

## KOMMENTARER TIL PROSJEKTRAPPORT VEDRØRANDE ODDA SJUKEHUS I LYS AV FØRINGANE I NASJONAL HELSE- OG SJUKEHUSPLAN (2016 – 2019)

### 2.3 Nasjonal helse- og sjukehusplan

- Akuttstjukehus (opptaksområde < 60.000): Skal ha akutfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og handtering av akutte hendingar. Dette kan skje ved å utnytte dei samla ressursane i helseføretaket som heilhet.
- Akuttstjukehus skal ha traumeberedskap og generelt akuttkirurgisk tilbod når busetting, avstand mellom sjukehus, bil-, båt- og luftambulansetenester og vêrforhold gjer det nødvendig.
- Regjeringa kjem etter ei konsekvensanalyse til ulike scenarier. I scenario 1, som er den løysinga regjeringa går inn for, er det 5 nye sjukehus kor ein tilrår «akutt sjukehus med tilpasset akutt funksjon» som modell og Odda sjukehus er ikkje representert blant desse.
- Sentrale helsemyndigheter meiner at Odda sjukehus må vurderast spesielt. Både grunna storleik men og grunna spesielle geografiske, klimatiske og transportmessige tilhøve.

### Sentralisering og desentralisering

Innanfor dei kirurgiske spesialitetane er det ei auka i spesialisering og sentralisering. Når det gjeld dei vanlege og lettare inngrepa, gjerne dagkirurgiske, kan desse likevel desentraliserast. Nasjonal helse- og sjukehusplan legg opp til at meir av den elektive kirurgien kan desentraliserast der det ligg til rette for det, for å styrke den generelle kirurgiske kompetansen lokalt.

Det er god dokumentasjon for at det er ein samanheng mellom pasientvolum og kvalitet, oftast målt som overleving, for ei rekke kirurgiske inngrep (Kunnskapssenteret har bare vurdert 30D mortalitet for lårhalsbrudd og her var det mye feil og dette fant man ut at skyldes to- flersykehusforløp). Nasjonal helse- og sjukehusplan påpeiker at dei nasjonal kvalitetsindikatorane viser store forskjellar mellom sjukehus, men at det ikkje er systematiske forskjellar mellom små og store sjukehus. Dersom talet på pasientar ved eit sjukehus er svært lite, er det nærast umogleg å dokumentere kvalitet (Odda sjukehus kan dokumentere eit dødsfall, 30 D mortalitet, på dei 23 pasientane med lårhalsbrudd som vi har operert siste 3 år, dvs 30 D mortalitet på 4,4 %, landsgjennomsnittet ligg på ca 8%).

Ei kartlegging (2013-2014) av 14 mindre lokalsjukehus viste at det i gjennomsnitt var tre øyeblikkeleg hjelp innleggingar i kirurgiske avdelingar og seks i medisinske avdelingar per døgn. I gjennomsnitt blei det gjort eitt akuttkirurgisk inngrep per døgn, og i løpet av eitt år blei det mottatt i gjennomsnitt éin pasient med alvorleg skade (signifikant multitraume) (arbeidsgruppe på oppdrag frå HOD). I Odda er det ved gjennomgang av dei 3 siste åra funne 11 innleggingar av pasienter med alvorleg skade ISS > 15. (ISS score er en vanskelig score å benytte og feil bruk av skaderegistrering vil gi stor avvik da man benytter kvadratet av de 3 skadene med høyest score i beregning av ISS.)

Nasjonal helse- og sjukehusplan legg til grunn at eit stort akuttsjukehus med et breitt tilbod innan akuttkirurgi og andre medisinske spesialitetar, har eit befolkningsgrunnlag på minst 60-80 000 innbyggjarar. Denne størrelsen på opptaksområdet blir i planen diskutert som ei nedre grense for akuttkirurgi. Dersom opptaksområdet er under 20-30 000 innbyggjarar vil det vere få akuttinnleggingar per døgn. Nasjonal helse- og sjukehusplan stiller derfor spørsmål ved om det da er hensiktsmessig å oppretthalde ei døgnkontinuerleg vaktordning med spesialistar, eller om akuttbereidskapen kan bli handtert betre i tett samarbeid mellom legevakt og ambulanseteneste.

