

Ann Rudinow Sætnan og
Morten Hatling

ØMI-SERINGEN AV NORSKE SYKEHUS?

STS-arbeidsnotat nr. 2/90

ISSN 0802-3573-29

arbeidsnotat
working paper



UNIVERSITETET I TRONDHEIM
SENTER FOR TEKNOLOGI OG SAMFUNN

ISSN 0802-3573-29

Ann Rudinow Sætnan og
Morten Hatling:

ØMI-SERINGEN AV NORSKE SYKEHUS?

STS-Arbeidsnotat nr. 2/90

1. HISTORIEN BEGYNNER¹

18. september 1965 sammenkalte Helsedirektør Karl Evang til et møte for å formulere retningslinjer for bruk av avanserte databehandlingsmetoder i helsesektoren. Vi kan ta dette som startpunktet for utviklingen av ØMI, det første norske sykehusinformasjonssystemet.

Vi vil fortelle historien om ØMI som historien om byggingen av et nettverk aktører.¹ Disse aktørene kan være enkeltpersoner, grupper, eller organisasjoner. De kan ha ulike grunner til å delta i nettverket. Det kan være de regner med å nå ett eller flere mål gjennom sin deltakelse, eller de kan være tvunget til å delta. Det finnes også ikke-menneskelige aktører i nettverket -for eksempel maskiner. Disse kan kanskje ikke sies å ha noen mål med sin deltakelse, men på andre måter kan vi se på dem som aktører i samme forstand som menneskene. De "forhandler" om vilkårene for sin deltakelse, stiller krav til menneskene for å la seg "verve" og blir stilt krav til av menneskene for å få være med. De kan "nekte" å oppfylle de krav som blir stilt dem, og det vil ofte, men ikke alltid, innebære at nettverket ikke lar seg realisere.

Det er det ferdige nettverket som definerer *hva* teknologien er, som avgjør om teknologien finner et *marked*, og som avgjør om teknologien er *suksess* eller *fiasko*. Om nettverket til en tenkt teknologi blir for lite, vil teknologien forbli en urealisert ide. Om nettverket er for sprikende, for løst sammenvevd, blir teknologien gjerne en hel rekke urealiserte ideer. Det kan også være kamp mellom aktørene om hvilke mål som skal realiseres, en kamp bare noen aktører vinner. Ofte er det en nøkkelaktør som tar initiativet i nettverksbyggingen. Siktemålet er å bygge et nettverk som er sterkere enn alle konkurrenter og motstandere og som vedlikeholder seg selv ved at aktørene i nettverket vokter hverandres lojalitet. Ofte er det dessuten et mål at

¹ Artikkelen er skrevet av Ann R. Sætнан basert på intervju- og dokumentmateriale samlet av Sætнан og Morten Hatling. Hatling har også bidratt med hypoteseutvikling og andre nyttige og kritiske kommentarer underveis. Vi vil også rette en hjertelig takk til Knut H. Sørensen og andre ved Senter for teknologi og samfunn for kommentarer og inspirerende samarbeid.

nettverket skal være et redskap for oppsamling og bearbeiding av informasjon som kan styrke nøkkelaktørens kontroll over et stadig voksende område.

Vi vil begynne historien om ØMIs nettverk med møtet 18. september, 1965, sammenkalt av Helsedirektør Evang. Med utgangspunkt i dokumenter fra da og framover og i intervjuer fra flere prosjekt fra 1985 til 1990² vil vi nøste opp hvilke aktører som har vært vervet eller forsøkt vervet inn i ØMI-nettverket, og hvilke interesser disse har hatt eller blitt tilskrevet som grunnlag for å delta i nettverket. Etterhvert som historien skrider frem, vil dokumenter og intervjuer komme inn på brukererfaringer med ØMI. På denne bakgrunn vil vi vurdere ØMI på to plan: Lyktes ØMI med å etablere et nettverk? Lyktes aktørene med å nå sine mål ved å delta i ØMI-nettverket? Med andre ord - lyktes ØMI i å omskape sykehusvesenet slik sentrale aktører hadde tenkt? Ble sykehusene "ØMIsert"?

1.1. ØMI-nettverket unnfanges og deles

En modernisering av informasjonsbehandlingen på norske sykehus synes, særlig i starten, å ha vært et mål i seg selv. Det var tenkt å skulle by på en større samlet fordel enn summen av de konkrete gevinstene en håpet på. Det går typisk fram av dokumentene fra denne perioden at Helsedirektoratet gjerne tok på seg en koordinatorrolle uten å framstå selv som bruker av resultatene. Samtidig var andre instansers behov som brukere relativt vagt definert. Allikevel var interessefellesskapet blant deltakerne på møtet 18. september såpass sterkt at man ble enige om å gjøre noe sammen. Det ble nedsatt et Hovedutvalg for databehandling i helsesektoren med medlemmer fra Helsedirektoratet, Rikshospitalet, Statens institutt for folkehelse, Radiumhospitalet, Norges Byforbund/Norges Herredsforbund, Sentralinstitut for industriell forskning, Haukeland sykehus, Statistisk sentralbyrå (SSB) og senere også Rikstrygdeverket, Oslo kommune og Rasjonaliseringsdirektoratet. I Hovedutvalgets årsberetning for 1966/67 nevnes utarbeidelse av felleskoder og vurdering av et opplegg for et sentralt helseregister³ som prioriterte oppgaver. Når det gjelder den første av disse, hadde de satt en arbeidsgruppe i gang med å lage en forkortet norsk utgave av den nyeste utgaven av den internasjonale koden for diagnoser, ICD-8. De skrev at *"Utgaven skal ta sikte på å dekke behovet for Statistisk sentralbyrå, Rikstrygdeverket og sykehusenes diagnosekartoteker."* Dette var et arbeid ØMI senere bygde på og behov som ØMI ble rettet inn mot.

I 1969 endret bildet seg en del ved at Statistisk Sentralbyrå, Rikstrygdeverket og Helsedirektoratet alle hadde klarere definerte behov for data om pasienter ved helseinstitusjonene. Statistisk sentralbyrå planla folketellingen for 1970. Da byrået hadde fått tilgang på Folkeregisterdata, ville 1970-tellingen være noe annerledes enn tidligere tellinger. Blant annet ville man ikke foreta telling på anstalter, sykehus o.l. for å få oversikt over midlertidig fraværende fra hjemmene. I stedet drøftet man en selvstendig pasienttelling.⁴ Rikstrygdeverket planla en omlegging av refusjonsordningen overfor sykehuseierne.⁵ Både SSB og andre viste også til Helsedirektoratets statistikkbehov:

"Helsedirektoratet vil, via den nye sykehusloven som trer i kraft 1/1-1970, bli pålagt strengere oppfølging og kontroll av helsevesenet her i

landet. Det vil være naturlig og nødvendig å ta i bruk EDB som hjelpemiddel for å oppfylle de krav loven setter." (Notat om "Forskningsprogram: Helsesektoren", Norsk Regnesentral, 21.5.1969.)

"I lys av det som er sagt foran skal det ikke forbause noen at det både fra den sentrale helseadministrasjon, utøvende helseorganer og forsknings- og utdanningsinstitusjoner har vært klaget over mangelfull statistisk dekning av viktige felter innen helsestellet.

I generelle ordelag har denne misnøyen i den senere tid blant annet kommet til uttrykk i Tidsskrift for Den norske lægeforening. I dette tidsskriftet hadde helsedirektør Karl Evang en artikkel under tittelen 'Perspektiver for helsetjenesten'. Etter å ha sagt seg tilfreds med datagrunnlaget på visse områder takket være Sinnssykeregisteret, Kreftregisteret og Statens Skjermbildefotografering fortsetter han: 'For en rekke andre sykdomsgrupper ligger selv dette nødvendige første skrittet - tellingen av eksisterende og nye tilfelle på et primitivt og utilfredsstillende plan. (...) Og mot slutten av artikkelen: 'Planlegging og prioritering opptar derfor i våre dager en stadig større del av Helsedirektoratets og underliggende institusjoners tid og krefter. Dette arbeid hemmes ikke i og for seg av adgangen til å rådføre seg med den medisinske spesialsakkyndighet som vårt land rår over, men av mangelen på eksakte data og av for knapp personell-bemanning.' (Notat om helsestatistikk fra Eystein Glattre og Gisle Skancke (SSB) til Direktør Bjerve (SSB), datert 30/1-1970.)

Interessene var altså blitt mer konkrete. Rikstrygdeverket ville foreta en intern omorganisering for å rasjonalisere etaten og få en sentralisert kontroll over tildelinger til institusjonshelsetjenesten. Tanken om å få kontroll over det samlede kostnadsnivået eller kostnadsveksten på sektoren kom svakere til uttrykk i dokumentene.⁶ Helsedirektoratet ville skaffe seg bedre oversikt over etterspørsel etter, forbruk av og kvalitet på sykehusenes tjenester - blant annet for å oppfylle sin rolle i henhold til den nye sykehusloven. Rundt Helsedirektoratet finner vi også et knippe andre aktører som gjerne ville bistå med systemutvikling og statistikkjenester, og som tildels allerede leverte slike tjenester på spesialiserte områder.

Sommeren 1971 gikk noen av disse aktørene sammen og besluttet å sette i gang med programmering, blankettutforming, m.m. for et registreringssystem for økonomiske og medisinske data fra sykehusene. Det ble nå opprettet et nytt samarbeidsorgan for å drive prosjektet. Foruten Helsedirektoratet, Rikstrygdeverket og Statistisk Sentralbyrå, var Norges byforbund/Norges herredsforsbuds og Rasjonaliseringsdirektoratet representert i den nye styringsgruppa. Når det gjaldt systemutvikling kom også nye aktører inn: Prosjektet ble utført hovedsaklig av Østfold Hullkortsentral og Rogaland Interkommunale Databehandlingssentral. Planen var å ha systemet klart til drift fra 1972, og planen holdt. Systemet fikk fort akronymet ØMI.⁷

Det var en del skepsis mot systemet, men motstanden var ikke av en slik art at prosjektet ble forsinket:

"Det var et Hovedutvalg for databehandling innen helsesektoren, og jeg husker at det hadde et møte hvor de diskuterte dette og var relativt

negative. De så på det som en sterk sentralisering av informasjonen. De var vel redde for at Staten skulle overta. Det ble laget en tykk rapport i '71-'72 om ØMI og den ble skrevet i hovedsak av Terje Hansen. Den presenterte vi for Hovedutvalget. Men den fikk ... jeg synes å huske at den fikk litt hard medfart. Den ble ikke tatt opp konstruktivt. (...) Men det spilte ikke noen rolle. De hadde ikke noen innflytelse." (Intervju med Sverre Harvei, november 1988.)

Nå måtte systemet få brukere. Dokumentene og intervjuene peker alle på de samme fire tema som avgjørende for denne prosessen -pris, nytte, datakilde og valgfrihet. På alle disse punkt delte ØMI-systemet seg i to: en administrativ eller økonomisk del (ØMI-Ø) og en medisinsk del (ØMI-M). Disse var rettet inn mot hver sin hovedbruker, henholdsvis Rikstrygdeverket og Helsedirektoratet. De var avhengige av ulike datakilder lokalt. Og Rikstrygdeverket og Helsedirektoratet la opp ulike strategier med hensyn til pris, bruksmåte og valgfrihet. Dermed måtte ØMI-Ø og ØMI-M bygge hvert sitt nettverk.

1.2. Ø-nettverket

Rikstrygdeverkets strategi var knyttet til det økonomiske oppgjøret overfor sykehusene. De hadde bestemt seg for å legge dette om. I stedet for å refundere etter regning for hver pasient, ville Rikstrygdeverket gå over til å forskuttere institusjonsdriften á konto og avregne mot samleregning ved årets slutt. Avregningen skulle foretas sentralt og forutsatte et effektivt meldesystem for informasjon om inn- og utskrivinger på de ulike avdelingene, innleggelsesdiagnoser, behandlingsinngrep osv. Rikstrygdeverket kunne kreve å få denne informasjonen i et bestemt format for at forskuddsberegning og avregning skulle finne sted. Dette tenkte de å gjøre ved at visse deler av ØMI ble obligatorisk. Institusjonene kunne benytte andre manuelle eller edb-støttede rutiner, men kun dersom Rikstrygdeverket fikk de samme opplysningene i samme format til slutt. Dermed ville både *nyttens og valgfriheten for sykehusene* avklares "i en smekk": *Uten ØMI (på en eller annen måte) intet oppgjør.* Rikstrygdeverket ville også gjøre kjernen i systemet, den såkalte "minimumsløsningen", *gratis* for brukerne de første årene ved at driftskostnadene ble dekket direkte over trygdebudsjettet.⁸

Dermed ville ØMI-Ø helt fra starten ha hatt et bredt nettverk med relativt sterke ledd. Alle sykehus og sykehuseiere ville ha vært knyttet til nettverket, i hvert fall som dataleverandører, eventuelt også som lokale systembrukere. Datasentralene rundt om i fylkene ville blitt knyttet til nettverket som tjenesteleverandører. Deres tilknytning ville forsterkes av at de dermed fikk garanterte inntekter uten større salgsbekymringer. Som kanal til det sentrale registeret ville de framstå som en gratis monopol overfor sykehusene. Ettersom fylkene både var sykehuseiere og medeiere i datasentralene, ville de ha blitt dobbelt knyttet til nettverket. De ville vært tvunget til å levere data til sentralregisteret og hatt interesse av å opprettholde datasentralenes inntekter. Datasentralenes konkurrenter som lokale systemleverandører ville også ha vært tvunget til å samarbeide med ØMI-Ø-nettverket. Sykehusene kunne kjøpe og/eller leie andre informasjonssystemer,

men ville kun være interessert i systemer som kunne produsere de data som skulle leveres til ØMI-Øs sentrale register.

Nå skjedde det ikke slik Rikstrygdeverket hadde tenkt. ØMI-Ø ble aldri obligatorisk og heller ikke helt gratis.⁹ Det fremgår ikke av de dokumenter vi har, hvorvidt ØMI-systemets papirskjemaer *ble* obligatoriske som meldingsblanketter til trygdekontorene i forbindelse med oppgjøret eller ikke. Om så var, ble likevel ikke data fra innleverte papirskjema punchet og videreført til ØMI-Øs sentrale database. Alle sammenstillinger av ØMI-data på landsbasis omfatter kun de institusjoner som benyttet ØMI-edb-tjenester eller som leverte tilsvarende data fra andre edb-systemer.

Dette innebærer at flere ledd i nettverket måtte bygges på frivillig basis. ØMI-Ø måtte framstå som nyttig for dens tenkte datakilder. De måtte velge å bruke den av egeninteresse. ØMI-Ø omfattet data om institusjonene og avdelingene, og en inn- og en utskrivingsmelding som også skulle sendes pasientenes trygdekontorer. Meldingene omfattet pasientpersonalia (navn, adresse, yrke, arbeidsgiver, pårørende, sivilstand, statsborgerskap) og data om pasientkarrieren (innskrevet fra, innleggingsdato og -tid, innleggingsdiagnose, innleggende lege, evt. ulykkeskode, evt. tid på venteliste, evt. tidligere innleggelser for samme eller annen hovedårsak, innleggingsparagraf, utskrivingsdato, utskrivingsstilstand, utskrevet til). Dette var for det meste informasjoner sykehusadministrasjonene alt samlet inn i forbindelse med den gamle oppgjørsformen eller til andre formål. Altså kunne sykehusadministrasjonene brukes som datakilder, såfremt de selv så seg tjent med å bli ØMI-brukere. Dette kunne skje ved at ØMI ble en tids- og kostnadsbesparende måte å samle og sammenfatte disse opplysninger i forhold til de anvendelser sykehusadministrasjonene alt trengte dem til. Ville ØMI for eksempel bli en raskere og/eller billigere måte å utarbeide årsmeldinger på? Ville det forenkle oppgjørsarbeidet, sett fra sykehusadministrasjonenes synspunkt? Ville det være til hjelp med å holde en daglig beleggsoversikt og styre innkommende pasienter til avdelinger med ledig kapasitet? Ville det være til hjelp når besøkende spurte i sykehusporten hvor de kunne finne en gitt pasient?

Dessverre for ØMI, fant sykehusadministrasjonene på de fleste sykehus som prøvde ØMI at svaret stort sett var negativt. ØMI var til å begynne med et "batch"-system. Data ble samlet inn på papir-skjema og sendt til et punchekontor. I blant hadde sykehuset eget punchekontor, men ofte lå kontoret langt fra sykehuset. Data ble så punchet og listet ut til kontroll-lesing. Dette tok flere uker. Så skulle rettinger punches, sorterings- og sammenfettingsprogrammer kjøres og forskjellige datalister skrives ut. Da listene kom tilbake til sykehuset, var dataene så gamle og fremdeles så beheftet med feil at de ikke kunne brukes i den daglige sykehusdriften. Listene ble akseptert som grunnlag for det økonomiske oppgjøret og for årsmeldingen, men selv med 75 % av kostnadene dekket direkte fra trygdebudsjettet framsto ØMI for mange som en dyr løsning på relativt få og små oppgaver.

Enkelte av våre informanter mener brukerne var noe urettferdige mot ØMI når det gjaldt lokal nytte. Brukerne ble skuffet over at ØMI ikke løste deres problemer med informasjonshåndtering. Men det var aldri hensikten med ØMI. ØMI skulle gi sentrale myndigheter bedre oversikt over sykehusdriften, og til det var ØMI bra nok om bare mange nok og gode nok data kom inn. Men dette forsvaret skyter til side for kritikken. All den tid data-

registreringen var frivillig, ble jo ØMI avhengig av at lokale datakilder selv så seg tjent med å bruke ØMI, enten de sentrale planleggerne hadde tenkt det slik eller ei.

Likevel valgte ganske mange sykehus og fylker å benytte ØMI-systemet, i hvert fall deler av ØMI-Ø.¹⁰ Om ØMI kom sent, var det likevel lenge det eneste systemet som ga sykehusadministratorer en samlet oversikt over sykehusenes produksjon. Og om ØMI bar en prislapp, så representerte det nok en besparelse i forbindelse med årsoppgjør og årsmelding. Dessuten var den ene knuten i nettet uberørt av at ØMI-Ø ble et *tilbud* framfor et *påbud*. Fylkene var fortsatt medeiere i de interkommunale datasentralene, og for sentralene representerte ØMI fortsatt en viktig potensiell inntektskilde.

ØMI ble etterhvert bedre. En hovedrevisjon av programvaren i 1980, som fikk navnet ØMI-II, gjorde dataanalysen langt hurtigere. I den anledning ble det også gjort en innsats for å bygge opp ny entusiasme for systemet på lokalplanet. Men våre informanter er enige om at revisjonen bare ga marginale fordeler for brukere/datakilder på lokalplanet. Den som uttrykker dette sterkest sier:

"Det som skjedde med ØMI-II var at de ved hjelp av god PR klarte å få brukerfrekvensen opp. En fikk dekket opp langt flere av institusjonene enn før. Derved fikk en også mulighet til å samle data fra flere sykehus og således en bedre statistikk. Videre påstår jeg at for de som brukte ØMI på grunnplanet betydde ØMI-II null og niks i forbedringer. Uansett hva de sier. Dette gjaldt datainnholdet. Men basisteknologien som ble brukt i KD-sentralene ble skiftet ut. De tjente på det og fikk skiftet ut teknologien sin. Men det funksjonelle innholdet mellom ØMI og ØMI-II har endra seg minimalt. På brukerplanet var de to systemene tilnærmet like.

(...) en kom jo likevel skjevt ut fordi en satsa på en videreføring av det en hadde. Det bringer datasentralene framover, men ikke brukerne. Sett fra datasentralene sin side, var det klart ønskelig å få skiftet ut en del teknologi - hardware og software. (...) Det ble gjort programmodifikasjoner, til dels drastiske, som medførte tildels stekt redusert kjøretid på maskinen for å produsere den samme rapporten. Når en rapport gikk ned fra 20 minutter til 2 minutter, er det en sterk reduksjon. Når datasentralen får den samme prisen for å få den ut, har de i realiteten fått et godt prispåslag - uten at det merkes av kunden. Der var vel alle parter relativt fornøyd i perioder." (Intervju med Håkon Buvik, mars 1990.)

Med andre ord, grunnlaget for egeninteresse i systemet fra brukerhold ble ikke merkbart styrket, men det ble interessefellesskapet mellom KD-sentralene og fylkene. Fylkene fikk raskere service til samme pris, og KD-sentralene fikk samme inntekt for mindre arbeid.

Noen år senere ble det utviklet en direktekoplet versjon av ØMI, ØMI-on line, senere kalt AMI og nå kalt KDØ-sykehus. Vi velger å bruke AMI som det korteste av barnets mange navn. Dersom hovedproblemet med å vinne tilslutning til ØMI lå i batch-teknologiens trege svartider, så burde AMI ha betydd et gjennombrudd.

"Det var først når AMI kom at en fikk en integrering og mulighet til å få en nytteverdi inn i selve arbeidsprosessen på sykehuset." (Intervju med Per Wøien, mars 1990.)

"Det store skillet i forhold til (datakvalitets-) kontroll er jo når de lager det on-line. Der er det et kvantesprang." (Intervju med Håkon Buvik, mars 1990.)

Men dette skillet har ikke blitt bekreftet i intervjuer på brukerplanet. Riktignok klager brukere av ØMI over systemets treghet:

"ØMI er fullstendig bortkasta fordi det kommer så sent. Så det gjør vi manuelt parallelt for å ha oversikt fra dag til dag."

"ØMI er jo historie når vi får det tilbake, så den tanken at det skulle bli brukt til planlegging - det er jo ikke blitt noe av." (Telefonintervjuer med edb-ansvarlige, våren 1983.)

Men AMI-brukerne bemerker bare marginale forbedringer ut fra en lokal nyttebetraktning:

"Fordelen med AMI er etikettene, at det blir mindre arbeid med ØMI-skjemaene og at vi er direkte koblet til Folkeregisteret for regionen. Det viste seg etter prøvetiden at vi ikke gjorde nytte av skjermer på sengepostene, men på mottakelsen er det blitt uunnværlig. Går vi tilbake til ØMI, vil de forlange kontorhjelp."

"Det med 'on-line' er delvis tøv etter min mening. Det er klart at det er fordeler med AMI - spesielt det å oppdage feil - men den store viten er det heller ikke der."

"Problemet er å få definert dine spørsmålstillinger i forhold til de data du skal jobbe mot." (Telefonintervjuer med edb-ansvarlige, våren 1983.)

Det AMI-brukerne synes å savne er meningen med å ha dette datasettet samlet. Hvilken innsikt skal det gi? Hvilken kontroll over driften? Hvilken visdom skal det bidra med i planlegging og ressursfordeling? Dette temaet vil vi komme tilbake til, men først må vi se litt på hvordan det gikk med å bygge nettverket til ØMI-M.

1.3. M-nettverket

Helsedirektoratet valgte alt i utgangspunktet å gjøre den delen av systemet som var ment å gi dem styrings- og planleggingsdata *valgfri*, basert på *institusjonseieres og -ansattes vurdering av nytten* ved slike sentrale helsestatistikker og av ØMI som redskap for å skape dem. Det går også fram av referatet fra styringsgruppens møte 20.8.71 at *"De statlige myndigheters utnyttelse av det etablerte datagrunnlaget for styrings- og statistikkformål forutsettes finansiert av de respektive institusjoner."* Brukerne skulle altså betale for å delta i dette tillegget til "minimumsløsningen", for å legge inn medisinske i tillegg til administrative data og for å ta ut lister over diagnoser og behandlinger.

Nettverket til ØMIs medisinske del (ØMI-M) ble forsøkt bygd opp rundt Helsedirektoratet. Helsedirektoratet verken kunne eller ville bygge dette nettverket med tvang. For eksempel sier Sverre Harvei om innføring av et felles kodeverk for diagnoser og inngrep:

"Det er heller ikke lovverk for dette, og det var også en barriere. Du vet, i begynnelsen av 70-årene så hadde liksom myndighetene større armslag, kunne foreta seg mere uten at man diskuterte konkret om det var den rette lovmessige basis for det eller ikke. Men iallfall etterhvert som årene gikk så oppdaget jo naturligvis Helsedirektøren at han ikke kunne pålegge fylkene å bruke den og den ICD-en. Han kunne ikke pålegge fylkene å bruke den og den operasjonskode. Men det hadde ikke forhindret dem i å utvikle det lovverket, men det har de ikke gjort. Slik at de kodeverk som er gitt ut, de har jo bare en anbefaling om at man skal bruke dem i sykehusvesenet. Ja, her ser jeg at jeg har egentlig omskrevet det for Helsedirektøren her, fordi Helsedirektoratet skriver bare 'Med tanke på at kodene skulle ha vært tatt i bruk og da henviser Helsedirektøren bare passivt til Norsk kirurgisk forening og disse foreningene som har anbefalt at kodeboken skulle tas i bruk fra 1. januar 1986. Så det står ikke en gang at, her i forordet, at Helsedirektøren anbefaler at man bruker dette." (Intervju, november 1988.)

Andre mener at Helsedirektoratet muligens hadde lovhjemmel for å gjøre både kodeverkene og bruk av ØMI-M obligatorisk, men ville ikke bruke denne:

"Jo, det er jo besnærende å si at vi savnet en sånn beslutning. Vi savnet en tilsvarende interesse, kan du si, fra - og det er jo Helsedirektoratet da, som i grunnen aldri har interessert seg for disse tingene. De har ikke prioritert det i Helsedirektoratet. Slik at man fikk aldri noe pådriving fra Helsedirektoratets side om å gjøre noe tilsvarende på den medisinske delen. Og det kan jo være snakk om hjemmelsgrunnlaget her også, da. Det er jo slik at Sykehuslovens paragraf 17 gir helsedirektøren hjemmel for innrapportering av statistikk og informasjon, og det kan jo kanskje tøyes dithen at anonymisert medisinsk informasjon kommer inn under paragraf 17. Men det var aldri noen som interesserte seg for å gå noe ned i materien for det. Og det er som sagt en indikasjon på hvor lite Helsedirektoratet interesserte seg for dette var jo blant annet at de omgjorde en edb-lege stilling til en ordinær spesiallege-stilling." (Intervju med Egil Danielsen, november 1988.)

Dersom Helsedirektoratet hadde ønsket å gjøre ØMI-M obligatorisk, og om de hadde funnet lovhjemmel for et slikt trekk, er det likevel ikke sikkert de hadde sanksjoner å sette bak kravet. Helsedirektoratet hadde riktignok ansvar for godkjenning av fylkenes helseplaner, men det skulle nok mer til for å nekte å godkjenning enn at fylket/sykehuset nektet å gi fra seg taushetsbelagt informasjon. Deltakelsen i ØMI-M forble frivillig og måtte baseres på sykehuseieres og -personells behovsoppfatninger. Ønsket disse oversikt over sin virksomhet? Ønsket de å bli sammenlignet med andre sykehus? Ønsket de

at sentrale myndigheter skulle ha slik oversikt og foreta slike sammenligninger? Forskjellen i forhold til ØMI-Ø lå i at sykehusadministrasjonen ikke alt hadde rutiner for å samle denne informasjonen. Den tilhørte pasientene og det kliniske personalet og ble lagret i journalene. Det var altså ikke tilstrekkelig å interessere sykehusadministratorer i systemet. Man måtte motivere legene til å rapportere dette. Legene måtte óg bli interessert i både å drive med og å utsette seg for produksjonsoversikt og -sammenligning. Men når det gjelder legene, måtte slike interesser veies opp mot taushetsplikten og den kliniske frihet.¹¹ Dessuten står en fokus på pasientmassen og pasientstatistikk dels i motstrid med den tradisjonelle fokus på enkeltpasienten. Særlig kom personvern til å være et tema i motstanden mot ØMI-M:

"Jeg kan huske at det var en viss diskusjon med Lægeforeningen, med Lægeforeningens etiske utvalg, husker jeg, hvor man var veldig skeptisk til å begynne med på hvilke følger dette ville få for forholdet lege-pasient, personvernforholdene. Det ble jo avklart da at personidentifiserbare data ikke gikk inn i den sentrale delen, så det ble ikke noen sånn samling av følsomme data der. Men bare at det ble samlet og systematisert på en helt ny måte på institusjonsnivå, det var liksom en helt ny ting. En ting var at de kunne flyte rundt med manuelle journaler og lister med pasientdata, men å få det inn i noe mystisk som var en sentral enhet og en maskin, det var liksom at da mistet man enhver kontroll." (Intervju med Egil Danielsen, november 1988.)

Denne motstanden ble dempet ved at deltakelse i ØMI-M var frivillig, og ved at ØMI-Ms sentralregister ikke skulle omfatte personidentifikasjon. Men dermed ble epidemiologiske forskningssentre såsom Kreftregisteret, Medisinsk fødselsregister og SIFF mindre interesserte i systemet. De ville ikke kunne dekke sine databehov ved henvendelse til ØMI-Ms register og måtte fortsette sine særskilte datainnsamlinger. Og dermed kunne ikke ØMI-M representere en forenkling i dataregistreringen for sykehusene. ØMI-M ble bare enda et skjema å fylle ut. Det kunne ikke erstatte andre rapporteringer, noe som ble ett av klagemålene mot ØMI fra brukerne.

Men hovedankepunktet har hele tiden vært datakvaliteten. Her synes nettverket å ha vært mangelfullt på flere punkt - maskinløsningen, programvaren, organisering av datarapportering og kontroll, og interesse for systemet fra datakilden (legene). Disse punktene er vevd svært tett, nærmest uatskilkelig sammen slik at det er likegyldig hvor vi begynner å nøste trådene fra hverandre. Vi kan begynne med maskinløsningen:

ØMI ble utviklet før PC-enes tidsalder, og var basert på store, dyre og relativt primitive maskiner. I 1969 hadde Oslo kommune "bestilt en IBM 1800 datamaskin som skal tjene hele helsevesenet i Oslo kommune."¹² Statens planer på den tiden innebar én maskin til all statlig virksomhet utenom militæret og undervisnings- og forskningsinstitusjonene. Med tiden kunne det eventuelt bli flere maskiner og en regionalisering av driften.¹³ Dels fordi maskinene var dyre, dels fordi brukerferdigheter var lite utbredte, var dataregistrering også sentralisert. Både personellmessig, geografisk og i tid foregikk punching av data langt fra der data oppstod. Det var legene som satte diagnoser og besluttet behandling og som dermed skapte informasjonen som

skulle mates inn i ØMI-M. Punching ble foretatt av sekretærer, ofte på en punchesentral uten kontakt med legene, gjerne lenge etter pasienten var utskrevet. Databearbeiding skjedde enda lengre unna, personell- steds- og tidsmessig. Når sykehusene så fikk sine lister tilbake ville en etterkontroll av data gjerne forutsette at man gravde seg tilbake i journalarkivet. Det ville ha krevd at ØMI-M var en høyt prioritert kunnskapskilde, men interessen for ØMI-M var aldri så stor. Som før nevnt, var legene tradisjonelt interessert i enkeltpasienten framfor pasientmassen som helhet. For å belyse enkelt-pasientens historie krever legene gjerne omfattende, detaljerte og nøyaktige informasjonen. ØMI-M var blitt avgrenset til å omfatte inntil fire diagnoser og inntil to behandlinger per diagnose, noe mange i utgangspunktet fant for grovkornet til å være nyttig for å beskrive eller vurdere deres virksomhet. Og da ville de heller ikke investere mye tid i å heve nøyaktighetsgraden.

Nøyaktighet var også avhengig av en standardisering av betegnelser og koder for diagnoser og behandlinger. Også dette var et stridspunkt. Striden dreide seg om hvorvidt WHO's internasjonale kodeverk var gode nok, hvor nært forstående en ny revisjon av dem var, og hvorvidt Helsedirektoratet kunne eller ville pålegge legene å bruke en av disse revisjonene. Striden kom ikke inn på om man kunne anta at legene faktisk mente det samme når de benyttet samme betegnelse og sifferkode, men det vil alltid være en del diagnoser der det er faglig strid om kliniske kriterier. Når det gjaldt innleg-gelsesdiagnosen (som var en del av ØMI-Ø), skjedde det visse steder en bevisst "forfalskning" ved at diagnoser som "observasjon" ble brukt av personvern hensyn som erstatning for sosialt stigmatiserende diagnoser som "selvpåført forgiftning".

ØMI-styringsgruppens strategi for å heve datakvaliteten i og interessen for systemet rettet seg mot maskin- og programvaren. Man søkte å utnytte teknologisk utvikling på edb-sektoren. Det ble for eksempel lagt inn automa-tiske kontrollrutiner. En del kombinasjoner der diagnosen var uforenlig med pasientens kjønn og alder (eller med avdelingen pasienten var oppgitt å ha vært innlagt på, eller med de oppgitte behandlinger) kunne etterhvert plukkes ut på egne korreksjonslister. Det å finne tilbake til de riktige data var fortsatt like tungvint, men det ble raskere å finne fram til de mest åpenbare feil-registreringene. Med AMI-systemet kunne man levere og hente ut data raskere og nærmere datakildene (legene). Dersom det var batch-systemets treghet som var hovedproblemet, burde AMI ha representert et gjennombrudd for ØMI-M, slik vi var inne på når det gjaldt ØMI-Ø. Men interessen hos klinikerne og de lokale sykehusadministrasjonene forble liten:

"Legene sier det går rett i en skuff. De orker ikke se på det." (Telefon-intervju med edb-ansvarlig, våren 1983.)

Heller ikke Helsedirektoratet eller Sosialdepartementet gjorde bruk av data fra ØMI-M. Datasettet var for lite dekkende, hadde for dårlig kvalitet og for dårlig rykte til å gi tyngde til beslutninger. Dessuten hadde verken direktoratet eller departementet tilgjengelig personell med kompetanse for å utnytte denne type data. Dette kan også ha bidratt til å holde interessen på sykehusplanet laber.

Når verken sentrale myndigheter, teknologi eller lokale brukere ble knyttet til nettverket, er det overraskende at så mange sykehuseiere faktisk

har abonnert på ØMI-M. I 1982 ble den benyttet av 10 fylker, som til sammen representerte nærmere 42 % av landets somatiske senger. To faktorer gir en sannsynlig forklaring på dette - de samme som for ØMI-Ø bortsett fra nyttebetraktninger knyttet til oppgjørsrutiner. Den ene er at det fantes kun få og dyre alternativer som kunne gi fylkenes sykehusadministrasjoner noen som helst oversikt over sykehusenes produksjon. Den andre er at fylkene selv var medeiere i de kommunale datasentralene som solgte ØMI-tjenester. Så lenge klinisk og administrativt personell på sykehusene ikke krevde andre løsninger eller aktivt boikottet systemet, var derfor fylkesadministrasjonene og datasentralene naturlige allierte og et tilstrekkelig nettverk til å sikre ØMI-M et visst marked.

1.4. Det samlede ØMI-nettverket

ØMI fikk etterhvert et nettverk av en viss størrelse og styrke. Knutene i nettet var kanskje ikke så mange eller sterke som nettverksbyggerne kunne ha håpet, men ØMI hadde likevel en betydelig markedsdekning.

ØMI var selv et lite nettverk av ikke-menneskelige aktører. Det bestod av papirskjema og flere alternative sett med maskiner og program. Maskinene var IBM stormaskiner og et varierende antall registreringsterminaler og skrivere. Ved bruk av ØMI og ØMI-II kunne sykehusene ha en egen punchesentral eller sende skjema til et annet sykehus eller til sin regionale KD-sentral for punching. Skrivere lå på KD-sentralene. Ved bruk av AMI hadde sykehusene egne terminaler og skrivere, i hvert fall i mottakelsen. Ved utviklingen av ØMI-II og senere AMI gjennomgikk programvaren større revisjoner for å øke bearbeidingshastigheten og muliggjøre direktekjøring fra flere terminaler. Om disse maskinene og programmene kan sies å ha noen "behov" i forbindelse med ØMI, var det behovet for enhetlige kodeverk. Dette behovet går også igjen i tilknytning til samtlige av de menneskelige aktørers ulike målsettinger.

Blant de menneskelige aktørene finner vi flere organisasjoner og individkategorier. Dokumentene viser at Rikstrykdeverket var interessert i ØMI som et hjelpemiddel ved to omlegninger av oppgjøret overfor sykehusene. Bak den andre og sannsynligvis også den første omleggingen lå ønsker om både interne rasjonaliseringer, kontroll over utgiftsøkningen og en jevnere geografisk fordeling av overføringene. Helsedirektoratet viste vekslende grad av interesse for ØMI som en måte å få oversikt over sykehusvesenets sammensetning og produksjon. De fleste så ØMI i hvert fall som en måte å framstille en beskrivelse av aktivitetene i helsevesenet. En slik beskrivelse forelå ikke fra før, og helsebudsjettet var jo den største enkeltdelen innen Statsbudsjettet. Entusiastene i Helsedirektoratet og i Sosialdepartementet og Kommunenes Sentralforbund mente denne oversikten kunne danne grunnlag for planlegging og evaluering. Og i noen dokumenter fornemmer vi en vag draging mot edb som et mål i seg selv eller som et symbol på modernitet. De samme interessene og en liknende spredning i entusiasme finner vi i sykehusadministrasjonene på institusjons- og fylkesplan. På institusjonsplanet var administratorer også interessert i edb-løsninger som kunne forenkle det

løpende arbeidet med informasjonsinnhenting, -lagring og bearbeiding til diverse formål.

Statistisk Sentralbyrå så ØMI som en måte å erstatte pasienttellingene. Disse var ikke lenger nødvendige for å komplettere folketellingene, men SSB ønsket å yte dem som en tjeneste overfor Helsedirektoratet. Også andre var interessert i å yte statistiktjenester på grunnlag av ØMI. Epidemiologiske forskningssentre (Kreftregisteret, Medisinsk fødselsregister, SIFF) var interessert i ØMI-data, men bare dersom de fikk de data de hadde behov for. Norsk institutt for sykehusforskning hadde i flere sammenhenger bruk for data om liggetider, forbruksmønstre og kostnadsnivå på helseinstitusjoner. For Kommunedatasentralene var ØMI et potensielt lønnsomt oppdrag, uansett hvilke data det omfattet eller hvordan disse skulle tolkes og anvendes.

En slik interesse for epidemiologi eller annen helsetjenesteforskning fantes bare unntaksvis blant sykehuslegene. Noen har kanskje håpet at ØMI kunne dekke opp en del andre pliktige rapporteringer av tilsvarende data. Stort sett stilte legene seg likegyldige til ØMI eller var skeptiske med tanke på innrapportering av taushetsbelagte data, særlig til systemer som førte disse data ut av sykehuset og/eller som omfattet merarbeid.

Etterhvert fikk ØMI en del konkurrenter på markedet. Disse rettet seg særlig mot brukerne på sykehusene for å få et konkurransefortrinn. De tilbød å dekke en del daglige rutiner der tilsvarende informasjon ble brukt. De tilbød å holde pasientidentifiserbare data innenfor sykehusets vegger og bare eksportere anonymiserte, aggregerte tall. Men de ble samtidig allierte til deler av ØMI-systemet ved at ØMIs datasett dannet kjernen i alle konkurrerende system. Dermed ble ØMIs konkurrenter på lokalplanet til ØMIs allierte ved å bedre datadekningen når det gjaldt sentrale funksjoner.

2. HVEM FIKK TIL HVA MED ØMI - OG HVORFOR?

Om det å etablere et nettverk er et mål på teknologisk suksess, så var ØMI i hvert fall middels vellykket. ØMI dekket etterhvert ca. 50 % av helseinstitusjonsmarkedet. De fleste leger forble utenfor nettverket, og forventningene overfor ØMI var blandet også på lokalt og sentralt administrasjonshold. Men så hadde ØMI få fiender og tildels entusiastiske venner. La oss nå se på hvem som fikk sine forventninger til ØMI oppfylt.

2.1. Hvem fikk til hva med ØMI?

Ønsket om standardisering av kodeverk ble oppfylt, og det er liten grunn til å tvile på at ØMI-systemet spilte en sentral rolle for at så skjedde. ØMI ble aldri gjort obligatorisk, men tilbudet ble tatt imot av mange. ØMI ble dermed en felles erfaring. Nå ble ikke alle sider ved den erfaringen oppsummert som positive, men ankepunktene gjaldt ikke behovet for felles kodeverk. Om noe, ble det klart for stadig flere at et felles og godt vedlikeholdt kodeverk var en forutsetning for at systemer som ØMI skulle innfri forventningene. Ved sin dominerende markedsposisjon og ved at intensjonen om å gjøre systemet obligatorisk ble gjentatt fra tid til annen, øvde ØMI også en avgjørende

innflytelse på utformingen av konkurrerende system. Konkurrenter måtte dekke ØMI og litt til for å ha et håp om å vinne frem. I dag synes både ØMI og AMI å være på vei ut av markedet som edb-systemer på institusjonsplanet, men deres datasett og kodeverk ligger igjen som standard for de nye systemene som tar deres plass.

Rikstrygdeverket fikk gjennomført sine to omlegninger av oppgjøret overfor sykehusene. Også her er det klart at ØMI var en nyttig medspiller. Det er mulig at disse omlegningene førte til interne rasjonaliseringer i Rikstrygdeverket, men det er mer tvilsomt om de ga bedre kontroll over kostnadsveksten eller jevnere geografisk fordeling av overføringene til sykehusdrift. Dette er nok imidlertid neppe ØMI sin skyld. Mye tyder på at overføringsordninger har liten innvirkning på kostnads- og forbruksnivå i helsevesenet.¹⁴

ØMI alene klarte aldri å gi sentrale helsemyndigheter en samlet oversikt over sykehusdriften, enda mindre institusjonsdriften forøvrig. Dette ganske enkelt fordi systemet aldri ble landsdekkende. Ved å lese ØMI-styringsgruppens årsmeldinger og forordene til SSBs ØMI-statistikker er det påfallende å merke hvordan optimisme og ærgjerrige planer for spredning og bruk av systemet svinner hen. I forordet til 1977-statistikken skriver Odd Aukrust og Otto Carlson fra SSB optimistisk:

"Tabellene som er utarbeidd hittil, er først og fremst ment som eksempler på statistikk som det er mulig å lage på grunnlag av ØMI-data, samtidig som arbeidet med tabellene har gitt verdifull erfaring om datamaterialets mangler og muligheter som statistikkgrunnlag. Byrået har også merket en betydelig interesse for tabellene fra administrative organer og fra forskere mv.

Selv om datakvaliteten er noe varierende både fylkene og de enkelte sykehusene imellom, regner Byrået med at ØMI med tiden vil gi grunnlag for en vesentlig forbedring og utbygging av den offisielle helsestatistikken. En viktig forutsetning for dette er at ØMI-rapporteringen som planlagt blir utvidet til å omfatte alle sykehus i landet. En slik utvidelse vil antakelig bli gjennomført fra begynnelsen av 1980-årene. Ved utgangen av 1977 var det bare vel 50 prosent av sykehusene som rapporterte ØMI-data, og en forholdsvis stor del av ØMI-sykehusene gav ikke diagnosedata.

Et ØMI-materiale som omfatter alle landets sykehus vil gi grunnlag for utarbeiding av løpende sykdomsstatistikk med absolutte og relative tall for befolkningen fordelt på kjønn og alder i de enkelte fylkene - eller andre geografiske områder - og i hele landet. En slik statistikk vil gi bedre muligheter enn i dag for overvåking av helseforholdene og for planglegging og styring av helstjenestene."

Forordet til 1980-statistikken er ikke bare kortere. Her er tonen nærmest resignert:

"ØMI er ennå ikke landsomfattende, og statistikkens omfang er derfor begrenset til alminnelige somatiske sykehus i 13 fylker, somatiske spesialsykehus i 5 fylker og psykiatriske sykehus i 11 fylker. Byrået tar sikte på å publisere løpende pasientstatistikk i serien Norges

offisielle statistikk (NOS) når ØMI har nådd en mer tilfredsstillende dekningsgrad."

Først i 1987 kom det et komplett sett ØMI-data, basert på tall hentet ut fra de ulike administrative systemene i bruk på landets sykehus. NIS produserte da en oversikt over 1986-tallene og har senere gjort det samme for 1988 og 1989. Fra 1991 er det meningen at SSB igjen skal overta. Den som leder dette arbeidet ved NIS påstår at tallene brukes til planleggings- og styringsformål. Tallene er jo offisielle og er på en del punkter de eneste tilgjengelige. NIS tar imidlertid sterke forbehold om datakvaliteten, til tross for at de bruker omtrent et halvt årsverk hver gang på å finne og korrigere feil. Det er også uklart hvilke planleggings- eller styringsmessige konklusjoner som trekkes på grunnlag av disse tallene. Dette er overlatt til brukerne, for eksempel fylkesadministrasjonene, og dokumentasjon av hvordan tallene anvendes er ikke tilgjengelig. En av våre informanter stiller seg særlig skeptisk på dette punkt:

"Det krever jo at man har et apparat som analyserer, vurderer, tilrettelegger og konkluderer med alternativer - slik at politikerne kan trekke den endelige beslutningen. Og det er det ikke. Det er et apparat, men det er altfor dårlig. Det er ikke sånn som det burde være når det er så store ressursmengder det er snakk om, så mange milliarder kroner som går i institusjonshelsesektoren. (...) Styring har det forsåvidt blitt på én måte, fordi at beslutninger blir jo tatt. Men de blir ikke tatt på bakgrunn av faglig-økonomisk gjennomgang av materialet, datamaterialet. Fordi man hadde ikke materialet komplett, og fordi man hadde ikke et apparat som tok hånd om det på den måten. (Intervju med Sverre Harvei, november 1988.)"

Andre påpeker noe av det samme:

"Ingen av de vi hadde kontakt med gav uttrykk for å ha noen nytte av ØMI-systemet i sitt daglige arbeid eller ved administrativ og økonomisk planlegging. Det eneste unntak var fakturering for gjestepasienter og utarbeiding av årsmeldinger. Ingen har imidlertid pekt på noen praktisk nytte av årsmeldingene eller informasjonen i disse." (Høivik og Reiertsen (1983))"

Mer eller mindre landsdekkende statistikker er blitt produsert - av SSB, av KDØ, av NIS - og disse har fått betalt for sitt arbeid. Dermed kan helsemyndighetene sies å ha oppnådd å få *oversikt* over sykehusvesenet, men det er mer tvilsomt om målsettingene om *innsikt* i og *styring* over sykehusvesenet er blitt nådd. Statistikkleverandørene har fått betalte oppdrag, og de har bygd opp kompetanse når det gjelder hvordan disse data og datafeil oppstår på sykehusene, men har ikke kommet langt når det gjelder tolkningen av hva de ferdige statistikkene betyr helsepolitisk.

De epidemiologiske forskningssentrene fikk ikke oppfylt sine ønsker i forhold til ØMI. Systemet ble aldri landsdekkende og heller ikke detaljert nok til deres formål. Siden de ikke fikk tilgang på pasientenes personnumre, kunne de heller ikke komplettere ØMI ved å knytte den til andre registre. At brukerne på sykehusene ikke fikk forenklet sine informasjonsrutiner og at

legene i det hele tatt var lite interessert i ØMI, har vi nevnt før. Ironisk nok, var det også disse negative erfaringene med ØMI som gjorde at den banet veien for edb på sykehusene. Enkelte hadde tenkt at ØMI kunne føre sykehusene inn i en edb-verden med små skritt (et enkelt system, lave eller ingen investeringer). Brukerne skulle bli vant med edb og gradvis våge ytterligere bruk. Disse mener nå at det var frustrasjonene med ØMI vel så mye som de positive erfaringene som førte brukerne videre. Brukerne ble klar over hvilke krav de stilte til edb ved at de merket seg alt ØMI *ikke* gjorde, og disse krav søkte de etterhvert å tilfredsstille. Disse frustrasjonene har fått mye oppmerksomhet. Dermed mister nok mange av syne at ØMI også ga positive erfaringer som har blitt ført videre, slik vi har vært inne på når det gjelder standardisering av datasett og koder.

Når det gjelder å innfri forventningene til nettverkets aktører, var ØMI bare en begrenset suksess. En del målsettinger ble nådd, men man nådde aldri de mest ambisiøse målene - praktiske forenklinger i den daglige informasjons-håndteringen, økt innsikt i og kontroll over sykehusvesenet. Utfra dette oppsummerer de fleste av våre informanter ØMI som mislykket. Sykehusene ble ØMI-serte, men ikke nok.

2.2. Hvorfor gikk det som det gikk med ØMI-målsettingene?

Hvorfor fikk ØMI, på tross av betydelig markedsdekning, så lite helsepolitisk gjennomslag? Et knippe av forklaringer går igjen hos våre informanter, men ikke alle forklaringene stemmer like bra med våre øvrige data.

Skyldes det for dårlig datakvalitet? Samtlige informanter påpeker dårlig datakvalitet som en hovedårsak til at ØMI ikke kom nærmere sine mål. Det vises særlig til feil i de medisinske data, mens de økonomiske data påstås å ha vært bedre, noe som da brukes til å forklare ØMI-Øs noe større suksess.

"Datakvaliteten var for dårlig. Så den (ØMI) kunne brukes bare i ett eneste øyemed hvor den var helt eksakt, og det var i oppgjøret. For der sendte man inn en regning som omfattet den og den person som var blitt behandlet for det og det, kroner det og det. Og gjestepasient-oppgjøret har jo spilt en rolle. Men når det gjelder planlegging/evaluering, enten det er medisinsk eller administrativt på institusjonene, har det ikke spilt noen rolle." (Intervju med Egil Danielsen, november 1988.)

Men her er det noe som ikke stemmer. I andre sammenhenger har vi sett at datakvaliteten har vært dårlig også i ØMI-Ø, også når det gjelder data til det økonomiske oppgjøret. For eksempel da NIS skulle analysere gjestepasientstrømmer for årene 1983-85 (Sætnan, 1987), dukket det opp betydelige sprik i tallene. For ett år påstod Sogn og Fjordane å ha kjøpt gjestepasientdøgn for 19,9 millioner kroner av Hordaland, mens Hordaland påstod å ha solgt for 47,9 millioner til Sogn og Fjordane. Reitgjerdet sykehus påstod å ha hatt en (eller flere) pasient(er) fra Aust-Agder i 16 kurdøgn, mens Aust-Agder påstod å ha hatt en (eller flere) pasient(er) på Reitgjerdet i 72 døgn. Det var enighet om kun et mindretall av tallene i matrisen.

Det kan godt stemme at dårlig datakvalitet har blokkert for at ØMI-M skulle få betydning for planlegging og styring av helseinstitusjoner. Men det

er ikke takket være høy datakvalitet at ØMI-Ø har kommet til praktisk anvendelse. Hovedforskjellen mellom ØMI-M og ØMI-Ø er ikke datakvaliteten, men styrken i deres sosiale nettverk. ØMI-M var avhengig av tilslutning fra legene, som stilte seg negative eller likegyldige. ØMI-M ble derfor mer utsatt for kritikk enn ØMI-Ø, som på lokalplanet bare var avhengig av administratorene. Administratorene aksepterte ØMI som i hvert fall potensielt et nyttig redskap. De forsvarte de data de selv rapporterte inn til ØMI og var mindre villige til å så mistillit til systemet. Da administratorene ble bedt om å forklare de store sprik i gjestepasienttallene, svarte alle at "våre tall" var riktige. Det måtte være "de andre" som tok feil. Men å gå inn i hverandres regnskaper og rydde opp i rotet lot seg ikke gjøre all den tid Riksrevisjonen ikke har slått alarm. Brukerne - oppgjørsbetalerne og -mottakerne - som kunne ha hatt mistillit til oppgjøret systemet regnet ut, var dermed splittet og maktløse.

