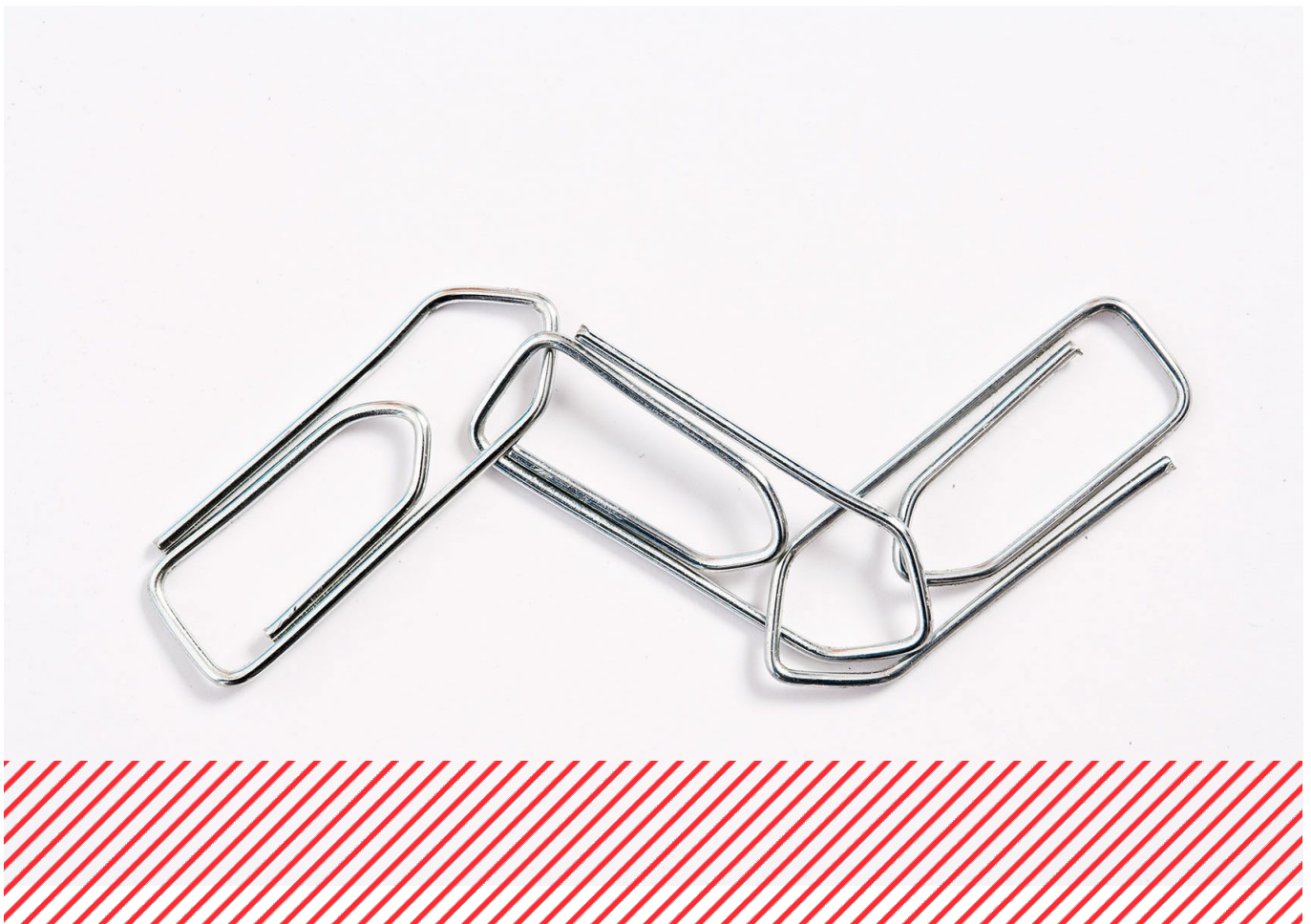


Erfaringer med offentlig-privat partnerskab (OPP)

Evaluering af etablering af psykiatriske afdelinger i Aabenraa og Vejle 2012-2018



Ulf Hjelmar, Jakob Kjellberg og Ole Helby Petersen

Erfaringer med offentlig-privat partnerskab (OPP) – Evaluering af etablering af psykiatriske afdelinger i Aabenraa og Vejle 2012-2018

© VIVE og forfatterne, 2019
e-ISBN: 978-87-7119-646-7
Arkivfoto: Lars Degnbol/VIVE
Projekt: 110325

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Region Syddanmark har som en del af psykiatriplanen "Fremtidens psykiatri" fra 2007 blandt andet vedtaget at opføre to nye psykiatriske afdelinger. Der er i forlængelse heraf opført en psykiatrisk afdeling i Vejle som et offentlig-privat partnerskab (OPP-projekt) og en psykiatrisk afdeling i Aabenraa som et traditionelt anlægsprojekt. Region Syddanmark har ligesom de øvrige regioner mange års erfaring med traditionelle udbud af bygge- og anlægsprojekter, men den psykiatriske afdeling i Vejle er det første psykiatrisygehus i Danmark, der er blevet udbudt og gennemført som et OPP.

VIVE har sammen med Roskilde Universitet fået til opgave at evaluere de to byggerier med henblik på at undersøge, om man kan konkludere noget omkring erfaringen med OPP som udbuds- og anlægsform sammenlignet med en traditionel udbudsmodel. Evalueringen fokuserer på erfaringerne med brug af OPP til at anlægge psykiatridelningen Vejle og brug af en mere traditionel udbudsmodel (fagentreprisemodell) til at anlægge psykiatridelningen i Aabenraa. Fokus i undersøgelsen er mere specifikt på at sammenligne, hvordan de to projekter klarer sig i forhold til omkostninger, kvalitet og innovation i de to byggerier.

Dette er den første tværgående danske evaluering af OPP og derfor også den første systematiske analyse af, om OPP klarer sig bedre eller dårligere end en traditionel udbudsmodell for den samme type af offentligt anlægsbyggeri. Begge projekter er psykiatriske sygehuse med voksen- og børnepsykiatri. Projekterne er udbudt af den samme myndighed, de er udbudt med få års mellemrum og er stort set ens i størrelse, og begge projekter er byggerier, der er opført i tilknytning til et somatisk sygehus. Evalueringsdesignet i rapporten bygger derfor på et tilnærmelsesvis naturligt eksperiment, hvor to meget sammenlignelige byggerier er opført ved brug af to forskellige udbudsmodeller. Designet gør det muligt at sammenligne erfaringerne fra OPP-psykiatriprojektet i Vejle med de tilsvarende erfaringer fra det offentlige anlægsprojekt i Aabenraa. Den kliniske drift er ikke en del af OPP-projektet i Vejle, idet den private part (OPP-selskabet) udelukkende har ansvaret for bygningen og de tilhørende servicefunktioner (rengøring, kantine, vedligeholdelse osv.).

Undersøgelsesarbejdet er gennemført i perioden fra 2012 til 2018, hvor vi har fulgt beslutningsprocessen, udbudsprocessen, anlægsprocessen og den første del af driftsperioden for begge projekter. Vi har gennem de i alt 6 år, som evalueringen har taget, gennemført et betydeligt antal interview, deltagerobservationer og dokumentindsamling i relation til begge projekter. Vi vil i den forbindelse takke de sygeplejefaglige, lægefaglige, administrative og tekniske medarbejdere og ledere fra de to psykiatriske afdelinger for i flere omgange at have bidraget med værdifuld viden til evalueringen. Desuden vil vi takke den private driftsoperatør af OPP-byggeriet i Vejle, DEAS, for at have bidraget til dataindsamlingen.

En særlig tak rettes til Gert Frost, Torben Kyed Larsen og Karsten Sauer i Psykiatriens Anlægssekretariat i Region Syddanmark for et godt samarbejde gennem alle evalueringens faser. Region Syddanmark takkes for at have bidraget til finansiering af evalueringen. Det forhenværende KORA (nu VIVE) har medfinansieret forskningsprojektet.

Mads Leth Jakobsen

Forsknings- og analysechef for VIVE Styling og Ledelse
2019

Indhold

Sammenfatning	5
1 Indledning.....	8
1.1 Baggrund for evalueringen.....	8
1.2 Formål med evalueringen og overordnet evalueringsdesign.....	8
1.3 Begrebsafklaring – OPP og et traditionelt anlægsprojekt.....	10
1.4 Særlige evalueringsmæssige forhold ved måling af OPP	12
1.5 Indikatorer i evalueringen.....	15
1.6 Datagrundlag i evalueringen.....	19
2 Beskrivelse af de to sygehusbyggerier	21
2.1 Psykiatrisk afdeling i Aabenraa.....	21
2.2 Psykiatrisk afdeling i Vejle	23
2.3 Forskelle og ligheder mellem de to byggerier.....	25
3 Økonomisk opgørelse og vurdering	27
3.1 Transaktionsomkostninger i forbindelse med udbudsprocessen.....	27
3.2 Byggepris	33
3.3 Driftsomkostninger og vedligeholdelsesomkostninger	38
3.4 Samlet økonomisk vurdering	40
4 Opgørelse af kvalitet og innovation.....	43
4.1 Byggeteknisk kvalitet	43
4.2 Æstetisk kvalitet i byggerierne	45
4.3 Oplevet kvalitet i driften af sygehusafdelingerne	48
4.4 Innovation ved etableringen af de to psykiatriske sygehusafdelinger	53
5 Konklusion.....	56
5.1 Økonomi og omkostninger.....	56
5.2 Kvalitet i byggerierne	57
5.3 Graden af innovation i byggerierne.....	58
5.4 Samlet vurdering: Har OPP kunnet betale sig?.....	59
Litteratur	62

Sammenfatning

Denne rapport præsenterer resultaterne af den første danske evaluering af erfaringerne med at gennemføre et offentligt anlægsprojekt som et offentlig-privat partnerskab (OPP) sammenlignet med en gennemførelse af et tilsvarende anlægsprojekt som et traditionelt offentligt udbud. Evalueringen sammenligner to anlægsprojekter på psykiatriområdet i Region Syddanmark: opførelsen af en ny psykiatrisk afdeling i Vejle som et OPP-projekt og opførelsen af en tilsvarende psykiatrisk afdeling i Aabenraa som et traditionelt offentligt udbud. Begge psykiatriske afdelinger blev opført i tilknytning til de eksisterende somatiske sygehuse i henholdsvis Vejle og Aabenraa. Den psykiatriske afdeling i Aabenraa blev indviet i september 2015, mens den psykiatriske afdeling i Vejle blev indviet i januar 2017.

De to anlægsprojekter er sammenlignelige på mange parametre og udgør derfor et metodisk relevant grundlag for at sammenligne og evaluere gennemførelsen af projekterne som henholdsvis et OPP-projekt og et traditionelt offentligt udbud. Begge projekter vedrører psykiatriske sygehuse med voksen- og børnepsykiatri. Begge projekter er blevet udbudt af den samme myndighed (Region Syddanmark), projekterne er stort set ens i størrelse og funktion, og projekterne er gennemført med kun 1-2 års forskydning. Evalueringsdesignet i rapporten bygger derfor på et tilnærmelsesvis naturligt eksperiment, hvor to meget sammenlignelige anlægsprojekter på psykiatriområdet er blevet gennemført ved brug af to forskellige udbudsmodeller. Designet gør det som udgangspunkt muligt systematisk at sammenligne erfaringerne fra OPP-projektet i Vejle med de tilsvarende erfaringer fra det traditionelle udbud af projektet i Aabenraa.

Formålet med analysen er at belyse, om anlægget af psykiatridelingen i Vejle som et OPP-projekt har givet forskelle i projektets totaløkonomi, kvalitet og innovation i forhold til udbuddet af den tilsvarende psykiatrideling i Aabenraa som et traditionelt offentligt udbud. I opgørelsen af de to anlægsprojekters totaløkonomi fokuserer rapporten på byggeomkostninger, driftsomkostninger, finansieringsomkostninger, transaktionsomkostninger og prissætning af risici. I opgørelsen af kvalitet fokuserer rapporten på den funktionelle kvalitet, den arkitektoniske kvalitet og medarbejdernes oplevelse af byggeriets kvalitet og funktionalitet i forhold til det kliniske arbejde. Endelig fokuserer evalueringen i forhold til innovation på nye bygnings- og produktløsninger samt nye arbejdsgange i de to projekter, som kan tilskrives gennemførelsen af byggerierne som henholdsvis et OPP-projekt og et traditionelt udbudt anlægsprojekt.

Evalueringen omfatter udbuds- og anlægsfasen såvel som en kortere periode af driftsfasen i begge byggerier. Vi har som evaluator fulgt de to projekter siden 2012 og i perioden indsamlet et omfattende datamateriale for de to projekter. Ved evalueringens afslutning ultimo 2018 omfattede datamaterialet 3 år af driftsfasen i Aabenraa-byggeriet og 1½ år af driftsfasen i Vejle-byggeriet. Ideelt set burde evalueringsperioden omfatte en længere driftsperiode og overdragelsesforretningen i OPP-projektet, men da kontrakten i Vejle løber indtil 31. januar 2042, har det ikke været muligt at følge projekterne gennem hele driftsperioden. Resultaterne af evalueringen publiceres derfor med forbehold for, at begge projekter er forholdsvis tidligt i driftsperioden. Slid på bygninger, behov for udskiftning af materialer og større renoveringer vil typisk først kunne konstateres efter længere tids drift af byggerierne. Konklusionerne, som fremlægges i rapporten, er derfor baseret på de foreløbige erfaringer fra de to byggerier, og det er vigtigt at være opmærksom på, at resultaterne kan ændre sig senere i kontraktperioden.

Evalueringens resultater

I forhold til totaløkonomi ved opgørelsestidspunktet viser evalueringen, at der samlet set kun er små forskelle mellem de to byggerier. Regionens omkostninger til anlæg og løbende drift af de to byggerier er – per kvadratmeter – stort set identiske for de to sygehuse. I forhold til byggeprisen betaler regionen stort set den samme kvadratmeterpris i de to projekter. I opgørelsen af regionens løbende service- og vedligeholdelsesomkostninger peger de foreløbige data på, at udgifterne er meget sammenlignelige for de to projekter. Transaktionsomkostningerne til gennemførelse af projekterne fremstår samlet set lidt højere i OPP-projektet i Vejle end i det traditionelle udbud i Aabenraa, men forskellen udgør mindre end 0,5 % af byggesummen, hvilket derfor ikke kan tilskrives en væsentlig betydning i den samlede vurdering af de to byggeriers totaløkonomi.

Foruden de løbende betalinger for anlæg, drift og vedligeholdelse skal der i regionens udgifter til Vejle-byggeriet medregnes en engangsbetaling til OPP-selskabet ved kontraktudløb. I OPP-projektet i Vejle er det aftalt i kontrakten, at regionen i 2041 skal betale OPP-operatøren et engangsbeløb på 215.765.000 kr. i 2041-priser svarende til en nutidsværdi på 73 mio. kr. i 2017-priser. Denne engangsbetaling er en del af totalomkostningen ved OPP-byggeriet i Vejle. Inklusive overdragelsessummen er nutidsværdien knyttet til byggeriet af betalingsstrømmen for OPP-projektet cirka 2,5 % højere for regionen end nutidsværdien af betalingsstrømmen for projektet i Aabenraa. Derudover er der forskelle i servicebetalingerne knyttet til driften af byggeriet.

Regionens samlede udgifter til OPP-byggeriet i Vejle er derfor samlet set højere end udgifterne til projektet i Aabenraa. Når der tages højde for, at Aabenraa-projektet er cirka 11,5 % større målt på opførte kvadratmeter, bliver forskellen i nutidsværdien af regionens samlede omkostninger til de to projekter reelt større. Hertil skal det bemærkes, at det, hvis det på overdragelsestidspunktet vurderes, at værdien af bygningen i Vejle har større værdi end byggeriet i Aabenraa, samlet set stadig kan føre til en bedre totaløkonomi ved OPP-projektet. Men da restværdien af de to byggerier først kan opgøres ved kontraktudløb, så kan projekternes endelige totaløkonomi inklusive realiserede risici i driftsperioden og bygningernes restværdi på overdragelsestidspunktet først opgøres endeligt i 2042.

I forhold til de to byggeriers kvalitet viser evalueringen, at kvaliteten af OPP-byggeriet i Vejle samlet set er højere end tilfældet er for byggeriet i Aabenraa. Byggeteknisk var Vejle-byggeriet af højere kvalitet ved overdragelsestidspunktet, hvilket bl.a. kom til udtryk ved, at der ved ibrugtagning af byggeriet i Vejle kun blev påpeget en række mindre alvorlige fejl og mangler, som skulle udbedres. Til sammenligning blev der konstateret flere fejl og mangler ved ibrugtagning af Aabenraa-byggeriet, ligesom driftsfasen (fra september 2015 til ultimo 2018) har været præget af flere alvorlige bygningsmæssige fejl og mangler, herunder problemer med facader (vandindtrængning), ventilationsanlæg (funktion) og gulve (revner). Den æstetiske kvalitet er på flere parametre højere i den psykiatriske sygehusafdeling i Vejle sammenlignet med sygehusafdelingen i Aabenraa. OPP-byggeriet i Vejle er præget af æstetisk smukke løsninger, som bidrager til at skabe hjemlige og varme rammer omkring behandlingen, mens byggeriet i Aabenraa er præget af en institutionel stemning og dårligere æstetik både ind- og udvendigt. Oplevelsen blandt medarbejdere og ledere er i begge byggerier, at de nye bygningsmæssige rammer udgør et væsentligt kvalitetsmæssigt løft i forhold til tidligere. Det fremhæves dog også, at de økonomiske besparelser i anlægsfasen i Aabenraa-byggeriet har forringet kvaliteten i forhold til bygningens æstetik (fx førte besparelser til sløjfning af grønne tage på byggeriets 1. sal) og funktioner i bygningen (fx kontorernes antal og indretning).

En væsentlig forskel mellem de to byggerier er, at byggeriet i Vejle var færdigt til tiden, mens byggeriet i Aabenraa var 9 måneder forsinket. Ud over at forsinkelsen er en ulempe for regionen som

bygherre, repræsenterer forsinkelsen også en økonomisk udgift for regionen, som havde budgettet med en (mindre) besparelse ved flytning fra gammelt til nyt byggeri. Denne økonomiske udgift er vanskelig at opgøre præcist. Den mest oplagte metode til at opgøre værdien er at tage udgangspunkt i 9 måneders servicebetaling knyttet til byggeriet i Vejle, og så kan værdien af en forsinkelse opgøres til ca. 19 mio. kr.

Region Syddanmark har i Aabenraa-projektet måttet håndtere et betydeligt antal af tvister med leverandører på entrepriserne, hvoraf nogle af tvisterne også har medvirket til forsinkelsen af byggeriet, hvilket regionen har undgået i OPP-projektet i Vejle. Samtidig har der i OPP-byggeriet i Vejle ikke været mange udbudringer af byggeriet siden indflytningen, som tilfældet har været i Aabenraa. Kort fortalt blev OPP-byggeriet afleveret til tiden og i den forventede kvalitet, hvilket ikke var tilfældet for byggeriet i Aabenraa.

Det er vanskeligt entydigt at afgøre, hvor mange af de beskrevne forskelle, der kan tilskrives forskellen på et traditionelt udbud og OPP. Dette skyldes blandt andet, at Aabenraa-byggeriet endte med at blive udbudt som i alt 12 fagentrepriser og 2 storentrepriser, mens valget af OPP til at gennemføre projektet i Vejle svarer mere til en totalentreprisemodel, hvor langt flere byggestyrsopgaver og risici for budgetoverskridelser og forsinkelser bliver overdraget til entreprenøren. Derfor er de to projekter organiseringsmæssigt mere forskellige, end eksempelvis et OPP-projekt og et totalentrepriseprojekt ville have været. Et andet forhold, som vanskeliggør en direkte sammenligning, er, at OPP-byggeriet i Vejle blev færdigt (afleveringstidspunkt) ca. 16 måneder efter Aabenraa-byggeriet, og man dermed i Vejle-byggeriet har haft mulighed for at trække på erfaringerne fra udbuds- og byggeprocessen i Aabenraa og på den måde som udgangspunkt har haft andre (og bedre) forudsætninger for at gennemføre projektet i Vejle.

I forhold til innovation viser evalueringen ikke markante forskelle mellem de to byggerier. Der er indikationer på lidt mere innovation i forbindelse med byggeriet i Vejle, end tilfældet har været med byggeriet i Aabenraa, hvilket ser ud til at hænge sammen med den større brug af funktionskrav i udbuddet af OPP-projektet. Funktionskrav ville dog også kunne anvendes i større grad i et traditionelt udbud, end det blev gjort i Aabenraa-projektet, og derfor kan denne forskel ikke nødvendigvis tilskrives valget af udbudsform. Det mere begrænsede fokus på innovation i anlægsfasen af Aabenraa-projektet hænger blandt andet sammen med, at det ikke var muligt at overholde tidsplan og budget, og som følge heraf blev fokus i højere grad at finde økonomisk og tidsmæssigt besparende løsninger. Det er ikke muligt direkte at sammenkæde denne forskel med anlægsmodellen, da der kan være andre forhold, som kan have haft en betydning for graden af innovation. Samlet set oplever de kliniske medarbejdere det faktiske omfang af innovation i begge byggerier som forholdsvis begrænset.

Erfaringerne med OPP og traditionelt offentligt anlægsbyggeri, der er fremlagt i denne rapport, er baseret på en specifik model for offentlig-privat partnerskab (OPP med privat finansiering), som er blevet anvendt inden for ét specifikt område (anlæg af psykiatriske afdelinger). Desuden er OPP med privat finansiering blevet sammenlignet med en specifik fag- og storentreprisemodel. Resultaterne fra evalueringen kan derfor ikke direkte generaliseres til andre OPP-modeller, andre offentlige anlægsmodeller og øvrige områder, hvor OPP bliver anvendt. Der er behov for yderligere analyser af OPP i dets forskellige former (med privat finansiering, egen finansiering, offentlig fremmedfinansiering m.m.) og på forskellige sektorområder (skoler, veje, kontorbyggerier m.m.) såvel som sammenlignet med fx hovedentrepriser for at opnå bredere og mere generaliserbare indsigter i effekten af OPP på de offentlige byggeprojekters totaløkonomi, kvalitet og innovation.

1 Indledning

1.1 Baggrund for evalueringen

Baggrunden for byggeriet af de psykiatriske afdelinger i Aabenraa og Vejle er, at der i Region Syddanmark i 2007 blev vedtaget en psykiatriplan, "Fremtidens psykiatri". Psykiatriplanen udmøntede sig i en mere operationel generalplan for området (Region Syddanmark, 2009), som bl.a. indebar anlægsinvesteringer på ca. 2 mia. kr. i nye og eksisterende bygninger (prisniveau 2007).

Generalplanen for psykiatriområdet opererede med en markant stigning i den forventede ambulante kapacitet. I 2018 blev der forventet en stigning i behovet på 50 % i voksenpsykiatrien og 70 % i henholdsvis ældrepsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien. For at opfylde dette kapacitetsbehov – og for at kunne leve op til kvalitetskravene i "Fremtidens psykiatri" – indeholdt generalplanen bl.a. forslag til opførelse af en ny psykiatrisk afdeling i Aabenraa i tilknytning til det eksisterende Aabenraa Sygehus. Opførelsen af den nye psykiatriske afdeling indebar blandt andet nedlæggelse af en voksenpsykiatrisk afdeling i Haderslev-Augustenburg og flytning af børne- og ungdomspsykiatriske sengepladser fra en afdeling i Kolding.

Den nye psykiatriske afdeling i Aabenraa forventedes oprindeligt at stå færdigt i 2014/2015, og sygehuset skulle opføres som et offentligt finansieret og traditionelt udbudt bygge- og anlægsprojekt. Den første del af projektet, et børne- og ungdomspsykiatrisk ambulatorium, blev indviet i januar 2015. Den anden del af projektet, psykiatriske døgnfunktioner og et ældrepsykiatrisk ambulatorium, blev indviet i september 2015.

Beslutningen om at opføre en ny psykiatrisk afdeling i Vejle som et OPP-projekt i tilknytning til det somatiske sygehus i Vejle blev taget i 2012 i forlængelse af Region Syddanmarks psykiatriplan og generalplan på området. Den psykiatriske afdeling i Vejle forventedes oprindeligt at stå færdig i 2016, og det var fra 2012 intentionen, at sygehuset skulle opføres som et offentlig-privat partnerskab (OPP).

Regionen valgte efter udbud af opgaven i konkurrencepræget dialog et konsortium – "Team OPP – Ny psykiatri Vejle" – bestående af Pensionskassernes Administration A/S (PKA), PensionDanmark A/S, Sampension KP Livsforsikring A/S, MT Højgaard A/S og DEAS A/S til at løse opgaven. Kontrakten mellem Region Syddanmark og Team OPP – Ny psykiatri Vejle blev underskrevet i maj 2014. Projektet er Danmarks første sygehusprojekt på psykiatriområdet, som er blevet gennemført som et OPP-projekt. Byggeriet blev indviet i februar 2017.

1.2 Formål med evalueringen og overordnet evalueringsdesign

Formålet med evalueringen er at undersøge erfaringerne med brug af OPP til at anlægge psykiatriafdelingen Vejle og brug af en traditionel udbudsmodel til at anlægge psykiatriafdelingen i Aabenraa. Mere specifikt fokuserer evalueringen på at belyse, om man i forbindelse med anlægget af afdelingen i Vejle som et OPP-projekt kan måle forskelle i projektets økonomi, kvalitet og innovation i forhold til det traditionelle udbud af det tilsvarende anlægsprojekt i Aabenraa.

I opgørelsen af totaløkonomien fokuserer vi på byggeomkostninger, driftsomkostninger, finansieringsomkostninger, transaktionsomkostninger og prissætning af risici ved henholdsvis OPP-projektet og det traditionelle bygge- og anlægsprojekt. I opgørelsen af kvalitet fokuserer vi på den funktio-

nelle kvalitet, den arkitektoniske kvalitet og medarbejdernes oplevelse af kvaliteten af udbudsproces, anlægsproces og drift og vedligeholdelse af bygningerne. I opgørelsen af innovation fokuserer vi på eventuelle nye bygnings- og produktløsninger samt eventuelle nye arbejdsgange i henholdsvis OPP-projektet og det traditionelle bygge- og anlægsprojekt.

I fremstillingen lægges i særlig grad vægt på opgørelsen af totaløkonomien og opgørelsen af kvalitet. Dette skyldes, at der er et særligt fokus på sammenhængen mellem omkostninger og kvalitet i anlægsprojekterne i denne evaluering (value-for-money) – se afsnit 1.5. Graden af innovation indgår dog også som en selvstændig (men mindre) komponent i den samlede vurdering, da dette (kvalitets)forhold spillede en rolle for regionens beslutning om at udbyde den psykiatriske afdeling i Vejle som OPP (se bl.a. Region Syddanmark 2009).

De to psykiatriafdelinger er opført næsten samtidig og med den samme offentlige myndighed som bestiller. Selvom de to projekter i realiteten ikke er helt ens på parametre som størrelse, grundforhold og design, er projekterne i Vejle og Aabenraa meget sammenlignelige på centrale parametre. Evalueringsdesignet i rapporten bygger derfor på et tilnærmelsesvis naturligt eksperiment, hvor de to stort set ens byggerier i Vejle og Aabenraa er blevet opført ved brug af to forskellige udbudsmodeller. Det naturlige eksperiment som design for undersøgelsen gør det muligt systematisk at sammenligne erfaringerne fra OPP-psykiatriprojektet i Vejle med de tilsvarende erfaringer fra det traditionelt udbudte projekt i Aabenraa og derved – i teorien – opnå en kausal forståelse af effekten af at bruge OPP som udbudsmodel sammenlignet med et traditionelt udbud.

I virkelighedens verden er der naturligt nok en række forskelle i de to byggerier, hvilket ikke gør det muligt at lave en fuldstændig 1:1-sammenligning og dermed alene at kunne tilskrive forskellen mellem de to byggerier til OPP. Eksempelvis er Aabenraa-byggeriet opført kort tid før (knap 1½ år) Vejle-byggeriet. Det er ikke en stor tidsmæssig forskel, men forskellen betyder, at Vejle-byggeriet har kunnet profitere af erfaringerne fra Aabenraa-byggeriet, og dermed har de to byggerier ikke i udgangspunktet haft de samme betingelser. En anden væsentlig forskel er, at Aabenraa-projektet endte med at blive udbudt som 12 fagentrepriser og 2 storentrepriser i stedet for de oprindeligt planlagte 3 storentrepriser, hvilket organisatorisk ville have været mere sammenligneligt med et OPP-projekt. Desuden er projekterne forskellige på parametre som antal kvadratmeter, jordbundsforhold og beliggenhed i forhold til det eksisterende somatiske sygehus. Hvor det er muligt, har vi forsøgt at tage højde for disse forskelle, fx ved sammenligning af anlægsprisen, mens vi i andre tilfælde har gjort opmærksom på forskellene som et forbehold i sammenligningen.