Helse og sjukehusplanen seier og at dersom det utifrå geografiske, klimatiske og samferdslemessige tilhøve er grunn til å oppretthalde traumeberedskap skal det gjerast. Pasientens tryggleik og sikkerhet er det viktigste.

Det er sjukehus med opptaksområde under 20.000 som har ei verna akutt funksjon grunna geografiske forhold og avstand (Tynset SH). Odda sjukehus har mindre opptaksområde men meir krevjande geografiske, klimatiske og samferdslemessige utfordringar enn Tynset. I tillegg til dette er det ei kraftig aukande turisme i Odda sjukehus sitt opptaksområde.

Odda sjukhus har fleire akutte hendingar og traumeteam utkallingar enn sjukehus det er naturleg å samanlikne seg med (Nordfjord som siste 3 år med akutt funksjon i kirurgi hadde hhv 21, 13 og 9 utkallingar av traumeteam). Odda ligg an til > 40-50 traumeteamutkallingar i 2016 og det er kraftig aukande.

### 3.1 Opptaksområde

Odda sjukehus dekker 3 kommunar (Odda, Ullensvang og Jondal) med til saman 11 435 innbyggjarar. Sjukehusområda går fram av figur 4.

I tillegg høyrer Eidfjord kommune til Helse Fonna, men innbyggjarane får spesialisthelsetenester frå Helse Bergen, i hovudsak frå Voss sjukehus. Denne ordninga blei vedtatt av styret i Helse Vest i 2013, på bakgrunn av prosjektet «Føretaksgrenser i Indre Hardanger». Odda sjukehus gjer spesialisthelsetenester til ein del av befolkninga i Kvinnherad. Både i 2015 og i 2016 dreier det seg om meir enn 1000 pasientkontaktar frå Kvinnherad kommune (per 06.12.16 er talet 1098).

Hardanger og Odda kan visa til ei eventyrleg auke i turismen hvilket gjenspeglar seg i aukande akuttoppdrag for Røde Kors, auka mengde pasientar ved skadepoliklinikken og aukande traumeteamutkallingar.

### 3.2 Geografi og samferdsel

Nasjonal helse- og sjukehusplan legg vekt på at busetting, avstand mellom sjukehus, bil-, båt- og luftambulansetenester og vêrforhold kan gjere det nødvendig å oppretthalde traumeberedskap og generelt akuttkirurgisk tilbod i akuttsjukehusa.

I Nasjonal traumeplan, under destinasjonskriterier, føreligg som sterk anbefaling at «dersom det er meir enn 45 minutters transporttid til traumesenter transporteres en pasient som er fysiologisk påvirket til nærmeste akuttsykehus med traumefunksjon». Dette er tilfellet i alle delar av odda sjukehus sitt nedslagsfelt.

#### 3.3.2 Forbruksmønster og pasientgrunnlag

I prosjektrapporten fokuseres det stadig på det lave volumet av kirurgiske innleggingar ved Odda sjukehus og NPR data legges til grunn.

Tal henta frå NIMES/DIPS og som er sjukehuset sine tal, visar at det i 2015 var totalt 2042 innleggingar ved Odda sjukehus. Av desse var 1844 ØH innleggingar. 1120 (61%) ved medisinsk avdeling og 724 (39%) ved kirurgisk avdeling.

NPR data viser berre kirurgiske pasienter som utløyser kirurgiske prosedyrer. Dei fleste akutte kirurgiske tilstandar skal behandlast konservativt med observasjon og evt medikamentell behandling. Det vart i 2013 gjort ei «kartlegging av akuttmedisinsk og akuttkirurgisk virksomhet ved mindre lokalsykehus» og ein fann da at i snitt at 15 % av ØH pasientar fekk utført kirurgiske prosedyrar og vart da rekna som kirurgiske ( Odda sjukehus 11 %), mens 85 % ikkje fekk utført kirurgiske prosedyrar og vart registrert som medisinske pasientar ( Odda sjukehus 89%).

Desse tala viser ikkje kva avdeling pasienten faktisk var innlagd og i rapporten 2013 (vedr akutt med. og akutt kir. virksomhet ved mindre lokal sjukehus) står det at desse tala må samanheldast med opplysningar om kva avdeling pasienten faktisk var innlagd.

