

# **Tidlig opsporing af borgere med KOL**

## **- Et forandringstiltag**

---

**4. semester, kandidatspeciale i Folkesundhedsvidenskab**  
**School of Medicine and Health, Aalborg Universitet**

**Udarbejdet af gruppe 10310**  
**Mathilde Juul Kristensen og Ninna Elisabeth Jakobsen**

**Vejleder: Henrik Bøggild**

**Anslag inkl. mellemrum: 235.943**

**Anvendte referencesystem: Harvard i henhold til Mendeley**

# Indholdsfortegnelse

Resume .....	5
Abstract.....	6
Læsevejledning .....	7
1 Initierende problem.....	8
2 Problemanalyse .....	9
2.1 Hvad er KOL.....	9
2.2 Prævalensen af KOL .....	11
2.3 Risikofaktorer og målgruppe.....	12
2.4 Konsekvenser af KOL.....	14
2.4.1 Individuelle konsekvenser .....	14
2.4.2 Samfundsøkonomiske konsekvenser .....	15
2.5 Forebyggelse .....	16
2.5.1 Forebyggelsesstrategier .....	16
2.5.2 Tidlig opsporing af KOL .....	17
3 Problemformulering.....	24
4 Teori.....	25
4.1 Oplevet alvorlighed .....	26
4.2 Oplevet modtagelighed .....	26
4.3 Oplevet trussel.....	26
4.4 Oplevede fordele og oplevede barrierer .....	27
4.5 Modifierende variabler .....	27
4.6 Incitament til handling .....	28
4.7 Modellen som sammenhæng .....	28
5 Metode .....	29
5.1 Videnskabsteoretisk positionering .....	29
5.1.1 Det fortolkningsvidenskabelige paradigme .....	29
5.1.2 Hermeneutisk tilgang.....	30
5.2 Kvalitative interviews .....	31
5.2.1 Valg og rekruttering af respondenter .....	31
5.2.2 Ethiske overvejelser.....	32
5.2.3 Interviewguiden.....	34
5.2.4 Spørgeteknikstilgang .....	35
5.2.5 Interviewsituationen .....	36
5.2.6 Transskription.....	37
5.2.7 Analysestrategi .....	38
5.3 Litteratursøgning .....	40
5.3.1 Indledende søgning.....	40
5.3.2 Systematisk søgning .....	40
6 Resultater .....	48

6.1	Interview analyse .....	48
6.1.1	Præsentation af respondenterne .....	48
6.1.2	Opsporing af KOL? .....	50
6.1.3	Viden .....	51
6.1.4	Barrierer for tidlig opsporing.....	55
6.1.5	Motiver for tidlig opsporing .....	57
6.1.6	Forandringsperspektiv .....	59
6.1.7	Tydeliggørelse af de væsentligste fund fra interviewene .....	65
6.2	Litteraturstudie .....	67
6.2.1	Syntese af udgivelsesår, studiedesign og tjeklistescore.....	71
6.2.2	Syntese af resultaterne .....	71
7	Diskussion af teori og metode.....	76
7.1	Teoriens anvendelighed i forandring.....	76
7.2	Den kvalitative metodes anvendelighed.....	77
7.2.1	Gyldighed .....	77
7.2.2	Overførbarhed .....	81
7.2.3	Transparens .....	82
7.3	Litteratursøgningens anvendelighed.....	82
7.3.1	Første systematisk søgestrategi .....	82
7.3.2	Anden systematiske søgestrategi .....	83
7.3.3	Fælles for søgestrategierne .....	84
7.3.4	Inkluderede studier .....	85
8	Diskussion af resultater .....	87
8.1.1	Borgernes oplevede barrierer i forbindelse med tidlig opsporing.....	87
8.1.2	Motiver for tidlig opsporing .....	89
8.1.3	Forandringsperspektiver .....	91
9	Diskussion af forandringstiltaget .....	96
9.1	Målgruppe for forandringstiltaget .....	96
9.2	Opsporing af borgere med KOL gennem invitationer og opportunistisk screening.....	98
9.2.1	Invitation til screening for KOL .....	99
9.2.2	Opportunistisk screening for KOL .....	100
9.2.3	Fælles for begge screeningsmetoder.....	101
9.3	Forandringstiltagets gennemførlighed.....	102
9.4	Implementering .....	104
9.4.1	Forbedringsmodellen.....	105
9.5	Forslag til evaluering.....	107
10	Konklusion .....	109
11	Litteraturliste .....	111
12	Bilag .....	120
12.1	Interviewguiderne .....	120
12.1.1	Borgere som har fået stillet diagnosen KOL inden for de seneste to år.....	120

12.1.2	Borgere i risiko for at udvikle KOL .....	122
12.2	Informationsbrev .....	124
12.3	Samtykkeerklæring .....	125
12.4	Forandringsforslag .....	126
12.5	Kodetræ .....	127
12.6	Søgeprotokol .....	128

# Resume

---

**Problemstilling:** Kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL) er et globalt såvel som nationalt sundhedsproblem, idet sygdommen er en af de væsentligste årsager til mortalitet, morbiditet samt forringet livskvalitet. Prævalensen af KOL har været stigende igennem de seneste årtier og forventes at stige yderligere som følge af den globale rygeepidemi og øget middellevetid. Prævalensen af KOL er højest blandt borgere med ingen kompetencegivende uddannelse eller en kort uddannelse, som ryger eller er forhenværende rygere. I Danmark estimeres det, at omkring 430.000 danskere lever med KOL, hvoraf omkring halvdelen har KOL uden at have kendskab hertil. Grundet en række barrierer opspores borgere med KOL ofte sent i sygdomsforløbet.

**Formål:** At udarbejde et forandringstiltag, som har til formål at opspore borgere med KOL tidligt i sygdomsforløbet, således at det er muligt at bremse sygdomsprogressionen og det progredierende tab af lungefunktion samt forbedre borgernes livskvalitet.

**Metode:** Til at belyse projektets problemfelt anvendes en kvalitativ metode og et litteraturstudie. Den kvalitative metode består af semistrukturerede interviews, som har til formål at afdække målgruppens barrierer og motiver for tidlig opsporing af KOL. Borgere over 35 år med ingen kompetencegivende uddannelse eller en kort uddannelse, som ryger eller er forhenværende rygere inkluderes i studiet, såfremt de har nydiagnosticeret KOL eller er i risiko for at udvikle sygdommen. Litteraturstudiet har til formål at identificere studier, som afdækker borgeres barrierer og motiver, samt hvordan et effektivt forandringstiltag bør udformes.

**Resultater:** I alt rekrutteres otte borgere til de kvalitative interview og inkluderes 11 studier i litteraturstudiet. Resultaterne viser, at målgruppen oplever manglende viden og konkrete tiltag samt manglende opmærksomhed og opfordringer fra lægen som barrierer for tidlig opsporing. Borgerne motiveres af viden om sygdommen, opfordringer fra lægen og konkrete tiltag, som foregår i nærmiljøet, og hvor de har kendskab til den sundhedsprofessionelle.

**Konklusion:** Forandringstiltaget bør, med udgangspunkt i borgernes barrierer og motiver, udformes som et multifacetteret tiltag bestående af to parallelle screeningsmetoder; invitation i e-boks og opportunistic screening. Dette for at sikre, at forandringstiltaget er relevant for en større del af målgruppen og at både borgere som sjældent går til lægen, og de som jævnligt er i kontakt med lægen screenes.

# Abstract

---

**Problem:** Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a national as well as a global health problem, due to its significant impact on mortality, morbidity and the general quality of life. The prevalence of COPD has been increasing over the past decades and is expected to escalate further, due to trends such as the global smoking epidemic and an increase in the average life expectancy. Amongst smokers and ex-smokers, the prevalence of COPD is highest amongst individuals with none or a short qualifying education. In Denmark, it is estimated that approximately 430.000 people are living with COPD, only half of them being aware of it. COPD is often discovered late in the progression of the disease, due to barriers of early detection.

**Purpose:** The purpose of this study is to develop a strategy for detecting COPD patients at an earlier stage in order to slow down the progression of COPD, the loss of lung function and to improve the patients' overall quality of life.

**Methods:** In order to enrich the findings, both qualitative research and a literature review have been used. The qualitative research consists of semi-structured interviews, aiming to identify the motives and barriers for early detection of COPD within the target group. Individuals above 35 years with none or only a short qualifying education, who are newly diagnosed with COPD or are at risk of developing the disease, are included in the study. The aim of the literature review is to identify the motives and barriers for the individuals regarding COPD detection, and to identify how an effective strategy of change may be designed.

**Results:** A total of eight individuals were selected for the qualitative interviews and 11 studies were included in the literature review. The results illuminated that the target group experienced early detection barriers such as lack of knowledge about COPD, tangible preventative actions combined with poor initiative and awareness from their doctors. The target group claimed motivation from being educated about COPD, from being encouraged to proactive screening by health professionals and from concrete initiatives taking place in the community in which they have the comfort of personally knowing the respective health professional.

**Conclusion:** Based on the individuals' barriers and motives, the strategy of change must be designed as a bilateral strategy consisting of two parallel screening methods; an invitation sent to the electronic mailbox, that all Danish citizens have and case finding. Coupling these two ensures a strategy of change is relevant for a broader part of the target group and ensuring that both individuals, who infrequently visit their doctor, and the subjects who frequently visit their doctor, undergo appropriate screening.

# Læsevejledning



Figur 1: Læsevejledning. Projektet indledes med et initierende problem efterfulgt af en problemanalyse for at anskueliggøre problemfeltet. Efterfølgende præsenteres problemformuleringen, som danner rammen for den videre bearbejdning. Projektets udvalgte teori præsenteres forinden metoderne, som består af projektets videnskabsteoretiske position, kvalitative interviews og litteratursøgningen. Dernæst præsenteres og analyseres resultaterne fra hhv. interviewene og litteraturen. Resultatfremstillingen efterfølges af en diskussion bestående af teori og metode, resultaterne samt forandringstiltaget. Slutteligt indeholder projektet en konklusion.

# 1 Initierende problem

---

Kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL) er på nuværende tidspunkt den tredje hyppigste årsag til mortalitet på verdensplan (Rennard & Drummond 2015; Haroon et al. 2015; Lyngsø et al. 2010) og vurderes, ud fra tabte kvalitetsjusterede leveår, samtidig som en af de hyppigste årsager til morbiditet (Lyngsø et al. 2010). I Danmark er KOL et af de største sundhedsproblemer (Vestbo et al. 2007) og det estimeres, at omkring 430.000 borgere lever med KOL, hvoraf ca. halvdelen har sygdommen uden at have kendskab hertil (Hagelund & Bøgelund 2013). Prævalensen af KOL er størst blandt borgere med ingen kompetencegivende uddannelse<sup>1</sup> eller en kort uddannelse<sup>2</sup> som højeste fuldførte uddannelse sammenlignet med borgere med lang uddannelse. Dermed ses en tydelig *social gradient* mellem de forskellige uddannelsesgrupper, hvor risikoen for at udvikle KOL stiger systematisk med lavere uddannelsesniveau (Ministeriet for Sundhed og forebyggelse et al. 2014). Risikoen for at udvikle KOL er samtidig størst blandt rygere og forhenværende rygere, hvorfor Sundhedsstyrelsen (SST) og Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) bl.a. også anbefaler, at rygere og forhenværende rygere over 35 år, som har et eller flere respiratoriske symptomer bør tilbydes en lungefunktionsundersøgelse (spirometri) for at opspore KOL tidligt i sygdomsforløbet (Sundhedsstyrelsen 2007). Anbefalingerne efterleves dog ikke, og spirometri foretages ikke systematisk eller ofte nok (Vestbo et al. 2007; Lange & Rossing 2014). En undersøgelse viser, at den gennemsnitlige alder for diagnosticering af KOL i Danmark er 68 år, men at sygdommen hos størstedelen af borgerne med KOL allerede er fremskreden i 50 års alderen (Vestbo et al. 2007). Dette vidner om at mange borgere med KOL opspores sent i sygdomsforløbet, hvilket kan være problematisk, da behandlings- og forebyggelsesmulighederne er begrænsede, når sygdommen er fremskreden (Vestbo et al. 2007). Opspores KOL derimod tidligt i forløbet, er det muligt at bremse sygdomsprogressionen og det progredierende tab i lungefunktionen (Weiss et al. 2014; Hilberg & Bendstrup 2012). Der forekommer dog en række barrierer i forbindelse med den tidlige opsporing, som bevirker at en stor andel af borgere med KOL slet ikke diagnosticeres eller diagnosticeres sent i forløbet (Lyngsø et al. 2010). For at sikre at borgerne opspores tidligt i sygdomsforløbet er der behov for, at disse barrierer identificeres og arbejdes med under den tidlige opsporing. Der foreligger derfor et forebyggelsespotentiale i, at forandre nuværende praksis for at sikre at borgere med KOL opspores tidligt i sygdomsforløbet.

---

<sup>1</sup> En samlet betegnelse for borgere med grundskole, forberedende uddannelse, almen gymnasial uddannelse og erhvervsgymnasial uddannelse som højeste fuldførte uddannelse (Ministeriet for Sundhed og forebyggelse et al. 2014).

<sup>2</sup> Betegnelse for erhvervsfaglige grundforløb, erhvervsfaglige praktisk-hovedforløb, efteruddannelse af faglærte og kort videregående uddannelse som højeste fuldførte uddannelse (Ministeriet for Sundhed og forebyggelse et al. 2014).



## 2 Problemanalyse

---

*I det følgende belyses KOL med særligt fokus på den tidlige opsporing af sygdommen. Til at belyse dette anvendes empiri fra en indledende systematisk søgning. Indledningsvist præsenteres en sygdomsbeskrivelse af KOL. Herefter afdækkes prævalensen af KOL, risikofaktorer forbundet med sygdommen samt konsekvenserne med henblik på at belyse problemets omfang, og at identificere om nogle befolkningsgrupper er særligt sensitive over for udviklingen af KOL. Efterfølgende inddrages forskellige forebyggelsesstrategier med særligt fokus på den tidlige opsporing af KOL. Dette med henblik på at opnå en forståelse af hvad der på nuværende tidspunkt gøres på området, og hvilke barrierer der kan være årsagen til manglende tidlig opsporing af borgere med KOL.*

### 2.1 Hvad er KOL

KOL karakteriseres ved tiltagende luftvejsobstruktion som ikke er fuldt reversibel (Lyngsø et al. 2010; Kjølner et al. 2007). Sygdommen, som oftest skyldes inhalation af toksiske partikler og gasser, (GOLD 2016; Løkke et al. 2012b) progredierer med årene og forårsages af permanente forsnævninger af bronkierne som følge af kronisk inflammation i lunger og luftveje, *bronkitis*, samt destruktion af alveolerne, *emfysem* (GOLD 2016; Dansk Selskab for Almen Medicin 2008). Disse forandringer af lunger og luftveje bevirker, at gasudvekslingen besværliggøres, hvilket kan medføre dyspnø, ekspektorat, hoste samt recidiverende luftvejsinfektioner (GOLD 2016; Sundhedsstyrelsen 2015; Sundhedsstyrelsen 2007). KOL er normalt ikke symptomgivende tidligt i sygdomsforløbet (Lyngsø et al. 2010; DeJong & Veltman 2004), hvorfor diagnosen oftest først stilles, når symptomerne er forværret, og når op mod 50% af den forventede lungefunktion er tabt (Ulrik et al. 2011; DeJong & Veltman 2004). Diagnosticering af KOL bør ifølge internationale guidelines, GOLD<sup>3</sup>, overvejes hos alle borgere, som oplever ovenstående symptomer og som har ryger- og/eller erhvervsanamnese<sup>4</sup> (GOLD 2016). Diagnosen skal efterfølgende stilles med spirometri (Sundhedsstyrelsen 2007; GOLD 2016). Hvis volumen af den udåndede luft i 1. sekund ( $FEV_1$ )<sup>5</sup> er mindre end 0,7 af den totale udåndede volumen (FVC)<sup>6</sup>, er der vedvarende luftvejsobstruktioner, og diagnosen KOL kan stilles (GOLD

---

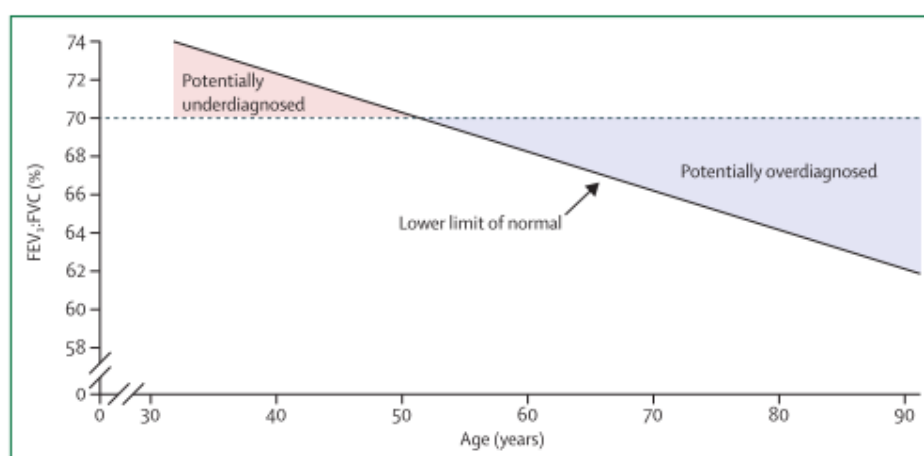
<sup>3</sup> Golden Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease er et internationalt samarbejde mellem World Health Organization og lungeeksperter fra National Heart, Lung, and Blood Institute stiftet i 1998 med det formål at øge opmærksomheden om et af verdens største sundhedsproblemer, KOL (GOLD 2016).

<sup>4</sup> En sygehistorie som bygger på borgernes egne oplysninger om rygestatus og arbejdsmiljø (Dansk Selskab for Almen Medicin 2008).

<sup>5</sup> Forceret Ekspiratorisk Volumen (GOLD 2016).

<sup>6</sup> Forceret Vital Kapacitet (GOLD 2016).

2016; Hill et al. 2010). Anvendelsen af en fikseret grænseværdi på 0,70 kan kritiseres, da særligt  $FEV_1$  mindskes naturligt med alderen. Som konsekvens heraf er der risiko for at yngre borgere med KOL underdiagnosticeres, mens ældre borgere overdiagnosticeres (Figur 2-1) (Rennard & Drummond 2015; Ulrik et al. 2011; Schirnhofner et al. 2011). Dette er problematisk ift. tidlig diagnosticering af KOL, da det kan være svært at skelne mellem, hvorvidt borgerne er raske eller har mild KOL tidligt i sygdomsforløbet (Rennard & Drummond 2015). For at kunne imødekomme denne problematik anbefales en aldersspecifik grænseværdi ved diagnosticering af KOL (Rennard & Drummond 2015; Schirnhofner et al. 2011). I modsætning til andre lande anvendes der allerede en alders-, højde- og kønsspecifik grænseværdi i Danmark (Dansk Selskab for Almen Medicin 2008).



Figur 2-1: Alderens påvirkning af  $FEV_1:FVC$  ratio for KOL. Figuren viser hvordan lungefunktionen reduceres med alderen. Det blå område repræsenterer borgere, der potentielt overdiagnosticeres, mens det røde område illustrerer unge voksne, der potentielt underdiagnosticeres ved anvendelsen af en fikseret grænseværdi ved diagnosticering af KOL (Rennard & Drummond 2015, s.1779).

I Danmark stilles diagnosen KOL ikke udelukkende på baggrund af spirometri men suppleres med en reversibilitetstest med  $\beta_2$ -antagonister. KOL diagnosen stilles således først når  $FEV_1/FVC < 0,70$ , og såfremt reversibilitetstesten ikke er reversibel med  $\beta_2$ -antagonister (Dansk Selskab for Almen Medicin 2008).

Sværhedsgraden af luftvejsobstruktionen bedømmes efterfølgende ud fra  $FEV_1$ -niveauet af den forventede lungevolumen, som afgøres på baggrund af borgerens alder, køn og højde (Dansk Selskab for Almen Medicin 2008). I henhold til GOLD inddeles luftvejsobstruktionen i fire stadier; mild, moderat, svær og meget svær (Tabel 2-1).

Stadie	Sværhedsgrad	
<b>GOLD 1</b>	Mild	FEV <sub>1</sub> = 80% af forventet lungefunktion
<b>GOLD 2</b>	Moderat	50% = FEV <sub>1</sub> <80% af forventet lungefunktion
<b>GOLD 3</b>	Svær	30% = FEV <sub>1</sub> <50% af forventet lungefunktion
<b>GOLD 4</b>	Meget svær	FEV <sub>1</sub> <30% af forventet lungefunktion

Tabel 2-1: KOL stadier med tilhørende sværhedsgrad i henhold til GOLD standarder. Med inspiration fra (GOLD 2016, s.14).

I GOLD-rapporten og i de danske retningslinjer for KOL fremgår det, at vurderingen af sværhedsgraden bør foretages på baggrund af symptomerne, graden af luftvejsobstruktion, exacerbationsanamnese<sup>7</sup> og komorbiditeter<sup>8</sup> (Sundhedsstyrelsen 2007; GOLD 2016) for at sikre en fyldestgørende udredning (GOLD 2016).

## 2.2 Prævalensen af KOL

Prævalensen af KOL har været stigende indenfor de seneste årtier (GOLD 2016; Sandelowsky et al. 2011), og det estimeres at 10% af verdens befolkning over 40 år har KOL (Dirven et al. 2013b; Hill et al. 2010), hvoraf størstedelen ikke er diagnosticeret (Dirven et al. 2013a; Vestbo et al. 2007; Barthwal & Singh 2014). I løbet af de næste 20 år forventes prævalensen af KOL at stige yderligere primært som følge af den globale rygeepidemi og den stigende middellevetid (GOLD 2016; Price et al. 2009; Burkhardt & Pankow 2014).

Som nævnt i afsnit 1 antages det, at omkring 430.000 danskere lever med KOL (Hagelund & Bøgelund 2013). Sammenlignet med øvrige europæiske lande er Danmark et af de lande, hvor prævalensen af KOL er højest (Lykkegaard et al. 2012; Lange & Søndergaard 2013), hvilket bl.a. kan være danskernes liberale holdninger til rygning (Lange & Rossing 2014), og at Danmark er et af de vestlige lande i verden, hvor prævalensen af rygning er højest (Kjøller et al. 2007). I Danmark har staten pligt til at oplyse borgerne om risikoen ved rygning og anbefale forebyggende initiativer. Borgerne beslutter dog selv, hvad de vil bruge oplysningen til (Vallgård 2009). Prævalensen af KOL i

<sup>7</sup> Akut forværring i borgenes tilstand af længere varighed, som oftest resulterer i indlæggelser (Dansk Selskab for Almen Medicin 2008).

<sup>8</sup> Tilstedeværelse af en eller flere sygdomme foruden en primær sygdom, i dette tilfælde KOL (Dansk Selskab for Almen Medicin 2008).

Danmark anslås at ligge på 17,4%, mens den i andre vestlige lande ligger på mellem 5-19%. Variansen landene imellem skyldes, ud over holdningerne til rygning, endvidere forskelle i demografi, forskelligt måleudstyr m.m. (Fabricius et al. 2011). Hverken nationalt eller internationalt foretages der systematiske screeninger for at opspore borgere med KOL (Sundhedsstyrelsen 2007; Rennard & Drummond 2015; Hill et al. 2010). De ovenstående estimater af prævalensen kan være forbundet med en under- eller overestimering af den faktiske prævalens, da de bygger på mindre befolkningsundersøgelser. Estimaterne bør derfor tages med forbehold, da de kan være forbundet med stor usikkerhed.

## 2.3 Risikofaktorer og målgruppe

I den vestlige verden er rygning den væsentligste risikofaktor til udviklingen af KOL (Rennard & Drummond 2015; Dirven et al. 2013b; Barthwal & Singh 2014), hvor særligt det samlede antal pakkeår<sup>9</sup> er en prædiktor for udviklingen af sygdommen (Dirven et al. 2013b). Til trods for individuel variation i følsomheden overfor rygning manifesteres KOL i de fleste tilfælde først efter 20-25 pakkeår (Dansk Selskab for Almen Medicin 2008; Hilberg & Bendstrup 2012), hvorfor sygdommen sjældent udvikles før borgerne er over 35 år. I Danmark formodes det, at rygning er den primære årsag til KOL i 85-90% af sygdomstilfældene (Lyngsø et al. 2010; Dansk Selskab for Almen Medicin 2008). Selvom prævalensen af KOL ofte er direkte relateret til prævalensen af rygning, optræder sygdommen også i mindre grad hos borgere der aldrig har røget (Rennard & Drummond 2015; Ulrik et al. 2011). I disse tilfælde skyldes KOL andre risikofaktorer såsom luftforurening, erhvervsmæssige eksponeringer, genetiske faktorer samt recidiverende luftvejsinfektioner (GOLD 2016; Rennard & Drummond 2015; Barthwal & Singh 2014).

Lav socioøkonomisk status (SES) er en anden væsentlig risikofaktor for udvikling af KOL (Dirven et al. 2013a; Dirven et al. 2013b). Prævalensen af rygning blandt borgere med lav SES er samtidig markant højere sammenlignet med borgere med høj SES (Hegewald & Crapo 2007). Dette kan muligvis forklare, hvorfor risikoen for at udvikle KOL er højest blandt borgere med lav SES. Justeret for rygestatus, alder og køn forekommer der stadig en højere prævalens af KOL blandt borgere med lav SES (Prescott et al. 1999), hvilket kan være en ufuldstændig justering for potentielle confoundere, *residual confounding*. Residual confounding forekommer, når grupperingerne for de kontrollerede confoundere er for brede, eller når der ikke er justeret for potentielle confoundere (Szklo & Nieto

---

<sup>9</sup> Et pakkeår svarer til 20 cigaretter dagligt i et år (Brorson et al. 2008).

2014). Rygestatus inddeles dog i mindre og specifikke kategorier (Prescott et al. 1999), hvorfor den fundne sammenhæng sandsynligvis ikke skyldes en bred gruppering af confounder variablen. I stedet kan det formodes at forskellen mellem grupperne skyldes, at borgere med lav SES i højere grad er udsat for erhvervs- og miljømæssige eksponeringer, passiv rygning og recidiverende luftvejsinfektioner i barndommen. Passiv rygning og recidiverende luftvejsinfektioner i barndommen kan resultere i en mindre maksimal lungevolumen, hvilket øger risikoen for KOL senere i livet, mens erhvervs- og miljømæssige eksponeringer øger hastigheden af lungefunktionsnedsættelsen (Rennard & Drummond 2015). Til trods for at disse risikofaktorer har mindre betydning for udviklingen af KOL i Danmark, kan de have influeret på forskellen mellem grupperne. Det kan på baggrund heraf være svært at afgøre, om SES er en selvstændig risikofaktor for udvikling af KOL, eller om forskellen mellem grupperne skyldes manglende justering for relevante confoundere.

Eftersom risikoen for at udvikle KOL er skævt fordelt mellem de socioøkonomiske grupper, er KOL med til at skabe social ulighed i sundhed i Danmark (Løkke et al. 2012b; Lau et al. 2013). Forhold som har betydning for borgernes SES er; uddannelsesniveau, beskæftigelse og indkomst. Uddannelsesniveaet betragtes dog som den bagvedliggende determinant, eftersom den har betydning for bl.a. beskæftigelsesmulighederne og indkomsten (Galobardes et al. 2007). Risikoen for at udvikle KOL, ujusteret, er hhv. 3,5 gange større for mænd og 4,2 gange større for kvinder med ingen kompetencegivende uddannelse sammenlignet med borgere med lang uddannelse (Ministeriet for Sundhed og forebyggelse et al. 2014). Disse tal vidner om, at der eksisterer en social ulighed i sundhed på KOL området mellem uddannelsesgrupperne og kønnene. Den højere prævalens af KOL blandt kvinder skyldes formodentligt, at de er mere følsomme over for rygningens skadelige virkninger (Lyngsø et al. 2013; Vestbo et al. 2007).

Af ovenstående fremgår det, at nogle befolkningsgrupper som følge af livsstil og levevilkår er i øget risiko for at udvikle KOL. Eftersom prævalensen af KOL er højest blandt rygere og forhenværende rygere, og prævalensen af rygning, samtidig er højest blandt borgere med ingen kompetencegivende uddannelse og en kort uddannelse, fokuseres der i dette projekt på disse befolkningsgrupper ift. tidlig opsporing af KOL. Der afgrænses derfor fra at se på øvrige eksponeringer for KOL end rygning og borgere med mellemlang og lang uddannelse. Projektets målgruppe vil desuden udelukkende være borgere over 35 år grundet den lange manifesteringsperiode af KOL.

## 2.4 Konsekvenser af KOL

I den tidligere regerings folkesundhedsprogram '*Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10*' betegnes KOL som en af de otte nationale folkesygdomme, der har store individuelle såvel som samfundsøkonomiske konsekvenser (Regeringen 2002). I det følgende fremanalyseres de individuelle og samfundsøkonomiske konsekvenser, som KOL kan være forbundet med.

### 2.4.1 Individuelle konsekvenser

KOL er en sygdom, der har store individuelle konsekvenser og er ofte forbundet med fysiske og psykiske komorbiditeter (Dansk Selskab for Almen Medicin 2008). Borgere med KOL er i øget risiko for at udvikle komorbiditeter såsom iskæmisk hjertekarsygdom, lungekræft, luftvejssygdomme og osteoporose, da nedsættelsen af lungefunktionen ikke kun belaster lunger og luftveje men også kroppens øvrige organer (Dansk Selskab for Almen Medicin 2008; Preil & Kühne 2012). Tilstedeværelsen af komorbiditeter påvirker sygdomsprogressionen af KOL negativt (Løkke et al. 2012a). Det anslås, at omkring 3.500 danskere hvert år dør som følge af KOL. Graden af komorbiditeter kan dog bevirke, at mortalitetsraten underestimeres, og at døden i 2.000-2.250 af tilfælde tillægges en anden årsag, til trods for at KOL er den bagvedliggende dødsårsag (Frausing 2015).

Udover de fysiske konsekvenser ved KOL forekommer der ligeledes psykiske og sociale konsekvenser. De hyppigste psykiske konsekvenser er angst og depression som forekommer hos op imod 50% af borgerne med KOL og skyldes formentligt både biologiske og psykosociale faktorer (Dansk Selskab for Almen Medicin 2008; Hilberg & Bendstrup 2012). I takt med at lungefunktionen nedsættes, reduceres det fysiske aktivitetsniveau ofte (Hilberg & Bendstrup 2012). Dette skyldes formodentligt, at tiltagende dyspnø medfører angst for bevægelse, hvorfor borgerne ofte får en mere stillesiddende adfærd. Som følge af den stillesiddende adfærd forringes konditionen og borgerne vil være i øget risiko for at udvikle muskelatrofi, som kan forværre respirationen yderligere (Kjøller et al. 2007; Dansk Selskab for Almen Medicin 2008). Der opstår således en 'ond cirkel', som kan resultere i social isolation, der kan være en medvirkende årsag til depression og forringet livskvalitet (Dansk Selskab for Almen Medicin 2008). Medicinsk behandling er langt fra tilstrækkelig til at bryde den 'onde cirkel' (Sundhedsstyrelsen 2007), hvorfor der er behov for andre tiltag for at minimere de omfattende individuelle konsekvenser af KOL. Rygestop eller tidlig opsporing kan være en måde at

bryde den 'onde cirkel' på, da sygdomsprogressionen kan bremses tidligt i forløbet og dermed mindske de fysiske, psykiske og sociale konsekvenser samt forbedre livskvaliteten.

Tidlig opsporing og diagnosticering af KOL kan medføre negative utilsigtede effekter for den enkelte borger. Da KOL er en livsstilssygdom, der ofte opfattes som selvforskyldt kan diagnosticering medføre at borgerne stigmatiseres (Arne et al. 2007; Kjølner et al. 2007). Stigmatisering er ifølge sociolog Erving Goffman et stempel eller et mærke, som tillægges borgere med et bestemt karaktertræk eller adfærd, der afviger fra normalen (Goffman 2009). Stigmatisering af borgere med KOL kan føre til diskrimination og statustab, hvorved sygeliggørelsen forstærkes. Sygeliggørelse kan påvirke borgerens selvopfattelse negativt og føre til forringet mental sundhed samt social isolation (Holtug et al. 2009). De psykiske og sociale konsekvenser kan påvirke de fysiske konsekvenser negativt i form af øget rygetrang, hvorved en ny 'ond cirkel' kan opstå. Stigmatisering og sygeliggørelse kan dermed fremme de psykiske og sociale konsekvenser, som den tidlige opsporing netop havde til hensigt at bremse.

#### **2.4.2 Samfundsøkonomiske konsekvenser**

Udover omfattende individuelle konsekvenser er KOL en sygdom, der årligt koster det danske sundheds- og socialvæsen flere milliarder kroner (Regeringen 2002). Den høje prævalens af KOL og sygdommens karakter fører årligt til adskillige hospitalsindlæggelser (Preil & Kühne 2012; Sundhedsstyrelsen 2015). I Danmark indlægges årligt omkring 23.000 borgere med KOL som primære diagnose, hvor en typisk indlæggelse varer mellem tre til ti dage (Frausing 2015; Sundhedsstyrelsen 2015). Indlæggelsesantallet er formodentligt underestimeret, da KOL er en bidiagnose ved omkring 20.000 indlæggelser (Kjølner et al. 2007). Andelen af hospitalsindlæggelser kan være med til at forklare, hvorfor KOL er en omkostningstung sygdom. Det estimeres, at de samlede meromkostninger til behandling af borgere med KOL udgør omkring tre milliarder kr. årligt (Preil & Kühne 2012; Sundhedsstyrelsen 2015), hvoraf størstedelen går til akutte indlæggelser og exacerbationsrelaterede genindlæggelser (Kjølner et al. 2007). En mindre andel af de årlige omkostninger tilskrives medicinudgifter, ambulante behandlinger samt skadestuebesøg (Kjølner et al. 2007; Preil & Kühne 2012). Hertil kommer kommunale plejeudgifter på omkring to milliarder kr. årligt, udgifter til de praktiserende læger samt omkostninger som følge af tabt arbejdsfortjeneste på ca. tre milliarder kr. årligt (Sundhedsstyrelsen 2015; Hagelund & Bøgelund 2013). Beregninger foretaget af Lungeforeningen peger på, at tidlig opsporing kan halvere de årlige udgifter pr. borger med KOL (Hagelund

& Bøgelund 2013), hvorfor tidlig opsporing af borgere med KOL, kan betragtes som en måde at mindske de samfundsøkonomiske omkostninger (Pedersen 2014). Tidlig opsporing kan dog også medføre negative utilsigtede effekter, hvorfor tiltag herfor kun bør iværksættes, såfremt de gavnlige effekter vejer tungere end de negative utilsigtede effekter. Opsporingen af KOL er dog en ressourcekrævende forebyggelsesstrategi, som ikke forhindrer nye generationer i at udvikle sygdommen. Tidlig opsporing er derfor ikke nødvendigvis den mest optimale forebyggelsesstrategi på længere sigt.

## 2.5 Forebyggelse

Prævalensen af KOL og de omfattende individuelle samt samfundsøkonomiske konsekvenser vidner om, at der foreligger et potentiale i at forebygge sygdommen. Forebyggelse defineres af SST som; ”*Sundhedsrelaterede aktiviteter, der søger at forhindre opståen og udvikling af sygdomme, psykosociale problemer, eller ulykker og dermed fremme folkesundheden*” (Sundhedsstyrelsen 2005, s.27). Ud fra definition fremgår det, at forebyggelse kan foregå på flere niveauer. I det følgende gennemgås de forskellige forebyggelsesstrategier i relation til KOL.

### 2.5.1 Forebyggelsesstrategier

Forebyggelse af KOL deles traditionelt op i primær, sekundær og tertiær forebyggelse (Rennard & Drummond 2015). Jf. afsnit 2.3 er rygning den væsentligste årsag til udvikling af KOL. For at forhindre nye sygdomstilfælde og reducere prævalensen af KOL, vil primær forebyggelse med fokus på at hindre borgere i at starte med at ryge ideelt set være den mest effektive forebyggelsesstrategi. Dette kan dog være vanskeligt at opnå med mindre der iværksættes strukturelle forebyggelsestiltag i form af rygeforbud. Rygestop anses derfor som en mere realistisk primær forebyggelsesstrategi. Det kan dog være komplekst at få borgerne til at stoppe med at ryge, da særligt borgere med ingen kompetencegivende uddannelse eller en kort uddannelse forbinder rygning med øget livskvalitet (Jensen 2009), hvormed det sociale og psykiske velbefindende rangerer højere end egen sundhedsadfærd. Rygestop handler således ikke blot om handlingsændringer men ligeledes om at ændre på de vaner, normer og forestillinger, som adfærden kan være forbundet med, og som er blevet naturlige for borgerne. Denne naturlighed er netop grunden til, at rygestop kan være vanskelige, og beskrives af filosof og sociolog, Alfred Schütz med udgangspunkt i begrebet *livsverden*. Livsverden er den verden, borgerne oplever at leve i, og som de oplever så naturlig, at den tages for givet (Schütz 2005). Det kan være naturligt for eksempelvis rygere med ingen kompetencegivende uddannelse eller en kort uddannelse at ryge, og ikke noget de umiddelbart tænker over - det er en del af deres livsverden. Rygning som adfærd er



samtidig med til at opretholde deres livsverden, hvorfor rygestop vil betyde, at de skal finde en ny måde at opretholde livsverdenen på og dermed en ny måde at hygge, beskæftige og stresse af på (Dalum et al. 2000; Schütz 2005). Det kan derfor være komplekst at få borgerne til at stoppe med at ryge, hvorfor det være vanskeligt at mindske prævalensen af KOL.

For de borgere som allerede har udviklet sygdommen, men som endnu ikke er diagnosticeret, er sekundær forebyggelse det primære mål. Denne forebyggelsesstrategi har til hensigt at opspore KOL tidligt i sygdomsforløbet for at begrænse det progredierende tab i lungefunktionen, samt afhjælpe de psykosociale konsekvenser som sygdommen kan medføre (Dansk Selskab for Almen Medicin 2008). Den sekundære forebyggelsesstrategi vil oftest omfatter en form for screening (Vallgård 2009; Sundhedsstyrelsen 2005).

Modsat primær og sekundær forebyggelse har den tertiære forebyggelse til formål at hindre tilbagefald samt forværring af sygdomme (Vallgård et al. 2014; Sundhedsstyrelsen 2005), og er derfor målrettet borgere diagnosticeret med KOL. Denne form for forebyggelse omfatter oftest rehabiliteringen, hvori der indgår rygestop, patientuddannelse ift. håndtering af egen sygdom, kost- og motionsvejledning samt medicinsk behandling. Formålet med rehabiliteringen er at mindske risikoen for exacerbationer samt at forbedre borgernes livskvalitet (Sundhedsstyrelsen 2005; Sundhedsstyrelsen 2007).

I dette projekt er der fokus på den tidlige opsporing af KOL og dermed den sekundære forebyggelse, hvorfor der afgrænses fra at belyse den primære og tertiære forebyggelse yderligere, velvidende at disse to forebyggelsesstrategier er en vigtig del af den samlede indsats i forebyggelsen af KOL. I de følgende afsnit fokuseres der derfor udelukkende på den sekundære forebyggelse af KOL.

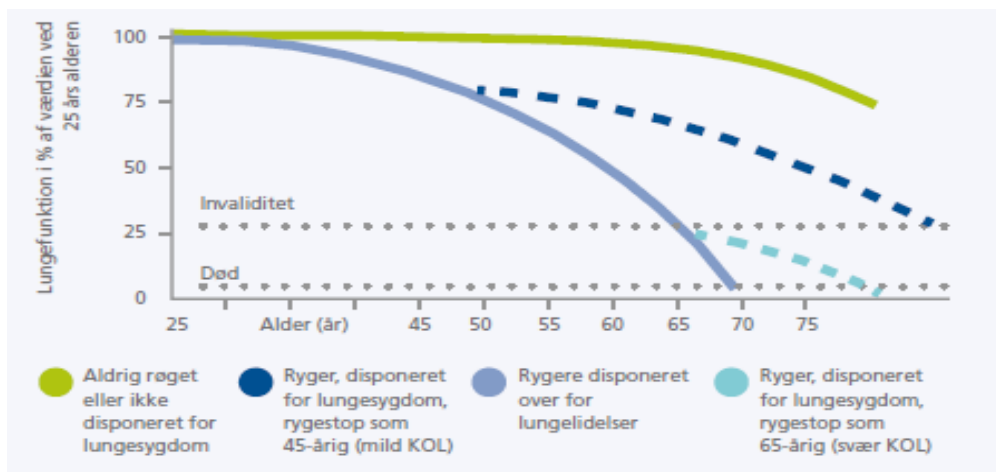
### **2.5.2 Tidlig opsporing af KOL**

Tidlig opsporing anvendes ofte synonymt med screening og defineres af Det Nationale Begrebsråd for Sundhedsvæsenet som; ”(...) *en sundhedsrelateret aktivitet, der indgår i sekundær forebyggelse med det formål at finde risikofaktorer og diagnosticere sygdom tidligst muligt*” (Sundhedsstyrelsen 2007, s.41). Tidlig opsporing bliver dermed en screeningsmetode til at identificere borgere der allerede har KOL, men som endnu ikke er diagnosticeret.

