

Grønn omsorg – økonomisk evaluering, regulering, og kontrakter

Michael 2017; 14: Supplement 19, 210–8.

I denne artikkelen drøftes forhold som bør tas i betraktning når man vurderer en økt fremtidig satsing på grønn omsorg. Brukere av grønne tjenester er typisk svakt informert om tjenestekvalitet, samtidig som leverandører kan ha mangelfull kompetanse, noe som i sum nødvendiggjør regulering. Selve utformingen av kontrakter mellom leverandører og sponsorer er viktig for å sikre målsettinger om kostnadsbevissthet, kvalitet og rekruttering. Mer forskning på effekter og ressursbruk av slike tjenester er nødvendig.

Introduksjon – gårdsbruk i omsorgsarbeid

Definisjonen av grønn omsorg («green care») varierer noe avhengig av kilder, men oppfattes generelt som en samlebetegnelse for et bredt spekter av velferds-, helse- og omsorgsfremmende aktiviteter som anvender *natur* som innsatsfaktor i produksjonen (1–3). I denne artikkelen fokuserer vi hovedsakelig på slike tjenester når de *tilbys av aktive gårdsbruk* («green care farms»)¹.

I Norden, Belgia og Nederland tilbys grønn omsorg hovedsakelig av uavhengige familiebruk, i Italia er gårdsbrukene gjerne samvirkeforetak, i Irland og Frankrike er de ofte eiet av frivillige og veldedige organisasjoner, mens i Tyskland og delvis Østerrike er det mer vanlig at de drives av helseinstitusjoner (6–9). Det er også noe geografisk variasjon når det gjelder hva som er gårdsbrukenes hovedaktivitet. I Norge har de fleste gårdsbruk som

¹ I Norge anvendes begrepet «Inn på tunet (IPT)» om slike tjenester. Andre begrep som anvendes i litteraturen er «social farming», «multi-functional agriculture» og «care farming» (4). I 2012 la Landbruks- og matdepartementet og Kommunal og regionaldepartementet frem en Nasjonal Strategi for Inn på tunet (5).

tilbyr grønne tjenester tradisjonell jordbruksproduksjon som sin hovedaktivitet.²

En oversikt over syv europeiske land fra 2007 (Belgia, Nederland, Frankrike, Tyskland, Irland, Italia og Slovenia) identifiserte mer enn 4000 aktive gårdsbruk som tilbød grønn omsorg (7). I tillegg var det samme år mange slike gårdsbruk i land som Norge (750), Storbritannia (800) og Østerrike (250) (8). Antall gårdsbruk har økt særlig raskt fra tusenårsskiftet. I Belgia var det for eksempel i 2003 rundt 45 aktive familiebruk mens antallet i 2007 hadde steget til 258 (7). For Nederland var antallet i 1998 på 75 mens det i 2009 var steget til mer enn 1000 (14). I perioden 2007 til 2011 steg antallet gårder i Norge fra 750 til 1100 (5).

Grønn omsorg og grønne tjenester omfatter et bredere spekter av tjenester enn hva som tradisjonelt tilbys av regulære helse- og omsorgsinstitusjoner. Grønne tjenester kan omfatte helsetjenester (behandling, terapeutiske tilnærminger og spesifikke intervensjoner), rehabiliteringstjenester, sosiale tjenester, pedagogiske tjenester, arbeidstrening, ulike terapeutiske tilnærminger for personer med psykiske lidelser, omsorgstjenester for demente, program for alkohol – og narkotika avhengighet og sosio-pedagogiske tjenester for utviklingshemmede og funksjonshemmede (10–11).³ Dette betyr at grønn omsorg tilbys til en svært sammensatt gruppe og i mange tilfeller krever man noe egeninnsats av klientene (aktivering).

I markedene for grønne tjenester er det flere aktører enn klienter og leverandører. Egenbetalinger er ikke vanlig, noe som betyr tilstedeværelse av ulike tredje-parts betalere som forsikringsselskap, arbeidsgivere og offentlige etater (sponsorer). Rollen til sponsorene vil avhenge av institusjonell kontekst, men vil gjennom sin finansierende funksjon være aktive etterspørere. I Norge er kommunene den viktigste kjøpergruppen av grønne tjenester, og 62% av kommunene kjøper slike tjenester (13). Tilstedeværelsen av sponsorer betyr også at klientene ikke selv konfronteres med tjenestekostnadene.

