

---

# Hvad vil lovforslaget om udvidet patientsikkerhedsordning betyde for kommunernes administration og selvstyre?

VAKKS-undersøgelse af lovforslaget om udvidet patientsikkerhedsordning

December 2008

**KREVI.**

VAKKS- rapport omhandlende lovforslag om udvidet patientsikkerhedsordning.

VAKKS står for **V**urdering af **A**ministrative **K**onsekvenser for **K**ommunerne ved ny **S**tatslig regulering.

Rapporten er udarbejdet for regeringen af projektleder Katrine Nøhr, projektmedarbejder Hanne Søndergård Pedersen og studentermedhjælper Morten Eidner.

KREVI takker følgende for velvilligt at have stillet sig til rådighed for interview:

- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
- KL
- Slagelse Kommune
- Nyborg Kommune
- Middelfart Kommune
- Vejle Kommune
- Albertslund Kommune
- Horsens Kommune.

KREVI, 17. december 2008

Tim Jeppesen  
Direktør

## KREVI.

Olof Palmes Allé 13  
8200 Århus N  
[www.krevi.dk](http://www.krevi.dk)  
[post@krevi.dk](mailto:post@krevi.dk)

T: 7226 9970  
F: 7226 9980

ISBN 978-87-92258-20-5 (elektronisk version)

Grafisk design: Designit

# INDHOLDSFORTEGNELSE

<b>1 RESUMÉ</b> .....	<b>4</b>
<b>2 INDLEDNING</b> .....	<b>5</b>
<b>3 FORMÅL</b> .....	<b>6</b>
<b>4 LOVFORSLAGETS INDHOLD</b> .....	<b>7</b>
4.1 LOVENS BAGGRUND .....	7
4.2 HVAD ER EN BETYDENDE UTILSIGTET HÆNDELSE? .....	7
4.3 HVEM SKAL RAPPORTERE UTILSIGTEDE HÆNDELSER? .....	7
4.4 BEHANDLING AF UTILSIGTEDE HÆNDELSER .....	8
4.5 INDBERETNING TIL SUNDHEDSSTYRELSEN .....	8
4.6 ANONYMISERING AF PERSONDATA .....	8
<b>5 BEGREBSAFKLARING</b> .....	<b>9</b>
5.1 ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER .....	9
5.2 ADMINISTRATIVE AKTIVITETER .....	9
5.3 KONSEKVENSER FOR DET KOMMUNALE SELVSTYRE .....	9
5.4 REGELFORENKLIINGSFORSLAG .....	9
5.5 SEGMENTERING .....	9
5.6 NORMALT EFFEKTIVE KOMMUNER OG ESTIMATFØLSOMHED .....	10
<b>6 METODE</b> .....	<b>11</b>
6.1 FASERNE I VAKKS .....	11
6.2 UDVÆLGELSE AF KOMMUNER .....	12
6.3 AFVIKLING AF KOMMUNEINTERVIEWS .....	13
6.4 OPSKRIVNING TIL LANDSPLAN .....	14
<b>7 FORVENTEDE ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER</b> .....	<b>16</b>
7.1 ADMINISTRATIVE OMSTILLINGSOMKOSTNINGER .....	16
7.2 ADMINISTRATIVE DRIFTSKONSEKVENSER .....	19
<b>8 FORVENTEDE SELVSTYREMÆSSIGE KONSEKVENSER</b> .....	<b>24</b>
<b>9 FORSLAG TIL REGELFORENKLING</b> .....	<b>25</b>
9.1 REDUKTION AF ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER .....	25
9.2 REDUKTION AF SELVSTYREMÆSSIGE KONSEKVENSER .....	27
9.3 OPSUMMERING AF FORSLAG TIL REGELFORENKLING .....	27
<b>10 INPUT TIL GOD PRAKSIS</b> .....	<b>30</b>
<b>11 REFERENCER</b> .....	<b>31</b>
<b>12 BILAGSOVERSIGT</b> .....	<b>32</b>
12.1 BILAG 1 – SEGMENTERINGSOVERSIGT .....	32
12.2 BILAG 2 – INTERVIEWGUIDE OG AKTIVITETSOVERSIGT .....	34

# 1 RESUMÉ

Formålet med VAKKS-undersøgelsen er at undersøge, hvilke administrative og selvstyremæssige konsekvenser der kan forventes i kommunerne ved implementering af lovforslaget om udvidet patientsikkerhedsordning. Undersøgelsen indsamler endvidere forslag til regelforenklinger og inspiration til god kommunal praksis på området.

Lovforslaget om udvidet patientsikkerhedsordning har til formål at forbedre patientsikkerheden i hele sundhedsvæsenet. Lovforslaget indebærer således, at den nuværende patientsikkerhedsordning i sygehusvæsenet udvides til den kommunale sundhedssektor, hvilket betyder at sundhedspersoner fremover skal rapportere utilsigtede hændelser, der forekommer i forbindelse med blandt andet genoptræning, hjemmesygepleje og kommunal tandpleje. Samtidigt skal lovforslaget sikre, at der sker en systematisk læring af utilsigtede hændelser.

I omstillingsfasen forventes lovforslaget om udvidet patientsikkerhedsordning at medføre omstillingsomkostninger svarende til gennemsnitligt 1.975 timer pr. kommune. De samlede estimerede omstillingsomkostninger på landsplan forventes dermed at blive ca. 193.526 timer.

Den løbende drift af patientsikkerhedsordningen forventes i gennemsnit at koste hver kommune 517 timer om året. På landsplan forventes det samlede tidsforbrug at blive ca. 50.693 timer årligt.

Lovforslaget forventes særligt at kræve mange ressourcer i omstillingsfasen pga. behovet for uddannelse af sundhedspersonalet.

Overordnet vurderer alle interviewkommunerne, at lovforslaget vil være et relativt lille indgreb i deres selvstyre, og de ser ordningen som et udmærket værktøj, der kan skabe læring på tværs af institutioner internt i kommunen og blandt kommuner. De påpeger dog, at hvis ikke de får tilstrækkelig kompensation for de omkostninger, der er forbundet med ordningen, så har de mindre råderum til at vælge andre tiltag for at højne kvaliteten på sundhedsområdet.

De interviewede kommuner har en række forslag til, hvordan Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse kan reducere omkostningerne. For eksempel ved at tænke forslaget sammen med serviceloven og ved at give konkrete eksempler på, hvordan loven skal fortolkes.

Endelig nævnes nogle idéer til god kommunal praksis på området – blandt andet er der inspiration at hente i form af vejledninger til, hvordan boliger kan indrettes, sådan at man forebygger fald og dermed utilsigtede hændelser.

## 2 INDLEDNING

Denne rapport sammenfatter VAKKS-undersøgelsen af "Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven (Udvidet patientsikkerhedsordning)".

Regeringen har bedt KREVI om at foretage undersøgelsen. VAKKS-undersøgelsen er påbegyndt medio august og afsluttet november 2008.

Undersøgelsen er gennemført som en før-måling (ex ante undersøgelse) af lovforslaget om udvidet patientsikkerhedsordning med henblik på at vurdere lovforslagets forventede konsekvenser for kommunerne, inden lovforslaget er vedtaget og gennemført.

VAKKS-metoden er udviklet for Styregruppen for Tværoffentligt Samarbejde (STS) og fremgår af VAKKS-manualen ("Metode til Vurdering af Administrative Konsekvenser for Kommunerne ved ny Statslig regulering, (VAKKS)", Epinion A/S, maj 2006).

### 3 FORMÅL

VAKKS-undersøgelsens formål er at undersøge de forventede reducerede og forøgede administrative konsekvenser for kommunerne som følge af ny statslig regulering. Herudover vurderes reguleringens konsekvenser for det kommunale selvstyre, og endelig indsamles forslag til regelforenklinger samt inspiration til god kommunal praksis. Undersøgelsen inkluderer ikke eventuelle økonomiske, indholdsmæssige eller andre effekter på længere sigt. Det betyder, at den ikke siger noget om lovreguleringens samlede effekt, men udelukkende om dens administrative og selvstyremæssige konsekvenser.

VAKKS-undersøgelser kan generelt foretages både før og efter en ny regulering implementering. Formålet med undersøgelser, der foretages før vedtagelse og implementering af loven, er at kvalificere udarbejdelsen af lovforslaget ved fx at komme med forslag til regelforenklinger. Undersøgelsen af lovforslaget om udvidet patientsikkerhedsordning blev gennemført inden lovforslaget blev fremsat i Folketinget og dataindsamlingen er gennemført inden lovforslaget er sendt i høring.

## 4 LOVFORSLAGETS INDHOLD

Lovforslaget om udvidet patientsikkerhedsordning gennemgås i det følgende med fokus på forslagens betydning for kommunerne.

### 4.1 Lovens baggrund

I 2003 blev lov om patientsikkerhed vedtaget enstemmigt i Folketinget. Loven indebærer, at sundhedspersoner systematisk skal rapportere utilsigtede hændelser, der er en følge af behandling eller ophold på sygehus. Formålet med rapporteringen af de utilsigtede hændelser er at sikre systematisk læring på sygehusene, og derfor er rapporteringssystemet adskilt fra de sanktionerende systemer. Det betyder, at de personer, der rapporterer utilsigtede hændelser, ikke skal frygte disciplinære eller strafferetlige sanktioner på baggrund af rapporteringerne. I 2007 blev lov om patientsikkerhed en del af sundhedsloven (§ 198-202).

I kvalitetsreformen nævnes det, at patientsikkerhedsordningen skal udvides til også at omfatte den kommunale sundhedssektor – dvs. sundhedsplejen, den kommunale tandpleje - herunder omsorgs- og specialtandplejen - hjemmesygeplejen, genoptræning samt misbrugsbehandling efter sundhedsloven. Lovforslaget indebærer blandt andet denne udvidelse.

### 4.2 Hvad er en betydende utilsigtet hændelse?

En utilsigtet hændelse er en ikke-tilstræbt begivenhed, der skader patienten eller indebærer risiko for skade som følge af sundhedsvæsenets handlinger eller mangel på samme. Den utilsigtede hændelse må ikke skyldes patientens sygdom, men skal forekomme i forbindelse med en sundhedsydelse efter sundhedsloven, herunder en kommunal sundhedsydelse.

Sundhedsstyrelsen fastsætter regler for afgrænsningen af 'betydende' hændelser. Det kan ske ved, at der identificeres væsentlige hændelseskategorier, som rapporteringspligten i første omgang koncentrerer om.

### 4.3 Hvem skal rapportere utilsigtede hændelser?

Sundhedspersoner har pligt til at rapportere utilsigtede hændelser. Dvs. personer, der er autoriserede til at varetage sundhedsfaglige opgaver eller personer, der handler på deres ansvar. Sygeplejersker, tandlæger, læger, social- og sundhedsassistenter, fysioterapeuter, psykologer samt deres assistenter og elever har fx rapporteringspligt, når de i forbindelse med udførelsen af sundhedsfaglige opgaver efter sundhedsloven bliver opmærksomme på utilsigtede hændelser.

Lovforslaget giver også på sigt patienter og pårørende m.v. adgang til at rapportere utilsigtede hændelser. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse vil udarbejde en generel vejledning til patienter og pårørende på sundhed.dk.

Sundhedsstyrelsen udvikler, driver og supporterer en ny version af det elektroniske internet baserede rapporteringssystem DPSD (DanskPatientSikkerhedsDatabase), som kommunerne gratis kan benytte til rapporteringen af utilsigtede hændelser.

## 4.4 Behandling af utilsigtede hændelser

Lovforslaget indebærer, at kommunalbestyrelserne skal modtage, registrere og analysere rapporter om betydende utilsigtede hændelser, der forekommer i den kommunale sundhedssektor, samt om nødvendigt at følge op på rapporteringen. Kommunalbestyrelsen har også ansvar for rapporter fra private institutioner, der efter aftale med kommunen yder behandling inden for den kommunale sundhedssektor.

Kommunen har således pligt til at arbejde aktivt for en forbedring af patientsikkerheden. Lovforslaget overlader det til kommunerne selv at fastlægge de nærmere metoder og procedurer for arbejdet med patientsikkerhed på basis af rapporteringerne. Kommunerne kan imidlertid i vidt omfang drage nytte af den erfaring, der er opnået med håndteringen af patientsikkerhedsordningen i sygehusvæsenet.

