

MASTEROPPGAVE

Emnekode:
SYK305H

Navn på kandidat:
Solvor Nybakken

"Entering the patient's world of complexity"

How caregivers in nursing homes perceive aggressive behaviour in dementia - a meta-synthesis

Dato: 15.05.17

Totalt antall sider: 67

Innholdsfortegnelse

Forord

1.0 INNLEDNING.....	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	5
1.2 Hensikt og problemstilling.....	6
1.3 Personen som lider av demens.....	6
1.4 Atferds- og psykologiske symptomer ved demens.....	7
1.5 Sykehjem som kontekst.....	7
1.6 Begrepsavklaring.....	8
1.6.1 Pasient som lider av demens.....	8
1.6.2 Pleiepersonell.....	8
1.6.3 Oppfatte.....	9
2.0 TEORETISK PERSPEKTIV.....	9
2.1 Mellommenneskelige forhold i sykepleie.....	9
2.2 Kitwoods filosofi og personsentrert omsorg.....	10
2.3 Caritative ledelsesteori.....	11
3.0 TIDLIGERE FORSKNING.....	12
3.1 Litteratursøk.....	12
3.2 Personalets opplevelser og mestring av aggressiv atferd.....	13
4.0 METODE.....	14
4.1 Kvalitativ metode.....	14
4.2 Vitenskapsteoretisk grunnlag.....	14
4.3 Metasyntese som metode.....	15
4.4 Datasamling.....	16
4.5 Studier inkludert i metasyntesen.....	17
4.6 Forskningsetiske betraktning.....	18
4.7 Studiens validitet.....	18
5.0 FUNN.....	19
5.1 Pasienten er ikke lenger den personen hun eller han var.....	19
5.2 En reaksjon på ytre påvirkning.....	20
5.3 Et utfordrende samarbeid.....	20
6.0 DISKUSJON.....	21

6.1 Multifaktoriell forståelse av aggressiv atferd	21
6.2 En kultur som fremmer eller hemmer aggressiv atferd	23
6.3 Vold og aggresjon som en del av jobben	24
6.3 Metodediskusjon	25
7.0 Konklusjon	26

Referanser

Vitenskapelig artikkel

"Entering the patient's world of complexity"

How caregivers in nursing homes perceive aggressive behaviour in dementia - a meta-synthesis

Vedlegg: Tabeller: Arbeid med syntesen

Forord

Min første praksis som sykepleiestudent var på sykehjem. "Min" pasient var en gammel dame. Hun hadde alvorlig demens. Hun hadde få ord, men lagde underlige lyder og grimaser. Hun lå for det meste i sengen. Det var krevende å være sammen med henne fordi hun kommuniserte så dårlig. Jeg puslet tålmodig rundt henne disse ukene. Hun fikk god omsorg og pleie etter prosedyrer jeg hadde lært på praksissalen. En dag, under morgenstellet så hun på meg, strøk sin gamle hånd over kvisene på haken min, smilte liksom litt trøstende og sa klart og tydelig på syngende Kristiansandsdialekt: "Noen har det, ...og noen har det.." Ordene og omsorgen gjorde henne til et medmenneske, vi så hverandre, vi delte noe...

"Å nå inn til et menneske som er blitt avskrevet som utilgjengelig på grunn av langt fremskredet demens er en sjelsettende opplevelse" (Rokstad, 2014)

Så takk til Mary, Einar, Ella og deres om lot meg "slippe inn" om bare for et lite øyeblikk. Disse "stjernestundene" har gitt engasjement og motivasjon til mitt arbeid.

Veien frem til denne oppgaven har vært lang og krevende, men også engasjerende og lærerik. Stor takk til Maria Strandås og Terese Bondas som har gitt god veiledning og oppmuntring hele veien.

Vitenskapelig artikkel

Solvor Nybakken, Maria Strandås og Terese Bondas

“Entering the patient' world of complexity”

How caregivers in nursing homes perceive aggressive behaviour in people suffering from dementia - a meta-synthesis

Innsendes til vitenskapelelig vurdering i forskningstidsskriftet: «*Journal of Advanced Nursing*» i løpet av kort tid.

Artikkelen ligger som vedlegg etter referansene til denne sammenfatningen

1.0 INNLEDNING

«Utfordrende atferd» eller atferds- og psykologiske symptomer ved demens (APSD) har høy forekomst hos personer som lider av demens som bor i sykehjem (Pulsford og Duxbury 2006; Selbaek et al. 2014). Konsekvensene av disse symptomene for den syke, omsorgspersoner og pleiepersonale er betydelige (Kales, Gitlin, og Lyketsos 2015). Forskning viser at pleiepersonalet på sykehjemmet anser aggresjon som det alvorligste problemet de står overfor, og det fører til økt arbeidsbelastning (Brodaty, Draper, og Low 2003; Zwijsen et al. 2014). Skal en lykkes med å utvikle og implementere hensiktsmessige tiltak, er kunnskap om pleiepersonalets oppfatning og forståelse av aggressiv atferden viktig (Lichtwarck 2016). Måten vi tenker om en situasjon på vil påvirke våre følelser og handlinger knyttet til denne situasjonen (Berge og Repål 2004). Kunnskap og refleksjon omkring disse faktorene kan i positiv grad påvirke pleiepersonalets evne til å takle krevende situasjoner (Anderson, Issel, og McDaniel 2014) og gi god sykepleie som tjener pasientene og skaper en god pleiekultur (Bondas 2003).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Siden fullført sykepleieutdanning i 1988 har jeg jobbet innen fagfeltet ”demens og alderspsykiatri” både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Som sykepleier og avdelingsleder har jeg erfart den lidelse APSD forårsaker for pasienter og deres nærmeste. Denne type symptomer og atferd hos personer med demens påvirker også organisasjonens menneskelige og økonomiske ressurser.

Synet av mennesker med demens og utfordrende atferd har endret seg siden jeg startet innen fagfeltet for snart 30 år siden. Fra en psykiatrisk og medisinsk tilnærming til pasienter hvor en tenkte at pasientene hadde mistet «sitt selv», er det i dag en økende bevissthet om at psykososiale faktorer som personlighet, sosial interaksjon og håndteringsstrategier påvirker måten sykdommen oppstår på. Min forståelse av sykepleie til pasienter med demens er påvirket av Travelbees teori om sykepleiens mellommenneskelige forhold og personsentrert omsorg (PSO) gjennom Kitwoods filosofi. I dag er jeg avdelingsleder på et sykehjem for pasienter med demens. Det er viktig for meg som leder å legge til rette for en organisasjon som tjener pasientene ved å gi PSO og støtter pasienters opplevelse av verdighet og identitet.

Det har aldri vært noen tvil om at tema for min masteroppgave i klinisk sykepleie skulle omhandle sykepleie til pasienter med demens og utfordrende atferd. Nylig avsluttet jeg et toårig engasjement som prosjektkoordinator ved alderspsykiatriskforskningscenter. Der ble jeg gjennom TID –studien kjent med TID-modellen. TID står for tverrfaglig intervensjonsmodell for utredning og behandling av utfordrende atferd ved demens. TID bygger på teorier og prinsipper fra PSO og fra kognitiv atferdsterapi (KAT) (Lichtwarck, Tverå og Røen 2016). Et viktig prinsipp i KAT er at vår tenkemåte eller vår måte å tolke hendelsen på kan forklare våre reaksjoner som består av våre følelser og vår atferd (Berge og Repål 2004). Denne måten å forstå og reflektere over menneskelig atferd synes fornuftig og gjorde meg nysgjerrig på temaet, og slik oppsto både forskningsspørsmålet for oppgaven.

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne studien var å undersøke og få økt forståelse for hvordan personalet oppfatter aggressiv atferd hos pasienter som lider av demens, ved å syntetisere publiserte enkeltstudier om tema. Problemstillingen for studien er: *Hvordan oppfatter pleiepersonalet aggressiv atferd ved demens i sykehjem?*

1.3 Personen som lider av demens

Det er i dag ca. 71 000 personer med demens i Norge, og forekomsten er stigende med økt alder (Helse- og Omsorgsdepartementet 2014). I Norge i dag bor det omlag 39 000 mennesker i sykehjem. Selbaek et al. (2007) fant at ca. 80% av pasientene i sykehjem hadde symptomer som var i overensstemmelse med demens (Selbaek, Engedal, og Kirkvold 2007). Demens er forårsaket av ulike hjernesykdommer, der de vanligste er Alzheimer sykdom, vaskulær demens, demens ved Lewy-legeme, frontotemporal demens og demens etter høyt og langvarig alkoholmisbruk (Engedal og Haugen, 2008). Demens rammer fortrinnsvis i høy alder og medfører sviktende hukommelse, svikt av handlingsevne, og språkfunksjon, samt personlighetsendringer og endring av atferd. De som rammes av demens vil gradvis fungere dårligere og til slutt bli helt avhengig av hjelp (ibid.).

1.4 Atferds- og psykologiske symptomer ved demens

APSD rammer de fleste pasienter gjennom sykdomsforløpet. Det er en betegnelse som, uavhengig av årsak, brukes for å beskrive psykologiske reaksjoner, psykiatriske symptomer og episoder med atferd som oppstår hos personer med demens (Engedal og Haugen 2009). Over 70 % av de som har demens har slike symptomer som får betydning for dagliglivet (Selbaek, Kirkvold, & Engedal 2007). Symptomer som psykose, depresjon, angst, agitasjon eller apati forekommer ofte (ibid.). Disse symptomene får ofte store konsekvenser både for pasienten, pårørende og pleiepersonell. APSD medfører økte lidelser for pasienten, ofte knyttet til raskere sykdomsutvikling av demenssykdommen, tidligere institusjonsinnleggelse og økt risiko for tidligere død (Kales, Gitlin, og Lyketsos 2015). Denne metasyntesen er begrenset til å omhandle aggresjon som kan være enten verbal, i form av trusler og trakassering eller fysisk i form av slag, spark, kloring og biting. Agitasjon/aggresjon er spesielt belastende for sykehjemspersonalet, samtidig som det er det symptomet som var mest utbredt (Zwijzen et al 2014).

1.5 Sykehjem som kontekst

Pasienter som trenger heldøgns opphold, behandling og pleie som ikke behøver å skje på sykehus, men som krever mer helsefaglig innsats enn det som er forsvarlig eller praktisk mulig å yte i pasientens eget hjem, får plass på sykehjem (Lov om pasient- og brukerrettigheter 1999 § 2-1). De fleste som får langtidsplass i sykehjem befinner seg i en helsemessig situasjon som tilsier at de kommer til å bo på sykehjemmet frem til de dør. Pasientene bor enten i vanlig sykehjemsavdeling med andre uansett diagnose, eller de bor i avdelinger som er spesielt tilrettelagt, såkalte skjermede enheter. I sykehjem er det høy forekomst av aggressiv atferd (Zwijzen et al.2014). Pasienter med agitert og aggressiv atferd bor ofte på skjermede enhet der slike plasser finnes. Skjermet enhet består av en enhet med fra 4-12 beboere, og tanken er at både ressursmessig og organisatorisk skal den være tilrettelagt for at daglig omsorg og aktivitet er tilpasset pasientens behov (Forskrift for sykehjem og boform med heldøgns omsorg og pleie 1988 § 4-7).

På de fleste sykehjem har pasientene eget rom, med tilhørende bad. Rommene er sparsomt utstyrt med seng og nattbord. I tillegg innredes rommet med pasientenes personlige eiendeler etter eget ønske og ressurser. Måltidene serveres på felles dagligstue eller på eget rom hvis pasienten ønsker det, eller hvis personalet vurderer det som hensiktsmessig. Det er sykepleiere, hjelpepleiere og ufaglærte assistenter som til daglig gir pleie og omsorg til

pasientene. Dagene og ukene på sykehjemmet består av daglige rutine som personlig hygiene, måltider og aktiviteter som skal være tilrettelagt for pasientene. En erfarer at hverdagen for pasienter og personalet også i stor grad er styrt av faglige og økonomiske ressurser.

Pasientene reagere ulikt på at de må flytte på sykehjem, men for mange blir overgangen vanskelig på alvorlig kognitiv svikt og ofte annen funksjonssvikt. I tillegg blir omgivelsene og relasjonene endret. Å få demenssykdom og å flytte til sykehjem er en dramatiske hendelse som går utover pasientens opplevelse, og også familien som enhet påvirkes (Drageset, Normann, og Elstad 2012).

Hverdagen til sykepleiere som er ansatt i sykehjem er preget av høy arbeidsbelastning og stort tidspress som følge av underbemanning (Dyb 2016). Personalet som jobber med pasienter med utfordrende atferd opplever økt belastning (Kales, Gitlin, og Lyketsos 2015; Zwijsen et al 2014).

1.6 Begrepsavklaring

1.6.1 Pasient som lider av demens

I denne oppgaven bruker jeg begrepet pasient nå jeg beskriver en person som lider av demens og bor på sykehjem. Ordet pasient går tilbake til det latinske ordet *patiens*, som blant annet hadde betydningen «som lider» eller «lidende», i dag bruker vi begrepet om en som er syk og trenger behandling. Ifølge Erikssons omsorgsteori presenterer Dahlberg (2002) tre typer lidelse. Den mest vanlige er *sykdomslidelse* som oppleves i direkte forhold til sykdom eller behandlingen som følger av denne. *Livslidelsen* kan opplevdes i forhold til egen livssituasjon som blir endret på grunn av kriser og ulykker. Den siste beskrives som den unødvendige lidelse, og er den som er forårsaket av selve omsorgen, *omsorgslidelsen*. (Dahlberg 2002).

1.6.2 Pleiepersonell

Hverdagen på sykehjemmet er avhengig av godt og fleksibelt samarbeid på tvers av profesjonene om oppgaver og aktiviteter, som i sykehjem kalles pleie og omsorgsoppgaver. De fleste som jobber på sykehjem er helsefagarbeidere, i tillegg til at mange er ufaglært. I forhold til pasientgruppa, med alvorlig syke pasienter, mange diagnoser og sammensatte behov, er det forholdsvis få sykepleiere ansatt på sykehjemmet. Ansvar og oppgaver for omsorg, behandling og pleie delegeres til medarbeider fra ulike yrkesgrupper etter kompetanse, men også etter hvem som er på jobb. I denne metasyntesen bruker jeg

'personalet' eller 'pleier' om helse- og omsorgspersonell som jobber nær pasienten i sykehjemmet, det innbefatter sykepleiere, hjelpepleiere og assistenter.

1.6.3 Oppfatte

Innen KAT brukes tanker som et kollektivt uttrykk for tolkning, forståelse, oppfatning og holdninger. Tenkning eller vår oppfatning av en hendelse er med på å forklare våre reaksjoner som består av våre følelser og atferd (Berge og Repål 2004). Begrepet som ble brukt for å beskrive fenomenet tanker om atferd i primærstudiene som var inkludert i denne metasyntesen var "perception" eller "perceive". Oversatt velger jeg å bruke "oppfatning" eller "oppfatte" i denne metasyntesen med en forståelse av sammenhengen over.

2.0 TEORETISK PERSPEKTIV

I dette kapittel vil jeg redegjøre for min teoretiske perspektiv. Den teoretiske referanseramme er som brillene vi har når vi leser vårt materiale, og på den måten er det integrert i vår forskningsmetode (Malterud 2011). Jeg vil først redegjøre for mitt sykepleieperspektiv gjennom Travelbees teori om sykepleiens mellommenneskelige forhold. Mitt syn på holdninger til personer med demens og pleiekultur er påvirket av Kitwoods filosofi, jeg vil gjøre rede for noen elementer i hans filosofi og personsentrert omsorg som bygger på denne filosofien. Til slutt i kapitlet vil jeg presentere den caritative ledelsesteori som bygger på samme menneskesyn og omsorgsfilosofi som beskrevet over. Disse teoriene utfylle hverandre og sammen danner de utgangspunkt for min forståelse for sykepleie og ledelse til pasienter som lider av demens. Travelbees teori omhandler forståelse av sykepleiefaget og hva sykepleie skal være, Kitwood og PSO beskriver hvordan vi kan forstå personer med demens og ivareta pasientens personverd. Caritativ ledelsesteori bygger på forståelse at grunnlag for ledelse er å tjene pasienten. Med denne bakgrunn ønsker jeg som sykepleier og leder å forstå hvordan pleiepersonalet som jobber på sykehjemmet oppfatter aggressiv atferd ved demens.

2.1 Mellommenneskelige forhold i sykepleie

Travelbee (1996) er opptatt av det relasjonelle aspekt ved sykepleien, og hennes teori er et hensiktsmessig bakteppe for sykepleie for pasienter med alvorlig demens og utfordrende atferd. Ifølge Travelbees teori må alle sykepleiere lære å etablere og opprettholde et

hjelpeforhold til andre. Hun vektlegger to vesentlige forutsetninger for dette. For det første må sykepleieren anlegge *en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte* til problemene, som betyr at hun må ha en kunnskapsbase og ha evnen til å bruke den. For det andre må sykepleieren ha *evnen til å bruke seg selv terapeutisk* og for å evne dette må hun ha en dyptgående innsikt i det å være et menneske (Travelbee 1996). Å ha en kunnskapsbase, evnen til å bruke den, og det å bruke seg selv terapeutisk er viktige egenskaper for pleiepersonalet uansett pasienter og diagnose. Begrepene får mening og kan begripes i forhold til omsorg for pasienter med alvorlig demens. Travelbee viser til begrepene pasient og sykepleier og hevder at sykepleiens mål og hensikt oppnås ved etablering av et menneske-til-menneske-forhold. Hun hevder at sykepleieren må overgå seg selv som sykepleier for å nå dette målet, gå bakom faktorer som rolle, tittel, posisjon, eller status for å være i stand til forholde seg til den andre som menneske (ibid.). Travelbees teori legger stor vekt på dannelsesaspektet i utdanningen, og det er i følge Kirkvold (1998) større enn det dagens utdanningsideologi gir rom for (Kirkvold 1998). Noe av kritikken til Travelbees teori er at hennes begreper ikke blir operasjonalisert i stor nok grad (ibid.). Overfor pasienter med demens er det viktig med dannelse og fokus på det mellommenneskelig aspekt. Slik understøtter vi mennesker med demens sin opplevelse av verdighet og identitet i helsefagutdanninger, i praksisfeltet og i forskning.

