Sykepleien
F·O·R·S·K·N·I·N·G

FAGFELLEVURDERT ARTIKKEL

Mestringstrygghet i møte med aggresjonsproblematikk før og etter MAP-kurs

Lynnette Himle
Spesialsykepleier
Psykiatrisk akuttmottak PAM2, Sandviken sykehus

Anja Marie Engh
Spesialvernepleier og seksjonsleder
Psykiatrisk akuttmottak PAM2, Sandviken sykehus

Mette Senneseth
Forsker og førsteamanuensis
Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Haukeland universitetssjukehus og Høgskulen på Vestlandet

Yrkesrelatert vold
Helsepersonell
psykiatri
Opplæringsprogram
Longitudinelt design

Sykepleien Forskning 2025;20(103109):e-103109
DOI: 10.4220/Sykepleienf.2025.103109

Bakgrunn: Vold og trusler mot helsepersonell er et økende globalt problem. Forskning tyder på at helsepersonell som jobber innenfor psykiatriske helsetjenester, har betydelig risiko for å bli utsatt for arbeidsrelatert vold. «Møte med aggresjonsproblematikk» (MAP) er et kurs som skal gi ansatte opplæring i å håndtere aggresjon hos pasienter. Det er i dag implementert i de fire norske helseregionene. Det er gjort lite forskning på MAP og hvilken betydning kurset har for ansatte.

Hensikt: Å undersøke hvorvidt gjennomført MAP-kurs øker ansattes mestringstrygghet overfor pasienter med aggresjonsproblematikk.

Metode: Studien er designet som en kvasieksperimentell pre–post-studie uten kontrollgruppe. Utvalget (N = 130 ved baseline [T0], n = 59 ved første oppfølging [T1] og n = 40 ved andre

oppfølging [T2]) besto av ansatte i psykisk helsevern og avdeling for rusmedisin som deltok på MAP-kurs i regi av et norsk helseforetak i perioden mai til september 2023. Dataene ble samlet inn gjennom spørreskjema mellom mai 2023 og januar 2024. For å måle mestringstrygghet benyttet vi det validerte skjemaet «Confidence in coping with patient aggression scale». Utvalget ble spurt om å fylle ut spørreskjemaet på tre ulike tidspunkter. Grunnlinjedata (*baseline data*) (T0) ble samlet inn før gjennomført MAP-kurs. De to siste undersøkelsene (T1 og T2) ble sendt ut elektronisk henholdsvis en og fire måneder etter deltakelse på MAP-kurs. Vi analyserte dataene ved hjelp av lineær blandet effekt-modell (LMM).

Resultat: En måned etter gjennomført MAP-kurs rapporterte deltakerne om en statistisk signifikant økning i opplevd mestringstrygghet ($p < 0{,}001$). Fire måneder etter kurs rapporterte deltakerne om tilnærmet lik opplevd mestringstrygghet som ved andre måletidspunkt. Den store effektstørrelsen ($d = 0{,}8$) kan tyde på at økningen er av betydning for den ansatte i møte med pasienter med aggresjonsproblematikk.

Konklusjon: Resultatene viser at deltakere rapporterte om økt mestringstrygghet i møte med pasienter med aggresjonsproblematikk etter at de hadde deltatt på MAP-kurs. Den økte mestringstryggheten så ut til å holde seg over tid.

Introduksjon

Vold og trusler mot helsepersonell er et økende globalt problem (1). Helsepersonell som jobber innenfor psykiatriske helsetjenester og rus, har større risiko for å bli utsatt for vold enn i andre helsetjenester (2, 3). I Norge er det dokumentert at de som arbeider i psykisk helsevern, har tolv ganger høyere risiko for å oppleve flere voldshendelser på arbeidsplassen enn andre helsearbeidere (4).

Å bli utsatt for vold kan medføre alvorlige fysiske og psykiske konsekvenser (5). Omfanget av vold og trusler mot helsepersonell har bidratt til nasjonal og internasjonal bekymring og et uttalt behov for opplæring og nødvendig øvelse i forebygging og håndtering av vold og trusler (1, 6).

De siste årene har helseforetakene i Norge utviklet og iverksatt opplæringsprogrammet «Møte med aggresjonsproblematikk» (MAP), som er et to dagers kurs i aggresjonsforståelse og -håndtering (7).

MAP er i dag innført som et kompetansekrav for ansatte i psykisk helsevern i Norge. Det finnes imidlertid lite kunnskap om hvilken betydning MAP-kurs har for ansatte i møte med aggresjon og vold. Det pågår derfor en nasjonalt koordinert forskningsinnsats som er opptatt av effekten av MAP på flere utfallsmål, som trygghet og sikkerhet for pasienter og personale, kvaliteten på terapeutiske relasjoner og bruk av tvangsmidler (8).

Studien vår inngår i denne satsingen som et selvstendig prosjekt som fokuserer på ansattes opplevelse av mestringstrygghet i møte med aggresjon – før og etter gjennomført MAP-kurs.

Mestringstrygghet refererer her til individets tillit til egne evner til å håndtere aggresjon og å intervenere på en måte som ivaretar både sin egen og pasientens sikkerhet (9). Det er en subjektiv oppfatning som påvirkes av troen på egne mestringsevner, som ifølge Bandura (10) er avgjørende for hvordan man tenker, motiverer seg selv og handler. Mestringstrygghet kan dermed spille en viktig rolle i å redusere voldelige hendelser.

Det er imidlertid ikke gitt at et enkelt kurs gir de ønskede effektene i praksis. Stor variasjon i de ulike kursene som tilbys internasjonalt, gjør det vanskelig å oppsummere funn. Det er ikke dokumentert at opplæring og trening i å forebygge og redusere vold på arbeidsplassen påvirker den volden som er rettet mot helsepersonell (11). Enkelte studier viser imidlertid økt mestringstrygghet etter ulike former for opplæring i aggresjonshåndtering (12, 13).

