

# **Del din delirium suksess historie med oss!**

Norsk versjon av forskningsprotokoll 'Proposal 1.4, August 26<sup>th</sup> 2024', Hilde Wøien

PD. Dr. Peter Nydahl, Nursing Research, University Hospital of Schleswig-Holstein, Kiel, Germany; Haus V40, Schittenhelmstr. 3, 24105 Kiel [Peter.Nydahl@uksh.de](mailto:Peter.Nydahl@uksh.de)



## **ABSTRAKT**

### **BAKGRUNN**

Å dele delirium suksesshistorier er et sosialt-interaktivt verktøy for å forbedre oppmerksomhet, kunnskap og motivasjon rundt temaet. En delirium suksesshistorie er en historie om delirium med en vellykket avslutning, f.eks. et vellykket implementeringsprosjekt, en positiv erfaring på sykehuset, nye tilnærminger til støtte for å oppleve delirium, en spennende opplevelse, positiv støtte fra andre, eller annet.

### **HENSIKT**

Å rapportere hovedtemaene, konteksten, antallet, omfanget og profesjonene/ rollene til de delte delirium suksesshistorier gjennom en fire ukers periode med datainnsamling fra World Delirium Awareness Day (WDAD) 12. mars til 23. april 2025.

### **METODE**

Verdensomspennende nettstudie på flere språk, distribuert i et 'snøballsystem' via nettverket av deliriumeksperter, sosiale medier og profesjonelle organisasjoner. Aktuelle deltakere er helsepersonell (sykepleiere, leger, andre), tidligere voksne pasienter og deres pårørende. Deltakerne inviteres til frivillig å dele sin delirium suksesshistorie, aktuell kontekst, deres yrke/rolle, bidragsyttere til den positive opplevelsen og anbefalinger til klinikere. Ved å delta samtykker de i å dele historien sin. All personlig informasjon vil bli anonymisert av forskningsteamet. Historiene vil bli oversatt til engelsk, evaluert kvantitativt ved å rapportere antall historier, ord og andre, og analysert kvalitativt ved innholdsanalyse, ved bruk av kunstig intelligens og rapportering av hovedtemaer.

### **FORVENTEDE RESULTATER**

Studien som har til hensikt å dele deliriumsuksesshistorier vil identifisere hovedtemaer som omfatter vellykkede og positive erfaringer for klinikere, pasienter og familier i håndtering av delirium og opplevelser knytte til dette. De kvantitative resultatene og kvalitative funnene vil øke kunnskapen om positive delirium opplevelser til klinikere, pasienter og pårørende, og vil føre til dypere innsikt i hvordan deltakere kan motiveres. Analysene vil lede til konkrete strategier for hvordan delirium håndtering kan forbedres i praksis. Og forhåpentligvis vil undersøkelsen være en suksesshistorie i seg selv.

**Nøkkelord:** delirium, encephalopathy, motivation, learning, survey

# Innholdsfortegnelse

<u>1</u>	<u>Forskningsteam</u> .....	5
<u>2</u>	<u>Bakgrunn</u> .....	7
<u>2.1</u>	<u>Hensikt</u> .....	8
<u>3</u>	<u>Metode</u> .....	8
<u>3.1</u>	<u>Populasjon</u> .....	8
<u>3.2</u>	<u>Survey-undersøkelse</u> .....	10
<u>3.3</u>	<u>Data analyse</u> .....	14
<u>3.4</u>	<u>Kvantitative data</u> .....	14
<u>3.5</u>	<u>Kvalitativ analyse</u> .....	15
<u>4</u>	<u>Forventede resultater and funn</u> .....	16
<u>5</u>	<u>Prosjektplan</u> .....	17
<u>5</u>	<u>Etikk</u> .....	17
<u>7</u>	<u>Referenser</u> .....	18
	<u>Supplement</u> .....	21
	<u>Survey</u> .....	22
	<u>Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys</u> .....	29

# 1 Forskningsteam

1. Peter Nydahl, Nursing Research, University Hospital Schleswig-Holstein, Kiel Germany; Institute of Nursing Science and Development, Paracelsus Medical University, Salzburg, Austria
2. Keibun Liu, Critical Care Research Group, The Prince Charles Hospital, Brisbane, Australia; Institute for Molecular Bioscience (IMB), The University of Queensland, Brisbane, Queensland, Australia; Non-Profit Organization ICU Collaboration Network (ICON), Tokyo, Japan
3. Shelly Ashkenazy, Nursing University of Jerusalem, Jerusalem, Israel.
4. Giuseppe Bellelli, School of Medicine and Surgery, Milano-Bicocca University; Acute Geriatric Unit, IRCCS San Gerardo Foundation, Monza, Italy
5. Mark van den Boogaard, Radboud university medica center, Department Intensive Care, Nijmegen, the Netherlands
6. Marie O. Collet, Department of Intensive Care, Copenhagen University-Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark
7. Muhammed Elhadi, Faculty of Medicine, University of Tripoli, Tripoli, Libya
8. Kirsten Fiest, Department of Critical Care Medicine, Alberta Health Services & University of Calgary, Calgary, AB, Canada
9. Lou Gallie, BA(Hons), ICU Lived Experience Expert, associated with University Hospitals Plymouth NHS Trust, Plymouth, Devon
10. Alessia Ghidini, Intermediate Care and Rehabilitation, Azienda Speciale Cremona Solidale, Cremona, Italy;
11. Magdalena Hoffmann, Research Unit for Safety and Sustainability in Healthcare, c/o Division of Plastic, Aesthetic and Reconstructive Surgery, Department of Surgery, Medical University of Graz, Graz, Austria
12. Mark Hudson, Faculty of Arts and Social Sciences, The Open University, Milton Keynes, UK
13. Marie-Madlen Jeitziner, Department of Intensive Care Medicine, University Hospital Bern, Switzerland, Inselspital, University of Bern, Bern, Switzerland; Institute of Nursing Science (INS), Department of Public Health (DPH), Faculty of Medicine, University of Basel, Basel, Switzerland
14. Karla Krewulak, Department of Critical Care Medicine, Cumming School of Medicine, University of Calgary, Calgary, AB, Canada
15. Tanya Mailhot, Department of Critical Care Medicine, Alberta Health Services & University of Calgary, Calgary, Alberta, Canada
16. Malissa Mulkey, Department of Biobehavioral and Nursing Science, College of Nursing, University of South Carolina, Columbia, SC, USA
17. Alessandro Morandi, Intermediate Care and Rehabilitation, Azienda Speciale Cremona Solidale, Cremona, Italy; Parc Sanitari Per Vergili, Val d'Hebron Institute of Research (Barcelona, Spain)
18. Ricardo Kenji Nawa, Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP - Brazil
19. Esther Oh, Departments of Medicine, Psychiatry and Behavioral Sciences, and Pathology, Johns Hopkins University School of Medicine, USA

