

# Kommunale repræsentanter og kommunale data i de kliniske kvalitetsdatabaser

Drejebog version 1.6



rkkp

regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

**Kommunale repræsentanter og kommunale data i de  
kliniske kvalitetsdatabaser**

© RKKP 2020

Udarbejdet af:  
Anne Nakano

Dokumentet opdateres løbende når ny viden  
fremkommer

Udgiver:  
Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram  
Olof Palmes Allé 15  
8200 Aarhus N

[www.rkkp.dk](http://www.rkkp.dk)

Version 1.6  
Versionsdato: d 17.05.2024

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

# Indhold

Baggrund	4
Sektorovergange, ansvar og regler og fremtidigt samarbejde	4
Kliniske kvalitetsdatabaser	5
Hvordan måles kvaliteten i behandlingen?	5
Formål med inklusion af kommunale data i de kliniske kvalitetsdatabaser	6
Udpegning af kommunale repræsentanter til styregrupper for kliniske kvalitetsdatabaser	6
Kompetencer hos kommunale repræsentanter i databasestyregrupper	6
Kommunikation fra RKKP til kommunerne og vice versa	7
Tabel 1 oversigt over kontakter for regionernes kommuner og KL	7
Afdækning af population og indikatorer	7
Evidensgrundlag for de valgte indikatorer for et sygdomsområde	7
Høring af indikatorer	8
Endelig godkendelse af indikatorerne for kommuner og hospitaler (RKKP-dokumentationen for databaserne)	8
Afrapportering	8
Afdækning af indberettende enheder og dataindsamling	8
Det IT mæssige arbejde	8
Tværregional/kommunal spredning og implementering	9
Referencer	10
Bilag 1 Opstart af projekt for den kommunale dataudveksling for DHRD	11
Bilag 2 Kommunekontakttråd (KKR)	12

## Baggrund

De kliniske kvalitetsdatabaser udgør en helt central brik i arbejdet med at forbedre kvaliteten i det danske sundhedsvæsen. Databaserne rummer allerede mange forskellige data. Samtidig er der ønsker om supplerung med data fra andre sektorer og for indarbejdelse af nye datakilder for at kunne nuancere belystningen af patientforløbet, og skabe viden indenfor nye områder. En af RKKP's målsætninger (2019-2020) er, at de kliniske kvalitetsdatabaser skal dække hele patientforløbet og forskellige aspekter af behandlingen (1). Hele patientforløb skal således integreres i databaserne på sigt og omfatte både praksissektoren, hospitalerne og det kommunale sundhedsvæsen. Kvaliteten i overgangene kræver særlig opmærksomhed for at sikre bedre sammenhæng i patientforløbene (2). Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) og Kommunernes Landsforening (KL) har udarbejdet et fælles forståelsespapir Link: (mangler lige nu, da det ikke ligger på hjemmesiden endnu)

Der er kommet et øget fokus på det samlede patientforløb fra indlæggelse på hospital til udskrivelse og opfølgning i kommuner og almen praksis. Patienterne har komplekse forløb, f.eks. ældre borgere med kroniske lidelser og kognitive problemer. Mange patienter har en betydelig kontakt til en række forskellige sundhedsaktører og har derfor behov for en indsats både i sygehusvæsenet, det kommunale sundhedsvæsen samt almen praksis. De mange kontakter og behandlingsforløb på tværs af alle sektorer i sundhedsvæsenet stiller krav til et bedre samarbejde, bedre koordinering samt en høj grad af patient- og pårørende involvering (2).

Den kommunale dataudveksling startede med Dansk Hjerterehabileringsdatabase (DHRD) som en pilot i forhold til at indsamle kommunale data.

Herved har man i RKKP gjort sig de første erfaringer med kommunal udpegning/repræsentation og dataoverførsel for Dansk Hjerterehabileringsdatabase (DHRD). Lige denne del er forklaret trinvist sådan som det er foregået i DHRD. (Se Bilag 1).