NPR data legg til grunn at det i 2015 vart gjort 504 dagkirurgiske inngrep ved Odda sjukehus. NIMES/DIPS visar at det vart gjort 814 dagkirurgiske inngrep ved Odda sjukehus. Utvalet er bestemmende for kva resultat ein får. NIMES data gjer eit bilete av faktiske aktiviteten ved dagkirurgisk eining.

### 3.3.6 Øyeblikkelig hjelp utført ved Odda sjukehus

I dette kapitelet beskriv vi omfanget av øyeblikkeleg hjelp utført ved Odda sjukehus, der fokuset er på kva øyeblikkeleg hjelp-aktivitet som føregår ved Odda sjukehus. I kapitla 3.3.2 og 3.3.3 var fokus på befolkninga sin bruk av spesialisthelsetenester, uavhengig av tenestestad.

Ved Odda sjukehus er 73 % av den total aktiviteten planlagt, mens 27 % av aktiviteten er knytt til øyeblikkeleg hjelp. 88 % av døgnopphalda er øyeblikkeleg hjelp-innleggingar, primært er dette opphald med medisinsk DRG. Dette er ein tendensiøs bruk av tal, da ein veit at ca ¾ av dei kirurgiske pasientane får medisinsk DRG men er innlagde ved kirurgisk avdeling og er kirurgiske pasientar.

Dette baserer seg på NPR data hvor bare dei pasientane som utløyser kirurgisk DRG altså får gjort ei kirurgisk prosedyre vert registrert som kirurgisk og tek ikkje omsyn til NIMES/DIPS data som visar 90 % ØH (1844), kor 61 % var medisinske ( 1022 pasientar) og altså 39 % kirurgiske (724 pasientar)

### 3.3.7 Journalgjennomgang av pasientar innlagt som øyeblikkelig hjelp

Delutgreiinga gir likevel ei deskriptiv skildring av pasientar innlagt som øyeblikkeleg hjelp. Ein ser at det er stor variasjon i type kirurgiske inngrep som blir gjort som øyeblikkeleg hjelp. Ein og same spesialitet kunne ikkje utført dei inngrepa som hasta mest. Kirurgane ved Odda sjukehus skal ha vurderingskompetanse ikkje behandlingskompetanse innan dei ulike kirurgiske spesialitetar. Det er her «generalisten» kommer inn. Vi SKAL sende frå oss pasientar for behandling på høgare nivå når det er indisert. Vidare er det særleg pasientar med ulike infeksjonstilstandar, pasientar med forverring av kronisk obstruktiv lungesjukdom som peikar seg ut som grupper der ein kan sjå på samarbeidsmodellar mellom kommunehelsetenesta og spesialist-helsetenesta. Dette er også i tråd med funn i analysar av storforbrukarar av spesialisthelsetenester. Det er også stort volum av pasientar som blir lagt inn for observasjon etter skader. Rask avklaring med radiologisk undersøkingar, kortvarig observasjon og eventuelt smertelindring er det vanlegaste tilbodet til denne gruppa. Ein bør sjå på om og eventuelt korleis ein skadepoliklinikk kunne handtert denne pasientgruppa. Man har i dag en døgnkontinuerlig skadepoliklinikk som dekkes av turnusleger med

direkte oppfølging av bakvakt. De pasientene som man ved vurdering på skadepoliklinikken finner at trenger observasjon legges inn for dette. At det blir noen «unødvendige innleggelse» er internasjonalt akseptert og faren er det motsatte at man sender hjem en pasient som er dårligere enn kva man først antok ( overtriage vs undertriage)

### 3.4 Kvalitetsindikatorer:

I det første utkastet til rapport som vart presentert våren 2016 hadde ein tatt med 3 såkalla kvalitetsindikatorar (reinnleggingar, pasienterfaringar og 30 D mortalitet) og alle desse var negative med omsyn til Odda sjukehus. 30 D mortalitet er tatt ut grunna store feil, men dei to andre er fortsatt med og sjølv om Odda sjukehus, når det gjeld pasienterfaringar, har ei samlescore på 4 av 5 moglege klarer rapporten å få til ei negativ vinkling.

