
Medisinsk utstyr i norske sykehus - er det godt nok?

REDAKSJONELT

PIENE H

GRIMNES S

De totale driftsutgifter for somatiske sykehus i Norge beløper seg til ca. 20 milliarder kroner årlig. Ca. 3%, dvs. 600 millioner kroner, antas å bli brukt til medisinsk utstyr og utstyrsvedlikehold (1). Er dette et rimelig stort beløp og gir det en tilfredsstillende situasjon på utstyrssiden?

En gruppe fra Rikshospitalets medisinsk-tekniske avdeling fikk i 1996 i oppdrag av Sosial- og helsedepartementet å foreta en undersøkelse blant landets sykehus om situasjonen på utstyrssiden. Undersøkelsen ble gjennomført ved utsendtespørreskjemaer og intervjuer. Spørsmålene ble stilt både til leger, sykepleiere og ledere for medisinsk-tekniske avdelinger. Sentralt i undersøkelsen stod spørsmål om det pga. manglende utstyr ofte oppstod flaskehalser i sykehuset(2).

36% av 552 respondenter blant leger og sykepleiere mente at utstyrmangel forårsaket flaskehalser i deres sykehus. Spesielt gjaldt dette tre hovedområder: røntgen- og ultralydutstyr, overvåkingsutstyr og endoskopi.

Manglendereserveenheter og lang reparasjonstid hvis utstyret skulle svikte, vitnet om at mange avdelinger var sårbare og at det lett kunne oppstå kapasitetsproblemer pga. utstyrmangel. 14% av legene oppgav at det var former for behandling de kviet seg for å utføre pga. utstyrets tilstand, dette gjaldt de samme utstyrskategoriene som er nevnt foran. 73% av dem som besvarte spørreskjemaet mente allikevel at utstyrssituasjonen var god eller meget god, og bare ca. 2% at den var direkte dårlig. Gruppen noe misfornøyd var på ca. 25%.

Dette resultatet er ikke oppsiktsvekkende. Vi er fra tid til annen blitt eksponert for medieoppslag om røntgenutstyrsom bryter sammen og pasienter som sendes hjem på grunn av sviktende utstyr. Gir resultatet av denne undersøkelsen grunn til økt bekymring, og kan og bør utstyrssituasjonen bedres?

Bedre ved lokalsykehus?

Ifølge undersøkelsen (2) var det forskjell på region- og lokalsykehus når det gjaldt tilfredsheten medutstyrssituasjonen. Svarene fra de mindre sykehusene var gjennomgående mer positive enn fra de større. En annenforskjell var at sykepleierne bedømte situasjonen som bedre enn det legene gjorde.

Forskjellen mellom store og små sykehus kan ha flere forklaringer. Gode utstyrsressurser kan være et lokkemiddel for å få gode fagfolk til de mindre sykehusene, og krav om godt utstyr kan være et pressmiddel legene ved små sykehus kanbruke for å bli i sine stillinger. Samtidig vil den mulighet og til dels plikt legene har til å sende pasienten til etstørre og mer spesialisert sykehus, hvis det er nødvendig, kunne maskere en eventuell svikt i deres eget utstyr, elleri det minste gjøre flaskehalsproblematikken mindre åpenbar. At sykepleierne bedømmer situasjonen annerledes enn legene,kan ha sammenheng med at legene nok i større grad enn pleiepersonalet vurderer hvorvidt sykehusets utstyrspark er godnok i forhold til forventninger om hvordan den faglige standarden bør være.

Manglende utstyrsplanlegging

Flere har tidligere påpekt at så lenge sykehusene ikke har en nedskrivingsplan for det medisinske utstyret, vil detikke skje en bevisst utskifting av utstyret før det skjer uhell pga. slitasje. Det samme hjertesukk kom frem iintervjuene (2). Etter vår oppfatning skulle det imidlertid ikke være nødvendig å måtte følge næringslivetsavskrivingsregler for å innse at utstyr faktisk foreldes og bør skiftes ut! Et sykehus kan bare forholde seg rasjonelttil utstyrsspørsmålet dersom det ser realistisk på behovet for utskiftinger og samtidig avsetter tilstrekkelige midlertil anskaffelse av nye utstyrskategorier for å følge med faglig.

Er det ved landets sykehus tvil om de reelle utstyrsbehovene? Når det gjelder *utskiftinger* kan det ikkevære tilfellet. Alle sykehus har et register over eksisterende utstyr og kjenner derfor totalverdien av det. Med enforventet gjennomsnittlig levetid på ti år, gir det seg selv at budsjettet for utskifting må være ca. 10% avtotalverdien. *Nyanskaffelser* kan ikke beregnes på samme måte, men innkjøp av nye utstyrstyper henger oftestsammen med planlagt faglig oppdatering, så også på dette området må det være mulig å lage gode estimerer forkostnadene. Hvorfor syndes det slik mot dette? Et forhold er selvsagt at man reelt kan spare penger - innen vissegrenser - ved å presse utstyret maksimalt i tid. I sparetider, da man må kutte hvor det er mulig, kuttet det også her.Et annet forhold er at de store utskiftingene gjerne er så store at de tar en uforholdsmessig del av den totaleutstyrsbevilgningen ved det enkelte sykehus. Hvis man ved et middels stort sykehus med 10-12 røntgenlaboratorier har enårlig totalramme for nytt utstyr på 10-15 millioner kroner for hele sykehuset og opprustning av et røntgenlaboratoriumkoster ca. fem millioner, og dette må skje *hvert år*, forstår man at det lett blir grenser for hvor ofterøntgenavdelingens behov vil kunne bli tilgodesett. På et eller annet

tidspunkt hever det seg, rimelig nok, røster frakolleger om at "nå må også vi få ...". Det er derfor logisk at det blir for de store utstyrskategoriene det kniper mestmed hensyn til fornying.

Manglende kvalitetssikring?

Det ville utvilsomt vært til hjelp for mange med nedslitt utstyr at det fantes en uavhengig instans som påpektedette, og anbefalte eller gav pålegg om utskifting. En slik vurderingsfunksjon måtte eventuelt utøves av en instans med tekniske fagkunnskaper. For å avdekke utstyrssvikt er det neppe tilstrekkelig med en fylkeslege med generelle kunnskaper om "tilsyn med internkontroll". En tilsynsordning for elektromedisinsk utstyr har lenge eksistert ved det nåværende Produkt- og Elektrisitetstilsynet, tidligere betegnet STEM eller ET-EMU. Ordningen er blitt kritisert framange hold, men bakgrunnen for kritikken er ikke at ordningen er overflødig, men at den er overfladisk. Alternative angrepsvinkler som har vært forsøkt, bl.a. Det norske Veritas' kvalitetssikringsopplegg, er falt bort vesentlig pga. manglende troverdighet innenfor det medisinske-tekniske fagmiljøet. Men savnet av en sakkyndig og overordnet instans er der! Kanskje er det en gunstig angrepsvinkel å etablere "auditordninger" basert på kollegial evaluering av utstyrs parkens sammensetning og kvalitet, vedlikeholdssystemer o.a., slik det er etablert på nordisk basis for enkelte sykehus.

Kvalitetssikring på dette området er i mange henseender en ekspertoppgave. Når det gjelder bildedannende utstyr er kvalitetsvurdering vanskelig uten bruk av fantomer eller spesialinstrumenter for å sjekke bildekvalitet, strålingsnivå og andre forhold som er essensielle i en kvalitetsvurdering. Statens strålevern gjør noe på dette feltet, men er det nok? Man skal i denne sammenheng være klar over at sykehusene selv ikke kan besitte det utstyret og den ekspertisen som er nødvendig for en fullgod kvalitetskontroll. "Internkontroll" kan i denne sammenheng være illusorisk.

Vi mener å ha belegg for at utstyrssituasjonen ved våre sykehus ikke er tilfredsstillende, særlig mangelfull er situasjonen for det tunge og kostbare utstyret som moderne klinisk-medisinske rutiner bygger på og som har avgjørende betydning for god flyt av pasientene gjennom systemet. Sykehuseierne har forvaltningsansvaret og må se mer rasjonelt på utstyrsbehovene. La oss håpe at det nye finansieringssystemet i det minste vil bidra til å vekke interesse for å fjerne de kjøpproblemene som skyldes mangelfullt utstyr.

Hroar Piene

Sverre Grimnes

LITTERATUR

1. Samdata sykehus. Sammenligningsdata for somatisk fylkeshelsetjeneste 1995. SINTEF NIS, Norsk institutt for sykehusforskning, rapport 5/96. Oslo: Kommuneforlaget, 1996.
2. Grimnes S, Berge JA, Boborg E, Ellingsen C. Medisinsk-teknisk utstyr og pasientflyt/flaskehalser ved norske sykehus som følge av svikt i medisinsk utstyr.

Rapport fra en undersøkelse. Oslo: Medisinsk-teknisk avdeling, Rikshospitalet, 1996.

Publisert: 28. februar 1997. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 16. februar 2026.