Der foregår i øjeblikket et arbejde i KL med at afklare hvordan kommunerne bedst tilgår kvalitetsmonitorering herunder samarbejder med RKKP om deling af data.

Nærværende drejebog er blevet udviklet med henblik på at understøtte implementeringen af målsætningen om involvering af kommunerne i de kliniske kvalitetsdatabaser, samt at sikre et fælles mål og retning for de aktører, der er involveret i arbejdet med at få kommunale data i databaserne .

Drejebogen revideres, når erfaringerne ift. hjerterehabileringsområdet er gjort om 1-2 år i forhold til bl.a. følgende: Virker kommunikationsvejene og udpegningen samt formidlingen til de andre kommunale fagfolk mv.

Målgruppen for Drejebogen er ansatte i RKKP videncenter. Derudover kan databasestyregrupperne og de kommunale repræsentanter i styregrupperne ligeledes benytte sig af informationerne i Drejebogen.

Drejebogen beskæftiger sig med det kommunale forløb for patient/borger, hvordan udpegning af kommunale repræsentanter til databasestyregrupperne forløber, samt hvilke opgaver, der påhviler styregrupperne og de kommunale repræsentanter.

## Sektorovergange, ansvar og regler og fremtidigt samarbejde

De kliniske kvalitetsdatabaser er primært udsprunget af aktiviteter i det sekundære sundhedsvæsen, men i takt med at flere opgaver varetages i det nære sundhedsvæsen, stiger behovet for at supplere med data fra både det kommunale sundhedsvæsen og almen praksis.

I dag opstår der, især ved sektorovergange, situationer, hvor sundhedspersoner ikke har adgang til relevante oplysninger, hvilket betyder, at der bruges tid på at hente oplysningerne, eller at behandlingen ikke får den kvalitet, den burde have. Det er kun sundhedspersoner, som har en patient/borger i aktuel behandling, der har adgang til oplysningerne i planer og indsatser. Det er ulovligt og strafbart, hvis der indhentes oplysninger, uden at det er nødvendigt i forbindelse med aktuel behandling (4). Der er derfor fastsat regler i databeskyttelsesforordningen (GDPR), databeskyttelsesloven og sundhedsloven om, hvem der må se hvilke data i hvilke situationer. Herudover er der fastsat regler om, hvilke tekniske og organisatoriske foranstaltninger, der skal være på plads ved behandlingen af data, fx. logging og opfølgning på adgang (3, 4).

[Se databeskyttelsesforordningen på EUR lex \(PDF\)](#)

[Se databeskyttelsesloven på retsinformation.dk](#)

[Se sundhedsloven på retsinformation.dk](#)

Ved at samle data fra alle sektorer i de nationale kvalitetsdatabaser får vi data som udgør et fælles nationalt populationsoverblik til gavn for kvalitetsudvikling i de enkelte sektorer og på tværs af sektorer. Dette vil medføre en fælles kvalitetsudvikling, som vil kvalitetssikre og udvikle de samlede patient/borgerforløb.

## Kliniske kvalitetsdatabaser

En klinisk kvalitetsdatabase indsamler og behandler informationer (data) om den sundhedsfaglige behandling af en nærmere afgrænset patientgruppe. Informationerne til en klinisk kvalitetsdatabase kommer fra de sygehusafdelinger, kommuner, almen praksis, speciallægepraksis, som behandler patienten. Informationerne fortæller hver for sig om enkelte dele af et patientforløb, så enhederne kan se, hvor i behandlingen der eventuelt bør ske forbedringer. Tilsammen kan informationerne give et billede af den samlede behandlingskvalitet. Det kan være det sundhedsfaglige personale, der sørger for at registrere og indberette informationer til databasen, eller indberettes de til centrale registre, som fx Landspatientregistret (LPR), hvorfra informationer kan trækkes ud (5).

