Pusherproblem syns mest i sittande och stående. Mittlinjen är förskjuten till hemisidan. Klumpighet i den friska handen pga. det kraftiga tryckandet. Asymmetri i nacken och bålen. Rösten är ofta monoton och svag. Perceptuella och kognitiva problem kan visa sig i störd tids- och rumsuppfattning, sänkt vakenhetsgrad och oro. Dessa symtom kan även förekomma hos icke-pushare, så förväxla inte.

Pusherpatienterna har nedsatt inlärningsförmåga som alltid blir tydlig vid rullstolshanterande och förflyttningar. Patienten går lätt att flytta åt paretisk sida. Vid försök att flytta patienten åt frisk sida, blir det Bom-stopp!

För inläring av kroppsliga och avancerade aktiviteter, i flera steg, krävs det referenser (fasta utgångspunkter), verbal och taktil/kinetisk stimulans.

Pushersyndromet har god prognos vid adekvat behandling som tex: guidning med taktilt stimuli för båda sidor, förstärkning av patientens taktila information från kroppen, omvärlden och underlaget. Vilopositioner på frisk sida kan övervägas. Låga överflyttningar åt frisk sida säng-rullstol- toalettstol eller andra sittmöbler. Att förbättra tonusen i hemiplegisidan är viktigt vid rehabiliteringen. Träna på golvmatta och med trappgång, stående träning med dorsal gipsskena på hemiplegibenet med taktil referens. Konkreta mål för den friska handen. Patienterna behöver mer tid, i genomsnitt blir symmetrin bättre efter sex månader men problemet kan kvarstå också. Anna-Liisa påpekar att pushersyndrom är svår diagnostiserat, då det är lätt att förväxla med neglekt.

Anna-Liisas genomgång följdes av grupparbete. Vi övade praktiskt på låga förflyttningar under handledning av Anna-Liisa och Marianne. Låga förflyttningar sker i sittande ställning med fasta referenser för den friska foten, överkroppen och armarna på ett bord, pall etc.

Vi lärde oss tillvägagångssättet av förflyttning åt friska sidan från rullstol till matsalsstol. Hur nära patienten kommer till bordet bestäms av terapeuten.

Terapeuten faciliterar växelvis bäckenet fram till rullstolskanten. Målet är att patienten skall sitta intill väggen med sin friska sida. Friska armen förs först upp på bordet intill väggen. Ge taktil/kinetisk stimuli (gnuggande rörelse av den kroppsdel som ligger an mot underlaget). Därefter förs paretisk arm upp på bordet. För överkroppen långt in över bordet. Terapeuten skall vara bakom patienten och placera sina händer under hans sittbensknölar. Facilitera så att patienten följer med till matsalsmöblen.



Anna-Liisa får sin sittställning analyserad och justerad av engagerade kursdeltagare. Bild: Britta Flemström.

Tillbakaflyttning åt hemisidan till rullstolen börjar med att patienten vrids ca ett kvarts varv ut från bordet åt hemisidan. Frisk arm kvarligg på bordskanten. Terapeuten kan nu ställa sig framför patienten. Facilitera bäckenet till stolskanten. Patientens fötter stadigt i golvet. Håll om friska sidan, strax under skulderbladet och under hemisidans sittbensknöl. Facilitera fram överkroppen. Flytta över patienten till rullstolen. Vid varje förändring av en kroppsdel ffa. den friska sidan: ge den taktil/kinetisk stimuli så att patienten vet var han befinner sig och kan utforska världen omkring. Om patienten ändå söker med den friska handen hela tiden ge honom ett föremål i den, som är adekvat för situationen. Söker den friska foten sig utefter golvet och pushar, se till att den får ett fast motstånd från väggen eller en psoaskudde.

Låga förflyttningar passar bra vid förflyttningar till toalett eller säng. En stol eller en pall kan då användas i stället för bord. Genom låga förflyttningar lär patienten sig positionering som är grunden för vidare terapi. Viktigt för patienten är att så mycket som möjligt sitta med friska sidan intill en vägg och ha ett bord framför sig. Detta gör att han får referenser och kan utforska omgivningen visuellt och auditivt



Bild: Britta Flemström.

Anders och Martin från sitteamet visade olika rullstolar från Etac och hur man kan anpassa dessa efter strokepatienternas behov. Armstöden kan polstras invändigt för att ge fastare sittande i sidled. De gör en bäckenstabiliseringsdyna med kardborrefästning under ryggstödsöverdraget. Särskilt ländryggstöd tillverkas också. Nytt bålstöd finns som har en plåtplatta med hål och kardborreband som används vid inställning/utprovning innan man skruvar fast det. Hängmattesitsen jämnas ut med en avfasad plywoodskiva polstrad med liggunderlag

Olika dynor visades. Sittdynorna kan anpassas till de som sparkar sig fram genom att gröpa ur för sparkbenet så att det lättare får fotfäste utan att kana fram. Samtidigt kan paresbenet höjas genom att lägga plattor, skurna ur liggunderlag, under låret för att förhindra utåttrotation, ge avlastning och förhindra foten från att kana av fotplattan. Högre och lite skålade ryggstöd rekommenderas. Bra om dessa ryggstöd är bredare än rullstolens sittbredd. Angående anpassningen av sittdjupet så går det oftast bäst om det är dynan som har längre sittdjup än själva ramen.

Dag två avslutades med redovisningar av grupparbeten om patientfall, som vi själva presenterade från vår praktik. Vi gjorde en analys efter HMC Syds observationsschema och sedan bestämde vi oss för rullstol, sitsar, ryggstöd, etc. Tankbara kommentarer/lösningar som kommit fram vid redovisningen: Tex. när paretisk fot faller av fotplattan, kan hamstringsmuskeln vara för korta och ett 90 graders benstöd utgöra en lösning. Länkhjulen kan då behöva flyttas. Det paretiska inaktiva benet kan behöva uppbyggnad under låret och knävecket samt denna höft så att sparkbenet inte påverkar paretisk höft för mycket.

Sammanfattningsvis har det varit två lärorika dagar med en bra uppläggning av föreläsningar med tillämpningsövningar. Bra illustration av patientfall från videofilm, overhead och diabilder. Ett stort tack till kursansvariga och HMC Syds sitteam som gett oss goda tips om möjligheten vid anpassningar av rullstolar.

Referenser

- Davies P. Steps to Follow. The Comprehensive Treatment of Patients with Hemiplegia. Second Edition. Springer Verlag, Berlin Heidelberg 2000. ISBN 3-540-60720-X.
- Pedersen et. al. Ipsilateral Pushing in Stroke. Arch Phys Med Rehabil Vol 77, January 1996
- Karnath et. al The origin in contraversive pushing. Neurology 2000; 55: 1298-1304 The neural representation of postural control in humans. PNAS December 5, 2000. Vol. 97. No. 25. 13931-13936

Text: Fekija Hadzic, arbetsterapeut, Lidköping
Jane Garli, sjukgymnast, Lidköping
Harald Persson, arbetsterapeut, Lidköping

<<< tillbaka