



**Vår saksbehandler**

KK Ulf-Morten Fossum, ulfossum@mil.no  
+47 23 09 66 83, 0510 6683  
FST/Org/Struktur

**Vår dato**

2012-06-27

**Vår referanse**

2011/049240-010/FORSVARET/ 840

**Tidligere dato**

2011-12-21

**Tidligere referanse**

FD/2011/01901-5<sup>1</sup>

**Til**

Forsvarsdepartementet

Postboks 8126 Dep  
0032 OSLO  
NORGE

**Kopi til**

Forsvarsbygg  
Etterretningstjenesten  
Forsvarets logistikkorganisasjon  
Forsvarets operative hovedkvarter  
Forsvarets sanitet  
Heimevernet  
Hæren  
Forsvarets Informasjonsinfrastruktur  
Luftforsvaret  
Sjøforsvaret  
FST/O  
FST/P  
FST/SOA  
FST/ØS

**Troms militære sykehus (TMS) - Vurdering av behov for garnisonshelsetjenester**

Vedlagt<sup>A</sup> oversendes Forsvarsstabens vurdering av behov for garnisonshelsetjenester i lys av prosessen i tilknytning til TMS.

Leveransen er tredje delleveranse i forhold til de oppdrag som fremgår av listede referanser.

Forsvaret avventer oppdragsgivers tilbakemelding, og fortsetter påbegynt engasjement i den integrerte prosessen som ledes av Bardu kommune.



Jan Erik Finseth  
Viseadmiral  
Sjef Forsvarsstaben

<sup>A</sup> Vedlegg: Vurdering av hvordan behov for garnisonshelsetjenester bør ivaretas i fremtiden

<sup>1</sup> b) FD/2012-01-19/2011/01901-9, c) FD/2012-04-13/2011/01901-22



## VURDERING AV HVORDAN BEHOV FOR GARNISONSHELSETJENESTER BØR IVARETAS I FREMTIDEN

- Referanser:
- A. Brev fra FD til FST datert 21. desember 2011
  - B. Brev fra FD til FST datert 19. januar 2012
  - C. Brev fra FST til FD datert 30. januar 2012 (Delleveranse 1)
  - D. Brev fra FST til FD datert 28. februar 2012 (Delleveranse 2)
  - E. Rapport fra sivil arbeidsgruppe 1. mars 2012
  - F. Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009))
  - G. Prop. 73 S (2011-2012) Et forsvar for vår tid
  - H. Indre Troms medisinske samhandlingssenter ITMS Prosjektplan
  - I. Brev fra FD til FST datert 13. april 2012
  - J. IVB LTP 2013-2016 (under utvikling)
  - K. Inst. 388 S (2011-2012)

### 1. INNLEDNING

#### a. Generelt

Dette er tredje delleveranse i lys av FDs oppdrag til Forsvaret slik disse fremkommer i ref A, B og I. I første delleveranse (ref C) beskrev FST en overordnet plan for hvordan Forsvaret pr 30. januar 2012 vurderte videre prosess gjennom kalenderåret 2012. Andre delleveranse (ref D) var en initiell vurdering pr 28. februar av de forholdene som beskrives nærmere i dette skrevet. Tilbakemeldingen fra FD er at delleveranse 1 og 2 er i tråd med FDs intensjoner, og at prosessen utvikler seg i ønsket retning i samsvar med gitte føringer og intensjoner.

#### b. Proessen mellom første og andre delleveranse

Ved overgangen fra første til andre delleveranse fremsto to problemstillinger som særskilt interessante. Det første var en avklaring/presisering av hva Forsvarets behov for garnisonshelsetjenester faktisk er – både i nåtid og i fremtiden. Det andre gjelder hvordan disse anbefales løst. Denne delleveransen tar mål av seg til å besvare disse spørsmålene så detaljert som mulig på dette tidspunktet i prosessen.