Databaser under Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) skal være godkendt af Sundhedsdatastyrelsen (SDS) som landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser, jf. BEK nr. 881 af 26/06/2018, "Bekendtgørelse om godkendelse af landsdækkende og regionale kliniske kvalitetsdatabaser". Det er Sundhedsdatastyrelsen (SDS), som endeligt godkender den kliniske kvalitetsdatabase. I bekendtgørelsen fremgår, at anvendelse af oplysninger kun må ske som led i løbende overvågning, evaluering og udvikling af den kliniske kvalitet samt som led i synliggørelsen af den kliniske kvalitet over for borgerne. Der kræves ikke patientsamtykke til at indberette informationerne til en klinisk kvalitetsdatabase. De kliniske enheder som har behandlingsansvaret for patienten, har pligt til at indberette de informationer fra patientforløbet, som databasens faglige styregruppe har defineret. Region Midtjylland er dataansvarlig myndighed for alle de kliniske kvalitetsdatabaser.

## Hvordan måles kvaliteten i behandlingen?

Der findes ikke en enkelt målestok for den sundhedsfaglige behandlingskvalitet. Til at måle kvaliteten har det sundhedsfaglige med ekspertise inden for hvert enkelt sygdomsområde udvalgt en række målepunkter (indikatorer). Indikatorerne er udvalgt, fordi de er særligt betydningsfulde, når det skal vurderes, om behandlingskvaliteten ligger på det ønskede niveau.

En indikator måler enten processer eller resultater. En procesindikator måler for eksempel, hvor stor andel af patienter, der er blevet røntgenfotograferet, mens en resultatindikator kan være andelen af patienter, der er i live 1 år efter en operation. Indikatorerne varierer fra sygdomsområde til sygdomsområde.

Alle databaserne har en faglig styregruppe, som består af relevante faggrupper involveret i patientforløbet, herunder læger, sygeplejersker, terapeuter og andre fagpersoner fra sygehuse/enheder, der behandler patienterne, samt patientrepræsentanter. Tværfagligheden er vigtig, og alle, der har et samarbejde med patienten, bør være repræsenteret i den faglige styregruppe.

Alle landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser er en del af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), der primært finansieres af regionerne. RKKP's videntcenter bistår databaserne med epidemiologi, datamanagement, koordinering/projektledelse og IT-mæssig ekspertise samt viden om kvalitetsudvikling (6, 7).

## Formål med inklusion af kommunale data i de kliniske kvalitetsdatabaser

Der er flere formål:

- Fremme kvaliteten af sundhedsfaglige ydelser for patienterne/borgerne i kommunerne
- Bidrage til at kommunerne kan arbejde med kvalitetsudvikling på en systematisk måde
- Belyse kvaliteten af sundhedsfaglige ydelser i kommunerne
- Belyse de sundhedsfaglige ydelser således at den enkelte patient/borger får den relevante ydelse, uafhængig af, om det er hospitalet eller kommunen, der har stået for ydelsen. Aktivt at bruge resultaterne til forbedringer til gavn for patienterne/borgerne
- Kommunal deltagelse i kvalitetsarbejdet
- Belyse kvalitet i patient/borgerforløb i sektorovergange
- Sammenligning af kvaliteten af sundhedsfaglige ydelser på tværs af kommuner

## Udpegning af kommunale repræsentanter til styregrupper for kliniske kvalitetsdatabaser

RKKP har en aftale med KL om, at KL bistår med udpegning af kommunale repræsentanter. Kontaktpersonen for den pågældende database kontakter således KL, se tabel 1 med kontakter. I forbindelse med kontakten informeres om, hvilken fagperson, der ønskes udpeget.

Som udgangspunkt bør der udpeges én repræsentant pr. Region, dvs. 5 kommunale repræsentanter. Såfremt en styregruppe ikke ønsker 5 repræsentanter, skal databasen give en vægtig begrundelse til KL.