Ideen om å anvende natur for å fremme menneskelig velferd og mental og fysisk helse er ikke ny, men den senere veksten i antall gårdsbruk viser en økende satsing (3,14). Det er flere mulige årsaker til den økende interes-

2 Bruk av gårdsbruk som tilbud til mentalt syke har forøvrig lange tradisjoner i Norge. Frem til midten av 1800-tallet, når familiene ikke strakk til, så var de «åndssvake» en integrert del av fattigomsorgen. Hovedtilbudet var å bli «satt bort på legd», noe som innebar kost og losji hos bønder og andre mot en viss betaling fra fattigkassa, pluss at bonden fikk benytte deres arbeidskraft. «Lov om sinnssykes behandling og forpleining» av 1848 (sinnsykeloven) fastslo det offentliges ansvar for å gi omsorg til de sinnssyke. Med denne loven kom den medisinske disiplin sterkere inn på arenaen, og behandlingen ble etterhvert lagt i legenes hender (9).

3 En oversikt fra 2009 for 5 norske fylker viste at de største klientgruppene var skoleungdom og mennesker med mentale lidelser (40 %) (12).

sen, blant annet økt etterspørsel fra sponsorer og fra regulære tilbydere av helse- og omsorgstjenester. En annen forklaring er at tilbyderne av grønn omsorg selv aktivt søker nye markeder i en periode hvor lønnsomheten fra tradisjonelle jordbruksaktiviteter er under økende press. Den raske økningen i antall familiebruk i Nederland, Belgia og Norge støtter delvis den siste forklaringen. Gårdsbruk kan altså mobilisere ressurser som kan innfri deler av det fremtidige behovet for velferds-, sosial og helse-tjenester, men en slik utvikling reiser en rekke spørsmål. I det følgende fokuserer vi på de følgende tre; (i) hvilke av de grønne tjenestene som tilbys bør velges? (ii) bør man regulere brukere og leverandører? (iii) hvordan kan man styre adferden til leverandørene av slike tjenester?

Økonomisk evaluering

Det synes å være en generell mangel på dokumentasjon når det gjelder effekter av grønn omsorg (1,6,11), hovedsakelig fordi det er svært få studier publisert på dette området i kliniske og medisinske tidsskrift (15–17).⁴ Dette betyr at vi på nåværende tidspunkt ikke vet hvilke grønne tjenester som vil representere et verdifullt supplement til regulære tjenester.

Et sentralt premiss for å investere i produksjonen av grønne tjenester vil være at slike tjenester har positive effekter på menneskers velferd. Dokumentering av slike positive effekter er imidlertid ikke en tilstrekkelig betingelse for implementering, da slike tiltak bør sammenlignes med effektene av konkurrerende tiltak og fordi intervensjonskostnader også bør tas med i vurderingene. Metoder som vurderer både effekter og ressursbruk, såkalte økonomiske evalueringer, er analyser som systematisk rangerer tiltak (18–20). Denne metodikken kan sies å etablere et sett av prosedyrer for å velge mellom konkurrerende alternativer slik at de tiltak som er mest kostnadseffektive (tiltak med det laveste forholdet mellom ressursbruk og effekt) implementeres. I lys av manglende dokumentasjon, både når det gjelder effekter og kostnadseffektivitet, så betyr det nødvendigvis at det eksisterende tilbudet av grønn omsorg må være begrunnet av forhold som personlige erfaringer, «prøve-og-feile strategier» og intuisjon (taus kunnskap).⁵ I noen

4 Litteraturstudiene det her refereres til daterer seg tilbake til perioden 2003–2006 noe som betyr at eventuelle senere publiserte effekt studier på grønne tjenester ikke er inkludert.

5 Det er en relativt omfattende litteratur som er opptatt av klienterfaringer og holdninger blant klienter, leverandører og terapeuter. Klientene synes generelt å verdsette grønne tjenester og 3 av 4 klienter er menn (22,23). Bønder er generelt svært positive til å tilby grønne tjenester mens interessen fra helsearbeidere og helseinstitusjoner er noe lavere (4, 14,15). Spesialister (psykiatere og psykologer) er mer motivert til å anvende slike tjenester enn fastleger mens klinisk erfaring reduserer denne type motivasjon. Kvinnelige leger og psykologer er mer motivert og tror på sterkere terapeutiske effekter enn sine mannlige kolleger (24,25).

tilfeller kan slike faktorer være nyttige, men den åpenbare mangel på systematikk vil kunne gi urimelig utfall.

