

Helse Sør-saken

- Administrerende direktør Steinar Stokke i Helse Sør takket ja til et forslag fra en assistentlege som ville gi pasienter diagnoser som ga mer penger i kassen. For jobben skulle assistentlegen ha 10 prosent i provisjon av merinntektene.
- Ved Arendal sykehus hvor assistentlegen jobbet, hadde han allerede gjort dette, noe som ga sykehuset mer enn 6 millioner millioner i merinntekter de ikke skulle hatt, og pasientene feil diagnoser.

Metoderapport til SKUP

Journalistene: Anne Hafstad og Siri Gedde-Dahl,
Aftenposten

Tittel på prosjektet: Helse Sør-saken

Hvor og når publisert: Artiklene er publisert i Aftenposten i perioden 7.mars 2003-19. januar 2004.

Journalist: Anne Hafstad.
Nyhetsredaksjonen, Aftenposten.
anne.hafstad@aftenposten.no.
Biskop Gunerius'gate 14, Boks 1, 0051 Oslo

Journalist: Siri Gedde-Dahl.
Økonomiredaksjonen, Aftenposten.
siri.gedde-dahl@aftenposten.no
Biskop Gunerius'gate 14, Boks 1, 0051 Oslo

1. Innledning

Denne saken startet i februar 2003, med et tips som kom fra en for oss helt ukjent person. Foranledningen var en serie saker om lobbyister og dobbeltroller, blant annet om Helse Sørs bruk av Annelise Høegh som lobbyist mot Helse Sørs egen eier, staten. Tidligere stortingsrepresentant Annelise Høegh sto for en salig sammenblanding av roller, betalt som rådgiver og lobbyist for Helse Sør, lobbist for Rikshospitalets interesser (mot Helse Øst) og styremedlem for Rikshospitalet. Det handlet om konsulent- og pengebruk i et regionalt helseforetak etter at staten overtok sykehusene i 2002.

Det første tipset om ”kodesaken” i Helse Sør kom i brev form til Aftenpostens helsemedarbeider i begynnelsen av februar. Brevet er av en slik karakter at det vanskelig kan skjule tipserens identitet, og av hensyn til kildevern velger vi å ikke legge ved dette. Kort fortalt inneholdt tipset følgende historie:

For året 2002 var sykehusenes frist for innrapportering av DRG-data (koder for ulike diagnoser, som utløser statlig refusjon til sykehusene) 10.februar 2003. Like før innleveringsfristen får flere sykehus i Helse Sør en henvendelse fra en øre-nese-halslege, ansatt på Rikshospitalet, som sier han kan forbedre resultatet ved en gjennomgang av pasientmaterialet på øre-nese-halsavdelingene. Metoden var tilleggskoding, ev. snu hoved/bidiagnose, ev. andre metoder. Endringene skulle på hver av avdelingene i Helse Sør gi merinntekter på mellom 1 og 2 millioner kroner, altså 5-10 millioner for Helse Sør totalt sett. Til hjelp i arbeidet hadde legen utarbeidet et dataprogram. Dette var også til salgs. Legen skulle bruke en dag, eventuelt en kveld, på jobben ved hver avdeling. Som godtgjørelse skulle han ha 10 prosent av førøket refusjon, altså merinntektene sykehusene fikk for denne omkodingen. For å overvinne eventuelle motforestillinger hadde legen tatt opp saken med adm. direktør Steinar Stokke i Helse Sør, som anbefalte sykehusene å bruke legen.

Tipset er, hvis det er korrekt, svært oppsiktsvekkende, og kunne tyde på at Helse Sørs ledelse hadde gått i bresjen for å øke inntektene på en måte som i beste fall noe tvilsom i forhold til hva som ville være god, forsvarlig medisinsk praksis. I verste fall hadde Helse Sør sikret seg millionbeløp i urettmessige inntekter ved hjelp av det vi senere har kalt ”kreativ koding”. Uttrykket er ganske godt, for det er det dette handler om - å øke statlige inntekter til sykehusene ved hjelp av ”kreativ bokføring”.

Vi var skeptiske, men vår nysgjerrighet var vekket. Vi bestemte oss for å finne ut av det hele.

Veien videre fra det første tipset til faktisk dokumentasjon i saken var kronglete.

Overraskelser, nye spørsmål og problemstillinger har dukket opp underveis. Helseforetakene er svært lukkede systemer, med overraskende liten vilje til lekkasjer om saker som burde komme offentligheten for øret. Helse Sørs forhold til offentlighetsloven, gjennom manglende journalføring av brev, er i seg selv oppsiktsvekkende.

Avsløringen av og dokumentasjonen på at øverste leder i Helse Sør faktisk gikk god for en slik kodepraksis og avdekking av at dette faktisk var gjennomført ved sykehuset i Arendal, gjorde dette til en mye større sak enn vi først trodde da vi fikk det første tipset.

I kjølvannet av disse avsløringene er det avdekket en kodepraksis ved norske sykehus mer generelt, som går i retning av å tøye et system til yttergrensen, og av og til over grensen, for å sikre sykehusene best mulig inntjening. Fokuset på ”oppkoding” (for å få høyest mulig

inntekter) er nå så kraftig, at sykehusene krever flere hundre millioner kroner mer enn de har krav på.

Konsekvensene av at Aftenposten satte søkelyset på dette, er at en avdelingsoverlege og en sykehusdirektør gikk av. Helse Sør-sjefen ble fratatt en rekke styreverv. Det er satt i gang ny etikk- og kodeopplæring i Helse Sør. Sykehuset i Arendal har måttet betale tilbake 6.6 millioner kroner som de urettmessig har tilegnet seg gjennom bevisst feilkoding av pasientdiagnoser.

Videre har Helsedepartementet innført strengere kontroll med koding ved norske sykehus, noe som har avdekket koding i en gråsoner ved en rekke av landets sykehus. Totalt førte det til en avkorting av inntekter på en halv milliard kroner for sykehusene i 2003.

Våre avsløringer bidro også sterkt til at helseministeren, med velsignelse fra Stortinget, i høst la om finansieringssystemet for sykehusene for å redusere faren for misbruk. "Kreativ pasientkoding" fører nemlig til at de mest "kreative" får mest penger å rutte med, mens de som holder seg strengt til regelverket og god medisinsk praksis blir taperne. Også Riksrevisjonen varsler skjerpet kontroll med sykehusenes bokføring, dels som følge av Aftenpostens artikler.

2. Problemstilling

Inngangen til hele saken kan formuleres i følgende spørsmål:

- 1. Har administrerende direktør Steinar Stokke og ledelsen i Helse Sør anbefalt samtlige øre-nese-halsavdelinger i Helse Sør å hyre inn en assistentlege som på få dager og med et eget dataprogram, skulle gi sykehusene merinntekter på 5-10 millioner kroner mot en provisjon på 10 prosent?**
- 2. Er dette gjennomført, og i tilfelle i hvilket omfang?**
- 3. Er norske helsemyndigheter kjent med denne praksisen, og i så fall, hva mener de om den?**

For å kunne forstå hva dette egentlig handler om, er det nødvendig med en viss basiskunnskap om hvordan norske sykehus er organisert, og hvordan de finansieres.

