



# FORORD

Revisjon Midt-Norge SA har gjennomført denne forvaltningsrevisjonen på oppdrag fra kontrollutvalget i Stjørdal kommune i perioden januar 2023 til august 2022.

Vi vil takke alle som har bidratt med informasjon i prosjektet.

Alle rapporter fra Revisjon Midt-Norge SA publiseres på [www.revisjonmidt norge.no](http://www.revisjonmidt norge.no).

Trondheim, 11.8.2023

Anna Ølnes

Oppdragsansvarlig revisor

Leidulf Skarbø

Prosjektmedarbeider



# SAMMENDRAG

Kontrollutvalget i Stjørdal kommune bestilte i sak 10/22 en forvaltningsrevisjon med tittel «strategisk, taktisk og operativ planlegging av driften», som omfattet planlegging og prosjektering av byggeprosjekter i kommunen. Gjennom dialog med kontrollutvalgets leder og sekretær, ble prosjektet avgrenset til å gjelde tidligfasen i forbindelse med planlegging av Stjørdal Helsehus. Problemstillingene vi har undersøkt er:

1. Inneholdt beslutningsgrunnlaget for realisering av Stjørdal Helsehus
  - en tilstrekkelig behovsanalyse?
  - tydelige målsettinger for prosjektet?
  - ulike løsningskonsepter?
  - økonomiske analyser og usikkerhetsvurderinger?
2. Var beslutningsgrunnlaget i tråd med kommunens overordna planer?
3. Ble relevante aktører og brukere involvert i tidligfasen?
4. Ble behovsvurderinger og dimensjonering påvirket av deltakelsen i SIO-prosjektet?
5. Samsvarer driften av Stjørdal Helsehus med beslutningsgrunnlag og overordna planer?

Tidligfasen i denne sammenhengen er idé- og konseptfasen. Vi har avgrenset oss til å undersøke om prosessen og beslutningsgrunnlaget i den tidlige fasen avklarte hva som var behovet, hva man ønsket å oppnå, og om ulike måter å innfri dette på ble vurdert. Vi har også undersøkt om involveringen av ulike interessenter var tilstrekkelig i denne fasen. Videre har vi har vi undersøkt om det var foretatt økonomiske analyser, deriblant om deltakelsen i SIO-prosjektet<sup>1</sup>, påvirket prosessen og beslutningsgrunnlaget Vi har også vurdert om driften av helsehuset har vist seg å samsvare med hva som ble beskrevet i beslutningsgrunnlaget. Kriteriene som danner utgangspunkt for vurderingene våre er i hovedsak basert på forskningsprogrammet Concept. Concept fokuserer på tidligfasen i store byggeprosjekt, fra den første ideen oppstår til endelig finansiering av gjennomføringen er vedtatt. Problemstillinger og tema for forvaltningsrevisjonen er nærmere beskrevet i kapittel 1. Her er også det metodiske opplegget for innsamling og analyse av data beskrevet. Dokumentasjonen er i hovedsak basert på intervju med nøkkelpersoner rundt tidligfasen av Stjørdal Helsehus,

---

<sup>1</sup> Statlig finansiering av omsorgstjenester - Helsedirektoratet

inklusive ekstern prosjektleder. Når det gjelder problemstillingen om involvering, stilte vi mottakerne noen spørsmål på epost, som de kunne svare på, enten på epost eller et kort nettintervju. Vi har mottatt skriftlig dokumentasjon fra kommunen på utredninger, politiske saker mm., fra den tidlige fasen. Dette er nærmere utdypet i avsnittet om metode i kapittel 1.3. Et utkast til rapport har vært sendt til uttalelse til kommunedirektøren. Kommunedirektøren har ikke andre kommentarer enn et spørsmål til oppklaring. Vi viser til epost (vedlegg) og beskrivelse av justeringer som følge av uttalelsen.

De to første problemstillingene ble slått sammen, og lyder:

*Var beslutningsgrunnlaget for realisering av Stjørdal Helsehus forankret i overordna planer, og inneholdt det ....(som punktene i problemstilling 1, ovenfor).*

Vi konkluderer med at beslutningsgrunnlaget for realisering av Stjørdal Helsehus i all hovedsak var i tråd med anbefalingene i Concept-programmet for tidligfaseplanlegging av slike investeringer. Videre konkluderer vi med at beslutningsgrunnlaget var i tråd med overordna mål i kommunale planer og sektorplaner. Det ble gjort tilstrekkelig behovsanalyse i den tidlige fasen og definert målsettinger for prosjektet og ulike løsninger til innhold. Det ble ikke gjennomført omfattende, økonomiske analyser i tidligfasen, men det ble gjennomført foran skisseprosjektet.

Vi stiller likevel spørsmål ved om det ble gjort tilstrekkelige utredninger av ulike løsningskonsepter, slik Concept-programmet anbefaler. Nullalternativet ble lite drøftet. Dokumentasjon og vurderinger knyttet til denne problemstillingen er beskrevet i kapittel 2.

På den andre problemstillingen konkluderer vi med at det har vært nødvendig involvering av interessenter, aktuelle brukere og andre aktører knyttet til Stjørdal Helsehus. Dokumentasjon og vurdering når det gjelder denne problemstillingen er beskrevet i kapittel 3.

Problemstillingen om SIO var beskrivende. Her oppsummerer vi at deltakelsen i SIO-prosjektet har hatt innvirkning på finansieringen, omfanget og løsningene som Stjørdal Helsehus fikk. Dokumentasjon av denne problemstillingen oppsummeres i kapittel 4.

På den siste problemstillingen konkluderer vi med at det ikke finnes noe konkret system, eller dokumentasjon som sammenstiller resultatet/effektene av helsehuset med beslutningsgrunnlaget. Vi mener annen informasjon i vår rapport tilsier at resultat og effekter i all hovedsak er sammenfallende med beslutningsgrunnlaget. Dokumentasjon og vurderinger knyttet til denne problemstillingen er beskrevet i kapittel 5.

I kapittel 6 har vi konkludert og kommet med følgende anbefalinger:

Vi anbefaler kommunedirektøren å:

- Bruke erfaringene med tidligfasen i planleggingen av Stjørdal Helsehus i senere, store investeringsprosjekt
- Belyse grundig alternative løsningskonsept, også nullalternativet
- Evaluere systematisk om effekten av store investeringsprosjekt er i tråd med målsettinger i beslutningsgrunnlag.

# INNHALDSFORTEGNELSE

Forord .....	2
Sammendrag.....	4
Innholdsfortegnelse .....	7
<b>1 Innledning.....</b>	<b>9</b>
1.1 Bestilling.....	9
1.2 Problemstillinger og avgrensing.....	10
1.2.1 Problemstillinger .....	10
1.2.2 Avgrensing.....	10
1.3 Metode .....	11
1.4 Uttalelse om rapport .....	13
1.5 Om tidligfaseplanlegging og SIO .....	13
1.5.1 Tidligfaseplanlegging av store investeringsprosjekt.....	13
1.5.2 Statlig finansiering av omsorgstjenester (SIO) .....	14
<b>2 Beslutningsgrunnlag .....</b>	<b>16</b>
2.1 Problemstillinger .....	16
2.2 Revisjonskriterier.....	16
2.3 Funn.....	17
2.3.1 Forankring i kommuneplanen - samfunnsdelen.....	17
2.3.2 Forankring i sektor- og temaplaner .....	17
2.3.3 Forankring i brede analyser .....	19
2.3.4 Bredt anlagte behovsanalyser.....	20
2.3.5 Effektmål.....	22
2.3.6 Alternative konseptmål.....	23
2.3.7 Nullalternativ .....	25
2.3.8 Økonomiske analyser .....	25
2.4 Revisors vurdering.....	25
<b>3 Involvering.....</b>	<b>28</b>
3.1 Problemstilling .....	28
3.2 Revisjonskriterier.....	28
3.3 Funn.....	28
3.3.1 Behovsanalyser og vurdering av løsninger med bred involvering.....	28
3.4 Revisors vurdering.....	30
<b>4 Deltakelsen i SIO-prosjektet .....</b>	<b>31</b>
4.1 Problemstilling .....	31
4.2 Funn.....	31
4.3 Oppsummering.....	34
<b>5 Samsvar mellom drift, planer og beslutningsgrunnlag.....</b>	<b>36</b>
5.1 Problemstilling .....	36

5.2	Revisjonskriterier .....	36
5.3	Funn .....	36
5.3.1	Dagens innhold i Stjørdal Helsehus .....	36
5.3.2	Sammenstilling mellom effektene og beslutningsgrunlaget .....	37
5.3.3	Om prosjektet har gitt tilsikta effekt .....	37
5.4	Revisors vurdering.....	40
6	Konklusjoner og anbefalinger .....	41
6.1	Konklusjon.....	41
6.2	Anbefalinger .....	42
	Kilder .....	43
	Vedlegg 1 – Utledning av revisjonskriterier.....	44
	Vedlegg 2 – Uttalelse .....	53

## Tabell

Tabell 1.	Revisjonskriterier til problemstillingene.....	51
-----------	--	----

## Figurer

Figur 1.	Strategisk og taktisk ytelse .....	14
Figur 2.	Forslag til grunnelementer i et helsehus, idéfasen.....	22
Figur 3.	Forenklet sammenligning av forskjellen mellom ordinær finansiering og finansiering i forsøket. ....	33



# 1 INNLEDNING

Denne rapporten oppsummerer forvaltningsrevisjon av tidligfaseplanleggingen av Stjørdal Helsehus.

## 1.1 Bestilling

Kontrollutvalget i Stjørdal kommune bestilte i sak 10/22 i møtet den 25. mars 2022 en forvaltningsrevisjon med tittel «strategisk, taktisk og operativ planlegging av driften». Bestillingen var forankret i kommunens plan for forvaltningsrevisjon for perioden 2020-2024, hvor det er angitt noen tilnæringsmåter for et slikt prosjekt:

- Blir kommunens forventede fremtidige behov godt beskrevet gjennom analyser og fremskrivninger av innbyggernes behov og andre demografiske forhold?
- Planlegging og prosjektering av byggeprosjekt – ivaretas den kommunale helhet?
- Sikrer prosjekteringen av nye byggeprosjekter langsiktig kommunal kostnadseffektivitet og måloppnåelse?
- Utøver kommunen sin forurensningsmyndighet på en effektiv og tilstrekkelig måte?
- Følges avvik fra statsforvalteren opp på en måte som gir varige positive endringer?

I bestillingsbrevet fra kontrollutvalgets sekretær av 10. mai 2022 ble det skissert at revisjonen skulle ta for seg prosjektet for Stjørdal Helsehus, med vekt på hensynet til den kommunale helheten i planfasen, og om prosjekteringen sikret langsiktig kommunal kostnadseffektivitet og måloppnåelse.

Oppdragsansvarlig revisor var i dialog med kontrollutvalgets leder og sekretær, og drøftet avgrensninger og tilnæringsmåter. I møte den 10. januar 2023 ble det avklart at prosjektet skulle dreie seg om den tidlige fasen for planlegging av nytt helsehus.

Kontrollutvalgets leder fikk, sammen med sekretæren, fullmakt fra utvalget til å godkjenne prosjektplanen. De sluttet seg til følgende problemstillinger:

1. Inneholdt beslutningsgrunnlaget for realisering av Stjørdal Helsehus
  - en tilstrekkelig behovsanalyse?
  - tydelige målsettinger for prosjektet?
  - ulike løsningskonsepter?
  - økonomiske analyser og usikkerhetsvurderinger?
2. Var beslutningsgrunnlaget i tråd med kommunens overordna planer?

3. Ble relevante aktører og brukere involvert i tidligfasen?
4. Ble behovsvurderinger og dimensjonering påvirket av deltakelsen i SIO-prosjektet?
5. Samsvarer driften av Stjørdal Helsehus med beslutningsgrunnlag og overordna planer?

Revisor har tatt utgangspunkt i disse problemstillingene i det videre arbeidet, men som vi skal se nedenfor, er de to første problemstillingene slått sammen i samme kapittel, og den andre problemstillingen er kommet inn som del av den første problemstillingen.

## 1.2 Problemstillinger og avgrensing

### 1.2.1 Problemstillinger

1. Var beslutningsgrunnlaget for realisering av Stjørdal Helsehus i tråd med overordna planer, og inneholdt det:
  - en tilstrekkelig behovsanalyse?
  - tydelige målsettinger for prosjektet?
  - ulike løsningskonsepter?
  - økonomiske analyser og usikkerhetsvurderinger?
2. Ble relevante aktører og brukere involvert i tidligfasen?
3. Ble behovsvurderinger og dimensjonering påvirket av deltakelsen i SIO-prosjektet?
4. Samsvarer driften av Stjørdal Helsehus med beslutningsgrunnlag og overordna planer?

Revisor presenterer revisjonskriterier, data og vurderinger rundt disse problemstillingene i kapittel 2 – 5, og konkluderer på problemstillingene i kapittel 6.

