

Rett grep, til rett tid?

**Bernt Barstad, Kari Megrund
og Trude Stenhammer**

Forfatterne har lang og bred erfaring fra habiliteringsfeltet. To av disse er instruktører i Low Arousal¹ som er strategier som kan anvendes som alternativer til blant annet bruk av holde- og stoppeteknikker. Erfaringene deres som grunnlag for denne artikkelen er mangeårig arbeid med mennesker med utviklingshemming, fra den tiden omsorgen for mennesker med utviklingshemming sorterte under det Fylkeskommunale HVPU og frem til i dag. Alle tre har tidligere tatt del i/tilrådet bruk av mageleie, men har den senere tid kommet til en erkjennelse av at det finnes bedre alternativer, og at omkostningene kan bli betydelig større enn gevinsten ved bruk av så inngripende tiltak.

1) Low Arousal er kurs i forebygging og håndtering av utfordrende atferd. Kurset bygger på en humanistisk tilnærming, med skånsomme og nyttige strategier som legger vekt på verdighet og effektivitet. (se www.lowarousal.no)

I Fontene nr 1.14 finner man en fagartikkel med tittel «Rett grep til rett tid», forfatterne er psykolog Børge Holden og vernepleier Bjørn Roar Vagle. Fagartikkelen er et forsvar for bruk av nedlegging/mageleie, og er en interessant artikkel som setter søkelyset på en – i visse kretser, kontroversiell måte å møte utagerende atferd på. Det poengteres blant annet at mageleie er en bedre og sikrere måte enn ryggeleie der faren for angrep fra personen som holdes er større. Videre sier forfatterne at et ineffektivt skadeavvergende tiltak kan føre til at personen lærer ny farlig atferd, mens riktig utført nedlegging i mageleie kan lære personen at problematferd ikke fører fram. Forfatterne viser til kritikk av denne metoden, deriblant fra Stiftelsen SOR. Kritikken går på at det er registrert dødsfall ved bruk av denne metoden og flere av kritikerne ønsker metoden forbudt.²

I følge Holden og Vagle bør mageleie være trygt dersom man gjør følgende:

- Personen ligger på skummatte eller annet halvmykt underlag
- Personen holdes fast kun i armer og/eller bein, og armene holdes langs eller litt ut til sidene, og ikke under eller oppå kroppen. Ved større motstand legges det press på skulderpartiet, noe som medfører minimal økning i trykk på brystkassen.
- Ingen sitter oppå eller presser kroppen ned på andre måter.

2) Holden og Vagle har som utgangspunkt i at mageleie skal brukes korrekt av ansatte som er skolerte i disse teknikkene. I vår artikkel ser vi på hva som kan skje dersom teknikken brukes galt, det være seg at den ansatte ikke er skolert, eller motstand fra den som holdes er uventet sterk.

Dette er for så vidt en grei oppsummering og det er ikke vanskelig å være enig med intensjonen til Holden og Vagle når de, under gitte forutsetninger, hevder at mageleie bør være trygt. Vi er usikre på hvilke garantier man har for at mageleie brukes etter forutsetningene og ikke minst om den som blir utsatt for mageleie reagerer som forventet, slik at situasjonen ikke kommer ut av kontroll, og man forlater intensjonene og de riktige teknikkene i kampens hete. Vi er kritiske til bruk av mageleie og for så vidt enkelte andre fysiske stoppeteknikker overfor tjenestemottakere. Dette er et syn vi vil argumentere for i denne artikkelen. Sentralt i vår argumentasjon er risikoen for å utøve teknikkene galt og de følger det kan få for tjenestemottakeren.

Vi er kritiske til bruk av mageleie og for så vidt enkelte andre fysiske stoppeteknikker overfor tjenestemottakere.