Der udpeges ligeledes en kommunal formand, som, svarende til formanden for sygehusene helst skal have en relevant ledelsesbaggrund.

KL beder KKR-sekretariatene (KKR=Kommunekontakttrådene) om at udpege repræsentanter (KKR se Bilag 2).

## Kompetencer hos kommunale repræsentanter i databasestyregrupper

De personer, som bliver udpeget til styregrupperne for de kliniske kvalitetsdatabaser og lignende arbejde, vil typisk være fagpersoner med en sundhedsfaglig baggrund som fx fysioterapeut, sygeplejerske, ergoterapeut eller diætist. Det kan være en medarbejder eller en leder, som har indgående kendskab til området. Der vil i udpegelsen blive lagt vægt på, at vedkommende har en stærk viden og erfaring.

Det kan det i nogle tilfælde være relevant at pege på en udviklingsmedarbejder, som ikke nødvendigvis har en sundhedsfaglig uddannelse, men har et indgående kendskab til kvalitetsarbejde.

Det er ønskeligt at den udpegede repræsentant bør have forståelse for det tværsektorielle arbejde og gerne have kendskab til sygehusvæsenet. Forståelse for det netværksbaserede samspil omkring klyngerne og samspillet til især de andre kommuner er også vigtig.

Den udpegede fagperson vil repræsentere alle kommuner i regionen og repræsentere den kommunalfaglige viden, hvor fokus i højere grad er på den rehabiliterende og forebyggende del. Den enkelte repræsentant skal dermed også have en forståelse for evt. kommunale forskelle, som der kan være alt efter, om der er tale om en stor eller en lille kommune, eller kommunens geografiske placering.

Det er op til den enkelte kommunale repræsentant at orientere om databasearbejdet i de relevante faglige netværk, som vedkommende deltager i. Det kunne fx ske via faglige netværk, følgegrupper eller relevante grupper i Sundhedsaftale regi i regionen, således at vedkommende så vidt muligt sikrer sig opbakning. Det kan med fordel aftales med de andre repræsentanter, hvordan man bedst muligt orienterer relevante ledere og fagfolk om

arbejdet. KL vil også løbende vurdere, om der er behov for centralt fra at understøtte videndeling for at sikre den bredeste opbakning.

## Kommunikation fra RKKP til kommunerne og vice versa

Kommunikation fra RKKP til (på sigt) de 98 kommuner skal være både smidig og rettidig. Derfor efterstræbes en model, som svarer til modellen, som bruges i regi af RKKP/regionerne og sygehusene. Her sendes information fra databasens kontaktperson i RKKP til en kontaktperson i de 5 regioner, som videreformidler til alle hospitalerne. Derfor er beslutningen som beskrevet herunder:

Kommunikationsveje for mailinformation er aftalt via Kommunernes Landsforening (KL) med både Region Midtjylland og Region Syddanmarks kommuner. Kommunikationsvejen går via KKR- sekretariaterne for begge disse regioners kommuner.

RKKP skal kommunikere til kommunerne via en navngivet person i Sundhedssekretariaterne, som derefter videreformidler informationer fra RKKP. Dette gælder både kommunikationen ud til kommunerne og kommunikationen retur til RKKP fra kommunerne. Der skal laves en struktur internt i kommunerne så der ikke er tvivl om, hvem man skal henvende sig til.

Det gælder alle typer informationer, dvs. årsrapporter samt anden relevant information om de kliniske kvalitetsdatabaser. Denne model starter ud i hhv. Region Midtjylland og Region Syddanmark, da det for nuværende (oktober 2020) er disse to regioners kommuner, som aktuelt arbejder med indrapportering af data til RKKP.