Moderne medisin er i noen grad preget av institusjonalisering, langtidsopphold, og en intensiv bruk av medisiner, noe som betyr at tjenestene ofte er relativt ressurskrevende. I den grad grønne tjenester representerer et ressursbesparende alternativ, vil dette reflekteres i økonomiske evalueringer og analyser. Dette betyr at relativt lite ressurskrevende tiltak med moderate effekter (grønn omsorg) kan være å foretrekke fremfor mer ressurskrevende alternativer med sterkere effekter (tradisjonelle tilbud). Økonomisk evaluering av grønne tjenester vil også introdusere noen nye effekter i slike analyser, sammenlignet med samme analyser utført for tradisjonelle helse- og omsorgstjenester. For eksempel, når klientene bidrar til verdiskapningen på et gårdsbruk, skal man, gitt et samfunnsøkonomisk perspektiv, kvantifisere, verdsette og inkludere slike effekter i analysene. I grønn-omsorg-litteraturen henvises det ofte til at tilbyderne av grønne tjenester er motivert av mer enn lønnsomhet og at slike aktiviteter skaper verdier for leverandørene, for eksempel i form av økt meningsfullhet (21). I den grad slike effekter faktisk opptrer, skal de i prinsippet inkluderes i økonomiske evalueringer og analyser, selv om det er visse metodiske utfordringer knyttet til kvantifisering av slike effekter. Et annet spørsmål er imidlertid hvorvidt denne type av verdier bare er forbeholdt grønn omsorg.

Regulering

En sentral forutsetning for at markeder skal fungere effektivt, er at brukere konfronteres med de ressursmessige implikasjoner av sine valg samtidig som de er rimelig godt orientert om tjenestekvaliteten. Egenbetaling sikrer at man foretar den nødvendige avveiningen mellom forventede gevinster og kostnader, mens tilstrekkelig informasjon sørger for at tjenestenes innhold kobles til klientenes preferanser.

For noen typer tjenester og noen klientgrupper er det rimelig å tro at klientene kan vurdere kvaliteten. Dette vil typisk gjelde for tjenester hvis hovedformål er å skape trivsel og mening. For andre typer av grønne tjenester er situasjonen mer problematisk. Mange forbrukere av grønne tjenester er i krevende livssituasjoner, har psykiske lidelser, rusproblemer, kognitive svekkelser og funksjonshemninger. Disse klientgruppene vil ha en begrenset evne til å foreta veloverveide valg. Slike forhold, kombinert med fravær av egenbetaling, tilsier at klientene ikke vil være effektive brukere. Grønn omsorg og agro-turisme har visse fellestrekk i den forstand at begge leverer tjenester fra aktive gårdsbruk. I agro-turisme, derimot, betaler brukerne selv for alle omkostninger knyttet til egne valg. Dessuten vil brukere

av agro-turisme lett observere sentrale kvalitetsdimensjoner (fasiliteter og aktiviteter). Dette betyr at etterspørselssiden i agroturisme-markedet er mer effektivt organisert enn etterspørselssiden i markedet for grønne tjenester.

Det er også informasjonsproblemer på tilbudssiden i markedene for grønne tjenester. Den enkelte gårdsbedrift besitter ikke nødvendigvis den nødvendige faglige kompetanse og den tilstrekkelige erfaring for å kunne tilby tjenester med tilstrekkelig kvalitet. Kombinasjonen av leverandører med utilstrekkelig kompetanse og klientgrupper med begrenset evne til å vurdere kvaliteten, tilsier et behov for å beskytte brukerne. Brukernes interesser kan ivaretas av brukerrepresentanter som pårørende og fastleger, men disse er tilbøyelige til å vurdere alle tilbud som ikke innebærer risiko for klientene, som nyttige. I så måte synes sponsorene å ha et sterkere insentiv til å ta hensyn til de ressursmessige implikasjonene av grønn omsorg.⁶

