

# Siddestillingskompagniet

## **Bariatri & siddestilling**

- af BirgitteHelena Winther

Når vi laver siddestillinger til bariatriske mennesker, har vi nogle særlige udfordringer. Her har jeg forsøgt at skitsere nogle af de udfordringer, jeg oplever, vi oftest står overfor som professionelle siddestillingsterapeuter. Bariatri er et stort tema, som vi kan tale meget og længe om, og som giver en lang række både faglige og etiske udfordringer, som det er vigtigt at vi italesætter for at komme nærmere på hvordan vi dels møder det bariatriske menneske og dels løser de faglige udfordringer vi ser.

Som ergo-/fysioterapeuter vil vi gerne ind og have "fat" i skelletet, så vi kan give støtten der, hvor der er brug for den, men hos det bariatriske menneske er der langt mere bløddelsvæv, og derfor kan det være kompliceret i sig selv, at give støtten præcist. Alt efter hvilken kroppsfacon det enkelte menneske har, er der forskellige udfordringer. Det er min erfaring at især æblefacon'en er den kropstype, der giver flest udfordringer, og hvor siddeevnen er ringest. Æblekroppen har en meget stor mave, der er i vejen for at hoften kan flektere 90 gr, som vi gerne vil have, for at truncus kan opnå stabilitet og der kan opnås hovedkontrol. Mange af jer, der arbejder med siddestillinger, kender helt sikkert til problematikken.

### **Æblekroppens udfordringer**

Oftest ser vi æblekroppen sidde med abducerede, udadroterede hofter og sammenholdt med at hoften flekterer mindre end 90 gr. - ja, så har vi en ustabil siddestilling først og fremmest i det saggitale plan, hvor bækkenet tilter bagud (pga. hoftens begrænsning), kroppen skrider frem på sædet, og der skabes shear i vævet og friktion på huden. Desuden er siddestillingen jo uhensigtsmæssig for aktivitetsdeltagelsen, fordi overkroppen er tilbagelænet, og i højere grad passiv end aktiv. Den store udfordring ligger i hvordan vi skaber stabilitet saggitalt. Oplagt er det jo at arbejde med en sædehældning for at undgå fremadskridning på sædet, men kombineret med den åbne hoftevinkel, kommer personen til at sidde og kigge mere eller mindre op i loftet. Det er min erfaring, at vi må søge at fordele indsatsen, så der arbejdes så meget som muligt med den anatomiske form i sædet (stropsæde, anatomisk formet pude) og sædehældning. Pejlemærket er som altid hovedets stilling og udsynet. En for kraftig facon i siddepuden kan ligeledes stille for store krav til flektionen i hoften så derfor oplever jeg, det er nødvendigt at prøve sig frem først og fremmest med hvor meget facon der kan skaffes i puden før personen føler sig "presset sammen midtpå" og så derefter give så megen sædehældning som muligt i stolen.

### **Øvelse:**

*Sæt dig i en kørestol med abduktion og udadrotation over hofterne og en åben hofte, hvor vinklen mellem dit lår og bækken er større end 90 gr. Lægger du spilerdug under dig selv nu, glider du helt sikkert nærmest ud af stolen. Prøv nu på forskellig måde at skabe stabilitet omkring dit bækken. Har du en kørestol med stropsæde, så prøv at skabe mere facon bagtil til bækkenet ved at løsne den strop der er udfor dine*

# Siddestillingskompagniet

*siddeknuder. Prøv også med forskellige pude med facon til bækkenet, læg en kile under den forreste del af lårene og check hele tiden med spilerdugen om du kan mærke forskel på om stabiliteten bedres. Tag også ryggen med. Hvis kørestolen har en stroppryg så forsøg om du kan "fange" SIPS med en af stropperne. Forsøg af lave en mini-analyse af hvad du, udfra det du mærker på din egen krop, mener der skal til for at der skabes så megen stabilitet som muligt. Fortvivl ikke, det kan være svært men husk at lidt stabilitet er bedre end ingen.*