#### c. Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen, som ble etablert 1. januar 2012, må betraktes som en overordnet policy som blant annet skal bidra til at summen av helse- og omsorgstjenester skal bli så god som mulig for all parter. I lys av blant annet Prop. 73 S (2011-2012) stadfestes det at forsvarssektoren er genuint interessert i å skape de positive synergier som det er mulig å etablere sammen med sivil sektor. Forsvarets forståelse er at dette også er tilfelle for berørte sivile aktører.<sup>1</sup>

#### d. Tilnærming til usikkerhet

Planleggingen av denne saken har siden ordremottak vært svært preget av betydelig usikkerhet. Usikkerheten, slik Forsvaret har oppfattet den, har primært vært knyttet til manglende kunnskap om intensjoner og planer som sivile aktører har i forhold til etablering av et eventuelt nytt medisinsk senter i Indre Troms.<sup>2</sup> Som beskrevet i ref H er det åpenbart at

<sup>1</sup> Jfr momenter som ble belyst av blant annet Troms fylkeskommune og Bardu kommune ved det konstituerende styringsgruppemøtet på Setermoen onsdag 18. april 2012.

<sup>2</sup> ITMS – Indre Troms Medisinske Samhandlingssenter

denne usikkerheten fortsatt eksisterer, og det forventes at den vil være fremtredende i alle fall ut kalenderåret 2012. Uavklarte økonomiske forhold kombinert med en usikker sivil fremdriftsplan er sentrale faktorer i så henseende.

Dette har fremtvunget alternative tilnærminger som er nærmere beskrevet nedenfor. Tilnærmingene har det til felles at Forsvarets forpliktelser for ivaretagelse av garnisonshelsetjenester forblir uforandret uavhengig av hva sivil sektor foretar seg, og følgelig uavhengig av hvilke eventuelle samarbeidsrelasjoner det er mulig å etablere.

## 2. DIMENSJONERENDE FORHOLD KNYTTET TIL GARNISONSHELSETJENESTEN

### a. Dagens status

Forsvarets rolle og ansvar for ivaretagelse av garnisonshelsetjenester går i korthet ut på å yte militærmedisinske tjenester i form av rådgivning, seleksjon og forsvarlig helsehjelp inklusiv tannhelse. Primært skal dette tilbudet gis til alt personell inne til førstegangstjeneste, og til alle kategorier personell som skal deployere til internasjonale operasjoner. Sj FSAN har delegert fagmyndighet for all sanitets- og veterinærtjeneste i Forsvaret.

Det ansees som vesentlig at Forsvaret i tillegg til tradisjonell medisinsk kompetanse også har behov for militærmedisinsk kompetanse. Den militærmedisinske kompetansen hentes i miljøer og arenaer som ikke finnes utenfor Forsvaret. Det betyr at Forsvarets helsepersonell må ha kunnskap og erfaring fra den militære organisasjonen og dens aktivitet. Systemforståelse kan bare oppnås ved å være på samme arena som brukeren, det vil si delta i feltaktiviteter, operativ tjeneste, innrykk, seleksjon, operasjoner i utlandet og sykestue/legekontordrift.

”Nedslagsområdet/kundekretsen”, det vil si de avdelingene som betjenes/har behov for garnisonshelsetjenester i Indre Troms pr 2012 er i hovedsak:

- Setermoen leir
- Bardufoss leir (Heggelia)
- Skjold leir, og
- Bardufoss flystasjon

Totalt utgjør dette i antall om lag 4270 militært personell.<sup>3</sup>

Forsvarets kostnader ved årlig drift av TMS, inkludert utgifter til medisinsk materiell, lønn, husleie (1,255MNOK pr. år), vask, FIS Basis etc., er beregnet til å være totalt 20,2 MNOK pr år. Dette tallet har vært relativt stabilt de siste fem år.

Produksjonsstrukturen for TMS utgjør pr nå 23 stillinger hvorav 16, 5 årsverk er besatt.<sup>4</sup>

Ved TMS gjennomføres det i dag polikliniske konsultasjoner og behandlinger. Ambulerende spesialisttjenester er i hovedsak hud, nevro, revmatologi, Øre/Nese/Hals og øye. Det gjennomføres fysioterapibehandlinger samt røntgenundersøkelser. I tillegg gjennomføres det

<sup>3</sup> Basert på telling i mai 2012 (alle kategorier uniformert personell). Vernepliktige, lærlinger og befalsskoleelever utgjør til sammen om lag 2568 av disse personene. De øvrige er ulike kategorier befal.