20. Alice Margherita Ornago, School of Medicine and Surgery, University of Milano- Bicocca, Piazza Dell'Ateneo Nuovo 1, Milan, Italy
21. Maria Carolina Paulino, Department of Intensive Care, Hospital da Luz Lisboa, Lisbon, Portugal; Intensive Care Unit 4, Hospital de São Francisco Xavier, CHLO, Lisbon, Portugal; NOVA Medical School, New University of Lisbon, Portugal;
22. Elena Pinardi, School of Medicine and Surgery, University of Milano- Bicocca, Piazza Dell'Ateneo Nuovo 1, Milan, Italy
23. Hilde Wøien, Divisions of Emergencies and Critical Care, Oslo University Hospital, Norway
24. Heidi Lindroth, Division of Nursing Research, Department of Nursing, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA; Center for Aging Research, Regenstrief Institute, School of Medicine, Indiana University, Indianapolis, IN, USA
25. Rebecca von Haken, Department of Surgery, University Hospital Mannheim, Germany

Primary Investigators er Peter Nydahl, Keibun Liu, Heidi Lindroth, og Rebecca von Haken

**Funding:** ingen

**Data deling:** på rimelig forespørsel

**Registrering:** vil bli gjort etter etisk godkjenning

**Databeskyttelse:** I henhold til europeisk lov for databeskyttelse

**Pasientinvolvering:** LG & MH: rådgivning, utkast, revisjon og deltagelse

**Bekjentgjøringer:** Følgende medforfattere har listet opp interessekonflikter:

HL er finansiert av NIA 1AGK23076662-02, fungerer som styremedlem og konferanseleder for 2023 for American Delirium Society, og fungerer som nettkomiteens leder for American Thoracic Society, Nursing Assembly. Hun har mottatt royalties for hovedtaler på sykepleiekonferanser i 2022 og mottatt et reisestipend for å delta på 2023 DECLARED-konferansen i Sydney, Australia. G.C. er president for Australian Delirium Association. M.G. har mottatt royalties for de redigerte bøkene (Manual of ICU Procedures, Textbook of Ventilation Fluids, Electrolytes, and Blood Gases) fra forlaget Jaypee Brothers Medical Publishers og har mottatt økonomisk støtte for å delta på den årlige konferansen til Indian Society of Critical Care Medicine. G.H.C. har snakket om Humanization of Healthcare (Pfizer) og ble støttet av Pfizer til å delta på COMMEC 2022-møtet. E.S.O. er støttet av NIH/NIA-midler (ikke relatert til dette manuskriptet), mottok æresbevisninger for å presentere på Edmund Beacham Annual Current Topics in Geriatrics, har patenter utstedt eller under behandling, og var 2022 president for American Delirium Society. M.O.C. mottatt finansiering uten tilknytning til dette manuskriptet fra Novo Fonden, Lundbeck Funden og Dagmar Marshells Fond. R.V.H fikk støtte fra OrionPharma til å delta på møter og/eller reise.

## 2 Bakgrunn

Delirium er et klinisk syndrom, preget av kognitive svekkelser, brå opptakt, fluktuasjoner, mangel på oppmerksomhet og andre symptomer (American-Psychiatric-Association, 2013). Det er ulike årsaker til delirium som disponerende årsaker (høy alder, hjerte- og karsykdommer, rusmisbruk) og utløsende faktorer (alvorlig sykdom, intervensjoner, medisiner) og andre (Maldonado, 2008, Smith og Meyfroidt, 2017, Ormseth et al., 2023). Delirium er en vanlig komplikasjon hos pasienter på sykehus, som rammer én av fem pasienter, med ulik forekomst avhengig av alder, alvorlighetsgrad av sykdom og andre faktorer (Lindroth et al., 2024). Tilstedeværelse av delirium øker risikoen for lengre opphold på sykehus, økt dødelighet, kognitive forstyrrelser, kostnader og annet (Wilson et al., 2020). Fra pasientens og omsorgspersonens syn er delirium ofte en skremmende opplevelse, med varige konsekvenser for livskvalitet og psykososial helse (Kuusisto-Gussmann et al., 2021). De mest effektive forebyggings- og behandlingstiltakene er hyppig vurdering, opplæring og forbedring av kommunikasjon, identifisering og behandling av årsaker, sykepleie/terapeutiske intervensjoner, farmakologisk symptombehandling og overvåking av komplikasjoner og langsiktige utfall som Post Intensive Care Syndrome (Stollings et al., 2021). Forskning pågår for å identifisere den beste strategien for å implementere håndtering av delirium, der tids- og personalbegrensninger, manglende pedagogisk opplæring og manglende bevissthet er sentrale barrierer (Trogrlić et al., 2015, Pun et al., 2019, Kamdar et al., 2022, Makhija et al., 2023, van Bochove-Waardenburg et al., 2023).

De verdensomspennende delirium organisasjonene, - inkludert American Delirium Society, European Delirium Association og Australian Asian Delirium Society grunnla i 2017 World Delirium Awareness Day (WDAD) hvert år den andre onsdagen i mars (Deliriumday, 2023). Målet er å øke bevisstheten om delirium blant klinikere (f.eks. for å forbedre deliriumscreening), pasienter (f.eks. for å legge merke til og forklare symptomer), familier (for å forklare merkelig oppførsel hos kjære) og offentlig sektor (f.eks. for å forbedre økonomisk refusjon av deliriumbehandling). I løpet av de siste årene, på WDAD i mars, har det blitt utført flere aktiviteter som; en Delirium Café (Roitto et al., 2020), bevisstgjøringsdager på sykehus inkludert distribusjon av informasjonsplakater om delirium, TV og radiosendinger (Wieczorek-Stawińska et al., 2024), og deliriumprevalens undersøkelser (Bellelli et al., 2016, Nydahl et al., 2024, Lindroth et al., 2024, Byrnes T et al., 2024, Azizi et al., 2024). Et tiltak, som passer inn i ' helse-bevissthets-dager', men som har begrenset kunnskapsgrunnlag så langt, er å dele suksesshistorier (Vernon et al., 2021).

Å dele suksesshistorier er et sosialt-interaktivt verktøy for å forbedre bevissthet og kunnskap. Det er ingen felles definisjon av suksesshistorier, men dette er korte tekster som rapporterer en kontekst, et problem og en løsning, og kan distribueres som tekst, bilde eller kort video (Mastervich et al., 2024). Suksesshistorier kan bidra

til å øke kunnskap, motivasjon, selvtillit, anerkjennelse, men tar også opp stereotypier og diskriminering (Hatzifalalithis et al., 2024, Firzly et al., 2021, Mastervich et al., 2024). Foreløpig er det ukjent om suksesshistorier kan samles inn og deles under en World Delirium Awareness Day.

## 2.1 Hensikt

Å rapportere hovedtemaene, konteksten, antallet, omfanget og profesjonene/ rollene til de delte delirium suksesshistorier gjennom en fire ukers periode med datainnsamling fra World Delirium Awareness Day (WDAD) 12. mars til 23. april 2025.

## 3 Metode

Verdensomspennende åpen nettundersøkelse på flere forskjellige språk, distribuert i et 'snøballsystem' via sosiale medier og profesjonelle organisasjoner på neste WDAD 12. mars 2025.

Etiske godkjenninger vil bli søkt i landene til de som leder studien (Tyskland, Japan, USA). Studien vil bli registrert i det tyske registeret for kliniske studier. Nasjonale koordinatorene vil sørge for nødvendige etiske godkjenninger i de respektive landene. Rapporteringen av denne studien står i samsvar med kriteriene for Sjekkliste for rapportering av resultater av Internett E-Surveys (CHERRIES) (Eysenbach, 2004).

