

Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015:

Faglig sluttrapport

Terje P. Hagen^{1*}

i samarbeid med Heidi Gautun², Anders Kvale Havik², David P. McArthur², Tron A. Moger², Bente Ø. Kjøs⁴, Maren Sogstad⁴, Laila Tingvold⁴, Trond Tjerbo^{1,2}, Tor Inge Romøren⁴ og Marijke Veenstra²

¹ Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

² NOVA, Høgskolen i Oslo og Akershus

³ Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR)

⁴ Senter for omsorgsforskning Øst, Høgskolen i Gjøvik

* Korresponderende forfatter: Terje P. Hagen, Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, Pb 1089 Blindern, NO-0030 Oslo. E-post: t.p.hagen@medisin.uio.no

Sluttrapport ble ferdigstilt 15. september 2015

Innledning

I St.meld. nr. 25 (2005–2006), også kalt Omsorgsplan 2015, løftet Regjeringen fram fire satsingsområder for å stimulere kommunene til å håndtere framtidige pleie- og omsorgsutfordringer: (1) nye årsverk (2), nye omsorgsplasser, (3) økt kompetanse og (4) styrking av demensomsorgen. Et av hovedvirkemidlene i Omsorgsplan 2015 (OM2015) var å sette de framtidige omsorgsutfordringene på dagsorden i kommunal planlegging og stimulere kommunene til å utvikle lokale omsorgsplaner som en del av det helhetlige kommune- og økonomiplanarbeidet. Gjennom prosjektet ”Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015” evalueres effektene av Omsorgsplan 2015. Målsettingen med evalueringen er gitt i oppdragsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet og Forskningsrådets invitasjon til prosjektsøknaden: ”å undersøke hvordan Omsorgsplanen har materialisert seg i ulike kommuner. Fokus skal settes på konkrete resultater som har kommet ut av Omsorgsplanen og dens fire hovedsaker: Nye årsverk, 12 000 nye omsorgsplasser, Demensplan 2015, Kompetanseløftet 2015”. Prosjektgruppa har særlig studert effektene av OM2015 på:

- Kommunale omsorgsplaner
- Kommunenes drifts- og investeringsnivå i pleie- og omsorgstjenestene
- Tjenestenes innhold, fordeling og kvalitet

Delprosjekt A hadde som mål å studere kommunal planlegging (1) ved å gi en landsdekkende oversikt over omfanget av eksisterende omsorgsplaner og omsorgsplaner som er under utarbeidelse, (2) ved å gi en analyse av innholdet i og kvaliteten av omsorgsplanene og (3) ved å forklare variasjoner i omsorgsplanene. Delprosjekt B hadde som mål å studere kommunenes tilpasning av drifts- og investeringsnivået innenfor omsorgstjenestene (1) ved en nærmere beskrivelse av drifts- og investeringsnivået i perioden fram til 2015, (2) ved en nærmere analyse av forklaringer på kommunenes tilpasning basert på tradisjonelle tilbuds- og etterspørselsvariabler, og (3) ved nærmere analyse effektene av virkemidlene i Omsorgsplan 2015. Delprosjekt C hadde som mål å studere variasjoner i (1) i tjenestenes innhold, herunder differensiering av tilbudet i sykehjemmene, og innretning og omfang av hjemmetjenestene, (2) tjenestenes fordeling, blant annet om det skjer endringer i tjenestemottakernes alder og de helseproblemer som prioriteres, og (3) kvaliteten i omsorgstjenestene.

Prosjektet har vært finansiert av Norges Forskningsråd (prosjektnummer 210504).

Denne sluttrapporten oppsummerer hovedresultatene fra evalueringen. En oversikt over rapportene fra prosjektet er gitt til slutt. Flere publikasjoner er under utarbeidelse.