Informasjonsproblemene på tilbudssiden rettfærdiggjør tiltak som skal sikre og fremme kvalitet og det eksisterer en rekke virkemidler som kan fremme en slik utvikling som for eksempel konkurranse, kvalitetsbasert finansiering, bruk av prestasjonsmålinger («report cards og benchmarking»), sertifisering og lisensiering, og ulike tilsynsordninger (generelt tilsyn og hendelsesbasert tilsyn). Den store variasjonen i brukergrupper og typer av tjenester kombinert med mange små leverandører kan tilsi bruk av mer sentraliserte tiltak som sertifiseringssystemer som (i) knytter vilkår til å få adgang til å levere tjenester (lisenser), eller (ii) verifiserer at visse standarder vedrørende infrastruktur og kompetanse er oppfylt (akkreditering). I Norge er det etablert en særskilt kvalitetsstandard innenfor KSL (Kvalitetssystem i landbruket) som inkluderer Inn på tunet aktiviteter (KSL-standard nr 11). Godkjenningsordningen utføres i regi av Matmerk. I handlingsplanen for Inn på tunet- aktiviteter understrekes det at man fremover skal videreutvikle både kvalitetsstandardene og godkjenningsordningen (5).

Utformingen av kontrakter

I den grad man ønsker å satse på grønne tjenester, blir politikktutformingen viktig. Et viktig styringsinstrument vil være kontraktene som inngås mellom leverandørene og sponsorene. Kontraktsbetingelsene vil ha betydning for leverandørens forventede inntekter og utgifter og derigjennom representerer de virkemidler for adferds-styring (insitament). Sentrale politikkmål vil være å sørge for at; (i) man tiltrekker seg de familiebrukene og de bøndene som er best egnet (mest talentfulle), (ii) man tilbyr et adekvat omfang av

6 Positive klient-erfaringer kan gi med verdifull informasjon men sier ikke nødvendigvis mye om hvorvidt tiltak og intervensjoner er ønskelige når viktige kvalitetsdimensjoner vanskelig lar seg observere og når klienter ikke har erfaring med konkurrerende alternativ.

tjenester på et tilstrekkelig høyt kvalitetsnivå til lavest mulige kostnader, og, (iii) leverandørene ikke overkompenseres finansielt da sponsorenes utgifter har en alternativ anvendelse. Enhver kontrakt vil representere et sett av insentiver med hensyn til rekruttering, omfang, kvalitet og kostnadsbevissthet.

En effektiv politikktutforming bør starte med en kartlegging av de inntekter og utgifter som påløper for leverandørene. To variable kostnader vil være kostnader forbundet med innleie av arbeidskraft (faglært eller ufaglært) og kostnader som følger av endringer i den tradisjonelle produksjonen som følge av satsing på grønne tjenester. Den siste kostnaden kan i prinsippet være negativ når klientene deltar i produktivt arbeid. I tillegg vil satsing på grønne tjenester medføre faste kostnader i form av investeringer i infrastruktur (bolig, bad, møteplasser) og informasjon (for eksempel kunnskap om gjeldende regelverk). Den sentrale inntektskomponenten vil være den økonomiske kompensasjonen som sponsorene betaler for de tjenestene som leveres. Videre vil leverandørene av grønne tjenester vil være eksponert for en viss risiko gjennom usikkerhet knyttet til kontraktsfornyelse, fremtidige kontraktsvilkår og fremtidige reguleringsendringer. Denne typen av risiko representerer en kostnad og vil være særlig betydningsfull for små gårdsbruk med store investeringsbehov.

Det eksisterer flere mulige finansieringsordninger (betalingssystemer) som kan anvendes i slike kontrakter. Eksempler er: (i) Rammetilskudd hvor man mottar et gitt beløp for å ta ansvaret for en gitt gruppe klienter, (ii) Volumkontrakter hvor man mottar et gitt beløp for hver klient, (iii) Ytellesbaserte kontrakter hvor man mottar et gitt beløp for hver deltjeneste man yter, og, (iv) ulike kombinasjoner av de overnevnte typene. I tillegg vil kontraktene kunne variere med hensyn til varighet og i hvilken grad og på hvilken måte den økonomiske kompensasjonen er knyttet til utgiftssiden (kostnadssubsidiering). Det er imidlertid ikke slik at kompensasjonsgraden (finansieringsgrad) vil avhenge av den valgte finansieringsmodell da samme kompensasjonsgrad kan oppnås i alle finansieringsordninger gjennom en justering av avtalevilkårene.