### 1.2.2 Avgrensing

Temaet for denne forvaltningsrevisjonen er tidligfaseplanlegging av store investeringsprosjekt. Formålet med prosjektet har vært å finne ut om Stjørdal kommune levde opp til normene for god planlegging da konseptet for Stjørdal Helsehus ble utviklet. Dermed er undersøkelsen, tidsmessig, avgrenset til planperioden frem til det var fattet et politisk vedtak om at valgt løsning skulle gjennomføres. For Stjørdal Helsehus innebærer det beslutninger rundt overordna kommunale planer, idéfase og konseptfase for Stjørdal Helsehus. Realiseringen av byggeprosjektet vil ikke bli behandlet. Prosjektledelsen under iverksettingen vil ikke bli omhandlet. Parallelt med planleggingen av helsehuset pågikk tilsvarende tidligfaseplanlegging for omsorgsboliger. Forvaltningsrevisjonen er avgrenset mot det prosjektet.

Revisjonen har i begrenset grad undersøkt hvorvidt realiseringen av Stjørdal Helsehus samlet sett har vært et vellykket prosjekt. Vi har avgrenset oss til å undersøke om prosessen og beslutningsgrunnlaget i den tidlige fasen avklarte hva som var behovet, hva man ønsket å oppnå, og om ulike måter å innfri dette på ble vurdert. Vi har også undersøkt om involveringen av ulike interessenter var tilstrekkelig. Vi har også undersøkt om det var foretatt økonomiske analyser, deriblant om deltakelsen i SIO-prosjektet<sup>2</sup> påvirket prosessen og beslutningsgrunnlaget, og om driften av helsehuset har vist seg å samsvare med hva som ble beskrevet i beslutningsgrunnlaget. Det er hvordan disse fasene har fungert for de ulike tjenestene og aktørene i Stjørdal kommune vi har hatt oppmerksomhet på. Vi har ikke undersøkt hvordan dette har fungert for de samarbeidende kommunene eller tjenestene i spesialisthelsetjenesten.

### 1.3 Metode

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til NKRF - kontroll og revisjon i kommunenes standard for forvaltningsrevisjon, RSK 001. Revisor har vurdert egen uavhengighet overfor Stjørdal kommune, jf. kommuneloven § 24-4 og forskrift om kontrollutvalg og revisjon kapittel 3.

Vi har brukt flere metoder for å samle inn data til dette prosjektet.

#### Intervju

Vi gjennomførte oppstartsmøte den 13. januar 2023, hvor kommunalsjefen for samfunn, kommunalsjef for velferd, sektorleder bydrift og infrastruktur, sektorleder for helse og omsorg, prosjektleder for bygg, samt fagansvarlig for bygg var til stede.

Av de seks som er nevnt ovenfor, har vi gjennomført individuelle intervju med sektorleder for bydrift og infrastruktur, som var intern prosjektleder i tidligfasen. Videre har vi gjennomført intervju med leder for Stjørdal Helsehus. Hun har dessuten gjennomført en befaring i helsehuset sammen med oss. Det var nyttig, for å få et inntrykk av bygget og innholdet i det.

I tillegg til de to, har vi gjennomført individuelle intervju med ekstern prosjektleder i tidligfasen, leder for distriktsmedisinsk senter (DMS) og hovedverneombudet i Stjørdal kommune. Vi har også gjennomført intervju med to kontrollere i økonomiavdelingen, som hadde funksjoner

---

<sup>2</sup> Statlig finansiering av omsorgstjenester - Helsedirektoratet

knyttet til SIO-prosjektet og som har fulgt prosessen med Stjørdal Helsehus. De ble intervjuet sammen.

Vi har sendt epost med invitasjon til ulike interessenter om å, enten svare på noen spørsmål i form av epost eller stille til kort intervju om medvirkning og opplevelse av om helsehuset ble som beskrevet i tidligfase. Hovedverneombudet valgte intervju (se ovenfor), hovedtillitsvalgt i Fagforbundet svarte på epost, det samme gjorde kommuneoverlegen. Leder for legevakt og leder for Værnesregionen IT var også blant dem som fikk henvendelse, men har ikke svart på henvendelsen.

Det ble skrevet referat fra intervjuene som er verifiserte av intervjuobjektene. Gjennom intervju med ledere og andre ansatte med nøkkelfunksjoner knyttet til helsehuset, har vi fått grundig informasjon om prosesser i tidligfase og hvordan de følger opp at helsehuset samsvarer med beslutningsgrunnlaget.

### **Dokumentgjennomgang**

Det ble etablert et team i verktøyet Teams, hvor kommunens kontaktpersoner kunne dele dokument som har vært viktige i tidligfasen og i driftsfasen.

Vi har fått tilrettelagt politiske saker fra 2012 – 2020, med saksutredning, protokoll og vedlegg til sakene. Vi har søkt i politiske saker i den elektroniske fjerntilgangen i kommunens saksbehandlingssystem. Det har vært saker etter 1.5.2022. For saker før den tid har vi bedt om innsyn manuelt.

Videre har vi sett i styrende dokument som er tilgjengelig på kommunens nettsider, så som Kommuneplanen – Samfunnsdelen (KS) 2010 – 2022(Stjørdal kommune 2010) og Kommuneplanen Samfunnsdelen 2020 – 2032(Stjørdal kommune 2020).

### **Vurdering av metode**

Med skriftlig dokumentasjon og dokumentasjon fra intervju med de mest aktuelle aktørene, mener revisor at datagrunnlaget både er gyldig og pålitelig. Svar fra Legevakten og Værnes IT kunne ha utfylt bildet, men det svekker ikke datagrunnlaget vesentlig at de ikke har svart. Vi har også etterspurt en rapport fra Norconsult og politisk vedtak om igangsetting av Norconsults

utredning og mandat for idéfasen<sup>3</sup> og oppdraget til WSP. Vi har mottatt denne dokumentasjonen.

## 1.4 Uttalelse om rapport

En foreløpig rapport ble sendt til kommunedirektøren for uttalelse 28.6.2023. Revisjon Midt-Norge SA mottok svar fra kommunedirektøren 11.8.2023 (vedlegg 2). Tilbakemeldingen var at rapporten så veldig grei ut, men at de hadde et spørsmål om formulering knyttet til fjerde vurdering i kapittel 2.4. Her har det gjenstått en språklig feil, som gjør at formuleringen «...var behovsanalysene i hovedsak/i noen grad bredt anlagte. Etter revisors vurdering forelå det i stor grad/noen grad føringer for tomtevalg...» er endret til «...var behovsanalysene i hovedsak bredt anlagte. Etter revisors vurdering forelå det i noen grad føringer for tomtevalg...».

## 1.5 Om tidligfaseplanlegging og SIO

### 1.5.1 Tidligfaseplanlegging av store investeringsprosjekt<sup>4</sup>

Et investeringsprosjekt kan deles inn i tre faser; tidligfasen, gjennomføringsfasen og driftsfasen. Planleggingen i tidligfasen dreier seg om å legge premissene for hva som ønskes oppnådd. Den omfatter alle aktiviteter fra idéen blir unnfanget til endelig beslutning om gjennomføring er tatt. Det er på dette stadiet at muligheten for påvirkning er størst, - men samtidig som at kunnskapen om det som ligger foran er minst. Merkostnadene ved å gjøre endringer øker etter hvert som prosjektet skrider frem, ettersom det medfører endring av planer, påbegynt arbeid og inngåtte forpliktelser.

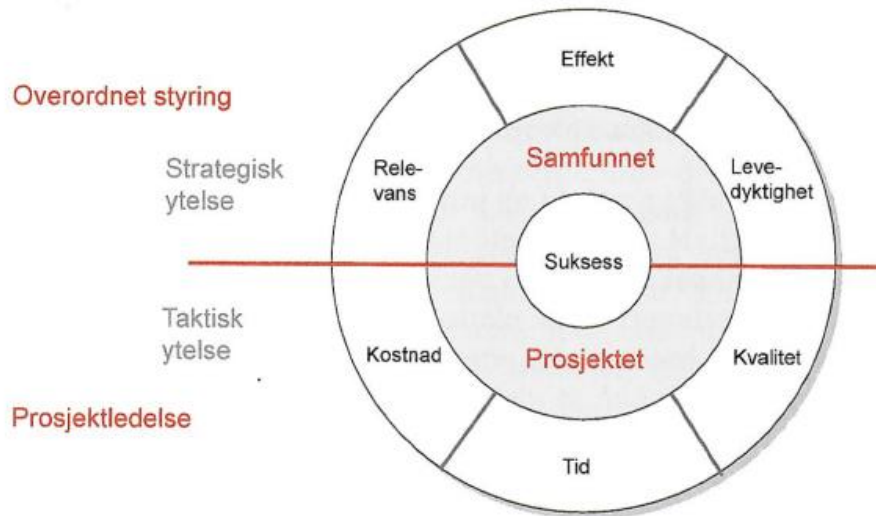
I tidligfasen etableres det strategiske perspektivet for prosjektet, med kartlegging av behov, fastsetting av målsettinger og angivelse av hva som er den tilsiktede effekten. Gjennom en konseptutredning letes det etter det løsningsalternativet som er best egnet til å ivareta disse hensynene. Et konsept er en mulig måte å gå frem på for å løse behovet. I

gjennomføringsfasen har man derimot et taktisk perspektiv, som handler om å gjøre de riktige tingene etter at valgene er tatt og prosjektet er vedtatt. Om et prosjekt er vellykket eller ikke, får man først kunnskap om i den operative driftsfasen. Dette handler både om strategisk og taktisk ytelse, som til sammen kan måles gjennom seks suksesskriterier.

---

<sup>3</sup> Den første fasen i tidligfasen

<sup>4</sup> Fremstillingen er basert på Knut Samset: Prosjekt i tidligfasen (Fagbokforlaget 2015)

Figur 1. Strategisk og taktisk ytelse<sup>5</sup>

Offentlige prosjekters strategiske ytelse handler om levedyktighet og relevans for samfunnsbehovene gjennom hele levetiden, og om de gir den tilsiktede effekten for brukerne. Den taktiske ytelsen handler om selve prosjektgjennomføringen frem til leveransen av et ferdig bygg eller anlegg. Om den taktiske ytelsen er vellykket eller ikke, kan måles opp mot kvalitetsstandarder og den fastsatte kostnads- og tidsrammen for prosjektet.

Oppmerksomheten rundt offentlige investeringsprosjekt er gjerne sentrert rundt den taktiske ytelsen, der tids- og kostnadsoverskridelser kommer i fokus. Dette kan være alvorlig nok, men langt mer alvorlig er det dersom prosjektet mislykkes strategisk, slik at problemet ikke blir løst. Å mislykkes strategisk skyldes som oftest at problemet ligger i selve konseptvalget, der det velges feil løsning i forhold til problemet man står overfor. I noen tilfeller kan det også vise seg at problemet ikke lenger eksisterer når prosjektet er gjennomført. Det kan derfor fremstå som et paradoks at så stor oppmerksomhet vies til selve prosjektgjennomføringen sammenlignet med tidligfasen.

### 1.5.2 Statlig finansiering av omsorgstjenester (SIO)<sup>6</sup>

Helsedirektoratet har gjennomført et forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene (SIO-prosjektet). Formålet har vært å se om statlig finansiering av omsorgstjenestene gir økt likebehandling på tvers av kommunegrensene og riktiger behovsdekning. Stjørdal kommune

<sup>5</sup> Samset, Knut: Prosjekt i tidligfasen (Fagbokforlaget 2015)

<sup>6</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sykehjem-og-hjemmetjenester/statlig-finansiering-av-omsorgstjenester>

har vært med i dette prosjektet siden 2016. Prosjektet ble avsluttet ved utgangen av 2021. I utgangspunktet var planen at prosjektet skulle vare ut 2022, men ny regjering fra høsten 2021 besluttet å avvikle prosjektet etter 2021.

## 2 BESLUTNINGSGRUNNLAG

I dette kapittelet beskriver innhold i og forankring av beslutningsgrunnlag.

### 2.1 Problemstillinger

**Var beslutningsgrunnlaget for realisering av Stjørdal Helsehus i tråd med overordna planer, og inneholdt det:**

En tilstrekkelig behovsanalyse?

Tydelige målsettinger for prosjektet?

Ulike løsningskonsepter?

Økonomiske analyser og usikkerhetsvurderinger?

### 2.2 Revisjonskriterier

Revisjonskriteriene som er gjengitt nedenfor er utledet fra Kommuneloven, §14-1, om økonomiforvaltningen og kapittel 25, internkontroll (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2018). Videre er de utledet fra rapporter fra Concept-programmet, i tillegg til Stjørdal kommunes økonomireglement. Kriteriene er nærmere beskrevet i vedlegg 1. Concept-programmet er et anerkjent program for planlegging av store investeringsprosjekt, også i kommunesektoren.

- Målsettingene for prosjektet bør være avledet fra målene i kommuneplanen
- Store investeringsprosjekt bør være forankret i sektor- og temaplaner
- Store investeringsprosjekter bør være forankret i brede analyser av samfunns- og brukerbehov
- Behovsanalysene bør være bredt anlagt og ikke gi føringer for bestemte løsninger
- Det bør formuleres tydelige målsettinger for hvilken effekt kommunestyret ønsker å oppnå med store investeringsprosjekt
- Alternative konsept for å innfri målsettingene bør utredes
- Nullalternativet med nødvendige tilpasninger bør utredes
- Det bør gjennomføres økonomiske analyser og usikkerhetsvurderinger for de alternative løsningene

Det vises til vedlegg 1, for konkrete kriterier og kilder.