2.2 Kitwoods filosofi og personsentrert omsorg

Som en reaksjon på samtidenes fokus på svikt og mangler ved demens argumenterer Kitwoods med at en må møte personer med demens med forståelse for pasientens tilstand. Den beskriver han som en kombinasjon av personlige, sosiale og nevrologiske faktorer. Kitwood (1999) hevder at å være en person innebærer at en har menneskeverd. Han bruker det engelske ordet "personhood" og definerer det som den verdi som tildeles et menneske av andre i mellommenneskelige og sosiale relasjoner. Det innebærer gjenkjennelse, respekt og tillit. Det å være en person betyr derfor en avhengighet av andre som anerkjenner vår verdi som menneske i en gjensidig relasjon. I demensomsorgen blir det særlig viktig å respektere mennesker for deres iboende verdi selv om de på grunn av sin hjernesykdom ikke selv har mulighet for rasjonelle refleksjoner eller kan utføre daglige gjøremål og aktiviteter (Kitwood, 1999). Demens må anees som en kombinasjon av hjerneorganisk svikt, helse, livshistorie, personlighet og endringer i sosiale relasjoner, hvor alle disse faktorene innvirker på hvordan personen med demens opplever og mestrer sitt liv. Kitwood beskriver at kommunikasjon med en person med demens kan være ondartet. Det betyr at når en ignorerer personligheten til en

personen med demens kan dette føre til reduksjon av fysisk og psykologisk funksjon (ibid.). Kitwood (1997) vektlegger også personsentrert personalbehandling som en forutsetning for å innføre personsentrertomsorg. Det innebærer ifølge Rokstad (2014) en organiseringen av arbeidet i sykehjemmet slik at personalet føler seg verdsatt, anerkjent, inkludert og respektert av sin leder. Arbeidskulturen må bygges på gjensidig tillit mellom arbeidstaker og leder. De ansattes mulighet til individualitet må sikres ved at de ansatte gis mulighet for å bruke hele sitt spekter av erfaringer, kunnskaper og personlige ressurser (Rokstad 2014). Ledere bør være aktive rollemodeller, utarbeide en klar visjon og inkludere og styrke alle ansatte i den profesjonelle utviklingsprosessen (Rokstad et al. 2015)

I demensomsorgen er vi opptatt av å gi personsentrert omsorg, som understøtter mennesker med demens sin opplevelse av verdighet og identitet (Kitwood 1999). Personsentrert omsorg krever kjennskap til sentrale hendelser i pasientens livshistorie. Det er ofte pårørende som må definere hva som er de sentrale episodene og som må fortelle denne historien.

Gjennom å yte personsentret omsorg ønsker en å endre fokus fra vektlegging på sykdommen og den funksjonssvikt som følger en demensutvikling, til et større fokus på personen og den enkeltes opplevelse og håndtering av sitt liv med sykdommen. Gjennom en individuell tilnærming til den enkelte pasient gis pasienten mulighet for å opprettholde sin selvstendighet og bruke sine ressurser så langt det er mulighet. Kitwoods filosofi om personsentrert omsorg blir i dag ofte operasjonalisert gjennom rammeverket VIPS om beskriver grunnleggende tanker om personer med demens som har betydning for måten omsorgen og behandlingene utføres på: **Verdighet** uavhengig av svikt, og se mennesket. **Individuell behandling**, en skal behandle alle ulikt, forutsetter at en kjenner pasientens historie og preferanser. **Ta pasientens perspektiv**, det er pasientens virkelighet som gjelder. **Sosiale bånd og relasjoner**: legge til rette for bevare gamle relasjoner og bygge nye. Å yte personsentrert omsorg i praksis krever i følge Rokstad (2014) en bevisst holdning fra personalet i alle møter med personer med demens for å bevare dennes ”personhood”, eller personverd. Det blir mulig ved å etablere gode relasjoner, inkludere, bidra til reduksjon av funksjonssvikt, samt at en må bestrebe seg på å tolke pasientens atferd som potensiell meningsfull kommunikasjon (Rokstad 2014).

2.3 Caritative ledelsesteori

Caritativ ledelsesteori har sitt utgangspunkt i Erikssons omsorgsteori. Omsorg (caritas) er i denne teorien et grunnleggende begrep i all sykepleie (Kirkvold 1998). Caritas er latinsk og

betyr den forbarmende kjærlighet. Caritativt lederskap er oppkalt etter motivet som er menneskelig kjærlighet, og grunntanken i denne ledelsesteorien er å tjene pasienten.

Motivet og menneskesynet for teorien er at

Mennesket sees på som en enhet bestående kropp, sjel og ånd, og synet på mennesket er avledet fra Erikssons teori om caritativ omsorg. Mennesket er sårbart, moralsk og beveger seg mellom passivitet og aktivitet, ensomhet og fellesskap. Menneskets vekst kan hindres eller gjøres vanskelig gjennom krenkende rutiner i organisasjonskulturen (Bondas, 2003).

I følge caritative ledelsesteori er tanken at sykepleieren skal se og forstå det unike og opplevende mennesket som skal tas på alvor, og pasientens verdighet er absolutt (ibid.). Sammenhengen mellom omsorg og administrasjon er den lidende pasienten og dette får konsekvenser for ledelse. Leder er ansvarlige for å skape ett miljø i avdelingen som både bidrar til både å legge premisser for sykepleien. Det er leder som skal angi kurs og innhold for sykepleien som ytes til pasientene. Caritativ ledelsesteori består av fem grunnteser: Caritas-motiv, verdighet, måling og mening i helsevesenet, og forholdene i omsorgskulturen. Caritativt lederskapet bidrar til utvikling gjennom å ivareta både den administrative og praktiske driften på en slik måte at personalet har mulighet for utvikling og at krenkelse av pasientene forebygges. Lederen skal sammen med personalet utvikle en omsorgs kultur med fokus på å tjene pasienten, fremmer helse og hindre lidelse (ibid). I følge Bondas (2010) er tydelig ledelse viktig for utvikling av en god pleiekulturen i avdelingen.

3.0 TIDLIGERE FORSKNING

3.1 Litteratursøk

I dette kapittel vil jeg presentere tidligere forskning om tema som bakgrunn for denne metasyntesen. For å finne aktuell forskning har jeg i hovedsak søkt i PubMed, CINAHL, Google Scholar. Artikler jeg har funnet har igjen gitt nye interessante studier via referanselister og siteringer. Søkene har vært systematiske med samme søkeord som i syntesen i forskjellige kombinasjoner, og både kvantitative og kvalitative studier ble vurdert. Det finnes en del enkeltstudier og oversikter fra sykehjem om tema aggressiv atferd ved demens, og hvordan personalet opplever og takler denne atferden (Brodaty et al., 2003; Gates et al., 1999). Det finnes sparsomt med studier om går i dybden på hvordan personalet tolker og

oppfatter denne atferden, det vil si kvalitative studier (Enmarker, Olsen, og Hellzen 2010; Edward et al. 2014).

3.2 Personalets opplevelser og mestring av aggressiv atferd

Selbæk et al. (2013) fant at ca. 80% av pasientene i sykehjem hadde symptomer som var i overensstemmelse med demens, og at APSD, som psykose, depresjon, angst, apati, en agitasjon i form av verbal og fysisk aggresjon (Selbaek, Engedal, og Bergh 2013). Ifølge Zwijsen et al (2014) fant en at agitasjon/aggresjon var svært belastende for sykehjempersonalet samtidig som det var det symptom som var mest utbredte (Zwijsen et al. 2014). Brodaty et al (2002) fant at den mest utbredte oppfatning av personer med demens var at de er engstelige, hadde liten kontroll over utfordrende atferd, de var uforutsigbare, ensomme og sårbare. Egenskaper som oppleves vanskeligst å håndtere var aggressive og fiendtlig atferd, stahet og det uforutsigbare ved atferden (Brodaty, Draper, og Low 2003). Profesjonelle hjelpere i sykehjem erfarte voldsomt stress, negative følelser og utbrenthet som et resultat av å være et offer for aggressiv atferd (Brodaty, Draper, og Low 2003; Kales, Gitlin, og Lyketsos 2015). Sykepleiere som ble utsatt for verbalt eller fysisk overgrep opplevde ofte negativ emosjonell innvirkning etter hendelsen (Edward et al. 2014). Helme og Alteren (2014) fant at sykehjempersonalet aksepterer vold på jobben fordi det var forventet og en naturlig del av det vanlige arbeidet. De beskrev forventning til rolle som pleier, samt kunnskap om relasjon, pasientens sykdom og kontekst som årsak for akseptasjon av vold på jobben (Helme og Alteren 2014), Personalet i studien beskrev at de var så vant med volden at den ble bagatellisert av de selv, og de opplevde også at den ble bagatellisert av ledelsen (ibid.). Gates et al (1990) hevder at den tilsynelatende ikke hensiktsmessige karakteren av aggressiv atferd ved demens kombinert med sannsynligheten for at denne aggresjonen sjelden er fysisk skadelig fører til at en ser på fenomenet som vanlig og akseptabelt som en del av jobben (Gates, Fitzwater, og Meyer 1990). Det er ambivalent oppfatning blant pleierne om en anser aggressiv atferd som forsettlig eller ikke. Forskning har ikke vist noen klar sammenheng mellom denne oppfatning og personalets vilje til å hjelpe pasientene med denne type atferd (Pulsford og Duxbury, 2006).

Enmarker et al (2010) hevder at personsentrert omsorg er den optimale måten å tilnærme seg pasienter med aggressiv atferd (Enmarker, Olsen, og Hellzen 2010). Pulsford og Duxbury (2006) hevder på sin side at forskning hittil ikke har klart å finne at en slik tilnærming er overlegen andre måter å håndtere aggresjon på foreslår en multifaktoriell strategi både for forståelsen av, og tilnærming til aggressiv atferd, med en individuell tilnærming til den

enkelte pasient (Pulsford og Duxbury, 2006). Personalet som arbeider med pasienter med aggressiv og voldelig atferd har behov for støtte i jobben sin (Zwijsen et al. 2014; Edwards et al 2014). Det finnes sparsomt med kvalitative studier med fokus på aggresjon og vold i sykehjem (Enmarker, Olsen, og Hellzen 2010).

4.0 METODE

4.1 Kvalitativ metode

Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologien) og fortolkning (hermeneutikk). Forskere bruker kvalitativ metode når de skal beskrive sosiale prosesser og erfaringer slik de oppfattes og erfares av deltakerne (Brodaty, Draper, og Low 2003). Hensikten med å benytte kvalitative metoden er å få mer inngående og omfattende kunnskap og forståelse av enheten eller de enhetene man ønsker å studere (Malterud 2011). Ved hjelp av kvalitativ metode forsøker forskeren å få dybdekunnskap og helhetlig forståelse (Thornquist 2003) i denne sammenheng for å få økt kunnskap og forståelse om pleiepersonalets oppfatning av aggressiv atferd ved demens i sykehjemmet. Det er viktig å være oppmerksom på egen forståelse og engasjement for feltet som studeres, slik at en unngår at datamaterialet blir et påskudd for å bekrefte egne meninger (Malterud 2011; Thornquist 2003). Min forforståelse er de erfaringer, hypoteser og faglige perspektiv jeg har med blant annet fra egen praksis som sykepleier til pasienter med demens og aggressiv atferd og som avdelingsleder på sykehjem. Disse tar jeg med meg inn i mitt forskningsprosjektet, og den er med å påvirker måten dataen samles inn og bearbeides på.

Gjennom bevissthet om min egen forforståelse, og tilnærming til datamaterialet sammen med veiledere har jeg tilstrebet at min forskning skal være gyldighet og pålitelighet (ibid).

4.2 Vitenskapsteoretisk grunnlag

Hermeneutikk er læren om tolkningens krav og muligheter, og den kan sies å utgjøre en naturlig utvikling og videreføring av fenomenologien. Ifølge Sveneaus (2005) handler hermeneutikk om å etablere en forståelse av en konkret væren-i-verden som har antatt hjemløse former (Sveneaus 2005). I forhold til egen forskning er det viktig å forstå at i møte med pasienter handler det for om mer enn biologi og kjemi, men også et kompleks av tanker og følelser både hos pasient og pleier, og at dette bunner i unike identiteten og personligheten

(ibid.). Thornquist (2003) sier at i forholdet mellom forsker og forskningsobjekt, må en som forsker forholde seg til at deltakerne opererer med sine egne oppfatninger og tolkninger, og at de lever og forsker i en verden som allerede er fortolket av dem selv. Så må en klare å rekonstruerer deres fortolkning til et vitenskapelig språk ved hjelp av teoretiske begreper (Thornquist 2003). Dette representerer to fortolkningsnivå i kvalitativ forskning. Det første nivå er erfaringsnært og deltakerorientert og baseres på det deltakerne uttrykker, sier og gjør. På neste nivå setter forskeren utsagn og handlinger i perspektiv ved hjelp av teoretiske begreper (ibid). I en metasyntese opererer en med tredje fortolkningsnivå (Britten, 2002). Schreiber et al. (1989) beskriver dette som ‘Push the level of theory’ (Bondas & Hall, 2007). Dette nivå av tolkninger bidrar til at en metasyntese er noe mer enn en for eksempel en litteraturoversikt, eller summen av enkeltstudier.

Meta-etnografi er en stadig hyppigere brukt metode for fortolkende syntese av studieresultater. Mitt valg å gjøre en meta-etnografi er forenelig med kvalitativ metode og min fortolkende tilnærming til tema. Ved å rette oppmerksomheten mot induksjon og tolkning av data ønsker kan en utvikle nye begreper og teorier som integrerer disse begrepene. I motsetning til den aggregerende tilnærmingen som ofte kombinerer kvantitative data, gjerne som meta-analyser. Ved en aggregerende tilnærming ønsker en å kunne trekke slutninger om årsakssammenheng (Berg og Munhe-Kaas 2003).

4.3 Metasyntese som metode

Noblit & Hares fortolkende meta-etnografi ble valgt for å gjøre en fortolkende metasyntese. Metasyntese refererer til å oversette publiserte kvalitative studier i hverandre, slik at en fortelling eller tolkning kan oppstå som mer enn summen av delene (Noblit & Hares 1988). Målet er en ny, integrert og mer fullstendig tolkning av funn som gir dypere og bredere forståelse enn funnene fra de enkelte studiene. I sykepleie er kunnskap og forståelse knyttet til betydningen av helse, lidelse og omsorg som, denne studien, har potensialet i seg til beste for pasienter med demens (Bondas 2003). I søk etter å finne relevant litteratur til mitt tema om hvordan sykehjemspersonalet forsto aggressiv atferd ved demens fant jeg spredte studier om tema og jeg fant ikke at det tidligere var gjort noen metasyntese om dette tema. Problemstilling og metode ble diskutert med mine veiledere og beslutningen om å gjøre en metasyntese ble tatt. Som forsker må jeg stilles meg selv følgende spørsmål før igangsetting av studie; Vil resultatene av studien gi ytterligere kunnskap som utvikler sykepleie til pasienter med demens og har funnene potensial til å øke forståelse og føre til endringer i

forhold til helse, lidelse og omsorgspraksis? En metasyntese bidra til å utvikle evidensbasert omsorg (Bondas, Hall, og Wikberg 2016). Formålet med denne studien var å få en dypere og bredere forståelse av hvordan pleiepersonalet i sykehjem opplevde aggressiv atferd hos personer som lider av demens ved å syntetisere kunnskap fra flere kvalitative studier. Forskningsprosessen ble gjennomført i forhold til Noblit og Hares fortolkende meta-etnografi. De beskriver prosessen i sju trinn som overlapper hverandre: (i) komme i gang, ha et tema av interesse, (ii) bestemme hva som er relevant for det opprinnelige tema, (iii) lese studiene, (iv) bestemme hvordan studiene er relatert til hverandre, (v) oversette studiene til hverandre, (vi) etablere relasjoner i de oversatte studiene, og (vii) uttrykker syntesen (Noblit og Hare, 1988).

4.4 Datasamling

For å gjøre en meningsfull og valid metasyntese er det viktig å ha et klar definert mål, i kombinasjon med en målrettet og systematisk søkeprosess (Bondas, Hall, og Wikberg 2016). Et systematisk søk etter relevante studier ble gjort i databasene CHINAL, PubMed og Scopus. Disse databasene ble valgt fordi de ble ansett som relevante for metasyntesens tema og sykepleieforskning. For å øke dekningsgraden ble det i tillegg gjennomført manuelle søk i referanser og siteringer av inkluderte studier (Sandelowski, Barroso, og Voils 2007). Søkeord var "nursing home" og "dementia" og "caregiver" og "qualitative" kombinert med "aggressive", "agitation", og violence " i ulike kombinasjoner. Inkluderingskriterier var vitenskapelige artikler med engelskspråklig tekst og kvalitativt design, voksne informanter, fra sykehjemmets kontekst, og med sykehjemspersonalets perspektiv. Eksklusjonskriteriene var studier som ble utført med kvantitative eller blandede design og oversiktsartikler. Søket ble utført uten begrensninger på utgivelsesåret. Søket ble gjennomført i perioden 09/01/16 til 12/31/16 Et grundig litteratursøk ga først 2488 artikler. Ved å vurdere titlene på disse, sammenlignet med inkluderings- og ekskluderingskriteriene, ble antall artikler redusert til 212. Abstraktet av disse 212 ble lest og vurdert mot mål og temaet for syntesen samt inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Seksten artikler ble lest nøye og vurdert med fokus på intern og ekstern validitet, og av disse gjensto ni artikler. Disse ble kvalitetsjekkset ved å bruke Critical Appraisal Skills Programme (CASP 2017). Alle ni ble vurdert å ha god kvalitet i forhold til hensikt, metode, analyse og funn, og ble ansett for å kunne gi nyttig kunnskap til mitt tema. I følge Sandelowski (1997) trenger en ikke å utelukke data på grunn av mangel på metodologisk kvalitet, og studier som ikke er akseptert kan likevel være nyttig for syntesens formål. Vurdering av studienes verdi må bero på hva dataene kan tilføre syntesen, samt

overveie hvilke betydning eventuelt metodiske svakheter vil få (Bondas og Hall 2007). Det er ingen entydig anbefaling hvor mange studier en trenger for å gjøre en metasyntese. På den ene siden vil et stort antall studier gi et mer mett og overførbart analyseprodukt, og dermed høyere teoretisk nivå. Det finnes svært mye informasjon i hver artikkel, og for mange studier kan hindre dyp analyse fordi nye tema stadig vil oppstå (ibid.).

4.5 Studier inkludert i metasyntesen

Tre av de ni studiene ble gjennomført i Sverige, to av studiene ble gjennomført i Sveits og to i Norge og en studie hver fra USA og Canada. To av studiene hadde benyttet fenomenologisk metode (Hantikainen 2001; Skovdahl, Kihlgren, og Kihlgren 2003), en studie hadde benyttet grounded theory (Dupuis, Wiersma, og Loiselle 2012). De resterende studiene angir kvalitativ beskrivende metode (Bergland, Johansen, og Sellevold 2015; Graneheim, Hornsten, og Isaksson 2012; Isaksson, Åström, og Graneheim 2008; Sandvide et al. 2004; Sifford-Snellgrove et al. 2012; Zeller et al. 2011) Studiene undersøker hvordan personell på sykehjem oppfatter eller forstår, aggressiv eller voldelig oppførsel ved demens. Begge begrepene "agresjon" og "vold" brukes i de inkluderte studiene, og de brukes om hverandre.

Datasamling, samlet fra alle de enkelte studiene, inkluderte 226 pleiepersonale. Personalet er personer som arbeider i direkte kontakt med pasienter, både med og uten formell kompetanse; sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter. I et av studiene var ledelsen representert med seks deltakere (Dupuis, Wiersma, og Loiselle 2012). Deltakere fra 42 sykehjem: n = 199, fra 11 gruppeboliger: n = 14, fra fem skjermede hus n = 8 og fem deltakere fra en psykiatriske avdeling. En studie er representert med to artikler (Graneheim, Hornsten, og Isaksson 2012; Isaksson, Åström, og Graneheim 2008;). Disse 41 deltakerne og tre sykehjem ble kun regnet en gang i det totale antall deltakere. De demografiske dataene ble ikke presentert fullstendig eller entydig i studiene, men på grunnlag av syv (Dupuis, Wiersma, og Loiselle 2012; Graneheim, Hornsten, og Isaksson 2012; Hantikainen, 2001; Isaksson, Åström, og Graneheim 2008; Sifford-Snellgrove et al. 2012; Skovdahl, Kihlgren, og Kihlgren 2003; Zeller et al. 2011) av de ni studiene kan det konkluderes med at deltakerne var i alderen 19 til 64 år. De har fra en og en halv måned opptil 39 års erfaring innen omsorgspersonalet. Både menn og kvinner deltok, og de fleste var kvinner.

4.6 Forskningsetiske betraktning

I en metasyntesen blir forskeren ikke direkte involvert med mennesker, men en har likevel et forskningsetisk ansvar. Forsker må respektere rettigheter til forfattere av enkeltstudiene, og sørge for at manipulering av resultatene i de opprinnelige studiene ikke skjer (Atkins et al. 2008). Gjennom analysen og teorigenererende syntese må en forbli trofast mot den fortolkende gjengivelsen i de ulike studiene (Bondas og Hall 2007).

4.7 Studiens validitet

Kvalitative forskningsmetoder bygger på velkjente vitenskapsteoretiske forutsetninger for systematisk og refleksiv kunnskapsutvikling (Malterud 2011). Gjennom å synliggjøre egen refleksjon om problemstilling, for forståelse og metode gjør forskeren det mulig for leseren å forstå hvordan han har kommet frem til sine funn. Kunnskapens relevans og validitet er virkemiddel for å forvalte forskningens refleksivitet, og en forutsetning for at vi kan kalle resultatene for vitenskapelig kunnskap (ibid.).

Med relevans menes hvorvidt vår forskning har betydning. Vurderinger som må stilles gjennom forskningsprosessen er om det gjort lignende studier tidligere eller om svar på problemstillingen vil tilføre noe nytt og ha betydning for praksis eller videre forskning. Ut fra min kunnskap er det ikke tidligere gjort noen metasyntese om hvordan sykehjemspersonalet oppfatter, tolker eller forstår aggressiv atferd ved demens på sykehjemmet. Denne metasyntesen vil kunne informere og veilede kunnskapsbasert praksis, og er derfor relevant i vitenskapelig forstand (Malterud 2011).

Validitet handler om gyldighet og troverdighet, og vi snakker om intern og ekstern validitet. Intern validitet handler om hva kunnskapen er sann om (Malterud 2011). Som forsker må en stille spørsmål om en har brukt riktig metode for å belyse problemstillingen, og for innsamling av data. Valg av metode og strategi for innsamling av data i syntesen ble vurdert i samarbeid med mine veiledere. Gjennom samarbeid og diskusjoner ble ulike oppfatninger og konklusjoner verifisert, det styrker studiens interne validitet. Ekstern validitet handler om overførbarhet. Stikkord her er kontekst, og forsker må spørre: i hvilke kontekst er denne studiens funn er gyldig? (Malterud 2011). I følge Malterud (2011) er overførbarhet i kvalitative studier knyttet til utvalget. Flere av studiene som utgjør datamaterialet i syntesen er gjennomført i andre land. Studiene er vurdert av forskeren at de er overførbare og kan

sammenlignes med norske forhold. Studier med høy ekstern validitet vil kunne bidra til å opplyse en lignende problemstilling i en annen sammenheng (ibid.). Målet er også at det skal kunne stimulere til videre forskning på området.

Tabell 1

<i>Tema</i>	<i>Kjernetema</i>	<i>Metafor</i>
En manifestasjon av demenssykdommen	"Pasienten er ikke lengre den han eller hun var"	"Å nå inn i pasientens verden av kompleksitet"
En måte å uttrykke seg selv og sine behov		
En reaksjon på et stressende og utfordrende miljø	En reaksjon på ytre påvirkning	
En reaksjon på pleiernes holdning og tilnærming	"Et utfordrende samarbeid"	
Vold på sykehjemmet er en annen type vold.		
"Uunngåelig og umulig å løse"		

5.0 FUNN

I dette kapitlet vil jeg sammenfatte og utdype mine syntetiserte funn. For beskrivelse av synteseprosessen og en fullstendig redegjørelse av metasyntesens funn henviser jeg til den vitenskapelige artikkelen. Kjernetema og tema utviklet i metasyntesen for å uttrykke funnene er beskrevet i Tabell 1. Hovedfunnene er uttrykt i tre kjernetema.

5.1 *Pasienten er ikke lenger den personen hun eller han var*

Pleiepersonalet oppfattet aggressiv atferd som en manifestasjon av utviklingen av demenssykdommen. Pasientens hjerneskade medførte kognitiv svikt og førte til at han handlet som han gjorde. Denne forståelsen spilte en viktig rolle i personalets konstruksjon av hvordan de oppfattet atferden. Som et resultat av den hjerneskaden pasienten hadde ble han av flere oppfattet som at han ikke hadde noe personlig ansvar for sin oppførsel, mens andre oppfattet at pasienten oppførte seg dårlig med vilje og for å ramme personalet.

Pasientens adferd ble oppfattet som en følge av tidligere personlighet som personalet mente ble forsterket på grunn av demenssykdommen. Tidligere personlighetstrekk sammen med trigger i miljøet ble oppfattet som årsak til at episoder med aggressiv atferd oppsto.

Aggresjon ble forstått som pasientens kamp for å beholde sin integritet. Situasjoner hvor personalet hjalp pasienten med personlig hygiene var ofte en utløsende årsak til aggressiv atferd, og personalet oppfattet det som at pasienten forsøkte å beskytte sitt egen personlige og fysiske territorium ved aggresjon og vold. Aggressiv atferd ble sjelden oppfattet som at pasienten led av smerte eller andre fysiske problemer. Det kom frem at sykepleiere brukte en rekke tiltak for å redusere aggresjon, men ignorerer ofte koblingen mellom aggressiv oppførsel og fysiologiske problemer som smerte eller eliminasjon.

5.2 En reaksjon på ytre påvirkning

Det andre temaet, "en reaksjon på ytre påvirkninger", uttrykker oppfatningen av organisering av arbeidet og det fysiske miljøet som utløsende årsak til den aggressive atferden. Personalet oppfattet mangel på tid som en kilde til voldelig oppførsel. Pasientene registrerte stress, angst og endringer i sykepleierens stemme, og kunne reagere med aggresjon. Å arbeid "under press" hindret omsorgspersoner fra å tilpasse seg innbyggernes evner og rytme, og da kunne det lett oppstå aggressiv atferd

En annen oppfatning av grunner for aggressiv atferd var det fysiske miljø. Avdelinger som var for overfylte og bidro overstimulering resulterte i stress, angst og sinne blant beboerne. Trange korridorer, små rom bidro til at pasienten følelser av å være innestengt, og at dette kunne være årsak til pasientens aggresjon. Pasientene kunne også engstelig og bli aggressive fordi avdelingene var låst. De ville hjem, men uten mulighet for å forlate avdelingen. Avdelingens rutiner og organisering av arbeidet ble oppfattet at kunne forårsake utførende atferd.

5.3 Et utfordrende samarbeid

Dette temaet illustrerer utfordringene i samspillet mellom pasient og pleier hvor oppfatning og tolkning av aggressiv atferd ofte er knyttet til pleiepersonalets egen holdning og tilnærming. Aggressiv atferd ble oppfattet som fremprovosert av omsorgspersonens holdninger. Personalets ulike oppfatning av atferden resulterte i ulik tilnærming som enten fremprovoserte eller hindret atferden. Personalet som tolket situasjoner fra beboernes kunne forhindre episoder med agitasjoner. Aggressiv atferd ble oppfattet som kontekstuell, om handlingen ble ansett som voldelig eller ikke var avhengig av hvor det skjedde. Aggressiv atferd oppstod ofte i situasjon hvor pasienter samhandlet med andre, og som en konsekvens av gjensidige misforståelser kunne episoder med aggresjon oppstå. Personalet egen angst og

usikkerhet for pasientens aggressive atferd, ble oppfattet å kunne utløse usikkerhet hos pasienten og føre til utfordrende situasjoner. I hvilken grad atferden ble oppfattet som hensiktsmessig eller hvordan den påvirket andre hadde også betydning for hvor utfordrende personalet oppfattet atferden. Personalet oppfattet aggressiv atferd som vanlig og slike hendelser ble sett på som en uunngåelig del av det daglige arbeidet, og det ble oppfattet som et problem som ikke hadde noen løsning.

Metaforen som skapes "Å nå inn i pasientens verden av kompleksitet" symboliserer at fenomenet aggressiv atferd hos personer med demens i sykehjem er komplekse og krever individuell forståelse og tilnærming til hver enkelt pasient. Samtidig uttrykker det at personalet aktivt må gjøre noe for å "nå inn til" pasienten.

6.0 DISKUSJON

Jeg vil i dette kapittelet diskutere funn som beskriver forhold hos pasienten og pleier som påvirker relasjonen mellom dem. Dette er en relasjon som ifølge av studiens funn er av betydning for hvordan begge opplever og mestrer sin hverdag med aggresjon. Jeg vil også utdype funn som ble sparsomt beskrevet i artikkelen. Forøvrig viser jeg til diskusjonsdelen i den vitenskapelige artikkel for ytterligere drøfting av funn i metasyntesen. Tilslutt i dette kapittelet vil jeg drøfte styrker og svakheter ved valgt metode.

6.1 Multifaktoriell forståelse av aggressiv atferd

Pleiepersonalet oppfattet at pasienten ikke lengre var den han eller hun hadde vært tidligere. De forsto den aggressive atferden som en manifestasjon av selve demenssykdommen. De oppfattet også sykdommen som årsak til at pasienten hadde problemer med uttrykke seg selv og sine behov, og at dette ofte førte til verbal eller fysisk aggresjon. Aggressiv atferd ved demens på sykehjemmet oppsto oftest i samhandlingssituasjoner slik som under stell og måltider. Andre studier støtter dette (Enmarker, Olsen og Hellzen 2011; Kales, Gitlin, og Lyketsos 2015). Skal personalet lykkes med å forstå hvordan en pasienten opplever en situasjon må en være villig til å lete etter meningen bak pasientens atferd og ytring (Rokstad 2014). God pleie og omsorg er avhengig av en god relasjon mellom pasient og pleier. Innholdet i omsorgen som gis må være relevant (ibid.). Travelbee (1996) er opptatt av det mellommenneskelig forhold i sykepleien. Det er to vesentlige forutsetninger for å etablere og opprettholde forholdet. Det kreves *en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte* til problemene, noe som betyr at en må ha en kunnskapsbase og ha evnen til å bruke den. For det andre må en

ha evnen til å bruke seg selv terapeutisk noe som krever en dyptgående innsikt i det å være et menneske (Travelbee 1999). I dag er det en økende bevissthet om at psykososiale faktorer i stor grad påvirker hvordan sykdommen utvikler seg og kommer til uttrykk (Enmarker, Olsen og Hellzen 2011; Pulsford og Duxbury 2016; Zwijsen, van der Ploeg og Hertog 2016). Pulsford & Duxbury (2016) hevder at en hittil ikke har klart å finne at en slik tilnærming er bedre enn andre måter å håndtere aggresjon på. De foreslår en multifaktoriell strategi både for forståelse av og intervensjoner ved aggressiv atferd, med en individuell tilnærming til den enkelte pasient (Pulsford og Duxbury 2006). I følge våre funn i metasynthesen, var det flere studier som oppsummerte at fenomenet aggressiv atferd ble oppfattet som multifaktorielt. Det betyr at det kan være både biologiske, psykologiske og sosiale faktorer som er årsak til atferden. Det var likevel få studier hvor det kom frem at personalet oppfattet aggressiv atferd som et uttrykk for pasientens smerter eller andre fysiske problemer. Tvert imot ble det hevdet at sykepleiere brukte en rekke tiltak for å redusere aggresjon, men ignorerer ofte koblingen mellom aggressiv oppførsel og fysiologiske problemer som smerte eller eliminasjon (Zeller et al. 2011). Personalet fokuserte mest på psykososiale faktorer som rammeverk for deres oppfatning av hvorfor atferden oppsto. Kitwood (1999) hevder at sykdommen må anses som en kombinasjon av hjerneorganisk svikt, helse, livshistorie, personlighet og endringer i sosiale relasjoner (Kitwood 1999) og hans filosofi vektlegger de psykososiale faktorer (Zwijsen et al., 2016). I følge Zwijsen (2016) har utviklingen av en psykososial forståelse av demens gitt åpenbar forbedring av demensomsorg. Det er likevel viktig at en ikke overser den nevrologiske skaden eller andre fysiske faktorer når en skal vurdere pasientens og pleiers situasjon. Hvis en utelukkende fokuserer på psykososiale forhold, kan det føre til at en overser viktige biologiske forhold og somatiske sykdommer som mulig utløsende faktorer for utfordrende atferd. Det kan også føre til at en overvurderer muligheten for at all atferden kan endres med god vilje (Zwijsen, van der Ploeg og Hertog 2016).

Funn i studien beskrev at når personalet filtrerte all atferd gjennom en ”patologisk linse”, kunne dette føre til stigmatisering av personer med demens. Dette kunne forårsake ytterligere lidelse for pasienten (Dupuis et al., 2012). Sitat fra en person med demens som beskriver dette i studien.

...Fordi de ofte spøker om, at jeg vil bli merket som seksuelt upassende når jeg kommer inn på sykehjemmet fordi jeg ikke klarer varmen, og de er alle så varme. Jeg skal være der og mine barn vet allerede nå at jeg kommer til å kle av meg fordi jeg er

varm. Og jeg vil bli merket som seksuelt upassende, men så er det på grunn av varmen
(Dupuis et al., 2012, s.162).

Vår tolkning eller oppfatning om en situasjon vil påvirke våre følelser og handlinger knyttet til situasjonen (Berge og Repål 2004). Stigmatisering kan skje som følge av dette ved at vi opprettholder en oppfatning om at en person med demens kan karakteriseres gjennom stereotypier.

6.2 En kultur som fremmer eller hemmer aggressiv atferd

Aggressiv atferd ble av personalet oppfattet som en reaksjon på stressende faktorer i forhold til det fysiske og psykososiale miljøet i avdelingen. I følge Kales et al. (2015) vil et miljø som er over- eller understimulerende eller mangler forutsigbare rutiner og meningsfulle aktiviteter bidra til utfordrende atferd (Kales, Gitlin, og Lyketsos 2015). Andre hevder at personer med demens er spesielt følsomme for stressfremkallende stimuli i det fysiske miljø, og kan reagere på disse faktorene med aggresjon (Pulsford og Duxbury, 2006). En må legge til rette for en kultur der personalet kan forstå utfordrende atferd fra pasientens perspektiv (Rokstad 2014). Betydningen av relasjonen mellom pasienten og pleier må verdsettes slik at fellesskap med pasienten oppleves som like viktig som de oppgavene som skal utføres (ibid.) Bondas (2003) hevder at en organisasjonskultur kan hindre eller vanskeliggjøre pasientens vekst gjennom krenkende rutiner (Bondas 2003).

