



Utviklingsprosjekt: Rett koding til rett tid i DIPS.

Nasjonalt topplederprogram

John Colin Poole
VVHF Ringerike Sykehus. Kir avd.

Sokna. April 2010.

Bakgrunn og organisatorisk forankring for prosjektet

Ved innføring av DIPS i VVHF 10.mai 2010 frykter vi i klinikken at koderegistrering kommer til å bli forsømt / utsatt i tid. Dette er svært lite ønskelig og vi ønsker å finne en løsning slik at klinikerne både i Kir Klinik og for så vidt i hele organisasjonen finner grunn til å kode presist og til rett tid.

Prosjektet er organisatorisk forankret i Kirurgisk Klinik VVHF v. Klinikdirektør Elisabeth Kaasa.

Problemstilling og målsetting

Til nå har klinikerne ved Buskerudsykehusene i VVHF kodet "indirekte" på forskjellige måter. (Kode/takstskjemaer, Diktering til sekretær) Koding har i all hovedsak blitt utført ved diktering av operasjonsbeskrivelse og epikrise samt på poliklinikk ved avkryssing på diagnose- og prosedyre-kortliste etter konsultasjon.

Ved en fulldigitalisert pasientjournal åpnes muligheten for en innsamling / registrering av diagnose og prosedyrekoder umiddelbart der de oppstår. (Se vedlegg 1.Pasientforløp med kodevinduer.)

Det vil si at koding må skje direkte i den elektroniske pasientjournalen (EPJ). Kodingen må foretas av den enkelte lege.

Det forventes en endringsresistens hos særlig de eldre og toneangivende klinikerne. Dette må løses på en smidig måte og innebærer en betydelig lederskapsutfordring.

Målgruppe:

KORT SIKT: Legene i Kirurgisk avd. Ringerike Sykehus. (Der jeg har formell myndighet som leder)

LENGRE SIKT: hele legestaben ved Ringerike Sykehus (der jeg i okt09 av daværende Direktør ble pekt ut til å være koordinator for innføringen av DIPS lokalt med fullmakter tilsv. sjeflege.)

LANG SIKT: Om Klinikken ønsker det og gir myndighet vil det nok være fornuftig å utvide prosjektet til hele kirurgisk klinik VVHF.

Effektmål og resultatmål.

Effektmål: Riktigere DRG / ISF
Etablere et realistisk styringsparameter på produktivitet i sanntid.
Økt kodekvalitet ved at koding på stedet vil minske misforståelser ved overføringer.

Resultatmål: I en ideell verden; Diagnoser er registrert innen 5 dager med 0% behov for korreksjon.
Realistisk: >95% av diagnoser registrert innen 5 dager med <5% korreksjonsbehov innen utgangen av 2010.
Alle koder ferdig registrert når pasienten forlater poliklinikken/når epikrisediktatet går til skrivning, talegjenkjenning, innen 31.12.10
Gjennomført journalgjennomgang og datainnsamling for å måle resultatet, innen 31.12.2010.

Analyse og argumentasjon rundt problemstilling

Leger er en gruppe med betydelig og forståelig motvilje mot å bli pålagt oppgaver som ikke direkte bidrar til god pasientbehandling dersom det synes som oppgaven like gjerne kan ivaretas av andre. Det har vært praksis at leger ikke har foretatt den direkte innskrivingen av koder i PAS (PasientAdministrativt System)

Når det etter hvert blir både ønskelig og nødvendig med innføringen av en fulldigital EPJ (Elektronisk PasientJournal) vil mange vegre seg og koding vil komme både sent og upresist med et betydelig behov for overordnet koderevisjon og korreksjon for å oppnå både korrekt koding i.h.t. regelverket og koding som er på plass tidnok til å gi en god styringsparameter på det som representerer sykehusenes viktigste variable inntektskilde. Et moment er også at korrekt koding oftest vil gi en bedre økonomisk uttelling i form av høyere DRG refusjon enn koding som er slurvete utført.. Imidlertid er det viktig å fokusere på at det er den medisinskfaglig korrekte koding som til enhver tid tilstrebes.

Det finnes flere måter å finne ICD-koder og Prosedyrekoder på. Den tidligste var oppslag i kodeverk i bokform med til dels vanskelig tigjengelige stikkordsregistre. Slike registre finnes nå også elektronisk med registre og

synonymregistre av varierende kvalitet. Det som foreligger i DIPS er ikke spesielt godt, heller ikke etter produsentens egen mening, og det er ingen planer om nær forestående forbedring. Et annet hjelpemiddel er en såkalt Grouper, et dataprogram som plasserer pasientoppholdet i riktig DRG-gruppe for statistisk bearbeiding og beregning av økonomisk vederlag for sykehuset. Det har i den senere tid vært en del diskusjon rundt slike Groupere og hvorvidt det er meningen at de som koder skal eller bør ha tilgang til slike. (Vedlegg 3 og 4 DiagnostriksingA.PDF og DiagnostriksingB.PDF)

Mange mener at det å se konsekvensen av god og dårlig koding uttrykt i økonomi kan være en god motivasjon for korrekt koding. Dette i tråd med egen erfaring. Også i Helse og Omsorgsdepartementets veiledning for Innsatsstyrt Finansiering 2000 fremgår det at man finner det essensielt at grouper brukes for å sikre korrekt koding. (Link: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/veiledninger_og_brosjyrer/2000/i-0986-b.html?id=87557)

I St.meld. nr. 5 (2003-2004) **Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten**. Kan man lese flg:

”2.1.2.4 Forutsigbarhet, legitimitet og enkelhet med blandingsmodellen

Intensjonen er at ISF-utbetalingene skal avspeile all reell aktivitet. Fram til ISF-ordningen ble innført, var det forholdsvis svake økonomiske insentiver til å registrere fullstendig i henhold til DRG-kodeverket, og registreringen var derfor mangelfull. Det er ønskelig med så god og riktig aktivitetsregistrering som mulig.”

Det synes således helt klart at ønsket om å oppnå god økonomi kan være en medvirkende motivasjon for korrekt koding. For å oppnå rask effektiv og korrekt koding med en solid motivasjonsfaktor er det sterkt ønskelig med integrasjon av et godt kodeverktøy med grouper i det pasientadministrative system og EPJ.” (Link: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20032004/Stmeld-nr-5-2003-2004-2.html?id=197380>)

I intervju med klinikere i egen og naboavd. (4 leger og 1 spesialsykepleier) fremkommer et nær unisont ønske om integrasjon av kodeverktøy og grouper for å sikre at ikke verdifull behandlertid går tapt i kodeleting og kvalitetsikring. (Vedlegg 2)

Det er samtidig klart at en vellykket gjennomføring avhenger av kontinuerlig ledelsesmessig oppfølging. Fremdriftsplanen nedenfor gjenspeiler dette. Det bygges en involverende prosess for å skape motivasjon for endring og å opprettholde denne.

Fremdriftsplan Milepæler.

Frem til 10/5

UTREDNING avsluttet (Intervjuer med klinikere for å avklare hvilke hindringer som ligger i veien og hvilke incitamentene som kan forventes å være virkningsfulle: (Vedlegg 2 Oppsummering, Intervju av leger og anest.spl vedr koding.))

Undervisningen av klinikere er i gang før innføringen av DIPS 10/5. DIPS instruktørene er nøye instruert for formidling av budskap i undervisningen i forbindelse med innføringen.

Vedlegg 1 brukes i undervisningen og nødvendigheten fremheves tydelig.

For å motivere klinikerne til tidlig/korrekt koderegistrering avholdes flere informasjonsmøter med legestaben. Resultater følges fortløpende og det planlegges 2 formelle journalgjennomganger. (Juni og november.) Videre vil det bli arbeidet for en tilgjengeliggjøring av gode kodehjelp verktøy.(Bør være på plass innen utgangen av 2010)

10/5-2010:

DIPS innføres som EPJ / PAS i hele Vestre Viken HF.

10/5-2010 – 31/5-2010:

Fullt fokus på innføringen av DIPS med motivering av medarbeiderne til kode-praksis-omlegging.

I h.t. Kotters (Ref litteraturliste) modell for endringsledelse fokuseres på flg:

- Skape forståelse for nødvendigheten av kodeomlegging. Gjennomføre møter med legegruppen.

- Sikre allianse med toneangivende kolleger. ("Gå rundt" primadonna-medarbeideren som er mest negativ)
- Formidle visjonen om at vi innen utgangen av året skal være best i HSØ (Helse Sørøst RHF) på Epikrisetid og kodepresisjon.
- Opplæring og kontinuerlig overvåking / fjerning av hindringer. Fange opp medarbeidere med dårlig presisjon i kodingen rettledede og veilede ved hjelp av DIPS instruktører og superbrukere.
- Før sommerferien (juni) gjennomføre koderevisjon for perioden fra 10/5. Feire suksess (om enn liten) med kake.
- Holde trykket utover høsten. Kontinuerlig forbedring.. Ny koderevisjon i nov / des. (Ny feiring.)
- Påse at endringen blir en del av kulturen i avdelingen. 3-5 års oppf. Dette blir den del av dag til dag lederoppfølgingen i gjeldende avdeling.

Juni 2010:

Journalgjennomgang utskrevne og polikliniske pasienter. Vurdering av kodepraksis / kvalitet. (se over)

Nov/des. 2010: Stor journalgjennomgang utskrevne og polikliniske pasienter. Vurdering av kodepraksis / kvalitet. (se over)

Budsjett - nøkkeltall

JCP 3 uker 50% 10-31/5-2010	kr 40.500.-
JCP eller O.K.Søreide 1 uke 50% Juni 2010	kr 13.500.- hhv 10.000.-
JCP eller O.K.Søreide 3 uker 50 % nov-des 2010	kr 40.500.- hhv 30.000.-

Når mulig og hvis økonomisk forsvarlig: Integrering av kodeverktøy (ICDplus) i DIPS.

Har forsøkt å få pris fra DIPS / Mediahuset men det trekker ut. Det vil si at økonomisk forsvarlighet må vurderes underveis.

(Mediahuset (www.mediahuset.se) er leverandør av elektronisk kodeverktøy som frittstående er i bruk på Ringerike sykehus pr. i dag men ikke som integrert del av EPJ/PAS.)

Risikoanalyse

Se vedlagt Risikoanalyse. (Vedlegg 5.)

Konklusjon: Ingen kritiske risikomomenter.

Prosessen overvåkes og tiltak settes inn dersom pasientbehandling nedprioriteres eller arbeidsmiljøet forverres. Dette gjøres gjennom den regelmessige resultatoppfølgingen.

Konklusjoner og anbefalinger

Ved å gjennomføre vil vi oppnå en bedret kodekvalitet og en tilgjengeliggjøring av pålitelige aktivitetstall på et tidligere tidspunkt.

Jeg anbefaler at vi fra 10/5 søker å motivere til maksimal innsats på tidlig og riktig koding i DIPS samt sikrer gjennomføringen av endringen ved tiltak beskrevet over.

I første omgang i kirurgisk avdeling Ringerike Sykehus. Senere utrulling foreslås i rekkefølge:

Ringerike Sykehus, øvrige avdelinger. Kirurgisk avd VVHF-SAB. Evt. Om ønskelig: Kir. Avd. VVHF-Drammen / Kongsberg.

Videre anbefales at ICDplus eller tilsvarende verktøy rulles ut i resten av VVHF samt at vi tar kostnaden ved en integrasjon av ICDplus i DIPS.

Litteratur:

Leading Change. John P. Kotter Harvard Business School Press 1995

St.meld. nr. 5 (2003-2004) **Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten**

Helse og Omsorgsdepartementets veiledning for Innsatsstyrt Finansiering 2000

Endringsledelse og ledelsesendring, Bjørn W. Hennstad m.fl. Universitetsforlaget 2006.

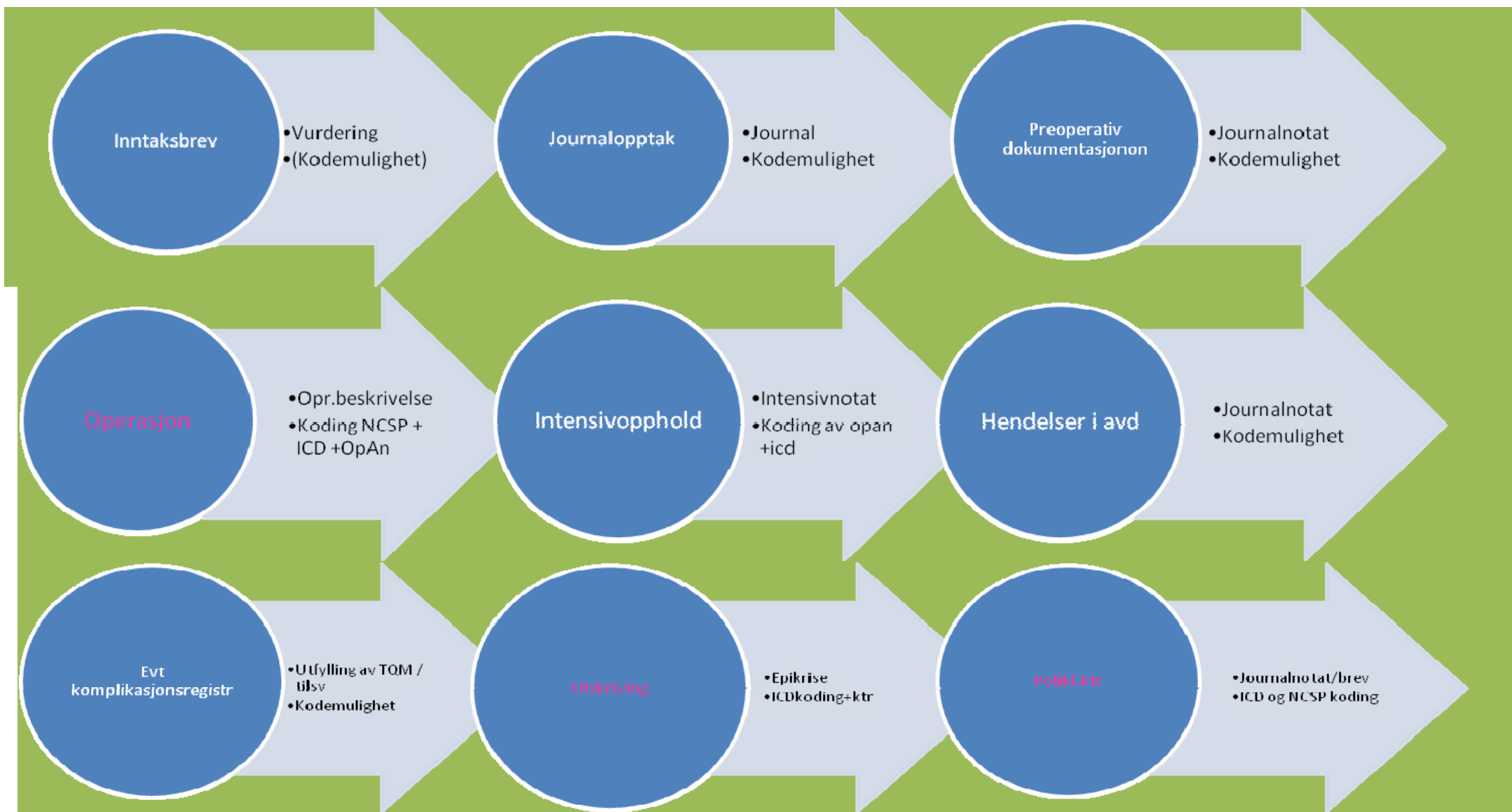
<http://www.ipo.no/Lederskap/endringsledelse.htm>

<http://www.humanagement.no/Artikler/Endringsledelse.pdf>

Vedlegg:

Vedlegg1:

Pasientforløp med dokumentasjonstyper og kodevinduer.



Merk at feltene med rød skrift er der det kodes i dag. De øvrige er "nye vinduer"/ nye muligheter.

Vedlegg2:

Oppsummering, Intervju av 4 leger og 1 anest.spl vedr koding.

Hva ser du som største hindring for tidlig koding.?

Tidsknapphet. Motivasjon. Kunnskapsmangel (DIPS, Kodeverk, Generell datakunnskap.)
Usikre diagnoser. Vanskelig hvis hvert "klikk" er en hindring.

Hva skal til for at du vil finne det meningsfullt å kode tidlig og korrekt / fullstendig ?

Skjønner at tidlig koding gir godt styringsverktøy.

Muligheten for å få gode rapporter tilbake.

At man ser at epikriser er "ferdigkodet" når man skal i gang med dem.

At man ser at kodingen gir medisinsk oversiktighet.

Tidlig og korrekt koding en selvfølge.

Hvilke forutsetninger ligger til grunn for god kodepraksis?

Opplæring.

Gode Tilgjengelige Kodeverktøy.

At man vet at resten av organisasjonen gjør tilsvarende innsats.

Mental beredskap.

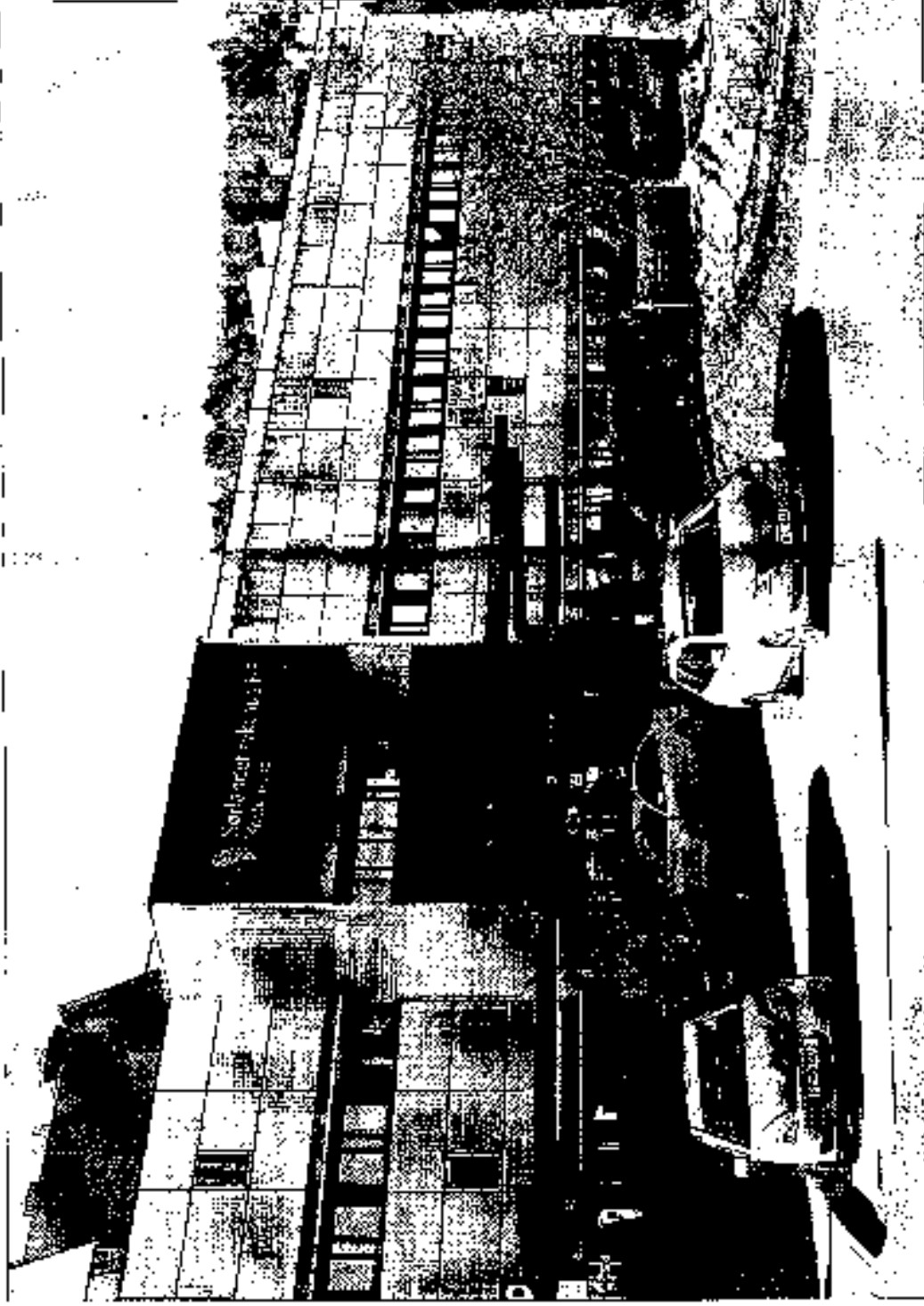
At pasienten er kjent eller at koder er forhåndsinnsamlet.

Systemet for å ta imot kodene må være godt. (Integrering av kodeverktøy i EPJ)

Alle som koder må være i samme modus og motiverte.

Vedlegg 3+4.

Kodetriksing A+B



Det ble påvist feilkoding av pasientdiagnoser ved Sykehuset Sørlandet. Sykehuset måtte tilbakebetale flerfoldige millioner kroner.
Foto: Kjetil G. Strøm - SSBFC

Pengestrømmen

Juli 1997 ble det innført innsatsstyrt finansiering (ISF) av norske sykehus.

Sykehusene får penger gjennom basisevlinginger i helseforetakene og gjennom ISF.

Det innebærer at hver eneste hoveddiagnose, beklaagnose og behandling (prosedyre) har sin kode som utgjør et bestemt talst.

Diagnoser og prosedyrer venteres i det såkalte DRG-sytemet (DRG = diagnose + leert gruppe). Dette er et internasjonalt system som brukes i mange land, blant annet i Sverige og England.

Helseprofilen fakta

«Vi ser ikke noe solid grunnlag for at sykehusene skal bruke et datasystem som har en sånn funksjon».

Helsedirektør
Bjørn-Inge Larsen

Frykter diagnoseetriksing

■ Datasystem kan ha motivert sykehus til å øke inntjeningen

Erykter diagnostriksing

■ Datasystem kan ha motivert sykehus til å øke inntjeningen

Minst fem sykehus bruker et dataprogram som enkelt viser hvordan de kan få mer penger av sløten for hver pasient.

HJME WESTERVELD
HENRY SANDVIG

- Det høves nærmere ut som et system som har som formål å vise frem hvordan man kan registere diagnoser for å få høyere inntjening. Vi sier ikke noe saklig grunnlag for at sykehusene skal bruke et datasystem som dekker kjennetegnene, sier helsedirektøren i Helse Nord, Inge Lausen. Han ble for to uker siden klar over at flere av landets sykehus bruker et datasystem som viser den økonomiske gevinst ved å endre på kodingen av pasientdiagnoser.

Rekkefølgen teller. Sykehusene rapporterer helhetlige opplysninger, herunder pasientens livsvilkår og eventuelle bi-diagnoser, til Norsk Pasientregister. Denne informasjonen får man grunnlaget for hvor nytt pasienthusene får refunderert. Beløpet avhenger blant annet av i hvilken rekkefølge diagnosene er registrert. Man får mest betalt dersom den dyreste diagnosen settes som hoveddiagnose.

Datasystemet som helsedirektøren nå reagerer på, gir sykehusene på enkel måte informasjon om hvorvidt de kan få over pensjonert pasienter som har fått

rekkefølgen på hoved- og bi-diagnoser.

Fem sykehus. Datasystemet er laget av DIPS, den største leverandøren av datasystemer til sykehusene i Norge. De forteller at fem sykehus har tatt systemet i bruk. Disse er: Sykehuset Sørlandet, Nordlandsykehuset, Helsekudssykehuset, Sykehuset i Finnmark og Universitetsykehuset Nord-Norge.

Helsedirektøren veddekte ikke ut også andre sykehus kan ha tatt i bruk tilsvarende program, hvert fra ulike leverandører.

- Vi har nå bedt alle landets helsedirektører om å undersøke om hvilke datasystemer de bruker, og hvilke funksjoner disse systemene har.

Den utlensker: at de innvilget ikke har noe grunnlag for å understenke de fem sykehusene for å ha brukt systemet for bevisst jukking.

Helsedirektøren, setter nå i gang en gjennomgang av de fem sykehusene i tillegg til noen flere, for å klargjøre formålene til pasientene opp mot hva som er sendt inn til Norsk Pasientregister. Informasjonen står den opprinnelige rekkefølgen på hoveddiagnose og bi-diagnose.

Fell koding. Tidligere er det blitt kjent at sykehusene har kodelt en del diagnoser feil. Slik har sykehusene fått bedre betalt for å behandle pasientene enn de skulle hatt. Det viser blant annet en gjennomgang Helse Nord gjorde ved fire sykehus i 2001. Brukernes var den såkalte Helse Nord, som har fått

betes inn til Norsk pasientregister, slipper overens med det som står i journalen. Den informasjonen på sykehusene, og den har vi ikke hatt noen gjennomgang av.

Larsen forteller at det vil nå er helsedirektøren selv som resultatet av datasystemene som kjøpes inn.

- Men vi må vurdere om det skal være slik at selskaper fritt skal få selge programvare som gir en så god grunnlag for planlegging av fremtidens sykehus, og for forskning.

- Forholdet har vært et lite i mange år. Hvorfor har dere ikke avdekket at et slikt system vurderer for nå?

- Slik det er i dag, så er det ikke mulig å se om det som rapport-

I 2007 fikk vi etterlyst et ter en funksjon som kunne vise en diagnoseoppstilling og diagnoseprognose på hoved- og bi-diagnose og byttet inn. Denne funksjonen har derfor vært i bruk siden da. Forteller administrerende direktør i DIPS, Tor Arne Vihaja.

Hvorfor ville sykehusene hvidelek funksjonen på syndet fokus i sykehusene på å synliggjøre kostnader og inntekter. Men det er vanskelig for meg å vite hva motivasjonen til sykehusene har vært. Jeg forstår hvorfor Helsedirektøren synes dette er ubehagelig. Det er ikke noe problem for oss å gjøre funksjonen.

innvandringsstatistikken.

Vedgår problematisk system

Denne funksjonen kommer som del av en pakke. Det er ikke noe man kan krysse av eller på.

- Leverandøren har jo utviklet funksjonen utbytt etter forespørsel fra sykehusene og sier funksjonen enkelt kan fjernes.

- Det har aldri vært noen diskusjon rundt dette. Dette har vært gjort på et rent administrativt nivå, sier økonomidirektøren.

Helsedirektør ved Helse Nord, Jan Inge Lausen, sier at alle sykehusene i Nord-Norge bruker versjonen undertrykket for å vise helsetilstanden til pasientene.

- La oss om det er å sikre

økende antall eldre pasienter som faller flere tilstander. Da vil en stå overfor medisinsk sett likverdige tilstander i alvorlig- og behandlingsomfang. Vi skal knibbe den til slutt inn gir høyere refusjon som å kelt for å kutte ned på dette systemet ved at det gir forslag om hvilken tilstand som utløser den høyeste utbetalingen, sier Nord-

Helse Nord berører at sykehusene selv er pålagt å endre til nye versjoner. DIPS avviser imidlertid dette og sier opplysningen kan bety på at mange sykehus utlensker pasienter

Risikovurdering av omstillinger.

Omlegging til Tidlig og riktig koding i DIPS

Sted: Hønefoss

Dato: 10/5-2010

Ansvarlig leder: J.Colin Poole

Tillitsvalgt:

Verneombud:

Akseptkriterier:

1 og 2: akseptabel/lav risiko, ikke behov for tiltak

3 og 4: middels risiko, tiltak vurderes i hvert tilfelle

6 og 9: høy risiko, tiltak skal iverksettes

Risikofaktorer	Kommentarer	Sannsynlighet			Konsekvens			Risiko	
		Liten	Middels	Stor	Liten	Middels	Stor	Verdi	Prioritet
Hvor sannsynlig er det at...		1	2	3	1	2	3		
Pasientbehandling									
Kvalitet/sikkerhet i pasientbehandlingen påvirkes negativt mens prosessen pågår	Fokus flyttes	x				x		2	
Kvalitet/sikkerhet i pasientbehandlingen påvirkes negativt etter at endringene er iverksatt		x					x	3	
Ventetid for pasientbehandling forlenges	Tidsbruk		x			x		4	1
Kompetanse									
Viktig kompetanse går tapt?	(En medarb. Har truet med å slutte om prosjektet gjennomføres)		x			x		4	3
Det er behov for kompetanseheving/-overføring under/etter omstillingen?				x	x			3	
Arbeidsoppgaver/Arbeidssituasjonen									
Arbeidsbelastningen under omstillingen blir for høy for enkeltpersoner?			x		x			2	
Arbeidsbelastningen i perioden etter omstillingen blir for høy for enkeltpersoner?		x				x		2	
Det blir manglende fokus og dårligere kvalitet		x					x	3	