## 2.3 Funn

### 2.3.1 Forankring i kommuneplanen - samfunnsdelen

Kommuneplanens samfunnsdel 2010-2022 var gjeldende under prosjektplanleggingen. I kapitlet om helse og omsorg beskrives samhandlingsreformen. Reformen har som mål at mer av helsetjenestene skal foregå nærmere der pasienten bor. Dette vil bl.a. kreve at kommuner samarbeider tettere, og for Stjørdals del vil samarbeidet gjennom Værnesregionen være viktig. Både distriktpsikiatrisk senter (DPS) og distriktsmedisinsk senter (DMS) er lokalisert i Stjørdal, noe som beskrives som viktig for å lykkes med samhandlingsreformen. Kommuneplanen lister opp syv mål og strategier innenfor helse og omsorg i planperioden. Disse målene er blant annet:

- En aktiv og konstruktiv holdning til samhandlingsreformen
- Videreutvikling av DMS-tilbudet i Stjørdal.
- Tilpasse organisasjonsstruktur og bemanning i forhold til nye oppgaver
- Bedre samspill mellom de ulike tjenester i kommunen, over kommunegrensene og med spesialisttjenestene.

### 2.3.2 Forankring i sektor- og temaplaner

I vedtaket fra 2012 om igangsetting av arbeid med strategiplan for Omsorg 2030, framgikk det i ett av punktene at det skulle utredes muligheter for samlokalisering mellom institusjonstjenester, intermediære enhet og lokalmedisinske tjenester, og andre tjenester/etater.

Da Omsorg 2030 ble vedtatt i 2014, var dette «startskuddet» for idé- og planleggingsfasen for Stjørdal Helsehus. I punkt fem i vedtaket fremgår det at Stjørdal kommune skal, som et første steg for realisering av Omsorg 2030, sikre seg tomtearealet mellom Halsen sykehjem - E14. Dette med sikte på å realisere første byggetrinn av helsehuset i planen. Byggetrinn to skulle søkes realisert gjennom sanering av dagens Halsen sykehjem, slik at man i størst mulig grad unngikk nedbygging av private bolighus.

I planen beskrives de fremtidige utfordringene innen helse- og omsorgstjenester; en voksende, eldre befolkning, knapphet på personalressurser, og behov for store, strukturelle endringer i tjenestene. Det framgår at tjenestene må kunne legges opp slik at mennesker blir gjort i stand til å bo lenger i eget hjem, og motta tjenester der. Samarbeid i regionen, samhandling mellom helseforetak og kommunale helsetjenester i tillegg til samarbeid om kompetanse, er virkemidler som foreslås for å møte utfordringene. I kapitlet om organisering vises det til

vedtaket fra 2012 om igangsetting av arbeid med Omsorg 2030. Her ble det åpnet opp for samlokalisering av konkrete tjenester (legevakt, DMS, sykehjem og intermedisær enhet), i tillegg til at samlokalisering med flere tjenester/instanser/etater skulle vurderes.

I plandokumentet Omsorg 2030 fra 2014 trekkes det fram at dette vil utfordre daværende organisering av tjenestene, men at det var nødvendig å se alle tjenesteområdene i sammenheng med hverandre.

I kapittelet om utbyggingsbehov skisseres fem tomtealternativ for å kunne realisere Omsorg 2030 og samlokalisering. De mest aktuelle alternativene var arealene for daværende kommunale bygg i Yrkesveien og Breidablikkveien, eksisterende tomt for Halsen sykehjem i Husbyveien og tomteområdet rundt DPS (Remyrveien).

I planen foreslås det at det settes av midler til å leie inn ekstern prosjekthjelp, som skal bistå med å vurdere alle forhold i tilknytning til etablering av disse tjenestene, herunder:

- Aktuelle tomtevalg
- Mulighetsstudier
- Kalkyler
- Konsept-/strategiske og politiske valg
- Rammeavklaring for de aktuelle tomtene
- Forhandlinger/avtaler for aktuelle tomter som kommunen ikke selv eier
- Planlegging/regulering med vurdering av plangyldighet, bestemmelser, retningslinjer og rekkefølgekrav samt krav til innbyggeravtale
- Prosjektering
- Bygging
- Ferdigstilling og forvaltning

Videre i Omsorg 2030, framgår det at etat omsorg «ser i lokaliseringsvurderingene at allerede nå er disse argumentene aktuelle»:

1. Ved utbygging av Fosslia bosenter med 80 nye bosenterplasser med døgnbemanning, samtidig som driften i nåværende bosenter opprettholdes, kan eventuelt alle beboerne på Halsen sykehjem flyttes dit slik at hele sykehjemmet blir frigitt. DMS og eventuelt andre virksomheter fra Yrkesveien/Breidablikkveien flytter inn i lokalene til Halsen sykehjem slik at det fraflyttes nok areal til å kunne bygge nytt i sentrum.
2. Når utbyggingen i Yrkesveien/Breidablikkveien (Helsehuset) er fullført, flytter alle virksomhetene tilbake hit fra Halsen sykehjem slik at sykehjemstomta kan klargjøres for neste utbyggingsprosjekt.

3. Velger man å benytte tomtegrunnen nær DPS kan rekkefølgen i utbygging og plassering endres, men det bør fortsatt stå fast at Fosslia bygges ut først med, tanke på å møte utfordringene innen demensomsorgen.

Til slutt i dette kapitlet understrekes betydningen av å innhente tilbakemelding fra de andre samarbeidskommunene i Værnesregionen og fra berørte helseforetak. Stjørdal kommune burde opprette tett dialog med kommunene i Værnesregionen om dette, og i tillegg følge med på eventuelle konsekvenser av kommunereformen for tjenesteutførelsen.

I tiltaksplanen i Omsorg 2030 er utbyggingstrinn to for Helsehuset planlagt ferdigstilt i 2022.

Leder ved DMS fortalte at de var inviterte til å komme med innspill om hva som skulle inn i planen. Det var et ønske om helsehus allerede i den fasen.

### **2.3.3 Forankring i brede analyser**

De overordna planene som er beskrevet i kapittel 2.3.1 og 2.3.2 inneholder beskrivelser av befolkningsprognoser og hvilke behov og utfordringer det vil medføre for helse- og omsorgstjenestene 20-30 år fram i tid.

Det var Kommuneplanens samfunnsdel 2010 – 2020 som gjaldt da Omsorg 2030 ble vedtatt. Her blir det vist til at Trondheimsregionen, med Trondheim og Stjørdal i spissen, de siste årene har hatt historisk høy befolkningsvekst, noe som i stor grad er en konsekvens av høy sysselsettingsvekst. Videre står det at SSB regner med at denne utviklingen vil fortsette, men i noe lavere tempo.

I et fagnotat til daværende kommuneplan, som ble vedtatt i 2010 blir det pekt på at helsehuset, sammen med utvidelse av tallet på heldøgnplasser ved Fosslia bosenter, omsorgsboliger og gode hjemmetjenester vil gjøre kommunen i stand til å møte utfordringene.

Etter at det gjennom vedtak av Omsorg 2030 ble besluttet å sette i gang planlegging av et helsehus, engasjerte kommunen Norconsult for å utrede prosjektet. Intern prosjektleder i Stjørdal kommune fortalte at rapporten fra Norconsult ble forkastet, da den ikke svarte ut den politiske bestillingen. Den ble vurdert som mangelfull, bl.a. på utfordringer og behov i de andre kommunene i Værnesregionen. Den inneholdt heller ikke en bred nok tilnærming til hvordan helsehuset skulle planlegges. Derfor ble et annet eksternt analysefirma engasjer, WSP, som Stjørdal kommune hadde rammeavtale med. WSPs engasjement var delt inn i to faser; idéfasen og konseptfasen. Disse to fasene utgjorde sammen tidligfasen av helsehusprosjektet.

WSP engasjerte SINTEF som underleverandør i idéfasen. SINTEF(Rohde 2016) utarbeidet et notat som inneholdt befolkningsprognoser for Værnesregionen i 2014 – 2030. Dataene i analysen ble hentet fra SSB, Helsedirektoratet, pasientdata fra Helse Midt-Norge, årsmelding fra Stjørdal DMS, data fra Stjørdal DPS, Klinikk for medisinsk service i Levanger og Medisinsk klinikk/Dialyseenheten i Levanger. I notatet går det fram at dataene er kontrollert mot rapporten som er skrevet om Trondheimsregionen 2040, der Stjørdal er en av kommunene som er med (ingen av de andre kommunene i Værnesregionen).

### **2.3.4 Bredt anlagte behovsanalyser**

Ifølge kommunens interne prosjektleder ble det jobbet utfra en politisk bestilling om samlokalisering, og alternative tomtevalg ble vurdert. Andre løsninger enn samlokalisering kjente han ikke til.

Ekstern prosjektlederen fra WSP sa at kommunen hadde besluttet at det skulle utredes nytt helsehus, da selskapet ble engasjert høsten 2015. WSP hadde gjort en jobb for Rauma kommune om nytt helsehus. Dette var på det tidspunktet da de første kommunale helsehusene ble planlagt, og hvor WSP hadde jobbet sammen med SINTEF og skaffet seg mange erfaringer. Kommunen ville, ifølge ekstern prosjektleder, gjennomføre en mer omfattende prosess, med bredere deltakelse.

Ekstern prosjektleder fortalte at WSP introduserte begrepene idéfase og konseptfase, basert på Sintef Helse sine utredninger rundt sykehusbygg. De tok med mange av begrepene og erfaringer fra tidligfaseplanlegging av sykehus, og vurderte hva som kunne brukes av det som var der fra før. Prosjektleder fra WSP fortalte at oppdraget ble laget i et samarbeid med kommunen. For hvert av de to prosjektene (omsorgsboliger og helsehuset) ble det beskrevet hvilke faktorer de skulle se nærmere på. Dette ble utformet sammen med sektorledelsen innen helse og omsorg. Alt ble forankret opp mot målene de hadde satt seg.

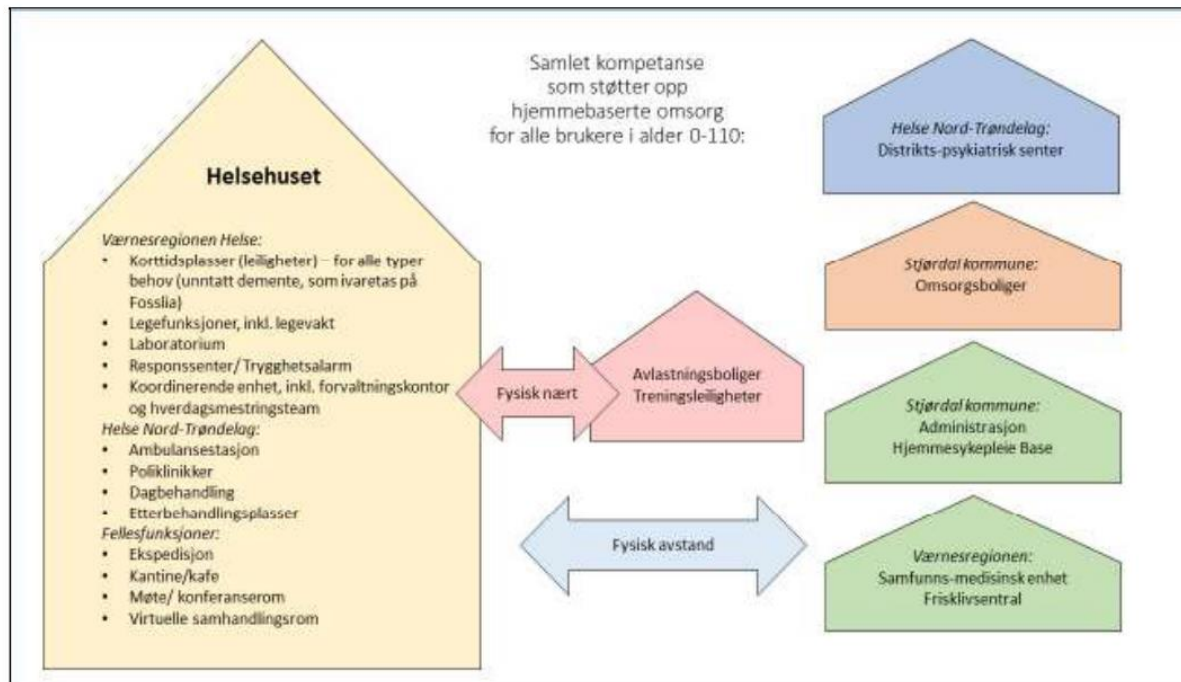
Det var ikke definert fra kommunen at WSP skulle komme med ulike alternative konsepter. Kommunestyret hadde i utgangspunktet bestemt seg for en tomt, og at det skulle bygges et nytt hus der. Alternativene WSP så på, dreide seg om omfang, og om helsehus og omsorgsboliger skulle være samlet eller delt. Dette ble imidlertid ikke utredet som reelle alternativ. I strategien som var lagt ble det klart at det skulle være delt. Det ble utredet ulike alternative modeller for samlokalisering av tjenester i helsehuset. Ekstern prosjektleder fortalte at dette handlet om hvilke tjenester og aktiviteter som ville ha størst gevinst ved å bli lokalisert sammen med andre i et helt nytt bygg. Hun trakk fram at det var en bred medvirkningsprosess, og det var store diskusjoner om hva som er fremtidens tjenester og hva som må være samlet

for å utnytte kompetanse og ressurser best mulig. Det ble arrangert to workshoper i idéfasen, i tillegg til at det ble gjennomført intervju med en rekke, ulike interessenter/brukere (dette blir grundigere drøftet i kapittel 3). Disse føringene har ligget til grunn for løsningen hele tiden. Det var en del faktorer som måtte hensyntas, og innenfor og mellom tjenestene var det en del diskusjoner om hva dette innebar. Utfordringen var å falle ned på en løsning som man kunne være forent om, og hvilken løsning som ville gi størst gevinst med tanke på fremtidens helse- og omsorgstjenester.