Skovdahl (2003) sammenligner to personalgrupper; en gruppe fra en avdeling med svært lav forekomst av aggressiv atferd, og en gruppe fra en avdeling der forekomsten var svært høy (Skovdahl, Kihlgren, og Kihlgren 2003). Disse to gruppene hadde også svært ulik erfaring med støtte og engasjement fra egen ledelse når de opplevde krevende situasjoner med aggressiv atferd. Personalet som fikk støtte og regelmessig veiledning beskrev arbeidet som stimulerende, utfordrende og morsomt, til tross for at aggressiv atferd kunne oppstå. De ble støttet og oppmuntret av kollegaer og ledelse til å tilbringe tid sammen med pasienten for å skjerme denne. Personalet i den andre gruppa jobbet mer oppgaveorientert, og de følte at de hadde lite tid til pasientene. De uttrykte skuffelse over at de ikke ble tatt alvor av ledelsen og over manglende støtte og engasjement for å mestre aggressiv atferd. De beskrev en opplevelse av maktesløshet (ibid.). Verdighet er en av de fem grunntesene i caritativ ledelsesteori. Det betyr at en innen helseledelse må verdsette det unike hos hver enkelt ansatt og dennes potensiale for å tjene pasienten. De ansattes verdighet som mennesker og deres kompetanse må verdsettes. Lederen er rollemodell, og har ansvaret for det som foregår i organisasjonen. Dette gjelder særskilt for pasientomsorgen, men også i møter mellom mennesker i

organisasjonen. Det tolereres ikke krenkelser (Bondas 2003). Kitwood (1999) hevder at det i enhver organisasjon som leverer tjenester til mennesker vil det være en nær sammenheng mellom hvordan ledelsen behandler sine ansatte og den måten de ansatte behandler pasientene. På samme måte som en går inn for pasientens verdi som person, ”personhood”, må en nødvendigvis også gå inn for personalets ”personhood” (Kitwood 1999).

6.3 Vold og aggresjon som en del av jobben

Dette temaet illustrerer utfordringene i samspillet mellom pasient og pleier hvor oppfatning og tolkning av aggressiv atferd ofte er knyttet til pleiepersonalets egen holdning og tilnærming. Ifølge våre funn oppfattet personalet egne, eller kollegaers, holdninger og tilnærming til pasienten som utløsende årsak til aggressiv atferd. Jeg har tidligere påpekt at vår tolkning eller oppfatning om en hendelse vil påvirke hvordan vi handler og føler i situasjonen (Berge og Repål 2004). Hvordan personalet oppfatter atferden er av betydning for hvordan de yter omsorg for pasienten med aggressive atferden. Det er også viktig for hvilke følelser de har i situasjonen, og overfor pasienten etter hendelsen.

Personalet i studien oppfattet vold på jobben som utfordrende, smertefullt og ydmykende, og de opplevde å ble skadet, misbrukt og fornærmet. Pasienten ble oppfattet som at han ikke kunne skille rett og galt, og kunne derfor ikke klandres. Personalet beskrev også situasjoner der de oppfattet at pasienten bevisst forsøkte å skade dem.

Helme og Alteren (2014) beskriver at rollen som helsepersonell bærer i en del forventninger; fra omgivelsene, fra egen forforståelse og hvordan de forvalter rollen. Det kan forklare aksept for volden som om det er en egenskap som ligger i yrkesrollen (Helme og Alteren 2014). De beskriver at personalet er så vant med volden at både de selv og deres ledere bagatelliserer den. Det er fare for at vold i sykehjem blir akseptert og normalisert som en del av jobben og dermed vedvarer (Isaksson, Graneheim, og Åström 2009). Opplevelser med verbal og fysisk aggressiv atferd kan påvirke personalets relasjon med de pasientene som viser slik atferd. Det kan føre til at pleierne unngår pasientene, noe som vil redusere kvaliteten på omsorg de gir (ibid.). Edward (2014) fant at sykepleiere som ble utsatt for verbale eller fysisk overgrep, opplevde ofte en psykologisk reaksjon etter hendelsene. Mange sykepleier rapporterte ikke hendelsene til sine leder fordi de ikke var trygge på å få støtte (Edward et al. 2014). Det er behov for at pleiere føler seg trygge og støttet når de har opplevd situasjoner med aggressive hendelser (ibid.)

Sykehjemspersonalet i vår studie oppfattet aggressiv atferd som et problem uten løsning, og de uttrykte at de følte seg maktesløse. Ifølge Lichtwarck et al (2016) er det å føle seg maktesløs å tenke at en er uten makt. Maktesløshet kan handle om et ønske om å «makte» mer enn det som er mulig å få til i virkeligheten, og samtidig undervurdere det gode en faktisk gjør (Lichtwarck, Tverå og Røen, 2016). Pasientene trenger omsorg og nærvær selv om våre tiltak ikke virker. Trygghet og trøst til pasienten er viktig når de har det vondt selv om en ikke blir bedre (ibid.).

Komplekse problemer er preget av å ikke ha en enkel løsning eller et komplett sett med løsninger på forhånd (Head 2008).

Metaforen "Å nå inn i pasientens verden av kompleksitet" symboliserer at vold og aggresjon i sykehjem er et komplekst fenomen og krever avanserte tilnærminger. Skal en lykkes med det må en legge til rette for en kultur der personalet og ledelse samarbeider for best mulig å kan forstå utfordrende atferd fra pasientens perspektiv (Rokstad 2014) og skape en pleiekultur som er til for pasienten (Bondas 2003).

6.3 Metodediskusjon

For å vurdere studiens validitet må jeg stille spørsmål om jeg har brukt riktig metode for å belyse problemstillingen, og for innsamling av data. Valg av metode og strategi for innsamling av data i syntesen ble vurdert i samarbeid med mine veiledere. Gjennom samarbeid og diskusjoner ble ulike oppfatninger og konklusjoner verifisert, det styrker studiens interne validitet. Enkeltstudiene som er inkludert i denne metasyntesen ha ulik nasjonal opprinnelse og benytter ulike begreper om langtidsinstitusjoner uten utdypende beskrivelser av disse. Det er viktig å ha med seg, og utvise forsiktighet når en skal syntetiserer studier fra andre kulturer. Faktorer som innholdet, størrelse og organisering kan aldri være fullt sammenlignbare. Likevel er det ikke grunn til å tro at det er en betydelig forskjell mellom langtidsinstitusjonene i studier fra de nasjonaliteter som inngår i denne syntesen og norske sykehjem, så syntesens vil kunne bidra til å opplyse en lignende problemstilling i en annen sammenheng, og kunne være et bidrag til ytterligere forskning om tema er derfor relevant i vitenskapelig forstand (Malterud 2011).

Ut fra det jeg har skaffet meg kunnskap om er det ikke tidligere gjort noen metasyntese om hvordan sykehjemspersonalet oppfatter eller tolker aggressiv atferd ved demens på sykehjemmet.

7.0 Konklusjon

Denne syntesen kan bekrefte og utvide vår kunnskap om at omsorg for pasienter med aggressiv atferd i sykehjem er avansert og krever kunnskap om sykepleie sykdom, pasienten og konteksten. For å yte god omsorg for pasienter med aggressiv oppførsel i sykehjemmet kreves omsorg, engasjement og kreativitet hos omsorgspersonen, samt sykepleieadministrasjon som støtter denne oppfatningen. Dette vil øke evnen til å redusere pasientens lidelse, og øke omsorgspersonens evne til å takle byrden.

For å utvide vår kunnskap om kompleksiteten i aggressiv oppførsel i sykehjem, bør videre forskning fokusere på hvordan personalet og pasienter opplever disse utfordrende situasjonene. Økt kunnskap om dette temaet vil hjelpe oss med å utvikle og gjennomføre hensiktsmessige og forebyggende tiltak for pasienter i sykehjem som lider av alvorlig demens og aggressiv atferd. Denne metasyntesen vil informere og veilede kunnskapsbasert praksis og utvikle nye forskningsspørsmål om dette viktige emnet.

Referanser

- Anderson, R., Issel, L., & McDaniel, J. R. (2003). Nursing homes as complex adaptive systems: relationship between management practice and resident outcomes. *Nurs Res*, 12-21.
- Atkins, S., Lewin, S., Smith, H., Engel, M., Fretheim, A., & Volmink, J. (2008). Conducting a meta-ethnography of qualitative literature: Lessons learnt. *BMC Medical Research Methodology*, 8(1), 21. doi:10.1186/1471-2288-8-21
- Berg, R. C., & Munthe-Kaas, H. (2013). Systematic reviews in qualitative research. *Norsk Epidemiologi*, 23(2), 131-139.
- Berge, T., & Repål, A. (2004). *Den indre samtalen : kognitiv terapi i praksis* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bergland, Å., Johansen, H., & Sellevold, G. S. (2015). A qualitative study of professional caregivers' perceptions of processes contributing to mealtime agitation in persons with dementia in nursing home wards and strategies to attain calmness. *Nursing Open*, 2(3), 119-129.
- Bondas, T., & Hall, E. O. C. (2007). Challenges in Approaching Metasynthesis Research. *Qualitative Health Research*, 17(1), 113-121. doi:10.1177/1049732306295879
- Bondas, T. E. (2003). Caritative leadership. Ministering to the patients. *Nurs Adm Q*, 27(3), 249-253.
- Bondas, T., Hall, E., & Wikberg, A. (2016). Metasynthesis in Health Care Research. *Research Methods in Health Foundations for Evidence-based Practice* (3 ed.). South Melbourne Oxford University Press.
- Britten, N., Campbell, R., Pope, C., Donovan, J., Morgan, M., & Pill, R. (2002). Using meta ethnography to synthesise qualitative research: a worked example. *J Health Serv Res Policy*, 7. doi:10.1258/135581902320432732
- Brodaty, H., Draper, B., & Low, L. F. (2003). Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: strain and satisfaction with work. *J Adv Nurs*, 44(6), 583-590.
- Brodaty, H., & Low, L. F. (2003). Aggression in the elderly. *J Clin Psychiatry*, 64.
- CASP. (2017). Critical Appraisal Skills Programme Qualitative Checklist Retrieved from http://media.wix.com/ugd/dded87_29c5b002d99342f788c6ac670e49f274.pdf
- Dahlberg, K. (2002). Vårdlidande – det onödiga lidandet. *Vård i Norden*, 22(63), 4-8.
- Drageset, I., Normann, K., & Elstad, I. (2012). Familie og kontinuitet: Pårørende forteller om livsløpet til personer med demenssykdom. *Norsk tidsskrift for helseforskning*, 8(1).
- Dupuis, S. L., Wiersma, E., & Loiselle, L. (2012). Pathologizing behavior: Meanings of behaviors in dementia care. *Journal of Aging Studies*, 26(2), 162-173. doi:10.1016/j.jaging.2011.12.001
- Dyb, H. (2016 10.05.2017). Én av to pleiere på sykehjem vil slutte. Retrieved from <http://forskning.no/helsetjenester-sykepleie-arbeid/2016/08/en-av-sykepleiere-i-sykehjem-og-hjemmetjenesten-vurderer>
- Edward, K.-l., Ousey, K., Warelow, P., & Lui, S. (2014). Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *British Journal of Nursing*, 23(12), 653-659. doi:10.12968/bjon.2014.23.12.653
- Enmarker, I., Olsen, R., & Hellzen, O. (2011). Management of person with dementia with aggressive and violent behaviour: a systematic literature review. *International Journal of Older People Nursing*, 6(2), 153-162. doi:10.1111/j.1748-3743.2010.00235.x
- Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie. (1988).
- Gates, D. F., E; Meyer, U. (1999). Violence against caregivers in nursing homes: Expected,

- tolerated, and accepted. *Journal of Gerontological Nursing*.
- Graneheim, U. H., Hornsten, A., & Isaksson, U. (2012). Female caregivers' perceptions of reasons for violent behaviour among nursing home residents. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 19(2), 154-161. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01768.x
- Hantikainen, V. (2001). Nursing staff perceptions of the behavior of older nursing home residents and decision making on restraint use: a qualitative and interpretative study. *J Clin Nurs*, 10(2), 246-256.
- Head, B. (2008). Wicked Problems in Public Policy *Public Policy*, 101-118.
- Helme, R., & Alteren, J. (2014). Aksepterer vold på jobben *Sykepleien*. doi:10.4220/sykepleiens.2014.0155
- Isaksson, U., Astrom, S., & Graneheim, U. H. (2008). Violence in nursing homes: perceptions of female caregivers. *J Clin Nurs*, 17(12), 1660-1666. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02196.x
- Isaksson, U., Graneheim, U. H., & Astrom, S. (2009). Female caregivers' experiences of exposure to violence in nursing homes. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 16(1), 46-53. doi:10.1111/j.1365-2850.2008.01328.x
- Kales, H. C., Gitlin, L. N., & Lyketsos, C. G. (2015). Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Bmj*, 350, h369. doi:10.1136/bmj.h369
- Kirkvold, M. (1998). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering* (1 ed.): Gyldendal
- Kitwood, T. (1999). *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*: McGraw-Hill Education.
- Lichtwarck, B. (2016). TID modell. website tidmodell.no. Retrieved from <http://tidmodell.no/modellen/teoretiske-betraktninger-3/>
- Lov om pasient- og brukerrettigheter. (1999). LOV av 1999 nr 63 om pasient- og brukerrettigheter.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Noblit, G. W., & Hare, R. D. (1988). *Meta-ethnography : synthesizing qualitative studies* (Vol. vol. 11). Newbury Park, Calif: Sage Publications.
- Pulsford, D., & Duxbury, J. (2006). Aggressive behaviour by people with dementia in residential care settings: a review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 13(5), 611-618. doi:10.1111/j.1365-2850.2006.00964.x
- Rokstad, A. M. (2014). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens* Universitetsforlaget
- Sandelowski, Barroso, J., & Voils, C. I. (2007). Using Qualitative Metasummary to Synthesize Qualitative and Quantitative Descriptive Findings. *Research in Nursing & Health*, 30(1), 99-111. doi:10.1002/nur.20176
- 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
- Selbaek, G., Engedal, K., Benth, J. S., & Bergh, S. (2014). The course of neuropsychiatric symptoms in nursing-home patients with dementia over a 53-month follow-up period. *Int Psychogeriatr*, 26(1), 81-91. doi:10.1017/s1041610213001609
- Selbaek, G., Kirkevold, O., & Engedal, K. (2007). The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry*, 22(9), 843-849. doi:10.1002/gps.1749
- Selbæk, G., Engedal, K., & Bergh, S. (2013). The Prevalence and Course of Neuropsychiatric Symptoms in Nursing Home Patients With Dementia: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(3), 161-169.

- doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2012.09.027>
- Sifford-Snellgrove, K. S., Beck, C., Green, A., & Sweeney, J. C. (2012). Victim or Initiator?: Certified Nursing Assistants' Perceptions of Resident Characteristics that Contribute to Resident-To-Resident Violence in Nursing Homes. *Research in Gerontological Nursing*, 5(1), 55-63.
- 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.
- Svenaesus, F. (2005). *Sykdommens mening - og møtet med det syke mennesket* Gyldendal Norsk Forlag AS
- TheFreeDictionary. (2017,). TheFreeDictionary Retrieved from <http://no.thefreedictionary.com/oppfatte>
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*: Fagbokforlaget.
- Travelbee, J. (1996). *Interpersonal aspects of nursing*. Oslo: Pensumtjeneste.
- Zwijssen, S. A., Kabboord, A., Eefsting, J. A., Hertogh, C. M. P. M., Pot, A. M., Gerritsen, D. L., & Smalbrugge, M. (2014). Nurses in distress? An explorative study into the relation between distress and individual neuropsychiatric symptoms of people with dementia in nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry*, 29(4), 384-391. doi:10.1002/gps.4014
- Zwijssen, S. A., van der Ploeg, E., & Hertogh, C. M. (2016). Understanding the world of dementia. How do people with dementia experience the world? *Int Psychogeriatr*, 28(7), 1067-1077. doi:10.1017/S1041610216000351

Vitenskapelig artikkel

Solvor Nybakken, Maria Strandås og Terese Bondas

“Entering the patient' world of complexity”

How caregivers in nursing homes perceive aggressive behaviour in people suffering from dementia - a meta-synthesis

Innsendes til vitenskapelelig vurdering i forskningstidsskriftet

«*Journal of Advanced Nursing* » i løpet av kort tid.

Entering the patients' world of complexity

How caregivers in nursing homes perceive aggressive behaviour in patients suffering from dementia - a meta-synthesis.

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to explore how caregivers in nursing homes perceived aggressive behaviour in patients suffering from dementia by synthesizing knowledge from published qualitative studies.

Background: Caregivers in nursing homes are often subjected to aggression and violence from patients suffering from dementia. The way caregivers perceive such situations affects their feelings and actions related to this the situation. There is scattered knowledge about the subject, but data has previously not been synthesized.

Methods: A systematic literature search in Cinahl, PubMed, and Scopus was completed in January 2017. Nine studies, published between 2001 and 2015, were included as they were found relevant for the research question and met the inclusion criteria. We chose Noblit and Hare's interpretative meta-ethnography.

Finding: Three core themes describing the caregiver's perception and interpretation of patients' aggressive behaviour emerged in the analysis; as an expression for: 'the patient is no longer the person she or he used to be', 'a reaction to external influences' and 'a challenging partnership'. The core themes were synthesized into the metaphor 'Entering the patients' world of complexity'.

Conclusion and Implications: The findings indicate that caregivers perceive aggression and violence as complex and multifactorial. Caregivers often saw events of aggressive behaviour as unavoidable and impossible to solve. Findings indicate that the way in which caregivers perceive the behaviour shapes their own behaviour towards patients suffering from dementia. This meta-synthesis can inform and guide evidence-based practice and contribute to new research on this important topic.

Keywords: Meta-Ethnography, Meta-Synthesis, nursing home, dementia, caregiver, aggression, violence

Summary statement

Why is this research or review needed?