<sup>4</sup> Pr mai 2012.

laboratorieanalyser i klinisk-kjemisk laboratorium som både betjener sykestuer i Indre Troms og spesialisthelsetjenesten ved TMS. Dette er spesialisthelsetjenester som ikke inngår i garnisonshelsetjenesten som sådan, og som ikke skal ivaretas eller fasiliteres av Forsvaret i fremtiden.

Sykestuen på Setermoen som ivaretar garnisonshelsetjenesten i Setermoen garnison er i dag lokalisert i "TMS-bygget". Bemanningen består av VAB<sup>5</sup>-lege, sivilt ansatt sykepleiere og sanitetsassistenter (vernepliktige på førstegangstjeneste). Tannlegekontor er også etablert i samme bygg, og bemannet med 2 tannleger (18-time/uke<sup>6</sup>), 1 VAB-tannlege og 2 sivile tannlegesekretærer.

Sykestuen på Skjold garnison er lokalisert i Skjold leir (Maukstamoen) og er i utgangspunktet organisert på samme måte som på Setermoen. Tannlegekontor er etablert i sykestuen, og bemannet med 1 VAB-tannlege og 1 sivil tannlegesekretær.

Sykestuen i Bardufoss leir er av nyere dato. I tillegg til ovennevnte er Forsvarets psykiatritjeneste i Nord-Norge etablert samme sted, samt tannlegekontoret. Dette er bemannet med 1 sivil tannlege, 1 VAB-tannlege, 1 tannpleier og 1,5 stilling til sivile tannlegesekretærer.

Alle sykestuene har en viss pleiekapasitet.

Andelen konsultasjoner ifm garnisonshelsetjenesten i Indre Troms er for kalenderåret 2011 rapportert som følger:

Sykestue Bardufoss: 21.587 konsultasjoner

Sykestue Setermoen: 16.118 konsultasjoner

Sykestue Skjold: 14.117 konsultasjoner

En konsultasjon inkluderer eksempelvis innklarering, dimisjoner, telefonkontakt, audiometriundersøkelse, klarering til internasjonale operasjoner, annen henvendelse til sykestuen (eksempelvis lege/tannlege/psykolog/sykepleier) mv.

#### b. Fremtidig behov

I ref G er det overfor Stortinget foreslått minimale endringer i Forsvarets struktur for kommende langtidperiode (2013-2016) som vil påvirke dimensjoneringen av fremtidig garnisonshelsetjeneste i Indre Troms.<sup>7</sup> Nedleggelsen av TMS vil ikke påvirke garnisonshelsetjenestene som sådan, men medføre at de fysiske forholdene for ivaretagelsen av spesialisthelsetjenester og interkommunal legevakt må løses på annen måte enn i dag.

Type funksjoner som må ivaretas i den fremtidige garnisonshelsetjenesten vurderes å bli uforandret sammenliknet med i dag. Det mer interessante er behovet for antall mennesker som skal ivareta disse funksjonene. Dette er omtalt i punkt 7, og vil bli ytterligere konkretisert som del av den integrerte prosessen som pågår i regi av Bardu kommune.

<sup>5</sup> VAB – Vernepliktig Akademisk Befal

<sup>6</sup> RBA-ordning (RBA - Redusert bundet arbeidstid)

<sup>7</sup> Jfr. ref K (Innstilling fra utenriks- og forsvarskomiteen)