I intervjuet med lederen for DMS fortalte hun at de ønsket å få inn, eller ha nærhet til ulike funksjoner, bl.a. forvaltningskontoret, DPS og hjemmesykepleien. Det ble holdt store møter med «brainstorming». Teknisk og omsorg hadde vurdert tre forskjellige tomter, og ga beskjed om hvilken som var valgt og om å prioritere strengt. Løsningen innebar at det ikke ble nærhet til DPS, mens hjemmesykepleie og forvaltningskontoret ble i nærheten selv om det ikke ble i samme bygg. I prosessen ble det vurdert hvem som kunne klare seg med gamle lokaler.

Rapporten fra idéfasen oppsummerer ulike alternativer for innhold som et helsehus kan ha. I kapittel 6 i rapporten oppsummeres forslagene til innhold som et helsehus kan ha i en tabell, basert på innspill fra seks grupper i workshop i denne fasen (vedlegg). Oppsummert, vises det i rapporten til at det kom fram entydig behov for fortsatt samlokalisering mellom legevakt og ambulansetjeneste. Videre kom det fram at legevakttjenesten og funksjoner som da tilhørte DMS burde samlokaliseres. Det kom også fram behov for å plassere forvaltningskontoret (koordinerende enhet) i helsehuset. Det var forskjeller i vurderinger av behov for DPS i helsehuset. Det kom ikke fram noen tydelig sammenheng mellom den foreslåtte plasseringen av DPS, og den gevinsten som gruppene ønsket å oppnå med tanke på kunnskapsutveksling og effektive tjenester, går det fram av rapporten fra idéfasen. Forslagene ble videreført og bearbeidet i prosjektgruppen, og de forslagene det bredest enighet om i den første workshopen ble tatt med videre i den andre workshopen, som endte med en anbefaling om hva som burde inngå i helsehuset. Grunnelementene vises i figuren nedenfor.

Figur 2. Forslag til grunnelementer i et helsehus, idéfase.



Kilde: Rapport fra idéfase, WSP.

Rapporten fra idéfase anbefalte tre aktuelle alternativ å gå videre med. Disse presenteres i kapittel 2.3.6. I rapporten fra idéfase ble også tre aktuelle tomter vurdert som aktuelle. Også det blir presentert i kapittel 2.3.6.

### 2.3.5 Effektmål

I kapittel 8, i rapporten fra idéfase, beskrives gevinsten ved å etablere et helsehus. «Gevinsten av etablering av helsehus er å samle og styrke ulike kompetanser, i tillegg til å utvide eksisterende kompetanse på de områdene der det vil være mest tjenlig for utvikling av tjenestene til innbyggerne i både Stjørdal og de øvrige kommunene i Værnesregionen Helse.»

I rapporten heter det videre:

Målet for både Stjørdal og de andre kommunene i Værnesregionen Helse er at innbyggerne skal kunne bo hjemme lengst mulig, få gode og tilpassede tjenester og at de etter eventuelle

sykehusinnleggelser kan komme så raskt som det er forsvarlig tilbake til sin egen bolig. Helsehuset vil kunne bidra til dette ved at:

- Legeressursene som i dag (2016) er knyttet til legevakt og spesialisthelsetjenesten ved DMS kan sees noe mer i sammenheng. Med en koordinerende ledelse av denne fagressursen er det et mål å knytte fastlegene tettere til funksjonene i helsehuset, slik at det er en ressurs også for dem
- Styrking av det kommunale rehabiliteringstilbudet. Helsehuset som kompetansesenter kan gi rom for en sentral opptrening av både fagpersonellens kunnskaper og brukernes ferdigheter når det vurderes som riktig og effektivt for å nå målet om at brukerne skal kunne klare seg lengst mulig hjemme
- Samling og samordning av sengerressurser vil kunne gi mer effektiv drift og det kan settes mål om å frigjøre ressurser til mer direkte oppfølging og behandling av brukerne og reduksjon av ressurser til vaktordninger
- Ha større fleksibilitet til også å kunne gi akutte tjenester når slikt behov oppstår, og dermed avlaste sykehusene for høyere overføringer av pasienter til dette, høyere omsorgsnivået
- Samle laboratoriefunksjonene, og styrke denne funksjonen i samarbeid med spesialisthelsetjenesten
- Videreutvikle samarbeidet med spesialisthelsetjenesten som kan bidra til å redusere reisetid til slike tjenester, bidra til avklaring av medisinske tilstander i nærområdet, styrke det faglige miljøet og rekrutteringen av fagpersoner
- Oppbygging av responscenter med god faglig kompetanse for å støtte tjenestene som utføres der brukerne bor, i stedet for å flytte pasientene til der kompetansen er.

Rapporten fra konseptfasen inneholdt vurderinger rundt fem tomtealternativ. Det fremgikk ikke av denne rapporten om måloppnåelsen for de ulike alternativene var vurdert.

### **2.3.6 Alternative konseptmål**

I kapittel 9, i rapporten fra idéfasen, vurderes tre, alternative løsninger for helsehuset. I rapporten framgår det at alle alternativene vil kunne skaleres opp eller ned når det gjelder aktivitet og plassbehov.

1. Samling av funksjonene i nåværende DMS, Legevakt og Ambulansestasjon, samt funksjonene rehabilitering, hverdagsmestring og forvaltning.
2. Alternativ 1, med tillegg av funksjoner tilknyttet psykisk helse og rus.
3. Alternativ 2 med DPS inkludert.



I kapittel 9.1 diskuteres hvilke mulige endringer i aktivitetsnivå og profil som bør diskuteres videre i hvert av alternativene.

I rapporten fra idéfasen beskrives fire aktuelle tomter for et nytt helsehus. Det fremgår av rapporten at det ikke har vært sterke synspunkt på hvilke av de aktuelle tomtene som må velges. Men det er trukket fram aktuelle kvaliteter ved beliggenhet; størrelse, utbyggingspotensial, reguleringsbestemmelser/planstatus, eierforhold, eksisterende bygningsmasse, grunnforhold og LCC-beregninger (livssyklus kostnader). Videre er ulike kvaliteter knyttet til funksjoner beskrevet: nærhet til bydelssenter, kafeer, kulturliv, hovedfartsårer, kollektivtrafikk, parkeringsmuligheter, turområder, grøntområder, privatfinansierte seniorboliger og boligklynger.

Drøftingene av de tre alternativene, tomtealternativer og kvaliteter ble tatt med videre i konseptfasen. I konseptfasen ble samordning og helhetlig pasientforløp sentralt i vurderingene. I kapittel 5 i rapporten fra konseptfasen behandles hovedalternativene fra idéfasen. Anbefalingen om samlokalisering av kommune- og spesialisthelsetjenestene i et Helsehus ligger til grunn, med begrunnelse i at funksjonene skal kunne oppnå gjensidig nytte av hverandres kompetanse og at gevinstene først og fremst hentes gjennom at det utvikles bedre helsetjenester. I rapporten framgår det at det er kun ett av alternativene som det er aktuelt å arbeide videre med. Samtidig framgår det at pasienter med samtidig alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse skal ha samme rett til vurdering av nødvendig helsehjelp og omsorgstjenester i kommunen og helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten som alle andre pasienter. Denne gruppen skal derfor ha like naturlig plass som bruker av helsehuset. Helse Nord-Trøndelag hadde gitt beskjed om at det var uaktuelt å endre på dagens plassering av DPS.

Det nye Helsehuset ble da en samling av funksjonene i DMS, legevakt og ambulansestasjon, samt funksjonene rehabilitering, hverdagsmestring og forvaltning. Brukerne av Helsehuset skal være alle pasientene i Værnesregionen som har behov for disse tjenestene.

Ifølge intern prosjektleder ble det jobbet utfra en bestilling om samlokalisering, og alternative tomtevalg ble vurdert.

Ekstern prosjektleder fortalte at det ikke var definert at de skulle komme med ulike alternative konsepter. Hun opplevde at tomt for helsehuset var behandlet i kommunestyret før WSP ble involvert. Hvorvidt det var et vedtak, var hun usikker på. Det ble likevel, av kommunens ledelse, lagt fram fire andre tomtealternativer som kunne være aktuelle å bygge på. Hun fortalte at alternativene som de så på dreide seg om omfang. Det ble utredet ulike alternative modeller



for samlokalisering av tjenester i helsehuset. Dette handlet om hvilke tjenester og aktiviteter som ville ha størst gevinst ved å bli lokalisert sammen med andre i et helt nytt bygg.

### 2.3.7 Nullalternativ

I rapport fra idéfasen, kapittel 9, beskrives nullalternativet som organisering av tjenestene som i dag. Eldre bygningsmasse vil i dette alternativet vedlikeholdes, men det vil ikke bli bygget noe nytt. Nullalternativet er ikke nærmere drøftet i denne rapporten. Nullalternativet er ikke berørt rapporten fra konseptfasen.

### 2.3.8 Økonomiske analyser

Rapporten fra idéfasen inneholdt ikke økonomiske analyser.

I rapporten fra konseptfasen beskrives de økonomiske rammene i kapittel 8. Her framgår det at det ble lagt inn investeringskostnader i Økonomiplanen for 2017-2020. Investeringene i 2020 var beregnet til 17 millioner kroner, som en oppstartskostnad, og deretter var det avsatt 2 millioner kroner årlig, i 2017, 2018 og 2019. Grunnlaget for investeringskostnadene var funksjonsprogrammet og med tilhørende romprogram. Romprogrammet var ikke ferdigstilt på dette tidspunktet, det ville ferdigstilles i detalj i skisseprosjektet<sup>7</sup>. Det går fram av rapporten at romprogrammering vil skje i henhold til retningslinjene for investeringer i kommunale bygg, og revidert økonomireglement, punkt 7

Controllerne sa at sluttprisen ble veldig nær målprisen, som kommunestyret vedtok 22.11.2018. De beskrev samspillsmodellen som en god modell for holde seg til målprisen. I ettertid er det område ved siden av helsehuset som må settes i stand igjen etter byggeprosessen. Det kan innebære noen ekstra kostnader.

I rapporten fra idéfasen drøftes tre hovedalternativene i kapittel 9.1, mest rundt alternativ 1. Det går ikke eksplisitt fram vurderinger rundt usikkerhet. Det går heller ikke fram, eksplisitt, i rapporten fra konseptfasen at det er gjort usikkerhetsvurderinger.

## 2.4 Revisors vurdering

Etter revisors vurdering var målsettingene for Stjørdal Helsehus avledet fra de overordna målene i dagjeldende samfunnsdelen til kommuneplan.

---

<sup>7</sup> den fasen har vi ikke hatt fokus på i denne forvaltningsrevisjonen

Kommuneplanen – Samfunnsdelen inneholdt utfordringer og mål som beskrev utfordringene for framtidens helse- og omsorgstjenester. Eldrebølge og samhandlingsreform var temaer som kommunen måtte søke å finne løsninger for, noe beslutningsgrunnlagene fra tidligfasen av helsehusprosjektet tok opp i seg.

Etter revisors vurdering hadde investeringsprosjektet Stjørdal Helsehus en klar forankring i sektorplanen Omsorg 2030.

Vedtaket om utarbeiding av strategiplanen Omsorg 2030 var det første initiativet til det som ble Stjørdal Helsehus. I vedtaket ble det lagt føringer for sikring av tomtealternativ for et helsehus. Omsorg 2030 konkretiserte utfordringer og målsettinger, og var startskuddet for tidligfasen av Stjørdal Helsehus

Etter revisors vurdering inneholdt idéfasen for Stjørdal Helsehus brede analyser av samfunns- og brukerbehov.

I tillegg til det analysegrunnlaget som fantes i overordna planer, gjennomførte WSP/SINTEF analyser av samfunns- og brukerbehovene. Analysene var basert på og sammenholdt med et bredt kildegrunnlag fra SSB, kommunen, Trondheimsregionen og Helse Midt-Norge, for å nevne noen.

Etter revisors vurdering var behovsanalysene i hovedsak bredt anlagte. Etter revisors vurdering forelå det i noen grad føringer for tomtevalg og samlokalisering før den tidlige planleggingsfasen startet. Etter revisors vurdering ble det i idéfasen til en viss grad lagt opp til å gå bredere ut, for å vurdere alternative løsningskonsept.

Før oppstart av tidligfasen, forelå det, etter revisors vurdering føringer som gjaldt samlokalisering og helsehus, til dels tomtevalg. Slik sett har ikke behovsanalyser vært så bredt anlagte som Concept-programmet anbefaler for store investeringsprosjekt.

I idéfasen og konseptfasen ble det likevel lagt opp til en bredere tilnærming, med involvering av et stort antall aktører som la grunnlag for ulike alternativ, spesielt når det gjelder innhold i helsehuset.