- Patients that suffer from dementia and live in nursing homes show high incidence of aggressive behaviours. Consequences of these symptoms are considerable for patients, families and caregivers.
- This meta-synthesis can inform and guide evidence-based practice and help us to develop and implement effective interventions for patients that suffer from dementia and express aggressive behaviour while living in nursing home.
- This meta-synthesis gathers scattered knowledge of caregivers' interpretations and perceptions of aggressive behaviour in a nursing home.

What are the three key findings?

- The caregivers' perceptions of aggressive behaviour in dementia in nursing homes factors in the patient, and is expressed as, 'the patient is no longer the person she or he used to be'.
- The caregiver experiences caring for patients with aggressive behaviour as a challenging partnership between them, the patient and their physical and mental environment.
- There is no unequivocal answer, or a set of solutions to situations with aggressive behaviours in nursing homes. Every situation is unique, and so are the patient and the caregiver.

How should the findings be used to influence policy/practice/research/education?

- This meta-synthesis could inform and guide evidence-based practice.
- This study provides knowledge of the perceptions of nursing staff about aggressive behaviour in dementia.
- Increased knowledge about aggressive behaviour in nursing homes will help us to develop and implement effective interventions to reduce disability for patients who live in nursing homes and suffer from severe dementia.
- To explore the complexity of such situations, further research should focus on the expectations of both caregiver and patient in nursing homes when the patient experiences aggressive behaviour.

Introduction

‘Challenging behaviour’, or behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD), manifest at a high rate in patients that suffer from dementia and live in nursing homes (Pulsford og Duxbury, 2006; Selbaek et al., 2014). Selbaek (2007) found that approximately 80% of patients in nursing homes had symptoms that were consistent with dementia, and that BPSD, such as psychosis, depression, anxiety, apathy and agitation in the form of verbal and physical aggression, are clinically significant in 72% of them (Selbaek, Kirkevold and Engedal, 2007). Consequences of these symptoms for patients, caregivers and nursing staff are considerable (Edward et al., 2014; Kales, Gitlin og Lyketsos, 2015). Such symptoms increase patient suffering and are linked to faster progression of dementia disease and increased risk of earlier death (Kales, Gitlin and Lyketsos, 2015). Agitation and aggression are often present in nursing homes (Brodaty, Draper and Low, 2003; Zwijsen et al., 2014). Requirements for nursing home placement often occur because of these symptoms. Caregivers consider aggression as the most serious problem they face, and it leads to increased work burden (Brodaty, Draper and Low, 2003; Edward et al., 2014; Zwijsen et al., 2014).

Pulsford (2006) defined the term ‘violence’ in the Nursing Home Staffs (NHS) Zero Tolerance Campaign in 2002.

‘...any incident where staff are abused, threatened or attacked in circumstances related to their work, involving an explicit or implicit challenge to their safety, well-being and health’

(Pulsford and Duxbury, 2006 p.611).

The term 'aggressive behaviour' will be used in the present synthesis, understanding the concepts as defined above. The term ‘patients’ refers to persons suffering from dementia, living in nursing homes. Challenging behaviours in dementia are complex. They require broad study and treatment of the patient (Kales, Gitlin and Lyketsos, 2015) and support to the caregiver (Edward et al., 2014; Zwijsen et al., 2014). Effective treatment is necessary as challenging behaviour may affect the quality of care for patients suffering from dementia in nursing homes (Enmarker, Olsen og Hellzen, 2011; Selbaek, Kirkevold og Engedal, 2007). The view on dementia and treatment of people with dementia are today heavily influenced by Kitwoods work. Today, the term person-centred care (PCC) is used about Kitwoods

philosophy in dementia care, which supports people with dementia in the experience of dignity and identity (Kitwood, 1999).

The way we think about a situation will affect our feelings and actions related to this situation (Berge and Repål, 2004). In this context, it will be important to gain knowledge about the caregiver's perception of aggressive behaviour in dementia.

Limited qualitative studies have investigated how to perceive and understand aggressive behaviour in dementia from the perspective of the caregivers in the nursing home context. No meta-synthesis about this phenomenon was discovered that could inform and guide evidence-based practice and provide new research questions about this important topic.

Methods

Aim

The aim of this study was to increase understanding of how caregivers in nursing homes perceived aggressive behaviour in dementia by evaluating, integrating and synthesizing international knowledge on the topic.

Design

Noblit & Hare's interpretative meta-ethnography was chosen for interpretive synthesis. Meta-synthesis refers to translating published qualitative studies into each other so that a grand narrative or interpretation can emerge that is more than a sum of the parts (Noblit og Hare, 1988). The goal is a new, integrated and more complete interpretation of findings that provides deeper and broader understanding than the findings from the individual studies. In nursing, knowledge and understanding are related to the meaning of health, suffering and caring, and to the potential 'to minister to the patient' (Bondas 2003). Using meta-synthesis of qualitative studies will help to develop evidence-based care (Bondas, Hall and Wikberg, 2016).

Search strategy and criteria

A systematic literature search was conducted in three databases considered relevant for nursing research and the study topic: Cinahl, PubMed and Scopus. In line with ancestry research, and in order to increase coverage, backward and forward tracking of references and manual searches were conducted (Sandelowski, Barroso and Voils, 2007). Inclusion criteria were English language, qualitative design, peer-reviewed empirical studies, adult informants,

nursing home setting, and nursing home staff informants. Exclusion criteria were studies that were conducted with quantitative or mixed-methods design and review / discussion articles. Search was performed without restriction on publication year.

Search term:
Nursing home AND dementia AND caregiver AND qualitative combined with *aggressive OR agitation OR violence*

Progression of the search process and quality appraisal of studies

During the period from 09/01/16 to 12/31/16, a precise systematic search for articles related to the study subject was conducted. Before the search process started, a librarian was consulted.

Nine articles remained, and these were quality controlled using the Program Qualitative Research Checklist (CASP, 2017) and included in the synthesis. The assessment was that these nine had good quality in relation to the objectives, design, analysis and findings, and they were considered to provide knowledge useful to the topic.

Search strategy and results from each search step are presented in Table 1

Table 1 The search strategy and results of different phases of the meta-synthesis process

<i>Years</i>	<i>Database and search words</i>	<i>Total</i>	<i>Selections based on title</i>	<i>Selection based on abstract</i>	<i>Selections based on full text and inclusion criteria</i>
All years	CINAHL Nursing home AND dementia AND Caregiver AND Qualitative	158	19	6	2
	PubMed Nursing home AND dementia AND Caregiver AND Qualitative	209	41	5	4
	SCOPUS Nursing home AND dementia AND Caregiver AND Qualitative	1122	52	3	3
	Manuel search and back- and forward tracking	999	100	2	0
	Total	2488	212	16	9

Articles, context and participants

Three of the nine studies were conducted in Sweden, two in Switzerland, two in Norway and one study each in the USA and Canada. The studies examined how personnel at the nursing homes perceived, interpreted or understood aggressive or violent behaviour in dementia. Both the terms 'aggression' and 'violence' were used in the included studies, and they were used interchangeably.

The data sample included 226 caregivers. Caregivers included personnel who worked in direct contact with patients; nurse's aides, enrolled nurses, registered nurses and nursing students. Original study participants varied in terms of age, experience and gender.

The interpretive process

Noblit and Hare describe the analysis of a meta-ethnography in seven phases (Noblit and Hare, 1988). According to these phases, the articles were first read through many times in order to become familiar with their contents. Information about the study setting, participants and the nature of the sample were documented; see Table 2. This information provided the context for the interpretations and explanations of each study (Britten et al., 2002). In a first iteration, the essence of each study was recounted, before being extracted through a second iteration. The results of the iterations were topics, phrases, metaphors and concepts for each study (ibid.). In the next phase, we analysed how the studies were related to each other. According to Noblit and Hare (1988), studies can relate to each other in different ways; they can be compared with each other (reciprocal translation); they may conflict with each other (refutational translation); or, they can be combined into a line of argument (Noblit and Hare, 1988).

Table 2 Characteristics of the studies included in meta-synthesis

<i>Author(s), year, country</i>	<i>Aim</i>	<i>Methods</i>	<i>Sample and setting</i>
Graneheim et al., 2012, Sweden	To explore female caregivers' perceptions of reasons for violent behaviour among nursing home residents	Content analysis	Forty-one female caregivers from three nursing homes
Hantikainen, V., 2001, Switzerland	To examine staff perceptions of the behaviour of older nursing home patient and how these perceptions govern their decision-making on restraint use	Phenomenological analysis	Twenty staff from two nursing homes
Skovdahl et al., 2003, Sweden	To study caregivers' reflections about and attitudes toward behavioural and psychiatric symptoms of dementia (BPSD) and how they dealt with the symptoms.	Phenomenological hermeneutics analysis	Fifteen formal caregivers from three units; two nursing homes and one psychogeriatric ward
Isaksson et al., 2008, Sweden	To illuminate how female caregivers in nursing homes perceive violence	Content analysis	Forty-one female caregivers from three nursing homes
Zeller et al., 2011, Switzerland	To explore caregivers' perspectives regarding the conditions and situations of resident aggression and practical strategies caregivers use to deal with aggression	Content analysis	Thirty caregivers from five nursing homes
Sandvide et al., 2004, Norway	To describe violent events as narrated by care providers involving themselves.	Qualitative descriptive analysis	Sixty-one caregivers from eight nursing homes, five sheltered housing and eleven group dwellings
Bergland et al., 2015, Norway	To describe professional caregivers' perceptions of factors and processes contributing to mealtime agitation and strategies for attaining and maintaining calm mealtimes	Qualitative descriptive analysis	Twenty-four professional caregivers from one nursing home
Sifford-Snellgrove et al., 2012, USA	To explore certified nursing assistants' perceptions of the characteristics of both the victims and initiators of resident-to-resident violence (RRV) to identify resident characteristics that influence development of RRV	Content analysis	Eleven certificated nursing assistants from one nursing home
Dupuis et al., 2012, Canada	To examine the perceptions and the meanings employees attach to behaviour, how employees are experiencing behaviour and the role of meanings and experiences of the actions and reactions of behaviour	Grounded theory	Forty-eight staff from eighteen nursing homes

In the present meta-synthesis, the studies were compiled and a reciprocal translation was conducted. Studies could therefore be combined so that one study could be presented in terms of another (Bondas, Hall and Wikberg, 2016). One of the studies (Graneheim, Hornsten and Isaksson, 2012) was chosen as a seminal paper. We considered this article to have good quality and to be presented in a sensible manner as a start to the interpretation and analysis. Most important, the seminal paper's purpose and formulation were close to the synthesis purpose and theme. Next, the second study was translated in terms of the first study, and so on. Phrases, metaphors and concepts found in the first study were often rediscovered in the next. In addition, there were new metaphors in the next study. We continued like this until all studies were translated according to phases five (Noblit and Hare, 1988). This resulted in six

themes and three core themes. Finally, an overarching metaphor was constructed based on these core themes to express the synthesis. One must be sufficiently detailed to preserve the integrity of each study, but not be so detailed that one fails to produce a usable synthesis (Sandelowski, Docherty and Emden, 1997). In the interpretative process, we moved forward and backward through the various phases (Noblit and Hare, 1988). We turned increasingly back to the phase involving 'reading the studies' throughout the interpretative process to assure credibility and validity, both to the original data and the interpretation.

Results

Themes and subthemes developed during the process of meta-synthesis, and the integrated findings are described in Table 3. The main findings are expressed in three core themes. The first theme illustrated that aggressive behaviour by caregivers is related to factors in the patient; e.g., 'the patient is no longer the person she or he used to be'. The second theme, 'a reaction to external influences', expresses the perception of the organization and the physical environment as a trigger to the challenging behaviour. The last theme, 'a challenging partnership', illustrates the challenges of interaction between patient and caregiver, where perception and interpretation of aggressive behaviour were often linked to caregivers' own attitudes and approach. The metaphor 'entering the patient's world of complexity' symbolizes such phenomena as the violence and aggressive behaviour in nursing homes; they are complex and require an individual understanding and approach to each patient.

Table 3 Themes and subthemes developed in the process of meta-synthesis to integrate the findings

<i>Metaphor</i>	<i>Core themes</i>	<i>Subthemes</i>	<i>Key aspects</i>	<i>Articles</i>
'Entering the patient's world of complexity'	'The patient is no longer the person he used to be'	A manifestation of the disease	Brain damage, cognitively impaired, confused, do not understand the situation, functional impairments, loss of functional ability, impairment and shortcoming, physiological disease process, enhanced characteristics of the patient, strengthened personality traits, special personal characteristic.	Bergland et al. 2015; Dupuis et al. 2012; Graneheim et al. 2012; Hantikainen. 2001; Isaksson et al. 2008; Sifford-Snellgrove et al. 2012; Skovdahl et al. 2003; Zeller et al. 2011;
		A way to express themselves and their needs	Expressing feelings, negative emotional reactions, being afraid, suffering, uncomfortable, become overwhelmed, losing their ability to communicate, try to communicate unmet needs, protecting themselves from being handled, losing integrity and self-determination, trying to assert own will and wishes, "put their foot down", struggling to keep their integrity, invasion into personal space, receive help against their will, restricted space, protect own personal and physical space.	Bergland et al. 2015; Dupuis et al. 2012; Graneheim et al. 2012; Hantikainen. 2001; Isaksson et al. 2008; Skovdahl et al. 2003; Zeller et al. 2011;
	'A reaction to external influences'	A stressful and demanding environment	Attempt to hurry the patient, working under time pressure, still sensitive to stress, too many stimuli, excessive interference, crowded wards, occurred in interpersonal situations, incongruent wishes, mutual misunderstanding	Bergland et al. 2015; Dupuis et al. 2012; Graneheim et al. 2012; Hantikainen. 2001; Isaksson et al. 2008; Skovdahl et al. 2003; Zeller et al. 2011;
	'A challenging partnership'	A reaction of caregivers attitude and approach	Shows an authoritarian attitude, highlighting incapacity and deficit, behaviour as a problem, own fear of the resident, injustice for the staff, behaviour something on have to live with, challenging in a positive way, intentional violence, deliberate and has a purpose, lack of thoughtfulness, "aware of what they are doing", injustice to staff, inappropriate attitude, provoked by incompetent caregivers task oriented, solution oriented, patients perspective, individual care, ignored the patient, perceive behaviour like it has no meaning, neglect, lack of information, lack of stimulation.	Bergland et al. 2015; Dupuis et al. 2012; Graneheim et al. 2012; Hantikainen. 2001; Isaksson et al. 2008; Sandvide et al. 2004; Skovdahl et al. 2003; Zeller et al. 2011;
		Violence at work is different	Assessed by how it take place, violence at work is not considered violence, but different mind-set at work	Dupuis et al. 2012; Isaksson et al. 2008; Sifford-Snellgrove et al. 2012;
		Unavoidable and impossible to solve	Problems without solutions, impossible to handle, no solution, complex task, challenging task, learn to live with	Graneheim et al. 2012; Hantikainen, 2001; Isaksson et al. 2008; Sandvide et al. 2004; Skovdahl et al. 2003; Zeller et al. 2011;

'The patient is no longer the person she or he used to be'

The first theme illustrated that aggressive behaviour is related to the patient; Caregivers describe some clear changes in the patient's situation, the disease and its symptoms.

Caregivers primarily linked aggressive behaviour to patients suffering from dementia.

A manifestation of the disease

Caregivers perceived aggressive behaviour as a manifestation of the development of the dementia disease. The resident had a brain damage that made him cognitively impaired and that made him act as he did. This understanding played a significant role in the caregivers' construction of how they perceived the behaviour (Bergland, Johansen and Sellevold, 2015, Dupuis, Wiersma and Loiselle, 2012; Graneheim, Hornsten and Isaksson, 2012; Hantikainen, 2001; Isaksson, Åström and Graneheim, 2008; Skovdahl, Kihlgren and Kihlgren, 2003; Zeller et al., 2011). As a result of the brain damage, the patient was perceived by some of the caregivers as having no personal responsibility for his behaviour or was to blame.

'There's just no remorse in there because there's no area in the brain that's corresponding right from wrong or good or bad' (Dupuis, Wiersma and Loiselle, 2012, p. 165).

The patients did not understand what was happening and responded with aggressive and violent behaviour.

'No, if he isn't aware of it, then it isn't violence. Even if he breaks my arm, he isn't aware what he is doing' (Isaksson, Åström, and Graneheim, 2008, p. 1663).

Other caregivers looked at it in different ways; the patient knew what they did:

'She knows what she is saying, she has dementia, but she know where to make her blows, oh yes, she knows' (Isaksson, Åström and Graneheim, 2008, p. 1663).

According to Dupuis (2012), caregivers filtered all behaviour, whether it was from a patient who had dementia or not, through the lens of pathology. This filtering was subjective for each of the respondents, although loss of functional ability, confusion and loss of memory seemed to characterize their perceptions of individuals who had dementia. This view of the patients' behaviour stigmatizes persons with dementia and causes unnecessary suffering (Dupuis, Wiersma and Loiselle, 2012).

Caregivers perceived the residents' behaviour as a result of his or her previous personality that they felt was enhanced because of the disease, and inherent traits of the residents

interacted with triggers to influence the development of violent behaviour (Dupuis, Wiersma and Loiselle, 2012; Graneheim, Hornsten and Isaksson, 2012; Sifford-Snellgrove et al., 2012).

Caregivers described residents' functional impairments and loss of functional ability as a cause of challenging behaviour. Impairments and shortcoming lead to dependence on others, often followed by feelings like helplessness and powerlessness, and this may trigger aggressive behaviour (Bergland, Johansen and Sellevold, 2015; Dupuis, Wiersma and Loiselle, 2012; Graneheim, Hornsten and Isaksson, 2012; Hantikainen, 2001; Skovdahl, Kihlgren og Kihlgren, 2003).

'When I don't know where I am, who I am, or why I am here and I experience this environment as very strange and I don't get any answers to my questions, or if I don't understand what people are saying... of course I am bound to be very angry' (Skovdahl, Kihlgren and Kihlgren, 2003, p. 281).