### 3.1 Populasjon

Invitert til deltakelse vil være helsepersonell, tidligere pasienter med delirium og deres pårørende. Nettundersøkelsen vil bli distribuert via sosiale medier og profesjonelle nettverk. Derfor er det en åpen undersøkelse og vil være offentlig tilgjengelig.

Etter å ha gått inn på nettsiden til undersøkelsen, kan deltakerne velge sitt foretrukne språk (engelsk, tysk, spansk, nederlandsk, norsk, portugisisk, fransk med mer).

**Inkluderte** vil være a) klinikere (helsepersonell), tidligere voksne pasienter og deres pårørende, og andre; og b) som godtar betingelsene for studien og er kognitivt og per lov i stand til å gjøre det, c) som minimum svarer på spørsmålet til suksesshistorien, og d) fullfører undersøkelsen.

**Ekskluderte** vil være deltakere a) med støtende kommentarer, eller b) kun med klagende kommentarer, eller c) andre årsaker som: historien er ikke forståelig, reklame for produkter, andre svar enn den tiltenkte betydningen, eller d) uten å rapportere en suksess historie (Spencer et al., 2023).



## 3.2 Survey-undersøkelsen

Survey-undersøkelsen er utviklet av forfatterne, inkludert tidligere pasienter og ulike helsepersonell som leger, sykepleiere og behandlere fra ulike land, kulturer og språk. Undersøkelsen ble revidert inntil konsensus ble oppnådd. Undersøkelsen er forhåndstestet av syv deltakere i målgruppen, med mindre endringer i ordlyden, og med eksklusjon av barn på grunn av manglende juridisk samtykke.

Undersøkelsen vil bli utført på SurveyMonkey.com. Linken er:

<https://de.surveymonkey.com/r/WDAD2025>

Deltakerne inviteres til frivillig å dele sin deliriumsuksesshistorie, den aktuelle konteksten og profesjon/rolle. Ved å delta samtykker de i å dele historien sin. Ingen informasjonskapsler eller IP-adresser vil bli lagret eller evaluert.

Deltakerne vil bli bedt om å bruke navn som Olsen, Hansen eller Strøm e.l. i stedet for ekte navn. I tilfelle deltakere bruker personopplysninger, vil all personlig informasjon anonymiseres av forskningsteamet.

Undersøkelsen omfatter 5 sider og 9 spørsmål. Deltakerne vil bli informert om undersøkelsens hensikt og innhold, den frivillige tilnærmingen, tiden for å fullføre undersøkelsen (estimert til 5 -10 minutter); tidsrammen for deltakelse (fire uker, starter ved WDAD 2025, slutter 23. april 2025); og at deltakelse tilsvarer deres samtykke med betingelsene. Deltakerne kan ikke revidere svarene sine etter å ha fullført undersøkelsen.

Deltakerne vil bli informert om at det kan være nyttig å forberede og skrive suksesshistorien sin på den personlige enheten og kopiere og lime den inn i undersøkelsen; spesielt i tilfelle en ustabil internettforbindelse, rapportering av mer enn én suksesshistorie, eller i vanskeligheter med å finne de riktige ordene og eventuelt andre årsaker.

Deltakerne står fritt til å avslutte undersøkelsen når som helst. Ingen IP-adresser vil bli lagret. Man står fritt til å svare på alle spørsmål (ingen obligatorisk informasjon, bortsett fra samtykke for deltakelse og samtykke for databeskyttelse). Det tilbys ikke insentiver/ motiverende tiltak for å delta.

Det vil være ni spørsmål. De ni spørsmålene er:

**<<Side 1>>**

*“Velg språk øverst I høyre hjørne”*

**<<Side 2>>**

Informasjon til deltagerne er:

“**Delirium** er en alvorlig tilstand som rammer mange pasienter på sykehus eller i langtidspleie, og som ofte varer i noen dager. Symptomer er: debut innen noen få dager eller timer, svingninger gjennom døgnet, konsentrasjonsvansker, opplevelse av rastløshet og/eller apati, og ofte søvnproblemer, hallusinasjoner og vanskeligheter med å skille mellom drøm og virkelighet”.

**Din delirium suksesshistorie:** Vi vil gjerne høre din suksesshistorie angående delirium. Dette kan inkludere vellykket forebygging og behandling av en eller flere deliriske pasienter, støtte gitt til en eller flere familier, implementering av delirium håndtering i daglig praksis, en unik idé for undervisning om delirium, eller andre suksesser.

**Tid:** Det vil ta rundt 5-10 minutter å besvare undersøkelsen. Undersøkelsen avsluttes 23. april 2025.

**Forbered historien/historiene dine:** det kan være nyttig å forberede og skrive suksess historiene dine på din personlige enhet og kopiere og lime den inn i undersøkelsen; spesielt i tilfelle en ustabil internettforbindelse, rapportering av mer enn én suksesshistorie, eller dersom du har vanskeligheter med å finne de riktige ordene, eller andre årsaker.

**Hensikt:** Vi håper å øke bevissthet om delirium i befolkningen og rekruttere flere krefter som kan bidra til forebygging og behandling.

**Støtte:** denne undersøkelsen har hatt etisk gjennomgang, har tysk godkjenning, og er registrert hos WHO. Studien støttes av delirium organisasjoner fra Australia/Asia, USA, Europa og Tyskland.

1. Informasjon (et alternativ)
  - Jeg forstår (fortsett)
  - Jeg forstår ikke (deltagelse i studien avsluttes)

<<Side 3>>

Deltagerne samtykker til følgende informasjon

**300 ord vær så snill:** Vær vennlig å dele hvordan du adresserte delirium, støttet noen under delirium, eller hjelp til med å forhindre delirium (dvs. suksessen din) ‘i fortid’ med maksimalt 2000 bokstaver eller rundt 300 ord. Vi vil vurdere svarene og analysere spesielt nyttige og motiverende aspekter. Vi forbeholder oss retten til kun å ekskludere historier og kommentarer med støtende innhold eller bare med klagende innhold.

**Barn og tenåringer:** kan også oppleve delirium, men deltakelse krever foreldres samtykke. Vi oppfordrer voksne foreldre til å dele historiene til barna sine, f.eks. "Min 6 år gamle datter hadde delirium, og vi..."

**Ingen identifiserende informasjon:** sørg for at du ikke inkluderer noen personlige navn, detaljer eller annen identifiserende informasjon om enkeltpersoner, lokasjoner eller organisasjoner; om nødvendig vil vi slette slik informasjon. Du kan bruke anonyme navn som Olsen, Hansen eller Strøm.