I norsk kontekst har undervisning i deeskalering vist seg å øke mestringstryggheten blant sykepleierstudenter (14). Lamont og Brunero (12) fant signifikant forbedring av deltakernes risikovurderinger, bruk av deeskalerende virkemidler og håndtering av voldelige situasjoner etter gjennomført kurs i håndtering av vold på arbeidsplassen.

Fuente og medarbeidere (13) rapporterte om økning i mestringstrygghet blant deltakerne etter et fire timers kurs om varselsignaler for vold, kommunikasjonsstrategier for å dempe aggresjon og håndtering av aggressiv atferd. Det er behov for å undersøke om det norske alternativet, MAP, som nå tas i bruk nasjonalt, øker ansattes mestringstrygghet i møte med aggresjon hos pasienter i psykisk helsevern.

Innhold i kurset «Møte med aggresjonsproblematikk» – MAP

MAP er resultatet av et samarbeidsprosjekt mellom de fire helseregionene i Norge. Hensikten var å utarbeide en standardisert, kunnskapsbasert og kvalitetssikret opplæring av ansatte relatert til aggresjons- og voldsproblematikk (7).

Kurset består av ti moduler og gjennomføres over to dager. Opplæringen omfatter kunnskap om vold og aggresjon, opplæring i risikovurdering og miljøterapeutiske virkemidler for å forebygge vold og aggresjon, bevissthet rundt egne fysiske og psykiske reaksjoner, kunnskap om deeskalering og trening på fysiske teknikker for å håndtere vold (15). En fagartikkel i Sykepleien beskriver innholdet i MAP og viser hvor mange timer de trente på fysiske teknikker (7).

Teoretisk rammeverk

Det finnes ingen norsk definisjon av begrepet «mestringstrygghet». Thackrey (9) definerer mestringstrygghet (*clinical confidence in coping with patient aggression*) som tro på egen mestringsevne til å gripe inn trygt og effektivt, både psykologisk og fysisk, overfor pasienter med aggresjonsproblematikk, på en måte som ivaretar en selv og pasienten på en terapeutisk måte.

Begrepet «mestringstrygghet» kan tolkes med utgangspunkt i Banduras definisjon av begrepet «mestringstro». Bandura (16) definerer mestringstro som individets tro på egen evne til å

organisere og utføre handlinger, og mener at dette er fundamentet for opplevelsen av å ha kontroll over egne handlinger og resultater. Mestringstro er imidlertid en subjektiv vurdering av egne ferdigheter og er dermed ingen garanti for at man faktisk vil oppnå forventet resultat.

Bandura (16) hevder at mer kunnskap kan bidra til å øke egen mestringstro, hvilket igjen kan føre til endringer i det vi gjør eller tenker. I møte med truende situasjoner kan mestringstro dermed påvirke hvordan man vurderer og håndterer situasjonen. Hvis man vurderer at man kan håndtere situasjonen, vil man oppleve mindre stress enn en som tviler på egen evne til håndtering (17).

Tidligere erfaringer har også stor betydning for egne forventninger til å mestre oppgaver og utfordringer. Har man tidligere lykkes, er man mer tilbøyelig til å tro at man kan gjøre det igjen (16).

Hensikten med studien

Hensikten med studien var å undersøke om de ansatte føler seg tryggere på å mestre pasienters aggresjon etter å ha deltatt på MAP-kurs. Vi ville også finne ut hvorvidt mestringstryggheten til de ansatte endret seg over tid.

Metode

Design

Studien er designet som en kvasieksperimentell pre–post-studie uten kontrollgruppe, der det samme utvalget ble undersøkt på tre ulike måletidspunkter. Dette designet ble benyttet fordi vi ønsket å undersøke ansattes mestringstrygghet før og etter kurs samt over tid. Vi utførte en pretest før kurs (T0) og to posttester (T1 og T2). Den første posttesten (T1) ble gjennomført cirka en måned etter endt kurs, den andre cirka fire måneder etter endt kurs (T2).

Rekruttering

Alle kursdeltakere som deltok på MAP-kurs i det aktuelle helseforetaket i perioden mai til september 2023, ble invitert til å delta i studien. Vi rekrutterte fra til sammen ni MAP-kurs i denne perioden. Kursdeltakerne var ansatte fra psykisk helsevern og avdeling for rusmedisin i et helseforetak på Vestlandet. Deltakerne ble fortløpende rekruttert da de møtte opp til første kursdag (*consecutive sampling*).

Datainnsamling

Vi samlet inn dataene gjennom spørreskjema fra mai 2023 til januar 2024. Spørreskjemaet ble utlevert i papirform ved oppmøte første kursdag og samlet inn etter 15 minutter. Dette utgjorde pretestmålingen (T0). De to siste undersøkelsene (T1 og T2) ble innhentet digitalt via det elektroniske verktøyet Survey Exact.

Digitale spørreskjemaer ble sendt ut til utvalget per e-post, henholdsvis en og fire måneder etter endt MAP-kurs. Etter at spørreskjemaet ble sendt ut til deltakerne, mottok de en påminnelse om å svare etter sju og ti dager.

For å bevare deltakernes konfidensialitet ble de bedt om å oppgi en kode etter en spesifikk oppskrift. Koden besto av bokstaver og tall. De oppga samme kode ved alle tre måletidspunktene. På den måten hentet vi ikke inn andre identifiserende personopplysninger enn e-post-adressen.

Instrument og variabler

For å måle deltakernes subjektive mestringstro i møte med pasientaggresjon benyttet vi spørreskjemaet «Confidence in coping with patient aggression scale», utviklet av Thackrey (9).

Spørreskjemaet består av ti spørsmål med svaralternativer rangert fra 1–11, fra svært dårlig til svært godt. Et lavt tall tyder på lavere grad av mestringstrygghet, mens et høyt tall tyder på høyere grad av mestringstrygghet. Lavest mulige totalskår er 10, mens høyest mulig er 110. Spørreskjemaet er utformet for å gi en total poengsum av alle spørsmålene og gir ikke en analyse av individuelle elementer. Det er utarbeidet en norsk versjon som har vært benyttet i en tidligere norsk studie (14).