PasOpp rapporten 2015 visar at 61 sjukehus i Norge er vurdert m.o.t. 9 pasienterfaringsindikatorar. Kunnskapscenteret har slått saman dei ni indikatorane til eit samlemål, ein totalvurdering av pasienterfaringane ved sjukehusa. Samlescoren går frå 1 til 5 der 5 er best. Av rapportene som omhandlar sjukehusa i Helse Fonna framkjem det at Odda har score 4, Stord har score 3 og Haugesund har score 2. Samlescoren varierer frå år til år og er vel ikkje eit reelt uttrykk for kvalitet. Ein kan nytta resultatet som ein spore til stadig å betre pasienttilbodet.

### 4.5 Den akuttmedisinske kjeda

#### Akuttkirurgi og traumebehandling

- Lite pasientvolum gir liten trening og gjer det vanskeleg å halde ved like kunnskap, kvalitet og praktisk ferdighet. Det gjeld alle diagnosar som ikkje førekjem ofte, men i særleg grad alvorlege akutte tilstander og kirurgi. Traumer er relativt sett vanlegare i Odda sjukehusområde en befolkningsgrunnlaget skulle tilseie. Kvar deltager av traumeteamet opplever > 10 traumeteamutkallingar per år og talet er aukande. Odda sjukehus har om lag ei traumeteamutkalling per veke (40-50 pr år og aukande).

Det er neppe tvil om at akuttkirurgi ved dei mindre sjukehusa i nokre tilfelle faktisk er livreddande. Dette må likevel sjåast i forhold til at sjukehusa i nokre tilfelle også kan forsinke livreddande behandling i meir spesialiserte sjukehus. Det må påreknas at begge desse situasjonane vil kunne førekome ved Odda sjukehus. Begge situasjonar vil likevel vere sjeldne. Det er verken i dei gjennomførte journalgjennomgangane eller analysane av raude responsar frå prehospitala tenester funne eksemplar på gjennomført livreddande hemostatisk naudkirurgi ved Odda sjukehus i det undersøkte tidsperiodane. Det synes riktig å nemne ei nyleg hending med knivstikking i Tyssedal som gjorde det naudsynt med livreddande hemostatisk naudkirurgi (pakking av buk) og stabilisering av pasient som seinare vart transportert med luftambulans frå Ål (grunna manglende flyver frå Bergen) til Ullevåll sjukehus. Dette samsvarer også med funna frå gjennomgang av eit treårsmateriale av raude responsar frå ambulansetenesta i Nordfjordeid.

Samanlikninga med Nordfjordeid sjukehus er feil utifrå fleire høve. Nordfjord sjukehus ligg nært Volda sjukehus og vegen er ikkje rasutsett på same måte som i Odda. Talet på akutte hendingar i Nordfjord er langt lågare enn i Odda sitt opptaksområde. Talet på traumeteamutkallingar ved Nordfjord SH i dei tre siste åra er om lag det talet utkallingar Odda SH har på eit år.

Så langt har vi i denne drøftinga hatt fokus på dei faglege sidene ved akuttfunksjonen i kirurgi ved Odda sjukehus. Nasjonal helse- og sjukehusplan peikar på at det er fleire utfordringar for dei små akuttsjukehusa:

- Mange sjukehus har for lite pasientgrunnlag til å gi eit trygt og føreseieleg akutttilbod 24/7
- Odda sjukehus er eit sjukehus som er avhengig av generalisten si vurderingskompetanse og i utvalde tilfelle behandlingskompetanse. Tala visar at dei fleste døgnopphald er ØH pasientar (724, 39%, kirurgiske i 2015).
- Talet på traumeteamutkallingar er 40-50/år og aukande.
- Mange mindre sjukehus har vanskeleg for å rekruttere og er avhengige av vikarstafettar. Rekrutteringa har i den seinare tid vært bra i overlegeskiktet kor ein har klart å rekruttera fleire såkalla «generalistar». Rekrutteringa vil bli umogeleg om ein fjernar akutt kirurgisk funksjon.
- Utfordringane er størst innan kirurgifaget på grunn av aukande krav til spesialiserte ferdigheter og spesialisert utstyr og støttepersonell.
- Alle er einige i at pasientar i utg pkt skal til det sjukehuset som kan ferdigbehandle pasienten. I Odda vil det vere høve der ein må stabilisera pasienten før transport, Jf siste hending med knivstikking nyleg. Prinsippa for den stabiliserande kirurgiske behandling krev sjeldan dei spesialiserte ferdigheter, spesialutstyr og støttepersonell.
- Mange pasientar som treng akutt kirurgi blir i dag sendt forbi små lokalsjukehus til større sjukehus med breiare tilbod
- Den generelle kirurgen med bred og allsidig kompetanse vi forsvinne over tid fordi arbeidet blir meir spesialisert.
- Ein veit ikkje korleis spesialiseringa vil verte om nokre år. Kirurgar med generell kirurgisk kompetanse vil ein fortsatt ha dei neste 15-20 åra.
- For å oppretthalde døgnkontinuerleg vaktordning trengs det 6-8 generelle kirurgar. Ein klarer fint å oppretthalde ei døgnkontinuerleg vaktordning med 3-4 kirurgar i Odda. Det er vanskeleg å bemanne små sjukehus med så mange kirurgar allereie i dag. I åra som kjem, blir det enda vanskelegare fordi det blir færre generelle kirurgar.
- Ein klarar i dag å oppretthalde døgnkontinuerleg vaktordning med 3-4 kirurgar ved Odda Sjukehus. Nå det er sagt så vil det bli vanskeleg å bemanna mellomstore sjukehus for ei tilfredsstillande vaktordning om ein legg opp til den spesialiseringa som ein ser i dag til grunn. Her er nok ikkje siste ordet sagt.