**Databeskyttelse:** Denne undersøkelsen følger den gjeldende europeiske forordningen om databeskyttelse. Vennligst gå til Survey Monkey-siden med ansvarsfraskrivelse for databeskyttelse <https://www.surveymonkey.de/mp/legal/privacy/>. Svarene dine vil bli analysert med støtte fra Artificial Intelligence (MAXQDA med AI Assistst), og eksportert til servere innenfor EU. Vennligst gå til siden for ansvarsfraskrivelsen for databeskyttelse til MAXQDA: [https://www.maxqda.com/wp/wp-content/uploads/sites/1/VERBI\\_Datenschutzerklaerung\\_Software\\_DE.pdf](https://www.maxqda.com/wp/wp-content/uploads/sites/1/VERBI_Datenschutzerklaerung_Software_DE.pdf)

Svarene dine vil bli lagret på serverne til SurveyMonkey og MAXQDA i seks måneder etter at undersøkelsen er avsluttet. Siden vi bare spør om ditt land og din profesjon/rolle (helsepersonell, tidligere pasient, pårørende, annet), er denne undersøkelsen anonym.

**Publisering av din historie:** Jeg godtar at mine svar kan publiseres helt eller delvis av initiativtakerne til undersøkelsen i alle former for publiserte medisinske arbeid eller i alle elektroniske medier. Dette inkluderer publikasjoner inkludert - men ikke begrenset til - i medisinske tidsskrifter og bøker, vitenskapelige forelesninger, samt deres publisering på Internett og i sosiale nettverk med sikte på å øke bevisstheten om delirium. Jeg vil ikke motta noen (utgifts-)kompensasjon for mitt samtykke og de resulterende publikasjonene.

Dette samtykket er gyldig i et ubegrenset tidsrom og område. Jeg kan imidlertid tilbakekalle mitt samtykke når som helst for fremtiden. Tilbakekallet skal sendes til [info@wdad-study.center](mailto:info@wdad-study.center). Tilbakekallingen har ingen innflytelse på publikasjoner som allerede er gjort, og jeg er enig i at mediene som allerede er opprettet frem til mottak av tilbakekallingen vil bli stående. Ved publisering i sosiale nettverk og på Internett vil sitatene bli slettet etter mottak av tilbakekallingen, hvorved fullstendig sletting ikke kan garanteres fullstendig av tekniske årsaker.

Siden undersøkelsen er anonym og vi ikke kan identifisere bidragene dine med navnet ditt, må du i tilfelle tilbakekalle gi oss hele historien og tidspunktet for din deltagelse i undersøkelsen som bevis på forfatterskapet ditt.

2. Ved å delta erklærer du at du har full juridisk kapasitet til å bestemme om du vil delta, og du godtar disse vilkårene. (enkelt alternativ)
- Jeg er enig (fortsett)
  - Jeg er ikke enig (slutt på undersøkelsen)

**<<Side 4>>**

3. *I hvilket land bor du?* (enkelt alternativ)
- Trekk ned menyen med alle verdens land

4. *Hva er din profesjon / rolle?* (enkelt alternativ)
- Lege/doktor
  - Sykepleier
  - Alliert medisinsk-/helse arbeider, terapeut
  - Annen medisinsk fagperson
  - Tidligere pasient
  - Slekting, familie
  - Annet

5. *I din delirium suksesshistorie har delirium blitt diagnostisert av en lege?*
- o Ja
  - o Nei
  - o Jeg er ikke sikker
  - o Ikke aktuelt

6. Åpent spørsmål: *del din delirium suksess historie*

Informasjon:

*"Please limit to 2,000 letters, which is equal to around 300 words.*

*"Vennligst del din personlige delirium suksesshistorie. Tenk - Hvordan eller hva gjorde du i dag, eller tidligere, for å identifisere, forhindre eller håndtere delirium? Hvis du er en tidligere pasient, vurder hva som hjalp deg under sykehusoppholdet for å takle delirium. Hvis du er et familiemedlem/venn, tenk på handlinger du valgte som så ut til å hjelpe pasienten under deliriet. Har du flere historier å dele? Flott! Send inn én historie per undersøkelse, det er greit hvis du sender inn flere undersøkelser.*

*Begrens til 2000 bokstaver, som tilsvarer rundt 300 ord. "*

*Ikke ta med informasjon som identifiserer enkeltpersoner, lokasjoner eller selskaper/helsetjenester; du kan bruke navnene Olsen, Hansen og Strøm*

*for helsearbeidere, pasienter, familier eller bare "i byen der jeg bor", eller "sykehuset". I tilfelle det er identifiserbar informasjon om personer/institusjoner, forbeholder vi oss retten til å slette denne informasjonen. Vi forbeholder oss retten til å ekskludere historier og kommentarer kun med støtende innhold eller bare klagende innhold».*

*o (Åpent tekstfelt med begrensning til 2000 bokstaver)*

.....

7. *Min historie passer best inn i følgende kategori ... (kan krysse av for flere alternativer)*
- o Hjelp pasienter*
  - o Hjelp familier eller venner av pasienten*
  - o Implementere eller adoptere delirium omsorg til klinisk praksis Undervisning om delirium*
  - o En blanding av alt*
  - o Annet*

8. *Åpent spørsmål: Kan du skrive med ett eller noen få ord, hva var den største bidragsyteren til suksessen?*

*o (Åpent tekstfelt med begrensning til 100 bokstaver)*

.....

## 9. Anbefaling

Åpent spørsmål: Har du en anbefaling til helsepersonell?

o (Åpent tekstfelt med begrensning til 2000 bokstaver)

.....

### <<Side 5>>

Informasjon:

*«Takk! Hvis du vil rapportere en annen suksesshistorie, kan du gå inn i undersøkelsen på nytt.*

*Du har hjulpet oss mye. Din suksesshistorie hjelper oss å øke bevisstheten om delirium og motiverer andre helsearbeidere til å bidra!»*

### << Slutt på undersøkelsen >>

Undersøkelsen har blitt forhåndstestet med et utvalg som representerer målgruppen.

## 3.3 Data analyse

Data vil bli analysert både kvantitativt og kvalitativt.

## 3.4 Kvantitative data

Vi vil rapportere resultater fra undersøkelsen:

- o Fullføringsgrad: alle deltakere som fullfører undersøkelsen, delt på antall som startet undersøkelsen
- o Varighet: tidsbruk (gjennomsnitt og standardavvik (SD), eller median (Interkvartil Range (IQR), avhengig av fordeling av tid)

Suksesshistorie data:

Historier vil bli oversatt til engelsk av nasjonale koordinatører (minst to personer og en assistent), ved å bruke Deep L (en KI oversetter) og følge kvalitetskontroll ved å evaluere oversettelsen og om nødvendig tilpasse historiene. Vi vil rapportere

- o Antall historier, bidragsytere og anbefalinger
- o Antall ekskluderte historier, bidragsytere og anbefalinger og grunner (støtende eller klagende innhold, andre årsaker som: ikke forståelig, reklame for produkter, andre svar enn den tiltenkte betydningen)
- o Antall aidentifiserte personopplysninger om personer eller institusjoner
- o Antall bokstaver og ord totalt og i gjennomsnitt (standardavvik)/median (interkvartilområde).
- o Antall hovedtemaer og undertemaer (se nedenfor)

### 3.5 Kvalitative analyser

Historiene vil bli evaluert ved innholdsanalyse, ved bruk av kunstig intelligens (KI). Innholdsanalyse vil bli utført etter metoden til Mayring, der hver historie vil bli analysert for temaer ved å bruke de sannsynlige nøkkelordene til deltakerne, sammenlignet med andre historier for å identifisere generelle temaer (Mayring, 2015).

#### **Håndtere ulike språk**

Historiene vil bli fordelt på ulike språk, noe som kan føre til utfordringer i analyse (Squires, 2009). Derfor har vi utviklet vi en strategi for å sikre en transparent prosess for oversettelse og analyse (Abfalter et al., 2021, Behr, 2015):

1. Historier på et annet språk enn engelsk vil bli eksportert til Excel.
2. Historiene vil bli vurdert av minst to innfødte forskere, som er flytende i engelsk
3. En første innholdsanalyse vil bli gjort på originalspråket av forskerne; hvert tema vil kryss-sjekkes med svarene i spørsmålet "den største bidragsyteren".
4. Første notater til historiene vil bli laget med
  - a) suspekt betydning
  - b) med meningsløse, uklare fraser, manglende ord/fraser
  - c) fraser med kulturspesifikke referanser
  - d) setninger som er vanskelige å oversette
5. Oversettelse til engelsk vil bli gjort ved hjelp av DeepL. Hver oversettelse vil bli vurdert av minst to morsmål. Resultatene vil bli sammenlignet inntil konsensus er oppnådd.

6. Fraser, nevnt i (4) vil bli kontrollert og revidert om nødvendig, inntil konsensus er oppnådd
7. Oversettelser av ulike språk til engelsk vil bli integrert i én Excel-fil, og kulturelle -, samt ordsetting som er vanskelig å oversette, vil bli diskutert i forskergruppen.
8. Dersom historier og temaer uttrykker betydelig kulturell forskjell og ikke kan integreres i hele fortellingsgruppen, vil disse bli analysert og rapportert separat.
9. En innholdsanalyse ved bruk av MAXQDA vil bli utført, som vil generere hovedtemaer (se nedenfor).

For å håndtere et tilstrekkelig stort antall historier, bidragsytere og anbefalinger, vil kunstig intelligens (KI) bli brukt til induktiv innholdsanalyse. KI har blitt brukt med suksess for innholdsanalyse av store tekster som lydtranskripsjoner eller meldinger i sosiale medier (Saini et al., 2023, Lau et al., 2024). KI har kapasitet til å identifisere hovedkoder i tekster, sammenlignet med tradisjonell koding av menneskelige forskere (Morgan, 2023). Vi vil bruke MAXQDA med AI Assist som tilrettelegger for automatisk koding av KI.

For å øke troverdigheten vil vi velge tilfeldig ut 10 historier og analysere disse etter våre egne, identifisere temaer og hovedtemaer; vi vil bruke disse 10 historiene og kjøre KI-analysen som en forhåndstest. Vi vil tilpasse KI-analysen til analysen er troverdig sammenlignet med menneskelige forskere.

Vi vil utføre delanalyse for alle åpne spørsmål, og sammenligne

- Temaer etter type deltakere,
- Temaer etter bekreftet delirium ja/nei/ikke sikker for tidligere pasienter og familier,
- Temaer etter type kontekst.

Hvis det oppstår store forskjeller i temaer med- vs uten bekreftet delirium, vil vi kun inkludere svar fra pasienter og familier med bekreftet delirium, som besvart av deltakerne.

Hvis det er mulig, vil vi lage figurer som viser samspillet mellom ulike temaer.

## 4 Forventede resultater og funn

Undersøkelsen for å dele delirium suksesshistorier vil identifisere hovedtemaer om positive erfaringer for klinikere, pasienter og familier i deliriumhåndtering og -opplevelser. De kvantitative resultatene og kvalitative funnene vil øke kunnskapen om positive deliriumsopplevelser til klinikere, pasienter og pårørende og vil føre til dypere innsikt i hvordan deltakere kan motiveres til bedre deliriumhåndtering og -oppmerksomhet. Ytterligere analyser om bidragsytere og anbefalinger vil øke kunnskapen om deliriumopplevelser i praksis fra ulike synsvinkler. Analysene vil lede til konkrete strategier for hvordan håndtering av delirium kan forbedres i praksis. Og forhåpentligvis vil undersøkelsen være en suksesshistorie i seg selv.



## 5 Prosjektplan

Trinn/Milepæler	Ansvarlige	Måned – og ukenummer											
		Jul-31	Aug-32	Aug-34	Aug-35	Sep-37	Mar-11	Apr-15	Jun	Jul	Aug	...	...
Samle prosjektdeltagere	PN	+											
Sende ut første utkast til spørreundersøkelsen	PN	+											
Pretest med 7 klinikere	All	+											
Slutføre survey	PN												
Oversette survey til ulike språk	PN, MvB												
Søke etisk godkjenning	PN, HL, KL, RvH												
Søke databeskyttelse	PN, HL, KL, RvH												
Registrere studien i register for studier	PN												
Oppfordring til deltakelse gjennom sosiale medier, legg til tall og figurer	MH												
Datasamling	PN												
Analyse	PN, ?												
Skrive ulike manuskripter	PN, HL, KB, RvH, alle												
Publisere	PN												
Markere og feire	ALL												

## 6 Etikk

Siden alle deltakere bidrar frivillig, er informert om deres mulighet til å stoppe undersøkelsen når som helst og uten ulemper, og ingen aktuelle pasienter er involvert, antar vi at undersøkelsen har flere fordeler enn ulemper. Risikoen for en mulig skade er ekstremt lav, og kan kun vurderes ved ukjent PTSD når tidligere pasienter opplever et 'flashback' mens de skriver om sine positive opplevelser; tvert imot kan de stoppe skrivingen når som helst, og risikoen ser ut til å være svært lav. For å øke deltakelsen og aksepten i fremtidige publikasjoner, vil de fire PI søke etisk godkjenning i sine land. Nasjonale koordinatore vil rådføre seg med deres lokale institusjonelle vurderingsinstanser for nødvendigheten av en etisk godkjenning, og om nødvendig sende inn en søknad.

## 7 Referanser

- Abfalter D, Mueller-Seeger J & Raich M (2021). Translation decisions in qualitative research: a systematic framework. *International Journal of Social Research Methodology*; **24**: 469-486.
- American-Psychiatric-Association (ed.) (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association, Arlington.
- Azizi Z, O'Regan N, Dukelow T, Bohane T, Harkin E, Donnellan C, Carroll I, Costello M, O'Reilly S, Noonan C, Walsh E & Timmons S (2024). Delirium care in hospitals in Ireland on World Delirium Awareness Day 2023. *Irish Journal of Medical Science (1971 -)*.
- Behr D (2015). Translating Answers to Open-ended Survey Questions in Cross-cultural Research: A Case Study on the Interplay between Translation, Coding, and Analysis. *Field Methods*; **27**: 284-299.
- Bellelli G, Morandi A, Di Santo SG, Mazzone A, Cherubini A, Mossello E, Bo M, Bianchetti A, Rozzini R, Zanetti E, Musicco M, Ferrari A, Ferrara N, Trabucchi M & Delirium ISGo (2016). "Delirium Day": a nationwide point prevalence study of delirium in older hospitalized patients using an easy standardized diagnostic tool. *BMC Med*; **14**: 106.
- Byrnes T, Gombar M., Price S., Cochran A., Love K., Gregory A., Rankin V. & K. D-W (2024). Delirium is Under-Detected on Routine Screening with the CAM: a Sub-Study from World Delirium Awareness Day. *Delirium Communications*.
- Deliriumday (2023). Deliriumday.
- Eysenbach G (2004). Improving the quality of Web surveys: the Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). *J Med Internet Res*; **6**: e34.
- Firzly N, Van de Beeck L & Lagacé M (2021). Let's Work Together: Assessing the Impact of Intergenerational Dynamics on Young Workers' Ageism Awareness and Job Satisfaction. *Can J Aging*; **40**: 489-499.
- Hatzifilalithis S, Weldrick R & Harvey K (2024). Key Learnings from 'Seniors of Canada': A Community Project Aimed to Disrupt Ageism. *Can J Aging*: 1-7.
- Kamdar BB, Makhija H, Cotton SA, Fine J, Pollack D, Reyes PA, Novelli F, Malhotra A, Needham DM & Martin JL (2022). Development and Evaluation of an Intensive Care Unit Video Series to Educate Staff on Delirium Detection. *ATS Sch*; **3**: 535-547.
- Kuusisto-Gussmann E, Höckelmann C, von der Lühe V, Schmädig R, Baltes M & Stephan A (2021). Patients' experiences of delirium: A systematic review and meta-summary of qualitative research. *J Adv Nurs*; **77**: 3692-3706.
- Lau N, Zhao X, O'Daffer A, Weissman H & Barton K (2024). Pediatric Cancer Communication on Twitter: Natural Language Processing and Qualitative Content Analysis. *JMIR Cancer*; **10**: e52061.
- Lindroth H, Byrnes T, Fuchita M, Hetland B, Liu K, Maya K, McAndrew NS, Mulkey MA, Nydahl P, Palakshappa J, von Haken R, Psoter KJ & Oh ES (2024). Delirium in the US: Results from 2023 cross-sectional World Delirium Awareness Day prevalence study. *J Acad Consult Liaison Psychiatry*.

- Makhija H, Fine JM, Pollack D, Novelli F, Davidson JE, Cotton SA, Diaz De Leon B, Reyes PA, Montoya JL, Arroyo-Novoa CM, Figueroa-Ramos MI, Song Y, Fuentes AL, LaBuzetta JN, Moore AA, Ely EW, Malhotra A, Needham DM, Martin JL & Kamdar BB (2023). Development and Validation of an ICU Delirium Playbook for Provider Education. *Crit Care Explor*; **5**: e0939.
- Maldonado JR (2008). Pathoetiological model of delirium: a comprehensive understanding of the neurobiology of delirium and an evidence-based approach to prevention and treatment. *Crit Care Clin*; **24**: 789-856, ix.
- Mastervich B, Garbach K & Harwell MC (2024). Enhancing multiple benefits of brownfield cleanups by applying ecosystem services concepts. *Front Ecol Evol*; **12**: 1-10.
- Mayring P (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. [German: Qualitative Content Analysis]*. Weinheim: Beltz.
- Morgan DL (2023). Exploring the Use of Artificial Intelligence for Qualitative Data Analysis: The Case of ChatGPT. *International Journal of Qualitative Methods*; **22**: 16094069231211248.
- Nydahl P, Liu K, Bellelli G, Benbenishty J, van den Boogaard M, Caplan G, Chung CR, Elhadi M, Gurjar M, Heras-La Calle G, Hoffmann M, Jeitziner MM, Krewulak K, Mailhot T, Morandi A, Nawa RK, Oh ES, Collet MO, Paulino MC, Lindroth H & von Haken R (2024). A world-wide study on delirium assessments and presence of protocols. *Age Ageing*; **53**.
- Ormseth CH, LaHue SC, Oldham MA, Josephson SA, Whitaker E & Douglas VC (2023). Predisposing and Precipitating Factors Associated With Delirium: A Systematic Review. *JAMA Netw Open*; **6**: e2249950.
- Pun BT, Balas MC, Barnes-Daly MA, Thompson JL, Aldrich JM, Barr J, Byrum D, Carson SS, Devlin JW, Engel HJ, Esbrook CL, Hargett KD, Harmon L, Hielsberg C, Jackson JC, Kelly TL, Kumar V, Millner L, Morse A, Perme CS, Posa PJ, Puntillo KA, Schweickert WD, Stollings JL, Tan A, D'Agostino McGowan L & Ely EW (2019). Caring for Critically Ill Patients with the ABCDEF Bundle: Results of the ICU Liberation Collaborative in Over 15,000 Adults. *Crit Care Med*; **47**: 3-14.
- Roitto HM, Aalto UL, Söderling R, Laakkonen ML & Öhman H (2020). Delirium Café: interactive learning to enhance delirium care. *Eur Geriatr Med*; **11**: 113-116.
- Saini M, Arora V, Singh M, Singh J & Adebayo SO (2023). Artificial intelligence inspired multilanguage framework for note-taking and qualitative content-based analysis of lectures. *Educ Inf Technol (Dordr)*; **28**: 1141-1163.
- Smith M & Meyfroidt G (2017). Critical illness: the brain is always in the line of fire. *Intensive Care Med*; **43**: 870-873.
- Spencer C, Loehr K & Byrd A (2023). Patient and Family Perpetrated Cyber-Incivility and Cyber-Aggression Within Healthcare: A Cross-Sectional Descriptive Study. *SAGE Open Nurs*; **9**: 23779608231158970.
- Squires A (2009). Methodological challenges in cross-language qualitative research: a research review. *Int J Nurs Stud*; **46**: 277-87.

- Stollings JL, Kotfis K, Chanques G, Pun BT, Pandharipande PP & Ely EW (2021). Delirium in critical illness: clinical manifestations, outcomes, and management. *Intensive Care Med*; **47**: 1089-1103.
- Trogrlić Z, van der Jagt M, Bakker J, Balas MC, Ely EW, van der Voort PHJ & Ista E (2015). A systematic review of implementation strategies for assessment, prevention, and management of ICU delirium and their effect on clinical outcomes. *Crit Care*; **19**: 157.
- van Bochove-Waardenburg M, van der Jagt M, de Man-van Ginkel J & Ista E (2023). Sustained adherence to a delirium guideline five years after implementation in an intensive care setting: A retrospective cohort study. *Intensive Crit Care Nurs*; **76**: 103398.
- Vernon E, Gottesman Z & Warren R (2021). The value of health awareness days, weeks and months: A systematic review. *Soc Sci Med*; **268**: 113553.
- Wieczorek-Stawińska W, Ryś M, Perera I, Rudzińska A, Gryglewska B, Gašowski J & Piotrowicz K (2024). Delirium is not dementia: Delirium Awareness Day-related event at the University Hospital in Krakow. *Eur Geriatr Med*; **15**: 407-410.
- Wilson JE, Mart MF, Cunningham C, Shehabi Y, Girard TD, MacLulich AMJ, Slooter AJC & Ely EW (2020). Delirium. *Nature Reviews Disease Primers*; **6**: 90.

# Supplement

Tittel

Forfattere

## **Innhold**

Survey

Tabell E1: Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys

Survey

Språk

Velg språk øverst i høyre hjørne og fortsett

## \*1. Informasjon

“**Delirium er** en alvorlig tilstand som rammer mange pasienter på sykehus eller i langtidspleie, og som ofte varer i noen dager. Symptomer er: debut innen noen få dager eller timer, svingninger gjennom døgnet, konsentrasjonsvansker, opplevelse av rastløshet og/eller apati, og ofte søvnproblemer, hallusinasjoner og vanskeligheter med å skille mellom drøm og virkelighet”.