I sygehusvæsenet anvendes en såkaldt SAC matrix, hvor de enkelte utilsigtede hændelser vægtes i forhold til skadens alvor (omfang) og risiko for gentagelse af hændelsen (hyppighed). Redskabet kan bruges til at vurdere, hvilke metoder der er relevante for en eventuel opfølgning på hændelsen. En del af de hændelser, der i sygehusvæsenet vurderes at være mest alvorlige, analyseres med henblik på at finde ind til de grundlæggende årsager til hændelsen. Der udarbejdes ligeledes en handlingsplan med henblik på at undgå tilsvarende utilsigtede hændelser. Lignende analyseredskaber og metoder kan anvendes af kommunerne i patientsikkerhedsarbejdet.

### 4.4.1 Utilsigtede hændelser i overgangen mellem region og kommune

Hvis den utilsigtede hændelse er sket i overgangen mellem den kommunale sundhedssektor og en anden sektor, som regionerne har ansvar for, forudsættes kommunen og regionen at samarbejde om opfølgningen. Samarbejdet skal forankres i sundhedsaftalerne jf. sundhedslovens § 205 i forbindelse med førstkomende revision af sundhedsaftalerne.

## 4.5 Indberetning til Sundhedsstyrelsen

Forslaget indebærer, at Sundhedsstyrelsen får hjemmel til at fastsætte regler, hvorefter kommunalbestyrelsen skal sende nærmere bestemte oplysninger om rapporterede hændelser til Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen kan endvidere fastsætte regler, hvorefter kommunalbestyrelsen skal sende udarbejdede handlingsplaner og faglige udmeldinger m.v. til styrelsen.

## 4.6 Anonymisering af persondata

Rapporteringspligten for sundhedspersoner indebærer, at en sundhedspersons videregivelse af oplysninger om en patients helbredsforhold m.v. i forbindelse med en rapportering kan ske uden patientens samtykke. Kommunens behandling af personoplysninger er reguleret af persondatalovens regler. Det betyder, at videregivelse af personoplysninger om patienter til tredjemand, kræver samtykke fra datatilsynet jf. persondataloven § 10, stk. 3. Det vil f.eks. være relevant i situationer, hvor der skal videregives oplysninger mellem region og kommune.

Indberetningen til Sundhedsstyrelsen skal ske i anonymiseret form – dvs. at hverken patientens eller den rapporterende persons identitet må fremgå.



## 5 BEGREBSAFKLARING

### 5.1 Administrative konsekvenser

VAKKS-manualen opererer med to typer af administrative konsekvenser:

- *Omstillingskonsekvenser* er de omkostninger, som kommunen vil opleve på kort sigt, og som den kun vil opleve én gang i forbindelse med implementering af den nye lovgivning. Selve omstillingen kan i sagens natur ikke være forbundet med administrative lettelser for kommunerne. Omstillingsomkostningerne kan fordele sig over flere år.
- *Driftskonsekvenserne* vedrører de administrative omkostninger eller besparelser, som har permanent, tilbagevendende karakter.

Administrative konsekvenser kan være både interne og eksterne. Interne omkostninger opgøres som nettotidsforbrug i timer, mens eksterne omkostninger opgøres i kroner. KREVI opgør kommunernes forventede tidsforbrug i effektiv tid, dvs. netto-tid uden opgjort tid til ferie, sygdom og øvrig overhead.

### 5.2 Administrative aktiviteter

Administrative aktiviteter defineres i VAKKS-manualen som: "De proceduremæssige, IT-mæssige, personalemæssige og organisatoriske tilpasninger og aktiviteter, som det er nødvendigt for kommunerne at implementere for at kunne efterleve reguleringen" (s. 12 i VAKKS-manualen).

### 5.3 Konsekvenser for det kommunale selvstyre

"Konsekvenser for det kommunale selvstyre" bør, ifølge VAKKS-manualen, forstås som kommunernes muligheder for at prioritere og tilrettelægge den kommunale administration og service, herunder mulighederne for at fastlægge serviceniveau og – standarder (s. 10 i VAKKS-manualen). Selvstyremæssige konsekvenser kan fx være krav til kommunernes politiske eller administrative organisering, tilrettelæggelsen af beslutningsprocesser, budgetsytemers indretning eller normering af servicestandarder.

### 5.4 Regelforenklingsforslag

Ifølge VAKKS-manualen knytter regelforenklingsforslag sig både til administrative og selvstyremæssige konsekvenser (s. 11 i VAKKS-manualen). For det første drejer det sig om kommunernes forslag til, hvor der mest effektivt kan sættes ind for at reducere de administrative omkostninger. Forslagene baseres på kommunernes viden om, hvor i processen de administrative omkostninger hovedsageligt opstår. For det andet drejer det sig om kommunernes forslag til, hvordan lovgivningen kan udformes, så respekten for og udstrækningen af det kommunale selvstyre opretholdes.

### 5.5 Segmentering

Udvælgelsen af interviewkommuner foretages ud fra en indledende segmentering. Segmentering vil sige, at landets kommuner før udvælgelsen opdeles i to eller flere grupper på baggrund af ét eller flere karakteristika, som antages at have betydning for kommunernes ad-

ministrative omkostninger ved en ny lovregulering. Herefter udvælges interviewkommuner fra alle grupper, ligesom den endelige opskrivning til landstal sker gruppevis.

## **5.6 Normalt effektive kommuner og estimatfølsomhed**

En VAKKS-undersøgelse bør ifølge manualen kun inkludere "normalt effektive" kommuner, dvs. kommuner som hverken er 'frontløbere' eller 'fodslæbere' på det område, lovgivningen vedrører (s. 15-16 i VAKKS-manualen). I forlængelse heraf foreskrives det, at man alene måler de nye konsekvenser, som kommunerne ikke kan undslå sig uden at komme i et modsætningsforhold til loven.

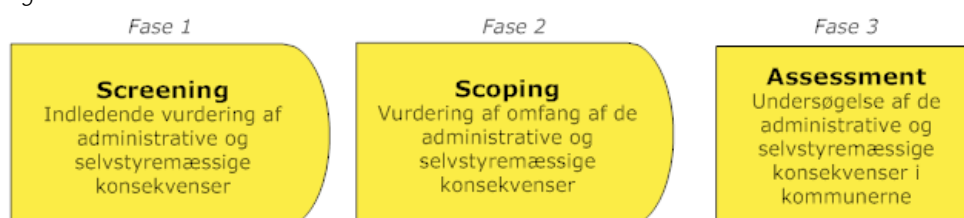
Det betyder, at tidsestimaterne i en VAKKS-undersøgelse skal baseres på, at kommunerne håndterer deres administrative opgaver sådan, som det med rimelighed kan forventes. Undersøgelsen bør således principielt undgå kommuner, der af forskellige årsager enten er særdeles effektive, underimplementerer (dvs. bruger mindre tid end normalt) eller overimplementerer (dvs. bruger mere tid end normalt).

Der kan ikke sættes en fast skabelon op for, hvilke karakteristika der kendetegner normalt effektive kommuner. Der vil derfor i hver VAKKS-undersøgelse blive foretaget en konkret vurdering i forhold til den pågældende lovregulering.

## 6 METODE

I dette afsnit beskrives den metode, som KREVI har anvendt i VAKKS-undersøgelsen af lovforslaget om udvidet patientsikkerhedsordning. Fremgangsmåden er baseret på VAKKS-manualen, og metodebeskrivelsen er ordnet efter de tre hovedfaser i en VAKKS-undersøgelse; screening, scoping og assessment. Figur 1 giver et overblik over undersøgelsesprocessen.

Figur 1



Det bør indledningsvis understreges, at VAKKS ikke er en statistisk metode, men en case-baseret metode, der ved hjælp af kvalitative og kvantitative teknikker genererer kvalificerede estimater for en lovregulerings forventede administrative og selvstyremæssige konsekvenser i kommunerne. Metoden inkluderer både reducerede og forøgede administrative konsekvenser, mens eventuelle langsigtede indholdsmæssige, økonomiske eller andre effekter ikke undersøges. Det betyder, at undersøgelsen ikke afdækker lovforslagets samlede effekt, men udelukkende dens administrative og selvstyremæssige konsekvenser. Undersøgelsen samler endvidere forslag til regelforenklinger og inspiration til god kommunal praksis på området

### 6.1 Faserne i VAKKS

Nedenfor følger en gennemgang af de tre faser i undersøgelsesprocessen.

#### 6.1.1 Fase 1 - screening

Screeningsfasen har til formål at identificere de elementer i lovforslaget om udvidet patientsikkerhedsordning, der forventes at få administrative og selvstyremæssige konsekvenser for kommunerne.

KREVI gennemlæste lovforslaget med de tilhørende bemærkninger sammenholdt med gældende lov og udarbejdede en screeningsoversigt. Herefter talte KREVI med den lovansvarlige i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse med henblik på en vurdering af screeningsoversigten. Interviewet med den lovansvarlige resulterede i en afklaring af lovforslagets relation til den eksisterende lovgivning og en indledende tilpasning af lovforklaringen. Da interviewet med den lovansvarlige blev gennemført inden det endelige lovforslag forelå, blev det personlige interview suppleret med senere telefonisk drøftelse af ændringer i lovforslaget.

#### 6.1.2 Fase 2 - scoping

I scoping-fasen dannes et detaljeret overblik over omfanget af lovforslagets konsekvenser for kommunerne. KREVI interviewede i denne fase to kommunale videnspersoner fra KL. Forud for interviewet udarbejdede KREVI en scoping-oversigt over de administrative aktiviteter, som kommunerne forventes at skulle foretage som følge af lovforslaget.

Resultatet af scoping-fasen var en revideret oversigt over de konkrete aktiviteter, kommunerne som minimum forventes at sætte i gang for at implementere og efterleve lovforslaget. Desuden blev forventede konsekvenser for det kommunale selvstyre drøftet. Det personlige interview blev suppleret med et telefonisk interview, da det endelige lovforslag forelå. På baggrund af den reviderede scoping-oversigt udarbejdede KREVI et udkast til en interviewguide til brug i de efterfølgende kommuneinterviews.

### 6.1.3 Fase 3 - assessment

I assessment-fasen foretages en konkret undersøgelse af kommunernes forventning til, hvor mange ressourcer, der vil kræves eller frigøres ved at gennemføre de enkelte aktiviteter. Desuden indhentes kommunernes vurdering af konsekvenserne for det kommunale selvstyre samt deres forslag til regelforenklinger og inspiration til god kommunal praksis. I det følgende vil der blive redegjort for, hvordan KREVI har udvalgt interviewkommunerne, interviewenes forløb samt opskrivningen til landstal.

## 6.2 Udvælgelse af kommuner

I denne VAKKS-undersøgelse har KREVI besluttet at udvælge interviewkommuner blandt alle kommuner, sammenlagte såvel som ikke-sammenlagte. Det skyldes, at de sammenlagte kommuner på nuværende tidspunkt må forventes at være nået så langt i fusionsprocessen, at forskellig praksis i de forhenværende kommuner er nogenlunde harmoniseret, og den nye administrative organisering er på plads. De nye sammenlagte kommuner forventes således at være nået tilstrækkelig langt i sammenlægningsprocessen til at kunne foretage fornuftige tidsangivelser i forhold til at vurdere et lovforslags konsekvenser.

I udvælgelsen af kommuner skal det sikres, at de udvalgte kommuner er normalt effektive. Den lovansvarlige samt de kommunale videnspersoner udpegede få kommuner<sup>1</sup>, som de mente skilte sig ud og som derfor også er undgået i undersøgelsen. Desuden blev det drøftet, at to regioner sandsynligvis var langt fremme i arbejdet med patientsikkerhed. I undersøgelsen har vi dog ikke fundet systematisk anderledes estimater hos kommunerne fra disse regioner.

KREVI vurderer, at den måde, som kommunerne vælger at organisere arbejdet med patientsikkerhed på, kan have betydning for omkostningerne i kommunerne. Derudover kan antallet af sundhedspersoner, der berøres af patientsikkerhedsordningen, også have indflydelse på omkostningerne. Vi kan ikke på forhånd vide, hvordan kommunerne vil vælge at organisere arbejdet, men vi forventer, at kommunernes størrelse kan have indflydelse på organiseringen. Kommunestørrelsen vil også hænge sammen med antallet af sundhedspersoner. Segmenteringen af kommunerne er derfor foretaget efter kommunestørrelse (målt som antal indbyggere).

