
ITMS – DELFUNKSJONSPROGRAM (DFP)- TVERRGÅENDE FUNKSJONER

REFERAT FRA ARBEIDSGRUPPE HELSE MØTE 8. OG 9. JANUAR 2014

Tilstede:

| Navn | Samarbeidspart | 8. januar | 9. januar |
|-----------------------|-----------------------------------|--------------------|---------------------|
| Oddvar Hagen | UNN | x | |
| Geir Ingebrigtsen | UNN | | x |
| Lisbeth Øgård | Interkommunal legevakt | x | x |
| Turid Wilson | Bardu kommune | x | x |
| Anne Hensrud | Bardu kommune | | x (10:30- 12:30) |
| Svein Hovde | Ambulansen | x | |
| Øyvind Kongsjorden | Fagforbundet, HTV | x | |
| Kari Brandsdal | FSAN | X | x |
| Eivor Solhaug | FSAN | X | |
| Ørjan Solheim | FLO | X | x |
| Rune Haaverstad | FSAN | x (11:30-16:00) | x |
| Toralf Hasvold | Leder Arbeidsgruppe helse | X | x |
| Frida Strøm | Prosjektleder, Bardu kommune | X | x |
| Berit Haugan | Prosjektleder, Hospitalitet as | X | x |
| Liv Tveito (referent) | Prosjektrådgiver, Hospitalitet as | X | x |

Meldt forfall:

Mildrid Pedersen, brukerrepresentant

Svein Ivar Bekkelund, UNN

Ulf Harald Isaksen, UNN (deler på oppgaven med Geir Ingebrigtsen)

Bente Nordbye, UiT

Arnfinn Andersen, UiT

Linda Bjørnsund, Interkommunal legevakt

Inger Linaker, Bardu kommune

Arne Holm, Bardu kommune

Per Øyvind Særgård, ambulansetjenesten

Gunnheid Eidissen Berg, Hæren

Sted:

Veksthuset, Bardu kommune

Referent: Liv Tveito, Hospitalitet.

Referatet er rettet opp etter innspill på mail og fra møtet med Arbeidsgruppe Helse på Gardermoen 22.januar 2014.

INNLEDNING

- **Velkommen og kort orientering v/Frida Strøm**

Det orienteres om en pågående diskusjon om forståelsen av hva som ligger i betegnelsen førstelinjetjenesten for Forsvaret og om denne skal forstås på lik linje med kommunehelsetjenesten. Hvis det er tilfelle stiller UNN krav om at forsvaret yter tjenester i tråd med dette, og føringene i samhandlingsreformen om forskyvning av ansvar og oppgaver fra sykehus til kommune, og bidrar til et lavere forbruk av sykehus tjenester.

Militær legevakt i Bardufoss er organisert i Hæren og ikke FSAN. Forsvaret har ikke ansvar for å drive legevakt. Direktøren ved UNN og sjef for FSAN vil drøfte dette de nærmeste dagene.

Forskjellig oppfatning av kommunenes og forsvarets rolle i forhold til helsetjenester til vernepliktige. Forsvaret beskriver sin helsetjeneste som et supplement til kommunehelsetjenesten. Det mangler forankring i lovverket i forhold til helsetjenester for vernepliktige. Behov for avklaring og en felles forståelse for dette i det videre arbeidet med ITMS.

- **Bakgrunn og prosess v/Berit Haugan**

Se vedlagte presentasjon.

Presentasjon av møteplan. Stor NATO øvelse i uke 11. Hvis det er behov for reservemøte med samarbeidspartene (se møteplan) foreslås dette lagt til uke 10. Møteplan oppdateres og sendes ut på nytt.

Etterskrift: Dette ble gjort fredag 10.01.14.

Tidsplan er justert med en mnd. Sluttrapport skal leveres med frist 5.september 2014.

Gjennomgang av prosjektorganisering og roller.

Styrende dokumenter er godkjente rapporter utarbeidet i prosjektet (HFP, HPU, OTP), prosjektplan og supplerende styringssignal gitt gjennom prosessen.

Gjennomgang av mandat for Arbeidsgruppe helse. Mandatet er godkjent av styringsgruppen og ligger i prosjektplan. Mandatet gir førende prinsipper for arbeidet.

Hva er delfunksjonsprogram DFP - gjennomgang av begreper og oppgaver i prosessen.

TEMA: TVERRGÅENDE FUNKSJONER

1. AVFALLSHÅNDTERING

Dagens praksis:

TMS bygget, - interkommunal legevakt, sykestue og spesialisthelsetjeneste/ poliklinikk UNN.

- Daglig restavfall (papir, batteri mv). Papp og kartong legges i egen container ute. Papir fra kontor m.m. blir kastet i vanlig søppel. Fra legevakt/ Unn's skiftstue blir det kastet ca. 2 sekker søppel pr uke, fra skiftstuen til sykestua 1 søppelsekk pr uke.
- Biologisk avfall (vevsavfall) samles i gul sekk, det kastes ca. 1 sekk pr uke.
- Risikoavfall (stikkende, skjærende, kanyler, smitte) samles i gul sekk, kastes ca. 1 sekk pr uke. . Kan være mye mer i perioder
- Plast går i restavfall.
- Matavfall. 1 søppelsekk fra kjøkkenet til soldatene i 1.etg.
- Øvrig restavfall (elektronikk, møbler, tre, jern, printerpatroner mv). Settes under trappa og blir hentet.