## **Ressourcer - hvad har vi at arbejde med?**

Ligesom i alle andre siddestillinger er det vigtigt at undersøge hvilke ressourcer der er at arbejde med. Det bariatriske menneske kan sagtens have siddeevne svarende til niveau 4 til 7 - (kan bevare siddende balance i forskellig udstrækning) især hvis overvægten er det primære problem. Nogle foretager egne forflytninger og siddeevnen begrænses måske "kun" af fremadglidningsproblematikken. Nogle foretager egne forflytninger som viser sig uhensigtsmæssige, fordi der ikke er kræfter til at placere sig helt tilbage i stolen, og her møder vi en klassisk udfordring - skal vi fratage det menneske muligheden for at forflytte sig selv mod at komme til at sidde optimalt eller omvendt - skal der gås på kompromis med siddestillingen for at personen kan vedblive at forflytte sig selv? Sådanne beslutninger skal tages i fællesskab med personen og evt. omgivelser, og det vigtige her er at vi professionelle kan stille fordele og ulemper ved begge scenarier op, således at de involverede parter har et overblik at beslutte udfra.

Bariatriske mennesker med siddeevne svarende til niveau 1 til 3 har som oftest, udover det bariatriske, også en anden tilstand eller lidelse der forårsager funktionsnedsættelse f.eks. halvsidig lammelse, sclerose eller høj amputation. Her er vi selvfølgelig dobbelt udfordrede og skal igen undersøge grundigt for at finde de ressourcer der er at arbejde med. Der er ingen tvivl om at overvægten hos langt de fleste vil komplicere siddestillingen yderligere.

## **Tryksår**

Et af de helt store problemer vi står overfor som siddestillingsprofessionelle, og som vi i Siddestillingskompagniet arbejder rigtig meget med, er udfordringen med tryksår. Vi ser alt for mange alvorlige vævsskader hos kørestolsbrugere (og andre mennesker der sidder meget). Vi ved at de særligt alvorlige vævsskader opstår knoglenært og arbejder sig udad mod huden, hvilket vil sige, at vi langt fra altid har indikationer for skaden før den er sket. Vi ved også at tryksåret opstår som følge af deformation af muskelcellerne og ikke som følge af iskæmi. Den forskning der ligger til grund for at det nu er slået fast, at der er tale om celledetformation taler meget om vægtbelastningen på tuber som en afgørende faktor for celledetformationen, og angiver overvægt som en risikofaktor i forhold til tryksår. I Siddestillingskompagniet er det vores erfaring, at der altid er shear til stede i kombination med tryk, når der er opstået en vævsskade, og derved kommer vi altså tilbage til at det er stabiliteten og trykfordelingen, vi skal se på og optimere. (læs mere om kompleksiteten i sidderelaterede tryksårsproblematikker i denne Ph.d. afhandling fra 2012 af Christian Gammelgaard Olsen, Aalborg Universitet)

# Siddestillingskompagniet

## **Aktivitetsdeltagelse som risikofaktor**

Som nævnt tidligere kan det være en stor udfordring at positionere det bariatriske menneske med æblekrop således, at aktivitetsdeltagelse er mulig endsige ladesiggør. Vi ser ofte at kørestolsbrugere er kreative når det kommer til at kunne udføre de aktiviteter, der føles meningsfulde og vigtige for dem i deres liv, og derfor indretter de sig, som det nu bedst lader sig gøre. Positivt med kreativitet og drive til selv at finde løsninger, så man kan leve sit liv, men indimellem skaber de kreative løsninger andre problemer - f.eks. tryksår.

Æblekroppen som i udgangspunktet sidder tilbagelænet pga. den åbne hoftevinkel, vil undgå sædehældning på sin kørestol og hvis der f.eks. er tale om en el-stol hvor sædevinklen kan indstilles elektrisk, vil man måske vælge et vandret sæde eller værre et negativt tiltet sæde - altså en fremadhældning på sædet for at muliggøre at komme til ved et bord eller kunne se andre lige i øjnene. Blot et enkelt eksempel på en uhensigtsmæssig siddestilling, der uden tvivl skaber shear i vævet omkring siddeknuder og/eller haleben. Her er det vigtigt at vi professionelle kommer på banen og hjælper med både at optimere siddestillingen og udtænke alternative muligheder for aktivitetsudførelse - f.eks. ved ændringer i arbejds gange og de fysiske omgivelser.

Livet skal være meningsfuldt, og er det ikke det, så indretter vi os, så det bliver meningsfuldt - også selvom det måske i yderste konsekvens kan være sundhedsskadeligt for os. Sådan er mennesker - også den overvægtige kørestolsbruger.

Bedste hilsner,  
Helle Dreier  
& BirgitteHelena Winther