



Nasjonalt opplæringsprogram i forebygging og
håndtering av aggresjons- og voldsproblematikk

Manual for fysiske teknikker

Kapittel 9 i MAP manualen skiller seg ut fra de andre teoretiske kapitlene og omhandler i større grad praktiske og fysiske teknikker. I denne manualen for fysiske teknikker beskrives de ulike teknikkene med tekst og bilder.

Innholdsfortegnelse

Teknikk 1: Unnvikelse, beskyttelse og flukt frå slag og spark	3
Trinn 1: Grunnstilling	3
Trinn 2: Unnvike og beskyttelse.....	4
Trinn 3: Flykte fra angriper	5
Teknikk 2: Frigjøring fra lugging	6
Teknikk 3: Frigjøring fra klestak	8
Teknikk 4: Frigjøring fra strupetak forfra	9
Teknikk 5: Frigjøring fra strupetak bakfra med arm	10
Teknikk 6: Kortvarig fastholding, stående	12
Teknikk 7: Nedleggelse i sideleie	14
Teknikk 8: Nedleggelse i mageleie.....	17
Teknikk 9: Personale påfører pasienten mobile belter i sideleie.....	20
Teknikk 10: Personale påfører pasienten belter i mageleie	23
Teknikk 11: Personale flytter pasienten i mobile belter	26
Trening av personale for fysisk håndtering av aggressive pasienter	28
Innledning	28
Gjennomføring av trening på kurs	28
Opplæring ved arbeid som kan medføre risiko for vold og trusler om vold	30
Metode	31
Bakgrunn.....	31
Evaluerings av eksisterende fysiske teknikker	31
Fagprosedyren «Mekaniske tvangsmidler»	32
Workshop	33
Resultat fra workshop:.....	34

Teknikk 1: Unnvikelse, beskyttelse og flukt fra slag og spark

Trinn 1: Grunnstilling	Indikasjon: Denne intervensjonen er aktuell når personalet samhandler med mennesker i risikosituasjoner.
	Stå med god balanse på begge bein med kroppen vendt skrått mot angriper. Ha synlige hender med åpne håndflater for å kunne blokkere et overraskende angrep og for å signalisere en ikke aggressiv holdning.
	Distanse og avstand til angriper bør tilpasses opplevd risiko.
	Opplevd risiko avgjør om hender løftes opp for å kunne blokkere et angrep.
	Når hodet skal beskyttes må hendene legges på hodet, håndledd over tinningen og albuer presses foran ansikt for optimal beskyttelse Teknikken beskytter ikke fullstendig mot skade, men er skadereduserende ved angrep mot hode -og halsregionen.

Trinn 2: Unnvike og beskyttelse	Indikasjon: Denne intervensjonen er aktuell når angriper går til angrep på personale med slag og/eller spark. Hensikten er å unnvike, beskytte seg selv eller trekke seg tilbake.
	Bruk grunnstilling som utgangspunkt.
	Hold deg utenfor rekkevidden av slag og spark, løft armene for egenbeskyttelse.
	Bruk overkroppen til å forme en viftebevegelse foran overkropp og ansikt.
	Vend 90 grader bakover med å rotere tåballene for å komme på siden av angriper.
	Hofterotasjon skal skje bakover for å ivareta balansen.

Trinn 3: Flykte fra angriper	Indikasjon: Denne intervensjonen er aktuell når personalet blir angrepet og ikke klarer å unnvike, beskytte seg og eller trekke seg tilbake fra en angriper.
	Opplevd risiko avgjør om hender løftes opp for å kunne blokkere et angrep. Blikket rettes frem og mot angriper under gjennomføring av teknikken.
	Legg begge hender på hodet, press håndledd mot tinningene og press sammen albuer foran ansikt for å beskytte dette. Bøy knærne og senk deg hurtig ned et nivå under angriperes armer. Husk å bøye kne og ikke overkropp.
	Søk angriperes hofte, ta gjerne rundt denne for å dra deg i rett retning.
	Roter rundt angriper. Det vil være lurt å orientere seg om hvor man er i rommet før hoften slippes.
	Når du har kommet bak angriperes rygg bør du trekke deg til sikker avstand.

Teknikk 2: Frigjøring fra lugging	Indikasjon: Denne intervensjonen er aktuell når angriper lugger personalet.
	Personalet blir lugget. Tips! Å samle langt hår i strikk er skadeforebyggende.
	Gjør halsen «kort» ved å heve skuldrene og påkall hjelp. Trykk på alarm.
	Løft hendene dine opp på angriperes hender og press knokene til angriper ned mot egen hodebunn.
	Hender og armer benyttes til å beskytte hode og hals. Løft egen albue over angriperes. Det kan være vanskelig å gjennomføre press på albuen ved stor høydeforskjell. Man kan gå under angriperes albue og gjennomføre samme teknikk.
	Vend 90 grader bakover. Bruk albuen din til å presse angriper ned og bort fra deg. Det er smertefullt for angriper dersom det legges for hardt press på dennes albue.



Angriper lugger i langt hår bakfra.

Tips! Å samle langt hår i strikk er skadeforebyggende.



Gjør halsen «kort» ved å heve skuldrene og påkall hjelp.

Trykk på alarm.



Legg begge hender på angriperens hånd for å forebygge smerte og begrense skade.



Søk mot angriperens kropp på siden med din hofte.

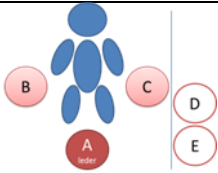
Teknikk 3: Frigjøring fra klestak	Indikasjon: Denne intervensjonen er aktuell når angriper tar tak i personalets klær.
	Angriper holder fast i klær.
	Gjør halsen «kort» ved å heve skuldrene og påkall hjelp. Trykk på alarm.
	Ta tak i angriperers håndflate med den ene hånden. Dersom angriper er for høy til at hånden kan legges over, kan hånden føres mellom angriperers hender.
	Løft den andre armen høyt over og inntil eget hode.
	Roter hofta minst 90 grader bakover mens du skyver angriperers armer ned slik at taket rundt klær løsner. Fjern deg raskt fra angriper.

Teknikk 4: Frigjøring fra strupetak forfra	Indikasjon: Denne intervensjonen er aktuell når angriper tar strupetak på personalet forfra.
	Angriper tar strupetak forfra. Gjør halsen «kort» ved å heve skuldrene og påkall hjelp. Trykk på alarm.
	Ta tak i angripers håndflate med den ene hånden og forsøk å «lette presset» mot halsen.
	Ta tak i angripers håndflate med den ene hånden og forsøk å «lette presset» mot halsen (nærbilde) Dersom angriper er for høy til at hånden kan legges over, kan hånden føres mellom angripers hender.
	Løft den andre armen høyt over og inntil eget hode.
	Roter hofta hurtig minst 90 grader til siden og skyv angripers armer ned slik at grepet løsner. Fjern deg raskt fra angriper.

Teknikk 5: Frigjøring fra strupetak bakfra med arm	Indikasjon: Denne intervensjonen er aktuell når angriper forsøker å kvele personalet med å ta armen rundt halsen bakfra.
	Angriper legger arm rundt halsen bakfra.
	Klem haken ned mot halsen. Gjør halsen «kort» ved å heve skuldre og påkall hjelp. Trykk på alarm.
	Ta tak i angripers arm.
	Flytt hendene dine så langt ute på angripers hender som mulig (vektstangprinsippet).
	Snu haken inn mot angripers albueledd for å sikre frie luftveier. Når frie luftveier er sikret, bli værende her og påkall hjelp. Vurder kun videre frigjøring dersom du har trent på dette.

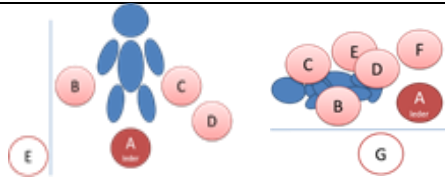
	Dra ned angriperens underarm samtidig som du snur haken vekk fra egen albue. Bruk egen kroppstygnde og press kroppen din hurtig ned, samtidig som du roterer bakover og ut på siden av angriper.
	Sett innerste fot bak angriperens for å stabilisere. Start med å vend ansiktet innover før du legger press på angriperens albue og roterer ut.
	Skubb angriperens albue ut. Fjern deg fra angriper.

Teknikk 6: Kortvarig fastholding, stående

	Indikasjon Denne intervensjonen er aktuell når pasienten utgjør en fare for å skade seg selv og / eller andre eller forvolder betydelig skade på materiell, og lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelig.
	Personalet stiller seg opp som beskrevet på bilde.
	To personale B og C, beskytter ansiktet med hendene og går samtidig inn fra hver sin side.
	Personale B og C søker pasientens skulderledd for å stoppe pasienten.
	Personalets andre hånd griper rundt pasienten handledd og armen ledes bort fra pasientens kropp og holdes diagonalt over personalets bryst/mageregion for å stabilisere/kontrollere overkropp.

	Begge plasserer den armen som er nærmest pasienten, under pasientens armhule og holder overarmen fast i et stabiliserende grep. Pasientens håndflater skal være vendt mot personalets overkropp. Unngå «klypegrep» rundt pasientens håndledd, samle alle fingre og hold armen inntil hoften. Personalet stabiliserer hofte og kne ved å ha minst mulig avstand til pasienten. Dette for å begrense muligheten til å angripe eller gjøre andre utfall. Personalet holder hodet litt unna pasienten grunnet risiko for skalling. Tips! Denne posisjonen vil egne seg godt dersom en skal gå sammen med og /eller forflytte en pasient.
Reverseringsmuligheter 	Pasientens gjenoppretelse av kontroll kan evalueres på følgende områder: Grad av muskeltonus, pustefrekvens og fysisk motstand. Tilgjengelighet for dialog og samarbeid. Obs! Det er viktig at en gjennomgår reversering under trening og at personalet får trene på dette.
	Dersom pasienten gjenvinner kontroll, kan det være hensiktsmessig at pasient og personalet setter seg ned. Personalet som holder pasienten kan byttes ut, dersom dette ansees som hensiktsmessig og nødvendig.
	Dersom pasienten gjenvinner kontroll, bør følgende gjøres før personalet avslutter fastholdingen: Forklar pasienten at dere ønsker å slippe han så fort det oppleves som trygt for alle parter. Spør pasienten hvilken grad av kontroll vedkommende opplever å ha, og hva som skjer dersom vedkommende slippes opp. Gjør en avtale med pasienten. Ytterligere kontroll kan oppnås i sittende posisjon ved at hvert personale setter foten sin over pasientens fot.