I et notat fra Helsedirektoratet av 09.08.13 (Bruk av mageleie som tvangs-tiltak) fremgår det at: «Det generelle inntrykket fra samtaler med saksbehandlere fra Fylkesmennene er en utvikling mot stadig færre nedleggelse. Nedleggings-tiltak var mer vanlig i HVPU-institusjoner og utover på 90-tallet». Notatet baserer seg på en telefonundersøkelse hvor man snakket med saksbehandlere ved alle Fylkesmannsembetene.

Vår tabell baserer seg på Helsedirektoratets notat og Statistisk Sentralbyrås statistikk om innbyggertall. Tabellen viser fylkesvis antall nedleggingstiltak, samt

Tabell 1: Fylkesvis bruk av mageleie sett i forhold til folketallet
(kilde for innbyggertall: Statistisk sentralbyrå)

Fylke:	Befolkning pr. 3. kvartal 2013:	Antall vedtak:	Antall vedtak pr. 100.000 innbyggere:
Sør-Trøndelag	303 645	0	0
Østfold	283 574	1	0,35
Nordland	240 314	2	0,83
Vest-Agder	177 146	2	1,12
Finnmark Finnmark	74 816	1	1,35
Nord-Trøndelag	134 864	2	1,49
Rogaland	455 830	7	1,53
Hordaland	500 900	8	1,6
Telemark	171 164	1	1,7
Buskerud	270 385	5	1,85
Sogn og Fjordane	108 822	2	1,85
Troms Romsa	161 281	3	1,87
Oslo og Akershus	1 200 156	27	2,25
Møre og Romsdal	260 393	8	3,07
Vestfold	239 907	8	3,3
Aust-Agder	113 231	4	3,53
Oppland	187 397	7	3,74
Hedmark	193 973	8	4,14

antall nedleggningstiltak pr 100 000 innbygger.

Her er det fem fylker som skiller seg ut med mer enn 3 vedtak pr 100 000 innbyggere, videre ser man at det 4. største fylket etter folketall – Sør-Trøndelag, ikke har et eneste registrert vedtak.

I Norge mangler vi fagfelleverdert forskning på bruken av fysiske teknikker, inklusive bruk av mageleie. Men det vi vet er at politiet skjerpet sine rutiner og begrenser sin bruk av mageleie etter den såkalte Obiora-saken³ i Trondheim i 2006,

3) Norsk-Nigerianske Eugen Ejike Obiora døde i en alder av 48 år i forbindelse med en pågripelse i Trondheim i september 2006, han ble holdt i mageleie. Denne hendelsen har siden blitt omtalt som Obiora-saken.

noe som kommer frem i rapporten fra Sivilombudsmannen «Ansvaret for politiets maktbruk i forbindelse med pågripelser – særlig knyttet til bruken av mageleie» (Fliflet 2010).

I rapporten sies det blant annet: «Innenfor rimelige grenser kunne det ha vært innhentet informasjon og gitt tilstrekkelig opplæring og regulering, slik at risikoen for dødsfall ved bruk av mageleie som maktanvendelsesteknikk kunne ha blitt vesentlig redusert».

I Politidirektoratets rundskriv 2007/011: *Halsgrep, mageleie ved pågripelser/innbringelse og transport av arrestanter mv.* legger politidirektoratet følgende føringer om bruk av mageleie:

«I situasjoner hvor det framstår som absolutt nødvendig å få kontroll på en kjempende person, kan mageleie benyttes. Så snart den pågrepne er påsatt håndjern eller man har fått kontroll på den pågrepne på annen måte, skal mageleie opphøre. I de tilfeller mageleie benyttes under selve pågripelsen, skal særlig aktsomhet utvises. Politiet skal behandle den pågrepne på en slik måte at forholdene for åndedrett og respirasjon optimaliseres. Ovenfor kjempende personer skal det særlig tas hensyn til det ekstra oksygenbehov som genereres gjennom den pågripnes aktivitet.»