Kommunale omsorgsplaner

Alt i alt 41 prosent av alle landets kommuner hadde utarbeidet en lokal delplan for pleie- og omsorgssektoren per 1. mars 2013. Tar vi også høyde for kommuner som har spesifisert de fire hovedsatsingene fra Omsorgsplan 2015 (OM2015) i planstrategi, samfunnsdel eller handlingsplan, er det cirka 55 prosent av kommunene som har satt de fremtidige omsorgsutfordringene på dagsorden i kommunal planlegging. Tilnærmet alle lokale omsorgsplaner er datert fra etter at OM2015 trådte i kraft i 2006, og de fleste gjelder fra 2011. Dette indikerer at OM2015 har stimulert utviklingen av lokale omsorgsplaner - noe som også klart går fram av intervjuene som er gjennomført. Det er betydelige fylkesvise variasjoner i hvorvidt kommunene har utarbeidet lokale delplaner for pleie- og omsorgssektoren. Hovedsatsingene fra OM2015 omtales i størst grad i kommunenes handlingsplaner. Disse revideres årlig og kan dermed lettere ivareta nyere satsinger. Fravær av omsorgsplaner er størst blant de minste kommunene. Forklaringene kan være relatert til både behov og tilgjengelige ressurser.

En nærmere analyse av kvaliteten i det kommunale planverket (lokal delplan, planstrategi, samfunnsdel og handlingsplan) ble gjort i 67 kommuner. Planverket ble vurdert etter fire indekser:

- (1) Status i kommunens pleie- og omsorgssektor;
- (2) Framtidige behov og etterspørsel i pleie- og omsorgstjenester;
- (3) Tilbud og kompetanse i demensomsorgen; og
- (4) Strategier for rekruttering og styrking av kompetanse innenfor pleie- og omsorgssektor.

Over halvparten av planene viser status for pleie- og omsorgstjenestene gjennom oversikter over for eksempel antall sykehjemsplasser, brukere av hjemmetjenester og annen brukerstatistikk, mens for eksempel strategier for rekruttering og kompetanseheving i pleie- og omsorgssektoren i liten grad blir omtalt. De minste kommunene har i noe mindre grad klart å plassere pleie- og omsorgsutfordringer og satsinger fra OM2015 på dagsorden i sine planverk enn større kommuner. Men små kommuner som har utarbeidet en lokal omsorgsplan, skårer høyere på kvalitet i det øvrige planverket sammenlignet med små kommuner uten en slik lokal plan.

Alle informantene fra de 23 kommunene som er intervjuet nærmere gir uttrykk for at en omsorgsplan er nyttig for kommunen de jobber i. Flere vektlegger betydningen av prosessen med å utarbeide omsorgsplanen. En viktig forutsetning for at omsorgsplaner

iverksettes i handlingsplaner sies å være at omsorgsplanen er realistisk og basert på kunnskap om status for og framskrivning av bemannings- og brukergruppens behov.

Utarbeidelse av lokale delplaner for pleie- og omsorgssektoren bidrar til at hovedsatsingsområder fra OM2015 i større grad blir del av det helhetlige planarbeidet i kommunene. Det bidrar også til at ansatte i ulike deler av kommuneadministrasjonen, tjenestene og politikere kommer sammen og utvikler en felles forståelse over hva som er utfordringer, prioriteringer og løsninger i kommunens pleie- og omsorgssektor. Dersom en plan skal fungere som et dokument som legger føringer for praktisk politikk, må den være forankret hos kommunepolitikere som fordeler ressurser og legger føringer for det totale tilbudet av pleie- og omsorgstjenester, blant annet hvordan tjenestene skal organiseres, fordeles og prioriteres. De forholdsvis store fylkesvise variasjonene i omfang av lokale delplaner kan spores tilbake til fylkesmennenes rolle og er i tråd med tidligere funn av store regionale variasjoner i status og organiseringen av for eksempel planforum og opplevelsen av fylkeskommunens veiledningsrolle.

Kommunenes drifts- og investeringsbeslutninger

En av ambisjonene med Omsorgsplan 2015 var at det skulle etableres 12 000 nye årsverk i omsorgstjenestene i perioden fra og med 2009 til og med 2015. Gjennom evalueringen har vi analysert dataene for perioden fra og med 2003 og til og med 2014.

De siste 20 årene har det vært om lag en dobling av antallet årsverk i omsorgstjenestene. Det har også vært en klar økning i antall årsverk i perioden etter at Omsorgsplan 2015 ble iverksatt. Tar vi utgangspunkt i målperioden som starter med 2009, er det fra 2008 (baseline) en økning i antall årsverk på 12 769 fra 121 209 årsverk (utgangen av 2008) til 133 978 (utgangen av 2014). Dette betyr at målet for Omsorgsplanperioden ble nådd alt i løpet av 2014. Målsettingen om 12 000 nye årsverk i Omsorgsplan 2015-perioden ble nådd selv om årsverksveksten i perioden var marginalt svakere enn tidstrenden.

Tilsvarende tall for årsverk med fagutdanning er 82 544 (2009) og 96 358 (2014). Veksten er sterkere for årsverk med fagutdanning enn for årsverk uten fagutdanning noe som er i tråd med målsettingene i OM2015. 72 prosent av årsverkene hadde i 2014 relevant fagutdanning når en legger disse tallene til grunn. Det er en økning fra 68 prosent i 2008 og 70 prosent i 2012.

Det er imidlertid betydelige variasjoner mellom kommunene i antall årsverk per innbygger. I gjennomsnitt har kommunene 34,4 årsverk i pleie- og omsorgstjenestene per 1000 innbyggere i 2014, varierende fra 12,9 til 94,8. Variasjonen mellom kommunene er

relativt stabil gjennom perioden (standardavvikene til gjennomsnittet var 10,8 i 2008 og 11,2 i 2014). Variasjonene er noe mindre for årsverk med relevant fagutdanning der gjennomsnittet er 24,6 årsverk per 1000 innbyggere, varierende mellom 9,5 og 74,9. Kommunene som har lavest andel med relevant fagutdanning er i hovedsak mindre distriktskommuner, for eksempel er 5 av de 6 kommunene som har lavere andel fagutdannede enn 55 prosent små kommuner i Nord-Norge. Det er imidlertid ikke systematiske sammenhenger mellom andel med relevant fagutdanning og kommunenes sentralitet i en tverrsnittsanalyse av 2014-data.

Analysen av endringer i årsverk i pleie- og omsorgstjenestene i planperioden viser at antall årsverk øker med andelen eldre i kommunene og gjennomsnittlig personlig inntektsnivå. Effekten av personlig inntekt kan gå via økte kommunale skatteinntekter. Kommunestørrelse påvirker ikke årsverk per innbygger. Også andelen yngre brukere av tjenestene bidrar til å øke antall årsverk.

Selv om effektene er små, er det tendenser til at antall årsverk i pleie og omsorgstjenestene tilpasses raskere til endringer i andelen eldre i kommunene etter at omsorgsplan er innført. For eksempel vil en 1 % økning i andelen innbyggere over 67 år gi 1-2 ekstra årsverk per 1000 innbyggere innen pleie og omsorgssektoren totalt i kommunen hvis omsorgsplan er utarbeidet sammenlignet med kommuner som ikke har utarbeidet omsorgsplan. Denne effekten må relateres til at det i snitt over alle kommuner var i overkant av 34 årsverk per 1000 innbyggere i pleie og omsorgstjenestene i planperioden.

Det viktigste virkemidlet for å oppnå målet om 12 000 nye heldøgns omsorgsplasser er investeringstilskuddet administrert av Husbanken på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunal- og regionaldepartementet.¹ I omsorgsplanperioden er det ved utgangen av 2014 gitt tilskudd til 10500 plasser, hvorav 4 719 er omsorgsboliger og 5781 er sykehjemsplasser. Det er en klar økning i antall tilskudd i 2014. Det ble da gitt tilskudd til 2463 enheter mot 1402 i 2013. Lineær projeksjon basert på data fra perioden 2007-2014 predikerer 11 221 plasser ved utgangen av 2015, med konfidensintervall 10 456-11 977. Dette betyr at målet om tilskudd til 12 000 plasser er innen rekkevidde. Dersom antall plasser det gis tilskudd til i 2015 blir tilsvarende som i 2014, vil målet bli nådd med klar

¹ Det har vært politisk strid om hvordan målet om 12000 omsorgsplasser skal fortolkes. Statsminister Jens Stoltenberg sa for eksempel følgende i Trontaledebatten 12. oktober 2009: «Regjeringen følger opp eldreforliket med Kristelig Folkeparti og Venstre om å styrke de eldres rettigheter gjennom lov og forskrift. Men tilbudet blir ikke bedre av lover og paragrafer alene. Derfor skal vi følge opp med bevilgninger til flere plasser og flere ansatte. Vårt mål er 12 000 flere sykehjemsplasser eller omsorgsboliger innen 2015.» I regjeringens dokumenter til Stortinget finner vi ikke igjen målsettingen om 12000 «flere» plasser, men derimot målsetting om å gi investeringstilskudd til 12 000 sykehjemsplasser og omsorgsboliger. I oppdragsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet til Norges Forskningsråd sies følgende om målet med evalueringen: «Fokus skal settes på konkrete resultater som har kommet ut av Omsorgsplanen og dens fire hovedsaker: Nye årsverk, 12 000 nye omsorgsplasser, Demensplan 2015, Kompetanseløftet 2015.»

margin. Det ble i 2014 gitt tilsagn til 149 kommuner mot 102 kommuner i 2013.

Kommuner som investerte lite (mye) under Opptrappingsplanen for eldreomsorgen investerer mye (lite) under Omsorgsplan 2015. Utover dette fordeler tildelingen av tilskudd i Omsorgsplanperioden seg jevnt mellom kommunene, dvs. at ingen av de variablene som er inkludert i vår forklaringsmodell har særlig sterke effekter. Dette er variabler som beskriver demografi og strukturelle forhold.

På tross av store investeringer i plasser til omsorgsformål, har det så langt ikke skjedd vesentlige endringer i tilbudet. Både antall beboere og antall plasser i sykehjem har endret seg lite de siste fire årene. Dette skyldes at mye av tilskuddene gjennom Omsorgsplan 2015 går til ombygginger. Ikke reviderte tall fra Husbanken indikerer imidlertid at netto tilvekst kan øke de nærmeste årene.

I søknadene til Husbanken er kommunene bedt om å redegjøre for hvilke grupper tilbudet skal innrettes mot. Svarene avdekker primært kommunenes forventninger og innebærer ikke at plasser ikke kan brukes av andre enn de som plassene initialt er planlagt for. Fordelingen etter alder viser at 23 prosent av plassene er tiltenkt gruppen 25 år og lavere, 26 prosent er tiltenkt gruppen 25-67 år og 51 prosent er tiltenkt gruppen over 67 år. Basert på sykdomsgrupper er 32 prosent av plassene tiltenkt PU-klienter, 14 prosent pasienter med annen funksjonshemming, 20 prosent demente, 7 prosent pasienter med psykiske lidelser og 2 prosent pasienter med rus og avhengighetsproblem. Resten er tiltenkt pasienter med somatiske lidelser i all hovedsak eldre pasienter som ikke faller inn under de andre gruppene. Selv om de eldre er den største gruppen, ser vi altså at en relativ stor andel av plassene er planlagt for yngre funksjonshemmede.

Tjenestenes innhold, fordeling og kvalitet

I de senere årene har det foregått en differensiering i bruken av sykehjemstilbudet i norske kommuner. Det samme kan sies om hjemmetjenestene. Nye tilbud har fått plass, og nye brukergrupper mottar tjenester. Noen av disse endringene er knyttet til Omsorgsplan 2015, spesielt tilbud innen demensomsorgen. Andre endringer følger av andre statlige stimulerings tiltak (for eksempel palliativ omsorg), statlige handlingsplaner (psykiatri, rus), eller ny lovgivning (Øyeblikkelig hjelp-tilbud/Samhandlingsreformen).

I sum og over tid endrer slike prosesser omsorgstjenestenes innhold. Utviklingen kommer bare i begrenset grad fram i gjeldende statistikk- og rapporteringssystemer. Gjennom en spørreundersøkelse til 76 kommuner («omsorgskommuneutvalget») og gjennom kvalitative intervjuer har det derimot vært mulig å kartlegge endringer i sykehjemmenes og

hjemmetjenestenes innhold, beskrive når de har inntrådt, og analysere årsakene, herunder effekter av både Omsorgsplan 2015 og andre statlige og lokale initiativ.

I Omsorgsplanperioden har kommunene i «omsorgskommuneutvalget» bygget plasser i omsorgsboliger fremfor i sykehjem. Omsorgsboliger hevdes å være et alternativ som passer godt for personer i ulike alders- og brukergrupper. Her ble spesielt yngre brukere nevnt. Personer med psykisk utviklingshemming, unge funksjonshemmede og multifunksjonshemmede brukere samt yngre personer med sammensatte lidelser ble nevnt som viktige brukergrupper i omsorgsboliger. I flere kommuner ble det også påpekt at økonomiske avveininger er en viktig årsak til å satse på bygging av omsorgsboliger. Det ble hevdet at det er rimeligere å drifte omsorgsboliger med hjemmetjenesten enn å drifte sykehjemsplasser med heldøgnsbemanning. I «omsorgskommuneutvalget» er det de største kommunene som har mest konkrete planer (vedtatt plan, søkt tilskudd) for å bygge sykehjemsplasser og omsorgsboliger de neste fem årene.

Også sykehjemmene har delvis blitt et tilbud til yngre grupper av ulike kategorier: Mennesker som mottar palliativ omsorg, som har psykiske lidelser, alvorlige nevrologiske lidelser, er rusmisbrukere, eller har andre kroniske eller akutte helseproblemer. Vi kan i dag på grunn av manglende data ikke si hvor stor del av sykehjemskapasiteten som brukes til slike formål. Sykehjemmenes nye funksjoner får konsekvenser for fordeling mellom aldersgrupper og antallet sykehjemsplasser (eller omsorgsboliger) er ikke lenger et godt mål på hvor mye institusjonskapasitet kommunene har til rådighet for å dekke eldres behov for denne typen omsorg. Differensierings- og spesialiseringsprosessene skjer også i hjemmetjenestene. Rehabilitering, palliativ omsorg, differensiert demensomsorg og hjemmetjenester til nye grupper – med psykiske lidelser, rusproblemer, nevrologiske lidelser og andre helsemessige og sosiale problemer - er blitt en del av hjemmetjenestens hverdag i alle kommunene i dette utvalget. Gjennom økningen av yngre brukergrupper i hjemmetjenesten har denne utviklingen indirekte vært kjent i snart ti år. Det er imidlertid variasjon i hvordan differensierings- og spesialiseringsprosesser i institusjoner og hjemmetjenester skjer i kommuner av ulike størrelse. Bildet er entydig: Tjenestene i større kommuner får mer og mer preg av spesialisering. Tjenestene i de mindre kommunene kan inneholde spesialiserte tilbud når det trengs, men da som regel innenfor rammen av en generalisttilnærming.

Dette har sammenheng med at spesialisering krever volum. Omsorgstjenestene er i denne henseende bundet av et sentralt premiss: bosettingsmønsteret i landet. Det er ikke mulig å utvikle en permanent spesialisering i omsorgstjenesten når bosettingen i en kommune-enhet er spredt og befolkningen liten.

Informantene i den kvalitative undersøkelsen mener at beboere i sykehjem er mer pleietrengende enn tidligere, og at arbeidet i hjemmetjenesten er mer krevende. En betydelig andel mottagere av hjemmetjenester har store pleiebehov, og dette stiller tilsvarende store krav til tjenesteyters kompetanse. En annen utfordring er at omsorgstjenesten har brukere i alle aldersgrupper og med mange ulike diagnoser og årsaker til hjelpebehov. Dette fordrer at tjenesteytere må ha stor innsikt og kunnskap på mange fagfelt. Dette stiller store krav til kommuner med tanke på kompetanseoppbygging for sine ansatte i omsorgstjenesten.

Innenfor temaet sosiale og kulturelle tilbud kan vi konkludere med at de fleste sykehjemmene har tradisjonelle aktivitetstilbud som høytlesing, sang, musikk og gudstjeneste. Omkring halvparten av kommunene tilbyr en eller annen form for aktivitet fem dager i uka. Resultatene viser at kommunene tilbyr beboerne relativt få aktivitetstilbud, men at volumet av aktivitetstilbud varierer mellom sykehjem.

I «omsorgskommuneutvalget» oppgir en stor andel av kommunene (62 av 76) at de gjennomfører brukerundersøkelser. Det er små forskjeller mellom sykehjem og hjemmetjenester. Av kommunene som gjennomfører brukerundersøkelser benytter 53 kommuner det nasjonale skjemaet, ni kommuner har utviklet skjemaet selv og én kommune har utviklet skjema i samarbeid med andre kommuner. Det var imidlertid bare halvparten av kommunene som oppgav at resultatene fra brukerundersøkelsene i stor grad ble brukt til å videreutvikle praksis. Kommunene prioriterte kvalitetstiltak innenfor områder hvor det er nasjonale krav og føringer, slik som tvang (pasient- og brukerrettighetsloven, kap. 4A) og legemidler (forskrift, veiledere og læringsnettverk). Forskningsartikler ble i liten grad brukt til å videreutvikle praksis.

I de kvalitative intervjuene kom det tydelig frem at kommunene er i en fase der de tenker nytt om hvordan de organiserer og innretter tjenestene sine. Noen ønsker, og ser seg nødt til, å samarbeide mer med andre nærliggende kommuner for å sikre seg riktig kompetanse og behandlingstilbud for tjenestemottakere. Dette handler også om økonomi til å håndtere stadig flere oppgaver og økende etterspørsel etter tjenester fra brukere i alle aldre og diagnosegrupper. Det handler også om å bygge tilstrekkelig og høyere kompetanse for å kunne betjene forespørsler og personer med behov for mer avansert pleie og stell enn det kommunene tidligere har vært vant til.

Anbefalinger

Forskergruppen har følgende anbefalinger:

- Det bør utarbeides en kort og konsis veileder for planlegging av pleie- og omsorgstjenester i kommunene for å redusere de store fylkesvise variasjonene i planenes kvalitet og innhold.
- Siden etablering av lokale omsorgsplaner gjør at kommunene bedre tilpasser tjenestetilbudet til endringer i demografi, bør fylkesmennene pålegges å stimulere kommunene til å etablere slike planer.
- Det bør etableres samarbeidsfora for kommunal planlegging der erfaringene med planarbeidet deles.
- En bør gjennomføre flere analyser av hvorvidt planene gir kommunene drivkraft til å gjennomføre planlagte endringer i pleie- og omsorgssektoren.
- Tilskuddssatsene for investeringer i omsorgsboliger og sykehjem har fra 2014 gitt tilstrekkelige insentiver til å nå målsettingen i OM 2015. Dersom en ønsker tilsvarende vekst i tilbudet av omsorgsplasser og institusjoner i årene framover, bør satsene beholdes på 2015-nivå.
- Mange kommuner bygger omsorgsboliger fremfor sykehjemsplasser av økonomiske årsaker og fordi omsorgsboliger passer for mange grupper brukere. En bør harmonisere finansieringsordningene for ulike tilbud slik at investeringene ikke bestemmes av ulik grad av statlig finansiering og variasjoner i brukerbetalingen mellom ulike tilbud.
- En bør følge nøye med på hvordan omsorgstilbudene utvikler seg og hvordan tilbudene ivaretar de eldste eldre i en situasjon der yngre brukergrupper øker og opptar en betydelig del av tjenestetilbudet.

Publikasjoner

- Hagen, T.P., D.P. McArthur og T. Tjerbo. 2013. Midtveiseevaluering av Omsorgsplan 2015: Effekter for pleieårsverk og plasser i boliger og institusjoner. HERO Working paper 2013: 7. Oslo: Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.
- Hagen, Terje P., David Philip McArthur, Tron Moger og Trond Tjerbo. 2015. Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015: Kommunenes drifts- og investeringsbeslutninger.
- McArthur, D. P., T. Tjerbo and T. P. Hagen. 2013. The role of young users in determining long term care expenditure in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*. 41: 486–491.
- Tingvold, L. og T. I. Romøren. 2015. Tjenestens innhold og fordeling. Evaluering av omsorgsplan 2015. Gjøvik: Senter for omsorgsforskning Øst, Høgskolen i Gjøvik.
- Veenstra, M. A. K Havig og H. Gautun. 2015. Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015: Kommunal planlegging. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, NOVA Rapport 4/2015.
- Kjøs, B. Ø., & Havig, A. K. (2015). An examination of quality of care in Norwegian nursing homes - a change to more activities? *Scand J Caring Sci*. doi:10.1111/scs.12249

Foreløpig upubliserte manuskripter

- McArthur, D.P., T. Tjerbo and T. P. Hagen. When needs are equal, does the supply of long term care differ between young and old users? Manuscript.
- David McArthur, Trond Tjerbo, Terje P. Hagen. Equity in the use of long-term care services: A Norwegian paradox. Manuscript.

- Moger, Tron A., M. Veenstra og Terje P. Hagen. Do introducing elderly care plans in municipalities mean quicker adaptation to changes in the elderly population in terms of man-years in long-term care? An analysis of register data in Norway 2009-2013. Manuscript.
- Kjøs, B.Ø., Sogstad, M. R. Kvalitetsarbeid i pleie- og omsorgstjenesten. Manuskript.
- Kjøs, B.Ø., Sogstad, M. R. Implementing national quality policy in Norwegian long-term care. Manuscript.
- Tingvold, L: Hvordan utvikler de kommunale omsorgstjenestene seg? Differensiering og spesialisering av tilbud i ulike kommunale kontekster. Manuskript.