I opgørelsen af kvalitet kan eventuelle forskelle i kvalitet mellem de to byggerier i teorien også tilskrives forskelle i, hvordan kvalitet er blevet vægtet i de to projekters udbudsgrundlag. Der har dog i realiteten ikke været en afgørende forskel i udbudsgrundlaget, hvilket gør en sammenligning af kvalitet oplagt i de to cases i forhold til at undersøge virkninger af OPP.

Nærværende evaluering er den første danske analyse af erfaringerne med at opføre sammenlignelige anlægsprojekter som henholdsvis et OPP-projekt og et traditionelt udbud. Det bredere formål med undersøgelsen er derfor, ud over at sammenligne de to anlægsprojekter i Vejle og Aabenraa, at bidrage med systematisk empirisk viden om fordele og ulemper ved at bruge OPP versus et traditionelt udbud, som forhåbentlig kan indgå i kommende beslutninger om valg af anlægsmodel for offentlige anlægsprojekter i kommuner, regioner og staten.

1.3 Begrebsafklaring – OPP og et traditionelt anlægsprojekt

OPP er en anlægsform, som kombinerer projektering, anlæg, drift og vedligeholdelse i en samlet kontrakt mellem en offentlig ordregiver og et privat OPP-konsortium. I OPP med privat finansiering indgår finansiering af anlægsprojektet også i aftalen, mens OPP med offentlig finansiering indebærer, at den offentlige ordregiver enten selv finansierer byggeriet eller låner pengene i eksempelvis KommuneKredit (Schmidt-Jensen, 2010). I begge OPP-modeller indgås der en samlet kontrakt med et privat OPP-konsortium, som får ansvaret for at projektere, anlægge, drive og vedligeholde byggeriet i en tidsperiode på typisk 25 eller 30 år.

Tekstboks 1.1. beskriver en række forskellige OPP-definitioner fra den danske og internationale litteratur:

Tekstboks 1.1 Eksempler på definitioner af OPP (PPP)

PPPs (Public-Private Partnership) can be defined as "co-operation between public and private actors with a durable character in which actors develop mutual products and/or services and in which risk, costs, and benefits are shared" (Klijn & Teisman, 2003: 137).

PPPs are institutional arrangements capable of mobilising the necessary resources for public management by activating the creation of complex cross-organisational networks in which both public and private players participate. The relationships are grounded on co-responsibility, dialogue, co-operation, and management participation (Ysa, 2007: 36).

Et offentlig-privat partnerskab (OPP) er en type offentlig-privat samarbejde, der er kendetegnet ved, at projektering, etablering, drift og vedligeholdelse er samlet i én kontrakt mellem en offentlig udbyder og en privat leverandør. Ofte indgår finansieringen af projektet også (Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, 2012).

A PPP is a contractual agreement between a public agency (...) and a private sector entity. Through this agreement, the skills and assets of each sector (public and private) are shared in delivering a service or facility for the use of the general public. In addition to the sharing of resources, each party shares in the risks and rewards potential in the delivery of the service and/or facility (National Council for Public-Private Partnerships, 2013).

Kilde: Petersen (2013: 9).

Der beskrives i litteraturen flere grunde til at vælge OPP (McQuaid & Scherrer, 2010). En af dem er, at den private finansiering giver den offentlige ordregiver mulighed for at igangsætte et anlægsprojekt, som myndigheden ellers ikke ville have råd til (Hodge & Greve, 2007; Petersen, 2013). Fordelen er, at vigtige offentlige anlægsinvesteringer kan fremrykkes, mens ulempen omvendt er, at politikerne kan blive fristet til at igangsætte anlægsprojekter, som der grundlæggende ikke er råd til. I Danmark har der siden 2003 været mulighed for at søge om såkaldt deponeringsfritagelse ved kommunale og regionale OPP-projekter, hvilket gør det muligt at igangsætte anlægsbyggerier, som lånerammerne ikke ville muliggøre (Petersen, 2013). Som vi vender tilbage til nedenfor, var fritagelse fra deponeringsreglerne en central faktor bag Region Syddanmarks beslutning om at udbyde byggeriet i Vejle som et OPP-projekt.

En anden central grund til at bruge OPP er, at man vil forsøge at opnå en bedre totaløkonomi i projekterne, end man gør i et traditionelt udbud. Teorien bag OPP er, at man ved at samle ansvaret for projektering, anlæg, drift og vedligeholdelse i en samlet kontrakt giver det private OPP-konsortium bedre incitamenter til at optimere projektets totaløkonomi gennem hele byggeriets levetid end ved et traditionelt anlægsprojekt, hvor entreprenøren typisk kun har ansvaret for fejl og mangler indtil

5-års-gennemgangen af byggeriet. Ved at forlænge aftaleperioden til 25 eller 30 år og sammen-tænke anlægs- og driftsansvaret i en samlet kontrakt, er tanken, at OPP-konsortiet får incitamenter til at vælge indretning og materialeløsninger, som er økonomisk fordelagtige i et længere tidsper-spektiv. Fx kan det med OPP betale sig at vælge de facade- og vinduesløsninger, som giver den bedste totaløkonomi i materialernes levetid, eller vælge gulvløsninger, som umiddelbart er dyrere, men er billigere at rengøre og vedligeholde. I et privat finansieret OPP-projekt, som regionen har valgt i Vejle, er det private konsortium både bygherre og ejer af byggeriet.

Opgaver og risici, der typisk ligger hos ordregiveren i traditionelt organiserede bygge- og anlægs-projekter, overføres til den private leverandør i OPP-projekter. I et traditionelt organiseret bygge- og anlægsprojekt vil en overskridelse af budget og tidsplan typisk skulle finansieres af ordregiver. Denne budgetusikkerhed er der ikke på samme måde i et OPP. Overordnet kan man sige, at der i et OPP forud for projektets iværksættelse tages stilling til og indarbejdes alle forventelige risici (fx pris, genudbudsrisici, renterisici, restlevetider på materialer, reaktionstider/leveringsfrister i service-funktionen), mens man i det traditionelt organiserede bygge- og anlægsprojekt typisk håndterer risici løbende (Finansministeriet, 2015).

I det traditionelle bygge- og anlægsprojekt findes en række modeller, som den offentlige sektor i Danmark og udlandet traditionelt har gjort brug af. En vigtig sondring er mellem totalentrepriser og fagentrepriser. I totalentreprisemodellen udbydes byggeriet som en samlet entreprise med mulighed for, at den private totalentreprenør gør brug af underentreprenører. I denne model samles og over-drages en betydelig del af ansvaret og risici for forsinkelser i anlægsperioden til totalentreprenøren. I fagentreprisemodellen (eller hovedentreprisemodellen) udbyder den offentlige ordregiver forskel-lige dele af anlægsarbejdet i delkontrakter (entrepriser) og beholder selv en større del af byggesty-ringen og ansvar for projektets fremdrift og dertilhørende risici. I denne model er der også mulighed for at samle en række fagentrepriser i storentrepriser (som man oprindeligt ønskede at gøre det i Aabenraa-byggeriet).

I et traditionelt udbud anlægsprojekt er den offentlige part ejer af byggeriet – uanset om der fx bruges en totalentreprisemodell eller en fagentreprisemodell. Der indgår typisk ikke aftaler om efter-følgende drift og vedligeholdelse af byggeriet i anlægsudbuddet, men ordregiveren kan vælge at udbyde disse opgaver i særskilte kontrakter.¹

Ejerskabsforholdene og udbudsformen skaber en række afgørende forskelle mellem OPP og et tra-ditionelt udbud. I et traditionelt udbud er det muligt at tilpasse og justere projektet undervejs, og funktionskravene kan revideres om nødvendigt – fx grundet uforudsete udfordringer, der medfører større omkostninger end forudsat. I et OPP-projekt er det i udgangspunktet ikke muligt at ændre på funktionskravene efter valget af leverandør, fordi OPP-konsortiet gøres til bygherre, og regionen som bestiller dermed i højere grad overdrager ansvar og risici til leverandøren, end det er tilfældet i et traditionelt byggeri.

I et OPP-projekt er der typisk en udvidet dialog med markedet både før og under et udbud for at sikre, at de indkomne tilbud rammer præcist i forhold til ordregivers behov. Betydningen af dialog er særligt stor i OPP-projekter, idet eventuelle fejl og misforståelser kan få stor betydning over en man-gearig drifts- og vedligeholdelsesperiode. I et traditionelt udbuds- og anlægsprojekt er der ikke nød-vendigvis den samme udvidede dialog. Der er dog mulighed for at vælge konkurrencepræget dialog som udbudsform, som grundlæggende indebærer den samme mulighed for dialog med udvalgte

¹ Ud over disse to grundlæggende anlægsmodeller findes en række øvrige anlægsformer som eksempelvis partnering, ligesom den offentlige sektor løbende udbyder kontrakter vedrørende bygningsdrift og vedligeholdelsesopgaver. Se i øvrigt <https://www.kfst.dk/udbud/offentlig-privat-samarbejde/offentlig-private-partnerskaber-opp/opp-standardmodel-til-renove-ring/fase-3-udbud-og-kontrakt/udbudsformer/>

parter før og under tilbudsgivning (Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen 2012; Finansministeriet 2015).

I et OPP-projekt vil en langt større andel af projektets risici relateret til fx budgetoverskridelser og forsinkelser være overført til OPP-konsortiet og derved indregnet i tilbuddets pris i forbindelse med udbuddet, mens den offentlige bygherre ved et traditionelt anlægsprojekt selv beholder en væsentligt større del af projektets risici. Da der ofte er tale om komplekse anlægsprojekter og lange kontrakter, er delingen og håndteringen af risici ofte afgørende for, hvorvidt der opnås en god totaløkonomi i projektet (Grimsey & Lewis, 2005). Disse forskellige grundlæggende skaber behov for håndtering af en række evalueringsmæssige forhold ved sammenligning af OPP-byggeri og traditionelt anlægsbyggeri, som diskuteret nedenfor.

1.4 Særlige evalueringsmæssige forhold ved måling af OPP

Evaluering af OPP-projekter er en kompleks evalueringsopgave (Hodge & Greve, 2007; Pollock m.fl., 2007; Finansministeriet, 2015; Petersen, 2017). Der er for det første tale om meget langvarige kontrakter, hvor effekterne i forhold til centrale forhold som fx totaløkonomi og bygningskvalitet først vil vise sig efter en årrække. En endelig og afsluttende vurdering af pris og kvalitet samt øvrige effekter vil derfor først kunne gennemføres, når OPP-kontrakten er opfyldt, dvs. typisk efter 25-30 år. En sådan tidshorisont er af mange grunde for lang til, at samfundet og politiske beslutningstagere kan vente på resultaterne – ikke mindst fordi der i mellemtiden vil skulle træffes beslutninger om en lang række store offentlige anlægsprojekter. Den grundlæggende præmis for evalueringen OPP er derfor – også i den internationale forskningslitteratur på området – at evalueringen foretages på baggrund af de foreløbige erfaringer. Som følge heraf er evalueringen gennemført ud fra den pragmatiske tilgang, at foreløbig viden skabt gennem et systematisk evalueringsdesign kan bidrage med vigtig viden, vel vidende at der senere i de to projekters levetid kan opstå forhold, der kan rykke ved konklusionerne.

Et andet forhold, der komplicerer en evaluering (og sammenligning mellem OPP og et traditionelt udbudt projekt), er, at både projektering, design, anlæg, finansiering, drift og vedligeholdelse i et OPP-projekt typisk er samlet i én aftale. Dette betyder, at evalueringen skal måle på mange forskellige forhold, som både har forskellige karakteristika (fx omkostninger ved finansiering, anlæg, udbud, drift, vedligeholdelse mv.) og falder på forskellige tidspunkter i henholdsvis et OPP-projekt og et traditionelt udbudt projekt. Desuden er fordelingen og prissætningen af risici ved byggerierne meget forskellig. OPP bygger på et princip om overdragelse af en række risici knyttet til anlægsperioden, budgetoverholdelse og bygningsdrift- og vedligeholdelse, hvilket betyder, at en række risici er prissat og indregnet i OPP-konsortiets tilbudspris. I et traditionelt udbud overføres færre risici til leverandørerne, og som bygherre håndterer regionen en række af de risici, som i OPP-projektet er overført til den private part. Forskellen mellem de to udbudsformer er på dette punkt, at den offentlige sektor typisk ikke prissætter sine risici. Derfor afspejler prisen på et OPP-projekt både anlægs-, drifts- og finansieringsprisen inklusive en række risici, som i det traditionelt udbudte projekt håndteres af den udbydende myndighed og derfor ikke indgår i prisen.

En konsekvens heraf er, at der ikke kun skal evalueres på mange forhold samtidig. Der skal også foretages en sammenligning af resultater og betalinger på forskellige tidspunkter for henholdsvis et OPP-projekt og et traditionelt udbudt projekt, og der skal tages højde for, at udbudsformerne er grundlæggende forskellige i forhold til fordeling og prissætning af risici (Finansministeriet, 2015). Disse forhold forsøger vi, så vidt det er muligt på baggrund af det eksisterende datagrundlag, at tage højde for i denne evaluering, således at sammenligningen i videst muligt omfang tager højde for –

og indregner – centrale forskelle mellem de to udbudsformer. I tilfælde hvor det har været nødvendigt at gennemføre beregninger på baggrund af skønnede præmisser, har vi så vidt muligt forsøgt at gøre læseren opmærksom på det samt, hvor det har været muligt, gennemført beregninger af konsekvenserne ved forskellige scenarier.

Som tidligere nævnt er der ikke blevet gennemført systematiske evalueringer i Danmark af erfaringerne med brug af OPP ud fra en sammenligning med et traditionelt udbudsprojekt. Derfor skeler rapporten metodemæssigt til international litteratur og forskning, som har sammenlignet OPP og traditionelt udbud af offentlige anlægsprojekter. Som omtalt i Petersen (2017) er der gennemført lidt over 20 videnskabelige studier, som sammenligner OPP og traditionelle udbud, hvoraf en stor andel af studierne bygger på Storbritanniens erfaringer med projekter af typen Private Finance Initiative (PFI) og Public-Private Partnership (PPP). Desuden findes der en omfattende international litteratur, hvor nationale myndigheder, internationale organisationer, konsulentbureauer og analyseinstitutter har forsøgt at evaluere erfaringerne med OPP.

I forskningslitteraturen på området diskuteres en række specifikke betingelser, der skal være opfyldt, når man evaluerer OPP. Det er for det første væsentligt i en evaluering af OPP, at man sammenligner OPP med traditionel projektering ud fra ensartede *tidsmæssige forhold* med henblik på at undgå bias (Pollock m.fl., 2007). Tidsmæssige forhold fremhæves generelt som værende af stor betydning, idet forhold som lovgivning, byggepriser og rentesats ændrer sig over tid, hvorfor det kan være problematisk at evaluere OPP-projekter i forhold til traditionelt projekterede anlægsprojekter, hvis de ikke er tidsmæssigt rimeligt sammenfaldende. For eksempel kan det være problematisk, at man i britiske effektmålinger typisk har sammenlignet nylige OPP-projekter med mere traditionelt projekterede anlægsprojekter, der har været 10-20 år ældre (Pollock m.fl., 2007). Politiske og økonomiske forhold har ændret sig ganske markant i løbet af denne periode, og dermed bliver det ikke et validt sammenligningsgrundlag for at vurdere betydningen af at opføre et anlægsprojekt som et OPP versus et traditionelt udbud.

For det andet fremhæves det i litteraturen om OPP-evaluering, at man skal være særligt opmærksom på, at man i sammenligningen af OPP-projekter med mere traditionelt projekterede anlægsprojekter tager højde for, at OPP-modellen ofte anvendes til forholdsvis standardiserede projekter med en lav kompleksitetsgrad i forhold til de mere traditionelt projekterede anlægsprojekter (Pollock m.fl., 2007). Dette ville eksempelvis være et problem, hvis det traditionelle udbud blev anvendt til anlæg af et somatisk sygehus med mange specialer og funktioner, og OPP-projektet blev anvendt til at gennemføre et mere simpelt sygehusbyggeri, eksempelvis en psykiatrisk afdeling. Denne udfordring er beskrevet i litteraturen, men er ikke et problem i denne evaluering, hvor de to byggerier begge er psykiatriske afdelinger med sammenlignelige funktioner og sammenlignelig størrelse.

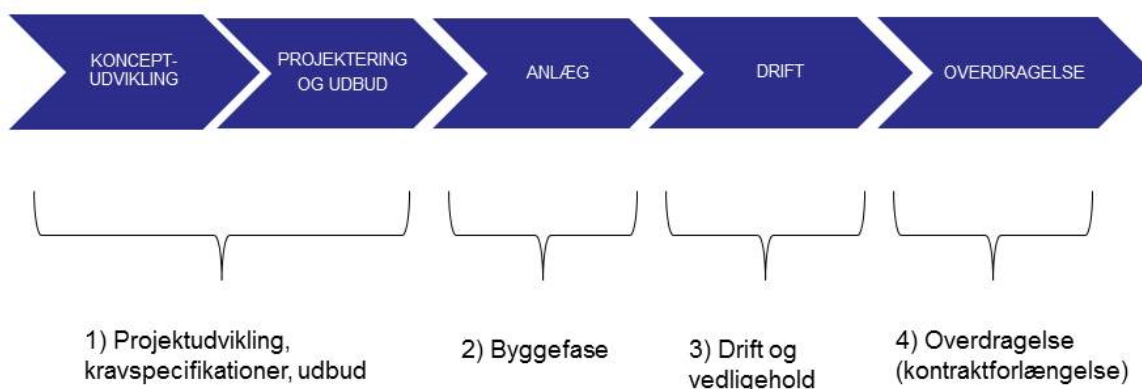
Et tredje forhold, der er blevet fremhævet i litteraturen, er, at det i sammenligningen af OPP-projekter med traditionelt udbudte anlægsprojekter er vigtigt, at man tager *udgangspunkt i de samme typer af udgifter*. Der er eksempler i litteraturen på, at man har undladt at medtage nogle typer af udgifter i OPP-projekter – fx på grund af manglende datatilgængelighed hos den private leverandør – og sammenligningen på udgiftssiden derfor kan være mangelfuld i forhold til at give et retvisende billede af omkostningerne ved OPP-projekter i forhold til de mere traditionelt projekterede anlægsprojekter (Pollock m.fl., 2007). Omvendt kan der være udgifter forbundet med risici, som er prissat og derfor indgår i prisen på OPP-projektet, men som ikke er prissat og derfor ikke indgår i prisen på et traditionelt anlægsprojekt, hvilket der skal tages højde for i en systematisk sammenligning (Froud & Shaoul, 2001; Eriksen m.fl., 2007). Som diskuteret ovenfor har vi, så vidt det har været datamæssigt muligt, forsøgt at håndtere disse forskelligheder i sammenligningen af de to projekter.

Et fjerde centralt forhold, som man skal være opmærksom på, er håndteringen af betalingernes tidsmæssige forskydning i henholdsvis traditionelle anlægsprojekter og OPP-projekter. I et traditionelt anlægsprojekt betales anlægssummen i byggeperioden, mens drifts- og vedligeholdelsesomkostninger betales løbende i driftsperioden, og der ikke indgår en pris på finansiering. I OPP-projekter lægger den offentlige part derimod en fast (typisk pris- og lønreguleret) betaling hvert år i kontraktperioden. Dermed betales udgifter til anlæg, finansiering, drift og vedligeholdelse løbende over hele kontraktperioden, hvortil der kan komme en tilbagekøbspris for anlægget ved kontraktudløb. OPP og traditionelt udbud er derfor ikke kun to meget forskellige udbudsmodeller, men også to vidt forskellige finansierings- og betalingsmodeller.

En sammenligning af omkostningerne ved OPP og traditionelt udbud kræver derfor, at der gennemføres en nutidsværdiberegning (Net Present Value – NPV) af de to projekters omkostninger, hvilket kort beskrevet betyder, at alle strømme af udgifter for hvert af de to projekter tilbageregnes til én samlet nutidspris. Nutidsværdiberegningen for projekterne er, på grund af den lange kontraktperiode, meget følsom over for den anvendte diskonteringsrate (omregningsfaktor til beregning af fremtidige gevinster og omkostninger til beløb i dag). Vi gennemfører i rapporten en sådan nutidsværdiberegning af strømmen af betalinger i de to projekter og diskuterer i den forbindelse den centrale betydning, som valget af diskonteringsrate betyder for den samlede vurdering af økonomien i de to projekter.

Et femte forhold, man skal være opmærksom på i evalueringen af OPP, er, at en effektevaluering af OPP ideelt set bør omfatte alle de faser, der indgår i et OPP-projekt, jf. figur 1.1. En effektevaluering bør ideelt set omfatte alle aktiviteter lige fra den første konceptudvikling til den afsluttende overdragelse. Det er i realiteten meget vanskeligt at tilrettelægge og gennemføre et sådant studie, da OPP-projekter som nævnt ofte forløber over en 25-30-årig periode. En litteraturgennemgang på området viser da også, at langt de fleste studier på området gennemføres som punktmålinger, hvor kun en ganske begrænset del af OPP-processen medtages (Roehrich m.fl., 2014). I denne evaluering har vi som forskere haft mulighed for at følge processen omkring de to anlægsprojekter i mere end seks år, hvilket giver mulighed for, at beslutnings- og anlægsfasen samt den tidlige del af driftsfasen for de to projekter kan medtages i evalueringen.

Figur 1.1 Evalueringsfaser i et OPP-projekt



I dette studie indgår som udgangspunkt fase 1 (projektudvikling, kravspecifikationer og udbud), fase 2 (anlægsfasen) samt en mindre del af fase 3 (drifts- og vedligeholdelsesfasen). I fase 3 belyses erfaringer med 2 års drift af byggeriet i Aabenraa og 1 års drift af byggeriet i Vejle. OPP-kontraktens løbetid på 25 år indebærer, at denne evaluering ikke belyser fase 4 (overdragelsesfasen).

1.5 Indikatorer i evalueringen

Ved evalueringsperiodens start (2012-2014) gennemførte vi en række systematiske søgninger efter skandinaviske og øvrige internationale studier, som evaluerer og sammenligner OPP med traditionelt udbudte offentlige anlægsprojekter (KORA, 2014). Søgningen er blevet opdateret og suppleret af et systematisk review af den internationale videnskabelige fagfællebedømte litteratur (Petersen, 2017), således at evalueringen bygger på et systematisk og aktuelt kendskab til konkrete evalueringsmetoder i forskningslitteraturen på området.

De gennemgåede studier fokuserer især på to dimensioner i OPP-projekterne: den økonomiske dimension og den kvalitetsmæssige dimension. Disse to dimensioner omtales i den engelsksprogede litteratur samlet set som projekternes *Value for Money* (VfM). Økonomi og kvalitet i byggerierne er også de primære fokusområder i denne evaluering af OPP-projektet i Vejle sammenlignet med projektet i Aabenraa. Desuden er det i samarbejde med Region Syddanmark valgt, at evalueringen som en tredje dimension også skal undersøge, om der i OPP-projektet er udviklet innovative løsninger, produkter eller arbejdsgange.

Evalueringen sammenligner således de to byggerier med udgangspunkt i tre dimensioner: økonomi, kvalitet og innovation. Til hver af disse dimensioner knytter der sig nogle generelle og specifikke måleindikatorer, som danner udgangspunkt for evalueringen. I det følgende gennemgås en række relevante måleindikatorer under hver af de tre dimensioner.

1.5.1 Økonomiske indikatorer og Value for Money

Det fremgår af gennemgangen af studier, at *Value for Money* (VfM) er den mest anvendte metode til at evaluere OPP-projekter (Petersen, 2013). VfM er en betegnelse for sammenhængen mellem omkostninger og kvalitet i anlægsprojekterne, og ifølge Grimsey og Lewis opnås VfM, når OPP-projekter leverer "improved services for the same amount of money, as the public sector would spend to deliver a similar project" (Grimsey & Lewis, 2005: 346). Det følger logisk, at VfM også forbedres, hvis de samme tjenester leveres til lavere omkostninger for skatteyderne og/eller brugere i forhold til traditionelt udbudte projekter. I et nyere studie understreger Yaya (2017, s. 188), at VfM i OPP-projekter ikke handler om at opnå den laveste pris, men om at optimere kombinationen af totalomkostninger og kvalitet i byggeriet. VfM kan således betragtes som forbedret, 1) hvis anlægsprojekter gennemført som OPP giver lavere totalomkostninger ved samme kvalitetsniveau, og/eller 2) hvis anlægsprojekter gennemført som OPP giver samme totalomkostninger som og et højere kvalitetsniveau end traditionelt udbudte projekter (Petersen, 2017: 4).

VfM opgøres i de fleste studier på området ved at gennemføre en nutidsværdiberegning for alle kommende betalinger over hele OPP-aftalens løbetid og en tilsvarende nutidsværdiberegning for de faktiske eller skønnede kommende betalinger over en tilsvarende løbetid for et traditionelt udbudt anlægsprojekt. Omregningen bygger på de aftalte årlige, halvårslige eller kvartalsvise betalinger til OPP-selskabet og en række skønnede udviklinger i de økonomiske nøgletal, hvoraf de væsentligste er pris- og lønudviklingen og prisudviklingen i forsyningspriser (el, varme, vand, o.l.).

Beregningen af nutidsværdien af strømmen af fremtidige betalinger foretages ved hjælp af en såkaldt *Public Sector Comparator* (PSC), som beregner nutidsomkostningerne ved OPP-løsningen sammenlignet med et (så vidt muligt) tilsvarende traditionelt udbudt anlægsprojekt. Omregningen til nutidsværdi er dermed en hypotetisk sammenligning af OPP-løsningen med et traditionelt udbuds-scenarie baseret på de konstaterede eller forventede udgifter, en diskonteringsrate og en række (estimerede) antagelser om inflations- og prisudvikling. Et centralt element i nutidsværdi-beregning-

gen er justering for de risici, som ved OPP-løsningen overføres til den private part. Disse risici værdisættes på baggrund af et skøn af sandsynligheden for, at en given begivenhed vil indtræffe, ganget med omkostningen, såfremt begivenheden indtræffer (dvs. sandsynlighed x omkostning).

Nutidsværdien af den fremtidige betalingsstrøm udtrykt i form af PSC'en er således ikke den faktiske omkostning ved henholdsvis et traditionelt udbud og OPP-løsningen, men en metode til at sammenligne nutidsomkostningen ved to hypotetiske projektformer, hvor betalingen falder (meget) forskelligt over aftaleperioden. De britiske forskere Pollock, Shaoul og Vickers udtrykker det således: "Thus net present cost is not the actual cash cost but a way of expressing as a single value the effect of two hypothetical economic costs." (Pollock, Shaoul & Vickers, 2002: 324).

En del af argumentet for at vælge OPP frem for et traditionelt udbud er ofte, at OPP medfører en mere effektiv byggeledelse, samt at OPP indebærer incitament til totaløkonomisk optimering ved fx at vælge mere holdbare løsninger (Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, 2012; Finansministeriet, 2015). Disse to forhold kan trække byggeprisen i forskellige retninger, og der er i udgangspunktet ikke nogen hypotese eller teori i litteraturen om, hvorvidt byggeprisen i et OPP-projekt vil være højere eller lavere end i et traditionelt anlægsprojekt. Konsekvenserne ved at foretage en totaløkonomisk optimering – ved fx at vælge mere holdbare løsninger – vil først vise sig senere i kontraktperioden i form af relativt lavere vedligeholdelsesomkostninger.

En anden metode til at evaluere økonomien i OPP-projekter er *affordability*, som ikke har en god dansk oversættelse, men løst kan oversættes til "betalingsevne" (Froud & Shaoul, 2001). *Affordability* har især i de senere år været genstand for voksende opmærksomhed i OPP-evalueringstudier. *Affordability* betegner den udbydende offentlige myndigheds betalingsevne eller, sagt med andre ord, om den offentlige myndighed har råd til at betale de løbende enhedsbetalinger i et OPP-projekt i løbet af kontraktperioden. Dermed bliver det relevant at evaluere, om den offentlige bestillers samlede finansielle situation muliggør betaling af løbende rater på et OPP-projekt, herunder om det eventuelt indebærer omprioriteringer fra andre områder. Britiske studier på sygehusområdet nævner fx besparelser på klinisk arbejde eller sengeafsnit som et resultat af OPP og dårlig betalingsevne (Froud & Shaoul, 2001; National Audit Office, 2011).