«Confidence in coping with patient aggression scale» har vært brukt flere ganger i tidligere forskning (18, 19), der de har målt trygghet ved håndtering av pasienter med aggresjonsproblematikk. Instrumentet har vist seg å ha høy grad av reliabilitet (Cronbachs alfa = 0,92) og validitet (9).

I studien vår ble Cronbachs alfa beregnet til 0,96 (T0), som viser en høy indre konsistens, og som styrker skalaens reliabilitet. I tillegg ba vi deltakerne om å oppgi demografiske variabler for å kunne beskrive utvalget i studien.

Dataanalyse

Vi analyserte dataene ved hjelp av IBM SPSS Statistics versjon 29.0. Deskriptive analyser ble benyttet for å beskrive utvalget i undersøkelsen. Her benyttet vi frekvensanalyser og gjennomsnittsanalyser, som ble gjengitt med gjennomsnittsverdier og standardavvik (SD).

Vi utførte en frafallsanalyse ved å bruke Pearsons khikvadrattest for å sammenlikne deltakerne som falt fra, og deltakerne som fullførte studien. Det er ikke gjort analyser av enkeltelementer i spørreskjemaet, da dette instrumentet kun er anbefalt for analyser av totalskår (9).

Vi analyserte dataene ved hjelp av lineær blandet effekt-modell (LMM), som er egnet i longitudinelle studier, der utfallsvariabelen ble analysert som en funksjon av tid. Vi analyserte en *random intercept, fixed slope*-modell, det vil si individuelle forskjeller i nivåer og lik endring for alle over tid. *Intercept* ble satt til baseline (T0).

Det var ikke mulig å estimere individuelle forskjeller i endring over tid. Tidsvariablene ble spesifisert som kovariater, der den første representerte endring fra T0 til T1, og den andre endring fra T1 til T2. Estimator var *restricted maximum likelihood* (REML). En diagonal (DIAG) kovariansstruktur ble spesifisert for innomindivid-residualer. Signifikansnivået ble satt til 0,05.

Effektstørrelse ble beregnet ved å benytte de modellestimerte verdiene (estimerte snittverdier og kvadratroten av *intercept*-variansen) fra LMM-resultatene inn i formelen for Cohens *d* [(M_3 – M_1) / SD_3], og vurdert opp mot kriteriene for effektstørrelse som er foreslått av Sullivan og Fein (20), liten (d = 0,2), medium (d = 0,5) og stor ($d \geq 0,8$). Effektstørrelser sier noe om betydningen (*impact*) eller størrelsen på effekten, utover statistisk signifikans (20).

Etiske hensyn

Deltakerne ble informert muntlig og skriftlig om studiens formål, hvordan dataene ble håndtert, og at det var frivillig å delta i studien. Vi innhentet skriftlig samtykke fra alle som deltok. Samtykkeskjema og spørreskjema ble oppbevart i henhold til HVLs retningslinjer (21). Det var ingen ulemper forbundet med å delta i studien.

Studien ble meldt til Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (referansenummer 721867). Det var ikke nødvendig å søke om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

Resultater

Utvalg

Det var til sammen 133 kursdeltakere som ble invitert til å delta i studien. Alle 133 besvarte pretesten, men tre av besvarelsene ble ekskludert fra studien fordi samtykkeskjemaet eller spørreskjemaet ikke var tilstrekkelig utfylt. Studiens utvalg besto dermed av 130 deltakere (N = 130) på baseline (T0).

De fleste av de 130 deltakerne var ansatt på heltid på psykiatrisk klinikk, de var mellom 18 og 34 år gamle, utdannet som helsepersonell og hadde arbeidet på arbeidsplassen i mindre enn tre år (tabell 1).

Tabell 1. Beskrivelse av utvalget med demografiske variabler

	T0		T1		T2	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Deltakere	130	100	59	45,4	40	30,8
Arbeidssted						
Psykiatrisk klinikk	69	53,1	33	55,9	26	65,0
Klinikk sikkerhetspsykiatri	13	10,0	3	5,0	3	7,5
DPS	13	10,0	6	10,1	2	5,0
AFR	28	21,5	15	25,4	8	20,0
PBU	7	5,4	2	3,3	1	2,5
Alder						
18–34 år	90	69,2	38	64,4	27	67,5
35–50 år	31	23,8	17	28,8	8	20,0
51+ år	9	6,9	4	6,8	5	12,5
Stillingstype*						
Assistent	38	29,2	18	30,5	13	32,5
Helsepersonell	83	63,8	37	62,7	23	57,5
Annet	9	6,9	4	6,8	4	10,0
Stillingsprosent						
Heltid	78	60,0	37	62,7	26	65,0
Deltid	52	40,0	22	37,3	14	35,0
Arbeidserfaring						
Mindre enn 3 år	94	73,3	39	66,1	30	75,0
3–10 år	22	16,9	15	25,4	5	12,5
Mer enn 10 år	14	10,8	5	8,5	5	12,5

Forkortelser: AFR = avdeling for rusmedisin, DPS = distriktspsykiatrisk senter, PBU = psykisk helsevern barn og unge, T0 = pretest før kurs, T1 og T2 = posttester
*Assistent: miljøpersonale uten helsefaglig utdanning, Helsepersonell: personell med helsefaglig utdanning, Annet: yrkesgrupper med pasientkontakt som ikke er en del av miljøpersonalet på avdelingen

Frafallsanalyse

Av de 130 inkluderte deltakere var det 59 som besvarte T1 og 40 som fullførte alle tre undersøkelsene. Det ga en svarprosent på 30,8 prosent ved siste måletidspunkt (tabell 1). Vi fant ingen signifikant forskjell mellom deltakerne som falt fra, og deltakerne som fullførte undersøkelsen, verken i alder (p = 0,48), stillingsprosent (p = 0,57) eller arbeidssted (p = 0,36).