Frå Odda sjukehus si side er det spesielt peika på utfordringa med eit lite volum (volumet per kirurg er ikkje lite, men breidda kan betrast) og ein svært avgrensa breidde på den planlagde kirurgien,

## Skadepoliklinikk

Dagens skadepoliklinikk blir i stor grad tatt hand om av turnuslegen med støtte frå vakthavande overlege i kirurgi. Det kjem i snitt 3 øyeblikkeleg hjelp polikliniske pasientar per døgn. Desse kjem i hovudsak i tidsrommet mellom kl. 7 og 18. Enkle skadar blir også til ein viss grad behandla av den kommunale legevakta, avhengig av erfaringa til legevaktslegen. Dagens ordning fungerer godt og det vil derfor vere naturleg å vidareføre denne dersom akuttfunksjonen i kirurgi blir oppretthalden.

Dersom akuttfunksjonen i kirurgi ikkje blir vidareført, kan det vere aktuelt å ha ein skadepoliklinikkele etter modell frå Lærdal og Nordfjord. Det kan til dømes vere ein ortoped som kombinerer skadepoliklinikkarbeidet med elektiv poliklinikk og dagkirurgi. Det kan også vere aktuelt at skadepoliklinikkelegen dekker delar av døgnnet/veka, mens legevaktslegen dekker resten av døgnnet/veka. Til dømes er natta ein perioden der aktiviteten på skadepoliklinikken er minimal, slik at

tilleggsarbeidet for legevakslegen som uansett allereie har legevakt, vil bli ubetydeleg (sjå også nedanfor).

Ein modell som bygger på at ulike spesialister med spisskompetanse men liten breiddekompetanse og som berre av og til er ved Odda sjukehus er lite føreseielig og gjer liten grad av tryggleik for dei fastbuande og legevakslegane (Jamfør Nordfjordeid sjukehus). Det same gjeld om ein har ein skadepoliklinikk som berre dekkjar deler av døgnet eller deler av veka. Tilbodet til dei fastbuande vert dårlegare og det er ikkje målet med Helse og sjukehusplanen.

Å tru at legevakslegane vil ta på seg oppgåver som vanlegvis gjerast av sjukehuslegar er lite truleg (byggjar på erfaringa vi har i dag og utsegn frå kommunelegane) og vil gjere rekrutteringa av fastlegar til regionen enno vanskelegare enn den er i dag.

Det kan også vere aktuelt med ei løysning der skadepoliklinikkarbeidet blir tatt hand om av den kommunale legevakta. Det er svært variabelt kor mykje erfaring legane i primærhelsetenesta har med skadebehandling, slik at opplæringsprogram kan bli nødvendig. Det er ein føresetnad at laboratorium og røntgenservice ved sjukehuset er tilgjengeleg for legevakslegen. Det vil likevel vere avgrensa kva for oppgåver legevakslegane kan ta over. Alternativa vil då vere enten å sende pasienten til Haugesund eller Voss sjukehus, eller å konferere med kirurg/ortoped i Haugesund, eller å gi pasienten time på poliklinikken ved Odda sjukehus dagen etter når kirurg/ortoped kjem til elektiv poliklinikk/dagkirurgi. Om nødvendig må pasienten få tilbod om ei seng fram til den polikliniske konsultasjonen neste dag.