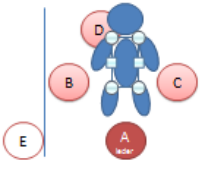
Teknikk 7: Nedleggelse i sideleie

	Indikasjon: Denne intervensjonen er aktuell når pasienten, til tross for fastholding, dialog og andre dempende strategier, fortsatt utgjør en fare for å skade seg selv og/eller andre.
	Personal B og C har samme utgangspunkt som beskrevet på bilde 5. Personal D går inn stående fra siden mot pasientens hofte, og bøyer seg deretter ned for å samle føttene.
	Personal D setter seg deretter ned på kne og følger med i bevegelsen. Obs! Personal D beskytter seg mot spark.
	Personal B tar et skritt ut til siden bort fra pasienten og trekker pasienten mot seg og legger pasienten kontrollert ned ved å støtte ham mot hoften. Personal C tar samtidig et langt steg inn bak pasienten, og holder armen for å stabilisere nedleggelsen.
	Personal B vender rundt 180 grader foran pasienten. Personal C holder igjen og bidrar til å legge pasienten kontrollert ned på siden.

	Personal B setter seg med hoften inn mot pasientens mageregion, samtidig som han hele tiden beholder kontroll over pasientens ene arm. Personal D legger seg over lår når pasienten er nede i sideleie.
	Personal C følger pasienten ned og blir sittende med hoften inn mot pasientens rygg. Personal D legger seg med magen over pasientens lår. Pass på at pasientens kne- og ankelledd ikke ligger mot hverandre.
	Personal C kontrollerer pasientens andre arm og legger den over brystet og rundt nakke. Personal B sitter foran pasienten og holder pasientens hånd inn mot pasientens mage med en eller begge hender. Ved behov kan fot være med og stabilisere grepet. Unngå å legge trykk over pasientens bryst/buk.
	Personal B og C setter seg tett inntil pasientens overkropp. Personal C sitter bak og presser pasientens albue inn mot pasientens brystregion. Unngå å legge trykk over pasientens bryst/buk/rygg. Beskytt vitale organer. Beskytt og støtt pasientens hode- og nakke, samt overvåke at pasienten har frie luftveier og normal respirasjon.
	Resterende personale (E, F, G) hjelper til der det er nødvendig: et personal holder pasientens hode for å forhindre at pasienten skader seg selv eller andre ved å skalle, bite eller spytte. Et annet personal hjelper til med å ha kontroll på beina eller armen som ligger rundt pasientens hode. Obs! Unngå direkte press mot pasientens hals, brystkasse, mage og rygg eller bekkenområde.

Reversering av sideleie: 	Gjør avtale med pasienten om at personalet fortsatt vil holde fast armer når pasient blir reist opp. Vurder deretter reverseringsmuligheter. Personal D fjerner seg fra liggende posisjon over føttene.
	Personal B og C kontrollerer hver sin arm.
	Pasienten legges på ryggen og hjelpes opp.
	Det er viktig at en gjennomgår reversering under trening og at personalet får trene på dette.
	Tips! Klar og tydelig kommunikasjon gjør reversering tryggere og mer forutsigbart for både pasient og personal.

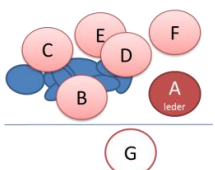
Teknikk 8: Nedleggelse i mageleie

	Indikasjon: Denne intervensjonen er aktuell når pasienten, til tross for fastholding, dialog og andre dempende strategier, fortsatt utgjør en fare for å skade seg selv og/eller andre.
	Personale B og C har samme utgangspunkt som illustrert på bilde.
	Personale D kommer inn bakfra, samler hendene rundt livet til pasienten, og fører de nedover mot pasientens kneledd. Personale D gir beskjed når føttene er under kontroll.
	Personal D holder føttene under kne.
	Personale B og C tar et steg med ytterste fot slik at pasienten begynner å falle framover, personal D blir med i bevegelsen.

	Personale B og C tar så den innerste foten et lengre steg og vinkler foten noe inn slik at pasienten treffer med skulder/overarm over kneet.
	Personal B og C setter ytterste kne i gulvet og legger pasienten oppå innerste kne.
	Personal B og C setter innerste arm i gulvet. Pasienten legges kontrollert framover og personal D legger seg over pasientens lår.
	Personale setter seg ned på gulvet på hver sin side av pasientens overkropp og støtter seg på egen albue. Pasientens armer plasseres på personalets lår slik at skulderleddet får en vinkling på ca. 15 grader. Beskytt vitale organer. Beskytt og støtt pasientens hode- og nakke, samt overvåk at pasienten har frie luftveier og normal respirasjon.
	Ved behov for bedre holdegrep kan armen strekkes ut og begge hender samles rundt håndledd. Obs! Beskytt vitale organer. Beskytt og støtt pasientens hode og nakke, samt overvåk at pasienten har frie luftveier og normal respirasjon. Unngå direkte press mot pasientens hals, brystkasse, mage, rygg og bekkenområde. Den fastholdte må ikke bli liggende på magen over tid.

Reversering av mageleie: 	Gjør en avtale med pasienten om at personalet fortsatt vil holde fast armer når pasient blir reist opp. Vurder deretter reverseringsmuligheter. Personal D fjerner seg fra liggende posisjon over føttene.
	Personal B og C kontrollerer hver sin arm.
	Pasienten hjelpes først opp på kne, deretter opp i stående.
	Det er viktig at en gjennomgår reversering under trening og at personalet får trene på dette.

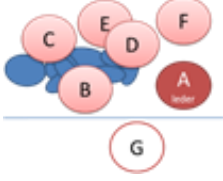
Teknikk 9: Personale påfører pasienten mobile belter i sideleie

	Indikasjon: Denne intervensjonen er aktuell når pasienten, til tross for fastholding, nedleggelse på gulv, dialog og andre dempende strategier, fortsatt utgjør en fare for å skade seg selv og/eller andre.
	Personal C, som sitter ved pasientens hode, er ansvarlig for • å beskytte og å støtte hode og nakke, • å overvåke at pasienten har frie luftveier og normal pust • at pasienten ikke blir liggende på magen. Personalet må ha kontroll over pasienten før beltene festes, for at dette skal kunne gjennomføres på en trygg og sikker måte.
	Leder organiserer og leder påføringen av mobile belter. Oppgaven kan også delegeres til annet personell slik at leder i størst mulig grad bevarer helhetsoversikten. Vurder ut i fra sikkerhetsmessige hensyn om hender eller føtter skal festes først. Primært festes føtter først. Ved noen situasjoner kan det være tilstrekkelig med kun fiksering av hender.
	Fotbelter Festes rundt ankene. Beltene bør festes mot bar hud.
	Bretting av belte før det trekkes under pasientens midje Vær oppmerksom på at låseboltene på beltet skal brettes inn for å unngå skade pasienten eller gjøre vondt når magebeltet legges på plass.

	Magebelte med håndbelter Magebeltet trekkes forsiktig under pasientens midje.
	Magebelte med håndbelter Magebelte festes rundt pasientens midje, ikke for stramt, med mulighet for bevegelse.
	Fest på låser og sjekk at disse henger fast.
	Magebelte med håndbelter Fest den underste armen først.
	Magebelte med håndbelter Fest deretter den øverste armen. Hånd- og fotreimer må strammes til, men ikke mer enn at det går en finger mellom reimen og pasientens håndledd slik at blodsirkulasjonen ikke hindres. Beltene skal festes direkte mot huden (obs klokker osv.).

	Magebelter med håndbelte Hånd- og fotreimer må strammes til, men ikke mer enn at det går en finger mellom reimen og pasientens håndledd slik at blodsirkulasjonen ikke hindre. Beltene skal festes direkte mot huden (obs klokker osv.).
	Kontroller at samtlige belter er forsvarlig festet før personalet slipper holdegrepet.
	Personale som kontrollerer pasientens føtter, ivaretar egen sikkerhet ved reversering.
	Ta tak under pasientens armer og hjelp vedkommende opp. Personale som kontrollerer beina gir støtte så føttene ikke glir på underlaget.
	Obs! Dersom pasienten beveger seg i mobile belter, skal personal alltid være tett på for å forebygge at vedkommende ikke faller.

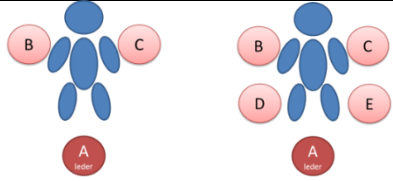
Teknikk 10: Personale påfører pasienten belter i mageleie

	Indikasjon: Denne intervensjonen er aktuell når pasienten, til tross for fastholding, nedleggelse på gulv, dialog og andre dempende strategier, fortsatt utgjør en fare for å skade seg selv og/eller andre.
	Ett personale er ansvarlig for: • å beskytte og støtte hode og nakke. • å overvåke at pasienten har frie luftveier og normal pust. • at pasienten ikke blir liggende på magen over tid. Personalet må ha kontroll over pasienten før beltene festes, slik at dette skal kunne gjøres på en trygg og sikker måte.
	Leder organiserer og leder påføringen av mobile belter. Oppgaven kan også delegeres til annet personell slik at leder i størst mulig grad bevarer helhetsoversikten. Vurder ut i fra sikkerhetsmessige hensyn om hender eller føtter skal fikseres først. Primært festes føtter først. Ved noen situasjoner kan det være tilstrekkelig med kun fiksering av hender.
	Fotbelter Festes rundt ankene, en og en fot. Beltene bør festes mot bar hud.
	Bretting av belte før det trekkes under pasientens midje Vær oppmerksom på at låseboltene på beltet skal brettes inn for å unngå skade pasienten eller gjøre vondt når magebeltet legges på plass.

	Magebelte med håndbelter Magebeltet trekkes forsiktig under pasientens midje.
	Magebeltet bør ikke strammes for hardt. Det gjør det enklere å vri beltet til riktig posisjon.
	Håndbeltene Fest en og en arm. Fest håndbeltet på den lettest tilgjengelige armen først.
	Den andre armen føres ned når den første er fiksert.
	Hånd- og fotbelter må strammes til, men ikke mer enn at det går en finger mellom belte og pasientens håndledd slik at blodsirkulasjonen ikke hindres. Beltene skal festes direkte mot huden (obs klokke osv.).

	Kontroller at samtlige belter er forsvarlig festet før personalet slipper holdegrepet. Vedkommende som er ansvarlig for å holde føtter helt til man kommer opp i knestående for å ivareta egen sikkerhet.
	Ta tak under armhuler og hjelp pasienten opp. Personale som kontrollerer pasientens føtter ivaretar sikkerhet ved reversering.
	Obs! Dersom pasient går i mobile belter bør personal alltid være tett ved for å forebygge at vedkommende ikke faller.
	Pasient i mobile belter kan sitte i en stol dersom dette vurderes som forsvarlig. Pasienten skal alltid ha kontinuerlig tilsyn av personale når tvangsmidler benyttes.

Teknikk 11: Personale flytter pasienten i mobile belter

	Indikasjoner: Denne intervensjonen er aktuell når pasienten, til tross for påføring av belter, dialog og andre dempende strategier, fortsatt utgjør en fare for å skade seg selv og/eller andre.
	Framgangsmåte: pasienten i mobile belter kan forflyttes på to ulike måter: Alternativ 1: Pasienten går med støtte/tilsyn av to personale til egnet rom/belteseng Alternativ 2: Personalet føres av personale til egnet rom/belteseng
	Alternativ 1 – Pasienten går selv Dersom pasienten samarbeider om å forflytte seg i mobile belter, må personalet være tett på for å forebygge at vedkommende faller.
	Alternativ 2 – Pasienten føres av personalet Dersom pasienten motsetter seg dette og transportering av pasient er nødvendig, så bør pasienten føres «ryggende».
	Pasienten settes ned på belteseng.



Personale som fører pasienten, legger pasienten ned på sengen. **Leder** velger ut en person som har ansvaret for å feste sengebeltene.



Ingen slipper tak før beltene er festet i seng, og leder har gitt klarsignal om at fysisk fastholding kan opphøre.



Et personale har ansvar for å opprettholde dialogen med pasienten gjennom hele forløpet.

Lederen noterer tidspunktet når pasienten ble påført de mekaniske tvangsmidlene for senere dokumentasjon.

Trening av personale for fysisk håndtering av aggressive pasienter

Innledning

Fysisk håndtering omhandler fagområdet som tar for seg spesifikke teknikker for beskyttelse av seg selv og andre mot alle typer angrep og for kontroll av fysisk utagerende pasienter. For at disse teknikkene skal tjene sitt formål er det viktig å vurdere teknikkene ut i fra disse kriteriene:

1. Teknikkene må være overkommelige å lære.
2. Teknikkene skal kunne brukes på flere forskjellige angrep
3. Samtidig skal sjansen for smerte eller skade være minst mulig
4. Teknikkene må kunne forsvares juridisk og etisk

Alle ansatte skal være drillet til å avverge et angrep og påkalle hjelp for å håndtere situasjonen sammen. Vi har valgt å legge oss på et lavt antall fysiske teknikker som trenes på. Dette vil kunne øke sannsynligheten for at personalet velger mest hensiktsmessig handlingsmåte ved en konfrontasjon.

Det overordnede prinsippet er at deltakerne må oppleve treningen som trygg og uten skader, samt at treningen blir tilpasset den enkeltes ferdighetsnivå.

Antallet treninger avhenger av kursets oppbygging, men den beste metoden er å holde flere korte økter fremfor færre lenger økter.

Gjennomføring av trening på kurs

Treningen gjennomføres i egnede rom, gjerne med gymmatten. Dette gjenspeiler ikke hverdagen i avdelingen, men er hensiktsmessig for å forebygge personalskader under trening på kurs.

Deltakerne kan øve i treningsklær, men det er også hensiktsmessig at de trener i klær som de har på seg i det daglige pasientarbeidet. Det kan synliggjøre hva som kan være egnet arbeidsantrekk.

Start alle treninger med en oppvarming på 5-10 min. Bruk øvelser for hele kroppen for å få bevegelse av ledd og økning i kroppstemperatur. Det kan redusere sannsynligheten for eventuelle skader og ufarliggjøre treningen.

Dag 1 (tidsbruk 2 x 45 min)

Modul 1: Unnvikelse	• Teknikk 1 (unnvikelse, beskyttelse og flukt)
Modul 2: Frigjøring	• Teknikk 2 (frigjøring fra lugging) • Teknikk 3 (frigjøring fra klestak) • Teknikk 4 (frigjøring fra strupetak forfra) • Teknikk 5 (frigjøring fra strupetak bakfra med arm)

Dag 2: (tidsbruk 2x45 min)

Denne manualen presenterer to ulike nedleggingsteknikker, til sideleie og mageleie. På instruktørkursene læres både mage -og sideleie, men på et grunnleggende MAP kurs presenteres bare det leiet som organisasjonen bruker. Velg bort det som ikke skal presenteres.

Modul 3: Kortvarig fastholding	• Teknikk 6: Vifteformasjon og stående fastholding • Teknikk 7, Holding i sideleie • Teknikk 8, Holding i mageleie
Modul 4: Nedlegging	• Teknikk 7, Nedleggelse i sideleie • Teknikk 8, Nedleggelse i mageleie

Undervisning i modul 5 er ikke inkludert i MAP grunnkurs, men gjennomføres som egen undervisning i mindre grupper på respektive steder.

Modul 5: Mekaniske tvangsmidler	• Teknikk 9: Personale påfører pasienten belter i sideleie • Teknikk 10: Personale påfører pasienten belter i mageleie • Teknikk 11: Personale forflytter pasient i mobile belter
--	---

Instruktøren bør til å begynne med presentere teknikken på en realistisk måte, for så å dele den opp og forklare den. Det er nyttig at han/hun peker på nøkkelementer i teknikken og forebygger de hyppigste feilene allerede i begynnelsen. Instruktøren bør basere seg på sin egen erfaring. Deltakerne bør trene i par, og begynne med å gjenta bevegelsene langsomt, for så å øke tempoet gradvis, avhengig av sine ferdigheter.

Treningen vil bestå i at avtalt teknikk utføres mot avtalt angriper. Da samtlige teknikker er rettet mot en bestemt utførelse av angrepet, er det viktig at «angriper» og «forsvarer» samarbeider under treningen. Slik oppnås forventede resultater raskere, både når det gjelder utførelse og forståelse. Ved all trening av teknikk er øvelse og repetisjon viktige momenter. Denne fysiske delen av konflikthåndteringsguiden er ment som en innføring i bruk av ulike teknikker ved utageringer. Teknikkene trenger jevnlig repetisjon før en blir trygg og sikker på egen utførelse.

Personalet kan med fordel deles opp i mindre grupper med tett oppfølging av instruktører og kan «fryse» situasjonen hvis teknikk gjennomføres feil, samt at deltagerne holder seg til det avtalte. Det er viktig at instruktørene er oppmerksomme og gir feedback til deltagerne slik at de mestrer det de øver på. Når feedback gis i plenum kan en gi deltakerne innspill på å fokusere på følgende moment i de neste repetisjonene, eller at erfaringsvis så er det her teknikken svikter. Treningen kan intensiveres noe etter hvert.

Opplæring ved arbeid som kan medføre risiko for vold og trusler om vold

Arbeidsgruppen anbefaler at opplæring og trening tilpasses det risikobilde som en enhet har og at det gjennomføres regelmessig.

For å organisere opplæringen i klinikkene deles enhetene inn i grupper etter hvordan de vurderer sitt risikonivå. Seksjonsleder/ klinikkleder har ansvaret for at dette blir gjort, i samarbeid med funksjon / enhetsledere og vernetjenesten.

- Gruppe 1) Enheter som har drift uten noen kjent risiko for utagering, trusler og vold.
- Gruppe 2) Enheter som unntaksvis kan oppleve utagering, trusler og vold.
- Gruppe 3) Enheter som må påregne å oppleve tilfeller av utagering, trusler og vold.
- Gruppe 4) Enheter som alltid har beredskap for utagering, trusler og vold, eller i perioder har en spesifikk pasient med stor utagerings- og voldsrisiko.

Følgende opplæring anbefales:

- Gruppe 1: Pålegges ikke spesiell opplæring.
- Gruppe 2: Det settes sammen et relevant utdrag fra kapittel 1,3, 4,5 og 6 fra MAP grunnkurs til en halvdagsopplæring med innhold om teoretisk opplæring i aggresjonsforståelse, voldsforebygging, forebyggende kommunikasjon, de-eskalering og selvregulering.
- Gruppe 3: Gjennomgå 2-dagers grunnkurs MAP. Samhandlingstrening ca.1.gang per måned, basert på enhetens sannsynlige risikosituasjon.
- Gruppe 4: Gjennomgå 2-dagers grunnkurs MAP. Samhandlingstrening ukentlig, basert på enhetens kjente og/eller sannsynlige risikosituasjon, eller trening når det blir kjent at man får en spesifikk pasient med stor utagerings- og voldsrisiko.

Opplæringen skal tilpasses enhetens drift og risikosituasjon og gis av sertifisert MAP instruktør. Gjennomført opplæring skal dokumenteres.

Gjennomføring av ukentlig vedlikeholdstrening (tidsbruk 45 min)

Det er viktig med jevnlig repetisjon for å holde kunnskapen vedlike. Det er bare regelmessig repetering av materialet som gjør at en blir i stand til å bruke teknikkene effektivt i en stressende situasjon.