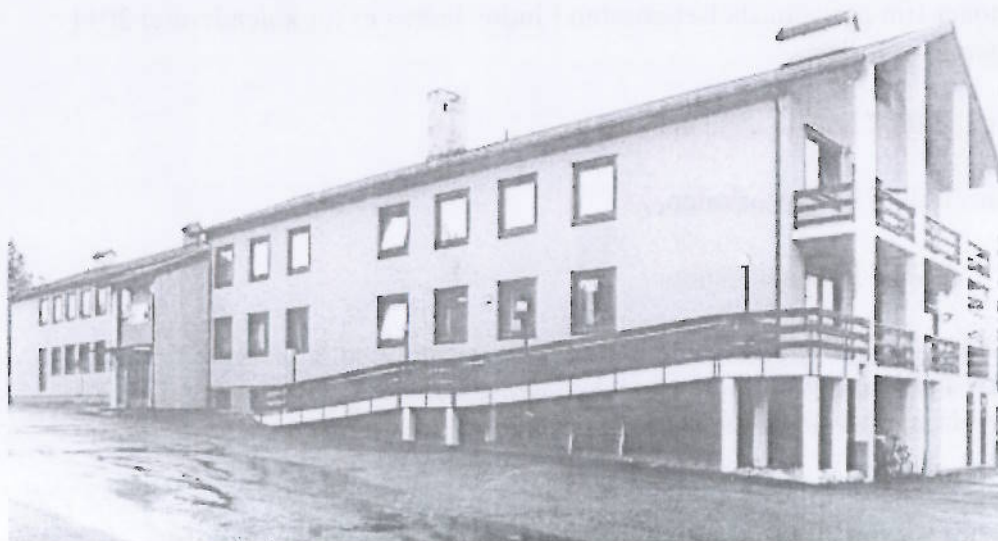
Ved en eventuell samløkalisering av garnisonshelsetjenester inn i et eventuelt fremtidig sivilt medisinsk senter vurderes det at Forsvarets roller og ansvar for disse tjenestene vil fortone seg uendret. Eventuelle husleiekostnader/-ugifter for Forsvaret har man i skrivende stund ikke oversikt over. Dette på grunn av at Bardu kommune fortsatt befinner seg i den konseptuelle fasen av prosjekt ITMS. Dette vil bli fulgt opp separat, og vil blant annet involvere Forsvarsbygg (FB).

Gitt at Bardu kommune realiserer ITMS, og Forsvaret blir leietager i bygget, så er vurderingen at det fortsatt vil være behov for lokale mindre ”satellitter”<sup>8</sup> i nær tilknytning til Skjold og Bardufoss. Rasjonale er å ivareta de situasjoner der soldater trenger enklere behandling/oppfølging nært tjenestestedet – med andre ord de situasjoner der pasienten er for syk til å fungere sammen med sine kollegaer, men for frisk til å legges inn på ITMS eller annet sykehus.

### 3. EBA – STATUS OG FORVENTET LEVETID PÅ EKSISTERENDE BYGG

#### a. Generelt

TMS bygget ble etablert i 1954. Siden har bygget blitt oppgradert til å tilfredsstillende HMS-krav og krav til medisinsk forsvarlighet. Dette inkluderer påbygg av en brakkerigg.



Bilde 1: Eksisterende TMS-bygg ved Setermoen

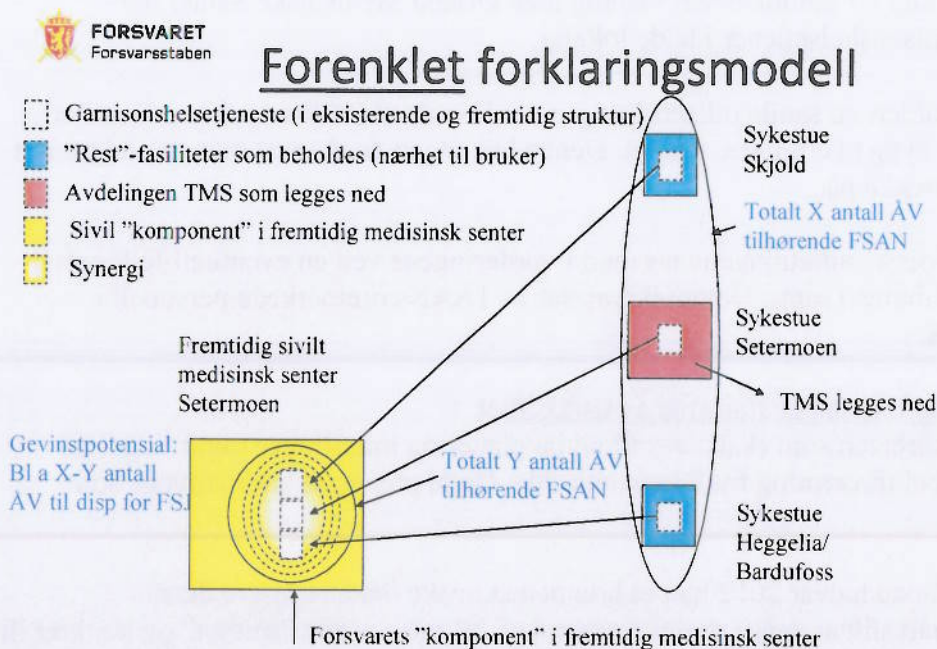
Ut fra en rent byggeteknisk vurdering ansees det at bygget kan fungere som sådan i opptil flere år, gitt at diverse større vedlikeholdstiltak gjennomføres de neste to til tre årene. Denne vurderingen av byggets ”levetid” inkluderer imidlertid ikke byggets egnethet som medisinsk senter. Byggets egnethet som medisinsk senter/militært sykehus estimeres/vurderes ikke å være til stede utover neste langtidperiode, det vil si etter 2016.