#### Tilråding – vidareføring av akuttkirurgi

Desse medlemmane støttar følgjande tilråding, .....

Odda sjukehus skal ha akuttkirurgisk tilbod, akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnavakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og handtering av akutte hendingar.

Ein finn det medisinsk uforsvarleg med Odda sjukehus utan akutt kirurgisk beredskap.

Tilrådinga har bakgrunn i Odda sjukehus sin plass i behandlingkjeda ved akutte tilstandar, den aukande turismen i området, den aukande mengda av traumealarmar, og opptaksområdets spesielle utfordringar når det gjeld avstandar, klimatiske forhold og transportmoglegheiter/innskrenkingar.

Ei avvikling av akuttkirurgien vil:

- vanskeleggjere rekrutteringa av legespesialistar, kirurgar, indre medisinare og anesthesiologar, til Odda sjukehus.
- Tap av moglegheit for livreddande kirurgisk stabilisering når det ikkje let seg gjere å transportera pasienten direkte til traumesenter.
- gi eit tap av tryggleik i kommunehelsetenesta. Døgnkontinuerleg akuttkirurgisk beredskap ved Odda sjukehus skaper tryggleik for kommunelegane.
- gi eit tap av tryggleik for befolkninga i Odda-området. Innbyggjarane vil kjenne uro dersom den akuttkirurgisk beredskapen blir avvikla. Det må stillast spørsmål om innbyggjarane skal finne seg i å ha dårlegare akuttberedskap enn resten av befolkninga.
- Tap av eit fullverdig tilbod til turnuslegar.
- Fare for nedlegging av skade-akutt poliklinikken som drives av turnuslegane med tett oppfølging av kirurgiske overlegar.
- Tap av liv

Utvida tilbod ved Odda sjukehus til dei store pasientgruppene som treng spesialisthelsetenester ofte, mykje og nært, må kome i tillegg til å oppretthalde den akuttmedisinske beredskapen. Utvidinga må finansierast gjennom betre utnytting av dagens ressursar (med auka økonomiske rammer).

#### 4.6 Bemanning, rekruttering, kompetanse

Breiddekompetanse oppnår ein gjennom rekruttering av kirurgar med det som interesse. Det finst fortsatt kirurgar med breiddekompetanse som ser det som ei fagleg utfordring. Den type kirurgar vil ein fortsatt ha i Norge dei neste 15-20 åra. Spisskompetanse er eit gode på større sjukehus men på små sjukehus kan det verte eit problem då ein ikkje fangar opp pasientar med andre behov og såleides forsinkar prosessen. Det er desse spisskompetente legane ein vil få frå dei større sjukehusa til eit Odda sjukehus utan akutt kirurgisk beredskap, og som i tillegg til dagkirurgisk verksamhet skal vurderer eit breidt spekter av kirurgiske tilstander.

- kirurgar med spesialitet innan gastrokirurgi. Spesialist i gastrokirurgi skal, etter plan for ny spesialistutdanning av legar, ha vaktberande funksjon innan kirurgi. Det vil vere trong for fire til seks spesialistar for å dekkje kirurgiske vaktfunksjonar ved kvart sjukehus. Både å rekruttere og å ha nok elektiv verksemd for fire til seks spesialistar innan gastrokirurgi ved kvart av dei tre somatiske sjukehusa i Helse Fonna vil by på store utfordringar. Gastrokirurgar held oppe si kompetanse og breidde mellom anna ved å operere krefttilstandar. Det er ikkje kreftoperasjonar ved Odda sjukehus og vil ikkje bli det i framtida. Dette vil gjere det vanskelig å rekruttere ferdige gastrokirurgar og sjå til at dei opprettheld kompetansen.
- Dette gjeld mange små og mellomstore sjukehus og vil ikkje vere unikt for Odda sjukehus. Vi snakkar då fram i tid 10 – 20 år. Om det vert slik vil det verte behov for ein heilt annan sjukehusstruktur. Kanskje er dei samferdslemesige tilhøva då slik at ein kan vurderer akutt funksjonen i kirurgi påny.