UNN har i dag i tillegg aktivitet i andre etg. I TMS bygget, samt at det er 3 tannlegekontor i TMS (ikke medberegnet avfall i oversikten over).

Ansatte fra Forsvarsbygg som vasker fjerner også søppel. Ikke eget avfallsrom i TMS.

Søppel kastes i containere på utsiden og kjøres til forbrenning på Senja.

Matavfall i Bardu kvernes i utslagsvasken både i privat og offentlig regi. Kommunen leverer ut kvern til alle.

TMS har ikke en slik kvern pr i dag.

IKL (interkommunal legevakt) kjører kasserte medisiner til apoteket selv.

Helsehuset:

- Daglig restavfall: Restavfall tømmes av renholder (er der hver dag) – kastes i container på utsiden. (1500 l). Tømmes 1 gang i uken.
- Risikoavfall fra skiftestue: Gul sekk som puttes opp i 30 liters container (fyller ca. 1 pr uke), plasseres i eget lite avfallsrom, hentes ved behov. Vaktmester innom 1 gang i uken. Kjøres til forbrenning på Senja. Avfall fra Lab: Har 30 liters boks som fylles der.
- Papp og papir sorteres. Makulert papir kastes i restavfall i egne poser (mye av dette)
- Har matkvern.
- Elektronikk samles, hentes av kommunen.

Ambulanse:

- Container 1500 liter som tømmes hver 3.uke. Plast er vanlig restavfall.
- Papp sorteres, kastes ved behov. Lite omfang.
- Biologisk avfall kastes der ambulansen er ute på oppdrag. Også gule bokser med kanyler/risikoavfall leveres der.
- Elektronikk leveres på deponiet.

Innspill til nytt ITMS:

Felles aktør som tar ansvar for avfallshåndtering. Ofte henting, spesielt risikoavfall. Ta høyde for års svingninger (mindre aktivitet i høytider og på sommeren og mer aktivitet for Forsvaret i perioder med massevaksinasjon m.m.). Dersom søppelhåndtering skal ut på anbud er det viktig med tydelig kravspesifikasjon.

Avfallsrom, mellomagring, for risikoavfall, må være inne i bygget (slippe å gå ut om natta), eller lett tilgjengelig for å slippe å lagre for mye avfall i bygget. Et stort skyllerom med plass til avfall (mellomlagring) er et alternativ til å ha avfallslager i tillegg. Mest hensiktsmessig med eget avfallsrom som ivaretar krav til oppbevaring av avfall (avtrekk og kjøling, obs risikoavfall cytostatika, medisiner, biologisk materiale som puss). Vevsavfall er ikke noe problem.

2. VAREFLYT OG LAGERLOGISTIKK

Dagens situasjon:

Sykestue:

Sykestue har begrenset med varer. Bestiller ca. 2 ganger i mnd. Forsvaret har egne innkjøpsavtaler, avdelingssykepleier bestiller og tar i mot. Ca. 1 pall (3-5 esker) per leveranse. Har et eget lager, samt lager på skiftestua. Bruker også noe av andre lager på huset.

Legen har eget lite lager. Renholder bestiller toalettpapir m.m.

Legevakta og UNN poliklinikk.: Poliklinikk bestiller. Forbruksvarer bestilles sammen, flere store paller inn på stort lager. Legevakten har noe smått utstyr som bestilles eget og betales. Ellers bruker legevakten av UNN's varer. Får også levering fra sentrallager på UNN. 5 lager: 2 små (ca. 6 kvm tilsammen) og 3 større (ca. 40 kvm tilsammen) i kjeller – urasjonelt bygg. Disse lagrene inneholder også en del rot og gamle saker, rekvisita, samt sengetøy. Felles inngang for varebil og ambulanse er veldig uheldig.

Forsvaret har et lager på 10 kvm til forbruksvarer.

Kontorrekvisita – litt ulike ordninger for hva man skal ha.

I dag foregår varemottak via hovedinngangen i TMS.

Ambulanse: Får medisinske forbruksvarer fra sentrallageret på UNN. Levering etter behov. Lager på 2 kvm. fungerer. Ikke stor lagerbeholdning. Får egen regning på forbruket. Toalettpapir, alt utenom lyspærer fra UNN.

Bilpleieprodukter leveres og lagres i garasjen.

Hinas, Helseforetakenes innkjøpsservice, for MTU (felles innkjøp via HF).

Helsehuset:

Bestiller mye varer til skiftestue, lab og legekantor. Bestiller etter behov fra et par ulike steder. Lager på ca. 10 kvm. Er fullt, men fungerer. Får noe fra UNN (lab utstyr). Har noe annet utstyr enn legevakten.

Helsestasjonen: Bestiller de inn selv og har et eget lokalt lager (bleier, kladder og kanyler m.m.).