A way to express themselves and their needs

Caregivers often perceived aggressive behaviour as a way for the patient to express themselves and their needs. Bergland (2015) found that caregivers understood agitation during meals as a result of negative emotions in the patient, triggered by lack of or negative social interaction. Understanding the behaviour this way makes it possible to take the patient's perspective and understand the behaviour (Bergland, Johansen and Sellevold, 2015). Participants in other studies also understood behaviour as an expression of the patient's difficult emotions; The residents become frightened and respond with violence (Isaksson, Åström and Graneheim, 2008) or they failed to understand and became overwhelmed (Zeller et al., 2011). Aggressive behaviour was perceived as a way to say that they were afraid, or they tried to assert own will and wishes (Sandvide et al., 2004). Some caregivers perceived that patients' behaviour was due to a desire for attention or, or to annoy caregivers:

'Some of the demented residents know exactly what they do. They do not call anybody for "fat" or having a "big nose". They are targeting...they find...the soft spots' (Isaksson, Åström and Graneheim, 2008, p.1663).

Aggressive behaviour could also be perceived as a reaction to losing integrity and self-determination, and the behaviour may have occurred when the patient realized the 'loss of their "faculties"' (Dupuis, Wiersma and Loiselle, 2012; Sandvide et al., 2004; Skovdahl, Kihlgren and Kihlgren, 2003; Zeller et al., 2011).

Aggression was seen as a manifestation of the person struggling to keep their integrity.

'She started to struggle when the nightdress had to come off, when it comes to the undershirt there is a moment of nakedness that can hardly be avoided. It is also difficult during washing of her intimate area. If you only want to change the diaper, the moment where she has nothing on between the legs and is naked again is quite critical with her' (Zeller et al., 2011, p. 2473).

Caregivers often perceived invasion into personal space as an unavoidable and difficult moment in the caring process, during which aggressive behaviour often occurred. To receive help from another against their will can be a trigger. The patients may try to protect their own personal and physical space through aggression and violence (Graneheim, Hornsten and Isaksson, 2012; Isaksson, Åström and Graneheim, 2008; Sandvide et al., 2004; Skovdahl, Kihlgren and Kihlgren, 2003; Zeller et al., 2011).

'She was lying from head to foot in a wet bed. I also think that I get to a certain point or that I am crossing it, but then I really have to do it. Then you really have to care for them against their wishes and put care above everything else' (Zeller et al., 2011, p. 2474).

Aggressive behaviour may be caused patients suffering from pain or other physical issues (Graneheim, Hornsten, and Isaksson 2012; Isaksson, Åström, and Graneheim 2008). One study concluded that nurses used a wide range of measures to reduce aggression, but often ignored the link between aggressive behaviour and physiological problems such as pain or elimination (Zeller et al., 2011).

A reaction to external influences

The second theme, 'a reaction to external influences', expresses the perception of the organization and the physical environment as a trigger to the challenging behaviour.

A stressful and demanding environment

Another perception of reasons for aggressive behaviours was a stressful and demanding environment, both physically and psychosocially. Wards that were too crowded and too loud contributed to overstimulation resulted in stress, anxiety and anger among the residents. Unclear or ambiguous stimuli caused anxiety because residents were not able to understand and interpret sounds (Bergland, Johansen and Sellevold, 2015; Graneheim, Hornsten and Isaksson, 2012; Skovdahl, Kihlgren and Kihlgren, 2003).

Caregivers perceived lack of time as a source of violent behaviour. Even with major cognitive decline, caregivers observed that patients had "antennas" for interpersonal relationships, well preserved for a relatively long period time. Patients could therefore register the stress, anxiety and changes in the voice of the nurse. 'Working under pressure' prevents caregivers from adapting to the abilities and rhythm of the residents, and aggressive behaviour may easily arise (Hantikainen, 2001; Skovdahl, Kihlgren and Kihlgren, 2003; Zeller et al. 2011).

'When I'm under pressure, and want to push on, I note that rushing is absolutely no use with a crazy resident. I just need to take more time, otherwise it will be worse. And then it is impossible to go on. Fail to show the necessary empathy for the residents in these situations' (Zeller et al., 2011, p. 2473).

A challenging partnership

This theme illustrates the challenges of the interaction between patient and caregiver, where perception and interpretation of aggressive behaviour are often linked to caregivers' own attitude and approach.

A reaction to caregivers' attitude and approach

Caregivers' attitudes in the studies often closely related to how caregivers handled challenging situations and approached the patient. Challenging behaviour was perceived as provocative by the caregivers' attitude (Graneheim, Hornsten and Isaksson, 2012; Hantikainen, 2001; Skovdahl, Kihlgren and Kihlgren, 2003). Graneheim (2013) found in her study that not informing the patient properly, talking over the patient's head and leaving the resident alone without meaningful activities could trigger the patient to act in a provoked manner (Graneheim, Hornsten and Isaksson, 2012). Nagging of the residents occurred, often with the best intentions for trying find the meaning of the patients' behaviour (Hantikainen, 2001).

'I can ask them a hundred times during the day 'What's the problem?', and I never found out what's wrong....and he just gets more and more aggressive, and I can't blame him because it's beginning to sound like an interrogation' (ibid. p 252).

The caregivers' own anxiety for the patient's violent behaviour and their uncertainty could trigger the patient and lead to challenging situations (Isaksson, Åström and Graneheim, 2008; Zeller et al., 2011).

'...I was very afraid of him. I hardly said a word to him and constantly watched out that he didn't hit me when I was washing him and constantly watched his arm. And he sensed that' (Zeller et al., 2011, p. 2437).

Some caregivers perceived aggressive behaviour as a result of their own, or their co-workers', inappropriate approach; like showing an authoritarian attitude to the patient or handling them too roughly (Graneheim, Hornsten and Isaksson, 2012; Skovdahl, Kihlgren and Kihlgren, 2003).

It appears that caregivers have differing opinions, which results in different approaches (Hantikainen, 2001; Skovdahl, Kihlgren and Kihlgren, 2003). Some caregivers perceived aggressive behaviour as a problem that needed to be controlled; they emphasized the patient's incapacity and the nurse as a specialist (Hantikainen, 2001). Patients were seen as very demanding and difficult to interact with (Skovdahl, Kihlgren and Kihlgren, 2003). It emerged that caregivers with such an opinion were often task-oriented and keen to follow procedures and plans (Hantikainen, 2001; Sandvide et al., 2004; Skovdahl, Kihlgren and Kihlgren, 2003). Caregivers who solely understand the situation within the framework of the disease could easily overlook and not take the opportunities to understand the meaning in behaviour. Instead, a reaction to behaviour often included reactive strategies for dealing with emergency situations (Dupuis, Wiersma and Loiselle, 2012). Caregivers with such a conception experienced aggressive and violent behaviour as unfair to them. They saw it as an attack on their self-esteem and professional identity, especially if they thought they were acting in the best interests of the patient (Hantikainen, 2001).

'Obviously, the elderly have their own rights but so do we, and that's why they should give some thought to what they do...but the only feedback I get is being called names and you're a lousy nurse. It really hurts and that's why I'm threatening to move him to another ward' (Hantikainen, 2001, p. 251).

Caregivers only rarely associated their practical knowledge of aggressive behaviour with theoretical knowledge (Zeller et al., 2011).

Other caregivers perceived aggressive behaviour in a different way. They perceived this problem in the form of something you have to learn to live with, and tried to see the

behaviour as a meaningful situation and a normal part of the human condition; not as a problem, but as a challenge (Hantikainen, 2001). Caregivers who are trying to understand the importance of patients' behaviours can be more successful in preventing aggressive behaviour than caregivers who acted in a more custodial matter, and they expressed that they might have knowledge and a warm interest in individuals in their custody (Skovdahl, Kihlgren and Kihlgren, 2003).

'...I think this is what it is all about, the interest in and the view of the human, being coupled with knowledge and an interest in good care' (ibid. p 281).

Bergland et al. (2015) found that the caregivers who interpreted the situation from the residents' perspective were able to take action and often prevent episodes of agitations (Bergland, Johansen and Sellevold, 2015).

Violence at work is different

Violence was perceived as contextual, and whether caregivers considered the action as violent or not depended on how it was happening. While violence in the workplace could be accepted, similar actions outside of work were considered violent acts (Dupuis, Wiersma and Loiselle, 2012; Isaksson, Åström and Graneheim, 2008).

'Yes, if someone outside the workplace rushes towards me and scratches me, then I will call it violence'. 'Violence at work...it is a different kind of violence. I don't become frightened of it; I will not become permanently injured...It is more like an 'incident'...it isn't violence as I see it' (Isaksson, Åström and Graneheim, 2008, p. 1664).

Aggressive and violent behaviour often occurred in situations in which patients were interacting with others, either caregivers or other patients. Patterns of relationships and interactions were changed. Mutual misunderstanding was perceived as an antecedent to the violent events, and wishes often were incongruent against perceiver and provider (Graneheim, Hornsten and Isaksson, 2012; Hantikainen, 2001; Isaksson, Åström and Graneheim, 2008; Sandvide et al., 2004; Sifford-Snellgrove et al., 2012; Zeller et al., 2011).

'Perhaps I expect too much of him, something he's not yet prepared for. I'm the active type myself, and that's why I wonder why he doesn't want anything, but perhaps I should more readily accept that he just wants to be by himself and passive' (Hantikainen, 2001, p. 252).

Unavoidable and impossible to solve

According to Dupuis, caregivers interpreted behaviour through multiple lenses that reflected specific characteristics of behaviour. Whether the behaviour was perceived as challenging or

was not related to these properties: the extent to which the behaviour was perceived as intentional, predictable or unpredictable; how persistent it was; how threatening behaviour was perceived; whether conduct was perceived as appropriate; and, what the degree of influence on other behaviours was (Dupuis, Wiersma, and Loisel, 2012).

'You don't know... why are people the way they are on a certain day.

Every day is different, and one resident could be very calm one day and she needs to be redirected and you know your interventions work, and other days it just seems they're inconsolable' (ibid. p 167).

Caregivers perceive violence as ordinary and a part of their work, and events of aggressive behaviour were seen as unavoidable constituents of daily work (Hantikainen, 2001; Isaksson, Åström and Graneheim, 2008; Sandvide et al., 2004).

'The interviewees talked about the events as 'battles', as dreadful, and as difficult and described ways to handle these events.... They talked about powerlessness and feelings of guilt and about how they thought they ran the risk of losing their job if they did not carry out their duties' (Sandvide et al., 2004, p. 355).

Discussion

How do caregivers in nursing homes perceive challenging, aggressive and violent behaviour in dementia?

Interpreting behaviour as a manifestation of the disease is strong in all studies. Likewise, it is perceived that dementia is the reason why the patient has trouble expressing his feelings and communicating his needs, and why he needs help for care and daily activities. The view of people with dementia has changed over the past few decades. Earlier, a medical and psychiatric understanding of the disease was recommended (Zwijnen, van der Ploeg, and Hertogh, 2016). Today, there is an increasing awareness that psychosocial factors greatly influence how the disease develops and emerges (Kitwood, 1999). Person-centred care (PCC) emphasizes the view of the persons with dementia as unique individuals and supports their personality (ibid.). Aggressive behaviour was interpreted in the synthesis as an expression of the patient's feelings and unmet needs. Cohen Mansfield (2001) states that symptoms such as aggression and violence are expressions of needs that are not met. The needs of people with dementia are often unknown and often not understood due to a combination of different factors, including communication problems. The behaviour and symptoms always have a root cause, according to this theory (Cohen-Mansfield, 2001). According to Feil and Altman

(2004), people with dementia experience social and emotional disorders due to their illness. If the caregivers recognizes and validates the patient's feelings, it will cause the patient to become less disturbed and confused (Feil and Altman, 2004).

Kitwood explains the disease's expression as resulting from neurological damage, personality, biography, health and social psychology, and he emphasizes psychosocial factors (Zwijssen, van der Ploeg og Hertogh, 2016). Participants primarily focused on psychosocial factors, and very little attention was paid to the somatic conditions as the cause of the patient's aggressive behaviour. Zwijssen (2016) claims that although psychosocial understanding and models have provided obvious improvement in the field of dementia care, one must develop models in which the biological factors are integrated, and one must seek to gain more knowledge about degenerative changes in patients with severe dementia (ibid.).

Aggressive behaviour is perceived as a reaction to external stressors in relation to the social and physical environment. An organizational culture can prevent or complicate the patient's growth through intrusive routines (Bondas, 2003). One must facilitate a culture in which caregivers are given opportunities to understand challenging behaviour from the patient's perspective. The importance of the relationship between the patient and the nurse must be valued so that community with the patient is recognized as being as important as the tasks to be performed (Rokstad, 2014). According to findings, caregivers perceive their own or colleagues' attitudes and approaches as a triggering cause of aggressive behaviour. Kitwood talks about malignant communication, and believes that ignoring the personality of the person with dementia can lead, among other things, to reduced understanding (Kitwood,1999). A person with dementia is a sensational, relational and historical person, and the caregivers should treat him as such (ibid.). The caregivers in the synthesis interpreted aggressive behaviour as a set of different factors related to the dementia disease, to their own attitudes and to physical and psychosocial conditions in the environment. They perceived and accepted aggression as part of the job, under the understanding of the factors above. Helmes and Alteren (2014) study found that health personnel often experienced violence at work. Knowledge of illness, relationship and context, as well as knowledge of their own role in the situation, was the reason for the acceptance they expressed for this violence (Helme and Alteren, 2014).

The nursing home caregivers perceived aggressive behaviour as a problem without a solution, and they felt powerless. Complex problems are characterized by not having a simple solution or a complete set of solutions in advance (Head, 2008). One must find individual solutions for the individual patient because each symptom works in its unique way on the unique patient in

its unique social context (Lichtwarck, Tverå and Røen, 2016). Our emotions and behaviour in a situation will largely be determined by how we interpret and evaluate the situation (Berge and Repål, 2004). According to our findings, the perception of the caregivers and the interpretation of aggressive behaviour are highly subjective, which further increases the complexity. Dahlberg (2002) argues that the patient perspective is crucial if the goal is to actively include the patient and reduce the risk of patient suffering from care (Dahlberg, 2002). The theory of caritative leadership informs both administrative and practical operations in such a way that the caregiver has the opportunity to develop and prevent the suffering of patients (Bondas, 2003).

The metaphor 'entering the patient's world of complexity' symbolizes that phenomena such as violence and aggressive behaviour in nursing homes are complex and requires advanced approaches. It requires the caregiver to take the patient's perspective and to try to understand what the patient understands (Kitwood, 1999).

Strengths and limitations

A weakness in the study is that the different focuses of the studies versus the synthesis may have caused us to lose relevant content. According to common criticism of meta-synthesis, the original discoveries are removed too far from the unique experiences, and they are thus stripped of content. We are aware of the criticism towards meta-synthesis, accomplishing technically well-implemented but naïve and superfluous descriptions (Thorne, 2017). The strengths of this study are that data is obtained after a targeted and systematic search process, after clear inclusion and exclusion criteria. The studies are assessed using the Critical Appraisal Skills Program. By synthesizing the studies, a new level of understanding and interpretation as more than the sum of the individual studies has been achieved. Researcher and first author have extensive experience as a nurse and director of a nursing home, and have a thorough knowledge of the subjects of dementia and old age psychiatry.

Conclusion and recommendation

This synthesis can confirm and expand our knowledge that care for patients with aggressive behaviour in nursing homes is advanced and requires competence in subjects, knowledge of the patient and the nursing home context. Good care for patients with aggressive behaviour in the nursing home requires empathy, dedication and creativity of the caregiver, as well as nursing management that supports this view. This will increase the ability to reduce the patient's suffering, and increase the caregiver's ability to cope with the burden.

To expand our knowledge of the complexities of aggressive behaviour in nursing homes, further research should focus on how both caregivers and residents experience these challenging situations.

Implications for nursing practice

Increased knowledge about this topic will help us develop and implement appropriate and preventive interventions for patients in nursing homes that suffer from severe dementia and aggressive behaviours. This meta-synthesis could inform and guide evidence-based practice and provide a new research questions about this important topic.