**DIN DELIRIUM SUKSESSHISTORIE:** Vi vil gjerne høre din suksesshistorie angående delirium. Dette kan inkludere vellykket forebygging og behandling av en eller flere deliriske pasienter, støtte gitt til en eller flere familier, implementering av delirium håndtering i daglig praksis, en unik idé for undervisning om delirium, eller andre suksesser.

**FORBERED HISTORIEN/HISTORIENE DINE:** det kan være nyttig å forberede og skrive suksess historiene dine på din personlige enhet og kopiere og lime den inn i undersøkelsen; spesielt i tilfelle en ustabil internettforbindelse, rapportering av mer enn én suksesshistorie, eller dersom du har vanskeligheter med å finne de riktige ordene, eller andre årsaker.

**Tid:** Det vil ta rundt 5-10 minutter å besvare undersøkelsen. Undersøkelsen avsluttes 23. april 2025.

**Hensikt:** Vi håper å øke bevissthet om delirium i befolkningen og rekruttere flere krefter som kan bidra til forebygging og behandling.

**Støtte:** denne undersøkelsen har hatt etisk gjennomgang, har tysk godkjenning, og er registrert hos WHO. Studien støttes av delirium organisasjoner fra Australia/Asia, USA, Europa og Tyskland.

- Jeg forstår (fortsett)
- Jeg forstår ikke (deltagelse i studien avsluttes)

\*2. Deltagerne samtykker til følgende informasjon

**300 ORD VÆR SÅ SNILL:** Vær vennlig å dele hvordan du adresserte delirium, støttet noen under delirium, eller hjelp til med å forhindre delirium (dvs. suksessen din) 'i fortid' med maksimalt 2000 bokstaver eller rundt 300 ord. Vi vil vurdere svarene og analysere spesielt nyttige og motiverende aspekter. Vi forbeholder oss retten til kun å ekskludere historier og kommentarer med støtende innhold eller bare med klagende innhold.

**BARN OG TENÅRINGER:** kan også oppleve delirium, men deltakelse krever foreldres samtykke. Vi oppfordrer voksne foreldre til å dele historiene til barna sine, f.eks. "Min 6 år gamle datter hadde delirium, og vi..."

**INGEN IDENTIFISERENDE INFORMASJON:** Vær vennlig å sørge for at du ikke inkluderer noen personlige navn, detaljer eller annen identifiserende informasjon om enkeltpersoner, lokasjoner eller organisasjoner; om nødvendig vil vi slette slik informasjon. Du kan bruke anonyme navn som Olsen, Hansen og Strøm.

**DATABESKYTTELSE:** Denne undersøkelsen følger den gjeldende europeiske forordningen om databeskyttelse. Vennligst gå til Survey Monkey-siden med ansvarsfraskrivelse for databeskyttelse <https://www.surveymonkey.de/mp/legal/privacy/>. Svarene dine vil bli analysert med støtte fra Artificial Intelligence (MAXQDA med AI Assistst), og eksportert til servere innenfor EU. Vennligst gå til siden for ansvarsfraskrivelsen for databeskyttelse til MAXQDA: [https://www.maxqda.com/wp/wp-content/uploads/sites/1/VERBI\\_Datenschutzerklaerung\\_Software\\_DE.pdf](https://www.maxqda.com/wp/wp-content/uploads/sites/1/VERBI_Datenschutzerklaerung_Software_DE.pdf) Svarene dine vil bli lagret på serverne til SurveyMonkey og MAXQDA i seks måneder etter at undersøkelsen er avsluttet. Siden vi bare spør om ditt land og din profesjon/rolle (helsepersonell, tidligere pasient, pårørende, annet), er denne undersøkelsen anonym.

**PUBLISERING AV DIN HISTORIE:** Jeg godtar at mine svar kan publiseres helt eller delvis av initiativtakerne til undersøkelsen i alle former for publiserte medisinske arbeid eller i alle elektroniske medier. Dette inkluderer publikasjoner inkludert - men ikke begrenset til - i medisinske tidsskrifter og bøker, vitenskapelige forelesninger, samt deres publisering på Internett og i sosiale nettverk med sikte på å øke bevisstheten om delirium. Jeg vil ikke motta noen (utgifts-)kompensasjon for mitt samtykke og de resulterende publikasjonene.



Dette samtykket er gyldig i et ubegrenset tidsrom og område. Jeg kan imidlertid tilbakekalle mitt samtykke når som helst for fremtiden. Tilbakekallet skal sendes til info@wdad-study.center. Tilbakekallingen har ingen innflytelse på publikasjoner som allerede er gjort, og jeg er enig i at mediene som allerede er opprettet frem til mottak av tilbakekallingen vil bli stående. Ved publisering i sosiale nettverk og på Internett vil sitatene bli slettet etter mottak av tilbakekallingen, hvorved fullstendig sletting ikke kan garanteres fullstendig av tekniske årsaker.

Siden undersøkelsen er anonym og vi ikke kan identifisere bidragene dine med navnet ditt, må du i tilfelle tilbakekall gi oss hele historien og tidspunktet for din deltagelse i undersøkelsen som bevis på forfatterskapet ditt.

**SAMTYKKE:** Ved å delta erklærer du at du har full juridisk kapasitet til å bestemme om du vil delta, og du godtar disse vilkårene. (enkelt alternativ)

Jeg er enig (fortsett)

Jeg er ikke enig (slutt på undersøkelsen)

Din bakgrunn

**Vær vennlig å rapporter landet du kommer fra og yrke / rolle**

3. I hvilket land bor du?

4. Hva er din profesjon / rolle?

- Lege/doktor
- Sykepleier
- Alliert medisinsk-/helse arbeider, terapeut
- Annen medisinsk fagperson
- Tidligere pasient
- Slekting, familie
- Annet

5. 5. I din delirium suksesshistorie, - har delirium blitt diagnostisert av en lege?

- Ja
- Nei
- Jeg er ikke sikker
- Ikke aktuelt

## \* 6. Del din delirium suksess historie

"Vennligst del din personlige delirium suksesshistorie. Tenk - Hvordan eller hva gjorde du i dag, eller tidligere, for å identifisere, forhindre eller håndtere delirium? Hvis du er en tidligere pasient, vurder hva som hjalp deg under sykehusoppholdet for å takle delirium. Hvis du er et familiemedlem/venn, tenk på handlinger du valgte som så ut til å hjelpe pasienten under deliriet. Har du flere historier å dele? Flott! Send inn én historie per undersøkelse, det er greit hvis du sender inn flere undersøkelser.

Vær vennlig å begrense til 2000 bokstaver, som tilsvarer rundt 300 ord. "


Ikke ta med informasjon som identifiserer enkeltpersoner, lokasjoner eller selskaper/helsetjenester; du kan bruke navnene for helsearbeidere, pasienter, familier eller bare "i byen der jeg bor", eller "sykehuset". I tilfelle det er identifiserbar informasjon om personer/institusjoner, forbeholder vi oss retten til å slette denne informasjonen. Vi forbeholder oss retten til å ekskludere historier og kommentarer kun med støtende innhold eller bare klagende innhold».