## Tabel 1 oversigt over kontakter for regionernes kommuner og KL

I nedenstående tabel er en oversigt over, hvem der kan kontaktes i de forskellige KKR-sekretariater og kontakt i KL

KKR	Navn på kontaktperson	mailadresse
Region Midtjyllands kommuner	Brian Høyer Lorentsen	<a href="mailto:brhlo@viborg.dk">brhlo@viborg.dk</a>
Region Syddanmarks kommuner	Tina Holmgaard Juul	<a href="mailto:tina.holmgaardjuul@middelfart.dk">tina.holmgaardjuul@middelfart.dk</a>
Region Nordjyllands kommuner	Peter Hvid Paulsen	<a href="mailto:Php@aalborg.dk">Php@aalborg.dk</a>
Regioner Hovedstadens kommuner	<i>Afventer aftale</i>	
Region Sjællands kommuner	Hasse Petersen	<a href="mailto:hape@greve.dk">hape@greve.dk</a>
Kontakt person fra KL	Lise Holten	<a href="mailto:lht@kl.dk">lht@kl.dk</a>

De andre kontaktpersoner og procedurer afventer, at der foreligger en konkret aftale med KL.

## Afdækning af population og indikatorer

Den samlede styregruppe, inklusive de kommunale repræsentanter, diskuterer og definerer population og indikatorer for den kommunale del af den kliniske kvalitetsdatabase. Kommunale indikatorer vil nogle gange adskille sig fra de hospitalsbaserede. De vil være generiske indikatorer, da kommunerne ser på borgeren og dennes behov og ikke på diagnoser på samme vis som i de kliniske kvalitetsdatabaser for sygehusdelen. Generiske indikatorer kan indgå i styregruppens indikatorsæt. Valget af indikatorer kan følge samme procedure, som når indikatorer vælges for hospitalerne.

## Evidensgrundlag for de valgte indikatorer for et sygdomsområde

Styregruppen sætter et arbejde i gang i forhold til beskrivelse af de valgte indikatorer. Der skal være en faglig begrundelse for, at man vælger præcise indikatorer. Da der er kommunale repræsentanter i styregrupperne er det

vigtigt, at indikatorerne dækker både sygehus og kommuner. Disse beskrivelser samles i en rapport. Dokumentet der udarbejdes er et fælles dokument for både hospitaler og kommuner.

## Høring af indikatorer

Når styregruppen har defineret indikatorer for det kommunale område, sendes det i høring i kommunerne – og hvis relevant – også i regionerne. I forbindelse med en høring sendes relevant materiale via de oprettede kommunikationsveje for information fra RKKP og til kommunerne (Tabel 1).

Høringssvarene samles af den kommunale repræsentant for hver region (se tabel 1), og sendes samlet til RKKP, hvorefter styregruppen vil behandle høringssvarene. Disse vil blive samlet i en hørings-rapport.

Kommunerne orienteres om de endelige indikatorer. Ligeledes vil regionerne få besked om dette.

## Endelig godkendelse af indikatorerne for kommuner og hospitaler (RKKP-dokumentationen for databaserne)

Den kommunale del af en database skal dokumenteres i RKKP-dokumentationen, ligesom den øvrige del er dokumenteret. RKKP-dokumentationen er at finde på følgende link:

<https://www.rkkp-dokumentation.dk/Public/Databases.aspx?db=35&version=latest>

Indikatorerne, som er udarbejdet i fællesskab for kommuner og hospitaler, godkendes endeligt hos SDS. Det er en opgave for RKKP teamet, at få SDS godkendelsen. Populationsændringer, ændringer i databasens formål, sektorudvidelser, nye datakilder, og evt. nye variable, som kommer fra kommunerne og ikke allerede er en del af databasen, godkendes løbende.

## Afreportering

De kliniske kvalitetsdatabaser afreporterer de definerede indikatorer i både årsrapporter og løbende leveringer af data til de indberettende enheder/kommuner. Indikatorer baseret på kommunale data vil således bliver afreporteret i årsrapporter på kommuneniveau. Kommunerne vil få adgang til se egne data, månedsvis, i første omgang via RKKP's afreporteringsportal, Rehfeldt. Når afreporteringen af data til kommunerne er i gang/begynder, vil det være muligt for kommunerne at arbejde mere aktivt med data, dvs. se på hvordan kommunen opfylder indikatorerne og herved diskutere kvaliteten af ydelserne til borgerne. Herved vil man kunne lave en kvalitetsudvikling på de områder som der monitoreres på.