Evaluering af *affordability* kan være relevant ved et OPP-projekt, som er privat finansieret, hvor OPP igangsættes for lånte penge, som den offentlige myndighed ikke havde adgang til uden brug af OPP-løsningen. Som evalueringsmetode er *affordability* imidlertid ikke en lige så velbeskrevet evalueringssparameter som VfM, og vi har ikke fundet standardiserede metoder eller redskaber til at udregne en offentlig myndigheds *affordability* i forbindelse med et konkret projekt.

Der er altså forskellige metoder til at evaluere økonomien i OPP-projekter. Da det ikke vurderes, at der er udfordringer med ordregivers (dvs. regionens) evne til at betale de faste rater på OPP-projektet i Vejle, så er det vores vurdering, at denne metode ikke er oplagt at bruge. Nærværende evaluering vil derfor tage udgangspunkt i en VfM-tilgang og særlig fokusere på projektets økonomi og kvalitet samlet set.

I forhold til konkrete økonomiske måleindikatorer viser gennemgangen af de internationale studier, at økonomiske indikatorer kan opdeles i tre hovedområder:

1) *Direkte omkostninger* betegner fx anlægsudgifter, finansierings/renteudgifter (både ved offentlig og privat finansiering af OPP'et), driftsomkostninger (fx rengøring, vagt mv.), vedligeholdelsesomkostninger (facader, vinduer, tag, gulve mv.) og serviceomkostninger (fx kantine, catering, post mv.).

2) *Transaktionsomkostninger* betegner fx egne omkostninger og internt timeforbrug til udarbejdelse af kravspecifikation, forberedelse og gennemførelse af udbudsprocessen, brugerinddragelsesprocesser, omkostninger til eksterne konsulenter (kontraktjuridisk, udbudsjuridisk, finansiel, arkitektonisk, procesmæssig, forsikringsmæssig rådgivning mv.) og øvrige transaktionsomkostninger såsom borgermøder, politisk behandling mv.

3) *Omkostninger forbundet med overførte (og prissatte) risici* betegner den økonomiske værdi af delte og/eller overførte risici, fx anlægsrisici, driftsrisici, finansielle risici (fx renteændringer), vedligeholdelsesrisici, rådighedsrisici (hvis anlægget kun er delvist til rådighed eller har fejl i en periode) samt efterspørgselsrisici (hvis betalingsmekanismen er efterspørgselsafhængig, hvilket den dog ikke er i forbindelse med det projekt, vi evaluerer.

Gennemgangen af de internationale studier viser, at flest studier har opgjort de direkte omkostninger (anlægs-, finansierings- og/eller driftsomkostninger), mens færre studier opgør transaktionsomkostninger (for en undtagelse se fx Whittington, 2012) eller gennemfører en konkret omkostningsberegning for konkrete risici. I forhold til evalueringen af OPP-projektet i Vejle og det traditionelle udbud i Aabenraa er der flest data til rådighed i forhold til de direkte omkostninger.

For at skabe systematisk viden om transaktionsomkostninger ved de to projekter har vi, i samarbejde med Region Syddanmark (Psykiatriens anlægssekretariat, Projektorganisationen for byggeri) udviklet en model for registrering af det faktiske interne tidsforbrug i regionen for centrale medarbejdere og ledere i forbindelse med udbud og anlæg af de to projekter. Vi har desuden via oplysninger i regionens regnskabssystem indhentet data om eksterne transaktionsomkostninger. Disse omkostninger er opgjort, hvor der er gennemført en konkret betaling til eksterne konsulenter (rådgivere, arkitekter, finansiering, jura mv.). Evalueringen bygger derfor på et forholdsvis omfangsrigt – og internationalt set unikt – datagrundlag om interne og eksterne transaktionsomkostninger ved de to udbudsformer i Vejle og Aabenraa.

1.5.2 Kvalitetsindikatorer

Ved kvalitet både forstås den objektive (målbare) kvalitet af bygninger, materialer, funktionalitet mv. samt den oplevede kvalitet af den udførte ydelse efter ibrugtagning. Ved en sådan forståelse fokuseres altså på den leverede ydelse eller produkt (fx et sygehusbyggeri) og ikke på forløbet af selve udbudsprocessen og leveringsprocessen, herunder fx oplevelsen af medarbejderinddragelse under udbuds- og byggeprocessen, hvis ikke dette forløb har en indvirkning på den leverede ydelse eller produkt (dvs. byggeriet).

Litteraturgennemgangen viser, at der er en meget begrænset litteratur og dermed systematisk viden om forskelle og ligheder i kvaliteten i byggeri gennemført som OPP og som traditionelle udbud. Der er kun tre internationale forskningsstudier, der har sammenlignet kvalitet ved OPP sammenlignet med traditionelt udbudte anlægsprojekter (Petersen, 2017).

Den sparsomme litteratur peger på, at man i en evaluering af kvaliteten af et OPP-projekt kan tage udgangspunkt i projektmæssige forhold af mere generel karakter (fx planløsningen), som kan ses som understøttende for kvaliteten (KORA, 2014). Kvaliteten i et OPP-projekt skal derudover vurderes ud fra, om den leverede ydelse eller det leverede produkt lever op til de specificerede målsætninger ikke blot ved ibrugtagning, men i hele OPP-projektets levetid.

Effekten af kvalitetsmæssige forskelle på den løbende (kliniske) drift er erfaringsmæssigt ikke stor, muligvis fordi OPP primært er en model for privat partnerskab om anlæg og bygningsdrift, mens den kliniske drift typisk vedbliver at være en offentlig opgave og derfor ikke er omfattet af udbuddet. I en

evaluering af OPP versus traditionelt udbud bør man derfor nøje fokusere på de dele, som forventes at have den største funktionelle betydning for den psykiatriske afdelings løbende drift, og søge kvantitative opgørelser af dette, som kan gøres til genstand for sammenligning med det traditionelt udbudte projekt.

Det er vigtigt i en evaluering af kvaliteten i et OPP-projekt at forsøge at isolere de faktorer i OPP-organiseringen, som har haft en selvstændig betydning for kvaliteten. I en sådan evaluering er målet altså at undersøge effekten af OPP i forhold til kvaliteten samt at forstå de mekanismer og forhold, der kan have påvirket kvaliteten. Det indbefatter bl.a. en vurdering af, om styringen af leveringsprocessen formår løbende at indarbejde input fra relevante interessenter, dvs. om byggeriets funktionalitet tilpasses til og opleves som tilfredsstillende af de brugere (medarbejdere, patienter og pårørende), som til daglig bruger de to byggerier.

I en sådan evaluering er det bl.a. væsentligt at fokusere på de forhold, der går ud over et almindeligt bestiller-udfører-forhold og indeholder elementer af et egentligt partnerskabsforhold. De gennemgæede evalueringstudier indeholder forslag til en række indikatorer for dette, herunder graden af tillid, lydhørhed og fleksibilitet i opgaveløsningen mellem den offentlige og private part (National Audit Office, 2006, 2011). Et eksempel i litteraturgennemgangen er fra OPP-projekter med fokus på *facility management* i sygehuse. Facility management-delen vedrører en række forskellige områder: portører, vaskeri, omstilling/reception, sikkerhed, køkken, rengøring samt vedligeholdelse af bygninger og udendørs arealer. Det fremgår her, at man i en evaluering af OPP skal inkludere alle disse områder. Undersøgelserne viser samtidig, at man skal være særligt opmærksom på de dele, som har størst betydning for den løbende (kliniske) drift, herunder særligt vedligeholdelse af bygninger (Pollock Shaoul & Vickers, 2002; Pollock, Price & Liebe, 2011).

1.5.3 Innovationsindikatorer

Ved innovation kan forstås udvikling og implementering af nye opgaveløsninger, som ikke på forhånd var specificeret i udbudsmaterialet, og som fører til øget omkostningseffektivitet og/eller kvalitet i projektet (National Audit Office, 2006). Innovation er ikke særligt velbelyst i den eksisterende OPP-litteratur (Lember m.fl., 2019). De få studier, der har undersøgt innovation i OPP, skelner overordnet mellem *produktinnovation* (også omtalt som "teknisk innovation"), der fx kan vedrøre design, materialer, funktionalitet mv. og *procesinnovation* (også omtalt som "arbejdstilrettelæggelse"), der fx omfatter mere hensigtsmæssige arbejdsgange, samspil mellem bygninger og klinisk arbejde mv.

Gennemgangen af litteratur viser, at man i en evaluering af graden af innovation i et OPP-projekt kan fokusere på nogle essentielle elementer i samarbejdsforholdet mellem den offentlige og private leverandør, som erfaringsmæssigt fremmer udviklingen af nye løsninger. Disse elementer er bl.a. brugen af funktionskrav i kravspecifikationer og udbudsmateriale.

Det belyses som en del af evalueringen, om medarbejdere og ledere samt regionens bygningsansvarlige oplever innovative elementer i henholdsvis OPP-projektet i Vejle og i det traditionelt udbudte projekt i Aabenraa. Rapporten belyser dermed, om der er indikationer på, at forandringer i leverings- og driftsperioden i forhold til den lovede ydelse eller det lovede produkt skaber tids- eller omkostningsbesparende løsninger eller arbejdsprocesser, som af personalet opleves som mere fleksible og/eller resulterer i en højere kvalitet i arbejdet. Denne del af evalueringen bygger således især på medarbejdernes og ledernes egne oplevelser af forbedringer i de to byggerier, som kan tilskrives udbudsformen.

1.6 Datagrundlag i evalueringen

I det følgende beskrives de data, der indgår i evalueringen, og hvilke metoder der er anvendt i evalueringen. Beskrivelsen er opdelt i forhold til opgørelsen af henholdsvis økonomi, kvalitet og innovation.

1.6.1 Datagrundlag i den økonomiske opgørelse

Opgørelsen af de økonomiske konsekvenser er baseret på data fra Region Syddanmark. Data relateret til tidsforbruget knyttet til brugerinddragelse og projektstyring mv. er baseret på kalenderoptegninger for fastlagte mødeforløb og timeregistrering af tidsforbrug ud over faste møder.

Omkostninger knyttet til selve opførelsen af de to sygehusafdelinger er baseret på henholdsvis de realiserede udgifter for regionen og de i OPP-kontrakten specificerede omkostninger knyttet til opførelsen af sygehusafdelingen.

For driftsfasen er omkostningsopgørelsen baseret på data fra regionens hovedbog. Opgørelsen er baseret på data for 2017, da der er usikkerhed i udtrækket i forhold til, hvorvidt alle omkostninger på udtrækstidspunktet var korrekt konteret for 2018.

1.6.2 Datagrundlag i opgørelsen af kvalitet og innovation

I opgørelsen af den byggetekniske kvalitet er der blevet taget udgangspunkt i 1-års-gennemgangen af den byggetekniske kvalitet i henholdsvis Aabenraa og Vejle-byggeriet. En overordnet sammenligning af disse kvalitetsrapporter giver som udgangspunkt et klart billede af, hvordan den bygningstekniske kvalitet af de to afdelinger er efter ibrugtagning af byggerierne.

Opgørelsen af den æstetiske kvalitet er baseret på en ekspertmæssig gennemgang af det æstetiske udtryk af de to sygehusbyggerier. Den ekspertmæssige gennemgang er foretaget af en anerkendt arkitekturanmelder, som har tidligere erfaringer med at vurdere den æstetiske kvalitet af psykiatrisk sygehusbyggeri. Arkitekturanmelderen fik tilsendt materiale om de to byggerier og fik en rundvisning i de to byggerier, hvor han havde mulighed for at besigtige byggerierne og stille opklarende spørgsmål under rundvisningen. I rundvisningen deltog byggekyndigt og lægefagligt personale samt forskerne bag evalueringen. Efter rundvisningen udarbejdede arkitekturanmelderen et notat, som sammenlignede den æstetiske kvalitet af de to byggerier. Dette notat ligger til grund for evalueringen af den æstetiske kvalitet.

Opgørelsen af kvaliteten i driften af de to psykiatriske afdelinger tager primært udgangspunkt i den oplevede kvalitet blandt medarbejdere og ledere i de to afdelinger. Den oplevede kvalitet er velegnet til at få belyst, om OPP-formen i højere grad end den traditionelle udbudsmodel fører til en bedre daglig drift. Der er en række indikatorer for dette, som indgår i analysen, herunder graden af tillid, lydhørhed og fleksibilitet i opgaveløsningen mellem den offentlige og den private part. Der kunne være medtaget yderligere indikatorer for kvalitet i driften (fx sygefravær), men det ville være yderst vanskeligt at vurdere, om sådanne kvalitetsindikatorer har en sammenhæng med OPP-organiseringsformen, så derfor er de udeladt af analysen.

Der kunne ligeledes i analysen være medtaget et patientperspektiv (fx patienttilfredshed). Den overordnede vurdering har dog været, at der er en lang række øvrige forhold, som har større betydning for patientoplevelsen (fx det oplevede behandlingsudbytte), end udbuds- og anlægsformen for byggeriet. Patientperspektivet indgår derfor ikke direkte i analysen, men kun indirekte i det omfang at

medarbejdere og ledere inddrager patientoplevelsen i deres samlede vurderinger af betydningen af udbudsformen.

Innovative effekter af en OPP-organisering er vanskelige at måle. Det kan således være vanskeligt at afgøre, hvordan en nytænkning af de fysiske rammer direkte påvirker behandlingen af patienterne. Det er mere enkelt at pege på, hvordan teknisk innovation – fx elektroniske portør- eller rørpostsystemer – kan frigøre nogle ressourcer, hvilket kan give bedre rammer for behandlingen af patienterne.

I forhold til den oplevede innovation i forbindelse med anlægget og driften af den psykiatriske afdeling i Aabenraa og Vejle er der gennemført en række interview med ledere, medarbejdere og ansvarlige for facility management-delen. I disse interview blev nøglepersoner bedt om at forholde sig til, hvilken form for innovation der var sket i de to byggerier, og i hvilken grad dette kunne tilskrives udbudsformen.

Tabel 1.1 giver en oversigt over interview foretaget i projektperioden:

Tabel 1.1 Oversigt over gennemførte interview

	Psykiatrisk afdeling i Aabenraa	Psykiatrisk afdeling i Vejle
Klinisk ledelse	1 fokusgruppe før anlæg (maj 2014) 1 fokusgruppe efter anlæg (maj 2016)	1 fokusgruppe før anlæg (marts 2014) 1 fokusgruppe umiddelbart efter anlæg (juni 2017) 1 fokusgruppe 1 år efter anlæg (marts 2018)
Kliniske medarbejdere	1 fokusgruppe før anlæg (maj 2014) 1 fokusgruppe efter anlæg (maj 2016)	1 fokusgruppe før anlæg (marts 2014) 1 fokusgruppe umiddelbart efter anlæg (juni 2017) 1 fokusgruppe 1 år efter anlæg (marts 2018)
Facility management (bygningssdrift og -vedligehold)	1 mini-fokusgruppe før anlæg (maj 2014) 1 mini-fokusgruppe efter anlæg (maj 2016)	1 mini-fokusgruppe før anlæg (marts 2014) 1 mini-fokusgruppe umiddelbart efter anlæg (juni 2017) 1 fokusgruppe 1 år efter anlæg (marts 2018)
	I alt 6 fokusgrupper	I alt 9 fokusgrupper

Det fremgår af tabel 1.1, at vi har gennemført i alt 15 fokusgruppeinterview i projektperioden. Der er gennemført fokusgrupper med henholdsvis den kliniske ledelse af de to psykiatriske afdelinger (ledende overlæger og oversygeplejersker), kliniske medarbejdere (læger, sygeplejersker, psykologer) samt facility management (ledere af service, rengøring mv.).

De første fokusgruppeinterview er gennemført før anlægsperioden for at få belyst, hvordan kvaliteten af de eksisterende psykiatriske afdelinger vurderes, da dette kan have stor indflydelse på personalets efterfølgende oplevelse af kvalitet og funktionalitet, når de flytter ind i de nye byggerier i henholdsvis Vejle og Aabenraa. Fokusgruppeinterview er dernæst gennemført efter anlægsperioden, hvor de psykiatriske afdelinger er taget i brug, og hvor det er muligt at vurdere den faktisk oplevede kvalitet af de nye bygninger. I forhold til den psykiatriske afdeling i Vejle har vi gennemført to runder af fokusgruppeinterview efter ibrugtagning af den psykiatriske afdeling (henholdsvis lige efter ibrugtagning og 1 år efter ibrugtagning), mens vi i Aabenraa har foretaget ét fokusgruppeinterview efter ibrugtagning.

Alle interview er gennemført ud fra ensartede interviewguider for hver medarbejdergruppe, hvilket højner sammenligneligheden af data indsamlet på tværs af de to byggerier. Interviewene er i nogle tilfælde optaget digitalt og efterfølgende transskriberet. I andre tilfælde er der lavet et løbende referat af en bisidder ved interviewene.

2 Beskrivelse af de to sygehusbyggerier

2.1 Psykiatrisk afdeling i Aabenraa

2.1.1 Udbudsproces

Udbuddet og byggeriet af den psykiatriske afdeling i Aabenraa er gennemført som et traditionelt organiseret offentligt bygge- og anlægsprojekt, hvor den offentlige part er ejer af byggeriet, og der ikke indgår aftaler om efterfølgende drift og vedligehold. Anlægsudgiften er finansieret af regionen.

I december 2010 vedtog Region Syddanmark programoplægget til etablering af den nye psykiatriske afdeling i Aabenraa. Der blev afsat 447,8 mio. kr. i samlet anlægsramme (prisniveau 2010). Dertil kom, at der blev afsat en anlægsudgift på 31,7 mio. kr. (prisniveau 2010) til medfinansiering af fælles servicefunktioner for det samlede somatiske og psykiatriske sygehus i Aabenraa (køkken, vaskeri og varemottagelse m.v.).

I marts 2011 blev White Arkitekter AS valgt som totalrådgiver på byggeprojektet sammen med White AB. Der blev efterfølgende i 2012 gennemført en indledende dialogproces med kommende medarbejdere på den nye psykiatriske afdeling for at sikre, at kravene til byggeriet overordnet levede op til de faglige krav, som medarbejderne havde. Derudover blev medarbejderne løbende involveret af totalrådgiveren på projektet i forhold til kravene til de enkelte entrepriser. Arkitekter på byggeriet var White Arkitekter i samarbejde med DEVE arkitekter.

Der blev ikke gennemført en udvidet dialog med markedet før og under tilbudsgivningen. Det kræver mange ressourcer at tilrettelægge udbudsprocessen og afholde dialogmøder med udvalgte ansøgere, og det blev bl.a. som følge heraf fravalgt af Region Syddanmark.

Der blev i 2. halvår i 2012 gennemført en række udbud af de enkelte entrepriser. I den store bygningsentreprise udbudt med ansøgningsfrist i november 2012 var der ikke nok tilbudsgivere (2 tilbudsgivere). Det blev derfor besluttet at underopdele entrepriserne i mindre fagentrepriser (i alt 14 entrepriser). På 3-4 af fagentrepriserne kom der ikke nok tilbudsgivere, og der skulle gennemføres opfølgende udbudsrunder. På en enkelt fagentreprise (tagentreprise) var det vanskeligt at finde en leverandør, og det medførte bl.a. en tidsforskydning/forsinkelse på nogle få måneder. Der har i denne proces været ekstra udgifter til entreprenører og rådgiver, først og fremmest på grund af de ekstra udbudsrunder.

Licitationsresultatet var dog i første omgang, at den samlede anlægsudgift blev ca. 30 mio. kr. billigere end den forventede anlægssum. Det betød, at ekstra ønsker til byggeriet kunne tages med i anlægsarbejdet, fx mere avanceret lys i sengeafsnit, telefonanlæg m.m.

2.1.2 Anlægsproces

Byggetiden blev i første omgang fastsat til 18 måneder. Det blev anset som en stram tidsplan, dog var der indlagt en såkaldt risikotid på 6 uger til udbedring af fejl m.m. (byggetid på i alt 19,5 måneder).

Flere entreprisarbejder forsinkede dog byggeprocessen. Eksempelvis var der forsinkelser på opstart af betonleverancen, og der var også forsinkelser med udførelsen af pudslag på bygningerne. Dette forsinkede isætning af vinduer m.m.

Dette medførte en række voldgiftssager fra leverandørerne, som ikke kunne gennemføre deres leverance som oprindeligt planlagt. Dertil kom en voldgiftssag fra totalrådgiveren på byggeprojektet, som bl.a. argumenterede for, at de havde fået væsentlige merudgifter som følge af forsinkelser i leverancer, ekstra budrunder og flere fagentrepriser end først antaget. Disse voldgiftssager var med til at forsinke og fordyre byggeprocessen yderligere.

Figur 2.1 Plan over den nye psykiatriske afdeling i Aabenraa



Byggeriet er opført i to etaper og rummer to selvstændige byggerier. Første etape omfattede et børne- og ungdomspsykiatrisk ambulatorium i forlængelse af det somatiske familiehuse. Ambulatoriet er fysisk placeret i den modsatte ende af det somatiske sygehus set i forhold til de psykiatriske døgnfunktioner. Dette byggeri stod færdigt i sommeren 2014.

Anden etape var den mest omfattende etape. Den omfattede opførelse af alle øvrige psykiatriske døgnfunktioner og et ældrepsykiatrisk ambulatorium i fysisk sammenhæng med det somatiske sygehus. Denne del af den psykiatriske afdeling ligger på en skrånende grund, og det er anlagt som et lavt byggeri, der følger terrænniveauerne. Det er anlagt som en vifte omkring en hovedakse. Fra ankomstråde (se plantegning, figur 2.1 ovenfor) og kobling til somatisk sygehus (til venstre for hovedindgangen) forbinder hovedaksen de forskellige indgange til de enkelte afsnit. I akse bevæger man sig imellem reception, ældrepsykiatrisk ambulatorium, café, modtagelse, aktivitetsrum, behandlerkontorer, auditorium og undervisning med kig til uderum og haver.

Hovedaksen afsluttes i en sportshal med udsigt over landskabet. Denne del stod færdig i september 2015. Byggeriet blev endeligt færdigt i september 2015, og indflytningen skete i september 2015.

2.2 Psykiatrisk afdeling i Vejle

2.2.1 Udbudsproces

Byggeriet af den psykiatriske afdeling i Vejle er opført som et OPP-projekt med privat finansiering. Politisk var der i Region Syddanmark et ønske om at bruge denne anlægsform og få erfaringer med OPP. I forbindelse med beslutningen om at opføre den psykiatriske afdeling som et OPP-projekt udtalte daværende regionsrådsformand Carl Holst (V) eksempelvis:

Dels ønsker vi at blive klogere på, hvordan projektet kan udføres til størst mulig gavn for borgerne i regionen både økonomisk og med hensyn til de fysiske rammer – dels vil vi udfordre de potentielle OPP-aktører på, hvordan den rette OPP-model skal være. (Pressemeddelelse, Region Syddanmark, juli 2012).

En del af baggrunden er dog også, at regionen fik afslag på en ansøgning til ekspertudvalget om midler til byggeriet og dermed var henvist til regional finansiering. For ikke at skulle vente flere år på at få råd til at iværksætte projektet udelukkende for egne regionale midler, så var der mulighed for at gennemføre byggeriet som et OPP-projekt, hvor finansieringen af projektet udskydes. Dette ville dog kræve en hel eller delvis deponeringsfritagelse (af likviditetsmæssige årsager), hvis denne mulighed skulle være finansieringsmæssigt attraktiv. Derfor søgte regionen i juni 2011 og efterfølgende år staten om deponeringsfritagelse.

Der er i projektet opnået en fuld deponeringsfritagelse. Dispensationen betød, at Region Syddanmark ikke skulle deponere dette beløb, inden byggeriet gik i gang, og det var en væsentlig årsag til, at regionen valgte at bruge OPP-modellen.

Region Syddanmark valgte i høj grad at benytte sig af eksterne rådgivere i udbuds- og anlægsprocessen. Regionen har i processen inddraget en juridisk rådgiver (Lett Advokater), en teknisk rådgiver (COWI) og en finansiel rådgiver (PWC).

Indledningsvis i projektudviklings- og udbudsprocessen blev der iværksat en markedsundersøgelse blandt potentielle samarbejdspartnere for at belyse, om betingelserne for at vælge OPP som udbuds- og anlægsform var til stede.

Den finansielle rådgiver, PWC, anbefalede efter markedsundersøgelsen at gå videre med OPP som udbuds- og anlægsform. Dette var forudsat af, at der blev opnået en deponeringsfritagelse/udvidelse af lånerammen fra Økonomi- og Indenrigsministeriet, som muliggjorde en igangsættelse af byggeriet 3 år tidligere, end hvis man ikke valgte en OPP-løsning.

Markedstesten viste, at de to testede udbudsmodeller (OPP med privat finansiering og OPP med offentlig finansiering) ikke var meget forskellige økonomisk set, men at der var væsentlige forskelle i risikooverførsel. Ved OPP med privat finansiering får man mindre risiko som offentlig part. Det blev samtidig påpeget, at bankgarantistillelsen ved OPP med offentlig finansiering også koster og skal medtages i en samlet vurdering af de totale omkostninger ved OPP med offentlig finansiering.

Beregningen fra den finansielle rådgiver (PWC) var, at man kunne forvente en besparelse på 10 % på anlæg og drift i perioden ved valg af en OPP-løsning. Det blev bl.a. begrundet i, at vedligeholdelsesplanen var tilpasset den lange driftsperiode. PWC beregnede endvidere, at det forventede afkastkrav ville være 4,5 % p.a.

På den baggrund besluttede Regionsrådet, at den nye psykiatriske afdeling i Vejle som udgangspunkt skulle bygges som et OPP-projekt, og at der som nævnt tidligere skulle anvendes konkurrencepræget dialog som udbudsform.

Der blev valgt en kontraktperiode over 25 år. Dette blev bl.a. valgt ud fra et ønske om at gøre driftsøkonomien rentabel og ønsket om at få en passende afbalancering mellem større sikkerhed mod lavere afkastgrad. Regionen har i den forbindelse ført drøftelser med de interesserede finansielle parter omkring projektet som en obligationsinvestering eller en ejendomsinvestering med de afkastkrav, der er forbundet med dette.

Der er i processen blevet oparbejdet erfaring med OPP-udbuds- og anlægsformen internt i Region Syddanmark, særligt i forhold til den tekniske og finansielle del. Det forventes, at man i fremtidige OPP-projekter, herunder byggeri af en voksenpsykiatrisk afdeling på Odense Universitetshospital, vil gøre brug af erfaringer opbygget internt i organisationen og i mindre grad vil inddrage eksterne rådgivere.

I første omgang af udbudsprocessen blev der lavet en prækvalifikationsrunde². Projektet blev efterfølgende udbudt i konkurrencepræget dialog med deltagelse af 5 prækvalificerede tilbudsgivere.

I dialogfasen blev der iværksat en forholdsvis omfattende dialogproces. Formålet med dialogprocessen var, at tilbudsgiverne kunne komme i tæt dialog med de kommende brugere af sygehusbyggeriet og på den baggrund få relevante input til udarbejdelse af det endelige tilbud. Der blev generelt i dialogprocessen lagt vægt på, at kravene i udbudsmaterialet kunne udfordres, og at der var mulighed for at kunne tilbyde nye og innovative løsninger. Fagekspertise fra Region Syddanmark og Syddansk Sundhedsinnovation blev involveret i processen for at styrke innovationsdelen.

Dialogprocessen var mere omfattende end dialogprocesser, som Region Syddanmark tidligere har gennemført i forhold til psykiatribyggerier. Den overordnede vurdering var efterfølgende, at processen kunne have været tilrettelagt mere effektivt, herunder at de forskellige typer af kompetencer hos rådgiverne i højere grad kunne være matchet med deltagernes forudsætninger. Derudover var vurderingen, at dialogmøderne skulle have været tidsmæssigt mere emneopdelt, så alle ikke skulle deltage i hele mødet.

Der blev gennemført i alt 4 dialogrunder med afslutning i juni 2013. På baggrund af dialogrunderne blev det endelige udbudsmateriale udarbejdet. Udbuddet strakte sig over ca. 6 uger i november 2013 til januar 2014. I marts 2014 var udbudsmaterialet blevet gennemgået af Region Syddanmark, og efterfølgende blev den politiske beslutning taget om indgåelse af kontrakt med tilbudsgiver og med OPP som udbuds- og anlægsform.

Der indkom i alt 2 tilbud. Team OPP blev valgt som leverandør. Team OPP består af DEAS A/S (ansvarlig for drift og service³), MT Højgaard A/S (byggeentreprenør) og Pensionskassernes Administration A/S (PKA), PensionDanmark A/S og Sampension KP Livsforsikring A/S (finansiel partner)⁴.

Der blev i bedømmelsen lagt vægt på pris (45 %), bygningens funktionalitet og arkitektur (25 %), drift og vedligeholdelse samt services (20 %) samt samarbejdsorganisation (10 %).

² Udbudsbekendtgørelse nr. 2012/S 237-390039 offentliggjort d. 5. december 2012 i EU-Tidende.

³ DEAS A/S er ansvarlig for udførelsen af drift, vedligeholdelse samt en række servicefunktioner, bl.a. madproduktion og patient- og medicintransport for cirka 550 mio. kr. over de næste 25 år.

⁴ Disse parter indledte i 2012 et samarbejde om at bygge, vedligeholde og finansiere danske OPP-projekter over de kommende år for op mod 5 mia. kr. Fokus er på bygningsrelaterede OPP-projekter i kommunerne, regionerne og staten. Det psykiatriske hospital i Vejle er parternes første projekt sammen.

2.2.2 Anlægsproces

Første spadestik til byggeriet blev taget i august 2014, mens rejsegilde blev afholdt 30. oktober 2015. Byggeriet er blevet indviet ved en reception 3. februar 2017.

Anlægssummen var 430 millioner kr. Den nye psykiatriske afdeling er bygget sammen med Vejle Sygehus via en 200 meter lang tunnel/gangbro. Den psykiatriske afdeling er på knap 17.000 kvadratmeter og rummer psykiatrisk akutmodtagelse (PAM), børne- og ungdomspsykiatrisk ambulatorium samt 99 psykiatriske sengepladser, heraf 8 i den psykiatriske akutmodtagelse. Den psykiatriske afdeling bliver anlagt som et selvstændigt byggeri med tilknytning til det somatiske sygehus via den nævnte kombinerede tunnel/gangbro (til venstre i figur 2.2.). Byggeriet udformes som et cirkulært byggeri med selvstændigt beliggende afsnit.

Figur 2.2 Luffoto af den nye psykiatriske afdeling i Vejle



Kilde: Region Syddanmark

2.3 Forskelle og ligheder mellem de to byggerier

I det følgende opsummeres forskelle og ligheder mellem nogle centrale karakteristika for de to byggerier (se tabel 2.2).

Det fremgår af oversigten, at de to byggerier er forholdsvis sammenlignelige. Den psykiatriske afdeling i Aabenraa er godt 10 % større end den psykiatriske afdeling i Vejle målt på bruttokvadratmeter, antal sengepladser og antal behandlingsrum. Begge afdelinger rummer voksenpsykiatri og børne- og ungdomspsykiatri (dog indgår der ikke børne- og ungdomspsykiatrisk døgnfunktion/senge i Vejle-byggeriet).

Jævnfør forskellen i kvadratmetertallet for de to byggerier ses det også, at der i Aabenraa er 111 psykiatriske sengepladser, mens der er i Vejle er 99 psykiatriske sengepladser. Endelig ses det af oversigten, at den psykiatriske afdeling i Aabenraa var godt 9 måneder forsinket, mens den psykiatriske afdeling i Vejle blev afleveret til tiden.

Tabel 2.2 Forskelle og ligheder mellem byggerierne i Aabenraa og Vejle

Parameter/ indikator	Psykiatrisk afdeling i Aabenraa	Psykiatrisk afdeling i Vejle
Samlet areal (kvm)	Brutto: 18.946 kvadratmeter	Brutto: 16.983 kvadratmeter (inkl. forbindelsesgang) ¹
Afsnit (typer)	Voksenpsykiatri Børne- og ungdomspsykiatri inkl. ambulatorium Ældrepsykiatri inkl. ambulatorium	Voksenpsykiatri Børne- og ungdomspsykiatrisk ambulatorium Psykiatrisk akut modtagelse
Sengepladser (antal)	111 psykiatriske sengepladser fordelt på følgende afsnit (typer): - Voksen- og ældrepsykiatrien: 6 afsnit a 15-16 senge (+ ældrepsykiatrisk ambulatorium) - Børne- og ungdomspsykiatrien: 19 senge (+ ambulatorium) - 4 patientværelser til bariatriske patienter (patienter med BMI > 35)	99 psykiatriske sengepladser fordelt på følgende afsnit (typer): - Voksenpsykiatrien: 5 afsnit a 15-16 senge - Akutmodtagelse: 8 senge - Børne- og ungdomspsykiatrien: kun ambulatorium
Behandlingsrum (antal)	10 behandlingsrum fordelt på følgende typer af rum: - Somatisk undersøgelse: 1 - Testrum: 2 - Undersøgelse: 1 - ECT: 4 (behandling, modtagelse, opvågning og venterum) - Blodprøvetagning: 1 - Test/terapirum: 1	8 behandlingsrum fordelt på følgende typer af rum: - Undersøgelsesstuer (dette indbefatter testrum, ECT rum samt rum til blodprøvetagning og test-terapi): 7 - Behandlingsrum: 1
Forventet aflevering / faktisk aflevering	Forventet afleveringstidspunkt: 4. december 2014 Faktisk afleveringstidspunkt: 15. september 2015.	Forventet afleveringstidspunkt: 31. januar 2017 Faktisk afleveringstidspunkt: 31. januar 2017

Note: 1) Arealerne i byggeprogrammet for Psykiatrisk Hospital Aabenraa er angivet som nettokvadratmeter eksklusive gangarealer, trapper osv., mens arealerne for Psykiatrisk Hospital Vejle var angivet som bruttokvadratmeter inklusive gangarealer, trapper osv. For at omregne fra nettokvadratmeter til bruttokvadratmeter er der anvendt en faktor 1,14. Bruttokvadratmeter for Psykiatrisk Hospital Aabenraa er dermed et beregnet skøn.

3 Økonomisk opgørelse og vurdering

Den økonomiske opgørelse af de to projekter er inddelt i 4 faser, hhv. 1) en opgørelse af regionens transaktionsomkostninger knyttet til selve udbudsprocessen (interne transaktionsomkostninger til administration, byggestyring, brugerinddragelse mv. og eksterne transaktionsomkostninger til finansielle og juridiske rådgivere), som ikke indgår i omkostningerne til opførelsen af de psykiatriske afdelinger, 2) en sammenligning af omkostningerne knyttet til opførelse af de to psykiatriske afdelinger, 3) en analyse af udgifter til service og vedligeholdelse af de to byggerier og 4) en samlet økonomisk vurdering af de to sygehusbyggerier i henholdsvis Vejle og Aabenraa.

3.1 Transaktionsomkostninger i forbindelse med udbudsprocessen

Litteraturen har tidligere peget på, at OPP kan stille krav til processer og administrative lag, som kan føre til højere transaktionsomkostninger i OPP-projekter end i traditionelle udbud (Whittington, 2012; De Schepper, Haezendonck & Dooms, 2015). Der eksisterer imidlertid begrænset empirisk viden om transaktionsomkostninger knyttet til OPP-projekter, herunder fx hvordan brugerinddragelse afviger fra traditionelle udbud, og hvilke transaktionsomkostninger projektejereren (i dette tilfælde regionen) har i forbindelse med et OPP-projekt sammenlignet med et traditionelt udbud af et tilsvarende projekt.

Nærværende rapports evalueringsdesign som et tilnærmelsesvis naturligt eksperiment med en samlet analyseperiode på 6 år rummer mulighed for at bidrage med systematisk viden til den danske og internationale diskussion om transaktionsomkostninger i OPP og traditionelt offentligt anlægsbyggeri (De Schepper, Haezendonck og Dooms, 2015). Forventningen i litteraturen er, at OPP-modellen har nogle fordele i form af samtænkning af anlægs-, drifts- og vedligeholdelsesfasen, hvilket fører til et større totaløkonomisk fokus i projektets samlede levetid. Dette kan føre til højere transaktionsomkostninger i udbuds- og anlægsfasen. Dette kan dog også reducere transaktionsomkostningerne senere i projektet, fordi flere forhold afklares på et tidligt stadie af udbuds- og kontraktprocessen.

Beskrivelsen af kravspecifikationer og udarbejdelse af udbudsmaterialet er en omfattende opgave for både OPP-projekter og traditionelle byggeprojekter, men udbudsprocessen adskiller sig alligevel på centrale parametre, som forventes at have betydning for transaktionsomkostningerne. Især med hensyn til brugerinddragelse er psykiatriafdelingen i Vejle særligt interessant, da der, sammenlignet med mange andre OPP-byggerier (fx anlæg af parkeringshuse og veje), er tale om et projekt, som forudsætter væsentlig klinisk indsigt, hvilket leverandører af OPP-projekter sjældent besidder (bl.a. fordi psykiatriafdelingen i Vejle som tidligere nævnt er det første OPP-projekt på sundhedsområdet i Danmark). Af denne grund må samarbejdet med de kommende brugere (dvs. brugerinddragelsen) forventes at spille en relativt stor rolle i dette projekt sammenlignet med bygge- og anlægsprojekter inden for eksempelvis skoleområdet og kontorbyggerier, hvor OPP i højere grad har været anvendt i Danmark (Petersen, 2013).

En hensigt med OPP-udbud er at stimulere nytænkning og konkurrence mellem de private leverandører om at tilvejebringe de totaløkonomisk bedste og mest innovative løsninger. Derfor specificerer et OPP-udbud ofte en række funktionskrav – dvs. i stedet for at specificere, *hvordan* opgaven skal løses, beskrives, *hvilke funktioner* man efterspørger løsninger på. Funktions- og udbudsbeskrivelsen smelter således sammen, hvorfor fx brugerinddragelsen typisk vil være afsluttet på tidspunktet for valget af leverandør, hvilket ikke er en forudsætning i et traditionelt udbud. I OPP-udbudet i Vejle var der en brugerproces efter kontraktunderskrift, hvor leverandøren som en del af tilbuddet

skulle afsætte en sum til denne proces processen. Det var defineret, hvilke områder/funktioner i tilbuddet der som udgangspunkt skulle testes. Regionen var forpligtiget til at afholde eventuelle udgifter i forbindelse med eventuel omprojektering og tillige, hvis det kunne påvises, at projektet generelt blev dyrere som følge af beslutninger i processen.

OPP-projektet i Vejle er gennemført som et udbud i *konkurrencepræget dialog*. Denne udbudsform giver regionen mulighed for at bringe den psykiatriske faglighed i spil, som de private aktører ikke forventes at kunne bistå med. Endelig er dialogfasen med til at fjerne usikkerheder og afklare risikoforhold, sådan at de bydende konsortier kan mindske risikoen i deres tilbud og lave en mere nøjagtig prissætning. Efter dialogfasen tilrettes udbudsmaterialet, som så bliver grundlag for selve konkurrencen.

I OPP-projektet i Vejle omfattede dialogfasen bl.a. tre store heldags-dialogmøder med hvert af de prækvalificerede konsortier. Fordi disse dialogmøder har stillet krav om samtidig tilstedeværelse af relevante kompetencer fra både regionen og konsortierne, har det medført betydelige transaktionsomkostninger. Dette er ikke på samme måde nødvendigt i et mere traditionelt udbud, idet der her er mulighed for en løbende brugerinddragelse efter udpegningen af det vindende konsortium. I et traditionelt udbud er det således muligt at revidere funktionskravene om nødvendigt – fx grundet uforudsete udfordringer, der medfører større omkostninger end forudsat. Tilpasninger og justeringer i denne fase kan naturligvis have en økonomisk omkostning, som kan forøge den samlede byggeudgift ved et traditionelt udbud.

Et OPP-projekt stiller krav til en mere eller mindre færdig projektering på et tidligere stadie af kontraktprocessen, og derfor forventes transaktionsomkostningerne i et OPP-projekt at være større i de tidlige faser, mens de omvendt kan forventes at være mindre i de senere faser sammenlignet med et mere traditionelt udbud.

Endvidere kan et OPP-projekt medføre en spidsbelastning for de involverede klinikere og ledere modsat et traditionelt udbudt projekt, hvor belastningen på personalet forventes mere jævnt fordelt over en længere periode. I OPP-projektet i Vejle var der dog også i byggeperioden en betydelig psykiatrifaglig involvering for at sikre de bedst mulige løsninger på de løbende problemstillinger, der uafværgeligt vil opstå i et så stort og komplekst byggeprojekt. Behovet for involvering kan ydermere blive større af, at kontrakten i et OPP-projekt, ud over byggekontrakten, indebærer en langsigtet drifts- og vedligeholdelseskontrakt. Det skaber behov for en tæt dialog mellem bygherre og bestiller ikke kun om byggeriet, men også om sammentænkning med og konsekvenser for den efterfølgende drift, hvilket kan medføre yderligere transaktionsomkostninger, som ikke i samme grad er indeholdt i et mere traditionelt byggeri.

Udgangspunktet for byggeriet i Aabenraa var, at byggeriet skulle udbydes som tre storentrepriser. Da regionen i første omgang udbød Aabenraa-projektet som tre storentrepriser, kom der imidlertid ikke tilfredsstillende tilbud på byggeopgaven, hvorefter udbuddet blev annulleret og regionen senere udbød projektet i 12 fagentrepriser og 2 storentrepriser. Grunden til, at man valgte en række mindre stor- og fagentrepriser, var, at man fra regionens side ønskede at øge konkurrencen med henblik på en mere fordelagtig prissætning af opgaverne – og i nogle af entrepriserne valgte man denne model for overhovedet at få et tilfredsstillende antal tilbud på opgaven.

Regionen blev hermed selv blev ansvarlig for store dele af byggestyringen, som i praksis blev løst i samarbejde med et rådgivningsselskab. Hvis regionen havde endt med en totalentreprisemodel, ville regionens omkostninger til byggestyringen have været meget mindre, men omkostningen knyttet til dette arbejde ville modsat have været indlejret i byggeprisen.

For nærværende evaluering betyder udbuddet af Aabenraa-projektet som en fagentreprise, at projekterne i Vejle og Aabenraa adskiller sig på flere måder end blot som henholdsvis OPP-projekt og traditionelt byggeri. Havde regionen opnået et tilstrækkeligt antal tilbudsgivere på de oprindelige storentrepriser, ville projektet i Aabenraa have været mere sammenligneligt med OPP-projektet i Vejle, fordi en større del af ansvaret for byggestyringen ville være overført til de private (stor)entreprenører. Udbudsformen for de to projekter endte derfor med at være mere forskellige, end det havde været tilfældet med den oprindeligt planlagte storentreprisemodel for Aabenraa-projektet. For nærværende evaluering betyder det, at det i praksis ikke er muligt at lave en 1:1-sammenligning af transaktionsomkostningerne i de forskellige faser af byggerierne. Særligt de administrative omkostninger i regionen giver det ikke mening at sammenligne direkte, fordi regionen ved brug af fagentreprisemodellen i Aabenraa har hovedansvaret for byggestyringen, hvilket ikke er tilfældet i Vejle. Perspektivet for opgørelsen af transaktionsomkostninger er Region Syddanmarks transaktionsomkostninger, som ikke indgår som del af selve byggeomkostningerne. I opgørelsen sættes særlig fokus på involveringen af det kliniske personale og afdelingslederne, hvor det vurderes, at opgaverne har været mest sammenlignelige mellem de to projekter.

3.1.1 Metode

Opgørelserne af tidsforbrug knyttet til udbudsprocesserne i de to projekter er baseret på kalenderoptegnelser for fastlagte mødeforløb og timeregistrering af tidsforbrug ud over faste møder. Tidsregistreringen for Aabenraa er dog først sket fra og med 2012, hvorfor timeforbruget i 2010 og 2011 baserer sig på skøn foretaget af regionen. For de fastlagte mødeforløb er tidsopgørelsen baseret på kalenderoplysninger om de møder, der har været afholdt. Opgørelsen er lavet af regionen på baggrund af en metode til opgørelse udformet af os som evaluatør. Der er i opgørelsen regnet med 75 %'s fremmøde til alle møder, hvis der ikke har foreligget andre oplysninger. Tid til mødeforbere-delse er ikke medtaget, da denne tid ikke kendes for de enkelte medarbejdere, og tidsopgørelserne omfatter derfor kun den rene mødetid. Endvidere er transporttid ikke medtaget, da dette vil stille de to projekter ulige, idet rejsetiden til de to byggepladser er forskellig fra fx Regionsgården.

I opgørelsen af lønmidler anvendt i perioden er der taget udgangspunkt i gennemsnitslønnen inklusive pension mv. for de afgrænsede personalegrupper i 2017. Gennemsnitslønnene er leveret af Region Syddanmark. I beregningen af timelønnen forudsættes 1.501 timer på et årsværk efter ferier og pauser.

3.1.2 Resultater

I tabel 3.1 og 3.2 er mødetimerne opgjort for de involverede personalegrupper i hhv. OPP-projektet i Vejle og byggeriet i Aabenraa. For OPP-projektet er det muligt at faseinddele tidsforbruget på baggrund af tidsmæssigt adskilte aktiviteter: Udarbejdelsen af visionskataloget og funktionsbeskrivelsen fandt sted i 2012, den konkurrenceprægede dialog i 2013, mens tilbudsevalueringen fandt sted i 2014, ligesom der blev etableret en projektgruppe i 2014, hvor det administrative personale i samarbejde med OPP-selskabet har håndteret de opgaver, som er opstået i forbindelse med det konkrete byggeri. I Aabenraa er faserne ikke så lige så klart adskilt som i OPP-projektet. I perioden 2010 til 2014 afholdtes en række møder omhandlende alt fra skiltning og kunst til indretning af sengeafdelinger og fællesområder, mens den sidste del af projektperioden især har været præget af styring af byggeriet.

Tabel 3.1 Timeforbrug til møder og brugerinddragelse mv. i forbindelse med byggeriet i OPP-projektet i Vejle

Aktivitet	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Kliniske personale (ej læger)	739	543	367	116	150	0	1.914
Læger og overlæger	0	0	0	0	0	0	0
Afdelingsledere	472	752	683	371	356	37	2.671
Sygehusledelse og direktører	22	70	37	22	18	3	172
Administrativt personale	1.253	1.831	1.007	1.830	2.781	477	9.178

Tabel 3.2 Timeforbrug til møder og brugerinddragelse mv. i forbindelse med byggeriet i OPP-projektet i Aabenraa

Aktivitet	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Kliniske personale (ej læger)	162	1.677	248	166	303	130	6	2.692
Læger og overlæger	12	8	0	2	0	10	0	32
Afdelingsledere	72	245	290	169	569	130	12	1.487
Sygehusledelse og direktører	35	86	49	28	22	469	62	749
Administrativt personale	334	700	1.217	2.615	4.864	5.289	803	15.919

Af tabellerne ses det, at forbruget af administrativt personale er betydeligt større i Aabenraa, særligt i de sene faser af byggeriet. Dette hænger bl.a. sammen med, at regionen som tidligere nævnt ikke valgte en storentrepriseløsning, hvorfor regionen i langt højere grad er blevet involveret i styringen af byggeprojektet, end det har været tilfældet i Vejle. Det større forbrug af administrativt personale er derfor ikke direkte relateret til OPP eller traditionelt udbud, men er også – i hvert fald delvist – en konsekvens af, at regionen efter det mislykkede forsøg på at udbyde Aabenraa-projektet som tre storentrepriser valgte en entreprisemodel med i alt 12 fagentrepriser og 2 storentrepriser på henholdsvis el- og vvs-arbejde.⁵

Tidsforbruget for de øvrige personalegrupper er mere eller mindre ens for OPP-projektet i Vejle og byggeriet i Aabenraa – samlet set knap 5.000 timer anvendes i begge projekter. I OPP-projektet i Vejle er det afdelingslederne, der tegner sig for størstedelen af disse timer, mens tidsforbruget i Aabenraa i højere grad relaterer sig til det øvrige kliniske personale. Som gruppe er afdelingslederne mindre i antal end gruppen af øvrigt kliniske personale, hvorfor brugerinddragelsesprocessen formentlig opleves som mere krævende blandt afdelingslederne. Derimod er timeforbruget for sygehusledelsen og direktørerne mindre i OPP-projektet, hvor især de sene faser (især 2015) i byggeriet i Aabenraa har været intensive for sygehusets direktion. Antallet af timer, der er registreret brugt for læger og overlæger (som ikke også er afdelingsledere), er meget begrænset i projektet i Aabenraa, mens der for i byggeriet i Vejle slet ikke er registreret timer for læger og overlæger (indgår under "Klinisk personale"). Opgørelsen er baseret på planlagte møder mv., hvorfor der i praksis godt kan have været anvendt tid internt på afdelingerne mv., men i det omfang denne tidsanvendelse ikke er struktureret i form af formel mødeaktivitet, er denne ikke inkluderet i analysen.

Ses der bort fra det administrative personale, hvor udbuddet af Aabenraa-projektet som fagentrepriser influerer betydeligt på sammenligningen, er der samlet set ikke noget, der tyder på, at antallet af timer anvendt i forbindelse med brugerinddragelse og ibrugtagning adskiller sig væsentligt mellem OPP-projektet og det mere traditionelle udbud. Tidsopgørelserne indikerer, at OPP-projektets mere

⁵ Se https://www.licitationen.dk/procurement/view/1498/fagentrepriser_vejr_nyt_psykiatrisk_sygehus_aabenraa_fase_2_resultat

intensive faser i forbindelse med udarbejdelse af visionskatalog, funktionsbeskrivelse, konkurrencepræget dialog og tilbudsevalueringen særligt belaster afdelingslederne, mens det traditionelle udbud i højere grad ser ud til betyde, at flere opgaver uddelegeres til det øvrige kliniske personale.

Opgørelserne af timeforbruget (tabel 3.1 og 3.2) illustrerer, at timeforbruget tyngdemæssigt er koncentreret lidt tidligere i OPP-projektet end i Aabenraa – også når der tages højde for, at projekterne gennemføres med en tidsforskydning på knapt 2 år – men at hverken periodelængden eller timebelastningen afviger meget mellem de to projekter (undtaget belastningen af afdelingslederne de første tre år af OPP-projektet).

I tabel 3.3 fremgår omkostningerne knyttet til involveringen af de forskellige personalegrupper for hele perioden. Omkostningerne er baseret på gennemsnitslønninger i 2017.

Tabel 3.3 Administrative omkostninger relateret til møder, brugerinddragelse mv. i byggerierne i Vejle og Aabenraa i 2017-priser (kroner)

Personalekategorier	Timeløn	Vejle	Aabenraa
Kliniske personale	315	602.910	847.980
Læger/overlæger	702	0	22.464
Afdelingsledere	699	1.867.029	1.039.413
Sygehusledelse og direktører	975	167.700	730.275
Administrativt personale	411	3.772.158	6.542.709
Sum	-	6.409.797	9.182.841

Omkostninger relateret til møder, brugerinddragelse mv. er samlet set højere i Aabenraa, men fra regnes forskellen i det administrative personales tidsforbrug, er de to projekters transaktionsomkostninger til møder, brugerinddragelse mv næsten identiske, med ca. 2,6 mio. kr. for begge projekter.

3.1.3 Omkostninger til eksterne rådgivere og voldgifter mv.

Ud over omkostninger relateret til personaleforbrug er der forskel i forbruget på indkøb af ekstern rådgivning. Foruden COWI, der medvirkede som teknisk bestillerrådgiver, har revisionsfirmaet PWC og advokaterne Lett bistået med rådgivning på hhv. de finansielle og de juridiske aspekter af aftalekonstruktionen i OPP-projektet i Vejle. En betydelig del af omkostningerne til de eksterne konsulenter i OPP-projektet er relateret til specificering og vurdering af servicekontrakterne, som ikke er en del af byggeriet i Aabenraa, hvilket der skal tages højde for, når transaktionsomkostninger til eksterne rådgivere sammenlignes på tværs af de to projekter.

I Aabenraa er der også brugt administrative ressourcer i forbindelse med retslige tvister knyttet til byggerier. Der er her ikke lavet egentlige tidopgørelser, men regionen anslår, at der er anvendt administrativt personale svarende til et årsværk for en AC-medarbejder i forbindelse med voldgifterne. Dette beløber sig til 616.447 kr. i 2017-priser. Dertil kommer omkostninger til juridisk bistand 235.397,50 kr. frem til september 2018. Dette beløb medtages i opgørelsen af de samlede transaktionsomkostningerne relateret til de to byggerier.

I tabel 3.4 præsenteres de samlede transaktionsomkostninger til henholdsvis brugerinddragelse, eksterne rådgivere og voldgifter samt de samlede transaktionsomkostninger for de to byggerier.

Table 3.4 Samlede transaktionsomkostninger knyttet til de to byggerier i byggerierne i Vejle og Aabenraa opgjort i 2017-priser (kroner)

Kategorier	Vejle	Aabenraa
Brugerinddragelse, møder mv. (interne transaktionsomkostninger)	6.409.797	9.182.841
Eksterne rådgivere (eksterne transaktionsomkostninger) – byggestyring fraregnet	5.658.312	235.398
Voldgifter (interne og eksterne transaktionsomkostninger)	0	616.447
Sum	12.068.109	10.034.686

Det fremgår, at omkostninger i forbindelse med kategorien "Brugerinddragelse, møder mv." er betydeligt større i Aabenraa end i Vejle byggeriet. Dette kan dog tilskrives et større forbrug af administrativt personale knyttet til byggestyring som følge af valget af en fagentreprisemodel frem for en totalentreprisemodel. I Vejle byggeriet er der blevet brugt markant flere midler til eksterne rådgivere end i Aabenraa. Det kan dog med nogen rimelighed indvendes, at en del af transaktionsomkostningerne vedrører specificering og vurdering af servicekontrakterne (som reelt er en driftsopgave), og at brugen af eksterne rådgivere i forbindelse med OPP-projektet er større end normalt, da det var første gang, at regionen benyttede sig af den type udbud i forbindelse med et sygehusbyggeri. Modsat fremgår det af interviewene, at processen omkring bl.a. brugerinddragelsen i OPP-projektet i Vejle har trukket på de erfaringer, som byggeriet i Aabenraa havde genereret, hvorfor omkostningerne i denne fase formodentlig havde været højere, hvis OPP-projektet i Vejle tidsmæssigt havde ligget før byggeriet i Aabenraa.

I Aabenraa har der været tilknyttet en totalrådgiver til byggeriet, og det kan diskuteres, om omkostningerne til denne bør være inkluderet i de administrative omkostninger eller som del af selve byggesummen. Fokus i denne del af opgørelsen har særligt været på de omkostninger, som regionen har afholdt ud over dem, som er inkluderet i selve byggeregnskabet. I OPP vil der tilsvarende være afholdt omkostninger til byggestyring mv., og her er det ikke muligt at udskille disse fra den øvrige byggesum, hvorfor vi har vurderet det mest rimeligt, at omkostningerne til totalrådgiveren i projektet i Aabenraa opgøres som en del af den budgetterede byggesum.

I opgørelserne af timeomkostningerne er der set bort fra andre omkostninger end deltagelse i mødeaktiviteter, fx forberedelse til møderne, mødeforplejning mv. Da omkostningerne knyttet til tidsforbruget for det kliniske personale og lederne næsten er identisk i de to projekter, så vil antagelser om en større andel af tid brugt på forberedelse for disse grupper have en ensartet påvirkning for de to projekter. For det administrative personale er forbruget højere i Aabenraa, og antages fx en "overhead-procent" på 20 % til forberedelse mv., så reduceres forskellen i de samlede administrative omkostninger fra ca. 2 mio. kr. til ca. 0,7 mio. kr. Hvis der tilkommer eventuelle yderligere omkostninger til eksterne rådgivere i forbindelse med voldgiftssagerne i forbindelse med Aabenraa-projektet, vil forskellen i de samlede administrative omkostninger i de to projekter yderligere mindskes.

3.1.4 Delkonklusion: Transaktionsomkostninger i de to byggerier

Samlet set fremstår Region Syddanmarks transaktionsomkostninger, som ikke er omfattet af selve byggeomkostningerne, lidt større i OPP-projektet i Vejle end i det traditionelle udbud i Aabenraa. De opgjorte forskelle i de administrative omkostninger knyttet til byggerierne er opgjort til mindre end 0,5 % af byggesummen, hvilket i den samlede vurdering af de to byggerier derfor ikke kan tilskrives en væsentlig betydning.

3.2 Byggepris

I det følgende foretages en sammenligning af omkostningerne knyttet til opførelse af de to sygehusafdelinger. Vores sammenligninger tager udgangspunkt i en totaløkonomisk vurdering, hvor den alternative omkostning, som Region Syddanmark har ved at have likviditet bundet i bygningen, når projektet finansieres via et kassetræk, er indregnet. Denne likviditet kunne man fx have indkøbt obligationer for, og derved fået et afkast for, hvorfor der er økonomiske fordele knyttet til et OPP-projekts betalingsstrøm, hvor betalingerne falder ude i fremtiden.

For meningsfuldt at kunne sammenligne økonomien for de to modeller, laves en beregning af nutidsværdien for den fremtidige betalingsstrøm for hvert af de to projekter på indflytningstidspunktet for projekterne (se afsnit 1.5.1.). Dette kunne i princippet også være sket ved at tillægge omkostningerne til at lånefinansiere byggeriet i Aabenraa, men i praksis sker det ved, at omkostningerne, der ligger ude i fremtiden i OPP-projektet, vægter mindre end omkostninger, der falder tidligt.

Størrelsen af diskonteringsrente har stor betydning, når et OPP-projekt sammenlignes med et traditionelt udbud. I analysen anvendes en realrente på 2,5 % ved beregningen af nutidsværdi. Realrenten kan forstås som det alternative afkast (efter inflation), som man kunne have opnået, hvis kassebeholdningen ikke havde været bundet i byggeriet. At der er en positiv realrente, kan teoretisk begrundes med, at der sker en løbende velstandsstigning i samfundet bl.a. på grund af brug af fx ny teknologi. Derfor kan det give god mening at låne penge til fx et nyt produktionsapparat, selv om der skal betales et større beløb tilbage i fremtiden, da gevinsterne knyttet til det nye produktionsapparat kan overstige denne meromkostning.

Den absolutte størrelse af diskonteringsrenten kan imidlertid diskuteres, ligesom renten på kapitalmarkederne kan svinge ganske betragteligt, alt efter hvilke forventninger der er til udviklingen i den fremtidige økonomiske vækst. Finansministeriet anbefaler 2,5 % som udtryk for den risikofri realrente ved samfundsøkonomiske investeringer på kapitalmarkederne (Finansministeriet, Den samfundsøkonomiske diskonteringsrente 12. november 2018), mens der bør tillægges en risikopræmie på 1,5 % for projekter, hvor der er tilknyttet risiko. På tidspunktet for en beslutning om, hvorvidt et projekt skal udbydes som et OPP-projekt eller som et mere traditionelt udbud, sker der således en samlet prissætning af risikoen for, at det traditionelle byggeri fx ikke færdiggøres til tiden, at byggeriet går over budget, eller at projektet afviger fra det aftalte osv.

I denne evaluering tages udgangspunkt i tidspunktet, efter at byggerierne er opført og taget i brug, altså på et tidspunkt hvor flertallet af de anlægsrelaterede risici kendes. Sammenligningen af de to byggerier tager således udgangspunkt i de faktiske byggepriser inklusive realiserede risici (ekstraomkostninger, voldgift mv.) i Aabenraa på den ene side og den kontraktlige aftalte betaling i OPP-projektet i Vejle byggeriet på den anden side. Der tages i den økonomiske opgørelse udgangspunkt i den risikofri realrente, som er baseret på Finansministeriets forventede statslige obligationsrente på langt sigt, altså i praksis den lånerente, som det offentlige i gennemsnit vil kunne låne til på kapitalmarkederne på mellemlangt sigt (Finansministeriet, Den samfundsøkonomiske diskonteringsrente 12. november 2018).

Den realiserede økonomi og de realiserede risici, der er knyttet til de to projekter, sammenholdes i vores analyse. Denne evaluering adskiller sig dermed fra en analyse, før et byggeprojekt starter, hvor man typisk ville anvende renten inklusive risikopræmien og diskutere projekterne ud fra forventningerne og forhåbningerne til budgettet og det endelige projekt. Med andre ord, så er fokus i denne analyse, om risikopræmien mv. i OPP-projektet står i et rimeligt forhold til de realiserede risici, som der i praksis har været knyttet til de to byggerier.

Der kan argumenteres for, at der forsat er en række risici knyttet til OPP-projektet, hvorfor man bør anvende en højere diskonteringsrente end den risikofri rente. OPP-selskabet kunne fx gå konkurs, hvorved der i den forbindelse skulle laves et nyt udbud af den resterende OPP-kontrakt, eller regionen kunne komme ud for at skulle overtage bygningen før det forventede tidspunkt. OPP-konstruktionen er dog udarbejdet således, at risikoen ved fx en konkurs i langt højere grad vil påhvile selskabers kreditorer end regionen. Samlet er vurderingen derfor, at den risikofrie rente på 2,5 % bedst reflekterer den reelle risiko for byggerierne på nuværende tidspunkt, hvor forsinkelser og kvalitetsforringelser mv. kendes i Aabenraa.

Ved regionens vurderinger af de indkomne tilbud i forbindelse med OPP-byggeriet i Vejle blev der anvendt en diskonteringsrente på 4,5 %, hvor der dog i tilbuddets servicebetalinger var indbygget en forventning om årlige prisstigninger på 2 %. Det vil sige, at den anvendte realrente var 2,5 %, svarende til den risikofrie rente.

Når de to byggerier sammenlignes, er der den udfordring, at betalingsstrømmene falder i år med forskellige prisniveauer. For at gøre sammenligningen retvisende, er der jf. tabel 3.5 valgt et referenceprisår (2017), som alle priser justeres i forhold til. Der er foretaget en justering af priser med udgangspunkt i pris- og lønudviklingen på anlægsområdet og med anvendelse af Danske Regioners PL-faktor for anlægsprojekter.⁶ Da PL-faktoren for 2018 endnu ikke er opgivet, antages det, at PL-faktoren fra 2017 til 2018 udvikler sig på samme måde som fra 2016 til 2017.

Tabel 3.5 PL-faktor for anlægsprojekter – til 2017-priser

År	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011
PL-faktor	0,982	1	1,018	1,034	1,054	1,07	1,082	1,109

Ved opgørelsen af byggeprisen for de to byggerier er der taget udgangspunkt i data leveret af Region Syddanmark. Data er udtrukket af regionens regnskabssystemer.

3.2.1 Byggepris i OPP-projektet i Vejle

I kontrakten for OPP-projektet i Vejle angives en byggepris i nutidsværdi på 431.530.000 kr. i 2014-priser. I kontraktperioden er der imidlertid leveret ekstraarbejde i forbindelse med ændringsarbejder, som ikke var en del af den oprindelige kontrakt. Dette ekstraarbejde beløber sig til 3.311.599 kr. Endelig er der aftalt et afslag på 200.000 kr. begrundet i manglende opfyldelse af et funktionskrav. Således er den tekniske pris for byggeriet 434.649.599 kr. i 2014-priser svarende til ca. 458 mio. kr. i 2017-priser.⁷

Betalingen for byggeriet foregår i OPP-projektet i modsætning til i mere traditionelle byggeprojekter ikke i forbindelse med byggeriet eller overdragelsen, men som løbende årlige betalinger efter indflytning. Den oprindelige aftale indeholder en betaling på 24.934.000 kr. (2014-priser) i 25 år. I december 2016 betalte regionen ekstraordinært DEAS 19.461.035 kr., som fratrækkes de løbende betalinger. Efter betaling for ekstraarbejde og afslaget for manglende overholdelse af funktionskrav ender basisbetalingen på 24.055.000 kr. (2014-priser), og således bliver den samlede betaling over 25 år ca. 621 mio. kr. i 2014-priser eller 655 mio. kr. i 2017-priser. Kontrakten mellem DEAS og Region Syddanmark er lavet således, at der løbende sker en justering af betalingen, der følger det generelle prisindeks, hvorfor det ikke her er nødvendigt at justere yderligere for prisudviklingen.

⁶ Se <https://www.regioner.dk/media/4441/pl-udvikling-1988-2017.xlsx>

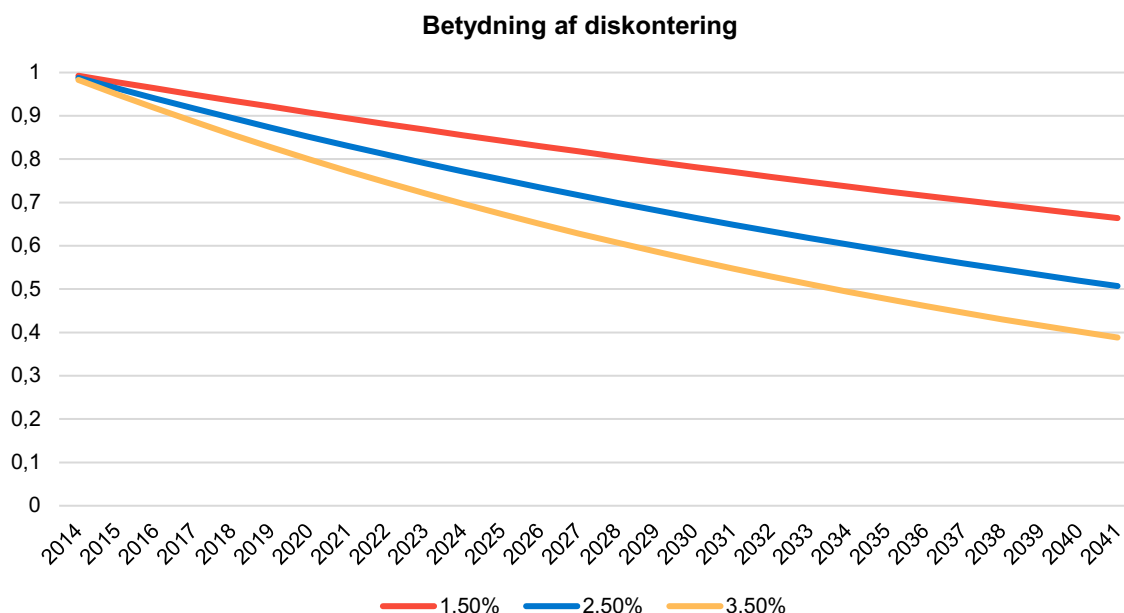
⁷ Kilde: Allonge til OPP-kontrakt om ny psykiatrisk afdeling i Vejle i OPP.

Forskellen mellem summen af de løbende betalinger (ca. 655 mio. kr. i 2017-priser) og den tekniske pris (ca. 458 mio. kr. i 2017-priser) skyldes, at betalingerne ligger i fremtiden, hvorfor de diskonteres til nutidsværdien. Realrenten (dvs. den rente, som der diskonteres med, *efter* at der taget højde for inflation) er som tidligere nævnt 2,5 %. Ved projekter med en løbetid på 25 eller 30 år har valget af diskonteringsrate naturligvis stor betydning for nutidsværdiberegningen af den fremtidige strøm af betalinger i sammenligninger af OPP-projekter og traditionelle anlægsprojekter, hvor betalingerne falder væsentligt forskelligt (Bain, 2010; Akbiyikli, Dikmen & Eaton, 2011).

Der findes hverken i litteraturen eller i OPP-praksis et objektivt svar på, hvad den mest korrekte diskonteringsrate bør være, da det grundlæggende beror på en politisk/administrativ beslutning om, hvor stor betydning fremtidige betalinger skal tillægges. Derfor kan regionens brug af en real diskonteringsrate ikke efterprøves i evaluermæssig forstand, da der ikke findes en benchmark at sammenligne den valgte diskonteringsrate med. Som evaluator kan vi derimod foretage beregninger, som viser betydningen af valget af diskonteringsrate for nutidsværdien af de fremtidige omkostninger og dermed vise betydningen af scenarier, hvor betalingsstrømmen diskonteres med forskellige rater.

Figur 3.1 illustrerer betydningen af forskellige diskonteringsrater (diskonteringsrenter). Det ses, at jo lavere diskonteringsrente, des tungere vægtes de fremtidige omkostninger, og omvendt. Ved en realrente på 2,5 %, er nutidsværdien af en omkostning om 25 år ca. halvdelen af det beløb, der reelt skal betales om 25 år. En diskonteringsrente på 1,5 % vil værdisætte en omkostning om 25 år til ca. 2/3 af værdien i dag, mens en diskonteringsrente på fx 3,5 % vil reducere værdien til knap 40 % af værdien i dag. Hvis der i beregninger blev anvendt en alternativ diskonteringsrente på 1,5 %, så vil det hæve den tekniske byggepris i Vejle til at være ca. 528. mio. kr. (2017-priser), mens en diskonteringsrente på 3,5 % derimod vil sænke den tekniske byggepris til ca. 402 mio. kr. (2017-priser). Dette illustrerer, at den tekniske byggepris er særdeles følsom over for valget af diskonteringsrente.

Figur 3.1 Betydning af diskontering ved en diskonteringsrente på hhv. 1,5 %, 2,5 % og 3,5 %



3.2.2 Byggepris for projektet i Aabenraa

Region Syddanmarks samlede udgift til anlæg af projektet i Aabenraa, jf. tabel 3.6, har i alt været 492.256.107 kr. (løbende priser). En mindre del (ca. 7,4 mio. kr.) er endnu ikke brugt. Det vurderes imidlertid, at dette beløb vil blive brugt i forbindelse med de uafsluttede voldgiftssager, hvorfor beløbet medtages i den samlede byggepris for at reflektere den fortsatte risiko, der er knyttet til byggeriet i Aabenraa. Dermed er den totale byggepris inklusive de realiserede og forventede risici ved projektet. Bevillingen er udbetalt, efterhånden som byggeriet er skredet frem over perioden 2011 til 2018, jf. tabel 3.6.

Tablet 3.6 Udbetalinger i forbindelse med byggeriet i Aabenraa over tid (kroner)

År	Forbrugt
2018	8.029.732
2017	17.838.619
2016	12.589.512
2015	155.611.929
2014	182.349.464
2013	82.980.995
2012	16.351.732
2011	9.383.015

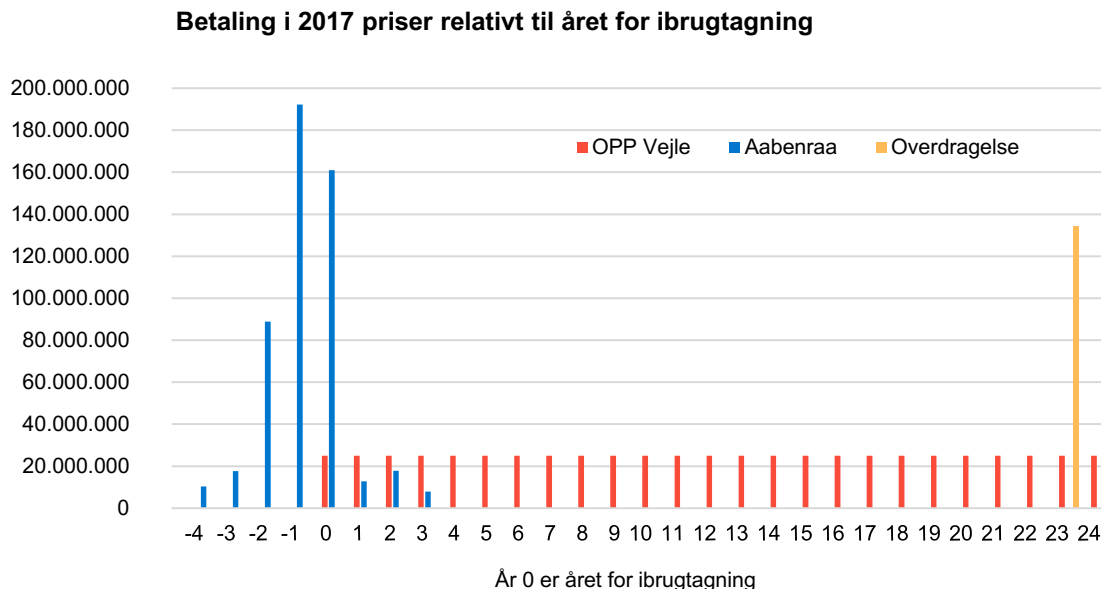
Kilde: Regnskabsdata – Region Syddanmark.

Ved brug af PL-faktor for anlægsprojekter ved antagelse om, at restbevillingen i 2018 anvendes, kan den samlede bevilling i Aabenraa opgøres til ca. 516 mio. kr. i 2017-priser.

3.2.3 Sammenligning af byggepris for OPP i Vejle og fagentreprise i Aabenraa.

Sammenligningen af byggeprisen i Vejle og Aabenraa vanskeliggøres som tidligere nævnt af, at betalingsprofilen for de to byggerier adskiller sig fra hinanden. I Aabenraa betales hovedparten af prisen før ibrugtagning af sygehuset, mens betalingen i Vejle først påbegyndes på ibrugtagningstidspunktet. Forskellen i betalingsprofilen mellem de to byggerier er illustreret i figur 3.2:

Figur 3.2 Betalinger i forhold til år for ibrugtagning ved byggeriet i hhv. Vejle og Aabenraa (kroner)⁸



En direkte sammenligning af den tekniske pris i Vejle med summen af bevillinger i projektet i Aabenraa er derfor ikke retvisende. I Vejle er den tekniske byggepris i kontrakten opgjort med udgangspunkt i nutidsværdien ved kontraktindgåelse i 2014, dvs. flere år før ibrugtagningstidspunktet, mens prisen i Aabenraa fremkommer som en summering af de løbende omkostninger i 2017-priser, hvoraf hovedparten af omkostningerne ligger før ibrugtagning af byggeriet. Vi har vurderet det mest retvisende at tage udgangspunkt i nutidsværdien af byggeudgiften for de to projekter på overdragelsestidspunktet for hvert af byggerierne, da eventuelle forsinkelser i byggeriet vil reducere den tekniske pris for byggeriet.

Når den tekniske pris for sygehusafdelingen i Aabenraa opgøres med udgangspunkt i ibrugtagningsåret (2015), bliver omkostninger, der ligger før indflytning, fremkonteret, mens omkostninger der ligger efter indflytningen tilbagediskonteres i forhold til dette tidspunkt. Ved anvendelse af diskonteringsrenten på 2,5 % kan nutidsværdien i indflytningsåret opgøres til ca. 525 mio. kr. i 2017-priser. På tilsvarende vis kan den tekniske pris for OPP-byggeriet i Vejle på indflytningstidspunktet opgøres til ca. 467 mio. kr. i 2017-priser. Som nævnt nedenfor skal der her tages højde for, at byggerierne ikke er lige store.

3.2.4 Delkonklusion: Byggeomkostninger i de to byggerier

Tages der udgangspunkt i nutidsværdien for byggerierne i ibrugtagningsåret, er byggeriet i Aabenraa ca. 12,5 % dyrere end OPP-projektet i Vejle. Byggeriet i Aabenraa er kvadratmetermæssigt også 11,5 % større. Den tekniske byggepris per kvadratmeter er ca. 1 % lavere i OPP-byggeriet i Vejle, og forskellen i byggepris mellem de to byggerier er således ganske lille.

Den fundne forskel i de tekniske byggepriser mellem de to byggerier vurderes at være så lille, at andre faktorer end OPP let kan have langt større betydning for observerede forskelle i byggeprisen,

⁸ I forbindelse med overleveringen af OPP-byggeriet i Vejle i 2042 er der en overdragelsesbetaling på ca. 216 mio. kr. (2041-priser). Denne betaling optræder i kontrakten mellem DEAS og Region Syddanmark ikke som en del af anlægsbudgettet og behandles derfor særskilt i afsnit 3.4.

fx byggegrundenes beskaffenhed mv., hvorfor det ikke på baggrund af denne analyse kan konkluderes, om OPP giver en højere eller lavere teknisk anlægspris.

Opgørelsen af den tekniske pris for de to byggerier er særdeles følsom over for valget af diskontoreringsrente. I beregningerne er anvendt en risikofri realrente på 2,5 %. I det omfang man vurderer, at man kunne få et højere risikofrit realafkast på sin kassebeholdning end 2,5 %, så vil den tekniske byggepris i OPP-byggeriet i Vejle fremstå billigere end det traditionelle byggeri i Aabenraa. Hvis man alternativt vurderer, at der kan optages lån til en lavere realrente end 2,5 %, så vil den tekniske byggepris for OPP-projektet i Vejle komme til at fremstå som et dyrere alternativ end det mere traditionelle byggeri i Aabenraa. Ved den anvendte risikofri realrente på 2,5 % kan det konkluderes, at den tekniske byggepris per kvadratmeter for de to byggerier er stort set ens.

3.3 Driftsomkostninger og vedligeholdelsesomkostninger

Et grundlæggende træk ved OPP-projekter sammenlignet med traditionelle bygge- og anlægsprojekter er, at flere opgaver løses af én aktør (OPP-leverandøren). Koordineringen af de forskellige opgaver giver potentielt mulighed for en bedre totaløkonomi, men samtidig vil ordregiver typisk have færre muligheder for at kunne foretage ændringer i løbet af drifts- og vedligeholdelsesperioden.

For at opgøre omkostningerne knyttet til drift og vedligehold tages udgangspunkt i datatræk fra Region Syddanmarks regnskabssystem. Omkostningerne for både 2017 og 2018 er justeret til helår for at gøre disse sammenlignelige (Byggeriet i Vejle blev taget i brug 1. feb. 2017). I 2018 er omkostningerne opgjort i perioden 1. januar 2018 til 12. oktober 2018, da sidstnævnte var datoen for dataudtræk. Der er i opgørelserne taget højde for, at servicebetalingerne mv. i OPP-projektet falder kvartalsvist.

3.3.1 Service- og vedligeholdelsesomkostninger for OPP-projektet i Vejle

For OPP-projektet i Vejle er vedligeholdelsesbetalingen fastsat til 5.773.380 kr., mens servicebetalingen er fastsat til 16.756.668 kr. i 2013-priser.⁹

I 2017-priser var vedligeholdelsesbetalingen på 6.045.564 kr. og servicebetalingen på 17.290.284 kr. I 2018-priser udgjorde vedligeholdelsesbetalingen 6.135.772 kr. og servicebetalingen 17.547.120 kr.

Betalingerne er faste for hele perioden og afspejler ikke omkostningen i det enkelte år. Konkurrencehensyn gør, at de enkelte poster ikke er offentligt tilgængelige, hvorfor en præcis analyse af, hvordan de enkelte omkostningsposter fordeler sig, ikke er mulig.

Ud over de i kontraktens fastsatte betalinger til service og vedligeholdelse, er der en række omkostninger, som ikke er dækket i kontrakten, fx vask, el, hævværk, ilt, porto mv. Disse udgifter blev i 2017 opgjort til 5.271.523 kr. – svarende til 5.750.752 kr. på helårsniveau. I perioden 1. januar 2018 til 12. oktober 2018 var der konteret omkostninger på samlet 5.466.336 kr. – svarende til 6.976.268 kr. på helårsniveau. De samlede omkostninger (justeret til helårsniveau) for drift, service og vedligeholdelse kan således opgøres til 28.607.271 kr. i 2017 (2017 priser) og til 30.659.160 kr. i 2018 (2018 priser).

⁹ Kilde: Allonge til OPP-kontrakt om ny psykiatrisk afdeling i Vejle i OPP.

3.3.2 Service- og vedligeholdelsesomkostninger for Aabenraa

I 2017 blev der jf. udtrækket fra regionens regnskabssystem afholdt omkostninger på 26.894.677 kr. (2017-priser) og i 2018 på 21.981.522 kr. (helårsniveau i 2018-priser). Udtrækket dækker i udgangspunktet samme poster, som er indeholdt i OPP-kontraktens serviceaftale, dog er afskrivning på inventar mv. og større bygningsvedligeholdelse i praksis ikke indeholdt, da afdelingen i Aabenraa overtog eksisterende inventar, og der kun i begrænset omfang er indkøbt nyt i perioden, ligesom bygningen er omfattet af garanti ved strukturelle fejl de første 5 år. Afregninger for bl.a. køkkenydelse var på tidspunktet for udtrækket ikke komplet for 2018, hvorfor det reelle omkostningsbillede er højere end det opgjorte. Forskellen i omkostninger mellem 2017 og 2018 kan ud over de manglede køkkenydelser primært henføres til lavere omkostninger til rengøring mv. i 2018.

De manglende konteringer for 2018 gør, at det vurderes mest retvisende at tage udgangspunkt i 2017-data for sammenligningerne mellem de to byggerier.

3.3.3 Sammenligning af service- og vedligeholdelsesomkostninger for de to byggerier

Umiddelbart er service- og vedligeholdelsesomkostninger en smule lavere i byggeriet i Aabenraa end i OPP-byggeriet i Vejle til trods for, at byggeriet i Aabenraa er 11,5 % større end i Vejle. Tages der udgangspunkt i 2017-udgifterne til service og vedligeholdelse, så er sygehusbyggeriet i Aabenraa umiddelbart 1,7 mio. kr. billigere at servicere og vedligeholde end OPP-byggeriet i Vejle (årlig udgift).

Vedligeholdelsesomkostningerne for byggeriet i Aabenraa er dog forventeligt små i starten af byggeriet levetid, mens de forventeligt vil stige, efterhånden som byggeriet bliver ældre. I OPP-projektet i Vejle betales samme beløb i hele perioden, og servicebetalingen i starten af perioden indeholder således de gennemsnitlige vedligeholdelsesomkostninger set over hele perioden. Hvor meget vedligeholdelsesomkostningerne er antaget til at udgøre i OPP-byggeriet i Vejle, er ikke offentligt tilgængeligt, og derfor er det svært at lave en direkte sammenligning mellem de to byggerier.

For at justere for den manglende langsigtede vedligeholdelsesbetaling i Aabenraa tages udgangspunkt i Region Hovedstadens kortlægning af omkostningerne til bygningsdrift og bygningsvedligeholdelse fra 2013 som estimat for omkostningerne ved bygningsvedligeholdelse for et gennemsnits-sygehusbyggeri (Deloitte, 2013). Analysen for Region Hovedstaden anvendes, da der ikke er identificeret tilsvarende analyser for Region Syddanmark. I analysen fra Region Hovedstaden blev der identificeret samlede håndværkeromkostninger mv. på 245 mio. kr. til et etageareal på ca. 1,5 mio. sygehuskvadratmeter. Dette giver i gennemsnit ca. 163 kr. per kvadratmeter. For Aabenraa Sygehus svarer det til en omkostning på ca. 3,1 mio. kr. (ca. 3,3 mio. kr. i 2017-priser) om året.

I Aabenraa blev der i væsentlig omfang genbrugt inventar, fx møbler og senge mv. fra de tidligere psykiatrisygehuse i regionen. Værdien af dette er vanskeligt at prissætte præcist. Markedsværdien af det brugte inventar er dog forventeligt meget lav, mens indkøbsprisen for OPP-selskabet for ny møblering er betydeligt højere. Afskrivningen på inventar er økonomisk set ikke den største post i budgettet, men forskellen i forudsætningerne gør den økonomiske analyse mindre sammenlignelig. Genbruget af inventar har dog også den konsekvens, at det æstetiske indtryk i Aabenraa fremstår mere rodet, hvorfor besparelsen knyttet til genbrug af inventar delvist er indeholdt i den samlede vurdering af byggerierne.

Hvis det beregnede beløb baseret på data fra Region Hovedstaden lægges til serviceomkostningerne i Aabenraa, så er service- og vedligeholdelsesomkostningerne ca. 6 % højere i Aabenraa end i Vejle, hvilket dog skal ses i forhold til, at sygehuset i Aabenraa er 11,5 % større arealmæssigt. I

dette estimat er dog ikke medtaget udskiftning af inventar, hvorfor forskellen kan være mindre. Modsat kan der argumenteres for, at omkostninger knyttet til gennemsnitsvedligeholdelse på et nyt sygehusbyggeri er meget højt sat. I interviewene på sygehusene blev det dog pointeret, at nyt byggeri ikke nødvendigvis er billigere at servicere end ældre byggeri, da bl.a. moderne varme- og ventilations-systemer er mere bekostelige at servicere.

Når der ikke er muligt at få adgang til udspecificerede data om omkostningerne til drift og vedligehold i OPP-projektet i Vejle, er det svært at lave en helt præcis sammenligning mellem de to projekter. Øvrige forskelle mellem de to projekter vanskeliggør også en direkte sammenligning, fx giver placeringen af den psykiatriske afdeling i Aabenraa i umiddelbar tilknytning til det somatiske sygehus formodentlig bedre muligheder for at realisere stordriftsfordele, end tilfældet er for byggeriet i Vejle.

Disse forhold gør det svært at konkludere entydigt på betydningen af OPP for drifts- og serviceomkostningerne. Umiddelbart vurderes forskellene i service- og vedligeholdelsesomkostninger dog at være så små, at det gør det svært at konkludere, om der er lavere eller højere omkostninger til service og vedligeholdelse i OPP-projektet i Vejle i forhold til det mere traditionelle udbud i Aabenraa. Modsat er der heller ikke noget, der tyder på, at OPP-projektet indeholder så store totaløkonomiske optimeringer i forhold til valg af materialer mv., at det afspejler sig i lavere priser for regionen i forhold til de aftalte servicebetalinger.

Desuden skal der ved sammenligningen af service- og vedligeholdelsesomkostninger også tages højde for byggeriets stand (dvs. restværdi) ved udløbet af OPP-kontrakten (hvor aktivet tilbageføres til regionen) og det tilsvarende tidspunkt for det traditionelle anlægsprojekt. Da projekterne som bekendt er nyopførte, er det i nærværende evaluering ikke muligt at vurdere de to byggeriers restværdi og en eventuel sammenhæng mellem projekternes restværdi og de faktisk afholdte service- og vedligeholdelsesomkostninger. I OPP-kontrakten er der indskrevet en række detaljerede krav til standen af bygningen ved overdragelsen, fx hvilken restlevetid de forskellige bygningsdele skal leve op til. Derfor er det sandsynligt, at OPP-byggeriet har en bedre stand end byggeriet i Aabenraa på overdragelsestidspunktet (2042). Modsat har man måske i Aabenraa i praksis anvendt mindre på vedligeholdelse end det i analysen afsatte beløb. Dette er spørgsmål, som ikke kan besvares på nuværende tidspunkt, og som vil være oplagt at adressere i en opfølgende og dermed mere endelig evaluering ved OPP-projektets kontraktudløb.

3.4 Samlet økonomisk vurdering

Den endelige vurdering af, hvilket af de to byggerier der samlet set er mest økonomisk fordelagtigt, vil som nævnt ovenfor først kunne opgøres endeligt i 2041, når OPP-sygehuset i Vejle overdrages til Region Syddanmark. Umiddelbart er der dog ikke konstateret større forskelle i omkostningerne knyttet til projekternes byggepris, transaktionsomkostninger eller service- og vedligeholdelsesomkostninger. Der er imidlertid yderligere en udgift i OPP-byggeriet i Vejle, som ikke findes i byggeriet i Aabenraa, og som derfor kan rykke ved den samlede vurdering af økonomien i de to projekter.

Ved overdragelsen af OPP-projektet i Vejle i januar 2042 er det aftalt i kontrakten, at regionen skal betale DEAS et engangsbetrag på 215.765.000 kr. i (2041-priser) ved udløb af kontrakten. Hvis der tages udgangspunkt i værdien af dette beløb ved indflytningstidspunktet, og der anvendes en diskonteringsrente på 2,5 % og en forventet årlig inflation på 2 %, er nutidsværdien af beløbet ca. 73 mio. kr. i 2017-priser. Tanken bag størrelsen af denne betaling er både skatteteknisk i forhold til at sikre OPP-selskabet afskrivningsmuligheder, men også, at der kan stilles krav til bygningens stand og øvrig kontraktoverholdelse frem til overdragelsen, da der alternativt kan foretages en modregning

i overdragelsessummen. Det er ikke et beløb, som skal afholdes ved et traditionelt gennemført byggeri, hvor regionen har ejerskabet over bygningen i hele perioden, og det er derfor ikke en udgift, som regionen skal afholde i Aabenraa-projektet.

Økonomisk set er omkostningerne til opførelse og drift per kvadratmeter meget sammenlignelige for de to sygehuse. Forskellen er altså primært denne overdragelsessum, som regionen skal betale i OPP-projektet i Vejle, og som regionen ikke skal betale i det traditionelle udbudsprojekt i Aabenraa. Størrelsen på overdragelsessummen (73 mio. kr. i 2017-priser) gør samlet set nutidsværdien af betalingsstrømmen til byggeriet inklusive overdragelsessummen for OPP-projektet 2,5 % højere for regionen end projektet i Aabenraa, selv om byggeriet i Aabenraa er ca. 11,5 % større målt på opførte kvadratmeter.

Regionens udgift til OPP-byggeriet i Vejle bliver derfor, med en antagelse om en diskonteringsrente på 2,5 %, samlet set højere end ved byggeriet i Aabenraa. Når der tages højde for, at Aabenraa-projektet er ca. 11,5 % større målt på opførte kvadratmeter, bliver forskellen nutidsværdien af omkostningerne til opførelse og drift af de to psykiatridelinger reelt større. Men ved en vurdering af, hvilket af de to projekter der samlet set giver den økonomisk mest fordelagtige løsningsmodel, må der, som nævnt, tages højde for aktivets værdi ved kontraktudløb. Hvis det på overdragelsestidspunktet vurderes, at bygningen i Vejle har en betydeligt større værdi end byggeriet i Aabenraa, kan overdragelsessummen retfærdiggøres. Den samlet set højere nutidsværdi af betalingsstrømmen inklusive overdragelsessummen på OPP-projektet skal derfor tolkes med det væsentlige forbehold, at den endelige totaløkonomi for de to projekter først kan opgøres på overdragelsestidspunktet, hvor de to bygningers stand og dermed værdi kan skønnes. I OPP-projektet stilles krav til restlevetider af enkeltaktiver (maling, vinduer, tag, belægning, elinstallationer m.v.) på overdragelsestidspunktet, hvilket kan bevirke, at byggeriet kan have en større værdi efter 25 års drift end det traditionelle byggeri. Det vil dog afhænge af, hvor mange midler regionen afsætter til vedligeholdelse af byggeriet i Aabenraa over de kommende knap 25 år, og en eventuel forskel i de to projekters restværdi kan derfor først opgøres ved udløbet af OPP-kontrakten i januar 2042.

Ved en vurdering af, om det ud fra en totaløkonomisk betragtning er fordelagtigt at anvende OPP eller en traditionel anlægsmodel, er der yderligere en række forhold, som er relevante overveje, og som ikke er inkluderet i den gennemførte økonomiske analyse. OPP-projekter giver typisk en meget høj grad af budgetsikkerhed og færdiggøres oftere end traditionelle anlægsprojekter til tiden, hvilket giver en samfundsmæssig nytte af byggeriet på et tidligere tidspunkt. Værdien af at kende sine udgifter mange år ude i fremtiden er ikke let at opgøre monetært, ligesom en rettidig overdragelse af byggeriet også har en økonomisk værdi ud over de omkostninger, der direkte er knyttet til selve forsinkelsen af projektet i Aabenraa. Selv om det er svært at opgøre værdien præcist, så er OPP-kontrakten indrettet således, at det ville have betydelige økonomiske konsekvenser for OPP-leverandøren, hvis byggeriet var blevet leveret 9 måneder senere end aftalt (svarende til forsinkelsen i Aabenraa). Hvis der tages udgangspunkt i 9 måneders servicebetaling knyttet til byggeriet i Vejle, så kan værdien af en forsinkelse opgøres til ca. 19 mio. kr. Om beløbets størrelse direkte kan overføres til forsinkelsen på byggeriet i Aabenraa, kan diskuteres, men det er klart, at en rettidig levering har en værdi, som også skal indgå i en samlet vurdering af de to projekters respektive totaløkonomi.

Modsat kan det at kende sine fremtidige omkostninger også være en ulempe i form af tab af fleksibilitet i forhold til disponering af økonomiske midler. Ændringsønsker er et ofte drøftet tema ved beslutning om traditionel organisering eller OPP, da alle ændringsønsker skal prissættes både med hensyn til den direkte udgift såvel som med henblik på eventuelle konsekvenser for fremtidige udgifter til drift og vedligeholdelse og reinvesteringer. Derfor vil der i praksis være ret begrænsede

muligheder i kontraktperioden for fx at nedprioritere vedligeholdelse for at opprioritere andre brugerønsker, idet der indgås en langsigtet kontrakt med fastsatte betalingskrav og kvalitetskrav. Det er vanskeligt at prissætte den reducerede fleksibilitet, og vi har ikke gjort forsøg på dette i denne analyse. Den samlede vurdering af, hvilken model der økonomisk er mest fordelagtig, afhænger således også af, hvordan de øvrige fordele og ulemper ved et OPP-projekt og et traditionelt anlægsprojekt vægtes, herunder især hvordan fordele ved budgetsikkerhed versus ulemper ved reduceret fleksibilitet i kontraktperioden samlet set vægtes.

Budgetoverskridelser i offentlige anlægsprojekter bruges ofte som et argument for at acceptere en relativt høj risikopræmie i diskonteringsrenten ved prissætningen af et OPP-projekt. Dansk sygehusbyggeri er i nyere tid dog ikke kendetegnet ved budgetoverskridelser, i stedet sker der typisk en (nedadgående) tilpasning af byggeriet undervejs, når forudsætningerne for budgettet for byggeriet skrider. Dette er også sket i byggeriet i Aabenraa, hvor fx elementer som grønne tage og brugen af træbeklædninger er blevet reduceret i byggeperioden. De primære elementer, der er taget ud af byggeriet i Aabenraa, har primært haft kosmetisk værdi og påvirker derfor ikke de fremtidige drifts- og vedligeholdelsesomkostninger. Andre tilpasninger har dog en konsekvens for de fremtidige vedligeholdelsesomkostninger, fx blev en del af den fysiske solafskærmning ikke etableret, hvorfor dette blev løst efterfølgende ved at foliere en række vinduespartier. Levetiden af denne foliering kendes ikke, men det er sandsynligt, at de fremadrettede vedligeholdelsesomkostninger vil være højere ved foliering frem for den fysiske solafskærmning. Det er svært at sætte en præcis pris på den reducerede æstetiske værdi af byggeriet eller kvantificere et øget behov for den fremadrettede vedligeholdelse, men det bør naturligvis tages med i betragtning, når man foretager den samlede vurdering af de to byggeriers totaløkonomi og bygningskvalitet.

Den økonomiske vurdering viser samlet set, at OPP-byggeriet i Vejle umiddelbart er forbundet med højere samlede omkostninger, som primært kan henføres til overdragelsesbetalingen på ca. 216 mio. kr. i januar 2042 (2041-priser). Modsat vejer, at byggeriet i Aabenraa har været forbundet med forsinkelser og forringelser undervejs, som er svære direkte at prissætte, ligesom der fortsat er usikkerhed knyttet til de fremadrettede omkostninger til vedligeholdelse og til værdien af byggerierne på overleveringstidspunktet. I den samlede vurdering af fordele og ulemper ved OPP-modellen er det også relevant at inddrage, at hvis OPP er fritaget for deponeringsforpligtigelsen, så kan det give en større investeringsramme, som kan frigøre midler til andre investeringer med et potentielt samfundsøkonomisk afkast.

4 Opgørelse af kvalitet og innovation

Vurderingen af kvalitet indeholder både den objektive (målbare) kvalitet af bygninger, materialer, funktionalitet mv. samt den oplevede kvalitet af den udførte ydelse efter ibrugtagning. Vi har så vidt muligt baseret opgørelsen af kvalitet på objektive kriterier (fx byggeteknisk gennemgang), men opgørelsen har dog været nødsaget til at inddrage mere subjektive vurderinger (særlige fagprofessionelle vurderinger af æstetik og funktionalitet) for at få et samlet billede af kvaliteten og graden af innovation i de to byggerier.

I vurderingen vil der blive lagt særlig vægt på de faktorer, som kan tilskrives organiseringen som OPP eller et traditionelt organiseret bygge- og anlægsprojekt, og som har en selvstændig betydning for kvaliteten af byggeriet. Disse faktorer hører navnlig under facility management-delen, som er den del, der i OPP-projektet i Vejle skal drives af den private part efter byggeriets færdiggørelse, og som i Aabenraa projektet varetages af regionens egen driftsenhed.

I det følgende opgøres forskelle mellem de to byggerier i forhold til byggeteknisk kvalitet, den æstetiske kvalitet, den oplevede kvalitet i driften af sygehusafdelingerne samt graden af innovation.

4.1 Byggeteknisk kvalitet

4.1.1 En overordnet vurdering af den byggetekniske kvalitet i de to byggerier

Den byggetekniske kvalitet i OPP-sygehusbyggeriet var ved indflytningstidspunktet overordnet set høj. Oplevelsen fra medarbejderes og ledelses side var, at sygehusafdelingen ved indflytningstidspunktet var indflytningsklart. Med til den positive oplevelse omkring indflytningen var også, at tidspunktet for færdiggørelsen af byggeriet blev overholdt, og at det for medarbejdere og ledere var en stor fordel at kunne planlægge efter dette.

Ved 1-års-eftersynet af byggeriet i Vejle blev der påpeget en række fejl og mangler, som skulle udbedres. Disse fejl og mangler var dog generelt ikke af en meget alvorlig karakter, og omfanget af fejl og mangler var ikke på et højt niveau i forhold til denne type byggerier. Eksempler på fejl og mangler fra mangellisten er knækkede fortovsfliser (i terræn), lunger i tagpap (tag), løs sokkelpuds (facader), utæt samling ved kaffemaskine (afsnit A), loftsplade mangler skruer (afsnit B), dør skal justeres (afsnit CD) og vægrevne (gangbro).

Den byggetekniske kvalitet i den psykiatriske afdeling i Aabenraa var ved indflytningstidspunktet i efteråret 2015 – ca. 9 måneder senere end planlagt – ikke som forventet. Byggeriet var overordnet set karakteriseret af en række betydelige fejl og mangler.

Ved 1-års-eftersynet af byggeriet i Aabenraa blev der påpeget en række fejl og mangler, hvoraf flere var af alvorlig karakter. Omfanget af fejl og mangler er forholdsvis højt. Det fremgår af mangellisterne fra de enkelte underentrepriser, at der er fejl og mangler i forhold til eksempelvis brandgodkendelse af døre, revner i facader og gulve, mangler ved ventilation, mangler ved køling i teknikrum m.m.

Disse fejl og mangler var bl.a. et resultat af, at der var en række byggesager, som ikke var afsluttet på grund af uafklarede tvister mellem Region Syddanmark på den ene side og den byggetekniske rådgiver og de ansvarlige firmaer for flere fagentrepriser på den anden side. Efterfølgende er en række af disse tvister blevet afgjort, og de pågældende noterede fejl og mangler i byggeriet ved indflytningstidspunktet er blevet udbedret. Der henstår dog stadig næsten 3 år efter ibrugtagningen

(efteråret 2018) flere alvorlige mangler, herunder problemer med facader (vandindtrængning), ventilationsanlæg (funktion) og gulve (revner).

4.1.2 Hvad skyldes OPP?

Som udgangspunkt gælder de samme generelle normer og forskrifter for projektering og udførelse af byggerierne i henholdsvis Aabenraa og Vejle.¹⁰ Dette gør som udgangspunkt en sammenligning i byggeteknisk kvalitet meningsfuld. Samtidig har der dog også været forskelle mellem de to byggerier i udbuds- og anlægsprocessen, som vanskeliggør en direkte sammenligning. Et klart eksempel på dette er, at der i OPP-projektet blev anvendt et funktionsudbud, mens entreprenøren i det traditionelle bygge- og anlægsprojekt i Aabenraa ikke havde de samme frihedsgrader til at finde byggetekniske løsninger i anlægsprocessen. Forskellene i udbudsform mellem de to byggerier kan dog ikke alene forklare de noterede forskelle mellem de to sygehusbyggerier i byggeteknisk kvalitet.

En forskel i organiseringsformen, som kan være medvirkende til de noterede forskelle mellem de to byggerier i byggeteknisk kvalitet, er, at det i et OPP er OPP-driftsselskabet (en privat part), der styrer byggeprocessen, mens processen i det traditionelle bygge- og anlægsprojekt styres af regionen. I det konkrete tilfælde forløb byggestyringen i OPP-projektet i Vejle overordnet godt og professionelt, bl.a. som en følge af at driftsselskabet og byggeentreprenøren havde opbygget et tæt samarbejdsforhold fra tidligere projekter, og samarbejdet var generelt præget af stor professionalisme. Fra ledelsens side i Region Syddanmark blev det fremhævet, at man oplevede en markant interesse fra OPP-selskabets side i at levere et godt byggeteknisk produkt. Dette blev fra ledelsens side tolket som et klart resultat af, at sygehusafdelingen blev bygget som et OPP, og OPP-driftsselskabet havde en klar interesse i at få et godt og driftssikkert byggeri. Ledelsen gav således udtryk for, at "OPP lægger op til de rigtige totaløkonomiske løsninger. Hvis man har driftsansvaret i 25 år, så vil man typisk vælge de robuste og smarte løsninger set i et længere tidsperspektiv" (interview med administrativ ledelse i Region Syddanmark, september 2017).

I Aabenraa-projektet var byggestyringen udfordret af de mange fagentrepriser, hvilket gjorde det vanskeligt for regionen at håndtere processen på samme effektive måde som i Vejle-byggeriet. Fra den administrative ledelses side i Regions Syddanmark blev denne byggeproces overordnet karakteriseret som en kompliceret proces præget af en række problemer med entreprenører og rådgivere, som i mange tilfælde kunne være undgået i et OPP-projekt. Det blev fremhævet, at "incitamentene vender forkert i et traditionelt bygge- og anlægsprojekt, idet at man som bygherre typisk ender med at betale mere til entreprenører og rådgivere, hvis tidsplanen overskrides eller der sker byggetekniske ændringer" (interview med administrativ ledelse i Region Syddanmark, september 2017). Samme mekanisme gør sig ikke gældende i et OPP.

Et andet forhold omkring organiseringsformen, som kan have været medvirkende til forskellene mellem de to byggerier i byggeteknisk kvalitet er, at OPP-driftsselskabet har større frihedsgrader til at styre byggeprocessen end den offentlige part har i et traditionelt bygge- og anlægsprojekt. Et illustrativt eksempel på dette er, at den offentlige part har udbudspligt, hvilket gør det vanskeligt at forudsætte, lige præcis hvilke produkter og inventar (fx toiletter) der bliver valgt i byggeriet. Den private part har ikke udbudspligt, hvilket gør byggestyringen nemmere. Samtidig gælder det, at man fra offentlig side ikke har mulighed for at vælge leverandører fra i en udbudsproces på grund af tidligere dårligere erfaringer med de pågældende leverandører. Dette kan, ifølge vores interview,

¹⁰ På www.byg-erfa.dk kan man se Byg-Erfa-nøgle, leverandørforskrifter samt særlige, specifikke manualer for den enkelte driftsenhed (Region Syddanmark, 2011).

have som utilsigtet konsekvens, at leverandører prioriterer samarbejdet med private bygherrer hø- jere end samarbejdet med en offentlig part, da man har muligheden for at blive valgt fra i senere byggeentrepriser, hvis man ikke leverer et tilfredsstillende byggeri til den private part.

4.2 Æstetisk kvalitet i byggerierne

I det følgende foretages en vurdering af den æstetiske kvalitet af de to sygehusbyggerier. Gennem- gangen er opbygget på følgende måde: Først gennemgås forskellige aspekter af den æstetiske kvalitet i de to byggerier, og afslutningsvis konkluderes det, hvordan den æstetiske kvalitet overord- net set er i de to byggerier, og i hvor høj grad forskellene kan tilskrives OPP som drifts- og anlægs- form. Som nævnt i afsnit 1.6. bygger vurderingen på en ekspertmæssig gennemgang af æstetikken i de to byggerier. Sprogligt har vi i dette afsnit lagt os tæt op af den æstetiske eksperts sprogbrug for at få så mange nuancer med som muligt. Dette betyder, at sprogbrugen er anderledes i dette afsnit end i den øvrige rapport.

4.2.1 Sygehusafdelingernes beliggenhed

Den psykiatriske afdeling i Vejle ligger naturmæssigt mellem grønne skrænter i bunden af en ådal. Kolonihavehuse, som fremtræder charmerende, beklæder skrænten umiddelbart mod øst og mod vest findes et grønt hegn, der afgrænser til en lokal jernbane. Det overordnede indtryk er, at omgi- velseerne er naturmæssigt attraktive.

Ankomst til bygningen er skæmmet af et stort parkeringsareal, som ikke har arkitekturmæssige vær- dier. Parkeringsarealet er nyanlagt, og planter vil med tiden vokse til og gøre området mere grønt. P-pladsen er flankeret af en 200 meter overdækket gangbro, der forbinder det somatiske sygehus med den psykiatriske afdeling. Dette giver indtryk af et hus, der er pakket godt ind. Det putter sig så at sige trygt ind i omgivelserne.

Den psykiatriske afdeling i Aabenraa har en meget anderledes beliggenhed. Det ligger på en høj bakke med vid udsigt til himmel og grønne områder. Udsigten og fornemmelsen af området skæm- mes dog af tilstødende store lagerbygninger, sygehusets parkeringshus og det somatiske sygehus, som den psykiatriske afdeling er bygget sammen med. Det overordnede indtryk er, at den psykiatri- ske afdeling som udgangspunkt har en naturskøn beliggenhed, men indtrykket skæmmes af nabo- bygninger. Den arkitektoniske vurdering er, at nabobygningerne fremstår monofunktionelle, ude af menneskelig skala og æstetisk af tvivlsom karakter.

4.2.2 Sygehusafdelingernes opbygning og disponering

Den psykiatriske afdeling i Vejle er bygget som klyngehuse med gårdhaver, der er bundet sammen i en 8-tals-rundgang omkring yderligere to gårde. Det giver mange små rum.

Den psykiatriske afdeling i Aabenraa er ligeledes lavet med flere små afdelinger, der ligger som vifter med egne indre gårdrum ud fra en central gang, der knytter an til det eksisterende somatiske sygehus. Anlægget er flot tilpasset grunden og ligger ifølge den arkitekturmæssige vurdering "som et stort insekt med sine mange arme og holder på bakken".

Begge sygehusbyggerier skaber nære relationer til landskabet udenfor med vid brug af dagslys.

4.2.3 Sygehusafdelingernes facader og udvendige udtryk

Den psykiatriske afdeling i Vejle er rig på variation i forhold til det udvendige udtryk. Sygehusafdelingen og dens facader har overordnet et harmonisk udtryk – ifølge den arkitekturmæssige vurdering "skaleres den fint fra det store sammenhængende træk ned til det nære". Forsætninger mellem etagerne, to forskellige facadematerialer og mange indhak og kroge mellem klyngen af huse bidrager til dette indtryk.

Den psykiatriske afdeling i Aabenraa har ikke samme righoldige udvendige udtryk. Med sine grå-hvide pudse overflader og vinduer i flugt med facaden fremstår bygningerne skarpe i udtrykket og uden dybde. Felter med sort træbeklædning for enden af vifterne giver, ifølge den arkitekturmæssige vurdering, "en hårdt tiltrængt variation og fornemmelse for en æstetisk omhu". Disse felter bidrager med en blødgørende effekt i forhold til det generelt lidt skarpe og fattige æstetiske udtryk.

4.2.4 Sygehusafdelingernes rumlige indretning

I den psykiatriske afdeling i Vejle er der en æstetisk tiltalende rumlig indretning. Der er en omfattende brug af trælameller og farvefilm til at opdele og opbløde overgange mellem rum, og det skaber en righoldig variation i udtrykket. Ankomstområdet føles rummeligt, og der er en oplevelse af synlighed – uden at man føler sig gennemlyst og udstillet. Generelt gælder det, at der er en oplevelsesrigdom, når man bevæger sig gennem huset. Gangene er eksempelvis ikke lange og ensformige – relief i gangarealerne i form af siddenicher og knæk i gangforløb giver et varieret og ikke-institutionelt indtryk.

Den psykiatriske afdeling i Aabenraa har et smalt ankomstrum midt i et gennemgangsrum. Den arkitekturmæssige vurdering er, at "det giver en følelse af uro". Der er dog arbejdet med dette i form af integreret kunst i ankomstrummet – et relief der "knækker" ud fra væggen og skaber et skyggespil. Samlet set er den arkitekturmæssige vurdering dog, at ankomstrummet mangler en klar rumlig adskillelse mellem ophold og færdsel, og at der samlet set er et uroligt indtryk.

Den psykiatriske afdeling i Aabenraa er præget af lange gange med plane vægge med lille variation, hvilket giver en ringe oplevelsesrigdom. Man behøver ifølge den arkitekturmæssige vurdering "ikke at gå for at se, hvad der sker omkring det næste hjørne". En enkelt plantevæg, der i dobbelthøjde kliner sig op ad væggen, vurderes som en ringe compensation for manglende rumlig variation. Der indgår dog også nogle positive elementer i det samlede indtryk af den rumlige indretning: Glasgavle for enden af de lange gange påvirker oplevelsen af tryk negativt – når andre personer fremstår i silhuet mod dagslyset, så bliver det sværere at aflæse deres ansigter.

4.2.5 Sygehusafdelingernes anvendelse af materialer

Den psykiatriske afdeling i Vejle gør overordnet brug af en rig palet af materialer og farver. Udenfor er der liggende kobberfarvede aluminiumsplader på gangbroen og den tilbagetrukne overetages facade. Klyngehusene er beklædt i grågule mursten. Grønne blomstrende tage på alle synlige tagflader medvirker til at give en oplevelsesrigdom, når man kigger ud fra overetagen.

Indenfor er der tilsvarende en righoldig brug af materialer og farver. Der er et orange linoleumsgulv, murstensbeklædning i gangarealer, rå betonsøjler, trælameller og grå loftplader af træbeton, glasflader og hvide gipsvægge. Dertil er der en kunstnerisk farvesætning af enkelte gipsvægge og farvede film på glasvægge. Disse farvede film har også en funktion: De er med til at understøtte *way-finding*, da farverne på glasvæggene er ordnet efter dagslysets farver i de fire verdenshjørner. Med

i det samlede indtryk er også, at gulv af endetræ i auditorium giver et behageligt afbræk fra linoleumsfladerne. Møbleringen virker desuden afstemt med huset og bidrager til følelsen af en rar stemning i huset.

Generelt er der en stor righoldighed i det materielle udtryk og sammen med de frodige og varieret beplantede gårdhaver giver det, ifølge den arkitekturmæssige vurdering, "en stor æstetisk fylde og fornemmelsen af, at der er draget omsorg for oplevelsen af at bevæge sig gennem huset".

Den psykiatriske afdeling i Aabenraa er domineret af glas, hvide vægge, grå linoleumsgulve og udkig til sorte flader af tagpap. Det giver overordnet set en hård kontrast med ringe oplevelseskvalitet, et institutionelt præg. Lyngbeplantning tæt på huset er dog med til at opbløde dette indtryk. Generelt er den arkitekturmæssige vurdering, at "alting forekommer større end én selv, og det bidrager til en generel følelse af manglende hjemlighed".

På nær træbeklædningen på facaden er materialer og farver generelt sarte over for slitage og patienter ikke på en måde, som positivt bidrager til det samlede æstetiske indtryk. De valgte farvers rene stil kræver stort vedligehold og rengøring, for at de ikke kommer til at virke slidte. Derudover synes møbleringen ikke afstemt med husets udtryk i øvrigt. Møbleringen virker tilfældig og bidrager generelt ikke til at skabe en rar stemning i huset. I nogle værelser er valgt nogle skarpe (hidsige) gulvfarver, som kan virke direkte urovækkende.

4.2.6 Sygehusafdelingernes oplevelsesmæssige stemning

Den psykiatriske afdeling i Vejle opleves hjemlig og hyggelig. Sygehusafdelingen føles rar at opholde sig i, og den giver et meget lidt institutionelt indtryk.

Den psykiatriske afdeling i Aabenraa opleves som at have et æstetisk underskud fra fødslen af. Der er lagt stor vægt på, at det udendørs skal spille sammen med det indendørs. Landskabet, skoven og haverne kan bidrage til den æstetiske kvalitet i byggeriet, men disse landskabsmæssige værdier ligger på den anden side af skarpt markerede glasgrænser. Det kan, ifølge den arkitekturmæssige vurdering, bidrage til følelsen af, at "det smukke er udenfor, mens det triste er indenfor". Overordnet synes hensyn til funktionaliteten – rengøring og vedligehold – at overstige hensynet til patienterne og oplevelsen af hygge og af tryghed. Bygningen har således et institutionelt præg. Store fotostater på væggene af skove modvirker dette indtryk, men de kan ikke kompensere for det generelle æstetiske underskud i bygningen.

4.2.7 Delkonklusion

Forskningslitteraturen på området har fokuseret på, om OPP-anlægs- og driftsformen fører til en højere kvalitet i byggerierne, herunder i den æstetiske kvalitet. En antagelse har således været, at en højere (æstetisk) kvalitet medfører bedre betingelser for den løbende drift (herunder rekruttering af medarbejdere), men dette har dog ikke kunnet eftervises i forskningsstudierne på området (Barlow & Köberle-Gaiser, 2009; Pollock m.fl. 2011, Roehrich m.fl., 2014).

Denne evaluering peger på, at den æstetiske kvalitet er højere i den psykiatriske sygehusafdeling i Vejle. Man kan dog ikke direkte udlede, at den højere æstetiske kvalitet i den psykiatriske afdeling i Vejle skyldes valget af OPP som anlægs- og driftsform. Der er ikke noget i evalueringen, som direkte og entydigt peger på, at det er OPP, som har været afgørende i forhold til det bedre æstetiske udtryk i byggeriet i Vejle. Indirekte er der dog nogle forhold, som peger på, at det æstetiske underskud i byggeriet i Aabenraa kunne have en sammenhæng med den valgte anlægs- og driftsform. Underopdelingen af entreprisen i mindre fagentrepriser, forsinkelser i delentrepriser, voldgiftssager og

budgetmæssige overskridelser har medvirket til, at der i byggeriet i Aabenraa blev foretaget en række besparelser (fx på grønne tage og facader), som har påvirket den æstetiske kvalitet i negativ retning. Der har ikke været foretaget tilsvarende besparelser i Vejle-projektet.

4.3 Oplevet kvalitet i driften af sygehusafdelingerne

I det følgende vil vi søge at belyse om, der kan ses systematiske forskelle mellem de to byggerier i forhold til den oplevede kvalitet af byggerierne. Belysningen af dette er baseret på i alt 15 fokusgrupper med deltagelse af ledelse, kliniske medarbejdere og facility management gennemført før og efter anlægget af de to byggerier (se afsnit 1.6).

I fremstillingen vil vi fokusere på de elementer af kvalitet, der kan have en sammenhæng med etablering, anlæg og drift af de to sygehusafdelinger som henholdsvis et OPP-projekt og et traditionelt bygge- og anlægsprojekt. Der vil i fremstillingen blive fokuseret på vedligeholdelsen af bygninger og udendørsarealer samt oplevelsen af rengøring og øvrig service i de to byggerier. Derudover vil vi se på oplevelsen af de fysiske rammers betydning for den kliniske arbejdstilrettelæggelse, plejen og den lægelige behandling. Til sidst i afsnittet vil vi se på oplevelsen af samarbejde og fleksibilitet i forhold til facility management-delen, og om man i OPP-sygehusbyggeriet kan se elementer af et partnerskabsforhold, som dele af OPP-litteraturen pointerer, kunne have indflydelse på oplevelsen af kvalitet i byggeriet.

Oplevelsen af kvalitet i driften af sygehusafdelingerne i henholdsvis Aabenraa og Vejle kan være påvirket af, hvilke sygehusafdelinger man som medarbejder er kommet fra, og dermed hvilket vurderingsgrundlag man som medarbejder har. Den psykiatriske afdeling i Aabenraa har fået overført medarbejdere fra de tidligere psykiatriske sygehusafdelinger i Augustenborg, Haderslev og Kolding. Den bygningsmæssige standard og servicefunktionen i de tre sygehusafdelinger led i nogen grad under, at der ikke blev foretaget større renoveringer af bygningerne eller inventar, efter at der politisk var truffet en beslutning om nedlæggelse af sygehusafdelingerne. Dette kan have påvirket medarbejdernes oplevelse af den nye psykiatriske afdeling i Aabenraa, som bygningsmæssigt og i forhold til indretningen har en markant højere standard. Dette forhold gør sig ikke på helt samme måde gældende i forhold til Vejle-byggeriet. Her kom medarbejderne fra Kolding samt den tidligere psykiatriske afdeling i Vejle, og navnlig afdelingen i Vejle var generelt velholdt. Overordnet er disse forskelle mellem medarbejdernes baggrund ikke af en karakter, som markant vanskeliggør en valid sammenligning af oplevelsen af kvalitet i de to sygehusbyggerier.

4.3.1 Vedligeholdelse af bygninger og udendørsarealer

Det fremgår af interviewene, at man i OPP-sygehusafdelingen før byggeprocessen har skullet blive enige om en lang række procedurer og retningslinjer for vedligeholdelse af bygninger og udendørsarealer, som man ikke på samme måde eksplicit har skullet tage hensyn til i den psykiatriske afdeling i Aabenraa. Et eksempel på dette er, hvad der kan karakteriseres som "hærværksskader" (og som skal dækkes af den offentlige part), og hvad der kan karakteriseres som "almindeligt slid" (og som dermed skal dækkes af den private part). Et andet eksempel er, hvor hurtigt skader skal udbedres – skal den private part akut udbedre skader, så kræver det i mange tilfælde et lager af materialer samt en løbende tilstedeværelse af håndværkere. Er dette nødvendigt, og hvordan skal udgifter til dette fordeles mellem den offentlige og den private part?

En anden udfordring har været indretningen af OPP-sygehusafdelingen, som ikke i alle henseender har været optimal. Det mest illustrative eksempel på dette er antallet af og indretningen af depot- og medicinrum. I projekteringen af sygehusafdelingen blev der opnået enighed om disse rum, og ud fra

dette grundlag har den private part opført sygehusafdelingen. I løbet af det første års drift har det imidlertid vist sig, at antallet af depotrum har været for lille, og at indretningen af medicinrum ikke har været optimal. Udfordringen er her, hvem der har ansvaret for ombygningen, og hvor hurtig og fleksibel ombygningsprocessen opleves af den kliniske part.

I vedligeholdelsen af bygningerne indgår også tilkøb af inventar. I OPP-driftsformen er dette udfordret af, at behovet for inventar opstår i den offentlige kliniske del, mens ejerskabet og ansvaret for inventar er i den private servicedel. Dette skaber som udgangspunkt nogle udfordringer, idet man mellem den offentlige og private part har skullet blive enige om retningslinjer for tilkøbene, herunder pris og kvalitetsstandarder. Et illustrativt eksempel på dette er service og bestik. Den private part oplever, at der forsvinder en uforholdsmæssig stor del under brug, og at der bruges mere dagligt end forudsat, hvilket skaber større udgifter til indkøb og opvask. Ét år efter ibrugtagning er der dog overordnet set fundet pragmatiske løsninger på området, herunder en aftale om en årlig økonomisk ramme for indkøb af inventar som regulerer området.

Vedligeholdelsen af de udendørs arealer (snerydning, ukrudtsbekæmpelse, servicering af vinduer m.m.) fungerer i begge byggerier overordnet tilfredsstillende.

4.3.2 Oplevelsen af rengøring og øvrig service

I OPP-sygehusafdelingen er rengøringen reguleret af en kontrakt, som specificerer, hvilken kvalitet af rengøring den private part er forpligtet til at levere. Den overordnede oplevelse af kvaliteten af rengøringen er, at den lever op til kvalitetsstandarder på området. Samtidig har kontrakten dog ikke kunnet rumme alle de typer af rengøringsopgaver, som der løbende har været behov for, og der har derfor været udskrevet ekstra regninger for rengøring fra den private parts side. Der har derfor været et behov for at få tilpasset kontrakten, så den mere præcist dækker de reelle rengøringsopgaver, der er på OPP-sygehusafdelingen.

I den psykiatriske afdeling i Aabenraa er rengøringen omfattet af de aftaler, som er indgået mellem det somatiske sygehus og det valgte rengøringsfirma. Den psykiatriske afdeling i Aabenraa er dermed omfattet af de samme kvalitetsstandarder for rengøring, som gælder for den somatiske del. Generelt er der tilfredshed med rengøringen, og det vurderes, at bygningen generelt gør det muligt for rengøringen at leve op til de specificerede kvalitetsstandarder. Der nævnes kun små ting i byggeriet (fx matte fliser på badeværelserne), der vanskeliggør rengøringen.

I OPP-sygehusafdelingen har kantinedriften været udfordret af besværlige arbejdsgange på nogle områder. En generel oplevelse har været, at det har været nødvendigt fra den kliniske parts side at lave meget præcise aftaler med kantinen, og at der ikke altid har været en tilstrækkelig fleksibilitet fra den private parts side. Den private part har etableret en såkaldt Serviceportal, hvor det som udgangspunkt er muligt digitalt at lave og løbende justere serviceydelser, fx madbestillinger. Udgangspunktet for Serviceportalen er, at alle serviceydelser skal kunne dokumenteres. Serviceportalen er under stadig udvikling og har i opstartsperioden ikke fungeret helt optimalt for alle parter, men forhåbningen er, at den bliver tilpasset, så den på en fleksibel måde kan styre aftalerne mellem parterne.

I den psykiatriske afdeling i Aabenraa har man tilpasset kantineordningen til kantineordningen i den somatiske del af hospitalet. På grund af økonomiske besparelser er man overgået fra en a la carte-løsning til faste menuer, og det påvirker generelt oplevelsen af kantineordningen i negativ retning.

I OPP-sygehusafdelingen har den private part også ansvaret for portørydelser. I det første års drift har der været nogle indkørsudfordringer, som løbende er blevet søgt løst. Dette indbefatter bl.a.,

hvor stor en volumen af patienter portørerne skal tage sig af, hvilke specifikke ansvarsområder portørerne har, og hvordan grænsefladerne er i forhold til det somatiske sygehus. Den private part har også erfaret, at dørene ikke i alle tilfælde fungerede optimalt for portørerne, og dette har den private part taget initiativ til at få udbedret – på den private parts regning.

I den psykiatriske afdeling i Aabenraa har der ikke været de samme indkøringsvanskeligheder omkring portørydelserne. Generelt er der tilfredshed med funktionaliteten i bygningen, og portørernes mulighed for at yde en tilfredsstillende service. Som eksempel fremhæves indretningen af depotrum, der muliggør, at linned kan fyldes op udefra (på gangen), og linned kan tages indefra (på afdelingen) – det gør dagligdagen lettere for personalet og sikrer mere ro til patienterne.

Øvrig service dækker også over drift af tekniske installationer, fx alarmer og sensorer. I OPP-sygehusafdelingen har der været en udfordring med drift og løbende nyindkøb af flere af disse typer af installationer. Udgifterne har vist sig større end forudsat i de serviceaftaler, der er indgået på området, og det har affødt et behov fra den private parts side i forhold til at få diskuteret og reguleret brugen af installationerne. I den psykiatriske afdeling i Aabenraa er man ikke stødt på samme udfordringer. Dette kan skyldes, at byggeriet i Aabenraa ikke i samme grad er baseret på automatik og tekniske installationer som fx sensorer. Dette kan dog også skyldes, at den private part i OPP-byggeriet ikke har haft det samme kendskab til sygehusdrift, som den offentlige part i Aabenraa-byggeriet.

4.3.3 Den kliniske arbejdstilrettelæggelse

I OPP-byggeriet i Vejle er den generelle opfattelse blandt medarbejdere og ledere, at byggeriet er meget funktionelt og lyst og rart set fra et medarbejderperspektiv. Blandt mange medarbejdere og ledere var der glæde over den flotte bygning ved indflytningen. Et år efter ibrugtagningen fremgår det af interviewene, at mange medarbejdere og ledere stadig føler en stor tilfredshed ved at arbejde i bygningen. Dette gælder både i forhold til, hvad der opfattes som flotte fysiske rammer, og i forhold til kvaliteten af bygningen.

På negativsiden fremhæves en række mindre forhold, som med fordel kunne have været indrettet og tænkt på en anden måde. Dette gælder eksempelvis glatte og blanke vægge, lys der ikke kan dæmpes, glatte gulve i badeværelser og manglende håndtag til at støtte sig til, underdimensionerede servicerum, utilstrækkelig sikring af vinduer, løse sten i gårdhaven i stedet for fx flis m.m.

I Aabenraa-byggeriet er den generelle opfattelse blandt medarbejdere og ledere, at byggeriet er meget funktionelt og lyst og rart set fra et medarbejderperspektiv. Det fremhæves, at den generelle indretning af sygehusafdelingen på en god og hensigtsmæssig måde afspejler effektive arbejdsgange. Dette gælder fx indgangsområdet og indretningen af lukkede enheder for patienterne. Sidstnævnte er dog blevet tilpasset efter ibrugtagningen, da man oplevede, at der var et behov for øget afskærmning og mulighed for at kunne lukke nogle enheder mere af.

Samtidig giver personalet udtryk for, at den generelle opfattelse blandt patienter og pårørende er, at det er et imødekomende og rart sted at komme til og være i som patient og pårørende. Døgnrytmebelysningen fremhæves eksempelvis som noget, der giver en markant øget ro blandt patienterne på afdelingerne.

Den generelle opfattelse blandt medarbejdere og ledere er dog også, at der er blevet "skåret ind til benet" i forhold til bygningen og funktioner i bygningen. På negativsiden i Aabenraa-byggeriet fremhæves eksempelvis kontorernes antal og indretning. Generelt opleves det, at der er for få og for små kontorer i forhold til behovet. Der er dog mulighed for at udvikle et bookingsystem, som gør

anvendelsen af kontorerne mere fleksibel og effektiv. I forhold til indeklimaet har der været et problem med træk og kulde om vinteren i bygningen. Motionsrummet har endvidere vist sig ikke at blive benyttet så meget som forventet, bl.a. på grund af manglende personaleressourcer til dette. Samtidig nævnes manglende personalerum og personaletoiletter – dette er dog blevet tilpasset efter indflytningen.

4.3.4 Oplevelsen af samarbejde og fleksibilitet

I OPP-afdelingen i Vejle har man som udgangspunkt været udfordret i forhold til det løbende samarbejde mellem facility management-delen og den kliniske del af sygehusdriften. Oplevelsen er, at man kommer fra to "forskellige kulturer" (den offentlige kliniske del og den private servicedel), og at det tager tid at etablere et godt, tillidsfuldt og fleksibelt samarbejde.

Samtidig oplever det kliniske personale i OPP-driftsformen, at der kan være en manglende fleksibilitet og en tung arbejdsgang i forhold til rådigheden over bygningen. Et illustrativt eksempel på dette er tilfælde, hvor det kliniske personale ønsker at hænge billeder op på et kontor eller man ønsker at indkøbe stole, borde eller nye senge. I OPP-sygehusafdelingen indebærer sådanne ændringer, at man skal have dette godkendt af driftsselskabet (som ejer bygningen og inventar), mens man i den psykiatriske afdeling i Aabenraa har mere frihed til selv at tage beslutninger omkring dette.

Den generelle oplevelse 1 år efter ibrugtagning af OPP-sygehusafdelingen er dog, at man har nærmet sig hinanden og fundet nogle pragmatiske løsninger, der fungerer for begge parter. En indikation på dette er, at antallet af samarbejds møder (i driftsgruppen) er blevet færre 1 år efter ibrugtagningen i forhold til lige efter ibrugtagningen af sygehusafdelingen. Et vigtigt element i dette er oplevelsen af, at begge parter ikke henholder sig ensidigt til OPP-kontrakten, men er indstillet på at få det løbende samarbejde til at fungere ud fra de overordnede præmisser fastlagt i OPP-kontrakten.

For den private part i OPP-sygehusafdelingen har det som udgangspunkt været en udfordring at skulle have ansvaret for en bygning, som er i drift døgnet rundt som psykiatrisk afdeling. En psykiatrisk afdeling er meget anderledes at drive end eksempelvis en skole, som står tom i lange perioder, og hvor det er nemmere at udføre fx vedligeholdelsesopgaver. For den private part er det således nødvendigt at have en omfattende og løbende kommunikation med de berørte medarbejdere og patienter. Dette gør det muligt at få en fleksibel tilrettelæggelse af diverse serviceopgaver (fx større vedligeholdelsesarbejder) og gør det muligt at undgå at forstyrre den løbende kliniske drift af sygehusafdelingen unødigt. I interviewene fremgår det, at dette er søgt løst i løbet af det første års drift.

Aabenraa-sygehusafdelingen var ved ibrugtagningen udfordret af, at byggeriet ikke fremstod helt færdigt. Oplevelsen var, at bygningen ikke var testet ordentligt igennem, og der gik for kort tid, fra medarbejderne tog bygningen i brug, og indtil patienterne ankom. Det betød, at der var et stort løbende behov for udbedring og tilpasning af bygningen i opstarten, og det medførte et stort pres i forhold til servicedelen og dårlige historier om bygningerne. Fx var der kort efter indflytningen et selvmordsforsøg, fordi der var et vindue, hvor sikringsmekanismen ikke var i orden, og patienten havde mulighed for at hoppe ud af vinduet. Efterhånden er der dog blevet skabt en mere positiv stemning omkring byggeriet, og medarbejdernes oplevelse er generelt, at man løbende har fået tilpasset bygningen, så den fungerer tilfredsstillende.

I Aabenraa-byggeriet er den generelle oplevelse blandt det kliniske personale et år efter indflytning, at samarbejdet mellem facility management-delen og den kliniske del af sygehusdriften fungerer, men at der ikke altid er den nødvendige fleksibilitet i samarbejdet. Servicefunktionen er fælles for den psykiatriske og somatiske del, og psykiatrien oplever, at det kan være vanskeligt hurtigt og

effektivt at få udbedret skader eller få skaffet nødvendigt inventar. Dette kan dog forbedres gennem en bedre samarbejdsaftale mellem den somatiske og psykiatriske del af sygehuset.

4.3.5 Opsummering – hvilke forskelle skyldes valget af OPP?

Rammebetingelserne for drift og service i henholdsvis den psykiatriske afdeling i Aabenraa og den psykiatriske afdeling i Vejle er ikke helt sammenlignelige, og det vanskeliggør en analyse af betydningen af OPP i forhold til den oplevede kvalitet af bygninger samt den dertilhørende service og drift. Eksempelvis er service og drift i Aabenraa en del af den overordnede facility management i hele sygehuset (inklusive den somatiske del), mens service og drift i Vejle er udskilt i det psykiatriske sygehus. Der er dog nogle forhold i OPP-organiseringen som på trods af forskellige rammebetingelser træder frem i analysen.

I OPP-organiseringen må det antages, at OPP-leverandøren er særligt optaget af effektiv drift og service. OPP-selskabet ejer bygningen og har ansvar for sygehusafdelingens drift og service, så dette giver et naturligt fokus på dette frem for den kliniske del. OPP-selskabet må således antages at være særligt opmærksomt på forhold omkring vedligeholdelse, logistik, effektive arbejdsgange i servicedelen, hensigtsmæssig placering af praktiske rum (linned, affald) m.m.

Det er fremgået af interviewene, at der i OPP-byggeriet har været større frihedsgrader i forhold til at vælge tekniske løsninger og i forhold til indkøb af inventar m.m. Det er OPP-selskabet, som vælger disse løsninger, og de har dermed mulighed for – og et incitament til – at vælge løsninger, som på kort sigt kan være dyrere, men over et 25-års-tidsperspektiv kan være billigere. Den samme fleksibilitet har man ikke i alle tilfælde oplevet i det traditionelle bygge- og anlægsprojekt i Aabenraa. Her har der været et generelt fokus på at vælge mere billige løsninger, og der har i mange tilfælde ikke været en lydørhed i forhold til at vælge løsninger, som har været dyrere og har haft en større kvalitet og holdbarhed.

OPP-driftsselskabet har også større frihedsgrader til at vælge underleverandører (fx kantine, rengøring), end den offentlige part har i et traditionelt bygge- og anlægsprojekt. Den offentlige part har udbudspligt og skal på baggrund af udbuddet vælge det bedst mulige tilbud ud fra en vurdering af pris/kvalitet. Den private part har ikke udbudspligt og har mulighed for at vælge underleverandører ud fra fx et forudgående positivt kendskab til leverandøren. I OPP-projektet i Vejle gjorde netop dette sig gældende, og det har været medvirkende til, at drift af bl.a. kantine og rengøring har forløbet forholdsvis positivt. Endvidere kan det nævnes, at OPP-driftsselskabet deler kontor med underleverandørerne i den psykiatriske afdeling i Vejle, og det nævnes som en væsentlig årsag til, at samarbejdet omkring driften af servicefunktionerne på sygehusafdelingen overordnet forløber tilfredsstillende.

I OPP-projektet i Vejle har der været et stort fokus på at dokumentere alle serviceydelser og være meget præcise i forhold til de aftalte leverancer (bl.a. ved hjælp af Serviceportalen). Dette opleves generelt af det kliniske personale som en mindre fleksibel organiseringsform end i fx den psykiatriske afdeling i Aabenraa. Man forventede særligt i opstartsfasen i Vejle mere fleksibilitet med den private part, idet forudsætningerne for serviceaftaler og brug af bygningen typisk ændres løbende. Samtidig er der dog en øget opmærksomhed – særligt i ledelsen – omkring omkostningseffektivitet i forhold til servicedelen, hvilket OPP-organiseringen i højere grad lægger op til.

4.4 Innovation ved etableringen af de to psykiatriske sygehusafdelinger

I dette afsnit vil vi søge at opgøre forskelle i innovation mellem de to former for bygge- og anlægsprojekter. Opgørelsen bygger på de gennemførte interview og oplevelsen af, hvilke elementer i byggeriet der har været innovative. Efterfølgende vil vi søge at diskutere, i hvilken grad man kan tilskrive disse forskelle valget af OPP som udbudsform.

I det følgende opgøres graden af innovation i tre adskilte faser: innovation i udbudsfasen, innovation i anlægsfasen og innovation i driftsfasen.

4.4.1 Innovation i udbudsfasen

I OPP-projektet i Vejle har man eksplicit efterspurgt innovation i udbudsmaterialet. Man har bl.a. understreget behovet for nye løsninger i forhold til samspillet mellem på den ene side de bygningsmæssige rammer og på den anden side patienternes muligheder for interaktivitet og mulighed for, at patienterne i så høj grad som muligt kan tage ansvar for egen helbredelse.

Der var i løbet af udbudsfasen en intensiv dialog mellem de potentielle leverandører og regionen med henblik på at finde de bedst mulige løsninger i byggeriet. Som nævnt i afsnit 1.4. er det i et OPP-projekt vanskeligt at ændre på funktionskravene efter valget af leverandør, fordi ansvar for byggeriet og byggeriets opførelse overleveres til leverandøren ved kontraktunderskrift. Dette betyder, at der i den indledende dialogfase blev lagt meget vægt på en præcis og holdbar funktionsbeskrivelse, så man sikrede sig, at byggeriet blev opført og drevet ud fra nogle funktionelle retningslinjer, der kunne være hensigtsmæssige i en længere årrække.

Det fremhæves især, at man hos leverandørerne lagde stor vægt på løsninger, som var holdbare i et længere tidsperspektiv. Den valgte OPP-leverandør lagde således meget vægt på det æstetiske udtryk i bygningen, herunder det designmæssige samlede udtryk og en gennemgående finish i byggeriet. Derudover fremhæves det også, at den valgte OPP-leverandør prioriterede nye teknologiske løsninger (fx sensorer, alarmer), der på kort sigt var dyrere end andre løsninger på området, men på længere sigt kan forventes at være en tidssvarende løsning.

I Aabenraa-projektet har der ikke været et tilsvarende fokus på og rum for innovation i udbudsfasen. Projektet er udbudt som et traditionelt organiseret bygge- og anlægsprojekt med en detaljeret kravspecifikation med vægt på kendte løsninger. Vigtigheden af innovative løsninger er blevet nævnt i løbet af brugerprocessen, men det var reelt ikke en del af udbudsmaterialet.

Det fremhæves også i Aabenraa-projektet, at brugerinddragelsesprocessen har været omfattende. Det har dermed været muligt for ledere og medarbejdere at påvirke udformningen af byggeriet, herunder medvirke til at nytænke indretningen af de forskellige funktioner på sygehusafdelingen. Et eksempel på en innovativ løsning, som blev valgt som et resultat af brugerinddragelsesprocessen, er indretningen af depotrum. Som nævnt tidligere er depotrummene indrettet på en sådan måde, at det er muligt for portører at fylde op med fx linned ude fra på gangen (uden at komme ind og forstyrre på afdelingerne), og det er muligt for sygeplejersker at tage fx linned inde fra den enkelte afdeling.

Det fremhæves dog også i Aabenraa-projektet, at brugerinddragelsesprocessen blev oplevet som frustrerende, da man kom fra forskellige sygehuskulturer (Augustenborg og Haderslev), og det var vanskeligt at blive enige om nye funktioner og arbejdsgange. Det fremhæves også, at rådgiverhonorarerne i Aabenraa-projektet har været forholdsvis lave i forhold til tidligere anlægs- og byggeprojekter. Det betyder, at man i højere grad har benyttet sig af kendte løsninger fremfor at lægge vægt på nye og innovative løsninger.

Inddragelsen af innovationscenteret i Odense og brugen af mockups til at illustrere fremtidige funktioner fremhæves som positivt. Mockups gjorde det meget nemmere for de involverede medarbejdere og ledere i brugerinddragelsesprocessen at forestille sig det endelig byggeri og på den baggrund specificere detaljerede krav og funktioner i byggeriet.

4.4.2 Innovation i anlægsfasen

OPP-byggeriet i Vejle var baseret på et forholdsvis tæt samarbejde mellem de forskellige entreprenører, hvis man sammenligner det med det mere traditionelle udbud i Aabenraa, som var præget af en lang række underentrepriser. Dette skyldes primært (og som nævnt tidligere), at OPP-selskabet ikke har udbudspligt, og at de dermed har mulighed for at vælge underleverandører ud fra et forudgående positivt kendskab til leverandøren. Af interviewene fremgår, at det forholdsvis tætte professionelle samarbejde på tværs af håndværksmæssige skel og den forholdsvis skarpe byggestyring medvirkede til at udvikle gode løsninger i byggeprocessen. Et eksempel på dette er, at OPP-selskabet var meget fokuserede på at overholde tidsplan og byggekrav, og at man på daglig basis fulgte op på dette, hvilket ikke i samme grad gjorde sig gældende i Aabenraa-byggeriet.

Et eksempel på dette er alkoverne i gangarealerne. Oprindeligt var de tænkt udført i træ, hvilket skulle medvirke til at bryde et ellers ensformigt æstetisk udtryk på gangene. Efter en dialog med regionen blev man dog enige om at udføre dem i et cementmateriale, primært af hensyn til den efterfølgende mulighed for effektiv rengøring. Medarbejdere og patienter har efterfølgende været tilfredse med løsningen – funktionaliteten er god og løse puder kan bidrage til at skabe et godt æstetisk udtryk.

I det mere traditionelle udbudsprojekt i Aabenraa var der forholdsvis snævre rammer for at udvikle nye og innovative løsninger. Overordnet var der fra regionens side et krav om, at byggeriet skulle følge allerede vedtagne tekniske standarder gældende for det somatiske sygehus.

I Aabenraa-projektet har anlægsprocessen i høj grad også været præget af udfordringer med at få tidsplanen og budgettet overholdt. Det viste sig i løbet af anlægsprocessen ikke at være muligt at overholde tidsplan og budget, og som følge heraf lå fokus i høj grad på at finde økonomiske og tidsmæssige besparende løsninger frem for nye og innovative løsninger.

Der er dog mindre eksempler på innovative løsninger i anlægsfasen. Disse har bl.a. været drevet af, at man skulle finde økonomiske besparelser og nye måder at leve op til kravene til byggeriet på. Et illustrativt eksempel på dette er, at træbeklædningen på endefacaderne af de enkelte bygningsafsnit. Oprindeligt var planen, at langt mere af facaden skulle være beklædt med træ, men løsningen med kun at beklæde endefacaderne er æstetisk set en god løsning, som bidrager til bygningens samspil med omgivelserne.

4.4.3 Innovation i driftsfasen

I OPP-sygehusafdelingen fremhæves Serviceportalen – særlig af den private part – som en innovativ løsning med et stort potentiale. Serviceportalen har til formål at give et overblik over alle serviceopgaver og facilitere dialogen mellem servicedelen og den kliniske del. Potentielt vil den kunne skabe en god sammenhæng mellem forskellige serviceopgaver (fx booking af mødelokaler og bestilling af mad). De kliniske medarbejdere i Vejle udtrykker en mere blandet oplevelse af Serviceportalen og oplever den ikke på samme måde som innovativ i deres dagligdag. Medarbejderne har oplevet, at Serviceportalen var omstændelig at betjene i løbet af det første år.

Generelt er det oplevelsen blandt medarbejdere og ledere i OPP-byggeriet i Vejle, at det er vanskeligt at finde på nye innovative løsninger, hvis løsningerne har noget med byggeriet at gøre. Det er OPP-selskabet, som ejer bygningen, og det opleves som besværligt at ændre på funktioner i byggeriet eller bygningens æstetiske udtryk. Som eksempel fremhæves bl.a. indretning af kontorer/mødelokaler, hvor ændring af lokalerne til andre formål eller udsmykning af dem kan være en administrativ udfordring.

I forhold til innovative løsninger i Aabenraa-projektet er der primært tale om små forbedringer i arbejdsgangene. Eksempelvis er det i det nye byggeri muligt at hente færdige sengepakker fremfor selv at rede senge, og det frigør ressourcer. Enkelt nævner også døgnrytmebelysningen som en væsentlig kvalitetsforbedring. Der er også en serviceportal i den psykiatriske afdeling i Aabenraa, men den fremhæves ikke på samme måde som i Vejle-projektet som en innovativ løsning. Dette skyldes muligvis, at den ikke på samme måde aktivt søger at styre samarbejdet mellem servicefunktioner og klinisk drift.

