

MASTEROPPGAVE

Emnekode:

SYK305H

Navn på kandidat:

Adelheid Holst

Sykepleierens opplevelse av å møte
aggressiv atferd hos sykehjemsbeboer
med demenssykdom: En systematisk
litteraturstudie

Dato: 18.05.2015

Totalt antall sider: 72

Forord

I arbeidet med mennesker med demenssykdom er opplevelsene og inntrykkene mange og sterke. For den som har demenssykdom kan følelser svinge fra glede og latter i det ene øyeblikket, til tårer og bunnløs sorg i det neste. Dagen som startet med smil og småprat kan brått gå over i frustrasjon og sinne, uten at noen helt klarer å forstå hva som skjedde. Hva var det som skjedde nå, kan jeg tenke, hvorfor ble det slik når du hadde det så fint for litt siden? Som sykepleier bærer en med seg tanker og undringer i forhold til de erfaringer og opplevelser en møter i arbeidet sitt.

Denne masteroppgaven er et resultat av en modningsprosess som begynte med nettopp undring og tanker i forbindelse med opplevelser fra det å arbeide med mennesker med demenssykdom. Prosessen fra idè til reultat har vært både lang, lærerik og utfordrende. Med meg på veien har jeg fått uvurderlig hjelp fra min veileder Lisa Skär, tusen takk for alle råd og tilbakemeldinger, støtte og oppmuntring.

En stor takk fortjener også min arbeidsgiver, Harstad kommune, som har tilrettelagt med permisjon og stipend slik at jeg har kunnet gjennomføre dette studiet.

Det å skulle kombinere studier med jobb når man er småbarnsmamma kan iblant by på utfordringer, og jeg hadde ikke klart å gjennomføre dette om det ikke hadde vært for min gode og hjelpsomme mann. Takk for at du alltid stiller opp, og for du har holdt ut med meg gjennom hele denne prosessen.

Sammendrag

Hensikt: Hensikten med denne studien er å utforske hvordan sykepleiere opplever å møte aggressiv atferd fra sykehjemsbeboere med demenssykdom, og hvilke omsorgstiltak som iverksettes.

Bakgrunn: Demenssykdom beskrives som en av de vanligste sykdommene blant eldre mennesker, og forekomsten er økende i takt med at den globale levealderen øker. I Norge er det i dag anslagsvis 77 000 mennesker med demenssykdom, og antallet forventes å dobles fram til år 2040. Med demenssykdom følger det ulike non-kognitive symptomer, adferdsmessige og psykologiske eller psykiatriske symptomer ved demens, ofte referert til i internasjonal litteratur som BPSD (Behavioural and Psychological Symptoms in Dementia). Ett av de symptomene som oppleves som utfordrende for den som skal gi omsorg, er aggressiv atferd. Aggressiv atferd inkluderer både fysisk og verbal utagering, og er ofte forbundet med tidligere innleggelse i institusjon. Opplevelsen av aggresjon er subjektiv og kan tolkes ulikt avhengig av sykepleierens relasjon til sykehjemsbeboeren. En følge av dette er at sykehjemsbeboeren står i fare for å bli stemplet som vanskelig, noe som kan gi en negativ effekt på omsorgen og føre til økt bruk av farmakologika.

Design og metode: Kvalitativ litteraturstudie basert på Granheim og Lundmans metode for kvalitativ innholdsanalyse (2004). Systematiske litteratursøk i databaser og referanser/siteringer resulterte i 12 kvalitative artikler som ble inkludert i denne studien etter en granskning av artiklenes vitenskapelige kvalitet.

Teoretisk rammeverk: Temaet i denne studien sees i lys av Travelbees teori om de mellommenneskelige forhold (2001) som omhandler relasjonen og samspillet mellom den som skal gi omsorg og den syke.

Resultat: Datasøket resulterte i 12 kvalitative artikler fra USA, Storbritannia, Sverige, Canada, Australia og Sveits, med tilsammen 319 deltakere. Analysen av de 12 artiklene resulterte i fire kategorier: Omsorgsutøveres opplevelse av triggere for aggresjon, uttrykk for aggresjon, aggressiv atferds følger for omsorgsutøvere og sykepleietiltak. Resultatet viser at å identifisere triggere for aggressiv atferd hadde betydning for hvordan omsorgsutøverene opplevde atferden, og at opplevelsen kunne føre til negativ selvfølelse og negative følelser for sykehjemsbeboeren. Opplevelsen av aggressiv atferd og negative følelser for

sykehjemsbeboeren kunne igjen medføre dårligere kvalitet på omsorgen. For å avverge eller redusere aggressiv atferd ble personsentrert omsorg ansett for å være det beste tiltaket. Bruk av medikamenter og tvang ble beskrevet som siste utvei når andre intervensjoner ikke lyktes.

Konklusjon: Studiens resultat viser at opplevelsen av aggressiv atferd hos sykehjemsbeboer er kompleks, og består av flere ulike faktorer som har betydning for hvordan sykepleieren opplever aggresjonen og for hvilke følger det har for omsorgen. For å avverge eller redusere aggressiv atferd må sykepleieren kunne se mennesket bak atferden og iverksette individuelt tilpassede tiltak som ivaretar sykehjemsbeboerens behov.

Studios implikasjoner: Resultatet av denne studien viser at aggressiv atferd påvirker både sykepleieren og kvaliteten på omsorgen. Multiple triggere kan utløse aggressiv atferd, og sykepleiere må kunne ha kompetanse for å identifisere disse og for å iverksette gode omsorgstiltak. Økende forekomst av demenssykdom medfører et økt kunnskapsbehov og det anbefales en satsing på utdanningsprogrammer innen demenssykdom. Denne studien vil kunne være et bidrag for å øke forståelsen av hva som kan påvirke opplevelsen av aggressiv atferd, og hvordan denne kan påvirke hvilke sykepleietiltak en velger å iverksette.

Nøkkelord: Aggressiv atferd, BPSD, demenssykdom, kvalitativ, sykehjem, sykepleie, systematisk litteraturstudie

Innhold

Forord

Sammendrag

1.0	Bakgrunn	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Studiens hensikt og forskningsspørsmål	2
2.0	Aktuell forskning innen aggressiv atferd hos pasienter med demenssykdom	3
2.1	Forekomst og epidemiologi	3
2.2	Aggressiv atferd som følge av demenssykdom	4
2.3	Demenssykdom	5
2.3.1	Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demenssykdom	5
2.4	Begrepsavklaring	6
3.0	Teoretisk rammeverk	7
4.0	Metode	9
4.1	Forskningsdesign	9
4.2	Litteratursøk	9
4.3	Kvalitetsvurdering	11
4.4	Dataanalyse	13
4.5	Etiske vurderinger	15
5.0	Resultat	16
5.1	Omsorgsutøvernes opplevelse av triggere for aggresjon	16
5.1.1	Indre triggere	16
5.1.2	Ytre triggere	18
5.2	Uttrykk for aggresjon	19
5.2.1	Fysisk utagering	19
5.2.2	Verbal utagering	20
5.3	Aggressiv atferds følger for omsorgsutøvere	21
5.3.1	Omsorgsutøvernes følelser	21
5.3.2	Omsorgsutøvernes følelser for beboere	22
5.4	Sykepleietiltak	23
5.4.1	Personsentrert tilnærming	23
5.4.2	Bruk av farmakologika og fysisk tvang	24
6.0	Diskusjon av funn og metode	25
6.1	Betydning av å identifisere triggere og bevissthet om egen rolle	25
6.2	Betydning for omsorgen	26
6.3	Personsentrert omsorg og kommunikasjon	27
6.4	Metodediskusjon	28
7.0	Oppsummering	30
7.1	Implikasjoner	30

Litteraturliste

Vedlegg 1-4

Vitenskaplig artikkel: Nurses' experiences of aggressive behaviour from older people suffering from dementia in nursing homes: a systematic literature review

1.0 Bakgrunn

I dette kapittelet presenteres bakgrunn for valg av tema, studiens hensikt og forskningsspørsmål.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg arbeider som sykepleier ved et sykehjem med både somatisk og skjermet avdeling. Den skjermede avdelingen ble opprettet som en følge av et økt behov for sykehjems plasser for mennesker med demenssykdom i kommunen, her er det tilrettelagt for at åtte beboere med demenssykdom skal kunne bo. Arbeidet ved sykehjemmet opplever jeg som meningsfullt og givende, samtidig som det kan by på utfordringer. Å arbeide med sykehjemsbeboere med demenssykdom betyr at ingen vakter er like, noen er rolige mens andre ganger kan det oppstå situasjoner som er vanskelig å forutse, eller som er vanskelig å finne den beste løsningen på. Det finnes ingen fasitsvar på hvordan man best skal trøste damen som nettopp har innsett at hun har vært enke i mange år, damen som leter etter sine to små barn, mannen som er helt sikker på at han er sent ute til jobb den dagen, eller hvordan man skal berolige mannen som plutselig og uten noen synlig grunn, får et raserianfall og kaster gjenstander og møbler rundt seg.

På tross av utdanning og opplæring i forhold til demenssykdom, kan personalet føle seg hjelpeløse og overveldet i disse situasjonene. Noen kan oppleve å lykkes i å berolige beboere ved hjelp av validering eller reminissens, mens andre kan føle at de ikke kommer noen vei. Resultatet kan bli at det er ulik praksis på avdelingen, alt etter hvem av personalet som er på jobb. Noen opplever å lykkes ved å bruke sang, humor, skjerming eller validering, mens andre kan oppleve at det eneste som klarer å dempe et sinneutbrudd er beroligende medikamenter.

Min erfaring er at vi opplever både uro, aggresjon og utagering ganske ulikt. Hva er uro og hva er aggresjon? Hva er det som gjør at vi lykkes? Vi har ulike opplevelser av hvordan atferden utarter seg, hvordan vi reagerer og hvilke tiltak vi iverksetter, og vi har ulike opplevelser av hvordan vi lykkes i å dempe situasjonen. Det den ene pleieren opplever som aggressiv atferd, kan oppleves på en annen måte av en pleier som har en annen relasjon til beboeren. Å bli utsatt for fysisk eller psykisk aggresjon kan oppleves som vanskelig og skremmende, og det kan påvirke hvordan vi reagerer. Noen kunne oppleve å bli redd for beboeren som utsatte dem for verbal eller fysisk aggresjon, og som følge av dette vegre seg

for å gå inn til eller å være nær akkurat denne beboeren. Disse tankene og undringene har dannet bakgrunnen for denne studien.

1.2 Studiens hensikt og forskningsspørsmål

Det er beregnet at tallet på mennesker som har en demenssykdom i Norge var omtrent 77 000 i 2012, og tallet er forventet å dobles innen 2040 (Helse –og omsorgsdepartementet, 2015). Dette innebærer et økt behov for sykehjemsplasser tilpasset denne pasientgruppen, og økt behov for kunnskaper hos helsepersonell om demenssykdom.

Hensikten med denne studien er å undersøke, fra et sykepleieperspektiv, den subjektive opplevelsen til sykepleier som møter aggressiv atferd fra sykehjemsbeboer med demenssykdom. I begynnelsen av denne studien hadde jeg som en tanke om at våre opplevelser av en situasjon kan prege hvordan vi velger å handle i den gitte situasjonen. Jeg undret meg over hva det er som ligger til grunn for at vi som helsepersonell velger å handle som vi gjør i møtet med aggressiv atferd hos pasient med demenssomsorg, hva er det som spiller inn på vår opplevelse av situasjonen og hvilke følger har det for omsorgen. Mitt forskningsspørsmål er derfor:

Hvordan opplever sykepleieren aggressiv atferd hos sykehjemsbeboer med demenssykdom, og hvilke omsorgstiltak iverksettes?

2.0 Aktuell forskning innen aggressiv atferd hos pasienter med demenssykdom

I dette kapitlet presenteres aktuell forskning innen demenssykdom og aggressiv adferd, samt en beskrivelse av demenssykdom og adferdsmessige og psykologiske symptomene. Til slutt følger en avklaring av sentrale begreper brukt i denne studien.

For å finne relevant vitenskapelig forskning om demenssykdom og aggressiv atferd hos mennesker med demenssykdom har jeg foretatt søk i databasene PubMed, SCOPUS og CINAHL med relevante søkeord som dementia, aggressive behaviour, nursing home og Alzheimer. I tillegg har jeg foretatt manuelle søk, og i artikler som har vært interessante har jeg søkt videre i referanser og siteringer. Søkene etter aktuell forskning inkluderte både kvantitative og kvalitative artikler, med ulike metoder og fokus.

2.1 Forekomst og epidemiologi

Berr, Wancata og Ritchie (2005) beskriver utbredelse av demenssykdom i Europa, basert på studier fra EU-land. Demenssykdom beskrives som en stor utfordring for helse- og omsorgssystemet ettersom det er en av de vanligste sykdommene blant eldre, og er en stor årsak til sykdom og dødelighet. Økning i populasjonens levealder grunnet utvikling innen medisin og økende fertilitet fører til en hurtig økning av antall eldre på verdensbasis. Forekomst av demenssykdom øker med stigende alder og er derfor ventet å øke hurtig. Studiens resultater viser at forekomsten av demenssykdom hos subjekter varierer mellom 1,2 og 4,7 prosent i alder 65-74, mellom 4,5 og 18,3 prosent i aldersgruppen 75-84 og mellom 11,5 og 39 prosent hos de over 85 år. Resultatene viser altså en markant økning i forekomst av demenssykdom med stigende alder, studiene viste også at forekomsten var høyere hos kvinner enn hos menn.

Sosa-Ortiz, Acosta-Castillo og Prince (2012) gir i sin studie en oversikt over demenssykdoms og Alzheimers epidemiologi. Aldringen hos den globale populasjonen er økende, og innen år 2045 er det anslått at antall eldre i verden vil overstige antall barn. Den demografiske endringen har vært mest uttalt i såkalte høy-inntekt land, men er nå i sterk vekst i land med middels og lav inntekt. På verdensbasis ble det i 2010 estimert at 35.6 millioner mennesker lever med demenssykdom. Dette tallet estimeres å nesten dobles hvert 20.år, til 65,7 millioner i 2030 og 115.4 millioner i 2050.

2.2 Aggressiv atferd som følge av demenssykdom

I følge Dettmore, Kolanowski og Boustani forekommer aggresjon hos opptil halvparten av de som utvikler en demenssykdom og bare i beste fall kan en sies å oppnå moderat suksess i håndtering av aggresjonen. Dette mener de skyldes at interaksjonen mellom risikofaktorer, utløsende årsaker og fokus på farmakologisk intervensjon i forhold til forebyggende intervensjoner, er ikke-lineære. Ved å benytte NDB-modellen (Need-driven Dementia-compromised behavior) hvor aggresjon sees som en respons til uoppfylte fysiske eller psykiske behov, viser de hvordan en kan møte pasienten og hvilke tiltak som kan iverksettes i ulike stadier av aggresjonen. På samme tid må den som skal møte atferden og iverksette tiltak, være i stand til å kunne definere atferden og kunne se mulige faktorer som kan være medvirkende eller utløsende i forhold til atferden (2009).

Moniz-Cook og Clarke beskriver at aggresjon hos pasienter med demenssykdom kan bli tolket ulikt av ulike sykepleiere. Det en pleier oppfatter som verbal og fysisk aggresjon kan en annen med et annet perspektiv og forhold til pasienten, tolke som et annet uttrykk. Sykepleierens persepsjon av atferden er avgjørende for om atferden blir rapportert videre eller ikke og for hvordan sykepleieren responderer på atferden. For en sykepleier kan den aggressive atferden fremstå som uprovosert og utilsiktet, tilsynelatende uten noen årsak, mens en annen sykepleier med et annet perspektiv og en annen relasjon til pasienten, kan se atferden som naturlig basert på foregående faktorer som kan virke utløsende. Aggressiv atferd oppstår oftest under bistand til personlig hygiene og er oftest rettet mot personalet som skal bistå personen (2011).