Fysio/ ergo: Har et eget lite lager med handkle, papir. Har en del treningsutstyr som krever lagerplass tilknyttet treningsrommene.

Det ble avklart at hjelpemiddellageret ikke skal flyttes inn i nytt ITMS.

Innspill til nytt ITMS:

Foretakene standardiserer varebeholdning og innkjøp for alle HF' ene og mener at innkjøpsordningene for HF må benyttes for UNN.

Felles innkjøpsordning kan være vanskelig da forsvaret og HF har sine egne avtaler og ikke vil lage særavtaler for ITMS.

Felles vareinngang, rom for grovsortering, plass til et par paller. Felles lager for store ting – toalettpapir m.m., men ønske om lokalt lager til mer spesifikke varer. Evt. plassere et mindre lager så sentralt at flere kan ha tilgang til dette lageret. Forutsetning er at skiftestuene, behandlingskontorer, undersøkelsesrom, lab mv har lagerplass til nødvendig utstyr.

Personen som tar i mot og kontrollerer i varemottak må være «kvalifisert» for dette. Det er god kontroll i at de som bestiller også er de som tar i mot og kontrollerer.

Langtidslagring er dårlig økonomi – andre muligheter finnes?

Arbeidsflyt: Det man bruker ofte må være nært, sjeldnere bruk kan lagres lengre unna.

Må man gjøre ordninger som er like for alle, eller kan to parter gå sammen om et system og en tredje ha et annet? Prinsippet er at vi skal tenke samhandling og felles løsninger så langt som mulig før man går inn på unike løsninger for enkelte parter.

3. INTERN TRANSPORT

Dagens situasjon:

Ulike ordninger for alle.

Innspill til nytt ITMS:

Frankering av post kan løses ved en felles frankeringsmaskin og felles levering. Kostnader til ulike ordninger m.m. må løses i nye avtaler mellom partene.

Når det gjelder internpost leverer ansatte ved helsehuset dette på kommunehuset. For Forsvaret forsørges levering av post/internpost av en soldat.

Løsninger avklares nærmere når aktuelt.

4. MEDISINER

Dagens situasjon:

Sykestue:

Soldater har gratis medisiner (paracet, antibiotika, steroider, paralgin forte mv). Ved spesiell medisin får de en resept. Har 2 medisinskap, 1 lager og 1 giftskap. Har masse vaksiner. Har ikke intravenøsbehandling og ikke intravenøs antibiotika blanding. Bestiller via NMD der forsvaret har avtale. Medikamenter utenom det som står på lista går via farmasøyt. Medisinene blir levert til sykestuen. Har eget vaksinerom, vaksinene oppbevares i kjøleskap. Vaksine bestilles fra folkehelsa.

Legevakt: 1 medisinskap + giftskap på kontoret. Har alle typer medisin. 1 medisinskap på skiftestua med intravenøsmedikament. Ikke avtrekksskap. For små skap, men har ikke store kvanta – pasientene får med seg resept. Bestiller fra apoteket og henter selv.

Bardu kommune: Har et skap. Lite medisin. Pas. får resept. Gir cellegift. Har avtrekksskap på skiftestue (til cytostatika) og avtrekksskap på lab. Helsestasjon har små kjøleskap på alle kontorene til vaksinene. Bestiller på apoteket. Hentes.

UNN, poliklinikk.: To medisinskap inne på et kontor. Smertelindrende medikamenter og medisiner til kirurgi. Spesialistene har noe medisin ellers får pas med seg resept. Ikke antibiotika iv.

I tillegg har IKL, BK og UNN kjøleskap til medisinoppbevaring.

Ambulanse har medisiner i bilen, henter på sykehusapoteket, akuttmottaket, eventuelt på legevakten.

Innspill til nytt ITMS:

Felles medisinrom er bra med adskilte/ egne skap for medisiner- forutsetter nærhet til medisinrom for partene. Felles blanderom/ rom med avtrekksvifte er avhengig av nærhet. Legevakt og fastlegene mest avhengig av dette.

I tillegg må man ha tilgang på nødvendig akuttmedisin på skiftestua til legevakten.

Legevakt har salg over disk – medisiner bør ikke være synlig i luken/resepsjon.

Felles innkjøp fra apoteket er mulig for UNN, legevakt og kommunen. Forsvaret vil fortsette med egen avtale med NMD.

Destruering: legevakt og kommunen leverer medisiner selv tilbake til apoteket i dag. Forsvaret sender det i retur til NMD.

5. STERILT SIRKULASJONGODS

Dagens situasjon:

Forsvaret steriliserer på skiftestua på sykestua. Lite omfang for sykestue/leger, mens tannlegene har stort omfang. Tannlegene steriliserer på skyllerommet hvor det er autoklaver.

Legevakt og UNN deler 1 steriliseringsrom – stort omfang. Egen ansatt på TMS som gjør dette.

Kommunen: Vasker og steriliserer for legene og jordmor på skiftestua daglig.

Ambulanse: Har ikke dette behovet. De bruker sug som byttes ut der de måtte være. Ellers ingenting.

Prosedurepakker: alle bruker dette, ulikt omfang.