### 2.5.2.1 Forudsætninger for screening

For at et screeningsprogram skal være nyttigt og berettiget, er der primært to forudsætninger, som skal være opfyldt. For det første skal der eksistere en test, som kan identificere borgere med sygdomme tidligt i forløbet (Juul 2013; Lange & Søndergaard 2013). Spirometri gør det netop muligt at identificere borgere med KOL tidligt i sygdomsforløbet (Sundhedsstyrelsen 2007). Gennem denne metode anslås det, at det for hver femte borgere i risiko er muligt at opspore en ny borger med KOL (Løkke et al. 2012a). Dette forudsætter dog præcis udførsel af spirometri og spirometre af høj kvalitet, som kan opfange små forandringer med stor sikkerhed (Weiss et al. 2014). Flere af de nuværende spirometre har ikke den fornødne kvalitet (Tinkelman et al. 2007; Weiss et al. 2014), hvilket påvirker testens evne til at diskriminere mellem syge og raske og dermed testens *sensitivitet* og *specificitet* (Juul 2013). Test med lavere validitet øger dermed risikoen for, at borgerne får stillet en falsk-positiv eller falsk-negativ diagnose (Weiss et al. 2014; Juul 2013). Stilles en falsk-positiv diagnose, vil det ikke kun medføre samfundsøkonomiske omkostninger, men det kan også føre til unødvendig bekymringsskabelse, stigmatisering og sygeliggørelse hos de fejlagnostiserede borgere. I de tilfælde hvor der stilles en falsk-negativ diagnose kan det medføre, at borgeren får en falsk tryghed og ikke tilbydes den nødvendige behandling eller opfordres til rygestop inden sygdommen når et fremskredent stadie.

Den anden forudsætning som skal være opfyldt er, at behandlingen af borgerne, for hvem sygdommen opspores tidligt, opnår bedre resultater, end hvis sygdommen opspores og behandles sent i sygdomsforløbet (Juul 2013; Lange & Søndergaard 2013). Til trods for at det ikke er muligt at genvinde tabt lungefunktion (Stratelis et al. 2004), kan tidlig opsporing af KOL bidrage til at begrænse det progredierende tab i lungefunktionen og hjælpe borgerne til at opnå større kontrol over symptomerne (Stratelis et al. 2004; Hilberg & Bendstrup 2012; Dirven et al. 2013b). Da der ikke eksisterer nogen behandlingsform, som kan genvinde tabt lungefunktion (Stratelis et al. 2004) er den mest effektive måde til at begrænse det progredierende tab i lungefunktionen at fjerne eksponeringen (Tinkelman et al. 2007; Stratelis et al. 2004). For at tidlig opsporing skal have en effekt blandt borgere, som ryger er det fordelagtigt, at de efterfølgende stopper med at ryge (Kølner-Augustson et al. 2015), hvilket illustreres på Fletcher-Peto diagrammet (Figur 2-2).



Figur 2-2: Fletcher-Peto diagram (Danmarks lungeforening 2013, s.8) viser det progredierende tab i lungefunktionen for borgere mellem 25 år og 75 år. Lungefunktionen er for borgere som aldrig har røget (grøn) næsten konstant indtil 60 års alderen, hvorefter den gradvist reduceres med stigende alder. Borgere som ryger reducerer lungefunktionen betydeligt hurtigere end ikke-rygere (mørk blå). Dog vil hastigheden af lungefunktionsnedsættelsen reduceres hvis borgerne, uanset tidspunkt i sygdomsforløbet, stopper med at ryge (stiplede).

Af diagrammet fremgår det, at jo før et rygestop iværksættes, des bedre er den langsigtede sygdomsproggnose, da det progredierende tab i lungefunktionen begrænses. Succesraten af rygestop øges desuden, såfremt borgerne har fået diagnosticeret KOL, hvorfor bl.a. tidlig opsporing motivere borgerne til rygestop (Tinkelman et al. 2007; Løkke et al. 2012b). For de borgere, som er stoppet med at ryge, vil tidlig opsporing stadig være relevant, da de som følge af rygningens skadelige virkninger kan være i risiko for at udvikle KOL. Til trods for at eksponeringen allerede er fjernet, kan tidlig opsporing og efterfølgende rehabilitering jf. afsnit 2.5.1 med fokus på fysisk aktivitet, kost og behandling i form af inhalationspræparater bidrage til at forbedre borgernes fysiske funktionsevne, reducere tabet i muskelmasse, forbedre livskvaliteten samt forbedre helbredstilstanden (Sundhedsstyrelsen 2007). Såfremt KOL opspores og diagnosticeres senere i sygdomsforløbet, vil forebyggelses- og behandlingsmulighederne være begrænsede (Vestbo et al. 2007; Lange & Søndergaard 2013), omkostningerne markant forøgede (Holton 2012) og risikoen for exacerbationer forhøjet (Marcos 2016). Dette indikerer, at tidlig opsporing af KOL blandt borgere med ingen kompetencegivende uddannelse eller en kort uddannelse, som ryger eller er forhenværende rygere kan medføre en bedre sygdomsproggnose, end hvis sygdommen først opdages sent.

I de tilfælde hvor borgerne ikke ønsker at stoppe med at ryge, kan det diskuteres, hvorvidt diagnosticeringen er fordelagtig. Professor Svend Juul præsenterer begrebet *lead time bias*, som handler om, at borgere ikke opnår effekt af tidlig opsporing, såfremt behandlingen ikke har en effekt (Juul 2013). Hvis borgerne ikke stopper med at ryge vil behandlingseffekten være minimal, da rygestop er den

mest effektive forebyggelses- og behandlingsstrategi for KOL (Vestbo et al. 2007). Hermed vil diagnosticeringen ikke medføre, at borgerne lever længere, men blot lever længere med diagnosen (Juul 2013; Szklo & Nieto 2014). Dette er hverken en gevinst for borgernes sundhed eller livskvalitet, hvorfor tidlig opsporing ikke nødvendigvis vil være meningsfuldt for disse borgere.

Af ovenstående fremgår det, at såfremt tidlig opsporing skal være meningsfuld, skal der eksistere en test som muliggør tidlig opsporing. Samtidig skal tidlig opsporing kunne opnå bedre forebyggelses- og behandlingseffekt end senere opsporing. Til trods for at tidlig opsporing kan medføre negative utilsigtede effekter og er forbundet med samfundsøkonomiske omkostninger, vil tidlig opsporing af borgere med KOL, jf. Figur 2-2 resultere i et mildere sygdomsforløb.

#### 2.5.2.2 *Danske anbefalinger for tidlig opsporing*

I Danmark udarbejdede SST og DSAM i 2007 en række anbefalinger for tidlig opsporing af borgere med KOL. Af anbefalingerne fremgår det, at alle borgere over 35 år som ryger, er forhenværende rygere eller ansat i risikoerhverv, og som har et eller flere respiratoriske symptomer skal tilbydes spirometri med henblik på at få stillet diagnosen KOL tidligt i sygdomsforløbet (Sundhedsstyrelsen 2007). I afsnit 2.3 er der afgrænset fra at undersøge borgere med risikoerhverv, hvorfor dette parameter fra anbefalingerne ikke vil blive berørt i det følgende. Screening af alle rygere og forhenværende rygere, uanset tilstedeværelse af respiratoriske symptomer, kan have en større effekt end udelukkende screening af borgere med symptomer (Sansores et al. 2013; Hill et al. 2010). Da KOL ofte først bliver symptomgivende, når sygdommen er fremskreden kan fravær af symptomer bevirke, at tilstedeværelsen af KOL maskeres (Sansores et al. 2013), hvilket vil resultere i, at KOL først diagnosticeres senere i sygdomsforløbet. Grunden til at SST og DSAM kun anbefaler screening af borgere, som oplever respiratoriske symptomer kan være en formodning om, at prævalensen af KOL er størst blandt disse borgere. Hermed vil anbefalingerne resultere i, at screeningstesten opnår en høj positiv *prædiktiv værdi*, da sandsynligheden for at have KOL ved et positivt testresultat er større, des højere prævalensen er i undersøgelsespopulationen (Juul 2013; Szklo & Nieto 2014). Der vil samtidig være mindre risiko for at fejldiagnosticere borgerne, da sandsynligheden for at få en falsk-positiv diagnose ved en positiv test er mindre, når prævalensen er høj (Szklo & Nieto 2014). Om det er mest fordelagtigt at screene alle i risiko, uanset tilstedeværelsen af respiratoriske symptomer, eller kun de som oplever symptomer kan derfor umiddelbart være svært at afgøre.

Problemet med SST og DSAM's anbefalingerne er overordnet set, at de ikke er tilstrækkeligt implementeret hos de praktiserende læger, hvorfor der ifølge overlæge Peter Lange og almen praktiserende læge Jens Søndergaard er behov for en højere grad af efterlevelse og prioritering af disse (Lange & Søndergaard 2013). Efterledes anbefalingerne kan det formodentligt være medvirkende til, at borgerne opspores og diagnosticeres tidligt i sygdomsforløbet (Dansk Selskab for Almen Medicin 2008; Lange & Søndergaard 2013), hvorved de fysiske, psykiske og sociale konsekvenser af sygdommen mindskes og livskvaliteten forbedres.

#### 2.5.2.3 Nuværende screeningsmetoder og barriererne herved

Siden GOLD blev stiftet i 1998 har forskningen i forebyggelse, opsporing og behandling af KOL været stigende (GOLD 2016). Til trods herfor foreligger der endnu ikke evidens for en bestemt strategi for tidlige opsporing af KOL (GOLD 2016; Lyngsø et al. 2010; Haroon et al. 2015). Der forekommer derfor et potentiale ift. at forandre nuværende praksis på området og udarbejde et forandrings tiltag for tidlig opsporing af borgere med KOL. I det følgende belyses nuværende screeningsmetoder til opsporing af KOL med henblik på at fremanalysere effekterne heraf, og hvad der kan ligge til grund for, at KOL ikke opspores og diagnosticeres tidligere. Målet er hermed at identificere, hvori forebyggelsespotentialer ligger.

Den tidlige opsporing af KOL i Danmark foregår typisk gennem *opportunistisk*- eller *systematisk screening* (Vallgård 2009; Sundhedsstyrelsen 2005). *Opportunistisk screening*, også kaldet *case-finding*, foretages lejlighedsvist blandt borgere som henvender sig til lægen eller sundhedsvæsenet af andre årsager (Juul 2013; Vallgård et al. 2014; GOLD 2016). Fordelen ved denne metode er, at screeningen foretages, mens borgerne allerede er hos lægen. De skal altså ikke have en ny tid, hvilket kan bevirke at en større andel af borgerne i risiko screenes. Dette understøttes af et dansk studie, som viser, at borgere der får en ny tid ofte ikke møder op til screening (Lyngsø et al. 2010). For at opportunistisk screening skal være effektivt, er det en forudsætning, at borgerne er i kontakt med lægen. Til trods for at 99% af danskerne er tilknyttet en lægepraksis, var 18,5% af borgerne ikke i kontakt med egen læge i løbet af 2013 (Sundhedsstyrelsen 2013). Dette resulterer i, at en stor andel af borgere som potentielt kan være i risiko ikke tilbydes screening og dermed ikke diagnosticeres tidligt. De 18,5%, som ikke var i kontakt med egen læge i løbet af 2013 udgøres dog hovedsageligt af borgere med en lang uddannelse, hvorimod borgerne med ingen kompetencegivende uddannelse eller en kort

uddannelse i højere grad var i kontakt med egen læge (Sundhedsstyrelsen 2013). Tallene fra *Dan-skernes Sundhed – Tal fra Den Nationale Sundhedsprofil* viser dog, at mænd med ingen kompetencegivende uddannelse eller en kort uddannelse i mindre grad end kvinder med samme uddannelsesniveau var i kontakt med egen læge i løbet af 2013 (Sundhedsstyrelsen 2013). Da borgere med ingen kompetencegivende uddannelse eller en kort uddannelse jf. afsnit 2.3 er i øget risiko for at udvikle KOL som følge af bl.a. en højere rygeprævalens sammenlignet med borgere med høj kompetencegivende uddannelse og samtidig oftere er i kontakt med lægen, kan det formodes at opportunistisk screening vil være en effektiv screeningsmetode for denne målgruppe.

Opportunistisk screening forudsætter, at lægerne er opmærksomme på, om borgerne er i risiko for at udvikle KOL og udfører spirometri ved mistanke om sygdommen (Lyngsø et al. 2010; Lange & Søndergaard 2013). Lægerne er dog ikke forpligtede til at foretage spirometri, og gør det sjældent (Tinkelman et al. 2007). I gennemsnit anvender de praktiserende læger i Danmark kun spirometri fire gange årligt, hvilket svarer til at kun 7,5% af de, som er i risiko, screenes (Lyngsø et al. 2010). Årsagerne til at lægerne ikke udfører spirometri skyldes hovedsageligt manglende uddannelse i anvendelsen af spirometri og tolkningen af resultater samt manglende tid (Lyngsø et al. 2013; Price et al. 2009; Sandelowsky et al. 2011; Lange & Søndergaard 2013). Disse barrierer kan være medvirkende årsager til, at borgere med KOL ikke opspores eller først diagnosticeres sent i sygdomsforløbet.

Systematisk screening anvendes med henblik på at undersøge hele befolkningen, *massescreening* eller udvalgte befolkningsgrupper i risiko, *selektiv screening* (Wilson & Jungner 1968). Ift. KOL anses selektiv screening som den mest hensigtsmæssige systematiske screeningsmetode til at identificere borgere med sygdommen, da risikoen for at udvikle KOL jf. afsnit 2.3 er størst blandt rygere og forhenværende rygere med ingen kompetencegivende uddannelse eller en kort uddannelse. Selektiv screening bliver dermed en form for høj-risiko strategi (Vallgård et al. 2014) og vil sammenlignet med massescreening sandsynligvis være mere omkostningseffektiv, da ressourcerne investeres hvor behovet, og dermed også effekten formodentligt er størst. Den selektive screening vil dog stadig være ressourcekrævende (Schirnhofner et al. 2011; Barthwal & Singh 2014), da store befolkningsgrupper skal screenes med mindre intervaller for kontinuerligt at kunne opspore nye borgere med KOL tidligt i sygdomsforløbet (Sundhedsstyrelsen 2007). Ved udelukkende at screene borgere i høj-risiko er der risiko for, at alle borgere med KOL ikke opspores. Den selektive screening har på nuværende tids-

punkt ikke haft den fornødne effekt ift. tidlig opsporing, da det bl.a. har været vanskeligt at identificere borgere i risiko (Lyngsø et al. 2010). Som ved den opportunistiske screening skyldes manglende effekt af selektiv screening ligeledes, at lægerne ikke systematiske udfører spirometri ved mistanke om sygdom (Lyngsø et al. 2010). For at sikre en større effekt af den selektive screening, er det væsentligt at arbejde med de barrierer, der forekommer ved denne screeningsmetode.

SST og DSAM's anbefalinger og de nuværende screeningsmetoder for tidlig opsporing af borgere med KOL har ikke den fornødne effekt, hvilket ofte resulterer i, at borgerne diagnosticeres sent i sygdomsforløbet eller slet ikke. Ud over førnævnte barrierer på det organisatoriske og lægelige niveau, eksisterer der ligeledes barrierer blandt borgerne i form af eksempelvis manglende viden om KOL, skyldfølelse og forventninger fra omgivelserne om rygestop, som bevirker at KOL først opspores sent i sygdomsforløbet (Vestbo et al. 2007; Arne et al. 2007). Der foreligger dog begrænset viden om borgernes perspektiv på den tidlige opsporing, hvorfor der er behov for at undersøge dette nærmere. Det kan formodes at SST og DSAM's anbefalinger samt lægernes anvendelse af spirometri kan forandres, men såfremt borgerne ikke går til lægen eller deltager i screening for KOL, selv hvis der eksisterede et konkret tiltag, vil det formodentligt ikke nytte noget at forandre praksis på disse områder. I dette projekt vil der derfor være fokus på borgerperspektivet, samt hvorledes det med udgangspunkt i borgernes barrierer og motiver er muligt at udarbejde et forandringstiltag, som kan forandre nuværende praksis for tidlig opsporing af borgere med KOL. Ifølge sociolog Pernille Tanggaard Andersen er det netop vigtigt at inddrage borgerne i de beslutninger, der vedrører deres liv (Andersen 2014), hvorfor borgerperspektivet har sin berettigelse. Til trods for at der også eksisterer barrierer blandt lægerne og på det organisatoriske niveau, afgrænses der fra at undersøge disse yderligere. Velvidende at tidlig opsporing af borgere med KOL kræver, at der arbejdes med at udforme et forandringstiltag, som tager højde for barriererne på alle tre niveauer (Lange & Søndergaard 2013), fokuseres der derfor udelukkende på borgernes barrierer i dette projekt.

### 3 Problemformulering

---

*Hvorledes kan nuværende praksis for tidlig opsporing af KOL blandt borgere over 35 år med ingen kompetencegivende uddannelse eller en kort uddannelse, som ryger eller er forhenværende rygere forandres, således at KOL kan opspores tidligt i sygdomsforløbet?*

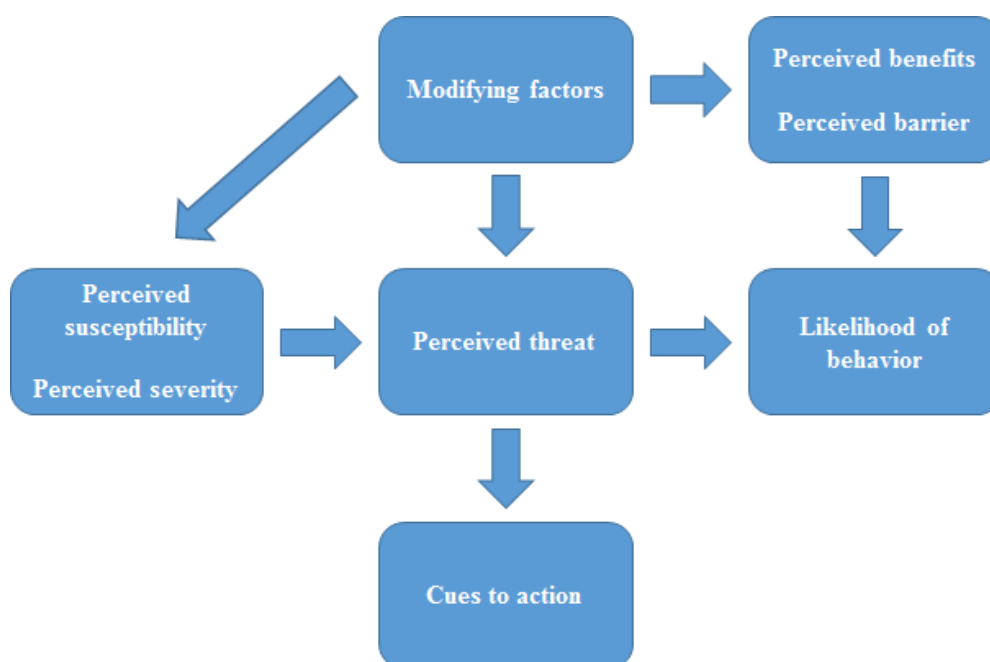
- Hvordan kan viden fra empirien og Health Belief Modellen bidrage til at give en forståelse af de barrierer og motiver borgere over 35 år med ingen kompetencegivende uddannelse eller en kort uddannelse, som ryger eller er forhenværende rygere, oplever i forbindelse med tidlig opsporing?
- Hvordan kan forandring af nuværende praksis for tidlig opsporing af borgere med KOL muliggøres med udgangspunkt i ovenstående?



## 4 Teori

I dette afsnit præsenteres *Health Belief Modellen (HBM)*, som udgør projektets teori. HBM er udviklet af en gruppe socialpsykologer fra U.S. Public Health Service i 1950'erne for at forstå, hvorfor borgerne fravalgte at lade sig screene for bl.a. tuberkulose (Rosenstock 1974). I dette projekt anvendes HBM til at fortolke empirien fra de kvalitative interviews og skal dermed give en dybere forståelse af borgernes adfærd. HBM skal således bidrage til at forstå, hvorledes nuværende praksis for tidlig opsporing af borgere med KOL kan forandres, således at borgerne er mere tilbøjelige til at lade sig opspore tidligere i sygdomsforløbet.

Grundtanken i HBM er, at borgernes adfærd er determineret af deres sundhedsopfattelser, *health beliefs* (Hochbaum 1958). Dvs. at borgernes viden og forestillinger om sundhed og sygdom er styrende for deres adfærd. Ift. projektets problemfelt kan kendskab til borgernes sundhedsopfattelser være en måde at forstå, hvorfor de ikke opspores eller diagnosticeres tidligere i sygdomsforløbet, og hvad der skal til for at borgerne ændrer adfærd. Sundhedsopfattelserne, som udgør grundelementerne i HBM; *perceived susceptibility*, *perceived severity*, *perceived benefits* og *perceived barriers*, kan enkeltvis eller i kombination bidrage til at forstå og forklare en given sundhedsadfærd (Rosenstock 1974). Modellen er senere blevet videreudviklet og indeholder også *modifying factors*, *cues to action* og *self-efficacy* (Stretcher & Rosenstock 1997).



Figur 4-1: Health Belief Model med inspiration fra (Rosenstock 1974, s.334)

Figur 4-1 illustrerer samspillet af sundhedsopfattelserne, som påvirker borgernes tilbøjelighed til at ændre adfærd. Sundhedsopfattelserne uddybes i det følgende.

## 4.1 Oplevet alvorlighed

Den oplevede alvorlighed, *perceived seriousness*, af en given sygdom omfatter en vurdering af medicinske samt sociale konsekvenser og determinerer således borgernes oplevelse af sygdommens alvorlighed. Oplevelsen af alvorlighed kan variere fra borger til borger (Rosenstock 1974; Hochbaum 1958). Medicinske konsekvenser omfatter eksempelvis dødsfald, invaliditet samt nedsat fysisk og mental funktion, mens sociale konsekvenser bl.a. omhandler betydningen for den enkeltes sociale relationer og arbejdsmarkedstilknytning. Såfremt borgerne ikke oplever symptomerne på KOL som alvorlige, kan det være en medvirkende årsag til, at de ikke reagerer herpå og søger læge.

## 4.2 Oplevet modtagelighed

Oplevet modtagelighed, *perceived susceptibility*, handler om hvorvidt borgerne føler sig modtagelige for at udvikle en given sygdom. Modtagelighed for sygdom betragtes som en af de væsentligste prædiktorer for at få borgerne til at ændre adfærd og eksempelvis deltage i et screeningsprogram. Såfremt borgene ikke føler sig modtagelige for at udvikle sygdomme, vil de sandsynligvis ikke gøre noget for at forebygge dem (Rosenstock 1974; Hochbaum 1958). Ift. projektets problemfelt betyder det, at borgerne sandsynligvis ikke ændrer adfærd og deltager i screening for KOL, såfremt de ikke føler sig i risiko for at udvikle sygdommen. Øget modtagelighed resulterer dog ikke altid i adfærdsændringer, hvorfor der er behov for et samspil med de øvrige sundhedsopfattelser i modellen (Rosenstock 1974; Hochbaum 1958).

## 4.3 Oplevet trussel

Når modtagelighed sammenkobles med alvorlighed, vil det resultere i en oplevet trussel, *perceived threat* (Stretcher & Rosenstock 1997). Den oplevede trussel er afhængig af, at den enkelte borger oplever den givne sygdom som alvorlig, og at vedkommende samtidig føler sig modtagelig for at udvikle denne (Dalum et al. 2000). Borgerne kan sagtens opleve KOL som en alvorlig sygdom, men hvis ikke de føler sig modtagelige, vil de sandsynligvis ikke opfatte sygdommen som en trussel mod deres sundhed og derfor ikke tage mod forebyggende tiltag som eksempelvis screening.

## 4.4 Oplevede fordele og oplevede barrierer

Som det fremgår af Figur 4-1 determineres borgernes adfærdsændring ikke udelukkende på baggrund af, hvorvidt de oplever en bestemt sygdom som en trussel. De oplevede fordele, *perceived benefits*, og oplevede barrierer, *perceived barriers*, ved en given adfærdsændring har ligeledes betydning for, om borgerne ændrer adfærd (Stretcher & Rosenstock 1997). For at kunne foretage en adfærdsændring er det en forudsætning, at de oplevede fordele ved den nye adfærd opvejer konsekvenserne ved at bibeholde den gamle adfærd. Sandsynligheden for at borgerne ændrer adfærd er større, såfremt de tror på, at den nye adfærd vil reducere risikoen for at udvikle eller forværre sygdommen (Stretcher & Rosenstock 1997). Oplevede fordele kan eksempelvis være sundhedsmæssige gevinster eller øget psykisk velvære, mens oplevede barrierer kan være manglende tro på at kunne gennemføre en adfærdsændring, afstand til lægen samt manglende overbevisning om, at der eksisterer effektive forebyggelses- og behandlingsmuligheder (Rosenstock 1974; Dalum et al. 2000). For borgere i risiko for at udvikle KOL handler det om, at de oplevede fordele ved at lade sig screene er større end barriererne. Hvis borgerne eksempelvis føler at tidlig opsporing af KOL kan have gavnlige effekter for deres helbred, og disse fordele vægter højere end risikoen ved at blive screenet, vil det sandsynligvis resultere i en adfærdsændring. Sundhedsprofessionelle fokuserer ofte på fordelene ved en given adfærdsændring, hvilket resulterer i, at de oplevede barrierer negligeres. Arbejdes der ikke med at minimere borgernes barrierer, kan det have betydning for deres tilbøjelighed til at ændre adfærd, da fordelene stadig skal opveje barriererne (Rosenstock 1974; Stretcher & Rosenstock 1997).

## 4.5 Modificerende variabler

De ovennævnte sundhedsopfattelser influeres af modificerende variabler, *modifying factors*, som overordnet opdeles i *demografiske variabler*, *psykosociale variabler* og *strukturelle variabler*. De demografiske variabler omfatter bl.a. alder, køn og etnicitet, mens de psykosociale variabler omfatter eksempelvis SES og personlighed. De strukturelle variabler omfatter bl.a. viden om sygdomme og tidligere kontakt med sygdomme (Rosenstock 1974; Stretcher & Rosenstock 1997). Flere forskellige personlige faktorer påvirker hermed borgernes tilbøjelighed til at ændre adfærd (Stretcher & Rosenstock 1997). Ift. projektets problemfelt påvirkes borgernes opfattelser og forestillinger om KOL sandsynligvis af et samspil af flere individuelle modificerende variabler. Det er derfor nødvendigt at arbejde med målgruppens sundhedsopfattelser for at gøre forandringstiltaget relevant og meningsfuldt for dem.

## 4.6 Incitament til handling

Incitament til handling, *cues to action*, er eksempelvis begivenheder, personer eller erfaringer, som kan ændre borgernes sundhedsopfattelse og motivere dem til at ændre adfærd (Stretcher & Rosenstock 1997). Såfremt borgerne har bekendtskaber, der oplever lignende symptomer og får diagnosticeret KOL, kan det formodentligt ændre deres opfattelse af sygdommens alvorlighed og deres egen modtagelighed. Endvidere kan information fra det offentlige om sygdommens alvorlighed, gennem eksempelvis reklamer og annoncer, samt opfordringer fra lægen givetvis også påvirke borgernes incitament til at ændre adfærd. Adfærdsændringen kan således styrkes eller svækkes af indre og ydre stimuli. Incitamenterne kan være med til at højne borgerens tro på egne evner til at foretage en forandring, *self-efficacy*, hvilket ligeledes har betydning for motivationen for at ændre adfærd. Såfremt borgerne ikke har en tro på, at de kan ændre adfærd, vil de heller ikke være tilbøjelige til at forsøge at ændre adfærd (Stretcher & Rosenstock 1997). Hvis en borger i risiko for at udvikle KOL oplever, at tidlig opsporing og efterfølgende rygestop kan give en sundhedsmæssig gevinst, men tænker at vedkommende ikke kan gennemføre et rygestop, vil han/hun sandsynligvis ikke tage kontakt til lægen. Samlet set påvirker de modificerende variable, incitament til handling samt *self-efficacy* borgernes oplevelse af sygdommens alvorlighed, modtagelighed, barrierer og fordele og derfor deres adfærd.

## 4.7 Modellen som sammenhæng

For at gøre det lettere for borgerne at ændre adfærd og deltage i screening for KOL er der flere sundhedsopfattelser, som bør arbejdes med i udformningen af forandringstiltaget. Borgerne skal opleve symptomerne på KOL og selve sygdommen som en alvorlighed og samtidig føle sig modtagelige for at udvikle sygdommen. De skal altså føle at de er i risiko for at kunne udvikle KOL. Forskellige indre og ydre stimuli kan påvirke hvorvidt borgerne oplever sygdommen som en trussel, som medfører overvejelser om at lade sig screene. Adfærdsændringen vil dog sandsynligvis kun finde sted, såfremt borgerne føler, at de er i stand til at gennemføre denne, og samtidig oplever at fordelene ved den nye adfærd opvejer barriererne.

## 5 Metode

---

*I dette afsnit præsenteres projektets metoder. Indledningsvist argumenteres der for den videnskabs-teoretiske positionering, som projektet tager afsæt i, og hvordan denne afspejles i den kvalitative metode og analyse. Hernæst gennemgås den kvalitative metode og litteratursøgningen.*

### 5.1 Videnskabsteoretisk positionering

Ambitionen om at forandre den nuværende praksis for tidlig opsporing af KOL kræver, at der opnås en forståelse af de barrierer og motiver, som borgerne oplever i forbindelse med den tidlige opsporing. Denne forståelse kan opnås ved at arbejde ud fra det fortolkningsvidenskabelige paradigme (Launsø et al. 2011).

#### 5.1.1 Det fortolkningsvidenskabelige paradigme

I det fortolkningsvidenskabelige paradigme er det centralt at skabe en forståelse af, hvilken betydning mennesker tillægger bestemte handlinger og sociale fænomener i deres livsverden (Launsø et al. 2011). Denne forståelse kan kun opnås gennem indsigt i menneskers oplevelser og erfaringer, hvorfor projektets kvalitative metode omfatter interviews med borgere med KOL og borgere i risiko for at udvikle KOL. Målet med interviewene er hermed at få et nuanceret indblik i respondenternes opfat-telser og forståelser af, hvilke barrierer der kan ligge til grund for manglende tidlig opsporing, og hvad der motiverer dem til at blive opsporet tidligere. Som nævnt i afsnit 4 inddrages HBM til at opnå en dybere fortolkning og forståelse af de empiriske fund fra interviewene. Teorien har således til formål at give en differentieret forståelse af, hvorfor respondenterne har en given sundhedsadfærd, og hvilke barrierer og motiver de oplever i forbindelse med at skulle ændre adfærd. Teorien kan således bidrage til at højne kvaliteten af projektet. Ud fra det fortolkningsvidenskabelige paradigme anskues mennesket i et holistisk perspektiv som et subjekt, der har sit eget meningsindhold og sin egen virkelighedsforståelse, hvilket adskiller sig fra den positivistiske tilgang, som beskriver menne-sker ud fra lovmæssigheder og objektive kriterier. Forståelsen af menneskers meningsindhold kræver, at forskeren sætter sig i deres sted og forstår de sociale fænomener og kontekster, som danner ram-merne for deres livsverden (Launsø et al. 2011). Dette kan netop gøres ud fra en hermeneutisk tilgang, hvorfor der i dette projekt tages afsæt i denne tilgang til at forstå og fortolke respondenternes me-ningsudlægning.

### 5.1.2 Hermeneutisk tilgang

Det centrale i hermeneutikken er, ifølge filosof Hans-Georg Gadamer, at en ny forståelse skabes ved at be- eller afkræfte de fordomme og forforståelser, som vil være til stede, når forskeren skal forstå det som ønskes belyst (Gadamer 2007). Inden gruppen påbegyndte dette projekt, havde de allerede, på baggrund af deres profession, en fordom om at borgere med KOL primært har ingen kompetencegivende uddannelse eller en kort uddannelse og er storrygere, som ikke passer på eget helbred. Ligeledes havde gruppen en fordom om, at særligt disse borgere er mindre interesserede i at deltage i screeningstiltag. Med udgangspunkt i disse fordomme fandtes problemfeltet relevant at undersøge. Under udarbejdelsen af projektets problemanalyse er der, gennem en be- og afkræftelse af fordommene, opnået viden om manglende tidlig opsporing af borgere med KOL. Der er hermed skabt en ny forforståelse, som ønskes yderligere undersøgt gennem de kvalitative interviews.

Som forsker er det væsentligt at være bevidst om egen forforståelse inden mødet med borgeren, da forforståelsen vil have indflydelse på analysen (Gadamer 2007). Derfor søger gruppen at gøre sig bevidst om egen forforståelse inden interviewene. Forskeren er dog ikke objektiv i sin vurdering, idet vedkommende ikke står uden for situationen, og dermed ikke kan have fuldstændig viden om egen forforståelse. Gadamer mener, at dette begrænser forskerens horisont og dermed forståelsen af det, det sættes fokus på (Gadamer 2007). Målet i projektet bliver således ikke at nå frem til en objektiv forståelse af manglende tidlig opsporing, men i stedet at undersøge dette med bevidsthed om, hvordan gruppens forforståelser påvirker projektets resultater. Gruppen har, i kraft af deres profession, en folkesundhedsvidenskabelig tilgang hvorfor der kan forekomme visse selvfølgeligheder, som er vigtigt at være bevidst om. Eksempelvis er der risiko for, at gruppen kommer til at patientliggøre borgere i risiko for at udvikle KOL og anskue dem som nogle, der bør diagnosticeres og tilbydes den rette forebyggelse og behandling tidligt i sygdomsforløbet. En del af disse borgere vil formodentligt ikke føle sig syge eller opfatte sygdommen som et problem, der skal varetages tværsektorielt men blot som et problem, der udløser besvær i hverdagen (Jørgensen et al. 2011). Således vil gruppens og respondenternes forforståelser afspejle forskellige horisonter. Med inspiration fra Hanne Fredslund vil gruppen, under udarbejdelsen af interviewguiden, forsøge at gøre sig bevidst om egne forforståelser. Dette gøres ved at udvise åbenhed og selvkritisk refleksion over for de opstillede spørgsmål (Fredslund 2001). Under udarbejdelsen af interviewguiden vil gruppen således benytte egne forforståelser til at udforme interviewspørgsmålene for derefter at forholde sig kritisk til disse. Dette kan medføre, at andre spørgsmål inddrages i interviewguiden end de først antagne. Under den hermeneutiske tilgang

er det en forudsætning, at forskeren sætter sig ind i den udforskedes sted for at kunne forstå dennes forståelseshorisont (Gadamer 2007). Gruppen skal således, gennem egne forforståelser, forsøge at forstå respondenternes forståelseshorisont, men samtidigt erkende at det ikke er muligt at reproducere deres virkelighed fuldstændigt. Herved opstår en tredje og helt ny forståelse i mødet mellem de to forståelseshorisonter, hvilket Gadamer kalder en horisontsammensmeltning (Gadamer 2007). Dette henviser til den hermeneutiske cirkel, som betragter fortolkningen af virkeligheden som en proces, hvor forskeren er nødt til at forstå de enkelte dele for at kunne forstå helheden. Undersøgelsen af delelementerne vil lede til en ny forståelse af helheden, som igen vil føre til en mere nuanceret forståelse af enkeltdele. Den hermeneutiske cirkel fører dermed til et dialektisk forhold i en proces, hvor forståelseshorisonten aldrig bliver fuldstændig men hele tiden udvides (Gadamer 2007). Denne procesforståelse inddrages under interviewene, da gruppen ønsker at undersøge og forstå respondenternes egne opfattelser af den tidlige opsporing ud fra deres livsverden samt være åbne overfor nye forståelser, som kan opstå.

## **5.2 Kvalitative interviews**

I dette afsnit præsenteres projektets kvalitative metode, formålet med denne og de metodiske valg, som foretages før, under og efter gennemførelsen af interviewene.

Formålet med de kvalitative interviews er at opnå en forståelse af de barrierer og motiver respondenterne oplever i forbindelse med at søge læge og blive screenet. Således skal de kvalitative interviews give en forståelse af respondenternes livsverden om dette genstandsfelt og bidrage til at opnå en dybere forståelse af respondenternes handlinger og oplevelser og dermed deres barrierer og motiver for tidlig opsporing af KOL. Ved at opnå en forståelse herfor, er det muligt at udarbejde et forandrings tiltag, som gør det lettere for borgerne at deltage i tiltag for tidlig opsporing af KOL. Til trods for at det er den enkelte borgers ansvar eksempelvis at stoppe med at ryge eller at deltage i screeninger, kan samfundet med fordel forsøge at gøre det lettere for borgeren at træffe det 'sunde' valg (Jørgensen 2009).

### **5.2.1 Valg og rekruttering af respondenter**

I dette projekt afholdes interview med borgere, som har fået diagnosticeret KOL inden for de seneste to år, og borgere som er i risiko for at udvikle KOL. Respondenterne rekrutteres til interviewene

gennem en praksiskontakt på Lungemedicinsk afdeling, Aalborg Universitetshospital, en sundheds-koordinator i Vesthimmerland Kommune samt gennem de sociale medier. Alle borgere som i kontaktøjeblikket opfylder kriterierne i Tabel 5-1 er kandidater til at deltage i interviewene.

Nydiagnosticerede KOL borgere	Risiko for KOL
Over 35 år	Over 35 år
Ryger eller forhenværende ryger	Røget i minimum 20 år
Ingen- eller kort kompetencegivende uddannelse	Ingen- eller kort kompetencegivende uddannelse
Diagnosticeret KOL inden for de seneste 2 år	Evt. have lunge- eller luftvejssymptomer

Tabel 5-1: Inklusionskriterier for hhv. nydiagnosticerede borgere med KOL og borgere i risiko for at udvikle KOL.

I gruppen med nydiagnosticerede borgere inkluderes kun de, som inden for de seneste to år har fået diagnosen KOL, da det vurderes, at der herved er større sandsynlighed for, at respondenterne kan erindre diagnoseforløbet samt hvilke udfordringer og motiver de oplevede i forbindelse at få stillet diagnosen. Interviewene med borgere i risiko for at udvikle KOL vurderes at kunne give en forståelse af, hvilke barrierer og motiver denne gruppe oplever på nuværende tidspunkt i forbindelse med tidlig opsporing. Som beskrevet i afsnit 2.3 manifesteres KOL oftest først efter 20 pakkeår, hvorfor kun de borgere som opfylder dette kriterium inkluderes i 'risikogruppen'. Det vurderes, at interviewene med disse to grupper af respondenter samlet set vil kunne give et fyldestgørende og nuanceret billede af den nuværende problematik omkring tidlig opsporing af KOL.

Det har været muligt at rekruttere i alt ni respondenter til interviewene. Den ene respondent er dog blevet ekskluderet, da vedkommende ikke opfylder alle inklusionskriterierne. Hermed er der blot inkluderet otte respondenter i projektets undersøgelse. Antallet af respondenter bør ideelt set afgøres på baggrund af mætning, hvor yderligere interviews ikke bidrager med ny viden om det undersøgte genstandsfelt. I praksis vil antallet dog oftest afhænge af projektets rammer og ressourcer (Brinkmann & Tanggaard 2015). Ved blot at inkludere otte respondenter vurderes det, at det er muligt at gennemarbejde analysen indenfor projektets tidsramme. Hvorvidt der opnås mætning gennem de otte interviews gennemgås i afsnit 7.2.2.

### 5.2.2 Ethiske overvejelser

I forbindelse med de kvalitative interviews er det nødvendigt at tage hensyn til de mulige etiske problemstillinger, som kan opstå før, under og efter gennemførelsen af interviewene. Ethiske problemstillinger opstår især, fordi interviewene udforsker respondenternes privatliv og gør disse beskrivelser



offentligt tilgængelige (Kvale & Brinkmann 2009; Brinkmann & Tanggaard 2015). Ifølge Statens Samfundsvidenskabelige Forskningsråd (SSF) er det nødvendigt, at forskeren tager hensyn til respondenterne i undersøgelsen, og de borgere som kan blive berørt af undersøgelsens resultater. Det er bl.a. nødvendigt, at forskeren overvejer undersøgelsens mulige skadevirkninger (Statens Samfundsvidenskabelige Forskningsråd 2002). Under interviewene og resultatfremstillingen forsøges der ikke at skabe stigmatisering, bekymring og sygeliggørelse blandt respondenterne og de borgere, som kan blive berørte af resultaterne. Eksempelvis udformes spørgsmålene i interviewguiden således, at disse ikke giver respondenterne en opfattelse af, at KOL er selvforskyldt og at manglende tidlig opsporing bl.a. skyldes, at de ikke opsøgte læge tidligere. Samtidig fremstilles resultaterne således, at borgerne ikke oplever, at tidlig opsporing udelukkende er deres ansvar.

Forskeren skal desuden oplyse respondenterne om undersøgelsens formål og indhente informeret samtykke (Statens Samfundsvidenskabelige Forskningsråd 2002). Inden respondenterne beslutter hvorvidt, de ønsker at deltage i interviewet, modtager de mundtlig og skriftlig information (bilag 0) i overensstemmelse med persondataloven §28, stk. 1 (Datatilsynet 2015). Denne information indeholder, i henhold til SSF retningslinjer, formålet med projektet, respondenternes rolle i interviewet samt oplysninger om fortrolighed. Såfremt borgerne ønsker at deltage i interviewet indhentes efterfølgende i henhold til persondataloven §3, stk. 1, informeret samtykke (bilag 12.3) (Datatilsynet 2015). Heri oplyses respondenterne om, at deres deltagelse i interviewet er frivillig, og at de til enhver tid har ret til at trække deres samtykke tilbage og derved ikke længere være en del af projektets undersøgelse (Statens Samfundsvidenskabelige Forskningsråd 2002). Ifølge SSF må enkeltpersoner ikke kunne identificeres (Statens Samfundsvidenskabelige Forskningsråd 2002). I projektet bevares respondenternes fortrolighed ved at oplysninger, som kan identificere dem ikke afsløres for offentligheden. Identifikationsoplysningerne og lydfilerne fra interviewene gemmes derfor på en USB med adgangskode, som efter projektafleveringen destrueres. I interviewanalysen tildeles respondenterne samtidig et fiktivt navn, hvorved deres identitet anonymiseres. Anonymiseringen er bl.a. med til at sikre, at respondenterne kan svare i fortrolighed, hvilket kan medføre, at de er mere åbne i deres udtalelser (Kvale & Brinkmann 2009). Grundet projektets tidsramme tilbydes respondenterne ikke at gennemlæse transskriptionerne, da dette vil kræve yderligere bearbejdning. I stedet forsøges der i transskriptionen og den senere analyse at være tro mod respondenternes udtalelser. Risikoen ved at anvende denne fremgangsmåde er dog, at gruppens fortolkninger ikke nødvendigvis stemmer overens med

respondentens forståelseshorisont af egne udtalelser. For at imødekomme denne problematik anvendes intersubjektiv enighed, som sikres ved at følge op på respondentens udtalelser med fortolkende spørgsmål. Intersubjektiv enighed skal dermed bidrage til at skabe en ny fælles forståelseshorisont og dermed en horisontsammensmeltning (Gadamer 2007).

### 5.2.3 Interviewguiden

I dette projekt anvendes semistrukturerede interviews. Denne interviewform gør det muligt at afdekke de ønskede problemfelter og samtidig sikrer, at respondenterne kan tale frit inden for de opstillede rammer, samt at interviewerens kan stille opfølgende spørgsmål (Kvale & Brinkmann 2009). Der udarbejdes en interviewguide for hhv. de nydiagnosticerede borgere med KOL og for borgere i 'risikogruppen' (bilag 12.1). Interviewguiderne er inddelt i seks temaer som præsenteres nedenfor.

Temaet *præsentation af respondenterne* inkluderes indledningsvist i interviewguiden for at opnå indsigt i respondenternes baggrund for deltagelse. En karakteristik af respondenterne findes relevant i forståelsen af deres oplevelser i forbindelse med tidlig opsporing af KOL.

Temaet *diagnosticering af KOL* indgår kun i interviewguiden for respondenterne med nydiagnosticeret KOL og har til formål at give en forståelse af respondenternes livsverden ift. at forstå, hvordan de fik diagnosticeret KOL. Med denne viden er det formodentligt muligt at indtænke dette incitament til handling i forandringstiltaget.

Temaet *risiko for KOL* indgår kun i interviewguiden for respondenterne i 'risikogruppen'. Temaet anvendes til at forstå respondenternes livsverden, altså om de har haft mistanke om KOL, og hvorvidt de har reageret på denne mistanke. Denne viden vurderes som relevant ift. projektets forandringstiltag, da det kan bidrage til at give en forståelse af, hvorfor borgerne handler, som de gør.

Temaet *viden* har til formål at give en forståelse af om manglende kendskab til symptomerne på KOL, og risikoen for at udvikle KOL som følge af rygning kan være en medvirkende årsag til, at respondenterne ikke opspores tidligere i sygdomsforløbet. Temaet skal således give en forståelse af, hvorvidt manglende opmærksomhed på sygdommen i samfundet er en medvirkende årsag til, at respondenterne ikke opspores tidligere. Såfremt dette er tilfældet, kan det eventuelt være relevant at inddrage dette element i forandringstiltaget.

Temaet *motivation* har til formål at give en forståelse af, om respondenterne er motiverede for at deltage i et tiltag for tidlig opsporing af KOL og i så fald, hvad de tillægger værdi, og hvad de anser som meningsfuldt i udformningen af et konkret forandringstiltag. Ved at have fokus på respondenternes motiver inddrages de i de beslutninger, der vedrører deres liv, hvilket jf. afsnit 2.5.2.3 er en forudsætning for at sikre motivation. Øget motivation for deltagelse kan formodentligt bidrage til at sikre, at forandringstiltaget har en effekt.

Temaet *barrierer* har til formål at forstå respondenternes oplevelser i forbindelse med tidlig opsporing og diagnosticering af KOL. Ift. et forandringsperspektiv findes dette tema relevant, da det kan belyse, hvilke elementer der bør arbejdes med og forsøges minimeret i udformningen af forandrings-tiltaket for at gøre det meningsfuld for respondenterne at deltage.

Under sidste tema, *forandring*, præsenteres respondenterne for forskellige mulige forandringstiltag og bedes om at vurdere, hvorvidt disse tiltag er noget de ville tage imod, samt hvilke overvejelser de har om det enkelte tiltag. De foreslåede tiltag er inspireret af litteraturen. Dette tema muliggør en forståelse af, hvilke forandringstiltag der vil motivere borgerne til at deltage i tiltag for tidlig opsporing, og hvilke tiltag der umiddelbart ikke vil have en effekt grundet manglende meningsfuldhed blandt respondenterne.

Interviewguiderne valideres gennem pilotinterview med en borger, som er en del af risikogruppen. Pilotinterviewet har til hensigt at forbedre interviewerens spørgeteknik, at afprøve interviewguiden og reviderer denne, såfremt spørgsmålene er uklare eller kan misforstås.

#### **5.2.4 Spørgeteknikstilgang**

Interviewene indledes med en briefing, som har til formål at give respondenterne indsigt i, hvad der kommer til at foregå og omfatter derfor, foruden en præsentation af interviewer og observatør, formålet med interviewet, diktafonens funktion, samt at respondenterne vil blive anonymiseret. Slutteligt spørges respondenterne, om vedkommende har nogle spørgsmål inden interviewet påbegyndes. Interviewet afrundes med debriefing, som har hensigt at afklare om respondenterne har yderligere kommentarer eller spørgsmål. Debriefing er en væsentlig del af interviewet, da respondenterne har mulighed for

at italesætte andre perspektiver på det undersøgte genstandsfelt end hvad interviewguiden har tilladt (Kvale & Brinkmann 2009).

Selve interviewguiden omfatter en række interviewspørgsmål formuleret i et dagligdagssprog. Hvilken form for udtalelse disse medfører, afhænger af spørgsmålstypen (Kvale & Brinkmann 2009). Under interviewene anvendes primært deskriptive spørgsmål, da disse giver anledning til spontane og righoldige udtalelser om det undersøgte genstandsfelt frem for spekulative forklaringer på, hvorfor noget fandt sted eller ikke gjorde det. Spørgsmålene stilles derfor primært som 'hvad' eller 'hvordan' spørgsmål, der giver respondenterne mulighed for, at italesætte hvad de nøjagtigt oplevede (Kvale & Brinkmann 2009). Kvale og Brinkmann opererer desuden med ni hovedtyper af spørgsmål, som kan være nyttige at anvende under et interview. Under interviewene anvendes særligt indledende, opfølgende, sonderende og fortolkende spørgsmål, som giver anledning til at udforske respondenternes livsverden samt genstandsfeltet (Kvale & Brinkmann 2009; Brinkmann & Tanggaard 2015). Rækkefølgen af spørgsmål er valgt bevidst. Interviewet indledes med generelle spørgsmål for at sikre, at samtalen ikke indsnævres tidligt i interviewet. Disse spørgsmål følges op af mere specifikke spørgsmål, som sikrer at de opstillede forskningsspørgsmål besvares. Under interviewene er der desuden fokus på ikke at stille ledende spørgsmål, da målet er at opnå en forståelse af borgernes egne oplevelser af det undersøgte genstandsfelt.

### **5.2.5 Interviewsituationen**

Konteksten har en væsentlig betydning for den viden, der genereres i interviewsituationen, hvorfor det er afgørende hvor interviewene foregår, og hvem der deltager heri (Kvale & Brinkmann 2009). Stedet for interviewet kan have betydning for, hvorvidt respondenterne er villige til at deltage i interviewene (Brinkmann & Tanggaard 2015). Respondenterne blev tilbudt at bestemme, hvor interviewet skulle foregå. Alle respondenterne ønskede at blive interviewet i eget hjem. Dette kan være fordelagtigt, da de hjemlige omgivelser kan skabe tryghed i en uvant situation, som interviewsituationen formodes at være for respondenterne (Kvale & Brinkmann 2009).

Under interviewene deltager en interviewer samt en observatør. Samme person fra gruppen udfører alle interviewene, da det vurderes at kvaliteten af de enkelte interviews, hermed kan højnes grundet erfaring og ensretning. Da det sociale samspil, som foregår i interviewsituationen, er afgørende for empirien, er det væsentligt, at intervieweren er empatisk og aktivt lyttende (Brinkmann & Tanggaard 2015). Intervieweren forsøger derfor under interviewene at være aktivt lyttende og have et åbent

kropssprog. Intervieweren forsøger samtidig at være bevidst om egen forforståelse under interviewene for ikke virke fordømmende eller præge respondenternes udtalelser (Christensen et al. 2007), men i stedet at være åben overfor respondenterne udtalelser om genstandsfeltet. Observatøren deltager i interviewene med henblik på at supplere intervieweren og stille opfølgende spørgsmål, såfremt intervieweren ikke gør dette undervejs. Observatørens primære rolle er dog at notere respondenternes kropssprog og reaktioner på spørgsmålene, såfremt dette vurderes at have relevans for forståelse af respondenternes udtalelser.

### 5.2.6 Transskription

Umiddelbart efter interviewene oversættes det talte sprog til en skriftlig transskription. Transskriptionen er med til at strukturere empirien i en form, som er velegnet til den videre analyse (Kvale & Brinkmann 2009) og udgør således første led i den analytiske proces. Dette led er dog ikke uden problemer, da oversættelsen fra tale til skrift kan medføre at det direkte sociale samspil, som finder sted i interviewsituationen, negligeres. Når den mundtlige og levende interaktion præsenteres på skrift vil stemmeleje, det temporale udfoldelsestempo, åndedræt og kropssprog ofte gå tabt (Kvale & Brinkmann 2009; Brinkmann & Tanggaard 2015). For at imødegå denne problematik, anvendes Gail Jeffersons transskriptionssystem (Jefferson 1987). Vha. transskriptionssystemet transskriberes bl.a. stemmeleje, kropssprog, latter, tavshed, den præcise tid o.l., som vurderes at kunne have relevans for forståelsen af respondenternes udtalelser. Det anvendte transskriptionssystem ses i Tabel 5-2.

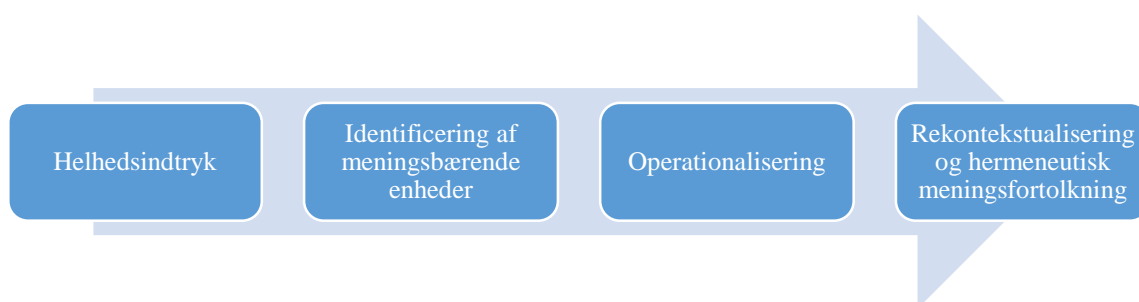
Transskriptionssystem	
I	Intervieweren har ordet
R	Respondenten har ordet
O	Observatøren har ordet
(.)	Angiver pause mellem eller i udtalelsen
[]	Angiver kropssprog, stemmeleje o.l. i forbindelse med respondentens udtalelser
<u>Ord</u>	Angiver en særlig betoning af det sagte
::	Angiver at respondenter er længere tid om at svare
()	Uforståelige passager
Tid	For hvert minut angives tiden længst til venstre

Tabel 5-2: Det anvendte transskriptionssystem med inspiration fra (Jefferson 1987).

Intervieweren eller observatøren transskriberer interviewene umiddelbart efter interviewene. Dette muliggør, at den som transskriberer kan erindre den præcis ordlyd, respondenternes kropssprog o.l. fra interviewene, hvorved det sikres, at skriftsproget og det talte sprog har en høj grad af sammenlignelighed, og at væsentlige dele af empirien ikke går tabt (Kvale & Brinkmann 2009; Brinkmann & Tanggaard 2015). For at gøre det muligt at foretage en nøjagtig og nuanceret transskription optages interviewene. Optagelserne medfører samtidig, at intervieweren og observatøren kan fokusere på selve interviewet og interaktionen med respondenterne (Kvale & Brinkmann 2009).

### 5.2.7 Analysestrategi

Projektets videnskabssteoretiske positionering tager, som nævnt i afsnit 5.1.2 afsæt i Gadamer's hermeneutiske tilgang, hvorfor analysestrategien også vil afspejle denne position. Med udgangspunkt i hermeneutikken sættes gruppens forforståelse på spil i analysen. I dette projekt tager interviewanalysen afsæt i Dahlager og Fredslunds hermeneutiske analysestrategi, idet Gadamer ikke selv har foreskrevet en direkte metodisk anvendelsesform inden for hermeneutikken (Dahlager & Fredslund 2011). Dahlager og Fredslunds analysestrategi er desuden valgt, da denne er inspireret af Gadamer's hermeneutiske meningsfortolkning (Dahlager & Fredslund 2011). Analysestrategien anvendes til at fremanalysere de barrierer og motiver, som respondenterne oplever i forbindelse med tidlig opsporing af KOL og skal således bidrage til at besvare problemformuleringen. I det følgende gennemgås den hermeneutiske analysestrategis fire trin (Figur 5-1). Under trin et til tre foretages en dekontekstualisering, hvormed teksten reduceres til kun at omfatte det væsentligste. Under fjerde trin foretages en rekontekstualisering af teksten, hvorved respondenternes udtalelser sættes ind i bredere reference-ramme (Dahlager & Fredslund 2011).



Figur 5-1: Den anvendte analysestrategis fire trin.

#### 5.2.7.1 Helhedsindtryk

Indledningsvist læses transskriptionerne for at danne et helhedsindtryk af interviewmaterialet (Dahlager & Fredslund 2011). I dette projekt gennemlæser hvert gruppemedlem de otte transskriptioner.

### 5.2.7.2 *Identificering af meningsbærende enheder*

Under dette trin gennemlæses transskriptionerne med henblik på at identificere meningsbærende enheder, som efterfølgende tildeles en overordnet kode (Dahlager & Fredslund 2011). I projektet sker dette ved at markere de centrale tekstsegmenter og inddele disse i overordnede koder (bilag 12.5). Dette med henblik på at skabe et overblik over transskriptionerne og senere at kunne identificere de væsentligste udtalelser og eventuelt sammenligne disse. I dette projekt anvendes datastyrede koder, da disse gør det muligt at være åbne over for respondenternes udtalelser og ikke have fastlagte koder, som respondenternes udtalelser skal tilpasses (Brinkmann & Tanggaard 2015). Dermed påbegyndes analysestrategiens andet trin uden forudbestemte koder, hvorved empirien fra interviewene er styrende for de koder, som udledes fra transskriptionerne.

### 5.2.7.3 *Operationalisering*

I dette trin af analysestrategien foretages en operationalisering af de overordnede koder fra forrige trin, hvor koderne ordnes og kategoriseres i temaer. Operationaliseringen foretages, da de identificerede koder ofte overlapper hinanden (Dahlager & Fredslund 2011). I projektet foregår operationaliseringen ved, at de overordnede koder sammenfattes til færre temaer. I tilfælde af at et tema dækker over flere elementer, inddeles temaet i subgrupper. Koblingen mellem de overordnede koder og de operationaliserede temaerne er visualiseret i et kodetræ (bilag 12.5).

### 5.2.7.4 *Rekontekstualisering og hermeneutisk meningsfortolkning*

Sidste trin i analysen indebærer en rekontekstualisering og meningsfortolkning, som omfatter en dybere og mere kritisk fortolkning af respondenternes udtalelser. Formålet hermed er at identificere meningsstrukturer og betydningsrelationer, der ikke umiddelbart fremtræder i transskriptionerne (Dahlager & Fredslund 2011). Dette foregår i projektet ved, at respondenternes udtalelser formuleres i flere ord og understøttet af citater. Under den hermeneutiske meningsfortolkning gås der ud over, det der direkte er blevet sagt, og foretages en rekontekstualisering af respondenternes udtalelser inden for en bredere referenceramme. Herved forsøges det, gennem en frem- og tilbagegående proces mellem del- og helhed, at skabe en dybere forståelse af det undersøgte genstandsfelt. Under den hermeneutiske meningsfortolkning inddrages, jf. afsnit 5.1.1, projektets teoretiske ramme for at opnå en dybere forståelse af respondenternes oplevede barrierer og motiver i forbindelse med tidlig opsporing af KOL.

## 5.3 Litteratursøgning

I dette afsnit gennemgås projektets litteratursøgninger bestående af hhv. en indledende søgning samt en systematisk søgning bestående af to søgestrategier. Litteratursøgningerne har til formål at afdække eksisterende litteratur på området og bidrage til at besvare problemformuleringen.

### 5.3.1 Indledende søgning

I projektets indledende fase foretages en indledende søgning, som består af tre søgninger; en orienteringssøgning, en indledende søgning og en kædesøgning. Orienteringssøgningen udføres umiddelbart efter valg af emne med det formål at identificere et relevant problemfelt (Reinecker & Jørgensen 2008). Denne søgning viser, at der foreligger et stort forebyggelsespotentiale i at opspore borgere med KOL tidligt i sygdomsforløbet. Efterfølgende udføres en indledende søgning for at identificere studier, som skal anvendes til at belyse problemfeltet i problemanalysen. Denne søgning foretages i seks databaser; PubMed, Cochrane Library, CINAHL, Sociological Abstract samt PsycInfo, da disse databaser vurderes som anvendelige til at identificere relevant litteratur. Databasesøgningen suppleres med søgning i Google- og Google Scholar for at identificere nationale og internationale rapporter, som kan bidrage til at belyse problemfeltet. Af Tabel 5-3 fremgår de anvendte søgefacetter under den indledende søgning.

1. Facet	2. Facet
KOL	Tidlig opsporing

Tabel 5-3: Blokskema for indledende søgning.

Udover at identificere relevant litteratur på området anvendes den indledende søgning til at generere søgefacetter til den systematiske søgning. Den indledende søgning suppleres med en kædesøgning, hvis formål er at identificere anden relevant litteratur om problemfeltet med udgangspunkt i de identificerede studiers referenceliste (Reinecker & Jørgensen 2008).

### 5.3.2 Systematisk søgning

Som led i projektets problembearbejdning foretages en systematisk litteratursøgning med henblik på at identificere studier, som kan anvendes til at fremanalysere, hvorledes nuværende praksis for tidlig opsporing af borgere med KOL kan forandres. Denne søgning består, som tidligere nævnt, af to systematiske søgestrategier med henblik på at indsamle litteratur, som kan bidrage til at besvare de to



undersøgelsesspørgsmål og dermed problemformuleringen. I forbindelse med den systematiske søgning udarbejdes en søgeprotokol (bilag 12.6), som er en eksplicit og struktureret plan for indsamling af litteratur. Formålet med søgeprotokollen er at skabe overblik og transparens over søgeprocessen, og dermed muliggøre at søgningen kan reproducere (Børlum Kristensen & Sigmund 2007). Søgeprotokollen anvendes derfor til at dokumentere, hvad der er søgt efter, hvor søgningen er foretaget, og hvordan søgningen og udvælgelsen af litteratur er forløbet.

### 5.3.2.1 Systematiske søgestrategier

Første systematiske søgestrategi har til formål at identificere studier omhandlende borgernes oplevede barrierer og motiver i forbindelse med opsporing af sygdomme. Denne søgestrategi skal således bidrage til at supplere projektets empiri fra de kvalitative interviews. Formålet med anden systematisk søgestrategi er derimod at identificere studier som beskæftiger sig med, hvorledes det er muligt at opspore borgere med KOL tidligt i sygdomsforløbet. Dette med henblik på at opnå en forståelse af hvilke elementer, der bør være fokus på i udformningen af forandringstiltag.

I Tabel 5-4 og Tabel 5-5 fremgår de identificerede danske søgefacetter for hhv. første og anden systematiske søgestrategi. Søgefacetterne indføjes i et blokskema, som anvendes til at udvælge engelske kontrollerede emneord og fritekstsøgninger, der matcher den enkelte database.

<b>Borgernes oplevede barrierer og motiver for tidlig opsporing af KOL</b>		
<b>1. Facet</b>	<b>2. Facet</b>	<b>3. Facet</b>
Borgerperspektiv	Screening/tidlig opsporing	A. Barrierer B. Motivation

Tabel 5-4: Første systematiske søgestrategi.

I Tabel 5-4 fremgår søgefacetterne for den første systematiske søgestrategi. Første facet afspejler borgerperspektivet og anvendes til at identificere studier, der undersøger borgernes perspektiv på tidlig opsporing, da formålet med denne søgestrategi netop er at afdække dette perspektiv. Formålet med anden facet er at identificere studier, som har fokus på tidlig opsporing eller screening af sygdomme. De to søgeord placeres i samme facet og kombineres med OR, da de jf. afsnit 2.5.2 ofte anvendes synonymt. Hermed er målet at afdække problemfeltet og ikke ekskludere relevante studier. I tredje facet inkluderes barrierer og motiver, da formålet, som tidligere nævnt, er at afdække de

barrierer og motiver, som borgerne oplever i forbindelse med tidlig opsporing. Disse to facetter kombineres ikke med OR, da de ikke kan sidestilles. I stedet udføres to sideløbende søgninger under første systematiske søgestrategi; facet 1+2+3A samt facet 1+2+3B. KOL inkluderes ikke i denne søgestrategi, da denne tilgang blev afprøvede og blot resulterede i et begrænset litteratur inden den primære litteraturudvælgelse. Dette kan derfor tyde på, at fokus på borgerperspektivet inden for tidlig opsporing af KOL er begrænset. Det vurderes derfor, som relevant at søge efter anden litteratur om borgers oplevede barrierer og motiver i forbindelse med tidlig opsporing af andre sygdomme. Det formodes, at de barrierer og motiver borgerne oplever i forbindelse med tidlig opsporing for andre sygdomme kan være sammenlignelige med de, som borgere med eller i risiko for at udvikle KOL oplever ved tidlig opsporing.

Forandring – Tidlig opsporing af borgere med KOL		
1. Facet	2. Facet	3. Facet
KOL	Rygning	Screening/tidlig opsporing

Tabel 5-5: Anden systematiske søgestrategi.

I Tabel 5-5 fremgår søgefacetterne for den anden systematiske søgestrategi. I første søgefacet inkluderes søgeordet KOL, da projektet netop har fokus på denne sygdom. I anden søgefacet inkluderes rygning, da projektets forandringstiltag jf. afsnit 2.3 vil være målrettet rygere og forhenværende rygere. Formålet med anden søgefacet er ligeledes at indsnævre søgningen som, ved udelukkende kombination af KOL og screening, viste sig at være meget bred. Tredje søgefacet har til formål at identificere studier, som har fokus på tidlig opsporing eller screening, da formålet med projektet er at forandre nuværende praksis for tidlig opsporing af borgere med KOL. Som nævnt i den første systematiske søgestrategi placeres disse søgeord ligeledes i samme facet og kombineres med OR.

### 5.3.2.2 Databaser

Den systematiske søgning foretages i PubMed, Embase, Cochrane Library, PsycInfo, Sociological Abstract og CINAHL, da disse databaser vurderes som hensigtsmæssige ift. at identificere relevante studier, som kan bidrage til at besvare projektets problemformulering. Der søges ikke i alle databaserne under hver af søgestrategierne, men der udvælges databaser, som vurderes at være relevante ift. den enkelte søgestrategis formål. Under den første systematiske søgestrategi fokuseres der som tidligere nævnt på borgerperspektivet, hvorfor der søges i PsycInfo, Sociological Abstract og CINAHL. Disse databaser netop har fokus på menneskers adfærd og oplevelser af fænomener, hvilket anses

som essentielt for at afdække borgernes oplevelser af barrierer og motiver for tidlig opsporing. Under anden systematiske søgestrategi søges i databaserne PubMed, Embase og Cochrane Library, som indekserer studier omhandlende effekter af forskellige forebyggelses- og behandlingsmuligheder i sundhedsvæsenet. Netop derfor findes disse databaser relevante ift. at undersøge hvordan nuværende praksis for tidlig opsporing af borgere med KOL kan forandres. Begrundelsen for de enkelte databaser fremgår af bilag 12.6.

### 5.3.2.3 *Kontrollerede emneord og fritekstsøgninger*

I de enkelte databaser udvælges engelske kontrollerede emneord og fritekstsøgninger. De kontrollerede emneord sikrer, at studier om samme emne indekseres ensartet, hvorved der opnås en vis grad af standardisering. Da de kontrollerede emneord typisk er forskellige databaserne imellem, er det ikke muligt at benytte de samme kontrollerede emneord i de enkelte databaser. Dette skyldes, at de enkelte databaser tillægger de kontrollerede emneordene forskellige betydninger (Buus et al. 2008). Det er derfor nødvendigt, at der i de enkelte databaser identificeres kontrollerede emneord for hver af søgefacetterne. For at sikre at de nyeste studier, som endnu ikke er indekseret, inkluderes i søgningen, søges de kontrollerede emneord efterfølgende som fritekst. I de tilfælde hvor det ikke er muligt at identificere kontrollerende emneord for den specifikke søgefacet, søges der udelukkende på fritekst. Under fritekstsøgningerne anvendes *frasesøgning* (" ") når to eller flere ord udgør et søgeord (Buus et al. 2008), som ved eksempelvis "*Early detection*". Citationstegnene sikrer, at ordene fremkommer i nøjagtigt den rækkefølge, de er skrevet i, hvorved studier hvor ordene forekommer tilfældigt frasorteres (Reinecker & Jørgensen 2008).

I Tabel 5-6 illustreres et eksempel på, hvorledes de kontrollerede emneord og fritekstsøgningerne er kombineret under bloksøgningen under anden systematiske søgestrategi i PubMed. Blokskemaet for de seks databaser under de systematiske søgninger fremgår af bilag 12.6.

AND			
	1. Facet KOL	2. Facet Rygning	3. Facet Tidlig opsporing/ Screening
OR	<b>PubMed</b> Pulmonary Disease, Chronic Obstructive [Mesh] "Chronic Obstructive Pulmonary Disease" [Fritekst] COPD [Fritekst]	Smoking [Mesh] Smoking [Fritekst]	Screening [Fritekst] Early Diagnosis [Mesh] "Early Diagnosis" [Fritekst] "Early Detection" [Fritekst]

Tabel 5-6: Eksempel på første systematiske søgestrategi i PubMed.

Som det fremgår af Tabel 5-6 anvendes forskellige søgeteknikker til hhv. at udvide og indsnævre søgningerne i databaserne. Der anvendes bl.a. de booleske operatorer AND og OR. Inden for de enkelte søgefacerter kombineres de kontrollerede emneord og fritekstsøgningerne med OR, hvorved søgningen udvides. Søgefacerterne kombineres efterfølgende med AND for at indsnævre søgningen og dermed sikre, at flest mulige hits har relevans for projektet (Reinecker & Jørgensen 2008; Buus et al. 2008).

#### 5.3.2.4 Litteraturafgrænsning og -udvælgelse

En litteratursøgning vil oftest resultere i mange hits, hvorfor det kan være nødvendigt at udføre en afgrænsning og efterfølgende litteraturudvælgelse (Buus et al. 2008). I projektet reduceres antallet af hits inden litteraturudvælgelsen ved at anvende limits. Under projektets systematiske søgestrategier benyttes limits for at afgrænse søgning til:

- Studier publiceret på engelsk, dansk, norsk eller svensk
- Studier omhandlende borgere over 18 år
- Studier som omhandler mennesker

Limitsfunktionen anvendes til at ekskludere studier publiceret på andre sprog end engelsk, dansk, svensk og norsk grundet gruppens læsekompetencer. Ligeledes ekskluderes studier hvor undersøgelsespopulationen er børn, da dette projekt kun har fokus på voksne over 35 år, som udvikler KOL. Såfremt studierne undersøgelsespopulation er børn, kan det formodes at KOL ikke skyldes rygning men i højere grad genetiske faktorer (Rennard & Drummond 2015). Endvidere ekskluderes dyreforsøg, da disse ikke har relevans for projektet.

Efter udførelsen af den systematiske søgning foretages en litteraturudvælgelse, som har til formål at reducere mængden af irrelevant litteratur, hvorfor der opstilles følgende in- og eksklusionskriterier for de to søgestrategier.

#### Inklusionskriterier

- Fælles for søgestrategierne:
  - Studier fra vestlige lande
  - Studier som har fokus på tidlig opsporing/screening
  - Studier hvor undersøgelsespopulationen er over 35 år
- Første systematiske søgestrategi
  - Studier der beskæftiger sig med borgernes oplevelser barrierer og motiver ved tidlig opsporingen/screening
  - Studier med fokus på sygdomme
- Anden systematiske søgestrategi
  - Studier som omhandler KOL
  - Studier hvor risikopopulationen er rygere eller forhenværende rygere
  - Studier som undersøger, hvorledes det er muligt at opspores borgere med KOL tidligt i sygdomsforløbet

#### *Fælles*

Under begge søgestrategier ekskluderes studier fra ikke-vestlige lande, da disse ikke har de samme ressourcer til at foretage tidlig opsporing og diagnosticering af sygdommen som de vestlige lande (Thorn et al. 2012). Derfor vil barriererne for manglende tidlig opsporingen i ikke-vestlige lande sandsynligvis ikke være svarende de, som eksisterer i bl.a. Danmark. For anden systematiske søgestrategi er argumentet ligeledes, at KOL i disse lande i højere grad skyldes miljø- og erhvervsmæssige eksponeringer (Thorn et al. 2012), hvilket dette projekt er afgrænset fra at undersøge. For begge søgestrategier ekskluderes studier, hvor undersøgelsespopulationen er under 35 år, da projektets målgruppe er borgere over 35 år. For anden systematiske søgestrategi er argumentet samtidig, at KOL sjældent har udviklet sig hos borgere under 35 år. Til trods for at projekts målgruppe er borgere med ingen kompetencegivende uddannelse eller en kort uddannelse, er dette ikke et inklusionskriterie, da de fleste studier ikke skelner mellem borgernes uddannelsesniveau.

### *Første systematiske søgestrategi*

Under den første systematiske søgestrategi ekskluderes studier, som ikke har fokus på borgernes oplevelser af barrierer og motiver for tidlig opsporing af sygdomme, da disse studier ikke kan bidrage til at besvare første undersøgelsesspørgsmål. Projektet er ikke interesseret i eksempelvis lægernes perspektiv ift. tidlig opsporing, hvorfor studier med hovedfokus herpå ekskluderes. Endvidere ekskluderes studier, som ikke omhandler screening for sygdomme, da det vurderes at være vanskeligt at sammenligne og generalisere resultaterne fra studier, som eksempelvis har fokus på alkoholscreening eller overvægtsproblemer. Studier med fokus på screening for kræftsygdomme ekskluderes ligeledes, da det formodes, at borgerne kan have større tilbøjelighed til at tage mod screeningtiltag for kræft grundet opmærksomheden på disse sygdomme i samfundet. Der kan ligeledes være andre barrierer og motiver ved disse former for screening, hvorfor generaliserbarheden til KOL vurderes at være lav.

### *Anden systematiske søgestrategi*

Hovedfokus i dette projekt er den tidlige opsporing af borgere med KOL blandt rygere og forhenværende rygere, hvorfor studier hvor dette ikke er i fokus eller som beskæftiger sig med andre eksponeringer end rygning ekskluderes. Endvidere inkluderes udelukkende studier, som undersøger forskellige elementer og tiltag for den tidlige opsporing af borgere med KOL. Dette med henblik på at identificere hvilke elementer der bør indgå i projektets forandringstiltag.

Litteraturudvælgelsen foretages gennem en primær, sekundær og tertiær udvælgelse, hvor studierne ud fra ovennævnte kriterier, in- eller ekskluderes. Under den primære udvælgelse vurderes studierne ud fra titlen, mens de under den sekundære og tertiære udvælgelse in- eller ekskluderes ud fra hhv. abstract og en gennemlæsning. I forbindelse med gennemlæsningen udføres en kritisk vurdering af studierne, da studierne kan have begrænsninger, som kan have betydning for litteraturstudiets troværdighed og gyldighed (Buus et al. 2008). I dette projekt foretages den kritiske vurdering af studierne ud fra tjeklister. Tjeklisterne anvendes for at sikre en vurdering af høj metodologisk kvalitet (Moher et al. 2010). I projektet anvendes STROBE til vurdering af observationelle studier (University of Bern 2009), CASP til kvalitative studier (CASP UK 2013), CONSORT til RCT-studier og ikke-randomiseret kontrolleret studier (Moher et al. 2010), mens PRISMA bruges til at vurdere systematiske reviews og meta-analyser (University of Oxford & Ottawa Hospital Research Institute 2016).



Figur 5-2: Flowdiagram over udvælgelsesprocessen for hhv. den første og anden systematiske søgestrategi.

Af flowdiagrammet (Figur 5-2) fremgår det, at den første systematiske søgestrategi resulterede i 292 hits, mens anden systematiske søgestrategi resulterede i 3.243 hits. Den primære udvælgelse resulterede i hhv. 39 hits under første systematiske søgestrategi og 122 hits under anden systematiske søgestrategi, mens den sekundære udvælgelse resulterede i hhv. otte hits og 41 hits. Den tertiære udvælgelse resulterede i ti studier, som findes relevante at inkludere i litteraturstudiet. Eftersom den første systematiske søgestrategi ikke resulterede i nogle relevante studier, inkluderes et studie fra den indledende søgning. Således inkluderes i alt 11 studier i projektets litteraturstudie.

## 6 Resultater

---

*I dette afsnit præsenteres projektets resultater. Indledningsvis analyseres og fortolkes resultaterne fra de otte kvalitative interviews. Herefter vil litteraturstudiets resultater blive præsenteret og analyseret. Analyserne skal bidrage til at kunne besvare projektets problemformulering og de dertilhørende undersøgelsesspørgsmål.*

### 6.1 Interview analyse

Efter gennemlæsning af interviewene blev der identificeret 27 meningsbærende enheder, som fik tildelt en overordnet kode (bilag 12.5). De meningsbærende enheder blev efterfølgende operationaliseret til fem overordnede temaer; 'opsporing af KOL?', 'viden', 'barrierer for tidlig opsporing', 'motiver for tidlig opsporing' og 'forandringsperspektiv' (bilag 12.5). Det sidste tema, 'forandringsperspektiv', blev operationaliseret i fem subgrupper, da temaet består af flere underordnede temaer. Det sidste trin i den anvendte analysestrategi består af en rekontekstualisering og hermeneutisk meningsfortolkning, som efter en kort præsentation af respondenterne præsenteres i følgende afsnit. Under den kvalitative analyse tages der afsæt i projektets videnskabsteoretiske positionering; hermeneutikken, hvorved gruppens forforståelse danner udgangspunkt for analysen af respondenternes udtalelser.

#### 6.1.1 Præsentation af respondenterne

Respondenterne er som beskrevet i afsnit 5.2.2 anonymiseret, hvorfor deres navne og øvrige identifikationsoplysninger ikke fremgår. I analysen præsenteres respondenterne ved fiktive navne for at gøre resultaterne mere læsevenlige. For de respondenter som har fået diagnosticeret KOL, vil navnet blive efterfulgt af et 'K' mens navnet på de respondenter, som er i risiko for at udvikle sygdommen vil blive efterfulgt af et 'R'. I Tabel 6-1 præsenteres respondenterne.



Karakteristik af respondenterne	
Oda K.	Er en kvinde på 73 år, som har en kort uddannelse. Hun fik diagnosticeret KOL for to år siden, og havde på daværende tidspunkt en lungefunktion på 55% svarende til moderat KOL. I dag får hun medicin for sin KOL, men mærker ellers ikke meget til sygdommen i hverdagen. Oda røg fra hun var omkring 20 år men stoppede for 16 år siden, da hun oplevede dyspnø. Hun røg altså i 37 år med omkring 25 cigaretter i gennemsnit pr. dag.
Thøger K.	Er en mand på 71 år, som har en kort uddannelse. Han fik diagnosticeret KOL for to år siden, da hans døtre opfordrede ham til at søge læge grundet dyspnø. På daværende tidspunkt havde han en lungefunktion på 50% svarende til moderat KOL. I dag får Thøger medicin for sygdommen og oplever ingen gener. Han begyndte med at ryge, da han var 14 år og stoppede først året inden han fik diagnosen grundet ubehag. Han røg altså i 54 år med 20 cigaretter i gennemsnit pr. dag.
Svend K.	Er en mand på 66 år, som har en kort uddannelse. Svend fik diagnosticeret KOL for 3-4 måneder siden. På daværende tidspunkt havde han en lungefunktion på 60% svarende til moderat KOL. Han får medicin for sygdommen, men oplever alligevel dyspnø. Svend begyndte at ryge, da han var 16 år og røg 20 cigaretter i gennemsnit pr. dag i 33 år. Han stoppede dog for 17 år siden, da han oplevede tiltagende morgenhoste.
Karen K.	Er en kvinde på 55 år, som har en kort uddannelse. Hun fik diagnosticeret KOL for halvandet år siden. På det tidspunkt havde hun en lungefunktion på omkring 40% svarende til svær KOL. Hun får i dag medicin og oplever dyspnø dagligt. Karen startede med at ryge, da hun var 14 år og røg 15 cigaretter i gennemsnit pr. dag indtil hun stoppede for to år, hvormed hun i alt røg i 40 år. Hun valgte at stoppe, da hendes søn fik konstateret en kronisk lidelse. Kort tid efter oplevede hun tiltagende ubehag.
Lau K.	Er en mand på 66 år, som ikke har en kompetencegivende uddannelse. Lau fik stillet diagnosen KOL for omkring et halvt år siden. På det tidspunkt havde han en lungefunktion på omkring 65% svarende til moderat KOL. Han får ingen medicin, da han ikke oplever at det har effekt. Han er dog noget mærket af sygdommen. Fra han var 13 år til han var 46 år røg han mellem 20 og 40 cigaretter dagligt, hvilket svarer til i alt 33 års rygning. For 17 år siden valgte Lau dog at stoppe med at ryge, da han følte, at han var blevet for afhængig af cigaretterne.
Berit K.	Er en kvinde på 49 år, som ikke har en kompetencegivende uddannelse. Hun fik diagnosticeret KOL for to år siden, hvor hendes lungefunktion var på 40% svarende til svær KOL. Til trods for at hun året forinden fik målt lungefunktionen og på det tidspunkt havde 50% tilbage, fik hun ikke diagnosticeret KOL. Derfor fortsatte hun med at ryge indtil hun fik diagnosen. Berit røg fra hun var 14 år og har altså i 37 år med 40 cigaretter i gennemsnit pr. dag. Til trods for at Berit ikke ryger cigaretter i dag, ryger hun E-cigaretter.
Søren R.	Er en mand på 71 år, som har en kort uddannelse. Søren har enkelte gange fået målt sin lungefunktion, fordi har mødt gratis tilbud f.eks. i forbindelse med den internationale KOL dag. Den seneste test viste, at han havde omkring 70% af lungefunktionen tilbage. Han har ikke fået diagnosticeret KOL, men i risiko for at udvikle sygdommen. Søren begyndte at ryge, da han var 14 år gammel og ryger fortsat. Han har altså røget i 57 år med 20 cigaretter i gennemsnit pr. dag. For nyligt stoppede han dog med at ryge cigaretter, da han oplevede nattehoste. I dag ryger han pibe.
Fanny R.	Er en kvinde på 47 år, som ikke har en kompetencegivende uddannelse. Hun startede med at ryge, da hun var 14 år gammel og ryger stadig i dag, hvilket svarer til 34 års rygning. Da hun røg mest var hun oppe på 40 cigaretter dagligt. I dag når hun maksimalt op på 25 cigaretter pr. dag. Hun har netop meldt sig til et rygestopskursus efter hun har fået kendskab til KOL, og fået at vide, at hun er i risikogruppen. Hun oplever hoste, men har endnu ikke været til udregning.

Tabel 6-1: Karakteristika af respondenterne.

### 6.1.2 Opsporing af KOL?

Dette tema inddrages i analysen for at opnå en forståelse af, om respondenterne har fået foretaget spirometri. For respondenterne, som har fået diagnosen KOL ønskes en forståelse af, hvordan de fik stillet diagnosen KOL, og om de mener diagnosen kunne have været stillet tidligere.

Diagnosticering af KOL kræver, at borgerne opsøger lægen og får foretaget spirometri. Flertallet af respondenterne opsøgte læge, da de oplevede exacerbationer. Karen K. udtrykte bl.a.:

*“Jeg kunne ikke gå fra en lygtepæl og til en anden. Jeg var FULDSTÆNDIG færdig og kunne ikke få luft (...). Og så gik jeg til lægen”.*

For Svend K. var det ligeledes en besværet vejrtrækning, der fik ham til at opsøge læge:

*“Jeg synes, at jeg de sidste år er blevet så forpustet. Og så tænkte jeg; ‘det kan simpelthen ikke passe. Så dårlig kondition har jeg altså ikke. Der må være noget mere’. Og det var der så”.*

Citaterne illustrerer, at respondenterne først ændrede adfærd og søgte læge, da deres funktionsevne nedsættelse blev forværret. Grunden til at de først ændrede adfærd ved symptomforværring kan være, at de ikke oplevede exacerbationerne som alvorlige og som en trussel mod deres helbred, hvilket jf. HBM er en forudsætning for adfærdsændringer (Stretcher & Rosenstock 1997).

Sammenholdes ovenstående forløb med Thøger K.’s forløb, skal alvorligheden tillægges endnu en nuance. Til trods for at Thøger K. igennem en længere periode havde symptomer, oplevede han ikke disse som alvorlige, og som noget han burde reagere på. Først da hans døtre opfordrede ham til at søge læge, ændrede han adfærd, hvilket eksemplificeres i følgende citat:

*“Jeg havde to tøser, der sagde; ‘far nu går du altså til læge’, fordi jeg pustede og stønnede som et damplokomotiv, og så tænkte jeg; ‘nå men så må jeg sgu gå derop’”.*

For at forstå hvorfor Thøger K. først ændrede adfærd, da døtrene opfordrede ham til det, kan HBM inddrages. Ifølge teorien oplevede Thøger K. formodentligt ikke symptomerne som alvorlige, hvorfor han ikke tidligere fandt det nødvendigt at tage kontakt til lægen. Under interviewet gav han udtryk for, at han før i tiden aldrig opsøgte lægen og forklarede det med, at han ikke følte sig syg. Dette kan være et udtryk for, at han ikke følte sig modtagelig over for sygdomme. Først da hans døtre blev bekymrede for alvorligheden af hans helbredstilstand, opsøgte han lægen. Han fik dermed, gennem døtrenes opfordringer, et ydre stimuli, som gav ham det nødvendige incitament til at ændre adfærd, hvilket han ikke før i tiden oplevede.

Som det fremgår af ovenstående, kan forskellige faktorer som eksempelvis exacerbationer og opfordringer fra familien have betydning for respondenternes tilbøjelighed til at ændre adfærd. Samtidig har de sundhedsprofessionelle også et ansvar i diagnosticeringen hvor manglende opfordringer til screening, samt manglende grundighed i de kliniske undersøgelser har betydning for diagnositidspunktet. Eksempelvis oplevede Fanny R. ikke at modtage den fornødne hjælp ved kontakt med lægen og oplevede derfor selv at måtte tage initiativ til at blive udredt. Dette eksemplificeres i følgende passage af interviewet.

I: *”Opfordrede hun dig ikke til at få foretaget en lungefunktionstest?”*

R: *”Nej, aldrig. Men det skal jeg have gjort næste gang jeg kommer op til lægen. Men det er så også kun fordi jeg har sagt noget”* (Fanny R.).

Ovenstående passage illustrerer, at lægen ikke opfordrede Fanny R., som flere af de øvrige respondenter, til at få foretaget spirometri til trods for lægens kendskab til hendes rygevaner. Da Fanny R. oplevede morgenhoste, opsøgte hun lægen og bad om at blive undersøgt. Udtalelsen er et eksempel på, at respondenter er motiveret for at kende til sin helbredsmæssige tilstand. Manglende opmærksomhed fra lægen har dog medført, at dette endnu ikke er sket.

Andre respondenter italesatte dog, at lægen gjorde hvad vedkommende var i stand til. Denne holdning er mest udbredt blandt de respondenter, som har moderat KOL, hvorimod respondenterne med svær KOL er mere skeptiske. Lau K., som har moderat KOL udtrykte til spørgsmål omkring, hvorvidt hans forløb kunne have været anderledes:

*”Nej, jeg synes jeg har fået en super behandling. Jeg tror de har gjort hvad de kunne”.*

Til trods for at lægen ikke tidligere opfordrede Lau K. til at få foretaget spirometri, og at han selv måtte opfordre lægen til at blive udredt, italesatte han dog, at forløbet ikke kunne have været anderledes. Dette står i kontrast til Fanny R.’s oplevelse af kontakt med lægen. Til trods for at begge respondenter selv måtte tage initiativ til at blive udredt, har de forskellige opfattelser af, hvorvidt lægen tidligere burde have opfordret dem til at få foretaget spirometri. Når respondenterne således reflekterer over, hvad der kunne gøres anderledes i opsporingen af KOL, peges der særligt på sundhedsvæsenet og egen manglende opmærksomhed som medvirkende årsag.

### **6.1.3 Viden**

I det følgende fremanalyseres respondenternes viden om KOL, og hvilken betydning de mener, at indsigt i sygdommen ville have haft for deres tilbøjelighed til at søge læge.

Flere af respondenterne udtalte, at de ikke kendte til risikoen for at udvikle KOL, hvilket eksemplificeres hos Thøger K.:

*”Nej det vidste jeg ikke noget om, det havde jeg ikke fået noget af vide om. Jeg vidste bare at det var usundt at ryge”.*

Dette understøttes af Fanny R., som udtalte:

*”Næh der var INGEN der sagde til mig. ’Hey forresten ved du godt, at du kan få KOL af at ryge’. ’Nej det ved jeg ikke’. (...) alle folk har dog sagt til mig ’du ved godt, at du kan få lungekræft, og du kan også få en blodprop i morgen’. Jamen det kan jeg også hvis jeg ikke ryger. Men der var ikke nogle i hele systemet, der har sagt til mig, at jeg var i risikogrupperen for at få KOL, fordi jeg ryger. ALDRIG”.*

Citaterne illustrerer, at respondenterne ikke havde kendskab til risikoen for at udvikle KOL som følge af rygning. De er bekendte med, at rygning ikke er sundt, og at det kan medføre andre sygdomme. Der er dog ingen, som har pointeret over for dem, at de kunne være modtagelige for at udvikle KOL. De oplevede altså ikke et ydre stimuli, som kunne have medført en adfærdsændring tidligere.

Modsat hertil troede enkelte af respondenterne, at såfremt de stoppede med at ryge, ville de ikke længere være en del af risikogruppen for KOL, hvilket eksemplificeres hos Oda K.:

*”Jeg tror jeg havde hørt lidt om det, men jeg lukkede det ude, for jeg var så naiv at tro, at jeg kunne regenerere mine lunger, hvis jeg holdt op. Det fik jeg i hvert fald at vide (...). Så det er altså ikke mig der fejler noget”.*

Til trods for at Oda K. kendte til KOL, fandt hun ikke informationen om sygdommen relevant, men troede at hun efter rygestop kunne regenerere den tabte lungefunktion. Denne tro skyldes, at hun var blevet fejlinformeret. Ifølge HBM er viden netop en modificerende faktor, som bl.a. determinerer, hvorvidt borgerne oplever at være modtagelige for at udvikle en pågældende sygdom (Rosenstock IM, Strecher VJ 1988). I relation til teorien kan fejlinformering derfor ses som en medvirkende årsag til, at Oda K. ikke følte sig modtagelig over for sygdommen og derfor ikke ændrede adfærd tidligere.

Svend K. er en af de respondenter, der grundet sit arbejde kendte til sygdommen. Til trods for dette associerede han ikke den oplevede morgenhoste og dyspnø ved fysisk aktivitet med KOL, hvilket kommer til udtryk i følgende passage af interviewet:

I: *”Tænkte du aldrig at det kunne være andet end rygning”.*

R: *”Nej. Nej. I hvert fald ikke i forbindelse med KOL. Slet ikke. Det får jeg aldrig, tænkte jeg”.*

Citatet illustrerer, at Svend K. ikke oplevede symptomerne som et tegn på KOL til trods for kendskab til sygdommen. Grunden til at han ikke reagerede på symptomerne kan forklares med HBM. Oplevet alvorlighed og modtagelighed er ifølge afsnit 4.3 en forudsætning for adfærdsændringer. Svend K. oplevede ikke symptomerne som alvorlige, til trods for at han under interviewet gav udtryk for, at KOL er en alvorlig sygdom. Den manglende oplevede alvorlighed kan derfor betragtes som en af grundene til, at Svend K. ikke reagerede på symptomerne og søgte læge tidligere. Den manglende reaktion på symptomerne kan ligeledes skyldes, at Svend K. ikke oplevede, at han var modtagelig for at udvikle KOL. Ovenstående passager fra interviewene viser, at sparsom viden og manglende modtagelighed for udvikling af KOL kan være medvirkende årsager til manglende tidlig opsporing.

Udover manglende kendskab til risikoen for at udvikle KOL, var størstedelen af respondenterne heller ikke bekendte med symptomerne på sygdommen, hvilket bl.a. kommer til udtryk hos Lau K., som til spørgsmålet om hvorvidt han kendte til symptomerne på KOL svarede:

*”Nej det gjorde jeg ikke (...). Og når man når op i min alder, så er det heller ikke så mærkeligt, at man går lidt ned i kadence. Det må man ligesom lære at leve med [griner]”.*

Manglende kendskab til symptomerne genfindes hos størstedelen af respondenterne. Grunden til at respondenterne ikke reagerede på symptomerne, og eksempelvis søgte læge tidligere er dog delte, idet nogle af respondenterne betragtede symptomerne som et resultat af stigende alder, mens andre mente, at det skyldtes dårlig fysisk form. F.eks. udtalte Thøger K. og Svend K. følgende:

*”Jeg tænkte at det bare var pga. alderen” (Thøger K.).*

*”Altså jeg troede det var fordi, jeg skulle motionere lidt mere og tabe mig lidt (...) og igen tænkte jeg, jeg skal jo ikke være bjergbestiger, så det går jo nok” (Svend K.).*

Af citaterne fremgår det, at respondenterne ikke associerede de oplevede symptomer med KOL. De betragtede i stedet symptomerne som en naturlig del af alderdom eller som en konsekvens af dårlig fysisk form og tilpassede derfor hverdagen hertil. Disse opfattelser af symptomerne er formodentligt et produkt af den sparsomme information om sygdommen i samfundet, men kan også skyldes, som tidligere nævnt, at respondenterne ikke oplevede at de var modtagelige over for sygdommen, hvorfor de ikke reagerede på informationen.

Flere af respondenterne efterspørger, i forbindelse med italesættelsen af den manglende viden om KOL og symptomerne herpå, bl.a. mere information om sygdommen i samfundet.

*”Det skal offentliggøres så folk ved det. (...) det er meget kræft den kører på, hvis bare KOL fik en bette flæng ift. det” (Lau K.).*

Dette understøttes af Søren R. der udtalte:

*”Der skal mere og bedre oplysning, så torsken kan få det ind i hovedet. Det er DET det drejer sig om”.*

Ovenstående citater viser, at respondenterne efterspørger mere viden og information om KOL. Såfremt respondenterne havde haft den fornødne viden om risikoen for at udvikle KOL, havde kendt til symptomerne på sygdommen og var bekendte med, at tidlig opsporing kan give flere gode leveår, kunne det også have påvirket deres tilbøjelighed til at ændre adfærd tidligere. Dette eksemplificeres hos bl.a. Berit K. og Fanny R.:

*”JA, det ville jeg bestemt” (Berit K.).*

*”Hvis jeg havde vidst ALT DET, så var jeg gået til lægen og havde fået undersøgt mine lunger langt tidligere” (Fanny R.).*

Af citaterne fremgår det, at information og oplysning om KOL kunne have påvirket respondenterne til at ændre adfærd tidligere. Udtalelserne kan derfor ses som et udtryk for, at respondenterne manglede information om KOL, hvilket kan være grunden til, at de ikke fik foretaget spirometri tidligere. Andre respondenter var dog mere tvivlende om, hvorvidt yderligere oplysninger om sygdommen ville have fået dem til at søge læge tidligere, hvilket bl.a. kommer til udtryk i interviewet med Thøger K.

*”Det vil jeg ikke afvise, at jeg havde gjort [tvivlende]. Men om jeg havde stoppet med at ryge på et tidligere tidspunkt, det tror jeg ikke”.*

Citatet tydeliggør, at øget fokus på sygdommen i samfundet ikke nødvendigvis ville have påvirket respondentens tilbøjelighed til at søge læge. Grunden til at Thøger K. og flere af de øvrige respondenter tvivlede på, at de ville have ændret adfærd tidligere, såfremt de havde haft større viden om KOL, kan der gives en dybere forståelse af ved at inddrage HBM. Respondenternes tvivl kan skyldes, at tidlig opsporing af KOL forekommer på tidspunkter, hvor de endnu ikke har oplevet konsekvenserne af deres sundhedsadfærd. Det kan derfor være svært for dem at opleve KOL som en trussel, de bør reagere på, hvorfor der ikke forekommer en adfærdsændring. Adfærdsændringen vil oftest først finde sted, når respondenterne føler sig modtagelige over for sygdommen (Rosenstock 1974; Stretcher & Rosenstock 1997).

Til trods for at størstedelen af respondenterne efterlyser mere information og oplysning om KOL, er flere af dem usikre på, hvorvidt udelukkende øget kendskab til sygdommen kunne have påvirket deres tilbøjelighed til at søge læge tidligere. Som nævnt i afsnit 4.2 resulterer øget modtagelighed ikke alene

altid i adfærdsændringer, hvorfor information og viden om KOL i sig selv formodentligt ikke er tilstrækkeligt til at få respondenterne til at ændre adfærd. Jf. HBM kræver en adfærdsændring oftest et samspil mellem flere sundhedsopfattelser (Rosenstock 1974).

#### 6.1.4 Barrierer for tidlig opsporing

Under dette tema fremanalyseres de væsentligste årsager til, at respondenterne ikke ændrede adfærd tidligere. Med forståelse af respondenternes oplevede barrierer er det muligt at arbejde med disse i udformningen af forandringstiltaget for dermed at forsøge at højne borgernes tilbøjelighed til at ændre adfærd. Som nævnt under temaet 'viden' kan årsagen til den sene opsporing blandt respondenterne være manglende kendskab til symptomerne og risikoen for at udvikle KOL som ryger og forhenværende ryger.

Flere af respondenterne oplevede, ved tidligere spirometri eller kontakt med sundhedsprofessionelle, at få at vide at der ikke var noget galt, hvorfor de ikke ændrede adfærd tidligere. Dette eksemplificeres af Fanny R.:

*"(...) og når jeg har set moderkagen, så har jeg kunnet se livets træ, fuldstændig tydeligt. Så meget at jordmoderen har sagt; 'du ryger da ikke 40 smøger om dagen'. Men det har jeg jo gjort. Og så får man også den idé inde i hovedet, at hvis ikke de kan se det, så er det sgu også lige meget. Og det er nok den jeg har levet på i mange år".*

Citatet tydeliggør, at respondenterne fik en opfattelse af at rygning ikke var skadeligt for hende. Denne udtalelse kan være et udtryk for, at respondenterne følte sig usårlig og derved ikke følte sig modtagelig for rygningens skadelige virkninger. Udtalelsen fra den sundhedsprofessionelle bevirkede samtidig, at respondenterne formodentligt ikke oplevede rygning som en alvorlighed og en trussel mod sit helbred og derfor heller ikke oplevede et incitament til at ændre adfærd. Manglende oplevet modtagelighed og alvorlighed kan derfor have medført, at respondenterne ikke ændrede adfærd og fik foretaget spirometri tidligere.

Som nævnt i afsnit 6.1.2 kan manglende opfordringer fra lægen være en medvirkende årsag til, at respondenterne ikke fik diagnosticeret KOL tidligere i sygdomsforløbet. Flere af de mandlige respondenter italesatte dog, at manglende opfordring fra lægen skyldtes, at de ikke var i kontakt med vedkommende, hvilket tydeliggøres hos Thøger K. som til spørgsmålet om, hvorvidt lægen opfordrede ham til at få foretaget spirometri tidligere, udtalte:

*”Nej. Jeg har aldrig nogensinde gået til læge. Det har jeg aldrig haft behov for”.*

Af citatet fremgår det, at grunden til at Thøger K. ikke fik foretaget spirometri tidligere er, at han ikke var i kontakt med lægen. Manglende jævnlig kontakt med lægen kan derfor ligeledes være en barriere for tidlig opsporing af borgere med KOL. Modsat Thøger K. som ikke oplevede et behov for at gå til lægen, valgte andre af respondenterne bevidst at undgå kontakt med lægen af forskellige årsager. Svend K. forklarede det med følgende:

*”Jeg vidste der var noget galt med vejrtrækningen, og jeg havde selvfølgelig en mistanke om KOL, men det magtede jeg sgu ikke rigtigt [hvisker og vender hovedet væk]”.*

Citatet illustrerer, at årsagen til at Svend K. ikke opsøgte lægen før han oplevede exacerbationer var, at han ikke kunne overskue at få stillet diagnosen. Ifølge HBM kan Svend K.’s adfærd skyldes, at han oplevede at barriererne ved at gå til lægen oversteg fordelene ved at få diagnosticeret KOL tidligt i sygdomsforløbet. Svend K. er en af de respondenter, som var stoppet med at ryge flere år før diagnosticeringen. De respondenter som røg op til diagnosetidspunktet oplevede dog andre barrierer i forbindelse med at søge læge. Eksempelvis oplevede Karen K. ingen grund til at søge læge, fordi hun vidste at et sådant besøg ville betyde, at lægen ville opfordre hende til rygestop. Hun udtalte i den forbindelse:

*”Det skal du i hvert fald ikke blande dig i. Man skal ikke komme og tage det bedste fra en ryger, altså cigaretterne. (...) vi ved jo godt at rygning ikke er sundt, men derfra til at erkende at det faktisk var noget jeg skulle tage hånd om, ej nej nej. Det var nu godt med en smøg”.*

Lignede barrierer oplevede Berit K., som udtrykte:

*”Jeg tror mange har brug for det sidste skub, fordi meget af det handler jo om skam. Det skal man ikke glemme og man er vildt flov over, at man har kørt sig selv ud i den situation”.*

Citaterne tydeliggør, at rygningen havde en betydning for respondenternes tilbøjelighed til at søge læge. Berit K. understregede, at borgernes manglende tilbøjelighed til at søge læge, efter hendes opfattelse skyldes, at de oplever skyld og skam over at have påført sig selv en eventuel sygdom. Karen K. valgte også bevidst at undgå kontakt med lægen, da hun ikke ønskede at blive konfronteret med nødvendigheden af et rygestop. Karen K. udtrykte ligeledes, at hun på tidligere tidspunkter ikke følte sig klar til at ændre adfærd og tvivlede på egne evner. Jf. HBM er self-efficacy netop en forudsætning for adfærdsændringer, hvorfor Karen K.’s manglende tro på egne evner, kan ses som en barriere for



tidlig opsporing og en medvirkende årsag til, at hun ikke opsøgte lægen tidligere. Grunden til at respondenterne ikke ændrede adfærd tidligere kan være, at de oplevede barrierer som eksempelvis skyld og skam samt snak om rygestop, overstiger fordelene ved tage kontakt til lægen og blive udredt. Berit K.'s udtalelse om at borgerne har brug for det sidste skub for at ændre adfærd kan ses som et udtryk for, at såfremt borgerne oplever et incitament til handling, vil det medføre en adfærdsændring.

### 6.1.5 Motiver for tidlig opsporing

Dette tema omhandler respondenternes motiver for tidlig opsporing og skal bidrage til at give en forståelse af respondenternes motiver, ønsker og behov for deltagelse i tidlig opsporing af KOL. Disse motiver kan være hensigtsmæssige at identificere og arbejde med i udformningen af projektets forandrings tiltag for at højne effekten og sikre, at en større andel af målgruppen ønsker at deltage.

Flere af respondenterne italesatte, at såfremt der havde eksisteret et konkret tiltag målrettet rygere og forhenværende rygere, ville det have motiveret dem til at få foretaget spirometri tidligere. Dette eksemplificeres i interviewet med Lau K., som udtalte:

*"Harde der været et konkret tilbud for dem der havde røget i mange år, så havde jeg nok gjort det".*

Efterspørgslen af et konkret tiltag skyldes sandsynligvis at flere af respondenterne, som nævnt under 'opsporing af KOL', selv måtte opfordre lægen til at blive udredt. Andre respondenter italesatte dog, at samfundet ikke bør udarbejde et konkret tiltag, men at information om sygdommen kan stå alene og være en motivationsfaktor for adfærdsændringer. Søren R. og Svend K. italesatte det således:

*"Jamen jeg synes ikke, at samfundet skal begynde at kalde alle ind. Jeg synes, at man skal starte med mere information om rygningens konsekvenser og risikoen for KOL. Og vis os så nogle skræmmekampanjer" (Søren R.).*

*"Igen oplysning om KOL. Så jeg kan blive lidt bange for det. Oplysning om symptomerne, risiko og hvad sker der hvis KOL bliver opdaget tidligere (...). Det er det jeg tror mest på. Det kunne få mig til at gå til lægen tidligere. Men konsekvenserne skal pensles mere ud" (Svend K.).*

Af disse citater fremgår det, at oplysninger i form af bl.a. skræmmekampanjer ville have motiveret respondenterne til at søge læge tidligere, da de i tilfælde heraf oplyses om rygningens konsekvenser og risikoen for at udvikle KOL. Grunden til at respondenterne motiveres gennem skræk, kan HBM give en uddybende forklaring på. Skræmmekampanjerne kan få respondenterne til at opleve KOL

som en trussel mod deres helbred, som de bør reagere på, netop fordi de oplyses om alvorligheden af KOL og deres modtagelighed for at udvikle sygdommen.

Respondenterne blev spurgt ind til, hvorvidt denne information kan formidles, hvortil Svend K. svarede:

*”Jamen det skal komme i fjernsynet og annoncer eller som i stil med Kræftens Bekæmpelses markedsføring”.*

Svend påpegede at TV kunne være et muligt informationsmedie, hvilket også blev italesat hos flere af de øvrige respondenter. Andre af respondenterne italesatte dog også information på nettet, pjecer hos lægen o.l. som mulige informationsmedier.

Flere af respondenterne påpegede mulige målgrupper for den tidlige opsporing, hvilket eksemplificeres i følgende citater:

*“(...) når man når en alder af 35 år, så skal man i hvert fald til at gøre noget. Det skal ikke gøres når man er 75 år” (Fanny R.).*

*”Hvis man først får den når man er over 70 år, så er det slut. Nej ser I, det skal gøres mens man er ung” (Søren R.).*

Citaterne illustrerer, at respondenterne mener, at tidlig opsporing bør igangsættes i en ung alder. Mens Søren R. italesatte, at der bør være en øvre grænse for opsporing af borgere med KOL, påpegede Fanny R., at tidlig opsporing blot skal foregå, inden borgeren bliver 75 år. Hun mener tydeligvis ikke, at der bør være en øvre grænse, men påpeger blot vigtigheden af at forsøge at opspore borgerne tidligere. Søren R.’s udtalelser om en øvre grænse for tidlig opsporing genfindes ikke blandt de respondenter, som har fået diagnosticeret KOL. Det kan derfor tænkes at denne holdning skyldes, at respondenterne i risiko for at udvikle KOL ikke selv har oplevet effekten af opsporingen. Flere af respondenterne med nydiagnosticeret KOL var over 70 år, da de fik diagnosen og gav under interviewene udtryk for, at de på trods af en uønsket sygdom er glade for at være blevet opsporet, da de bl.a. modtager støtte og hjælp til at leve med deres sygdom.

Udover et konkret tiltag og information påpegede respondenterne, at afstanden til tiltaget også har en betydning for, hvorvidt de ville have deltaget i et sådant tiltag. Dette eksemplificeres i følgende passage af interviewet med Svend R.:

I: *”Vil afstanden have betydning for dig?”*

R: *"Ja ja selvfølgelig. Det vil det altid have. Skal jeg på en dagsrejse hen til lægen. Det gider jeg sgu ikke. Så skal der i hvert fald rigtig meget til [griner]"*

I: *"Så du tænker, at det skal foregå ude i lokalområdet?"*

R: *"JA i hvert fald inden for rimelighedens grænser"*

Denne holdning er udbredt blandt respondenterne. For at tiltaget skal være motiverende, er det derfor afgørende, at afstanden til tiltaget ikke bliver for stor.

Slutteligt påpegede respondenterne, at det heller ikke er uden betydning, hvem der foretager spirometri. Ingen af respondenterne finder det motiverende at få foretaget spirometri på et apotek, hvilket eksemplificeres hos Thøger K.:

*"Jeg ved ikke med apoteket (...) så skulle de i hvert fald lave det ude bagved, så andre ikke kan høre hvad man snakker om"*

At respondenterne ikke oplever det som motiverende at få foretaget spirometri på apoteket, begrundes med at apoteket er for offentligt. Modviljen om at få foretaget spirometri offentligt kan være, at respondenterne frygter at blive stigmatiseret, da de er bekendte med den nihilistiske opfattelse i samfundet om, at KOL er en selvforskyldt sygdom.

Blandt respondenterne er der en enighed om, at det er uden betydning, om det er en læge eller en sygeplejerske der foretager spirometri, så længe den sundhedsprofessionelle er kompetent. Dette eksemplificeres bl.a. hos Lau K.:

*"Sygeplejersken kan jo lave den. Det behøver lægen ikke at spilde sin dyre arbejdskraft på"*

Citatet illustrerer den generelle holdning blandt respondenterne om, at sygeplejersken med fordel kan foretage spirometri.

### **6.1.6 Forandringsperspektiv**

Dette tema bærer præg af, at respondenterne slutteligt i interviewene blev præsenteret for forskellige tiltag. Under temaet kan der være risiko for, at gruppens forforståelse af de forskellige tiltag kommer til udtryk. Dette er dog forsøgt undgået ved at være bevidste om forforståelsen og være åbne over for respondenternes tanker om tiltagene samt forslag til forbedringer. Under temaet forandringsperspektiv hører forskellige subgrupper; *invitation, spørgeskema, walk-in, KOL-bus* samt *opportunistisk screening*, som bearbejdes i det følgende.

### 6.1.6.1 Invitation

Respondenterne blev spurgt ind til, hvordan de ville have reageret, såfremt de havde fået tilsendt en invitation til screening for KOL i tråd med diverse screeninger for kræft. Der er enighed blandt respondenterne om, at tiltaget er en god idé, hvilket bl.a. fremgår af interviewet med Lau K.:

*”Det ville jeg. Vi ved jo godt rygning ikke har været sundt. Men vi kan ikke gøre de skader om vi har lavet. Så den ville jeg tage imod. (.) Ligesom med mammografiscreening der kommer også et brev. Sådan kunne det måske også blive med det her”.*

Dette understøttes af Søren R., der udtalte:

*”JA, det ville jeg da. Det er da en god ting. Hvorfor skulle man ikke gøre det?”*

Disse udsagn illustrerer, at respondenterne ville have deltaget i screening for KOL, såfremt de havde modtaget en invitation hertil. Respondenterne er bekendte med, at rygning ikke er sundt, hvilket formentligt forstærker deres tilbøjelighed til at tage imod screeningstiltaget. Søren R. understregede, at en invitation ville have medført, at han ville have deltaget uden nærmere eftertanke. Grunden hertil kan være, at et konkret tiltag opleves som et incitament, der påvirker respondentens tilbøjelighed til at ændre adfærd, og samtidig gør det lettere for respondenterne at få foretaget spirometri, end hvis han selv skal opsøge et screeningstiltag.

Enkelte respondenter virkede dog mere tvivlende. Eksempelvis var Karen K. i tvivl om, hvorvidt hun overhovedet ville have lagt mærke til brevet, men påpegede muligheden for at modtage invitationen i e-boks, hvilket eksemplificeres i det følgende:

*”Hvis den røg ind i min e-boks, så ville jeg nok. Det tror jeg at jeg ville. Men hvis den kom med brev ville jeg være mere sådan; ’får vi overhovedet tømmt postkassen nu om dage’. Men kom den i min e-boks ville jeg nok gøre det”.*

Citatet illustrerer, at respondenterne vil have større tilbøjelighed til at deltage i screeningstiltaget, såfremt invitationen blev modtaget i e-boks. Dette informationsmedie blev italesat af flere af respondenterne som et bedre alternativ end brevet. Svend K. udtrykte dog en usikkerhed omkring, hvorvidt informationsmediet ville have betydning for sin deltagelse, hvilket eksemplificeres af det følgende:

*”Det tror jeg ikke ville gøre den store forskel”.*

Svend K. ville formodentligt ikke have deltaget i tidlig opsporing for KOL, såfremt han havde fået en invitation hertil. Som nævnt tidligere, følte Svend K. sig ikke modtagelig over for sygdommen til trods for kendskab til denne. Modviljen om dette tiltag kan derfor skyldes, at han ikke finder tiltaget relevant.

Flere af respondenterne italesatte vigtigheden af, at tiltaget fremstår frivilligt, hvilket fremgår af nedenstående udtalelse af Fanny R.:

*"(...) det bedste, og det jeg tror virker, det er at hvis man selv har muligheden for at sige til og fra. Og derfor ligesom med livmoderhalskræft. Simpelthen ind i min e-boks. Kommer der en med, 'nu skal du have målt din lungefunktion igen', så tænker jeg 'fint, så bestiller jeg da en tid'".*

Citatet illustrerer, at muligheden for lettere at kunne sige fra overfor tiltaget har stor betydning men vil sandsynligvis medføre, at respondenterne vælger at deltage i screening for KOL. Frivilligheden af tiltaget kan ses som et udtryk for, at respondenterne ikke ønsker at føle sig presset til at deltage, men motiveres af selvbestemmelse.

Ovenstående illustrerer, at flertallet af respondenterne ville have ændret adfærd og deltaget i et tiltag for tidlig opsporing af KOL, såfremt de havde modtaget en invitation med brev eller i e-boks. For nogle af respondenterne ville det have haft stor betydning, hvorvidt invitationen var blevet sendt med posten eller modtaget i e-boks. Respondenterne påpegede desuden vigtigheden af, at invitationen ledsages af information om KOL. Dette kan ses som et udtryk for, at respondenterne har behov for at føle, at tiltaget har relevans for dem, samt at KOL er en alvorlighed og at de som rygere eller forhenværende rygere er modtagelige for at udvikle sygdommen. Samtidig kan de have behov for at opleve at fordelene ved at lade sig screene og eventuelt blive opsporet tidligt i sygdomsforløbet overstiger barriererne.

#### 6.1.6.2 Spørgeskema

Respondenterne blev bedt om at fortælle, hvorvidt de ville have deltaget i tiltag for tidlig opsporing af KOL, såfremt de fik udleveret eller tilsendt et spørgeskema. Dette tiltag er der enighed om, at respondenterne ville have deltaget i. Fanny R udtrykte eksempelvis:

*"Jo, hvis den kom med posten, og jeg selv skulle returnere den, så ville jeg gøre det. Men hvis den lå ved lægen, så tror jeg ikke, at jeg så den og ville gøre det".*

Af citatet tydeliggøres det, at respondenterne ville have været tilbøjelige til at besvare et spørgeskema som led i den tidlige opsporing. Respondenterne foreslog forskellige medier som mulige måder at komme i kontakt med dem på, bl.a. e-boks eller udlevering hos lægen. Fanny R. understregede dog, at det ikke er tilstrækkeligt, at spørgeskemaet ligger hos lægen, men at det skal udleveres personligt. Såfremt respondenterne efterfølgende blev identificeret som i risiko og opfordret til at få foretaget spirometri ville de også gøre det. Karen K. er den eneste respondent der tvivlede på, hvorvidt hun ville have besvaret et spørgeskema, hvilket kommer til udtryk i det følgende:

*”God ide (.). Men ville jeg gøre det for 5 år siden? (.) Jeg er i tvivl. Hvis jeg kunne gøre det anonymt måske. Og så kunne jeg selv få en idé om hvorvidt jeg burde gå til lægen”.*

Citatet illustrerer, at såfremt spørgeskemaet kunne besvares anonymt ville det have påvirket respondentens tilbøjelighed til at gøre det. Under interviewet italesatte Karen K. flere gange, at lægen på ingen måde skulle blande sig i, om hun røg eller ej og understregede samtidig vigtigheden af selv at skulle klare sig til at ændre adfærd. Ønsket om anonymitet kan derfor ses som et udtryk for, at respondenterne føler, at rygning er en privat sag, og ikke noget andre skal blande sig i. Hun ønsker dog selv at have mulighed for at reagere på spørgeskemaet, såfremt hun finder det nødvendigt og føler sig klar til at ændre adfærd. Den bagvedliggende årsag til at Karen K. vægter anonymitet højt kan være, at rygning er forbundet med skyld og skam, og at hun ikke ønsker at blive konfronteret med nødvendigheden af et rygestop.

Spørgeskemaerne appellerer ligesom invitationerne til respondenterne, og kunne derfor være et muligt screeningsværktøj til at identificere borgere i risiko og efterfølgende invitere eller opfordre dem til at få foretaget spirometri.

#### 6.1.6.3 Walk-in

Det tredje tiltag som respondenterne blev præsenteret for, var walk-in. Dette tiltag kan foregå i eksempelvis et sundhedscenter og kræver ikke tidsbestilling. Denne gang er meningene mellem respondenterne delte, hvilket illustreres i det følgende. Oda K. udtrykte eksempelvis:

*”Ja det ville jeg. Men det ved jeg ikke, om der er mange på min alder, der ville gøre. (...) men derfor er det jo ikke nogen dårlig idé, jeg tror bare ikke det er der man skal sætte ind”.*

Til trods for at respondenterne selv ville have været tilbøjelige til at deltage i walk-in tiltaget, er hun i tvivl om, hvorvidt andre ville have gjort det. Oda K. understregede, at samfundet ikke bør fokusere

på dette tiltag for tidlig opsporing af borgere med KOL, da hun tvivler på effekten heraf. Flere af de øvrige respondenter tvivler på, hvorvidt de ville have deltaget i tiltaget. Tvivlen eksemplificeres f.eks. i følgende passage fra interviewet med Lau K.:

R.: *”Joeh [tvivler]. Det kunne man også godt gøre”.*

O: *”Du tænker ikke du ville gøre det?”*

R.: *”Neej. Jeg synes bedst om spørgeskema eller lægehus, hvor vi i forvejen kommer”.*

En lignende overvejelse findes i interviewet med Thøger K., som udtalte:

*”Hmm det tvivler jeg på. Så sidder der også en sygeplejerske, som jeg ikke kender”.*

Ovenstående citater illustrerer, at respondenterne er i tvivl om, hvorvidt de ville have deltaget, da de foretrækker tiltag på steder, hvor de i forvejen kommer, og hvor de kender den sundhedsprofessionelle. Arenaen og relationen med de som foretager spirometri synes derfor at determinere respondenternes tilbøjelighed til at deltage i tidlig opsporing for KOL. Dette skyldes formodentligt, at respondenterne vægter tryghed højere end fri adgang uden tidsbestilling. Tiltag i vante omgivelser og der hvor respondenterne har kendskab til den sundhedsprofessionelle kan dermed bidrage til, at de føler sig trygge i en uvant situation, hvor der er risiko for at de kan få stillet en diagnose. Samtidig kan det formodes, at tillid til den sundhedsprofessionelle og kendskab til dennes kompetencer også har betydning for respondenternes tilbøjelighed til at deltage, hvorfor de foretrækker at tiltaget foregår hos egen læge. Walk-in tiltaget synes ikke at appellere til borgerne på samme måde som invitationen og spørgeskemaet.

#### 6.1.6.4 KOL-bus

I forlængelse af walk-in tiltaget blev respondenterne præsenteret for en KOL-bus. Tanken med denne er, at den eksempelvis kan køre ud til arbejdspladser, stoppe ved store indkøbscentre ved biblioteker eller ude i oplandet. Bussen skal således henvende sig til borgerne, der hvor de befinder sig. Som ved walk-in tiltaget er respondenterne mere skeptiske over for dette tiltag, og tvivler på hvorvidt de ville have deltaget. Flere af respondenterne påpegede samtidig vigtigheden af at oplyse om bussens tilstedeværelse. Den skeptiske holdning overfor tiltaget blev særligt italesat hos de mandlige respondenter, hvilket formodentligt skyldes, at de er mindre tilbøjelige til at tage mod offentlige tiltag end kvinder. Eksempelvis udtalte Søren R.:

*”Neej. Og er det ikke for dyrt? Ift. det det fanger. Det kan jo være der kun kommer en eller to. Det er fandeme for dyrt”.*

Ifølge Søren R. vil dette tiltag være for dyrt ift. dets potentielle effekter. Denne overvejelse determinerer sandsynligvis hans beslutning om ikke at lade sig screene gennem dette tiltag. Under interviewet udtrykte Søren R., at borgerne selv er ansvarlige for at gå til lægen, når der er noget galt. Denne holdning kan ligeledes betragtes som en af grundene til, at han ikke finder en KOL-bus motiverende. De kvindelige respondenter er mere positive over for KOL-bussen, hvilket eksemplificeres i det følgende.

*”Ej det ville jo være alletiders, måske ikke i storbyerne, men i provinserne” (Oda K.).*

*”Ja ja, så går man bare ind i bussen. Det ville også virke for mig” (Fanny R.).*

Citaterne illustrerer, at KOL-bussen i højere grad vil appellere til de kvindelige respondenter. De er dog enige om, at bussen formodentligt vil have størst effekt i yderområderne. Denne holdning determineres sandsynligvis af, at ingen af disse to respondenter har kørekort, hvorfor de foretrækker tiltag i nærområdet. Samtidig italesatte flere af respondenterne igen en utryghed ved, at de ikke kender de sundhedsprofessionelle, som foretager screeningen i KOL-bussen, hvilket understøtter den tidligere påpegede vigtighed af, at det er en sundhedsprofessionel, som respondenterne har en relation til, der foretager spirometri.

Tiltaget vurderes ikke at have samme gennemslagskraft som invitationen eller spørgeskemaet, da mændene tvivler på, hvorvidt dette tiltag ville have medført at de havde fået målt deres lungefunktion tidligere.

#### 6.1.6.5 *Opportunistisk screening*

Som det sidste tiltag blev respondenterne præsenteret for opportunistisk screening. Dette tiltag har til hensigt at screenes borgerne, når de er hos lægen af andre årsager. Modsat de to forrige tiltag er der enighed blandt respondenterne om, at de ville have deltaget i dette screeningstiltag, såfremt lægen havde opfordret dem dertil. Berit K. italesatte det således:

*”Jeg tror det er vigtigt, at lægen griber ind når du allerede er dernede. (...) ham den nye læge vil teste mig hvert halve år. Så er vi jo inde på noget af det rigtige. Jeg har det også sådan, at jeg gider ikke gå til lægen medmindre det er nødvendigt (...). Nu er det dem selv der kalder dig derind hvert halve år, og ikke kun når det er nødvendigt”.*

Denne holdning hos Berit K. skyldes formodentligt at hun, ligesom flertallet af respondenterne, ikke opfattede at der var noget galt, men at den tiltagende dyspnø blot var et resultat af dårlig fysisk form eller skyldtes, at hun havde en dårlig periode. Derfor efterspørger Berit K. også, at lægerne i højere



grad skal være mere opmærksomme og opfordre borgerne til at blive screenet. Hendes ønske om større opmærksomhed og initiativ fra lægerne determineres sandsynligvis af at hun, som flere af de øvrige respondenter, selv måtte opfordre lægen til at blive udredt. Samtidig understregede hun, at det kan være nødvendigt at kalde borgerne ind regelmæssigt til screening eller opfølgning, da hun har den overbevisning, at man som borger ikke opsøger lægen med mindre der er noget galt. Denne holdning genfindes blandt de resterende respondenter. Hvis lægen i stedet opfordrer borgerne til at blive screenet, når de allerede er hos lægen eller kalder borgeren ind til en opfølgende måling, mener hun, at der vil være større sandsynlighed for, at borgerne opspores tidligere. Grunden til at respondenteren mener, at borgerne vil ændre adfærd, såfremt de opfordres hertil, kan jf. HBM være et udtryk for, at opfordringer kan skabe et konkret incitament, som påvirker deres tilbøjelighed til at handle. Det er ikke kun de kvindelige respondenter, som ville have deltaget i opportunistisk screening for KOL. Svend K. udtalte eksempelvis:

*”Helt klart. Det er et fint tiltag. Det kræver dog at man kommer hos lægen”.*

Citatet illustrerer, at opportunistisk screening ligeledes ville have appelleret til de mandlige respondenter. Svend K. pointerede dog, at det er en forudsætning at borgerne kommer hos lægen. Som nævnt i afsnit 6.1.4 gik flere af de mandlige respondenter i tiden inden diagnosen sjældent til lægen. Til trods for at mændene finder den opportunistiske screening motiverende og ville have deltaget i dette tiltag, kan det sandsynligvis ikke stå alene pga. den sjældne kontakt med lægen.

Gennem interviewene udtrykte flere af respondenterne, at de har svært ved at sige nej til lægens opfordring, hvilket kan være årsag til deres tilbøjelighed til at deltage i den opportunistiske screening. Grunden til at respondenterne oplever det som svært at takke nej til lægens opfordring kan være, at de ser lægen som en autoritet, de bør lytte til. Opfordring fra lægen ville dermed sandsynligvis have medført, at de havde fået foretaget spirometri tidligere. Som med invitationen og spørgeskemaet synes dette tiltag at appellere til størstedelen af respondenterne.