Etter revisors vurdering ble målsettingene som ble formulert i tidligfasen i hovedsak tydelige for hvilken effekt som var ønsket med Stjørdal Helsehus. Målene lå til grunn for kommunestyrets beslutninger videre i prosessen.

Informasjonen som vi har lagt til grunn tilsier at målene for Stjørdal Helsehus var tilstrekkelig tydelige for at kommunestyret kunne ta beslutninger.

Etter revisors vurdering var det ett konsept, samlokalisering i et nytt bygg, som var det framtreddende konseptet, og alternative konsept til det, var i mindre grad utredet. Etter revisors vurdering ble nullalternativet i liten grad drøftet.

Alternative løsninger ble løftet fram og drøftet i både idéfasen og konseptfasen. Drøftingene dreide seg om innhold og tomtevalg.

Nullalternativet ble ikke nærmere drøftet, hverken i idéfasen eller konseptfasen.

Etter revisors vurdering ble det i liten grad gjennomført økonomiske analyser i idé- og konseptfasen. Disse kom først i forbindelse med vedtak om skisseprosjekt. Etter revisors vurdering går det ikke eksplisitt fram i informasjonsgrunnlaget at det er gjort usikkerhetsvurderinger rundt de ulike alternativene.

# 3 INVOLVERING

## 3.1 Problemstilling

**Ble relevante aktører og brukere (interessenter) involvert i tidligfasen?**

## 3.2 Revisjonskriterier

- Behovsanalyser og vurdering av løsninger bør gjennomføres med bred involvering av brukere og interessenter

Som for kriteriene i kapittel 2.2, er også disse kriteriene videre beskrevet i vedlegg1.

## 3.3 Funn

### 3.3.1 Behovsanalyser og vurdering av løsninger med bred involvering

I et av vedleggene til rapport fra idéfasen, fulgte en oversikt over personer og funksjoner som hadde medvirket i idéfasen. I tillegg til prosjektgruppen, deltok virksomhetsledere og rådgivere innen omsorg, hovedtillitsvalgte fra ulike arbeidstakerorganisasjoner, hovedverneombud, Værnesregionen – it, kommuneoverlege, ledelse og ansatte ved DMS, i tillegg til ledere ved DPS, ambulansetjenesten og samhandlingsavdelingen. Disse representerte både de deltakende kommunene og spesialisthelsetjenesten. I alt 50 personer var involvert i denne fasen, i tillegg til prosjektgruppen. Det var ulike former for medvirkning i denne perioden: Det ble gjennomført 23 intervju, i hovedsak med ledere. Alle, 50 deltakerne har deltatt på den ene eller begge workshopene som ble arrangert, henholdsvis 1.-2. mars 2016 og 4. mai 2016. Intern prosjektleder fortalte at Værnesregionen Helse ble etablert i 2012, og ble involvert ved utarbeiding av tidligfaserapporten.

Ifølge den eksterne prosjektlederen ble de samme aktørene involvert i konseptfasen. I kapittel 3.2 i rapporten fra konseptfasen framgår det at det er gjennomført en større workshop med 40 deltakere i denne fasen. Innspillene fra workshopen ble fulgt opp i møter med hver enkelt virksomhet, for å få klarlagt nærmere det konkrete omfanget og arealbehovet knyttet til de ulike tjenestene. Det går fram at tillitsvalgte og verneombud deltok i workshopen.

Revisor har kontaktet representanter fra Stjørdal kommune, for de ulike interessentene knyttet til helsehuset. Vi kontaktet dem på epost, med spørsmål om de ville svare på tre spørsmål om medvirkning, enten i skriftlig tilbakemelding på epost, eller i et kort videointervju. Vi har fått

skriftlig tilbakemelding fra en hovedtillitsvalgt og fra kommuneoverlegen. I tillegg ønsket hovedverneombudet å bli intervjuet.

Tilbakemeldingen fra kommuneoverlegen, som er kommuneoverlege i hele Værnesregionen, var at han fikk delta tett på daværende etatsjef og prosjektgruppa i ide-fasen, der målsetningen var å skape et bygg som skulle understøtte det helhetlige pasientforløpet i kommunen. Det var en vilje til å sikre at helsehjelp kunne tilbys på lavest mulig nivå i omsorgstrappen, hindre at noen falt imellom, og ressursene skulle brukes klokt, også etter SIO. Med samlokalisering av legevakt, KAD-senger (kommunale, akutte døgnplasser), DMS og korttid/rehabilitering, så de muligheten for å dra veksler på fagkompetanse på tvers, fleksibilitet og gode overføringer internt. Fire kommuner var fortsatt tilknyttet både legevakt og DMS, men planlegging av Helsehuset var rent Stjørdals-prosjekt, særlig fordi de andre ikke var med i SIO, som var en forutsetning for å ta denne investeringen.

Etter idéfasen opplevde kommuneoverlegen mindre involvering, i den forstand at han ikke ble etterspurt slik han forventer når et faglig konsept blir modifisert. Kommunelegen ba selv om et møte med prosjektledelsen, og fikk et intervju sammen med tillitsvalgte.

Hovedtillitsvalgt ga tilbakemelding om at de opplevde stor grad av involvering i planleggingen av Stjørdal Helsehus. Det ble etter hvert naturlig at verneombud og de som skulle arbeide i bygget ble koblet på, i stedet for de hovedtillitsvalgte. Hovedtillitsvalgt skrev videre at, basert på tilbakemeldinger fra verneombud, driftsansvarlige, renholdere og helsepersonell, så virker det som om de har fått medvirke bra.

I intervjuet med hovedverneombudet fortalte hun at verneombudet var involvert i forbindelse med intervjuer og workshops. I tillegg ble det informert om prosjektet i AMU.

Fra verneombudets side var det viktig å sørge for at det var tilfredsstillende fasiliteter for ansatte innen helse, renhold, drift, og andre grupper ansatte som skulle jobbe i helsehuset. Hovedverneombudet var opptatt av å gi innspill til garderobeforhold og personalrom. Når det gjaldt det siste, var det en svakhet, ettersom arealer som skulle vært personal-/hvilerom for ansatte, ble gjort om til møterom, ifølge hovedverneombud. Hovedverneombudet ga uttrykk for at beslutning om og planlegging av Stjørdal Helsehus var preget av den avgrensede perioden som SIO varte, og at prosessen kunne ha blitt annerledes om en var uavhengig av SIO, i forhold til budsjett for drift av huset. Etter hennes mening burde det vært tenkt mer helhetlig når det gjelder hele helse- og omsorgsområdet i kommunen. Helsehuset har tappet andre helse- og omsorgstjenester for ansatte, da det ikke var budsjettert med drift. Det burde, etter hennes mening vært brukt mer ressurser på tilstrekkelig grunnbemanning. Hun stiller også spørsmål ved om brukerne av Helsehuset, som i hovedsak er eldre svært syke mennesker,

har så stor glede av store stuer, såkalt orangerier. Det er også kommet tilbakemelding fra ansatte som etterlyser takheis for å lette på arbeidstyngden.

### **3.4 Revisors vurdering**

Etter revisors vurdering har det vært bred involvering underveis i idé- og konseptfasen.

Informasjonsgrunnlaget tilsier at de vi har vært i kontakt med opplever at involveringen har vært god i tidligfasen av Stjørdal Helsehus. Det ble ikke gjennomslag for alt, men muligheten til å fremme behov og forslag ser ut til å ha vært god.

# 4 DELTAKELSEN I SIO-PROSJEKTET

I dette kapittelet beskriver vi kommunens deltakelse i prosjektet Statlig finansiering av omsorgssektoren (SIO), og om denne deltakelsen har hatt innvirkning på løsninger som er valgt rundt helsehuset. Det er en beskrivende problemstilling, og revisor har ikke gjort vurderinger opp mot kriterier.

## 4.1 Problemstilling

**Ble behovsvurderinger og dimensjonering påvirket av deltakelsen i SIO-prosjektet?**

## 4.2 Funn

Regjeringen foreslo i statsbudsjettet for 2015 at det skulle gjennomføres et forsøk med statlig finansiering av de kommunale omsorgstjenestene. Den overordnede målsettingen med forsøksordningen var å prøve ut om statlig finansiering og statlige kriterier for tildeling av omsorgstjenester ville gi økt likebehandling på tvers av kommunegrenser og riktigere behovsdekning av tjenester til innbyggerne (Stjørdal kommune 2022). Prosjektet var en forsøksordning som opprinnelig skulle vare fram til 2019, men som ble utvidet fram til utgangen av 2022, men skulle avsluttes i 2022, men som likevel ble avsluttet ett år tidligere, i 2021. Prosjektet ble evaluert årlig i prosjektperioden.

Stjørdal kommunestyre vedtok i sak 113/15 å søke om deltakelse i prosjektet. Stjørdal kommune var en av de seks kommunene som ble valgt ut til å delta i prosjektet fra begynnelsen (2016). I vedtaket ble det forutsatt at eventuell deltakelse ikke skal rokke ved den tverrfaglige enigheten om satsingen på hjemmebasert omsorg og de føringene som ligger i planen Omsorg 2030. Videre ble det vedtatt en forventning om at deltakelse i prosjektet ikke skal bidra til varige økte driftskostnader etter prosjektperioden.

Controllerne som revisjonen intervjuet, bekreftet at kommunestyrets vedtak var styrende. Det var klare føringar fra politisk hold om at SIO-midlene skulle gå til investering, og at driftsbudsjettene ikke skulle påvirkes av en midlertidig, gunstig situasjon.

Når det gjelder effekter av finansieringsmodellen, oppsummerte Agenda Kaupang, SINTEF og Proba<sup>8</sup> at «forsøket har gitt betydelige økte overføringer fra staten til kommunene. Sammenligning av statens tilskudd gjennom forsøket med det kommunene ellers ville fått som rammetilskudd (og tilskudd til tjenester for særlig ressurskrevende brukere), viser at statens overføringer til forsøkskommunene har økt betydelig. De seks kommunene som har deltatt i den statlige finansieringsmodellen fra 2016–2021 (eller deler av denne perioden), har samlet fått 1,3 mrd. kr. i økte overføringer fra staten.». I rapporten pekes det på fire mulige forklaringer:

1. Demografiveinsten: Høyere demografisk behovsvekst enn det som er lagt til grunn i justeringen av uttrekket fra kommunens rammetilskudd
2. Gevinst knyttet til at staten har dekket økningen det som ville vært kommunens egenandeler for ressurskrevende tjenester
3. Kommunene hadde før deltakelsen i prosjektet lavere enhetskostnader enn satsene i prosjektet. De har fått mer igjen fra prosjektet, enn det de brukte på å produsere de aktuelle tjenester.
4. 4 prosent av utgiftene til pleie- og omsorgstjenester ble gitt til kommunene som et inntektspåslag.

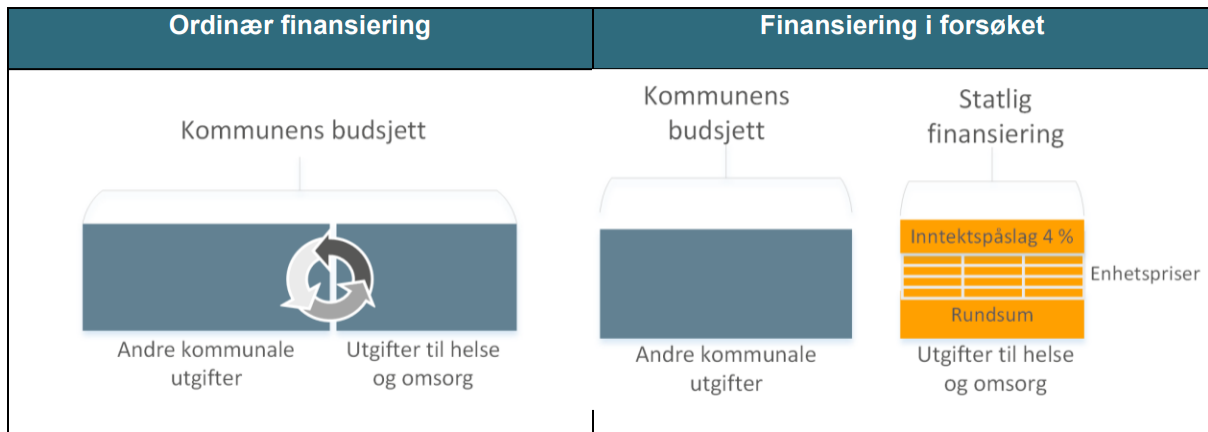
I evalueringsrapporten går det fram at Stjørdal kommune er en av de to kommunene som har hatt de største overskuddene, og som også er de kommunene som har brukt muligheten til å gjøre større investeringer i sykehjem/helsehus kombinert med avsetninger i fond. Evalueringen trekker fram at en god del av kommunenes ekstra inntekter fra forsøket har i realiteten tilfalt andre sektorer i kommunene. Dette er et ankepunkt mot treffsikkerheten i forsøket, og ikke nødvendigvis en kritikk mot kommunene som deltok.

---

<sup>8</sup> Evaluering av forsøksordning...., Rusten Wang 2021



Figur 3. Forenklet sammenligning av forskjellen mellom ordinær finansiering og finansiering i forsøket.