Dette sitatet understreker behovet for spesiell aktsomhet ved bruk av mageleie, og forholdet til åndedrett og respirasjon. Det er laget generelle retningslinjer for hvor lenge man kan holde en person i

Politiet har anledning til å bruke mageleie inntil håndjern er satt på. Innen helse- og sosialsektoren finnes det sjeldent begrensninger på hvor lenge personer kan bli holdt i mageleie.

mageleie og at det må være kortvarig.

I politiets rapporter ble det omtalt at de før Obiorasaken var ukjente med at mageleie kunne føre til dødsfall og at de i etterkant tar dette på alvor. Politiet har anledning til å bruke mageleie inntil håndjern er satt på. Innen helse- og sosialsektoren finnes det sjeldent begrensninger på hvor lenge personer kan

bli holdt i mageleie. Det finnes heller ingen akkrediterings-system for firmaer og organisasjoner som driver opplæring i bruk av fysiske teknikker eller risikovurderinger av bruken av de forskjellige teknikkene.

Det strenge krav til opplæring og kompetanse hos de tjenesteyterne som skal delta i det som i fengselsvesenet betegnes som pasifisering. Der eksisterer det et absolutt krav om at de som er hovedansvarlige for pasifiseringen må ha

Opplæring av ansatte i helse- og omsorgstjeneste når det gjelder bruk av fysiske teknikker synes tilfeldig, og mangler de overordnede retningslinjene som fengselsvesenet og politiet har.

gjennomført fengselsskolen. Pasifiserings-teknikken har en sentral plass med 2 timer undervisning hver uke første studieår. Videre må ansatte som deltar i pasifisering ha gjennomført ett 2 dagers sikkerhets-kurs. Med dette sikkerhetskurset er man aldri hovedansvarlig for gjennomføringen av pasifiseringsprosedyrene. Det er et eksplisitt krav om at personen som pasifiseres skal slippes straks det er satt på håndjern. Opplæring av ansatte i helse- og omsorgstjeneste når det gjelder bruk av fysiske teknikker synes tilfeldig, og mangler de overordnede retningslinjene som fengselsvesenet og politiet har.

Hva sier lovverket?

Kapittel 9 i helse- og omsorgstjenesteloven regulerer bruk av tvang og makt overfor

Det ser ut som om det er en vurderingssak fra hvert fylkesmannsembete hvor langt man kan gå for å avverge vesentlig skade i en konkret faresituasjon.

enkelte personer med utviklingshemming. Her er hovedregelen klart uttalt at det kun er i unntakstilfeller tvang og/eller makt kan benyttes. Man skal ikke gå lenger enn nødvendig for å hindre eller begrense vesentlig skade. I rundskrivet understrekes det at man ikke skal bruke mer makt eller holde lengre enn absolutt nødvendig. Det ser ut som om det er en vurderingssak fra hvert fylkesmannsembete hvor langt man kan gå for å avverge vesentlig skade i en konkret faresituasjon. Dette illustreres i den fylkesvise tabellen tidligere i denne artikkelen der det er store sprik i antallet vedtak som innebærer nedlegging omregnet pr. 100 000 innbyggere.

I skolen gjelder opplæringslova og det eneste som står der i forhold til tvangsbruk er: «Fysisk refsing eller anna krenkjande behandling må ikkje nyttast» (§§ 2-9 og 3-7). Når det gjelder pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A, kan man i noe utstrekning benytte tvang for å gi helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse. Helsehjelpen skal være av en slik karakter at det å unnlate å gi helsehjelp vil være til stor ugunst for personen som motsetter seg hjelpen. I lovteksten er det ikke beskrevet hva slags type tvang som kan benyttes, men som i kapittel 9 i Helse- og omsorgstjenesteloven skal man ikke gå lenger enn det som er nødvendig for formålet.