I segmenteringen opdeles landets 98 kommuner i to lige store segmenter, de 'små' og de 'store' kommuner. De 49 små kommuner har et indbyggertal på mellem 2.058 og 43.040, og de 49 store kommuner har et indbyggertal på mellem 43.910 og 503.699.

Vi har udvalgt seks case-kommuner til interviews, tre fra hvert segment. Her tilstræber vi, at de udvalgte kommuner størrelsesmæssigt er nogenlunde centreret i deres segment – dvs. de formodes at være typiske.

Konkret er der gennemført interviews med de seks kommuner, der er anført i tabel 1. I bilag 1 findes en segmenteringsoversigt over kommunernes indbyggertal pr. 1. januar 2007.

---

<sup>1</sup> Det drejer sig blandt andet om Aabenraa Kommune, der har medvirket i et pilotprojekt (Rambøll management, august 2006).

Tabel 1. De undersøgte kommuner i hvert segment (indbyggertal i parentes).

<b>1. segment</b> (små kommuner: 2.058- 43.040 indbyggere)	Albertslund (27.608)	Nyborg (31.508)	Middelfart (36.771)
<b>2. segment</b> (store kommuner: 43.910-503.699 indbyggere)	Slagelse (76.949)	Horsens (79.020)	Vejle (104.101)

### 6.3 Afvikling af kommuneinterviews

KREVI's indgang til kommunerne var direktøren for sundhedsområdet. De pågældende direktører sendte os i de fleste tilfælde videre til sundhedschefen eller ældrechefen. Interviewene tog udgangspunkt i den udarbejdede interviewguide og varede ca. 2 timer. De interviewede kommuner deltog med 1-3 personer. Typisk deltog sundhedschefen eller ældrechefen sammen med en eller to ledere. I et enkelt tilfælde deltog forvaltningsdirektøren.

Interviewguiden blev sendt til kommunerne forud for interviewet sammen med en beskrivelse af lovforslaget. KREVI har erfaring for, at udsendelse af guiden sikrer et højere forberedelsesniveau hos interviewpersonerne og dermed letter interviewets forløb og kvalificerer dets indhold. De gennemførte interview forløb alle godt.

Vurderingen af de administrative omkostninger i forbindelse med omstilling og drift skal holdes op imod de omkostninger, der er forbundet med eksisterende regler<sup>2</sup>. Interviewpersonerne blev derfor bedt om at forholde sig til nettobetragtninger af de nye aktiviteter i forhold til nuværende aktiviteter. De resulterende estimater er følgelig nettokonsekvenser af lovforslaget.

Den udvidede patientsikkerhedsordning skal dække over alle kommunale sundhedsydelser efter sundhedsloven, dvs. hjemmesygeplejen, genoptræning, misbrugsbehandling, tandplejen og sundhedsplejen. Vi har i interviewene talt med ansvarlige for alle disse områder. I de fleste interview har ansvarerne dog begrænset sig til enkelte af områderne. Vi har i interviewene bedt informanterne om at medtænke alle områderne i deres estimater, men det kan ikke afvises, at det påvirker datakvaliteten. Vi vurderer dog ikke, at det har haft væsentlig betydning, da informanterne har haft indsigt i de øvrige områder. Derudover vurderer vi også, at områderne – bortset fra ældreområdet – ligner hinanden i relation til implementering og drift af patientsikkerhedsordningen. Derfor er det ikke afgørende, om alle områderne har været dækket i hvert interview. Ældreområdet har dog været dækket i alle interview på forskellig vis.

Informanterne har primært været chefer fra den centrale ledelse i forvaltningen, og kun i et enkelt tilfælde, har der været decentrale ledere repræsenteret. Det er ikke vores indtryk, at dette interview skilte sig væsentligt ud fra de øvrige interview.

Ved VAKKS-undersøgelser eksisterer en vis risiko for strategiske besvarelser fra de interviewede kommuner, bl.a. på grund af den mulige kobling til DUT-forhandlingerne mellem regeringen og KL. KREVI oplevede imidlertid ikke tegn på, at interviewpersonerne overdrev tidsestimaterne. Tværtimod afviste flere kommuner at skulle bruge tid på nogle af de aktiviteter, som KREVI på forhånd havde formuleret som sandsynlige konsekvenser af lovforslaget.

<sup>2</sup> I Sundhedslovens § 193.

## 6.4 Opskrivning til landsplan

Efter interviewrunden skal kommunernes vurderinger af lovforslagets administrative konsekvenser standardiseres og opskrives til et landstal. VAKKS-manualen understreger, at opskrivningen ikke skal baseres på en ukritisk beregning af gennemsnit af de indsamlede tidsestimater, men derimod på en kritisk vurdering af data. Opskrivningen beror således på en vurdering af, hvorvidt estimaterne er velargumenterede og udelukkende dækker aktiviteter, der udspringer af lovgivningens obligatoriske krav. Det medfører, at der ikke ligger statistiske argumenter til grund for opskrivningen, men substantielle begrundelser fra kommunernes side.

KREVI's kvalitetssikring og vurdering af de indsamlede data blev foretaget i to trin. I første omgang blev der under interviewet stillet uddybende spørgsmål til ræsonnementerne bag de oplyste tal. Interviewpersonerne redegjorde i disse tilfælde for vurderingerne med klare og gode begrundelser.

Den anden kvalitetssikring blev foretaget efter interviewrunden og i forlængelse af den indledende databehandling og standardisering. Kvalitetssikringen tog form af en opfølgning til hver kommune pr. mail, hvor der blev fremsendt en oversigt over kommunens egne tidsestimater. Kommunerne blev efterfølgende kontaktede telefonisk, hvor KREVI stillede supplerende spørgsmål til tidsangivelser, der var uklare eller afveg markant fra de andre casekommuners tidsangivelser. Det resulterede i gode begrundelser og revideringer af estimater. Det sidste skyldes ikke mindst, at flere af informanterne efter interviewet havde drøftet estimaterne internt i kommunen med ledere fra andre kommunale sundhedsområder, end de selv dækkede. Blandt andet derfor vurderer vi, at valideringsprocessen har bidraget væsentligt til undersøgelsens kvalitet. I valideringsprocessen har vi ligeledes spurgt kommunerne om deres holdninger til de øvrige kommuners regelforenklingsforslag, hvilket har givet et overblik over hvor bred opbakning, der er til de enkelte regelforenklingsforslag blandt de deltagende kommuner.

KREVI oplevede som nævnt ikke tegn på strategiske besvarelser, og kommunernes forklaringer på tidsestimaterne var velovervejede, hvorfor KREVI ikke mener, at der er behov for at justere de enkelte kommuners tidsangivelser. Kommunerne har dog understreget, at det har været svært for dem at skønne tidsforbruget. Derudover har KREVI ikke endeligt kunnet vurdere, om kommunernes tidsestimater i praksis vil være for lave til, at patientsikkerhedsordningen kan implementeres og driftes efter hensigten, eller om estimaterne er for høje – forstået på den måde, at mindre tidsforbrug er tilstrækkelig til en hensigtsmæssig implementering og drift. Her har vi som nævnt lagt til grund, at kommunerne har begrundet estimaterne overbevisende, og derfor er alle kommunernes estimater inddraget ligeligt i beregningerne.

Populationen for opskrivning af de administrative omstillings- og driftsudgifter er alle 98 kommuner, der som nævnt er opdelt i to segmenter. Udgifterne beregnes særskilt for de to segmenter. Landstallet er fundet ved at tage det gennemsnitlige tidsforbrug for de tre små kommuner, gange det med 49 og dertil lægge gennemsnittet for de tre store kommuner ganget med 49. Beregningsformlen fremgår af figur 2.

Figur 2. Formel for opskrivning af undersøgelsens resultater på forvaltningsniveau til landsplan

$$\text{Landstal (kommuner)} = 49 * \text{gns. små kommuner} + 49 * \text{gns. store kommuner}$$

For de aktiviteter, der vedrører uddannelsesindsatser for nye medarbejdere, er de enkelte kommuners tidsforbrug beregnet ud fra et estimat for, hvor stor personaleomsætningen er

inden for de enkelte faggrupper på landsplan, henholdsvis 20 % for social- og sundheds-  
hjælpere og 10 % for social- og sundhedsassistenter, sundhedsplejersker, sygeplejersker,  
fysio- og ergoterapeuter samt tandplejere, klinikassistenter og tandlæger.

For de aktiviteter, der vedrører arbejdet med de enkelte utilsigtede hændelser, er de enkelte  
kommuners tidsforbrug beregnet ved hjælp af den estimerede population af utilsigtede  
hændelser. Det skyldes, at vi har vurderet, at kommunerne bedre kan vurdere, hvor lang tid  
de vil bruge på én typisk utilsigtet hændelse, end de kan vurdere det samlede tidsforbrug,  
da de naturligt ikke kan vide, hvor mange utilsigtede hændelser, de konkret vil opleve i deres  
kommune. Tabel 2 viser de tal, vi har anvendt til beregningen af tidsforbruget.

*Tabel 2. Estimer for antallet af utilsigtede hændelser.*

	Landstal*	Gns. små kommuner**	Gns. store kommuner**
Antal utilsigtede hændelser i alt	15.000	77	230
Antal utilsigtede hændelser i sektorover- gangene mellem kommuner og regioner	5.000	26	153
Antal utilsigtede hændelser, der kræver særskilt analyse***	90	0,5	1,4
Antal utilsigtede hændelser i sektorover- gange, der kræver særskilt analyse	30	0,2	0,5

\*Kilde: Ministeriet for Sundhed og forebyggelse

\*\* Fordelingen mellem små og store kommuner, henholdsvis 25 % og 75 %, afspejler befolkningsan-  
delene for de to grupper, da vi vurderer, at befolkningsandelen er en rimelig indikator for antallet af  
utilsigtede hændelser.

\*\*\* Erfaringen fra sygehusvæsnet er, at der kun laves særskilt analyse af 20 % af de alvorlige utilsig-  
tede hændelser.

Trods kvalitetssikringen og det umiddelbare fravær af strategiske besvarelser er opskriv-  
ningsmetoden naturligvis forbundet med en vis usikkerhed, da antallet af utilsigtede hæn-  
delser mv. er baseret på skøn, og da det ikke endeligt kan dokumenteres, at de udvalgte  
kommuner er normalt effektive.

## 7 FORVENTEDE ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER

De forventede administrative konsekvenser for kommunerne som følge af lovforslaget om udvidet patientsikkerhedsordning kan som nævnt opdeles i omstillingsomkostninger, som er engangsudgifter, og driftskonsekvenser, som er af tilbagevendende karakter.

Generelt skal det påpeges, at alle kommuner understregede, at deres angivelser af tidsforbrug ikke var eksakte tal, men deres bedste skøn.

### 7.1 Administrative omstillingsomkostninger

Tabel 3 sammenfatter resultatet af KREVI's kommuneinterviews, hvad angår de administrative omstillingsomkostninger til de nye aktiviteter, lovforslaget forventes at medføre. De fleste timer bliver brugt på uddannelsesaktiviteter for sundhedspersonalet.

Tabel 3. Forventede administrative omstillingsomkostninger til nye aktiviteter opgjort i antal timer (intern tid).

§	Ny aktivitet som følge af loven	Gns. små kommuner	Gns. store kommuner	Landstal
198	Læsning og fortolkning af loven	8	22	1.503
	Udarbejdelse af procedurer for patientsikkerhedsordningen	35	106	6.940
	Uddannelsesaktiviteter for medarbejdere i forvaltningen	9	49	2.862
	Etablering af samarbejde med regionen i sundhedsaftalen	1	6	327
	Møder med private leverandører	1	5	310
	Uddannelsesaktiviteter for decentrale ledere og sundhedspersonale	1.913	1.787	181.276
199	Fortolkning af lovgivning og procedurer for indberetning til Sundhedsstyrelsen	1	5	309
	<b>Omstilling i alt</b>	<b>1.968</b>	<b>1.981</b>	<b>193.526</b>

Note: Tabellens tal er afrundede

#### 7.1.1 Læsning og fortolkning af loven

Det estimerede tidsforbrug på læsning og fortolkning af loven varierer mellem 3 og 37 timer. Variationen i det estimerede tidsforbrug skyldes i høj grad antallet af personer, kommunen vurderer, der skal inddrages i fortolkningen af loven. Antallet af personer, der skal inddrages i forbindelse med lovens fortolkning, afhænger af kommunens størrelse. Det estimerede tidsforbrug til læsning og fortolkning af loven afhænger også af, hvor uklar og omfattende lovforslaget opfattes i den enkelte kommune. Som eksempler på uklarheder, der kræver



fortolkning, nævner flere kommuner, at det er uklart, hvad der ligger i begrebet 'utilsigtet hændelse' samt i hvilke situationer, der vil være behov for indhentning af samtykke fra data-tilsynet i forbindelse med udveksling af personhenførbare rapporter mellem kommuner og regioner. På baggrund af sidstnævnte har vi ikke kunnet estimere, hvor lang tid kommunerne særskilt skal bruge på fortolkning af reglerne vedrørende udveksling af personhenførbare rapporter i lovens § 200.