### **6.1.7 Tydeliggørelse af de væsentligste fund fra interviewene**

Størstedelen af respondenterne fik stillet diagnosen efter de selv tog initiativ til at blive udredt for exacerbationer. Flere påpegede i den forbindelse manglende opfordring og oplysning fra lægen som en barriere og dermed en medvirkende årsag til sen diagnosticering. Af øvrige barrierer oplevede respondenterne særligt manglende fokus på sygdommen i samfundet. De fleste respondenter var ikke bekendte med risikoen for at udvikle KOL, og hvilke symptomer de burde have været opmærksomme

på. Respondenterne tvivler dog på, hvorvidt øget kendskab til sygdommen alene ville have medført, at de havde opsøgt lægen tidligere. Desuden påpegede respondenterne skyld og skam, snak om rygestop samt risikoen for stigmatisering som barrierer for tidlig opsporing. Respondenterne italesatte dog, at et konkret tiltag, information om sygdommen, skræmmekampagner, samt opfordring fra lægen ville have motiveret dem til at blive undersøgt tidligere. Endvidere italesatte respondenterne vigtigheden af, at tiltaget foregår der, hvor de i forvejen kommer, og hvor de har kendskab til den sundhedsprofessionelle, som skal foretage screeningen. Dette behov begrundes med tryghed og tillid. Det vurderes, at invitationen, spørgeskemaet samt den opportunistiske screening vil have den største gennemslagskraft. Resultaterne viser, at der er forskel mellem de kvindelige og mandlige respondents behov ift. tidlig opsporing af KOL, hvorfor et tiltag ikke nødvendigvis kan tilpasses hele målgruppen. Til trods for at alle ville have deltaget i den opportunistiske screening, forudsætter dette dog, at borgerne er i kontakt med lægen, hvilket de mandlige respondenter sjældent var i tiden inden diagnosen.

## 6.2 Litteraturstudie

I dette afsnit præsenteres og analyseres de udvalgte studier fra projektets indledende- og systematiske litteratursøgning. Formålet med litteraturstudiet er at undersøge, hvilke barrierer og motiver borgerne oplever i forbindelse med tidlig opsporing af KOL, samt hvilke elementer der kan indgå i projektets forandringstiltag. Således skal litteraturstudiet bidrage til at besvare projektets problemformulering.

Med inspiration fra Judith Garrard foretages synteser på tværs af kolonnerne fra den udarbejdede oversigtstabel (Tabel 6-2). Sammenfatning af de udvalgte studier. Walk-in; et tilbud hvor borgerne kan komme ind direkte fra gaden og få foretaget spirometri (*Løkke et al. 2012b*). Åben spirometri; de borgere som opfylder kriterierne for screening inviteres til at få foretaget gratis spirometri (*Konstantikaki et al. 2011*). (Garrard 2011). Resultaterne fra studierne er inddelt i overordnede temaer; 'barrierer og motiver', 'arena for tidlig opsporing af borgere med KOL' samt 'invitationsformer for tidlig opsporing af borgere med KOL'. Disse temaer er udledt på baggrund af de underordnede temaer i studierne og disses formål og anvendes i analysen af litteraturen.

Forfatter Årstal	Design Metode	Resultater	Tjekliste- score
<i>Borgernes oplevelser af barrierer og motiver ved tidlig opsporing for KOL</i>			
Arne et al. 2007	Kvalitativt studie  Dybdegående inter-views med ground theory tilgang (n=10)	<i>Barrierer</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skyldfølelse</li> <li>- Opfatter ikke symptomerne som tegn på sygdom</li> <li>- Tilpasser tilværelsen til nuværende helbred</li> <li>- Lægens manglende opmærksomhed</li> <li>- Manglende information og oplysning om sygdommen, risikoen som ryger og symptomerne</li> </ul> <i>Motiver</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Støtte fra familie</li> <li>- Opfordring fra lægen</li> </ul>	9/10 CASP
<i>Arena for tidlig opsporing af borgere med KOL</i>			
Backer et al. 2008	Tværsnitsstudie  Spirometri  Walk-in i ambulatorium vs. indkøbscenter (n=602, n=567)	<i>Ambulatorium</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Flere nuværende rygere besøger ambulatoriet</li> </ul> <i>Indkøbscenter</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Flere forhenværende rygere besøger indkøbscentret</li> </ul> <i>Mellem grupperne</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambulatorier er mere omkostningseffektive end indkøbscentre</li> <li>- Begge tilbud er frivillige, hvilket appellerer til befolkningen</li> <li>- Forskel i kontaktmønster mellem ambulatorie og indkøbscenter (p&lt;0,05)</li> </ul>	17/22 STROBE
Castillo et al. 2015	Tværsnitsstudie  Spirometri og spørgeskema  Walk-in på apotek (n=3121)	<i>Apotek</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 73,5% accepterede invitationen til deltagelse</li> <li>- 63,4% blev identificeret til at være i risiko ved brug af GOLD spørgeskema</li> <li>- 19,8% havde KOL</li> <li>- Opportunistisk screening på apoteket for borgere i risiko er gennemførligt</li> <li>- Efteruddannede farmaceuter/farmakonomeer kan identificere borgere i risiko for at udvikle KOL</li> </ul>	21/22 STROBE

Kolner-Augustson et al. 2015	Follow-up  Walk-in med spirometri. Opfølgning af hvorvidt borgerne følger anbefalingerne om at søge læge (n=142)	<i>Walk-in</i> - 23% havde luftvejsobstruktioner - 52% blev rådet til at kontakte egen læge - Walk-in kan være en mulig arena for tidlig opsporing af borgere med KOL <i>Sygeplejerske</i> - Udførslen af spirometri kan uddelegeres til sygeplejerskerne <i>Kontakterede lægen som anbefalet</i> - 79% af de anbefalede kontaktede egen læge, hvoraf 41% fik diagnosticeret KOL	20/22 STROBE
<i>Invitationsformer for tidlig opsporing af borgere med KOL</i>			
Haroon et al. 2013	RCT  To opportunistiske screeningsstrategier; invitation til spirometri vs. note i journal og efterfølgende spirometri hos egen læge (n=1634)	<i>Invitation med spørgeskema til spirometri</i> - 26,1% deltog, hvoraf 42,2% takkede ja til at få foretaget spirometri - 14,3% fik diagnosticeret KOL <i>Note i journal</i> - Ved næste lægekonsultation udleveres et spørgeskema - 43,0% ønskede at deltage, hvoraf 34,6% takkede ja til at få foretaget spirometri - 21,4% havde KOL <i>Mellem grupperne</i> - Opportunistisk screening med note i journal er mere effektiv og omkostningseffektiv end udelukkende invitation med post	23/25 CONSORT
Haroon et al. 2015	Systematisk review og metaanalyse  Opportunistisk screening (n=18 studier)	<i>Opportunistisk screening</i> - Alle former for opportunistisk screening opsporede flere borgere med KOL end den almindelig praksis - Bedre udbytte ved at målrette tiltaget til de i risiko, og hvis der anvendes forskellige former for screeningsværktøj til at identificere disse (f.eks. spørgeskema) - Opportunistisk screening har større effekt end masse invitation gennem reklamer til borgere med symptomer (p<0,05)	26/27 PRISMA
Konstantikaki et al. 2010	Ikke-randomiseret kontrolleret studie  Åben spirometri efter offentlig invitation vs. opportunistisk screening (n=905, n=201)	<i>Åben spirometri efter offentlig invitation (reklamer)</i> - 8,4% fik diagnosticeret KOL <i>Opportunistisk screening udført af efteruddannede læger</i> - 27,9% fik diagnosticeret KOL <i>Mellem grupperne</i> - Opportunistisk screening er mere effektivt og omkostningseffektiv end åben spirometri	20/22 CONSORT

Lyngsøe et al. 2013	Tværsnitsstudie  Tilsendt spørgeskema og efterfølgende spirometri (n=7103)	<p><i>Spørgeskema</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 81,3% udfyldte spørgeskemaerne</li> <li>- 58,5% af disse var i risiko for at udvikle KOL</li> <li>- Spørgeskemaer kan anvendes som et screeningsværktøj til at identificere og invitere borgere i risiko til spirometri</li> </ul> <p><i>Efterfølgende spirometri</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 40% fik efterfølgende foretaget spirometri hos egen læge</li> </ul> <p><i>Arena</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deltagelsen er afhængig af arenaen</li> <li>- Sundhedscentre øger borgernes tilbøjelighed til at deltage sammenlignet med egen læge (p&lt;0,05)</li> </ul>	20/22 STROBE
Løkke et al. 2012	Tværsnitsstudie  Opportunistisk screening gennem spørgeskema og efterfølgende spirometri (n=4049)	<p><i>Opportunistisk screening gennem spørgeskema og spirometri</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Spørgeskema og efterfølgende spirometri kan anvendes til at opspore borgere med KOL tidligt i sygdomsforløbet</li> <li>- 21,7% af deltagerne havde KOL</li> </ul>	20/22 STROBE
Marcos et al. 2016	Tværsnitsstudie  Opportunistisk screening på lægens faglige skøn og efterfølgende screening med spirometri (n=2758)	<p><i>Opportunistisk på baggrund af lægens faglige skøn</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 81% af borgerne blevet diagnosticeret med KOL ud fra lægens faglige skøn</li> <li>- 72% fik en falsk-positiv diagnose, 8% en falsk-negativ diagnose sammenlignet med spirometri</li> </ul> <p><i>Opportunistisk screening med spirometri hos egen læge</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 46% af disse havde KOL</li> <li>- En aktiv søgestrategi hos borgernes egen læge kan anvendes til at opspore borgere i risiko for at udvikle KOL</li> <li>- Den aktive søgestrategi er omkostningseffektiv, da borgerne inkluderes når de allerede er hos lægen</li> </ul>	21/22 STROBE
Stratelis et al. 2004	Deskriptivt studie  Invitation gennem plakater og reklamer (n=512)	<p><i>Invitation gennem plakater og reklamer i sundhedscentre</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 27% af de screenede havde KOL, hvoraf kun 7% havde en lang uddannelse</li> </ul> <p><i>Viden</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 39% af deltagerne havde kendskab til KOL</li> </ul>	18/22 STROBE

Tabel 6-2: Sammenfatning af de udvalgte studier. Walk-in; et tilbud hvor borgerne kan komme ind direkte fra gaden og få foretaget spirometri (Løkke et al. 2012b). Åben spirometri; de borgere som opfylder kriterierne for screening inviteres til at få foretaget gratis spirometri (Konstantikaki et al. 2011).

### **6.2.1 Syntese af udgivelsesår, studiedesign og tjeklistescore**

De inkluderede studier er publiceret mellem 2004 og 2016 og udgøres af et kvalitativt studie, et follow-up, et systematisk review/meta-analyse, et RCT, et ikke-randomiseret kontrolleret studie, fem tværsnitsstudier og et deskriptivt studie. Studierne scorer samlet set højt på tjeklisterne, hvor studiet med den laveste score er på 17/22. Studiet inkluderes dog, da det vurderes at kunne bidrage til belysning af projektets problemformulering. De studier som scorer højest mangler enkelte point for at have opfyldt kriterierne på de respektive tjeklister. Studiernes kvalitet vurderes i afsnit 7.3.4.

### **6.2.2 Syntese af resultaterne**

I det følgende præsenteres og analyseres resultaterne fra de inkluderede studier ud fra de ovennævnte identificerede temaer. Der foretages løbende en kritisk vurdering af studierne.

#### *6.2.2.1 Oplevede barrierer og motiver for at søge læge*

Arne et al. (2007) undersøger nydiagnosticerede borgeres perspektiv på tidlig opsporing og finder, at flere faktorer har betydning for, hvorvidt respondenterne ændrer adfærd. En af de væsentligste grunde til at respondenterne ikke søgte læge tidligere var, at de oplevede skyld og skam over at have pådraget sig en eventuel sygdom (Arne et al. 2007). Arne et al. påpeger, at lægerne i højere grad bør være opmærksomme på borgernes skyldfølelse og støtte dem i beslutningen om at ændre adfærd. Størstedelen af respondenterne kendte ikke til risikoen for at udvikle KOL, inden de fik stillet diagnosen. Studiet viser samtidig, at respondenterne ikke oplevede symptomerne på KOL som tegn på sygdom, men udelukkende som en konsekvens af stigende alder og dårlig fysisk form, hvorfor de blot tilpassede deres aktivitetsniveau hertil og ikke overvejede at søge læge. Først ved exacerbationer tog respondenterne kontakt til egen læge (Arne et al. 2007). Respondenterne udtalte, at mere information og oplysning om sygdommen sandsynligvis ville have motiveret dem til at søge læge tidligere. I de tilfælde hvor lægen ikke var opmærksom på respondenternes rygevaner eller symptomer, var det en medvirkende barriere for tidlig opsporing (Arne et al. 2007). Støtte og opfordring fra familien var en medvirkende motivationsfaktor for respondenterne til at søge læge. Opfordring fra lægen var i de fleste tilfælde årsagen til, at respondenterne fik foretaget spirometre. I studiet påpeger forfatterne, at deres forforståelser af det undersøgte genstandsfelt kan have påvirket resultaterne og konklusionerne, hvorfor yderligere undersøgelser er nødvendige for at kunne verificere resultaterne.

### 6.2.2.2 *Arena for tidlig opsporing af borgere med KOL*

Flere af studierne undersøger forskellige arenaers betydning for tidlig opsporing af borgere med KOL. Castillo et al. (2015) undersøger, hvorvidt apotekerne i Spanien kan være en mulig arena for tidlig opsporing af borgere med KOL. Borgere over 40 år som besøgte apoteket og viste interesse for undersøgelsen blev inviteret til at deltage. Studiet finder, at 73,5% af de inviterede takkede ja til tilbudet. Af disse var 63,4% i risiko for at udvikle KOL, vurderet ud fra spørgeskemaer, og fik efterfølgende tilbudt at få foretaget spirometri. Ud af disse borgere blev 41% diagnosticeret med KOL svarende til 19,8% af den samlede undersøgelsespopulation (Castillo et al. 2015). I studiet anvendes en fikseret grænseværdi til at differentiere mellem borgere med og uden KOL. Anvendelsen af en fikseret grænseværdi kan, som nævnt i afsnit 2.1, resultere i at resultaterne under- eller overestimeres. Dette skyldes, at borgernes lungefunktion falder med alderen, hvorfor der ved anvendelsen af en fikseret grænseværdi er risiko for at yngre borgere underdiagnosticeres, mens ældre borgere er i risiko for at blive overdiagnosticeret. Da undersøgelsespopulationen er mellem 45 år og 65 år, vil de yngre borgere være i risiko for at have fået en falsk-negativ diagnose, mens de ældre er i risiko for at have fået en falsk-positiv diagnose. Anvendelsen af en fikseret grænseværdi kan dermed have svækket studiets gyldighed (Szklo & Nieto 2014), hvorfor det kan være svært at afgøre, hvorvidt den faktiske prævalens af nydiagnosticerede borgere med KOL er på 19,8%. I studiets diskussion påpeger forfatterne, at efteruddannede farmaceuter eller farmakonomer med fordel kan foretage spirometri (Castillo et al. 2015). Modsat apotekerne undersøgte Backer et al. (2008), hvorvidt walk-in i hhv. et ambulatorium og et indkøbscenter var mulige arenaer for tidlig opsporing af borgere med KOL. Tiltagene blev annonceret i aviser. Til trods for at forfatterne har svært ved at afgøre, hvilken strategi der er mest effektiv, finder studiet dog frem til, at de frivillige tiltag appellerer til borgerne, og at det er muligt at opspore borgere med KOL gennem begge strategier. I studiets påpeges det, at det kunne være hensigtsmæssigt at udnytte borgernes frie adgang til egen læge og muligheden for, når borgeren er der af andre årsager, at foretage spirometri (Backer et al. 2008). Dette understøttes af flere studier, som finder, at opportunistisk screening hos borgernes egen læge er en effektiv screeningsmetode til at opspore borgere med KOL tidligt i sygdomsforløbet (Løkke et al. 2012b; Marcos 2016; Haroon et al. 2015). I forlængelse heraf finder Lyngsøe et al. (2013), at arenaen for udførelsen af opportunistisk screening har betydning for borgernes villighed til at deltage. Studiet viser, at såfremt screeningen afholdes i et sundhedscenter er borgerne mere tilbøjelige til at deltage, sammenlignet med hvis screeningen udføres hos borgernes egen læge ( $p < 0,05$ ). I studiets diskussion nævnes årsager som eksem-



pelvis lettere adgang til sundhedscentret ift. egen læge (Lyngsø et al. 2013). Undersøgelsespopulatio-  
onen havde dog ikke mulighed for at vælge mellem sundhedscentret eller egen læge, men blev invi-  
teret til en af de nævnte arenaer. Det kan derfor være vanskeligt at vurdere, hvorvidt sundhedscentret  
er en mere effektiv og motiverende arena for tidlig opsporing end hos borgernes egen læge. For at  
kunne afgøre dette kræver det formodentligt, at borgerne får mulighed for at vælge mellem de to  
arenaer, hvorved det også kan sikres, at der ikke er forskel på de to grupper. Modsat arenaen synes  
det uden betydning, hvem der foretager spirometri. Flere studier viser, at efteruddannede farmaceu-  
ter/farmakonomer og sygeplejersker, på lige fod med lægerne, vil kunne varetage denne opgave, så-  
fremt der er et konkret samarbejde mellem dem og lægerne (Haroon et al. 2015; Castillo et al. 2015;  
Kølnher-Augustson et al. 2015).

Studiet af Kølnher-Augustson (2015) understøtter effektiviteten af de føromtalte frivillige walk-in til-  
tag, idet resultaterne viser, at 23% af de som besøgte walk-in konsultationen havde luftvejsobstrukti-  
oner. Disse borgere blev efterfølgende bedt om at opsøge egen læge med henblik på at få be- eller  
afkræft KOL. Resultaterne viser, at 79% af borgerne opsøgte egen læge inden for tre måneder. Disse  
resultater synes dog svære at generalisere til andre kontekster, da studiet påpeger, at undersøgelsen  
blev udført på en mindre ø, hvor borgerne støttede hinanden og fulgtes i grupper. Samtidig var det  
særligt de ressourcestærke, som deltog i undersøgelsen (Kølnher-Augustson et al. 2015), hvilket kan  
have svækket resultaternes repræsentativitet (Szklo & Nieto 2014).

### *6.2.2.3 Invitationsformer til tidlig opsporing af borgere med KOL*

Flere af studierne undersøger effektiviteten af forskellige invitationsformer til tidlig opsporing for  
KOL. Haroon et al. (2013) sammenligner effektiviteten af to opportunistiske screeningsmetoder. In-  
vitationsgruppen fik tilsendt et brev, et spørgeskema, en forudbetalt svarkonvolut samt op til to op-  
følgende breve. Ved den anden opportunistiske screening fremgik en note i borgernes journal, som  
skulle minde lægen om, at borgeren ved næste lægebesøg skulle have udleveret et spørgeskema. Re-  
sultaterne viser, at begge strategier kan anvendes til at opspore borgere med KOL (Haroon et al.  
2013). Til trods for at noten kun fremgik i borgernes journal i op til seks måneder, finder Haroon et  
al. (2013) dog, at denne metode er mere effektiv og omkostningseffektiv end de tilsendte invitationer.  
Studiet viser samtidig, at deltagelsesprocenten er højest blandt de, som fik foretaget spirometri, mens  
de var hos lægen (Haroon et al. 2013). Modsat de tilsendte spørgeskemaer viser studiet af Lyngsø et  
al. (2013), at udleverede spørgeskemaer hos lægen har en høj effekt, idet 81,3% vælger at udfylde

disse, mens kun 26,1% vælger at returnere spørgeskemaet i studiet af Haroon et al. (2013). Effekten af udleverede spørgeskemaer understøttes i studiet af Løkke et al. (2012b), der bl.a. viser, at det er muligt at opspore borgere med KOL ved at screene de, som ud fra besvarelsen af et spørgeskema vurderes at være i risiko for at udvikle KOL. Dette understøttes af flere studier, som viser at spørgeskemaer kan være effektive til at udvælge borgere i risiko (Castillo et al. 2015; Haroon et al. 2013; Lyngsø et al. 2013; Løkke et al. 2012b). Haroon et al. (2015) viser samtidig, at det er mere effektivt at målrette tiltag om tidlig opsporing af borgere med KOL til de, som er i høj risiko for at udvikle sygdommen, hvilket spørgeskemaet netop kan anvendes til.

To studier undersøger, hvorvidt invitation gennem reklamer og plakater i sundhedscentre (Stratelis et al. 2004) eller offentlige reklamer har en effekt ift. tidlig opsporing af borgere med KOL (Konstantikaki et al. 2011). I studiet af Stratelis et al. (2004) blev borgerne gennem reklamer oplyst om formålet med invitationen, hvad KOL er, og hvem der er i risiko og symptomerne på sygdommen. Reklamerne inviterede rygere og forhenværende rygere mellem 40 år og 55 år til at deltage i undersøgelsen. Resultaterne viser, at 27% af de, som deltog havde KOL, hvoraf 85% havde mild KOL (Stratelis et al. 2004). Dette vidner om, at reklamer med information i sundhedscentre er en effektiv metode til at opspore borgere tidligt i sygdomsforløbet. Resultatet er sandsynligvis determineret af formålet om kun at screene borgere mellem 40 år og 55 år. Såfremt alle rygere og forhenværende rygere over 40 år var blevet inviteret, havde fordelingen mellem mild, moderat, svær og meget svær KOL formodentlig været anderledes. Dette skyldes, at sygdommen har haft længere tid til at progrediere blandt de ældre. Hvorvidt information og oplysning om KOL har fået flere eller færre borgere til at reagere på invitationen, er uvist. Resultaterne viser dog, at kun 39% af de som deltog i undersøgelsen havde kendskab til KOL (Stratelis et al. 2004). Det andet studie som undersøger effekten af offentlige reklamer med opfordringer til screening sammenligner disse med opportunistisk screening hos efteruddannede læger. Resultaterne viser, at det er muligt at opspore 27,9% borgere med KOL gennem den opportunistiske screeningsmetode, hvorimod kun 8,4% borgere med KOL opspores gennem screening efter offentlige invitationer. Den opportunistiske screening har en signifikant større effekt ( $p < 0,05$ ) og er samtidig mere omkostningseffektiv.

Et studie sammenligner to serielle opportunistiske screeningstiltag hos de praktiserende læger (Marcos 2016). Lægerne blev bedt om først at vurdere, udelukkende på baggrund af eget fagligt skøn,

om den enkelte borger havde KOL. Efterfølgende fik samme borgere foretaget spirometri. Resultaterne viser, at 81% af borgerne havde KOL, såfremt diagnosen udelukkende blev stillet på baggrund af lægens faglige skøn. Efter udførelsen af spirometri blev blot 46% af borgerne diagnosticeret med KOL. Resultaterne viser, at 92% af borgerne som fik diagnosticeret KOL ved spirometri også havde fået diagnosen på baggrund af lægens faglige skøn. 72% af borgerne fik dog en falsk-positiv diagnose. Disse tal vidner om, at sensitiviteten af lægens faglige skøn er høj, da vedkommende er god til at identificere borgere med KOL. Specificiteten af det faglige skøn er dog lav, hvilket betyder, at en høj andel af raske borgere diagnosticeres med KOL. Studiets resultater vidner om, at lægerne ikke er i stand til at stille diagnosen udelukkende ud fra fagligt skøn, men at KOL bør diagnosticeres med spirometri, hvilket også anbefales af GOLD (GOLD 2016). Den høje grad af misklassificering på baggrund af lægernes faglige skøn, kan være at lægerne blev bedt om at foretage en vurdering, som de faktisk ikke er vant til at lave uden brug af spirometri. Det kan samtidig formodes, at de følte sig pressede til at identificere borgere med KOL, eftersom dette var formålet med undersøgelsen.

#### *6.2.2.4 Opsummering af resultaterne*

Samlet set viser ovenstående, at der eksisterer en række barrierer og motiver hos borgerne, som påvirker deres tilbøjelighed til at søge læge. Borgernes motiveres til at foretage adfærdsændringer gennem støtte og opfordring fra familien og lægen. Særligt borgernes skyldfølelse og manglende viden om sygdommen medførte, at de ikke søgte læge tidligere. Resultaterne viser, at borgerne kan opspores i flere arenaer og gennem forskellige invitationsformer, samt at spirometri kan foretages af eksempelvis efteruddannede sygeplejersker, farmaceuter og farmakonomer. Flere af studierne viser samtidig, at udleverede spørgeskemaer er et effektivt screeningsværktøj til at identificere borgere i risiko for at udvikle KOL.

Ingen af de inkluderede studier foretog en bortfaldsanalyse, hvorfor det kan være svært at vurdere om deltagerne adskilte sig fra ikke-deltagerne. I de tilfælde hvor der er forskel mellem deltagerne og ikke-deltagerne, vil deltagerne ikke være repræsentative for målpopulationen, hvorfor det kan være svært at generalisere resultaterne. De fleste af studierne har veldefinerede undersøgelsespopulationer, arenaer samt invitationsformer, hvorfor resultaterne fra de inkluderede studier vurderes at kunne bidrage til besvarelse af problemformuleringen.

## 7 Diskussion af teori og metode

---

*I det følgende diskuteres indledningsvist projektets teori med henblik på at vurdere dennes anvendelighed. Efterfølgende diskuteres anvendelsen af de kvalitative interviews med udgangspunkt i kvalitetskriterierne gyldighed, overførbarhed og transparens. Slutteligt diskuteres projektets litteratursøgning og litteraturudvælgelse. Dette afsnit har således til formål at vurdere kvaliteten af metoderne og identificere eventuelle forbehold for resultaterne i afsnit 6.*

### 7.1 Teoriens anvendelighed i forandring

Dette afsnit indeholder en diskussion af projektets teoretiske grundlag; HBM. Herunder sættes teoriens styrker og svagheder i relation til dens anvendelighed ift. at kunne bidrage til en besvarelse af problemformuleringen.

HBM's omdrejningspunkt i dette projekt, er som nævnt i afsnit 4, at forstå hvorfor borgerne ikke er blevet opsporet tidligere og årsagen til deres adfærd. Teorien kan således bidrage til at give en forståelse af, hvordan det er muligt at få borgerne til at deltage i tiltag for tidlig opsporing af KOL. Såfremt borgerne eksempelvis har manglet et incitament til handling, kan det være relevant at sikre dette gennem forandringstiltaget. Teorien kan dog ikke anvendes til at undersøge, hvordan tiltaget konkret skal udformes for (Fisher & Fisher 2000), eksempelvis at få borgerne til at opleve, at de er modtagelige for KOL og at fordelene ved at ændre adfærd og dermed lade sig screene, er større end barriererne. Ifølge Davidhizar, er det vigtigt at forstå årsagen til borgernes adfærd for at kunne udforme et tiltag, som kan påvirke deres adfærd (Davidhizar 1983), hvilket HBM netop kan anvendes til. Fortolkninger af respondenternes udtalelser vha. teorien gør det muligt at gå udover det umiddelbare og åbenlyse og dermed opnå en dybere forståelse af årsagen til respondenternes adfærd. Eksempelvis gør teorien det muligt at forstå, at manglende oplevet alvorlighed og modtagelighed for KOL blandt respondenterne er en medvirkende årsag til, at de ikke blev opsporet tidligere. Fortolkningen vha. teorien gør det samtidig muligt at identificere og forstå, at manglende viden om KOL er en medvirkende årsag til, at respondenterne ikke oplever, at de er modtagelige for at udvikle sygdommen. Teorien muliggør dermed en mere nuanceret og dybdegående analyse af empirien, som ellers ikke ville have fundet sted, såfremt fortolkningen var foretaget uden inddragelse af teorien.

Eftersom HBM kun kan give en forståelse af, hvorfor borgerne handler som de gør, kan der argumenteres for, at teorien fungerer på et *mikroniveau*. Mikroniveauet betegnes også som individniveauet, og har fokus på at studere den enkelte borger og dennes oplevelser (Blackstone 2002). I dette projekt er der netop fokus på borgerperspektivet, hvorfor inddragelsen af en teori på mikroniveau anses som hensigtsmæssig og en nødvendighed for at kunne forstå borgernes adfærd og oplevelser af barrierer og motiver. Da det overordnede formål med projektet er at udforme et forandringstiltag for tidlig opsporing af borgere med KOL, som kan implementeres i en organisation, er der behov for en teori som belyser, hvorledes dette er muligt. Til at implementere projektets forandringstiltag anvendes Institute for Healthcare Improvements *Model for improvement*, forbedringsmodellen. Denne vil blive belyst i afsnit 9.4.

## **7.2 Den kvalitative metodes anvendelighed**

I følgende afsnit diskuteres projektets kvalitative metode med udgangspunkt i Launsø et al. (2011) kvalitetskriterier gyldighed og overførbarhed samt kvalitetskriterie transparens (Kvale & Brinkmann 2009).

### **7.2.1 Gyldighed**

Gyldighedskriteriet handler om at vurdere, hvorvidt der er overensstemmelse mellem respondenternes udtalelser og forskerens fortolkninger (Launsø et al. 2011). I det følgende diskuteres og vurderes gyldigheden af designet, rekruttering af respondenter, interviewguide og -situationen samt transskription og analysemetode.

#### *7.2.1.1 Design*

De kvalitative interview er afholdt som enkeltmandsinterviews. Denne interviewform anses som anvendelig, idet interviewene berører følsomme emner som eksempelvis borgeres barrierer. Samtidig har enkeltmandsinterviewene bidraget til at give en nuanceret forståelse af respondenternes tanker og oplevelser og har således bidraget til en fyldestgørende analyse af problemfeltet. Designet af de kvalitative interviews vurderes derfor at have højnet resultaternes gyldighed.

Nogle af interviewspørgsmålene er retrospektive, hvorfor der kan være risiko for, at respondenterne har svært ved at erindre, hvilke oplevelser de havde på et tidligere tidspunkt. Dette kan have påvirket gyldigheden af respondenternes udtalelser og dermed kvaliteten af resultaterne. For at imødekomme

denne problematik blev der, til gruppen med nydiagnosticeret KOL, udelukkende rekrutteret respondenter, som inden for de seneste to år har fået diagnosticeret KOL. Ved at fastsætte denne øvre grænse for rekrutteringen forventes det, at respondenterne har en frisk erindring af de barrierer og motiver, som de oplevede i forbindelse med opsporing og diagnosticering af KOL. Der kan dog argumenteres for, at borgere som får diagnosticeret en uhelbredelig sygdom altid vil kunne erindre diagnosticeringen, og hvilke barrierer og motiver de oplevede i forbindelse hermed, hvorfor en øvre grænseværdi ikke nødvendigvis burde have været et inklusionskriterie.

#### *7.2.1.2 Rekruttering af respondenter*

Ifølge Launsø et al. (2011) bør forskeren bestræbe sig på at rekruttere en heterogen gruppe af respondenter for at højne gyldigheden af det undersøgte genstandsfelt. De otte rekrutterede respondenter har forskellige baggrunde for at deltage i interviewene, samt forskelligartede synspunkter og meninger om hvad der er motiverende, og hvad der har været en barriere for tidlig opsporing. Respondenternes kan på baggrund heraf anses som en heterogen gruppe. Grundet den fundne heterogenitet i respondenternes udtalelser er det muligt at opnå en nuanceret forståelse af barrierer og motiver for tidlig opsporing. Nuanceringen kan således bidrage til en bredere udformning af forandringstiltaget, hvorved det formodentligt vil være relevant for en større del af målgruppen.

Respondenterne kan dog også betragtes som en mere homogen gruppe, da de alle er motiverede for at ændre adfærd. Dette bekræftes af, at flere af respondenterne deltager i diverse forebyggende tiltag. Respondenterne havde endvidere en stor villighed til at italesætte behovet for tidlig opsporing af KOL, hvilket kan være et udtryk for, at de var motiverede for at deltage i interviewene og har ment, at deres deltagelse kunne medvirke til at skabe en forandring. Til trods for at respondenterne har forskellige holdninger og synspunkter, er det muligt at mindre motiverede borgere har holdninger, der skiller sig endnu mere ud. Ved formodentligt ikke at have denne del af målgruppen med, er der risiko for, at forandringstiltaget ikke er motiverende og relevant for dem. Dette kan skyldes, at denne gruppe oplever andre barrierer og motiver samt har andre behov, der netop ikke arbejdes med i udformningen af projektets forandringstiltag. Dermed kan respondenternes udtalelser formodentligt ikke betragtes som gyldige for den generelle målgruppe, men udelukkende for de som er motiveret for adfærdsændringer. Der kan derfor være behov for at afdække de mindre motiverede borgeres behov for at sikre, at forandringstiltaget ligeledes vil være motiverende for dem.

På baggrund af ovenstående vurderes respondenterne som en homogen gruppe ift. den generelle målgruppe, da deres motivation for adfærdsændringer er høj. Rekruttering af udelukkende motiverede borgere kan svække gyldigheden af resultaterne, da de mindre motiverede borgere formodentligt skiller sig ud fra de motiverede. Respondenterne kan dog betragtes som heterogene inden for den motiverende gruppe af borgere, da de har forskellige synspunkter og holdninger ift. den tidlige opsporing. Dette har bidraget til en nuanceret analyse af denne del af målgruppens barrierer og motiver. Resultaterne vurderes derfor som gyldige for de motiverede borgere i målgruppen men ikke for den generelle målgruppe.

### *7.2.1.3 Interviewguiden og interviewsituationen*

I forbindelse med undersøgelsen af projektets problemfelt er der udformet en interviewguide med åbne spørgsmål. Prioriteringen af åbne spørgsmål skyldes ønsket om dels at sætte gruppens forståelse på spil og ikke at styre respondenternes svar samt at sikre gyldigheden af interviewet ved ikke at stille ledende spørgsmål. Udformningen af spørgsmålene blev overvejet grundigt for at sikre en bred afdækning af problemfeltet. Interviewguiden blev afprøvet gennem et pilotinterview for at fremme en bevidsthed om, hvordan den enkelte formulering kunne blive modtaget af respondenterne. Spørgsmålene blev udformet neutralt, således at respondenterne ikke fik en opfattelse af, at KOL er selvforskyldt og at manglende tidlig opsporing skyldes, at de ikke tidligere har taget initiativ til at blive undersøgt. Målet var at undgå at skabe 'victim blaming', som kunne have medført en negativ stemning i den interpersonelle relation og resulteret i mistillid imellem respondenterne og intervieweren. Mistillid kan forårsage manglende lyst blandt respondenterne til at åbne sig og svare på spørgsmålene. I et sådant tilfælde vil interviewets gyldighed være svækket.

Mængden af interviewspørgsmål i en interviewguide kan ligeledes påvirke resultaternes gyldighed (Kvale & Brinkmann 2009). Det store antal af spørgsmål i projektets interviewguide fremmer ikke umiddelbart en åbenhed i interviewene, da intervieweren kan være opsat på at få afdækket alle spørgsmålene. Dette kan begrænse respondenternes mulighed for refleksion over den tidlige opsporing og mulighed for at italesætte andre nuancer, som går ud over interviewguiden. I interviewsituationen blev der dog lagt vægt på, at de overordnede interviewspørgsmål ikke skulle gennemgås kronologisk, men i højere grad anvendes som en form for tjekliste til at sikre en bred afdækning af problemfeltet. Denne tilgang under interviewene har givet mulighed for spontane og righoldige besvarelser hos respondenterne, og samtidig gjort det muligt for intervieweren at stille opfølgende spørgsmål. Hermed

har interviewet haft form af en samtale snarere end et forhør, hvilket har højnet detaljerings- og dækningsgrad og tilliden mellem respondenterne og interviewerene. Den høje detaljerings- og dækningsgrad er sikret ved ikke at tidsbegrænse interviewet, give respondenterne den fornødne tid til at reflektere over spørgsmålene og give et velovervejet svar omkring det undersøgte genstandsfelt. Gruppen forsøgte samtidig under interviewene at være åbne overfor, at respondenterne muligvis italesætter andre perspektiver på tidlig opsporing end de i interviewguiden. Denne tilgang har bl.a. medvirket til at udvide gruppens forståelseshorisont. Interviewspørgsmålene vurderes at have medført høj troværdighed og gyldighed, da der er opnået en høj dækningsgrad med mange nuancer inden for problemfeltet.

Under udarbejdelsen af interviewguiden har gruppen været præget af egen forforståelse, hvilket kommer til udtryk i interviewguidens temaer. Dette kan have resulteret i at gruppens forforståelse har præget resultaterne, idet det kun er udvalgte emner, som er blevet belyst, hvilket kan have svækket gyldigheden. Spørgsmålene og temaernes rækkefølge har ligeledes betydning for resultaternes gyldighed. Ifølge Kvale og Brinkmann (2009) er det væsentligt, at interviewet indledes med generelle spørgsmål, og at mere specifikke spørgsmål først stilles senere i interviewet. Dette for at undgå, at samtalen indsnævres tidligt i interviewet (Kvale & Brinkmann 2009). Under udformningen af interviewguiden er temaet 'barrierer' bevidst placeret i slutningen af interviewet, grundet en formodning om at interviewspørgsmålene inden for dette tema kunne udløse den førnævnte 'victim blaming' hos respondenterne. Rækkefølgen og formidlingen af spørgsmålene har dog medført, at samtalen ikke er blevet indsnævret, men at respondenterne igennem hele interviewet har været villige til at fortælle om deres oplevelser. Udformningen af interviewguiden og formidlingen af spørgsmålene har således styrket gyldigheden, da disse har medført, at der er opnået en nuanceret forståelse af respondenternes oplevelser af tidlig opsporing.

#### *7.2.1.4 Transskription og analysemetode*

For at kunne analysere interviewene med udgangspunkt i de nøjagtige udtalelser er der anvendt lydoptagelser under interviewene. Dette har bidraget til at højne kvaliteten og gyldigheden af den kvalitative analyse. Ulemperne ved at benytte optagelser kan dog være, at respondenterne eksempelvis udelader nogle omstændigheder, da de er usikre på, hvorvidt deres udtalelser kan spores tilbage til dem (Kvale & Brinkmann 2009). De kvalitative interviews blev dog optaget, grundet fordelene herved. Ulemperne ved optagelserne blev imødekommet ved at informere respondenterne om anonymisering og formålet med interviewene. Lydoptagelserne er efterfølgende blevet transskriberet med henblik



på at undgå, at vigtig information gik tabt og samtidig muliggøre en udførlig tematisering af interviewmaterialet. Spejlkriteriet, som er en del af gyldighedskriteriet, indebærer hvorvidt respondenterne kan genkende egne udtalelser i fortolkningerne (Launsø et al. 2011). Idet respondenterne ikke er blevet tilbudt at gennemlæse transskriptionerne, er det uvist hvorvidt dette gør sig gældende. Under interviewene forsøgte gruppen at tage højde for dette og mindske misforståelser ved at anvende intersubjektiv enighed og stille fortolkende spørgsmål. Derudover er transskriberingen udført grundigt for at sikre overensstemmelse mellem gruppens fortolkning og respondenternes udtalelser. Spejlkriteriet vurderes derfor at være opfyldt.

### **7.2.2 Overførbare**

Overførbare handler om, hvorvidt resultaterne i en kontekst kan overføres til lignende kontekster (Launsø et al. 2011). Til trods for ønsket om at rekruttere borgere over 35 år jf. SST kriterier for tidlig opsporing (Sundhedsstyrelsen 2007), er respondenterne dog mellem 48 år og 73 år. Grundet en formodning om, at borgere mellem 35 år og 45 år har andre barrierer og motiver for tidlig opsporing af KOL end de rekrutterede respondenter, kan resultaterne ikke nødvendigvis overføres til disse borgere. De rekrutterede respondenter er formodentligt mere ressourcerstærke og jf. afsnit 7.2.1.2 mere motiverede end den generelle målgruppe, hvorfor forandringstiltaget formodentligt ikke vil have samme relevans for hele målgruppen, og dermed ikke nødvendigvis er overførbart til de ressourcetsvage og mindre motiverede borgere. Grunden til at borgere under 45 år ikke lod sig rekruttere kan være, at de ikke føler, at de er en del af målgruppen grundet eventuelt manglende oplevet modtagelighed over for KOL. Derimod kan det formodes, at de ressourcetsvage ikke har overskud til at deltage eller ikke har lyst til at give andre indblik i deres livsverden og dermed fortælle om deres livsstilsvalg. Til trods for at forandringstiltaget formodentligt ikke umiddelbart er relevant og overførbart til de under 45 år samt de ressourcetsvage og mindre motiverede borgere, vurderes det alligevel at kunne skabe en adfærdændring hos denne del af målgruppen. Dette grundet en formodning om at et konkret tiltag kan skabe et incitament, som gør det lettere for borgerne at ændre adfærd og dermed deltage i tidlig opsporing for KOL.

Kvale og Brinkmann opererer med begrebet mætningspunkt i vurderingen af kvalitative interviews overførbare. Mætningspunktet beskriver det punkt, hvor nye interviews ikke bidrager med ny viden (Kvale & Brinkmann 2009). Det vurderes, at der gennem de otte interviews er opnået et mætnings-

punkt ift. den del af målgruppen som har deltaget i interviewene, altså de motiverede og ressourcestærke, da det sidste interview ikke har bidraget med væsentligt nyt til analysen. Hvorvidt de 35-45 årige samt de mindre motiverede og ressourcetsvage borgere ville have bidraget med nye perspektiver, er dog uvist. Det kan derfor være svært at vurdere, hvorvidt der er opnået mætning for hele målgruppen og ikke kun de motiverede og ressourcestærke borgere over 45 år.

Gruppens forforståelse har jf. 7.2.1 haft indflydelse på projektets analyser og resultater. Dette kan ligeledes have influeret på projektets overførbarhed, da projektets analyser er præget af gruppens forforståelse.

### **7.2.3 Transparens**

Transparens handler om, hvorvidt det er muligt for læseren at gennemskue, hvordan resultaterne i projektet er fremanalyseret (Kvale & Brinkmann 2009). For at sikre transparens er gruppens forforståelser begrundet og de metodiske valg inden, under og efter interviewet grundigt beskrevet. Desuden er der vedlagt relevante bilag, som eksempelvis interviewguides (bilag 12.1) og kodetræ (bilag 12.5) samt inddraget citater fra interviewene i analysen. Dette er valgt for at opnå gennemsigtighed i fortolkningen af empirien og muliggør, at læseren kan vurdere, hvordan fortolkningerne relaterer sig til empirien (Kvale & Brinkmann 2009). På baggrund heraf vurderes det, at der er opnået transparens under den kvalitative bearbejdning af empirien.