3. Bakgrunn

3.1 Om organisering av sykehus

Fra 1. januar 2002 overtok staten sykehusene fra fylkeskommunene. Da ble det opprettet fem regionale helseforetak (RHF). Disse har egne styrer og budsjetter, og får sine bevilgninger over statsbudsjettet. Generalforsamlingen for det enkelte RHF er helseministeren.

Det er fem RHF: Helse Sør, Helse Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord.

RHF er eier av de enkelte helseforetakene, som har egne foretaksstyrer, i sitt område.

I Helse Sør har administrerende direktør Steinar Stokke og viseadministrerende direktør Marit Lund Hamkoll fordelt de fleste styreleder verv for de lokale helseforetakene (sykehusene) i Helse Sør mellom seg. Generalforsamlingen for lokale foretak, er administrerende direktør i det regionale helseforetak, altså Steinar Stokke i Helse Sør. I løpet av 2002 og 2003 er en rekke sykehus slått sammen til ett helseforetak. Et lokalt helseforetak kan bestå av ett eller flere sykehus, og er altså underlagt det regionale foretaket (RHF).

3.2 Om finansiering av sykehus

I 1997 innførte daværende Sosial- og helsedepartementet det såkalte DRG-systemet (DRG står for diagnoserelatert gruppe), som i Norge er kalt innsatsstyrt finansiering (ISF) eller stykkpris-finansiering, på somatiske sykehus. Dette er et komplisert finansieringssystem, som er ment å være et incitament for sykehusene til å behandle flest mulig pasienter.

60 prosent av de pengene sykehusene får å drive for fra staten, er basert på ISF-refusjon fra staten. ISF baserer seg på DRG (diagnoserelaterte grupper)-poeng som fremkommer ved å ta alle diagnoser å sorterer dem i om lag 500 grupper. Hver gruppe har sin vekt, avhengig av hva som er pasientens hoveddiagnose, eventuelt tilleggsdiagnose, og eventuell operasjon eller annen behandling. Hver diagnose og hver behandling har sin kode i dette systemet. Hver eneste pasient får diagnose(r) og behandling kodet etter spesielle regler i systemet.

En gitt DRG-kode utløser betaling til sykehuset fra staten for å ha behandlet pasienten. De færreste pasienter har bare en diagnose.

For at sykehusene skal få betalt for alt de gjør med pasienten, er det innført en hoveddiagnose og flere bidiagnoser. Systemet vil aldri kunne bli helt presist, da fastsettelse av pasientdiagnoser til enhver tid vil være en medisinsk vurdering og basert på klinisk skjønn.

Dermed ligger det også et potensiale for å kode pasientene bedre, eller gi pasientene den diagnosen som utløser den beste betalingen fra staten. Siden fastsettelse av medisinske diagnoser til en viss grad baseres på skjønn, har sykehusene etter hvert blitt mer og mer bevisst på hvordan de koder pasientdiagnoser. Dette gjelder også hva som settes opp som hoveddiagnose og bidiagnose. En gammel dame med hjertesvikt som blir lagt inn med lungebetennelse er et godt eksempel. Begge diagnosene hører med, men hva som velges som henholdsvis hoved- og bidiagnose avgjør hvor mye staten betaler for behandling av damen.

Med andre ord; innenfor det som vil være medisinsk forsvarlig og akseptabel kodepraksis, kan det være rom for individuelle tolkninger fra den enkelte lege som koder sine pasienters diagnose. Dette elementet av skjønn gjør det generelt vanskelig å avdekke bevisst triksing med kodesystemet.

Et absolutt krav er imidlertid at det skal være samsvar mellom de diagnoser som fastsettes i pasientens journal, og de diagnoser som fastsettes i databasen som danner grunnlag for sykehusets betaling fra staten. Det er pasientens behandlende lege som skal fastsette pasientens diagnose.

Når sykehusene har gitt alle pasientene de har behandlet, en pasientkode i DRG-systemet, sendes alle dataene til Sintef Unimed i Trondheim. De har ansvaret for å samkjøre det som kommer inn fra samtlige norske sykehus i Norsk Pasientregister (NPR), kvalitetssikre dataene og anbefale videre til Helsedepartementet hva som skal betales ut i refusjon for pasientbehandling ved det enkelte sykehus. Er det uregelmessigheter eller store avvik, skal dette forhåpentligvis oppdages i kontrollene ved Sintef Unimed. Dårlig begrunnede avvik kan føre til avkortet betaling til sykehusene.

Er Sintef Unimed i tvil om kodepraksisen, sendes saken til avregningsutvalget, et regjeringsoppnevnt utvalg som skal kontrollerer kodepraksis ved norske sykehus. Dataene danner også grunnlag for pasientstatistikk og rapporter som årlig utgis om pasientbehandling ved norske sykehus. Dataene brukes videre til medisinsk forskning.

Manipulering av kodene vil derfor gi mindre pålitelige grunnlagsdata både for forskning og planlegging av helsetjenesten.

Deler av dataene ved Sintef Unimed er offentlig tilgjengelig på nettstedet til NPR, men ikke på et detaljnivå som gjør det mulig å avdekke eventuelle avvik i kodingen ved det enkelte sykehus utenfra.

Når ISF-regnestykket er gjort opp, regnes dette som 60 prosent av det sykehuset skal få og drive for fra statsbudsjettet. De resterende 40 prosent følger som en basisbevilgning.

4. Metode

Med det bakteppe som er beskrevet over, sto utfordringene i kø når vi skulle forsøke å finne svar på de problemstillingene våre. Vi sto overfor medisinskfaglige utfordringer når det gjaldt faktiske medisinske diagnoser. Vi sto overfor utfordringer når det gjaldt praksis for koding av øre-nese-halsdiagnoser. Og ikke minst skulle vi få innpass i et meget lukket system, nemlig det regionale helseforetaket Helse Sør og sykehusene i Helse Sør.

4.1 Kunnskapssøking

I det stille i løpet av en ukes tid, ved siden av fullt daglig arbeid med nyhetssaker fra dag til dag, begynte vi å kontakte en del fagfolk som kunne gi oss mer detaljert kunnskap om hvordan koding ved norske sykehus foregikk og fungerte. Vi satte oss mer inn i DRG-systemet og finansieringen av sykehusene. Vi pleide tidligere gode kontakter ved Sintef Unimed, som er meget behjelpelig med å gi faktainformasjon, og vi snakket med ulike nivåer ved en rekke sykehus om koding og kodepraksis.

Resultatet av dette er delvis gjengitt over.

Med vår kjennskap til hvordan DRG-systemet fungerer, forsto vi at det ville bli vanskelig å dokumentere at koding definitivt var ”faglig feil”. Men det ble også stadig tydeligere at ideen om at en lege utenfra skulle komme inn å kode om pasientdiagnoser ved hjelp av et egenutviklet dataprogram, allerede i utgangspunktet kolliderte med prinsippet om at det skal og må være pasientenes behandlende lege som fastsetter diagnosen og pasientkodingen basert på diagnosen og behandlingen pasienten hadde fått. Det luktet rett og slett svidd.

4.2 En forsiktig tilnærming

Fortsatt i det stille, ved siden av andre daglige arbeidsoppgaver, gikk vi videre. Tipset gikk helt konkret ut på at det var gått ut et tilbud fra en assistentlege til samtlige øre-nese-halsavdelinger om å omkode pasientdiagnoser.

Våre kontakter ved de aktuelle avdelingene var i utgangspunktet lik null, så vi valgte en direkte tilnærming. Vi ringte sentrale personer ved samtlige avdelinger. Det tegnet seg fort et bilde av at ”noe hadde foregått” når det gjaldt koding, men ingen ville i første omgang fortelle akkurat hva. Viljen til å snakke med oss var ikke særlig stor.

Vi bestemte oss for å ringe tilbake til samtlige og konfrontere dem direkte med det vi mente å vite. Det ga resultater. Vi fikk bekreftet at det i en mail datert 27. januar 2003, hadde kommet en oppfordring fra ledelsen i Helse Sør til avdelingsoverlegene ved øre-nese-halsavdelingene ved Sykehuset Vestfold, Sykehuset Telemark, Sykehuset Buskerud og sykehuset i Vest Agder (dette er alle øre-nese-halsavdelingene i Helse Sør, bortsett fra Arendal og Rikshospitalet), om å delta i et pilotprosjekt om kodeforbedring.

Prosjektleder skulle være en assistentlege, nå ansatt i en utdanningsstilling ved Rikshospitalet, med permisjon fra sykehuset i Arendal. Avdelingsoverlegene ble bedt om å utlevere alle tilgjengelige og nødvendige datafiler slik at assistentlegen kunne gjøre de nødvendige

omkodinger. Flere oppfattet mailen som et direktiv om å stille pasientdata til disposisjon for kodeprosjektet. I mailen fremgår det at ledelsen i Helse Sør forventer millioninntekter av prosjektet, og at det haster.

Etter nitid jobbing får vi til slutt tak i mailen, som også er sendt økonomiansvarlige ved sykehusene (**vedlegg 1**). Mailen er en invitasjon til prosjektet fra Helse Sør RHF til sykehusene, men er ikke ført inn i postjournalen slik den skal.

Vi får vite at avdelingsoverlegene reagerte til dels kraftig på det hele. De samarbeider likevel til en viss grad om kodeprosjektet, siden prosjektet er initiert av ledelsen i Helse Sør. Ledelsen ved noen øre-nese-halsavdelinger gjennomfører derfor møter med assistentlegen.

Vi får bekreftet fra flere hold at det både i møter med assistentlegen og i telefonsamtaler mellom enkelte av avdelingsoverlegene ble bekreftet at assistentlegen hadde kontaktet toppsjefen i Hele Sør og foreslått et prosjekt helt identisk med det tipset vi fikk, altså at assistentlegen skulle kode om diagnoser og at han skulle ha provisjon av merinntektene. Da dette ble klart for en av avdelingsoverlegene, reagerte han umiddelbart og sendte den 18. februar en mail til viseadministrerende direktør Marit Lund Hamkoll (**vedlegg 2**), hvor det kommer tydelig frem at dette kunne han ikke være med på. Han ber Lund Hamkoll rydde opp.

Vi får etter noen runder tak i både et internt notat som bekrefter historien (**vedlegg 3**) og mailen til Lund Hamkoll (**vedlegg 2**). Hun svarer ikke, og en ny mail sendes dagen etter (**vedlegg 4**). Hun svarer ikke på denne mailen heller.

Vi nærmer oss uansett en avslørende artikkel, og informerer våre sjefer. Nå ber vi om å få jobbe med dette på heltid. Vi får grønt lys. Noen brikker gjenstår, før vi tør fortelle historien. Er vi sikre på at assistentlegen har forlangt provisjon? Så langt har vi dette kun fra sekundærkilder, dog relativt mange. Det andre er, er prosjektet gjennomført?

Vi finner raskt ut at samtlige inviterte sykehusavdelinger setter foten ned, fordi de er kritiske til om dette er faglig holdbart. Også de opplever at prosjektet lukter svidd. Vi blir gjort kjent med at det foreligger en mail fra assistentlegen til minst ett av sykehusene, hvor han beskriver sine økonomiske krav.

Jakten på dette dokumentet er vanskelig. Flere aktører ønsker at vi skal skrive om saken, men ingen vil være den som gir oss den mest nødvendige dokumentasjonen av alle. Vi vet vi har historien. Det er ingen grunn til å tvile på de dokumentene vi har og alle kildene som nå er blitt mange.

Men vi har is i magen og venter. Tilslutt får vi tak i den avgjørende mailen. Der skriver assistentlegen direkte hva de økonomiske betingelsene er (**vedlegg 5**). Vi tror det nesten ikke selv, sett i lys av at alle diagnoser skal settes av pasientenes behandlende lege. Her har vi en lege, som uten å kjenne pasientene eller har undersøkt dem, tilbyr seg å gi dem nye diagnoser som skal gi sykehusene bedre inntekter. Og legen skal ha 10 prosent av merinntektene. Dette er oppsiktsvekkende og kan ikke være medisinsk eller etisk forsvarlig.

I mailen ("opprinnelig melding") fremkommer det en opplysning til. Helse Sør sentralt ønsker ikke å inngå en avtale med assistentlegen på vegne av alle sykehusene likevel. Årsaken er hensynet til anbudsreglene. Provisjonen til assistentlegen vil bli så høy at oppdraget må settes ut på anbud, og det har Helse Sør ikke tid til, og neppe lyst til heller. Det er også juridiske problemer ved at RHF skal gå inn å hente ut taushetsbelagt informasjon på sykehusene.

Derfor oppgir Helse Sør – i en ny mail til sykehusene - sitt ”konsernovergripende prosjekt”, men understreker at foretakene selvfølgelig står fritt til å benytte seg av assistentlegens tjenester hver for seg.

Den første avisartikkelen kan skrives. Vi har også nå en avdelingsoverlege som er villig til å stå frem og kritisere prosjektet.

Tre telefoner gjenstår, assistentlegen, Stokke og Rikshospitalet, som var tiltenkt prosjektledelsen for det hele.

Assistentlegen er meget ordknapp og vil verken bekrefte eller avkrefte noe som helst. Ved Rikshospitalet får vi bekreftet at den unge assistentlegen har fått et spesielt ansvar når det gjelder koding. Men det er ikke snakk om ekstra betaling for jobben, får vi opplyst.

Stokke er om mulig enda mer knapp i sin kommentar enn assistentlegen. Han svarer at saken er en dialog mellom ham og Helsedepartementet og at han ikke kan kommentere dette. En ny problemstilling dukker opp for oss: Er Helsedepartementet kjent med dette prosjektet, og hva mener i så fall de om dette? Vi stiller oss spørsmålet: Er alle våre avsløringer så langt, kjent for Helsedepartementet allerede?

Vi ringer dit, og forstår fort at de har fått samme tips som oss. De har satt revisjonsfirmaet Deloitte&Touche til å granske det hele. Ingen svar foreligger derfra. Helsedepartementet ser så alvorlig på tipset at de setter i gang en granskning. Vi forstår at vi har ”gransket” raskest, og er dermed de første til å dokumentere saken.

Sent på kvelden, kvelden før den første artikkelen står på trykk, ringer Helse Sør-advokat Ann-Margrethe M. Langbakk. Helse Sør-ledelsen vet vi sitter på hele historien og vil derfor frigi et notat som i utgangspunktet var behørig hemmeligstemplet. Notatet (**vedlegg 5 B**) viser seg å være Helse Sørs versjon av hendelsesforløpet, sendt som et svar til Helsedepartementet. Departementet ba nemlig øyeblikkelig om at Helse Sør skulle gjøre rede for saken, etter at de ble informert av Helsetilsynet.

Notatet gir ikke grunnlag for å endre den første artikkelen, som da ligger ferdig på avissiden.

4.3 Artikler og tips på løpende bånd

Den første artikkelen, ”**Ville gi pasientene dyrere sykdommer**” sto på trykk 7. mars 2003. Reaksjonene uteblir ikke. Fagfolk og politikere reagerer og vi følger opp med blant annet klare indikasjoner på at mange sykehus bevisst forsøker å gi pasienter mest mulig lønnsomme diagnoser. Det må imidlertid skilles klart mellom at behandlende lege velger den kombinasjon av diagnoser som gir mest penger til sykehuset når valget er faglig forsvarlig, og et prosjekt hvor en fremmed skal komme utenfra å overprøve diagnosene som er satt av behandlende leger, slik tilfellet var i det aktuelle prosjektet i Helse Sør.

Mens vi venter på konklusjonen fra granskningen som er satt i gang av Helsedepartementet, slår en annen tanke oss. I dokumentene vi har fått innsyn i, kommer det frem at det er to sykehus i Helse Sør som ikke har fått tilbud om å delta i det såkalte ”kodeprosjektet”. Det er Sykehuset i Arendal og Rikshospitalet. Hvorfor ikke? Vi tenker at det må ha sammenheng med at det er de to sykehusene den aktuelle assistentlegen har jobbet ved. Først i Arendal før han gikk over i en utdannelsestilling ved Rikshospitalet ved årsskiftet 2002/2003.

Fædrelandsvennen trykker en artikkel som indikerer at det kan ha vært gjennomført koding etter assistentlegens mal i Arendal.

4.4 Diagnostriksing i Arendal

Vi bestemmer oss for å undersøke dette nærmere ikke minst fordi vi i våre mange samtaler med sentrale kilder gjentatte ganger har fått høre at assistentlegen har vist til ”gode resultater” andre steder. Vi stiller oss følgende spørsmål:

Har det vært gjennomført en uforsvarlig pasientkoding ved øre-nese-halsavdelingene i Arendal og på Rikshospitalet?

Vi starter med å kontakte våre kilder i Helse Sør-systemet. Raskt forstår vi at det går en del rykter om at man i Arendal koder en del pasienter på en annen måte enn det som er allment akseptert i fagmiljøene. Ingen kan imidlertid dokumentere dette for oss. Vi tenker at vi må finne ut av dette, og vi må dokumentere det. På bakgrunn av de dokumenter som foreligger så langt, har vi noen tips på hvilke diagnoser det kan være snakk om. Vi velger to veier videre:

- 1. Vi kontakter sykehuset i Arendal og Rikshospitalet og spør rett ut om assistentlegen har hatt et spesielt ansvar for pasientkoding ved sykehusene.**
- 2. Vi forsøker helt konkret å finne ut hvilke diagnoser det kan være snakk om, og vi kontakter NPR, Sintef Unimed i Trondheim og ber dem kjøre ut statistikk som kan avsløre feilkoding for oss.**

Vi får raskt bekreftet at assistentlegen har hatt et spesielt ansvar for å etterprøve all koding ved øre-nese-halsavdelingen i Arendal. Ved Rikshospitalet avviser de nå blankt at han har hatt en slik rolle, og de avviser at de har vært med i noe prosjekt i regi av Helse Sør.

Bruker fagfolk. Vi kontakter nå en rekke fagfolk i øre-nese-halsmiljøer over hele Norge og diskuterer mulige diagnoser for triksing. Vi tar selv for oss den omfattende databasen som ligger tilgjengelig på nettet under Sintef Unimed/NPR med alle diagnoser og behandlinger, og vi tar den første kontakten med Sintef Unimed. Der er de villige til å hjelpe oss, forutsatt at vi definerer hvilke kjøringar som skal gjøres. Vi må altså selv definere diagnoser og mulige uheldige eller feilaktige kombinasjoner. Samtidig får vi bekreftet at Helsedepartementet ikke har satt i gang en tilsvarende granskning av kodingen ved noe sykehus i Helse Sør.

Gjennom en rekke samtaler med kilder, en god dialog med Sintef Unimed og egne forsøk på å finne aktuelle diagnoser og mulige kodekombinasjoner, gjør Sintef en del kjøringar for oss. De finner i utgangspunktet ikke store avvik og ikke noe å sette fingeren på ved de to sykehusene Rikshospitalet og Arendal sykehus. Men Arendal har en noe høyere DRG-indeks enn de andre sykehusene i regionen. Det indikerer at de koder på en måte som gir mer klingende mynt i en skrapet sykehuskasse.

Magefølelsen sier at det må være noe som ikke stemmer i Arendal. Så slår det oss at vi må be om datakjøringar ikke bare for 2003 men for flere år tilbake i tid. Poenget er jo å se om det er endring i kodepraksis over tid ved sykehuset. Dersom det er slik at assistentlegen har gjort dette, må det ha skjedd en endring i kodepraksis som er sammenfallende med tidspunktet han overtok ansvaret for etterkontroll av koding. Videre må sykehuset sammenlignes med andre sykehus og landsgjennomsnittet. Først da vil det avdekkes at det er innført en ny og avvikende kodepraksis. Vi velger ut noen aktuelle diagnoser og ber Sintef Unimed gjøre nye analyser i et slikt perspektiv.

Da er det bingo på en av diagnose/behandlingskombinasjonene vi har plukket ut. I 2001 og 2002 har Sykehuset i Arendal kodet barn som hadde fått fjernet mandlene, ikke som mandeloperasjoner, men som behandling for søvnapnoe (snorkeproblemer). Dette er meget

lønnsomt: En mandeloperasjon gir 6-8000 i statlig refusjon, mens en snorkeoperasjon gir 36.000 kroner.

I følge statistikken har det lille sykehuset i Arendal mer en halvparten av alle landets pasienter med en slik snorke-diagnose, noe fagfolk umiddelbart sier er helt utenkelig.

Lederen ved Sintef Unimed trekker raskt konklusjonen om at dette er å gi barna feil diagnose, og at sykehuset dermed har tilraner seg minst fire millioner kroner ekstra i 2001 og 2002. Det er nettopp i denne perioden at assistentlegen har drevet sitt kodeprosjekt ved sykehuset.

12. mars sto artikkelen ”**Tok mandlene, la til snorking og tjente fire mill.**” på trykk. Vi dokumenterer at sykehuset i Arendal har trikset med pasientdiagnoser og tilranet seg minst 4 millioner kroner ekstra på 2 år, og vi viser hvordan det har foregått.

Straffbart? Da går en jusprofessor ut og mener dette kan være bedrageri. Vi avdekker videre at det ikke er samsvar mellom diagnosene som er satt i pasientjournalene, og diagnosene som er i databasen som danner grunnlag for betaling fra staten. En klar indikator på at her er det bevisst manipulering med diagnoser for å tjene penger.

4.5 Reaksjoner på ”kodeprosjektet” i Helse Sør.

Vi følger samtidig opp hva som skjer med våre første avsløringer om kodeprosjektet i Helse Sør.

14. mars foreligger den første granskningsrapporten fra Deloitte&Touche (**vedlegg 6**). Den bekrefter og underbygger alt Aftenposten har skrevet i forbindelse med det foreslåtte kodeprosjektet i Helse Sør.

På bakgrunn av rapporten retter helseminister Dagfinn Høybråten i brev til styreleder Oluf Arntsen i Helse Sør, knallhard kritikk mot Steinar Stokke og Helse Sør, men overlater til styret i Helse Sør å håndtere saken (**vedlegg 7**). Dette kommer frem i en artikkel i Aftenposten 15.mars 2003. Styret får en ukes frist til å svare.

Aftenpostens avsløringer om feilkoding ved sykehuset i Arendal gjør at helseministeren nå utvider granskningen av kodepraksis i Hele Sør. Nå skal pasientkodingen ved sykehusene gås i sømmene av Deloitte&Touche. Samtidig blir Sintef Unimed bedt om å redegjøre for sine kontrollrutiner av kodepraksis ved landets sykehus (**vedlegg 7**).

I dagene som følger publiseres flere artikler i Aftenposten, blant annet basert på en pressemelding fra Helse Sør om at de ser alvorlig på saken (**vedlegg 8**). Aftenposten kan nå også avdekke at Deloitte&Touche, som Helsedepartementet har satt til å granske Helse Sør, har en fast rammeavtale for konsulentbistand til Helse Sør.

24. mars svarer styret i Helse Sør på kritikken fra helseministeren (**vedlegg 9**) når det gjelder det såkalte kodeprosjektet i regi av Helse Sør. 25. mars innkalles det til pressekonferanse og det sendes ut pressemeldingen (**vedlegg 10**). Styret kritiserer Helse Sør ledelsen for dårlig saksbehandling, men tilgir toppsjefen Steinar Stokke fordi han har beklaget, og understreker at prosjektet tross alt ikke ble gjennomført.

At det ikke skyldes Steinar Stokke men at avdelingsoverlegene ved sykehusene satte foten ned for hele prosjektet, mener styret ikke er relevant. Stokke forsvares fordi prosjektet ble stoppet. Dette beskriver Aftenposten i en artikkel 26. mars 2003.

4.7 Reaksjoner på feilkoding i Arendal

21.mars 2003 får Helsedepartementet den andre delen av granskningsrapporten fra Deloitte&Touche om feilkodingen i Arendal. Aftenposten får til slutt tak i rapporten sent på kvelden 25. mars. Rapporten dokumenterer at Aftenpostens tidligere avsløringer om

feilkoding er korrekt (**vedlegg 11**). Det konkluderes med at kodingen ikke er korrekt, men pengebeløpet sykehuset urettmessig har skaffet seg er 6.6 millioner og ikke 4 millioner, slik Aftenposten tidligere har skrevet.

Granskningsrapporten viser også at **Rikshospitalet** opprinnelig var tiltenkt en lederrolle i Helse Sør-prosjektet, at assistentlegen hadde foreslått et eget kode-opplegg for Rikshospitalet, men at det blir umiddelbart stanset 7. mars 2003, den dagen kodeprosjektet blir avkledd i Aftenposten. En begrenset gjennomgang av pasientjournaler, som Deloitte & Touch har inntatt i granskningen, viser visse avvik når det gjelder kodingen på Rikshospitalet. Men helseministeren finner ikke grunn til å undersøke dette skikkelig. Dette publiserer Aftenposten 27. mars.

Vi ønsket også å gjøre datakjøringer i samarbeid med Sintef Unimed, for å sjekke ut flere teorier om systematisk feilkoding som hadde dukket opp under arbeidet. Blant annet ville vi sjekke kodepraksisen på Rikshospitalet nøyere. Men da hadde helseministeren gitt beskjed til Sintef Unimed om at de skulle konsentrere seg om de granskningsoppgavene som Helsedepartementet satte igang. Derfor fikk vi ikke den hjelpen vi trengte fra ekspertmiljøet.

Stor aktivitet. Vi jobber hele tiden etter våre første avsløringer 7. mars, med en rekke kilder for å holde oss løpende orientert om hva Helsedepartementet og Helse Sør til en hver tid foretar seg. Gjennom dette makter vi å få innsyn i det meste av hva som skjer. Dette som et resultat av at vi daglig følger opp en rekke kilder og kontakter. Det er ikke bare to journalister i Aftenposten som nå jobber døgnet rundt etter avsløringene om koding i Helse Sør. Aktiviteten i Helsedepartementet og i Helse Sør er stor.

- 2 27. mars går et nytt brev fra Helsedepartementet til styret i Helse Sør (**vedlegg 12**). Her understrekes ytterligere alvoret i de forhold som er avdekket. Samtidig ber Helsedepartementet om ytterligere svar på hva som faktisk har skjedd i det såkalte kodeprosjektet, og om hvordan avsløringene om juks ved sykehuset i Arendal vil bli håndtert. Dette publiseres 28. mars i Aftenposten.

3

- 4 **Arendal straffes.** 2. april 2003 konkluderer styret i Sykehuset Sørlandet i saken om diagnosejuks ved sykehuset i Arendal. Styreleder Marit Lund Hamkoll er krystallklar i sin kritikk av sykehuset, fastslår at kodingen ikke var medisinsk fundert og feil, og lover at pengene sykehuset urettmessig har skaffet seg, vil bli betalt tilbake. Aftenposten publiserer dette 28. mars 2003. Lund Hamkoll, som også er viseadministrerende direktør i Helse Sør, feller altså en knusende dom over en kodepraksis hun selv har vært med å anbefale de andre sykehusene i Helse Sør å gjennomføre.

Like før styret i Helse Sør skal gi en ny tilbakemelding om begge kodesakene (både pilotprosjektet i Helse Sør og kodeskandalen i Arendal) til Helsedepartementet, går de hovedtillitsvalgte i Helse Sør ut med støtte til administrerende direktør Steinar Stokke. Dette publiserer Aftenposten 4. april 2003.

Trekker seg. Samtidig jobbes det ved Sykehuset Sørlandet med reaksjoner overfor de ansvarlige for feilkodingen i Arendal. Det kommer varsel om advarsel til fire ansatte: Direktøren, klinikksjefen, avdelingsoverlegen og assistentlegen.

5. april kan Aftenposten avdekke av avdelingsoverlegen trekker seg fra sin stilling.

7. april sender styret i Helse Sør sine konklusjoner i sakene til Helsedepartementet (**vedlegg 13**). Aftenposten henger på, og får tak i dokumentet, i tillegg til pressemeldingene som sendes ut samme dag (**vedlegg 14, 15**).

Konklusjonene om at Stokke har styrets fulle tillitt og at styret er fornøyd med styret for sykehuset i Arendals håndtering av feilkoding i Arendal, publiseres i Aftenposten 8. april.

4.8 Helsetilsynet og politianmeldelse

Samtidig med at vi henger på, følger opp alle mulige kilder for hele tiden å fange opp alle sider av disse sakene, er det noen forhold vi undrer på. Det ene er hvorfor Helsetilsynet, som er øverste tilsynsmyndighet i Helse Norge, inntar en helt passiv rolle i denne saken, og kun henviser til Helsedepartementet. Det andre er hvordan Helsedepartementet ble varslet om pilotprosjektet. Sist men ikke minst, lurer vi på om det kan være sider ved denne saken vi fortsatt ikke kjenner.

Vi bestemmer oss for å søke i postjournalene til Helsedepartementet for perioden 25. januar frem til vi gjorde søket i begynnelsen av april 2003. I tillegg til alle dokumenter vi allerede har, finner vi særlig ett interessant treff. Det er fra Helsetilsynet til Helsedepartementet, datert 18. februar. Vi ber om innsyn, men får avslag. Vi purrer ikke bare en gang, men flere ganger. Helsedepartementet argumenterer med at dokumentene inneholder en rekke navn og dermed ikke kan leveres ut. Vi viser til at vi sitter på de fleste dokumenter og dermed allerede har navnene på aktørene i disse sakene.

Til slutt gir Helsedepartementet etter. Vi får de dokumentet. Vi tror ikke det vi ser.

Dokumentet datert 17. februar (**vedlegg 16**) er et internt notat fra ass. Helsedirektør Geir Sverre Braut til helsedirektør Lars Hanssen. Braut har åpenbart fått de dokumenter som vi tidligere har skaffet oss (**vedlegg 1 og 2**). Vi registrerer også at han er tipset etter at vi fikk vårt første tips. Braut skriver til sin sjef, helsedirektøren, at dersom det som fremkommer i dokumentene er riktig, kan det være snakk om straffbare forhold. Han anbefaler at politianmeldelse må vurderes før det eventuelt reises tilsynssak.

På notatet har helsedirektør Lars Hanssen håndskrevet følgende beskjed til Helsedepartementet: **Til ekspedisjonsjef Vidar Omar Steine. Jeg viser til samtale med dep. råden og deg i dag, og oversender denne saken komplett i kopi. Vi mener den snarest bør politianmeldes og etterforskes med sikring av dataspør**".

Dokumenter datert 25. februar til Helse Sør er en videresending av dokumentene Helsedepartementet har fått fra Helsetilsynet.

Gjennom nye kontakter med ulike aktører forstår vi at grunnen til at Helsetilsynet er helt passiv i disse sakene, er at den nå skal håndteres av Helsedepartementet.

Vi får ikke svar på hvorfor Helsedepartementet ikke følger helsedirektørens anbefaling om politianmeldelse.

9.april publiseres de nye opplysningene i Aftenposten.

Direktør går av. Samme dag blir det klart at også direktør Bjørn Engum ved sykehuset i Arendal trekker seg fra sin stilling etter kodeskandalen ved sykehuset.

Reaksjonene på Aftenpostens avsløringer om brevet fra Helsetilsynet, lar ikke vente på seg. Samme dag må helseministeren stå skolerett på talerstolen i stortinget og forklare seg. Han opplyser at departementet i samråd med regjeringsadvokaten har vurdert at saken ikke skal politianmeldes. Dette publiserer Aftenposten 10. april.

Samme dag har helseministeren foretaksmøte i Helse Sør. Han er fortsatt ikke helt tilfreds med styret i Helse Sør sin håndtering av de to kodesakene og setter styret under administrasjon. Han gir styret en instruks om å foreta en ytterligere gjennomgang av kodepraksis i hele Helse Sør. Han gir også pålegg om et omfattende holdningsprosjekt når det gjelder etikk. Aftenposten publiserer 11. april 2003 resultatet av foretaksmøtet.

Vi følger utviklingen tett og kan de neste ukene avsløre feilkoding ved flere sykehus i Norge. Vi venter imidlertid på den endelige gjennomgangen av sykehusenes pasientkoding i 2002, hvor Sintef Unimed på oppdrag fra Helsedepartementet har skjerpet kontrollen etter Aftenpostens avsløringer i Helse Sør.

4.9 Feilkoding ved 14 sykehus

Som en del av oppvasken etter kodeskandalen, bestiller styret for Sørlandet sykehus også en granskning av hvordan det kodes på sykehusene. Kodespesialistene ved Analysesenteret Lovisenberg finner ytterligere feilkoding ved sykehuset i Arendal (artikkel 23. april) og en tvilsom kodepraksis ved sykehuset i Kristiansand (artikkel 2. mai).

Vi henger på Sintef Unimed, og får deres konklusjoner 26. mai. 14 sykehus har en kodepraksis som Sintef Unimed mener er påfallende. De skal granskes videre, og Helsedepartementet anbefales å holde tilbake utbetalinger på rundt 200 millioner kroner. Dette publiseres i Aftenposten 27. mai 2003.

Samtidig sjekker vi hva som skjer både i Helsetilsynet, Helsedepartementet og i Helse Sør. 6. juni avslører Aftenposten at Helsetilsynet vil granske sykehuset i Arendal. Denne granskningen er fortsatt ikke avsluttet.

Vi henger på og sjekker daglig hva som skjer.

16. juni kan Aftenposten offentliggjøre resultatene fra den omfattende undersøkelsen om koding ved norske sykehus, som ble satt i gang etter Aftenpostens avsløringer i Helse Sør. Den viser en omfattende bruk av kreativ diagnosesetting. Sykehusene har forsøkt å skaffe seg en halv milliard for mye fra staten ved å kode kreativt.

Til tross for at ”kodesaken” på mange måter er avsluttet, følger vi fra tid til annet opp. 21. august 2003 offentliggjør Aftenposten at Riksrevisjonen stiller spørsmål ved Helsetilsynets passive rolle i kodesakene.

4.10 Nytt finansieringssystem

Samtidig med kodeskandalene i Helse Sør jobber Helsedepartementet på spreng for å konkludere hvordan sykehusene i fremtiden skal finansieres på bakgrunn av anbefalingene fra det såkalte Hagen-utvalget som kom ved årsskiftet 2001/2002.

10. oktober holder helseminister Dagfinn Høybråten pressekonferanse. Han legger om finansieringen fra 60 prosent ISF og 40 prosent rammebevilgning, til 40 prosent ISF og 60 prosent rammebevilgning. Årsaken er blant annet Aftenpostens avsløringer i Helse Sør, det fremkommer i et intervju han gir til Aftenposten 11. oktober 2003.

Med dette skulle man tro at siste punktum i Helse Sør saken var satt. Men den gang ei.

4.11 Om gullpensjoner i Helse Sør

Like før jul 2003 får vi et tips om et skred av meget gullkantede pensjoner i Helse Sør. Vi griper fatt i saken og kjører en serie artikler i begynnelsen av januar 2004. I forbindelse med graving i gullpensjonene kommer vi over noe, som plutselig leder oss tilbake til den intense jobbingen med kodesakene i Helse Sør, våren 2003.

Etter å ha gått igjennom når de 16 direktørene som har de meget lukrative pensjonsordningen med garantert 66 prosent av sluttlønn fra 62 år, oppdager vi at tidligere sykehusdirektør Bjørn Engum ved Arendal, fikk sin avtale så sent som 8. april 2003. Dette var direktøren som mistet jobben på grunn av kodeskandalen som Aftenposten avdekket ved sykehuset. Og han fikk avtalen etter at våre avsløringer hadde funnet sted. Vi gikk tilbake i arkivene, og fant raskt ut

av hans gullkantede pensjonsavtale var undertegnet dagen før han gikk av som sykehusdirektør og over i en annen lavere stilling ved sykehuset.

Vi stilte oss følgende spørsmål: Hadde han fått pensjonen i belønning for å ta ansvaret for det som hadde skjedd?

Vi fikk etter noe påtrykk innsyn i Engums arbeidsavtaler. De dokumenterer at Engum fikk en gavepakke til en verdi av anslagsvis 2 millioner kroner, i form av bedre pensjonsvilkår, dagen før han trakk seg for å ta konsekvensen av kodeskandalen.

Både styreleder ved sykehuset, Marit Lund Hamkoll og Bjørn Engum avviser at hans nye pensjonsordning var en belønning for å gå av. Vi velger likevel å trykke artikkelen (16. januar 2004) om at han fikk gullkantet pensjon da han gikk av. Saken om Engums gyldne avtale er laget i et samarbeid med journalist Valerie Kubens i Fædrelandsvennen, og sto på trykk også i hennes avis.

4.12 Kritikk fra Riksrevisjonen

Riksrevisjonen har fulgt nøye med i Aftenpostens avsløringer, og selv gjort sine undersøkelser. Når Riksrevisjonens melding til Stortinget (*Dokument nr.3:2 (2003-2004) Riksrevisjonens kontroll med statsrådets (departementet) forvaltning av statens interesser i selskaper, banker mv. for 2002*) kommer i november 2003, er ”Kodepraksis i Helse Sør RHF” viet et fyldig avsnitt.

Riksrevisjonen har en rekke kritiske merknader. Mest interessant er at de rett og slett ikke tror på et svar Helsedepartementet har gitt dem. Revisjonen stiller nemlig samme spørsmål som Aftenposten tidligere har stilt: Hvordan kunne man forvente at en person – på lovlig og faglig forsvarlig vis - i løpet av noen få dager, skulle kunne gjennomgå et meget stort antall journaler og skru opp inntektene fra staten med 5-10 millioner kroner?

Dette vil kunne gjennomføres innenfor relativt korte tidsrammer, svarer Helsedepartementet. Riksrevisjonen kommenterer at det vil være ”svært vanskelig” å gjennomføre noe slikt som en medisinsk forsvarlig og lovlig prosess.

En rutinesvikt hos oss, gjør at vi ikke fanger opp Riksrevisjonens merknader, før under en opprydning på skrivebordet ut på nyåret. Ingen har så vidt vi vet omtalt dette. Derfor lager vi en artikkel som står på trykk 19. januar 2004.

4.13 Tidsbruk

Innledningsvis i denne saken brukte vi ledig tid innimellom daglige gjøremål i redaksjonen et par ukers tid. De siste tre, fire dagene før første sak sto på trykk jobber vi nesten døgnet rundt. Vi følger saken på hel- og overtid gjennom mars og store deler av april. Siden har jobbingen med saken vært mer sporadisk.

5. Avsløringer og konsekvenser

5.1 Avsløringer

Vi har gjennom arbeidet med denne saken benyttet systematisk opparbeidelse av et omfattende kildenettverk. Vi har brukt våde kilder og tilgjengelig litteratur for å sette oss inn i finansieringssystemet og DRG-koding ved norske sykehus. Vi har gjennom nitid jobbing skaffet til veie alle nødvendige interne dokumenter om pilotprosjektet i Helse Sør. Vi har generert hypoteser som er testet ut og har vist seg riktige, og vi har brukt vår egen medisinskfaglige kompetanse, kombinert med omfattende kildebruk, til å klemme ut hvordan triksing med pasientdiagnoser kan ha funnet sted. Vi har deretter fått Sintef Unimed, som er eneste instans med tilgang til alle nødvendige data, til å gjøre de nødvendige datakjøringer på spesifikke oppdrag fra oss.

Videre har vi brukt Helsedepartementets og Helse Sørs postjournaler aktivt.

Gjennom dette arbeidet har vi avslørt at:

1. Ledelsen i Helse Sør, med administrerende direktør Steinar Stokke i spissen, anbefalte et pilotprosjekt for omkoding av pasientdiagnoser som ikke er medisinskfaglig forsvarlig, og som ville gitt sykehusene urettmessige merinntekter på mellom 5-10 millioner kroner.
2. En assistentlege på Rikshospitalet tilbød seg sine tjenester og initierte prosjektet. For jobben som skulle ta han bare noe få dager, skulle han ha 10 prosent provisjon av merinntektene hans omkoding ga Helse Sør. Dette er ikke forenlig med de krav som stilles til at det skal være pasientens behandlende lege som er ansvarlig for pasientkoding og diagnosesetting, og kravet om provisjon bryter med alle regler i offentlige sykehus.
3. Assistentlegen hadde allerede gjennomført omkoding av pasientdiagnoser ved sykehuset i Arendal. Det ga sykehuset urettmessige merinntekter på mer enn 6 millioner kroner. Han hadde også planlagt tilsvarende omkoding ved Rikshospitalet, men dette ble stoppet etter at Aftenposten skrev om saken.
4. Kodingen som har vært gjennomført i Arendal er ikke medisinsk fundert, men økonomisk. Det er ikke samsvar mellom diagnosene i pasientenes journaler og de diagnosene de samme pasientene har fått i datamaterialet som ligger til grunn for utbetaling til sykehusene fra staten. Det er brudd på alle regler.
5. Mange norske sykehus har en kodepraksis som tøyser regleverket og det medisinsk faglige til en yttergrense og av og til over grensen. Det er avdekket en ukultur hvor økonomiske hensyn får fortrinn fremfor medisinskfaglige vurderinger. Det må imidlertid skilles klart mellom sykehus som så langt det er mulig å sette dyrest mulige diagnoser på pasientene innefor det som til nød kan forsvares rent medisinsk, og det som er avdekket i Helse Sør. Der er det dokumentert at kodingen ikke var medisinsk forsvarlig.
6. Helsetilsynet anbefalte Helsedirektoratet å politianmelde forholdene snarest. En oppfordring Helsedepartementet aldri fulgte.
7. Sykehusdirektøren i Arendal som gikk av etter kodeskandalen ved sykehuset, fikk en gullkantet pensjonsavtale dagen før han gikk av som sykehusdirektør og over i en lavere stilling ved sykehuset.

5.2 Konsekvenser

Våre avsløringer har fått store konsekvenser både lokalt i Helse Sør og i Sykehus-Norge mer generelt:

1. Direktør Steinar Stokke, ledelsen i Helse Sør og styret i Helse Sør har fått knallhard kritikk fra helseminister Dagfinn Høybråten. Styret ble i en periode satt under administrasjon, og det er blitt satt i gang eksterne granskninger, av de foreslåtte kodeprosjektet i Helse Sør, og av feilkodingen ved sykehuset i Arendal.
2. En avdelingsoverlege og en sykehusdirektør måtte gå av etter kodeavsløringene i ved sykehuset i Arendal.