De store kommuner bruger gennemsnitlig mere tid på at læse og fortolke loven end de små kommuner, da der involveres flere personer i aktiviteten.

De samlede omkostninger til læsning og fortolkning af loven forventes på landsplan at udgøre 1.503 timer.

### **7.1.2 Udarbejdelse af procedurer for patientsikkerhedsordningen**

Kommunerne vurderer, at de skal bruge tid på at udarbejde procedurer for patientsikkerhedsordningen dvs. tilrettelægge arbejdsgange og hvordan ordningen skal organiseres i kommunen. Det estimerede tidsforbrug til udarbejdelse af procedurer for patientsikkerhedsordningen varierer mellem 25 og 148 timer. Variationen skyldes blandt andet antallet af personer, kommunen vurderer, skal inddrages i udarbejdelsen af procedurerne fra henholdsvis forvaltningen og de decentrale institutioner. Flere kommuner ser det således som nødvendigt at inddrage repræsentanter fra praksis i forbindelse med udarbejdelsen af nye procedurer.

De store kommuner har gennemsnitlig et større timeforbrug på udarbejdelsen af procedurer end de små kommuner, i og med at der involveres flere personer fra forvaltningen i aktiviteten.

De gennemsnitlige omkostninger til udarbejdelsen af procedurer bliver ved opskrivning til landstal til 6.940 timer.

### **7.1.3 Uddannelsesaktiviteter for medarbejdere i forvaltningen**

Til brug for rapporteringen af utilsigtede hændelser stiller Sundhedsstyrelsen et internetbaseret rapporteringssystem til rådighed for kommunerne. De personer i forvaltningen, der skal sagsbehandle de rapporterede utilsigtede hændelser, skal have kendskab til, hvordan rapporteringssystemet fungerer. Det estimerede tidsforbrug til uddannelse af personer, der skal sagsbehandle rapporterede utilsigtede hændelser, varierer mellem 0 og 74 timer. Variationen skyldes i høj grad antallet af personer, der skal uddannes. Derudover afhænger det estimerede tidsforbrug til uddannelsesaktiviteter af, hvor lang tid kommunen vurderer, at de enkelte personer skal bruge på at sætte sig ind i rapporteringssystemet. Flere af kommunerne har således erfaring med, at det altid tager længere tid at sætte sig ind i IT systemer, end man regner med. En kommune har ikke særskilt sat tid af til uddannelse af medarbejdere i forvaltningen, da kommunen vurderer, at medarbejderne vil få kendskab til rapporteringssystemet i forbindelse med udarbejdelsen af procedurer.

Gennemsnitligt bruges der flest ressourcer på uddannelse af medarbejdere i forvaltningen i de store kommuner, da flere personer skal have kendskab til rapporteringssystemet.

De samlede omkostninger til uddannelsesaktiviteter forventes på landsplan at udgøre 2.862 timer.

### **7.1.4 Etablering af samarbejde med regionen i sundhedsaftalen**

Det estimerede tidsforbrug til etablering af samarbejde med regionen i sundhedsaftalen varierer mellem 0 og 14 timer. Variationen skyldes, at nogle kommuner kun ser det som et ekstra punkt på dagsordenen i forbindelse med revisionen af sundhedsaftalen, mens andre

kommuner vurderer, at der skal bruges ekstra tid på forberedelsen af dagsordenspunktet blandt andet i arbejdsgrupper.

Opskrevet til landstal er kommunernes omkostninger til etableringen af samarbejdet med regionerne i sundhedsaftalerne 327 timer.

### **7.1.5 Møder med private leverandører**

Det estimerede tidsforbrug til møder med private leverandører af kommunale sundhedsydelser varierer mellem 0 og 10 timer. Variationen skyldes primært, at det kun er 4 af de 6 kommuner, der har private leverandører og som derfor skal bruge tid på møder med private leverandører. Tidsforbruget for de private leverandører er ikke medtaget.

De samlede omkostninger til at holde møder med private leverandører udgør på landsplan 310 timer.

### **7.1.6 Uddannelsesaktiviteter for sundhedspersonalet og de decentrale ledere**

Denne aktivitet dækker over udarbejdelse af undervisningsmateriale, forberedelse af og undervisning og orientering af decentrale ledere og sundhedspersonale. Kommunerne vurderer således, at der er behov for at uddanne det personale, der forpligtes og forventes at rapportere utilsigtede hændelser. Der er dog forskel på, hvilke personalegrupper de enkelte kommuner vurderer selv skal rapportere utilsigtede hændelser og dermed har behov for undervisning, samt hvor lang tid kommunerne vurderer, at der skal bruges på uddannelsen af de enkelte medarbejdere. Det estimerede tidsforbrug til uddannelsen af én autoriseret sundhedsperson, der skal rapportere utilsigtede hændelser, varierer mellem 1 time og en halv dag. Det estimerede tidsforbrug til at orientere én ikke-autoriseret sundhedsperson om patientsikkerhedsordningen varierer mellem 0 timer og en halv dag, alt afhængig af om kommunen vurderer, at ikke-autoriserede sundhedspersoner selv skal indberette utilsigtede hændelser.

Da en rapportering i henhold til sundhedslovens § 201 ikke kan medføre disciplinære foranstaltninger, forestiller hovedparten af kommunerne sig også, at de decentrale ledere skal vide, hvordan de skal forholde sig, hvis de via patientsikkerhedsordningen får kendskab til utilsigtede hændelser, de normalt vil have pligt til at følge op på. Samtidig er der 2 af kommunerne, der også vurderer, at det er institutionslederne, der skal uddanne sundhedspersonalet, og at de derfor skal bruge tid på at forberede og undervise deres medarbejdere. En kommune har ikke afsat tid til uddannelse af institutionsledere. Det estimerede tidsforbrug én institutionsleder skal bruge på egen uddannelse og eventuelle uddannelsesaktiviteter for medarbejdere varierer mellem 0 og 11 timer.

For medarbejdere i den centrale forvaltning varierer det estimerede tidsforbrug til udarbejdelse af undervisningsmateriale, forståelse af uddannelsesindsatser for sundhedspersonalet og orientering af decentrale ledere mellem 31 og 329 timer. Variationen skyldes i høj grad antallet af sundhedspersoner, der skal uddannes dvs. antallet af undervisningshold, samt hvorvidt kommunen forestiller sig, at det er de decentrale ledere eller en medarbejder i den centrale forvaltning, der skal undervise sundhedspersonalet.

Derudover er der én af de store kommuner i undersøgelsen, der forventer at skulle inddrage eksterne konsulenter i forbindelse med udarbejdelse, opsætning og trykning af undervisningsmateriale. Kommunen lægger vægt på, at materialet skal være relevant og pædagogisk formidlet, og at der skal være noget informationsmateriale, som sundhedspersonerne kan have ved hånden, når de støder på en utilsigtet hændelse.

De samlede administrative omkostninger til uddannelsesaktiviteter, når der ganges op med antallet af sundhedspersoner og institutionsledere i de enkelte kommuner, varierer mellem

378 og 3.585 timer. Variationen skyldes primært antallet af sundhedspersoner, der skal uddannes. Antallet afhænger af kommunens størrelse, samt hvilke personalegrupper, kommunen vurderer, selv skal rapportere utilsigtede hændelser. Den store variation blandt kommunerne kan således tilskrives forskelle, i hvilke uddannelsesindsatser de enkelte kommuner vurderer, er nødvendige for, at patientsikkerhedsordningen fungerer i praksis.

De små kommuner har gennemsnitlig et tidsforbrug på 1.913 timer til uddannelsesaktiviteter. De store kommuner bruger gennemsnitligt 1.787 timer. Forskellen skyldes primært, at man i de store kommuner forventer, at det kun bliver autoriserede sundhedspersoner, der skal rapportere utilsigtede hændelser, mens sundhedspersoner, der handler på autoriserede sundhedspersoners ansvar, skal have hjælp af fx den ansvarlige sygeplejerske til at rapportere utilsigtede hændelser, og derfor ikke har behov for kendskab til selve rapporteringssystemet. 2 af de 3 store kommuner forventer således, at det er tilstrækkeligt at orientere ikke-autoriserede sundhedspersoner om patientsikkerhedsordningen på personalemøder. Den tredje store kommune i undersøgelsen mener dog, at det også vil være nødvendigt at uddanne ikke-autoriserede sundhedspersoner for at sikre, at de er opmærksomme på utilsigtede hændelser, og på at indberetningerne indgår i et læringssystem.

De samlede omkostninger til uddannelsesaktiviteter for sundhedspersonalet og de decentrale ledere bliver ved opskrivning til landstal 181.276 timer.

### **7.1.7 Fortolkning af lovgivning og procedurer for indberetning til Sundhedsstyrelsen**

Det estimerede tidsforbrug til læsning og fortolkning af den del af loven, der vedrører indberetning til Sundhedsstyrelsen (§ 199) og til udarbejdelsen af procedurer for anonymisering af rapporter, varierer mellem 1 og 7 timer. Variationen skyldes primært antallet af personer, der inddrages i fortolkningen og udarbejdelsen af procedurer.

De gennemsnitlige omkostninger til læsning og fortolkning og udarbejdelse af procedurer i forhold til lovens § 199 forventes på landsplan at udgøre et merforbrug på 309 timer.

### **7.1.8 Samlede omstillingsomkostninger på landsplan**

Lovforslaget om udvidet patientsikkerhedsordning forventes i omstillingsfasen at medføre et gennemsnitligt mertidsforbrug på 1.975 timer pr. kommune. Samlet set forventes lovforslaget at føre til administrative omstillingsomkostninger på 193.526 timer på landsplan. Den administrativt mest belastende aktivitet er at uddanne sundhedspersonalet.

Gennemsnitligt ligger de samlede omstillingsomkostninger for de små kommuner på 1.968 timer (mellem 422 og 3.630 timer) og for de store kommuner på 1.981 timer (mellem 1.736 og 2.375 timer). I de små kommuner skyldes variationen i estimeret tidsforbrug især forskelle i, hvor lang tid kommunerne vil bruge på at uddanne hver enkel sundhedsperson. For kommunerne i det store segment skyldes variationen primært, at kommunen med det højeste tidsforbrug vurderer, at ikke-autoriserede sundhedspersoner skal have samme uddannelse i patientsikkerhedsordningen som autoriserede sundhedspersoner. Her ligger kommunen på linje med de 3 kommuner i det andet segment.

## **7.2 Administrative driftskonsekvenser**

Tabel 4 sammenfatter resultaterne af KREVI's kommuneinterviews, hvad angår de forventede administrative driftskonsekvenser af lovforslaget om udvidet patientsikkerhedsordning.

Tabel 4. Gennemsnitlige forventede administrative driftskonsekvenser. Årligt antal timer (intern tid).

§	Ny aktivitet som følge af lovforslaget	Gns. små kommuner	Gns. store kommuner	Landstal
198	Rapporteringer af utilsigtede hændelser	45	147	9.414
	Sagsbehandling af utilsigtede hændelser	56	121	8.660
	Analyser af utilsigtede hændelser	10	22	1.599
	Den centrale forvaltnings facilitering af patientsikkerhedsordningen	139	85	11.002
	Møder med regionerne	5	3	351
	Facilitering af læring på de decentrale institutioner	52	24	3.729
	Uddannelsesaktiviteter for nye medarbejdere	176	68	11.974
199	Indberetning til Sundhedsstyrelsen	11	70	3.964
	<b>Årlig drift i alt</b>	<b>493</b>	<b>541</b>	<b>50.693</b>

Note: Tabellens tal er afrundede.

### 7.2.1 Rapporteringer af utilsigtede hændelser

Lovforslaget indebærer, at sundhedspersoner får pligt til at rapportere utilsigtede hændelser, der opstår i forbindelse med en kommunal sundhedsydelse. Det estimerede tidsforbrug til en rapportering af én utilsigtet hændelse varierer mellem 25 min. og 1 time. Variationen skyldes blandt andet, at nogle kommuner vurderer, at ikke-autoriserede sundhedspersoner skal have hjælp til at rapportere utilsigtede hændelser af den ansvarlige sygeplejerske eller institutionsleder og dermed, at flere personer skal bruge tid på at rapportere. For de små kommuner ligger de administrative driftsomkostninger til rapporteringer af utilsigtede hændelser gennemsnitlig på 45 timer om året, når der ganges op med det estimerede antal utilsigtede hændelser. For de store kommuner er de årlige administrative driftsomkostninger for denne aktivitet 147 timer. Forskellen skyldes primært, at de store kommuner har et estimeret højere antal utilsigtede hændelser om året pga. højere indbyggertal, jf. tabel 2 i afsnit 6.4.

De samlede administrative driftsomkostninger til sundhedspersonalets rapporteringer af utilsigtede hændelser forventes på landsplan at udgøre 9.414 timer årligt.

### 7.2.2 Sagsbehandling af utilsigtede hændelser

De administrative driftsomkostninger for den løbende sagsbehandling af utilsigtede hændelser i forvaltningen forventes at medføre et årligt merforbrug på i alt 8.660 timer på landsplan. For de små kommuner ligger de administrative driftsomkostninger til denne aktivitet gennemsnitlig på et merforbrug på 56 timer om året. For de store kommuner er de årlige administrative driftsomkostninger på 121 timer. Forskellen skyldes primært, at de store kommuner har et estimeret højere antal utilsigtede hændelser om året pga. højere indbyggertal. Det estimerede tidsforbrug til sagsbehandlingen af én utilsigtet hændelse varierer mellem 5 min. og 1 time.

### 7.2.3 Analyser af utilsigtede hændelser

Lovforslaget lægger op til, at kommunerne skal analysere alvorlige utilsigtede hændelser. De administrative driftsomkostninger forbundet med analyser af utilsigtede hændelser, der sker internt i kommunen og i sektorovergangene mellem kommunerne og regionerne resulterer i et årligt merforbrug på 1.599 timer på landsplan. Regionernes tidsforbrug er ikke inkluderet heri.

En tredjedel af de hændelser, der kræver særskilt analyse, forventes at ske i sektorovergangene mellem kommunerne og regionerne. Nogle af kommunerne vurderer, at det tager længere tid, når analysen af den utilsigtede hændelse involverer regionen, mens andre ikke forventer, at det vil tage længere tid at analysere utilsigtede hændelser i sektorovergangene. Kommunernes estimerede tidsforbrug til en analyse af én alvorlig utilsigtet hændelse varierer mellem 7 og 40 timer. Variationen skyldes blandt andet antallet af personer, der forventes inddraget i forbindelse med analyserne af de utilsigtede hændelser.

### 7.2.4 Den centrale forvaltnings facilitering af patientsikkerhedsordningen

Denne aktivitet dækker forvaltningens løbende opfølgning på handleplaner i forbindelse med analyser af utilsigtede hændelser, tværgående analyser af rapporterede utilsigtede hændelser, interne møder og orientering af det politiske niveau samt løbende evaluering og tilpasning af patientsikkerhedsordningen.

De små kommuner forventer gennemsnitligt at bruge flere ressourcer på disse aktiviteter end de store kommuner. For de små kommuner ligger de administrative driftsomkostninger gennemsnitlig på 139 timer om året (mellem 38 og 294 timer). Forskellen inden for de små kommuner afspejler blandt andet, hvor systematisk kommunerne vil arbejde med patientsikkerhedsordningen. En kommune nævner således, at det er svært at vurdere, hvor stort udbyttet af ordningen bliver, og om implementeringen af patientsikkerhedsordningen står mål med det udbytte kommunen vil få. En anden kommune forventer, at muligheden for mere systematisk at drage lære af utilsigtede hændelser på tværs af institutioner vil højne kommunens kvalitetsarbejde på sundhedsområdet. For de store kommuner er de årlige administrative driftsomkostninger gennemsnitlig på 85 timer (mellem 36 og 131 timer). Forskellene mellem de store kommuner afspejler også, hvor systematisk de enkelte kommuner vil arbejde med læring af utilsigtede hændelser. Som tidligere nævnt kan KREVI ikke vurdere, hvad der er tilstrækkeligt for, at patientsikkerhedsordningen fungerer i praksis.

De samlede administrative driftsomkostninger forbundet med forvaltningens facilitering af patientsikkerhedsordningen forventes at resultere i årligt merforbrug på i alt 11.002 timer på landsplan.

### 7.2.5 Møder med regionerne

Kommunerne vurderer, at der vil være behov for at følge op på samarbejdet omkring utilsigtede hændelser i sektorovergange mellem kommunerne og regioner i de eksisterende samarbejdsfora. De samlede administrative driftsomkostninger forbundet med forberedelse af dagsordenspunkt og mødetid forventes på landsplan at udgøre 351 timer årligt.

### 7.2.6 Facilitering af læring på de decentrale institutioner

Kommunerne vil igangsætte en række aktiviteter for at facilitere læring på de decentrale institutioner herunder opfølgning på handleplaner, intern videndeling både internt på institutioner og på tværs af institutioner.

For de små kommuner ligger det gennemsnitlige estimerede tidsforbrug på 52 timer. Der er stor spredning mellem de små kommuner på mellem 0 og 120 timer. Én kommune afsætter ikke tid til dette punkt, fordi det ikke går ud over, hvad de ville i gøre i forvejen. En anden kommune sætter tid af til videndeling internt i institutionen, fordi det vurderes, at der bliver

tale om en systematisk opfølgingsindsats, der ligger ud over, hvad man ellers ville have gjort. Endelig sætter den sidste kommune ressourcer af til videndeling på tværs af institutionerne, da der ikke tidligere er blevet fulgt op på utilsigtede hændelser på tværs af institutioner. Variationen afspejler således blandt andet, hvordan kommunerne vælger at arbejde med patientsikkerhedsordningen.

For de store kommuner er det gennemsnitlige tidsforbrug på 24 timer. Dette gennemsnit dækker også over en spredning på mellem 5 og 60 timer, og også her kan den forklares med, hvordan kommunen vælger at gribe arbejdet an. 2 af kommunerne mener således ikke, at de skal bruge ekstra tid på videndeling, mens 1 kommune sætter 50 timer af årligt til denne aktivitet. Spredningen inden for de store kommuner kan altså også forklares ud fra, hvor systematisk kommunerne forestiller sig, at der følges op på utilsigtede hændelser og videndeles på tværs af institutioner.

På landsplan forventes tidsforbruget til facilitering af læring på de decentrale institutioner at være 3.729 timer årligt.

### **7.2.7 Uddannelsesaktiviteter for nye medarbejdere**

Tre af kommunerne vurderer, at der skal bruges tid på at uddanne og orientere nye medarbejdere om patientsikkerhedsordningen, mens de tre andre kommuner vurderer, at tidsforbruget på uddannelse af nye medarbejdere vil være relativt begrænset, da nye medarbejdere vil blive orienteret om patientsikkerhedsordningen som en del af det generelle introduktionsprogram.

De små kommuner forventer i gennemsnit at bruge 176 timer på uddannelse af nye medarbejdere, og de store kommuner vurderer i snit, at det vil tage 68 timer at uddanne nye medarbejdere. På landsplan svarer det til 11.974 timer årligt på uddannelsesaktiviteter af nye medarbejdere. Det er dog formentlig kun i de første år, at der vil være behov for at uddanne nye medarbejdere, i og med at alle sundhedspersoner i den kommunale sektor vil få rapporteringspligt og dermed kendskab til patientsikkerhedsordningen. Samtidig vil nyuddannede formentlig fremover have fået kendskab til patientsikkerhedsordningen under deres uddannelse.

Det skal bemærkes, at personaleomsætningen for institutionsledere og medarbejdere, der skal sagsbehandle utilsigtede hændelser, vurderes som værende meget lav, og derfor er uddannelse af nye ledere og medarbejdere i forvaltningen ikke inkluderet i beregningerne.

### **7.2.8 Indberetning til Sundhedsstyrelsen**

Kommunerne skal løbende indberette rapporterede utilsigtede hændelser til Sundhedsstyrelsen samt indsende handleplaner to gange årligt. Indberetningen til Sundhedsstyrelsen skal ske i anonymiseret form. De samlede driftsomkostninger forbundet med anonymisering af rapporter og handleplaner vil på landsplan udgøre et mertidsforbrug på 3.964 timer årligt. De store kommuner har gennemsnitlig et større timeforbrug på den løbende indberetning til Sundhedsstyrelsen end de små kommuner pga. et estimeret højere antal utilsigtede hændelser. Det estimerede tidsforbrug til anonymisering af én rapportering varierer mellem 5 min. og en halv time. Det estimerede tidsforbrug til at finde og indsende handleplaner varierer mellem 0 og knap 2 timer.

### **7.2.9 Øvrige driftskonsekvenser**

Som nævnt i afsnit 7.1.1. har det været vanskeligt at vurdere, i hvilke tilfælde indhentning af samtykke fra datatilsynet i forbindelse med videregivelse af personoplysninger vil være nødvendigt ifølge lovens § 200. Vi har derfor ikke kunnet estimere kommunernes årlige tidsforbrug på konkrete vurderinger af behovet for videregivelse af personoplysninger og på indhentning af samtykke fra datatilsynet.

Der kan blive behov for vejledning og rådgivning af patienter og pårørende, når der på sigt åbnes op for, at også patienter og pårørende kan rapportere utilsigtede hændelser. Kommunerne vurderer, at det vil tage mellem en halv time til to timer at vejlede en patient eller en pårørende. KREVI har dog ikke kunne estimere kommunernes samlede tidsforbrug til vejledning og rådgivning af patienter og pårørende, da vi ikke har et estimat for hvor mange patienter eller pårørende, der årligt vil have behov for vejledning og rådgivning. Der er således endnu ingen erfaringer fra sygehusvæsnet at trække på i forhold hertil.

#### **7.2.10 Samlede driftskonsekvenser på landsplan**

Den løbende drift af den udvidede patientsikkerhedsordning forventes at resultere i et gennemsnitligt mertidsforbrug på 517 timer om året pr. kommune. På landsplan forventes de samlede administrative driftsomkostninger således årligt at blive 50.693 timer. Særligt uddannelsen af nye medarbejdere og den centrale forvaltnings facilitering af patientsikkerhedsordningen vil få store driftsomkostninger for kommunerne. Førstnævnte vil dog formentlig kun udgøre et behov i en begrænset periode.

Driftsomkostningerne for de små kommuner ligger mellem 164 og 775 timer om året. Variationen skyldes især, at den kommune, der har den højeste tidsforbrug, vurderer, at det vil være nødvendigt at forestå særskilte uddannelsesaktiviteter for nye medarbejdere i modsætning til de to andre kommuner, der vil orientere nye medarbejdere om patientsikkerhedsordningen i forbindelse med den generelle introduktion til arbejdspladsen.

Blandt de store kommuner varierer driftsomkostninger mellem 276 og 933 timer pr. år. Variationen skyldes blandt andet, at den kommune, der har det højeste tidsforbrug, vurderer, at kommunen skal bruge mere tid på at facilitere patientsikkerhedsordningen end de to andre store kommuner.

## 8 FORVENTEDE SELVSTYREMÆSSIGE KONSEKVENSER

Lovforslaget om udvidet patientsikkerhedsordning vurderes af kommunerne til at være et relativt lille indgreb i det kommunale selvstyre. Kommunerne ser ikke patientsikkerhedsordningen i sig selv som en stor indskrænkning i det kommunale selvstyre, men sammen med andre regler og vejledninger på det kommunale sundhedsområde flytter patientsikkerhedsordningen tid fra reel opgavevaretagelse til rapporteringsaktiviteter.

*"Jeg ser det her [patientsikkerhedsordningen, red.] som en perle på snoren, hvor der hele tiden kommer små ting måske - men hele tiden flere ting vi skal holde øje med og gøre og rapportere og huske at melde tilbage og tjekke op på og give tal på ... så man kan sige, at det [patientsikkerhedsordningen, red.] er bare en ting, men det er bare en på rækken"*

Udsagn fra kommunal interviewperson

Nogle af kommunerne oplever også, at patientsikkerhedsordningen er et udtryk for mistillid til kommunernes kvalitetsarbejde, og opfatter den centrale indberetning som en kontrolforanstaltning.