References

- Berge, T., & Repål, A. (2004). *Den indre samtalen : kognitiv terapi i praksis* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bergland, Å., Johansen, H., & Sellevold, G. S. (2015). A qualitative study of professional caregivers' perceptions of processes contributing to mealtime agitation in persons with dementia in nursing home wards and strategies to attain calmness. *Nursing Open*, 2(3), 119-129.
- Bondas, T. (2003). Caritative Leadership: Ministering to the Patients. *Nursing Administration Quarterly*, 27(3), 249-255.
- Bondas, T., Hall, E., & Wikberg, A. (2016). *Metasynthesis in Health Care Research. Research Methods in Health Foundations for Evidence-based Practice* (3 ed.). South Melbourne Oxford University Press.
- Britten, N., Campbell, R., Pope, C., Donovan, J., Morgan, M., & Pill, R. (2002). Using meta ethnography to synthesise qualitative research: a worked example. *J Health Serv Res Policy*, 7. doi:10.1258/135581902320432732
- Brodsky, H., Draper, B., & Low, L. F. (2003). Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: strain and satisfaction with work. *J Adv Nurs*, 44(6), 583-590.
- CASP. (2017). Critical Appraisal Skills Programme Qualitative Checklist Retrieved from http://media.wix.com/ugd/dded87_29c5b002d99342f788c6ac670e49f274.pdf
- Cohen-Mansfield, J. (2001). Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summary, and critique. *Am J Geriatr Psychiatry*, 9(4), 361-381.
- Dahlberg, K. (2002). The unnecessary suffering from care. *Nordic Journal of Nursing Research and Clinical Studies*, 22, 4-6.
- Dupuis, S. L., Wiersma, E., & Loiselle, L. (2012). Pathologizing behavior: Meanings of behaviors in dementia care. *Journal of Aging Studies*, 26(2), 162-173. doi:10.1016/j.jaging.2011.12.001
- Edward, K.-I., Ousey, K., Warelow, P., & Lui, S. (2014). Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *British Journal of Nursing*, 23(12), 653-659. doi:10.12968/bjon.2014.23.12.653
- Enmarker, I., Olsen, R., & Hellzen, O. (2011). Management of person with dementia with aggressive and violent behaviour: a systematic literature review. *International Journal of Older People Nursing*, 6(2), 153-162. doi:10.1111/j.1748-3743.2010.00235.x
- Feil, N., & Altman, R. (2004). Validation theory and the myth of the therapeutic lie. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, 19(2), 77-78.
- Graneheim, U. H., Hornsten, A., & Isaksson, U. (2012). Female caregivers' perceptions of reasons for violent behaviour among nursing home residents. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 19(2), 154-161. doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01768.x
- Hantikainen, V. (2001). Nursing staff perceptions of the behaviour of older nursing home residents and decision making on restraint use: a qualitative and interpretative study. *J Clin Nurs*, 10(2), 246-256.
- Head, B. (2008). Wicked Problems in Public Policy *Public Policy*, 101-118.
- Helme, R., & Alteren, J. (2014). AKSEPTERER VOLD PÅ JOBBEN. *Sykepleien*. doi:10.4220/sykepleiens.2014.0155
- Isaksson, U., Åström, S., & Graneheim, U. H. (2008). Violence in nursing homes: Perceptions of female caregivers. *J Clin Nurs*, 17(12), 1660-1666. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02196.x
- Kales, H. C., Gitlin, L. N., & Lyketsos, C. G. (2015). Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Bmj*, 350, h369. doi:10.1136/bmj.h369
- Kitwood, T. (1999). *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*. McGraw-Hill

Education.

- Lichtwarck, B. (2016). TID modell. website tidmodell.no. Retrieved from <http://tidmodell.no/modellen/teoretiske-betraktninger-3/>
- Noblit, G. W., & Hare, R. D. (1988). *Meta-ethnography : synthesizing qualitative studies* (Vol. vol. 11). Newbury Park, Calif: Sage Publications.
- Pulsford, D., & Duxbury, J. (2006). Aggressive behaviour by people with dementia in residential care settings: a review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 13(5), 611-618. doi:10.1111/j.1365-2850.2006.00964.x
- Rokstad, A. M. (2014). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens* Universitetsforlaget
- Sandelowski, Barroso, J., & Voils, C. I. (2007). Using Qualitative Metasummary to Synthesize Qualitative and Quantitative Descriptive Findings. *Research in Nursing & Health*, 30(1), 99-111. doi:10.1002/nur.20176
- Sandelowski, M., Docherty, S., & Emden, C. (1997). Focus on Qualitative Methods Qualitative Metasynthesis: Issues and Techniques. *Research in Nursing & Health*, 370.
- 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
- Selbaek, G., Engedal, K., Benth, J. S., & Bergh, S. (2014). The course of neuropsychiatric symptoms in nursing-home patients with dementia over a 53-month follow-up period. *Int Psychogeriatr*, 26(1), 81-91. doi:10.1017/s1041610213001609
- Selbaek, G., Kirkevold, O., & Engedal, K. (2007). The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry*, 22(9), 843-849. doi:10.1002/gps.1749
- Sifford-Snellgrove, K. S., Beck, C., Green, A., & McSweeney, J. C. (2012). Victim or Initiator?: Certified Nursing Assistants' Perceptions of Resident Characteristics that Contribute to Resident-To-Resident Violence in Nursing Homes. *Research in Gerontological Nursing*, 5(1), 55-63.
- 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.
- Thorne, S. (2017). Metasynthetic Madness: What Kind of Monster Have We Created? *Qualitative Health Research*, 27(1), 3-12.
- Zeller, A., Dassen, T., Kok, G., Needham, I., & Halfens, R. J. (2011). Nursing home caregivers' explanations for and coping strategies with residents' aggression: a qualitative study. *J Clin Nurs*, 20(17-18), 2469-2478. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03722.x
- Zwijnsen, S. A., Kabboord, A., Eefsting, J. A., Hertogh, C. M. P. M., Pot, A. M., Gerritsen, D. L., & Smalbrugge, M. (2014). Nurses in distress? An explorative study into the relation between distress and individual neuropsychiatric symptoms of people with dementia in nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry*, 29(4), 384-391. doi:10.1002/gps.4014
- Zwijnsen, S. A., van der Ploeg, E., & Hertogh, C. M. (2016). Understanding the world of dementia. How do people with dementia experience the world? *Int Psychogeriatr*, 28(7), 1067-1077. doi:10.1017/S1041610216000351

Vedlegg

”Veien til syntesen”

AUTHOR	THEMES, FIRST ITERATION	THEMES, SECOND ITERATION
Graneheim Et Al. (2012)	<p>"The disease" contributing to the residents' violent behaviour/ "The disease" contributed to difficulties in controlling their anger / Violence often occurred when the residents neither recognized nor understood what was happening in activities of daily living / Violent behaviour as the only way residents could express them self's / The resident don't understood what was happening / Earlier personality / The disease' strengthened some personality traits / Residents' functional impairments rendering them dependent on help from others / Suffered from pain and other somatic symptoms / Provoked by inappropriate actions by the caregivers / Threatened when more than one caregiver was helping / Some caregivers handled residents too roughly / Intrusion as provoking violent behaviour in intimate situation / Provoked by the caregiver's ignorance of the residents and their needs / Violent behaviour seen as a disturbing symptom / Seen as a meaningful communication / Restricted places contributed to feelings of confinement and occasionally to violent behaviour / Felt restricted because the wards were locked / Caregivers limited time / Residents felt disrespected when the caregiver was stressed / Ward were too crowded / The reasons for violent behaviour are complex and multifactorial / Violent and aggressive behaviour seen as a disturbing symptom / Violent and aggressive behaviour seen as a meaningful communication about experiences of being provoked, intruded</p>	<p>Caregivers understand violent behaviour on the basis that the patient has a diagnosis of dementia. / The resident don't understand the situation / Violent behaviour seen as a meaningful way to communicate needs and experiences / Patient former personality strengthened / Functional impairments leads to dependence and feelings of helplessness and powerlessness / Suffered from pain and other somatic symptoms / Violent behaviour as a result of caregiver acted inappropriately / Restricted space / Caregivers limited time / Overstimulation / The reasons for violent behavior are complex and multifactorial /</p>
Hantikainen, V. 2001, Switzerland	<p>Behaviour* as a problem that needs to be controlled / Staff's perceptions of such behaviours were mainly deficit-orientated / Highlighting the incapacity of the resident and the nurse as an expert / The irrationality in behaviour / perception influenced by staffs interpretation of what constituted acceptable behaviour / Restraint use to "normalization" of behaviour to make it comprehensible / Staff's perceptions were influenced by their interpretation of what constituted acceptable behaviour / The injustice of behaviour / Staff perceived some behaviours as an assault on their self-esteem and professional identity/ The residents aware of what they were doing they should be more sensitive to the feelings of staff / Both nursing staff and residents has rights and also duties / Not always appeal to the fact that the</p>	<p>Behaviour is perceived in terms of a problem that needs to be controlled / Focus on impairment and shortcomings / Imbalance in the relationship between patient and caregiver / The irrationality in behaviour / Behaviour have no meaning / Injustice and unfair to staff / The resident were "aware of what they were doing" / Behaviour is something one has to learn to live with / The adequacy of behaviour / Behaviour</p>

	<p>resident has an illness, nor should they be regarded as incompetent persons who are not responsible for their actions / Behaviour is perceived in terms of something one has to learn to live with / The adequacy of behaviour / Behaviour always had some meaning to residents themselves / Problems that cannot be resolved, because it is hard or even impossible to locate the underlying cause of the problem / So complex that it is simply impossible to remove it / Understanding conflicts not as problems but as challenges / Behaviour as the ability of older people to cope with life / Excessive interference in the lives of older people should be avoided / They should be allowed to express themselves / Caregivers should try to find the right balance and avoid a patronizing attitude / Focus on the avoidance of judgemental attitudes habited to always exploring and assessing everything related to nursing and through their own behaviour, provoke the resident / * The forms of behaviour to which nursing staff responded by using restraint were: physical and verbal aggressive- ness; resistance to treatments; restlessness; and confusion</p>	<p>always had some meaning to residents themselves / Conflicts as a normal integral part of human relationship / a way to express themselves and cope with life / Problem that has no solution / Conflicts not as a problem, but as challenges / Excessive interference / Caregivers should try to find the right balance / individual care / hightlighting the incapacity of the resident / hightlighting the nurse as an expert /" Perhaps I expect too much of him, something he's not yet prepared for.." / behaviour as a difficulty or a handicap rather than a challenge / judgemental attitude</p>
<p>SkovdahL. Kihlgren, A.L., Khilgren, M., 2003, Sweden</p>	<p>Behaviour as a natural reaction to a lack of balance in demanding situations / Aggressive behaviour could arise and easily spread if the residents experienced the environment as too stressful and demanding / Sense of imbalance could arise when the residents were restrained and prevented from doing something they felt was very important / Individually adjusted demand on resident / The caregiver expressed that they had to have knowledge of and a warm interest in the individuals in their care/ The best way of preventing aggressiveness was to see the patient as an individual rather than as someone with dementia and showing respect for the individual's integrity / Aggressiveness was seen as a natural reaction, like crying or laughing / Arise as a consequence of neglect / arise as a consequence of a lack of stimulation or of imbalanced demands / Building relationship during a non-aggressive situation important for caregivers to be able to meet the resident's need of support / Solution oriented rather than task oriented /Aggressive behaviour to be a symptom in the development of</p>	<p>A lack of balance in demanding situations / A stressful and demanding environment / Triggered by the use of coercion / Showing respect for the individual's integrity preventing aggressiveness / A natural reaction, like crying or laughing Aggressive behaviour as a symptom in the development of the dementia disease / a way for the residents to call for attention /Preventing aggressiveness by being solution oriented rather than task oriented / " the patients needs come first" / it's not just a single solution to the challenges / Inappropriate</p>

	<p>the dementia disease / A way for the residents to call for attention / Aggressive behaviour occurs more frequently where care worker was more focused on tasks rather than to see the patient's needs / difficult to give recommendations about handling aggressive outbursts in one specific way, as if there was only one way that was correct / a person's view of other human beings seems to be a fundamental condition for building a good relationship / The existing care culture, gives rules and expectations for how the caregivers have to meet the residents and determine the priorities in their work. This culture may be an important determinant for attitudes towards residents, for their view of what a competent caregiver is, and for what and how they give priority in their work</p>	<p>behaviour is often about relationships between patient and caregiver/ This care culture is an important determinant for attitudes towards residents /Demanding and difficult to interact with / As a consequence of neglect / Du to lack of stimulation/ Consequence of imbalanced demands / Broken routines could easily lead to aggressive behaviour due to excessive demands / Caused by attempts to hurry the residents / Provoked by incompetent caregivers / Inappropriate attitude from caregivers</p>
<p>Issakson, U., Astrom, S., Graneheim, U.H., 2008 Sweden</p>	<p>The caregivers' perceptions of violence are highly subjective / Perceive violence as challenging / Perceive violence as intentional / Perceive violence to be intentional deliberate and has a purpose / Perceive violence as excusable / Accept more violence from residents with a mental disease or dementia / Unconsciously; they are confused and do not know what they are doing / The residents are old, have a brain damage and are cognitively impaired / They are not to be blamed / The violence has a meaning for the resident even if they cannot understand this meaning / when the residents do not comprehend what is happening they become frightened and respond with violence / Caregivers also blame themselves / Standing in the wrong place / Perceive violence as ordinary and a part of their work / Perceive violence as contextual / An action is considered as violent or not depends on where it takes place / Violence at work...it is a different kind of violence / That violence is "in the eye of the beholder" Persons with dementia can commit violent acts as they are considered unable to have the intention to hurt even though acts at times are painful / One explanation for why violence is accepted at work can be that the caregivers know the resident on a more 'personal' level after caring for them for a long time and are of the opinion that 'one cannot beat the</p>	<p>The caregivers' perceptions of violence are highly subjective / The violence is in the in eye of the beholder / Violence is intentional / Deliberate and has a purpose / Violence is excusable / Accept more violence from residents with a mental disease or dementia / They are confused / They have a brain damage and are cognitively impaired / They are not to be blamed / Violence has a meaning for the resident even if they cannot understand it / They become frightened and respond with violence / Suffer from pain and use violence to protect themselves from being handled by caregivers / Caregivers blame themselves; "they were standing in the wrong place" / perceive violence as</p>

	<p>one who is already lying down’.</p>	<p>ordinary and a part of their work / Violence is contextual / Violence “comes with the territory” An action is considered as violent or not depends on where it takes place / “violence at work...it is a different kind of violence” / They are considered unable to have the intention to hurt / Knowing the resident on a more ‘personal’ level and ‘one cannot beat the one who is already lying down’ / The complexity of violence / Suffer from pain and use violence to protect themselves from being handled by caregivers /</p>
<p>Zeller, A. Dassen, T. Kok, G.Needham, I.Halfens, R. J., 2011, Switzerland</p>	<p>Factors related to patient: aggressive behaviour linked primarily to residents suffering from dementia /destructive failures /cognitive impairment such as memory, thinking and comprehension /changes in patterns of relationships and interactions /aggressive behaviour linked to situations when residents are supported by the caregivers to carry out their needs/ caregivers completely take over their activities / residents realise the loss of their abilities / residents recognise they need help / increasingly fewer areas with self-determination / realise the ‘loss of their faculties’/ mutual misunderstanding / failure to understand and become overwhelmed / invasion into personal space / lose the ability to communicate their needs / perceive residents’ aggressive behaviour as their last remaining possibility and ‘manner to express themselves’, to communicate or to attract attention to themselves / factors related to caregiver: interpersonal relationships often well conserved / caring for residents under time pressure is particularly difficult regarding aggressive behaviour / ‘lacking of thoughtfulness’ may also trigger residents’ aggressive behaviour / caregivers own ‘fear of the resident’ may trigger aggressive behaviour / caregivers who have to deal with aggressive behaviour are faced with a complex and challenging task / both the</p>	<p><u>Factors related to patient:</u> Linked primarily to residents suffering from dementia / Destructive failures / Cognitive impairment such as memory, thinking and comprehension / Changes in patterns of relationships and interactions / When residents carry out their needs / Residents realize the loss of their abilities / Increasingly fewer areas with self-determination / Realize the ‘loss of their “faculties” / Mutual misunderstanding / Failure to understand and become overwhelmed / Invasion into personal space /Lose the ability to communicate their needs /A ‘manner to express themselves’ / To communicate or to attract attention / <u>Factors related to caregiver:</u> / Caring for</p>

	<p>caregiver and the resident are involved in an interactive process, because aggressive behaviour usually occurs during personal care</p>	<p>residents under time pressure / 'Lacking of thoughtfulness' / Occurs in interpersonal situation / Caregivers' own 'fear of the resident' / To deal with aggressive behaviour are faced with a complex and challenging task / ignore the link between aggressive behaviour and physiological issues like pain or elimination</p>
<p>Sandvide, Aa. Åström, S. Norberg, A. Saveman, BI., 2004, Norway</p>	<p>Acted as if they were in their own world / misunderstandings arose / the elderly person did not understand the message / care providers did not understand messages from the care receiver / the patient tried to communicate something with anger and violence, resisting and fighting / an objection to the situation as a whole / a way to put their foot down / way to say that they were afraid / or suffered from pain / mutual misunderstanding may be seen as an antecedent to the violent events / personal space was invaded, the violated persons lost their right to decide by themselves / he elderly were trying to protect their own personal space / struggling to keep their integrity / trying to assert their own will and wishes / helping the care receivers against their will / care providers' wishes were incongruent with care receivers' wishes / protect their own personal space in the form of protecting their own furniture and private room against invasion, sometimes from other care receivers / when the care providers were exposed to violence they felt that their personal integrity was invaded / felt not respected in their profession / CP: it was important to have distinct rules and 'tighter reins', and to have an agreement between CPs about when to be nice and when to behave to protect their personal space / Invasion of personal space / / care providers duties. "Battles" to get their works done / they got used to it / an unavoidable part of the job and as impossible to handle / acceptance of violence seems to be a natural consequence for the care providers because the events are seen as unavoidable, impossible to solve and as a constituent of</p>	<p>Misunderstanding each other / Care receiver did not understand the message / Care providers did not understand messages from the care receiver / The patient tried to communicate something / An objection to the situation as a whole A way to put their foot down / A way to say that they were afraid / A way to say that they suffered from pain / Mutual misunderstanding as an antecedent to the violent events / Invasion of personal space / Lost of their right to decide by themselves / Trying to protect their own personal space / Struggling to keep their integrity / Trying to assert their own will and wishes / Receive help against their will / Wishes were incongruent against perceiver and provider / Protect their own personal physical space / Care providers were exposed to violence they felt that their personal integrity was</p>