Straffelovens § 48: «Ingen kan straffes for Handling, som han har foretaget i Nødverge». Denne paragrafen går i korte trekk ut på at man har rett til å avverge en ellers straffbar handling. Det understrekes imidlertid at handlingen ikke skal overskride den handlingen man skal avverge. Det vil si at her står proporsjonalitets-prinsippet sentralt slik at man ikke må forvolde unødvendig skade. Videre vil en teknikk med mageleie slik Holden og Vagle beskriver vanskelig kunne tolkes som nødverge, da kriterier med opplæring, matte og riktig teknikk vil bære preg av planlegging, og i lys av lovverket slik det har vært forvaltet siden loven ble vedtatt, så er planlagt nødverge er å betrakte som systematisk tvang.

De samme tjenesteyterne har ofte manglende opplæring og ingen andre avbruddskriterier enn at de skal holde til personen er rolig.

Vi har blitt gjort kjent med at personer som mottar helse- og omsorgstjenester kan holdes i lengre perioder i mageleie, uten at det foreligger en grundig risikovurdering rundt bruken av teknikken. Dette fordi tjenesteytere tror «det må være sann, fordi det står i vedtaket, og personen er jo så utagerende...». De samme tjenesteyterne har ofte manglende opplæring og ingen andre avbruddskriterier enn at de skal holde til personen er rolig.

Holden og Vagle nevner ikke alternativer til mageleie (utover ryggleie), noe

som kan tolkes som en holdning der fysisk utagering skal møtes med fysiske konfrontasjoner. Vi savner mer refleksjon rundt hvor inngripende dette oppleves for personen selv og hvordan fysiske intervensjoner kan virke triggende og skape mer aggresjon hos tjenestemottakeren. Dog er de inne på dette helt på slutten av artikkelen, hvor de skriver: «Vil man fjerne risikoen ved fastholdning, må man fjerne atferden som medfører behov for fastholdning». Det er vel først og fremst her man må ha fokus, det er ikke sikkert man har behov for å «fjerne atferden som medfører behov for fastholdning», men bruke en intervensjon som kanskje ikke medfører behov for fastholdning.

Vi erkjenner at det tidvis kan være nødvendig å stoppe personer fra å utøve handlinger som kan medføre vesentlig skade på liv og helse. Dette bør da utføres på en måte som innebærer mindre risiko for personen enn både mage-, side- og ryggleie innebærer. Når vi ser på praktisk bruk av fysiske intervensjoner er det flere momenter som ofte synes å mangle: dokumentasjon på at alt annet har vært prøvd først, risikoanalyser, risikoplaner og detaljerte beskrivelser av hvordan man kan avlede, og ikke minst kriterier for når og hvordan de fysiske teknikkene skal anvendes. Dette kan føre til et misforhold mellom graden av risiko og graden og intensiteten av den fysiske intervensjonen. Eksempler som to av forfatterne av denne artikkelen har opplevd i sin hverdag er når en ung jente blir lagt i gulvet fordi hun sparker i en panelovn, eller når en ung gutt blir lagt i mageleie fordi han spytter på

Alle fysiske teknikker er risikable i bruk, med eller uten god opplæring. Fysiske teknikker må bare brukes når atferden i seg selv er farligere enn bruken av den fysiske intervensjonen.

personalet.⁴ Alle fysiske teknikker er risikable i bruk, med eller uten god opplæring. Fysiske teknikker må bare brukes når atferden i seg selv er farligere enn bruken av den fysiske intervensjonen.

Risiko ved bruk av nedlegging og mageleie

Diskusjonen rundt bruk og forbud mot bruk av mageleie og lignende fysiske teknikker har pågått i USA og Storbritannia i årevis. Butler (2014 s. 9), skriver i sin rapport: «Holding som hindrer åndedrett eller er livstruende, er forbudt ved forskrift/regulering i bare 21 stater for alle barn; i 28 stater for barn med funksjonsnedsettelse. Mageleie er spesifikt forbudt i 10 stater for alle barn; i 11 stater for barn med funksjonsnedsettelse». Lovgiver har i disse 11 statene altså funnet at mageleie er for risikabelt til å anvende. I Storbritannia har man The Millfields Charteret som maner til et forbud mot mageleie. Motstand mot et forbud har bl.a. kommet fra The Professional Crisis Management Association (PCMA), som Holden & Vagle også har henvist til i sin artikkel. Debatten har tidvis vært svært

⁴) Forfatterne jobber ulike steder, med ulike erfaringer. Disse eksemplene er opplysninger som har framkommet i slike sammenhenger.

opphetet i begge land. PCMA's motpol i USA er f.eks. Disability Rights California. De har publisert en vitenskapelig gjennomgang av dødsfall i forbindelse med bruk av fysisk tvang og den viser med tydelighet risikoen ved bruk av slike teknikker (Protection and Advocacy Inc. 2002/Disability Rights California 2008).

Det samme kan sies om Centre for Excellence of Behavioural Support, Queensland, Australia. På bakgrunn av en meta-analyse av tilgjengelig litteratur om bruk av tvang og holding (restraint) har de publisert veilederen: *Reducing the risk associated with the use of physical restraint*. (Wooderson, 2010). I denne veilederen finner man en liste over tilstander og faktorer ved tjenestemottaker, som øker risikoen for skader ved bruk av fysiske teknikker/holding:

Mageleie og nedlegging i det offentlige rom er sosialt stigmatiserende og nedverdiggende, i tillegg til å være risikofyllt.

Holden og Vagle nevner ikke mye om risikoen ved å holde personer slik de beskriver. En agitert person som yter motstand mot å bli holdt slik som beskrevet vil oppleve økt belastning mot ledd i nakke, skuldre, albue, håndledd, knær og ankler. Dette kan trigge mer agitasjon hos personen.

To livstruende tilstander kan oppstå som følge av nedlegging/mageleie: Positional asphyxiation og excited delirium (se tekstboks til høyre).

Som alternativ til mageleie bestreber forfatterne av denne artikkelen å jobbe primært forebyggende, men dernest, når noen faktisk må stoppes, tilråder vi den

Lungetilstander:	Kjente kroniske tilstander som f.eks. astma, søvnapne
Hjerte-kar sykdommer:	Problemer med hjerteklaffene, særlig høy risiko ved problemer med aortaklaff, tidligere problemer med hjertearytmier, tidligere problemer med hjerteinfarkt, angina og lignende tilstander, høyt blodtrykk
Problemer med muskler og/eller skjelett:	Skoliose, atlantoaxial instabilitet: tilstand i nakken (10-30 % av personer med Downs syndrom har denne tilstanden), hyperfleksible ledd, reumatiske sykdommer, tidligere store frakturer, tidligere ryggproblemer, f.eks. skiveprolaps
Nevrologiske problemer:	Epilepsi, hjerneslag, Multiple sklerose, muskeldystrofier
Psykologiske problemer:	Offer for fysiske eller seksuelle overgrep, angst post traumatisk stress
Andre generelle helseproblemer	Vene-trombose, diabetes, lunge-emboli, anemi, sigdcelleanemi, overvekt, body mass index (BMI) over 30

(Kilde: Perry et al 2006 i Wooderson J. 2010)

Positional asphyxiation:

Livstruende tilstand med mulig dødelig utgang. Kvelning oppstår som en følge av at indre organer presses opp mot diafragma og videre mot lungene. Brysthulen forhindres i å utvide seg. Mageleie, sammen med press/tyngde mot rygg, øker faren for posisjonsbetinget kvelning.