Mestringstrygghet i møte med pasienter med aggresjonsproblematikk

Totalskåren for mestringstrygghet var 49,0 (SE 1,62) på T0, 61,1 (SE 1,85) på T1 og 60,87 (SE 2,20) på T2 (tabell 2). Rent deskriptivt ser vi at personer med tidligere kurs, høyere alder og lengre arbeidserfaring skårer høyest på mestringstrygghet før kurs.

Fordi det var få personer i hver av undergruppene har vi ikke nok statistisk styrke til å analysere forskjellene. Etter deltakelse på MAP-kurs så vi deskriptivt at alle undergruppene hadde en økning i mestringstrygghet, unntatt den eldste aldersgruppen og de med «annen stillingstype».

Tabell 2. Mestringstrygghet før og etter MAP-kurs fordelt på ulike demografiske grupper

	T0	T1		T2	
	Gjennomsnitt (SD)	**Gjennomsnitt (SD)**		**Gjennomsnitt (SD)**	
Arbeidssted					
Psykiatrisk klinikk	47,26 (18,59)	60,03 (18,19)		57,85 (17,95)	
Klinikk for sikkerhets-psykiatri	65,31 (15,59)	80,67 (17,99)		82, 33 (11,15)	
DPS	49,15 (17,43)	62,00 (14,14)		49,50 (12,02)	
AFR	43, 96 (13,40)	55,80 (16,05)		54,25 (15,86)	
PBU	55,00 (13,30)	60,00 (21,21)		79,00 (-)	
Alder					
18–34	47,70 (17,41)	59,50 (15,64)		56,78 (17,10)	
35–50	49,43 (16,46)	63,94 (21,52)		70,13 (20,59)	
51+	60,22 (22,66)	51,00 (16,23)		53,80 (14,18)	
Stillingstype*					
Assistent	50,89 (15,96)	63,53 (15,50)		64,38 (15,63)	
Helsepersonell	47,99 (18,48)	60,68 (18,25)		58,52 (19,11)	
Annet	50,22 (18,85)	45,40 (13,37)		45,00 (12,94)	
Stillingsprosent					
Heltid	47,13 (18,58)	56,62 (17,89)		55,19 (19,15)	
Deltid	51,80 (16,12)	66.23 (15,51)		66,29 (13,44)	
Arbeidserfaring					
Mindre enn 3 år	47,95 (16,46)	59,21 (16,51)		58,47 (16,72)	
3–10 år	49,68 (21,85)	64,20 (20,54)		62,20 (28,42)	
Mer enn 10 år	55,23 (19,14)	56,00 (17,44)		59,60 (17,59)	
Tidligere kurs					
Ja	56,21 (19,75)	71,92 (17,16)		77,00 (19,08)	
Nei	47,40 (16,97)	56,89 (16,35)		55,27 (15,54)	
	Est. gj.snitt (SE)	**Est. gj.snitt (SE)**	*d****	**Est. gj.snitt (SE)**	*d****
Totalskår**	48,98 (1,62)	61,10 (1,85)	0,84	60,87 (2,20)	0,82

Forkortelser: AFR = avdeling for rusmedisin, DPS = distriktspsykiatrisk senter, PBU = psykisk helsevern barn og unge, SD = standardavvik, SE = standardfeil , T0 = pretest før kurs, T1 og T2 = posttester
*Assistent: miljøpersonale uten helsefaglig utdanning, Helsepersonell: personell med helsefaglig utdanning, Annet: yrkesgrupper med pasientkontakt som ikke er en del av miljøpersonalet på avdelingen
**Gjennomsnittlig totalskår estimert fra LMM-analysene *(linear mixed model)*
***Cohens *d*, beregnet ved å bruke de modellestimerte verdiene (estimerte snittverdier og kvadratroten av intercept-variansen) fra LMM-resultatene inn i formelen for Cohens d [$(M_3 - M_1) / SD_3$]

Alle enkeltspørsmålene og de tilhørende gjennomsnittsskårene på alle enkeltspørsmålene er gjengitt i tabell 3.

Tabell 3. Gjennomsnittlig verdi for hvert enkelt spørsmål om mestringstrygghet, fordelt på hvert tidspunkt

Spørsmål om mestringstrygghet skåret på skala 1–11	T0 (N = 130) Gjennomsnitt (SD)	T1 (N = 59) Gjennomsnitt (SD)	T1 (N = 40) Gjennomsnitt (SD)
1. Hvor trygg er du i arbeidet med en aggressiv pasient?	5,37 (2,04)	6,17 (1,80)	6,28 (1,77)
2. Hvor godt trent er du i å håndtere psykologisk/verbal aggresjon?	5,13 (2,09)	6,29 (2,10)	6,15 (1,83)
3. I hvilken grad er du i stand til å gripe inn fysisk overfor en aggressiv pasient?	4,46 (2,38)	5,83 (2,41)	5,32 (2,79)
4. Hvor selvsikker føler du deg i møte med en aggressiv pasient?	4,88 (2,11)	5,73 (2,02)	5,80 (2,10)
5. I hvilken grad er du i stand til å gripe inn psykologisk/verbalt overfor en aggressiv pasient?	5,79 (2,07)	6,68 (1,96)	6,83 (2,01)
6. Hvor godt trent er du i å håndtere fysisk aggresjon?	3,88 (2,27)	5,58 (2,13)	4,97 (2,29)
7. Hvor trygg føler du deg i nærheten av en aggressiv pasient?	4,92 (2,05)	5,76 (2,17)	5,78 (2,20)
8. Hvor effektive er teknikkene du kan til å håndtere aggresjon?	4,78 (1,90)	6,20 (1,75)	5,95 (2,21)
9. I hvilken grad er du i stand til å dekke behovene til en aggressiv pasient?	4,87 (1,70)	6,00 (1,84)	6,18 (1,88)
10. I hvilken grad er du i stand til å beskytte deg fysisk mot en aggressiv pasient?	5,05 (2,32)	5,97 (2,05)	5,83 (2,53)

Forkortelse: SD = standardavvik, T0 = pretest før kurs, T1 og T2 = posttester

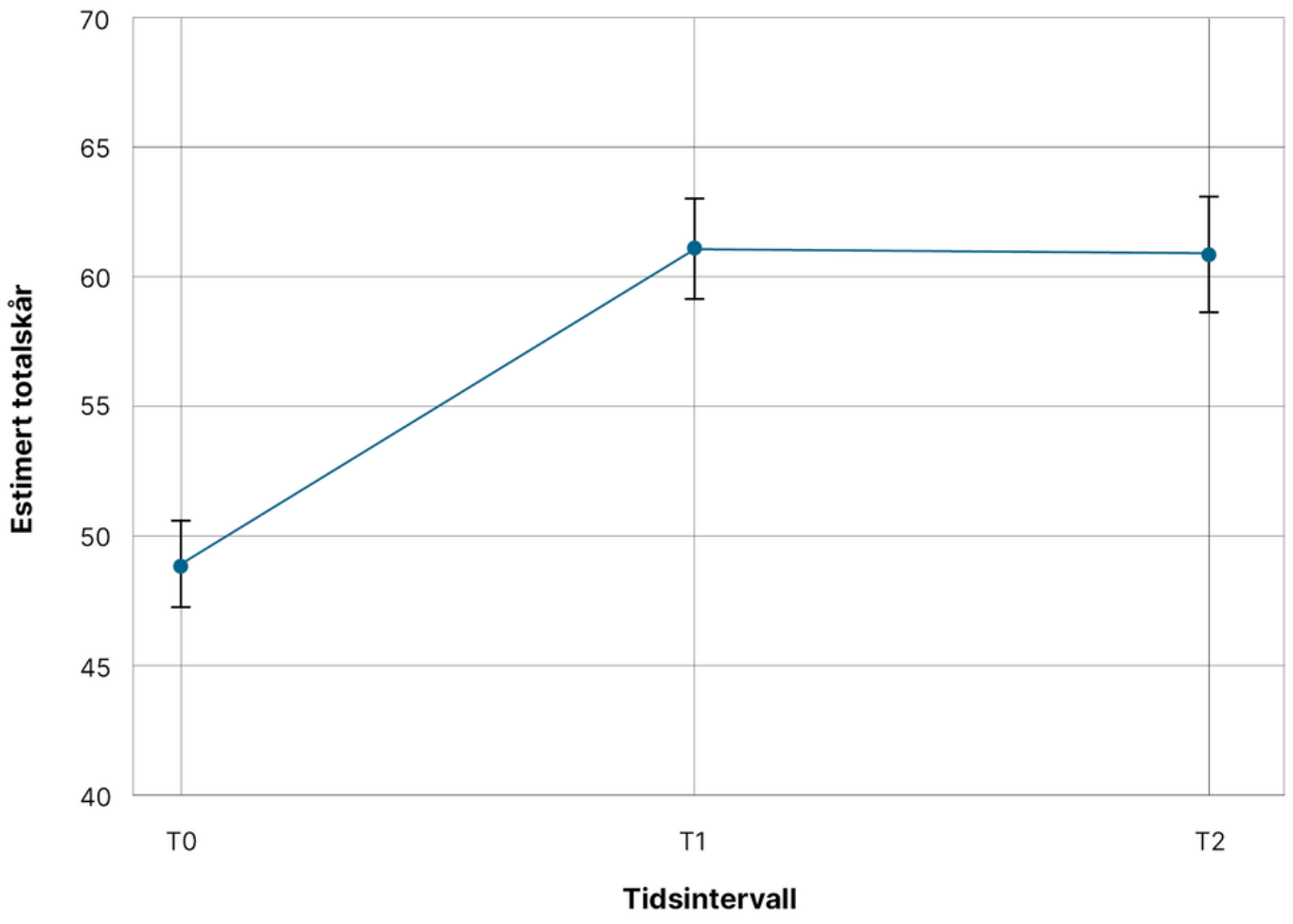
Resultatene fra LMM-analysen viste en statistisk signifikant økning i mestringstrygghet over tid (tabell 4). Endringen fra T1 til T2 var derimot ikke statistisk signifikant, noe som betyr at de økte skårene fra T1 har holdt seg på tilsvarende nivå på T2, fire måneder etter kurset (tabell 4) (figur 1).

Tabell 4. Endring i mestringstrygghet over tre ulike tidspunkter

			KI	
	Estimat	**P-verdi**	**Nedre**	**Øvre**
Nivå (T0)	48,98	< 0,001	45,77	52,19
Endring T0–T1	12,13	< 0,001	8,78	15,47
Endring T1–T2*	−0,23	0,906	−4,21	3,74

Forkortelse: KI = konfidensintervall
*T2 utgangspunkt for beregning av endring

Figur 1. Endring i mestringstrygghet over tid



Størrelsen på endringen målt fra T0 ble vurdert til å være stor, både på tidspunkt T1 (d = 0,84) og T2 (d = 0,82) (tabell 2).

Diskusjon

Hensikten med denne studien var å undersøke om ansatte i spesialisthelsetjenesten som har deltatt på MAP-kurs, får økt mestringstrygghet i møte med pasienter med aggresjonsproblematikk. MAP har som mål å redusere aggressive og voldelige episoder samt øke tryggheten og sikkerheten for både pasienter og personale (15).

Økt mestringstrygghet

Denne studien så spesifikt på opplevd mestringstrygghet hos de ansatte. Resultatene i studien viser en statistisk signifikant økning i selvrapportert mestringstrygghet av en størrelse som kan vurderes å ha betydning for ansatte. Resultatene samsvarer med funn fra liknende studier (12, 13). Der fant de at økt nivå av mestringstrygghet vedvarte også fire måneder etter kurs.

Studier har vist at høy mestringstro henger sammen med bedre prestasjoner, både i arbeidslivet og idrett (22, 23). Disse funnene understøtter ideen om at troen på egen mestringsevne har en direkte og målbar effekt på faktisk ytelse.

Overført til helsefaglig praksis antyder Dunn og medarbeidere (24) at mestringstro spiller en viktig rolle i hvordan helsepersonell håndterer utfordrende situasjoner, som for eksempel pasientaggresjon. Deres studie av psykiatriske sykepleiere viser at høy mestringstro var assosiert med mer effektiv og trygg håndtering av aggresjon (24). Dette understreker viktigheten av å styrke helsepersonells tro på egen mestringsevne.

Mulige forklaringer på økt mestringstrygghet

En mulig årsak til det positive utfallet i mestringstrygghet etter MAP-kurs kan være at opplæringen i stor grad oppfyller anbefalinger for programmer som skal forebygge yrkesrelatert vold. Ifølge Beech og Leather (25) bør slike programmer inkludere opplæring i teorier og vold, risikovurderinger, forebyggende tiltak, relasjonelle tilnærminger og oppfølging etter hendelser.

En annen mulig årsak kan være at deltakerne har mestret å anvende kunnskapen og erfaringen de tilegnet seg gjennom MAP-kurs. Ifølge Bandura (16) initieres atferdsendringer gjennom tilført kunnskap. Tidligere mestringserfaringer har også stor innflytelse på individers mestringstro (16). Dermed kan også positive opplevelser i møte med pasientaggresjon ha økt deltakernes opplevelse av mestringstrygghet. Dette har imidlertid ikke studien undersøkt nærmere.

En tredje faktor som kan ha påvirket deltakernes mestringstrygghet, er opplevelsen av redusert stress og økt kontroll. Stress og angst er fysiologiske responser på fare, og opplæringen i MAP inkluderer elementer av selvregulering for å håndtere faretruende situasjoner (15).

Bandura påpeker at mestringstro er knyttet til kontroll over tanker, motivasjon og følelser (16), som igjen kan relateres til lavere stressnivåer. Mestringstrygghet gjør det lettere å møte pasientaggresjon på en profesjonell måte (9, 15), mens mangel på trygghet kan føre til uhensiktsmessige reaksjoner som kan eskalere konflikter (26, 27).

Kort oppsummert kan mestringstrygghet redusere stressnivået hos den ansatte, som i sin tur kan redusere pasientaggresjon og hindre eskalering av truende situasjoner.

Økt mestringstrygghet kan beskytte mot vold

En ønsket konsekvens av økt mestringstrygghet er at den kan beskytte mot konsekvensene av vold og trusler. Forskning viser at mestringstrygghet kan være en buffer mot utbrenthet (24) og PTSD (28). Videre har vi funnet studier som viser sammenheng mellom PTSD-symptomer, følelsesmessig ustabilitet og økt risiko for arbeidsrelatert vold (29–31).

Disse funnene antyder at personer med høy mestringstrygghet i møte med pasientaggresjon kan være mindre utsatt for vold og negative konsekvenser av vold. Vi kan ikke i denne studien dokumentere at økt mestringstrygghet har bidratt til redusert eksponering for aggresjon og vold.

Imidlertid viser resultatene at MAP-kurs øker mestringstryggheten, som kan være en beskyttende faktor mot utbrenthet og PTSD, som igjen kan redusere risikoen for å bli utsatt for vold. Dette må undersøkes nærmere i fremtidige studier i en norsk kontekst.

Analysene av mestringstrygghet avdekket en økning på omtrent ett poeng per spørsmål i måleinstrumentet før og etter deltakelse på MAP-kurs. Ifølge Thackrey (9) indikerer det en realistisk økning i selvtillit etter opplæring. Helsepersonell trenger en fornuftig grad av realistisk selvtillit for å kunne håndtere pasientaggresjon på en profesjonell og terapeutisk måte (9).

Vancouver og medarbeidere (32) og Nau og medarbeidere (33) påpeker derimot at mestringstrygghet i seg selv kan føre til overdreven selvtillit og større sannsynlighet for feilvurderinger.

Vancouver og Kendall (34) påpeker i sin artikkel at mestringstrygghet kan gi en falsk trygghet hvis ikke nødvendig utdanning, erfaring og motivasjon er til stede. Videre hevder de at det kan være vanskelig å avgjøre om økt mestringstrygghet skyldes faktisk kompetanse, troen på egen evne eller en kombinasjon av begge (34). Disse momentene bør være sentrale for videre forskning på mestringstrygghet i møte med aggresjonsproblematikk.

Økt mestringstrygghet kan ha positive effekter på pasienter

I studien vår undersøkte vi hvorvidt ansatte opplever økt mestringstrygghet i møte med pasientaggresjon etter at de har fullført MAP-kurs. På bakgrunn av teori om mestringstro og tilgjengelig forskning indikerer funnene i denne studien at MAP-kurs kan øke ansattes mestringstrygghet, som igjen kan påvirke møter med aggresjonsproblematikk på en positiv måte.

Vi har imidlertid ikke belegg for å hevde at en økt opplevd mestringstrygghet hos helsepersonell også vil være gunstig for pasientene. Det må undersøkes gjennom eksperimentelle metoder i fremtidige studier. Samtidig finner en studie av Dunn og

medarbeidere (24) en sammenheng mellom høy mestringstrygghet hos pleiere og pasientenes velvære. De fant at pleiere med høy grad av mestringstrygghet også opplevde mer optimisme og mindre følelsesmessig belastning i møte med pasientene (24).

Videre hevder Ozer og Bandura (35) at mestringstro kan redusere angst og sårbarhetsfølelse, og dermed påvirke personens vurderinger av risiko og fare. Det er også studier som viser at angst og usikkerhet kan bidra til lavere terskel for bruk av tvangsmidler (36, 37), og at treningsprogram i håndtering av pasientaggresjon kan bidra til å redusere bruken av tvang (38). Derfor er det rimelig å anta at økt mestringsfølelse hos ansatte kan ha en positiv effekt overfor pasienter med aggresjonsproblematikk.

Styrker og begrensninger ved studien

Denne studien har flere begrensninger. Den største svakheten ved en pre–post-studie er fraværet av en kontrollgruppe. Vi kan derfor ikke si noe sikkert om effekten av MAP-kurs. Derfor må studiens resultater tolkes med forsiktighet.

Fremtidige studier med eksperimentelt design og større utvalg er anbefalt for å kunne si noe sikkert om effektene av at ansatte deltar på MAP-kurs. Vi anbefaler også å se på et større antall utfallsmål, som pasientrapporterte utfallsmål og episoder med tvangsbruk og voldshendelser på avdelinger som har implementert MAP.

Denne studien har en total frafallsprosent fra T0 til T2 på 69,3 prosent, noe som kan true studiens interne validitet. Det styrker likevel studien at vi utførte en frafallsanalyse uten å finne signifikant forskjell i alder, stillingsprosent eller arbeidssted mellom deltakerne som falt fra, og deltakerne som gjennomførte studien.

Utvalget i studien er relativt lavt på grunn av høyt frafall. Det begrenser studiens generaliserbarhet. Det er imidlertid en styrke at dataene er analysert med LMM, som håndterer manglende data (*missing*).

Vi planla å gjøre en regresjonsanalyse av hvorvidt det påvirket mestringstryggheten å ha opplevd vold i etterkant av kurs. Imidlertid var det bare noen veldig få som hadde opplevd dette. Derfor gjennomførte vi ikke regresjonsanalyser.

Studiens styrker er at den tok høyde for systematiske skjevheter ved at vi brukte fortløpende utvalg og fulgte individer over tid på individnivå, og ikke bare på gruppenivå.

Konklusjon

Resultatene fra denne studien viser at opplæring i MAP gir deltakerne økt mestringstrygghet overfor pasientaggresjon, som holder seg over tid. Dette er bra for ansatte, da mestringstrygghet er knyttet til økt selvtillit, redusert angst og sårbarhetsfølelse og kan fungere som en buffer mot utbrenthet.

Det er imidlertid nødvendig med replikasjonsstudier over et lengre tidsrom med større utvalg, og som inkluderer kontrollgruppe for å si noe sikkert om effekten av MAP. Hvorvidt MAP også bedrer pasientbehandlingen, bør være sentralt i videre forskning. Det vil være nyttig å undersøke betydningen av MAP fra pasientens perspektiv samt hvordan MAP-kurs for ansatte påvirker pasientenes opplevelse av helsehjelpen.

Takksigelse

Takk til Rolf Gjestad ved Divisjon psykisk helsevern, Haukeland universitetssjukehus i Helse Bergen HF for å ha bidratt med å gjennomføre og tolke statistiske analyser i studien.

Interessekonflikter

- *Studien ble utført etter initiativ fra Thomas Nag, som var daglig leder for MAP ved studiens start.*
- *Anja Engh er utdannet MAP-instruktør.*
- *Alle tre forfatterne av denne studien er ansatt i virksomheten vi samlet inn data fra.*

Åpen tilgang CC BY 4.0

IDENTIFISERE TRIGGERE: På kurset lærer de varselsignaler for vold, kommunikasjonsstrategier for å dempe aggresjon og håndtering av aggressiv atferd. *Illustrasjonsfoto: Yuri Arcurs / Mostphotos*

1. Verdens helseorganisasjon (WHO). Occupational health: health workers [internett]. Genève: WHO; 7. november 2022 [hentet 4. oktober 2023]. Tilgjengelig fra: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/occupational-health--health-workers

2. Liu J, Gan Y, Jiang H, Li L, Dwyer R, Lu K, et al. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. BMJ. 2019;76(12):927–37. DOI: 10.1136/oemed-2019-105849

3. Rosenthal LJ, Byerly A, Taylor AD, Martinovich Z. Impact and prevalence of physical and verbal violence toward healthcare workers. Psychosomatics. 2018;59(6):584–90. DOI: 10.1016/j.psym.2018.04.007

4. Nøland ST, Taipale H, Mahmood JI, Tyssen R. Analysis of career stage, gender, and personality and workplace violence in a 20-year nationwide cohort of physicians in Norway. JAMA Netw Open. 2021;4(6):e2114749. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.14749

5. Mento C, Silvestri MC, Bruno A, Muscatello MRA, Cedro C, Pandolfo G, et al. Workplace violence against healthcare professionals: a systematic review. Aggress Violent Behav. 2020;51:1–8. DOI: 10.1016/j.avb.2020.101381

6. Forskrift om utførelse av arbeid, bruk av arbeidsutstyr og tilhørende tekniske krav (forskrift om utførelse av arbeid). FOR-2001-12-21-1530 [hentet 11. november 2025]. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-06-1357

7. Nag T, Hammer J, Eidhammer G, Svenning B, Hagen JH, Viste L, et al. MAP kan redusere vold og fremme trygghet i helsetjenesten. Sykepl Forsk. 2024;112(97100):e-97100. DOI: 10.4220/Sykepleiens.2024.97100

8. Senneseth M, Eidhammer G, Askeli A, Lockertsen Ø. Pilotstudie for evaluering av MAP [internett]. Cristin; 2. april 2021 [oppdatert 20. desember 2024; hentet 24. mars 2025]. Tilgjengelig fra: https://app.cristin.no/projects/show.jsf?id=2510330

9. Thackrey M. Clinician confidence in coping with patient aggression: assessment and enhancement. Prof Psychol Res Pr. 1987;18(1):57–60.

10. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1977;2(84):191–215.

11. Geoffrion S, Hills DJ, Ross HM, Pich J, Hill AT, Dalsbø TK, et al. Education and training for preventing and minimizing workplace aggression directed toward healthcare workers. Cochrane Database Syst Rev. 2020;9(9):1–81. DOI: 10.1002/14651858.CD011860.pub2

12. Lamont S, Brunero S. The effect of a workplace violence training program for generalist nurses in the acute hospital setting: a quasi-experimental study. Nurse Educ Today. 2018;68:45–52. DOI: 10.1016/j.nedt.2018.05.008

13. Fuente M, Schoenfisch A, Wadsworth B, Foresman-Capuzzi J. Impact of behaviour management training om nurses' confidence in managing pasient aggression. J Nurs Adm. 2019;49(2):73–8. DOI: 10.1097/NNA.0000000000000713

14. Nag T, Gjestad R, Senneseth M. Opplæring i deeskalering: følger for sykepleierstudenters ferdigheter og selvtillit. Sykepl Forsk. 2023;18(92716):e-92716. DOI: 10.4220/Sykepleienf.2023.92716

15. Nag T, Kristiansen GMB, Viste L, Fotland TS, Kjærvik K, Holtskog TE, et al. MAP Presentasjonsmanual. Bergen: SIFER; 2019.

16. Bandura A. Self efficacy: the exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997.

17. Bandura A, Reese L, Adams NE. Microanalysis of action and fear arousal as a function of differential levels of perceived self-efficacy. J Pers Soc Psychol. 1982;43(1):5–21. DOI: 10.1037//0022-3514.43.1.5

18. Guay S, Goncalves J. Boyer R. Evaluation of an education and training program to prevent and manage patients' violence in a mental health setting: a pretest-posttest intervention study. Healthc (Basel). 2016;4(3):1–10. DOI: 10.3390/healthcare4030049

19. Needham I, Abderhalden C, Zeller A, Dassen T, Haug HJ, Fischer JE, et al. The effect of a training course on nursing students' attitudes toward, perceptions of, and confidence in managing patient aggression. J Nurs Educ. 2005;44(9):415–20. DOI: 10.3928/01484834-20050901-06

20. Sullivan GM, Feinn R. Using effect size – or why the p value is not enough. J Grad Med Educ. 2012;4(3):279–82. DOI: 10.4300/JGME-D-12-00156.1

21. Høgskulen på Vestlandet. Oppbevaring av aktive forskningsdata [internett]. Bergen: Høgskulen på Vestlandet; u.å. [oppdatert 6. juni 2024; hentet 11. november 2025]. Tilgjengelig fra: https://www.hvl.no/forsking/forskingsetikk/retningslinjer/oppbevaring-av-aktive-forskningsdata/

22. Stajkovic AD, Luthans F. Self-efficacy and work-related performance: a meta-analysis. Psychol Bull. 1998;124(2):240–61. DOI: 10.1037/0033-2909.124.2.240

23. Moritz EE, Feltz DL, Fahrbach KR, Mack DE. The relation of self-efficacy measures to sport performance: a meta-analytic review. Res Q Exerc Sport. 2000;3(71):280–94. DOI: 10.1080/02701367.2000.10608908

24. Dunn K, Elsom S, Cross W. Self-efficacy and locus of control affect management of aggression by mental health nurses. Ment Health Nurs. 2007;28(2):201–17. DOI: 10.1080/01612840601096321

25. Beech B, Leather P. Workplace violence in the health care sector: a review of staff training and integration of training evaluation models. Aggress Violent Behav. 2006;11(1):27–

43. DOI: 10.1016/j.avb.2005.05.004

26. Harris A, Meland A. Selvregulering. I: Nag T, Kristiansen GMB, Viste L, Fotland TS, Kjærvik K, Holtskog TE, et al, red. MAP Opplæringsmanual. Bergen: SIFER; 2019.

27. Haugvaldstad MJ, Husum TL. Influence of staff's emotional reactions on the escalation of patient aggression in mental health care. Int J Law Psychiatry. 2016;49(Pt A):130–7. DOI: 10.1016/j.ijlp.2016.08.005

28. Lu J, Yu Y, Wang B, Zhang Y, Ji H, Chen X, et al. The mediating role of self-efficacy between workplace violence and PTSD among nurses in Liaoning province, China: a cross-sectional study. Front Psychol. 2023;14:1–8. DOI: 10.3389/fpsyg.2023.1090451

29. Jankovic M, Sijtsema JJ, Reitz AK, Masthoff ED, Bogaerts S. Workplace violence, post-traumatic stress disorder symptoms, and personality. Pers Individ Dif. 2021;168:110410. DOI: 10.1016/j.paid.2020.110410

30. Kuijpers KF, van der Knaap LM, Winkel FW. Risk of revictimization of intimate partner violence: the role of attachment, anger and violent behavior of the victim. J Fam Viol. 2012;27(1):33–44. DOI: 10.1007/s10896-011-9399-8

31. Nielsen MB, Glasø L, Einarsen S. Exposure to workplace harassment and the Five Factor Model of personality: a meta-analysis. Pers Individ Dif. 2017;104:195–206. DOI: 10.1016/j.paid.2016.08.015

32. Vancouver JB, Thompson CM, Tischner EC, Putka DJ. Two studies examining the negative effect of self-efficacy on performance. J Appl Psychol. 2002;87(3):506–16. DOI: 10.1037/0021-9010.87.3.506

33. Nau J, Dassen T, Needham I, Halfens R. Sensitivity, specificity and predictive value of Confidence in Managing Patient Aggression Scale on de-escalating behaviour. J Clin Nurs. 2011;20(17–18):2584–6. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03597.x

34. Vancouver JB, Kendall LN. When self-efficacy negatively relates to motivation and performance in a learning context. J Appl Psychol. 2006;91(5):1146–53. DOI: 10.1037/0021-9010.91.5.1146

35. Ozer EM, Bandura A. Mechanisms governing empowerment effects: a self-efficacy analysis. J Pers Soc Psychol. 1990;58(3):472–86. DOI: 10.1037/0022-3514.58.3.472

36. Bjørgen D, Storvold A, Norvoll R, Husum TL. Sett fra et bruker- og fagperspektiv. Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse; 2014.

37. Krieger E, Moritz S, Lincoln TM, Fischer R, Nagel M. Coercion in psychiatry: a cross-sectional study on staff views and emotions. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2021;28(2):149–62. DOI: 10.1111/jpm.12643

38. Hirsch S, Steinert T. Measures to avoid coercion in psychiatry and their efficacy. Dtsch Arztebl Int. 2019;116(19):336–43. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0336