Praktisk trening på ulike fysiske intervensjoner bidrar til at man unngår å «fryse» i en trusselsituasjon og at man kan velge en intervensjon som er tilpasset situasjonen. Teknikktrening kan ledsages av refleksjon rundt maktbruk og alternativer til fysisk intervensjon.

Erfaringer i arbeidsgruppen viser at personal med høyere frekvens av trening ofte løser situasjoner med fysisk håndtering tryggere og mer skånsomt enn personal som har lav treningsfrekvens. Treningene har også en viktig funksjon gjennom å fungere som forum for erfaringsutveksling mellom poster og arbeidslag. Erfaringsutvekslingene som følge av dette er en viktig del i utviklingen av «forebygging og håndtering» som fagområde.

Erfaringsmessig så kan ukentlig trening i en enhet innebære at hvert personal som går i turnus trener i gjennomsnitt 1 gang i måneden, som anbefales som et minimum. Trening bør veksle mellom teori og fysisk trening og gjennomføres av instruktører. Treningene bør veksle mellom de ulike moduler, det kan gjerne legges opp til at samme modul trenes på en hel måned, for at alle i en personalgruppe skal få delta.

I tillegg til ordinære treninger/undervisning kan det med fordel avholdes korte økter med ulike tema. Dette kan tilpasses til vikarer og ekstravakter. Vi har erfaring med at disse bør holdes korte (<30 min) og bør fokusere på avgrensede konkrete problemstillinger som oppleves relevant og praksisnært. Eksempler er gjennomgang av et scenario med ulike forslag til løsninger, refleksjon over en problemstilling, demonstrasjon av verneutstyr eller tvangsmidler. På et mer avansert nivå kan man gjøre treningen mer realistisk gjennom medisinsk simulering og scenario-basert trening.

Metode

Bakgrunn

Det har tradisjonelt eksistert flere ulike opplæringsprogram for håndtering av aggresjons- og voldsproblematikk i psykisk helsevern i Norge. Flere av disse har hatt sitt utspring i det sikkerhetspsykiatriske miljøet. De ulike opplæringsprogrammene har utviklet ulike fysiske teknikker for å håndtere voldsproblematikk.

Intensjonen til denne opplæringsmanualen var å samle den erfarings- og kunnskapsbasen som de ulike programmene utgjorde og forene denne kunnskapen om til et felles beste produkt for pasientens beste. På bakgrunn av denne målsetningen utviklet arbeidsgruppen en metodikk for å komme frem til et felles repertoar av fysiske teknikker.

Kapittel 9 skiller seg ut fra de andre teoretiske kapitlene og omhandler i større grad praktiske og fysiske teknikker. Dette kapittelet vil derfor beskrives som en metode for hvorfor og hvordan arbeidsgruppen har valgt ut teknikker. Kapittelet vil også beskrive teknikkene, samt gi anbefalinger på et vedlikeholdsprogram for ansatte.

Håndtering av voldsproblematikk skiller seg betydelig fra andre typer selvforsvar på bakgrunn av at en skal håndtere mennesker som har og er preget av alvorlig sykdom, og vektleggingen av et medisinsk ikke-skade prinsipp vil følgelig være viktig.

Den overordnede målsetningen var å utvikle et sett med teknikker som var effektive og enkle å lære, samtidig som teknikkene hadde en lav grad av skade- og krenkelsespotensiale.

Evaluerings av eksisterende fysiske teknikker

For å gjøre den første utvelgelsen av teknikker ble det hentet ut data fra SOAS, avvikssystemer og litteratursøk.

Det som kom tydelig frem var at de hyppigste hendelsene skjer ved ulike former for slag og spark. Videre ble personalet i psykisk helsevern også utsatt for en viss grad av lugging, klestak og kvelningsforsøk. Et viktig prinsipp i utvelgelsen av de fysiske teknikkene var at teknikkene skulle være enkle og relevante. En ønsket heller overtrening på en begrenset mengde teknikker, enn underlæring på en stor mengde teknikker. På bakgrunn av disse prinsippene ble blant annet ulike håndledds grep ikke inkludert.

Arbeidsgruppen endte på bakgrunn av dette opp med følgende 11 områder hvor en hadde behov for fysiske teknikker:

- Unnvikelse fra slag og spark
- Frigjøring fra lugging, klestak, strupetak forfra, strupetak bakfra

- Holding stående og liggende
- Nedlegging på gulv
- Påføring av transportbelter

Det ble utarbeidet et eget evalueringsskjema som inneholdt de parameterne som ble vurdert som relevante i denne sammenhengen.

Spørsmålene i skjemaet var:

- I hvilken grad vurderer du teknikken som effektiv for å avverge angrep?
- I hvilken grad syntes du teknikken var enkel å lære bort?
- I hvilken grad synes du teknikken er enkel å bruke?
- I hvilken grad vurderer du at teknikken kan være smertefull for aggresjonsutøver?
- I hvilken grad tror du at teknikken kan oppleves krenkende for aggresjonsutøver?
- I hvilken grad tror du at teknikken kan ha potensiale for å påføre skade på pasient?
- I hvilken grad tror du at teknikken kan ha potensiale for å påføre skade på personalet?

Hver teknikk ble skåret på en skala fra 1-5, der 1 = «i svært liten grad», 2 = «i liten grad», 3 = «i noen grad», 4 = «i stor grad», 5 = «i svært stor grad» (se vedlegg 1, skåringskjema).

Dataen fra denne evalueringen ble sammenfattet og brukt til grunnlag for en konsensusdiskusjon i arbeidsgruppen. Datasammenfatningen gav veiledning på hvordan de ulike teknikkene ble vurdert ut ifra de ovennevnte parameterne. Basert på data, diskusjon og en demokratisk prosess endte arbeidsgruppen opp med en felles portefølje av fysiske teknikker de kunne enes om.

Fagprosedyren «Mekaniske tvangsmidler»

Parallelt med prosjekt opplæringsmanualen ble vi kjent med at Fagprosedyren «Mekaniske tvangsmidler– bruk i psykisk helsevern» skulle revideres. Denne ble laget av Helse Bergen og publisert på Helsebiblioteket i 2012.

Arbeidsgruppen ble informert om det kommende prosjektet av leder i revisjonsgruppen Ann-Torunn Andersen Austegard i desember 2016. Det var et ønske om at medlemmer i prosjekt opplæringsmanualen skulle inngå i arbeidet med revisjon av fagprosedyren for å samstemme fysiske teknikker rundt holding, nedlegging og påføring av mekaniske tvangsmidler.

3 av medlemmene i prosjekt opplæringsmanualen ble med i revisjonsarbeidet med fagprosedyren: Thomas Nag fra Helse Bergen (leder av arbeidsgruppen prosjekt opplæringsmanualen), Torill Storhaug fra Helse Fonna (leder av kapittelgruppen Fysiske teknikker i prosjekt opplæringsmanualen) og Tor Egil Holtskog fra Helse Sør-Øst (medlem i kapittelgruppen Fysiske teknikker). Flere av medlemmene som jobbet med fagprosedyren var også med i første workshop tilknyttet manualprosjektet.

Dette medførte at beskrivelsen og teknikkene som foreligger i opplæringsmanualen harmonerer med fagprosedyren om bruk av mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern.

Prosedyren er revidert i 2021, og endringene harmonerer med teknikkene i MAP.

Workshop

Det ble gjennomført en workshop i Bergen 23-24. februar 2017. Totalt 16 personer deltok:

Fra regionalt sikkerhetspsykiatrisk miljø i Oslo • Psyk. sykepleier Bente Sundbye • Psyk. sykepleier Kjell Kjærvik • Psyk. sykepleier Thor Egil Holtskog • Psyk. sykepleier Gunnar Moseng	Fra regionalt sikkerhetspsykiatrisk miljø i Bergen • Psyk. sykepleier Thomas Nag • Spes. vernepleier Jon Skjold • Helsefagarbeider Niklas Larsson
Fra regionalt sikkerhetspsykiatrisk miljø i Trondheim • Spes. vernepleier Marius Krogdal Engen • Spes. vernepleier Martin Thorseth Eriksen	Fra lokalt sikkerhetspsykiatrisk miljø på Valen, Helse Fonna • Psyk. sykepleier Torill Storhaug
Fra lokalt psykiatrisk miljø i Stavanger • Spes. Vernepleier Gunilla Maria Berg Kristiansen • Psyk. sykepleier Lone Viste	Fra fagprosedyrens revisjonsgruppe • Rådgiver Ann-Torunn A. Austegard • Seksjonsleder Jarle Lexau • Brukerrepresentant Oda Sjølen Djupevåg • Brukerrepresentant Linda Garvik

På forhånd hadde opplæringsmanualene fra Trondheim, Oslo, Bergen og Stavanger blitt sendt ut på mail til alle deltakerne, slik at deltakerne skulle være forberedt. Alle sikkerhetspsykiatriske miljø fikk i oppdrag å presentere «sin» teknikk på alle de utvalgte områdene. Helse Fonna og Helse Bergen hadde felles teknikker, så de ble presentert sammen som Bergen. Totalt var det 4 miljø som presenterte teknikker: Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger.