på de andre daglige arbeidsoppgavene under omstillingsprosessen?									
Koding svikter helt fordi det blir usikkerhet om det er leger eller sekretærer som har endelig ansvar for innskriving.	Lett å monitorere (DRG=470)		x			x		4	4
Innføringen									
Kolleger går midlertidig tilbake til gamle metoder.	Påregnelig			x	x			3	
Permanent tilbakegang.	Konsekvens:P rosjektet mislykket	x				x		2	
Trass god gjennomføring ingen konsekvens for styring		x				x		2	
Arbeidsmiljøet									
Stemningen i avdelingen blir utrivelig	Liten begeistring for økonomifokus		x			x		4	2
Annet									
Omstillingen vil skade foretakets omdømme?	Ref. Aftenposten 18.feb.2010	x					x	3	

OPPSUMMERING

Sted: Hønefoss

Dato: 22.04.2010

Ansvarlig leder: J. Colin Poole

Tillitsvalgt:

Verneombud:

Det har vært gjennomført x antall møter i arbeidsgruppen.

Hovedkonklusjonen fra risikovurderingen er:

Ingen kritisk risiko. Prosessen overvåkes og justeringer gjøres evt. Ved behov. (Risikoverdi 4 er prioritert)

Medfører omstillingen behov for større bygningsmessige/arealmessige endringer?
NEI
Medfører omstillingen behov for å utarbeide kompetanseplaner/funksjonsvurderinger?
NEI
Andre forhold som bør trekkes frem (eks dersom det er avvik mellom feltene Verdi og Prioritering og tiltakene) :
Integrasjon av Kodehjelpverktøy og DRG-grupper er ikke en forutsetning, men vil opplagt være en stor hjelp til success.

Risikovurdering av omstillinger.

Akseptkriterier:

1 og 2: akseptabel/lav risiko, ikke behov for tiltak

3 og 4: middels risiko, tiltak vurderes i hvert tilfelle

6 og 9: høy risiko, tiltak skal iverksettes

Omlegging til Tidlig og riktig koding i DIPS

Sted: Hønefoss

Dato: 10/5-2010

Ansvarlig leder: J.Colin Poole

Tillitsvalgt:

Verneombud:

Risikofaktorer	Kommentarer	Sannsynlighet			Konsekvens			Risiko	
		Liten	Middels	Stor	Liten	Middels	Stor	Verdi	P
Hvor sannsynlig er det at...		1	2	3	1	2	3		
Pasientbehandling									
Kvalitet/sikkerhet i pasientbehandlingen påvirkes negativt mens prosessen pågår	Fokus flyttes	x				x		2	
Kvalitet/sikkerhet i pasientbehandlingen påvirkes negativt etter at endringene er iverksatt		x					x	3	
Ventetid for pasientbehandling forlenges	Tidsbruk		x			x		4	1
Kompetanse									
Viktig kompetanse går tapt?	(En medarb. Har truet med å slutte om prosjektet gjennomføres)		x			x		4	3
Det er behov for kompetanseheving/-overføring under/etter omstillingen?				x	x			3	
Arbeidsoppgaver/Arbeidssituasjonen									
Arbeidsbelastningen under omstillingen blir for høy for enkeltpersoner?			x		x			2	
Arbeidsbelastningen i perioden etter omstillingen blir for høy for enkeltpersoner?		x				x		2	
Det blir manglende fokus og dårligere kvalitet på de andre daglige arbeidsoppgavene under omstillingsprosessen?		x					x	3	
Koding svikter helt fordi det blir usikkerhet om det er leger eller sekretærer som har endelig ansvar for innskriving.	Lett å monitorere (DRG=470)		x			x		4	4
Innføringen									
Kolleger går midlertidig tilbake til gamle metoder.	Påregnelig			x	x			3	
Permanent tilbakegang.	Konsekvens:Prosjektet mislykket	x				x		2	
Trass god gjennomføring ingen konsekvens for styring		x				x		2	
Arbeidsmiljøet									
Stemningen i avdelingen blir utrivelig	Liten begeistring for økonomifokus		x			x		4	2