Kilde: Agenda Kaupang m. fl.: Evaluering av forsøksordning...,2021

I evalueringsrapporten framgår det om Stjørdal kommune følgende:

Imidlertid er ikke antall tildelte timer helsetjenester i hjemmet eller hjemmetjenester for brukere  $\geq 67$  år høyere nå enn før forsøket startet. Faktisk var de lavere i 2020 enn det gjennomsnittlige timeantallet var i 2015.

Videre var også andelen brukere over 80 år med hjemmetjenester lavere i 2020 enn i 2015. Andelen i denne gruppen som bodde på sykehjem i 2020 er kun 0,3 prosentpoeng høyere enn i 2015. Dette kan indikere at Stjørdal har greid å effektivisere sine tjenester etter at kommunen gikk inn i forsøket, på tross av større behov blant innbyggerne og mer tilgjengelige midler gjennom forsøket.<sup>9</sup>

Vedtaket om SIO-deltakelse ble fattet i november 2015. De første vedtakene som lå til grunn for Stjørdal Helsehus ble fattet i forbindelse med Omsorg 2030, i 2012 og 2014. Det går ikke fram i disse dokumentene hvordan kommunen vil søke å finansiere helsehuset. Det går fram at nye omsorgsboliger vil ha en bruttokostnad på ca. 816 mill kroner (2013), og at det tas sikte på at Husbanken gir tilskudd på ca. 366 mill, og at 450 mill kroner finansieres ved låneopptak.

Intern prosjektleder sa at mandatet fra politisk nivå i tidligfasen var sterkt preget av SIO-deltakelsen. De økonomiske sammenhengene for finansiering har vært komplekse, dette er noe kommunens kontrollere har hatt styringen på, fortalte han.

<sup>9</sup> Agenda Kaupang m.fl.: Evaluering av forsøksordning...,2021

Prosjektleder fra WSP fortalte i intervju at prosjektledelsen var klar over at SIO-midlene hadde stor betydning for å kunne realisere nye helsebygg, som igjen skulle gi bedre helse- og omsorgstjenester for innbyggerne. Prosjektleder fortalte at de i prosjektgruppa likevel ikke følte at dette la noe press på framdriften.

Controllerne, som revisjonen intervjuet, kom inn i helsehusprosjektet da spørsmål om kostnader kom opp. Utgangspunktet var at helsehusprosjektet skulle være selvfinansierende, og at de skulle være aktive med å finne midler til å finansiere miljøløsninger. Controllerne mente, på sin side, at SIO-prosjektet ikke var styrende for dimensjoneringen av helsehuset. Det var flere samtidige investeringer, blant annet Fosslia omsorgsenter, som også ble finansiert av SIO-midler. Hvis helsehuset hadde blitt dimensjonert ned, ville andre investeringsprosjekter fått mer. De fortalte videre at kommunestyret la klare føringer for at overskuddet som følge av SIO-prosjektet skulle gå til investering, bortsett fra en begrenset andel som gikk til velferdsteknologi og andre driftstiltak, som på sikt skulle gi innsparinger i drift. Dette var tiltak som kommunen ville hatt vansker med å finansiere innenfor ordinære rammer.

Da kommunestyret vedtok finansieringsplanen for skisseprosjektet den 22.11.2018, vedtok de samtidig kommunens andel i sin helhet skulle finansieres av SIO-midler.

Finansieringsplanen som forelå i utgangspunktet, tok utgangspunkt i låneopptak i tillegg til SIO-midler. Det presset ned prisen. Helsehuset ble tatt ned en etasje, men controllerne var usikre på om det hadde noe med økonomi å gjøre.

Tilbakemeldinger, blant annet fra Stjørdal kommunes regnskapsrevisor, tyder på at det var avklart med Helsedirektoratet at ubrukte midler kunne brukes til finansiering av helsehuset. Videre viser informasjonen kommunen var bevisst på at de ikke kunne bruke pengene til å skru opp kostnadsnivået, fordi dette ville skape problem når SIO-ordningen ble avvirket.

SIO-prosjektet ble, fra regjeringens side avsluttet i 2021, ett år tidligere enn planlagt.

### **4.3 Oppsummering**

Det er mye i informasjonsgrunnlaget i dette kapitlet som tyder på at SIO-deltakelsen virket inn på omfanget og løsningene som helsehuset fikk. Helsehuset ville blitt realisert likevel, noe målene i overordna planer og utredningene i de tidligste fasene tyder på. Det midlertidige overskuddet som deltakelsen i SIO-prosjektet medførte skulle resultere i investeringer, og det skulle ikke øke kostnadsnivået i driften. Det er ikke noe i vår

informasjon som tyder på at kostnadsnivået i driften har økt som følge av finansiering med SIO-midler. Deltakelsen kan se ut til å ha framskyndet beslutnings- og byggefase.

# 5 SAMSVAR MELLOM DRIFT, PLANER OG BESLUTNINGSGRUNNLAG

## 5.1 Problemstilling

Samsvarer driften av Stjørdal Helsehus med beslutningsgrunnlag og overordna planer?

## 5.2 Revisjonskriterier

- Det bør være mulig å sammenstille effektene av prosjektet med behovsbeskrivelser og målsettinger i beslutningsgrunnlaget
- Prosjektet bør ha gitt den tilsiktede behovsoppfyllelse og effekt

Det vises til vedlegg 1 for utledning av revisjonskriterier.

## 5.3 Funn

### 5.3.1 Dagens innhold i Stjørdal Helsehus

Helsehuset eies av Stjørdal kommune, og det er mange ulike aktører som leier lokaler i der:

*Værnesregionens legevakt*

*Værnesregionens distriktsmedisinsk senter (VR DMS)* – 12 sykehussenger, 3 for øyeblikkelig hjelp og 4 kommunale korttidssenger. I inneholder DMS poliklinikker, desentralisert dialyseenhet, røntgen, kreftsykepleier, gynekolog, nevropsykolog og diabetessykepleier. Det distriktsmedisinske senteret er et samarbeid mellom Stjørdal, Frosta, Malvik, Meråker, Selbu, Tydal og Helse Nord-Trøndelag. Poliklinikkene drives av Levanger sykehus som betaler både leie av lokalene samt en del av lønningene til de ansatte. Samarbeidet reguleres med egen leieavtale.

*Værnes Respons:* Responssenter for mottak av varsler fra trygghetsalarmer og annen velferdsteknologi til hjemmeboende brukere. Værnes Respons er et interkommunalt samarbeid mellom 15 kommuner med Stjørdal som vertskommune. Blant annet Selbu, Tydal,

Meråker, Stjørdal, Frosta, Melhus, Levanger, Verdal, Nærøysund, Midtre Gauldal, Skaun, Steinkjer og Orkland er med i samarbeidet.

Stjørdal kommune – korttidsopphold: Stjørdal kommune har 33 sengeplasser til korttidsopphold. Korttidsavdelingen er en avdeling som tilbyr plasser til mennesker som enten har hatt et funksjonsfall, vært innlagt på sykehus og har behov for bistand i en kort periode. Disse sengeplassene er inkludert 4 rehabiliteringsplasser hvor fokus er rehabilitering etter skade, operasjon etc.

*Helsehus kafeteria:* Kantina i Helsehuset betjenes av serviseverter som har som oppgave å påse at avdelingene får mat samt betjeningen av kantina både til eksterne og interne kunder.

*Leietakere – Helse- Nord Trøndelag:* HNT leier lokalene til ambulanse i Helsehuset. Leien reguleres med en egen leiekontrakt med HNT.

*Andre brukere av Helsehuset:*

I tillegg bruker andre enheter i Stjørdal kommune lokalene i Helsehuset blant annet hverdagsmestringsteamet og fysioterapeutene. Frivilligheten har også mulighet til å benytte seg av Helsehuset.

### **5.3.2 Sammenstilling mellom effektene og beslutningsgrunnlaget**

Aktørene som er beskrevet ovenfor er i hovedsak de samme var beskrevet i rapportene fra tidligfasen. Vi spurte leder i Stjørdal Helsehus om det var mulig å sammenstille effektene av prosjektet med behovsbeskrivelser og målsettinger i beslutningsgrunnlaget. Hun fortalte at planen er systematisk fulgt, knyttet til hva de ulike avdelingene skulle ha. En femte etasje ble ikke realisert, av økonomiske grunner. Bortfallet av femte etasje fikk følger for de administrative funksjonene, ved at tildelingskontoret ikke fikk plass. Resten er «til punkt og prikke» gjennomført i tråd med planen. Det har ikke vært noen evaluering i ettertid for å finne ut om det var rett beslutning, men de forholdt seg til at det som var bestemt skulle gjennomføres. Det er ikke etablert eget system som sammenstiller effektene av helsehuset med behovsbeskrivelser og mål i planer.

### **5.3.3 Om prosjektet har gitt tilsikta effekt**

Vi har i intervju og på epost bedt ulike aktører om å gi tilbakemelding om helsehusprosjektet har gitt tilsiktet effekt.

Intern prosjektleder var forsiktig med å uttale seg om driftsfasen, men ga uttrykk for at helsehuset har vært svært vellykket i planleggings- og gjennomføringsfasen. Han viser til en

intern samling i ettertid der erfaringene har blitt drøftet. Stjørdal Helsehus blir oppfattet som et vellykket prosjekt, og har gitt læringseffekt i senere prosjekt.

Selv om mål og beslutningsgrunnlag ble fulgt «til punkt og prikke», ga leder for helsehuset uttrykk for at det er enkelte sider ved driften som ikke helt ble som forutsatt. Om det hadde vært fysisk nærhet til forvaltningskontoret, kunne den daglige kommunikasjonen vært tettere. Likevel mente hun at det ikke har fått så store konsekvenser, de forholder seg til forvaltningsprinsipper med kriterier for tildeling av tjenester.

En annen sak er at de opplever at ledere i omsorgstjenester/forvaltningskontoret i kommunen plasserer pasienter ved helsehuset, fordi det ikke er plass andre steder. Det oppstår da noen avvik mot hva huset var planlagt for. De ser at det ikke er godt nok felles definert hva en korttidsenhet innebærer. Hun trodde at dersom forvaltningskontoret hadde vært tettere på, kunne det vært enklere å avklare hvordan driften skal gjennomføres i det enkelte tilfellet.

Helsehuset er for stort og mangfoldig for demenspasienter, hvor det har vært noen utfordringer. Da de ble klar over denne utfordringen ble det opprettet et eget avlastningstilbud ved Fosslia. Dette tilbudet tas i bruk i september 2023. Det er hele tiden en utfordring for kommunen å finne nok plasser i forhold til behovet. Kommunen er forpliktet til å finne løsninger.

En annen utfordring som lederen for helsehuset trakk fram, var mangel på bemanning for å ta seg av pasientene. Det ble behandlet en politisk sak om bemanningsplan, med vurdering av hvilken bemanning det skal være. For det DMS var det enkelt, der var det ingen bemanningsendring. På korttid- og rehabiliteringsavdelingene ble det tatt utgangspunkt i Halsen sykehjem, og planlagt bemanningen matematisk etter pleiefaktoren der. Revisor har fått tilsendt bemanningsplanen med driftsbudsjett, i tillegg til bemanningskalkyle. Bemanningsplanen inneholder bemanning i de ulike turnusene for helsepersonalet i helsehuset.

Lederen for helsehusets vurdering var at det var alt for stor bredde i alternative løsninger i begynnelsen (tidligfase). Etter hennes vurdering ble det bygd opp store forventninger som ikke kunne innfris på grunn av økonomi. Ved å gå så bredt ut, var det mange som falt bort i innsnevringen. Dette ble ikke forklart godt nok, og det ble mye spekulasjoner rundt hvorfor f.eks. femte etasje og tildelingskontoret ble tatt bort.

Alt i alt er tilfredsheten blant brukerne etter lederen for helsehusets vurdering god. Det har vært gjennomført en uformell undersøkelse som bekrefter det.

Lederen for DMS ga også uttrykk for at de all hovedsak var godt fornøyde med helsehuset. Enkelte svakheter er det. Også lederen for DMS pekte på at det kunne vært enklere med samlokalisering med tildelingskontoret. Det ble vanskeligere etter at enheten ble interkommunal. Rehabilitering trekkes fram, som også burde vært lokalisert i helsehuset. Det er likevel ikke noen ulempe, ifølge leder for DMS, da mye av kommunikasjonen uansett må skje digitalt. Både ansatte og pasientene er godt fornøyde med løsningene, både tidspunkt og sted.

Kommuneoverlegen svarte i epost at han gjennom konseptfasen fikk gitt innspill og involvert fastlegene om faglige krav og muligheter. Det bidro blant annet til legevaktlege ble skjermet fra å ha en programmert rolle i helsehuset forøvrig, men kun hadde vaktjeneste på lik linje med annen helsehjelp i kommunen på kveld/natt/helg. Beredskapen skulle ikke tape på samlokaliseringen.

Videre skrev han at rehabilitering, som er et viktig ledd, står tradisjonelt svakest i kommunene, og det er en uavklart oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Helsehusets rehabiliteringsavdeling skulle være et nytt ledd for å øke funksjonen til flere etter helsemessige hendelser eller tap, i tillegg til hverdagsmestringstiltak i hjemmetjenesten. Kommuneoverlegen hadde et håp om at dette skulle være noe annet enn «en sykehjemsavdeling med litt ekstra fysioterapi».