Innspill til nytt ITMS:

1 felles skyllerom/ sterilsentral som skal serve alle parter kan bli vanskelig. Usikkert om tannlegene vil få dekket sitt behov på denne måten. Stort omfang, steriliserer utstyr flere ganger om dagen og avhengig av nærhet. Kan tannlegene få sterilt utstyr for en hel dags bruk?

Hvis kun 1 felles skyllerom/ sterilsentral bør det være ansatt eget personell som håndterer dette arbeidet/ steriliserer hele dagen.

Behov for nærhet til både skiftestue og skyllerom/ sterilsentral for alle parter. Førsteprioritet på nærhet har tannlegene, deretter skiftestue.

Hva er mest gunstig, en rendyrket sterilsentral eller kombinere skiftestue og sterilisering? Hvem gjør hva – egne ansatte eller fagfolkene? Hva lønner seg?

Dagens skyllerom/ sterilsentral har ren og uren side og er ca. 16- 20 kvm (både TMS og BK).

Prosedurepakker (IKL, UNN, BK og muligens Forsvaret) oppbevarer dette på undersøkelsesrom, skiftestuer, legekontorer på lik linje med annet utstyr.

6. SERVICE PERSONAL, PASIENTER OG BESØKENDE

Innspill til ITMS:

Personalgarderober:

Felles garderobes for det sivile og det militære. Dame/ herre med dusj og WC tilknyttet garderobene. Antall dusjer, toalett og areal beregnes ut fra antall ansatte.

Ambulansen har behov for egen garderobe og eget toalett. Er på jobb over flere døgn og ønsker skjerming fra annen drift når de kommer fra utrykning. Behov for nærhet til soverom. Evt. bad tilknyttet soverommet? 2 -3 på vakt samtidig. Har behov for 12 garderobeskap (6 doble skap) pga. har flere type tøyskift (inne og utetøy).

Egne toaletter for personale. Ambulanser ønsker egne toalett knyttet til soverom/garderobe.

Pasienter og besøkende: Felles toaletter for pasienter og besøkende Det må være 1 toalett i nærheten av skiftestuene.

Kantine/spiserom for ansatte: Kantine for pasienter og ansatte med salg er ikke nødvendig. Behov for 1 felles spiserom med kjøkkenbenk/ tekjøkken (plass til 50 personer). Viktig som uformell møteplass, samhandling, sosialt m.m. Tilstede inntil ca. 50 ansatte i samtidighet. Mulighet for å kunne dele av rommet til to møterom.

Hvor mange på jobb samtidig:

- Legevakt: 3
- Forsvaret: 10 -12 (sykestue/tannlege)
- Kommunen: 25
- Ambulansen: 4
- UNN: 3 – 4
- UiT: 2
- Renholdere, vaktmester

Totalt ca. 50

Det er ønskelig med tekjøkken/ vannhull/ kaffestasjon i fellesarealer, og uformelle møteplasser for ansatte på tvers.

Kantinemulighet for pasienter/besøkende:

Det planlegges ikke for kantinedrift, men det er behov for venterom med automatsalg og vannmulighet (soldatene trenger mye drikke etter fysisk aktivitet).

Ekspedisjon:

Det foretrekkes felles ekspedisjon med 2 luker – 1 for soldater/ militære og 1 for sivile. Obs ulike datasystem og sikkerhet. Flere pasienter til det sivile i det daglige, evt. behov for flere luker? Bemanning i forhold til behov.

Det foreslås et felles venteområde ved hovedinngangen, men med mindre venteområder tilknyttet de ulike funksjonene. Våpenskap i venterom. (Obs felles venteareal og svært ulike behov – asylanter/soldater/barn, pasienter med kroniske sykdommer og andre med nedsatt immunforsvar som er utsatt for smitte). Det må være overvåkning av hovedinngangen/ inngangen til IKL slik at IKL vet hvem de slipper inn om kvelden. Forsvaret har det samme ønsket/ behovet.

Legevakten har behov for venteareal med plass til bære og har behov for å følge med på ventende pasienter (ofte dårlige pasienter) enten visuelt eller via kamera.

Pasienter med dårlig immunforsvar (cytostatika) må ha skjermet venterom.

Helsestasjonen må ha eget et observasjonsrom/venterom (lekeplass, skifte på baby mv).

Det er behov for telefonarbeidsplasser for skjermet fra annen aktivitet, for samtaler med pasient, både for legekantoret (legesekretærfunksjonen) og legevakt. Hvor disse skal plasseres må diskuteres med de enkelte parter.

Ta høyde for nye teknologiske løsninger i fremtiden for registrering av pasienter, kølappsystem, behandling via videokonferanse m.m. Papirarbeid blir borte etter hvert.

Det må planlegges 2 overnattingsrom for ansatte i ITMS:

- 1 overnattingsrom for vakthavende lege. Legevaktslegen har behov for eget rom med bad og garderobeskap
- 1 for sykevokter (soldat). Det er egentlig behov for 2 rom, evt. 1 to- sengersrom til Forsvaret.

Begge rom brukes 365 døgn i året.

7. MATFORSYNING

Arbeidsgruppe helse besluttet at det ikke var behov for kantine i ITMS (se punkt 6).