### **Krav om en bestemt metode**

Overordnet ser kommunerne patientsikkerhedsordningen som et udmærket værktøj, der kan skabe læring på tværs af institutioner internt i kommunen og blandt kommuner. Kommunerne påpeger dog, at kravet om en bestemt metode til kvalitetssikring af kommunale sundhedsydelser begrænser kommunernes råderum til andet kvalitetsarbejde, hvis ikke kommunerne kompenseres tilstrækkeligt for det ekstra ressourceforbrug, der er forbundet med implementeringen og driften af patientsikkerhedsordningen.

### **Regulering af samarbejdet med regionen**

Derudover vurderer nogle af kommunerne, at lovforslaget regulerer samarbejdet mellem kommunerne og regionerne omkring arbejdet med utilsigtede hændelser i sektorovergange og at det på sin vis indskrænker det kommunale selvstyre. De ser det dog som positivt, at samarbejdet omkring utilsigtede hændelser i sektorovergange reguleres i sundhedsaftalerne. Andre kommuner vurderer, at det ikke udgør en indskrænkning i selvstyret, eftersom samarbejdet med regionen i forvejen er stærkt reguleret i sundhedsaftalerne og patientsikkerhedsordningen vil udgøre en meget lille del af sundhedsaftalerne.

### **Krav om særlige kompetencer til sagsbehandleren af de utilsigtede hændelser**

Kommunerne vurderer, at patientsikkerhedsordningen stiller krav om særlige kompetencer til de personer, der skal sagsbehandle de rapporterede utilsigtede hændelser, men ser det ikke som en væsentlig begrænsning af deres selvstyre, da hovedparten i forvejen har medarbejdere, der kan løfte opgaven. Nogle af kommunerne vurderer dog, at de vil være nødt til at ansætte nye medarbejdere, og at kravet til specifikke kompetencer udgør et ekstra hensyn i ansættelsessituationen.



## 9 FORSLAG TIL REGELFORENKLING

Kommunerne har alle været meget interesserede i at bidrage med input til regelforenklinger, primært hvad angår forslag til reduktion af de administrative omkostninger. I undersøgelsen har vi spurgt kommunerne, om deres holdninger til de øvrige kommuners regelforenklingsforslag. Det har ikke været alle forslag, der har været generel opbakning til. Hvor stor opbakning, der er til de enkelte regelforenklingsforslag blandt de deltagende kommuner, vil fremgå i det følgende.

### 9.1 Reduktion af administrative konsekvenser

Kommunerne er enige om, at der mangler koordinering mellem lovforslaget og anden regulering på de områder lovforslaget berører. Det gælder ikke mindst i forhold til serviceloven.

Der er et stort overlap mellem de borgere, der modtager ydelser efter serviceloven og efter sundhedsloven. Det gælder særligt ældreområdet. Rapporteringen af utilsigtede hændelser gælder dog kun for ydelser efter sundhedsloven. Det påpeges således, at det ikke giver mening, at nogle utilsigtede hændelser skal indberettes, mens andre tilsvarende hændelser ikke skal – alene fordi de er forgået i kontekster, der er reguleret af forskellige love. En kommune siger desuden, at koordinering vil understøtte helhedstænkningen omkring borgeren.

*Vi har en borger, som vi skal have det koordineret rundt om – og det understøtter ikke, at vi kommer til at tænke på den måde i kommunerne, når der er de der parallelle systemer.*

Udsagn fra kommunal interviewperson

Kommunerne efterlyser generelt en bedre sammentænkning af ordninger. En kommune forstår således, at patientsikkerhedsordningen skal koordineres med tilsynsordningerne. En anden foreslår, at indberetningerne til Sundhedsstyrelsen koordineres med blandt andet Den Danske Kvalitetsmodel. Andre kommuner mener dog, at de forskellige ordninger bruges til forskellige formål og af forskellige medarbejdere, og at der derfor ikke er behov for yderligere koordinering.

#### 9.1.1 Reduktion af omstillingsomkostninger

Kommunerne har en række forslag til hvordan omstillingsomkostningerne kan reduceres. Omstillingsomkostningerne beløber sig samlet set til 193.526 timer på landsplan, men vi kan ikke sige konkret, hvor store reduktioner de forskellige forslag kan betyde.

##### 1. forslag: Afgrænsning af begrebet 'utilsigtede hændelser'

Det er ikke indlysende for kommunerne, hvad der helt konkret ligger i begrebet 'utilsigtet hændelse', og i hvilke sammenhænge hændelserne skal indberettes jf. det ovenstående om koordinering mellem sundhedsloven og serviceloven. Kommunerne er derfor enige om at efterspørge en række eksempler på utilsigtede hændelser indenfor de forskellige områder, som loven dækker. Det vil gøre det lettere for kommunerne at fortolke lovgivningen, og eksemplerne vil også kunne bruges i kommunernes arbejde med formidlingen af lovgivningen til sundhedspersonalet. Gode eksempler kan derfor medvirke til at reducere omstillingsomkostningerne.

Samtidig vil en klar afgrænsning af begrebet kunne bidrage til en mere ensartet fortolkning af loven i kommunerne. Det vil understøtte lovens intention, og give øget sammenlignelighed på tværs af kommuner. Til gengæld reducerer en klar afgrænsning kommunernes råderum i forhold til fortolkning af loven.

## **2. forslag: Eksempler i forhold til persondataloven**

Vi har i undersøgelsen forsøgt at få kommunerne til at estimere det tidsforbrug, de skal anvende til udveksling af personhenførbare oplysninger. Som det fremgår af kapitel 7, er denne del af lovforslaget ugenomsommeligt for kommunerne. Flere kommuner efterspørger, at der i forbindelse med lovgivningen udarbejdes klare retningslinjer for, hvornår persondatalovens bestemmelser om samtykke fra datatilsynet skal i anvendelse. Disse retningslinjer kan suppleres med konkrete eksempler på situationer, hvor der skal indhentes samtykke, og med situationer, hvor det ikke er nødvendigt.

Dette forslag kan medvirke til at reducere omstillingsomkostningerne i forbindelse med at forstå og fortolke lovgivningen, og også lette driftsomkostningerne, idet det vil blive lettere konkret at vurdere, om der er behov for at indhente samtykke fra datatilsynet. Til gengæld reducerer en klar afgrænsning kommunernes råderum i forhold til fortolkning af loven.

## **3. forslag: Pilotkommuner kan starte ordningen op**

Alle 6 kommuner foreslår, at enkelte kommuner kan starte op med ordningen som piloter. Dermed vil der kunne høstes erfaringer hos disse, inden alle kommuner bruger ressourcer på implementeringen. Det kan måske reducere omstillingsomkostningerne i kommunerne, men forsinker til gengæld ordningens udrulning.

## **4. forslag: Fælles undervisningsmateriale**

Der skal foregå en relativ stor uddannelsesindsats i alle kommuner, og alle kommuner vil have behov for undervisningsmateriale. Der er forskellige forslag til, hvordan udarbejdelsen af dette materiale kan gøres lettere. Der er forslag om, at kommunerne kan gå sammen om udarbejdelsen, og der er forslag om en erfaringsdatabase, der gør det muligt for kommunerne at se, hvad andre kommuner har lavet. Der er desuden forslag om, at der fra centralt hold kan udarbejdes eksempler på lettilgængeligt undervisningsmateriale, som kommunerne kan plukke i. Fælles for disse forslag er et ønske fra alle kommuner om ikke at skulle starte fra bunden i forbindelse med udarbejdelse af undervisningsmateriale, hvilket kan mindske omstillingsomkostningerne.

### **9.1.2 Reduktion af driftsomkostninger**

Kommunerne har en række forslag til, hvordan driftsudgifterne kan reduceres. Driftsudgifterne beløber sig samlet set til 50.693 timer, men undersøgelsen giver ikke mulighed for at sige, hvor store reduktioner de forskellige forslag vil medføre.

## **1. forslag: Fjerne eller begrunde indberetningspligten**

I lovforslaget er kommunerne forpligtede til at indberette deres utilsigtede hændelser til Sundhedsstyrelsen, samt indsende handleplaner mv. Nogle kommuner stiller spørgsmålstegn ved behovet for denne indberetning, hvis formålet med ordningen er læring på det lokale niveau. Andre kommuner ser ikke indberetningen i sig selv som et problem eller som særlig omkostningstung. De årlige driftsomkostninger er estimeret til 3.964 timer på landsplan. Fjernelsen af indberetningspligten vil mindske driftsomkostningen, men vil til gengæld betyde, at der ikke kan skabes et samlet overblik over de utilsigtede hændelser og laves analyser på tværs af kommunerne.

En kommune foreslår, at der i lovens bemærkninger gøres mere ud af at begrunde, hvorfor kommunerne skal indberette til Sundhedsstyrelsen. Dette forslag er der opbakning til fra alle 6 kommuner.

## 2. forslag: Minimumstærskel for indberetningerne

Lovforslaget lægger op til, at alle rapporteringer af utilsigtede hændelser skal indberettes til Sundhedsstyrelsen. 3 kommuner foreslår, at det kun skal være 'belastende' hændelser, der skal indberettes. Derved kan der spares tid på anonymisering og tilretning af rapporteringerne. De 3 andre kommuner er ikke enige i dette forslag. En kommune mener ikke, at tidsforbruget til indberetningerne er væsentligt: *"Det er ikke der, tiden ligger"*. En anden kommune mener, at sagsbehandleren i så fald skal bruge tid på at vurdere, om de konkrete hændelser skal indberettes, og det vil også tage tid.

En minimumstærskel for indberetningerne giver ikke Sundhedsstyrelsen mulighed for at få det fulde overblik over utilsigtede hændelser i den kommunale sundhedssektor.

## 3. forslag: Brugervenlig database

En del af kommunerne har erfaring for, at IT systemer ikke altid er brugervenlige. Der er bred enighed om, at det er vigtigt, at databasen udformes sådan, at det bliver let at trække data ud på en systematisk måde. Det vil både kunne mindske den tid, som medarbejderne skal bruge på uddannelse (omstillingsomkostninger), og ikke mindst vil en nem og gennemskuelig adgang til databasens indhold forbedre muligheden for lokal anvendelse af læringssystemet og dermed styrke ordningens legitimitet.

## 9.2 Reduktion af selvstyremæssige konsekvenser

Kommunerne ser generelt patientsikkerhedsordningen som et nyttigt værktøj, og vurderer ikke, at der er store selvstyremæssige konsekvenser forbundet med ordningen – særligt ikke hvis kommunerne bliver kompenseret tilstrækkeligt for det ressourcetræk, som ordningen medfører. Sker det ikke, vurderer kommunerne til gengæld, at de vil få reduceret deres råderum til andre indsatser betragteligt.

Nogle af kommunerne oplever, at patientsikkerhedsordningen er et udtryk for mistillid til kommunernes kvalitetsarbejde, og opfatter den centrale indberetning som en kontrolforanstaltning. Derfor foreslår 2 kommuner, at indberetningspligten fjernes eller, som der er bredere opbakning til: at der gives en klarere begrundelse for den centrale indberetning. Disse forslag er behandlet ovenfor.

## 9.3 Opsummering af forslag til regelforenklning

Nedenstående tabel opsummerer kommunernes forslag til regelforenklning i forhold til administrative og selvstyremæssige fordele og ulemper samt forslagenes relation til lovens intentioner.

*Tabel 5. Opsummering af fordele og ulemper ved kommunernes forslag til regelforenklning*

Forslag til regelfor- enkling	Fordele	Ulemper
Koordinering med Serviceloven	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Administrative:</i> Fjerner problematik omkring grænsefladen mellem ydelser efter serviceloven og ydelser efter sundhedsloven. Understøtter helhedstænkning omkring borgeren.</li> <li>• <i>Selvstyremæssige:</i> Ingen</li> <li>• <i>Ift. lovens intentioner:</i> Giver bredere dækning af patientsikkerhedsordningen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Administrative:</i> Ingen</li> <li>• <i>Selvstyremæssige:</i> Reguleringen bliver mere omfattende.</li> <li>• <i>Ift. lovens intentioner:</i> Koordinering med serviceloven kan forsinke udrulningen af patientsikkerhedsordningen.</li> </ul>
Koordinering med embedslægens tilsyn	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Administrative:</i> Ingen</li> <li>• <i>Selvstyremæssige:</i> Ingen</li> <li>• <i>Ift. lovens intentioner:</i> Kan sikre ekstern sparring omkring opfølgning på utilsigtede hændelser, hvilket kan styrke patientsikkerheden.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Administrative:</i> Ingen</li> <li>• <i>Selvstyremæssige:</i> Kan give ordningen et kontrolelement.</li> <li>• <i>Ift. lovens intentioner:</i> Kan give ordningen et kontrolelement, der kan modvirke læringen.</li> </ul>
Kun indberetning til én instans	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Administrative:</i> Reducerer antallet af indberetninger om utilsigtede hændelser for de kommuner, der er en del af den danske kvalitetsmodel.</li> <li>• <i>Selvstyremæssige:</i> Ingen</li> <li>• <i>Ift. lovens intentioner:</i> Ingen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Administrative:</i> Ingen</li> <li>• <i>Selvstyremæssige:</i> Ingen</li> <li>• <i>Ift. lovens intentioner:</i> Ingen</li> </ul>
Afgrænsning af utilsig- tede hændelser vha. konkrete eksempler	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Administrative:</i> Omstillingsomkostninger til at fortolke lovgivning, udarbejde procedure og til at udarbejde undervisningsmateriale kan reduceres.</li> <li>• <i>Selvstyremæssige:</i> Ingen</li> <li>• <i>Ift. lovens intentioner:</i> Kan bidrage til en mere ensartet fortolkning af loven, hvilket kan give bedre sammenligningsgrundlag på tværs af kommunerne.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Administrative:</i> Ingen</li> <li>• <i>Selvstyremæssige:</i> Indsnævrer kommunernes mulighed for fortolkning af lovgivningen.</li> <li>• <i>Ift. lovens intentioner:</i> Ingen</li> </ul>
Konkretisering af reglerne omkring udveksling af person- henførbare oplysninger og samtykke fra data- tilsynet.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Administrative:</i> Kan mindske omkostningerne i forbindelse med fortolkning af lovgivningen, og lette den konkrete vurdering af behovet for indhentning af samtykke fra data-tilsynet.</li> <li>• <i>Selvstyremæssige:</i> Ingen</li> <li>• <i>Ift. lovens intentioner:</i> Kan øge sandsynligheden for, at der bliver indhentet samtykke i de relevante tilfælde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Administrative:</i> Ingen</li> <li>• <i>Selvstyremæssige:</i> Ingen</li> <li>• <i>Ift. lovens intentioner:</i> Ingen</li> </ul>
Pilotkommuner starter ordningen op	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Administrative:</i> Kan mindske omkostningerne i forbindelse med omstillingen, da 'børnesygdomme' kan kureres inden alle kommuner inddrages.</li> <li>• <i>Selvstyremæssige:</i> Ingen</li> <li>• <i>Ift. lovens intentioner:</i> Ingen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Administrative:</i> Ingen</li> <li>• <i>Selvstyremæssige:</i> Ingen</li> <li>• <i>Ift. lovens intentioner:</i> Forsinker udrulningen af patientsikkerhedsordningen.</li> </ul>
Fælles eksempler på undervisningsmateriale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Administrative:</i> Kan mindske omkostningerne i forbindelse med udannelse af sundhedspersonale.</li> <li>• <i>Selvstyremæssige:</i> Ingen</li> <li>• <i>Ift. lovens intentioner:</i> Ingen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Administrative:</i> Ingen</li> <li>• <i>Selvstyremæssige:</i> Ingen</li> <li>• <i>Ift. lovens intentioner:</i> Ingen</li> </ul>
Fjerne indberetnings- pligten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Administrative:</i> Kan mindske drifts-omkostningerne.</li> <li>• <i>Selvstyremæssige:</i> Mindsker et evt. kontrolelement i ordningen.</li> <li>• <i>Ift. lovens intentioner:</i> Ingen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Administrative:</i> Ingen</li> <li>• <i>Selvstyremæssige:</i> Ingen</li> <li>• <i>Ift. lovens intentioner:</i> Forhindrer, at der kan laves analyser på tværs af kommuner, og forhindrer at der kan skabes et samlet overblik</li> </ul>

Forslag til regelfor- enkling	Fordele	Ulemper
		over utilsigtede hændelser.
Begrunde indberet- ningspligten i lovforsla- get	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Administrative</i>: Ingen</li> <li>• <i>Selvstyremæssige</i>: Ingen</li> <li>• <i>Ift. lovens intentioner</i>: Ingen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Administrative</i>: Ingen</li> <li>• <i>Selvstyremæssige</i>: Ingen</li> <li>• <i>Ift. lovens intentioner</i>: Ingen</li> </ul>
Minimumstærskel for hvad der skal indberet- tes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Administrative</i>: Kan mindske drifts- omkostningerne i forbindelse med indberetning til Sundhedsstyrelsen.</li> <li>• <i>Selvstyremæssige</i>: Ingen</li> <li>• <i>Ift. lovens intentioner</i>: Ingen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Administrative</i>: Vil kræve, at sags- behandleren bruger tid på konkret at vurdere, hvilke hændelser der skal indberettes, og hvilke der ik- ke skal indberettes.</li> <li>• <i>Selvstyremæssige</i>: Ingen</li> <li>• <i>Ift. lovens intentioner</i>: Giver ikke mulighed for at få det fulde over- blik over de utilsigtede hændelser.</li> </ul>
Brugervenlig database	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Administrative</i>: Kan mindske om- kostningerne i forbindelse med ud- dannelse af medarbejderne og driftsomkostningerne i forbindelse med tværgående analyser af utilsig- tede hændelser.</li> <li>• <i>Selvstyremæssige</i>: Ingen</li> <li>• <i>Ift. lovens intentioner</i>: Giver basis for analyser, der kan medvirke til større patientsikkerhed.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Administrative</i>: Ingen</li> <li>• <i>Selvstyremæssige</i>: Ingen</li> <li>• <i>Ift. lovens intentioner</i>: Ingen</li> </ul>

## 10 INPUT TIL GOD PRAKSIS

Flere af de interviewede kommuner er kommet med forslag til, hvordan patientsikkerhedsordningen kan implementeres og driftes hensigtsmæssigt, som måske kan inspirere andre kommuner. Disse forslag oplystes i det følgende.

### **Det er vigtigt ikke at belaste frontmedarbejderne**

Frontmedarbejderne er ikke alle vant til at arbejde med skriftlighed. Det gælder særligt sosu-hjælperne. Derfor kan indberetningspligten opleves som belastende.

En kommune, der arbejder med PDA'er i hjemmeplejen, foreslår, at PDA-systemet udvikles, så frontpersonalet kan markere på PDA'en, hvis de observerer en utilsigtet hændelse. Så vil deres leder kunne kontakte dem, og de vil sammen kunne udfylde indberetningsskemaet. Hovedtanken er, at *"Hvad vi end gør, så må det ikke belaste det yderste led"*. Andre kommuner fremhæver også, at det kan være nødvendigt, at frontpersonalet får hjælp til at udfylde skemaerne. Det skal dog bemærkes, at det betyder, at frontpersonalet i nogle tilfælde mister muligheden for anonymitet i indberetningen.

### **Det er nødvendigt at bruge ressourcer på uddannelse af frontmedarbejderne**

Hvis systemet skal virke, er det afgørende, at frontmedarbejderne er opmærksomme på de utilsigtede hændelser og får dem indberettet. Derfor understreger en kommune, at det er meget vigtigt at bruge ressourcer på at uddanne frontmedarbejderne i systemet: Hvad er en utilsigtet hændelse, hvad skal indberetningerne bruges til mv. Det uddannelsesmateriale, der udarbejdes, skal være lettilgængeligt. Der er behov for en kulturændring, og den kommer ikke af sig selv.

I tråd med dette foreslår en anden kommune, at kommunerne begynder at orientere medarbejderne om patientsikkerhedsordningen allerede i 2009, sådan at medarbejderne er motiverede, når patientsikkerhedsordningen træder i kraft i 2010.

### **Patientsikkerhedsordningen skal ind i ledelsessystemet**

De fleste kommuner mener, at patientsikkerhedsordningen er et godt værktøj, som kan skabe overblik over utilsigtede hændelser. Derfor foreslår en kommune, at informationerne inddrages i ledelsessystemet, så det kan understøtte det arbejde, de gør i forvejen.

### **Indretningsvejledninger**

Horsens kommune har gennem arbejdet med 'Sunde boliger - i en Sund by' udarbejdet en række indretningsvejledninger, der kan medvirke til faldforebyggelse. Kommunen mener at sådanne vejledninger kan være nyttige i arbejdet med patientsikkerhed.

## 11 REFERENCER

Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven (Udvidet patientsikkerhedsordning). Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2008.

Evaluering af lov om patientsikkerhed, Rambøll Management for Indenrigs- og Sundhedsministeriet, august 2006.

Metode til Vurdering af Administrative Konsekvenser for Kommunerne ved ny Statslig regulering, (VAKKS)”, Epinion A/S, maj 2006.

## 12 BILAGSOVERSIGT

### 12.1 Bilag 1 – Segmenteringsoversigt

Kommuner	Indbyggertal pr. 1. januar 2007
101 København	503.699
751 Århus	296.170
851 Aalborg	194.149
461 Odense	186.745
561 Esbjerg	114.148
630 Vejle	104.101
730 Randers	92.984
147 Frederiksberg	92.234
791 Viborg	91.405
621 Kolding	87.183
740 Silkeborg	86.540
657 Herning	83.598
265 Roskilde	81.017
370 Næstved	80.133
615 Horsens	79.020
330 Slagelse	76.949
540 Sønderborg	76.825
157 Gentofte	68.672
316 Holbæk	68.451
860 Hjørring	67.118
376 Guldborgsund	63.540
813 Frederikshavn	62.877
159 Gladsaxe	61.945
217 Helsingør	61.012
580 Aabenraa	60.044
479 Svendborg	58.714
760 Ringkøbing-Skjern	58.112
661 Holstebro	56.582
259 Køge	56.298
510 Haderslev	56.275
746 Skanderborg	55.300
230 Rudersdal	53.910
173 Lyngby-Taarbæk	51.751
430 Faaborg-Midtfyn	51.612
573 Varde	49.849
167 Hvidovre	49.422
326 Kalundborg	49.377
607 Fredericia	49.260
360 Lolland	48.634
779 Skive	48.344
253 Greve	47.672
151 Ballerup	46.914
169 Høje-Taastrup	46.683
390 Vordingborg	46.485
219 Hillerød	46.354
787 Thisted	45.580



710 Favrskov	45.037
766 Hedensted	44.892
250 Frederikssund	43.910
400 Bornholm	43.040
846 Mariagerfjord	42.288
575 Vejen	41.882
420 Assens	41.816
706 Syddjurs	41.003
270 Gribskov	40.409
550 Tønder	40.331
240 Egedal	40.057
185 Tårnby	39.772
756 Ikast-Brande	39.681
210 Fredensborg	39.303
849 Jammerbugt	38.787
707 Norddjurs	38.333
820 Vesthimmerland	37.841
190 Furesø	37.624
410 Middelfart	36.771
175 Rødovre	36.244
810 Brønderslev-Dronninglund	35.445
320 Faxe	35.117
153 Brøndby	33.947
306 Odsherred	32.980
450 Nyborg	31.508
329 Ringsted	31.468
260 Halsnæs	30.798
480 Nordfyn	29.195
340 Sorø	28.956
840 Rebild	28.633
165 Albertslund	27.608
163 Herlev	26.743
350 Lejre	26.361
530 Billund	26.133
223 Hørsholm	24.332
201 Allerød	23.609
440 Kerteminde	23.524
671 Struer	22.591
665 Lemvig	22.237
773 Morsø	22.196
336 Stevns	21.828
727 Odder	21.469
269 Solrød	20.852
183 Ishøj	20.715
161 Glostrup	20.618
482 Langeland	13.937
155 Dragør	13.184
187 Vallensbæk	12.145
492 Ærø	6.794
741 Samsø	4.130
563 Fanø	3.170
825 Læsø	2.058

Kilde: Danmarks Statistik d. 19. maj 2008

## 12.2 Bilag 2 – Interviewguide og aktivitetsoversigt

### Interview vedr. VAKKS-undersøgelse af lovforslag om udvidet patientsikkerhedsordning

#### Interviewguide

##### Forventede konsekvenser af udvidelsen af patientsikkerhedsordningen

I de indledende faser af VAKKS-undersøgelsen af lovforslaget om udvidet patientsikkerhedsordning har KREVI, efter drøftelser med Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og KL, udvalgt de paragraffer i lovforslaget, som vi forventer, vil have *nye netto-konsekvenser* for kommunerne. Nye netto-konsekvenser er de konsekvenser, der forventes at følge af ændringerne af sundhedslovens §§ 198-202 og *ikke* konsekvenser af allerede eksisterende lovgivning på området, fx § 193 vedr. kommunalbestyrelsens pligt til at sikre kvalitetsudvikling af kommunale sundhedsydelse. Derudover har KREVI i aktivitetsoversigten nedenfor forsøgt at beskrive, hvad de nye netto-konsekvenser konkret kan bestå i.