Også kommuneoverlegen peker på at sengepostene for korttid og rehabilitering i helsehuset er mangelfullt bemannet, og særlig manglet det lege i starten. Det gjorde at fastleger varslet om at helsehjelpen i helsehuset ikke var forsvarlig. Det er ikke et fokus på å sikre medisinsk service i denne avdelingen, ifølge kommuneoverlegen, mens DMS i samme bygg har en mer bevisst styring av legebemanningen. Avdelingene har i dag stort preg av sykepleie, og lite bevissthet omkring rehabilitering. Han mener at det derfor, fortsatt ikke et rehabiliteringstilbud en form som er gunstig for framtidig ressursbehov/funksjonsbevaring hos innbyggere med helsehjelpsbehov. Hverdagsmestring foregår fortsatt i hjemmetjenesten, med litt av denne effekten.

Verneombudet trakk fram at ett av de to personalrommene/pauserom har blitt gjort om til møterom, noe som hun mente var ugunstig for personalet som jobber i helsehuset.

## 5.4 Revisors vurdering

Etter revisors vurdering er det ikke etablert et system eller dokumentasjon som sammenstiller effektene prosjektet med behovsbeskrivelser og målsettinger i beslutningsgrunnlaget

Selv om det ikke finnes et konkret system eller dokument, er det revisors inntrykk at det er stor grad av sammenfall, etter det som våre informanter har beskrevet. Unntaket er femte etasje, og bortfall av forvaltningskontoret, i tillegg til noen andre endringer av mindre betydning. For så store investeringsprosjekt bør det evalueres mer systematisk om målene har blitt innfridd.

Etter revisors vurdering har prosjektet i all hovedsak gitt tilsiktet behovsoppfyllelse.

Revisor har merket seg at flere har savnet at forvaltningskontoret er lokalisert i Stjørdal Helsehus.



# 6 KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER

I denne forvaltningsrevisjonen har vi sett på om planleggingen og beslutningene i de innledende fasene av prosjektet Stjørdal Helsehus har skjedd i tråd med anbefalingene for store investeringsprosjekt, Concept-programmet. Concept-programmet har over en årrekke arbeidet med forskningsbaserte anbefalinger for planlegging av store investeringsprosjekt. Nedenfor konkluderer vi på problemstillingene som vi har blitt enige med kontrollutvalget om å belyse.

## 6.1 Konklusjon

Revisor konkluderer med at beslutningsgrunnlaget for realisering av Stjørdal Helsehus i all hovedsak var i tråd med anbefalingene i Concept-programmet for tidligfaseplanlegging av slike investeringer.

Beslutningsgrunnlaget var i tråd med overordna mål i kommunale planer og sektorplaner. Det ble gjort tilstrekkelig behovsanalyse i den tidlige fasen, og definert målsettinger for prosjektet og ulike løsninger til innhold. Det ble ikke gjennomført omfattende, økonomiske analyser i tidligfasen, men det ble gjennomført foran skisseprosjektet.

Vi stiller likevel spørsmål ved om det ble gjort tilstrekkelige utredninger av ulike løsningskonsepter, slik Concept-programmet anbefaler. Nullalternativet ble lite drøftet.

Revisor konkluderer med at det har vært nødvendig involvering av interessenter, aktuelle brukere og andre aktører knyttet til Stjørdal Helsehus.

Revisor konkluderer med det ikke framkommer noe konkret system, eller dokumentasjon, som sammenstiller resultatet/effektene av helsehuset med beslutningsgrunnlaget. Vi mener annen informasjon i vår rapport tilsier at resultat og effekter i all hovedsak er sammenfallende med beslutningsgrunnlaget.

Vi har også belyst deltakelsen i SIO-prosjektet, og i hvilken grad det har påvirket beslutningsgrunnlag og dimensjonering av helsehuset. Revisor har ikke vurdert dette opp mot revisjonskriterier, men oppsummerer at deltakelsen i SIO-prosjektet har hatt innvirkning på finansieringen, omfanget og løsningene som Stjørdal Helsehus fikk.

## 6.2 Anbefalinger

Revisor anbefaler kommunedirektøren å:

- Bruke erfaringene med tidligfasen i planleggingen av Stjørdal Helsehus i senere, store investeringsprosjekt
- Belyse grundig alternative løsningskonsept, også nullalternativet
- Evaluere systematisk om effekten av store investeringsprosjekt er i tråd med målsettinger i beslutningsgrunnlag.

# KILDER

Rohde T. 2016. «Bruk av helsetjenester i Værnesregionen, v1.0». Trondheim. [www.sintef.no](http://www.sintef.no)

Stene, M. og Rohde, T. (WSP/SINTEF): Tidligfaseutredning. Nytt helsehus i Stjørdal. Sluttrapport fra idéfasen.2016

Stene, M. (WSP): Tidligfaseutredning helsehus i Stjørdal. Sluttrapport fra konseptfasen. 2016

Samset, Knut. 2015. Prosjekt i tidligfase. Fagbokforlaget.

Stjørdal kommune. 2022. «Sluttrapport Statlig finansiering av omsorgstjenester». Stjørdal

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/sykehjem-og-hjemmetjenester/statlig-finansiering-av-omsorgstjenester>

Rusten Wang, J. og Schanche, P. og Askestad, H: Evaluering av forsøksordning med statlig finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester. Agenda Kaupang. 2021.

Stjørdal kommune. 2010. «Kommuneplanens samfunnsdel 2010-2022».

Stjørdal kommune. 2020. «Kommuneplanens samfunnsdel 2020 - 2032».

Stjørdal kommune. 2014: Omsorg 2030

# VEDLEGG 1 – UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER

Ifølge forskrift om kontrollutvalg og revisjon (§15) skal det etableres revisjonskriterier for gjennomføring av forvaltningsrevisjon. Revisjonskriterier er de krav og forventninger som forvaltningsrevisjonsobjektet skal revideres/vurderes i forhold til. Disse kriteriene skal være begrunnet i, eller utledet av, autoritative kilder innenfor det reviderte området. Slike autoritative kilder kan være lov, forskrift, forarbeider, rettspraksis, politiske vedtak (mål og føringer), administrative retningslinjer, samt statlige føringer og praksis. I denne forvaltningsrevisjonen har vi benyttet oss av følgende kilder til revisjonskriterier:

- Kommuneloven
- Concept-programmet
- Stjørdal kommunes økonomireglement

## Kommuneloven

Kommunelovens § 14-1 angir noen grunnleggende krav til kommunens økonomiforvaltning, herunder at

«Kommuner og fylkeskommuner skal utarbeide samordnede og realistiske planer for egen virksomhet og økonomi og for lokalsamfunnet eller regionens utvikling»

Rammeverket for et slikt planverk følger av plan- og bygningsloven. Kommuneplanens samfunnsdel er det sentrale, strategiske dokumentet som beskriver utfordringer, satsingsområder og retning. Strategier, mål og tiltak for de ulike tjenestoområdene spisses i ulike tema- og handlingsplaner, og konkretiseres og prioriteres nærmere i den 4-årige handlingsdelen til samfunnsplanen. Plansystemet skal til sammen utgjøre en sammenkoblet handlingskjede, hvor det enkelte drifts- og investeringstiltak skal være forankret i retningsvalg og prioriteringer i strategiske planer.

Kommunedirektøren har etter kommunelovens § 13-1 ansvar for å påse at saker som legges fram for folkevalgte organer, er forsvarlig utredet. Utredningen skal gi et faktisk og rettslig grunnlag for å treffe vedtak, noe som ifølge forarbeidet<sup>10</sup> ville tydeliggjøre den administrative lederens selvstendige ansvar for å fremlegge et beslutningsgrunnlag uavhengig av om det er

---

<sup>10</sup> Ot.prp nr 46L (2017-2018), s. 62

i strid med politikernes virkelighetsoppfatning eller mening. Utover denne presiseringen la departementet til grunn at det blir opp til det folkevalgte organet å vurdere hva som ligger i kravet til forsvarlig utredning.

Utredningen skal inneholde relevant og nødvendig informasjon om sakens faktum. I tillegg skal det juridiske grunnlaget være utredet i nødvendig og tilstrekkelig grad. Ved vurderingen av hva som skal med i utredningen skal det legges vekt på saklighet, fullstendighet og bredde i framstillingen, og ulike hensyn og kjente motforestillinger bør framgå. Hvor omfattende utredningsplikten er, vil bero på en konkret vurdering av den aktuelle saks omfang og kompleksitet.

Kvalitetssikring av beslutningsgrunnlaget faller inn under kommunedirektørens ansvar for internkontroll. Ifølge kommunelovens § 25-1 skal internkontrollen være dokumentert i den formen og det omfanget som er nødvendig, og være egnet til å kunne avdekke og følge opp avvik.

Som kilder for å si noe mer om hva beslutningsgrunnlaget i tidligfasen for store investeringsprosjekt skal inneholde, har revisjonen støttet seg på Concept-programmet og Stjørdal kommunes egne retningslinjer for prosjektstyring.

### **Concept-programmet**

Forskningsprogrammet Concept ved NTNU har som sitt primære mål å utvikle kunnskap og kompetanse om prosjekt i tidligfasen. Programmet har utviklet et rammeverk for god planlegging. Det er utgitt en rekke publikasjoner om funnene fra programmet, samt lærebøker om prosjektfaget.

Prosjektets *tidligfase* er det stadiet da prosjektet bare eksisterer konseptuelt, og omfatter alle aktiviteter fra idéen blir unnfanget til endelig beslutning om gjennomføring er tatt. Det er i denne fasen premissene for prosjektet blir definert, og hvor mulighetene for påvirkning er størst. Men samtidig er det på dette stadiet at kunnskapen om det som ligger foran er minst. Til forskjell fra gjennomføringsfasen, kreves det i tidligfasen en aktiv beslutning for å gå videre. Når tidligfasen er avsluttet, kreves det derimot en aktiv beslutning for å stoppe prosjektet.<sup>11</sup>

I Concept-rapport nr 45 blir det pekt på at prosjekter som mislykkes har noen felles kjennetegn i tidligfaseplanleggingen:

---

<sup>11</sup> Avsnittet er basert på Concept-rapport nr 45.

- Manglende eller ensidige behovsanalyser
- Urealistiske eller manglende målformuleringer
- Ingen vurdering av konseptuelle alternativer
- Mangelfulle økonomiske analyser
- Mangelfull kvalitetssikring

### Behovsanalyser<sup>12</sup>

En behovsanalyse innebærer ifølge Concept en kartlegging av interessenter og aktører, og har som mål å definere hvor vidt det foreligger et faktisk behov for å gjennomføre et bestemt tiltak. Metodene for behovsanalyser kan inndeles i tre grupper; normative, etterspørselsorienterte og interessegruppeorienterte. Normative behovsanalyser tar utgangspunkt i politiske målsettinger eller faglige normer, mens etterspørselsorienterte gjerne tar utgangspunkt i betalingsvillighet. De interessegruppeorienterte analysene har større vekt på å hente informasjon om hvordan involverte aktører opplever sine behov. Dette kan både dreie seg om forskjellige offentlige etater og brukergrupper.

Forskningsprogrammet til Concept trekker frem at behovsanalyser ofte betrakter behovene i for snever sammenheng. En slik innsnevring kan føre til at samfunnsmessige behov som berøres av et investeringsprosjekt blir oversett. For å unngå at særinteressenes ønsker om bestemte løsninger får forrang foran fremfor overordnede politiske målsettinger og behovene hos brede samfunnsgrupper, anbefales det

- å fange opp alle relevante samfunnsmessige behov, hvor det tas hensyn til at politiske mål kan være forskjellig fra utviklingen i trender og etterspørsel.
- å sørge for at behovsanalysene skjer på strategisk nivå, og ikke på prosjektnivå. Dette for å unngå at behovene skal være knyttet direkte til en bestemt løsning.
- å ikke bare belyse behovene som kan innfris gjennom prosjektet, men også å ta hensyn til behovene til grupper som kan bli negativt berørt gjennom sideeffekter.

I Concept-rapport nr 5 blir det pekt på betydningen av at analysene bør utføres av uavhengige organ uten særinteresser, at de gjøres åpent tilgjengelige for kritikk eller støtte, og at det gjennomføres faglig kontroll av grunnlaget for analysene.

---

<sup>12</sup> Basert på Concept-rapport nr 9, s. 37-43 og Concept-rapport nr 5

Behovsanalysene må gjennomføres i den tidlige fasen av prosjektforløpet, før det tas beslutning om valg av hovedkonsept. Dersom behovsanalysene gjennomføres for sent, vil de i realiteten bli redusert til en analyse av behovene for en bestemt teknisk løsning.

### Målformuleringer<sup>13</sup>

*Begrepet formål* brukes gjerne om overordnede mål som begrunner et prosjekt. *Målene* er et uttrykk for hva som skal oppnås med å gjennomføre prosjektet. Målene er dermed også det viktigste suksesskriteriet. Suksess blir sikret dersom prosjektet leverer effekter som stemmer overens med behovene og det bakenforliggende formålet. Mål for offentlige investeringsprosjekt kan deles inn i tre kategorier:

- *Samfunns mål*, som er formulert utfra perspektivet til bestilleren
- *Effekt mål* skal reflektere brukerens perspektiv
- *Resultat mål* handler om at produktet fra leverandøren tilfredsstillers definerte egenskaper

Man kan skille mellom målene som formuleres på konseptnivå og på prosjektnivå. Mål på konseptnivå skal reflektere de politisk prioriterte behovene som skal tilfredsstilles. Disse er overordnede i betydning av at de vil være styrende for valg av hovedalternativ, og dreier seg om hvilke mål for samfunnet og brukerne som skal oppnås. Mål på prosjektnivå dreier seg om hvordan det valgte konseptet kan utformes på best mulig måte, eksempelvis hvilken trasé som skal velges i et vegprosjekt.