Det fremgår af interviewene, at der er en høj grad af ejerskabsfølelse i forhold til byggeriet i Aabenraa, som man ikke finder på samme måde i Vejle-byggeriet. En af de interviewede udtrykte det på følgende måde: "Det er ikke vores hus, de laver i Vejle. De laver et hus til dem selv, som vi skal bruge. I Aabenraa er det anderledes".

Et udtryk for dette er, at man i de enkelte afdelinger i Aabenraa-byggeriet finder egne løsninger på de daglige udfordringer med byggeriet. For eksempel bliver der malet med forskellige typer af farver i de enkelte afdelinger, møblet varierer, og udsmykningen varierer. Set ud fra et æstetisk perspektiv går dette ud over helhedsindtrykket i det samlede byggeri, men ud fra et medarbejderperspektiv bidrager dette til følelsen af at kunne tilpasse den enkelte afdeling til de aktuelle behov.

5 Konklusion

5.1 Økonomi og omkostninger

I den økonomiske analyse har vi set på forskelle i totalomkostningerne for henholdsvis OPP-byggeriet i Vejle og det traditionelt udbudte byggeri i Aabenraa. Omkostningerne fordeler sig grundlæggende på projekternes byggepris, projekternes transaktionsomkostninger og de løbende service- og vedligeholdelsesomkostninger i de to byggerier. Dertil kommer, at der i kontrakten er aftalt en ekstra betaling til OPP-selskabet, der afhænger af bygningens stand ved overdragelsen i 2042 (OPP-kontraktens ophør).

I forhold til byggeprisen er forskellen mellem de to byggerier meget lille. Det fremgår af analysen, at byggeriet i Aabenraa ca. 12,5 % dyrere end OPP-projektet i Vejle. Samtidig fremgår det dog også, at byggeriet i Aabenraa er tilsvarende større (cirka 11,5 % større målt i kvadratmeter), hvilket betyder, at der reelt er tale om en stort set identisk kvadratmeterpris i de to byggerier.

Analysen af de to byggeriers transaktionsomkostninger indikerer, at disse omkostninger har været marginalt højere i OPP-projektet i Vejle end i projektet i Aabenraa. Forskellen er dog mindre end 0,5 % af byggesummen, og den påvirker derfor kun marginalt den samlede totaløkonomiske opgørelse. Umiddelbart er det ikke overraskende, at transaktionsomkostningerne er større i et OPP i udbuds- og anlægsfasen end i et traditionelt udbudt anlægsprojekt. Det er en del af OPP-modellen, at der i projektets første faser er nogle ekstra omkostninger på grund af samtænkningen af anlægs-, drifts- og vedligeholdelsesfasen (det totaløkonomiske fokus). Forventningen er, at transaktionsomkostningerne vil blive reduceret senere i projektet, fordi flere forhold omkring byggeriet er afklaret på et tidligt stadie af udbuds- og kontraktprocessen.

Analysen viser, at de samlede årlige service- og vedligeholdelsesomkostninger umiddelbart er ca. 6 % lavere i byggeriet i Aabenraa end i OPP-byggeriet i Vejle, og det er til trods for, at byggeriet i Aabenraa er 11,5 % større end byggeriet i Vejle. Dette umiddelbare resultat skal dog korrigeres for forskelle i betalingsstrømme i de to projekter. En mere retvisende sammenligning, der tager højde for dette forhold, viser, at service- og vedligeholdelsesomkostningerne dermed bliver ca. 6 % højere i Aabenraa end i Vejle-byggeriet, hvilket dog skal ses i forhold til, at afdelingen i Aabenraa er 11,5 % større arealmæssigt. Forskellen i løbende service- og vedligeholdelsesomkostninger mellem de to byggerier er dermed ikke markant, og da der samtidig er nogle metodiske forhold, der vanskeliggør en direkte sammenligning, så kan man ikke konkludere, om der er lavere eller højere omkostninger til service og vedligeholdelse i OPP-projektet i Vejle i forhold til projektet i Aabenraa.

Byggeriet i Aabenraa blev 9 måneder forsinket, mens byggeriet i Vejle blev afleveret til tiden. Hvis der tages udgangspunkt i 9 måneders servicebetaling knyttet til byggeriet i Vejle, så kan værdien af en forsinkelse opgøres til ca. 19 mio. kr.

Endelig viser analysen, at det ved overdragelsen af OPP-projektet i Vejle i januar 2042 er aftalt, at regionen skal betale OPP-selskabet et engangsbeløb på op til 73 mio. kr. i 2017-priser afhængigt af bygningens stand på det pågældende tidspunkt. Økonomisk set er omkostningerne til opførelse og drift mv. altså forholdsvis ens i de to sygehusbyggerier. Størrelsen på overdragelsessummen (73 mio. kr. i 2017-priser) i Vejle-projektet gør samlet set nutidsværdien af betalingsstrømmen på OPP-byggeriet dyrere for regionen end projektet i Aabenraa.

5.2 Kvalitet i byggerierne

Analysen af kvalitet belyser forskelle og ligheder mellem de to byggerier, og i hvilken grad de opgjorte forskelle kan tilskrives OPP. Opgørelsen bygger først og fremmest på den oplevede kvalitet (faglig og professionel vurdering) og i mindre grad på mere objektive data (byggeteknisk gennemgang efter 1 års drift i de to byggerier).

Det fremgår af analysen, at der ved 1-års-eftersynet af byggeriet i Aabenraa blev påpeget en række alvorlige fejl og mangler i forhold til eksempelvis brandgodkendelse af døre, revner i facader og gulve, mangler ved ventilation, mangler ved køling i teknikrum m.m. Næsten 3 år efter ibrugtagningen (efteråret 2018) henstår stadig flere alvorlige mangler, herunder problemer med facader (vandindtrængning), ventilationsanlæg (funktion) og gulve (revner). I det tilsvarende 1-års-eftersyn af byggeriet i Vejle blev der kun påpeget en række mindre alvorlige fejl og mangler, som skulle udbedres. Disse fejl og mangler er efterfølgende i hovedsagen blevet udbedret.

Denne forskel mellem de to byggerier i byggeteknisk kvalitet kan delvis tilskrives OPP. Der er nogle udbudstekniske forhold, som taler for, at OPP giver bedre muligheder for at levere byggerier med en høj byggeteknisk kvalitet. Samtidig er det en generel opfattelse blandt ledere og medarbejdere, at OPP-udbudsformen giver et klart incitament til at vælge holdbare løsninger af en forholdsvis høj kvalitet, og at dette også er kommet til udtryk i byggeriet i Vejle.

I forhold til den æstetiske kvalitet i de to byggerier viser analysen, at den æstetiske kvalitet vurderes som markant højere i den psykiatriske sygehusafdeling i Vejle sammenlignet med sygehusafdelingen i Aabenraa. Den samlede vurdering er, at byggeriet i Vejle har en højere grad af human indlevelse i sin æstetik, mens sygehusbyggeriet i Aabenraa har en minimalistisk æstetik, der giver en institutionel stemning og ikke bidrager til at skabe en tryk og rar ramme omkring psykiatrien.

Man kan dog ikke direkte udlede af dette, at den højere æstetiske kvalitet i den psykiatriske afdeling i Vejle skyldes valget af OPP som anlægs- og driftsform. Der er nogle indirekte forhold, som sandsynliggør, at den højere æstetiske kvalitet i byggeriet i Vejle har en sammenhæng med den valgte anlægs- og driftsform. OPP er baseret på en totalentreprise, og det er ikke nødvendigvis tilfældet i et mere traditionelt udbudsprojekt. I Aabenraa-casen var det tydeligt, at underopdelingen af entreprisen i mindre fagentrepriser, forsinkelser i delentrepriser, voldgiftssager og budgetmæssige overskridelser har medvirket til, at der i byggeriet blev foretaget en række besparelser (fx på grønne tage og facader), som har påvirket den æstetiske kvalitet i negativ retning.

Endelig indgår i analysen af kvalitet også en opgørelse af den oplevede kvalitet af de to byggerier blandt ledere og medarbejdere. Medarbejdere og ledere i begge byggerier giver udtryk for, at byggerierne er meget funktionelle og giver mulighed for at skabe en positiv stemning blandt ansatte og patienter. Dette er ikke overraskende i lyset af, at der i begge tilfælde er tale om nye og moderne bygninger i modsætning til de ældre psykiatriske afdelinger, som de ansatte tidligere har arbejdet i. I den samlede vurdering skal det dog også medtages, at der i forhold til Aabenraa-byggeriet er en generel opfattelse af, at de økonomiske besparelser i anlægsfasen har forringet kvaliteten i forhold til bygningen og funktioner i bygningen (fx kontorerne antal og indretning). I forhold til OPP-byggeriet fremhæves det især på negativsiden, at der kan være en manglende fleksibilitet og en tung arbejdsgang i forhold til rådigheden over bygningen (fx indretning af kontorer eller mødelokaler).

I et OPP vil man forvente, at den private part, som har ejerskab over bygningen i en periode på 25 år, har et klart incitament i forhold til at vælge løsninger, som har en højere kvalitet og større holdbarhed. Dette kan delvis bekræftes af analysen. Medarbejderne i Vejle er generelt meget tilfredse

med bygningen og dens kvalitet, mens der blandt medarbejderne i Aabenraa har været en mindre utilfredshed med kvaliteten af nogle byggetekniske løsninger.

I Vejle-byggeriet har det i løbet af driftens første 1-1½ år været en udfordring at få samarbejdet mellem det kliniske personale og servicedelen til at fungere optimalt. Oplevelsen blandt kliniske medarbejdere og ledere har været, at servicedelen har været fjern i forhold til den kliniske drift og ikke tilstrækkeligt fleksibel. Der gives dog udtryk for, at samarbejdet er blevet forbedret i takt med, at servicedelen har opnået erfaringer med driften af det psykiatriske sygehus.

Endelig skal det også fremhæves, at medarbejdere og ledere i Vejle-byggeriet oplevede det som en markant og positiv kvalitet, at byggeriet blev færdigt til tiden og fremtrådte med få mangler ved indflytningen. Dette muliggjorde en effektiv indflytning og effektiv drift umiddelbart efter indflytningen. Det samme gjorde sig ikke gældende i Aabenraa-byggeriet, der som nævnt havde flere alvorlige fejl og mangler på indflytningstidspunktet.

5.3 Graden af innovation i byggerierne

I analysen indgår en opgørelse af forskelle i innovation mellem de to former for bygge- og anlægsprojekter, og hvorvidt man kan tilskrive eventuelle forskelle til OPP som udbudsform. Der sondres i analysen mellem innovation i udbudsfasen, innovation i anlægsfasen og innovation i driftsfasen.

Det fremgår af analysen af innovation i udbudsfasen, at der i denne fase har været et større fokus på innovation i OPP-byggeriet, end tilfældet har været i Aabenraa-byggeriet. Det fremhæves især i forhold til OPP-byggeriet, at man som medarbejder og leder har oplevet, at OPP-selskabet i udbudsfasen lagde stor vægt på løsninger, som var holdbare i et længere tidsperspektiv. OPP lagde eksempelvis meget vægt på det æstetiske udtryk i bygningen, herunder det designmæssige samlede udtryk og en gennemgående finish i byggeriet. Samtidig var oplevelsen, at den valgte OPP-leverandør prioriterede nye teknologiske løsninger (fx sensorer, alarmer), der på kort sigt var dyrere end andre løsninger på området, men på længere sigt kan forventes at være tidssvarende løsninger.

Det ses af analysen af innovation i anlægsfasen, at der i denne fase generelt har været et større fokus på innovation i OPP-byggeriet, end tilfældet har været i Aabenraa-byggeriet. Dette skyldes først og fremmest, at det i anlægsprocessen i Aabenraa-projektet ikke var muligt at overholde tidsplan og budget, og som følge heraf lå fokus i høj grad på at finde økonomiske og tidsmæssige besparende løsninger frem for nye og innovative løsninger. I OPP-projektet var derimod tidsmæssigt og økonomisk mulighed for at indtænke innovative løsninger i løbet af anlægsfasen. Det er ikke muligt direkte at sammenkæde dette med OPP, da der kan være andre forhold (valg af entrepriseform, udvidet dialog med markedet gennem udbudsformen konkurrencepræget dialog mv.), som har haft en betydning for graden af innovation i byggerierne.

I forhold til innovation i driftsfasen indikerer analysen, at man i de to byggerier har betonet forskellige forhold. I Vejle-byggeriet fremhæves især den såkaldte Serviceportal, der har til formål at give et overblik over alle serviceopgaver og facilitere dialogen mellem servicedelen og den kliniske del. Forventningen er, at den vil være under stadig udvikling og vil blive et stadig mere centralt værktøj i forhold til at levere den bedst mulige service. I Aabenraa-byggeriet fremhæves især muligheden for på de enkelte afdelinger løbende at tilpasse bygningens funktionalitet og æstetiske udtryk, uden at det kræver et større administrativt arbejde.

Samlet set oplever de kliniske medarbejdere og ledere det faktiske omfang af innovation i begge byggerier som forholdsvis begrænset.

5.4 Samlet vurdering: Har OPP kunnet betale sig?

Det overordnede formål med evalueringen har været at belyse, om OPP som udbudsform har givet regionen et bedre, billigere og mere innovativt projekt i Vejle end i det tilsvarende projekt i Aabenraa. Hermed menes, om OPP i højere grad har optimeret kombinationen af totalomkostninger og kvalitet (herunder innovation) i byggeriet i forhold til det traditionelt udbudte byggeri i Aabenraa.

Undersøgelsens design sigtede mod at isolere effekten af OPP ved at sammenligne to byggeprojekter, der i udgangspunktet var sammenlignelige, og hvor den mest markante forskel var anlægsformen (OPP kontra en traditionel offentlig anlægsmodel). Som det fremgår af rapporten, er der dog andre markante forskelle mellem de to byggerier, som giver anledning til forbehold. Den mest markante forskel (ud over OPP kontra en traditionel offentlig anlægsmodel) er, at byggeriet i Aabenraa blev gennemført som 12 fagentrepriser og 2 storentrepriser, mens OPP-projektet set fra regionens synspunkt er mere sammenligneligt med en totalentreprise. En anden forskel er, at man i Vejle-byggeriet valgte et funktionsudbud og en udvidet dialog med markedet før og under tilbudsgivningen, hvilket man ikke i samme grad gjorde i Aabenraa-byggeriet. Dette udgør en usikkerhed i analysen, og det gør det vanskeligere at pege entydigt på, om de observerede forskelle mellem de to byggerier skyldes anlægsformen eller andre forhold.

OPP-modellen indebærer en kombination af konkurrencepræget dialog og funktionsudbud, som ikke nødvendigvis er indeholdt i et traditionelt udbud. Funktionsudbuddet giver i teorien leverandøren muligheder for at tænke mere innovativt og tilbyde effektive måder at opfylde funktionskravet på. Samtidig giver den konkurrenceprægede dialog leverandøren mulighed for at udfordre udbudsmaterialet og udfordre de enkelte funktionskrav.

Analysen indikerer, at der samlet set er tale om forholdsvis små forskelle i de to byggeriers totalomkostninger. Analyserne har indikeret, at projekterne på mange måder er sammenlignelige i forhold til nutidsværdien af regionens totalomkostninger. For byggeriet betaler Regionen inklusive den kontraktfastsatte overdragelsessum samlet set cirka 2,5 % mere i nutidsværdi for OPP-projektet i Vejle, hvilket dog i forhold til projekternes samlede pris og de usikkerheder, der uvægerligt er forbundet med at sammenligne nutidsværdien af fremtidige omkostninger for to så komplekse byggerier, må betegnes som en ganske lille forskel i projekternes totalomkostninger. Samtidig er byggeriet i Aabenraa ca. 11,5 % større målt på opførte kvadratmeter, hvilket betyder, at regionen alt i alt har fået flere kvadratmeter til en lavere pris i Aabenraa end i Vejle.

I vurderingen af, hvilket af de to projekter der samlet set giver den økonomisk mest fordelagtige løsningsmodel, skal der samtidig tages højde for de to aktivers værdi ved kontraktudløb. I den samlede vurdering af, om OPP er en mere eller mindre fordelagtig udbudsform end et traditionelt udbudsprojekt, indgår, som omtalt flere steder i rapporten, ideelt set en vurdering af de to projekters restværdi ved OPP-projektets kontraktudløb. Den samlet set højere nutidsværdi af betalingsstrømmen, inklusive overdragelsessummen på OPP-projektet, skal derfor tolkes med det væsentlige forbehold, at den endelige totaløkonomi for de to projekter først kan opgøres på overdragelsestidspunktet. Her vil OPP-konsortiet i Vejle qua overdragelsessummen og den aftalte restlevetid på de væsentlige bygningsdele formentlig have et klarere incitament til at sikre bygningernes stand, end det er tilfældet i Aabenraa-projektet, hvor regionen ikke opererer med en prissætning af byggeriet efter 25 års drift.

For at foretage denne vurdering skal der laves en opgørelse af de faktisk afholdte service- og vedligeholdelsesomkostninger i de to projekter samt en opgørelse af byggeriernes restværdi på tidspunktet for OPP-projektets kontraktudløb. Dermed kan der laves en endelig totaløkonomisk opgørelse af de to projekter. Dette har ikke været muligt på nuværende tidspunkt, så denne rapport

analyser må nødvendigvis læses som en foreløbig opgørelse foretaget forholdsvis tidligt i de to projekters driftsperiode.

I den samlede vurdering af, om det har kunnet betale sig at vælge OPP som udbudsform, indgår også sammenhængen mellem omkostninger og kvalitet i anlægsprojekterne. Evalueringen har vist, at kvaliteten af byggeriet i Vejle samlet set er højere end i Aabenraa. Byggeteknisk er Vejle-byggeriet af højere kvalitet, og den æstetiske kvalitet vurderes også som højere i Vejle-byggeriet.

Et væsentligt forhold er også, at omfanget af fejl og mangler af medarbejderne opleves som lavere i Vejle-byggeriet. Her spiller det en væsentlig rolle, at byggeriet i Vejle var færdigt til tiden, og at der ikke har været mange udbedringer af byggeriet siden indflytningen, som tilfældet har været i Aabenraa.

Denne samlede forskel i kvalitet (og tidspunktet for færdiggørelse) kan sandsynligvis tilskrives OPP som udbudsform. OPP giver et klarere incitament til at færdiggøre byggeriet til tiden end en fag- og storentreprise, da det økonomiske ansvar for forsinkelser udelukkende ligger hos OPP-selskabet. Samtidig giver OPP en forholdsvis stor fleksibilitet i bygge- og anlægsprocessen (fx ved valg og styring af underleverandører), som gør det nemmere at overholde tidsfristerne. Der er endvidere et klart incitament i OPP i forhold til at vælge byggetekniske løsninger af en forholdsvis høj kvalitet – løsninger som kan betale sig set i et 25-års-perspektiv. Dette bekræftes umiddelbart af evalueringen. Den endelige vurdering af, hvilket af de to byggerier der ud fra en totaløkonomisk betragtning samlet set bedst har kunnet betale sig, vil imidlertid først kunne opgøres endeligt i 2042, når OPP-sygehuset i Vejle overdrages til Region Syddanmark.

Derudover ses det af evalueringen, at der har været lidt mere innovation i forbindelse med byggeriet i Vejle, end tilfældet har været med byggeriet i Aabenraa. Eksempler på dette er det designmæssige udtryk i Vejle-byggeriet, brugen af teknologiske løsninger (sensorer, alarmer) i Vejle-byggeriet og udvikling af en one-point-of-contact-serviceportal i Vejle. Forskellene mellem de to byggerier er dog ikke meget markante, og forskellene kan ikke entydigt tilskrives valget af OPP som udbudsform.

Ved en samlet vurdering af OPP og traditionelt offentligt anlægsbyggeri er der yderligere en række forhold, som ikke er inkluderet i nærværende analyse. Den private finansiering gennem OPP giver den offentlige ordregiver mulighed for at igangsætte et anlægsprojekt, som myndigheden ellers ikke ville have likvide midler til. Dette forhold spillede en væsentlig rolle i Region Syddanmarks beslutning om at anvende OPP som udbudsform. OPP (og fritagelsen fra deponeringsreglerne) giver dermed nogle muligheder i forhold til timingen af bygge- og anlægsprojekter, som den traditionelle bygge- og anlægsform ikke indeholder. Omvendt kan brugen af OPP føre til, at politikerne igangsætter projekter for lånte penge, som betales af kommende generationer af skatteydere (Hodge og Greve, 2007). Hvorvidt det er samfundsøkonomisk fordelagtigt at bruge OPP-modellen til at igangsætte anlægsprojekter, som den offentlige sektor ellers ikke ville have råd til – eller først senere ville kunne gennemføre – afhænger derfor grundlæggende af projektets langsigtede rentabilitet i forhold til den alternative anvendelse af de samme penge.

På projektstyringsniveau giver OPP-projekter typisk en høj grad af budgetsikkerhed. Derudover gælder det, at hvis OPP er fritaget for deponeringsforpligtigheden, så kan det give en større investeringsramme, som kan frigøre midler til andre investeringer. Modsat kan der fx være ulemper i form af tab af fleksibilitet i forhold til disponering af økonomiske midler og den begrænsede mulighed for i kontraktperioden at prioritere andre brugerønsker og politisk fastsatte krav, idet der indgås en langsigtet kontrakt med en fast betalingsprofil og kvalitetsstandard. Disse elementer indgår ikke i denne ana-

lyse, og den samlede vurdering af, hvilken anlægsmodel der samlet set er mest fordelagtig, afhænger således også af, hvordan de øvrige fordele og ulemper ved et OPP-projekt og et traditionelt udbud samlet set prioriteres og vægtes.

Litteratur

- Acerete, B., Shaoul, J., & Stafford, A. (2009). Taking its toll: The private financing of roads in Spain. *Public Money & Management*, 29(1), 19-26.
- Akbiyikli, R., Umit Dikmen, S., & Eaton, D. (2011). Financing road projects by private finance initiative: Current practice in the UK with a case study. *Transport*, 26(2), 208-215.
- Bain, R. (2010). Public sector comparators for UK PFI roads: Inside the black box. *Transportation*, 37(3), 447-471.
- Barlow, J. & Köberle-Gaiser, M. (2009). Delivering innovation in hospital construction: Contracts and collaboration in the UK's private finance initiative hospitals program. *California Management Rev.* 51, 126-143.
- Broadbent, J., Gill, J., & Laughlin, R. (2003). Evaluating the private finance initiative in the National Health Service in the UK. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 16(3), 422-445.
- Carpintero, S., & Petersen, O. H. (2014). PPP projects in transport: Evidence from light rail projects in Spain. *Public Money & Management*, 34(1), 43-50.
- Debande, O. (2002). Private financing of transport infrastructure an assessment of the UK experience. *Journal of transport Economics and Policy*, 355-387.
- Deloitte (2013). *Kortlægning af bygningsdrift og –vedligehold*. København: Region Hovedstaden.
- Demirag, I., & Khadaroo, I. (2010). Costs, outputs and outcomes in school PFI contracts and the significance of project size. *Public Money & Management*, 30(1), 13-18.
- De Schepper, S., Haezendonck, E., & Dooms, M. (2015). Understanding pre-contractual transaction costs for Public–Private Partnership infrastructure projects. *International Journal of Project Management*, 33(4), 932-946.
- Edwards, P., Shaoul, J., Stafford, A., & Arblaster, L. (2004). *Evaluating the operation of PFI in roads and hospitals*. London: Certified Accountants Educational Trust.
- Eriksen, K. S., Minken, H., Steenberg, G., Sunde, T., & Hagen, K. (2007). *Evaluering av OPS i vegsektoren*. Oslo: TØI -Transportøkonomisk Institutt.
- European PPP Expertise Centre (2011). *The Non-Financial Benefits of PPPs: An overview of concepts and methodology*. Luxembourg: EPEC – European Investment Bank.
- Finansministeriet (2015). *Økonomisk fordelagtighed ved offentlig-private partnerskaber*. København: Finansministeriet.
- Finansministeriet (2018). *Den samfundsøkonomiske diskonteringsrente*. Notat, 12. november 2018. København: Finansministeriet.
- Froud, J., & Shaoul, J. (2001). Appraising and evaluating PFI for NHS hospitals. *Financial Accountability & Management*, 17(3), 247-270.
- Grimsey, D. & Lewis, M. (2005). Are Public Private Partnerships value for money? Evaluating alternative approaches and comparing academic and practitioner views. *Accounting Forum*, 29(4), 345-378.
- Hodge, G., & Greve, C. (2007). Public-Private Partnerships: An international performance review. *Public Administration Review*, 67(3), 545-558.

- Hodge, G., & Greve, C. (2009). PPPs: The passage of time permits a sober reflection. *Economic Affairs*, 29(1), 33-39.
- Jacobs, R., & Street, A. D. (2009). *Efficiency analysis of PFI schemes*. York: Centre of Health Economics, University of York.
- Klijn, E. H. & Teisman, G. R. (2003). Institutional and strategic barriers to public-private partnership: An analysis of Dutch cases. *Public Money & Management*, 23(3), 137-145.
- Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen (2012). *Erfaringer fra de danske OPP projekter*. København: Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen.
- KORA (2014). *Metodenotat om evalueringsforhold og måleindikatorer i OPP-projekter*. Internt notat. København. KORA – Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning.
- Lember, V., Petersen, O. H., Scherrer, W., & Ågren, R. (2018, forthcoming). Understanding the relationship between infrastructure public-private partnerships and innovation. *Annals of Public and Cooperative Economics*, 2018, 1-21.
- McQuaid, R. W., & Scherrer, W. (2010). Changing reasons for public-private partnerships (PPPs). *Public Money & Management*, 30(1), 27-34.
- National Audit Office (2003). *PFI: Construction Performance*. London: Statutory Office.
- National Audit Office (2005). *Improving Public Services Through Better Constructions*. London: Statutory Office.
- National Audit Office (2006). *A Framework for evaluating the implementation of Private Finance Initiative projects*. Volume I-II. London: Statutory Office.
- National Audit Office (2011). *Lessons from PFI and other projects*. London: Statutory Office.
- National Council for Public-Private Partnerships (2013): *Public-Private Partnerships Defined*. Downloadet april 4th. 2013 from <http://ncppp.org/howpart/>
- Petersen, O. H. (2013). *Offentlige-privat partnerskaber (OPP): Notat om danske og internationale erfaringer med OPP*. København: KORA - Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning.
- Petersen, O. H. (2017). *Are infrastructure PPPs better value-for-money than traditionally procured projects? A systematic review of the literature*. Paper presented at 6th International Joint Conference of the Public-Private Partnership Scholars Network, 21-22. September 2017, University of Limerick, Ireland.
- Pollock, A. M., & Price, D. (2008). Has the NAO Audited Risk Transfer in Operational Private Finance Initiative Schemes? *Public Money & Management*, 28(3), 173-178.
- Pollock, A.M., Price, D. & Player, S. (2007). An Examination of the UK Treasury's Evidence Base for Cost and Time Overrun Data in the UK Value-For-Money Policy and Appraisal. *Public Money & Management*, 27(2), 127-134.
- Pollock, A. M., Shaoul, J., & Vickers, N. (2002). Private finance and "value for money" in NHS hospitals: A policy in search of a rationale? *British Medical Journal*, 324(7347), 1205-1209.

Pollock, A., Price, D., & Liebe, M. (2011). PFI and NHS austerity: PFI ring fencing prioritises investor returns over patient care. *British Medical Journal*, 342, 417-419.

Region Syddanmark (2009). *Generalplan for psykiatrien i Region Syddanmark*. Vejle: Region Syddanmark.

Region Syddanmark (2011). *Byggeprogram. Psykiatrien i Region Syddanmark*. Vejle: Region Syddanmark.

Region Syddanmark (2012): Pressemeddelelse: *Region Syddanmark: Inviterer private aktører til dialog om byggeriet af det psykiatriske hospital i Vejle som OPP-projekt*. 18 juli 2012. Vejle: Region Syddanmark.

Roehrich, J. K., Lewis, M. A., & George, G. (2014). Are public-private partnerships a healthy option? A systematic literature review. *Social Science and Medicine*, 113, 110-119.

Schmidt-Jensen, T. (2010). *OPP vs. OPP-light. OPP-Nyt 2. halvår 2010*. København: KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.

Winch, G. (2000). Institutional reform in British construction: Partnering and private finance. *Building Research & Information*, 28(2), 141-155.

Whittington, J. (2012). When to partner for public infrastructure? Transaction cost evaluation of design-build delivery. *Journal of the American Planning Association*, 78(3), 269-285.

Ysa, T. (2007): Governance Forms in Urban Public-Private Partnerships. *International Public Management Journal*, 10(1), 35-57.

**VIDEN I
VELFÆRD**

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD