

## Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens i norske kommuner

### Innledning

Dette notatet er en foreløpig gjennomgang av en del av resultatene fra en nasjonal undersøkelse om tilbudet til personer med demens i norske kommuner. En fullstendig rapport vil foreligge senere høsten 2005. Undersøkelsen er gjennomført i et samarbeid mellom Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. Datainnsamlingen er foretatt i samarbeid med landets fylkesmannskontorer. Datainnsamlingen foregikk i perioden november 2004 til juni 2005. Målet har vært å skaffe en oversikt over situasjonen slik den var i norske kommuner ved årsskiftet 2004-2005. Data vil kunne gi en oversikt over hva den omfattende satsingen på norsk eldreomsorg som fulgte St meld nr 50 (1996-97) *Handlingsplan for eldreomsorgen*, ga av resultater for personer med demens. Førte satsingen til et bedre tilbud for denne gruppen i form av flere tilrettelagte tilbud?

Notatet tar for seg en del av hovedtrekkene og sammenligner resultatene med to tidligere undersøkelser foretatt av Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens ved årsskiftet 2000-2001 og av Landsdekkende informasjonsbank om aldersdemens, INFO-banken, ved årsskiftet 1996-1997. Faglig ansvarlige for undersøkelsen har i alle tre tilfeller vært Arnfinn Eek og Aase-Marit Nygård, som også er ansvarlige for denne rapporten.

### Metode

Datainnsamlingen er utført som en spørreskjemaundersøkelse, hvor kommunene selv har besvart skjemaet. Skjemaet ble sendt ut fra landets fylkesmannsembeter med et følgebrev fra Sosial- og helsedirektoratet. Kommunene sendte sine svar tilbake til fylkesmannskontorene som hadde ansvar for å følge opp at skjemaene ble returnert, purre kommuner som ikke overholdt frist for levering og kontrollere at skjemaene var fullstendig utfylt. Kommuner som hadde gitt mangelfull informasjon ble i første omgang kontaktet fra fylkesmannens helseavdeling for å få fullstendige opplysninger. Skjemaene ble deretter sendt Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens som foretok en ny kvalitetssikring og i en rekke tilfeller ble det innhentet ytterligere tilleggsopplysninger der skjema var mangelfullt utfylt. Leveringsfristen ble overholdt av de fleste kommunene, men i noen tilfeller viste det seg tidkrevende å få tilbake skjema. De siste skjema ble levert i juni 2005, men i kontakt med kommunene ble det lagt vekt på at det var situasjonen ved årsskifte man ønsket å kartlegge. Vi ønsket å få en oversikt over bemanning i de ulike boenhetene. Ved tidligere undersøkelser har det vist seg vanskelig å få pålitelige data ved å be om opplysninger om pleiefaktor ved de ulike enhetene. Det vi så som viktig i denne sammenheng var å få et realistisk bilde av hvor mange personer det var på vakt i enhetene til enhver tid. Vi valgte derfor å spørre om hvor mange som var på vakt formiddag og ettermiddag fra mandag til fredag og formiddag og ettermiddag lørdag og søndag. På bakgrunn av dette har vi så beregnet gjennomsnittstallene for bemanning og fremstilt dette som antall beboere per ansatt på vakt.

Skjemaene er skannet maskinelt og tilleggsopplysninger er bearbeidet manuelt. Dette er foretatt av Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens som også er ansvarlig for den statistiske bearbeidelsen av data.

Ved de to foregående undersøkelsene som inngår som grunnlag for beskrivelse av utviklingen, ble også data samlet inn ved hjelp av spørreskjema. Her ble datainnsamlingen foretatt direkte fra henholdsvis INFO-banken og Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. I alle tre undersøkelsene har vi samlet inn data fra samtlige norske kommuner.

### **Om datamaterialet**

Materialet som presenteres her består av data fra alle landets 434 kommuner. For Oslo er det data fra byens 15 bydeler som hver har fylt ut eget skjema. Til sammen bygger opplysningene om tilrettelagte botilbud i 2004-2005 på i alt 970 skjermede enheter, 158 bokollektiv i omsorgsboliger, 19 bokollektiv i aldershjem og 13 uhjemlede bokollektiv som heller ikke var definert som omsorgsboliger. Opplysningene om antall sykehjemsplasser, 38 118, fremkommer etter opplysninger fra respektive kommuner. Tallene er sammenliknet med Statistisk sentralbyrås tall fra 2004 der summen sykehjemsplasser er oppgitt til 38 215. Opplysningene er gitt av personer sentralt plassert i administrasjonen for kommunenes pleie- og omsorgsetater. I mindre kommuner er det som oftest pleie- og omsorgssjef som selv gir opplysningene, i større kommuner er det ofte personer i rådgiverstillinger eller fagsykepleiere med spesielt ansvar for omsorgen for personer med demens. Når spørsmålene dreier seg om samarbeid med spesialisthelsetjenesten er det derfor en viss fare for at de som har gitt opplysningen er personell som selv ikke er ansvarlig for henvisning til og kontakt med tjenesten og at opplysningen dermed ikke er representative for legenes erfaringer. Befolkningstallene er hentet fra Statistisk sentralbyrå, 2005-tallene fra Statistikkbanken og tallene fra 2001 og 1997 er bestilt direkte fra SSB. Opplysninger om antall personer med demens bygger på en beregning basert på en inndeling av befolkningen i 5-års grupper 65 år og over. Grunnlaget for beregningen er hentet fra Rotterdamstudien (Ott et al. 1995)<sup>1</sup>.

### **Spesielt tilrettelagte botilbud for personer med demens**

Siden begynnelsen av 1980-tallet har det vært en utvikling i retning av å bygge små tilrettelagte botilbud for personer med demens. Det er i dag stor enighet i fagmiljøet om at små og oversiktlige boenheter med stabilt personell er den mest hensiktsmessige boformen for denne pasientgruppen. Hvorvidt dette er et tilbud som skal bygges opp innen rammen av somatiske sykehjem eller ha en annen organisering har vært gjenstand for diskusjon. Det blir fra fagmiljøet pekt på at denne pasientgruppen er i behov av et kvalifisert helsetjenestetilbud med nødvendig legetilsyn og kvalifisert sykepleie. Det er viktig for kvaliteten at tilbudet gis i en ramme som sikrer kontinuitet i oppfølgingen. Hvilke løsninger som er valgt i den enkelte kommune er ofte en avveining mellom faglige og økonomiske hensyn. I dagens situasjon finnes fire former for organisering av tilrettelagte botilbud; skjermet enhet for personer med demens organisert i eller som frittstående sykehjem, bokollektiv i omsorgsbolig, bokollektiv i aldershjem eller som frittstående, ikke lovhjemlet, bokollektiv som heller ikke er definert som omsorgsbolig. Sistnevnte gruppe er ofte en løsning som er valgt av praktiske årsaker der kommunene har disponert boligareal som har vært mulig å benytte som et bokollektiv for en

---

<sup>1</sup> Ott A, et al. Prevalence of Alzheimers disease and vascular dementia: associated with education. The Rotterdam study. British Medical Journal 1995; 310:970-973.

gruppe eldre med demens. I det følgende vil en derfor se på utviklingen av alle disse boformene.

#### *Samlet tilrettelagte botilbud for personer med demens*

Andelen kommuner som har et tilrettelagt tilbud for personer med demens, har vært økende fra første undersøkelse. I dag har om lag 90 prosent av landets kommuner et tilrettelagt tilbud for denne pasientgruppen mot 72 prosent i 1996-1997. Blant de kommunene som i dag ikke har tilrettelagte tilbud er mange av landets minste kommuner i folketall. 13 av de 43 kommunene har under 1000 innbyggere, men 11 har over 2000 innbyggere og fire av disse over 3000.

Antall plasser i tilrettelagte botilbud har økt med 74 prosent til nærmere 9 300 (tabell 1). I samme periode har antall personer med demens, ut fra internasjonale forekomsttall, økt med over 11 prosent og beregnes i dag til ca 66 000 personer i Norge. Dekningsgraden av tilrettelagte botilbud sett i forhold til personer med demens, har dermed økt fra ca 9 til 14 prosent.

**Tabell 1. Tilrettelagte plasser for personer med demens samlet**

	<b>1996/1997</b>	<b>2000/2001</b>	<b>2004/2005</b>
Plasser skjermet enhet	4 478	5 977	7 724
Plasser bokollektiv omsorgsbolig	247	789	1 268
Plasser bokollektiv aldershjem	609	728	218
Plasser bokollektiv (andre)			86
Antall plasser samlet	5 334	7 494	9 296
Dekningsgrad 80 år +	2,96 %	3,81 %	4,39 %
Dekningsgrad personer med demens	8,95 %	11,84 %	14,00 %

#### *Skjermet enhet for personer med demens*

Undersøkelser viser at mellom 75 og 80 prosent av beboerne i norske sykehjem har en demenslidelse. De fleste av disse vil ha en bedre tilværelse dersom de gis et bo- og behandlingstilbud i en liten og oversiktlig enhet med stabilt personell. I dag har om lag 85 prosent av norske kommuner etablert skjermet enhet i sykehjem (tabell 2). Andelen kommuner med slikt tilbud har økt fra 1996-1997 til i dag med nærmere 15 prosentpoeng.

Andelen av sykehjems plassene som i dag er tilrettelagt for personer med demens er om lag 20 prosent. Dette representerer en økning på sju prosentpoeng fra 1996-1997. Antall plasser er i dag 7724 mot 4478 i 1996-1997.

Legger man til grunn, slik man har funnet i en del undersøkelser, at mellom 70 og 80 prosent av beboerne i norske sykehjem har en demenssykdom, betyr det at bare noe over en firedel av disse har et tilrettelagt bo- og behandlingstilbud.

**Tabell 2. Skjermede enheter (SE) for personer med demens**

	1996/1997	2000/2001	2004/2005
Andel kommuner med SE	70,1 %	80,0 %	84,8 %
SE/plasser i sykehjem	13,3 %	16,4 %	20,3 %
Antall plasser i SE	4 478	5 977	7 724
Andel av 80 år +	2,5 %	3,0 %	3,6 %
SE tilbud/personer med demens	7,5 %	9,4 %	11,6 %
Sykehjemsplasser	33 764	36 554	38 118
Befolkning 80 år +*)	180 322	196 901	211 741
Forekomst av demens*)	59 597	63 296	66 406
Dekningsgrad sykehjem 80 år +	18,7 %	18,6 %	18,0 %

\*) Se under avsnittet *Om datamaterialet* s. 2.

I den samme perioden har det vært en økning i antall eldre i befolkningen og dermed antall personer med demens (tabell 2). Ser en på antall plasser i skjermet enhet i forhold til antall personer over 80 år, er denne andelen i dag 3,6 prosent mot 2,5 prosent i 1996-1997.

Hvis en ser på plasser i skjermet enhet i forhold til et beregnet antall personer med demens, her legges internasjonale forekomsttall til grunn (Ott et al 1995), vil 11,6 prosent ha et tilbud i skjermet enhet mot 7,5 prosent i 1996-1997. Dette betyr at en noe større andel av personer med demens får et tilrettelagt tilbud i dag enn for åtte år siden.

For de i alt 970 enhetene som inngår i materialet er gjennomsnittlig størrelse i underkant av åtte plasser.

Bemanningen i skjermet enhet har ikke endret seg vesentlig siden undersøkelsene i 1996-1997 og 2000-2001. Undersøkelsen gir bare svar på antall personal, ikke utdanningsbakgrunn. Det er spurt om hvor mange personer som er på vakt formiddag og ettermiddag hverdager (mandag-fredag) og i helger. Tallene varierer en del, men gjennomsnittet tilsvarer tre beboere per ansatt på vakt på formiddager hverdager og ca fire beboere per ansatt på vakt kvelder og helger.

En del kommuner (34) har valgt å organisere noen plasser i såkalt forsterket skjermet enhet for å kunne ta seg av pasienter med stor grad av uro. Disse enhetene er regnet inn i antall skjermede enheter omtalt over. Ser en nærmere på disse er antall plasser i gjennomsnitt lavere og bemanningen høyere. Bemanning på dagtid hverdager tilsvarer to pasienter per ansatt på vakt. Kvelder og helger er bemanningen 2,5 pasienter per ansatt.

#### *Tilrettelagte botilbud for personer med demens i bokollektiv*

Antall tilrettelagte plasser for personer med demens i bokollektiv i omsorgsbolig har som tabell 3 viser, vært økende, mens plasser i andre type bokollektiv har gått tilbake. Eventuelle ulemper med organisering av tilbudet som bokollektiv bl.a. i forhold til legetilsyn og retts-sikkerhet, vil drøftes nærmere i den endelige rapporten.

**Tabell 3. Tilrettelagte plasser for personer med demens i bokollektiv**

	<b>1996/1997</b>	<b>2000/2001</b>	<b>2004/2005</b>
Plasser i bokollektiv omsorgsbolig	247	789	1268
Plasser i bokollektiv aldershjem	609	728	218
Plasser i bokollektiv (andre)			86

Ser en på bemanningen i bokollektivene er denne i gjennomsnitt noe lavere enn i skjermet enhet. De aller fleste bokollektivene i omsorgsboliger har fast personale (ca 85 prosent). Bokollektiv organisert i eller som aldershjem har også fast personale, mens de øvrige bokollektivene har valgt forskjellige løsninger. I den fullstendige rapporten fra undersøkelsen vil en se mer i detalj på bemanningen i de ulike boformene.

Vi har i Norge i dag ingen samlet oversikt over hvor stor andel av personer med demens som bor i institusjon. Ut fra de undersøkelser som foreligger er det vanlig i fagmiljøet å regne at nærmere 50 prosent har et institusjonstilbud iberegnet bokollektiv i omsorgsboliger. Det betyr at over 30 000 personer med demens er i institusjon i dag og at bare mellom en tredel og en firedel av disse har et tilrettelagt tilbud.

### **Spesielt tilrettelagte dagtilbud for personer med demens**

Vi vet fra nasjonale og internasjonale undersøkelser at spesielt tilrettelagte dagtilbud både er et godt tilbud for personer med demens og ikke minst gir nødvendig avlastning for pårørende. I undersøkelsen spørres etter spesielt tilrettelagte dagsenter eller dagsenterplasser. En del kommuner har ikke noe eget dagsenter, men tar dagpasienter for eksempel i skjermet enhet. Disse kan ha et tilbud for bare en person (16 kommuner) eller de har kapasitet til to personer (12 kommuner). Tallene for samlet antall personer som får slikt tilbud, er noe usikkert. Dette skyldes i hovedsak problemer med å rapportere samlet fra de store byene. Tar en utgangspunkt i at ca 50 prosent av personer med demens bor utenfor institusjon, ser en at under fire prosent har et tilrettelagt dagtilbud. Andelen som får tilbud har gått noe tilbake fra 2000-2001.

**Tabell 4. Tilrettelagte plasser i dagsenter for personer med demens samlet**

	<b>1996/1997</b>	<b>2000/2001</b>	<b>2004/2005</b>
Andel kommuner med dagtilbud	18,2 %	23,0 %	24,0 %
Antall kommuner med dagtilbud	79	100	104
Antall brukere totalt*)	671	1377	1540
Hjemmeboende personer med demens**)	29 799	31 648	33 203
Dekningsgrad	2,3 %	4,4 %	3,9 %

\*) Disse tallene er beheftet med noe usikkerhet spesielt er rapporteringen fra de store byene usikker. \*\*) Hjemmeboende personer med demens beregnet til 50 prosent av totalforekomsten.

En vet fra kontakt med kommunene at det oppleves som vanskelig å argumentere for å opprettholde spesielt tilrettelagte tilbud i dagsenter for denne gruppen. I økonomisk vanskelige tider er dette, som et ikke lovpålagt tilbud, utsatt for nedleggelse. Ut fra den effekt

et dagtilbud for en person med demens kan ha både ved å utsette innleggelse i institusjon og ved å avlaste pårørende, er det beklagelig at ikke flere gis dette tilbudet. I den endelige rapporten skal vi se nærmere på flere detaljer ved organisering og drift av dagsenter.

### **Utredning og diagnostikk**

Vi vet fra en rekke undersøkelser at langt fra alle personer med demens er utredet og diagnostisert til tross for at de får et tilbud innenfor det kommunale hjelpeapparatet og at lovverket slår fast retten til utredning og diagnostikk. I Norge har vi, i motsetning til en rekke andre land, valgt å legge ansvaret for diagnostikk og utredning av denne pasientgruppen primært på fastlegene og det kommunale helseapparatet. For at dette skal fungere er det nødvendig at både fastleger og andre ansatte med ansvar for behandling og omsorg for denne pasientgruppen, tar ansvaret på alvor. En del kommuner har valgt å sette dette i system ved å opprette egne demensteam med spesielt ansvar for diagnostikk og utredning av personer med mistanke om mental svikt og demens. I undersøkelsen ble det derfor spurt spesielt om kommunen hadde opprettet demensteam og om dette eventuelt var en del av en interkommunal ordning. Det ble også spurt om det ble gjort systematisk utredning av eldre med mistanke om mental svikt eller demens. Det ble også spurt om kommunen hadde egen fagperson med ansvar for diagnostikk og utredning. Det er rimelig å anta at dette spørsmålet kan overlape en del med spørsmålet om demensteam.

I alt 99 kommuner opplyser å ha et eget demensteam. I sju tilfeller er dette en interkommunal ordning. I alt 115 kommuner opplyser at de har en egen fagperson med ansvar for diagnostikk, i 63 tilfeller overlapper dette med kommuner som har demensteam, mens 52 kommuner som ikke har slikt team opplyser at de har en fagperson med ansvar med slike oppgaver. Antall kommuner som enten har demensteam eller en fagperson med ansvar for diagnostikk og utredning er dermed 151 eller 35 prosent.

I den norske modellen for diagnostikk og utredning er det innebygget et samarbeid mellom primærhelsetjenesten i kommunene og spesialisthelsetjenesten drevet av de statlige helseforetakene. Når man lokalt ikke har nødvendig kompetanse eller ressurser til å gjennomføre en utredning henvises pasienten til spesialisthelsetjenesten. Dette kan dreie seg om mental svikt og demens, spesielt i tidlig fase av en sykdomsutvikling, eller det kan dreie seg om pasienter med betydelige atferdsmessige og psykologiske tilleggspolproblemer. En annen gruppe som rutinemessig bør henvises videre, er yngre personer (< 65 år) med mistanke om demens. Vi vet fra tidlige undersøkelser og fra kontakt med kommunene, at geografisk avstand til et utbygget tilbud ofte kan være en barriere i forhold til denne pasientgrupper.

### **Tilbud fra spesialisthelsetjenesten**

I undersøkelsen spør vi om kommunenes vurdering av spesialisthelsetjenestens tilbud på området diagnostikk og utredning. Er det nødvendig hjelp å få når det kommunale helseapparatet henvender seg til spesialisthelsetjenesten for hjelp? Det er tre svaralternativer på dette spørsmålet; *er tilbudet tilstrekkelig*, *oppleves det mangelfullt i forhold til kapasitet*, eller *oppleves tilbudet som ikke eksisterende*. I alt 44 prosent av kommunene vurderer spesialisthelsetjenestens tilbud på dette område som tilstrekkelig, 46 prosent opplever det som mangelfullt kapasitetsmessig med for eksempel for lang ventetid, mens 32 kommuner (sju prosent) opplever dette tilbudet som ikke eksisterende (tabell 5). Sammenlikner vi disse svarene med situasjonen i 1996-1997 er det en klar forbedring, da var de tilsvarende resultatene henholdsvis, 34, 32 og 27 prosent. Tilbudet fra spesialisthelsetjenesten oppleves å fungere bedre, men

det er fortsatt over halvparten av kommunene som opplever at det er for liten kapasitet eller at tilbudet i praksis er fraværende ved at det enten er geografisk for langt borte eller er mangelfullt utbygget. Ser en nærmere på hvilke kommuner som svarer at de mangler tilbud, er 12 av de 32 kommunene beliggende i Sogn og Fjordane, et fylke med store avstander og mangelfullt utbygget spesialisthelsetjeneste på dette område. En del av de øvrige kommunene er kommuner med lang avstand til etablert spesialisthelsetjeneste på dette feltet. Men i gruppen finnes også større sentralt beliggende kommuner på Østlandet. Det er rimelig å tenke at det her er kapasitetssvikt heller enn geografisk avstand, som er årsaken. Løsningene må på den ene siden være en videre utbygging av spesialisthelsetjenestens tilbud, men for en rekke kommuner i distriktene vil løsningen måtte finnes i større interkommunalt samarbeid om godt kvalifiserte demensteam som kan påta seg ansvar med utredning og diagnostikk.

**Tabell 5. Vurdering av tilbudet fra spesialisthelsetjenesten om utredning og diagnostikk av mental svikt og demens**

	<b>Kommuner</b>	<b>Andel</b>
Tilbudet er tilstrekkelig	192	44,2 %
Mangelfullt kapasitetsmessig	201	46,3 %
Mangler slikt tilbud	32	7,4 %
Ubesvart	9	2,1 %
	434	100,0 %

Situasjonen er enda mer bekymringsfull når det gjelder utredning, diagnostikk og behandling av psykiatriske tilleggs lidelser hos personer med demens (tabell 6). Bare 16 prosent av kommunene opplyser at de har et tilfredsstillende tilbud fra spesialisthelsetjenesten på dette området og hele 28 prosent opplever at dette tilbudet i praksis mangler. Blant kommuner som opplyser at de mangler tilbud på dette området, er det vanskelig å finne noe mønster. Alle fylker er representert. Det samme er alle kommunestørrelser, fra under 500 innbyggere til over 100 000. Det er umulig å si om dette skyldes mangel på informasjon om eksisterende tilbud eller en faktisk svikt i kapasitet innen tilbudet. Per i dag har 17 av landets 19 fylker etablert alderspsykiatrisk tilbud. Fortsatt er det ikke bygget ut et slikt tilbud i Sogn og Fjordane og Finnmark. Blant kommunene som opplyser å savne tilbud, finner en både mindre folkerike og avsidesliggende kommuner og sentralt beliggende kommuner med kort veg til spesialisthelsetilbudet innen alderspsykiatri.

Når bare 68 av landets kommuner (15,7 prosent) er tilfredse med tilbudet, må dette være et klart signal til ytterligere satsing på utvikling av det alderspsykiatriske tilbudet i spesialisthelsetjenesten, og på en sterk satsing på kommunal kompetanseheving på feltet. Økt kommunal kompetanse på området og utvikling av gode samarbeidsløsninger med spesialisthelsetjenesten, bør kunne bedre situasjonen på sikt.

**Tabell 6. Utredning, diagnostikk og behandling av psykiatriske tilleggs lidelser**

	<b>Kommuner</b>	<b>Andel</b>
Tilbudet er tilstrekkelig	68	15,7 %
Mangelfullt kapasitetsmessig	236	54,4 %
Mangler slikt tilbud	120	27,6 %
Ubesvart	10	2,3 %
	434	100,0 %

I løpet av de senere årene har det vært mye fokus på pasienter med demens og spesielt vanskelig eller utfordrende atferd. Vi har sett at en del kommuner har forsøkt å løse problemet ved selv å bygge ut forsterkede skjermede enheter. En del av disse forsterkede enhetene har avtaler med alderspsykiatriske avdelinger eller poliklinikker om veiledning. Dette kan være tilfredsstillende løsninger i større og sentralt beliggende kommuner, men kan være vanskeligere å gjennomføre i små distriktskommuner. Interkommunale løsninger kan være en mulighet, men har vist seg vanskelig å etablere i hovedsak som følge av at det har vært problemer med å enes om økonomiske løsninger. Tabell 7 viser at dette er et område med store utfordringer. Bare 19 prosent av kommunene opplever at de her har tilfredsstillende tilbud, 40 prosent opplever tilbudet som mangelfullt og hele 37 prosent opplever ikke å ha et slikt tilbud for sine pasienter. Sammenlikner vi disse resultatene med undersøkelsen i 1996-1997 er det liten endring. Tallene den gang var henholdsvis 21, 27 og 41 prosent.

Også her finner en kommuner i alle fylker. Det er kommuner fra under 500 til over 50 000 innbyggere representert. En finner naturlig nok relativt mange kommuner fra de to fylkene som per i dag ikke har bygget ut et eget alderspsykiatrisk tilbud, men også fra fylker med et eksisterende tilbud.

**Tabell 7. Behandling av spesielt vanskelig atferd som krever tilbud ut over skjermet enhet.**

	<b>Kommuner</b>	<b>Andel</b>
Tilbudet er tilstrekkelig	82	18,9 %
Mangelfullt kapasitetsmessig	174	40,1 %
Mangler slikt tilbud	162	37,3 %
Ubesvart	16	3,7 %
	434	100,0 %

### **Sluttord**

Tallene som presenteres over bygger på en første gjennomgang av resultatene fra undersøkelsen. Den vil følges av en mer omfattende rapport som vil være klar i begynnelsen av 2006.

Tønsberg/Oslo, 1. november 2005

Arnfinn Eek  
Aase-Marit Nygård