Mat tilberedes og leveres fra Forsvaret til både IKL (ø-hjelp seng) og sykestuen. Forsvaret får levert både varmmat og tørrmat i dag fra Setermoen leir. IKL henter selv (ca. 2 ganger i året) og betaler selv for denne maten som til nå kun har vært tørrmat (knekkebrød mv). På sikt vil også IKL ha behov for varmmat.

Må ha felles system for sykestue og ø-hjelpssenger i ITMS. Kjøkkenet i Setermoen leir kan fortsette å levere til ITMS.

8. KONTORER OG MØTEROM

Dagens situasjon:

Legevakt:

1 kontor til leder, 2 kontor til sykepleier (et med mye datautstyr/ telefonsentral), 1 kontor til lege med plass til ambulansbare (ca. 20 kvm). Vil ha behov for 1 legekantor til i fremtiden.

Bardu kommune:

Behov for 8 legekantor (grunnet ny legehjemmel fra 1.mars 2014, samt at 1 turnuslege og en 5.års medisinerstudent må ha egne kontor).

Helsesekretær – 3 kontorplasser i ekspedisjon. En av disse er knyttet til tlf. henvendelser og har behov for skjerming fra annen aktivitet i ekspedisjonen. Ønsker 4 kontorplasser. Sekretærene har behov for et skjermet rom for samtale med pasienter. Kan ikke skje i åpen resepsjon der alle hører alt. Det er behov for et eget lokalt mottak/ekspedisjon med helsesekretærer i front for å ivareta dette (samt at sekretærene utøver flere funksjoner), Denne ekspedisjonen kan inneholde et kontorlandskap for sekretærene.

Felles ekspedisjonen i huset kan ha en merkantil funksjon (bestille drosje, betaling, informere m.m.) ikke ta helsefaglige vurderinger. Denne funksjonen finnes ikke i dag og blir en ny rolle i et nytt ITMS.

Helsestasjon: Har til sammen 4 kontor i dag. Lege ½ dag i uken som da benytter ledig helsesøsterkontor. Har behov for venterom/observasjonsrom skjermet fra annet venteareal. Hjelpemiddelkonsulent bør sitte sammen med fysio og ergo i eget kontor.

Forsvaret:

1 kontor for ledere med 3 arbeidsplasser i ITMS, 3 tannlegekontor og 7 konsultasjonsrom til lege og sykepleier (ca. 16 kvm i dag). Forsvaret har i fremtiden behov for plass til VAB lege, men har planlagt plass til dette i de kontorene de har meldt inn.

UNN: 1 undersøkelses/ behandlingsrom + 1 til lysbehandling.

Sekretærfunksjon til poliklinikk og rtg. er ikke meldt inn. Har i dag to sekretærer. Sekretærfunksjonen for UNN kan ivaretas i felles ekspedisjon.

Ambulanse har levert egen kravspesifikasjon.

Innspill nytt ITMS:

Fleksibilitet og felles bruk av kontor og behandlingsrom m.m. begrenses på grunn av forsvarets strenge krav til datasikkerhet.

Møterom:

Må være felles, alle er enige om dette. Datasikkerheten må kunne løses. Dersom ikke dette er mulig vil det være svært lite som det kan samhandles om.

Forsvarets sykestue har ikke behov for arbeidsstasjon, men for 1 møterom til daglig rapport om morgenen en time + større møter hver andre uke med plass til 10 -12 personer.

Tannlegene har lite møteaktivitet.

Legevakten har ikke behov for arbeidsstasjon, men behov for 1 rapporteringsrom (med vegger og dør) 3-4 ganger per døgn med plass til 4 ansatte, møterom for samtaler, og 1 større møterom for fagdager hver 6. uke (18 personer).

Bardu kommunen har mye møtevirksomhet, trenger både små og store rom.

Bibliotek = møterom med bokhylle, evt. også med 3-4 arbeidsplasser.

Legene har mye møter flere ganger i uken.

Etterskrift:

Det er ønskelig å kartlegge dagens og fremtidens behov for møterom og undervisningsrom. Partene bes å melde inn sitt behov for møte-/ undervisningsrom. All type møteaktivitet fra daglige rapporter, personalsamtaler, fagdager, undervisning, møter på tvers/samhandling mv.

Det ønskes data på:

- *Type møte (rapport, fagdager, undervisning mv)*
- *Antall personer på møtet*
- *Frekvens- hvor ofte (eks. 1 gang per uke)*

- *Hvor lenge (eks. 2 timer)*

Studenter:

Medisinerstudent krav til eget kontor. Forslag om at denne kan bruke legevaktslegens kontor på dagtid. Forutsetter nærhet til fastlegekontor.

Sykepleier-, fysioterapi-, helsesøster-, jordmor student er med veileder hele tiden og trenger ikke eget kontor.

Administrasjon/ledelse i ITMS:

Det er ikke meldt inn behov for kontor til egen administrativ ledelse av ITMS. Organisasjonsform er ikke ferdig behandlet. Det kan være snakk om 1 leder av ITMS huset og 1 sekretær. Evt. kontorplass for Helsesjef og kommuneoverlege i kommunen kan det være aktuelt å ha kontorplass for i bygget. Behov for vaktmester, men ikke nødvendigvis kontor i huset.