## **7.3 Litteratursøgningens anvendelighed**

I dette afsnit diskuteres projektets første og anden systematiske søgning. Søgningen danner grundlag for projektets litteraturstudie, hvorfor en kritisk gennemgang af denne anses som relevant ift. at kunne vurdere kvaliteten af litteraturstudiet.

### **7.3.1 Første systematisk søgestrategi**

Første systematiske søgestrategi, som havde fokus på borgerperspektivet, resulterede i et begrænset antal hits på de tre udvalgte databaser. Dette til trods for, som beskrevet i afsnit 5.3.2, at perspektivet blev bredt ud således, at det ikke udelukkende omfattede borgernes barrierer og motiver for tidlig opsporing af KOL, men også andre sygdomme. Der kan stilles spørgsmålstegn ved, hvorvidt denne søgning har resulteret i, at al relevant litteratur på området blev identificeret. Tredje søgefacet, som indeholder *barrierer* og *motiver*, kan være en af grundene til at første den systematiske søgestrategi

resulterede i få hits. Hvorvidt studier, som undersøger borgerperspektivet i relation til opsporing af sygdomme, anvender 'barrierer og motiver' til at forklare borgernes oplevelser af tidlig opsporing for sygdomme, er uvist. Det var ikke muligt at finde kontrollerede emneord for søgeordet *barrierer*, hvilket kan understøtte mistanken om, at andre studier ikke anvender dette søgeord til at beskrive borgernes oplevelser af sygdomme. *Barrierer og motiver* blev dog inkluderet i tredje søgefacet for at sikre relevans ift. problemformuleringen. For at sikre at relevant litteratur på området ikke overses fremadrettet, kan det være en mulighed at udvide søgningen yderligere og dermed ikke være fastlåst på *barrierer og motiver*, men at være mere åbne over for andre søgeord, som kan afdække borgernes oplevelser.

Inden denne søgestrategi blev udvidet til at omfatte andre sygdomme end KOL, blev der foretaget flere forskellige søgninger med KOL, hvilket som nævnt i afsnit 5.3.2.1 resulterede i et meget begrænset antal hits. Det var kun muligt at identificere et relevant studie, som undersøger borgernes oplevelser af tidlig opsporing for KOL. Dette studie blev dog identificeret under den indledende søgning. Til trods for at der blev foretaget en kædesøgning og en omvendt kædesøgning, var det ikke muligt at finde andre studier omhandlende borgerperspektivet i relation til KOL. Dette vidner om, at der sandsynligvis eksisterer et 'videnshul' i relation til borgerperspektivet og den tidlige opsporing af KOL. 'Videnshullet' kan anses som et argument for nytteværdien af projektet og de kvalitative interviews, som netop forsøger at afdække dette problemfelt.

Efter litteraturudvælgelsen blev ingen studier vurderet som relevante at inkludere i litteraturstudiet. Størstedelen af de fremsøgte studier omhandlede borgernes oplevelser ift. kræftscreening, som nævnt i afsnit 5.3.2.4 blev ekskluderet grundet en formodning om, at disse studiers resultater ikke ville kunne generaliseres til projektets problemfelt. Fremadrettet kan det være hensigtsmæssigt at undersøge, hvorvidt enkelte elementer fra studier omhandlende bl.a. kræftscreeninger kan bidrage til at belyse borgernes barrierer og motiver for tidlig opsporing af sygdomme.

### **7.3.2 Anden systematiske søgestrategi**

Den anden systematiske søgestrategi, hvis formål var at undersøge forskellige strategier for tidlig opsporing, resulterede i et stort antal hits. Den væsentligste årsag hertil skyldes formodentligt, at det ikke var muligt at identificere et kontrolleret emneord for *screening* i de enkelte databaser. Der måtte derfor søges udelukkende på *screening* som fritekst, hvilket resulterede i hhv. 27.452 hits på Cochrane

Library, 924.915 hits på Embase og 5.536.585 hits på PubMed. Anvendelsen af *screening* resulterede således i meget støj på søgningen. I PubMed resulterede søgningen i 2.448 hits, hvoraf kun syv studier var relevante at inddrage i projektets litteraturstudie. Søgningens *precision*, altså andelen af søgeresultatet, som er relevante (Frandsen et al. 2014) for projektet er derfor lav, da under 1% af de fremsøgte studier blev fundet relevante. Et stort antal hits kan endvidere være problematisk, når litteraturen skal udvælges (Frandsen et al. 2014). Til trods for at der blev opstillet udvælgelseskriterier, og at gruppen var bevidste om den proceduremæssige gennemgang af studierne, var den primære udvælgelse i denne database overfladisk. Hermed er der risiko for at studier, som ikke umiddelbart havde en relevant titel, men et eventuelt relevant indhold, blev frasortet. Udvalgsproblematikken er ligeledes gældende for de øvrige databaser og kan således have resulteret i, at relevante studier blev ekskluderet. Under den sekundære og tertiære udvælgelse er der ligeledes risiko for, at relevante studier blev ekskluderet. For at imødekomme denne problematik blev studier, som der var usikkerhed om anvendeligheden af, diskuteret. Dette vurderes at have medvirket til, at relevante studier ikke blev frasortet under særligt den tertiære udvælgelsesproces. Der blev samtidig identificeret 12 dubletter under den sekundære udvælgelse, hvilket kan være et udtryk for datamætning i litteratursøgningen. Søgningens brede karakter vurderes som nødvendig, da anvendelsen af en fjerde facet sandsynligvis ville have resulteret i en meget snæver søgning. Ud fra projektets problemformulering blev det ikke vurderet som relevant at inkludere en fjerde søgefacet.

### **7.3.3 Fælles for søgestrategierne**

Et problem, som vurderes at kunne have betydning for søgningens resultater, er publikationsbias. Der ses en tendens til at særligt de studier, som finder en positiv effekt publiceres, hvorimod de studier, som ikke opnår betydelige effekter, ikke offentliggøres (Juul 2013). Ift. dette projekt kan publikationsbias have den konsekvens at andre studerede metoder, arenaer eller invitationsformer for tidlig opsporing af borgere med KOL end de allerede identificerede, ikke offentliggøres. Såfremt udformningen af forandringstiltaget ikke tager udgangspunkt i de identificerede aspekter, kan der være risiko for, at der udarbejdes et forandringstiltag, som andre forskere har fundet ikke har effekt.

Begge søgestrategier er dokumenteret i en søgeprotokol (bilag 12.6). Søgeprotokollen, som har til formål at skabe overblik og gennemskuelse i litteratursøgnings- og udvælgelsesprocessen (Børllum Kristensen & Sigmund 2007), har været med til at sikre transparens, da søgestrategierne undervejs blev dokumenteret heri. Søgeprotokollen og beskrivelserne af søgestrategierne afsnit 5.3.2

gør det muligt at genskabe søgningen. Der skal dog tages forbehold for, at søgningerne blev afsluttet d. 17/4, hvorfor søgninger efter denne dato kan resultere i et højere antal hits og dermed potentielt flere relevante studier. Såfremt andre forskere anvender projektets søgestrategi, er det muligt, at de vil identificere færre eller flere relevante studier end i dette projekt. Dette skyldes, at litteraturudvælgelsen bygger på en subjektiv vurdering. Til trods for at der i søgeprotokollen og i afsnit 5.3.2.4 foreligger en beskrivelse og argumentation for de opstillede in- og eksklusionskriterier, kan andre forskere vurdere relevansen af de anvendte studier anderledes. I projektet er der dog forsøgt at sikre objektivitet under den tertiære udvælgelse ved, som tidligere nævnt, i fællesskab at diskutere alle potentielle studier.

### **7.3.4 Inkluderede studier**

Der blev i alt inkluderet 11 studier i projektets litteraturstudie. Til trods for at studierne jf. afsnit 6.2.1 scorer højt på tjeklisterne, kan studiernes metodologiske kvalitet ikke alene vurderes herudfra, men bør suppleres med eksempelvis en vurdering ud fra evidenshierarkiet og studiernes metode. Flere af de inkluderede studier er tværsnitsstudier, som ligger lavt på evidenshierarkiet (Juul 2013), hvorfor resultaterne i højere grad end eksempelvis det inkluderede RCT-studie kan være påvirket af selektionsbias. Resultaterne kan dermed afspejle at den del af målpopulationen, som eksempelvis er i mindre risiko for at udvikle KOL, har en større tilbøjelighed til at deltage i undersøgelsen end den generelle målpopulation. I de studier, som undersøger effekten af opportunistisk screening, kan der formodentligt også være forskel mellem deltagere og ikke-deltagere grundet borgernes forskellige kontaktmønstre med lægen, hvorved stikprøven ikke er repræsentativ for den generelle målpopulation. De fundne estimater af prævalensen kan derfor være over- eller underestimerede, hvorfor disse bør tages med forbehold. Modsat tværsnitsstudierne ligger det inkluderede follow-up studie, RCT studiet, det ikke-randomiserede kontrollerede studie og det systematiske review placeret højt i evidenshierarkiet (Juul 2013). Til trods for en høj placering på evidenshierarkiet kan det være svært at generalisere resultaterne fra RCT-studiet og det ikke-randomiserede kontrollerede studie, da de begge bygger på mindre befolkningsundersøgelser. Estimaterne af prævalensen bør derfor tages med forbehold, da de kan være forbundet med stor usikkerhed. Det systematiske review indeholder bl.a. de førnævnte studier, hvorfor de konklusioner reviewet drager ligeledes bør tages med forbehold. Til trods for at studierne har begrænsninger, vurderes de alle som anvendelige, da de undersøger, hvorvidt forskellige strategier er effektive og kan anvendes til at opspore borgere med KOL, hvilket netop er formålet med dette projekt. Det kvalitative studie kan ikke vurderes ud fra evidenshierarkiet. Studiet vurderes i

stedet ud fra evidensstypologien, som vurderer hvorvidt studiets undersøgelsesdesign er anvendeligt ift. studiets formål (Rieper & Hansen 2007). Det kvalitative studies design vurderes at have stor udsagnskraft ift. forskningsspørgsmålet, som handler om at afdække borgernes perspektiv på diagnose-tidspunktet (Arne et al. 2007). Vurderes tværsnitsstudierne i relation til evidensstypologien, vurderes disse også at have en stor udsagnskraft, idet deres design netop er anvendelige ift. at undersøge effektiviteten af forskellige strategier, og hvorvidt disse er acceptable blandt befolkningen.

Generaliserbarheden af studierne vurderes samtidig som høj, da de inkluderede studier er fra vestlige lande og undersøger den tidlige opsporing for KOL blandt borgere over 35 år. Fire af studierne er desuden fra Danmark, mens to er fra England og to er fra Sverige, hvor sundhedssystemerne og befolkningens livsstil er sammenlignelig med Danmark (Sundhedsstyrelsen 2010). Resultaterne fra studierne vurderes dermed at kunne generaliseres til en dansk kontekst. De sidste studier er hhv. fra Spanien og Grækenland, hvor sundhedsvæsenet ikke er sammenlignelige med Danmark, hvorfor studierne resultater umiddelbart bør tages med forbehold. I Spanien eksisterer der dog, som i Danmark, ingen brugerbetaling, hvorfor det økonomiske aspekt formodentligt ikke har været en barriere for tidlig opsporing. På baggrund af ovenstående vurderes de inkluderede studier at kunne bidrage med viden, som kan anvendes til at besvare projektets problemformulering.

Af ovenstående diskussion fremgår det, at der kun inkluderes et studie til belysning af borgernes barrierer samt motiver for tidlig opsporing af KOL. Det er derfor begrænset, hvor fyldestgørende borgerperspektivet kan afdækkes gennem litteraturstudiet. Modsat hertil belyser de øvrige studier forskellige strategier for tidlig opsporing af borgere med KOL, hvorfor litteraturstudiet i højere grad kan bidrage med en forståelse af, hvorledes et forandringstiltag kan udformes.

## 8 Diskussion af resultater

---

*I dette afsnit integreres og diskuteres resultaterne fra den kvalitative analyse (afsnit 6.1) og litteraturstudiet (afsnit 6.2) med henblik på at identificere, hvilke elementer der bør indgå i forandringstiltaget for tidlig opsporing af borgere med KOL, og hvordan dette bør udformes. Diskussionen er opdelt i tre temaer, som er udledt fra analyserne. Første og andet tema; 'borgernes oplevede barrierer i forbindelse med tidlig opsporing' og 'borgernes motiver for tidlig opsporing' har til formål at belyse første undersøgelsesspørgsmål, mens formålet med det tredje tema; 'forandringsspektiver' er at belyse andet undersøgelsesspørgsmål.*

### 8.1.1 Borgernes oplevede barrierer i forbindelse med tidlig opsporing

Dette afsnit diskuterer de barrierer, som borgerne oplever i forbindelse med tidlig opsporing for KOL. Dette med henblik på at identificere, hvilke barrierer der bør arbejdes med i udformningen af forandringstiltaget for at sikre, at borgerne oplever at fordelene ved at lade sig screene overstiger barriererne.

Resultaterne fra de kvalitative interviews viser, at størstedelen af respondenterne ikke kendte til risikoen for at udvikle KOL eller symptomerne på sygdommen, hvilket understøttes af resultaterne fra studiet af Arne et al. (2007). Til trods for at flere af respondenterne i tiden inden diagnosen havde symptomer, opsøgte de ikke lægen før de oplevede exacerbationer. Af interviewene og studiet af Arne et al. (2007) fremgår det, at de væsentligste grunde hertil er at borgerne ikke opfattede symptomerne som alvorlige, men blot betragtede dem som en naturlig del af alderdom eller som følge af dårlig fysisk form. Ud fra resultaterne vurderes manglende viden som en medvirkende årsag til, at borgerne ikke opspores tidligere i sygdomsforløbet. Den væsentligste årsag hertil kan, ifølge lungemediciner Jørgen Vestbo, formodentligt være manglende fokus på og manglende oplysning om KOL i samfundet (Vestbo et al. 2007). Det anses derfor som nødvendigt at øge oplysningen om sygdommen i samfundet, således at rygere og forhenværende rygere bliver bekendte med, at rygning ikke kun kan give lungekræft og blodpropper, men også kan medføre KOL. Det handler derfor om i højere grad at få borgerne til at opleve, at de er modtagelige for sygdommen. Samtidig kan fokus på sygdommen i samfundet være med til at styrke borgernes handlekompetencer og gøre dem i stand til at reagere på symptomerne. Viden kan altså være med til at 'empower' borgerne og derved give dem større magt til at handle selv (Vallgård et al. 2014). Empowerment bliver i forbindelse med tidlig opsporing af

borgere med KOL ikke nødvendigvis et mål i sig selv, men et middel til at få borgerne til at ændre adfærd. Styrkelsen af borgernes handlekompetencer gennem information og oplysning, kan derfor ansues som en måde at udøve magt på. Til trods for at tankegangen bag empowerment er, at borgerne i høj grad selv skal bestemme, er det inden for sundhedsfremme og forebyggelse ikke en metode, der forsøger at gøre borgerne i stand til at forfølge egne mål, men en metode til at ændre borgernes adfærd (Andersen et al. 2011). Empowerment bliver derved et politisk redskab til at få borgerne til at styre deres eget liv i en ønsket retning, altså ansvarliggøre dem til at tage mod tiltag om tidlig opsporing.

Ud over manglende viden viser studiet af Arne et al. (2007), at lægens manglende opmærksomhed på borgernes rygevaner er en medvirkende barriere for tidlig opsporing. I den forbindelse fremgår der en uoverensstemmelse mellem litteraturstudiet og de kvalitative interview. Interviewene tydeliggør, at lægerne er meget opmærksomme på respondenternes rygevaner, ofte spørger ind til disse og anbefaler at respondenterne stopper med at ryge. I modsætning til litteraturen tyder det derfor ikke på, at lægens manglende opmærksomhed på respondenternes rygevaner er en barriere for den tidlige opsporing. Flere af respondenterne italesatte dog, at snakken om rygning og rygestop påvirkede deres villighed til at søge læge. De følte formodentligt, at fordelen ved at gå til lægen var mindre end konsekvenserne ved at bibeholde den gamle adfærd. Det kan dog formodentligt også skyldes, at de har en lav self-efficacy, og altså ikke har troen på, at de kan holde op med at ryge. HBM påpeger, at såfremt borgerne ikke tror på egne evner, vil de heller ikke være tilbøjelige til at forsøge at ændre adfærd (Stretcher & Rosenstock 1997). Lægens italesættelse af rygning og forventninger om eventuelle rygestop kan, ifølge resultaterne fra de kvalitative interviews, betragtes som en barriere for tidlig opsporing, der medfører, at borgerne er mindre tilbøjelige til at søge læge. Dette kan være problematisk, eftersom opsporingen af borgere med KOL på nuværende tidspunkt i Danmark hovedsageligt finder sted hos de praktiserende læger (Vestbo et al. 2007). For at sikre at borgerne ikke bevidst vælger at undgå kontakt med lægen, kan der være behov for at minimere de oplevede barrierer omkring rygning og samtidig italesætte sammenhængen mellem rygning og KOL. Herved vil borgerne sandsynligvis opleve både sygdommen og rygningen som en alvorlighed, og samtidig opleve at de som rygere og forhenværende rygere er modtagelige for at udvikle sygdommen. Studiet af Arne et al. (2007) og interviewene viser samtidig, at skyld og skam over at have pådraget sig en sygdom og stadig ryge, trods flere opfordringer fra lægen om rygestop, ligeledes kan være en medvirkende barriere for, at borgerne ikke tager kontakt til lægen. Der kan derfor være behov for, at lægerne i højere grad er opmærksomme på borgernes skyldfølelse og støtter dem i beslutningen om at ændre adfærd.



De kvalitative interview viser, at det handler om måden, hvorpå lægen spørger ind til borgernes rygevaner. Respondenterne påpegede vigtigheden af, at lægen ikke virker anklagende og bebrejdende.

Resultaterne fra interviewet understøtter dog resultatet fra Arne et al. (2007) omkring lægernes manglende initiativ ift. udredning for symptomerne. Flere af respondenterne oplevede selv at måtte tage initiativ til at blive undersøgt og udredt, hvilket de ikke mener udelukkende er deres ansvar. Flere af dem italesatte samtidig, at lægen burde have oplyst dem om risikoen for at udvikle KOL og tilbudt dem at få foretaget spirometri tidligere, når nu lægen kendte til deres rygevaner. Italesættelsen af manglende initiativ fra lægen kan betragtes som et udtryk for, at respondenterne har manglet et incitament til handling, hvilket et ydre stimuli i form af opfordringer fra lægen netop kunne have givet dem. Manglende initiativ fra lægen fremgår derfor som en medvirkende barriere for tidlig opsporing. Udover øget oplysning og information om KOL kan der således være behov for, at lægerne er opmærksomme på borgernes helbredstilstand og opfordrer rygere og forhenværende rygere med ingen kompetencegivende uddannelse eller en kort uddannelse til at få foretaget spirometri, således at der skabes et incitament til adfærdsændringer.

På baggrund af ovenstående betragtes manglende viden og information om KOL, lægens manglende opmærksomhed og opfordringer samt et manglende konkret incitament til handling som medvirkende barrierer for tidlig opsporing. Rygning og den skyld og skam, der kan være forbundet med dette livsstilsvalg, er desuden barrierer for at borgerne søger læge tidligere. For at øge borgernes motivation til at ændre adfærd og tage mod tiltag om tidlig opsporing af KOL, er det nødvendigt at arbejde med borgernes barrierer for tidlig opsporing i udformningen af forandringstiltaget.

### **8.1.2 Motiver for tidlig opsporing**

I dette afsnit diskuteres hvad der motiverer borgere for at blive tidligt opsporet. Disse motiver kan med fordel inddrages i forandringstiltaget for at sikre, at borgerne føler at dette er relevant for dem.

Under interviewene efterspurgte respondenterne mere information og understregede at information om KOL er en motiverende faktor for tidlig opsporing. Dette resultat underbygges af Arne et al. (2007), som ligeledes finder, at oplysninger om sygdommen motiverer borgerne til at søge læge. Behovet for viden om sygdommen kan forklares med inddragelse af HBM. Gennem oplysning er det muligt at få borgerne til at opleve, at de som rygere eller forhenværende rygere er modtagelige overfor

KOL, og at KOL er en alvorlig sygdom de bør reagere på, såfremt de oplever symptomer (Rosenstock 1974). Viden kan dermed ses som en nødvendighed for, at få borgerne til at opleve KOL som en trussel, de bør reagere på. Såfremt borgerne informeres og oplyses om KOL, er det samtidig muligt, at der skabes et ydre stimuli, som bidrager til at de ændrer adfærd. Flere af respondenterne mener dog, at information ikke kan stå alene, men italesætter behovet for at den sammenkobles med et konkret tiltag. Ifølge HBM determineres respondenternes adfærdsændring ikke udelukkende på baggrund af, hvorvidt de oplever KOL som en trussel. De oplevede fordele ved en given adfærdsændring skal samtidig opveje barriererne ved at beholde den gamle adfærd for at muliggøre en adfærdsændring (Stretcher & Rosenstock 1997). Dette kan sandsynligvis forklare, hvorfor information ikke kan stå alene. Et konkret tiltag kan netop medføre, at respondenterne oplever at fordelene ved at tage imod screeningstiltaget opvejer barriererne ved selv at skulle tage initiativ til at kontakte lægen. Et konkret tiltag kan således bidrage til, at borgerne oplever at det sunde valg om at få foretaget spirometri også er det lette valg. Haroon et al. (2015) viser i forlængelse heraf, at et konkret tiltag netop har en større effekt end den nuværende praksis for tidlig opsporing af borgere med KOL. Af ovenstående fremgår det, at et konkret tiltag vil motivere borgerne til at ændre adfærd. Det er dog ikke nødvendigvis alle der på denne baggrund vil ændre adfærd grundet forskellige barrierer for adfærdsændring. Der er derfor ligeledes behov for at arbejde med borgernes barrierer i udformningen af forandringstiltaget.

Interviewene viser ligeledes, at opfordringer fra respondenternes sociale relationer som eksempelvis familie og egen læge kan motivere dem til at ændre adfærd. Grunden til at respondenterne oplever støtten fra de sociale relationer som motiverende kan være, at disse ligeledes giver et incitament til adfærdsændringer. De sociale relationer kan således gennem støtte skabe et ydre stimuli, som motiverer respondenterne til at ændre adfærd og eksempelvis deltage i screening for KOL. Arne et al. (2007) understøtter dette og viser, at de sociale relationer er vigtige for, om borgeren er motiveret for at ændre adfærd. Arne et al. (2007) viser samtidig, at opfordringer fra sundhedsprofessionelle er afgørende for, hvorvidt borgerne ændrer adfærd. Som tidligere nævnt er det ikke sikkert, at borgerne oplever sygdommen som en trussel mod eget helbred, hvorfor de ikke er modtagelige for information. Det er derfor vigtigt, at den sundhedsprofessionelle forsøger at ændre borgernes oplevelse af egen modtagelighed for sygdommen for derefter, at 'empower' og opfordrer dem til at ændre adfærd (Andersen et al. 2011). Under interviewene italesatte respondenterne vigtigheden af, at tiltaget foregår på steder de i forvejen kommer, og helst hos egen læge hvor de har kendskab de sundhedsprofessionelle. De begrundede disse motiver med tryghed og tillid. At respondenterne foretrækker, at tidlig

opsparing foregår hos egen læge kan formodentligt skyldes, at de kender dennes kompetencer, og at lægen samtidig kender den enkelte respondents behov. Vigtigheden af tryghed og tillid underbygges af, at flere af respondenterne ikke finder det motiverende at få foretaget spirometri på et apotek eller igennem et walk-in tiltag.

Slutteligt italesatte respondenterne vigtigheden af, at tiltaget fremstår som frivilligt og noget de har mulighed for at takke nej til. De vægter altså selvbestemmelse højt og ønsker ikke en ydre styring af deres adfærd. Ifølge Deci & Ryans motivationsteori, er selvbestemmelse netop en forudsætning for borgernes incitament og motivation til handling (Deci & Ryan 2002), hvilket understøtter vigtigheden af, at forandringstiltaget fremstår som frivilligt. Hvorvidt et konkret tiltag fremstår som frivilligt kan dog diskuteres. Deci & Ryan opererer med forskellige former for motivation og påpeger, at borgernes motivation kan være drevet af egen interesse og lyst, *autonom motivation*, eller af et udefrakommende pres, *kontrolleret motivation*. Under interviewene gav respondenterne udtryk for, at de vil have svært ved at takke nej til lægen, hvorfor deres adfærdsændring formodentligt i højere grad bygger på kontrolleret motivation end selvbestemmelse. Respondenterne italesatte dog, at de samtidig ønskede, at lægen havde taget initiativ og opfordret dem til at ændre adfærd tidligere. Dette kan ses som et udtryk for, at respondenterne faktisk ønsker at blive kontrolleret motiveret frem for selv at skulle tage stilling til adfærdsændringer. Respondenterne italesatte dog invitationen i e-boks som værende præget af en større frivillighed, da der i dette tilfælde, modsat den opportunistiske screening, ikke er et ydre pres fra den sundhedsprofessionelle. Alligevel vurderes dette screeningstiltag ikke som udelukkende drevet af den autonome motivation, da det må formodes at invitationen i sig selv kan skabe et ydre stimuli til adfærdsændringer. Herved kan respondenternes motivation og adfærd være mere eller mindre styret af et udefrakommende pres.

På baggrund af ovenstående fremstår information om KOL kombineret med et konkret tiltag i et trygt nærmiljø, hvor respondenterne kender de sundhedsprofessionelle, som motiverende for adfærdsændringer. Støtte og opfordring fra de sociale relationer kan samtidig skabe det nødvendige incitament til adfærdsændringer.

### **8.1.3 Forandringsperspektiver**

Dette afsnit har til formål at identificere, hvilken arena forandringstiltaget bør foregå i, samt hvilken form for invitation borgerne har den største tilbøjelighed til at takke ja til.

### 8.1.3.1 *Arena*

Resultaterne fra litteraturstudiet viser, at flere arenaer kan anvendes til at opspore borgere med KOL. Castillo et al. (2015) finder, at apotekerne er en mulig arena for tidlig opsporing af borgere med KOL. Resultaterne fra interviewene viser dog, at respondenterne ikke finder denne arena motiverende, da de mener at apotekerne er for offentlige, og de samtidig ikke har samme kendskab til farmaceuterne/farmakonomerne som til egen læge. Som nævnt i afsnit 8.1.2 finder respondenterne det i højere grad motiverende, at tiltaget foregår der, hvor de allerede kommer, og hvor de kender den sundhedsprofessionelle og vedkommendes kompetencer. Denne holdning ses også som den væsentligste årsag til, at flere af respondenterne ikke finder walk-in tiltaget eller KOL-bussen motiverende. Til trods for at Backer et al. (2008) viser, at walk-in tiltag i hhv. et ambulatorium og et indkøbscenter appellerer til befolkningen, og at det er muligt at opspore borgere med KOL i denne arena, tiltaler walk-in tiltagene ikke størstedelen af respondenterne. Studiet påpeger, at det kunne være en mulighed at udnytte den frie adgang til borgernes egen læge, hvilket netop er det respondenterne under interviewene italesatte som motiverende for dem. Resultaterne fra litteraturstudiet understøtter dette, og finder at opportunistisk screening hos de praktiserende læger er en effektiv måde til at opspore borgere med KOL tidligt i sygdomsforløbet (Løkke et al. 2012b; Marcos 2016; Haroon et al. 2015). Marcos et al. (2016) påpeger samtidig, at mange rygere og forhenværende rygere ofte er i kontakt med egen læge af andre årsager, hvilket understøtter fordelene af at tidlig opsporing for KOL foregår hos de praktiserende læger.

Ud fra ovenstående vurderes tidlig opsporing hos de praktiserende læger, som den arena der vil appellere til flest borgere og som formodentligt også vil have den største effekt, da denne arena netop kan opfylde borgernes ønsker og behov om, at forandringstiltaget skal foregå, der hvor de allerede kommer, og at screeningen udføres af sundhedsprofessionelle, som de har kendskab til.

### 8.1.3.2 *Invitationsformer*

Respondenterne blev endvidere præsenteret for invitation med brev, spørgeskema og opportunistisk screening. Resultaterne fra interviewene viser, at størstedelen af respondenterne ville tage mod tiltag om tidlig opsporing, såfremt de fik en invitation hertil. Respondenterne finder denne invitationsform motiverende, da den samtidig fremstår som et tiltag, de kan takke nej til. De vægter altså jf. afsnit 8.1.2 frivillighed højt. Stratelis et al. (2004) finder, at det er muligt at opspore 27% gennem offentlige invitationer i sundhedscentrene. Sammenlignes denne invitationsform med invitation pr. brev

(Haroon et al. 2013) har den umiddelbart en højere effekt. Grunden til at invitationen i sundhedscentrene tilsyneladende opnår en højere effekt kan være, at denne invitation ledsages af information om KOL og risikoen for at udvikle sygdommen som følge af rygning samt symptomerne på sygdommen. Resultaterne fra interviewene understøtter vigtigheden af, at invitationen ledsages af information, da respondenterne mener det er en forudsætning for, at de reagerer på invitationen. Når informationen opleves som en vigtig del af invitationen, kan det formodentligt skyldes, at respondenterne skal føle sig modtagelige og opleve KOL som en alvorlighed. De har altså brug for et ydre stimuli, som påvirker dem i en sådan grad, at de føler at KOL er en trussel mod deres sundhed. Til trods for at information kan skabe det nødvendige incitament, kan det også gøre borgerne bekymrede for, om de er medskyldige i egne sundhedsproblemer (Holtug et al. 2009). Det er derfor vigtigt, at informationen ikke formidles på en måde, så borgernes skyld og skam øges unødigt. Et konkret tiltag og dermed et ydre stimuli anses på baggrund heraf ikke alene som tilstrækkeligt men skal ledsages af information. Dette kan også være med til at forklare, hvorfor effekten af udelukkende invitation med brev ikke opnår de samme effekter som den offentlige invitation i sundhedscentrene, der ledsages af information (Haroon et al. 2013; Stratelis et al. 2004). Den højere effekt af invitationen i sundhedscentrene kan også skyldes, at borgerne opfanges der hvor de allerede kommer, hvilket ifølge resultaterne fra interviewene er en motivationsfaktor for adfærdsændringer. Respondenterne italesatte dog personlige invitationer som en motiverende faktor, hvorfor de offentlige reklamer i sundhedscentre ikke vurderes som en invitationsform, der appellerer til projektets målgruppe. Når respondenterne vægter personlige tiltag højt, kan det formodentligt skyldes, at de føler at tiltaget er mere rettet mod dem, og at de derved føler et større ansvar for, at leve op til de forventninger samfundet stiller ved at udsende en invitation til netop dem. Grunden til at Haroon et al. (2013) finder en mindre effekt af personlige invitationer kan være, at invitationen sendes med brev, hvilket den kvalitative analyse viser ikke er motiverende for respondenterne. Hvis invitationen derimod ledsages af information om KOL og modtages i e-boks, kan det formodes at effekten vil højnes, da tiltaget således opfylder flere af respondenternes ønsker og behov.

En anden mulig invitationsform som respondenterne blev præsenteret for er spørgeskema. Resultaterne viser, at dette også appellerer til respondenterne. En respondent påpegede dog vigtigheden af, at spørgeskemaet ikke blot ligger hos lægen, men at det udleveres personligt. Denne vigtighed understøttes af Lyngsø et al. (2013), som viser at udleverede spørgeskemaer hos lægen har en høj effekt, idet 81,3% vælger at besvare og returnere dem, mens det førømtalte studie af Haroon et al. (2013)

kun finder, at 26,1% vælger at returnere spørgeskemaet. Årsagen til at det udleverede spørgeskema opnår større effekt end det tilsendte kan være den forøget vigtighed af, at tiltaget er der, hvor borgerne kommer. Flere af de inkluderede studier viser, at spørgeskemaerne er et vigtigt led i screeningen til at identificere borgere i risiko og efterfølgende invitere dem til at få foretaget spirometri (Castillo et al. 2015; Haroon et al. 2013; Lyngsø et al. 2013). Interviewresultaterne viser, at respondenterne ville være tilbøjelige til at få foretaget spirometri, såfremt de blev identificeret som en del af risikogruppen. Haroon et al. (2015) viser samtidig, at det er mere effektivt at målrette et tiltag om tidlig opsporing af borgere med KOL til de, som er i høj risiko for at udvikle sygdommen, hvilket spørgeskemaet netop kan anvendes til.

Resultaterne fra litteraturstudiet viser, at opportunistisk screening er en effektiv måde at opspore borgere i risiko for at udvikle KOL (Konstantikaki et al. 2011; Haroon et al. 2013; Marcos 2016), og kan i praksis gøres gennem en note i borgernes journal (Haroon et al. 2013). Effekten af dette tiltag understøttes af resultaterne fra interviewene, som viser at respondenterne ville deltage i denne form for tidlig opsporing, såfremt lægen opfordrede dem dertil. Den væsentligste årsag hertil er jf. afsnit 8.1.2, at de ville have svært ved at sige nej til lægen, og at de samtidig ønsker at lægen i højere grad tager initiativet og opfordrer dem til at få foretaget spirometri. De mandlige respondenter italesatte dog, at det er en forudsætning at borgerne kommer hos lægen, hvilket de selv i tiden inden diagnosen var mindre tilbøjelige til. Ifølge *Danskernes Sundhed - Tal fra Den Nationale Sundhedsprofil* (Sundhedsstyrelsen 2013) er mænd med ingen kompetencegivende uddannelse eller en kort uddannelse blandt de borgere, som sjældent er i kontakt med lægen. For denne del af projektets målgruppe, kan der derfor være behov for en anden strategi end udelukkende opportunistisk screening for at sikre, at de også screenes.

Jf. SST og DSAM's anbefalinger for tidlig opsporing (afsnit 2.5.2.2) af borgere med KOL bør borgere i risiko for at udvikle sygdommen tilbydes screening med få års mellemrum (Sundhedsstyrelsen 2007). Nødvendigheden af at indkalde borgerne regelmæssigt genfindes i den kvalitative analyse. Respondenterne udtrykte, at de ikke går til lægen med mindre, der er noget galt, hvorfor der netop er behov for et ydre stimuli med få års mellemrum for at øge sandsynligheden for, at borgerne opspores tidligt. Resultaterne fra Marcos et al. (2016) viser at, det er nødvendigt, at lægen ikke udelukkende stiller diagnosen på baggrund af eget fagligt skøn, da denne form for diagnosticering vil resultere i,

at en større andel fejldiagnosticeres, hvilket bl.a. kan medføre unødvendig bekymringskabelse, stigmatisering og sygeliggørelse. Det er derfor afgørende, at diagnosen stilles på baggrund af spirometri. Denne målemetode betragtes som den gyldne standard for tidlig opsporingen af KOL og anbefales af GOLD (GOLD 2016).

På baggrund af ovenstående vurderes det som nødvendigt, at forandringstiltaget består af to parallelle invitationsformer; invitation i e-boks og opportunistisk screening, da én strategi ikke umiddelbart tager højde for hele målgruppens barrierer og motiver. De to parallelle invitationsformer henvender sig hhv. til borgere, som sjældent går til lægen og borgere, som ofte er i kontakt med egen læge. Spørgeskemaet vurderes at kunne kobles sammen med begge tiltag, som en metode til at identificere og invitere borgere i risiko for at udvikle KOL.

## 9 Diskussion af forandringstiltaget

---

*Dette afsnit tager udgangspunkt i de fremanalyserede elementer fra diskussionen af resultaterne (afsnit 8) med henblik på at diskutere målgruppen, udformningen, implementeringen og evalueringen af projektets forandringstiltag for tidlig opsporing af borgere med KOL. I denne diskussion implementeres forebyggelsesetiske overvejelser vedrørende mulige tilsigtede og utilsigtede effekter, som forandringstiltaget kan medføre ved implementering. Endvidere vil diskussionen indeholde økonomiske og organisatoriske overvejelser, idet disse har betydning for gennemførligheden af forandringstiltaget. Formålet med denne diskussion er således at besvare problemformuleringen, og dermed præsentere hvorledes nuværende praksis for tidlig opsporing blandt projektets målgruppe kan forandres.*

### 9.1 Målgruppe for forandringstiltaget

Målgruppen for forandringstiltaget er, som nævnt i afsnit 2.3, borgere over 35 år med ingen kompetencegivende uddannelse eller en kort uddannelse, som ryger eller er forhenværende rygere, da denne gruppe, som følge af livsstil og levevilkår, er i øget risiko for at udvikle KOL. Denne målgruppe udgør samtidig den målgruppe, som SST og DSAM anbefaler bør tilbydes spirometri med henblik på at kunne opspore borgere med KOL tidligt i sygdomsforløbet. I disse anbefalinger samt i anbefalingerne fra GOLD, indgår dog også et kriterium om, at borgerne kun bør tilbydes spirometri, såfremt de oplever symptomer på KOL; dyspnø ved fysisk aktivitet, hoste, recidiverende luftvejsinfektioner samt ekspektorat (Sundhedsstyrelsen 2007; GOLD 2016). Til trods for at fravær af symptomer kan maskere tilstedeværelsen af KOL (Sansores et al. 2013), vurderes det i første omgang som værende mest hensigtsmæssigt at tilpasse forandringstiltaget til SST og DSAM's anbefalinger, da forandringstiltaget også skal indpasses i de organisatoriske rammer. På længere sigt kan det være fordelagtigt at undersøge, hvorvidt det er muligt også at tilbyde borgere uden tilstedeværelsen af respiratoriske symptomer spirometri, da litteraturen peger på, at KOL udvikles længe før sygdommen bliver symptomgivende (Vestbo et al. 2007; Sansores et al. 2013).

SST og DSAM's anbefalinger er bl.a. blevet kritiseret for ikke at indtænke, hvordan opsporingen af borgere med KOL skal organiseres og realiseres (Toft 2016). Eftersom forandringstiltagets målgruppe er tilsvarende målgruppen i SST og DSAM's anbefalinger for tidlig opsporing af borgere med KOL, kan dette projekts forandringstiltag anses som en konkret metode til at realisere anbefalingerne i virkeligheden.



Til trods for at forandringstiltaget vil være målrettet borgere med ingen kompetencegivende uddannelse eller en kort uddannelse, og at tiltaget er udformet på baggrund af denne målgruppes barrierer og motiver må det formodes, at de øvrige uddannelsesgrupper også vil kunne have gavn af at blive inkluderet i tiltaget. Såfremt de ligeledes er over 35 år, rygere eller forhenværende rygere, samt oplever symptomer kan de med fordel tilbydes spirometri.

Ved at iværksætte et tiltag som udelukkende er målrettet en specifik gruppe og dermed højrisikoorienteret, kan der være risiko for, at tiltaget medfører utilsigtede effekter (Rose 1992). Den kvalitative analyse samt litteraturstudiet viser, at borgerne oplever skyld og skam i forbindelse med kontakt til lægen grundet deres rygevaner. Ifølge Lange og Søndergaard (2013) eksisterer der på nuværende tidspunkt en nihilistisk opfattelse i befolkningen om, at KOL er en selvforskyldt sygdom, som borgerne selv må stå til ansvar for. Ved at udbrede viden om KOL og udarbejde et tiltag som udelukkende er målrettet rygere og forhenværende rygere, er der risiko for at denne opfattelse blandt den generelle befolkning forstærkes. Samtidig kan tiltaget medføre, at borgernes oplevede skyld og skam forstærkes. Dermed kan der være risiko for, at rygere og forhenværende rygere stigmatiseres. Som nævnt i afsnit 2.4.1 kan stigmatisering medføre diskrimination og statustab hos borgerne. Forandringstiltaget kan desuden medføre sygeliggørelse og bekymringskabelse. Sygeliggørelse kan opstå, hvis borgere i målgruppen gives den opfattelse, at de som følge af rygning er syge eller i risiko for at blive syge, og kan medføre forringet mental sundhed og livskvalitet. Modsat sygeliggørelse kan bekymringskabelse opstå, hvis borgere i målgruppen får en opfattelse af at være i risiko for at have KOL (Holtug et al. 2009), på trods af at de måske aldrig når at udvikle sygdommen. Bekymringskabelse kan dog formodentligt resultere i, at borgerne ændrer adfærd, stopper med at ryge og tager imod tiltag for tidlig opsporing. Herved opstår et dilemma omkring, hvorvidt det er etisk forsvarligt at skabe bekymring hos borgerne, når det kan resultere i en gavnlig effekt. For at undgå at skabe dette dilemma er det vigtigt, at informationen formidles på en sådan vis, at borgerne ikke unødigt bekymres, men i stedet gives en opfattelse af, at screeningen kan forebygge progression af sygdommen og forbedre livskvaliteten hos de borgere, som har KOL.

## 9.2 Opsporing af borgere med KOL gennem invitationer og opportunistisk screening

Forandringstiltaget for tidlig opsporing af borgere med KOL er en sekundær forebyggelsesstrategi, da formålet er at opspore og begrænse sygdommen og risikofaktorerne tidligt i sygdomsforløbet (Sundhedsstyrelsen 2007). Til trods for at denne forebyggelsesstrategi ikke forhindrer nye generationer i at havne i risikogruppen, vurderes det som nødvendigt at udarbejde et tiltag til at opspore de, som allerede er i risiko for at udvikle KOL. Samtidig er forandringstiltaget, som tidligere nævnt, en højrisikostrategi. Uanset hvilken forebyggelsesstrategi forandringstiltaget bygger på, er det ikke muligt at opstille et tiltag, som er etisk uproblematisk. Der vil altid være etiske problemstillinger at tage højde for i tilrettelæggelsen af et forebyggende tiltag. Etisk set er det dog kun hensigtsmæssigt at gennemføre et tiltag, hvis de tilsigtede effekter vejer tungere end de eventuelle negative utilsigtede effekter (Holtug et al. 2009). Den tilsigtede effekt af forandringstiltaget er at opspore borgere med KOL og bremse sygdomsprogressionen, mens positive utilsigtede effekter kan være flere kvalitetsjusterende leveår, rygestop, færre komorbiditeter og en eventuelt bedre samfundsøkonomi. De negative utilsigtede effekter kan være stigmatisering, bekymringskabelse, sygeliggørelse og autonomitab.