## Afdækning af indberettende enheder og dataindsamling

Når en kommune har meddelt RKKP at de ønsker at indgå som dataindberettende kommune til en database, vil dette blive meddelt SDS, hvorefter kommunen har indberetningspligt til den pågældende database. Målet er på sigt at alle kommuner indberetter data til databaser som har indikatorer der dækker kommunale sundheds ydelser.

## Det IT mæssige arbejde

- Kommunerne som har behandlingsansvaret for patienten, har pligt til at indberette de informationer fra patientforløbet, som databasens faglige styregruppe inkl. de kommunale repræsentanter har defineret.
- Der er nødvendigt at planlægge hvordan det IT-mæssige forløb kan foregå således at data kan samles ind og at data kan trækkes ud fra systemerne så de kan bruges til kvalitetsudvikling af sundhedsydelserne.
- Hvordan arbejdes der videre med IT? ER der brugbare systemer i kommunerne? Fremadrettet er der udsigt til en "Gateway" som KL er ved at udvikle, som skal kunne samle alle de kommunale data i ét system og også aflevere data til RKKP databaser.
- Indtil systemerne fungerer, arbejdes med integration via RKKP's webservice



- RKKP's IT arbejder tæt sammen med kommunernes IT

## **Tværregerional/kommunal spredning og implementering**

For at sikre implementering kan det anbefales, at der nedsættes kommunale implementeringsteams. Det anbefales at afholde "implementeringsmøder" hvor databasen og indikatorer fremlægges med en begrundelse for, hvorfor det netop er disse der er valgt. Her vil mange af begrundelserne ligge i rapporten med afdækning af evidensgrundlaget. På implementeringsmøderne er det desuden relevant at informere om, hvordan dataindsamlingen forgår, for at sikre korrekt og præcis dataindsamling. Det er også relevant med en diskussion af hvordan implementering af indikatorer for en database påvirker både arbejdsgange, kultur og kommunikation, som er et vedvarende arbejde til gavn for patient og sundhedsvæsen. Styregruppens sammensætning og arbejde med opfølgningen på kvaliteten er endvidere et vigtigt emne.

Implementeringen beror på et samarbejde mellem databasens styregruppe, inklusive RKKP-team samt kommunerne, således at den viden der er oparbejdet i det regionale sundhedsvæsen, kan være en inspirationskilde til kommunerne.

## Referencer

- 1: RKKP målsætning 2019 - målopfyldelse- juni 2019June 2019, 2020, 20th of august 2020,  
[https://www.rkkp.dk/siteassets/om-rkkp/strategi-og-malsatninger/bilag-2\\_1\\_malopfyldelse-2019\\_6juni2019.pdf](https://www.rkkp.dk/siteassets/om-rkkp/strategi-og-malsatninger/bilag-2_1_malopfyldelse-2019_6juni2019.pdf)
- 2: Nationale mål for sundhedsvæsenet, Sundheds og ældreministeriet; Danske Regioner; KL  
[https://www.sum.dk/~ /media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2019/Nationale-maal-for-sundhedsvaesenet-2019/Nationale-Maal-2019-pub.pdf](https://www.sum.dk/~ /media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2019/Nationale-maal-for-sundhedsvaesenet-2019/Nationale-Maal-2019-pub.pdf)
- 3: Ansvar og regler Sundhedsdatastyrelsen <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/borger-og-offentlighed/sikkerhed-om-dine-data/ansvar-og-regler>
- 4: Informationssikkerhed i sundhedsvæsenet <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/rammer-og-retningslinjer/om-informationssikkerhed>
- 5: Fakta om kliniske kvalitetsdatabaser <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/kvalitet/kliniske-kvalitetsdatabaser/fakta-om-kliniske-kvalitetsdatabaser/>
- 6: Mainz, Jan.; Kristensen, Solveig.; Bartels, Paul. Quality improvement and accountability in the Danish healthcare system International journal for quality in health care, 2015, 27, 523-527
- 7: [Developing evidence-based clinical indicators: a state of the art methods primer](#) Mainz, J International journal for quality in health care, 2003, Vol.15 (90001), p.5i-11