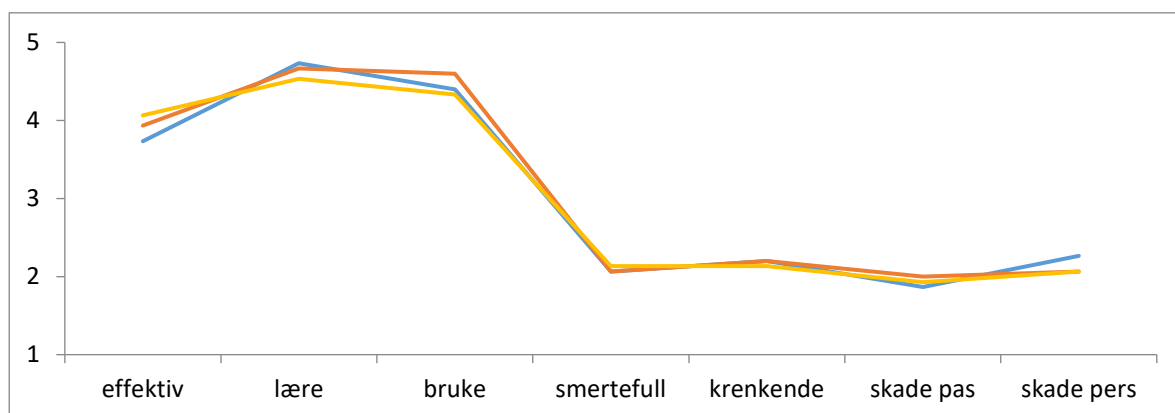
Det ble utdelt skåringskjema for alle 44 teknikker som skulle presenteres. Etter som teknikker ble presentert skulle skåring skje umiddelbart før neste teknikk ble presentert. Hver teknikk hadde en tidsramme på 10 min. Teknikken ble presentert for deltakerne i workshopen (maks 2 min), alle deltakere trente på denne (6 min) og gikk tilbake til sitt evalueringsskjema og skåret den. Noen teknikker kunne ta kortere tid å presentere og øve på. Det var laget en liste over rullerende presentasjon slik at de som presenterte teknikk 1 først, presenterte den som nr. 2 på teknikk 2, nr. 3 på teknikk 3 osv.

Det ble åpnet opp for å komme med forslag til flere teknikker.

Resultat fra skår ble plottet og presentert på dag 2, og ble utgangspunkt for diskusjonen. Totalt ble det presentert 40 teknikker. Noen ble slått sammen da de hadde lik teknikk og noen hadde ikke teknikk for alle de utvalgte områder.

Følgende teknikker ble valgt ut:

Teknikk 1, Fastholding av en aggressiv pasient stående med 2 personale:



- A. Fordel: Tilnærmet lik teknikk hos alle og veldig lik skåring. Raskt og god kontroll over pasienten (I stor grad effektiv 4,0). Kroppen kan benyttes som ekstra stabilisator av pasient dersom behov. Tid til å vurdere situasjonen og eventuelt reversere den. Godt utgangspunkt for å legge pasienten ned på gulv.
- B. Ulempe: Forutsetter godt samarbeide mellom personale. Dersom en ikke klarer å vri hånden ned mot egen hofte, vil pasienten ha god styrke i hendene. Dersom hodet ikke sikres enten inn mot pasientens skulder eller ut fra pasientens skulder kan det være utsatt for skalling. Smerte (2,1), skade (1,9/2.0) og krenkelsespotensiale (2,1).

Teknikk 2, Holding liggende på gulv med 3 personale

Det finnes noe forskning og data på alvorlige hendelser i forbindelse med feil bruk av teknikk for liggende bruk av kontroll knyttet til pågripelse- og holdeteknikker med press på torso.

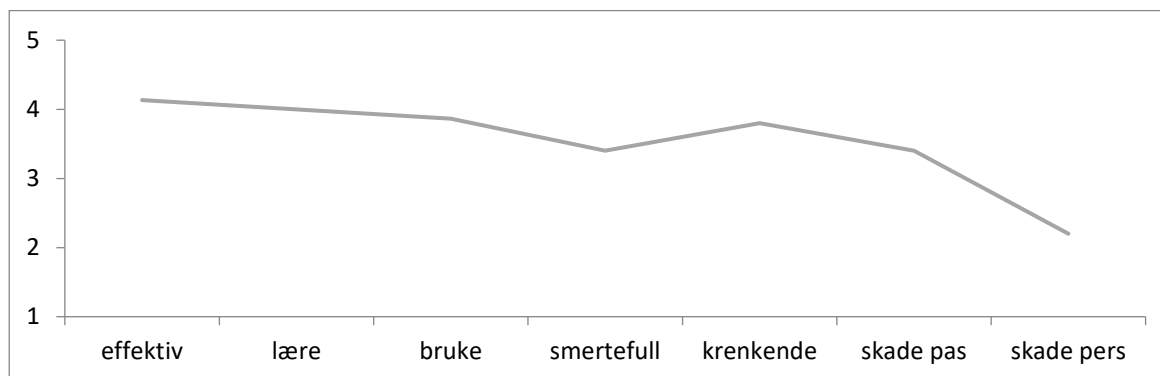
I en helsekontekst finnes det derimot lite materiale på hvilke holdeteknikker som anses å være mest egnet. De ulike fagmiljøene har mye erfaringsbasert kunnskap og kunnskap om at det er risikofylt å utøve trykk på buk, bryst og hals.

Teknikkene som brukes, enten det gjøres i sideleie eller mageleie har stort fokus på å holde uten å utøve trykk som gjør åndedrett vanskelig. I sideleie ligger pasienten i stabilt sideleie, et leie som skal sikre frie luftveier. Begge metoder er opptatt av å observere pasienten underveis og være nok personale i situasjonen til at holding skjer på en trygg måte.

Det er også fokus på at leder i situasjonen ikke selv er involvert fysisk, men kan observere og vurdere situasjonen fortløpende.

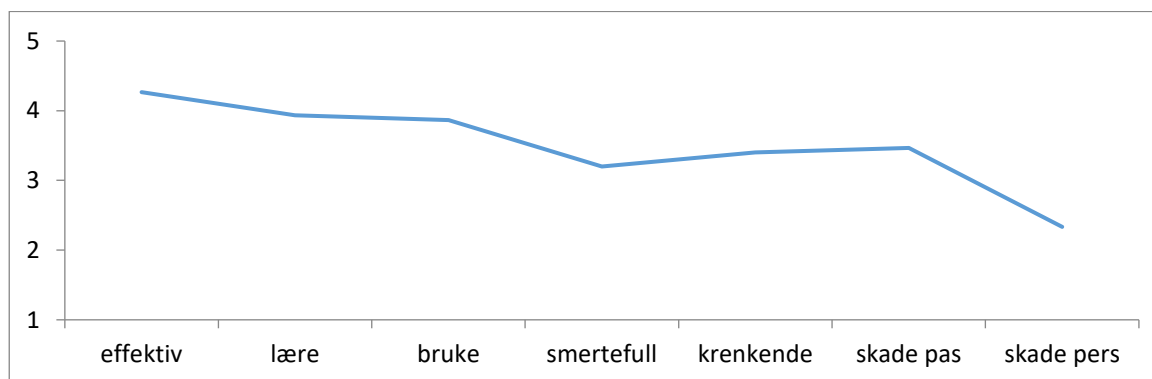
Demonstrasjon av holding liggende nede på gulv ble demonstrert i sideleie og mageleie. De som benyttet mageleie demonstrerte det nesten likt, hovedforskjellen var hvordan personale holdt beina. Det presiseres at INGEN skal ligge oppå pasienten.

1. Holding i Mageleie liggende med 3 personale, et personale sitter på hver sin side av pasientens skulder og holder hver sin arm, et personale sitter over skrevs på pasientens bein:



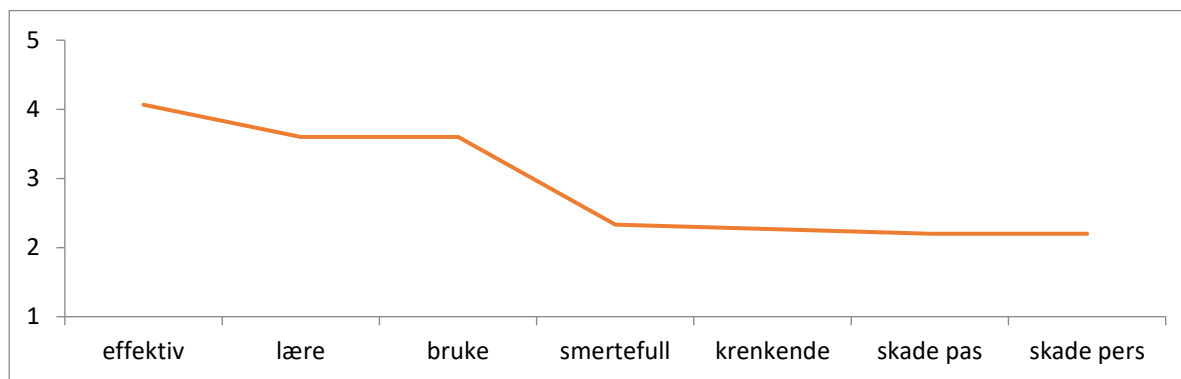
- A. Fordel: Enkelt å lære og bruke (4,1). I stor grad effektivt i bruk (4,3), gir raskt og god kontroll over pasienten.
- B. Ulempe: Forutsetter godt samarbeid mellom personale. Potensiale for å legge trykk på rygg som kan gi pustebesvær dersom teknikken ikke utføres riktig. I noen grad smerte (3,1), skade (3,0) og krenkelsespotensiale for pasient (3,6). Brukerrepresentanter skårer teknikken i stor grad høyt på smerte (4,0), krenkelse (4,5) og skadepotensiale (4,0). Å sitte på skrevs på beina og støtte seg på pasientens bak ved bevegelse av pasientens bein opplevdes krenkende for pasient. Krevende å puste over tid, spesielt for overvektige pasienter.

2. Holding i mageleie liggende med 3 personale, et personale ligger på tvers over pasientens bein:



- A. Fordel: Enkelt å lære (3,8) og bruke (3,9). I stor grad effektivt i bruk (4,3), gir raskt og god kontroll over pasienten.
- B. Ulempe: Forutsetter godt samarbeid mellom personale. Potensiale for å legge trykk på rygg som kan gi pustebesvær dersom teknikken ikke utføres riktig. I noen grad smerte (3,5) skade (3,3) og krenkelsespotensiale for pasient (3,6). Brukerrepresentanter skårer teknikken høyt på smerte (5,0), krenkelse (4,0) og skadepotensiale (4,5). Krevende å puste over tid, spesielt for overvektige pasienter.