## 7. Min historie passer best inn i følgende kategori /kategorier

- Hjelp pasienter
- Hjelp familier eller venner av pasienten
- Implementere eller adoptere delirium omsorg til klinisk praksis
- Undervisning om delirium
- En blanding av alt
- Annet

8. Åpent spørsmål: Kan du skrive med ett eller noen få ord, hva var den største bidragsyteren til suksessen?

9. Har du en anbefaling til helsepersonell? Vær vennlig å begrense svaret ditt til maks 3000 bokstaver / 300 ord

A large empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to write their answer to question 9. The box is currently blank.

Takk for at du vil dele din suksess historie med oss!

**Tusen takk! Hvis du vil rapportere en annen suksesshistorie, kan du gå inn i undersøkelsen på nytt.**

**Du har hjulpet oss mye. Din suksesshistorie hjelper oss å øke oppmerksomheten om delirium og motiverer andre helsearbeidere til å bidra!»**

## Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys

**Table E1: Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES)**

Checklist Item	Description	Reported on page
Describe survey design	Describe target population, sample frame. Is the sample a convenience sample? (In “open” surveys this is most likely.)	7
IRB approval	Mention whether the study has been approved by an IRB.	7
Informed consent	Describe the informed consent process. Where were the participants told the length of time of the survey, which data were stored and where and for how long, who the investigator was, and the purpose of the study?	8
Data protection	If any personal information was collected or stored, describe what mechanisms were used to protect unauthorized access.	n.a.
Development and testing	State how the survey was developed, including whether the usability and technical functionality of the electronic questionnaire had been tested before fielding the questionnaire	7
Open survey versus closed survey	An “open survey” is a survey open for each visitor of a site, while a closed survey is only open to a sample which the investigator knows (password-protected survey).	7
Contact mode	Indicate whether or not the initial contact with the potential participants was made on the Internet. (Investigators may also send out questionnaires by mail and allow for Web-based data entry.)	7
Advertising the survey	How/where was the survey announced or advertised? Some examples are offline media (newspapers), or online (mailing lists – If yes, which ones?) or banner ads (Where were these banner ads posted and what did they look like?). It is important to know the wording of the announcement as it will heavily influence who chooses to participate. Ideally the survey announcement should be published as an appendix.	7
Web/E-mail	State the type of e-survey (eg, one posted on a Web site, or one sent out through e-mail). If it is an e-mail survey, were the responses entered manually into a database, or was there an automatic method for capturing responses?	8
Context	Describe the Web site (for mailing list/newsgroup) in which the survey was posted. What is the Web site about, who is visiting it, what are visitors normally looking for? Discuss to what degree the content of the Web site could pre-select the sample or influence the results. For example, a survey about vaccination on a anti-immunization Web site will have different results from a Web survey conducted on a government Web site	8
Mandatory/voluntary	Was it a mandatory survey to be filled in by every visitor who wanted to enter the Web site, or was it a voluntary survey?	8
Incentives	Were any incentives offered (eg, monetary, prizes, or non-monetary incentives such as an offer to provide the survey results)?	8
Time/Date	In what timeframe were the data collected?	8
Randomization of items or questionnaires	To prevent biases items can be randomized or alternated	n.a.

Adaptive questioning	Use adaptive questioning (certain items, or only conditionally displayed based on responses to other items) to reduce number and complexity of the questions.	n.a.
Number of Items	What was the number of questionnaire items per page? The number of items is an important factor for the completion rate	8
Number of screens (pages)	Over how many pages was the questionnaire distributed? The number of items is an important factor for the completion rate.	8
Completeness check	It is technically possible to do consistency or completeness checks before the questionnaire is submitted. Was this done, and if “yes”, how (usually JavaScript)? An alternative is to check for completeness after the questionnaire has been submitted (and highlight mandatory items). If this has been done, it should be reported. All items should provide a non-response option such as “not applicable” or “rather not say”, and selection of one response option should be enforced.	n.a.
Review step	State whether respondents were able to review and change their answers (eg, through a Back button or a Review step which displays a summary of the responses and asks the respondents if they are correct).	8
Unique site visitor	If you provide view rates or participation rates, you need to define how you determined a unique visitor. There are different techniques available, based on IP addresses or cookies or both.	n.a.
View rate (Ratio of unique survey visitors/unique site visitors)	Requires counting unique visitors to the first page of the survey, divided by the number of unique site visitors (not page views!). It is not unusual to have view rates of less than 0.1 % if the survey is voluntary.	n.a.
Participation rate (Ratio of unique visitors who agreed to participate/unique first survey page visitors)	Count the unique number of people who filled in the first survey page (or agreed to participate, for example by checking a checkbox), divided by visitors who visit the first page of the survey (or the informed consents page, if present). This can also be called “recruitment” rate.	11
Completion rate (Ratio of users who finished the survey/users who agreed to participate)	The number of people submitting the last questionnaire page, divided by the number of people who agreed to participate (or submitted the first survey page). This is only relevant if there is a separate “informed consent” page or if the survey goes over several pages. This is a measure for attrition. Note that “completion” can involve leaving questionnaire items blank. This is not a measure for how completely questionnaires were filled in. (If you need a measure for this, use the word “completeness rate”.)	11
Cookies used	Indicate whether cookies were used to assign a unique user identifier to each client computer. If so, mention the page on which the cookie was set and read, and how long the cookie was valid. Were duplicate entries avoided by preventing users access to the survey twice; or were duplicate database entries having the same user ID eliminated before analysis? In the latter case, which entries were kept for analysis (eg, the first entry or the most recent)?	8
IP check	Indicate whether the IP address of the client computer was used to identify potential duplicate entries from the same user. If so, mention the period of time for which no two entries from	8

	the same IP address were allowed (eg, 24 hours). Were duplicate entries avoided by preventing users with the same IP address access to the survey twice; or were duplicate database entries having the same IP address within a given period of time eliminated before analysis? If the latter, which entries were kept for analysis (eg, the first entry or the most recent)?	
Log file analysis	Indicate whether other techniques to analyze the log file for identification of multiple entries were used. If so, please describe	8
Registration	In "closed" (non-open) surveys, users need to login first and it is easier to prevent duplicate entries from the same user. Describe how this was done. For example, was the survey never displayed a second time once the user had filled it in, or was the username stored together with the survey results and later eliminated? If the latter, which entries were kept for analysis (eg, the first entry or the most recent)?	8
Handling of incomplete questionnaires	Were only completed questionnaires analyzed? Were questionnaires which terminated early (where, for example, users did not go through all questionnaire pages) also analyzed?	7
Questionnaires submitted with an atypical timestamp	Some investigators may measure the time people needed to fill in a questionnaire and exclude questionnaires that were submitted too soon. Specify the timeframe that was used as a cut-off point, and describe how this point was determined.	11
Statistical correction	Indicate whether any methods such as weighting of items or propensity scores have been used to adjust for the non-representative sample; if so, please describe the methods.	11

n/a not applicable

Reference E1: Eysenbach G. Improving the quality of Web surveys: the Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). J Med Internet Res 2004;6(3):e34.