Af resultaterne fremgår det, at respondenterne ikke finder den nuværende praksis for tidlig opsporing af borgere med KOL motiverende og efterspørger konkrete tiltag herfor. Resultaterne viser dog en diversitet i målgruppens barrierer og motiver for tidlig opsporing, hvorfor det vurderes som nødvendigt at udarbejde et multifacetteret tiltag bestående af to parallelle screeningsmetoder. Denne udformning af forandringstiltaget har dermed til formål, at sikre at en størst mulig andel af målgruppen opspores tidligt i sygdomsforløbet, hvorved sygdomsprogressionen kan bremses. De to parallelle screeningsmetoder indebærer en kombineret invitation til screening i e-boks og opportunistisk screening. Det vurderes, at forandringstiltaget kan anvendes på nationalt niveau. Forandringstiltaget skal dog foregå ude i de enkeltes kommuners lægepraksis.

Forandringstiltaget skal ses som en række anbefalinger for tidlig opsporing af borgere med KOL. I det følgende gives eksempler på, hvordan forandringstiltaget kan udformes og implementeres i praksis.

### 9.2.1 Invitation til screening for KOL

Invitationerne er en måde, hvorpå de borgere, som sjældent er i kontakt med lægen, kan inviteres og screenes om nødvendigt. Mænd med ingen kompetencegivende uddannelse eller en kort uddannelse, er jf. afsnit 8.1.3.2 blandt de borgere, som sjældent er i kontakt med egen læge, hvorfor det er nødvendigt at invitere disse borgere frem for at vente på, at de kommer hos lægen af anden årsag. Dette for at sikre at disse borgere også kan opspores tidligt i sygdomsforløbet. Desuden kan invitationerne imødekomme målgruppens ønske om frivillighed i offentlige tiltag og samtidig sikre, at borgerne opnår en højere grad af selvbestemmelse, og dermed bevarer deres autonomi (Holtug et al. 2009). Såfremt borgerne takker ja til invitationen, må det formodes, at deres motivation i høj grad er autonom (Deci & Ryan 2002), og at de derved er drevet af egen interesse og lyst frem for at føle sig presset til at deltage.

Invitationen sendes til alle borgere over 35 år med ingen kompetencegivende uddannelse eller en kort uddannelse, som ryger eller er forhenværende rygere. Invitationerne udsendes fra borgernes egen læge, da der på nuværende tidspunkt ikke eksisterer en lovhjemmel, som giver lægerne ret til at videregive patientoplysninger til regionerne, som ellers med fordel kunne udsende invitationerne. På længere sigt kan det med fordel undersøges, hvorvidt det er muligt at udveksle patientoplysninger på tværs af regionen og lægen. For at muliggøre udsendelsen af invitationerne kunne lægen gennem en årrække systematisk registrere borgernes rygevaner og efterfølgende udsende en invitation til borgere i målgruppen. For at sikre at lægerne spørger ind til borgernes rygevaner og registrerer disse, kan der arbejdes frem mod, at lægerne modtager ydelseshonorering herfor. Hvorvidt det er etisk forsvarligt at registrere borgernes livsstilsvalg, kan dog diskuteres. En registrering af borgernes rygevaner vil formodentligt opfattes som en krænkelse af den enkeltes privatsfære. Da oplysningerne ikke videregives til andre, som ikke er berettiget til denne viden, anses det som forsvarligt, at lægen registrerer borgernes rygevaner.

Invitationen modtages i e-boks, da respondenterne gav udtryk for, at denne invitationsform var mere motiverende sammenlignet med invitation pr. brev. For de borgere som ikke har e-boks, vil invitationen dog blive sendt som brev. Invitation i e-boks vurderes samtidig som mindre tidskrævende og forbundet med færre omkostninger end brevet. Såfremt borgerne ikke har reageret på invitationen, vil de efter tre måneder modtage en påmindelse. Invitationen ledsages af information om sygdommen, da respondenterne udtrykte, at manglende kendskab til KOL var en barriere for tidlig opsporing. Med

inspiration fra Stratelis et al. (2004) bør informationen indeholde en beskrivelse af formålet med screeningen, en sygdomsbeskrivelse af KOL, symptomerne på sygdommen, samt at rygere og forhenværende rygere er i risiko for at udvikle sygdommen. Såfremt borgerne oplever symptomer og er rygere eller forhenværende rygere, opfordres de til at bestille en tid til screening hos egen læge. Invitationerne bliver dermed en metode til at give borgerne indblik i, om de er i risiko men fremstår samtidig som et frivilligt tiltag. Under interviewene italesatte flere af respondenterne, at det var motiverende for dem, at de selv kunne afgøre, hvorvidt de burde tage kontakt til egen læge med henblik på at blive screenet.

### **9.2.2 Opportunistisk screening for KOL**

Den anden screeningsmetode for tidlig opsporing af borgere med KOL er opportunistisk screening, som omfatter at borgerne, når de er hos lægen af anden årsag inviteres til screening. Borgerne rekrutteres til den opportunistiske screening gennem lægejournalen. Lægen har sideløbende med registrering af borgernes rygevaner fremdateret en form for note i den enkelte borgers journal, som indikerer, at borgeren ved næste lægebesøg skal opfordres til at få foretaget spirometri. Ved næste lægebesøg udleverer lægen et lille informationsbrev om KOL, som indeholder samme oplysninger som invitationen. Såfremt borgeren oplever minimum et respiratorisk symptom, opfordrer lægen borgeren til at få foretaget spirometri.

Den opportunistiske screening er fordelagtig for borgere med ingen kompetencegivende uddannelse eller en kort uddannelse og særligt kvinderne, da disse ofte er i kontakt med egen læge (Sundhedsstyrelsen 2013). Opportunistisk screening betragtes som en metode til at screene de borgere, der ikke reagerer på invitationen grundet barrierer som eksempelvis skyld og skam. Resultaterne fra de kvalitative interview viser, at respondenterne har svært ved at takke nej til lægens opfordringer sammenlignet med eksempelvis en tilsendt invitation. Såfremt borgerne bevidst takker nej til invitationen, men takker ja til lægens opfordring, kan deres motivation for deltagelse, ifølge Deci & Ryans motivationsteori, i højere grad være drevet af et udefrakommende pres. Når respondenterne italesætter, at de har svært ved at takke nej til lægen, kan lægens opfordringer resultere i, at deres handlemuligheder begrænses. Såfremt borgerne i virkeligheden ikke har lyst til blive screenet, kan lægens opfordring herved opfattes paternalistisk. Borgerne vil dog altid have et valg. Det kan dog diskuteres, hvorvidt de er autonomt eller kontrolleret motiveret for screeningen. Til trods for at respondenterne

oplever at have svært ved at takke nej til lægen og være kontrolleret motiveret, ønsker de dog, at lægen tager initiativ og opfordrer dem til at få foretaget spirometri.

Til trods for at respondenterne var motiverede for at udfylde et spørgeskema, og at litteraturstudiet viser, at dette kan anvendes som et led i identificeringen af borgere med KOL, anbefales dette ikke i forandringstiltaget. Dette skyldes, at der anvendes andre metoder til at identificere og opfordre borgere i risiko til at få foretaget spirometri. I den information, som udsendes med invitationerne, opfordres borgerne til at søge læge, såfremt de opfylder de opstillede kriterier. Gennem den opportunistiske screening opfordrer lægen borgerne, såfremt de opfylder kriterierne. Samtidig er det formodentligt ressourcekrævende for lægerne at skulle udarbejde, udlevere og gennemgå spørgeskemaerne. Spørgeskemaet betragtes derfor ikke som anvendeligt under første implementering af forandringstiltaget. Senere hen kan det med fordel undersøges, hvorvidt det er muligt at anvende spørgeskemaerne som et led i de to screeningsmetoder.

### **9.2.3 Fælles for begge screeningsmetoder**

Invitationen i e-boks og den opportunistiske screening er to forskellige måder at invitere borgerne til tidlig opsporing for KOL og er jf. afsnit 2.5.2.3 hhv. en selektiv og opportunistisk screeningsmetode. De to invitationsformer har dog en del fællestræk, som uddybes i det følgende.

Begge screeningsmetoder vil finde sted hos borgernes egen læge, da resultaterne fra de kvalitative interviews viser, at afstanden til forandringstiltaget og kendskab til de sundhedsprofessionelle, som foretager spirometri, har en betydning for borgernes tilbøjelighed til at deltage. Screeningen kan med fordel foretages af efteruddannede sygeplejersker for at aflaste lægerne. Således frigives også mere tid til, at lægen kan koncentrere sig om eksisterende og nydiagnosticerede tilfælde af KOL. Respondenterne italesatte i tråd hermed, at det er uden betydning, om det er en læge eller en sygeplejerske, som foretager spirometri, så længe vedkommende har de fornødne kompetencer. Screeningerne skal foretages med spirometri i tråd med anbefalingerne fra GOLD (GOLD 2016).

De borgere som, ud fra en alders-, højde- og kønsspecifik grænseværdi, har en lungefunktion på under 70% diagnosticeres med KOL (Sundhedsstyrelsen 2007) og bør tilbydes forebyggelse og behandling (Dansk Selskab for Almen Medicin 2008). Modsat hertil skal borgere i risiko, men hvor spirometri ikke giver holdepunkter for KOL, tilbydes en ny screening efter to år for at sikre, at en eventuel KOL

diagnose stilles tidligt i sygdomsforløbet. Grundet sygdommens irreversibilitet og progressivitet synes det nødvendigt at invitere borgerne til en ny spirometri efter maksimalt to år. Dette er også i overensstemmelse med SST og DSAM's anbefalinger for tidlig opsporing af borgere med KOL (Sundhedsstyrelsen 2007; Dansk Selskab for Almen Medicin 2008). Hvordan det sikres at borgerne efter to år inviteres til en ny screeningsrunde kan umiddelbart være svært at afgøre. Der kan derfor være behov for at spørge lægerne om, hvordan dette kan gøres. En metode til at sikre at borgerne screenes med maksimalt to års interval kunne være at fremdatere en note i borgernes journal om, at den enkelte borger om to år skal genindkaldes eller opfordres til en ny screeningsrunde.

Formålet med at udarbejde et multifacetteret forandringstiltag er som nævnt at sikre at en større del af målgruppen screenes, da to parallelle screeningsmetoder giver bedre mulighed for at kunne arbejde med borgernes forskellige barrierer og motiver. Der vil sandsynligvis altid være borgere, som hverken reagerer på invitationen i e-boks eller opsøger egen læge samt borgere, som takker nej til lægens opfordring, hvorfor disse ikke vil blive screenet. Forandringstiltaget er dog udarbejdet med udgangspunkt i målgruppens barrierer og motiver, hvorfor dette i højere grad vurderes som værende motive-rende for målgruppen.

Til trods for at forandringstiltaget kan medføre negative utilsigtede effekter i form af eksempelvis stigmatisering, sygeliggørelse og bekymringsskabelse, vurderes de tilsigtede effekter og positive utilsigtede effekter i form af eksempelvis tidlig opsporing af KOL, bremset sygdomsprogression, samfundsøkonomisk gevinst samt flere kvalitetsjusterende leveår og færre komorbiditeter at veje tungere. Dette forandringstiltag vurderes derfor som etisk forsvarligt at gennemføre.

### **9.3 Forandringstiltagets gennemførlighed**

For at sikre forandringstiltagets gennemførlighed, vurderes det nødvendigt at inddrage overvejelser omkring teknologien, brugeren, økonomien samt organisationen. Eftersom der i dette projekt har været fokus på borgerne og deres barrierer og motiver ift. udformningen af forandringstiltaget, kan der således argumenteres for, at brugeren og teknologien er afdækket. I det følgende vil betydningen for samfundsøkonomien og organisationen derfor blive belyst.

Eftersom der på nuværende tidspunkt ikke eksisterer et konkret tiltag for tidlig opsporing af borgere med KOL, vil forandringstiltaget medføre en meromkostning i form ressourcer til udførelse af ekstra

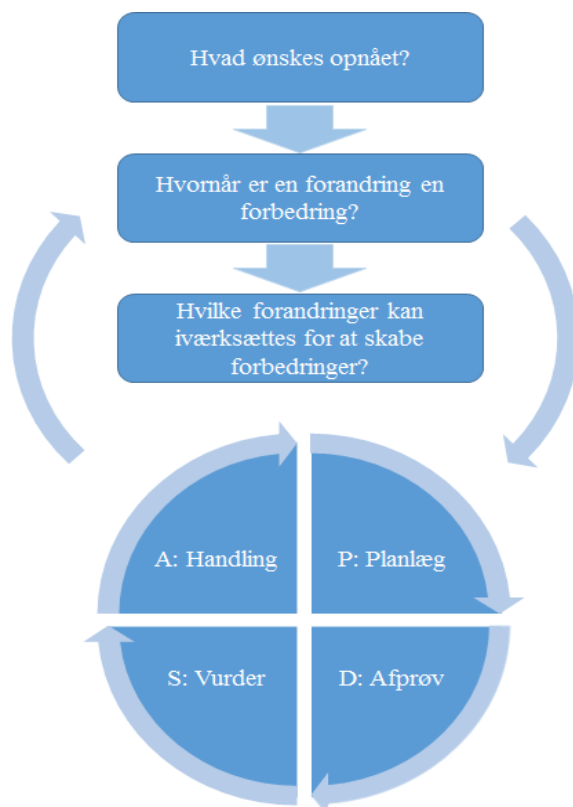
spirometri, invitationerne, oplæring af sygeplejersker i udførelse og aflæsning af spirometri samt ressourcer til ekstra rygestopkurser og medicinudgifter til borgerne. Ressourceforbruget i selve udformningen af forandringstiltaget er dog forsøgt minimeret, idet invitationen fremsendes i e-boks og screeningerne foretages hos borgernes egen læge. Som nævnt i afsnit 2.4.2 kan tidlig opsporing medføre, at de årlige omkostninger pr. borger med KOL halveres. Denne økonomiske beregning tager dog kun højde for omkostninger i forbindelse med behandling, pleje og kompensation for tabt arbejdsfortjeneste (Hagelund & Bøgelund 2013), hvorfor det ikke er muligt at vurdere den faktiske besparelse af forandringstiltaget. Til trods for at tidlig opsporing ikke giver hurtigst mulige 'value for money', vil det formodentligt på længere sigt give en samfundsøkonomisk gevinst ift. at fortsætte nuværende praksis, hvor borgerne først opspores sent i sygdomsforløbet. De forventede besparelser forekommer dog ikke nødvendigvis i primærsektoren, hvor meromkostningerne ligger. Der vil derfor være behov for at pengene allokeres fra en sektor til en anden. For at kunne vurdere om forandringstiltaget er en god investering på lang sigt både for samfundsøkonomien, men også for den enkelte borger, er der behov for at foretage egentlige samfundsøkonomiske beregninger i form af eksempelvis omkostningseffektivitetsanalyser og omkostningsnytteanalyser. I disse økonomiske analyser beregnes nettoomkostningerne pr. effekt- eller nytteenhed (Pedersen 2013). Analyserne muliggør samtidig en beregning af, om forandringstiltaget er en god investering ift. nuværende praksis for tidlig opsporing af borgere med KOL.

For at kunne vurdere om forandringstiltaget er gennemførligt i praksis, er det samtidig nødvendigt at undersøge det organisatoriske niveau. Eftersom forandringstiltaget skal foregå hos de praktiserende læger, som desuden har en central rolle ift., at identificere de borgere som skal tilbydes screeningerne, vurderes det som nødvendigt at undersøge deres perspektiv på forandringstiltaget inden implementeringen. Til trods for at de fleste lægepraksis' i dag har det fornødne udstyr til at gennemføre spirometri (Vestbo et al. 2007), handler det i højere grad om, hvorvidt lægerne betragter det som gennemførligt, og om de overhovedet vil deltage samt har tid og ressourcer til at håndtere ekstra spirometri. Det findes derfor nødvendigt at afdække det organisatoriske niveau og dermed lægernes perspektiv på forandringstiltaget for at sikre gennemførligheden af dette. Med en forståelse af lægernes motivation og muligheder samt inddragelsen af samfundsøkonomiske analyser, vil der være sandsynlighed for at forandringstiltaget skal justeres. Hermed er det også muligt at forandringsspektivet vil have en større gennemførlighed i praksis.

## 9.4 Implementering

For at kunne skabe en forandring er det nødvendigt at forandringstiltaget, bestående af de to parallelle screeningsmetoder, implementeres på praksisniveau. Implementeringen af forandringstiltaget tager udgangspunkt i forbedringsmodellen udarbejdet af Institute for Healthcare Improvement, som er et redskab til afprøvning og implementering af konkrete ideer og forandringstiltag på praksisniveau (Institute for Healthcare Improvement 2003).

Forbedringsmodellen består af fire elementer; tre hovedspørgsmål og en metode til afprøvning og læring, plan-do-study-action-circle (PDSA-cirkel) (Figur 9-1). Metoden afprøves først i en lille skala eksempelvis et lægehus. Ved positiv påvist kvalitetsforbedring udvides metoden derefter til en større skala eksempelvis de resterende lægepraksis' (Institute for Healthcare Improvement 2003). Gennemførelse af test i lille skala er en let tilgængelig og overskuelig måde til at afprøve forandringstiltag, reflektere over udfaldet og enten justere eller afprøve tiltaget i en større skala. Hver testcyklus bidrager med ny viden og nye informationer om, hvordan forandringstiltaget virker i den konkrete praksis (Dansk Selskab for Patientsikkerhed 2013).



Figur 9-1: Forbedringsmodellen bestående af tre hovedspørgsmål og PDSA-cirklen udarbejdet med inspiration fra (Dansk Selskab for Patientsikkerhed 2013, s.6).



Figur 9-1 viser forbedringsmodellen med de dertilhørende tre hovedspørgsmål og PDSA-cirklen. I det følgende gennemgås forbedringsmodellen i relation til projektets forandringstiltag. Gennemgangen af PDSA-cirklen skal ses som en opsummering af projektets forandringstiltag.

#### **9.4.1 Forbedringsmodellen**

*Målopsætning: Hvad ønskes opnået?*

Forandringstiltaget har til formål at forandre nuværende praksis for tidlig opsporing af borgere med KOL, således at borgerne opspores tidligt i sygdomsforløbet. Målet med forandringstiltaget er dermed at mindske prævalensen af udiagnosticerede KOL tilfælde. Forandringstiltaget vil sandsynligvis skulle implementeres over en længere årrække, hvor en mindre andel af målgruppen i løbet af det første år inviteres eller opfordres til at blive screenet. Den resterende del af målgruppen inviteres løbende gennem den næste årrække. Efter at have indrullet alle borgere i målgruppen skal borgerne tilbydes screeningen hvert andet år. Det er dog nødvendigt at nye borgere, som ikke nødvendigvis var en del af målgruppen i første screeningsrunde, indrulles løbende. Dette kan muligvis sikres ved, at lægen løbende registrerer borgernes rygevaner.

*Monitorering af forandring: Hvornår er en forandring en forbedring?*

For at kunne måle eventuelle forbedringer, er det nødvendigt at forandringstiltaget først afprøves i en lille skala og at der anvendes en kontrolgruppe. Kontrolgruppen skal bestå af en lægepraksis, hvor de sundhedsprofessionelle fortsætter den nuværende praksis for tidlig opsporing af borgere med KOL. I en anden lægepraksis indføres forandringstiltaget. Efter en tid sammenlignes de to grupper for at vurdere om forandringen er en forbedring. Såfremt forandringstiltaget resulterer i at flere borgere med KOL opspores, sammenlignet med kontrolgruppen og dermed den nuværende praksis, vurderes forandringstiltaget som et udtryk for en forbedring. Forandringstiltaget kan derfor implementeres i en større skala. Det er dog vigtigt, at implementeringen tilpasses konteksten og dermed den enkelte lægepraksis.

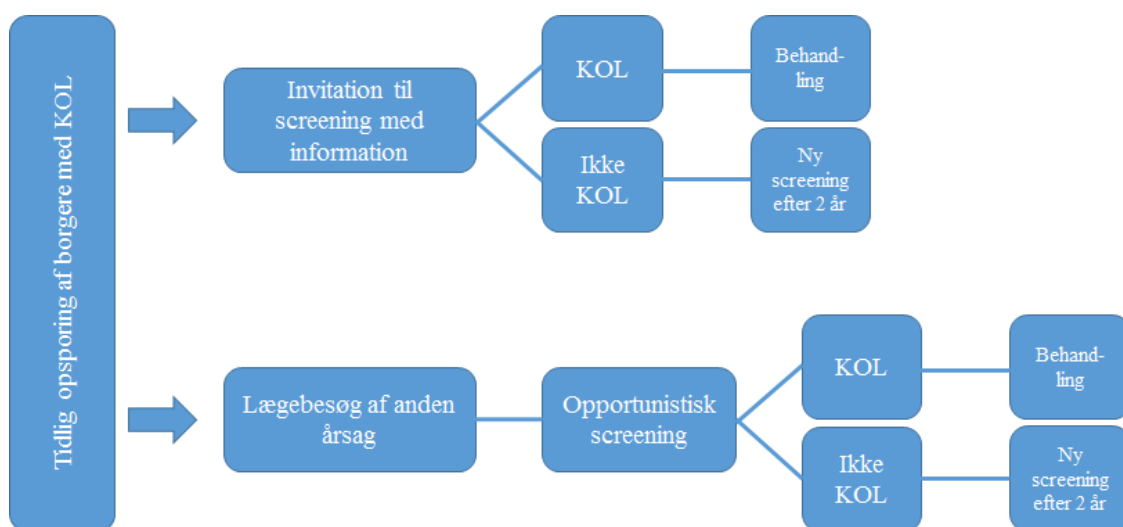
*Konkrete forandringstiltag: Hvilke forandringer kan iværksættes for at skabe forbedringer?*

For at skabe en forbedring iværksættes projektets forandringstiltag hos de praktiserende læger. Dette punkt uddybes under PDSA-cirklen.

## PDSA-cirklen

### Planlæg: Formulering af hypotese og planlæg hvem, hvad og hvor

- **Hypotese:** Forandringstiltaget vil resultere i, at en større andel af borgere med KOL opspores og opspores tidligere sammenlignet med nuværende praksis.
- **Hvem:** Målgruppen for forandringstiltaget er borgere over 35 år med ingen kompetencegivende uddannelse eller en kort uddannelse, som ryger eller er forhenværende rygere og som oplever minimum et af følgende symptomer; dyspnø ved fysisk aktivitet, hoste, ekspektorat eller recidiverende luftvejsinfektioner.
- **Hvad:** Forandringstiltaget består af to parallelle screeningsmetoder; invitation i e-boks og opportunistisk screening. Invitationen i e-boks ledsages af information om sygdommen og opfordrer borgere, som oplever symptomer på KOL til at kontakte egen læge. Ved den opportunistiske screening opfordres målgruppen, når de er i kontakt med lægen af anden årsag til at få foretaget spirometri, såfremt de oplever symptomer på KOL. Lægens opfordringer ledsages ligeledes af information om KOL. Screeningen foretages med spirometri, og såfremt  $FEV_1/FVC < 0,70$  diagnosticeres KOL. Borgere i risiko, hvor spirometri ikke giver holdepunkter for KOL, inviteres efter maksimalt to år til en ny spirometri for at sikre tidlig opsporing. Forandringstiltaget er illustreret på Figur 9-2.
- **Hvor:** Projektets forandringstiltag vil ikke være afgrænset til en bestemt geografisk kontekst, da tidlig opsporing anses som relevant i hele Danmark. Begge strategier vil foregå hos borgernes egen læge for at skabe tryghed. Spirometri foretages dog af en sygeplejerske grundet tid og ressourcer.



Figur 9-2: Forandringstiltaget bestående af to parallelle screeningsmetoder; invitation i e-boks og opportunistisk screening.

#### *Afprøv: Gennemfør afprøvning af forandringstiltaget og indsamle data*

Forandringstiltaget gennemføres i lille skala. Under gennemførelsen registreres antal sendte invitationer i e-boks, besvarelsesprocenten, og hvor mange af de som får foretaget spirometri, der diagnosticeres med KOL. For den opportunistiske screening registreres antal inviterede, samt hvor mange der får diagnosticeret KOL. Samtidig registreres data på de som responderer og de, som får diagnosticeret KOL, for at kunne afgøre om dele af målgruppen ikke indgår i screeningen. Dette gøres for at måle effekten af forandringstiltaget.

#### *Vurder: Sammenligner hypotese med indsamlet data*

Hypotesen sammenlignes med de indsamlede data, for at vurdere om forandringstiltaget er en forbedring af nuværende praksis for tidlig opsporing af borgere med KOL. Samtidig vurderes det, hvorvidt forandringstiltaget har den fornødne effekt ift. at komme i kontakt med målgruppen. I denne fase foretages en eksperimentel- og en procesevaluering for dels at måle effekterne og vurdere, hvad der virkede, og hvad der ikke fungerede. Dette uddybes i afsnit 9.5.

#### *Handling: Justering eller forkastning af forandringstiltaget*

I denne fase afgøres det, hvorvidt forandringstiltaget skal justeres eller forkastes på baggrund af effekt- og procesevalueringen. Resultaterne fra evalueringerne skal anvendes til at implementere forandringstiltaget i en ny praksis. Efter eventuelle justeringer og ved positiv påvist kvalitetsforbedring udvides metoden til landets øvrige lægepraksis'.

## **9.5 Forslag til evaluering**

Forandringstiltaget kan med fordel evalueres gennem en effekt- og en procesevaluering. Effektevalueringer anvendes til at afgøre effekterne af et givent tiltag, mens en procesevaluering har til formål at identificere hæmmende og fremmende forhold for den givne effekt (Rieper 2004). Ifølge Rieper er det ikke muligt at gennemføre en ideel effektevaluering hvis ikke de forhold, som har betydning for effekten, er kendte (Rieper 2004). Det vurderes derfor som fordelagtigt at udføre effektevalueringen sideløbende med procesevalueringen. I det følgende gennemgås kort disse evalueringer i relation til forandringstiltaget.

### *Effektevaluering*

Effektevalueringen foretages, som nævnt under monitorering af forandring, på baggrund af en sammenligning af effekterne fra forandringstiltaget (interventionsgruppe) og den nuværende praksis for tidlig opsporing af borgere med KOL (kontrolgruppe). Kontrolgruppen skal være sammenlignelig med interventionsgruppen (Rieper 2004), hvilket kan sikres ved at sammenligne to lægepraksis' fra samme lokalområde med nogenlunde ens sammensætning af borgere. På baggrund heraf er det muligt, at afgøre om de to parallelle screeningsmetoder resulterer i en effekt, som ikke ville have fundet sted, såfremt forandringstiltaget ikke var blevet implementeret.

### *Procesevaluering*

Denne evalueringsform har til formål at forstå forandringstiltagets effekt og kan anvendes med henblik på at forbedre og justere forandringstiltaget (Rieper 2004). Procesevalueringen tager udgangspunkt i borgerne og i de sundhedsprofessionelle, der hhv. administrerer og udsender invitationerne, samt sygeplejerskerne som foretager spirometri. Gennem interview med borgere som hhv. takker ja og nej til at deltage i screeningen, er det muligt at opnå en forståelse af, hvad der fungerede godt, og hvad der fungerede mindre godt. Med denne forståelse er det muligt at justere forandringstiltaget, således at flere borgere fra målgruppen fremadrettet screenes. Interviewene med de sundhedsprofessionelle formodes at kunne give indblik i, om forandringstiltaget er gennemførligt i den daglige praksis, og hvordan forandringstiltaget kan tilpasses den enkelte lægepraksis' behov.

## 10 Konklusion

---

*I følgende afsnit besvares projektets problemformulering; hvorledes kan nuværende praksis for tidlig opsporing af KOL blandt borgere over 35 år med ingen kompetencegivende uddannelse eller en kort uddannelse, som ryger eller er forhenværende rygere forandres, således at KOL kan opspores tidligt i sygdomsforløbet?*

På baggrund af projektets resultater fremgår en diversitet i målgruppens barrierer og motiver for tidlig opsporing af KOL. Det kan derfor konkluderes, at det er nødvendigt at udforme et multifacetteret forandringstiltag, da én strategi ikke umiddelbart kan nå hele målgruppen. Det anbefales, at der udformes to parallelle screeningsmetoder bestående af invitation i e-boks og opportunistisk screening. Invitationen i e-boks henvender sig særligt til de borgere, som sjældent går til lægen og muliggør, at borgerne i højere grad kan bevare selvbestemmelsen. Den opportunistiske screening er derimod i højere grad relevant for de borgere, som jævnligt er i kontakt med egen læge, og de som ønsker, at lægen tager initiativ og opfordrer borgerne til adfærdsændringer. Invitationsformerne ledsages af information om KOL, da målgruppen oplever manglende viden om sygdommen som en barriere for tidlig opsporing, og samtidig oplever at information om KOL er en vigtig motivationsfaktor for at deltage i forandringstiltaget. Begge screeninger vil foregå hos borgerens egen læge, da denne arena bedst rammer målgruppens ønsker og behov om, at forandringstiltaget bør foregå der hvor de allerede kommer, og hvor de kender den sundhedsprofessionelle. Til trods for at forandringstiltaget er udformet med udgangspunkt i borgernes barrierer og motiver, vil det formodentligt ikke være relevant for alle borgere over 35 år med ingen kompetencegivende uddannelse eller en kort uddannelse, som ryger eller er forhenværende rygere. Dette skyldes, at det ikke var muligt at rekruttere de under 45 år samt de mindre motiverede og resourcesvage borgere til interviewene. Forandringstiltaget er derfor kun udformet med udgangspunkt i dele af målgruppens barrierer og motiver. Det vurderes dog, at forandringstiltaget vil kunne skabe et incitament til adfærdsændring for hele målgruppen grundet den multifacetteret udformning, som forsøger at ramme målgruppen bredt. Gennem en kombination af de to screeningsmetoder formodes det således, at det er muligt at forandre nuværende praksis og derved sikre, at borgere med KOL opspores tidligt i sygdomsforløbet.

Forandringstiltaget bør betragtes som en række anbefalinger for tidlig opsporing af borgere med KOL. Det er dog nødvendigt at undersøge det samfundsøkonomiske- og organisatoriske perspektiv på forandringstiltaget for at sikre, at det er gennemførligt i praksis. Til trods for at gruppen har forsøgt

at være bevidste om egen forforståelse af det undersøgte genstandsfelt, kan resultaterne og de konklusioner der drages stadig være præget af gruppens forforståelse. Yderligere undersøgelser er derfor nødvendige for at kunne verificere projektets resultater og dermed forandringstiltaget.

# 11 Litteraturliste

---

American Psychological Association, 2016. PsycINFO. Available at:

<http://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/> [Åbnet April 10, 2016].

Andersen, P.T., 2014. Empowerment som frigørelse. I *Sundhedssociologi: En grundbog*.

København: Hans Reitzels Forlag, s. 213–230.

Andersen, P.T., Jørgensen, S.K. & Larsen, E.L., 2011. For the sake of health! Reflections on the contemporary use of social capital and empowerment in Danish health promotion policies. *Soc Theory Heal*, 9(1), s.87–107.

Arne, M. et al., 2007. COPD patients' perspectives at the time of diagnosis: A qualitative study.

*Primary Care Respiratory Journal*, 16(4), s.215–221. Available at:

<http://dx.doi.org/10.3132/pcrj.2007.00033>.

Backer, V. et al., 2008. Walk-in ambulant lungefunktionservice for rygere i København - etårsopfølgelse. *Ugeskrift for Læger*, 170(35), s.2682–2685.

Barthwal, M.S. & Singh, S., 2014. Early detection of chronic obstructive pulmonary disease in asymptomatic smokers using spirometry. *Journal of Association of Physicians of India*, 62, s.238–242.

Blackstone, A., 2002. *Principles of Sociological Inquiry: Qualitative and Quantitative Methods*, Washington DC. Available at:

[http://catalog.flatworldknowledge.com/bookhub/reader/3585?e=blackstone\\_1.0-ch07\\_s02\ninternal-pdf://13/Principles of Sociological Inquiry Qualitative an.html](http://catalog.flatworldknowledge.com/bookhub/reader/3585?e=blackstone_1.0-ch07_s02\ninternal-pdf://13/Principles of Sociological Inquiry Qualitative an.html).

Brinkmann, S. & Tanggaard, L., 2015. Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. I S.

Brinkmann & L. Tanggaard, red. *Kvalitative metoder. En grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag, s. 29–53.

Burkhardt, R. & Pankow, W., 2014. Diagnostik der chronisch obstruktiven lungenerkrankung.

*Deutsches Arzteblatt International*, 111(49), s.834–846.

Buus, N. et al., 2008. *Litteratursøgning i praksis*, Århus: Fagbladet Sygeplejersken.

Børlum Kristensen, F. & Sigmund, H., 2007. *Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering*,

København. Available at: <http://www.sst.dk/mtv>.

- CASP UK, 2013. CASP CHECKLISTS. Available at: <http://www.casp-uk.net/#!/checklists/cb36> [Åbnet April 25, 2016].
- Castillo, D. et al., 2015. Airflow obstruction case finding in community-pharmacies: A novel strategy to reduce COPD underdiagnosis. *Respiratory Medicine*, 109(4), s.475–482. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmed.2015.02.009>.
- Christensen, U., Nielsen, A. & Schmidt, L., 2007. Det kvalitative forskningsinterview. I S. Vallgård & L. Koch, red. *Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab*. København: Munksgaard, s. 61–89.
- Dahlager, L. & Fredslund, H., 2011. Hermeneutisk analyse - forståelse og forforståelse. I S. Vallgård & L. Koch, red. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. København: Gyldendal Akademisk.
- Dalum, P., Sonne, T.F. & Davidsen, M.-M., 2000. *At tale om forandring - en bog om sundhedsadfærd og motiverende samtaleteknik* 1. udg., København: Tobasrådet.
- Danmarks lungeforening, 2013. *KOL-bogen - En patientvejledning fra Danmarks Lungeforening*, København.
- Dansk Selskab for Almen Medicin, 2008. *KOL i almen praksis*, Viby J.
- Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2013. *Metoder til hurtige og holdbare forbedringer i sundhedsvæsenet*, Hvidovre.
- Datatilsynet, 2015. Sammenskrevet udgave af persondataloven. Available at: <http://www.datatilsynet.dk/lovgivning/persondataloven/> [Åbnet April 3, 2016].
- Davidhizar, R., 1983. Critique of the health-belief mode ! *Journal of Advanced Nursing*, 8, s.467–472.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M., 2002. *Handbook of Self-Determination Theory Research*, Rochester: University of Rochester Press.
- DeJong, S.R. & Veltman, R.H., 2004. The effectiveness of a CNS-led community-based COPD screening and intervention program. *Clinical Nurse Specialist*, 18(2), s.72–79.
- Dirven, J.A.M. et al., 2013a. Early detection of COPD in general practice: Implementation, workload and socioeconomic status. A mixed methods observational study. *Primary Care Respiratory Journal*, 22(3), s.338–343. Available at:



<http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2013.00071>.

Dirven, J.A.M. et al., 2013b. Early detection of COPD in general practice: Patient or practice managed? A randomised controlled trial of two strategies in different socioeconomic environments. *Primary Care Respiratory Journal*, 22(3), s.331–337. Available at: <http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2013.00070>.

EBSCO, CINAHL with full text. Available at:

[http://support.ebsco.com/help/index.php?help\\_id=DB:52](http://support.ebsco.com/help/index.php?help_id=DB:52) [Åbnet April 10, 2016].

Elsevier B.V., 2016. FAQs. Available at: <https://www.elsevier.com/solutions/embase-biomedical-research/learn-and-support#insight> [Åbnet April 10, 2016].

Fabricius, P. et al., 2011. Prevalence of COPD in Copenhagen. *Respiratory Medicine*, 105(3), s.410–417. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmed.2010.09.019>.

Fisher, J.D. & Fisher, W.A., 2000. Theoretical Approaches to Individual-Level Change in HIV Risk Behavior. *Center for Health, Intervention, and Prevention*, 1(1), s.29–45.

Frandsen, T.F. et al., 2014. En guide til valide og reproducerbare systematiske litteratursøgninger. *Ugeskrift for læger*, 176(7), s.647–651.

Frausing, E., 2015. Hvor hyppig er KOL? Available at: <https://www.lunge.dk/hvor-hyppig-er-kol> [Åbnet Februar 18, 2016].

Fredslund, H., 2001. *Når «vilde» problemer tæmmes. En filosofisk-hermeneutisk fortolkning af implementering af en forebyggelsessamtale på en afdeling på Bispebjerg Hospital*, København: Institut for Folkesundhedsvidenskab.

Gadamer, H.-G., 2007. *Sandhed og metode - grundtræk af en filosofisk hermeneutik* 2. udg., København: Academica.

Galobardes, B., Lynch, J. & Smith, G.D., 2007. Measuring socioeconomic position in health research. *British Medical Bulletin*, 81-82(1), s.21–37.

Garrard, J., 2011. *Health Sciences literature review mada easy: the matrix method* 4. udg., Burlington: Jones & Barlett Learning.

Goffman, E., 2009. *Stigma - om afvigerens sociale identitet* 2. udg., København: Samfundslitteratur.

GOLD, 2016. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Available at:

www.goldcopd.org.

- Hagelund, L. & Bøgelund, M., 2013. *Screening for livsstilssygdomme blandt personer med psykisk sygdom*, Holte: Sundheds- og Forebyggelsesudvalget.
- Haroon, S. et al., 2013. Case finding for chronic obstructive pulmonary disease in primary care: a pilot randomised controlled trial. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 63(606), s.55–62. Available at:  
<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84873812566&partnerID=tZOtx3y1>.
- Haroon, S.M. et al., 2015. Effectiveness of case finding strategies for COPD in primary care: a systematic review and meta-analysis. *NPJ primary care respiratory medicine*, 25, s.150–56. Available at: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84940540078&partnerID=tZOtx3y1>.
- Hegewald, M.J. & Crapo, R.O., 2007. Socioeconomic status and lung function. *Chest - Global Medicine*, 132(5), s.1608–1614.
- Hilberg, O. & Bendstrup, E., 2012. Lungesygdomme. I E. M. Bladsbjerg, A. Sandbæk, & B. M. Stallknecht, red. *Sygdomslære for ikke-klinikere*. København, s. 281–300.
- Hill, K. et al., 2010. Prevalence and underdiagnosis of chronic obstructive pulmonary disease among patients at risk in primary care. *Canadian Medical Association*, 182(7), s.673–678.
- Hochbaum, G.M., 1958. *Public participation in medical screening programs; A socio-psychological study*, Washington DC: Government printing office.
- Holton, K., 2012. *An Outcomes Strategy for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) and Asthma in England*, London. Available at:  
[http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/documents/digitalasset/dh\\_128428.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_128428.pdf).
- Holtug, N. et al., 2009. *Etik i forebyggelse og sundhedsfremme*, København: Sundhedsstyrelsen. Available at: [http://www.sst.dk/Udgivelser/2009/Etik\\_i\\_forebyggelse\\_og\\_sundhedsfremme.aspx](http://www.sst.dk/Udgivelser/2009/Etik_i_forebyggelse_og_sundhedsfremme.aspx).
- Institute for Healthcare Improvement, 2003. *The Breakthrough Series*, Cambridge.
- Jefferson, G., 1987. On exposed and embedded correction in conversation. I G. Button & R. E. Lee, red. *Talk and social organisation*. Clevedon: Multilingual Matters, s. 86–100.
- Jensen, J.M., 2009. Hverdagsliv og sundhedspædagogik - konturen af en pædagogik, der er sensitiv

- over for det levede liv. I V. Simovska, M. Carlsson, & B. B. Jensen, red. *Sundhedspædagogik og sundhedsfremme. Teori, forskning og praksis*. Århus: Aarhus Universitetsforlag, s. 63–81.
- Juul, S., 2013. *Epidemiologi og Evidens* 2. udg., København: Munksgaard.
- Jørgensen, M. et al., 2011. Sundhedsfremme i almen praksis. I 1 Oplag, red. *Sundhedsfremme i hverdagen - få mennesker du møder til at vokse*. København: Munksgaard, s. 61–75.
- Jørgensen, T., 2009. Sundhedsadfærd og forebyggelsesmodeller. I L. V. Sørensen, red. *Sundhedsfremme og Forebyggelse*. København: Gads Forlag, s. 40–57.
- Kjøller, M., Juel, K. & Kamper-Jørgensen, F., 2007. *Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007*, København: Statens institut for Folkesundhed.
- Konstantikaki, V. et al., 2011. Comparison of a network of primary care physicians and an open spirometry programme for COPD diagnosis. *Respiratory Medicine*, 105(2), s.274–281.  
Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmed.2010.06.020>.
- Korsbek, L., Bendix, A.F. & Kidholm, K., 2006. Profil af en systematisk søgning. *Ugeskrift for læger*, s.1–6.
- Kvale, S. & Brinkmann, S., 2009. *InterView* 2. udg., København: Hans Reitzels Forlag.
- Kølner-Augustson, L., Thøgersen, N., Faaborg, T.H. & Weinreich, U.M., 2015. The majority of participants with abnormal spirometry at walk-in consult their general practitioner as recommended. *Danish Medical Journal*, 62(November), s.2–5.
- Lange, P. & Rossing, P., 2014. Tidlig opsporing virker! Available at:  
<https://www.lunge.dk/nyheder/tidlig-opsporing-virker> [Åbnet Februar 27, 2016].
- Lange, P. & Søndergaard, J., 2013. Tidlig opsporing af KOL er vigtig og mulig. *Ugeskrift for læger*, 175(18), s.1247–50.
- Lau, C.J. et al., 2013. *Sundhedsprofil 2013 – Kronisk Sygdom*, Glostrup: Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden.
- Launsø, L., Olsen, L. & Rieper, O., 2011. Det paradigmatisk bagland. I *Forskning om og med mennesker*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, s. 44–63.
- Lykkegaard, J. et al., 2012. On the crest of a wave: Danish prevalence of hospitalisation-required COPD 2002-2009. *Respiratory Medicine*, 106(10), s.1396–1403.