3. Holding i Sideleie liggende med 3 personale: et personale holder pasientens arm rundt hodet, et personale sitter foran pasienten mageparti, et personale ligger over pasientens føtter:



- A. Fordel: I liten grad smerte (2,3), krenkende (2,2), skadepotensiale for pasient (2,2). Nokså enkelt å lære (3,6) og bruke (3,6). I stor grad effektiv i bruk (4,1). Sideleie er et leie som skal sikre frie luftveier. Pasienter som er psykotiske og engstelige kan oppleve trygghet med å holde rundt seg selv. Kan holdes over tid for å vurdere situasjonen. Personale som sitter foran ved pasientens mageparti gir god stabilisering av pasient og kan hjelpe til med å holde armer. Alt personale ligger med ansiktet vendt mot pasientens og kan ha mulighet til å observere denne.
- B. Ulempe: Forutsetter godt samarbeid mellom personale.

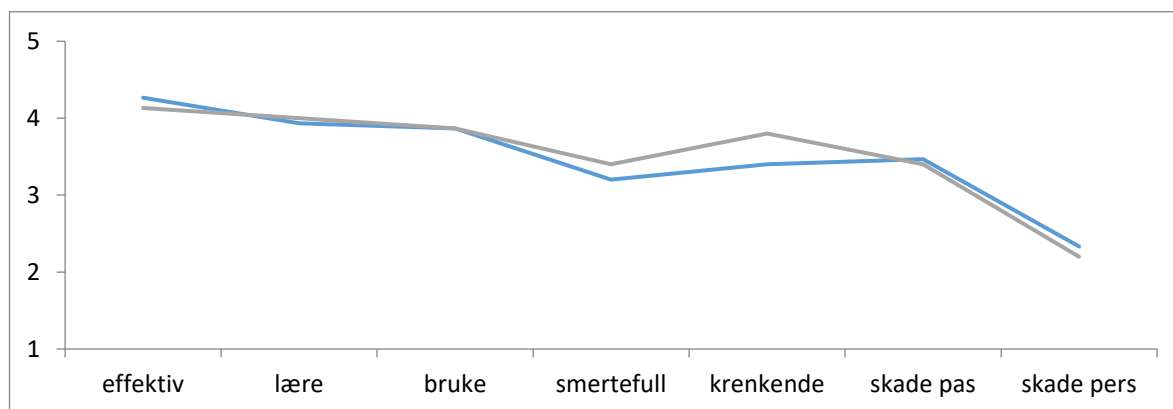
Teknikk 3, Passivisering /nedlegging av pasient -3 personale

Det ble demonstrert 2 nedleggingsteknikker i mageleie og ett i sideleie. Teknikkene ble alle demonstrert med utgangspunkt i holding med et personale på hver side.

Det er verdt å merke seg at alle teknikker der **3 personale** legger ned en pasient skårer lavt og nesten likt på skadepotensiale for personale (mellom 2,2-2,5).

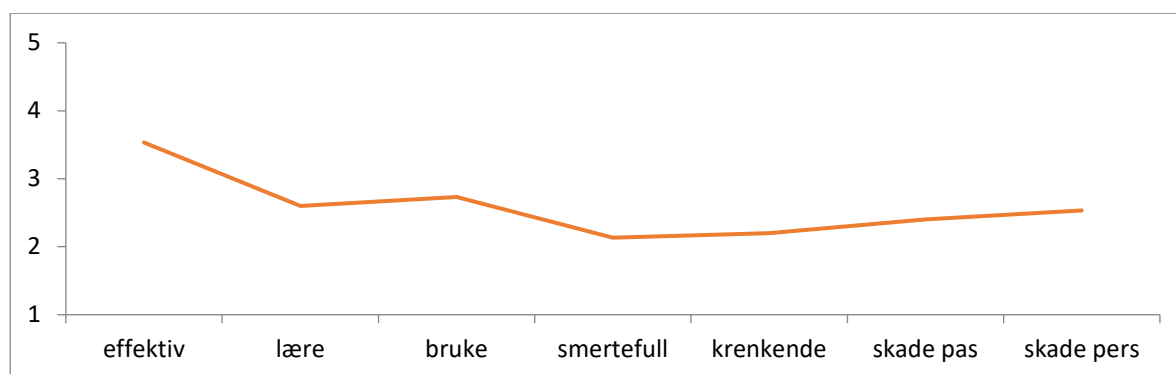
Brukerrepresentantene skåret mageleie høyt på smertepotensiale (4,5 på begge) skadepotensiale (4,0. -4,5) krenkelse (4.0-3.0).

- 1. Nedlegging i Mageleie med 3 personale, et personale på hver side, et personale ligger på tvers over føtter (blå) og et personale sitter over skrevs på pasientens føtter og støtter hendene sine på pasientens bak (lilla):**



- A. Fordel: I stor grad enkel å lære (4,1 og 4,0) og bruke (3,9). I stor grad effektiv i bruk (4,2), gir raskt og god kontroll over pasienten.
- B. Ulempe: Forutsetter godt samarbeid mellom personale. Har potensiale for å skade ansikt og få trykk mot mageregion i fallet ned. Den ene teknikken skårer i noen grad på opplevelse av krenkelse (3,4 blå), noe høyere der personale sitter over skrevs og støtter hendene på pasientens bak (3,8 lilla). Den skårer noe lavere på skade (3,4) og smertepotensiale (3,2 blå og 3,4 lilla) for pasient. Brukerrepresentanter skårer mageleie i stor grad høyt på smertepotensiale (4,5) skadepotensiale (4,25) krenkelse (3,5).

2. Nedlegging i sideleie med 3 personale: Et personale på hver side, et personale holder pasientens føtter forfra fra siden:



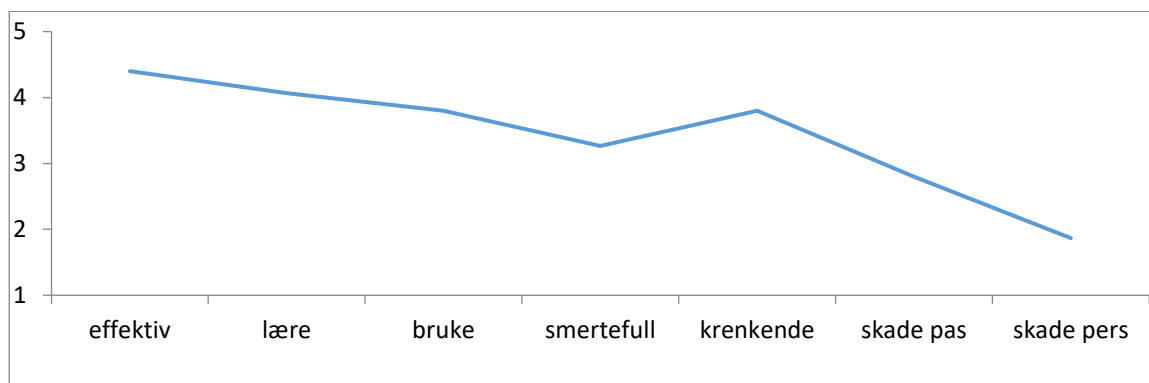
- A. Fordel: Den teknikk som det oppleves minst smerte (2,1), krenkelse (2,2) og skadepotensiale (2,4) for pasient.
- B. Ulempe: Forutsetter godt samarbeid mellom personale. Noe krevende å lære (2,6) og bruke (2,7). Er i noen grad effektiv (3,5). Pasienten kan ende opp på rygg og må snus rundt til sideleie.

Teknikk 4, Påføring av mobile belter

Belter kan påføres både i mageleie og i sideleie. Påføring skjer ved at 1 ekstra personale påfører belter. Det var ulik praksis på hvilket belte som skulle påføres først, på 3 steder ble fotreimer rutinemessig påført først. På et sted ble det sjekket ut med personalgruppen hvor det hastet mest med å påføre beltene, før disse ble påført. Dette ble foretrukket på dette området.

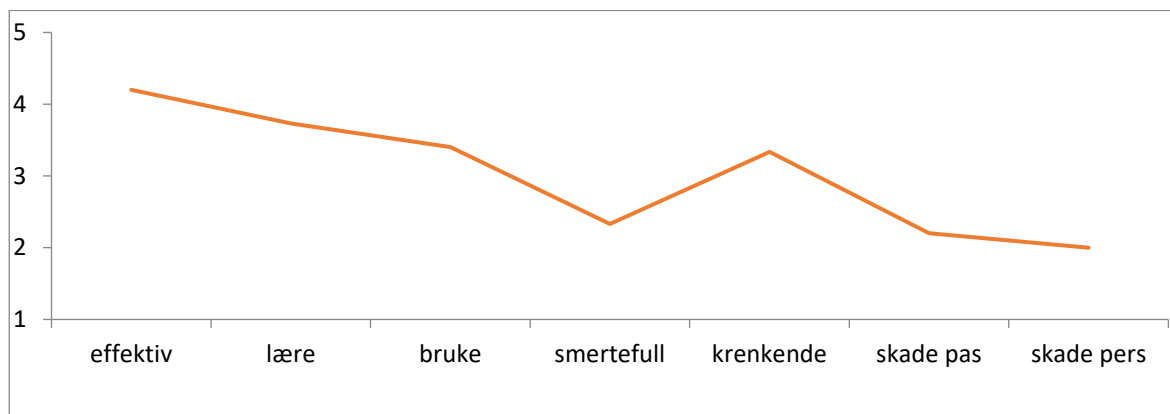
Brukerrepresentanter skårer all påføring av belter som krenkende (4,5) men at smertepotensiale er større ved påføring i mageleie (4,0) enn i sideleie (2,5) og at skadepotensiale for pasient er større i mageleie (3,75) enn i sideleie (2,5).