Forsvaret er ønsker ikke å dele opp sine funksjoner i flere områder. Vil ha nærhet til sine egne også av sikkerhetsmessige hensyn. Ikke aktuelt at ledelsen samles sammen med annen administrasjon/ ledelse i bygget.

Ledelse/administrasjon i det sivile (legevakt, kommunen og UNN) vil kunne samles og dette er positivt med tanke på samhandling. Egne kontor/ landskap eller kombinasjon.

Innspill fra forsvaret: Soldatene – behov for oppholdsrom/ hvilerom/avslapping med TV, Playstation mv med plass til 1-2 personer i tillegg til soverom. Ikke behov for FIS basis her. Dette er ikke meldt inn tidligere.

Legekontor /fastlege:

5 meter den ene veien for synstest. Behov for undersøkelsesbenk og gynekologisk benk. 4.5 meter den andre veien. Kunne komme til fra begge sider av undersøkelsesbenk. Behov for ca. 22 - 23 kvm. faktisk størrelse. For turnuslege og medisinerstudent kan det være aktuelt å ha 1 felles gynekologisk rom i midten og kontor for turnuslege og medisinerstudent på hver side. Har dette kontoret som sin arbeidsplass hele dagen og må tilfredsstillende en slik situasjon.

Til sammenligning kan Poliklinikkrommet til UNN kan være mindre (6X3- 18 kvm)

Jordmor: konsultasjonskontoret kan være mindre enn kommunelegens, men har behov for undersøkelsesbenk.

Helsesøster: Konsultasjonskontor med plass til stellebord, ikke behov for undersøkelsesbenk.

Skiftestue i kommunen:

Har fått utvidete oppgaver jfr. samhandlingsreformen. Behov for skiftestue og et rom i tillegg (teknisk rom EKG, øreskylling, m.m.) som er litt mindre enn legekontor, men må ha benk ++ på grunn av økt mengde av oppgaver. 1 skiftestue hos Bardu kommune gir kø i dag, kan ha behov for 2 skiftestuer.

Skiftestuen benyttes om akuttrum (legevaktfunksjon på dagtid) og Ø-hjelp: Små inngrep, observasjon, sårskift. Elektivt: Småkirurgi, sårskift, øreskylling m.m.: behov for godt lys, benk, plass til flere folk, må ha plass til lagret utstyr både bandasjer, O2 apparat mv. Mye utstyr inne på rommet. Kjøleskap.

Bardu kommune har behov for eget rom for cytostatika behandling med god stol, TV, skjermet fra andre. Et økende behov, men et rom vil holde. Pasienten får cytostatika behandling ca. 1 time.

Oppsummering skiftestuer og areal på disse i dag:

Bardu Kommune: har 1 på 23,4 kvm – alt for liten. Har EKG rom i tillegg.

Legevakten: har 1 skiftestue på 40 kvm på deling. 40 km er for lite, har behov for større skiftestue som er gjennomgående med to dører.

Forsvaret: har 1 skiftestue på 40 kvm.

Legevakt og legekantor Bardu kommune har relativt likt behov for skiftestue, UNN har et noe annet behov. Bardu kommune mener sin skiftestue er sprengt på kapasitet og mener de har behov for 1 til.

Skiftestuen til BK brukes til: hudprøver, fjerne føflekker, neseblødning, sårskader, småkirurgi. Må ha undersøkelsesbenk og plass til båre. 5 personer kan jobbe i rommet.

Innspill i forhold til sambruk og utnyttelse av areal:

Kan legevaktlegens kontor benyttes som skiftestue på dagtid for å avlaste et økende behov?

9. ELEKTRONISKE PASIENTSYSTEMER

Det planlegges for elektroniske løsninger i fremtiden.

Innspill fra UNN: I fremtiden vil pasienter kunne bli behandlet via videokonferanse isteden for å møte opp hos legen. Være forberedt på dette og andre nye muligheter. Elektroniske journaler/systemer blir viktig i dette. Skrivertjeneste er på vei ut – TMS har noe i dag til UNN legene, men disse må skrive selv i fremtiden.. Innføring av talegjenkjenning. I Bardu kommune fører legene alt selv, elektronisk. Helsesekretærene skanner en del.

10. SIKKERHETSTJENESTE

Det er behov for overvåkning av hovedinngang og/ eller resepsjon- hoved venteområdet med kamera. IKL ønsker også kamera ved inngangen til legevakt – kontroll av de som kommer. Søkes om lisens for dette. Sikkerhet/stengte dører fra felles inngang/venterom og videre inn i huset for å hindre at uvedkommende kommer inn på kvelden/natt. På dagen må huset være åpent. Forsvaret vil uansett ha sine sikkerhetsordninger. Obs sikkerhet i forhold til innbrudd (legemiddel på legevakten). LV må også ha uknuselig dør inn til seg.

Obs plassering av møbler på behandlingsrommene i forhold til rømningsvei.