Excited delirium syndrom:

Tilstand som kan forårsake hjertearytmier med påfølgende hjertesvikt, med mulig dødelig utgang. Mageleie, og bruk av psykofarmaka og/eller rusmidler, øker risikoen for å få syndromet. Symptomer er: oppmerksomhetsproblemer, desorientering, inkonsekvente tankeprosesser, forstyrret virkelighetsoppfatning, taleproblemer, problemer med å identifisere tid og sted, generelle identifiseringsproblemer. Excited delirium kjennetegnes også ved at systemsvikten kan oppstå minutter eller timer etter at personen har blitt holdt nede.

mindre inngripende ledsagerteknikken i stedet for mageleie. Ved ledsagerteknikken står og går tjenestemottaker og to tjenesteytere sammen i korte perioder ad

**når noen faktisk må stoppes
tilråder vi den mindre inngripende
ledsagerteknikken i stedet for
mageleie**

gangen. Før vi kommer så langt har andre lavaffektive tiltak blitt prøvd. Ledsagerteknikken er siste utvei i situasjoner der det er fare for at vesentlig skade kan oppstå. Ledsagerteknikken erstatter bruken av nedlegging/mageleie/sideleie.

Kapittel 9 i helse- og omsorgstjenesteloven regulerer bruk av tvang og makt overfor mennesker med utviklingshemming. I § 9-3 framgår det at:

«Tjenestetilbudet skal så langt som mulig tilrettelegges og gjennomføres i samarbeid med tjenestemottakeren eller pasienten.

Tjenestemottakeren, pasienten, pårørende og verge skal høres før det treffes vedtak om bruk av tvang og makt etter reglene i kapitlet her og gis informasjon om adgangen til å uttale seg i saker som skal overprøves, klageadgang og adgangen til å bringe vedtaket inn for tilsynsmyndighet og tingretten.»

Her fremgår det eksplisitt at man skal samarbeide med tjenestemottakeren eller pasienten om tjenestetilbudet. I tillegg skal pårørende og verge høres før det treffes vedtak om bruk av tvang og makt.

Dersom man finner bruk av mageleie formålstjenlig for en spesifikk tjenestemottaker/ pasient, kan man undre seg over hvor mange pårørende og verger som vil stille seg positiv til en intervensjon som (slik vi tolker budskapet til Holden og Vagle): «Bør være trygt om den brukes riktig, og dersom den ikke brukes riktig

Når man trapper ned bruken av mageleie/nedlegging kan man få en økning i den utfordrende atferden.

kan tjenestemottakeren/pasienten i verste fall dø?»

Klinisk psykolog Dr. Andrew McDonnell, Studio 3 Storbritannia har mer enn 25 års erfaring i å jobbe for personer med utfordrende atferd. Han har fått mange henvendelser om å veilede ift utfordrende atferd der andre fagpersoner har gitt opp, eller det finnes et ønske om å bruke mer skånsomme teknikker. Han sier følgende om nedleggingsprosedyrer med spesiell vekt på mageleie (epost til to av forfatterne): «Vi bruker aldri den type fysisk teknikk (prone holds). Tidvis har vi har vært nødt til gradvis å trappe ned slike grep, for så å erstatte dem med mer skånsomme teknikker. Når man trapper ned bruken av mageleie/nedlegging kan man få en økning i den utfordrende atferden. I disse tilfellene kan det komme en bieffekt, som for eksempel en økning i materielle skader. Med godt opplært personale, gode risikoanalyser og en god risikoplan kan en slik økning av utfordrende atferd håndteres, uten nevneverdig risiko».

Det er mange argumenter mot bruk av slike fysiske teknikker:

- De har blitt assosiert med skader.
- Skader skjer på personalet som deltar på kurs, når de praktiserer disse metodene realistisk.
- På kursene læres ofte metodene bort ved

bruk av matter. Disse mattene er ikke alltid så lett tilgjengelig der tjenestemottaker vanligvis oppholder seg. Tjenestemottaker blir da lagt i bakken/på gulvet uten slik beskyttelse, eller vedkommende blir henvist til å oppholde seg der mattene er.

- Det kan fort bli lagt et press på tjenestemottakerens mageregion slik at luftveiene ved ett uhell blokkeres.
- Brukerorganisasjoner i USA har publisert en gjennomgang av dødsfall relatert til ulike fysiske teknikker og har fremhevet farene ved bruk av mageleie.⁵

Utfordrende og farlig atferd skal man ta på alvor, som tjenesteyter og organisasjon skal man bestrebe minst mulig restriktiv og mest mulig effektive intervensjon. Å ta i bruk en intervensjon, som «bør være trygg, dersom den anvendes riktig», er ikke å ta dette på alvor.