Vi vil gerne have jeres vurdering af de opstillede bud på nye netto-konsekvenser for kommunerne. Vi vil bede jer om at forholde jer til de konsekvenser, der er opstillet i aktivitetsoversigten. Det drejer sig om:

- *Administrative konsekvenser*

Administrative konsekvenser er opdelt i omstillingskonsekvenser og driftskonsekvenser ved kommunens implementering og løbende efterlevelse af lovgivningen. Omstillingskonsekvenser er de omkostninger, som kommunen vil opleve på kort sigt, og som man kun vil opleve én gang. Driftskonsekvenser har derimod tilbagevendende karakter og kan være såvel negative som positive.

- *Konsekvenser for det kommunale selvstyre*

Ved "konsekvenser for det kommunale selvstyre" forstås kommunens (kommunalbestyrelsens) muligheder for at prioritere og tilrettelægge den kommunale administration og service, herunder mulighederne for at fastlægge serviceniveau og -standarder. Eksempler på selvstyremæssige konsekvenser er bindinger, der vedrører politisk organisering, administrativ organisering, tilrettelæggelse af beslutningsprocesser, krav til specifikke kompetencer, budgetsystemernes indretning, normering af servicestandarder og arbejdsprocesser.

I det omfang, I mener, at de opstillede administrative konsekvenser (positive såvel som negative) vil blive aktuelle for jeres kommune, vil vi gerne have jeres vurdering af, hvor mange ressourcer jeres kommune vil skulle bruge eller kunne spare på de forskellige aktiviteter. Vi vil bede jer overveje:

- Hvor megen intern tid (i timer) den enkelte aktivitet vil kræve/frigøre?
- Om den enkelte aktivitet vil koste kommunen noget i anskaffelser og indkøb af ekstern bistand (i kroner), og i givet fald hvor meget?

### Jeres organisering af patientsikkerhedsordningen

Indledningsvist vil vi bede jer give en kort beskrivelse af, hvordan I forventer at organisere arbejdet med patientsikkerhedsordningen.

### Aktivitetsoversigt

§	Lovtekst: Overordnede og materielle krav	Forventede konsekvenser for kommunerne	Forventet ressourceforbrug: Type og omfang
§ 198	<b>Handlinger ifm. utilsigtede hændelser</b>		
	<p>Stk. 1. Regionsrådet og kommunalbestyrelsen modtager, registrerer og analyserer rapporteringer om utilsigtede hændelser, jf. stk. 2 og 3, til brug for forbedring af patientsikkerheden og rapportering af oplysninger til Sundhedsstyrelsen, jf. § 199.</p> <p>Stk. 2. En sundhedsperson, der som led i sin faglige virksomhed bliver opmærksom på en utilsigtet hændelse, skal rapportere hændelsen til regionen, dog til kommunen, hvis hændelsen er forekommet i den kommunale sundhedssektor, jf. afsnit IX. 1. pkt. gælder tilsvarende for apotekere og</p>	<p><b>Administrative konsekvenser</b></p> <p><b>- Omstilling</b></p> <p>Den centrale forvaltning</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Læse, forstå og fortolke lovgivningen</li> <li>2. Udarbejde procedurer og standardorienteringsskrivelser om patientsikkerhedsordningen</li> <li>3. Uddannelsesindsatser for medarbejdere der skal arbejde med rapporteringssystemet og sagsbehandlingen af de</li> </ol>	<input type="checkbox"/> Intern tid <input type="checkbox"/> Ekstern tid <input type="checkbox"/> Anskaffelser

	<p>apotekspersonale.</p> <p>Stk. 3. En patient eller dennes pårørende kan rapportere en utilsigtet hændelse til regionen, dog til kommunen, hvis hændelsen er forekommet i den kommunale sundhedssektor, jf. afsnit IX.</p> <p>Stk. 4. Ved en utilsigtet hændelse forstås en begivenhed, der forekommer i forbindelse med en behandling m.v. i henhold til afsnit IV-IX eller kapitel 52 eller i forbindelse med forsyning af og information om lægemidler, og som ikke skyldes patientens sygdom, og som samtidig enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, men forinden blev afværget eller i øvrigt ikke indtraf på grund af andre omstændigheder. Utilsigtede hændelser omfatter både på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl.</p>	<p>utilsigtede hændelser</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Etableret samarbejde med regionen i sundhedsaftalen</li> <li>5. Møder med private leverandører</li> <li>6. Forestå uddannelsesindsatser for medarbejdere, der skal gennemføre rapporteringerne</li> <li>7. Evt. andet?</li> </ol> <p>Decentralt niveau</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Uddannelsesindsatser for ledere</li> <li>2. Uddannelsesindsatser for medarbejdere, der skal gennemføre rapporteringerne</li> <li>3. Generel orientering af frontmedarbejdere</li> <li>4. Evt. andet?</li> </ol> <p><b>- Drift</b></p> <p>Den centrale forvaltning</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gennemlæsning og kategorisering af rapporterede utilsigtede hændelser og vurdering af, hvilke hændelser der kræver nærmere analyse og opfølgning</li> <li>2. Analyser af utilsigtede hændelser</li> <li>3. Koordinering med regioner i tilfælde hvor utilsigtede hændelser i sektorovergangen kræver samarbejde om opfølgningen</li> <li>4. Orientering af det politiske niveau</li> <li>5. Uddannelse af nye medarbejdere</li> <li>6. Opfølgning på handleplaner, interne møder og videndeling</li> <li>7. Evaluere og tilpasse procedurer løbende</li> <li>8. Løbende møder og videndeling med regionerne</li> </ol>	
--	--	--	--

		<p>9. Evt. andet?</p> <p>Decentralt niveau</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Løbende rapportering af utilsigtede hændelser i den elektroniske skabelon</li> <li>2. Deltagelse i analyser</li> <li>3. Opfølgning på handleplaner</li> <li>4. Vejledning og rådgivning af patienter og pårørende</li> <li>5. Uddannelse af nye ledere</li> <li>6. Uddannelse af nye medarbejdere, der skal gennemføre rapporteringerne</li> <li>7. Orientering af nye frontmedarbejdere</li> <li>8. Intern videndeling</li> <li>9. Evt. andet?</li> </ol> <p><b>Selvstyremæssige konsekvenser</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Indskrænket metodefrihed til kvalitetsarbejdet på det kommunale sundhedsområde</li> <li>2. Regulering af samarbejdet med regionen i fbm. utilsigtede hændelser i sektorovergange</li> <li>3. Krav om særlige kompetencer i sagsbehandlingen af de utilsigtede hændelser</li> <li>4. Evt. andet?</li> </ol>	
§ 199	Rapportering til Sundhedsstyrelsen		

<p>Stk. 1. Sundhedsstyrelsen modtager rapporteringer fra regionsrådet og kommunalbestyrelsen om utilsigtede hændelser og opretter et nationalt register herfor. Sundhedsstyrelsen vejleder sundhedsvæsenet om patientsikkerhed på baggrund af de modtagne oplysninger.</p> <p>Stk. 2. Sundhedsstyrelsen fastsætter nærmere regler om, hvilke utilsigtede hændelser der skal rapporteres af regionsrådet og kommunalbestyrelsen til Sundhedsstyrelsen, hvornår og i hvilken form rapporteringen skal ske, og hvad den skal indeholde. Sundhedsstyrelsen fastsætter endvidere nærmere regler om, i hvilke tilfælde personer omfattet af § 198, stk. 2, skal rapportere om utilsigtede hændelser til regionsrådet henholdsvis kommunalbestyrelsen, hvornår og i hvilken form rapporteringen skal ske, og hvad den skal indeholde. Sundhedsstyrelsen kan desuden fastsætte nærmere regler om, i hvilken form en rapportering efter § 198, stk. 3, skal ske.</p> <p>stk. 3. Sundhedsstyrelsen kan fastsætte regler, hvorefter regionsrådet og kommunalbestyrelsen til brug for styrelsens vejledningsarbejde, jf. stk. 1, skal sende nærmere bestemte oplysninger om rapporterede hændelser og udarbejdede handlingsplaner og faglige udmeldinger m.v.</p> <p>Stk. 4. Rapportering om utilsigtede hændelser fra regionsrådet og kommunalbestyrelsen til Sundhedsstyrelsen efter stk. 1 og 3 skal ske i anonymiseret form vedrørende såvel patienten som den rapporterende person.</p> <p>Stk. 5. Sundhedsstyrelsen afgiver en årlig beretning om sin virksomhed i henhold til dette kapitel.</p>	<p><b>Administrative konsekvenser</b></p> <p><b>- Omstilling</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Uddannelse i indberetning til Sundhedsstyrelsen – hvad, hvornår og hvordan?</li> <li>2. Udarbejdelse af procedure for anonymisering af rapporteringer inden videregivelse til Sundhedsstyrelsen</li> <li>3. Evt. andet?</li> </ol> <p><b>- Drift</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anonymisering af rapporteringer til styrelsen</li> <li>2. Finde og indsende handleplaner til styrelsen</li> <li>3. Evt. andet</li> </ol> <p><b>Selvstyremæssige konsekvenser</b></p> <p>Ingen</p>	<p><input type="checkbox"/> Intern tid</p> <p><input type="checkbox"/> Ekstern tid</p> <p><input type="checkbox"/> Anskaffelser</p>
---	---	---

§ 200	<b>Udveksling af personhenførbare rapporteringer</b>		
	<p>Stk. 1. Rapporteringer om utilsigtede hændelser, der kan henføres til bestemte personer, kan uden samtykke fra de pågældende personer udveksles inden for den personkreds, der i regionen varetager opgaver i henhold til § 198, stk. 1, samt videregives til kliniske databaser og andre registre, hvori der sker registrering af helbredsoplysninger med henblik på dokumentation og kvalitetsudvikling på patientsikkerhedsområdet. 1. pkt. finder tilsvarende anvendelse for udveksling af rapporteringer inden for den personkreds, der varetager opgaver i kommunen i henhold til § 198, stk. 1.</p> <p>Stk. 2. Oplysninger om identiteten af en person, der har rapporteret i henhold til § 198, stk. 2, må ikke videregives ud over de i stk. 1 nævnte tilfælde.</p>	<p><b>Administrative konsekvenser</b></p> <p><b>- Omstilling</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kendskab til og forståelse af reglerne</li> <li>2. Etablering af procedure for vurdering af behovet for videregivelse af personoplysninger</li> <li>3. Evt. andet?</li> </ol> <p><b>- Drift</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Konkrete vurderinger af behovet for videregivelse af personoplysninger</li> <li>2. Indhentning af samtykke fra datatilsynet</li> <li>3. Evt. andet?</li> </ol> <p><b>Selvstyremæssige konsekvenser</b></p> <p>Ingen</p>	<input type="checkbox"/> Intern tid <input type="checkbox"/> Ekstern tid <input type="checkbox"/> Anskaffelser

### Jeres kvalitetsarbejde i dag

- Hvordan arbejder kommunen i dag med forbedring af kvaliteten i sundhedsfaglige ydelser med henblik på at højne patientsikkerheden inden for områder som f.eks. genoptræning og hjemmesygepleje?
- Hvilke aktiviteter forventer I bortfalder som følge af implementeringen af patientsikkerhedsordningen?

## Supplerende spørgsmål

- Hvilke af regelændringerne opfatter I som mest belastende?
- Har I forslag til ændringer i lovforslaget, som kunne reducere de administrative omkostninger?
- Har I forslag til ændringer i lovforslaget, som kunne styrke det kommunale selvstyre?
- Har I input til god praksis el. lign., som andre kommuner kan lære af?
- Ser I i lovforslaget nogle positive sidegevinster ift. det administrative arbejde?
- Ser I i lovforslaget nogle positive sidegevinster ift. det kommunale selvstyre?