Forskning viser at fysisk aggresjon kan, foruten å gi offeret for aggresjonen fysiske skader, påføre offeret alt fra mindre emosjonelle traumer til symptomer på post-traumatisk stress, og at også verbal aggresjon kan gi emosjonelle følger for offeret. Studier har vist at mennesker som blir utsatt for fysisk eller verbal aggresjon kan få konsekvenser som sinne, stress og depresjon (Irwin, 2006). Aggresjonen har også negative konsekvenser for den som utviser atferden, pasienten kan stemples som vanskelig, kan oppleve isolasjon og det kan ha negativ effekt på forholdet mellom pasienten og den som skal utøve omsorgen. I tillegg vil aggressiv atferd kunne medføre økt bruk av medikamenter, spesielt antipsykotika, med risiko for de bivirkninger som kan oppstå (Buchanan, Christenson, Ostrom & Hofman, 2007).

2.3 Demenssykdom

Demenssykdom er en fellesbenevnelse for flere ulike hjerneorganiske sykdommer som fører til kognitiv svikt og ulike atferdsmessige og motoriske symptomer. I Norge er begrepet aldersdemens ofte benyttet som en fellesbetegnelse for ulike demenssykdommer som oppstår i høy alder, hvor de vanligste formene er Alzheimers sykdom, som utgjør omtrent 60 prosent av alle demenssykdommer, fulgt av vaskulær demens og demens med Lewy legemer. Engedal og Haugen gir følgende definisjon av aldersdemens :

En ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon. Denne kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret atferd er derfor vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid. (2009 s.20).

Ved en demenssykdom følger det med ulike kognitive, atferdsmessige og motoriske symptomer som fremtrer ulikt i de ulike stadiene av demenssykdommer. Blant de kognitive symptomene kan det nevnes svekket oppmerksomhetsevne, læringsevne, hukommelse, språkevne, intellektuelle evner, nedsatt forståelse for tid og rom og handlingssvikt. Motoriske symptomer kan være inkontinens, balansesvikt og muskelstivhet. Blant de atferdsmessige symptomene er depresjon, angst, vrangforestillinger og hallusinasjoner, endring i personlighet, uro, apati, endring i døgnrytme, repeterende handlinger og aggressivitet (Engedal & Haugen, 2009).

2.3.1 Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demenssykdom

De atferdsmessige symptomene ved en demenssykdom er oftest de som oppleves som mest belastende for de pårørende, og er i mange tilfeller en medvirkende faktor når spørsmålet om innleggelse i institusjon bringes på bane. I internasjonal litteratur blir atferdsmessige symptomer beskrevet som «Behavioural and Psychological Symptoms in Dementia» (BPSD), som man på norsk kan oversette til «Atferdsmessige og Psykologiske eller Psykiatriske Symptomer ved Demens» (APSD) (Engedal & Haugen, 2009).

Utfordrende atferd inkluderer flere atferdsmønstre som repetative handlinger, uro, vandring irritabilitet og aggressivitet. I denne oppgaven vil fokuset være den atferden som oppleves som aggressiv, den innebærer voldelige utfall som slag, spark, kasting av objekter, men også verbal aggresjon som trusler, og utskjellig, samt bruk av nedsettende kommentarer.

2.4 Begrepsavklaring

Artiklene som er valgt ut for kvalitativ analyse er basert på ulike studier hvor deltakerne består av både sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, og assistenter, og «caregiver» er ofte benyttet som en fellesbetegnelse. Noen av artiklene benytter termen «beboere», mens andre skriver om «pasienter». Av praktiske kommunikasjonshensyn vil jeg bruke bruke termene *omsorgsutøver* og *beboer* i denne oppgaven. Deltakerne i studiene er ansatte ved ulike former for institusjoner, både små spesialenheter og sykehjem med og uten skjermede enheter. I denne oppgaven vil *sykehjem* bli brukt som en fellesbetegnelse på slike institusjoner. Artiklene som er analysert i denne oppgaven bruker ulike betegnelser som «aggressive behaviour», «severe behavioral problems», «violent behaviour», og «behavioural disturbances», jeg har valgt å benytte betegnelsen «aggressiv atferd». Opplevelsen av vold og aggresjon er subjektiv, og definisjonen på hva som er aggressiv atferd vil variere fra menneske til menneske. Aggressiv atferd forstås i denne studien som den atferden som den enkelte opplever som aggressiv eller voldelig.

3.0 Teoretisk rammeverk

Problemstillingen og temaet i oppgaven min handler i stor grad om relasjonen mellom sykepleier og pasient. I sykepleierens intervensjon med en pasient med demenssykdom som er aggressiv eller utagerende, kan relasjonen mellom dem og sykepleierens opplevelse av relasjonen, være betydningsfull for de videre valg som blir tatt for å løse situasjonen.

Demenssykdom preges i stor grad av en opplevelse av å miste sin identitet, hvilket legger en fordring for sykepleieren om å hjelpe den som er rammet med å bevare og bekrefte hans eller hennes identitet. For at dette skal være mulig er det en forutsetning at sykepleieren evner å se det enkelte individ, med hans eller hennes unike behov og opplevelser. Jeg har derfor valgt Joyce Travelbees teori (2001) om de mellommenneskelige forholdene som rammeverk for min oppgave.

Joyce Travelbee (2001) skriver om sykepleie at det er en mellommenneskelig prosess, fordi det handler om mennesker og beskriver sykepleien som en prosess i stadig utvikling, mellom sykepleier og de individer som sykepleieren skal hjelpe. Møtet mellom sykepleier og den syke består av et samspill mellom disse to, hvor de gjensidig påvirker hverandre og dermed også påvirker samspillet mellom dem.

Travelbee skiller mellom «menneske-til-menneske-forholdet» og «interaksjonen mellom sykepleier og pasient». Med betegnelsen «interaksjon mellom sykepleier og pasient», menes all kontakt som innebærer gjensidig innflytelse og kommunikasjon mellom sykepleieren og den som er syk. Sykepleieren og den syke har en stereotyp oppfatning av hverandre som sykepleier og pasient, og ser hverandre ikke som unike individer. «Sykepleier-pasient-interaksjonen» kan eksistere i flere ulike grader, fra å være dårlig til å være god. Menneske-til-menneske-forholdet skiller seg fra sykepleier-pasient-interaksjonen ved at det er en gjensidig prosess mellom sykepleier og den syke. Det er en eller flere erfaringer som finner sted mellom sykepleier og den eller de som har behov for sykepleierens tjenester, hvor både sykepleieren og den syke har sine behov som blir oppfylt. Menneske-til-menneske-forholdet karakteriseres ved at sykepleieren og den syke ser hverandre som unike individer, ikke som stereotyp sykepleier eller pasient (2001).

I etableringen av et menneske-til-menneske-forhold går en gjennom fire faser; *Det innledende møtet* hvor en danner seg det første inntrykket av den andre, *framvekst av identiteter* hvor tanker og følelser rettes mot den andre og begynner å se hverandre mer i kraft av å være individer, *empati* hvor en tar en del i den andres opplevelse av situasjonen, og til slutt

sympati og medfølelse som innebærer at en har en oppriktig følelse av at den andres følelser og plager angår en selv, og et oppriktig ønske om å kunne hjelpe den andre . Disse fasene er sammenhengende, og bunner ut i gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 2001).

4.0 Metode

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for valg av forskningsdesign og hvorfor jeg har valgt akkurat denne metoden, datainnsamling, litteratursøk og kvalitetsvurdering.

4.1 Forskningsdesign

Jeg har valgt en kvalitativ litteraturstudie som metode for å besvare min hensikt og problemstilling. Bakgrunnen for valg av denne metoden er at det er et område hvor det allerede er utført mye forskning, det vil derfor være interessant å kritisk granske den eksisterende forskningen for å belyse mitt tema. Jeg har valgt en kvalitativ metode (Malterud, 2011) ettersom jeg er interessert i å beskrive en forståelse av subjektive opplevelser. Hensikten med kvalitativ forskning er å øke forståelsen angående et spesifikt fenomen. Ved å gjøre en analyse av flere studier kan en få en mer sammensatt forståelse av det som studeres, forutsatt at de studiene en gransker omhandler det samme fenomenet (Friberg, 2012).

4.2 Litteratursøk

Data har blitt samlet inn ved å gjøre søk i databasene PubMed, CINAHL og SCOPUS med utvalgte søkeord, i tillegg er det også foretatt manuelle søk i referanser og siteringer. Søket er foretatt i perioden 24.07.15 til 13.10.15, og følgende søkeord ble benyttet; Dementia, Aggressive behavior, Nursing home, Qualitative, Alzheimer, Experience, Caregiver og Nurs*. Søket ble avgrenset til å omhandle kvalitative engelske fagfelleverderte artikler publisert mellom 2000 og 2015, som omhandlet utfordrende og aggressiv atferd fra sykehjemsbeboere med demenssykdom, rettet mot personalet. For å styrke kvaliteten i datasøket har jeg søkt hjelp hos bibliotekar for å få en forståelse av hvordan databasene er bygd opp, og hvordan man skal benytte databasens søkemotor for å finne artikler basert på de søkeordene en ønsker å benytte.

Inklusjonskriteriene mine var: 1) Artikler som omhandler omsorgsutøveres opplevelser av aggressiv atferd fra sykehjemsbeboere med demenssykdom; 2) Artikler publisert på engelsk mellom 2000 og 2015, 3) Kvalitativt design og 4) Fagfelleverderte artikler.

Eksklusjonskriteriene var rene kvantitative artikler, artikler som omhandlet aggressiv atferd

rettet mot andre beboere, fokus på erfaringer fra bare pårørende, beskrivelser av behandling av demenssykdom og artikler med fokus på farmakologiske intervensjoner.

Liste over databaser, søkeord og resultater er presentert i vedlegg 1-4. Mange aktuelle artikler finnes ved flere kombinasjoner av søkeord og i flere ulike databaser, disse er inkludert første gang de er funnet og sett bort fra når de har dukket opp i senere søk. Datasøket resulterte i totalt 3026 studier. Basert på tittel ble 151 studier valgt ut for lesing av abstrakt. Etter lesing av abstrakt ble 124 av disse ekskludert og 27 ble valgt ut for gjennomlesning. Manuelle søk i referanser og siteringer tilføyde ytterligere 6 studier som virket å være aktuelle for min studie. Etter gjennomlesning av de gjenværende 33 artiklene ble 21 av studiene ekskludert og jeg satt igjen med 12 studier for granskning av vitenskapelig kvalitet. Tabell 1 viser oversikt over første utvalg av artikler basert på lesing av abstrakt og andre utvalg etter gjennomlesning av artiklene.

Tabell 1. Første og andre utvalg

Database	Resultat etter lesing av abstrakt	Resultat etter gjennomlesning av studier
CINAHL	8	4
PubMed	10	1
SCOPUS	9	2
Søk i referanser/siteringer	6	5
Totalt	33	12

Alle utvalgte artikler er presentert i en oversikt med forfatter/land, tittel, design, analysemetode, deltakere, hovedfunn og kvalitet i tabell 2. I tabellen er artiklene nummerert etter den rekkefølgen de står i, og i presentasjonen av resultatet henvises det til artiklene ved det nummeret de har i tabell 2. Artiklene inkludert i studiene var fra USA (2,9), Storbritannia (1), Sverige (3,4,5,7,10,11), Canada (6), Australia (8) og Sveits (12) og hadde til sammen 319 deltakere.

Tabell 2. Oversikt over Forfatter/år/land, tittel, design, analysemetode, deltakere, hovedfunn og kvalitet

Nr	Forfatter / år / land	Tittel	Design	Analysemetode	Deltakere	Hovedfunn	Kvalitet
1	Duxbury mfl. (2013) Storbritannia	Staff and relatives' perspectives on the aggressive behaviour of older people with dementia in residential care: a qualitative study	Kvalitativt design, semi-strukturerte intervju, fokusgrupper.	Tematisk innholdsanalyse	8 ansatte, 8 pårørende	Ansatte fremmet bruk av personsentrert tilnærming i møte med aggressiv atferd, fremfor bruk av medisiner og tvang.	God
2	Foley mfl. (2003) USA	Staff perceptions of successful management of severe behavioral problems in dementia special care units.	Kvalitativt design med strukturerte intervjuer	Innholdsanalyse	19 sykepleiere, 4 aktivtører/sosialarbeidere, 9 koordinatører	Ikke-farmakologiske teknikker viktigst for vellykket behandling ved spesialavdelinger for demens. Uforutsigbar aggresjon var den vanskeligste å håndtere.	Moderat / God
3	Granheim mfl. (2012) Sverige	Female caregivers' perceptions of reasons for violent behaviour among nursing home residents.	Kvalitativt design med intervjuer	Kvalitativ innholdsanalyse	41 omsorgsarbeidere ved tre sykehjem	Årsakene til vold er komplekse. Omsorgsarbeidere må se personen bak atferden og intervensjoner må tilpasses individuelt.	God
4	Isaksson mfl. (2009) Sverige	Female caregivers' experiences of exposure to violence in nursing homes.	Kvalitativt design med intervjuer	Kvalitativ innholdsanalyse	20 omsorgsarbeidere	Omsorgsgivere opplevde tap av kontroll og hadde forutintatte idéer om voldelig atferd. Disse erfaringene kan påvirke omsorgsarbeidernes interaksjoner med beboer.	God
5	Isaksson mfl. (2008) Sverige	Violence in nursing homes: perceptions of female caregivers	Kvalitativt design med intervjuer	Kvalitativ innholdsanalyse	41 omsorgsarbeidere	Opplevelse av vold er subjektiv. Vold oppleves som utfordrende og kan sees som bevisst eller tilregnelig avhengig av egen erfaring og holdninger.	God
6	Janzen mfl. (2013) Canada	Managing agitation using non-pharmacological interventions for seniors with dementia	Hermeneutisk-fenomenologisk. Fokusgrupper med semistrukturerte intervjuer	Innholdsanalyse parallelt med datainnsamling.	44 omsorgsarbeidere fra 5 langtidsheter	For å håndtere agitasjon benyttes både medikamenter og ikke-farmakologiske intervensjoner. Utfordringer var liten tid, for lav bemanning og varierende effekt av ikke-farmakologiske intervensjoner.	God
7	Kristiansen mfl. (2006) Sverige	Swedish assistant nurses' experiences of job satisfaction when caring for persons suffering from dementia and behavioural disturbances. An interview study	Kvalitativt design med narrative intervjuer	Tematisk innholdsanalyse	20 omsorgsarbeidere	Fortellinger om trivsel på jobb som en blanding av positive relasjoner med kollegaer og negative opplevelser av organisasjonen og atferden til pasientene	God
8	Ostaszkiwicz mfl. (2015) Australia	Ongoing challenges responding to behavioural and psychological symptoms of dementia	Kvalitativ utforskende og deskriptiv design med fokusgruppeintervjuer	Induktiv innholdsanalyse	30 sykepleiere fra 3 langtidssavdelinger	5 relaterte tema: - Jobbe under vanskelige forhold. - Atferdsmessige og psykologiske symptomer på demens (APSD) er hverdagslige. - Å forstå APSD. - Forsøk på å håndtere APSD - Følelse av å være undervurdert	God
9	Shaw (2004) USA	Aggression toward staff by nursing home residents, findings from a grounded theory study	Utforskende deskriptiv, basert på Grounded Theory. Intervjuer	Grounded theory metoder	15 omsorgsarbeidere fra 6 fasiliteter.	Omsorgsarbeidere opplever aggressiv atferd på daglig basis, i tillegg til mange krav fra ledere, omsorgsarbeidere, pasienter og deres pårørende.	Moderat / God
10	Skovdahl mfl. (2003) Sverige	Different attitudes when handling aggressive behaviour in dementia - narratives from two caregiver groups	Kvalitativt design med intervjuer	Fenomenologisk - hermeneutisk tilnærming	15 omsorgsarbeidere	To hovedtema: - Behov for balanse mellom krav og kompetanse - Behov for støtte	God
11	Skovdahl mfl. (2004) Sverige	Dementia and aggressiveness: Stimulated recall interviews with caregivers after video-recorded interactions	Kvalitativt design med intervjuer	Tematisk innholdsanalyse	9 omsorgsarbeidere	To måter å reflektere på, den ene gruppen var mer fokusert på plikter og forhindret en positiv interaksjon med pasienten. Den andre gruppen reflekterte spontant og var selvkritisk, og opprettholdt en positiv interaksjon med pasienten.	God
12	Zeller mfl. (2011) Sveits	Nursing home caregivers' explanations for and coping strategies with residents' aggression: a qualitative study	Kvalitativt design med fokusgruppeintervjuer	Kvalitativ innholdsanalyse	30 omsorgsarbeidere fra sykehjem i Sveits	Omsorgsarbeidere benytter et bredt spekter av intervensjoner for å redusere aggresjon. Omsorgsarbeidere knyttet sjelden praktisk kunnskap sammen med teoretisk kunnskap	God

4.3 Kvalitetsvurdering

For å være vurdere kvaliteten på dataen jeg har valgt å benytte i min studie, har jeg gransket dataen i forhold til kriterier som bestemmer om artikkelen er av god kvalitet (SBU, 2014). For at kvaliteten på artikkelen skal regnes som høy må den være logisk strukturert, med en

veldefinert og tydelig problemstilling. Valg av metode må være velbegrunnet, og det må være en presis beskrivelse av utvalg, hvordan utvalget er gjort og konteksten. Det må fremgå hvordan dataen er samlet inn, hvordan den er transskribert og analysert. En eventuell tilknytning til teori må være tydelig og velbegrunnet, og resultatene og tolkningen må presenteres systematisk. Forskerens egen rolle i forhold til tolkningen må komme tydelig fram, ettersom forskerens forforståelse har betydning for tolkningen av resultatene.

Etter å ha presentert resultatene er det viktig at det følger en diskusjon om resultatenes validitet og overførbarhet, hvilken betydning har resultatene.

Artiklenes kvalitet er vurdert ut fra følgende kriterier:

- Høy leseforståelse og logisk struktur
- Forskerens rolle
- Avklaring av begreper
- Redegjørelse for valg av metode
- Veldefinert problemstilling og studiens hensikt
- Tydelig beskrivelse av kontekst og utvalg
- Metodeavsnitt hvor datainnsamling og analysemetode beskrives
- Teoriforankring?
- Dataens relevans i forhold til resultat og resultatenes overførbarhet
- Problematisering i forhold til analyser og tolkning av resultat
- Ethiske vurderinger

Artiklenes kvalitet ble vurdert som god, moderat eller lav, artikler med lav kvalitet ble ikke inkludert i studien. Basert på kriteriene ble ti av artiklene vurdert å være av god kvalitet og to ble vurdert å være av moderat/ god kvalitet. Ingen av de 12 artiklene ble vurdert å være av dårlig kvalitet.

4.4 Dataanalyse

Hensikten med min oppgave er å beskrive hvordan sykepleieren opplever møtet med aggresjon hos pasient med demenssykdom, og hvilken betydning hennes sykepleierens opplevelse har for å iverksette videre tiltak. Ettersom jeg har fokus på opplevelser, har jeg valgt å benytte en kvalitativ innholdsanalyse hvor jeg systematisk analyserer empiriske data som er aktuelle for min hensikt. Ved å benytte en fastsatt metode for innholdsanalyse har jeg kunnet sammenfatte mening og hovedbudskap i den dataen jeg har valgt å benytte i min oppgave.

For å analysere de data søket har resultert i har jeg valgt å bruke Graneheim og Lundmans metode for kvalitativ innholdsanalyse (2004), for å beskrive innholdet i dataen på en systematisk måte. Graneheim og Lundman skiller mellom manifest og latent innhold i teksten. Manifest innhold er det synlige og åpenbare i teksten, mens det latente innhold handler om tekstens underliggende mening og forutsetter fortolkning fra leseren. Både manifest og latent innhold innebærer en grad av fortolkning, men det latente innholdet forutsetter en større og dypere grad. Jeg vil ha fokus på det manifeste innholdet i teksten jeg skal analysere, ettersom jeg forholder meg til tekst som noen andre har skrevet. Jeg kan derfor ikke ha kjennskap til kontekst eller observasjoner gjort av forfatteren, men må forholde meg til det som trer åpenbart fram fra teksten.

Første steg i analyseprosessen er å lese all data som en helhet, for å få en oversikt og danne seg et bilde av hva det egentlig handler om. Neste steg er å velge ut hva Graneheim og Lundman (2004) kaller «unit of analysis», det vil si den teksten som skal analyseres. «Unit of analysis» er den delen av de utvalgte artiklene hvor resultater, eller funn presenteres. Denne delen varierer i omfang i de ulike artiklene og kan inneholde både deler av intervju, beskrivelser, fraser, spørsmål og forskerens egne kommentarer. Videre deles teksten igjen inn i meningsenheter for å analyseres. Ved å dele teksten inn i meningsenheter kan en skille ut den informasjonen som er relevant for problemstillingen. Graneheim og Lundman (2004) beskriver meningsenheter som en sammensetning av ord eller uttalelser som relateres til samme betydning. Meningsenhetene bestemmes ut fra studiens hensikt. I min oppgave er meningsenhetene deler av tekst, uttalelser eller fraser som er relevante for oppgavens hensikt, å beskrive sykepleierens erfaringer av møtet med aggressiv atferd hos personer med demenssykdom.



Figur 1. Arbeidsprosess

Meningsenhetene kondenseres ved at de kortes ned uten å endre på innholdet, og sorteres deretter i kategorier ut fra likheter og forskjeller. En kategori er en gruppe hvor innholdet har en felles betydning, og en kategori kan videre deles inn i flere sub-kategorier (Graneheim & Lundman, 2004).

Etter å ha analysert de 12 utvalgte artiklene ble resultatet totalt 277 meningsbærende enheter som ble kondensert, kodert og deretter sortert i kategorier. De ble nummerert, slik at det er lett å gå tilbake for å se hvilken kode som hører til hvilken meningsenhet. Eksempel på kondensering og koding av meningsenheter er vist i tabell 3. Analysen endte til slutt opp i fire kategorier, hver med to sub-kategorier. Disse vil presenteres kapittel 5.

Tabell 3. Kondensering og koding av meningsenheter

Num ber	Meaning unit	Condensed meaning unit	Num ber	Code
2.15	Removing the resident from a potentially volatile situation or otherwise decreasing stimuli were less commonly used that specific activities on interpersonal approaches	Removing resident from volatile situation, decreasing stimuli less commonly used.	2.15	decreasing stimuli
4.16	It's part of the job when you're working with residents with dementia. I don't see it as violence; they twist and pinch and.. Yeah, I believe that violence will always exist here.	Part of the job when working with dementia, violence will always be here.	4.16	Part of the job.
5.11	The caregivers express that when the residents do not comprehend what is happening, they become frightened and respond with violence.	Not comprehending, become frightened, responded with violence.	5.11	Violence response of fright.
8.1	Nurses described a day-to-day work environment in which they were continually at risk of being hit, bitten, kicked, scratched, spat at, head butted, grabbed, pulled, choked, having their hair pulled and/or verbally abused.	Day-to-day work environment continually risk for physical or verbal abuse.	8.1	Continually at risk.
11.2	In addition, most of these caregivers spontaneously expressed their feelings for the resident and described her as complaining, demanding, never satisfied, sly, spiteful or consciously provocative.	Feelings for resident as complaining, demanding, never satisfied, sly, spiteful, provocative.	11.2	Negative feelings for resident.

4.5 Etiske vurderinger

I all forskning er forskeren nødt til å forholde seg til etiske retningslinjer for å ivareta personvern, frihet og selvbestemmelsesrett for sine informanter, at den informasjonen en innhenter blir brukt til det den er bestemt for og at resultatene gjøres tilgjengelige. I litteraturanalysen forholder jeg meg til andres forskning og de etiske vurderingene som er gjort i de studiene jeg anvender. Jeg har ikke valgt bort data som passer inn i mine inklusjonskriterier og som er relevant for min studie, og heller ikke utelatt resultater som er av ømtålig art. Jeg har etterstrebet å behandle dataen på en slik måte at den blir gjengitt korrekt og ikke blir tillagt en annen betydning enn hva som er beskrevet, samt at forskernes eierskap til de inkluderte studiene skal komme tydelig frem. I presentasjonen av resultatene har jeg ved hjelp av henvisninger og sitater skillett mellom funnene i de inkluderte studiene, og de funnene jeg har gjort i denne studien. Ved å analysere kvalitative data som er innhentet av andre, vil utfordringen være at forskerne har en annen forforståelse og kan forske ut fra et annet teoretisk rammeverk enn hva en selv gjør, og slik kan en tillegge innsamlet data ulik betydning og ulik fortolkning. I min studie har jeg vært oppmerksom på at dataen jeg benytter er hentet ut fra en kontekst og at informasjon kan fremstå på en annen måte enn hva den opprinnelig gjorde (Dalland, 2011).

5.0 Resultat

Sortering av kondenserte og kodede meningsenheter førte til slutt frem til fire hovedkategorier, hver med to sub-kategorier. Tabell 4 viser en oversikt over kategorier og sub-kategorier. I dette kapittelet blir kategoriene presentert og illustrert med utvalgte sitater. Artiklene henvises til ved nummereringen vist i tabell 2, hvor artiklene presenteres.

Tabell 4. Oversikt over kategorier og sub-kategorier

Kategorier	Sub-kategorier
Omsorgsutøvernes opplevelse av triggere for aggresjon	Indre triggere
	Ytre triggere
Uttrykk for aggresjon	Fysisk utagering
	Verbal utagering
Aggressiv atferds følger for omsorgsutøvere	Omsorgsutøvernes følelser
	Omsorgsutøvernes følelser for beboere
Sykepleietiltak	Personsentrert omsorg
	Bruk av farmakologika og fysisk tvang

5.1 Omsorgsutøvernes opplevelse av triggere for aggresjon

Omsorgsutøverenes opplevelse av triggere for aggresjon, det vil si de utløsende årsakene for atferden som ble identifisert, ble delt inn i to sub-kategorier; indre triggere for aggresjon, som lå i beboerens egne opplevelser og følelser, og ytre triggere for aggresjon hvor de utløsende årsakene lå i forholdene rundt beboerene.

5.1.1 Indre triggere

De indre triggerene som kunne fremkalle aggresjon og aggressive handlinger hos beboeren inkluderer utløsende årsaker som lå i beboeren selv. I artiklene (2,3,5,6) beskrives sykdom

hos beboeren som en trigger for aggresjon. Somatisk sykdom kunne være smerter, artritt, hørselstap, søvnforstyrrelser, infeksjoner og hallusinasjoner. Somatisk sykdom kunne føre til forvirring og dermed også aggresjon, men aggresjonen kunne også være et resultat av smerter og at beboeren forsøkte å beskytte seg selv mot uvøren behandling fra omsorgsutøverene. Identifisering og behandling av somatisk sykdom ble beskrevet som et sentralt tiltak i forhold til aggressiv atferd.

En annen indre trigger som blir omtalt i artiklene, (1,3,5,9,11), er beboernes egne følelser av å ikke forstå handlinger og omgivelser, av frykt og overveldelse i forhold til egen opplevelse av sin tilværelse;

According to the caregivers, violence often occurred when the residents neither recognized nor understood what was happening in activities of daily living, such as being fed, dressed or helped to the toilet. They became frightened and expressed their frustration as violence (3, s.157).

I noen av artiklene (2,3) beskrev omsorgsutøverne at beboerne ikke kjente igjen verken omsorgsutøverne eller seg selv, eller sin egen atferd. Dette kunne føre til redsel hos beboerne, hvilket igjen kunne bli en kilde til aggressiv atferd. En annen faktor som kommer til syne i studiene (8,12), er beboernes avhengighet til sine omsorgsutøvere. Fra å være vant til å kunne klare seg selv behøvde de nå hjelp fra andre til å klare dagligdagse oppgaver. Denne avhengigheten kunne føre til frustrasjon hos beboerne, og det å måtte vente på hjelp som følge av tidsmangel eller mangel på personell, kunne i seg selv være en kilde til aggresjon. Omsorgsutøvere i artiklene (1,3,6,7,8,9,10,11,12) beskrev at aggressiv atferd forekom hyppig i situasjoner hvor de skulle hjelpe beboere med personlig hygiene og med toalettbesøk;

All of the caregivers interviewed described invasion into personal space –which is unavoidable, given the necessity to administer personal care to residents –as a particularly difficult moment in the caring process. When residents suffer from intrusions into their personal space, aggressive behaviour occurs frequently (12, s.2473).

Studiene (1,3,6,8,11,12) beskriver at i opplevelsen av å ikke forstå handlingene rundt en, eller å skjønne sin egen atferd, ligger også utfordringen i å forstå sine egne behov og å kunne gi uttrykk for dem. I artiklene ligger det flere beskrivelser av beboernes svekkede evne til å kunne kommunisere sine behov til omgivelsene, som en av årsakene til at aggresjon oppstår;

«The disease» may have left violent behaviour as the only way residents express their feelings, communicating, say, “I do not want it like this”, and express their inner tensions and fear.” (3, s. 157).

5.1.2 Ytre triggere

De ytre triggerne for aggressiv atferd hos beboerne lå i forhold rundt dem, i handlinger og hendelser, og fysiske faktorer i omgivelsene. I følge artiklene (1,3,6,10) kunne både overstimulering, understimulering og det å skulle være sammen med mange kunne ha en innvirkning på beboernes sinnsstemning;

She`s never been a particularly social person really, she likes her own space and she`s suddenly been thrown into a place where I think she thinks that everybody in there is somehow invading her space and she doesn`t like it (1, s.797).

I artiklene beskriver flere omsorgsutøvere at trange og overfylte fasiliteter kunne være med på å øke uro og utløse aggressiv atferd. Beboere ble stresset og frustrerte av å måtte være sammen med mange andre på begrensede områder, og uro som oppstod kunne fort spre seg under disse forholdene. Artiklene (1,3,9,12) beskriver at samvær med andre beboere og omsorgsutøvere kunne virke påtrengende, beboerne kunne føle at de ikke fikk nok rom og at de rundt dem invaderte deres personlige sfære. På samme tid kunne opplevelsen av å ikke kunne bevege seg fritt, men å måtte oppholde seg på et begrenset område være en kilde til stor frustrasjon hos beboerne som ikke helt skjønnte hvor de var men aller helst ønsket å dra hjem;

The caregivers said that both residents and caregivers experienced discomfort in these places. Residents could feel restricted because the wards were locked. They felt homesick, but they could not leave the ward, and so they became anxious and sometimes violent (3, s.157).

Studiene (2,6) beskriver mye støy og aktivitet rundt beboerne som en kilde til at de ble overstimulerte. Planlegging av aktiviteter for og med beboere var ment som et tiltak for å gi dem en meningsfylt hverdag, men for noen kunne deltakelse i små og store aktiviteter føre til at det ble for mange inntrykk. På samme tid var også understimulering uheldig, beboere som ble sittende passive og inaktive kunne bli rastløse og frustrerte.

En annen ytre trigger for aggressiv atferd som blir nevnt i artiklene, var overganger (2,6) som vaktskifter, endring i rutiner eller oppbrudd i aktiviteter;

...Agitation also occurs when our programs are done..We (recreation staff) have kept them busy, they (the residents) feel comfortable, they have the reassurance that they are OK, they know what`s going on and all of the sudden the program is over (6, s.527).

Noen av omsorgsutøverne i studiene (1,2,6,7,9,11,12) bemerket også at en uvøren og skyndsom tilnærming i forhold til beboerne kunne fremkalle frustrasjon og aggresjon. Ubentkksomhet og mangel på tid og personell kunne føre til at beboerne opplevde å føle seg overkjørt av omsorgsutøverne.

I flere av artiklene (1,2,3,6,9) blir det understreket at ofte er flere ulike triggere til stede samtidig når aggressiv atferd oppstår, og det er ikke alltid like lett å definere hva som spesifikt utløser denne atferden.

5.2 Uttrykk for aggresjon

Resultatet viste at aggressiv atferd viser seg på en rekke ulike måter, og kan forekomme både i fysisk og verbal form. Fysisk som slag, spark, klyping eller kasting av gjenstander, eller ved verbale utsagn, trusler eller skjellsord.

5.2.1 Fysisk utagering

Den formen for utagering som beskrives oftest av omsorgsutøverne i artiklene (2,6,7,8,9,11), er den fysiske utageringen. Den inkluderer alle former av slag og spark, kloring og klyping, det å bli holdt fast eller å få gjenstander kastet på seg. Omsorgsutøverne i artiklene hadde opplevd ulike former for fysisk utagering fra beboere, noen beskrev utageringen som noe som forekom daglig;

Going to work every morning, knowing that you are on the way to daily maltreatment either physically or psychologically or both... as her contact person I was called everything from “bitch” to “bloody hag” and she would pinch, scratch, fight, spit at you, throw her food on the floor, kick you (7, s.249).

Den fysiske utageringen ble ofte og omfattende dokumentert av omsorgsutøverne i studiene. Den var ofte overraskende og brå, beboere kunne plutselig finne på å ta tak i det nærmeste de fant og kaste det mot omsorgsutøverne. Utageringen ble også karakterisert som voldsom, og kunne resultere i tydelige skader og merker på den som ble utsatt for den;

The caregivers perceive violence to be challenging. The challenge lies in the caregivers` way of relating to being physically hurt, insulted, abused and offended. The violence is perceived as painful, leaving marks and bruises on the body, visible for anyone to see (5, s.1662).

Det ble rapportert av studienes deltakere (8,9) at enkelte av skadene omsorgsutøverne ble påført under slike episoder, var av så alvorlig karakter at de behøvde medisinsk tilsyn og/eller fravær fra arbeidet.

5.2.2 Verbal utagering

I studiene fremkom det at den verbale utageringen ikke ble like ofte dokumentert som fysisk utagering, selv om den ifølge omsorgsutøverne forekom i minst like stor grad som den fysiske. Årsaken var at arbeidsplassen ofte ikke hadde rutiner for å dokumentere dette. Den verbale utageringen beskrevet i artiklene (6,8,9) kunne innebære trusler i forhold til den enkelte og hans eller hennes familie, falske anklager om utilstrekkelig pleie, skjellsord, rasistiske og seksuelle og nedsettende kommentarer. Selv om den verbale utageringen ikke var synlig på samme måte som den fysiske, rapporterte flere av omsorgsutøverne i artiklene at den opplevdes vanskelig.

Den verbale utageringen ble av noen av omsorgsutøverne i artiklene (5,9) beskrevet som verre å beskytte seg mot enn den fysiske, det var ikke mye en kunne gjøre for å beskytte seg mot ordene som kom. Selv om de kunne blokkere ut en del var det også enkelte ganger at det de hørte ble værende i hodet deres; «One caregiver said, «well, violence, you often think of punches, but at the same time it is having these four letter words towards you.. Well it`s kind of violation.. Violence towards one`s soul” (5, s.1663).

5.3 Aggressiv atferds følger for omsorgsutøverne

Resultatet av dataanalysen viser at det å oppleve aggressiv atferd har en stor innvirkning på omsorgsutøvere, både på selvfølelsen og følelser knyttet til den som utøver denne atferden. Aggressiv atferds følger for omsorgsutøverne kunne derfor deles inn i to sub-kategorier, omsorgsutøvernes følelser og omsorgsutøvernes følelser for beboere.

5.3.1 Omsorgsutøvernes følelser

Omsorgsutøvere i artiklene (4,7) beskrev at arbeidet deres krevde all den energien de hadde, og at det resulterte i følelser av tretthet og utmattelse; «These behaviours have been going on for years, which makes it even tougher. It`s beginning to wear on the inside and there is this insidious fatigue that you don`t know where it`s coming from. This woman really drains you” (7, s.248).

Studiene (4,7,9,11) beskriver at omsorgsutøverne opplevde det som krevende å arbeide over lang tid med beboere som viste aggressiv atferd, de uttrykte at det var svært vanskelig å gå på jobb hver dag, vitende om at det ville komme situasjoner hvor de ville oppleve psykisk eller fysisk aggresjon fra beboerne;

The caregivers described how exposure to violence led to feelings of disappointment. One caregiver said: «here, I arrive in the morning and say «good morning» and everything is okay... and then suddenly I get punched... I think it`s horrible, things being like this (4, s.49).

Artiklene (6,7,8,12) beskriver både følelser av sjokk og vantro over å oppleve aggressiv atferd og vold, men det å forvente at den skulle inntreffe kunne også være med på å gi følelser av utmattelse og resignasjon. På samme tid som de hadde en forventning om at aggresjon og vold ville oppstå, følte det også som om det var uungåelig, de øynet ingen mulighet for at situasjonen ville endre seg eller bli bedre, noe som gav en følelse av håpløshet.

Det fremkommer videre (4,7,10) at omsorgsutøvernes følelser i forhold til egen kompetanse ble svekket at å bli utsatt for aggresjon fra beboerne, de opplevde å føle seg mislykket, lite verd og at de ikke var gode i arbeidet sitt. De var redde for hva kollegaer og ledelse ville tenke, om de ville tro at de ikke var kompetente til den jobben de skulle utføre ettersom de

ikke hadde kontroll på situasjonen. De opplevde også å føle seg ydmyket og usikre i forhold til beboerne, og beskrev det som å bli presset til grensene for hva de kunne klare.

Selv om de fleste var klar over at atferden var et symptom av beboernes demenssykdom, kunne omsorgsutøverne i artiklene (3,4,5,7,8) likevel beskrive å føle seg såret over å bli utsatt for aggresjon og vold; «Even though we know that they are mentally not stable or not aware of what they are doing or saying but if they verbally abuse you, you feel that –hurt” (8, s. 6).

I studiene (4,5,6,7,8,9,10) beskrives det at forventningen om å måtte tåle de utfordringene demenssykdom førte med seg i form av adferdsmessige og psykologiske symptomer, som aggressiv atferd, kom både fra omsorgsutøveren selv, fra kollegaer og fra ledelse.

5.3.2 Omsorgsutøvernes følelser for beboere

I følge studiene (4,5,10,11) ytret omsorgsutøverne at fysisk og psykisk aggresjon fra beboere var med på å påvirke og endre følelser i forhold til beboere. I tillegg til å føle redsel for beboeren, kunne de også oppleve å utvikle følelser av motvilje og avsky; «Anticipation of exposure to violence led to feelings of disgust among the caregivers. They described the residents who used violence as being unpleasant people; they simply did not like them” (4, s.48).

Noen av omsorgsutøverne (4,5) gav uttrykk for at de mente at den aggressive atferden var tilsiktet og at de visste akkurat hva de gjorde, og noen var av den oppfatning at den atferden de opplevde fra beboerne var tidligere personlighetstrekk som var blitt forsterket av demenssykdommen. I studiene mente likevel de fleste at atferden var en del av sykdommen, men at de likevel opplevde negative følelser for den som utsatte dem for aggresjon og vold.

Studiene (3,4,5,7,10) beskriver at negative følelser for beboerne i noen tilfeller kunne føre til dårligere kvalitet på omsorgen, omsorgsutøverne oppga å forsøke å unngå å gå inn til beboere de visste kunne være aggressive, og det kunne påvirke interaksjonen mellom omsorgsutøver og beboer; «Those who were exposed too frequently sometimes retaliated: “I started to treat her a little bit differently. It was like I got the devil inside me and I started being sarcastic towards her” (4, s.48).

Negative følelser for beboerne ble av noen av omsorgsutøverne i studiene beskrevet som et resultat av å føle seg urettferdig behandlet, å bli møtt med vold og aggresjon når hensikten var å hjelpe beboeren følte som en stor urett og noe de ikke fortjente. Dette kunne, på tross av

kunnskaper om demenssykdom og symptomer som følger med sykdommen, være med på å påvirke hvordan de så på beboeren og dermed også ha konsekvenser for utøvelsen og kvaliteten på omsorgen.

Flere av omsorgsutøverne i artiklene (4,5,8,9,11) uttalte at det å bli utsatt for aggressiv atferd var en del av det å arbeide med mennesker med demenssykdom, det var noe de måtte forvente og klare å håndtere.

5.4 Sykepleietiltak

Blant tiltakene som omsorgsutøverne iverksatte i forhold til å dempe eller avverge aggressiv atferd, er det stor variasjon av fremgangsmåter. De fleste av tiltakene som beskrives, er personsentrerte tilnærminger hvor kjennskap til den enkelte beboer står sentralt. Andre tiltak som nevnes er å redusere eller fjerne åpenbare triggere som for eksempel støy, aktiviteter eller annen form for stimuli, å ha en rolig og tilbakeholden tilnærming til beboeren, samt validering eller avledning for å trygge beboeren. Andre nevnte tiltak går på bruk av tvang og medisiner, disse ble beskrevet som effektive tiltak, men var siste tiltak som ble forsøkt etter at alt annet var prøvd. Sykepleietiltak er derfor delt inn i to sub-kategorier, personsentrert tilnærming og bruk av farmakologika og fysisk tvang.

5.4.1 Personsentrert tilnærming

Mange av omsorgsutøverne i artiklene (1,2,6,8,9,10,12) så personsentrert tilnærming som det beste tiltaket i forhold til aggresjon, hvor omsorgen ble tilpasset den enkelte. Noen av omsorgsutøverne i artiklene ytret at det å tilrettelegge aktiviteter individuelt var med på å gi beboerne en følelse av trygghet og kontroll over egen situasjon. I tillegg til musikk og sang var humor, fysisk aktivitet og reminissens enkle tiltak som var mye brukt for å dempe og forebygge uro.

I studiene omtalte omsorgsutøverne også viktigheten av å behandle beboerne med respekt, å få dem til å føle seg inkluderte i hverdagen. Slike tiltak hadde en forebyggende effekt i forhold til å unngå at uro og aggresjon oppstod;

A manager with previous nursing background reiterated the importance of basic bedside care, "... calling them by name, inviting them to (do) things, being respectful,

and treating them like they are a part of the family, so you (staff) are not creating any agitation to begin with (6, s.527).

Artiklene (2,8,9) beskriver at hvordan omsorgsutøverne nærmet seg beboerne var av betydning for om de klarte å avverge eller dempe aggressive atferd. En rolig tilnærming med blikkontakt, et avslappet kroppspråk og det å kommunisere i et lavt og beroligende toneleie, samt å ha beboeren på tomannshånd kunne redusere agitasjonen. Å bruke enkle ord og forklaringer, skape en rolig atmosfære med redusert stimuli, og å bruke teknikker som validering, reminissens, musikk og humor viste seg å ha god effekt (2,6,8,12). I andre tilfeller kunne det hjelpe å trekke seg tilbake og gi beboeren rom. Omsorgsyterne i studiene var også bevisst på å bruke hverandre, teknikker hvor de var to om tilnærmingen, å bytte på å gå inn til beboeren, gi hverandre støtte og oppmuntring og å gi hverandre tid til å hente seg inn ble omtalt som vesentlig for å klare å håndtere arbeidet.

5.4.2 Bruk av farmakologika og fysisk tvang

Noen av omsorgsutøverne i studiene (10,11) beskrev å innta en autorativ holdning overfor beboerne for å vise hvem som bestemte og at beboerne måtte følge de regler som var bestemt på institusjonen. De mente at målet var å få arbeidsoppgavene gjort, og fremgangsmåten ikke hadde så stor betydning ettersom beboeren likevel hadde glemt det like fort; «I don't know, if she doesn't have a clue about anything before, she's not going to have a clue about anything later on either, so it doesn't really matter what you do with her» (11, s.515).

Flertallet av omsorgsutøverne i artiklene (1,2,6,7,8,11) fortalte likevel at bruk av tvang eller medikamenter var det siste tiltaket som ble forsøkt, etter at alt annet hadde mislyktes. Bruk av tvang innebar tiltak som bruk av sengehest eller brett koblet på rullestol for å hindre bevegelse, men også fysisk holding for å klare å gjennomføre dagligdagse gjøremål som hjelp til å utføre dusj eller personlig hygiene. Medisinering ble omtalt som et svært effektivt tiltak for å dempe aggresjon som hadde oppstått, men bare i ytterste konsekvens der ikke-farmakologiske tiltak hadde vært mislykkede (1,2,6,8).

6.0 Diskusjon av funn og metode

Studiens hensikt var å belyse, fra et sykepleierperspektiv, sykepleierens opplevelse av aggressiv atferd hos sykehjemsbeboer med demenssykdom. Analysen resulterte i fire hovedkategorier, hver med to underkategorier, som viser at opplevelsen er sammensatt og at flere faktorer er av betydning for hvordan sykepleieren opplever aggressiv atferd. I dette kapittelet følger det en diskusjon av hovedfunnene i studien.

6.1 Betydning av å identifisere triggere og bevissthet om egen rolle

Resultatet av denne studien viser at omsorgsutøverne mente at å kunne identifisere triggere for aggressiv atferd var av betydning for følelsen av å gjenvinne kontroll over situasjonen. Aggresjon som oppstod plutselig og uten noen synlig årsak opplevdes som vanskelig, og fremkalte usikkerhet og engstelse hos omsorgsutøverne. Noen av ordene som ble brukt for å beskrive atferden, som sjokkerende, brå og uforutsigbar, kunne indikere at omsorgsutøverne i mange tilfeller ikke visste hva som hadde forårsaket atferden. En annen årsak kunne være at omsorgsutøverne ikke hadde kunnskap om mulige triggere og derfor ikke var i stand til å forutse atferden. I tilfeller hvor en eller flere kjente triggere var identifisert som utløsende årsaker for atferden kunne den lettere forklares og forstås rasjonelt, hvilket medførte at omsorgsutøverne søkte etter måter å forklare atferden på. Lignende funn har blitt gjort i en studie som beskriver at forståelsen av årsaken til aggressive atferd har betydning for omsorgsarbeidernes opplevelse av å bli utsatt for atferden (Hirata & Harvath, 2015).

For å kunne gjenkjenne mulige triggere for aggressive atferd hos den enkelte, må omsorgsarbeideren kunne se personen bak atferden med alle de unike egenskapene som hvert menneske har. I følge Travelbee kan det å se personen som en pasient, i betydning av en oppgave som må utføres, i seg selv fremkalle følelser av frustrasjon og sinne hos individet (Travelbee, 2001).

Resultatet av denne studien viste at noen omsorgsutøvere kunne være uoppmerksomme på egen rolle i forhold til å trigge agitation og aggresjon, mens andre uttrykte at en brå og skyndsom tilnærming til beboerne kunne fremkalle eller øke frustrasjon og aggresjon. Det ble uttalt at beboerne speilet omsorgsutøvernes sinnsstemning og kunne føle stress, hastverk og endringer i kroppspråk hos omsorgsutøverne. I følge Travelbee (2001) er det essensielt å ha

kunnskap om hvordan ens egen atferd påvirker andre for å være i stand til å påvirke intervensjoner i sykepleiesituasjoner.

Noen av omsorgsutøverne oppga at manglende kompetanse og feil tilnærming hos andre pleiere kunne være med på å fremkalle frustrasjon og aggresjon hos beboere, hvilket også beskrives i en studie av Edberg, Bird, Richards, Woods, Keeley og Davis-Quarrell (2008), hvor sykepleiere opplevde at holdninger og manglende kunnskaper om demenssykdom blant kollegaer kunne være med på å øke belastningen.

6.2 Betydning for omsorgen

Resultatet i denne studien viser at aggressiv atferd er en subjektiv opplevelse, det den ene anser for å være vold eller aggresjon, kan bli oppfattet annerledes hos andre. Dette kan ha en sammenheng med omsorgsarbeidernes relasjoner til beboerne, samt tidligere erfaringer som kunne påvirke oppfatningen av aggressiv atferd. Studien viser, i likhet med andre studier (Rodney, 2000 og Morgan, Stewart, D`arcy, Forbes og Lawson (2005) at aggressiv atferd oppleves som vanskelig og er belastende for de omsorgsutøverne som opplever den. I tillegg til at omsorgsarbeiderne i denne studien ble engstelige og redde, følte de seg lite kompetente og var engstelige for at ledere og kollegaer skulle tro at de var lite profesjonelle og ikke klarte å utføre arbeidet sitt. Dette funnet samsvarer med funnene i studien av Holst, Edberg og Hallberg (1999), hvor det ble beskrevet at sykepleiere som opplevde utfordrende atferd kunne stille spørsmål ved egen egnethet som sykepleiere.

I resultatet av denne studien beskrives det at mange omsorgsutøvere så aggressiv atferd som et symptom ved demenssykdom, men et fåtall uttrykte at de mente atferden var et resultat av at tidligere personlighetstrekk ble forsterket. De rapporterte at opplevelsen av aggressiv atferd fremkalte negative følelser for beboeren. Todd og Watts (2005) beskriver lignende funn i sin studie, hvor omsorgsutøvernes antagelser om årsakene for aggressiv atferd var avgjørende for hvordan de responderte på atferden. Omsorgsutøvere som trodde at atferden var utilsiktet var mer villige til å hjelpe og vise sympati, mens antagelser om at atferden var tilsiktet kunne føre til at de trakk seg tilbake og avviste personen som utsatte dem for aggressiv atferd. En studie av Scott, Ryan, James og Mitchell (2011, a) fant at voldelige hendelser førte til at omsorgsutøverene ble engstelige, trakk seg tilbake og ungikk personen som stod bak den aggressive atferden.

Resultatet i denne studien har vist at flertallet av omsorgsutøverene som var deltakere i artiklene mente at den aggressive atferden var et symptom av sykdommen, og at personen bak ikke kunne klandres for sine handlinger. De oppgav likevel følelser av resignasjon, tretthet, apati, håpløshet og frykt som et resultat av den aggressive atferden, og ga uttrykk for at de kunne utvikle negative følelser for beboere som viste en slik atferd. Omsorgsutøverene hadde en oppfatning av at aggressiv atferd i form av fysisk og verbal mishandling var noe en måtte regne med i arbeidet med mennesker med demenssykdom, det var en uungåelig del av jobben. Lignende funn fremkommer i studien av Sandvide, Åström, Norberg og Saveman (2004), hvor det å oppleve aggresjon blir beskrevet som en uungåelig del av det å jobbe med mennesker med demenssykdom. Scott (mfl. 2011b) argumenterer imidlertid for at synet på vold som en naturlig del av det å jobbe innen demensomsorg og derfor blir sett på som akseptabel, må utfordres ettersom den psykiske belastningen på de ansatte er like stor som ved andre områder innen helsesektoren.

Funnene i denne studien viser at omsorgsutøverene var spesielt utsatt for fysisk utagering som slag, spark, kloring og klyping, i forbindelse med å utøve hjelp til personlig hygiene. Samtidig opplevde de krav fra både ledelse, kollegaer, beboere og pårørende om å skulle utføre de daglige oppgavene sine på en god måte. Dette kunne være utfordrende, ettersom flere av omsorgsutøverne beskriver at stor arbeidsmengde og for lav bemanning var med på å øke belastningen. Eriksson og Savemann (2002) beskriver at å møte aggressiv atferd tar tid, og at omsorgsutøverne kan føle ambivalens i forhold til manglende tid for hjelp til personlig hygiene, noe som resulterte i at de følte håpløshet og frustrasjon og at de ikke gjorde en god nok jobb.

6.3 Personsentrert omsorg og kommunikasjon

Resultatet av denne studien viser at omsorgsutøverene benyttet en rekke ulike sykepleiestrategier for å forebygge eller avverge aggressiv atferd. Ulike teknikker som validering, reminissens, avledning, samt å redusere stimuli ble nevnt som tiltak i forhold til å redusere agitasjon og aggresjon hos beboerne. Bruk av farmakologiske tiltak ble ofte benyttet som en siste utvei, men de fleste vektla en personsentrert tilnærming som tok sikte på å ivareta beboerens individuelle behov og tilrettelegge for individuelt tilpassede aktiviteter.

Dette samsvarer med aktuelle retningslinjer innen demensomsorg som anbefaler ikke-farmakologiske tiltak som førstelinje-intervensjoner (Azermai, 2015, Cohen-Mansfield, 2001 og Kales, Gitlin og Lyketsos, 2014).

I den personsentrerte tilnærmingen vektla omsorgsutøverene betydningen av å ha kunnskap om den enkelte beboers livshistorie og personlighet for individuell tilpasning av omsorgen. Kommunikasjon var en viktig del av å bygge relasjon med den enkelte, både verbal og non-verbal. I følge Travelbee (2001) må sykepleieren evne å kommunisere non-verbalt, og kan med bare et blick motivere og påvirke det syke mennesket.

Travelbee (2001) beskriver hvordan inntrykkene av den andres personlighet, følelser og opplevelser oppstår i etableringen av menneske-til-menneske-relasjonen. Ved å tilegne seg kunnskap om den andres opplevelse av situasjonen, vil en kunne forstå betydningen av hvordan ens egen tilnærming kan påvirke opplevelsen, det forutsetter at en klarer å se beboeren som et individ og å kunne sette seg inn i hans eller hennes situasjon.

I denne studien kommer det fram flere ulike syn på aggressiv atferd ved demenssykdom. Noen av omsorgsutøverne opplevde atferden som en måte å kommunisere behovene sine på, som uttrykk for følelser og opplevelser. Andre så atferden som et naturlig symptom ved selve sykdommen, eller som tidligere personlighetstrekk som ble forsterket av demenssykdommen. Det kan tenkes at omsorgsutøvernes syn på atferdens underliggende betydning kunne påvirke hvilke tiltak som ble iverksatt, og at de som så atferden som en måte å kommunisere sine behov var mer tilbøyelig til å velge en personsentrert tilnærming for å ivareta de individuelle behovene.

6.4 Metodediskusjon

Ved å gjøre en systematisk litteraturoversikt istedet for selv å intervju informanter, har jeg fått tilgang til mye informasjon. Artiklene inkludert i studien har et stort omfang av deltakere, noe som har gitt innsikt i mange ulike aspekter ved det å bli utsatt for aggressiv atferd fra beboere med demenssykdom. Studien er basert på vitenskapelige artikler fra Storbritannia, USA, Sverige, Canada, Australia og Sveits og har sammenlagt 319 deltakere, noe som er med på å styrke overførbarheten i min studie. Etersom utvalget sammenlagt i artiklene er relativt stort, er overførbarheten vesentlig større enn hva den ville blitt om jeg selv hadde foretatt intervjuer med deltakere.

I analysen av artiklene har jeg benyttet Graneheim og Lundmans metode (2004) for å kondensere, kode og kategorisere meningsenheter. Ved å benytte denne metoden har jeg kunnet arbeide systematisk og nøyaktig med artiklene, og trekke ut de funnene som var relevante i forhold til denne studiens hensikt. Det er likevel viktig å understreke at resultatet av analysen er basert på min forståelse av teksten som er analysert, og at andre vil kunne forstå teksten på en annen måte.

Utfordringen i forhold til denne metoden er at det er annenhånds informasjon, hvor kontekst og personlige inntrykk blir borte. Artiklene som er inkludert i studien er basert på et sammensatt utvalg av ulike profesjoner, både sykepleiere, hjelpepleier, assistenter, aktivitører og andre, i flere av artiklene benyttes «caregivers» som en fellesbetegnelse på disse og det fremstår som uklart hvem som har sagt hva i artiklene. I tillegg er utvalgene i artiklene fra ulike institusjoner, noen er vanlige langtidsavdelinger, mens andre er spesialenheter for beboere med demenssykdom. Graden av aggressiv atferd vil være varierende på de ulike arbeidsplassen, og derfor også opplevelsen av denne. Disse er vanskelig å skille fra hverandre, men er med på å tilføre flere nyanser av opplevelsen av aggressiv atferd. Jeg har forsøkt å gjengi funnene i artiklene på riktig måte, og bevare deres særegenheter. Samtidig har jeg skillet mellom funnene og mine egne betraktninger, slik at jeg ikke har tillagt artiklene annet innhold enn det de opprinnelig hadde. På tross av grundige og systematiske litteratursøk over en lang periode, kan det likevel være artikler jeg har gått glipp av som burde ha vært inkludert i oversikten. Jeg føler likevel at det materialet søkingen har gitt meg, har vært omfangsrikt og gitt en god metning i forhold til metode og forskningsspørsmål.

Funnene i denne studien samsvarer i stor grad av hva tidligere forskning sier om omsorgsutøvernes opplevelse av aggressiv atferd, noe som styrker troverdigheten i denne studien.

7.0 Oppsummering

Funnene viser at opplevelse av aggressiv atferd fra beboere med demenssykdom er subjektiv, den gir ulike inntrykk og skaper ulike følelser hos den som opplever den. For å forklare atferden nevnte omsorgsutøverne en rekke triggere som kunne være med på å fremkalle atferden, og resultatet av denne studien viste at disse spilte en viktig rolle for hvordan omsorgsutøverne opplevde aggressiv atferd. Felles for deltakerne i artiklene som har blitt analysert, var at å bli utsatt for fysisk eller psykisk vold og aggresjon fra beboere opplevdes som svært vanskelig og utfordrende. Omsorgsutøverne følte seg sårbare, og det kunne gi tvil i forhold til egen kompetanse i utførelsen av omsorgen, samt påvirke følelsene for den som utsatte dem for atferden og dermed resultere i dårligere kvalitet på omsorgen. De fleste uttrykte likevel medfølelse og sympati med beboerne, og mente at en personsentrert tilnærming til beboerne var det mest effektive tiltaket i forhold til å kunne dempe og avverge aggressiv atferd. Identifisering av årsaker til at atferden oppstod gav omsorgsutøverne en følelse av å gjenvinne kontrollen, og det ble mulig å iverksette omsorgstiltak som var individuelt tilpasset. Dette er i tråd med den personsentrerte tilnærmingen som fordrer at en klarer å se enkeltindividets behov.

7.1 Implikasjoner

For profesjonelle omsorgsutøvere vil et økende antall mennesker med demenssykdom medføre krav om økt kompetanse om de ulike demenssykdommene og de atferdsmessige og psykologiske utfordringene som følger en demenssykdom. Denne studien kan tilføye en del av et kunnskapsgrunnlag for å øke bevissthet i praksis om hvordan aggressiv atferd oppleves av omsorgsutøverne, hva som kan påvirke den og hvilke følger det kan få for omsorgen. Økte kunnskaper om hvilke triggere som kan fremkalle aggressiv atferd, kan hjelpe omsorgsutøvere til å kunne identifisere og modifisere disse. Samtidig må omsorgsutøvere være oppmerksom på sin egen rolle, og at deres egen holdning og tilnærming i seg selv kan være med på å fremkalle frustrasjon og agitasjon hos beboere. For liten tid i forhold til arbeidsmengde kan være en utfordring og medføre at omsorgsutøverne inntar en brå og skyndsom tilnærming.

Funnene i denne studien indikerer at det er et behov for videre forskning med fokus på aggressiv atferd hos beboere med demenssykdom og hvordan den kan påvirke omsorgsutøvere og omsorgen.

Litteraturliste

*Artikler inkludert i studiens datamateriale

- Azermai, M. (2015). Dealing with behavioural and psychological symptoms of dementia: a general overview. *Psychology Research and Behaviour Management*, 8, 181-185. doi <http://dx.doi.org/10.2147/PRBM.S44775>
- Berr, C., Wancata, J. & Ritchie, K. (2005). Prevalence of dementia in the elderly in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 463-471. doi:10.1016/j.euroneuro.2005.04.003
- Buchanan, J.A., Christenson, A.M., Ostrom, C. & Hofman, N. (2007). Non-pharmacological interventions for aggression in persons with dementia: A review of the literature. *The Behavior Analyst Today*, 8, 413-425. <http://dx.doi.org/10.1037/h0100630>
- Cohen-Mansfield, J. (2001). Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: A review, summary, and critique. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9:4, 361-381.
- Dalland, C.P. (2011) Utfordringer ved gjenbruk av andres kvalitative data. *Norsk Pedagogisk Tidsskrift*, 06, 449-459.
- Dettmore, D., Kolanowski, A. & Boustani, M. (2009). Aggression in persons with dementia: use of nursing theory to guide clinical practice. *Geriatric Nursing*, 30(1), 8-17. doi:10.1016/j.gerinurse.2008.03.001
- * Duxbury, J., Pulsford, D., Hadi, M. & Sykes, S. (2013). Staff and relatives` perspectives on the aggressive behaviour of older people with dementia in residential care: a qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Nursing*, 20(9), 792-800. doi:<http://ezproxy.uin.no:2081/10.1111/jpm.12018>
- Edberg, A-K., Bird, M., Richards, D.A., Woods, R., Keeley, P. & Davis-Quarrel, V. (2008). Strain in nursing care of people with dementia: Nurses` experience in Australia, Sweden and United Kingdom. *Aging and Mental Health*, Vol 12, 2, 236-243. DOI:10.1080/13607860701616374
- Engedal, K & Hauge, P. K. (2009) *Lærebok demens: Fakta og utfordringer*. Forlaget Aldring og Helse. 5.utgave. Tønsberg.
- Eriksson, C., & Saveman, B-I. (2002). Nurse`s experiences of abusive/non- abusive caring for demented patients in acute care settings. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 16(1), 79- 85.
- *Foley, K. L., Sudha, S., Sloane, P.D. & Gold, D.T. (2003). Staff perceptions of successful management of severe behavioural problems in dementia special care units. *Dementia*, 2 (1), 105-124. doi: 10.1177/1471301203002001998
- Friberg, F. (2012) *Dags för uppsats –vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- *Graneheim, U.H., Hörnsten, Å. & Isaksson, U. (2012). Female caregivers` perceptions of reasons for violent behaviour among nursing home residents. *Journal of Psychiatric and Mental Nursing*, 19(2), 154-161. DOI: <http://ezproxy.uin.no:2081/10.1111/j.1365-2850.2011.01768.x> .

- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Helse- og omsorgsdepartementet. *Demensplan 2020*. 12/2015. 2.opplag
https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf
- Holst, G., Edberg, A.K. & Hallberg, I.R. (1999). Nurses` narrations and reflections about caring for patients with severe dementia as revealed in systematic clinical supervision sessions. *Journal of Aging Studies*, 13(1), 89-107. doi:10.1016/S0890-4065(99)80008-5
- Hirata, H. & Harvath, T.A. (2015). The relationship between exposure to dementia-related aggressive behavior and occupational stress among Japanese care workers. *Journal of Gerontological Nursing* 41(4), 38-46.
 doi:http://ezproxy.uin.no:2081/10.3928/00989134-20141014-01
- Irwin, A. (2006). The nurse`s role in the management of aggression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13(3), 309-318. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2006.00957.x
- *Isaksson, U., Graneheim, U.H. & Åström, S. (2009). Female caregivers` experiences of exposure to violence in nursing homes. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(1), 46-53. DOI: http://ezproxy.uin.no:2081/10.1111/j.1365-2850.2008.01328.x .
- *Isaksson, U., Åström, S. & Graneheim, U.H. (2008). Violence in nursing homes: perceptions of female caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 17(12), 1660-1666. doi: http://ezproxy.uin.no:2081/10.1111/j.1365-2702.2007.02196.x .
- *Janzen, S., Zecevic, A.A., Kloseck, M. & Orange, J.B. (2013). Managing agitation using nonpharmacological interventions for seniors with dementia. *American Journal of Alzheimer`s Disease & Other Dementias*, 28(5), 524-532. doi: 10.1177/1533317513494444
- Kales, H.C., Gitlin, L.N. & Lyketsos, C.G. (2014). Management of neuropsychiatric symptoms of dementia in clinical setting: Recommendations from a multidisciplinary expert panel. *Journal of the American Geriatrics Society*, Vol.62 (4), 762-769. DOI: http://ezproxy.uin.no:2081/10.1111/jgs.12730 .
- *Kristiansen, L. Hellzèn, O. & Asplund, K. (2006). Swedish assistant nurses` experiences of job satisfaction when caring for persons suffering from dementia and behavioural disturbances. An interview study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 1(4), 245-256.
- Lund, T. & Haugen, R. (2006) *Forskningsprosessen*. Oslo: Unipub forlag AS
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget. Oslo. 3.utgave.
- Moniz-Cook, E. & Clarke, C. (2011). Dementia care: coping with aggressive behaviour. *Nursing & Residential Care* 13, 86-90.
- Morgan, D.G., Stewart, N.J., D`arcy, C., Forbes, D. & Lawson, J. (2005). Work stress and physical assault of nursing aides in rural nursing homes with and without dementia special care units. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(3), 347-358. DOI: http://ezproxy.uin.no:2081/10.1111/j.1365-2850.2005.00846.x .

- *Ostaszkiwicz, J., Lakhan, P., O'Connell, B. & Hawkins, M. (2015) Ongoing challenges responding to behavioural and psychological symptoms of dementia. *International Nursing Review*, 62(4) 506-516. doi: 10.1111/inr.12180. Epub 2015 Feb 25.
- Rodney, V. (2000). Nurse stress associated with aggression in people with dementia: its relationship to hardiness, cognitive appraisal and coping. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1). 172-180. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2000.01247.x
- Sandvide, Å., Åström, S., Norberg, A. & Saveman, B.I. (2004). Violence in institutional care for elderly people from the perspective of involved care providers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(4), 351-357. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2004.00296.x
- Scott, A., Ryan, A., James, I.A. & Mitchell, E.A. (2011,b). Perceptions and implications of violence from care home residents with dementia: a review and commentary. *International Journal of Older People Nursing*, 6(2), 110-122. DOI: <http://ezproxy.uin.no:2081/10.1111/j.1748-3743.2010.00226.x>
- Scott, A., Ryan, A., James, I.A. & Mitchell, E.A. (2011,a). Psychological trauma and fear for personal safety as a result of behaviours that challenge in dementia: The experience of healthcare workers. *Dementia*, 10 (2), 257-269. doi: 10.1177/1471301211407807
- *Shaw, M.M. C. (2004). Aggression toward staff by nursing home residents, findings from a grounded theory study. *Journal of Gerontological Nursing*, 30(10) 43-54.
- *Skovdahl, K., Kihlgren, A.L. & Kihlgren, M. (2003). Different attitudes when handling aggressive behaviour in dementia- narratives from two caregiver groups. *Aging & Mental Health*, 7 (4), 277-286. DOI:10.1080/1360786031000120679
- *Skovdahl, K., Kihlgren, A.L. & Kihlgren, M. (2004). Dementia and aggressiveness: stimulated recall interviews with caregivers after video-recorded interactions. *Journal of Clinical Nursing*, 13(4), 515-525. DOI: <http://ezproxy.uin.no:2081/10.1046/j.1365-2702.2003.00881.x>
- Sosa-Ortiz, A.L., Acosta-Costillo, I., & Prince, M.J. (2012). Epidemiology of Dementias and Alzheimer's disease. *Archives of Medical Research*, 43(8), 600-608. doi:10.1016/j.arcmed.2012.11.003
- Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU]. (2014). Värdering och syntes av studier utförda med kvalitativ analysmetodik (SBU-rapport granskningsmallar, kapitel 8). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Hentet 01.03.2015 fra: <http://www.sbu.se/granskningsmallar>.
- Todd, S.J. & Watts, S.C. (2005). Staff responses to challenging behavior shown by people with dementia: An application of an attributional emotional model of helping behavior. *Aging & Mental Health*, 9(1), 71-81. DOI:10.1080/13607860412331310254
- Travelbee, J. (2001) *Mellommenneskelige forhold I sykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Zeller, A., Dassen, T. Kok, G., Needham, I. & Halfens, R.J.G. (2011). Nursing home caregivers' explanations for and coping strategies with residents' aggression: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 20(17-18), 2469-2478. DOI: <http://ezproxy.uin.no:2081/10.1111/j.1365-2702.2011.03722.x>

Vedlegg 1 Resultat av datasøk i CINAHL

CINAHL		Filter:	Abstract available, 2000-2015, English language, Peer reviewed	
SØKEORD	ANTALL TREFF	INKLUDERT ETTER LESING AV ABSTRAKT	INKLUDERT I STUDIEN	
Dementia AND aggressive behaviour AND nursing home	N = 54	N = 4	N = 3 (10,12,11)	
Dementia AND aggressive behaviour AND qualitative	N = 8	N = 1	N = 1 (1)	
Dementia AND aggressive behaviour AND nurse	N = 67	N = 3	N = 0	
Dementia AND aggressive behaviour AND caregiver	N = 24	N = 0	N = 0	
Dementia AND aggressive behaviour AND experience	N = 7	N = 0	N = 0	
Alzheimer AND aggressive behaviour AND nursing home	N = 11	N = 0	N = 0	
Alzheimer AND aggressive behaviour AND qualitative	N = 0	N = 0	N = 0	
Alzheimer AND aggressive behaviour AND nurs*	N = 13	N = 0	N = 0	
Alzheimer AND aggressive behaviour AND caregiver	N = 8	N = 0	N = 0	
Alzheimer AND aggressive behaviour AND experience	N = 2	N = 0	N = 0	

SØKET I CINAHL RESULTERTE I FØLGENDE INKLUDERTE ARTIKLER:

10: Skovdahl mfl. (2003), Different attitudes when handling aggressive behaviour in dementia

11: Skovdahl mfl. (2004), Dementia and aggressiveness: Stimulated recall interviews with caregivers after video-recorded interactions

12: Zeller mfl. (2011), Nursing home caregivers`explanations for and coping strategies with residents`aggression: a qualitative study

1: Duxbury mfl. (2013), Staff and relatives` perspectives on the aggressive behaviour of older people with dementia in residential care: a qualitative study

Vedlegg 2 Resultat av datasøk i PUBMED

PUBMED		Filter:	Abstract available, 2000-2015, English language	
SØKEORD	ANTALL TREFF	INKLUDERT ETTER LESING AV ABSTRAKT		INKLUDERT I STUDIEN
Dementia AND aggressive behaviour AND nursing home	N = 205	N = 2		N = 0
Dementia AND aggressive behaviour AND qualitative	N = 17	N = 1		N = 1 (8)
Dementia AND aggressive behaviour AND nurse	N = 268	N = 1		N = 0
Dementia AND aggressive behaviour AND caregiver	N = 194	N = 1		N = 0
Dementia AND aggressive behaviour AND experience	N = 33	N = 0		N = 0
Alzheimer AND aggressive behaviour AND nursing home	N = 60	N = 0		N = 0
Alzheimer AND aggressive behaviour AND qualitative	N = 3	N = 0		N = 0
Alzheimer AND aggressive behaviour AND nurs*	N = 75	N = 20		N = 0
Alzheimer AND aggressive behaviour AND caregiver	N = 81	N = 0		N = 0
Alzheimer AND aggressive behaviour AND experience	N = 13	N = 0		N = 0

SØKET I PUBMED RESULTERTE I FØLGENDE INKLUDERTE ARTIKLER:

8: Ostaszikiewicz mfl. (2015), Ongoing challenges responding to behavioural and psychological symptoms of dementia

Vedlegg 3 Resultat av datasøk i SCOPUS

SCOPUS		Filter:	Subject area Nursing, 2000-2015, English language, Article	
SØKEORD	ANTALL TREFF	INKLUDERT ETTER LESING AV ABSTRAKT		INKLUDERT I STUDIEN
Dementia AND aggressive behaviour AND nursing home	N = 373	N = 5		N = 2 (3,4)
Dementia AND aggressive behaviour AND qualitative	N = 137	N = 0		N = 0
Dementia AND aggressive behaviour AND nurse	N = 428	N = 1		N = 0
Dementia AND aggressive behaviour AND caregiver	N = 22	N = 0		N = 0
Dementia AND aggressive behaviour AND experience	N = 27	N = 0		N = 0
Alzheimer AND aggressive behaviour AND nursing home	N = 312	N = 2		N = 0
Alzheimer AND aggressive behaviour AND qualitative	N = 88	N = 0		N = 0
Alzheimer AND aggressive behaviour AND nurs*	N = 340	N = 1		N = 0
Alzheimer AND aggressive behaviour AND caregiver	N = 9	N = 0		N = 0
Alzheimer AND aggressive behaviour AND experience	N = 147	N = 0		N = 0

SØKET I SCOPUS RESULTERTE I FØLGENDE INKLUDERTE ARTIKLER:

3: Granheim mfl. (2012), Female caregivers` perceptions of reasons for violent behaviour among nursing home residents.

4: Isaksson mfl. (2009), Female caregivers` experiences of exposure to violence in nursing homes.

Vedlegg 4 Resultat av manuelt datasøk

Manuelt søk	
TIDSSKRIFT	ARTIKKEL
Dementia, 02/01/20013, Vol. 2(i).pp 105-124	2: Foley mfl. (2003)
Journal of Clinical Nursing, 2008, vol 17(12), pp. 1660-1666	5: Isaksson mfl. (2008)
American Journal of Alzheimers, Disease & other Dementias®, 2013, Vol. 28(5), pp 524-532	6: Janzen mfl. (2013)
International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 2006, Vol 1(4) p. 245-256	7: Kristiansen mfl. (2006)
Journal of Gerontological nursing, October 2004, Vol 30(10), pp 43-54	9: Shaw (2004)

DET MANUELLE SØKET RESULTERTE I FØLGENDE INKLUDERTE STUDIER:

2: Foley mfl. (2003), Staff perceptions of successful management of severe behavioral problems in dementia speical care units.

5: Isaksson mfl. (2008), Violence in nursing homes: perceptions of female caregivers

6: Janzen mfl. (2013), Managing agitation using non-pharmacological interventions for seniors with dementia

7: Kristiansen mfl. (2006), Swedish assistant nurses` experiences of job satisfaction when caring for persons suffering from dementia and behavioural disturbances. An interview study

9: Shaw (2004), Aggression toward staff by nursing home residents, findings from a grounded theory study

Nurses' experiences of aggressive behaviour from older people suffering from dementia in nursing homes: A systematic literature review

ADELHEID HOLST¹ and LISA SKÄR²

¹ Kveldsol sykehjem, Harstad kommune, 9419 Sørvik, Norway.

² Faculty of Professional studies, Nord University, 8049 Bodø, Norway, E-mail:

lisa.skar@nord.no / Department of Health, Blekinge Institute of Technology, SE-37179

Karlskrona, Sweden. Phone: 46 70 4540866 E-mail: Lisa.Skar@bth.se

Corresponding author

Lisa Skär, RN., PhD., Professor, Faculty of Professional studies, Nord University, 8049

Bodø, Norway, E-mail: lisa.skar@nord.no / Department of Health, Blekinge Institute of

Technology, SE-37179 Karlskrona, Sweden. Phone: 46 70 4540866 E-mail:

Lisa.Skar@bth.se

Abstract

The aim of this study was to investigate nurses' experiences of aggressive behaviour from older people suffering from dementia in nursing homes. The data (12 studies) were analysed by applying qualitative content analysis. The analysis resulted in four categories; Caregivers view on triggers for aggression; Expressions of aggression, Aggressive behaviours affect on caregivers and Caregivers strategies to handle aggression. The results show that identifying triggers are meaningful for nurses' to be able to handle the behaviour as such behaviour could lead to negative feelings for both the nurse and for the older people. Aggressive behaviour in turn could also impact the quality of care. Caregivers' preferred person-centred strategies to address the behaviour, the use of pharmacologica and coercion strategies were last- resorts strategies.

Keywords

Aggressive behaviour, BPSD, Dementia, Nursing, Nursing home, Systematic review

Introduction

Dementia is described as one of the most common diseases among older people. Incidents are increasing with an aging global population, causing a big challenge in the future for the healthcare.¹ The number of incidents of dementia was estimated to 35.6 million in 2010, and is expected to nearly double every 20th year to 65.7 million in 2030 and 115.4 million in 2050.² Dementia is a progressive disease, affecting the cognitive functions and are often followed by non-cognitive symptoms, referred to as Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD). The non-cognitive symptoms includes aggression, agitation, anxiety, irritability, depression, apathy, delusions, hallucinations and aberrant motor behaviour.³ BPSD are defined as socially inappropriate or unusual behaviour that can be observed in people with dementia, which often results from, or are a way of expressing or manifest unidentified needs.⁴

Up to 90 percent of people with dementia will experience one or more symptoms of BPSD during the development of the disease.⁵⁻⁶ Aggression is reported to be prevalent in 25 to 50 percent of people suffering from dementia⁶⁻⁷, and is associated with early institutionalizing.⁶ The behaviour includes both verbal and physical behaviours such as kicking, hitting and screaming, which cause an increased burden on caregivers.⁶ Aggressive behaviour is also perceived as challenging, causing physical and psychological damage to persons experiencing the behaviour, leading to anger, stress and depression.⁸ The experience of aggression is subjective, and can be interpreted differently depending on the nurses` relationship with the older person.⁹ Consequently, the aggressive behaviour can label the person as difficult to handle, causing a negative effect on the relationship between the nurse

and the older person, and lead to increased use of pharmaceuticals, and especially antipsychotics.¹⁰

Working with people with dementia in nursing homes, the relationship between caregiver and the older person are meaningful for the experiences of quality of the care provided. Older people suffering from dementia with cognitive impairments could experience that their understanding of their surroundings could be challenged as they could experience having difficulties understanding and communicate their needs. Furthermore, their ability to remember are often declined, which could result in a feeling of losing one's identity, causing a state of crisis. As dementia is a complex illness with many non-cognitive symptoms that influences every aspect of daily life for the people suffering from the illness, it is important for nurses to understand reasons and be able to recognise and handle the symptoms. From a nursing perspective, it is therefore important to establish a human-to- human relationship.¹¹ Which means a close relationship where the nurse and patient relates to each other as unique individuals instead of relating to each other as stereotypic nurse and patient. Such a close relationship could help the nurse handle aggressive behaviour.

Aim

The aim of this study was to investigate caregivers' experiences of aggressive behaviour from older people suffering from dementia in nursing homes.

Method

The design for this qualitative literature review was guided by Graneheim and Lundman.¹²

The characteristics of this design comprise descriptions of qualitative research findings about a particular phenomenon and considerations of variations. The literature review was performed by a systematic search process and identified selected studies were analysed with qualitative content analysis.¹²

Search process and quality appraisal of studies

Before the search process started a search in international literature helped the researchers identify the review question and use of keywords identifying the topic. Data was sought from the databases CINAHL, Medline and Scopus (from 24 of July until 13 of October 2015). The applied search terms were: *dementia, aggressive behaviour, nursing home, qualitative, Alzheimer, experiences, caregiver and nurs**. The search covered the time period 2000-2015, and included qualitative peer-reviewed studies written in English. In addition, in order to maximize the search process, back and forward reading of references as well as manual abstract searches were conducted from the reviewed studies. The inclusion criteria for this review were set as follows: 1) Nurses experiences of aggressive behaviour among older people with dementia living in nursing homes; 2) Articles published between 2000 and 2015 written in English; 3) Qualitative design; 4) Peer-reviewed studies. The exclusion criteria were studies conducted on aggressive behaviour between older people with dementia and studies describing family caregivers' experiences. The search process is described in Figure 1.

The first author conducted the search process and held frequent discussions throughout the search process with the co-author to reach an agreement of the search. The search performed using the search terms produced 3026 studies. Title selection using the inclusion criteria and the removal of duplicates titles reduced the number to 151 studies. After reading the abstracts of the 151 studies, 27 studies were selected. A manual back and forward tracking of references as well as manual abstract searches were conducted from which resulted in 6 more studies to be included. After reviewing the 33 articles, 12 studies were selected. The studies were then checked for quality using a valued guideline.¹³ This resulted in that 12 studies were included in the review based on their high degree of quality appraisal in all domains, including aim and scope, design, findings and relevance and transferability.

Qualitative content analysis

The selected articles were analysed according qualitative content analysis.¹² The studies were first read through, in order to see the data as a whole. Then, 277 meaning units were identified and extracted from the text based on the relevance for this study`s aim. Meaning units consisted of words, statements, sentences and phrases containing aspects related to each other through their context or content. The meaning units were then condensed, which means that the text was shortened while still preserving its core. After condensing the meaning units, each meaning unit was labelled with a code. Codes can be related to a phenomenon, an event or discrete objects, and should be understood in relation to the context.¹² The codes were abstracted and sorted into categories based on their similarities and differences. According to Graneheim and Lundman¹² creating categories is the core feature of the qualitative content analysis.

Findings

The studies included in this literature review are summarised in Table 1. The studies were published between 2000 and 2015, and performed in United Kingdom, USA, Sweden, Canada, Australia and Switzerland. The methodologies of the studies included content analysis, thematic content analysis, grounded theory and phenomenological hermeneutic method. The studies contain 319 caregivers, such as nurses, assistant nurses, assistants and care workers. The studies focused on perceptions of aggressive behaviour, violence in nursing homes, managing agitation, behavioural disturbances and explanations and coping strategies with residents' aggression. The content in the studies are analysed and presented in the following four categories: Caregivers' view on triggers for aggression; Expressions of aggression, Aggressive behaviours affect on caregivers and Caregivers strategies to handle aggression. Each category contains two sub-categories (Table 2) and will be illustrated with citations from the studies.

Caregivers' view on triggers for aggression

This category describes caregivers' view on triggers for aggressive behaviour among older people with dementia living in nursing homes. The category is divided in two sub-categories, internal and external triggers.

Internal triggers

Responses to the question of what cause triggers for aggressive behaviour, shows in the studies^{15,16,18,19} that some somatic diseases could lead to confusion and agitation, such diseases were arthritis, hearing loss, sleeping deprivation, infections and hallucinations.

Triggers for aggressive behaviour could also be a result of the resident protecting themselves from being roughly handled by caregivers.¹⁶ Identifying and treating somatic disease were described by the caregivers in the studies as a strategy to prevent aggressive behaviour. Residents feeling of fear and overwhelming in relation to their own experience of their environment were also identified as an internal trigger for aggressive behaviour; *“Violence often occurred when the residents neither recognized nor understood what was happening in activities of daily living, such as being fed, dressed or helped to the toilet. They became frightened and expressed their frustration as violence.”* (16, p. 157)

In the studies¹⁵⁻¹⁶, some of the caregivers described residents not recognising caregivers or themselves, or their own behaviour. This could create fear, which could lead to agitation and aggressive behaviour. In addition, the studies^{21,25} described residents’ dependency to caregivers as factor which could lead to aggression. From being used to manage activities of daily living on their own, residents became dependent on help from caregivers to manage simple tasks, such as intimate care, getting dressed and going to the bathroom. Sometimes having to wait for help due to caregivers’ workload, were also mentioned as a trigger which could lead to agitation and aggression. Needing help with intimate care, was described by caregivers in the studies^{14,16,19-25} as a frequent trigger for aggression. Residents could sometimes feel that their personal space was limited;

All of the caregivers interviewed described invasion into personal space – which is unavoidable, given the necessity to administer personal care to residents – as a particularly difficult moment in the caring process. When residents suffer from intrusions into their personal space, aggressive behaviour occurs frequently. (25, p. 2473)

The studies^{14,16,19,21,24,25} describe the experience of residents not understanding their own needs, or be able to communicate them to their environments as a trigger of aggression; *“The disease” may have left violent behaviour as the only way residents express their feelings, communicating, say, “I do not want it like this”, and express their inner tensions and fear”* (16 p.157)

External triggers

External triggers were described in the studies as triggers in the environment, in actions and activities and as physical factors in the surroundings. Furthermore, were both over- and under stimulation a reason for external trigger of aggressive behaviour.^{14,16,19,23} To spend time with other residents and caregivers could also have an effect on the residents` state of mind.¹⁴

The caregivers in the studies describe that narrowed and crowded facilities could be a cause for agitation and aggressive behaviour. The older people became stressed and frustrated, which in turn could lead to aggressive behaviour; *“Both residents and caregivers experienced discomfort in these places. Residents could feel restricted because the wards were locked. They felt homesick, but they could not leave the ward, and so they became anxious and sometimes violent.”* (16, p.157)

Also, inconsideration from caregivers, lack of time and resources due to heavy workloads and shortness of staff could cause the residents to feel mistreated and so they became frustrated and agitated. The caregivers,^{14,15,16,19,22} expressed that one or several triggers could occur simultaneously, but sometimes there was no obvious trigger, making it hard to identify what caused the aggressive behaviour.

Expressions of aggression

This category describes physical and verbal expression of aggression in the two following sub-categories.

Physical aggression

Physical aggression was often described by the caregivers in the studies^{15,19,20,21,22,24} as kicking, punching, pinching, or throwing items. Some of the studies²⁰ described that physical aggression occurred on a daily basis, something that was described as unexpected and shocking for the caregivers. The physical aggression was sometimes also very fierce, and could result in visible damage and marks on the caregiver that was exposed of the behaviour. Some of the damages inflicted on caregivers were so severe that it required medical care and sometimes resulted in absence from work; *“The challenge lies in the caregivers’ way of relating to being physically hurt, insulted, abused and offended. The violence is perceived as painful, leaving marks and bruises on the body, visible for anyone to see”* (18, p.1662)

Verbal aggression

The studies indicated that verbal aggression was not documented as frequently as physical aggression, although the caregivers reported it to be equally frequent. This was due to the workplaces lack of routines for documenting verbal aggression. The verbal aggression was threats, false accusations of neglecting care, racial and sexual slurs, screaming and name-calling. Although the verbal aggression did not leave visible marks, the caregivers perceived it to be challenging. It was experienced to be more difficult to protect themselves from than the physical aggression, even though they tried to block out the words, it could still stay in

their heads; “Well, violence, you often think of punches, but at the same time it is having these four letter words towards you.. Well it`s kind of violation.. Violence towards one`s soul”. (18, p.1663)

Aggressive behaviours affect on caregivers

This category describes that aggressive behaviour evoke strong feelings in the caregivers, such as feelings of fright, uncertainty, tiredness, and the experience had consequences for the caregivers feelings of job-satisfaction, self-esteem and feelings towards the older person with dementia. The results are presented in the following sub-categories; Caregivers emotions and Caregivers feelings towards residents.

Cargivers emotions

The caregivers in the studies^{17,20} stated that their work with older people with dementia took almost all of their energy, which resulted in feelings of tiredness and exhaustion. Working with persons with aggressive behaviour makes it even harder and they felt all drained by energy.²⁰ The studies^{17,20,22,24} describe that it was difficult for caregivers going to work every day, knowing that older people with dementias aggressive behaviour and violence would occur; “I arrive in the morning and say “good morning” and everything is okay... and then suddenly I get punched... I think it`s horrible, things being like this”. (17, p. 49)

The caregivers^{19-21,25} described that working with aggressive behaviour could lead to feelings of shock and astonishment, and the anticipation of being exposed of aggression could make them feel exhausted and resigned, without hope that the situation would change. The

exposure of aggressive behaviour, made the caregivers feel like a failure and question their own competence and professionalism. They were also afraid that their management and colleagues would think that they could not handle the workload when not being able to control the situation. Although knowing aggression was a symptom of dementia, the caregivers in the studies^{16-18,20,21} felt hurt and disappointed in exposure to aggressive behaviour; *“Even though we know that they are mentally not stable or not aware of what they are doing or saying but if they verbally abuse you, you feel that –hurt”*.^(21, p.6)

Caregivers' feelings towards residents

The caregivers expressed in the studies^{17,18,23,24} that aggressive behavioural affected their feelings towards the residents. In addition to feelings of fright for resident, they sometimes developed feelings of disgust and reluctance.¹⁷ Some of the caregivers in the studies^{17,18} expressed that the aggressive behaviour was intentional and that the residents knew exactly what they were doing, and some believed the behaviour to be a result of earlier personality traits being exaggerated from the dementia. Still, most caregivers believed that the behaviour was unintentional and a symptom of dementia, but mentioned that the behaviour still could evoke negative feelings for the residents who exposed them for aggressive behaviour. These negative feelings for residents could, in some cases, affect the quality of care. Some of the caregivers reported avoiding residents who were aggressive, and that aggressive behaviour affected the interaction between them and the older people; *“I started to treat her a little bit differently. It was like I got the devil inside me and I started being sarcastic towards her”*.^(17, p.48)

Caregiver strategies to handle aggression

This category describe how the caregivers handle aggression by reduce or prevent aggressive behaviour. The results are presented in two sub-categories; Person-centered care and Pharmacological strategies and coercion actions.

Person-centred care

The caregivers in the studies^{14,15,19,21-24,25} highlighted person-centred care as the best strategy to prevent and calm aggression. They expressed that in able to calm the older person and reduce agitation and aggression, knowledge about their life history and personality was necessary. Acknowledging them individuality and adjust the care and activities to each individual needs was seen as the most effective strategy to avoid older people with dementia feeling frustrated and agitated. Treating the older persons with respect, making them feel in control and include them in everyday activities had a preventing effect to reduce agitation; *“Calling them by name, inviting them to (do) things, being respectful, and treating them like they are a part of the family, so you (staff) are not creating any agitation to begin with”*.^(19, p.157)

The studies^{15,21,22} described furthermore different approaches to calm or prevent aggressive behaviour. One calm approach was eye contact, another a relaxed body language and communicating with a low and calm voice. The caregivers were also conscious of supporting each other, on taking turns approaching the older person, giving each other time off to calm down and encourage each other in able to cope with aggressive behaviour.

Pharmacological strategies and coercion actions

The use of pharmacological treatment was described as an effective strategy in order to calm aggression and was often used in acute situations, but most caregivers in the studies^{14,15,19,21} emphasized that it should be used sparingly and that other strategies should have been tried before trying medication. When pharmacological and coercion actions were used, some of the caregivers expressed that most of the time it would make aggression worse.

Discussion

The aim of this study was to investigate caregivers' experiences of aggressive behaviour from older people suffering from dementia in nursing homes. The results showed that caregivers perceive aggression to be challenging, causing a great deal of burden to the ones providing the care. The caregivers' believed identifying triggers was important in order to regain a sense of control. Aggression which appeared suddenly and without any visible cause was perceived creating feelings of uncertainty and fear. This is in line with Hirata and Harvath²⁶ that stated that the cause of aggression plays an important role in the caregivers' experience of being exposed of aggressive behaviour. To be able to identify triggers, caregiver has to relate to the person as an individual, understanding that the experience of the lifeworld is unique and different from person to person. Caregivers relating to the individual as a 'patient' in the meaning of a task that has to be done, can create feelings of frustration and anger in the individual.¹¹

Another finding in this study was that some of the caregivers seemed to be unaware of their own role in triggering aggressive behaviour, whereas another finding pointed out that caregivers' approaching older people with stress or haste could trigger or increase aggression.

It was described that older people mirrored the caregivers' mood, and could sense stress, haste, and changes in the caregivers' voice and body language. Caregivers mentioned also lack of competence as a trigger for resident's aggression. This is in accordance to findings,²⁷ that shows that lack of knowledge about dementia is a source of strain for nurses reflecting attitudes that can cause aggressive behaviour among people with dementia.

The results showed further that experience of aggressive behaviour from residents with dementia caused a great deal of strain and burden on caregivers, consistent with findings in other studies,^{28,29} investigating caregiver stress associated with aggressive behaviour. They experienced feelings of fear and uncertainty, becoming resigned and overwhelmed.

Caregivers' felt incompetent and became worried that their colleges would think that they were unprofessional and unable to handle their job. Holst, Edberg and Hallberg³⁰ found that nurses who experienced challenging behaviour among patients could begin questioning their own ability as nurses.

The findings in this study also indicated that caregivers' perceived aggressive behaviour in form of physical or verbal aggression as part of the job when working in dementia care. The behaviour was therefore seen as unavoidable, something they just had to accept and deal with. Similar findings have been described by Sandvide et al.,³¹ when caregivers meet aggressive behaviour it was seen as an inevitable constituent of the daily work in dementia care. Scott et al.,³² describe that the perception of violence is a natural part of working in dementia care and therefore seen as acceptable. However, aggressive behaviour is a challenge as the behaviour could cause the caregivers both psychological and physical trauma.³² Results in the present study showed that aggressive behaviour caused the caregivers feelings of

resignation, tiredness, apathy, hopelessness and fear, and they expressed developing negative feelings towards residents. Todd and Watts,³³ stated that caregiver's assumptions of reasons for the aggressive behaviour was determine for their response on the behaviour. They reported that caregivers who believed the behaviour was unintentional, was more willing to help and to show empathy. On the other hand, assumptions of aggressive behaviour being intentional could lead to staff withdrew and rejected the person who exposed them for the behaviour, and resented helping the person. Violent incidents lead to the caregivers feeling worry of the person concerned, withdrew and avoided the individual who has shown the aggressive behaviour.³⁴

In this study, having to be near the older person while helping them with personal tasks, put the caregivers in position for being kicked, punched, scratched or pinched. The caregivers felt ambivalence between getting the tasks done and knowing that they would most likely experience abuse while trying to help and take care of the older person. Eriksson and Saveman³⁵ stated that meeting aggressive behaviour takes time and caregivers could feel helplessness and frustration when time is lacking for personal care. This could result in frustration of the usual routines do not overtaken with and made it difficult for nurses to feel that they did a good work providing good care.

The findings of this study indicate that caregivers' highlighted a person-centred approach, and that pharmacological treatment was used as last resort strategies. Interpersonal approaches were seen as important to be able to calm the situation, using communication as a diversion to calm the situation. This is consistent with dementia guidelines,^{36,37,38} which recommends use of non-pharmacological interventions as first-line options for treatment. To

have a person-centred approach to calm older people experiencing agitation or aggression, caregivers in the present study emphasized having knowledge about personal likes and dislikes, in order to predict and therefore in a better way manage BPSD. Use of life history information has proven to be useful in order to increase quality of care, and decrease agitation and aggression in older people with aggressive behaviour in long-time care.³⁹

Using communication in order to tailor strategies to each individual was mentioned by several caregivers in this study's result. Travelbee¹¹ describe how the nurses communicate non-verbally with a look or a glance, in order to motivate and influence the person who is ill. Communicating with people which suffers from dementia requires that the caregivers have good skills in non-verbal communication.³⁷ In the present study, multiple views of aggressive behaviour in older people with dementia were highlighted. Whereas some caregivers viewed the behaviour as a way of communicating needs or a way of expression, others explained the behaviour as part of the disease, or as a result of earlier personality traits. It is likely to assume that caregivers' beliefs of the underlying meaning of the behaviour would affect the choice of strategy, indicating that caregivers who saw aggressive behaviour as a way of communicating needs, would make an effort to identify the needs applying a person-centred approach. This means providing an individualized and holistic approach, encouraging patient's participation, fostering empowerment, and treating the patients' needs with respect and dignity despite illness.⁴⁰

This study also need to be discussed within the context of study limitation. This systematic literature review was based on data collected in original studies that were selected for caregivers' experiences of aggressive behaviour among older people with dementia. Thus, the

findings are a result of the quality of data collected in the original studies. The studies included a wide range of caregivers from different facilities, in different long term care facilities, with and without dementia care units. The difference in care units could indicate that the severity of aggressive behaviour and violence could vary, affecting the experience of the exposure of the behaviour. The caregivers had different educations, which could be meaningful for how aggression were experienced and their choice of strategies handling the behaviour.

Conclusion and clinical implications

This literature review showed that aggressive behaviour from older people with dementia is complex and challenging. Aggressive behaviour consists of multiple factors including triggers for aggression, expression of aggression, and it has impact on care and caregivers' strategies to handle the situation. For explaining the behaviour, numerous triggers were mentioned in this literature review, and the results showed that these played an important role in the caregivers' experiences of the behaviour. The aggressive behaviour had a negative effect on caregivers' self-esteem, leaving them feeling overwhelmed with feelings of resignation, tiredness, apathy and hopelessness, in addition to making them questioning their own competence when delivering care. The negative feelings from being exposed of aggressive behaviour also affected their feelings towards the resident, and some of the caregivers' believed that the behaviour was intentional and expressed seeing the older people as malicious. Caregivers mentioned several strategies in dealing with aggressive behaviour but high-lighted the use of person-centred care. As multiple triggers cause aggressive behaviour caregivers need to be aware of these in order to identify and modify them. The findings of this study indicates that further studies should focus on how to acknowledge

aggressive behaviour among older people with dementia and how aggressive behaviour affects caregivers and care.

Funding

This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Conflict of interest

The author declares that there is no conflict of interest.

References

- 1 Berr C, Wancata J and Ritchie K. Prevalence of dementia in the elderly in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005; 15: 463-471.
- 2 Sosa-Ortiz AL, Acosta-Costillo I, and Prince M.J. Epidemiology of Dementias and Alzheimer`s disease. *Arch Med Res* 2012; 43(8): 600-608.
- 3 Song Jun-Ah and Oh Younjae. The association between the burden on formal caregivers and behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD) in Korean elderly in nursing homes. *Arch Psychiatr Nurs* 2015; 29(5): 346-354.
- 4 Cohen-Mansfield J. Nonpharmacologic Treatment of Behavioral Disorders in Dementia. *Curr Treat Options Neurol* 2013; 15(6): 765–785.
- 5 Oliveira AM de, Radanovic M, Mello PCH de, et al. Nonpharmacological interventions to reduce behavioural and psychological symptoms of dementia: A systematic review. *Biomed Res Int.* 2015; 1-9 Article ID 218980
- 6 Dettmore D, Kolanowski A, and Boustani M. Aggression in persons with dementia: use of nursing theory to guide clinical practice. *Geriatr Nurs* 2009; 30(1): 8-17.
- 7 Lyketsos CG, Steinberg M, Tschanz, JT, et al. Mental and behavioral disturbances in dementia: Findings from the Cache County Study on Memory and Aging. *Am J Psychiatry* 2000; 157(5): 708-714.
- 8 Irwin A. The nurse`s role in the management of aggression. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006; 13(3): 309-318.

- 9** Moniz-Cook E and Clarke C. Dementia care: coping with aggressive behaviour. *Nurs Resid Care* 2011; 13 (2): 86-90.
- 10** Buchanan JA, Christenson AM, Ostrom C et al. Non-pharmacological interventions for aggression in persons with dementia: A review of the literature. *Behav Anal Today* 2007; 8(4): 413-425.
- 11** Travelbee J. *Interpersonal aspects of nursing*. 1997; Pensumtjeneste AS. Oslo.
- 12** Graneheim UH and Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24(2): 105-112.
- 13** Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU]. (2014). Värdering och syntes av studier utförda med kvalitativ analysmetodik (SBU-rapport granskningsmallar, kapitel 8). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Collected 01.03.2015 from: <http://www.sbu.se/granskningsmallar>
- 14** Duxbury J, Pulsford D, Hadi M, et al. Staff and relatives` perspectives on the aggressive behaviour of older people with dementia in residential care: a qualitative study. *J Psychiatr Ment Nurs* 2013; 20(9): 792-800.
- 15** Foley KL, Sudha S, Sloane PD, et al. Staff perceptions of successful management of severe behavioural problems in dementia special care units. *Dementia* 2003; 2(1): 105-124.
- 16** Graneheim UH, Hörnsten Å and Isaksson U. Female caregivers` perceptions of reasons for violent behaviour among nursing home residents. *J Psychiatr Ment Nurs* 2012; 19(2): 154-161.

- 17** Isaksson U, Graneheim UH and Åström S. Female caregivers` experiences of exposure to violence in nursing homes. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009; 16(1): 46-53
- 18** Isaksson U, Åström S and Graneheim UH. Violence in nursing homes: perceptions of female caregivers. *J Clin Nurs* 2008; 17(12): 1660-1666.
- 19** Janzen S, Zecevic AA, Klooseck M et al. Managing agitation using nonpharmacological interventions for seniors with dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2013; 28(5): 524-532.
- 20** Kristiansen L, Hellzèn O and Asplund K. Swedish assistant nurses` experiences of job satisfaction when caring for persons suffering from dementia and behavioural disturbances. An interview study. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2006; 1(4): 245-256.
- 21** Ostaszkiwicz J, Lakhan P, O`Connell B, et al. (2015) Ongoing challenges responding to behavioural and psychological symptoms of dementia. *Int Nurs Rev* 2015; 62(4): 506-516.
- 22** Shaw MMC. Aggression toward staff by nursing home residents, findings from a grounded theory study. *J Gerontol Nurs* 2004; 30(10): 43-54.
- 23** Skovdahl K, Kihlgren AL and Kihlgren M. Different attitudes when handling aggressive behaviour in dementia- narratives from two caregiver groups. *Aging Ment Health* 2003; 7(4): 277-286.
- 24** Skovdahl K, Kihlgren AL and Kihlgren M. Dementia and aggressiveness: stimulated recall interviews with caregivers after video-recorded interactions. *J Clin Nurs* 2004; 13(4): 515-525.

- 25** Zeller A, Dassen T, Kok G et al. Nursing home caregivers` explanations for and coping strategies with residents` aggression: a qualitative study. *J Clin Nurs* 2011; 20(17-18): 2469-2478.
- 26** Hirata H and Harvath TA. The relationship between exposure to dementia-related aggressive behaviour and occupational stress among Japanese care workers. *J Gerontol Nurs* 2015; 41(4): 38-46.
- 27** Edberg A-K, Bird M, Richards DA, et al. Strain in nursing care of people with dementia: Nurses` experience in Australia, Sweden and United Kingdom. *Aging Ment Health* 2008; 12(2): 236-243.
- 28** Rodney V. Nurse stress associated with aggression in people with dementia: its relationship to hardiness, cognitive appraisal and coping. *J Adv nurs* 2000; 31(1): 172-180.
- 29** Morgan DG, Stewart NJ, D`arcy C, et al. Work stress and physical assault of nursing aides in rural nursing homes with and without dementia special care units. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2005; 12(3): 347-358.
- 30** Holst G, Edberg A-K and Hallberg IR. Nurses` narrations and reflections about caring for patients with severe dementia as revealed in systematic clinical supervision sessions. *J Aging Stud* 1999; 13(1): 89-107.
- 31** Sandvide Å, Åström S, Norberg A, et al. Violence in institutional care for elderly people from the perspective of involved care providers. *Scand J Caring Sci* 2004; 18(4): 351-357.
- 32** Scott A, Ryan A, James I, et al. Perceptions and implications of violence from care home residents with dementia: a review and commentary. *Int J Older People Nurs* 2011; 6(2): 110-122.

- 33** Todd SJ and Watts SC. Staff responses to challenging behavior shown by people with dementia: An application of an attributional emotional model of helping behavior. *Aging Ment Health* 2005; 9(1): 71-81.
- 34** Scott A, Ryan A, James IA, et al. Psychological trauma and fear for personal safety as a result of behaviours that challenge in dementia: The experience of healthcare workers. *Dementia* 2011; 10(2): 257-269.
- 35** Eriksson C and Saveman B-I. Nurse's experiences of abusive/non- abusive caring for demented patients in acute care settings. *Scand J Caring Sci* 2002; 16(1): 79- 85.
- 36** Azermai M. Dealing with behavioural and psychological symptoms of dementia: a general overview. *Psychol Res Behav Manag* 2015; 8: 181-185.
- 37** Cohen-Mansfield J. Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: A review, summary, and critique. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001; 9(4): 361-381.
- 38** Kales HC, Gitlin LN and Lyketsos CG. Management of neuropsychiatric symptoms of dementia in clinical settings: Recommendations from a multidisciplinary expert panel. *J Am Geriatr Soc* 2014; 62(4): 762-769.
- 39** Egan MY, Munroe S, Hubert C, et al. Caring for residents with dementia and impact of life history knowledge. *J Gerontol Nurs* 2007; 33(2): 24-30.
- 40** Leplege A, Gzil F, Cammelli M, et al. Person-centredness: Conceptual and historical perspectives. *Disabil Rehab* 2007; 29: 1555-1565.

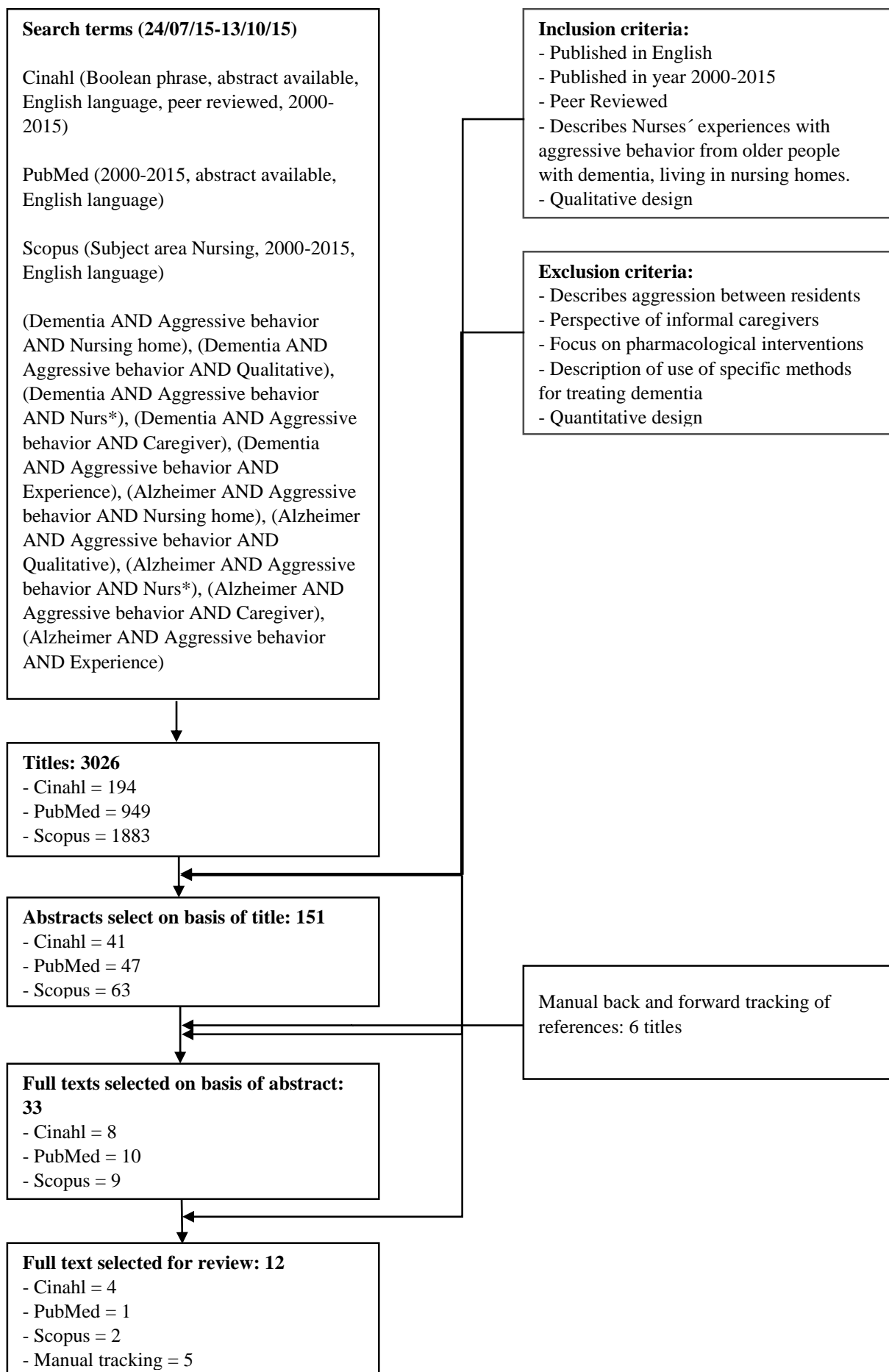


Figure 1. Search strategy

Table 1. Overview of reviewed studies

Author / Year of publication / country / Quality	Design and participants	Method of Analysis	Findings
Duxbury et al. ¹⁴ (2013) UK Good	Qualitative design with semi structured interviews and focus groups. 8 staff members, 8 relatives.	Thematic analysis	Staff embraced a person-centred approach to aggression management, opposed to medication and restraint
Foley et al. ¹⁵ (2003) USA Partly good	Qualitative design with structured interviews. 19 nursing staff, 4 activity coordinators or social workers and 9 unit coordinators	Content analysis	Unpredictable aggression particularly difficult to control. Non-pharmacological techniques associated with greater chance of success, physical restraints used as last resort.
Granheim mfl. ¹⁶ (2012) Sweden Good	Qualitative design with interviews. 41 caregivers at 3 nursing homes, 10 registered nurses, 23 enrolled nurses, 8 nurses aid.	Qualitative content analysis	Reasons for violence are complex, caregivers need to see the person behind the behaviour, and interventions should be individually tailored
Isaksson mfl. ¹⁷ (2009) Sweden Good	Qualitative design with interviews. 20 caregivers in 3 nursing homes.	Qualitative content analysis	Caregivers experienced a loss of control and had preconceived ideas about violent behaviour. These experiences may influence caregivers interactions with residents
Isaksson et al. ¹⁸ (2008) Sweden Good	Qualitative design with interviews. 41 caregivers from 3 nursing homes.	Qualitative content analysis	Perceiving an action as violent is subjective. Violence is perceived as challenging and can be seen as intentional or excusable relative to own experiences and attitudes.

Janzen et al. ¹⁹ (2013) Canada Good	Qualitative study design guided by Van Manens hermeneutic phenomenology, with focus groups. 44 staff members from 5 long term care units, which of 3 had secure dementia units.	Content analysis with data collection	For managing agitation, both medication and nonpharmalogical interventions were used. Barriers to NPI use were lack of time, low staff-to-resident ratio and varies in effectiveness NPIs.
Kristiansen et al. ²⁰ (2006) Sweden Good	Qualitative design with narrative interviews. 20 care staff.	Qualitative content analysis	Narrations of exposure, insufficiency, as well as devotion to residents. Pressure need to be relieved in order to increase the well-being of the nurses.
Ostaszikiewicz et al. ²¹ (2015) Australia Good	Qualitative exploratory and descriptive design with focus groups. 30 nurses from 3 long-term care units.	Content and thematic analysis	Five interrelated themes: - Difficult work conditions. - BPSD is an everyday encounter. - Trying to make sense of BPSD. - Attempting to manage BPSD. - Feeling undervalued.
Shaw ²² (2004) USA Partly good	Exploratory and descriptive design, based on grounded theory using semi-structured interviews. 15 nursing home staff from 6 facilities.	Grounded theory methods	Staff experiences aggressive behaviour from residents on a daily basis, as well as multiple demands from administrators, nurses, residents and their families
Skovdahl et al. ²³ (2003) Sweden Good	Qualitative design with interviews. 15 caregivers from 3 units.	Analysis with phenomenological-hermeneutic approach	Two main themes: A need for balance between demands and competence, and a need for support.
Skovdahl et al. ²⁴ (2004) Sweden Good	Qualitative design with interviews. 9 caregivers from two units, from 2 different nursing homes	Thematic content analysis	Two main ways of thinking, one group were more focused on their duties and seemed unwittingly to prevent positive interactions with caregiver, the other group were self critical and sustained positive interactions with resident.

Zeller et al. ²⁵
(2011)
Switzerland
Good

Qualitative design with focus
groups. 30 caregivers from
nursing homes

Qualitative content
analysis

Caregivers use a broad spectrum of
interventions for reducing aggression.
Caregivers rarely linked practical with
theoretical knowledge about aggressive
behaviour

Table 2. Overview of categories and sub-categories.

Categories	Sub-categories
Caregivers` view on triggers for aggression	Internal triggers
	External triggers
Expressions of aggression	Physical aggression
	Verbal aggression
Aggressive behaviours affect on caregivers	Caregivers emotions
	Caregivers feelings towards residents
Caregivers strategies to handle aggression	Person-centered care
	Pharmacological strategies and coercion actions