I et annet prosjekt, fant NIS fem sett med gjestepasienttall fra samme sykehus - alle avgitt som offisielle tall til offisielle formål, alle ulike. Da gikk forskerne ut til avdelingsoverlegene for å spore opp hvilke tall som stemte. Hos legene ble alle tallsettene avfeid som feilaktige. Legene trakk fram egne, uoffisielle tall som de påstod var riktige og tok dermed avstand fra tall deres egne avdelinger hadde innrapportert tidligere.¹⁵ Vi finner altså ikke en større grad av nøyaktighet i ØMI-Ø enn i ØMI-M. Vi finner bare en større grad av lojalitet hos de lokale aktørene ØMI-Ø var avhengig av. Hva kunne så bidra til å bedre både datakvalitet og datalojalitet? Våre informanter enes om tre forhold:

- raskere tilbakemelding av data, helst direktekobling
- systemer bygd opp for å betjene funksjoner i den daglige sykehusdriften, med ØMI-rapportering som "avtapping"
- obligatorisk innrapportering som kunne føre til at ØMI ble tatt mer alvorlig.

Heller ikke disse forklaringer synes fullgode. ØMI ble jo etterhvert raskere, særlig med utviklingen av AMI, som også omfattet enkelte funksjoner med sikte på daglige driftsformål. Andre systemer som siden har kommet til omfatter enda flere funksjoner rettet mot lokale behov. Tilsammen dekker de ulike systemene nå hele det norske sykehusmarkedet. Ved å "tappe" data fra disse systemene har NIS utarbeidet landsdekkende oversikter over samme datasettet som ØMI skulle dekke. Dataene innrapporteres frivillig, og NIS melder at sykehusadministratorer opplever det som en skam om de ikke klarer å få innrapportert sine data i tide. Men fortsatt er datakvaliteten til dels nedslående.¹⁶ Det er videre verdt å merke seg at NIS-forskerne til slutt fant at alle datasettene var noenlunde korrekte. Forskjellene kunne langt på vei forklares med at det var brukt ulike datadefinisjoner, som nok kunne være relevante i de ulike sammenhengene dataene først ble samlet inn til.¹⁷ Dette skulle tilsi at man ikke får hevet datakvaliteten i ØMI ytterligere ved å føye til stadig nye lokale anvendelser som primære bruksområder. Norske sykehus har nå tatt steget for fullt inn i data-alderen. Dette skyldes ikke bare ØMI, men ØMI spilte en betydelig rolle. Et negativt omdømme er etterhvert blitt hengende ved ØMI-navnet, men i praksis sitter ØMIs datasett igjen som en kjerne i alle nyere system. Landsdekkende ØMI-data er tilgjengelige nå, men

kvaliteten er fortsatt ikke tilstrekkelig til å legitimere styring, slik det i sin tid ble stilt forventninger om.

Vi vil avslutte med å foreslå en ny hypotese om hvorfor ØMI kom så langt og dog til kort. Vi lar den gå som en utfordring til helse-tjenesteforskningsmiljøene:

**SKAL VI FÅ GODE ØMI-DATA MÅ VI AVKLARE HVA SELVE
DET SENTRALE ØMI-REGISTERET SKAL TJENE TIL OG HVORDAN.**

3. NOTER

1. Denne tilnærmingen ser på innovasjon som en politisk prosess, en prosess der allianser dannes, på grunnlag av interessefellesskap og med hjelp av retoriske teknikker, for å bære fram en innovasjon på markedet. Som metode er tilnærmingen mest systematisk beskrevet av Bruno Latour (1987).

2. Intervjuer som er referert i denne artikkelen var samlet inn i forbindelse med to prosjekter. Edb-ansvarlige ved samtlige norske sykehus ble intervjuet per telefon i forbindelse med NIS-prosjektet "Edb i små og mellomstore sykehus" våren 1983 (Sætнан, Paulsen og Skaar, 1985). I prosjektet "Som legen har forordnet? Innovasjonsprosesser i medisinsk teknologi" har vi intervjuet en rekke sentrale aktører i ØMIs historie. Intervjuene varte ca 2 timer hver og ble foretatt i flere "turneer" fra høsten 1988 til våren 1990. Samtlige medlemmer i ØMIs styringsgruppe ble intervjuet. I tillegg ble enkelte toneangivende ØMI-brukere intervjuet og sentrale personer fra to edb-miljø som hadde vært involvert i ØMI-planlegging, -programmering og -drift. Mange av disse har vært involvert i ØMIs historie på flere tidspunkt og i flere kapasiteter. De fleste sitter nå i andre stillinger enn de som førte dem i kontakt med ØMI. Der vi har brukt sitater fra disse intervjuer, har vi derfor referert til dem med navn og ikke med stilling eller rolle i forhold til ØMI. Intervjuene i 1983-materialet ble foretatt av Ann R. Sætнан. Intervjuene i 1988-90-materialet ble foretatt dels av Sætнан og dels av Morten Hatling. Dokumenter stammer dels fra private arkiv hos informantene i 1988-90-materialet, dels fra offentlige bibliotek.

3. Ordet "register" har i visse sammenhenger en helt spesifikk avgrensning. For å kalles "register" må for eksempel en ansamling av data forvaltes av en registeransvarlig som har bestemte funksjoner. Det må være et organ som sørger for oppdatering av datasettet som registeret omfatter. Det må være rutiner som sikrer innrapportering. I denne artikkelen har vi brukt ordet "register" i en mer folkelig mening, som et fysisk samlet datasett. Vi har derfor ikke undersøkt nærmere på hvilke måter de "registre" som er omtalt i de historiske dokumentene var tenkt organisert.

4. Basert på "Notat fra Drude Berntsen etter samtale med byråsjef G. Skancke og byråsjef E. Jensen", datert 25.2.69.

5. I referat fra møte i Hovedutvalget for databehandling i helsesektoren for 4.11.1971 står det at *"Utgangspunktet (for ØMI) var Rikstrygdeverkets ønsker om forandringer i oppgjørsrutinen og en sentralisering av denne."*

6. I møtetreferatet fra Hovedutvalget for databehandling i helsesektoren, 4.11.1971 står det at ØMI skulle brukes som *"Grunnlag for økonomisk oppgjør, dvs. gi økt effektivitet, bedre ressursutnyttelse og danne grunnlag for forskning og utredning."* Forøvrig finner vi denne omleggingen av oppgjørsordningen bare omtalt som et internt rasjonaliseringstiltak. Dette kan skyldes at vi har få dokumenter som stammer direkte

fra Rikstrygdeverket. ØMI fikk en fortsatt rolle som grunnlag for gjestepasientoppgjør ved neste omlegging av oppgjørsordningen - innføring av rammebevilgninger. Ved den anledningen var ønsket om kostnadskontroll og om utjevning av overføringene og sykehustilbudet geografisk klart uttalte mål for omleggingen.

7. I referatet fra Hovedutvalgets møte 4. november 1971 går det fram at Harvei har orientert utvalget om det foreliggende systemforslaget:

"Harvei redgjorde for det systemforslag som forelå til diskusjon. Utgangspunktet var Rikstrygdeverkets ønsker om forandringer i oppgjørsrutinen og en sentralisering av denne. Helsedirektoratet ble trukket inn i dette utredningsarbeidet, og det ble avdekket mulighet for å innhente data om medisinske forhold i tillegg til de økonomiske. Systemforslaget som nå foreligger bør kalles et: Økonomisk og medisinsk informasjonssystem.

Videre gjentar referatet forventningene som knyttes til prosjektet av interessentene som til da var involvert. Legg merke til at også Finansdepartementet nevnes som en drivkraft bak planleggings- og rasjonaliseringsinteressene til henholdsvis Helsedirektoratet og Rikstrygdeverket:

"Helsedirektoratet og R-direktoratet har etterhvert engasjert seg sterkt, spesielt fordi rapporteringen til de sentrale helsemyndigheter har vært meget mangelfull.

Et slikt system vil kunne gi:

1. *Oversikt over pasienter i helseinstitusjoner.*
2. *Samling av medisinsk informasjon til bruk i overvåkning, planlegging og forskning.*
3. *Grunnlag for økonomisk oppgjør, dvs. gi økt effektivitet, bedre ressursutnyttelse og danne grunnlag for forskning og utredning.*

En viktig begrunnelse for prosjektet er at våre bevilgende myndigheter, Finansdepartementet, vil kreve at alternativer blir utredet og at vi får medisinske såvel som økonomiske vurderinger.

8. I referatet fra styringsgruppens møte 20.8.71 står det at "Den databehandling som i henhold til systemforslaget forutsettes utført ved de regionale datasentraler for hvert fylke, og som representerer det vesentligste av de totale driftsutgiftene, bur kunne dekkes innen rammen av den foreslåtte oppgjørsordning. Trugdedirektøren fremholdt at hovedvekten bør legges på å komme frem til en enkel og rasjonell løsning og at det ikke ville være hensiktsmessig å søke å tilbakeføre utgiftene til den enkelte helseinstitusjon."

I et senere notat framgår det at det er tvil om hva Rikstrygdeverket egentlig har ment å love: "Styringsgruppen har tolket ovenstående på følgende måte:

1. *De utgifter som påløper ved punching, EDB-kjøring etc. regionalt (datasentraler, helseinstitusjoner o.l.) skal dekkes med 75% av beløpet direkte over folketrygdens budsjett. Det resterende beløp på 25% dekkes av fylket.*
2. *Folketrygdens dekning skal skje samtidig med årsavregningen for helseinstitusjonene i den foreslåtte oppgjørsordning.*

Styringsgruppen er i tvil om denne tolkning og vil derfor be Rikstrygdeverket om en avklaring." (Udatert notat fra Sverre Harvei, vedlegg til prosjektrapport.)

9. I ØMI-styringsgruppas årsmelding for 1972 står det at "Det ble hevdet at uttrykket 'tilbys' i beslutningsforslaget (pkt. 3.1) er for svakt, men det kom klart frem at det på nåværende tidspunkt ikke er realistisk med et påbud. På lengre sikt vil det imidlertid bli aktuelt med et obligatorisk system." I årsmeldingen for 1974 nevnes et "møte mellom ledelsen i de fem samarbeidende institusjoner (der det ble) vedtatt følgende hovedretningslinjer for den videre utvikling på områder:

- *Samtlige fylker og statsinstitusjoner anbefales å forberede og realisere oppstarting og drift av ØMI ved institusjonene i løpet av 1975/76.*
- *Samtlige sykehus (spesifisert liste må utarbeides) pålegges å innrapportere data til ØMI's sentrale del fra og med 1.1.76.*

-
- *Samtlige helseinstitusjoner pålegges å innrapportere data til ØMI's sentrale del fra og med 1.1.1977."*

Men heller ikke denne planen om påbud ble gjennomført og tanken om påbud nevnes ikke i senere årsmeldinger. I våre intervjuer tar flere informanter opp temaet om hvorvidt Rikstrygdeverket og Helsedirektoratet manglet lovhjemmel for et påbud eller om de ikke ønsket/ikke hadde tradisjon for dette.

Vedtaket om at bruk av ØMI-Ø skulle dekkes av Rikstrygdeverket ble senere tolket dithen at utgiftene skulle deles etter samme nøkkel som de fleste øvrige sykehuskostnader, nemlig 75 % over Folketrygden og 25 % av sykehuseieren. Dette fremgår av vedlegg til ØMI-rapporten fra 1972.

10. En oversikt i Forseth (1985) viser at det pr 1982 var sykehus i 13 fylker som benyttet ØMI-Ø i en eller annen utstrekning. Disse representerte til sammen 53,9% av landets somatiske sykehussenger. Sykehus i 10 av disse fylkene (41,8% av sengekapasiteten) benyttet ØMI-M. I tillegg var en større andel psykiatriske sykehus ØMI-brukere og en mindre andel sykehjem. Til sammen nådde markedsdekningen ca. 50% ifølge anslag fra ØMI-styringsgruppens årsmeldinger.

11. *"På den tida var det overhode ingen forståelse blant helsepersonalet for behovet for kvalitetsvurdering/-analyse/-sikring. (...) Det ble av helsepersonalet, spesielt legene, sett som et litt truende og unødvendig spørsmål. Det var, ifølge legene, ikke tvil om kvaliteten på norske sykehus."* Fra intervju med Jo Asvall, februar 1990.

12. Møtereferat fra Hovedutvalget for edb i helsesektoren, 19.1.1970.

13. Dette ifølge en orientering fra Kåre Fløisand på møte i Hovedutvalget for data-behandling i helsesektoren, 25.11.1970. Ifølge referatet spurte utvalgsmedlem Grymyr: *"Kan det tenkes at enkelte sektorer er så omfattende at de bør ha egne sentrale anlegg? Likeledes kan det vel tenkes at det for enkelte geografiske områder bør opprettes regionale datasentraler."* Fløisand bemerket at det ikke var umulig at utviklingen ville gå i denne retning. Innstillingen begrenser seg imidlertid i første omgang til det ene sentrale anlegg. *En bør få dette til å virke tilfredsstillende først."*

Tidligere samme år hadde Hovedutvalget drøftet planer om eget data-anlegg hos Statens Skjermbildefotografering. SSF hadde undersøkt leiekjøring hos bl.a. Skattedirektoratet og funnet det for dyrt. Man hadde inntrykk av at Rådet for data-behandling i Staten ville gå inn for at SSF fikk egen maskin. Et av utvalgsmedlemmene påpekte da at *"Hovedutvalget nå burde se på de konsekvenser som vil følge dersom utvalget går inn for egen datamaskin ved SSF. Da vil andre helseinstitusjoner ha egne datamaskiner om ikke lenge."* (Møtereferat fra møte 2.3.1970)

14. Odin W. Anderson har nylig sammenlignet helsesystemer i flere land. Alle har ulike betalingsordninger og ulike tjenestestrukturer. Alle har de samme økonomiske styringsproblemer. Det foreligger en bok som presenterer materialet (Anderson, 1989), men hypoteser om hvorfor styringsproblemene synes uløselige er fortsatt under utvikling. På en forelesning ved Institutt for samfunnsmedisinske fag, Trondheim (Anderson, 1990) lovet han å publisere disse tankene om ikke lenge.

15. Ifølge intervju med Instituttssjef Harald Buhaug, september 1990.

16. Ifølge intervju med Ola Kindseth, leder for gruppen for statistikkjenester ved NIS, september 1990, bruker gruppen fortsatt et halvt årsverk hvert år til å rette opp klare feil. Under arbeidet med denne artikkelen har vi blitt tipset av diverse helsetjenesteforskere om grove feil. For eksempel skal Rikshospitalets statistikker vise tre åpen hjerte operasjoner for hver som blir foretatt fordi deres registreringsrutiner

for overføringer fra Kardiologisk til Kirurgisk tilbake til Kardiologisk avdeling oppfattes av datasystemet som tre separate innleggelser. Noe lignende kan ligge bak en angivelig 50% overregistrering av utskrapninger ved Regionsykehuset i Tromsø.

17. Et annet eksempel på dette er at fraværdata slik de må foreligge for å beregne sykelønn ikke er egnet til å beregne arbeidsplassens kostnader i form av tapt arbeidskraft og heller ikke sykeligheten som mulig uttrykk for arbeidsmiljøproblemer. Dette på grunn av datadefinisjoner som lønnsavtaler og trygderegler forutsetter (Sørensen og Sætnan, 1984).

4. REFERANSER

Anderson, OW. *The Health Service Continuum in Democratic States: An enquiry into solvable problems*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press. 1989.

Anderson, OW. "Major issues in health care and health care research in the 1990's: Cost, efficiency, quality and equity." Gjesteforelesning ved Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Trondheim, 29.8.1990.

Latour, B. *Science in Action. How to follow scientists and engineers through society*. Milton Keynes: Open University Press. 1987.

Forseth, U. *Fra diagnose til data - Om registrering av medisinske data i ØMI*. SINTEF rapportnr. 810231. Trondheim: NIS. 1985.

Høivik, B og Reiertsen, O. *Kvalitet i Kirurgien. En gjennomgang av års-rapporter, ØMI-data på landsbasis, Virksomhetsregistrering ved en kirurgisk avdeling*. Oslo: Statens Rasjonaliseringsdirektorat. 1983.

Statistisk Sentralbyrå. *Statistikk fra det økonomiske og medisinske informasjonssystem*. 1979-84.

Sørensen, KH og Sætnan, AR. *Modeller og Metoder. Et eksperiment i arbeidsmiljøopplæring*. Rapport 3/84. Trondheim: NIS. 1984.

Sætnan, AR. *Tallenes uklare tale*. Arbeidsrapport 3/87. Trondheim: NIS. 1987.

Sætnan, AR, Paulsen, B og Skaar, S. *Visjonen om noe bedre - En veileder i edb-planlegging for små og mellomstore sykehus*. Rapport 5/85. Trondheim: NIS. 1985.