Formulering av hovedmålene for prosjektet er en konkretisering av hva formålet eller intensjonen betyr for samfunnet og brukerne. Det blir anbefalt at hovedmålene formuleres slik at de tilfredsstillers følgende krav til innhold:

- Målet skal være knyttet til virkningen/effekten av det aktuelle prosjektet gjennom en direkte årsak-virkningssammenheng
- Målet skal være relevant, det vil si i samsvar med behov og intensjon
- Målet skal ha en viss bestandighet, det vil si å ha langsiktig verdi

Hovedmålene skal være formulert åpne, slik at de ikke angir forutinntatte løsninger. Samtidig må ordvalgene være uten tvetydigheter. Hovedmålene være tilstrekkelig presise til at det skal dras i samme retning og kunne brukes for å etterprøve måloppnåelsen. Målene må formuleres

---

<sup>13</sup> Basert på Concept-rapport nr 9, s. 44-50 og Concept-rapport nr 6

slik at det blir tydelig hva det skal legges vekt på å oppnå i valget mellom alternative løsningskonsepter.

#### Løsningskonsepter<sup>14</sup>

Et konsept er en overordnet, prinsipiell løsning for hvordan hovedmålene kan innfris. Det handler altså om å finne best mulig løsning på et gitt problem gjennom tankekonstruksjoner for å tilfredsstille et behov. En kan tenke seg flere ulike konsepter som alternative løsninger på samme problem. Ulike varianter av samme konsept, for eksempel ulike tomtevalg, er ikke ulike konsepter. Det er i stedet om ulike alternativ for ett og samme konsept, - å sette opp et nytt bygg.

Samset (2022, s. 122) peker på at det er et problem i mange prosjekter at en ikke har hatt noen konseptfase. Konseptet er gitt i utgangspunktet uten at man utreder noen alternative måter å dekke behovene eller innfri hovedmålet på. Ulike løsningskonsepter må avledes fra det aktuelle behovet eller problemet, og ikke i ulike tekniske løsninger på problemet. For å kunne identifisere reelle konseptalternativer må en ta utgangspunkt i tilstandsbeskrivelser på et overordnet nivå. I motsetning til prosjektnivået, handler konseptnivået om strategiske beslutninger.

Et annet problem i konseptfasen er at nullalternativet ofte utelates som alternativ. Det innebærer at man ser bort fra muligheten for å fortsette som før uten ny investering, eventuelt med de tilpasninger som er nødvendig for at driften skal være hensiktsmessig.

#### Økonomiske analyser og effektivurderinger

Kostnadsoverskridelser er ofte det problemet som får størst oppmerksomhet for store investeringsprosjekter. Samset (2022) peker på fire årsaker til at det skjer overskridelser av kostnadsrammen:

1. Planleggere og beslutningstakere gir bevisst lave kostnadsanslag innledningsvis for å øke sjansen for at prosjektet kommer i betraktning.
2. Informasjonsgrunnlaget og metodene for kostnadsestimering er utilfredsstillende.
3. Uforutsette forhold nødvendiggjør endringer, og pålegg fra det offentlige fordyrer prosjektet.
4. Kostnadsstyringen i gjennomføringsfasen er ikke god nok.

---

<sup>14</sup> Basert på Concept-rapport nr 9, s. 52-55, Concept-rapport nr 4 og Samset (2022)



Problemet med kostnadsoverskridelser kan likevel være liten dersom det viser seg at prosjektet har feilet i den strategiske ytelsen. Med dette menes det om løsningen er levedyktig og relevant sammenlignet med problemet som skulle løses, og om investeringen er lønnsom i den forstand at en oppnår den nytten som var forutsatt. Samset (2022) peker på at årsaken til strategisk mislykkethet ofte ligger i selve konseptvalget, - at man har valgt feil løsning sammenlignet med de problemene en står overfor.

I tidligfasen defineres premissene for prosjektet. På dette stadiet kan prosjektets mål og rammer endres uten at det har stor betydning for kostnadene. Derfor er det viktig at man får kartlagt mest mulig av usikkerheten i prosjektet tidlig. Informasjonsgrunnlaget vil imidlertid være ufullstendig i tidligfasen, uansett hvor store ressurser som settes inn for å kartlegge, analysere og planlegge. Kostnaden med informasjonsinnhenting må derfor løpende avveies mot nytten av mer informasjon.

Problemet man ønsker å unngå, er å gå rett på en bestemt løsning som kan vise seg å være et dårlig valg. Det en vil frem til er en prinsipp-løsning som gir det mest hensiktsmessige svaret på et behov (Samset s. 200). Når konseptene er utviklet, kan ulike metoder og verktøy være hjelpemidler for å finne en optimal løsning. Metodevalget kan være forskjellig fra prosjekt til prosjekt. Det er likevel grunnleggende at en trekker inn relevant erfaring fra lignende prosjekter. Samset (2022) trekker frem noen prosesser og metode som er egnet under en slik analyse:

- SWOT-analyse. Metoden brukes ofte i form av gruppebaserte vurderinger, der en på informert grunnlag får frem en vurdering av de beslutningsalternativene som foreligger
- Strategianalyse. Metoden legger vekt på å identifisere og analysere prosjektets hensikt, og å sikre at konseptet er relevant i forhold til de overordnede effekt- og samfunnsmålene.
- Usikkerhetsanalyse. En kartlegging og vurdering av risikofaktorer, sannsynligheten for at de inntreffer og konsekvensen for prosjektets vellykkethet.
- Sannsynlighetsbasert kostnadsanalyse. Kostnadsanslag for sannsynlig, samt høyeste og lavest forventede verdi basert på estimering av usikkerhet.
- Samfunnsøkonomisk analyse. Kvantifisering av kostnader og nytte, hvor alternativene rangeres etter samfunnsøkonomisk lønnsomhet.

### Kvalitetssikring

Et av funnene i Concept-programmet<sup>15</sup> er at manglende kvalitetssikring ofte er årsak til at kostnadene blir undervurdert. Kvalitetssikring av ekstern, uavhengig aktør med nødvendig kompetanse bør imidlertid ikke avgrenses til kostnadsoverslagene. For store prosjekter er det også viktig at beslutningsgrunnlaget for behov, konsept og styringsdokumenter for gjennomføringen er kvalitetssikret. Under kvalitetssikringen bør alle sider ved usikkerheten ved prosjektet bli gjennomgått. Det blir understreket at ekstern kvalitetssikring bør fokusere på konseptutviklingen, og må gjøres i tidligfasen for å sikre at man holder et samfunnsperspektiv.<sup>16</sup>

### Stjørdal kommunes økonomireglement

Gjeldende økonomireglementet ble vedtatt i januar 2021, og har et eget kapittel om investeringer. Investeringer av vesentlig størrelse og kompleksitet skal ifølge kapittel 8.2 inndeles i fire faser:

- Utretningsfasen
- Forprosjektfasen
- Detaljprosjektfasen
- Utførelsesfasen

Prosjektets faser	Utredningsfase	Forprosjekt	Detaljprosjekt	Utførelse
Gjennomføringsmodeller				
Beslutningspunkt	BP1	BP2		
Utførelsesentreprise	Mulighetstudier, rom-/funksjonsprogr, tomteforhold, grunnforhold, grunnundersøkelser, div. rapporter, mm.	Beskrivelse iht. NS 3420 Kontrakt: NS 8401	BP3	Hovedentreprise Generalentreprise Delte entrepriser Kontrakt NS 8405/8406
Totalentreprise		Forprosjekt Kontrakt: NS 8401	BP3	Totalentreprise Kontrakt: NS 8407
Samspillprosjekt		Fase 1: Prosjektering, målpris Kontrakt: NS 8402	BP3	Fase 2 Kontrakt: NS 8407
Usikkerhet	+/- 30 %	+/- 20 %	Vedtatt budsjettramme	

Kilde: Stjørdal kommunes økonomireglement

<sup>15</sup> Concept-rapport nr 45

<sup>16</sup> Consept-rapport nr 22, s. 17

Fargekodingen i figuren reflekter prosjektets størrelse og kompleksitet, hvor prosjekt av mindre kompleksitet kan spilles inn i budsjettet første gang med gul eller grønn farge. Om prosjekt som skal gjennomgå en utredningsfase heter det om aktiviteten i denne fasen:

«Behov foreligger og defineres. Konseptvurderinger av løsningsvalg utarbeides i denne fasen. Kartlegging av tilhørende driftskonsekvenser innarbeides som en del av konseptvurderingen. Tid og kostnad for gjennomføring anses som høyst foreløpige estimat med meget stor usikkerhet. Prosjektet synliggjøres i budsjett og økonomiplan. Vedtak av budsjett anses som en intensjon, men budsjettrammen er ikke fastsatt. Beslutningspunkt 1 må godkjennes før prosjektet kan overføres til gul kode – prosjektering.»

De tre beslutningspunktene er beskrevet slik:

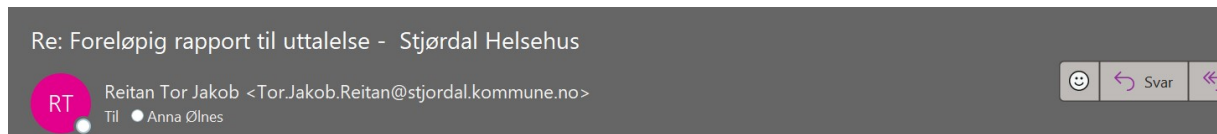
- Beslutningspunkt 1 (BP1) er når prosjektet tas inn i investeringsbudsjettet
- Beslutningspunkt 2 (BP2) er valg av konsept og andre praktiske hensyn
- Beslutningspunkt 3 (BP3) er etter at prosjekteringen er ferdig, men før utlysning/innhenting av priser

Tabell 1. Revisjonskriterier til problemstillingene

Problemstilling		Revisjonskriterier
1.	Inneholdt beslutningsgrunnlaget for realisering av Stjørdal Helsehus <ul style="list-style-type: none"> <li>• en tilstrekkelig behovsanalyse?</li> <li>• tydelige målsettinger for prosjektet?</li> <li>• ulike løsningskonsepter?</li> <li>• økonomiske analyser og usikkerhetsvurderinger?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Store investeringsprosjekter bør være forankret i brede analyser av samfunns- og brukerbehov</li> <li>• Behovsanalysene bør være bredt anlagt og ikke gi føringer for bestemte løsninger</li> <li>• Det bør formuleres tydelige målsettinger for hvilken effekt kommunestyret ønsker å oppnå med store investeringsprosjekt</li> <li>• Alternative konsept for å innfri målsettingene bør utredes</li> <li>• Nullalternativet med nødvendige tilpasninger bør utredes</li> <li>• Det bør gjennomføres økonomiske analyser og usikkerhetsvurderinger for de alternative løsningene</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beslutningsgrunnlaget for store investeringsprosjekt bør kvalitetssikres av ekstern, uavhengig kompetanse</li> </ul>
2	Var beslutningsgrunnlaget i tråd med kommunens overordna planer?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Målsettingene for prosjektet bør være avledet fra målene i kommuneplanen</li> <li>• Store investeringsprosjekt bør være forankret i sektor- og temaplaner</li> </ul>
3	Ble relevante aktører og brukere involvert i tidligfasen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behovsanalyser og vurdering av løsninger bør gjennomføres med bred involvering av brukere og interessenter</li> <li>• Både interessenter som kan bli positivt og negativt berørt bør involveres i tidligfasen</li> </ul>
4	Ble behovsvurderinger og dimensjonering påvirket av deltakelse i SIO-prosjektet?	(Beskrivende problemstilling)
5	Samsvarer driften av Stjørdal Helsehus med beslutningsgrunnlag og overordna planer?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det bør være mulig å sammenstille effektene av prosjektet med behovsbeskrivelser og målsettinger i beslutningsgrunnlaget</li> <li>• Prosjektet bør ha gitt den tilsiktede behovsoppfyllelse og effekt</li> </ul>

# VEDLEGG 2 – UTTALELSE



Hei igjen!

Viser til samtaler, for den gode ordens skyld følger her en formell tilbakemelding på rapport fra forvaltningsrevisjon- tidligfaseplanlegging av Stjørdal Helsehus:

Foreløpig rapport er mottatt og gjennomgått. Vi har ingen bemerkninger til rapportens innhold.

Mvh

Tor Jakob Reitan  
Kommunedirektør

Sendt fra [Outlook for Android](#)

Hei igjen!

Viser til samtaler, for den gode ordens skyld følger her en formell tilbakemelding på rapport fra forvaltningsrevisjon- tidligfaseplanlegging av Stjørdal Helsehus:

Foreløpig rapport er mottatt og gjennomgått. Vi har ingen bemerkninger til rapportens innhold.

Mvh

Tor Jakob Reitan  
Kommunedirektør

# **MM Revisjon**

Hovedkontor: Brugata 2, Steinkjer

Tlf. 907 30 300 - [www.revisjonmidtnorge.no](http://www.revisjonmidtnorge.no)