#### b. Forsvarets ”vei” ut av eksisterende TMS bygg

Denne overordnede prinsippskissen indikerer hvordan Forsvaret skal ”bevege” seg ut av nåværende TMS bygg, og bli leietager i et eventuelt ITMS. Det presiseres at skissen er overordnet og prinsipiell blant annet ved at det ikke er knyttet tidsinformasjon, milepæler eller

<sup>8</sup> For eksempel legekantor som har tilgang på lege og sykepleier ved behov.

tiltak til transformasjonen. De personellmessige ”grep” og prosesser som er nødvendig overfor FSANs personell vil bli ivaretatt iht alminnelige prosedyrer og rutiner.



Figur 1: Forenklet forklaringsmodell eller prinsippsskisse.

#### 4. AVTALER

##### a. Nåværende avtaler

Det eksisterer pr i dag en avtale mellom Troms Fylkeskommune/Helse Nord og Forsvarets sanitet vedrørende bruk og samarbeid om spesialisthelsetjenester ved TMS. Avtalen har vart i en årrekke, og har en levetid på tre år fra oppsigelse fra en av partene. Denne avtalen er ikke rettet mot TMS bygg, men mot funksjon.

Likeledes finnes en avtale som skal resigneres årlig mellom FSAN og Bardu kommune vedrørende lokalisering av interkommunal legevakt i nåværende TMS-bygning.

##### b. Oppsigelse av eksisterende og etablering av eventuelle fremtidige avtaler

Det kan synes som om den mest fornuftige tilnærmingen til avtaleverket vil være å si opp nåværende avtaler. Dette bør gjøres så snart som praktisk mulig etter at FDs IVB LTP for perioden 2013-2016 er mottatt. Forut for selve oppsigelsen bør aktuelle sivile aktører informeres om at Forsvaret vurderer og/eller har til hensikt å foreta seg en slik oppsigelse.

Oppsigelsen av eksisterende avtaler vil bli nøye koordinert med FD.

Detaljene i og prosessen relatert til de fremtidige avtalene vil bli ivaretatt som separate prosesser på utsiden av denne delleveransen. Dette må forstås i sammenheng med den usikkerheten som eksisterer på sivil side hva angår realisering av ITMS – blant annet tidsperspektivet som indikerer at sivile planer og militære intensjoner er noe i ufase.

## 5. IVARETAKELSE AV BEHOV - TILNÆRMING

### a. Valgte innretninger i andre deler av Forsvaret

På Ørland har man valgt en samlokalisert løsning med Ørland Medisinske Senter der Forsvaret utøver garnisonshelsetjener i leide lokaler.

På Elverum er det etablert en samlokalisert løsning der Forsvaret (militær sykestue) er i et leieforhold i et sivilt bygg (Terningen Arena). Denne løsningen er så ny at man har begrenset erfaringsgrunnlag å trekke på.

Erfaringer fra begge disse innretningene tas med i vurderingene ved en eventuell felles sivil-militær lokalisering i Indre Troms. Dette vil ivaretas av FSANs øremerkede personell i prosjektgruppe ITMS.

### b. Utvikling av alternativer under stor grad av usikkerhet

Den betydelige usikkerheten som eksisterer ift sivile planer og intensjoner fremtvinger en pragmatisk og fleksibel tilnærming fra Forsvarets side. Dette preger de alternativene som beskrives nedenfor.

Forsvaret har i hele første halvår 2012 hatt et brennende ønske om å redusere denne usikkerheten maksimalt slik at denne delleveransen kan bli mest mulig ”spisset” og konkret ift både ivaretagelse av egne forpliktelse og eventuelle bidrag til synergi. I og med at sivil side så vidt har startet sin konseptuelle fase<sup>9</sup> og enda ikke har konkludert med om man ser seg i stand til å realisere ITMS, så medfører dette at usikkerheten vil vedvare.

Forsvaret er engasjert både i prosjektgruppen og i styringsgruppen for på den måten å bidra til best mulig fremdrift og optimal fremtidig innretning.

### c. To hovedkategorier mulige løsninger

Forsvaret har gjennom hele prosessen sett for seg to kategorier mulige løsninger. Den ene kategorien er en samlokalisert løsning, der Forsvaret inngår som komponent i et sivilt senter. Den andre kategorien er en ikke samlokalisert løsning der Forsvaret ikke får muligheter til å inngå i en samlokalisert løsning av den enkle grunn at betingelsene for en slik løsning ikke eksisterer. I skrivende stund er det umulig for Forsvaret å vite hvilken type løsning man vil ende med. Dette betyr igjen at man tar med seg alternativene beskrevet i det etterfølgende i påvente av at sivil sektor fremlegger mer konkrete planer og intensjoner.

## 6. BESKRIVELSE AV IDENTIFISERTE ALTERNATIVER

### a. Alternativ 1a Nytt sivilt medisinsk senter etableres hvor Forsvaret kan være leietaker

#### (1) Beskrivelse

Dette er en løsning der sivil sektor etablerer et nytt medisinsk senter hvor Forsvaret kan være leietaker for ivaretagelse av garnisonshelsetjener. Løsningen er eksempelvis et nytt og moderne bygg lokalisert i Indre Troms. Løsningen har mange likhetstrekk med eksisterende

---

<sup>9</sup> Den konseptuelle fasen forventes å vedvare ut 2012. Dersom Bardu kommune ser seg i stand til å fortsette prosessen, forventes det at en forprosjektfase starter 1. januar 2013. Forprosjektfasen etterfølges eventuelt av en byggefase, der tidsperspektivet i skrivende stund ikke er kjent.



TMS. Hovedforskjellen er at etablissementet er tidmessig og moderne, og at det ikke eies og driftes av Forsvaret, men av sivil sektor.

(2) Vurdering

Dette er det nærmeste man kommer en ideell løsning for Forsvaret gitt at etableringen av det nye medisinske senteret skjer koordinert med at nåværende TMS slutter å eksistere. Det vurderes at en slik løsning tilrettelegger for god ivaretagelse av garnisonshelsetjenester, og åpner muligheter for positive synergier.

b. Alternativ 1b Nytt sivilt medisinsk senter etableres, men etter at TMS har sluttet å eksistere i nåværende form

(1) Beskrivelse

Denne løsningen er basert på at sivil sektor kommer til å etablere et fremtidig medisinsk senter, men der etableringen er så langt frem i tid at TMS slutter å eksistere eller må forventes å slutte å eksistere i sin nåværende form innen det nye senteret etableres.

(2) Vurdering

På sikt vil en slik løsning kunne bidra til samlokalisering og synergi. I det nære tidsperspektiv fremtvinges alternative løsninger for ivaretagelse av garnisonshelsetjenester. De alternative løsningene man nå kan se for seg er en eventuell "kunstig levetidsforlengelse" av eksisterende TMS-bygg, eller en helt annen løsning basert på eksempelvis containersystemer eller bruk av andre militærmedisinske fasiliteter andre steder i garnisonen (Indre Troms). Løsningen i "mellomperioden" kan være identisk med den eller de løsninger som etableres dersom alternativ 2 materialiserer seg. Løsningen vurderes som en dyrere løsning enn alternativ 1 a på grunn av kostnadene knyttet til midlertidige etableringer.

c. Alternativ 2 Nytt sivilt medisinsk senter etableres ikke

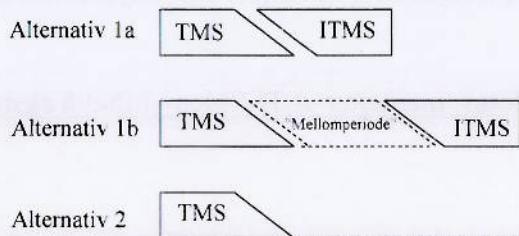
(1) Beskrivelse

Dette er en alternativ løsning som beskrives ved at et nytt sivilt medisinsk senter ikke etableres, eller at det etableres geografisk uforholdsmessig langt unna Forsvarets største bruker (eksempelvis i annen kommune).

(2) Vurdering

Dette er en løsning som sannsynligvis ikke vil bidra til positiv synergi. Løsningen vurderes generelt som en dårlig løsning. Dersom dette blir løsningen, må Forsvaret etablere et eget etablissement for ivaretagelse av garnisonshelsetjenesten.

# Prinsippskisser



TMS: Troms militære sykehus

ITMS: Indre Troms Medisinske Samhandlingssenter

Figur 2: Prinsippskisse som viser eventuelle ulike alternative innretninger

## 7. OPERASJONALISERING AV MULIGE LØSNINGER

### a. Samlokalisert løsning (Alternativ 1a og 1b)

Vurderingen av hvordan man operasjonaliserer en samlokalisert løsning er som følger:

Når det gjelder EBA, er foreløpig vurdering fra fagmyndighet at det til sammen er behov for følgende kategorier og antall rom til Forsvarets benyttelse:

Romtype/-kategori	Antall	KVM pr rom (Ca)	Samlet antall KVM (Ca)	Merknad
<b>Administrative rom</b>				
Resepsjon/venterom	1	40	40	
Garderobe ansatte	2	15	30	1 herre og 1 dame
Kjøkken, sengepost	1	13	13	
Kontor for overlege/ overtannlege/oversykepleier	3	10	30	For papir- og journalarbeid
Pauserom/hvilerom/lunchrom ansatte	1	25	25	
Vaktrom/oppholdsrom sykepleiere og sanitetsassistenter	1	19	19	Dagtid
Vaktrom/soverom	2	12	24	
Møterom	1	30	30	
Lager forbruksmateriell	1	5	5	Medisinsk forbruksmateriell

Medisinrom	1	9	9	Kjølemulighet
Tøylager	1	7	7	
Bøttekott	1	5	5	
<b>Spesialrom</b>				
Skiftestue	1	51	51	
Behandlingsrom	3	17	51	Tannlege
Behandlingsrom	7	17	119	Lege/Sykepleier
Sengerom	12	19	228	2 senger pr rom
EKG-rom	1	9	9	
Audiometri	1	20	20	
Toalett ansatte	4	2	8	2 dame og 2 herre
Toalett besøkende	2	2	4	1 dame og 1 herre
Toalett HC	1	6	6	
Laboratorium	1	25	25	
Steril/vask	1	20	20	
Avfallsrom	1	10	10	
<b>Sum</b>			<b>788</b>	

Tabell 1: Foreløpig oversikt over behov for EBA

Det presiseres at oversikten i tabell 1 er tentativ, og at nødvendige tilpasninger vil måtte foretas/følges opp som del av den integrerte prosjektprosessen. Tilpasninger/justeringer vil bli nødvendig når prosjektgruppen har kommet noe lengre i sitt arbeid, og når man har oversikt over hvilke synergier som er mulig å etablere med sivile aktører.