11. SERVICE, IKT

Det er ikke behov for kontorarbeidsplasser for IKT tjenesten. Disse sitter ikke i bygget i dag og skal heller ikke det i fremtiden. Partene har ulike systemer og avtaler for oppfølging av IKT og dette må fortsette i nytt bygg. BK og IKL har Profil/ Winmed (med mulighet for DIPS for kommunikasjon med UNN), UNN har DIPS og Forsvaret har FIS basis.

Det planlegges for kopirom med printer og makulering, det må være 1 for forsvaret og 1 for resten av huset med adgangskontroll. Dersom kun kopiering uten printer kan det være felles. I tillegg bør det være tilsvarende kopirom med makulering i 2. etasje avhengig av hvilke funksjoner som er der.

Det er ønskelig med frihet til også å kunne velge å ha printere på eget kontor.

12. RENHOLD

- Renhold i dag utføres av henholdsvis Forsvarsbygg (FB) i TMS, ansatte i kommunen på Helsehuset og ISS hos ambulansen. Kommunen som eier av bygget, må ta stilling til om hvordan dette skal organiseres i ITMS. Viktig at rengjøringspersonell er sikkerhetsklarert for vasking av forswarets lokaler. En mulighet er avtale med FB om rengjøring av hele ITMS. Eller privatisering – ut på anbud. Uansett behov for tilstrekkelig bøttekott, 3 stk? Alle typer av undersøkelsesrom/ konsultasjonskontor må være rengjort om morgenen. Vil det være behov for vaskemaskin til mopper? Ta høyde for både kommunal drift og privatisert løsning.
- Det planlegges for at vask av senger og sengeredning foregår på pasientrommene. Ikke behov for ekstrasinger. Vask av undersøkelsesbenker/ skiftestue gjøres av ansatte i enheten.
- Konsept for håndtering av rent og urent tøy, samt smittetøy- utlevering og innlevering
 - Leveranse og håndtering av:
 - Pasienttøy: Lite kvanta i dag siden soldatene sover i privat/ militært tøy. Planlegge for felles system for alle parter, eksternt firma/vaskeri.
 - Personaltøy: Planlegge for felles system. Levering og oppbevaring i felles garderobe. Brukt personaltøy leveres i tøysekk ved garderoben. Ikke behov for makuleringsmaskin i garderobene. Ambulansepersonellet vasker tøyet sitt selv.
 - Sengetøy: I dag har Forsvaret eget sengetøy, det er ikke nødvendig i fremtiden. Planlegge for felles løsning. Tips om å bruke UNN sitt sengetøy pga. ambulansen som leverer fra seg skittent og plukker opp rent tøy der de avleverer pasient. Vaskeriet må da sørge for å sende UNN sengetøy tilbake.
 - Felles lager for sengetøy, ekstra dyner, puter m.m. Men må også ha lager/skap ved sengearealet for oppbevaring av et mindre kvantum til daglig bruk. Se på om det er behov for begge deler og hva som er mest hensiktsmessig.

13. ORGANISASJONSUTVIKLING OG NYE ARBEIDSMÅTER

Virksomhetsutvikling og nybygg medfører som regel endring i oppgaver og samarbeidsrelasjoner i bygget. Et nybygg må diskutere endringer i driftsmodell og ta stilling til hvordan samarbeidspartnerne ønsker å organisere seg. Samarbeidspartnerne bør jobbe parallelt med organisasjonsutvikling som en egen prosess ved siden planleggingen av selve bygget. Med fokus på organisasjonsutvikling sikrer man at bygget passer til måten man ønsker å organisere seg på, samt at samhandlingsgevinsten oppnås (fra notat til møtet)

Organisasjonsutvikling har ikke blitt tatt opp som eget tema i disse to møtene, men temaet er likevel blitt berørt under de ulike områdene.

Innspill fra gruppen som omhandler prinsipielle og organisasjonsmessige tema:

Viktig å løsrive seg fra dagens rutiner og hvem som betaler for det ene eller andre. Tenke nytt for å finne de gode løsningene, men å gjøre om på dagens rutiner for alle parter er ikke lett.

Viktig å tenke nytt og ha i tankene hvordan det kan være lurt å organisere seg i et nytt senter og hvilke avtaler som bør gjøres mellom partene for å få til god samhandling.

Behov for gjennomgang av pasientforløp og grensesnitt mellom sykestue og legevakt. Sykestua på ITMS skal være en hovedsykestue med døgndrift.

Ved øvelser må beredskapen styrkes og det må være dialog mellom forsvarer, kommune og UNN.

Innspill fra Frida i forhold til forståelse av legevakt og samarbeid mellom sykehus og kommune jfr. samhandlingsreformen:

UNN sitt forslag til tekst i HFP i kursiv:

6 Framtidig tjenestetilbud i ITMS

Etter omorganiseringen av Forsvaret, er behovet for et eget sykehus omdefinert. Forsvaret har definert sine helsetjenesteforpliktelser til å være førstelinjetjenester for de vernepliktige. Det legges til grunn for ITMS-prosjektet at dette er tilbud på samme nivå som den kommunale primærhelsetjenesten. Dette medfører at Forsvaret må forholde seg til samhandlingsreformen på samme måte som kommunene, og bidra til at det etableres intermediære tjenestetilbud der det er hensiktsmessig. Rene spesialisthelsetjenester er helseforetakets (UNNs) ansvar. I tillegg er bygget nedslitt og uhensiktsmessig for moderne sykehusdrift. UNN har også redusert sin operative virksomhet til et minimum de siste årene. Avtalen med UNN opphører medio oktober 2015.