Litteraturen om optimale kontrakter gir kunnskap om hvordan slike kontrakter, gitt de målsettinger man har, bør utformes (26,27). Denne litteraturen er imidlertid relativt generell og dermed ikke direkte overførbart til grønne tjenester. Mer forskning er ønskelig for å identifisere kontrakter som sikrer at de mest talentfulle bøndene tilbyr sine tjenester, samtidig som målsettingene vedrørende omfang, kvalitet og ressursbruk ivaretas. Endringer i byrdefordelingen av risiko mellom familiebruk og sponsorer kan for eksempel oppnås gjennom gunstige kompensasjonssatser, investeringssub-

sidier og lange kontraktperioder. I mange tilfeller er det målkonflikter knyttet til det enkelte virkemiddelet, noe som tilsier bruk av flere strategier samtidig. Et eksempel er bruk av anbudskonkurranser (auksjoner) som vil stimulere til høy kostnadsbevissthet men som samtidig vil kunne svekke rekrutteringen og utøve et negativt press på kvaliteten.

Avsluttende kommentarer

Fra flere land rapporteres det at interessen fra gårdsbruk som ønsker å tilby grønne tjenester overstiger den faktiske etterspørselen etter de samme typer tjenester (4). Det observerte tilbudsoverskuddet antyder at de økonomiske rammebetingelsene vurderes som relativt gode av leverandørene selv (28). Tilbudsoverskuddet kan også være en konsekvens av mangelfull evidens som igjen vil begrense etterspørselen. Deler av litteraturen har mye fokus på at grønne tjenester og grønn omsorg vil medføre gevinster for leverandørene (landbruksnæringen) i form av økt lønnsomhet og høyere sysselsetting. En slik argumentasjon indikerer en sammenblanding av virkemiddelbruk og målsettinger. Attraktiviteten til grønn omsorg bør først og fremst vurderes på grunnlag av de eventuelle positive effektene tjenestene har for klientene relativt til de ressurser de samme tjenestene legger beslag på. Tatt i betraktning de ressursene som nå kanaliseres til grønn omsorg, er det viktig at man prioriterer forskning på dette området. I tillegg til effektstudier og kostnadseffektivitetsstudier, bør det også fokuseres på reguleringstyper og kontraktdesign.

En takk til Bente Berget, Eirik Romstad og Jan Abel Olsen for innspill på en tidligere versjon.

Litteratur

1. Haubenhofer DK, Elings M, Hassink J, Hines RE. The development of green care in western European countries. *Explore* 2010;6(2):106–11.
2. Hine R, Peacock J, Pretty J. Care farming in the UK: contexts, benefits and links with therapeutic communities. *Int J Ther Comm.* 2008;29(3):245–50.
3. Sempik JJ. Green care: a natural resource for therapeutic communities. *Int J Ther Comm.* 2008; 29(3): 221-27.
4. Hassink J, van Dijk M. *Proceedings of the Frontis workshop on farming for Health 16–19 March 2005*. Wageningen: Wageningen Universiteit, 2005.
5. *Inn på tunet: nasjonal strategi*. Oslo: Kommunal – og regiondepartementet og Landbruks- og matdepartementet, 2012. Fulltekst: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/LMD/Vedlegg/Brosjyrer_veiledere_rapporter/Nasjonal_strategi_Inn_paa_tunet.pdf (12.11. 2016)

6. Kruger KA, Serpell A. Animal-assisted interventions in mental health. I: Fine A. *Handbook on Animal-Assisted Therapy. Theoretical foundations and guidelines for practice*, 2. utg. San Diego, CA: Academic Press, 2006:21–38.
7. *Supporting policies for social farming in Europe: progressive multifunctionality in responsive rural areas*. Firenze: ARSIA, 2009. Fulltekst: <http://www.umb.no/statistik/greencare/sofarbookpart1.pdf> (lest 12.11.2016)
8. *Farming for Health*. <http://farmingforhealth.org/> (lest 12.11.2016)
9. Hagen H, Ruud T. Pasienter i psykisk helsevern for voksne 20. november 2003. Rapport 3/04. Trondheim: Sintef Helse, 2004.
10. Wiesinger G. Green care policies in Austria. I: Gallis CT. (red.) *Book of abstracts COST Action 866 conference: Green care in agriculture: health effects, economics and policies 20–22 June 2007*. Thessaloniki: University Studio Press, 2007. Fulltekst: http://www.soziale-landwirtschaft.de/petrarca_media/literatur/2007/braastad-gallis-sempik-senni-van%20elsen-vienna-2007.pdf (lest 12.11. 2016)
11. Rappe E. Green care in the framework of health promotion. I: Gallis CT. (red.) *Book of abstracts COST Action 866 conference: Green care in agriculture: health effects, economics and policies 20–22 June 2007*. Thessaloniki: University Studio Press, 2007.
12. Statistisk sentralbyrå. *Landbrukstillingen for 2010*. <https://www.ssb.no/jord-skog-jakt-og-fiskeri/landbrukstilling-2010> (lest 12.11.2016)
13. Prestvik AS, Nebell I, Pettersen I. *Aktør og markedsanalyse av Inn på tunet*. Ås: Norsk Institutt for Landbruksøkonomisk Forskning, 2013.
14. Hassink J, Hulsink W, Grin J. Farming with care: the evolution of care farming in the Netherlands. *NJAS Wageningen J Life Sci*. 2014;68:1–11.
15. Hassink J, van Dijk M. *Farming for health. Green-care farming across Europe and the United States of America*. Wageningen UR Frontis series 2006. Dordrecht: Springer, 2006.
16. Relf PD. Theoretical models for research and program development in agriculture and health care. I: Hassink, J, van Dijk M. *Farming for health. Green – care farming across Europe and the United States of America*. Wageningen UR Frontis series 2006. Dordrecht, Springer, 2006:1–20.
17. Frumkin H. White coats, green plants: clinical epidemiology meets horticulture. I: Ralf D, Kwack BH. *Proceedings of the XXVI international horticultural congress: expanding roles for horticulture in improving human well-being and life quality, Toronto, Canada, 11–17 August 2002*. Acta Horticulturae 2004: 639.
18. Mishan EJ. *Cost-Benefit Analysis*. London: George Allen & Unwin, 1971.
19. Drummond MF. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford: Oxford University Press, 2005.
20. Sloan F. *Valuing health care costs, benefits, and effectiveness of pharmaceuticals and other medical technologies*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.
21. Roest AE. Melkvee en zorg hand in hand in de provincie Zuid-Holland. B.Sc.-thesis. Wageningen: Hogeschool in Holland/Wageningen University, 2005.
22. Sørbrøden Ø, Lærum E. *Grønn omsorg i Vestfold. Tilrettelagt sysselsetting for mennesker med psykiske lidelser. Evaluering med vekt på langsiktige virkninger for brukerne. En oppfølging i 2003 av evalueringen gjort i 2000*. Tønsberg: Fylkesmannen i Vestfold, 2003.

23. Vadnal K, Kosmelj K. Social services as supplementary on-farm activity for mentally disabled people. I: Hassink J, van Dijk M. *Farming for health: Green-care farming across Europe and the United States of America*. Wageningen UR Frontis series 2006. Dordrecht: Springer, 2006.
24. Berget B, Grepperud S, Aasland OA, Braastad BO. Animal-assisted interventions and psychiatric disorders – knowledge and attitudes among general practitioners, psychiatrists and psychologists. *Society & Animals* 2013;21(3):284–90.
25. Berget B, Grepperud S. Animal-assisted interventions for psychiatric patients: beliefs in treatment effects among practitioners. *Eur J Int Med*. 2011;3(2):45–52.
26. Brousseau E, Glachant JM. *The Economics of Contracts: Theories and Applications*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.
27. Chalkey M, Malcomson JM. *Government purchasing of health services*. I: Culyer AJ, Newhouse JP. *Handbook of Health Economics*. Oxford: Elsevier 2000: 847-90.
28. Gezondheidsraad. Natur en gezondheid: invloed van natuur op sociaal, psychisch en lichamelijk welbevinden (Deel 1 van een tweelink: verkenning van de stand der wetenschap). Gezondheidsraad, Den Haag 2004. GR no. 2004/09. <http://www.gr.nl/pdf.php?ID=1018>] (in dutch). 2004.

Sverre Grepperud
Professor
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo
sverre.grepperud@medisin.uio.no