	<p>daily work.</p>	<p>invaded / Felt not respected in their profession / CP: it was important to have distinct rules and 'tighter reins' / Important to have an agreement between care providers about when to be nice and when to be hard to protect their personal space / Acceptance of violence in work / They got used to it / Impossible to handle / The events are seen as unavoidable and impossible to solve / Violent events was seen as constituent of daily work.</p>
<p>Bergland A, Johansen H, Sellevold, GS. 2015, Norway</p>	<p>Mealtime agitation triggered by negative emotional reactions / lack of social interaction around the table also caused jealousy and anxiety among the residents / negative social interaction around the table caused offence as well as anger / too many stimuli in the ward resulted in stress, anxiety and anger among the residents / unclear or ambiguous stimuli also caused anxiety, when residents were not able to understand and interpret sounds in the ward and identify where they came from / they do not handle the meal because of the disease / became stressed and anxious in situation they were unable to manage / such as being served food they were not familiar with and not recognizing or understanding how to eat / residents with severe dementia also had difficulties in using cutlery / conversations during meals were too demanding for some of the residents because they could not cope with eating and talking simultaneously / lack of plan and timing for the mealtime can lead to mealtime agitation / interpreted agitation as the residents' way of communicating unmet needs or that they felt uncomfortable / interpreted and understood the mealtime situation from the residents' perspective.</p>	<p>Mealtime agitation triggered by negative emotional reactions / Lack of social interaction caused jealousy and anxiety among the residents / Caused offence as well as anger / Too many stimuli in the ward resulted in stress, anxiety and anger among the residents / Unclear or ambiguous stimuli caused anxiety because residents were not able to understand and interpret sounds / They do not handle the meal because of the disease / Became stressed and anxious in situation they were unable to manage / Being served food they were not familiar with and not recognizing or understanding how to eat / Difficulties in using cutlery / Conversations during meals were too demanding, they could not cope with eating and talking simultaneously / Lack of plan and timing</p>

		for the mealtime can lead to mealtime agitation (impl.funn) / The residents' way of communicating unmet needs / Interpreted and understood the mealtime situation from the residents' perspective. A way of communicating that they were not comfortable
Sifford-Snellgrove, K. Beck, S.Green, C. McSweeney, A. , 2012, USA	<u>Initiator characteristic</u> described most initiators as being "more with it /described as having little patience with those who are more confused / behaviour related to the social environment that exists in the nursing home / the initiators often do not understand that the victims are confused, but believe that their actions are intentional attempts to irritate them / strong personality / phrases used to describe initiators included "overly motherly" and "overly helpful.", "having to have things their way," "thinking they know everything," and being "strong-headed." / short fuse described initiators as being "short-tempered," as being "impatient," or as having a "short fuse." / they believed that resident who was short-tempered or irritable earlier in life, they will remain so following the onset of dementia / they stated that they gather this information from family and visitors life history / influence of the initiators' earlier life and teachings on their potential for striking out at other residents / they perceived the victims as someone who they did not like or who had "done them wrong" at a previous time in their lives.	<u>Initiator characteristic</u> described most initiators as being "more with it /Described as having little patience with those who are more confused / Behaviour related to the social environment and characteristic of other residents / Do not understand / Strong personality / "Overly motherly" and "overly helpful." / "Having to have things their way," / "Thinking they know everything," and being "strong-headed." / "Short-tempered," / "Impatient," / "Short fuse." / Former personality / Influence of earlier life on their potential for striking out / They perceived the victims as someone who they did not like or who had "done them wrong" before.
Dupuis, S.L; Wiersma E, Loiselle, L; 2012, Canada	<u>Filtering behaviors through the lenz of pathology:</u> Needed to interpret and place behaviors in context / the first step in this process was filtering the behavior through the lens of pathology / contextualizing process involved locating the behavior, assessing the illness status of the resident, and determining whether or not a resident had dementia and to what degree, loss of functional ability, confusion, and loss of	<u>Locating the behavior, assessing the illness status of the resident dementia or not dementia and to what degree/ Loss of functional ability / confusion / Loss of memory / Pathology played a significant role in the construction of</u>

memory seemed to characterize their perceptions of individuals who had dementia / pathology played a significant role in the construction of meaning of the behavior and how behaviors were experienced / perceived that persons with dementia had lost the ability to reason and to know the difference between right and wrong / “ .. There’s no area in the brain that's corresponding right from wrong or good or bad”[Nurse] / residents were absolved from any personal responsibility for their behavior or blame / a “special” quality was expected of staff who worked with patients suffering from dementia / qualities of “patience and understanding”, compassion, and kindness were essential / assigning meaning to behaviors / characterizing behaviors as “challenging staff viewed behavior as a manifestation of the physiological disease process, and in the case of dementia, to the deterioration in the brain / behaviors were viewed as a “normal” reaction given the type of dementia the resident had / different types of behaviors were associated with different stages of dementia / viewed as means of communication, as a method of expression, and for some the only method they had of communicating with others / when interpreted in this manner, behaviors were imbued with meaning. This view of behaviors stands in contrast to behavior seen as only a manifestation of the disease process, which was not imbued with meaning beyond the physiological / Characterizing behaviors as “challenging” / determined the level of challenge associated with specific behaviors / intentionality / predictability (or unpredictability) / persistence of the behavior / how threatening the behavior was perceived /the social appropriateness of the behavior / and the degree of impact on others of the behavior /

meaning of the behavior and how behaviors were experienced / “There’s no area in the brain that's corresponding right from wrong or good or bad”[Nurse] / Residents were absolved from any personal responsibility for their behavior or blame / Qualities like “patience and understanding”, compassion, and kindness was expected of staff / Assigning meaning to behaviors / Behavior as a manifestation of the physiological disease process, and to the deterioration in the brain / A “normal” reaction given the type of dementia the resident had / Different types of behaviors were associated with different stages of dementia / Viewed as means of communication, as a method of expression / When interpreted in this manner, behaviors were imbued with meaning / Determined the level of challenge associated with specific behaviors / Intentionality / Predictability (or unpredictability) / Persistence of the behavior / How threatening the behavior was perceived / The social appropriateness of the behavior / The degree of impact on others of the behavior /

How caregivers in nursing homes perceive aggressive behaviour in dementia

1- Graneheim 2- Hantikainen 3- Skovdahl 4- Isaksson 5- Zellner 6- Sandvide 7- Bergland 8- Sifford –Snellgro. 9- Dupuis

Second iteration	Themes, third iteration
<p>Understand violent behaviour on the basis of the diagnosis of dementia. / The resident don't understand the situation Aggressive behaviour as a symptom in the development of the dementia disease /They have a brain damage and are cognitively impaired/ Violence is excusable/ Accept more violence from residents with a mental disease or dementia/ They are confused /They are not to be blamed / They are considered unable to have the intention to hurt/Aggressive behaviour linked primarily to residents suffering from dementia/ Failure to understand and become overwhelmed/ They do not handle the meal because of the disease/ Being served food they were not familiar with and not recognizing or understanding how to eat /Pathology played a significant role in the construction of meaning of the behaviour/ Behaviour as a manifestation of the deterioration in the brain/ / Cognitive impairment such as memory, thinking and comprehension/ They do not understand/ Loss of memory/ Residents were absolved from any personal responsibility for their behaviour or blame / Confusion</p>	<p>As a symptom in the development of the dementia disease 1,3,4,5,7,9</p>
<p>Functional impairments leads to dependence and feelings of helplessness and powerlessness/ Focus on impairment and shortcomings/ Loss of functional ability/ A lack of balance in demanding situations for the resident / Difficulties in using cutlery/ Conversations during meals were too demanding, they could not cope with eating and talking simultaneous/ Behaviour as a manifestation of the physiological disease process</p>	<p>Functional impairments 1,2,3,7,9</p>
<p>The disease' strengthened some personality traits / Described most initiators as being "more with it" // Strong personality /"Overly motherly" and "overly helpful."/"Having to have things their way,"/"Thinking they know everything," and being "strong-headed."/ "Short-tempered,"/"Impatient," /"Short fuse." /Former personality /Influence of earlier life on their potential for striking out/</p>	<p>An enhanced characteristics of the patient 1, 8</p>
<p>Mealtime agitation triggered by negative emotional reactions/ Lack of social interaction</p>	<p>Expressing of feelings</p>

<p>caused jealousy and anxiety among the residents/ A natural reaction, like crying or laughing/ A way to say that they were afraid/ They become frightened and respond with violence/ Become overwhelmed / A way to say that they suffered from pain / A way of communicate that they were not comfortable / Trying to assert own will and wishes to decide by themselves / Interpreted in this manner, behaviours were imbued with meaning</p>	<p>3,4,5,6,7, 9</p>
<p>Patient felt trapped and violated inn intimate situations/ Invasion into personal space/ Invasion of personal space/ Receive help against their will / Restricted space / Triggered by the use of coercion/ Protect own personal physical space / Trying to protect own personal space/</p>	<p>Invasion into personal space 1,3,4, 5,6,</p>
<p>Violent behaviour seen as a meaningful way to communicate needs and experiences/ Behaviour always had some meaning to residents themselves/ A way for the residents to call for attention/ Violence has a meaning for the resident even if they cannot understand it/ When residents carry out their needs/ Lose the ability to communicate their needs/ To communicate or to attract attention/ The patient tried to communicate something/ The residents' way of communicating unmet needs/ Viewed as means of communication, as a method of expression/ Many residents suffered from somatic symptoms, for example pain, problems with breathing and fatigue / Suffer from pain and use violence to protect themselves from being handled by caregivers</p>	<p>A way to communicate needs 1,2,3,4,5,6,7,9</p>
<p>A 'manner to express themselves' / Trying to assert own will and wishes / An objection to the situation as a whole/ Viewed as a method of expression / way to put their foot down / Showing respect for the individual's integrity preventing aggressiveness/ Residents realize the loss of their abilities/ Increasingly fewer areas with self-determination/ Realize the 'loss of their "faculties"/ Lost of their right / / Struggling to keep their integrity/</p>	<p>Loosing integrity and self-determination 3, 5, 6, 9</p>
<p>Provoked the resident / The resident were "aware of what they were doing"/ Injustice and unfair to staff/ Violence is intentional/ Deliberate and has a purpose/ 'Lacking of thoughtfulness'/ Intentionality /</p>	<p>Intentional violence 1,2,4,5,9</p>
<p>Showed an authoritarian attitude towards the resistant/ The resistant as a mirror of the carers mood/ The irrationality in behaviour / Highlighting the incapacity of the resident / Highlighting the nurse as an expert / behaviour as a difficulty or a handicap rather than a challenge / judgemental attitude / Behaviour is perceived in terms of a problem that needs to be controlled/ Demanding and difficult to interact with / This care culture is an important</p>	<p>Caregivers attitude and standpoint 1,2,3,4,5,6,7,9</p>

<p>determinant for attitudes towards residents/ A lack of balance in demanding situations for caregivers / “Broken routines could easily lead to aggressive behaviour due to excessive demands” / The caregivers’ perceptions of violence are highly subjective / Caregivers own ‘fear of the resident’ and their uncertainty may trigger aggressive behaviour / CP: “it was important to have distinct rules and ‘tighter reins’/ Caregiver felt that their personal integrity was invaded / Caregiver felt not respected in their profession / Lack of plan and timing for the mealtime can lead to mealtime agitation/ Qualities like “patience and understanding”, compassion, and kindness was expected of staff /</p>	
<p>Caregiver acted inappropriately / Individual care / Preventing aggressiveness by being solution oriented rather than task oriented / “The patients needs come first”/ Provoked by incompetent caregivers / Inappropriate attitude from caregivers / “Important to have an agreement between care providers about when to be nice and when to be hard to protect their personal space”/ Interpreted and understood the mealtime situation from the residents’ perspective /</p>	<p>Caregivers approach 1,2,3,6,7</p>
<p>Not informing the resident properly/ Leaving the resident without meaningful activities/ Perceived Behaviour like it has no meaning/ As a consequence of neglect / Du to lack of stimulation/</p>	<p>Ignored the patient 1,2,3</p>
<p>An action is considered as violent or not depends on where it takes place/ “Violence at work...it is a different kind of violence”/ Knowing the resident on a more ‘personal’ level and ‘one cannot beat the one who is already lying down’ / Behaviour related to the social environment and characteristic of other residents/ “You have to have a different mind-set when you're at work”.</p>	<p>Violence is contextual 4,8,9</p>
<p>Inappropriate behaviour is often about relationships between patient and caregiver/ Resident with severe pain use violence to protect themselves fro being incautiously handled by the caregiver/ Imbalance in the relationship between patient and caregiver Conflicts as a normal integral part of human relationship / " Perhaps I expect too much of him, something he's not yet prepared for.."/ / Caregivers blame themselves; “they were standing in the wrong place”/ Changes in patterns of relationships and interactions Occurs in interpersonal situation / Fail to show the necessary empathy for the residents in such situations / Mutual misunderstanding/ Mutual misunderstanding as an antecedent to the violent events/ Wishes were incongruent against perceiver and provider / Inherent traits of the residents interact with triggers to influence the development of violence behaviour // Have little patience with</p>	<p>Interaction with others 1,2,4,5,6,8</p>

those who are more confused / They perceived the victims as someone who they did not like or who had “done them wrong” before. /	
Caregivers limited time/ Caused by attempts to hurry the residents / Resident's social antennae are often preserved, sensitive to stress, haste and changes in the voice of the caregivers /Caring for residents under time pressure / Lack of plan and timing for the mealtime can lead to mealtime agitation /	Caregivers limited time 1,3,5,7
Wards are too crowded and too loud/ Excessive interference/ A stressful and demanding environment / Too many stimuli in the ward resulted in stress, anxiety and anger among the residents/ Unclear or ambiguous stimuli caused anxiety because residents were not able to understand and interpret sounds	Demanding environment 1,2,3,7
Conflicts not as a problem, but as challenges/The challenging lies in the caregivers’ way of relating to being physically hurt, insulted, abused and offended / The level of challenge associated with specific behaviours/ How predictability or unpredictability it is / Persistence of the behaviour / How threatening the behaviour was perceived/ The social appropriateness of the behaviour / The degree of impact on others of the behaviour/	Challenging 2,4,9
Reasons are complex and multifactorial/ Problem that has no solution/ Behaviour is something one has to learn to live with / It’s not just a single solution to the challenges/ Perceive violence as ordinary and a part of their work / To deal with aggressive behaviour are faced with a complex and challenging task/ Impossible to handle/ The events are seen as unavoidable and impossible to solve / Acceptance of violence in work "got used to it"/ Violent events were seen as constituent of daily work.	Problems without solutions 1,2,3,4,5,6,

Table 3 Themes and subthemes developed in the process of meta-synthesis to integrate the findings

Themes, third iteration	Core concept	Synthesis
As a symptom in the development of the dementia disease 1,3,4,5,7,8,9	A manifestation of the disease 1-5, 7-9	"Entering the patients world of complexity"
Functional impairments 1,2,3,7,9		
An enhanced characteristics of the patient 1,8		
Expressing feelings 3,4,5,6,7,9	A way to express themselves and their needs 1,3-7,9	
A way to communicate needs 1,2,3,4,5,6,7,9		
Loosing integrity and self-determination 3, 5, 6, 9		
Invasion into personal space 1,3,5,6,		
Caregivers attitude and standpoint 1,2,3,4,5,6,7,9	A reaction of caregivers attitude and approach 1-7, 9	
Caregivers approach1,2,3,6,7		
Ignored the patient 1,2,3		
Intentional violence1,2,4,5,9		
Violence is contextual 4,8,9	A stressfully and demanding environment	
Interaction with others 1,2,4,5,8		
Caregivers limited time1,3,5,7		
Demanding environment 1,2,3,7		
Challenging 2,4,9		
Problems without solutions 1,2,3,4,5,6,	A challenging and complex situation 1-6,	

<i>Metaphor</i>	<i>Core themes</i>	<i>Subthemes</i>	<i>Key aspects</i>	<i>Articles</i>
Entering the patients world of complexity	The patient is no longer the person he used to be'	A manifestation of the disease	Brain damage, cognitively impaired, confused, do not understand the situation, functional impairments, loss of functional ability, impairment and shortcoming, physiological disease process, enhanced characteristics of the patient, strengthen personality traits, special personal characteristic.	Bergland et al. 2015; Dupuis et al. 2012; Graneheim et al. 2012; Hantikainen. 2001; Isaksson et al. 2008; Sifford-Snellgrove et al. 2012; Skovdahl et al. 2003; Zeller et al. 2011;
		A way to express themselves and their needs	Expressing feelings, negative emotional reactions, being afraid, suffering, uncomfortable, become overwhelmed, lose their ability to communicate, try to communicate unmet needs, protecting themselves from being handled, loosing integrity and self-determination, trying to assert own will and wishes, "put their foot down", struggling to keep their integrity, invasion into personal space, receive help against their will, restricted space, protect own personal and physical space.	Bergland et al. 2015; Dupuis et al. 2012; Graneheim et al. 2012; Hantikainen. 2001; Isaksson et al. 2008; Skovdahl et al. 2003; Zeller et al. 2011;
	A reaction to external influences'	A stressfully and demanding environment	Attempt to hurry the patient, working under time pressure, still sensitive to stress, too many stimuli, excessive interference, crowded wards, occurred in interpersonal situation, incongruent wishes, mutual misunderstanding	Bergland et al. 2015; Dupuis et al. 2012; Graneheim et al. 2012; Hantikainen. 2001; Isaksson et al. 2008; Skovdahl et al. 2003; Zeller et al. 2011;
	A challenging partnership'	A reaction of caregivers attitude and approach	Show an authoritarian attitude, highlighting incapacity and deficit, behavior as a problem, own fear of the resident, injustice for the staff, behavior something on have to live with, challenging in a positive way, intentional violence deliberate and has a purpose, lack of thoughtfulness, "aware of what they are doing", injustice to staff, inappropriate attitude, provoked by incompetent caregivers task oriented, solution oriented, patients perspective, individual care, ignored the patient, perceive behavior like it has no meaning, neglect, lack of information, lack of stimulation.	Bergland et al. 2015; Dupuis et al. 2012; Graneheim et al. 2012; Hantikainen. 2001; Isaksson et al. 2008; Sandvide et al. 2004; Skovdahl et al. 2003; Zeller et al. 2011;
		Violence at work is different	Assessed by how it take place, violence at work is not considered violence, different mind-set at work	Dupuis et al. 2012; Isaksson et al. 2008; Sifford-Snellgrove et al. 2012;
		Unavoidable and impossible to solve	Problems without solutions, impossible to handle, no solution, complex task, challenging task, learn to live with	Graneheim et al. 2012; Hantikainen, 2001; Isaksson et al. 2008; Sandvide et al. 2004; Skovdahl et al. 2003; Zeller et al. 2011;