## Bilag 1 Opstart af projekt for den kommunale dataudveksling for DHRD

Region Midtjyllands kommuner lavede en kopi af den nationale rehabiliteringsdatabase for at monitorere på de samme indikatorer som den nationale styregruppe og har også en repræsentant i den nationale styregruppe for DHRD. De kommunale repræsentanter skal indgå i drøftelsen om relevante indikatorer for patientens forløb i styregruppen, dvs. der skal også på sigt indgå kommunale indikatorer i databasen.

Udpegning af kommunale repræsentanter er derfor det første skridt mod et integreret hospitals- og kommunalt samarbejde med både den nationale styregruppe og den enkelte patient/borger. Herunder er der en beskrivelse af, hvordan DHRD har udpeget repræsentanter.

Udpegning af relevante kommunale repræsentanter til styregrupperne

I dette dokument er det beskrevet, hvordan udpegningen af de kommunale repræsentanter foregår, samt hvordan kommunikationen fra RKKP til kommunerne skal foregå.

Herunder vil findes i punktform hvordan man får udpeget kommunale repræsentanter.

Udpegning af kommunale repræsentanter:

- Styregruppen beslutter, at man vil inddrage kommunale repræsentanter for sygdomsområdet
- Kvalitetskonsulenten/kontaktpersonen for databasen skriver en mail til KL, se tabel 1 for kontaktpersonen fra Kommunernes Landsforening (KL) med information om sygdomsområde samt om der er bestemte kompetencer man ønsker
- KL sender vores ansøgning videre til Kommune Kontaktrådet (KKR) som behandler den
- Når udpegningen er sket, sender KL en mail til kvalitetskonsulenten/kontaktpersonen for databasen med navn, titel, arbejdssted, mailadresse og telefonnummer
- Kvalitetskonsulent/kontaktperson tager kontakt til "den udpegede" og præsenterer sig, samt fortæller om opgaver i forbindelse med at være et styregruppemedlem. Evt. henviser til mulighed for at tage kontakt med en anden kommunal repræsentant
- Fremadrettet er den kommunalt udpegede person med til alle møder i styregruppen, og med til at sikre, at kommunale data også bliver genstand for måling

## Bilag 2 Kommunekontaktråd (KKR)

Hver region har fem kommunekontaktråd (KKR). KKR består af borgmestrene for de enkelte kommuner samt kommunalbestyrelsesmedlemmer. Rådene mødes fem gange årligt for at drøfte fælles linjer og koordinere kommunernes regionalpolitiske indsats.

Region Nordjylland: 11 kommuner, 600.000 indbyggere.

<https://www.kl.dk/politik/kkr/kkr-nordjylland/>

Region Midtjylland: 19 kommuner, 1,3 mio. indbyggere.

<https://www.kl.dk/politik/kkr/kkr-midtjylland/>

Region Syddanmark: 22 kommuner, 1,2 mio. indbyggere.

<https://www.kl.dk/politik/kkr/kkr-syddanmark/>

Region Sjælland: 17 kommuner, 840.000 indbyggere.

<https://www.kl.dk/politik/kkr/kkr-sjaelland/>

Region Hovedstaden: 29 kommuner, 1,85 mio. indbyggere

<https://www.kl.dk/politik/kkr/kkr-hovedstaden/>



regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram