

UNIVERSITETET
I OSLO

Masteroppgave

Sykepleieres identifisering av delirium hos eldre på sykehus

- en integrativ litteraturstudie

Nicole Øiestad

GERSYK4500 – masteroppgave i avansert geriatrisk sykepleie
30 studiepoeng

Institutt for helse og samfunn, Avdeling for folkehelsevitenskap
Universitetet i Oslo. Det medisinske fakultetet



Tittelside til sykepleien forskning:

Tittel:

Sykepleieres identifisering av delirium hos eldre på sykehus – en integrativ studie

Nicole Øiestad, mastergradsstudent i avansert geriatrisk sykepleie

Sykepleier på Skedsmotun BBS, post 2 korttidsavdeling

E-post adresse: n.r.oiestad@studmed.uio.no

Antall tegn 7904

Antall ord: 3013

Antall figurer: 1

Antall tabeller: 4

Antall vedlegg: 1



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for
folkehelsevitenskap.
Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Nicole Øiestad	Dato: 15 mai 2023
Tittel og undertittel: Sykepleieres identifisering av delirium hos eldre på sykehus- en integrativ litteraturstudie	
Sammendrag: <p>Formål: belyse hvordan sykepleiere identifiserer delirium hos eldre på sykehus og beskrive utfordringer ved identifisering av delirium.</p> <p>Bakgrunn: av eldre som blir innlagt på sykehus, rammes 30-60% av delirium. Eldres komplekse sykdommer gjør det utfordrende for sykepleieren å identifisere delirium og gi riktig behandling i tide. Delirium kan vare i flere uker og uoppdaget kan det få fatale konsekvenser. Derfor er det en nødvendighet å rette fokus på delirium og øke kunnskapen hos sykepleiere for å raskere identifisere delirium.</p> <p>Metode: dette er en integrativ litteraturgjennomgang inspirert av Whittemore & Knafel sin metode. Det ble gjennomført en litteraturstudie ved å gå systematisk igjennom eksisterende forskning i databasene Cinahl og Pubmed.</p> <p>Resultat: 411 studier ble identifisert i søket hvorav 8 ble inkludert i litteraturgjennomgangen. Analysen viste tre hovedmønstre i materialet. Det første mønsteret var sykepleierne som identifiserer delirium ved bruk av kartleggingsverktøy. Det andre mønsteret var sykepleierne som etablerer kognitiv status hos pasienten ved bruk av pårørende, eller med bruk av to ulike kognitive screeningverktøy, før sykepleieren kartla pasienten for delirium ved bruk av kartleggingsverktøy. I det tredje mønsteret screenet sykepleierne risikofaktorer for utvikling av delirium hos eldre over 65 år, før de benyttet kartlegging kun hos de som hadde indikert risiko for delirium. Utfordringer ved identifisering av delirium var at sykepleierne bruker klinisk erfaring framfor kartleggingsverktøy.</p> <p>Konklusjon: sykepleieres identifisering av delirium kan kategoriseres i tre ulike mønstre. Å identifisere delirium vil forkorte tiden på sykehuset, og bedre pasientenes behandlingsopplegg i forhold til komplikasjoner ved delirium. Screening av risikofaktorer ved delirium hos pasienter over 65 år fremstår mer kostnads- og tidseffektiv enn bruk av kartlegging for delirium hos eldre. Kartleggingsverktøy som blir systematisk dokumentert, viser en bedre tverrfaglig praksis og vil bidra til en bedre helhetlig pleie med riktig behandling.</p>	
Nøkkelord: Eldre, sykepleier, sykehus, kartleggingsverktøy, delirium	



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for
folkehelsevitenskap.
Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Name: Nicole Øiestad	Date: 15 May 2023
Title and subtitle: Nurses' identification of delirium in elderly patients at hospitals- a integrative review	
Abstract: Purpose: To elucidate how nurses identify delirium and the difficulties faced when identifying delirium. Background: Of the elderly patients admitted to hospitals, 30-60 percent affected with delirium have complex medical illnesses, making it challenging for nurses to quickly identify delirium and give the appropriate treatment in time. Delirium can last several weeks and, gone undetected, it can have fatal consequences. Hence, it is essential to raise awareness on this topic, as well as strengthen nurses' knowledge in order to identify delirium more effectively. Method: The method used is an integrative literature review inspired by Whittmore & Knafl's methodology. A literature review was conducted to systematically go through existing research in the Cinahl and Pubmed databases. Results: Initially, 411 studies were identified whereas 8 studies were chosen to answer the thesis question. The analysis identified 3 main findings; (1) nurses identify delirium by the use of assessment tools, (2) nurses establish patients' cognitive status, using information from relatives, or with the help of two different assessment tools before screening the patient for delirium using assessment tools, (3) nurses screen patients for risk factors for developing delirium in elderly over the age of 65, before using assessment tools to only screen patients who present a risk of developing delirium. Challenges identifying delirium include nurses using their clinical experience rather than assessment tools. Conclusion: This study highlights three main findings in how nurses identify delirium in patients admitted to hospitals. Identifying delirium will lead to shorter time spent in the hospital and it will better the patients' treatment when it comes to complications caused by delirium. Screening risk factors for developing delirium in patients over the age of 65 seems to be more cost- and time efficient than using assessment tools for delirium in all elderly patients. Studies show that the correct use of assessment tools for identifying delirium leads to a better interdisciplinary nursing practice and will contribute to a better holistic care with the correct treatment.	
Key words: elderly, nurse, hospitals, assessment tools, delirium	

Sammendrag:

Bakgrunn: av eldre som blir innlagt på sykehus, rammes 30-60% av delirium. Eldres komplekse sykdommer gjør det utfordrende for sykepleieren å identifisere delirium og gi riktig behandling i tide. Delirium kan vare i flere uker og uoppdaget kan det få fatale konsekvenser. Derfor er det en nødvendighet å rette fokus på delirium og øke kunnskapen hos sykepleiere for å raskere identifisere delirium.

Hensikt: belyse hvordan sykepleiere identifiserer delirium hos eldre på sykehus og beskrive utfordringer ved identifisering av delirium.

Metode: dette er en integrativ litteraturgjennomgang inspirert av Whitemore & Knafl sin metode. Det ble gjennomført en litteraturstudie ved å gå systematisk igjennom eksisterende forskning i databasene Cinahl og Pubmed.

Resultat: 411 studier ble identifisert i søket hvorav 8 ble inkludert i litteraturgjennomgangen. Analysen viste tre hovedmønstre i materialet. Det første mønsteret var sykepleierne som identifiserer delirium ved bruk av kartleggingsverktøy. Det andre mønsteret var sykepleierne som etablerer kognitiv status hos pasienten ved bruk av pårørende, eller med bruk av ulike kognitiv screeningverktøy, før sykepleieren kartla pasienten for delirium ved bruk av kartleggingsverktøy. I det tredje mønsteret screenet sykepleierne risikofaktorer for utvikling av delirium hos eldre over 65 år, før de benyttet kartlegging kun hos de som hadde indikert risiko for delirium. Utfordringer ved identifisering av delirium var at sykepleierne bruker klinisk erfaring framfor kartleggingsverktøy.

Konklusjon: sykepleieres identifisering av delirium kan kategoriseres i tre ulike mønstre. Å identifisere delirium vil forkorte tiden på sykehuset, og bedre pasientenes behandlingsopplegg i forhold til komplikasjoner ved delirium. Screening av risikofaktorer ved delirium hos pasienter over 65 år fremstår mer kostnads- og tidseffektiv enn bruk av kartlegging for delirium hos eldre. Kartleggingsverktøy som blir systematisk dokumentert, viser en bedre tverrfaglig praksis og vil bidra til en bedre helhetlig pleie med riktig behandling.

Nøkkelord: Eldre, sykepleier, kartleggingsverktøy, delirium, integrativ litteraturstudie

Forord

Jeg vil takke min veileder Line Kildal Bragstad som har veiledet, motivert og gitt meg konstruktive tilbakemeldinger i bistand med Astrid Letnes.

Jeg vil også takke mine medstudenter for et godt samarbeid i løpet av de fire årene. Jeg er evig glad for telefonsamtaler og meldinger som har oppklart frustrasjoner underveis.

Det har vært lærerikt, nyttig, utfordrende og spennende takket være gode forelesere.

Jeg må takke min arbeidsplass Lillestrøm kommune som har gitt meg muligheten til å kunne ta denne mastergraden ved å tilrettelegge og lytte til mitt engasjement underveis.

Ikke minst en stor takk til familie og venner som har støttet meg underveis, gitt meg oppmuntrende ord, gode samtaler, middager og avlastet meg med barnepass så jeg kunne fullføre denne masteren.

Nicole Øiestad

15 mai 2023

Innholdsfortegnelse

1	Innledning:	1
1.1	Hensikt.....	1
2	Metode	1
2.1	Valg av metode	1
2.2	Whittemore & Knafl 5 faser	2
2.3	Søkestrategi.....	3
2.4	Litteratursøk.....	4
2.5	Utvelgelse av studier	4
2.6	Analyse av data	4
2.7	Etiske overveielser:	5
3	Resultater	5
3.1	Identifiseringsmønster	6
3.2	Utfordringer	6
4	Diskusjon	8
4.1	Studiens styrker og svakheter	9
5	Konklusjon.....	9
6	Litteraturliste.....	10
7	Tabeller og figur.....	13
7.1.	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	13
7.2	Flow diagram	14
7.3	Forklaring av verktøy benyttet i tekst.....	15
7.4	Oppsummering av analyse.....	16
7.5	Litteraturmatrise.....	17
8	Vedlegg.....	21
	Forfatterveiledning sykepleien forskning:	21

Oversikt over hvor tabeller og figur ville vært plassert i teksten

Tabell 1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	4
Tabell 2 Forklaring av verktøy benyttet i tekst	5
Tabell 3 Oppsummering av analysen	5
Tabell 4. Litteraturmatrise	17
Figur 1. Flow Diagram of integrative review (adapted from PRISMA) (Page MJ, 2015).....	4

1 Innledning:

Mange eldre som blir innlagt på sykehus blir rammet av delirium, Evensen (1) peker til at 30-60% rammes av denne lidelsen. Delirium blir gjerne omtalt som akutt forvirring. De vanlige symptomene på delirium er motorisk uro som vandring, utagerende atferd, vrangforestillinger som mistolkning eller som kan ses som både syns og/ eller hørselshallusinasjon, andre symptomer kan være nedsatt bevissthet og nedsatt oppmerksomhet (2). Det er imidlertid enklere å stille diagnose for pasienter som lider av hyperdelirium, da de ofte har symptomer som motorisk uro, vrangforestillinger og søvnløshet (1). De som har hypodelirium er vanskeligere å fange opp, da de har symptomer som nedsatt oppmerksomhet, døsig, nedsatt bevissthet og treg motorikk (1). Utløsende årsaker til delirium kan være hjerneslag, hjerteinfarkt, infeksjon som urinveisinfeksjon, lungebetennelse eller sepsis, effekten av operasjon og/ eller narkose, dehydrering, akutt skade fra fall, plager med avføring som obstipasjon eller vannlatning som retensjon, abstinenser etter å ha sluttet med medikamenter, eller overdose av medikamenter (2). Alkoholdelirium kan bli utløst av at pasienten har sluttet med alkohol (3). Delirium kan vare i flere uker, hvis den eldre pasienten ikke får behandling. Forhøyet mortalitet kan være en mulig konsekvens av dette (4).

I St. Melding nr. 15 «Leve hele livet» belyses at det beste for pasienten er å få behandling der pasienten er, og unngå unødvendig flytting fra sykehjem eller hjem til sykehus, da det kan skape økt utrygghet og forvirring for pasienten (5). Flere eldre blir reinnlagt på sykehus, noe som kunne vært forebygget med riktige tiltak innen behandling og oppfølging. Andelen av eldre med sammensatte lidelser øker og krever ressurskrevende tjenester (5). Økt fokus på delirium og økt kunnskap om bruk av vurderingsverktøy hos sykepleiere for å raskere identifisere delirium er en nødvendighet (6).

1.1 Hensikt

Hensikten med denne studien er å belyse hvordan sykepleiere identifiserer delirium hos eldre pasienter på sengepost eller på akuttmottaket på sykehus, og beskrive utfordringer sykepleiere møter ved identifisering av delirium hos eldre.

2 Metode

2.1 Valg av metode

Metoden som er benyttet er integrativ litteraturgjennomgang inspirert av Whitemore & Knafelz sin metode (7). Dette ble valgt for å kunne gå systematisk igjennom eksisterende forskning

om identifisering av delirium hos eldre på sykehus ved å utføre systematiske søk (4). Integrativ litteraturgjennomgang ble benyttet for å belyse sykepleieres praksis innen identifisering av delirium og for å kunne bidra til å underbygge en kunnskapsbasert praksis i fem steg (8). PRISMA- retningslinjene for rapportering av funnene er benyttet i denne studien (9). Studien inkluderer både kvalitative og kvantitative studier for å gi en bredere innsikt. Grå litteratur har også blitt benyttet. I integrativ litteraturgjennomgang kan man beholde alle studier uavhengig av kvaliteten så lenge de oppfyller inklusjonskriterier, men ved å utføre en kvalitetsvurdering av studiene med sjekklister, kan kvaliteten på studien bli bedre. Man kan enten bruke individuelle sjekklister eller den som er benyttet i denne studien, som kan brukes når det er brukt ulike studier (8, 10). Det er benyttet ulike type studier, både forskningsbaserte som for eksempel tverrsnittstudier, systematisk litteraturstudie, prospektivstudie og det er brukt grå litteratur som viser retningslinjer i Norge for å vise til en sykepleiepraksis på fagområder i Norge. I dette tilfelle er tematikken hvordan sykepleiere identifiserer delirium hos eldre på sykehus på sengepost og akuttmottaket. Dette ble gjort for å kunne sammenligne og skape en ny helhet fra funnene, og undersøke hva som er felles på en strukturert metode (7), noe som vil bidra til å belyse hvilken praksis som er utført av sykepleierne når de skal identifisere delirium og deretter vise til en kunnskapsbasert praksis som bør benyttes eller videreutvikles.

2.2 Whittemore & Knafl 5 faser

Integrativ litteraturgjennomgang i følgende 5 faser ble benyttet i artikkelen.

1. Problemstilling: å belyse sykepleieres metode for identifisering av delirium hos eldre som er innlagt på sengepost og akuttmottak på sykehuset og beskrive utfordringer sykepleiere møter ved identifisering av delirium hos eldre.
2. Litteratursøk: utført ved hjelp av bibliotekar som anbefalt av Whittemore & Knafl. Bibliotekar bisto med å finne en søkestrategi med de søkeordene som best kunne besvare forskningsspørsmålet ut fra databaser innenfor sykepleiefaget. Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier ble utformet for å konkretisere søkene og få de riktige treffene for å kunne besvare problemstillingen.
3. Dataevaluering: ble gjort ved bruk av covidence for utvelgelse av studiene. Duplikater fjernet alle studiene som var dobbelt. Overskrifter og abstrakt ble lest i første omgang

og alle de som ikke berørte eller besvarte forskningsspørsmålet ble fjernet. Deretter ble studiene lest i fulltekst. De studiene som ble inkludert ble evaluert kvaliteten på ved bruk av sjekkliste Mixed methods appraisal, da integrativ litteraturgjennomgang inneholder både kvalitativ og kvantitative studier (8, 10).

4. Dataanalysen: underveis som studiene ble lest i fulltekst, ble det utformet en tabell 3 som viser til en oppsummering av analysen som viser til fellestrekk, identifiseringsmetoder og utfordringer. Tabell 4 ble utformet med resultatene etter analysen.
5. Presentasjon av funn: etter at analysen var ferdig, så ble det utformet en tabell med oppsummering fra resultatene fra studiene, deretter en diskusjon og avslutningsvis en konklusjon. Formidling av funnene utføres ved å skrive en masteroppgave (7, 8).

2.3 Søkestrategi

I tråd med Whittmore & Knafl anbefalinger ble søkestrategien utviklet i samarbeid med bibliotekar (7). Bibliotekaren som ble kontaktet bistod med å finne relevante databaser og søkestrategier i forhold til å kunne besvare problemstillingen i september og oktober 2022. Databasene som ble benyttet til å utføre systematiske søk var Cinahl og Pudmed. I tillegg ble det utført et nettsøk for å vise til norsk aspekt innen identifisering av delirium hos sykepleierne, fra en norsk sykepleie fagside.

Det er benyttet PCC for å skape en tydelig og presis tittel på oppgaven som gir leseren informasjon om tematikken. PCC står for population som handler om hvem, i denne oppgaven er det sykepleierne. Concept som er intervensjonen, altså identifiseringsmetode av delirium hos eldre og context som er hvor dette skal foregå, som er på sengepost eller akuttmottak på sykehus (11).

PCC:

P: Populasjon: sykepleiere

C. Concept: identifiseringsmetoder av delirium hos eldre

C. Context: sengepost eller akuttmottak på sykehus

Tabell 1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

2.4 Litteratursøk

Dette er søkeordene som ble brukt under søk av studier på to databaser Cinahl og Pudmed i tillegg som det ble utført et nettsøk.

Søkeord Cinahl: (nurse or nurses or nursing) AND delirium AND hospital AND (elderly or aged or older or elder or geriatric) AND identify- Tidsrom: 2012-2022 alder: 65 år Språk: dansk, svensk, engelsk, norsk og spansk- 81 treff- 28.11.22

Søkeord Pudmed: (((elderly) AND (nursing OR nurses)) AND (hospital)) AND (identify)) AND (delirium) Tidsrom: 2012-2022 alder: 65 år Språk: dansk, svensk, engelsk, norsk og spansk- 329 treff 26/9-22

Søkeord nettsøk: Sykepleieren identifiserer delirium 4AT. Treff 610 28/03-23

2.5 Utvelgelse av studier

Covidence ble benyttet som verktøy for sortering av artikler, se figur 1. Søket ga totalt 410 treff med de søkeordene som er beskrevet over. Det ble brukt ulike søkeord, utfra hvilken database som ble brukt for å kunne finne de riktige studiene til å besvare formålet. Covidence fjernet 65 duplikater. Abstraktet i 345 artikler ble screenet opp mot problemstillingen og vurdert i henhold til inklusjons- og eksklusjonskriteriene fra Tabell 1. Deretter ble studiene sortert i to grupper: ja og nei. Da gjensto det 59 artikler, som ble lest i fulltekst. Etter å ha lest de 59 artiklene i fulltekst, ble 7 artikler inkludert i studien. 52 artikler ble ekskludert fordi de ikke besvarte problemstillingen eller/og utfra ekskluderingskriterer, som for eksempel feil pasientgruppe. Siden ingen av de 7 artiklene inneholdt kartleggingsverktøyet 4AT som er relevant for kartlegging av delirium hos eldre i Norge, ble det utført et separat nettsøk. Det ble utført et nettsøk med søkeord «sykepleieren identifiserer delirium 4AT» som viste 610 treff. Det var kun behov for en artikkel for å vise til norsk aspekt innen identifisering av delirium hos sykepleierne ved bruk av 4AT i Norge. Det ble plukket ut en artikkel fra Norsk sykepleie forbund i faggruppen demens og geriatri, hvor ett artikkel ble inkludert i studien for å vise til norske forhold i identifisering av delirium hos eldre på sykehus ved bruk av 4AT(12).

Figur 1. Flow Diagram of integrative review (adapted from PRISMA) (Page MJ, 2015)

2.6 Analyse av data

Av 410 studier ble 7 studier inkludert, i tillegg til en studie utfra inklusjons- og eksklusjonskriterier, se tabell 1. Studiene ble lest i fulltekst for å få et helhetsinntrykk av

innholdet, samtidig som det ble identifisert stikkord og lengre setninger med et konsentrat av tema som ble utfylt i tabell 3. Det ble utformet en litteratormatrise i tabell 4 som inneholdt forfatter, land og år, type design, populasjon, identifiseringsmetode og resultat som ble fylt ut underveis, mens studiene ble lest (7, 13). Innholdet i studiene ble lest gjentatte ganger for å få fram essensen i hva sykepleierne gjorde i praksis for å identifisere delirium hos eldre, og hva slags utfordringer sykepleierne opplevde ved identifisering av delirium. Det som ikke var relevant i teksten ble ikke tatt med videre i studien (12). Det ble utført en kvalitetsvurdering av de 8 inkluderte studiene ved bruk av sjekklister (10).

Studiene viser at det ble brukt ulike identifiseringsmønstre og utfra det ble det utarbeidet kategorier i identifiseringsmetoder som ble benyttet hos sykepleierne, se tabell 3. Identifiseringsmetoder var en av hovedkategoriene som ble delt inn i to underkategorigrupper utfra om identifiseringen ble brukt på sengepost eller på akuttmottaket. Den andre hovedkategorien var screeningsverktøy i forhold til identifisering av kognitiv status. Underveis i litteratormatriseutfyllingen ble det påpekt at det var fellestrekk i studiene som viste ulike mønstre og utfordringer ved identifisering av delirium. Disse ble ført opp på hver sin hovedkategori i tabell. Se tabell 2 for beskrivelse av de ulike kartleggingsverktøyene som ble benyttet.

2.7 Ethiske overveielser:

Det er ikke nødvendig å søke godkjenning hos NSD med utgangspunkt i litteraturgjennomgang med integrativ litteraturstudie.

Tabell 2 Forklaring av verktøy benyttet i tekst

Tabell 3 Oppsummering av analysen

3 Resultater

I studien ble det inkludert 8 studier med ulike typer design som case studie, randomisert kontrollert studie, systematisk litteraturstudie, prospektivstudie, observasjonsstudie, databasert teoriutvikling, tverrsnittstudie, og kombinerte metoder som ble kvalitetsvurdert. Tidsrommet studiene ble utført er fra årene 2014-2021. Det var sykepleiere som benyttet ulike identifiseringsmetoder for å identifisere delirium hos eldre, se tabell 3. Analysen viste at identifisering av delirium kan kategoriseres i tre ulike mønstre i de inkluderte studiene.

Utfordringer knyttet til bruk av identifiseringsmetoder presenteres i forlengelsen av de tre mønstrene.

3.1 Identifiseringsmønster

Det første mønsteret henviser til i studie som hevder at sykepleierne starter identifiseringen av delirium ved bruk av kartleggingsverktøy som mRASS, CAM + ICDSC, CAM eller 4AT ved mistanke om delirium hos den eldre på sykehus (14-16). I det andre mønsteret identifiserer sykepleierne delirium ved å starte med å etablere en kognitiv status hos eldre på sykehus enten ved bruk av MMSE, Mini cog, DTS, gjennom samtaler med pårørende eller andre omsorgspersoner som kjenner pasienten. Deretter starter sykepleierne å kartlegge for delirium med bruk av CAM- ICU, CAM eller bCAM (17-19). Det tredje mønsteret identifiserer sykepleierne delirium med screening av risikofaktorer for delirium hos alle eldre over 65 år ved bruk av REDEEM, deretter benytter sykepleierne en to- stegs- tilnærming. Etter screening, kartla de med DTS og tilfeller med positiv skår, ble de eldre sin status kartlagt med bCAM for delirium. Denne metoden viste seg å være både tidseffektiv og kostnadseffektiv, ifølge studien (20). I studien til Hare M (21) har sykepleierne utarbeidet et skjema med risikofaktorer for delirium, slik som i studien nevnt ovenfor. Etter screening av de eldre pasientene som ble ansett for å være i risikogruppen for delirium, ble disse kartlagt for delirium ved bruk av CAM, før sykepleierne etablerte en kognitiv status ved bruk av MMSE. De benyttet et annet screeningsskjema for risikofaktor enn studien til Oliveira L. S (20) og de er derfor plassert under mønster tre, grunnet likt utgangspunkt i identifiseringsmetode.

3.2 Utfordringer

Studiene benyttet ulike kartleggingsverktøy i ulike rekkefølger for vurdering av delirium hos eldre, men metodene hadde likevel fellestrekk, se tabell 3 for oppsummering. Fellestrekene til studiene var blant annet at sykepleierne foretrakk å benytte erfaringer og det kliniske blikket, istedenfor å benytte kartleggingsverktøy, og da til tross for tilgjengelighet av kartleggingsverktøy i avdelingen (14, 16, 19). Studien til (19) viste til at sykepleierne bruker klinisk kunnskap og intuisjon ved identifisering av delirium når de så endringer i pasientens atferd. Andre sykepleiere benyttet familiemedlemmer eller konfererte med andre sykepleiere.

Sykepleierne har mangel på kunnskap om delirium, og spesielt hypodelirium. De manglet dessuten kunnskap om bruken av kartleggingsverktøy. Bruk av kartleggingsverktøy, med systematisk dokumentasjon, ville kunne bidra til bedre helhetlig pleie og forbedret behandling og viste til en bedre tverrfaglig praksis (16). Rice (19) viste til at sykepleierne som ikke

mestret å identifisere delirium, påstod at pasienten ikke hadde delirium fordi dette ikke ble påvist med CAM. Dette skjedde til tross for at annen dokumentasjon påviste hypodelirium. Underrapporterte tilfeller ville kunne forklares med at det er en vanlig tilstand hos eldre å være forvirret på grunn av medisinerings. Hare M (21) nevnte andre årsaker som fører til at sykepleierne ikke identifiserer delirium, der i blant manglende tid til å kunne utføre fullgod kartlegging av delirium. Studien viste at ved å identifisere og diagnostisere for delirium, ville en kunne forkorte tiden på sykehuset, og i tillegg bedre pasientenes behandlingsopplegg i forhold til komplikasjoner ved delirium. Dessuten ville det være kostnadseffektivt for sykehuset. Sykepleiere kvitte seg for å utføre kognitiv test, da det kan skape en ukomfortabel situasjon for pasienten og familien. Studien til Brooks P (18) at pasienter med risiko for delirium har lengre sykehusopphold, og høyere dødelighet. utfordringer ved identifisering av delirium er at sykepleierne bruker klinisk erfaring framfor kartleggingsverktøy. Sykepleierne har manglende kunnskap både om delirium, om bruken av kartleggingsverktøy og lite tid til disposisjon.

Tabell 4. Litteratormatrise

4 Diskusjon

Hensikten med studien har vært å belyse sykepleiernes identifiseringsmetoder når de skal identifisere delirium hos eldre på sykehus som ligger enten på sengepost eller akuttmottaket og vise til utfordringer ved identifiseringsmetoder. Ved bruk av integrativ metode kan man vise til ulik praksis hos sykepleierne ved identifisering av delirium hos eldre.

Det er tre ulike mønstre som blir benyttet når sykepleierne skal identifisere delirium hos eldre på sykehus og i flere av studiene viser de likhetstrekk i utfordringer. Bennett (17) påpeker at når eldre plutselig endrer sin mentale tilstand, bør delirium som kasus alltid kartlegges. Ved mistanke om delirium anbefaler helsedirektoratet at man skal utrede pasienter for delirium ved bruk av CAM eller 4AT (22).

Hare M (21) nevner at sykepleierne ikke har tid til å kartlegge pasienter for delirium på et akuttmottak med flere pasienter. Et av mønstrene viste at ved å kun screene risikofaktorer for delirium hos eldre over 65 år, så kunne man benytte kartleggingsverktøy som CAM på de som ga utslag på risikofaktorer, og dermed spare tid ved å ikke foreta grundig screene av alle for delirium, men kun de med risiko for delirium. Studien nevner at denne metoden er både tidseffektiv og kostnadseffektiv. I en studie gjort i Canada nevner de et annet effektiv og sensitiv screeningsverktøy for delirium RADAR. Den består av tre observasjonsspørsmål som tar i snitt 7 sekunder. Den utføres, mens sykepleieren deler ut medisiner. Sykepleieren observeres om pasienten er døsig, har problemer med å ta instruksjoner eller har trege bevegelser. Ved et positivt svar gir det indikasjon for videre kartlegging av delirium. Studien viser også til at den er lett å håndtere for sykepleierne (23). I Vestfold har de et prosjekt som har avdekket at kunnskap og bevissthet rundt delirium er et stort udekket behov hos helsepersonell. De har startet med å gi opplæring av 4AT til sykepleiere, leger, og ambulanspersonell så de kan være oppmerksomme på delirium allerede når pasienten er i ambulansen og dermed raskere kunne iverksette tiltak (24).

Et likhetstrekk fra studiene er at mange sykepleiere rapporterer at de foretrekker å bruke klinisk erfaringer når de identifiserer for delirium (17-20). Disse sykepleierne bruker således egne observasjoner og kliniske vurderinger, framfor å benytte systematiske kartleggingsverktøy, også under dokumentering av delirium. Dette skjer til tross for at studiene til Kirkholt G. M (16) viser at ved å bruke validerte kartleggingsverktøy så kan man identifisere delirium tidligere, og styrke systematiske observasjoner som deretter vil styrke en tverrfaglig kommunikasjon basert på dokumentasjon. Hun nevner at sykepleierne har

manglende kunnskap på den ene siden om delirium og dernest manglende kunnskap om hvordan de ulike kartleggingsverktøyene benyttes. Hun nevner at det burde vært økt fokus på delirium, og bruk av kartleggingsverktøy i sykepleierutdanningen. Samtidig burde det komme en anbefaling fra Helsedirektoratet om en felles metode for identifisering som skal kunne benyttes av alle, ifølge Kirkholt G. M (16). I studie til Gordon S. J (25) viser de til at utdanning alene er ikke tilstrekkelig for å øke kunnskapen om delirium hos sykepleie, men viser til undervisning og klinisk praksis ved sengeposten kan bidra til at sykepleierne føler seg tryggere på at de er i stand til å gjenkjenne delirium hos pasienter og bedre dokumentasjon.

4.1 Studiens styrker og svakheter

Styrker ved studien er kvaliteten på studiene som er inkludert er gått igjennom sjekklister for kvalitetsvurdering, noe som oftest er en svakhet med integrative studier. Svakheter er at studiens inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier er strenge og dermed er det blant annet flere yrkesgrupper innen helse som ikke blir med i studien som kunne vært relevant for å besvare problemstillingen og styrke den ytterligere. Studiene som er inkludert er sekundærkilder, dermed tolket av andre. Det er kun en forfatter og dermed er de inkluderte studiene kun vurdert av en person.

5 Konklusjon

Denne studien viser at ved systematisk bruk av kartleggingsverktøy som 4AT eller CAM som er anbefalt av Helsedirektoratet, vil en kunne identifisere delirium og gi en korrekt diagnose, og dermed kunne forkorte pasientens sykehusopphold, noe som i tillegg vil være kostnadseffektivt for sykehuset. En vil kunne bedre behandlingstilbudet for pasienten og forebygge ytterligere komplikasjoner, ved påvist delirium. Studier som benytter risikofaktorscreening for delirium fremstår som mer kostnads- og tidseffektivt ved at man videre kartlegger kun de som er i risikozonen for delirium. Dette kan være en metode som bør vurderes og videreutvikles til et validert screeningsinstrument som vil kunne brukes i praksis av sykepleiere på sykehus til eldre med mistanke om delirium. Dette innebærer bruk av felles retningslinjer, som Helsedirektoratet vil kunne implementere for identifisering av delirium hos eldre på sykehus. Systematisk dokumentasjon underbygger en bedre tverrfaglig praksis noe som vil kunne bidra til helhetlig pleie med riktig behandling.

6 Litteraturliste

1. Evensen SFT, Al-Fattal A, Groot C. D, Lønne G, Gjevjon E. R, et al. . Nytt verktøy for å oppdage delirium og kognitiv svikt. Tidsskriftet-Den norske legeförening. 2016:299-300.
2. Aldring og helse Ns. Delirium- Akutt forvirring Oslo: Aldring og helse; udatert [Available from: <https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling-og-oppfolging/medisinsk-og-helsefaglig-oppfolging-pa-sykehjem/delirium-akutt-forvirring/>.
3. Naalsund P LTL, Smith I. E, Hunskaar I, Espeland T, Kvamme K.S, et al. Delirium- Forebygging, diagnostikk og behandling. Legeföreningen 2021.
4. Martinsson G. Teori og praksis. Delirium - en svøpe for sykehjemsbeboere? Tidsskrift for omsorgsforskning. 2016;2(3):260-3.
5. Omsorgsdepartementet H-o. Leve hele livet- En kvalitetsreform for eldre. Oslo: Departementet; 2017-2018. Report No.: Meld. St. 15.
6. Vassbø T. K EG. Uro og uklarhet – Sykepleieres erfaringer med delirium i møte med gamle med brudd. Nordisk sygeplejeforskning. 2011;1(2):129-42.
7. Whittmore R KK. The integrative review: updated methodology. Journal of Advanced Nursing. 2005;52(5):546-53.
8. Oermann M. H KKA. Strategies for completing a successful integrative review. Nurse Author & Editor. 2021;31(3-4):65-8.
9. Page M. J MJE, Bossuyt P. M, Boutron I, Hoffmann T. C, Mulrow C. D, et al. . The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ; 2021; 2015 [Available from: <http://www.prisma-statement.org/>.
10. Hong N.Q PP, Fabregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, et al. . Mixed methods appraisal tool (MMAT) version 2018 Canada: PBworks; 2018 [Available from: http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/attach/127916259/MMAT_2018_criteria-manual_2018-08-01_ENG.pdf.
11. Peters M GC, Mclnerney P, Soares C, Khalil H, Parker D The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 Australia: The Joanna Briggs Institute; 2015 [Available from: <https://reben.com.br/revista/wp-content/uploads/2020/10/Scoping.pdf>.
12. Covidence. Better systematic review management 2014 [Available from: www.covidence.org.
13. A L. Å lese forskningsartikler Oslo: Sykepleien Forskning; 2009 [Available from: <https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-52923.pdf>.
14. Hussein M HS. Tracking the footsteps: a constructivist grounded theory of the clinical reasoning processes that registered nurses use to recognise delirium. J Clin Nurs. 2016;25(3-4):381-91.
15. Grossmann F. F HW, Kressig R. W, Bingisser R, Nickel C. H. Performance of the modified Richmond Agitation Sedation Scale in identifying delirium in older ED patients. Am J Emerg Med. 2017;35(9):1324-6.
16. Kirkholt G. M L-OE. Sykepleiers rolle i identifisering av delirium hos eldre pasienter innlagt på sykehus. Geriatrisk Sykepleie. 2019;2:15-21.
17. Bennett C. Identifying delirium in older adults with pre-existing mental illness. Nurse Pract. 2017;42(6):39-44.
18. Brooks P SJJ, Dick K, Stuart-Shor E Developing a Strategy to Identify and Treat Older Patients With Postoperative Delirium. AORN Journal. 2014;99(2):256-76.
19. Rice KL, Bennett, M. J, Clesi, T, Linville, L. Mixed-methods approach to understanding nurses' clinical reasoning in recognizing delirium in hospitalized older adults. J Contin Educ Nurs. 2014;45(3):136-48.

20. Oliveira L. S SJA, Jeffery M. M, Mullan A. F, Bower, S. M, Campbell R. L, et al. Recognizing delirium in geriatric emergency medicine: The REDEEM risk stratification score. *Acad Emerg Med.* 2022;29(4):476-85.
21. Hare M AG, Wynaden D, Leslie G Nurse screening for delirium in older patients attending the emergency department. *Psychosomatics.* 2014;55(3):235-42.
22. Helsedirektoratet. Delirium. Oslo: Helsedirektoratet; 2019. Contract No.: 22.03.
23. Voyer P. C DN, Landreville J MP, Monette J, Savoie J ea. Recognizing acute delirium as part of your routine [RADAR]: a validation study. *BMC Nursing.* 2015;14(1):19.
24. Saga E HMS. Delirium er mer enn fyllerør. 2020.
25. Gordon S. J DKM, Nannini A, Lakatos B Bedside coaching to improve nurses' recognition of delirium. *Gale Academic onefile* 2013;45.

Hva studien tilfører av ny kunnskap

- Tre ulike mønster benyttes ved identifisering av delirium hos eldre
- Ved å screene av risikofaktorer hos eldre over 65 år og kun kartlegge de med indikasjon for mulig delirium, framstår som mer kostnadseffektiv og tidseffektiv
- Viser til flere kartleggingsverktøy, screeningsverktøy og risikofaktorskjema

7 Tabeller og figur

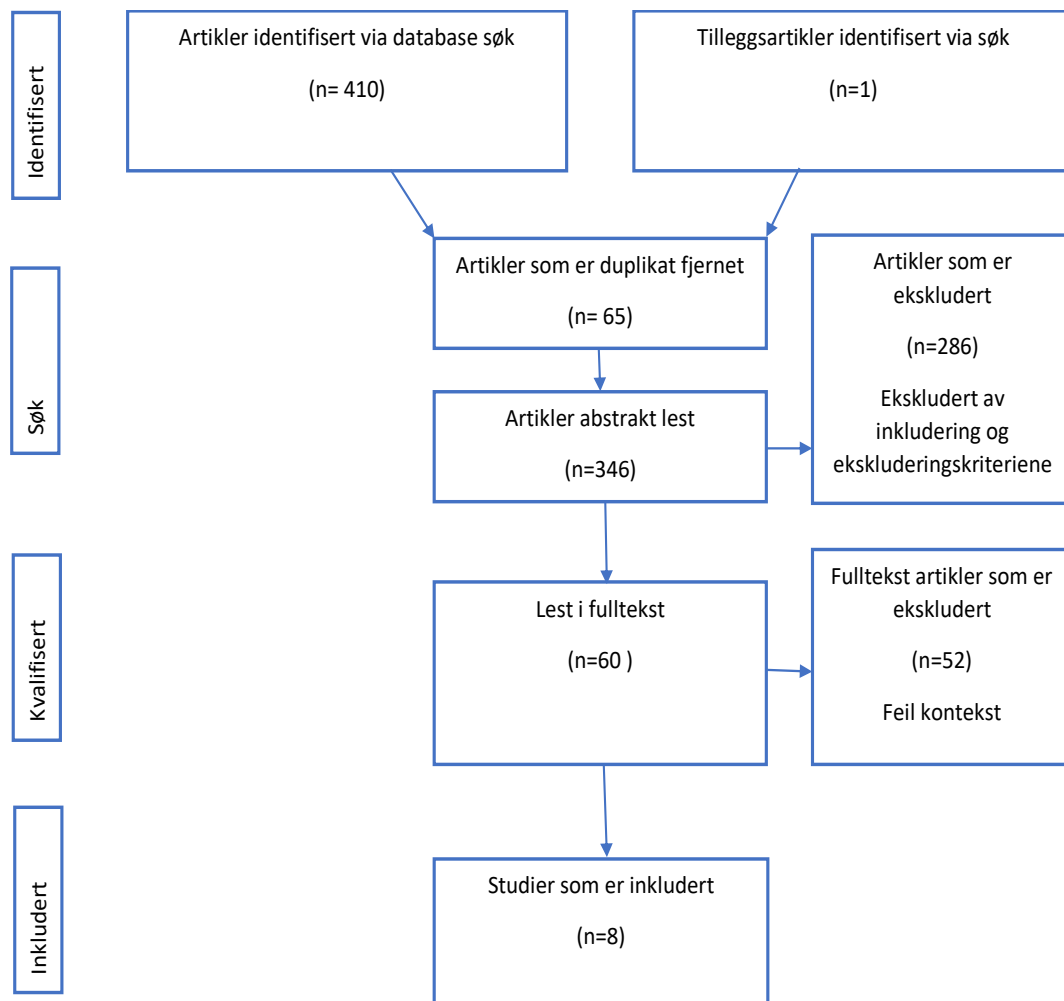
7.1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Tabell 1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Delirium	Artikler som diskuterer effekten av ulike behandlinger i forkant av delirium
Identifisering	Artikler som diskuterer intervensjon i forkant av delirium
Sykepleier/e	Annet helsepersonell som ikke er sykepleier
Eldre 65 år	Yngre enn 65 år
Inneliggende på sykehus Inneliggende på akutt mottak	Sykehjem Hospice Hjemmeboende Intensiv avdeling
Språk: engelsk, norsk, spansk, svensk, og dansk ^a	Andre språk enn de nevnte
Publisert mellom 2012-2022	Publisert før 2012
^a Språk som er valgt ut for egen forståelse	

7.2 Flow diagram

Figur 1. Flow Diagram of integrative review (adapted from PRISMA) (Page MJ, 2015)



7.3 Forklaring av verktøy benyttet i tekst

Tabell 2 Forklaring av verktøy benyttet i tekst

Delirium verktøy	Innhold
4AT- screening for delirium og kognitiv svikt	4 punkter- 1. årvåkenhet, 2. orientering, 3. oppmerksomhet, 4. akutt endring eller fluktuasjon
CAM- Confusion assessment method	4. punkter- 1. akutt endring, 2. oppmerksomhet, 3. logisk tankegang, 4. årvåkenhet
bCAM- Brief confusion assessment method	4 punkter- 1. akutt endring eller fluktuasjon, 2. oppmerksomhet, 3. årvåkenhet, 4. logisk tankegang
CAM ICU- Confusion assessment method intensive care unit	4 punkter- 1. akutt endring eller fluktuasjon, 2. oppmerksomhet, 3. årvåkenhet, 4. logisk tankegang
ICDSC- Intensive Care Delirium Screening Checklist Worksheet	8 punkter- 1. årvåkenhet, 2. oppmerksomhet, 3. orientering, 4. hallusinasjoner, vrangforestillinger, 5. hyper/hypo motorisk, 6. atferd, 7. sov- våken syklus forstyrrelser, 8. fluktuasjon
mRASS- Modified richmond agitation sedation scale	3 punkter- 1. observasjon, 2. respondere på tiltale, 3. smertestimulering ved ikke respons på punkt 2. Gradering på de tre punktene. +4 til -5.
DTS Delirium triage screen	2 punkter- 1. årvåkenhet, 2. oppmerksomhet
Risikofaktorer	Innhold
REEDEEM - Recognizing delirium in emergency medicine	10 forskjellige faktorer (7 faktorer basert fra triage informasjon og 3 faktorer som tas i tidlig anamnese)
Risk Factor	14 Risiko faktorer (>3 medisin, avvik på blodtrykk, puls, temperatur, SaO2, ADL, syn/hørselhemmet, alder over 80 år, kjønn, røyker, alkohol, kognitiv, depresjon, brudd, hjertesyk
Kognitiv status	Innhold
MMSE	10 punkter- 1. orientering, 2. umiddelbar gjenkalling, 3. hoderegning og obligatorisk distraksjonsoppgave, 4. utsatt gjenkalling, 5. benevning, 6. frase repetisjon, 7. 3 ledd muntlig kommando, 8. skriftlig kommando, 9. skriftlig setningsformulering, 10. figurkopiering
Mini Cog	3 punkt. 1. registrering av tre ord, 2. klokketest, 3. repetisjon av tre ord

7.4 Oppsummering av analyse

Tabell 3 Oppsummering av analysen

	Sengepost	Akuttmottak
1. Identifiseringsmetoder for delirium	CAM CAM + ICDSC 4AT mRASS Familiemedlemmer Klinisk erfaring hos sykepleieren	CAM-ICU DTS + bCAM Risk faktor + CAM REDEEM
2. Screening verktøy for Kognitiv status	Mini Cog MMSE	MMSE
Identifiseringsmønster	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sykepleierne starter identifiseringen av delirium ved bruk av kartleggingsverktøy 2. Sykepleiere starter med å screene pasientens mentale status ift kognitiv funksjon, før de kartlegger for delirium. 3. Sykepleierne screener for risikofaktorer ved delirium før de kartla for delirium hos de med positiv skår for delirium 	
Utfordringer	<p>Underrapportering av delirium- det er forventet at eldre er forvirret grunnet medisiner, og tilstanden de er i, andre sykepleiere skylder på at det er vanlig å bli forvirret grunnet kateter og andre inngrep hos eldre. De nevner svakheter ved bruk av mRASS og mange velger å ikke benytte kartleggingsverktøy, men istedenfor egne erfaringer, antakelser og kunnskap de innehar om identifisering av delirium.</p> <p>Manglende kunnskap om bruk av kartleggingsverktøy og manglende kunnskap om delirium er derfor et nøkkelproblem.</p> <p>Manglende tid til å utføre deliriumskartlegging forsterker problemet.</p>	

7.5 Litteratormatrise

Tabell 4. Litteratormatrise

Forfatter, år og land	Hensikt	Design	Populasjon	Identifiserings metode	Resultat
Courtney Bennett, 2017, USA	Identifisere delirium hos eldre med tidligere psykiske lidelser	Case studie	Eldre med tidligere psykiske lidelser, som for.eks Alzheimer, schizofreni	Bekreftet mental endring fra pårørende eller omsorgspersoner før man benytter CAM- ICU CAM	For å identifisere om pasienten har delirium må man kartlegge pasientens kognitive funksjon ved tilbakemelding fra familie, eller andre omsorgsperson. Ved bekreftet mental endring kan man benytte kartleggingsverktøy for delirium som CAM- ICU som benyttes på akuttmottak, mens CAM benyttes på sengepost.
Paula Brooks, Jeffrey J. Spillane, Karen Dick, Eileen Stuart-Shor, 2014, USA	Finne en strategi for identifisering og behandling av delirium hos eldre pasienter postoperativ	Randomisert kontrollert studie	Personer over 65 år planlagt operasjon 96 pasienter Sykepleier	Mini- cog CAM	Ved bruk av Mini-Cog 79 % kan man identifisere de som er i risiko for delirium før man benytter CAM. Utfordringer: Studien viser at sykepleiere kvier seg til å bruke kognitiv test fordi det skaper en ukomfortabel situasjon for pasienten og familien, spesielt hvis de skal bli operert. I tillegg til at pasienter med risiko for delirium er assosiert med lengre sykehusopphold, høyere dødelighet og ved endt opphold videre føring til korttidsavdeling.

Forfatter, år og land	Hensikt	Design	Populasjon	Identifiserings metode	Resultat
Lucas Oliveira J. e Silva, Jessica A. Stanich, Molly M. Jeffery, Aidan F. Mullan, Susan M. Bower, Ronna L. Campbell, Alejandro A. Rabinstein, Robert J. Pignolo, Fernanda Bellolio 2021, USA	Identifisere de som har høy risiko for å utvikle delirium og som har behov for deliriums kartlegging.	Observasjons studie	Personer over 75 år ankom akuttromtak og ble kartlagt for risiko for delirium 967 pasienter Sykepleier	REDEEM DTS bCAM	Ved å benytte REDEEM kan man utelukke de som ikke er i risiko for delirium og de som er i risiko ved bruk av 10 variabler før man benyttet bruk av to steg tilnærming-DTS ble benyttet først, ved positiv ble de screenet med bCAM for delirium.
Mohamed El Hussein and Sandra Hirst, 2015, Canada	Forklare Sykepleierens kliniske forståelse for å identifisere delirium	Databasert teori-utvikling (Grounded theory)	17 sykepleiere med 2 års erfaring som jobber med eldre pasienter på sykehus	CAM Klinisk forståelse av: -fysiologiske indikator -endret atferd Kliniske blikk	Sykepleiere benytter CAM + ICDSC og den kliniske forståelsen av fysiologiske indikatorer som puls, temperatur, blodprøver. Endret atferd indikator var vanskeligere å tolke og analysere for de sykepleiere som ikke var trygge på delirium. Erfarne sykepleie identifiserte delirium ved bruk av kliniske blikk og erfaring istedenfor kartleggingsverktøy.

Forfatter, år og land	Hensikt	Design	Populasjon	Identifiserings metode	Resultat
Florian F. Grossmann, Wolfgang Hasemann, Reto W. Kressig, Roland Bingisser, Christian H. Nickel 2017, Sveits	Identifisere delirium hos eldre på akuttmottak ved bruk av modified Richmond Agitation Sedation Scale (mRASS)	Prospektiv studie	285 pasienter <65 år sykepleie	mRASS + utarbeidet standard referanse basert på DMS-IV-TR	Sykepleiere benyttet mRASS som indikasjon for delirium, ved bruk av en standard referanse som er basert på DSM-IV-TR utarbeidet av geriatriker
Malcolm Hare, Glenn Arendts, Dianne Wynaden, Gavin Leslie, 2014, Australia	Utvikle en risiko kartleggingsverktøy som kan enkel brukes av sykepleiere på akuttmottak for identifisering av delirium	Tverrsnitt studie	320 pasienter <65 år ankom akutt mottak sykepleie	Kartlegging av risiko faktorer CAM MMSE	Sykepleierne screenet med risikofaktorer for delirium før de benyttet CAM for delirium etterfulgt av MMSE for å etablere kognitiv status
Karen L. Rice, Marsha J. Bennett, Tara Clesi, Lisa Linville, 2014, USA	Forstå sykepleierens forståelse ved identifisering av delirium hos eldre sykehus pasienter	Kombinerte metoder	115 pasienter <65 år innleggende på medisinsk eller kirurgiske sengepost, snakke og lese engelsk. Mild til moderat demens 31 sykepleie	Mini-Cog CAM Intuisjon Erfaring og kunnskap	1 fase: mental status mini- cog og deretter CAM ble utført daglig inntil delirium ble oppdaget eller til pasienten ble utskrevet. Samtidig som familien og ansvarlig sykepleier for pasienten så endringer i atferd. 2 fase: skapt to intervju- guide, en for de som identifiserte delirium og en for de som ikke identifiserte delirium. Utfordring: De som ikke identifiserte delirium sa at de hadde ikke delirium fordi det slo ikke ut på

Forfatter, år og land	Hensikt	Design	Populasjon	Identifiserings metode	Resultat
					CAM. Til tross for at dokumentasjon foreslo hypodelirium. Underrapporterte mente at det er vanlig pga medisiner og tilstand. Viser til klinisk kunnskap og intuisjon ved endring. Erfaring for å identifisere. Andre brukte familie medlemmer. Andre konfererte med hverandre
Guro Kirkholt Melhus, Ellisiv Lærum-Onsager, 2019, Norge	Sykepleierens rolle i identifisering av delirium hos eldre pasienter på sykehus	Systematisk litteratur	Lege sykepleie	CAM 4AT Beskrive observasjoner av pasientens tilstand	DSM-5 gjøres av legen, men sykepleieren har ansvar for observasjoner og vurdering. Utfordringer: Sykepleierne rapporterer at de ønsker heller å benytte observasjoner som kan beskrive pasientens tilstand, enkelte mener at ved å bruke CAM og 4AT ikke gir bedre kartlegging enn rutinemessige observasjoner. Instrumentene blir ikke brukt i praksis selv om de er tilgjengelige grunnet manglende kunnskap i bruk av instrumenter og manglende kunnskap om delirium, spesielt hypodelirium.

8 Vedlegg

Forfatterveiledning sykepleien forskning:

Forfatterveiledning Sykepleien Forskning

Sykepleien Forskning søker å publisere artikler av høy kvalitet, der både forfattere og tidsskriftet følger kriterier for vitenskapelig standard og internasjonale konvensjoner. Vi tar imot originalartikler, litteraturstudier, diskusjonsartikler og kommentarer som bidrar med ny eller videreutviklet kunnskap og debatt innen sykepleiefaget.

Tidsskriftets mål er å publisere kunnskap som kan bidra til å styrke kvaliteten på sykepleieutøvelsen, sykepleierutdanningen og den sykepleievitenskapelige metodeutviklingen. Tidsskriftet skal bidra til å stimulere forskning og fagutvikling, samt fremme og underbygge faglige og fagpolitiske diskusjoner og refleksjoner.

Forskningsartiklene vi publiserer, er fritt tilgjengelige, «Open Access», med en [CC BY 4.0-lisens](#). Originalartikler, oversiktsartikler og diskusjonsartikler er fagfellevurderte og regnes som vitenskapelige artikler. Alle artikler publiseres både på norsk og engelsk og er dermed tilgjengelige også for internasjonale lesere. Sykepleien Forskning er et nivå 1-tidsskrift og er indeksert i Cinahl og Sherpa Romeo.

Før du sender inn manuskript for vurdering

Forskningsetikk

Arbeidet som beskrives i artikkelen, må ha vært gjennomført i henhold til Helsinkideklarasjonen: <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>. Er studien vurdert av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), personvernombud / Norsk senter for forskningsdata (NSD) eller andre relevante instanser, skal dette beskrives og referansenummeret oppgis. Om studien ikke er vurdert av de ovennevnte instansene, skal dette også oppgis og begrunnes. Ethiske overveielser utover forskningsetikk skal, der det er hensiktsmessig, diskuteres – for eksempel der forskningsobjekter er i sårbare situasjoner, eller kan være utsatt for stigmatisering.

Forfatterskap

Følgende kriterier for forfatterskap skal være oppfylt:

Forfatter(ne) skal ha bidratt vesentlig til idé og utforming, eller datainnsamling, eller analyse og tolkning av data.

Forfatter(ne) skal ha bidratt til utarbeiding av selve manuskriptet eller kritisk revisjon av artikkelens intellektuelle innhold.

Alle forfatterne skal ha godkjent artikkelversjonen som skal publiseres.

Det skal være enighet blant forfatterne om å være ansvarlig for alle delene av arbeidet for å sikre at spørsmål knyttet til presisjon eller integritet til noen del av arbeidet er hensiktsmessig undersøkt.

Personer som har bidratt til arbeidet, men som ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt, bør presiseres. Slik takk forutsetter de aktuelle personenes samtykke.

Interessekonflikter

I samsvar med internasjonal praksis ber vi alle manusforfattere om å fylle ut et skjema om interessekonflikter: https://sykepleien.no/sites/default/files/kartlegging_av_mulige_interessekonflikter.pdf . Erklæringen skal fylles ut og signeres av alle forfatterne og legges ved manuskriptet ved innsending i manushåndteringssystemet, og ikke sendes på e-post. Manuset vil ikke bli vurdert eller ferdigbehandlet før korrekt utfylt skjema er mottatt for alle forfatterne.

Finansiering

Oppgi finansieringskilde sist i artikkelmanuskriptet hvis relevant.

Språk

Manuskriptet skal være skrevet på norsk (bokmål eller nynorsk). Publisert artikkel oversettes til engelsk av et profesjonelt språktjenestebyrå.

Eksklusivitet

Manuskriptet kan ikke ha vært publisert i eller være til vurdering hos andre tidsskrifter. Dette må erklæres i følgebrev. Forskning hvor hele eller deler av resultatet er presentert i rapport til oppdragsgiver/finansieringskilde vil kunne bli vurdert etter nærmere avtale med redaktør.

Klargjøring av manuskriptet

Generelt om krav til struktur og format

Tittelen skal være kort og konsis og aller helst presentere hovedfunn. Tittelen har som hovedhensikt å vekke interessen hos leserne. Den må derfor være lettfattelig og forståelig for våre målgrupper. Redaktøren avgjør tittelen.

For originalartikler og oversiktsartikler skal det foreligge et strukturert sammendrag med følgende overskrifter: bakgrunn, hensikt, metode, resultat, konklusjon (300 ord). Manuskriptet skal struktureres som følger: Introduksjon (maksimalt 600 ord), Metode inkludert etiske overveielser, Resultater, Diskusjon, inkludert diskusjon av studiens styrker og svakheter. Konklusjon.

Oppgi tre–fem nøkkelord som du enten kan velge fra listen som kommer opp i ScholarOne, eller som du kan legge til selv. Nøkkelordene skal være unike og ikke brukt i tittelen. For originalartikler og oversiktsartikler, angi minst ett nøkkelord som viser hvilket forskningsdesign som er anvendt.

Sett inn tre kulepunkter som gir leseren et raskt innblikk i hva artikkelen tilfører av ny kunnskap eller innsikt, maksimalt 100 tegn inkludert kulepunkter og mellomrom. Klinisk

nytte løftes frem hvis relevant. Punktene plasseres i hoveddokumentet på en egen side etter referansene med overskriften "Hva studien tilfører av ny kunnskap".

For originalartikler og oversiktsartikler skal forfatterne følge [EQUATOR-retningslinjene](#) for rapportering av forskning og oppgi i følgebrevet hvilken av dem som er fulgt.

Artikkelen kan maksimalt ha til sammen fem figurer/tabeller. Disse skal være en del av hoveddokumentet (på egne sider etter referansene), ha egne kortfattede titler og være selvforklarende. Tabellene og figurene må være presentert på en måte som løfter frem viktige budskap i artikkelen. Dersom man har sentrale tabeller og figurer utover dette, kan de legges ved som supplement til artikkelen.

Referansene skal angis etter [Vancouver-systemet](#)

Referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i referanselisten.

DOI-nummer skal oppgis for tidsskriftsartikler.

Eksempler på korrekt føring av referanselisten:

Artikkel:

1. Lindhardt T, Hallberg IR, Poulsen I. Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospital wards: a qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2008;45(5):668–81. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2007.01.010](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.01.010)

Bok:

2. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* 9. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2012.

Kapittel i bok:

3. Brenne AT, Estenstad B. Hjemmedød. I: Kaasa S, Loge H, red. *Palliasjon: nordisk lærebok.* 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 161–71.

Rapport:

4. Melbye L, Ådnanes M, Kasteng F. *Sykepleiere i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.* Trondheim: Sintef; 2017. Sintef-rapport A28053.

Rapporter og tilsvarende på nett:

5. Helsedirektoratet. *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser.* Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-1948. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf> (nedlastet 08.11.2017).

Lover og forskrifter:

6. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (nedlastet 18.02.2021).

NOU-er:

7. NOU 2011: 11. *Innovasjon i omsorg.* Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011.

Stortingsmeldinger:

8. Meld. St. 29 (2012–2013). *Morgendagens omsorg.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.

Doktoravhandlinger og tilsvarende:

9. Humerfelt K. Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan [doktoravhandling]. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap; 2012.

Originalartikler – 3000 ord

En originalartikkel beskriver gjennomførte forskningsstudier av ulike typer forskningsdesign. Relevante undertitler kan benyttes for å fremme lesbarhet og forståelse. Originalartikler skal følge internasjonalt anerkjente standarder for rapportering av forskning, jf. [EQUATOR-retningslinjene](#).

Antall referanser begrenses til 35, og antall ord telles eksklusiv sammendrag, tabeller, figurer og referanser. Antall ord kan fravikes ved kvalitative studier, dette må begrunnes i følgebrev ved innsending av manuskriptet.

Oversiktsartikler – 3000 ord

En oversiktsartikkel beskriver en systematisk litteraturstudie som gir oversikt over tidligere forskning som er gjort i et fagområde. Målet er å oppsummere og evaluere og syntetisere forskning. En litteraturstudie kan ha som formål å finne ut hva det er forsket på og avdekke kunnskapshull hvor det mangler oppdatert forskning. Det finnes mange ulike former for litteraturstudier, og ulike typer litteraturstudier er ønskelig. Oversiktsartikler skal følge internasjonalt anerkjente standarder for rapportering av litteraturstudier, jf. [EQUATOR-retningslinjene](#).

Antall referanser som ikke inngår i resultatet av litteraturstudien begrenses til 35, og antall ord telles eksklusiv sammendrag, tabeller, figurer og referanser.

Diskusjonsartikler – 2000 ord

Akademisk diskusjon rundt aktuelle utfordringer og temaer innen sykepleie, helse, helsepolitikk, utdanning og forskning løftes og diskuteres kritisk og med grunnlag i relevant kunnskap og erfaringer. Målet med diskusjonsartikler er å stimulere til akademisk diskusjon og faglig debatt.

Begynn med en kort introduksjon hvor du gjør rede for hva du vil med artikkelen. Så følger en bakgrunn som presenterer artikkelens problemstilling underbygget av vitenskapelige referanser. Etter den vil det kunne være ulike deler som diskuterer problemet, underbygget av vitenskapelige referanser. Artikkelen bør avsluttes med en konklusjon eller avrundning hvor du kan trekke alt sammen uten å introdusere ny informasjon.

Sammendraget skal være kort og beskrive essensen av diskusjonsartikkelen. Maksimalt antall nøkkelord er fire (4), maksimalt antall referanser er 20.

Sjekkliste for innsending av manuskriptet

Innsending til tidsskriftet skal bestå av følgende separate dokumenter:

følgebrev til redaktøren

tittelside som inneholder følgende:

tittel på manuskriptet

forfatterens navn, akademisk tittel, stilling og arbeidssted

kontaktperson med kontaktinformasjon

antallet ord

antallet figurer og tabeller

artikkelmanuskriptet

Sjekk at antallet ord ikke overstiger ordrammen som er oppgitt for den aktuelle artikkeltypen.

Sjekk at antallet tabeller og figurer ikke overstiger fem.

Sjekk at tabeller og figurer har en kort, konsis og informativ tittel.

Sjekk at referanser følger Vancouver-systemet og er i henhold til eksemplene her i forfatterveiledning.

Sjekk av alle tidsskriftsartiklene i referanselisten har DOI-nummer.

signert erklæring om interessekonflikt

Alle dokumenter lastes opp i *Sykepleien Forsknings* manuskriphåndteringssystem ScholarOne via følgende adresse: <http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>

Vurderingsprosessen

I første omgang foretar redaktøren og/eller assisterende redaktør en vurdering av hvorvidt artikkelmanuskriptet oversendes til fagfeller for vurdering eller avslås. Redaktøren fatter beslutning på bakgrunn av fagfellevurderingene, assisterende redaktørs vurdering og egen vurdering. Det er tre mulige utfall etter fagfellevurderinger: a) manuskriptet aksepteres, b) større eller mindre revisjon anbefales, c) manuskriptet avslås.

Fagfellevurdering

Alle manuskripter vurderes normalt av minst to fagfeller. Forfatterne skal ved innsending av manuskriptet anbefale minst to fagfeller som er aktuelle med tanke på habilitet, og som har metodologisk og/eller substansiell kompetanse.

Vi tilstreber en rask vurderingsprosess fra innsendelse til beslutning og fra aksept til publisering. Fagfellene bes følge COPE – etiske retningslinjer for fagfeller.

Når manuskriptet er akseptert

Forfatterne får en e-post fra redaktøren når manuskriptet er akseptert for publisering.

Etter godkjenning sendes manuskriptet videre for teknisk og språklig bearbeiding, såkalt språkvask, og følges opp av manusredaktøren.

Sykepleien Forskning sørger for profesjonell oversetting av hele artikkelen til britisk-engelsk, inkludert sammendraget, tabeller og figurer. Kontaktforfatteren får tilsendt den oversatte versjonen til gjennomlesning