

Afdeling: Kvalitet, Forskning, Innovation og uddannelse Udarbejdet af: Lisbeth Møller Andersen  
Sagsnr.: E-mail: lisbeth.moeller.andersen@rsyd.dk  
Dato: 23. oktober 2018 Telefon: +45 4029 0627

Bilag 2:

## **Modeller for gennemførelse af spørgeskemaundersøgelse i forbindelse med monitorering af KOL programmet v. Monitoreringsgruppen**

1. Kommunerne sender cpr. nr. til regionen, og regionen sender link til spørgeskema ud til borgerne via e-boks.  
Fordelene ved metoden er, at arbejdsgangen for udsendelse, rykker og indsamling bliver ensartet. Hertil får vi ved denne metode datamæssige oplysninger, så vi kan foretage en detaljeret frafaldsanalyse, hvilket vil give oplysninger om hvilke borgere, som henholdsvis deltager og ikke deltager i undersøgelsen. Det kræver dog kobling til registre, hvis vi i frafaldsanalysen vil analysere på parametre, som rækker ud over køn og alder – eksempelvis uddannelse. Ulemperne ved metoden er, at hver kommune skal foretage en juridisk vurdering af, om de vil udlevere cpr.nr. på borgere i kommunens KOL-rehabiliteringsforløb til regionen samt være ansvarlige for at fremsende cpr. numrene.
2. Den enkelte kommune udsender spørgeskema til de borgere, som er i et af kommunens KOL-rehabiliteringsforløb. Kommunerne kan med hjemmel i §10 kontakte egne borgere med henblik på et statistisk projekt. Besvarelsene i undersøgelsen kan enten indhentes i anonym eller i personhenførbart form. Hvis svarene ikke er anonyme, så skal hver kommune indhente tilladelser til at foretage undersøgelsen samt til at videregive data til regionen. For at begrænse det juridiske arbejde foreslår vi derfor, at kommunerne i denne model indhenter svarene anonymt ved hjælp af et såkaldt selvoprettelseslink til et anonymt spørgeskema.  
Fordelene er, at kommunerne ikke skal udlevere cpr.nr. De indsamlede data via selvoprettelseslinket vil være anonyme, hvorfor både kommuner og region kan modtage svarene uden yderligere juridiske tilladelser.  
Ulemperne er, at arbejdsgangene med at indsamle data pålægges de respektive kommuner, og der kan derfor opstå metodiske forskelle i dataindsamlingen på tværs af kommuner på trods af instrukser fra monitoreringsgruppen; fx ift. at rykke for besvarelser. En anden ulempe er, at vi giver køb på at kunne foretage en detaljeret frafaldsanalyse, hvor der udarbejdes en karakteristik af de borgere, som henholdsvis svarede og ikke-svarede på undersøgelsen. Frafaldsanalysen anvendes til at vurdere kvaliteten af undersøgelsen. Vi kan imidlertid godt forsøge at lave en reduceret udgave af en frafaldsanalyse, hvis vi tilføjer to spørgsmål til spørgeskemaet, som giver oplysninger om respondentens køn og aldersgruppe, og samtidigt beder kommunerne sende oplysninger om, hvor mange borgere med KOL, som de har inviteret til at deltage i undersøgelsen samt oplysninger om køns- og aldersfordelingen. Endelig skal det påpeges, at vi i metode 2) ikke vil kunne belyse evt. kommunale forskelle i resultaterne af undersøgelsen, eftersom svarene vil være anonyme. I metode 1) er svarene ikke anonyme, men behandles fortroligt og vi kan derfor, teoretisk set, opdele resultaterne på kommuneniveau, men det kommunale deltagerantal vil sandsynligvis ikke have en størrelse, som tillader meningsfulde statistiske sammenligninger på tværs af kommuner, så kommunale sammenligninger er i realiteten både et problem i metode 1) og 2).