I utgangspunktet skal fremtidig garnisonshelsetjeneste inneha samme funksjoner som i dag. Nøyaktig spesifisering av antall stillinger i FSANs produksjonsstruktur, og totalt antall KVM, er på det nåværende tidspunkt ikke mulig å angi. Dette fordi det gjenstår å koordinere felles funksjoner mellom militær og sivil sektor i senteret. Koordineringen blir ivarettatt som del av fremdriften i prosjekt ITMS. For FSANs del vil en avvikling av TMS bety at de stillinger som er øremerket for understøttelse av spesialisthelsetjenesten er mulig å bruke annet sted i organisasjonen.

I en eventuell mellomperiode (Alternativ 1b) kan et alternativ være å anvende deler av et deployerbart sykehus (containersystem) som lokasjon for garnisonshelsetjeneste. Et slik alternativ vurderes å kunne fungere i inntil anslagsvis to år.

#### b. Ikke samlokalisert løsning (Alternativ 2)

En mulig måte å løse alternativ 2 på dersom sivil aktør ikke etablerer et nytt medisinsk senter (tilsv.) kan være å utnytte kapasitet på Bardufoss flystasjon. Denne sykestuen er pr i dag ikke dimensjonert for samlet antall militære konsultasjoner i Indre Troms. En annen løsning kan være å opprettholde det medisinske tilbudet der det tjenestegjør militært personell i dag. Denne løsningen vurderes som mer ressurskrevende enn Alternativ 1 a.

## 8. VIDERE PROSESS

Forsvaret bidrar med personell og kompetanse inn i Bardu kommunes prosjekt for å etablere et sivilt medisinsk senter. Oppmerksomheten til begge parter må være rettet mot de positive synergier som det er mulig å etablere innefor gitte rammer. Det vurderes at det er en nær sammenheng mellom grad av synergi og totale kostnader knyttet til ITMS. Stor grad av synergi forventes å begrense de fysiske dimensjoner på etablisementet, og derigjennom bidra til å redusere total kostnader og øke sannsynligheten for realisering av senteret.

Forsvaret vil løpende vurdere hvor lenge det kan være aktuelt å drifte TMS i nåværende form, og også holde dette opp imot sivile planer om realisering av ITMS. Bardu kommune kan ikke legge til grunn at TMS kan virke videre i sin nåværende form på ubestemt tid inntil ITMS er på plass.

## 9. OPPSUMMERING OG AVSLUTTENDE KOMMENTARER

### a. Generelt

Ivaretakelsen av garnisonshelsetjenesten i Indre Troms skal fortrinnsvis ivaretas ved at Forsvaret leier seg inn i deler av det fremtidige ITMS, og betaler en andelsmessig leie av de fasiliteter som benyttes. Mindre "satellitter" etableres på Skjold og Bardufoss. Detaljer utover det som er inkludert i denne delleveransen vil fremgå av den integrerte prosessen som pågår i regi av Bardu kommune.

### b. Roller

FST presiserer at militær legebedømmelse og seleksjon skal gjennomføres av militært helsepersonell.

### c. Ansvar

Det er Sjø FSANs ansvar å utøve militær helsetjeneste og ivaretakelse av militære pasienter. Ansvar for spesialisthelsetjenester og interkommunal legevakt ivaretas av ulike sivile aktører.

### d. Kostnader

Pr i dag er årlige utgifter til drift av TMS om lag 20 millioner kroner. Det er vanskelig på det nåværende tidspunkt å estimere hva Forsvarets utgifter som leietaker i et eventuelt sivilt senter vil kunne bli. Dette blant annet på grunn av at Bardu kommune på dette tidlige stadiet i prosess ITMS (konseptfasen) ikke har utarbeidet kostnadsestimater verken på etablering eller leieforhold.

### e. Annet

Forsvaret legger opp til at det skal være en åpen prosess i forhold til sivile aktører. Motivasjon, kommunikasjon og bidrag til incentiver vil være fremtredende momenter som Forsvaret skal følge opp overfor sivil sektor.

Det planlegges med en mest mulig åpen pressepolicy slik at allmennheten har et riktig og realistisk bilde av prosessen slik den utvikler seg. Bevissthet om ansvar og roller for både militær og sivil sektor må kommuniseres til riktig tid og på riktig måte.

Fra Forsvarets side ansees utgangspunktet for den videre dialogen med aktørene som etablert.