McDonnell sier også: «Til slutt, argumentene er ikke bare praktiske, men også moralske. Vi vil også fremheve at vi alltid har vært i stand til å veilede personalet gjennom en fase av økt utfordrende atferd» (personlig korrespondanse). Utfordrende og farlig atferd skal man ta på alvor, som tjenesteyter og organisasjon skal man bestrebe minst mulig restriktiv og mest mulig effektive intervensjon. Å ta i bruk en intervensjon, som «bør være trygg, dersom

5) <http://www.disabilityrightsca.org/pubs/701801.pdf>

den anvendes riktig», er ikke å ta dette på alvor. Det finnes metoder som pasifiserer utagerende tjenestemottakere/ pasienter, som f.eks. reiming, isolering osv., med langt mindre fare for personskade enn mageleie, disse er forbudt, i en slik kontekst bør vel forbud mot mageleie være det mest riktige.

Helsedirektoratets notat om vedtak som inkluderer mageleie er en start, men forfatterne av denne artikkelen vil oppfordre norske myndigheter til å se nærmere på akkreditering, opplæring, anvendelse og risiko ved bruk av fysiske teknikker i helse- og omsorgssektoren. Fysisk risiko ved bruk av mageleie synes lite kjent i norsk helse- og omsorgssektor. Til sammenligning kan det nevnes at Department of Health i England (2014) har utgitt et policy dokument som i paragraf 70 slår fast at: «Staff must not deliberately restrain people in a way that impacts on their airway, breathing or circulation, such as face down restraint on any surface, not just the floor». Her går man altså imot all bruk av mageleie, uavhengig av underlag.

Når amerikanske og britiske myndigheter har funnet det nødvendig å se nærmere på dette overfor personer med funksjonsnedsettelse, hvorfor ikke i større grad også her til lands? Den fylkesvise tabellen illustrerer store sprik i antallet vedtak som innebærer nedlegging omregnet pr. 100.000 innbyggere. Vi vil være tilbøyelige til å tro at det er en ulik praksis i de ulike fylkene og at Sør-Trøndelags anvendelse av lovverket er av høy faglig og etisk karakter.

Avslutningsvis kan det være verdt å ta



Foto: Kaja Owren.

med kommentarer fra en av informantene som deltok i en studie en av forfatterne gjennomførte for to år siden. Et intervju om livskvalitet med en kvinne som forfatteren hadde jobbet for på midten av 80-tallet ble avsporet med setningen: «Drev dere med nedlegging når du jobbet med meg?» «Hvorfor gjorde dere det? Det var fælt!» Den neste halvtimen ble brukt til å forklare hvorfor vi drev nedlegging. Hun repliserte med navns nevning hvilke av tjenesteyterne som hadde vært hardhendt, og avsluttet med å undre seg over hvorfor vi ikke gjorde som personalet gjør i dag; går ut av leiligheten hennes når hun blir sint. ●●●

Referanser:

- Alvarez, N. (2013): Atlantoaxial Instability in Down Syndrome. Hentet 17.02.14 fra:
<http://emedicine.medscape.com/article/1180354-overview>
- Assembly, U.N. (2006). Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York.
- Butler, J. (2014): How Safe Is The Schoolhouse? An Analysis of State Seclusion and Restraint Laws and Policies. (Updated to include new laws that were effective as of Jan. 12, 2014) Hentet 02.03.14 fra:
<http://www.autcom.org/pdf/HowSafeSchoolhouse.pdf>
- Department of Health, England, Social Care, Local Government and Care Partnership Directorate (2014): Positive and Proactive Care: reducing the need for restrictive interventions. Hentet fra www.gov.uk 19.05.14
- Fiflet A: Ansvar for politiets maktbruk i forbindelse med pågripelser – særlig knyttet til bruken av mageleie - Sivilombudsmannen 2010. Hentet 17.02.14 fra:
<https://www.sivilombudsmannen.no>
- Helsedirektoratet (2013): Notat datert 09.08.2013: Bruk av mageleie som tvangstiltak
- Holden, B., & Vagle, B. R., (2014). Rett grep til rett tid. *Fontene*, s. 55-57
- Lie, A. L. (2010). *Politiets bruk av fysisk makt*. PHS Forskning 2010:2
- McDonnell, A. (2013). *Håndtering av aggressiv atferd med lavaffektive tilnæringer*. Oslo: Universitetsforlaget.
- National Disability Rights Network (2010): *School Is Not Supposed to hurt. Update on Progress in 2009 to Prevent and Reduce Restraint and Seclusion in Schools*. National Disability Rights Network.
- NRK Rogaland. (12. november, 2011). – *Han blei medisinerert til døde*. (Video). Hentet fra
http://www.nrk.no/rogaland/_han-blei-medisinerert-til-dode-1.7869142
- Nunno, M. A., Holden, M. J., & Tollar, A. (2006) Learning from tragedy: A survey of child and adolescent restraint fatalities. *Child Abuse & Neglect* 30 (2006), pp. 1333–1342. Pergamon, Oxford, UK.
- Politidirektoratet (2007). *Halsgrep, mageleie ved pågripelse/innbringelse og transport av arrestanter m.v (2007/011)*. Hentet 01.03.2014,
fra https://www.politi.no/vedlegg/lokale_vedlegg/politidirektoratet/Vedlegg_281.pdf
- Protection and advocacy Inc. (2002)/ Disability rights of California (2008). The lethal hazard of prone restraint: positional asphyxiation. Hentet 02.03.14 fra:
<http://www.disabilityrightsca.org/pubs/701801.pdf>
- Rundskriv IS-10/2004. *Lov om sosiale tjenester kapittel 4A. Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning*. Sosial- og helsedirektoratet.
- Statistisk sentralbyrå. (2014). *Folkemengde, etter fylke*. Per 1. januar. Foreløpige tall hentet fra
<https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkemengde/aar/2014-02-20?fane=tabell&sort=nummer&tabell=164157>
- Straffeloven (2005). Lov om straff.
Hentet fra http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28?q=Straffeloven*
- Winston, M., Fleisig, N. & Winston. L. (2009). The premature call for a ban on prone restraint: A detailed analysis of the issues and evidence. Sunrise, FL: PCMA. Hentet 17.02.2014, fra
<http://www.pcma.com/pdf/prematurecallbanpronerestraint.pdf>
- Wooderson J. (2010) *Reducing the Risks Associated with the Use of Physical Restraint*. Queensland, Australia.

Presentasjon av forfatterne:



Bernt Barstad:

Vernepleier, Master i funksjonshemming og samfunn (NTNU), videreutdanning i målrettet miljøarbeid(HIAK) og sexologi (HIA). Barstad har bl.a. arbeidet ved Sentral Fagenhet for tvungen omsorg, og har vært ansatt ved Habiliteringstjenesten for voksne i Sør-Trøndelag siden 1991.
Epost: ess@exben.no



Kari Megrund:

Vernepleier, Master i Læring i komplekse systemer (Høgskolen i Akershus 2009), Studio III instruktør. Megrund er ansatt som høgskolelektor, avdeling for helse- og sosialfag ved Høgskolen i Østfold.
Epost: kmegrund@gmail.com



Trude Stenhammer:

Vernepleier, Pg.Dip i mental helse og utviklingshemning, King's College, London, Studio III instruktør. Stenhammer er ansatt i Stiftelsen SOR/Studio III Norge, og har oppdrag for habiliteringstjenester for voksne.
Epost: trudesor@gmail.com