- Lyngsø, A.M. et al., 2010. Early detection of COPD in primary care -The Copenhagen COPD Screening Project. *BMC Public Health*, 10(1), s.524. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20809934>.
- Lyngsø, A.M. et al., 2013. Early Detection of COPD in Primary Care: The Copenhagen COPD Screening Project. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 10(2), s.208–215. Available at: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/15412555.2012.714426>.
- Løkke, A., Dahl, R., et al., 2012a. *Danske KOL-Guidelines: DLS – 2012*, København: Dansk Lungemedicinsk Selskab.
- Løkke, A., Christensen, L.B. & Fuglsang, C., 2009. Walk-in-spirometri-pilotundersøgelse til tidlig opsporing af kronisk obstruktiv lungesygdom. *Ugeskrift for Læger*, 170, s.2682–2685.
- Løkke, A., Ulrik, C. & Dahl, R., 2012b. Detection of previously undiagnosed cases of COPD in a high-risk population identified in general practice. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 9(5), s.458–465. Available at: <http://dx.doi.org/10.3109/15412555.2012.685118> \n <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/15412555.2012.685118>.
- Marcos, P.J., 2016. Risk stratification for COPD diagnosis through an active search strategy in primary care. *International Journal of COPD*, 11(5), s.431–437.
- Ministeriet for Sundhed og forebyggelse, Stadens Serums Institut & Sundhedsstyrelsen, 2014. *Ulighed i sundhed - kroniske og langvarige sygdomme*, København.
- Moher, D. et al., 2010. CONSORT 2010 Explanation and Elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ*, 340, s.1–28. Available at: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.c869>.
- National Center for Biotechnology Information (US), 2005. PubMed Help. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK3827/> [Åbnet April 10, 2016].
- Pedersen, K.M., 2013. *Samfundsøkonomi* 1. udg., København: Munksgaard.
- Pedersen, L.E., 2014. Kol koster kassen. *Aarhus Universitet*. Available at: <http://clin.au.dk/aktuelt/nyhed/artikel/kol-koster-kassen-1/> [Åbnet Februar 19, 2016].
- Preil, B.J. & Kühne, E., 2012. *En introduktion til KOL - Værd at vide om sygdommen KOL*, København: Delta.

- Prescott, E., Lange, P. & Vestbo, J., 1999. Socioeconomic status, lung function and admission to hospital for COPD: Results from the Copenhagen City Heart Study. *European Respiratory Journal*, 13(5), s.1109–1114.
- Price, D. et al., 2009. Spirometry in primary care case-identification, diagnosis and management of COPD. *Primary Care Respiratory Journal*, 18(3), s.216–223.
- ProQuest, 2016. Sociological Abstracts: About. Available at: <http://proquest.libguides.com/SocAbs> [Åbnet April 10, 2016].
- Regeringen, 2002. *Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10*, København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Reinecker, L. & Jørgensen, P.S., 2008. *Den gode opgave - Håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser* 3. udg., Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur.
- Rennard, S.I. & Drummond, M.B., 2015. Early chronic obstructive pulmonary disease: Definition, assessment, and prevention. *The Lancet*, 385(9979), s.1778–1788. Available at: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60647-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60647-X).
- Rieper, O., 2004. *Håndbog i evaluering - Metoder til at dokumentere og vurdere proces og effekt af offentlige indsatser*, Odense: AKF Forlaget.
- Rieper, O. & Hansen, H.F., 2007. *Metodedebatten om evidens af Olaf Rieper*, København: AKF Rapport.
- Rose, G., 1992. *The Strategy of Preventive Medicine*, Oxford: Oxford University Press.
- Rosenstock IM, Strecher VJ, B.M., 1988. Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*. Q., 15(2), s.175–83.
- Rosenstock, I.M., 1974. Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs Winter*, 2(4), s.328–335.
- Sandelowsky, H. et al., 2011. The prevalence of undiagnosed chronic obstructive pulmonary disease in a primary care population with respiratory tract infections - a case finding study. *BMC Fam Pract*, 12(122), s.122.
- Sansores, R.H., Ramírez-Venegas, A., et al., 2013. Prevalence and diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease among smokers at risk. A comparative study of case-finding vs. screening strategies. *Respiratory Medicine*, 107(4), s.580–586.

- Schirnhofner, L. et al., 2011. Using targeted spirometry to reduce non-diagnosed chronic obstructive pulmonary disease. *Respiration*, 81(6), s.476–482.
- Schütz, A., 2005. *Alfred Schutz - Hverdagslivets sociologi - En tekstsamling* M. S. Larsen, red., København: Hans Reitzels Forlag.
- Statens Samfundsvidenskabelige Forskningsråd, 2002. *Vejledende Retningslinjer for Forskningsetik i Samfundsvidenskaberne*, København.
- Stratelis, G. et al., 2004a. Early detection of COPD in primary care : screening by invitation of smokers aged 40 to 55 years. *British Journal of General Practice*, (54), s.201–206.
- Stretcher, V. & Rosenstock, I.M., 1997. The Health Belief Model. I *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. s. 31–36.
- Sundhedsstyrelsen, 2015. *Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL*, København.
- Sundhedsstyrelsen, 2013. *Danskernes Sundhed - Tal fra Den Nationale Sundhedsprofil*, København.
- Sundhedsstyrelsen, 2007. *KOL – Kronisk Obstruktiv Lungesygdom - Anbefalinger for tidlig opsporing, opfølgning, behandling og rehabilitering*, København.
- Sundhedsstyrelsen, 2005. *Terminologi - forebyggelse sundhedsfremme og folkesundhed*, København: Center for Forebyggelse Sundhedsstyrelsen. Available at: <http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ2005/cff/termpjece/termpjece3jun05.pdf>.
- Sundhedsstyrelsen, 2010. *Det danske sundhedsvæsen i internationalt perspektiv*, København.
- Szklo, M. & Nieto, F.J., 2014. *Epidemiology - Beyond the basics* 3. udg., Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- The Cochrane Collaboration, 2016. About us. Available at: <http://www.cochrane.org/about-us> [Åbnet April 1, 2016].
- Thorn, J. et al., 2012. Improved prediction of COPD in at-risk patients using lung function pre-screening in primary care: A real-life study and cost-effectiveness analysis. *Primary Care Respiratory Journal*, 21(2), s.159–166. Available at: <http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2011.00104>.
- Tinkelman, D.G. et al., 2007. COPD screening efforts in primary care: What is the yield? *Primary*

*Care Respiratory Journal*, 16(1), s.41–48. Available at:  
<http://dx.doi.org/10.3132/pcrj.2007.00009>.

Toft, O.N.M., 2016. Professor: Lugesatsningerne er ikke lige gyldige. *Altinget*. Available at:  
<http://www.alinget.dk/sundhed/artikel/professor-lugesatsningen-er-ikke-lige-gyldig> [Åbnet  
Februar 23, 2016].

Ulrik, C.S. et al., 2011. Early detection of COPD in general practice. *International Journal of  
COPD*, 6(1), s.123–127.

University of Bern, 2009. STROBE Checklists. Available at: [http://stroke-  
statement.org/index.php?id=available-checklists](http://stroke-statement.org/index.php?id=available-checklists) [Åbnet April 25, 2016].

University of Oxford & Ottawa Hospital Research Institute, 2016. Welcome to the Preferred  
Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) website! Available at:  
<http://prisma-statement.org/> [Åbnet April 25, 2016].

Vallgård, S., 2009. Sundhedspolitik i de skandinaviske lande. I S. Glasdam, red. *Folkesundhed - i  
et kritisk perspektiv*. København: Dansk Sygeplejeråd - Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, s.  
166–187.

Vallgård, S., Diderichsen, F. & Jørgensen, T., 2014. *Sygdomsforebyggelse* 1. udg., København:  
Munksgaard.

Vestbo, J. et al., 2007. Dokumentation: Barrierer for optimal behandling af KOL - Eksperter har  
defineret syv barrierer, som hindrer den bedst mulige KOL-behandling. *Ugeskrift for Læger*,  
169(46), s.3956–60.

Weiss, G. et al., 2014. Detection of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Primary Care in  
Salzburg, Austria: *Karger*, 87, s.136–143.

Wilson, J. & Jungner, Y., 1968. Principles and practice of screening for disease. *World Health  
Organization*, 65(4), s.281–393.

# 12 Bilag

I følgende præsenteres projektets bilag bestående af interviewguiderne, informationsbrev, samtykkeerklæring, forandringsforslag, kodetræ samt en søgeprotokol.

## 12.1 Interviewguiderne

I interviewguiderne indgår hovedspørgsmål og underspørgsmål. Hovedspørgsmålene fungerer som de egentlige interviewspørgsmål, der stilles til respondenterne, mens underspørgsmålene er forslag til opfølgende spørgsmål, såfremt respondenterne ikke selv kommer ind på disse perspektiver.

### 12.1.1 Borgere som har fået stillet diagnosen KOL inden for de seneste to år

<b>Briefing</b> Præsentation af interviewer og observatør Formålet med interviewet Varighed, anonymitet, mulighed for at tilbagetrække samtykke samt diktafonens funktion Har du nogle spørgsmål eller kommentarer inden vi starter?		
Tema	Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål
<b>Præsentation af respondenterne</b>	Respondentens baggrund  Ryger respondenterne? Hvad var årsagen til at respondenterne stoppede med at ryge?  Har respondenterne fået diagnosticeret KOL?	Kan du fortælle mig lidt om dig selv? - Hvor gammel er du? - Hvad er du uddannet som? - Hvad laver du i dag?  Kriterierne for at deltage i dette interview var bl.a., at du skulle være ryger eller tidligere have røget igennem en længere periode. Kan du fortælle mig lidt om dine rygevaner? - Hvor mange år har du røget/røg du i? - Hvor mange cigaretter pr. dag? - Ryger du den dag i dag? ▪ Hvis nej, hvornår stoppede du? Hvad fik dig til at stoppe? ▪ Hvis ja, kan du fortælle hvad grunden er til at du ryger?  Har du fået diagnosticeret den kroniske lungesygdom KOL? - Hvis ja, hvornår og hvor svær var din KOL?
<b>Diagnosticering af KOL</b>	Hvad medførte at respondenterne fik diagnosticeret KOL?	Kan du prøve at beskrive så detaljeret som muligt, hvordan du fik stillet diagnosen KOL?  Kan du fortælle om tiden inden du fik diagnosticeret KOL. Hvordan havde du det? - Havde du en mistanke om sygdommen inden du fik diagnosen? - Hvis ja, hvor længe havde du denne mistanke? - Hvad gjorde du ved mistanken? - Hvor længe gik der før du gjorde noget? - Hvis nej, hvad var det der gjorde at du ikke havde en mistanke?



<b>Viden</b>	<p>Er manglende viden om risikoen for at udvikle KOL pga. rygning og manglende kendskab til symptomerne en medvirkende barriere for manglende tidlig opsporing?</p> <p>Hvordan kan øget opmærksomhed omkring sygdommen og symptomerne bevirke, at respondenter opspores tidligere i sygdomsforløbet?</p>	<p><i>Hvad vidste du om sygdommen KOL inden du selv fik den diagnosticeret?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kendte du til risikoen for at udvikle KOL og symptomerne på sygdommen før du fik diagnosen?</li> <li>- Hvordan følte du at information om risikoen for at udvikle KOL og symptomkendskab var relevant/ikke relevant for dig?</li> </ul> <p><i>Hvordan tror du, at viden om risikoen for at udvikle KOL og symptomkendskab kunne have påvirket din tilbøjelighed til at søge læge og få testet din lungefunktion tidligere?</i></p> <p>Tidlig opsporing og diagnose kan bevirke at du får flere gode leveår. Samtidig er behandlingsmulighederne større såfremt du opspores tidligt.</p> <p><i>Hvordan tænker du, at denne information kunne have påvirket din beslutning om at søge læge tidligere?</i></p>
<b>Motiver</b>	<p>Hvad motiverede respondenter til at få foretaget spirometri? Og hvad ville have motiveret vedkommende til at blive opsporet tidligere?</p> <p>Hvordan kan samfundet gøre det lettere for borgere at blive opsporet tidligere?</p>	<p>Sundhedsstyrelsen anbefaler at alle over 35 år, som ryger eller har røget bør få testet deres lungefunktion med få års mellemrum.</p> <p><i>Kan du fortælle mig, hvad der motiverede dig til at søge læge og blive undersøgt for sygdommen?</i></p> <p>Hvis samfundet skulle lave et tilbud, som gør det let for borgere i risiko for at udvikle KOL at blive opsporet tidligere.</p> <p><i>Kan du fortælle mig, hvordan dette tilbud skal se ud, for at du vil deltage?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvad er dine idéer?</li> </ul>
<b>Barrierer</b>	<p>Hvilke øvrige barrierer end manglende viden oplever respondenter i forbindelse med tidlig opsporing af KOL?</p>	<p><i>Kan du beskrive, hvad du mener er grunden til, at du ikke har fået målt din lungefunktion tidligere?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lægens manglende opmærksomhed</li> <li>- Skyldsfølelse</li> <li>- Ser ikke dig selv som syg eller i risiko</li> <li>- Magter ikke en diagnose</li> </ul> <p><i>Kan du beskrive, hvordan du oplevede at tage kontakt til lægen ved mistanke om sygdom?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvordan påvirkede tanken om at få stillet diagnosen KOL din tilbøjelighed til at gå til læge og få målt lungefunktionen?</li> <li>- Hvordan påvirkede det dig at skulle fortælle lægen, hvordan du havde det?</li> <li>- Hvilke udfordringer har du oplevet i forbindelse med at søge læge med henblik på tidlig opsporing af KOL?</li> </ul> <p><i>Kan du fortælle mig, hvordan du oplevede hele forløbet – før og under diagnosticeringen.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvad tænker du kunne have været anderledes og medført, at din sygdom var blevet opdaget tidligere?</li> <li>- Hvad mener du fungerede godt?</li> </ul>
<b>Forandring</b>	<p>Hvordan kan forskellige forandringsiltag motivere borgere til at få foretaget spirometri med henblik på tidlig opsporing af KOL?</p>	<p>Jeg beskriver nu nogle måder, som man kunne forestille sig at invitere borgere til tidlig opsporing for KOL.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Invitation med brev?</li> <li>- Spørgeskema og efterfølgende test?</li> <li>- Walk-in spirometri?</li> <li>- KOL-bus?</li> <li>- Hos lægen når du allerede er der?</li> </ul>

		<p>- Kombination af en af disse og information om KOL? (De forskellige forslag præsenteres på små kort (bilag 12.4), og respondenterne forklarer tankerne bag det enkelte forslag.)</p> <p><i>Kan du fortælle mig, hvorvidt du ville deltage i dette tilbud? Hvilke overvejelser ville du gøre dig omkring det?</i> (Disse spørgsmål stilles for hvert af forslagene.)</p>
<p><b>Debriefing</b> <i>Her til sidst har du noget du gerne vil tilføje? Har du nogle spørgsmål?</i> Vi siger tak fordi din tid og deltagelse i interviewet.</p>		

## 12.1.2 Borgere i risiko for at udvikle KOL

<p><b>Briefing</b> Præsentation af interviewer og observatør Formålet med interviewet Varighed, anonymitet, mulighed for at tilbagetrække samtykke samt diktafonens funktion <i>Har du nogle spørgsmål eller kommentarer inden vi starter?</i></p>		
Tema	Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål
<b>Præsentation af respondenterne</b>	<p>Respondentens baggrund</p> <p>Ryger respondenterne? Hvad var årsagen til at respondenterne stoppede med at ryge?</p> <p>Har respondenterne fået diagnosticeret KOL?</p>	<p><i>Kan du fortælle mig lidt om dig selv?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvor gammel er du?</li> <li>- Hvad er du uddannet som?</li> <li>- Hvad laver du i dag?</li> </ul> <p>Kriterierne for at deltage i dette interview var bl.a., at du skulle være ryger eller tidligere have røget igennem en længere periode.</p> <p><i>Kan du fortælle mig lidt om dine rygevaner?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvor mange år har du røget/røg du i?</li> <li>- Hvor mange cigaretter pr. dag?</li> <li>- Ryger du den dag i dag? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hvis nej, hvornår stoppede du? Hvad fik dig til at stoppe?</li> <li>▪ Hvis ja, kan du fortælle hvad grunden er til at du ryger?</li> </ul> </li> </ul> <p><i>Har du fået diagnosticeret den kroniske lungesygdom KOL? Hvis ja, hvornår og hvor svær var din KOL?</i></p>
<b>Risiko for at udvikle KOL</b>	<p>Hvordan oplever respondenterne risikoen for at udvikle KOL?</p>	<p>KOL er en sygdom, som udvikler sig over længere tid og kan medføre besværet vejrtrækning, hoste, øget slimdannelse o.l. Årsagen skyldes i mange tilfælde rygning.</p> <p><i>Kan du beskrive hvordan du haft det på det seneste?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Har dette givet dig mistanke om sygdommen KOL?</li> <li>- Hvad gjorde du så?</li> <li>- Hvad var årsagen til du reagerede/ikke reagerede?</li> <li>- Hvor lang tid gik du med mistanke om sygdom?</li> </ul>
<b>Viden</b>	<p>Er manglende viden om risikoen for at udvikle KOL pga. rygning og manglende kendskab til symptomerne en medvirkende barriere for manglende tidlig opsporing?</p> <p>Hvordan kan øget opmærksomhed på KOL og symptomerne bevirke at respondenterne</p>	<p><i>Hvad ved du om sygdommen KOL?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kender du til risikoen for at udvikle KOL og symptomerne på sygdommen?</li> <li>- Hvordan føler du, at informationen er relevant/ikke relevant for dig?</li> </ul> <p>KOL kan opspores ved en simpel test af din lungefunktion. <i>Hvordan tror du, at øget viden om risikoen for at udvikle KOL og symptomkendskab vil påvirke din tilbøjelighed til at søge læge og få testet din lungefunktion?</i></p>

	opsføres tidligere i sygdomsforløbet?	Tidlig opsporing og diagnose kan bevirke at du får flere gode leveår. Samtidig er behandlingsmulighederne større såfremt du opspores tidligt. <i>Hvordan tænker du, at denne information kan påvirke din beslutning om at søge læge?</i>
<b>Motiver</b>	Hvad ville motivere respondenter til at få foretaget en spirometri?  Hvordan kan samfundet gøre det lettere for borgeren at blive tidligt opsporet?	Sundhedsstyrelsen anbefaler at alle over 35 år, som ryger eller har røget bør få testet deres lungefunktion med få års mellemrum. <i>Kan du fortælle mig, hvad der ville motivere dig til at søge læge og blive undersøgt for sygdommen?</i>  Hvis samfundet skulle lave et tilbud, som gør det let for borgere i risiko for at udvikle KOL at blive opsporet tidligere. <i>Kan du fortælle mig, hvordan dette tilbud skal se ud, for at du vil deltage?</i> - Hvad er dine idéer?
<b>Barrierer</b>	Hvilke øvrige barrierer end manglende viden oplever respondenter i forbindelse med tidlig opsporing af KOL?	<i>Kan du beskrive, hvad du mener er grunden til, at du ikke har fået målt din lungefunktion tidligere?</i> - Lægens manglende opmærksomhed - Skyldfølelse - Ser ikke dig selv som syg eller i risiko - Magter ikke en diagnose  <i>Hvordan påvirker tanken om, at din læge sandsynligvis vil snakke om rygestop eller spørge ind til dine rygevaner, din tilbøjelighed til at gå til læge og få målt lungefunktionen?</i> - Hvordan påvirker tanken om at få stillet en KOL diagnose din tilbøjelighed til at gå til læge og få målt lungefunktionen? - Hvordan påvirker det dig at skulle fortælle lægen, hvordan du har det? - Hvilke udfordringer har du oplevet i forbindelse med at søge læge med henblik på måling af din lungefunktion?
<b>Forandring</b>	Hvordan kan forskellige forandringstiltag motivere borgere til at få foretaget spirometri med henblik på tidlig opsporing af KOL?	Jeg beskriver nu nogle måder, som man kunne forestille sig at invitere borgere til tidlig opsporing for KOL. - Invitation med brev? - Spørgeskema og efterfølgende test? - Walk-in spirometri? - KOL-bus? - Hos lægen når du allerede er der? - Kombination af en af disse og information om KOL?  (De forskellige forslag præsenteres på små kort (bilag 12.4), og respondenterne forklarer tankerne bag det enkelte forslag.)  <i>Kan du fortælle mig, hvorvidt du ville deltage i dette tilbud? Hvilke overvejelser ville du gøre dig omkring det?</i> (Disse spørgsmål stilles for hvert af forslagene.)
<b>Debriefing</b> <i>Her til sidst har du noget du gerne vil tilføje? Har du nogle spørgsmål? Vi siger tak fordi din tid og deltagelse i interviewet.</i>		

## 12.2 Informationsbrev

*Kære borger*

Vi er to unge kvinder fra Aalborg Universitet, som er ved at skrive vores speciale i Folkesundhedsvidenskab. I den forbindelse ønsker vi at undersøge borgeres barrierer for at gå til lægen og få foretaget en lungefunktionsmåling, samt hvilke behov, ønsker og motiver de har i forbindelse hermed. Formålet med projektet er at forandre den nuværende praksis for tidlig opsporing af borgere med KOL. Vi ønsker i den forbindelse at udføre interviews med dig, hvis du er over 35 år og ryger eller er forhenværende ryger.

Din deltagelse i interviewet er frivillig, og du har ret til på ethvert tidspunkt at trække din deltagelse og samtykke tilbage. Vælger du at deltage i interviewet, vil du blive anonymiseret, hvormed dit navn ikke vil fremstå nogle steder i vores speciale. Det vil altså ikke være muligt for andre at spore dine oplevelser tilbage til dig. Interviewet vil have en varighed på 30-45 minutter, og hvis muligt, finde sted i dit hjem for at skabe tryghed for dig.

Interviewet vil blive optaget for at vi kan gengive dine oplevelser af de føromtalte barrierer og motiver. Optagelsen vil blive slettet efter projektets afslutning i juni.

Hvis du har spørgsmål før eller efter interviewet, eller ønske at trække din deltagelse tilbage, kan du kontakte os på tlf.: xxxxxxxx eller e-mail: 16gr10310@hst.aau.dk.

Vi håber at høre fra dig.

*Venlig hilsen*

Ninna Jakobsen og Mathilde Juul Kristensen

## 12.3 Samtykkeerklæring

Vedrørende: Deltagelse i 4. semesters projekt på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab ved Aalborg Universitet.

Formål: At forandre nuværende praksis for tidlig opsporing af borgere med KOL. Forandrings-tiltaget vil indeholde et forslag til en konkret strategi for, hvorledes det er muligt at opspore borgere med KOL tidligt i sygdomsforløbet. Strategien vil være målrettet rygere og forhenværende rygere over 35 år med ingen kompetencegivende uddannelse eller en kort uddannelse.

Interview: Gennem interviewet ønsker vi at få et indblik i dine oplevelser, barrierer og motiver i forbindelse med at søge læge ift. at få undersøgt din lungefunktion, som kan være ned-sat grundet rygningen.

Jeg er blevet informeret om:

- At min deltagelse er frivillig, og at jeg har ret til at tilbagetrække mit samtykke, såfremt jeg ikke ønsker at deltage.
- At min identitet og mine udtalelser anonymiseres.
- At optagelserne fra interviewet vil blive slettet efter projektafleveringen.

Jeg giver hermed mit samtykke til at deltage i interviewet.

Underskrift

---

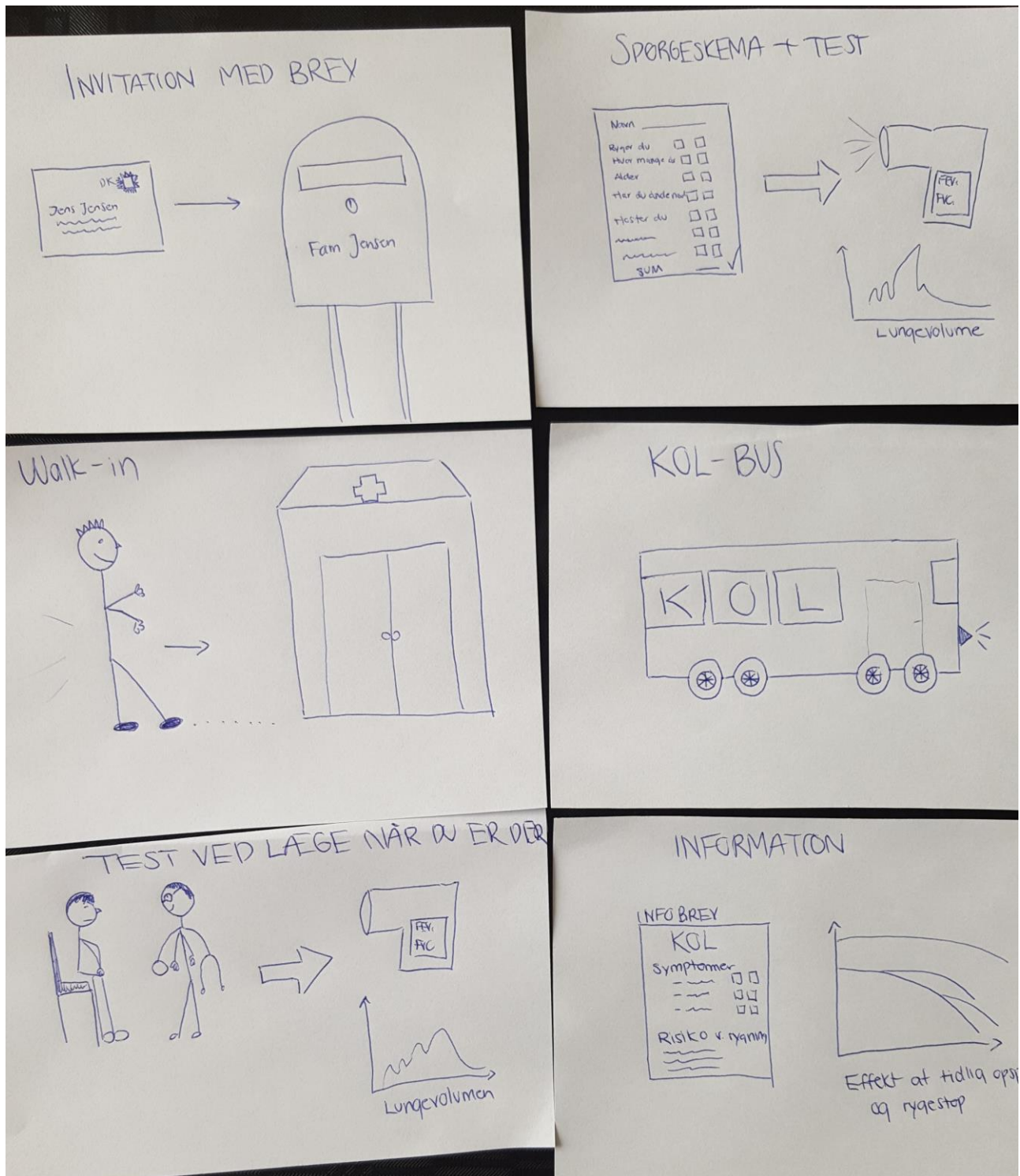
Dato            Navn

Interviewers underskrift

---

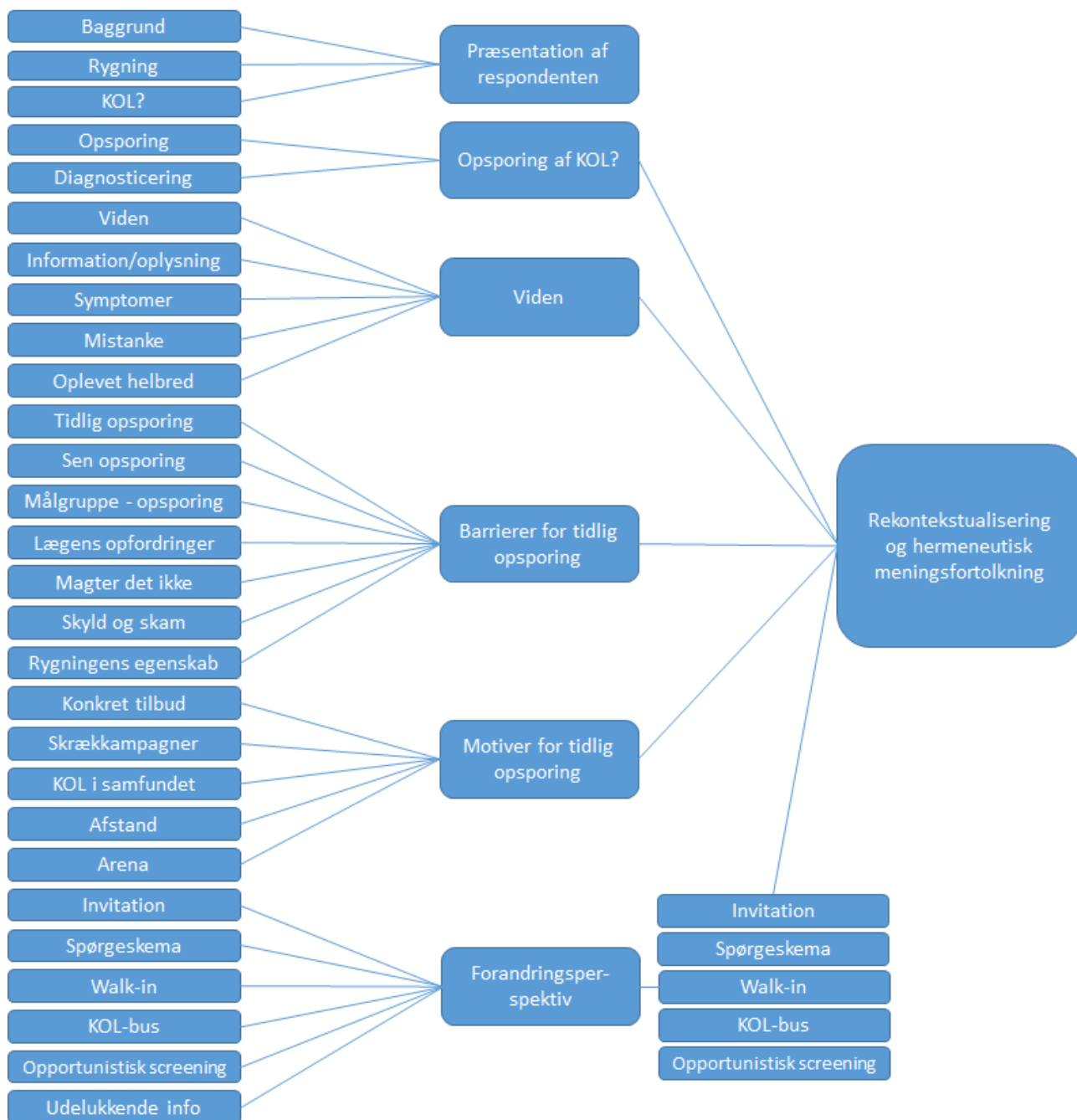
Dato            Navn

## 12.4 Forandringsforslag



Figur 12-1: Illustrationer over de forandringstiltag som respondenterne præsenteres for.

## 12.5 Kodetræ



Figur 12-2: Kodetræ. Længst til venstre ses de overordnede koder. I midten ses de temaer, som koderne blev operationaliseret til. Temaet forandringsperspektiv har fem underordnede subgrupper. Samlet set indgår de fem temaer i fjerde trin af analysestrategien; rekontekstualisering og hermeneutisk meningsfortolkning af interviewene.



## 12.6 Søgeprotokol

Dette bilag præsenterer projektets søgeprotokol for den systematiske søgning.

### Problemformulering

*Hvorledes kan nuværende praksis for tidlig opsporing af KOL blandt borgere over 35 år med ingen kompetencegivende uddannelse eller en kort uddannelse, som ryger eller er forhenværende rygere forandres, således at KOL kan opspores tidligt i sygdomsforløbet?*

- Hvordan kan viden fra empirien og Health Belief Modellen bidrage til at give en forståelse af de barrierer og motiver borgere over 35 år med ingen kompetencegivende uddannelse eller en kort uddannelse, som ryger eller er forhenværende rygere, oplever i forbindelse med tidlig opsporing?
- Hvordan kan forandring af nuværende praksis for tidlig opsporing af borgere med KOL muliggøres med udgangspunkt i ovenstående?

### Begrundelse for valg af databaser

Database	
PsycInfo	PsycInfo er en central psykologisk og sundhedsvidenskabelig database, som har fokus på menneskers oplevelse af fænomener (American Psychological Association 2016). Den findes derfor relevant i forståelsen af, hvorfor borgerne ikke tage mod tiltag om screening, og hvad der kunne motivere dem til at ændre adfærd. Thesaurus i denne database kaldes Termfinder.
CINAHL	CINAHL indekserer studier indenfor en række sundhedsfaglige tidsskrifter med fokus på bl.a. subjektsspecifikke oplevelser, sygepleje, sundhedsfremme samt forebyggelse (EBSCO udateret). Denne database findes relevant ift. at kunne belyse borgernes oplevelser i forbindelse med opsporing og diagnosticering af sygdomme. Thesaurus i denne database kaldes CINAHL Headings.
Sociological Abstract	Sociological Abstract er en sociologisk database, som indekserer litteratur fra sundhedssociologien og relaterede discipliner, som bl.a. social- og adfærdsmæssige videnskaber (ProQuest 2016). Denne database findes relevant ift. at opnå viden om, hvorfor borgerne vælger/fravælger at ændre adfærd i forbindelse med tidlig opsporing. Thesaurus i denne database kaldes Thesaurus.
PubMed	PubMed er den største database inden for alle områder af medicin, herunder folkesundhed, biomedicinsk forskning samt sundhedsvidenskab med særligt fokus på det biomedicinske og sygeplejefaglige felt (National Center for Biotechnology Information (US) 2005). Netop derfor findes databasen relevant ift. at undersøge, hvilken viden der eksisterer om tidlig opsporing af borgere med KOL. Thesaurus i denne database kaldes MeSH.
EMBASE	Embase er en af verdens største databaser, som hovedsageligt indekserer europæisk litteratur inden for bl.a. samfundsmedicinske områder og sundhedsteknologi (Korsbek et al. 2006; Elsevier B.V. 2016). Modsat PubMed indekserer Embase i højere grad europæisk litteratur (Korsbek et al. 2006), hvorved generaliserbarheden af den systematiske søgning højnes. Thesaurus i denne database kaldes for Emtree.



Cochrane Library	Cochrane Library er en sundhedsvidenskabelig database, som indekserer studier af høj metodologisk evidens (The Cochrane Collaboration 2016; Korsbek et al. 2006). I databasen findes systematiske oversigter over effekten af forebyggelses- og behandlingsindsatser. Disse har til formål at sikre, at der foretages evidensbaserede beslutninger i sundhedsvæsenet (The Cochrane Collaboration 2016). Cochrane Library findes derfor relevant i forbindelse med identificering af, hvorledes nuværende praksis for tidlig opsporing af borgere med KOL kan forandres. Ved at benytte denne database kan kvaliteten af projektets litteraturstudie samtidig højnes. Thesaurus i denne database kaldes MeSH.
------------------	--

### Blokskema for første systematiske søgestrategi

AND			
	1. Facet Screening	2. Facet Patient perspektiv	3. Facet A. Barrier B. Motivation
OR	<b>PsycInfo</b> Screening [Index term] Screening [Fritekst] "Early Diagnosis" [Fritekst] "Early Detection" [Fritekst]	Client Attitudes [Index term] "Client Attitudes" [Fritekst] "Patient Perspective" [Fritekst] "Patient Experience" [Fritekst]	A: Barriers [Fritekst] "Barriers to change" [Fritekst]  B: Motivation [Index term] Motivation [Fritekst]
	<b>CINAHL</b> Health Screening [CINAHL headings] "Health Screening" [Fritekst] Screening [Fritekst] Early Diagnosis [CINAHL headings] "Early Diagnosis" [Fritekst]	Patient Attitudes [CINAHL headings] "Patient Attitudes" [Fritekst] "Patient Perspective" [Fritekst] "Patient Experience" [Fritekst]	A: Barriers [Fritekst] "Barriers to change" [Fritekst]  B: Motivation [CINAHL headings] Motivation [Fritekst]
	<b>Sociological Abstract</b> Screening [Fritekst] "Early Diagnosis" [Fritekst] "Early Detection" [Fritekst]	"Patient Attitudes" [Fritekst] "Patient Perspective" [Fritekst] "Patient Experience" [Fritekst]	A: Constraints [Thesaurus] Constraints [Fritekst] "Barriers to change" [Fritekst] Barriers [Fritekst]  B: Motivation [Thesaurus] Motivation [Fritekst]

## Blokskema for anden systematisk søgestrategi

AND			
	1. Facet KOL	2. Facet Rygning	3. Facet Tidlig opsporing/ Screening
OR	<b>PubMed</b> Pulmonary Disease, Chronic Obstructive [Mesh] "Chronic Obstructive Pulmonary Disease" [Fritekst] COPD [Friteks]	Smoking [Mesh] Smoking [Fritekst]	Screening [Fritekst] Early Diagnosis [Mesh] "Early Diagnosis" [Fritekst] "Early Detection" [Fritekst]
	<b>Embase</b> Chronic Obstructive Lung Disease [Emtree] "Chronic Obstructive Lung Disease" [Fritekst] COPD [Friteks]	Smoking [Emtree] Smoking [Fritekst]	Screening [Fritekst] Early Diagnosis [Emtree] "Early Diagnosis" [Fritekst] "Early Detection" [Fritekst]
	<b>Cochrane Library</b> Pulmonary Disease, Chronic Obstructive [Mesh] "Chronic Obstructive Pulmonary Disease" [Fritekst] COPD [Friteks]	Smoking [Mesh] Smoking [Fritekst]	Screening [Fritekst] Early Diagnosis [Mesh] "Early Diagnosis" [Fritekst] "Early Detection" [Fritekst]

## Afgrænsninger med limits funktion

Hvor det er muligt anvendes følgende limits:

- Mennesker
- Sprog; engelsk, dansk, svensk og norsk
- Voksne

Database	Limits
PubMed	Sprog (engelsk, dansk, svensk og norsk), mennesker, +19 år
CINAHL	Sprog (engelsk), +18 år
Cochrane Library	Ingen limits
PsycInfo	Human, +17 år
Embase	Sprog (engelsk, dansk, svensk og norsk), mennesker, voksne
Sociological Abstracts	Sprog (engelsk, dansk, svensk og norsk)

### Resultater for første systematiske søgestrategi

	CINAHL	PsycInfo	Sociological Abstract
1. Facet	78.850	68.808	3.264
2. Facet	23.229	16.218	89
3A. Facet (barrierer)	35.810	40.961	23.668
3B. Facet (motivation)	21.853	133.088	17.774
1. AND 2.	1.160	433	3350
1. AND 2. AND 3A.	162	63	2
1. AND 2. AND 3B.	49	23	56
1. AND 2. AND 3A. med limits	125	56	2
1. AND 2. AND 3B. med limits	33	21	55

### Resultater for anden systematiske søgestrategi

	PubMed	Embase	Cochrane Library
1. Facet KOL	65.595	105.251	11.504
2. Facet Smoking	226.696	351.051	18.732
3. Facet Screening	5.536.585	924.915	27.452
1. AND 2.	10.152	20.590	1.147
1. AND 2. AND 3.	4345	1670	265
Med limits	2448	530	-

### Inklusionskriterier

- Fælles for søgestrategierne:
  - o Studier fra vestlige lande
  - o Studier som har fokus på tidlig opsporing/screening
  - o Studier hvor undersøgelsespopulationen er over 35 år
- Første systematiske søgestrategi
  - o Studier der beskæftiger sig med borgernes oplevelser af barrierer og motiver for tidlig opsporing/screening
  - o Studier med fokus på sygdomme
- Anden systematiske søgestrategi
  - o Studier som omhandler KOL
  - o Studier hvor risikopopulationen er rygere eller forhenværende rygere

- Studier som undersøger, hvorledes det er muligt at opspores borgere med KOL tidligt i sygdomsforløbet

### **Kriterier for litteraturudvælgelsen**

Studierne ekskluderes gennem tre trin på baggrund af følgende opstillede inklusionskriterier;

- *Primær*: Titel
- *Sekundær*: Abstract
- *Tertiær*: Gennemlæsning og kritisk vurdering

Den kritiske vurdering af studierne foretages med afsæt i tjeklisterne; STROBE, PRISMA, CASP og CONSORT.

### **Dato og identifikation**

Den systematiske søgning er foretaget i perioden fra d. 01/04/2016 – 17/04/2016 af Mathilde Juul Kristensen og Ninna Elisabeth Jakobsen.