3. Sykehuset har måttet tåle knallhard kritikk fra den eksterne granskingen som konkluderer med at kodingen vart feil og ikke medisinsk fundert.
4. Sykehuset måtte betale tilbake mer enn 6 millioner kroner, som de utrettmessig har tilranet seg ved den feilaktige kodingen.
5. Helsedepartementet har skjerpet kontrollen av pasientkoding ved alle norske sykehus (**Vedlegg 17 og 18**). Det har avdekket avvik ved mer enn 10 sykehus.
6. Den skjerpede kontrollen har ført til at sykehusene fikk en avkorting av ISF på en halv milliard kroner for 2002 fordi kodingen ikke var korrekt.
7. Helseministeren legger om hele finansieringen av norske sykehus ved å redusere ISF andelen fra 60 til 40 prosent. Begrunnelsen er blant annet avsløringene Aftenposten har gjort i Helse Sør, og det som er fremkommet i skjerpede kontroller som et resultat av våre avsløringer.
8. Helsetilsynet har reist tilsynssak mot sykehuset i Arendal (vedlegg 19), noe som er svært uvanlig. Saken er ikke avsluttet.
9. Fylkeslegen i Aust-Agder har reist tilsynssak mot assistentlegen som har gjennomført kodingen i Arendal.
10. Riksrevisjonen retter kritikk mot Helsedepartementets håndtering av kodesakene i Helse Sør. De varsler skjerpet kontroll av pasientkoding ved norske sykehus, dels som følge av kodesakene slik de er rullet opp i Aftenposten.

6. Artikler i Aftenposten

Følgende saker har så langt vært offentliggjort i Aftenposten:

1. Pasientene fikk mer lønnsomme sykdommer, 7. mars 2003.

8. Vedlegg

Vedlegg 1: Invitasjon fra Helse Sørs ledelse (fra Lars Rønning i administrasjonen) til ”Pilotprosjekt for DRG koding ved ØNH i 2002”

Vedlegg 2: Mail fra ØNH-lege (anonymisert) til viseadm. dir. Marit Lund Hamkoll i Helse Sør. Legen vil ha stoppet prosjektet.

Vedlegg 3: Internt notat fra et sykehus om hvordan prosjektet var lagt opp.

Vedlegg 4: Ny mail-purring til Lund Hamkoll.

Vedlegg 5: Mail der assistentlegen beskriver sin provisjon og mail der Helse Sør stopper kodeprosjektet som *felles*prosjekt.

Vedlegg 5 B: Notat fra Helse Sør, datert 28.2.03. Svar til helseministeren på hva som har skjedd.

Vedlegg 6: Den første granskningsrapporten fra Deloitte & Touch, 13.3.03.

Vedlegg 7: Brev fra Helsedepartementet til styreleder Oluf Arntsen i Helse Sør, om håndtering av kodesaken, datert 14.3.03.

Vedlegg 8: Pressemelding fra Helse Sør 15.3.03, om den første granskningsrapporten.

Vedlegg 9: Brev om oppfølging av kodesaken, fra Helse sør til Helsedepartementet, datert 24. mars 2003.

Vedlegg 10: Pressemelding fra Helse Sør 25. mars 2003. Administrasjonen beklager, full tillit til Stokke.

Vedlegg 11: Den andre granskningsrapporten fra Deloitte & Touch, 21. mars 2003.

Vedlegg 12: Nytt brev fra helsedep. Til Helse Sørs styreleder, om oppfølging av saken, datert 27. mars 2003.

Vedlegg 13: Helse Sørs svar på brevet over, 7. april 2003.

Vedlegg 14: Pressemelding fra Helse Sør I, 7. april 2003.

Vedlegg 15: Pressemelding fra Helse Sør II, 7. april 2003.

Vedlegg 16: Oversendelsesbrev fra helsedirektøren til Helsedepartementet. Vil anmelde forholdet, 18.2. 200.

Vedlegg 17: Kontrollstrategien til Norsk Pasientregisetr – etter kodesaken.datert 28. mars 2003.

Vedlegg 18: brev fra Helsedepartementet til regionale foretak, om ny kontrollstrategi for koding, datert 4. april 2003.

Vedlegg 19: Brev fra Helsetilsynet til direktøren på Sørlandet sykehus HF. Det opprettes tilsynssak mot sykehuset i Arendal, datert 5. juni 2003.

Vedlegg 20: Utdrag fra Dokument nr 2:3 (2003-2004). Riksrevisjonens kontroll med statsrådets (departementets) forvaltning av statens interesser i selskaper, banker mv. for 2002.

8. Kopi av samtlige avisartikler

1. 7. mars 2003. Pasientene fikk mer lønnsomme sykdommer.
2. 8. mars 2003. Journaltriksing er utbredt.
3. 9. mars 2003. Helse Sør ville også omgå anbudslov.
4. 10. mars 2003. Søkelys mot Sykehuset i Arendal: Nye diagnoser kan ha gitt millioner.
5. 12. mars 2003. Sykehuset i Arendal hadde over halvparten av diagnosene: Tok mandlene, la til snorking og tjente 4 mill.
6. 13. mars 2003. Diagnose-triksing kan være bedrageri.
7. 14. mars 2003. Diagnose ikke i journalen.
8. 15. mars Helseministeren reagerer skarpt på diagnose-skandalen: Knallhard kritikk mot Helse Sør.
9. 16. mars 2003. Hastemøte i Helse Sør.
10. 18. mars 2003. Granskere med dobbeltrolle i Helse Sør.
11. 25. mars 2003. -Helse-koding ikke forsvarlig.
12. 26. mars 2003. Styret tilgir Helse Sør sjefen.
13. 27. mars 2003. Sørlandet sykehus Arendal: Trikset til seg 6,6 mill. ekstra.
14. 28. mars 2003. Strammer grepet om Helse Sør.
15. 3. april 2003. Sykehus betaler tilbake jukse-penger.
16. 4. april 2003. Tillitsvalgte støtter Stokke.
17. 5. april 2003. Kode-saken i Arendal: Lege sier opp etter kritikk.
18. 8. april 2003. Fortsatt støtte til direktøren i Helse Sør.
19. 9. april 2003. Helsedirektøren tok opp diagnose-triksingen: Ville melde Helse Sør til politiet.
20. 10. april 2003. Helse Sør-saken: Høybråten måtte svare i Stortinget.
21. 11. april 2003. Helse Sør får ny frist til å rydde opp.
22. 23. april 2003. Nye diagnose-funn i Arendal.
23. 2. mai 2003. Sykehus krever 11 500 for en halv times arbeid.
24. 14. mai 2003. Helse Sør-sjef trekker seg fra styreverv.

25. 27. mai 2003. Holder tilbake 200 sykehus-millioner.
26. 6. juni: Helsetilsynet vil granske sykehuset i Arendal
27. 14. juni: Helse Sør må betale tilbake
28. 16. juni: Sykehusene har krevd en halv milliard for mye
29. 17. juni: Skal ikke ha betalt for bedre sykehuskoding
30. 21. august: Helsetilsynet kritiseres for passivitet i kodesaken
31. 11. oktober: Misbruk bremser stykkpris-betaling
32. 16. januar 2004: Sykehustopp fikk gullpensjon
33. 19. januar: Riksrevisjonen skjerper kontroll med sykehusene.