1. Påføring av mobile belter i mageleie.



- A. Fordel: Er i stor grad effektiv (4,4). Er i stor grad enkel å lære (4,1) og noen grad enkel å bruke (3,8). Har liten grad av skadepotensiale for pas (2,8). Kommer godt til fra sidene når en skal legge magebeltet under pasienten, siden personale ikke ligger over hofteparti. Kommer godt til for å feste fotreimer.
- B. Ulempe: Er i noen grad smertefull (3,3), i noen/stor grad med krenkende potensiale for pasienten (3,8). Påføring av mobile belter tar noe tid, der pasienten må ligge i mageleie til dette er utført. Det kan oppleves tungt å puste, særlig dersom pasienten er overvektig. Dersom pasienten ikke kan samarbeide er det et langt stykke å få beltene under pasientens mageparti. Begge hender må føres med kraft ned mot hofte for å festes. Håndreimer er noe krevende å feste da disse vil ligge under pasienten som ligger i mageleie.

2. Påføring av mobile belter i sideleie:



- A. Fordel: Er i stor grad effektiv (4,1). I liten grad smertefullt (2,3) og skadepotensiale for pasient (2,2). Pasienten ligger i stabilt sideleie, et leie som er bra for å sikre god respirasjon, personale kan ta seg tid til legge på beltene. Personalet kommer godt til for å feste fotreimer. Det er kort parti å føre beltene under en pasient som ligger i sideleie. Underste arm ligger enkelt til for å bli festet.
- B. Ulempe: I noen grad enkel å lære (3,7) og bruke (3,3). Er i noen grad krenkende for pasient (3,3). Personale som sitter foran pasienten kan sitte noe i veien for personale som skal feste belter. Siste arm som festes må føres med kraft fra hodet og ned til hofte, dersom denne ikke føres forsvarlig ned kan den ha moment i seg til å skade personalet.

Bæring av pasient i mobile belter

Det anbefales som et utgangspunkt å føre pasienten gående mellom seg etter at belter er påført. Pasient skal ikke bæres dersom mobile belter ikke er på. Disse teknikker er ikke skåret, men baserer seg på erfaringer.

Bæring med hodet ned og først.

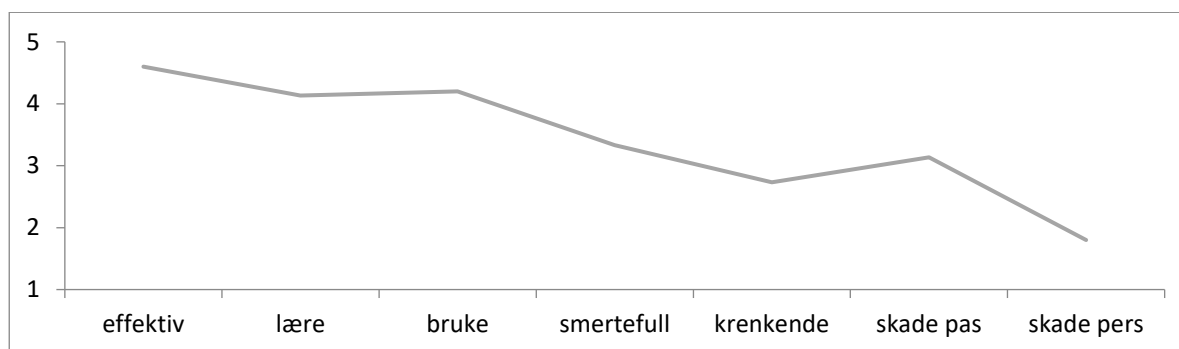
- A. Fordel: pasienten får lite sanseinntrykk, ser lite hva som skjer rundt seg. Mindre trykk på håndledd ved bæring. Hodet først så forebygger det at pasienten kan få spenntak i dørkarm ved dørpassering.
- B. Ulempe: Tungt for pasientens ryggparti, krever et ekstra personale som holder under hoftene

Bæring med hodet opp og beina først:

- A. Fordel: Slipper belastende trykk på hoftparti
- B. Ulempe: Vil få mange synsinntrykk og følger med på alt som skjer. Tungt å holde hodet oppe. Vil kreve et personale som holder dette. Belastende for håndledd ved bæring.

Teknikk 5, Frigjøring fra kvelertak forfra

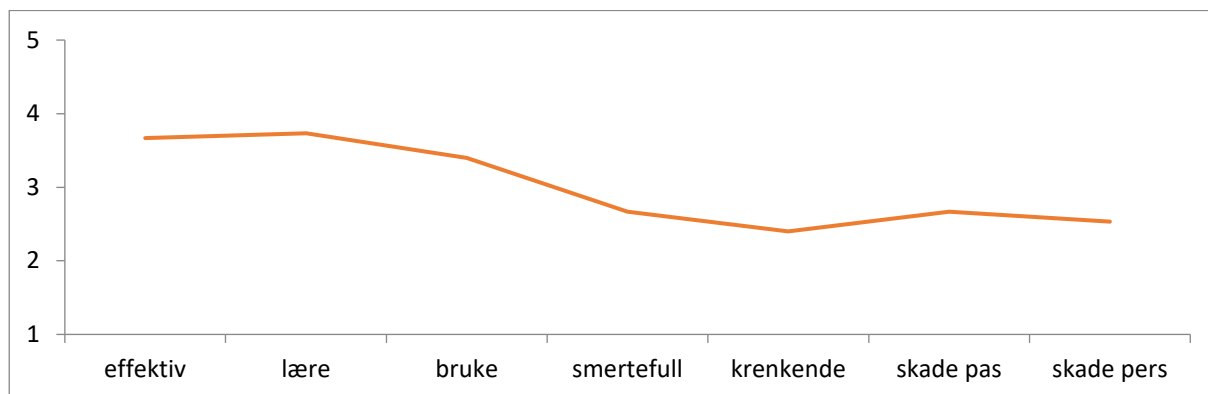
Det ble presentert 3 teknikker, derav to nesten like teknikker. Disse like slås sammen.



- 1. **Frigjøring fra kvelertak forfra.** (Tar tak rundt angriperens hendene med den ene hånden og fører den andre armen høyt over angriperens armer og fanger disse samtidig under egen armhule, samtidig som en vrir seg til siden mens grepet holdes stramt)
- A. Fordel: I stor grad en effektiv teknikk (4,6) som er enkel å lære og bruke (4,3). Tilnærmet lik teknikk som «løsrive seg fra et kles-tak».
- B. Ulempe: I noen grad smerte (3,3), i liten grad krenkende (2,7) og i noen grad skadepotensiale for pas (3,1).

Teknikk 6, Frigjøring fra kvelertak bakfra med hele armen

Alle teknikkene som ble presentert hadde strakstiltak for å sikre frie luftveier og overlevelse, for deretter å vri eller rotere seg ut på siden av pasienten. Å komme løs herfra aleine er krevende.



Det blei diskutert og anbefalt å ha to ulike nivå av teknikken. Nivå 1 for alle (sikre luft, rotere og få hjelp av kollega) og Nivå 2 for viderekomne (komme løs aleine).

Det er forsøkt å dele teknikken inn i 2 ulike faser:

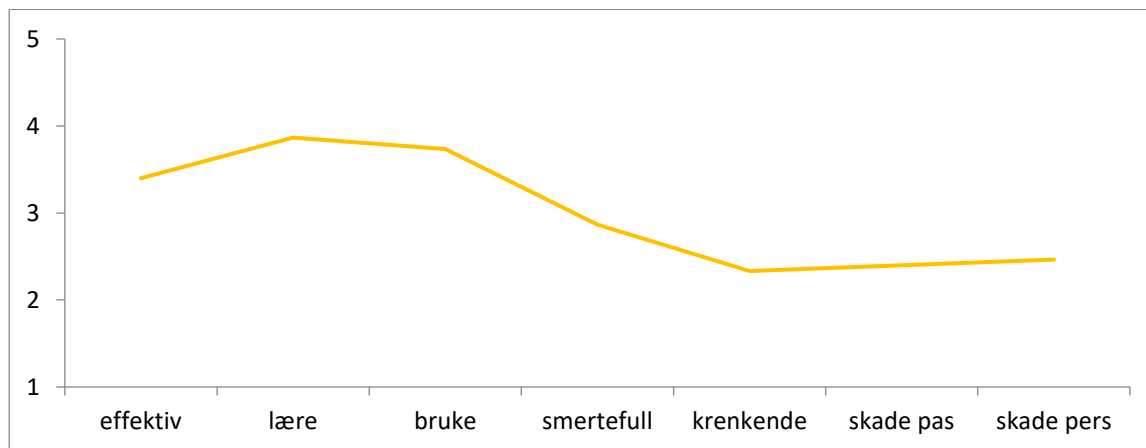
1. fase 1: Frigjøring fra kvelertak bakfra for å sikre overlevelse, rotere ut på siden og få hjelp av kollega

A. Fordel: Livsviktig å lage halsen «kort» og presse haken ned mot brystet, samt forsøke å plassere hender mellom egen hals og angriperes arm for å sikre frie luftveier. Snu hodet mot angriperes albue kan sikre mer plass, slik at hake kan presses ned mot egen hals. Dersom en har lyktes med å sikre frie luftveier, dra angriperes armer ned og vri seg på siden av pasienten er det å anse som et tryggere grep, da armen som kveler ikke får samme styrke. Det kan også åpne opp for at personale som kommer til effektivt kan hjelpe.

2. fase 2: Frigjøring fra kvelertak bakfra for å forsøke å komme seg løs, rotere ut på siden og «rygge» ut av grepet.

- A. Fordel: Dersom en har lyktes med å sikre frie luftveier og klarer å vri seg på siden av pasienten er det å anse som et tryggere grep da armen som kveler ikke får samme styrke.
- B. Ulempe: Teknikken krever en del trening for å gjennomføres riktig.

Teknikk 7, Frigjøring fra lugging

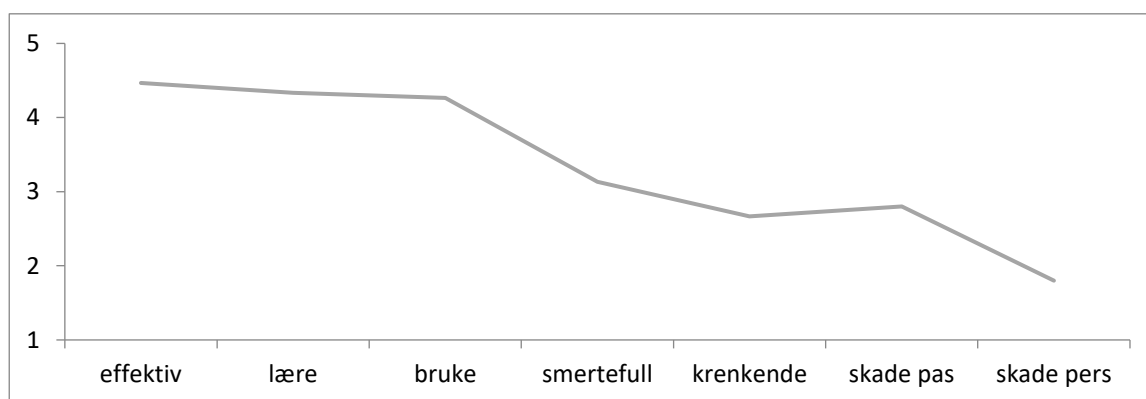


1. Frigjøring fra lugging ved å stabilisere eget hode med hendene sine, vende seg mot siden og skrike etter hjelp

- A. Fordel: Er i liten grad smertefull (2,9), krenkende (2,3) og med skadepotensiale på pasienten (2,4) i noen grad effektiv (3,4). Stabilisere eget hode med egne hender og forebygge smerte og eventuelle nakkeskader. Unngår å bli stående i front av pasient med fare for andre angrep.
- B. Ulempe: Er i noen/stor grad vanskelig å lære (3,9) og bruke (3,7). Må ha hjelp fra kollega for å komme løs.

Det ble diskutert teknikker med skadepotensiale, som slag mot angriperes ansikt og sperring av luftveier. Gruppen ønsker å jobbe videre med å finne gode løsninger for å komme seg løs fra et luggeangrep.

Teknikk 8, Frigjøring fra Klestak



1. Frigjøring fra klestak (Tar tak rundt angriperes hendene med den ene hånden og fører den andre armen høyt over pasientens armer samtidig som en vrir seg til siden)

- A. Fordel: I stor grad en effektiv teknikk (4,5), som er enkel å lære og bruke (4,3). Er i liten/noen grad krenkende (2,7), og med skadepotensiale for pasient (2,8). Tilnærmet lik teknikk som å frigjøre seg fra kvelegrep forfra. Kommer seg på siden av pasienten slik at skadepotensialet reduseres.
- B. Ulempe: Er i noen grad smertefull for pasient (3,1).

Teknikk 10, Unnvikelse fra slag

Alle demonstrerte teknikker på unnvikelse fra slag, noen trente også på beskyttelse og flukt. Et sted demonstrerte egen teknikk for spark.

Det ble også diskutert hvordan en kan forberede seg på om det kommer et slag eller et spark. Siden det nesten er umulig å forutse, så ble det foreslått å ikke trene på det ene eller andre, men på en unnvikelse/beskyttelse som inkluderer både å beskytte seg med armene opp foran kroppen mot slag og kneet opp for å beskytte mot spark.

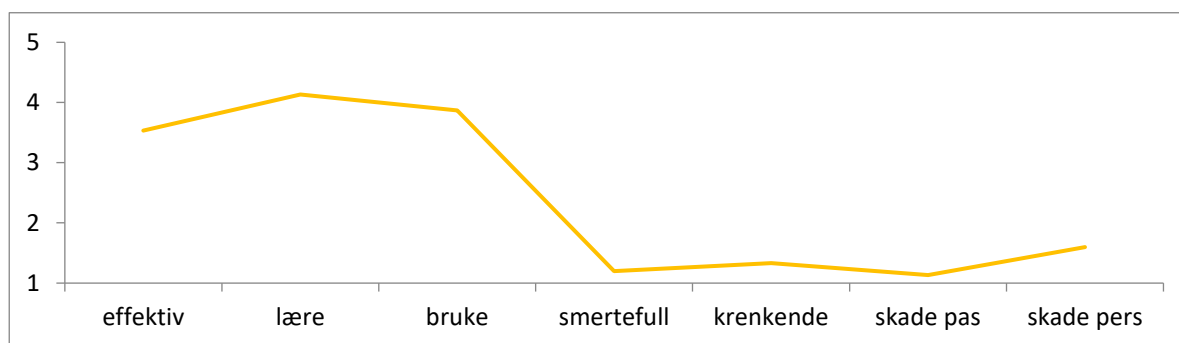
Det var enighet om at dette bør trenes på gjennom 3 faser:

- Fase 1: Grunnstilling
- Fase 2: Unnvikelse, beskyttelse og tilbaketrekning
- Fase 3: Søke mot angriperens kropp og flykte

1. Grunnstilling. (ble ikke demonstrert grunnstillinger)

A. Fordel: stå med god balanse på begge bein. Ikke truende kroppsspråk med synlige åpne hender.

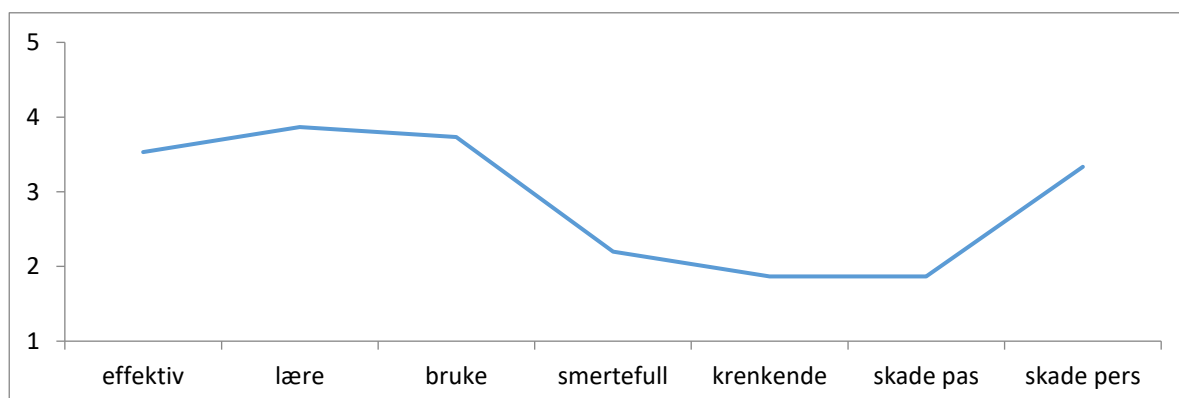
2. Unnvikelse med å lage en viftebevegelse foran kroppen samtidig som en vrir seg bakover mot siden



A. Fordel: I noen grad en effektiv teknikk (3,5), som er enkel å lære og bruke (4,1). Ved å vri siden til angriper reduseres skadepotensiale. Angriperens potensielle kraft vil fortsette rett fram. Teknikken har i svært liten grad smerte (1,2), skade (1,1) og krenkende potensiale for pasienten (1,3).

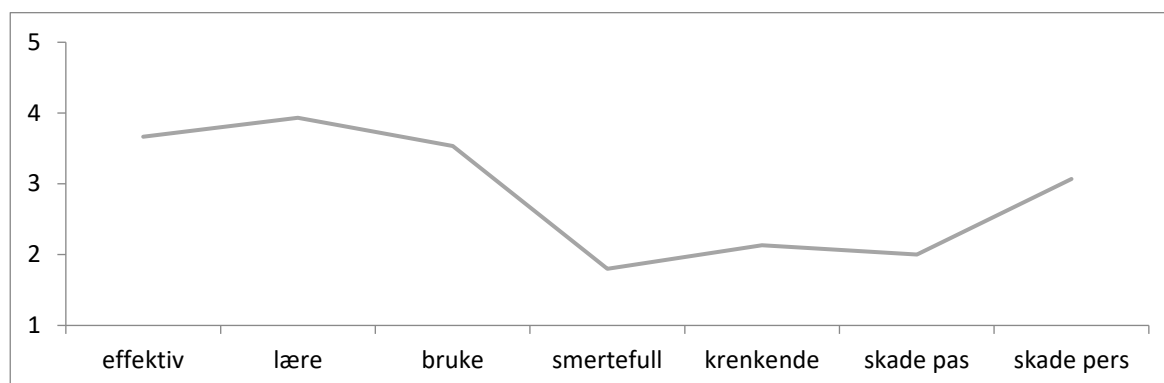
B. Ulempe: lett å ta et steg til siden framfor å benytte hoftevidning, da kan man komme i ubalanse.

2. Beskyttelse ved å bruke hendene foran ansikt, krype litt sammen, vri kroppen til siden.



- A. Fordel: I noen grad en effektiv teknikk (3,5), som er enkel å lære og bruke (3,9). Ved å legge hendene på pannen og presse albue foran ansiktet gir det god beskyttelse. Når kroppen bøyes og vris mot angriper beskyttes mageregion. Dersom kne løftes kan det gi beskyttelse mot spark. Teknikken har liten grad av smerte (2,2), skadepotensiale (2,0) og i svært liten grad krenkende potensiale for pasienten (1,9).
- B. Ulempe: Mange element å huske på, krever en del trening. Skadepotensiale for personale.

3. Søke mot angriperes kropp og flykte



- A. Fordel: Teknikk for flukt. Ved å senke seg ned til et nivå under armer som kan slå, søker en angriperes mageregion med hendene og drar seg rundt og bak til angriperes rygg for å flykte
- B. Ulempe: Krever en del trening. Dersom overkroppen bøyes fremover i stedet for å bøye knærne, kan hode komme i en utsatt posisjon.

Teknikk 11, Unnvikelse fra spark

Det er liten forskjell på teknikkene for unnvikelse/ beskyttelse av slag og spark. Det var enighet om å slå sammen teknikk 10 og 11 til en felles teknikk for både slag og spark, da det er umulig å forutse angrepet.

Referanseliste:

Henviser til www.sifer.no/map under MAP teorikapitler.

Henvisning til denne manualen:

Storhaug, T. Engen, M. Eriksen, M. Holtskog, T. Nag, T. Skjold, J. (2021). *MAP - Manual for fysiske teknikker*. (2.utg.). SIFER.