Et nytt samlet bygg for funksjonene som skal inn i ITMS vil gi mest mulig integrerte løsninger og fellesfunksjoner mellom samarbeidspartene. Følgende funksjoner og tjenester planlegges inn i det nye bygget.

Nytt punkt 6.1 Fellestjenester

Hovedprinsippet for drift av ITMS er at flest mulig tilbud skal etableres som fellestjenester, i samsvar med føringene i samhandlingsreformen. (merknad: Dette punktet må komme først – hovedprinsippet må være fellesdrift. Deretter kan man under den enkelte aktør beskrive det hver part skal bidra med – for eksempel at Unn skal drive kompetansestøtte til døgnplassene via telemedisin.)

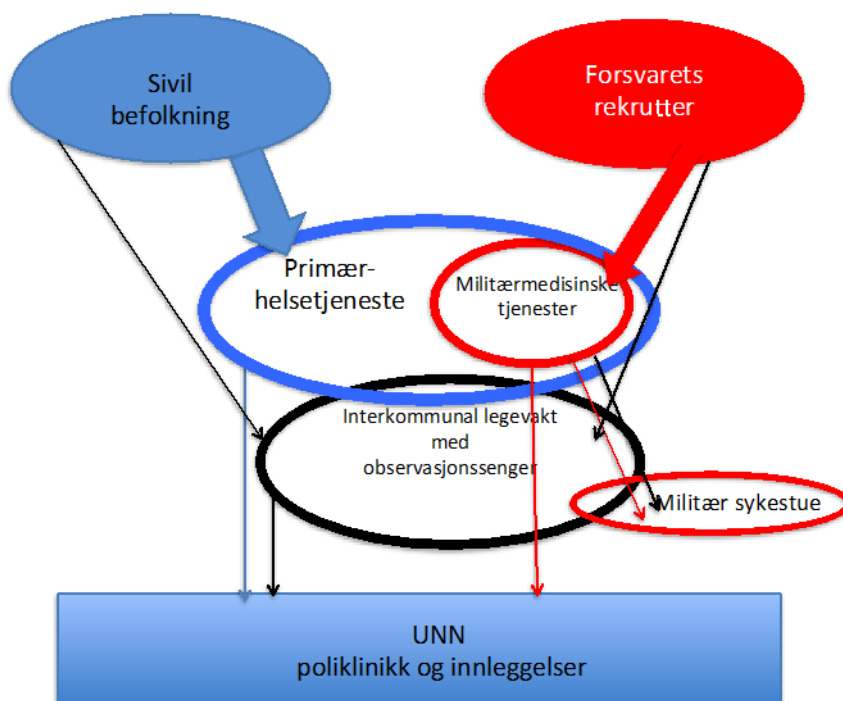
- *Felles døgnåpen interkommunal/militær legevakt*
- *Felles interkommunale/militære øyeblikkelig hjelp døgnplasser*
- *Felles støttefunksjoner (laboratorium og røntgentilbud)*

Frida sine kommentarer til dette, presentert i møtet 9. januar 2014:

Den militære legevakten på Bardufoss drives av Hæren, altså ikke av FSAN som har ansvar for førstelinjetjenester. FSAN har ikke militær legevaktordning, og dette er den eneste militære legevakten i landet. Andre steder i landet henvender en syk soldat seg til en sykevokter på sykestua (også soldat) som ringer en vaktlege et annet sted i landet. Denne legen tar en avgjørelse på telefon, og dersom legen vurderer pasienten som dårlig, henvises han til sivil legevakt. Den militære legevakten på Bardufoss bemannes av vernepliktige VAB-leger, og tar unna enklere henvendelser/sykdomstilstander hos soldater – som mage-tarm-infeksjoner og lignende. Dette sikrer at soldaten møter medisinsk personell når han har et problem, og bidrar til at interkommunal legevakt får færre henvendelser. Når det ikke er VAB-leger tilgjengelig brukes den interkommunale legevakten.

Jeg tolker UNN sitt forslag til ny tekst i HFP slik: UNN er opptatt av at *alle henvendelser* både fra sivile og militære skal sikres en medisinsk vurdering jamfør føringer i samhandlingsreformen. Dersom den militære legen vurderer pasienten som så dårlig at han kanskje må legges inn på sykehus må pasienten slik ordningen er i dag da sendes til interkommunal legevakt for vurdering. Dette fordi den interkommunale legevakten – jamfør samhandlingsreformen - har tilstrekkelig kompetent bemanning, utstyr og kommunikasjon med UNN for å kunne vurdere om han skal legges inn på sykehus, legges i ø-hjelp-seng på legevakten eller kunne sendes "hjem" – i disse tilfellene legges på den militære sykestua.

Toralf Hasvold har laget en figur som skisserer pasientflyt i vedlagt presentasjon.



Toralf Hasvold