

Kunnskapsgrunnlag om synshemmede i Norge: Pasientgrupper, aktører og muligheter for å styrke tjenestetilbudet

Utredning for Helsedirektoratet

Om Oslo Economics

Oslo Economics utreder økonomiske problemstillinger, utarbeider evalueringer og gir råd til bedrifter, myndigheter og organisasjoner.

Oslo Economics er et samfunnsøkonomisk og helseøkonomisk rådgivningsmiljø med erfarne konsulenter med bakgrunn fra offentlig forvaltning og forsknings- og analysemiljøer. Vi tilbyr innsikt og analyse basert på bransjeeerfaring, sterk fagkompetanse og et omfattende nettverk av samarbeidspartnere.

Utredning og kartlegging

Oslo Economics tilbyr samfunnsvitenskapelig utredning for departementer, direktorater, helseforetak og andre virksomheter. Vi har kompetanse på kunnskapsoppsummeringer, kartlegginger og utredninger innen ulike sektorer, og har gjennomført en rekke oppdrag innen helse- og velferdssektoren.

Fra samfunns- og helseøkonomiske analyser har vi bred erfaring med å kartlegge tiltak og tjenesteområder, herunder bruker- og aktørgrupper, tjenesteforløp og muligheter for videre utvikling. Vi benytter kvalitativ og kvantitativ metode i sammenheng og er godt kjent med norske registerdata som grunnlag for analyser.

Kunnskapsgrunnlag om synshemmede i Norge: Pasientgrupper, aktører og muligheter for å styrke tjenestetilbudet / 2021-52

© Oslo Economics, 22. oktober 2021

Kontaktperson:

Erik Magnus Sæther / Partner

ems@osloeconomics.no, Tel. +47 940 58 192

Foto: iStock.com

Innhold

Sammendrag	4
1. Kartlegging av tilbudet til synshemmede	8
1.1 Synsutfordringer og tilbudet til synshemmede	8
1.2 Mandat og metode	8
2. Oversikt over synshemmede med behov for habilitering og rehabilitering	11
2.1 Synshemming og alvorlig øyesykdom	11
2.2 Oversikt over pasientgruppene	14
3. Organisering av tjenestetilbudet til synshemmede og aktørbildet innen habilitering og rehabilitering	19
3.1 Synsfaglige profesjoner	19
3.2 Aktører og roller	20
3.3 Dagens pasientforløp	31
3.4 Samhandling mellom aktørene	39
3.5 Juridiske rammer og sentrale føringer for tjenestetilbudet	44
4. Behov for å styrke tilbudet til synshemmede	49
4.1 Styrker, svakheter og utfordringer i tjenestetilbudet til synshemmede	49
4.2 Mulige tiltak for å styrke tilbudet	58
5. Referanser	64
Vedlegg A Studiepopulasjon spørreundersøkelser	71
Vedlegg B Diagnosekoder knyttet til synshemming	73

Sammendrag

Synshemming er utbredt i befolkningen og forekommer i alle aldersgrupper. Det er utfordringer knyttet til å avdekke synshemming, og det mangler en samlet oversikt over synshemmede i Norge, deres behov og tilgang til tjenester. Vår kartlegging viser at tjenestetilbudet kjennetegnes av mange ulike aktører som yter tjenester på tvers av sektorer, noe som bidrar til at tilbudet oppleves som uoversiktlig for både tjenesteytere og brukere. Selv om det er mange gode enkelttilbud, er det behov for bedre koordinerte tjenester, særlig når det gjelder rehabilitering og habilitering.

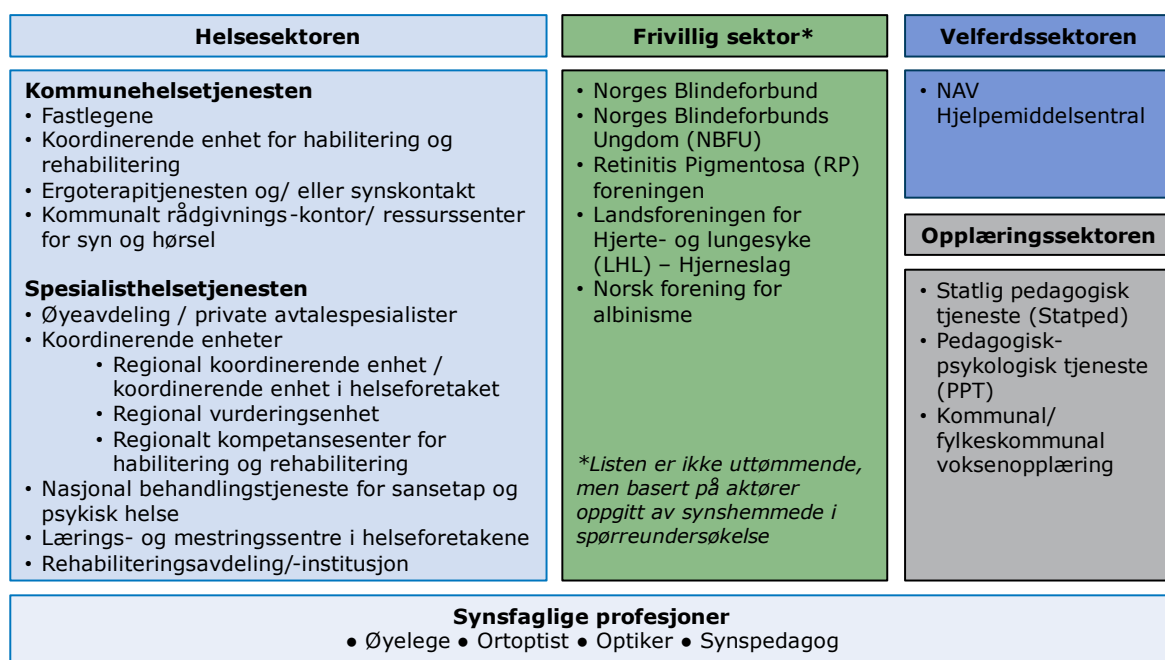
Synshemming er utbredt, men det mangler en oversikt over synshemmede

Synshemming innebærer at synsfunksjonen som helhet er redusert, mens mange aktører i praksis definerer synshemming utelukkende basert på en reduksjon av skarpsynet (visus). Synshemming forekommer i alle aldre, og pasientgruppen er sammensatt både når det gjelder årsaken til synshemmingen og hvor alvorlig den er. Det finnes ingen nasjonal oversikt over antall synshemmede i Norge, men tilgjengelig informasjon fra ulike datakilder tyder at omfanget er betydelig; anslagsvis 330 000 til 540 000 personer, avhengig av datakilde og definisjon.

Tjenestetilbudet til synshemmede kjennetegnes av mange ulike aktører, og tjenestetilbudet er uoversiktlig

Tjenestetilbudet til synshemmede består av en rekke aktører (**Figur A**). Synshemmede har særlig kontakt med øyelege, optiker og Norges Blindforbund i forbindelse med sine synsutfordringer. Øyeleger har først og fremst kjennskap til NAV Hjelpemiddelsentralen og Norges Blindforbund, og henviser sjeldent til andre enn disse. Både tjenesteytere og synshemmede oppgir at tjenestetilbudet er uoversiktlig, og at det mangler koordinering mellom aktørene, noe som gjør at tilgangen på tjenester begrenses.

Figur A: Sentrale aktører i tjenestetilbudet til synshemmede



Illustrasjon Oslo Economics

Mange muligheter for et bedre tilbud

Det er flere generelle utfordringer i pasientforløpet og tjenestetilbudet til synshemmede (**Boks A**). Når det gjelder identifisering av synshemmede er det enkelte som ikke får avdekket synssvekkelsen sin, fordi den forveksles med andre tilstander. Dette henger også sammen med at synskartlegging ofte begrenser seg til måling av skarpsynet, ikke den samlede synsfunksjonen. I utredning eller behandling av synshemmingen opplever mange lang ventetid for konsultasjon hos øyelege, og øyeleger melder om at henvisningen ofte ikke inneholder tilstrekkelig informasjon. Videre trekkes det frem av både aktørene i tjenestetilbudet til synshemmede, og de synshemmede selv, at det er mangelfull tverrfaglig utredning og avklaring av pasientenes behov. Behovet for rehabilitering og habilitering blant synshemmede må ses i sammenheng med den synshemmedes samlede rehabiliteringsbehov. Kartleggingen viser at synshemmedes behov for rehabilitering og habilitering varierer på tvers av arbeidslivsstatus, alder, årsak til synshemmingen og ikke minst grad av synshemming. Synshemmede opplever at det er vanskelig å få oversikt over rettigheter og tjenestetilbud, og det kan ofte gå lang tid fra behandling til informasjon og tilbud om rehabilitering eller habilitering. Selv om helseforetakene har et godt organisert behandlingstilbud for rehabilitering og habilitering, tilbys i liten grad synsrehabilitering. I stedet spiller kommunale tilbud og frivillige aktører en viktig rolle. Samlet sett understreker flere aktører at tjenestetilbudet til synshemmede består av **mange gode tilbud enkeltvis, men at de burde henge bedre sammen.**

Boks A: Sentrale utfordringer i dagens tjenestetilbud til synshemmede

- **Dagens definisjon av synshemming begrenser seg til redusert skarpsyn** (og i noen tilfeller innskrenket sidesyn), ikke den helhetlige synsfunksjonen, og det **mangler oversikt over synshemmede**, både nasjonalt og lokalt.
- Tjenestetilbudet til synshemmede består av **mange ulike aktører, på tvers av sektorer og tjenestenivåer**. Dette bidrar til at tilbudet blir uoversiktlig, både for brukerne og aktørene.
- I pasientforløpet er det **særlig utfordringer knyttet til rehabilitering og habilitering**:
 - Definisjonen av (re)habilitering oppleves som uklar, og det er uklar rollefordeling mellom helse- og opplæringssektoren.
 - Det er store variasjoner i det kommunale rehabiliteringstilbudet, og det er utfordrende å sikre kompetanse på syn og synsrehabilitering i alle landets kommuner.
 - Helseforetakene har et godt organisert behandlingstilbud, men tilbyr knapt rehabilitering av synshemmede og er avhengig av andre aktører. Dette skaper faglig og organisatorisk avstand mellom behandling og rehabilitering.
 - Det tilbys i liten grad tverrfaglig utredning av synsrehabiliteringsbehovet.
 - Brukere får ikke tilstrekkelig informasjon om sin tilstand og rettigheter, og heller ikke god nok opplæring i bruk av hjelpemidler.

Vi beskriver en rekke ulike tiltak som kan bidra til å styrke tjenestetilbudet til synshemmede, både på kortere og lengre sikt (**Tabell A**). Tiltak som trolig kan gjennomføres på kortere sikt, består i å utarbeide klare definisjoner av sentrale begreper i tjenestetilbudet til synshemmede, samt utarbeide en samlet oversikt over aktørene, herunder deres roller og tjenestetilbud. På lengre sikt er det særlig behov for å sikre et helhetlig rehabiliterings- og habiliteringsforløp gjennom tydelig ansvarsfordeling og god koordinering. I tillegg er det viktig å sikre at alle synshemmede får tilbud om opplæring og mestringkurs, tilgang til hjelpemidler og opplæring i disse, slik at det legges til rette for gode liv med selvstendighet i daglige aktiviteter og deltagelse i skole og arbeidsliv.

Tabell A: Mulige tiltak for å styrke tilbudet til synshemmede

Muligheter for å styrke tilbudet	Mulige tiltak*
Avdekke synshemming og skaffe oversikt over synshemmede	<ul style="list-style-type: none">• Vurdere å gjeninnføre et nasjonalt register over synshemmede• Vurdere behovet for en bredere synskartlegging som omfatter tverrfaglig kompetanse
Gi aktørene bedre oversikt over det samlede tjenestetilbudet	<ul style="list-style-type: none">• Utarbeide klare definisjoner av sentrale begreper*• Utarbeide en oversikt over alle aktørene, herunder deres roller og tilbud til synshemmede, og gjøre oversikten tilgjengelig for både aktørene og brukerne*<ul style="list-style-type: none">– Tydeliggjøre hvem brukere og tjenesteytere skal kontakte i ulike deler av pasientforløpet– Tydeliggjøre hvilke rettigheter brukerne har i ulike deler av pasientforløpet• Utarbeide et standardisert henvisningsskjema for øyelegene som forenkler overgangen til rehabilitering og habilitering
Styrke tilbud om rehabilitering og habilitering, herunder et helhetlig rehabiliteringsforløp	<ul style="list-style-type: none">• Sikre et helhetlig rehabiliterings- og habiliteringsforløp gjennom tydelig ansvarsfordeling og koordinering, samt initiering av rehabiliteringsforløpet i spesialisthelsetjenesten<ul style="list-style-type: none">– Initiere rehabiliteringsforløpet ved lokale helseforetak, tilsvarende som ved hørselsrehabilitering (hørselssentraler), med mulighet for tverrfaglig kartlegging av enkeltpasienters rehabiliteringsbehov– Opprette informasjonskontor om rehabilitering på øyeavdelingene, som et lavterskeltilbud til pasientene– Styrke kompetansen innen synsrehabilitering gjennom utdanning av flere synspedagoger og videreutdanning av annet fagpersonell• Sikre at alle synshemmede får tilbud om<ul style="list-style-type: none">– Opplæring og mestringskurs– Behovsprøving av hjelpemidler

Note: *Tiltak merket med stjerne indikerer at man trolig kan iverksette tiltaket raskt. Øvrige tiltak krever mer planlegging og utredning før de eventuelt iverksettes.

Om kartleggingen

Kartleggingen er gjennomført av Oslo Economics, med faglige innspill fra øyelege Øystein Kalsnes Jørstad, på oppdrag for Helsedirektoratet. Oppdraget er utført i perioden mai til september 2021. Kartleggingen er basert på informasjonsinnhenting ved bruk av spørreundersøkelser og dybdeintervjuer med en rekke ulike aktører på synsområdet. Spørreundersøkelser ble rettet mot øyeleger, optikere, og synshemmede, distribuert til medlemmer av henholdsvis Øyelegeforeningen, Norges Optikerforbund og Norges Blindeforbund. En egen undersøkelse ble sendt til synskontakter. Vi ønsker å rette en stor takk til alle som har tatt seg tid til å svare på undersøkelsene og stilt til intervju, samt til organisasjonene som har hjulpet oss med distribusjon av spørreundersøkelsene.

1. Kartlegging av tilbudet til synshemmede

I arbeidet med å styrke tjenestetilbudet til synshemmede er det behov for å utarbeide et kunnskapsgrunnlag med oversikt over omfanget av synshemming og ulike pasientgrupper. Videre er det behov for å kartlegge det samlede tjenestetilbudet til synshemmede, herunder pasientforløp, aktører og roller, samt juridiske rammer for tilbudet.

1.1 Synsutfordringer og tilbudet til synshemmede

Norges Blindeforbund, Norsk Oftalmologisk Forening, Norske Syns- og Mobilitetspedagogers Forening og Norges Optikerforbund påpekte i 2003 store svakheter ved datidens rehabiliteringstilbud til voksne synshemmede. De krevde tilstrekkelig kompetanse og kapasitet i tjenestene, trygg finansiering av tjenestene, samt økt kunnskap om synshemminger. Det ble blant annet trukket frem behov for øremerkede midler for syns- og mobilitetspedagogkompetanse, innføring av en ordning med trygde-refusjon for optikertjenester til pasienter utført av private optikere, samt etablering av en opplysningskampanje om viktigheten av å ta vare på synet og aktuelle hjelpetiltak (Norges Blindeforbund m.fl., 2003).

Helsedirektoratet har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utforme et kunnskapsgrunnlag for rehabiliteringstjenestene til personer med alvorlige øyesykdommer. Oppdraget innebærer blant annet å lage oversikt over de ulike pasientgruppene, dagens pasientforløp, organisering av tjenestetilbudet innen rehabilitering, aktørbildet og juridiske rammer for tjenestetilbudet. Som del av dette skal det kartlegges hvilke

behov pasienter og tjenesten har for den videre utviklingen og foreslå tiltak for å styrke de helhetlige tjenestene.

1.2 Mandat og metode

Det overordnede formålet med dette oppdraget er å bidra til et oppdatert kunnskapsgrunnlag for habiliterings- og rehabiliteringstjenestene til personer med alvorlige øyesykdommer. Oppdraget består av tre hoveddeler:

- Utarbeide oversikt over pasientgrupper med behov for habilitering og rehabilitering som følge av alvorlig øyesykdom
- Kartlegge pasientforløp, organisering av tjenestetilbudet og aktørbildet på tvers av sektorer
- Vurdere styrker og svakheter ved dagens pasientforløp, samt vurdere hvilke behov de ulike aktørene, brukerne og pasientene har for videre utvikling av tjenestene

Den siste hoveddelen er avgrenset til å vurdere hvilke behov de ulike aktørene, brukerne og pasientene har for *videre utvikling av tjenestene*; det har vært utenfor vårt mandat å kartlegge synshemmedes konkrete behov for rehabilitering. Vi har imidlertid kartlagt i hvilken grad synshemmede opplever at deres behov blir imøtekommet, for å bedre forstå styrker og svakheter ved dagens pasientforløp.

Rapporten er strukturert i henhold til disse tre delene (kapittel 2, 3 og 4). **I rapporten benytter vi synshemming som en samlebetegnelse for personer som opplever synsutfordringer i ulik grad og med ulike årsaker.** Synshemming er redusert synsfunksjon, oftest i form av svekket skarpsyn, og sjeldnere i form av redusert sidesyn (Høvding, 2019).

Synshemminger kan forekomme i alle aldersgrupper, og kan være medfødt, progredierende, eller oppstå som følge av skader eller andre sykdommer. Synshemming kan videre deles inn i svaksynthet, sterkt svaksynthet, blindhet og total blindhet. En mer inngående beskrivelse av synshemming og alvorlig øyesykdom er inkludert i kapittel 2.1.

Vi har undersøkt kjennetegn ved tre overordnede, aldersbaserte grupper:

- Barn og unge (under 18 år)
- Voksne (18-64 år)
- Eldre (over 64 år)

I tillegg har vi sett nærmere på synshemmede med flerkulturell bakgrunn og synshemmede med psykisk utviklingshemming og utviklingsforstyrrelser.

Vi har kombinert ulike datakilder og metoder i oppdraget, som beskrives nærmere i det følgende.

Intervjuer

Vi har gjennomført 14 intervjuer med aktører som er involvert i ulike deler

av tjenester som arbeider med synshemmede. Dette gjelder både ulike aktører i helsetjenesten, kommunale og regionale aktører innen habilitering og rehabilitering av synshemmede, pasientorganisasjoner, NAV Hjelpemiddelsentralen, samt forskere og andre fagpersoner.

Spørreundersøkelser

Vi har gjennomført fire spørreundersøkelser som del av prosjektet; til øyeleger, optikere, synshemmede og synskontakter. Alle undersøkelsene ble utformet i det web-baserte verktøyet Questback som muliggjør innsamling av data via e-postdialog og elektroniske spørreskjemaer.

I Vedlegg A presenterer vi fordelingen av kjennetegn ved respondentene på de ulike spørreundersøkelsene, som for eksempel yrkestittel eller geografisk fordeling. En oppsummering av antallet som mottok spørreundersøkelsene, dato for utsending, dato for avslutning og antall svar presenteres i Tabell 1-1.

Tabell 1-1: Informasjon om spørreundersøkelsene

Målgruppe for spørreundersøkelse	Antall som mottok undersøkelsen*	Antall svar	Dato utsendt	Dato avsluttet
Øyeleger (medlemmer av Øyelegeforeningen)	~630 øyeleger	52	11. juni	28. juni
Optikere (medlemmer av Optikerforbundet)	~1 100 optikere	89	2. juli	5. juli
Synshemmede (medlemmer av Blindeforbundet)	~6 200 personer	686	15. juni	28. juni
Synskontakter	158 synskontakter**	42	12. august	17. august

Note: *Vi har ikke eksakt antall som har mottatt de ulike undersøkelsene, ettersom de er distribuert til medlemmer av de ulike foreningene. Antallet oppgitt i tabellen er det antallet vi har fått oppgitt av foreningene. ** I Øst-Viken, Agder, Oslo, Vest-Viken og Vestfold og Telemark.

Spørreundersøkelsene består av et lite utvalg og lav svarprosent, og resultatene må derfor tolkes som kvalitative innspill fra informantene, heller enn representative funn for hver aktørgruppe. Spørreundersøkelsen

rettet mot synshemmede ble kun sendt til medlemmer av Blindeforbundet, og har dermed ikke nådd ut til andre personer med synshemming.

Vi distribuerte undersøkelsen til **øyeleger** ved hjelp av Øyelegeforeningen, som sendte lenke til undersøkelsen via e-post til sine medlemmer. En andel av disse er ikke lenger yrkesaktive, men det var ikke mulig å skille ut disse eller skaffe oversikt over hvor mange det gjaldt. Tilsvarende distribuerte vi undersøkelsen til **optikere** ved hjelp av Optikerforbundet. Vi distribuerte undersøkelsen til **synskontakter** til innhentede (offentlig tilgjengelige) e-postadresser til synskontakter i kommunene. Vi distribuerte undersøkelsen til **synshemmede** ved hjelp av Norges Blindforbund.

Registerdata og nøkkeltall

Vi har innhentet registerdata fra flere ulike kilder. For bruk av helsetjenester har vi hentet inn data fra Norsk pasientregister og Kommunalt pasient- og brukerregister. Vi har også mottatt nøkkeltall fra ulike aktører som jobber med synshemmede som NAV Hjelpemiddelsentralen og Oslo Voksenopplæring Nydalen. I tillegg har vi hentet inn data på forekomst av synshemming fra Global Vision Database og Statistisk sentralbyrå (SSB).

Dokumentstudier

Undersøkelsen er basert på gjennomgang av en rekke ulike dokumenter, herunder notater og møtoreferater fra Helsedirektoratets møter med ulike aktører, vitenskapelige publikasjoner og rapporter. Vi har også innhentet informasjon om de ulike aktørene på synsfeltet fra deres nettsider, samt innhentet informasjon om juridiske rammer og sentrale føringer for tilbudet fra Lovdata, nasjonale utredninger, veiledere og stortingsmeldinger.

Gjennomføring av oppdraget

Kartleggingen er gjennomført av Oslo Economics, med faglige innspill fra øyelege Øystein Kalsnes Jørstad, på oppdrag for Helsedirektoratet.

Vi ønsker å rette en stor takk til alle som har tatt seg tid til å svare på undersøkelsene og deltatt i intervju. Vi ønsker også å takke Norges Blindforbund, Øyelegeforeningen og Norges Optikerforbund for hjelp med distribusjon av spørreundersøkelsene.

Oppdraget er utført i perioden mai til september 2021.

Rapporten er utformet etter anbefalinger for leservennlighet fra Norges Blindforbund.

2. Oversikt over synshemmede med behov for habilitering og rehabilitering

Synshemming innebærer at synsfunksjonen er redusert og kan blant annet skyldes øyesykdom, skade på øyet eller ervervet hjerneskada. Som følge av variasjon i mulige årsaker opptrer synshemming i ulike pasient- og aldersgrupper.

Det finnes ingen nasjonal oversikt over antall synshemmede i Norge, men tilgjengelig informasjon fra ulike datakilder tyder på et betydelig omfang. Mangelfull avdekking, feildiagnostisering og klassifisering av synshemming gir trolig grunnlag for betydelige mørketall om antall synshemmede i Norge.

2.1 Synshemming og alvorlig øyesykdom

Boks 1: Om synshemming

- Synshemming innebærer at synsfunksjonen som helhet er redusert. Likevel blir synshemming ofte definert basert på skarpsyn alene (og i noen tilfeller sidesyn).
- Synshemming kan skyldes ulike sykdommer, eller skader på øyet eller hjernen.
- Pasientgruppen er sammensatt både når det gjelder diagnose og alder.

2.1.1 Synsfunksjonen

Synet er en av våre viktigste sanser; det gir oss muligheten til å observere og forstå omverdenen, og sette pris på det vakre i omgivelsene. Synet er også

¹ ICD10 er den tiende, og gjeldende, versjonen av det internasjonale klassifiserings- og diagnosesystemet som lages av WHO og som brukes i spesialisthelsetjenesten i Norge i dag.

viktig tilegnelse av informasjon og kommunikasjon. Dagens samfunn er i stor grad lagt opp rundt visuell informasjon. Både utdanning, kulturelle aktiviteter, arbeid og manøvrering i bybildet krever et velfungerende syn. Synet er viktig for både fysisk og mental utvikling og velvære, og svekkelse av synssansen kan blant annet medføre redusert mestringsfølelse i dagliglivet og redusert deltakelse i samfunnet.

Synssansen er kompleks. Det visuelle systemet som til sammen mottar og behandler synsinntrykk består av øynene, synsnervene og store områder i hjernen (Wilhelmsen, 2003). Selve synsfunksjonen består av flere aspekter som til sammen gir oss et fullverdig syn. Viktige delfunksjoner er skarpsyn, kontrastsyn, fargesyn, sidesyn og samsyn.

2.1.2 Synshemming

Synshemming innebærer at synsfunksjonen er redusert. Fordi synet er satt sammen av mange ulike delfunksjoner, er det stor variasjon i både årsaken og alvorlighetsgraden av synshemming.

For å klassifisere og kategorisere synshemming benyttes ofte WHOs skala for synshemming. Denne er også inkludert i ICD10-klassifikasjonen¹. Skalaen skiller mellom fem ulike kategorier basert på skarpsyn (visus) og synsfelt. For å være synshemmet i henhold til denne klassifikasjonen må skarpsynet være lavere enn 0,33 på beste øye med korreksjon for brytningsfeil, klassifisert som *moderat synssvekkelse*². Som

² Et skarpsyn på 0,33 (evt. 6/18) tilsvarer at man på seks meters avstand ser detaljer en

følge av økt bevissthet omkring konsekvenser av mildere former for synshemming, har også mild synshemming, definert som skarpsyn lavere enn 0,5, i økende grad også blitt benyttet som en egen kategori. Ettersom definisjon av synshemming i WHO-skalaen kun baseres på skarpsyn og synsfelt, vil personer med redusert funksjonsevne i andre deler av synsfunksjonen ikke klassifiseres som synshemmede, selv om de har store utfordringer som følge av nedsatt syn.

Som supplement til ICD10-klassifiseringen har WHO utarbeidet en **internasjonal klassifisering av funksjon og funksjonshemming (ICF)** som skal klassifisere funksjonsevne utfra mulighet til deltakelse i sosialt liv. ICF inkluderer en rekke synsfunksjoner som ikke er inkludert i ICD10, for eksempel fargesyn, kontrastsyn, synsfremmende funksjoner i og omkring øyet. I praksis er det derimot ofte skarpsynet som legges til grunn for klassifisering av synshemming. I den nye versjonen av ICD-systemet, ICD11, er imidlertid flere deler av synsfunksjonen inkludert, i tillegg til at mild synshemming er inkludert som egen kategori.

I denne kartleggingen har vi lagt til grunn at synshemming omfatter at synsfunksjonen samlet sett er redusert med korreksjon for eventuelle brytningsfeil. Fordi mange aktører tar utgangspunkt i ICD10-definisjonen er det imidlertid ofte denne pasientpopulasjonen de har erfaring med.

2.1.3 Årsaker til synshemming

Det er mange ulike årsaker til synshemming. Overordnet kan synshemming skyldes øyesykdom eller neurologisk sykdom. De vanligste øyesykdommene i Norge er grå stær,

grønn stær (glaukom), aldersrelatert makuladegenerasjon (AMD) og diabetisk retinopati (Figur 2-1).

Årsakene til synshemming varierer etter alder; overordnet kan man dele inn synshemmede i tre grupper:

- Barn og unge (under 18 år) med medfødt eller tidlig ervervet synshemming
- Voksne (18-64 år) med akutt eller progredierende synshemming
- Eldre (over 64 år) med synshemming som utvikler seg gradvis og ofte progredierer

Blant barn er vanlige årsaker til synshemming ervervet hjerne-skade og medfødte tilstander.

Medfødte tilstander som kan medføre synsvansker er for eksempel cerebral parese, prematuritet og synsnerveatrofi, samt ulike sjeldne sykdommer.

Vanlige årsaker til synshemming som oppstår blant ungdom eller voksne er netthinnesykdommer som diabetisk retinopati og retinitis pigmentosa.

I tillegg skyldes en betydelig andel av synshemming i voksen alder neurologisk sykdom, for eksempel hjerneslag eller hodeskader, mens også kreft, MS, Alzheimer og Parkinsons sykdom.

Manglende kunnskap om synshemming ved neurologisk sykdom kan føre til at slike synshemminger ofte blir oversett og ikke tatt tak i. Manglende rutiner for å avdekke synsutfordringer etter hjerneslag er et konkret eksempel (Rowe, et al., 2019). Blant slagrammede har synsproblemer blitt rapportert hos opptil 60 prosent, og Helsedirektoratet anbefaler i dag at alle slagrammede får vurdert synsfunksjonen og henvises til

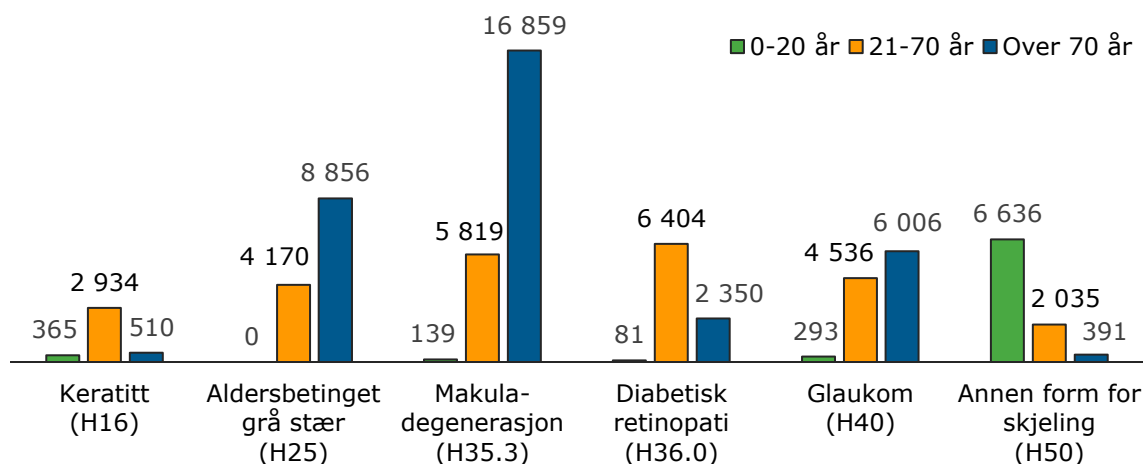
person med normalt skarpsyn ser på 18 meters avstand.

øyelege, optiker, ortoptist og/eller synspedagog ved eventuelle synsvansker (Helsedirektoratet, 2020).

Det er ofte sammensatte årsaker til synshemming hos eldre, og endringen skjer ofte gradvis. Alder

er i seg selv en viktig risikofaktor for vanlige øyesykdommer som grå stær, grønn stær og aldersrelatert makuladegenerasjon. For eksempel utvikler opptil en tredjedel av alle over 65 år grå stær (HelseNorge, 2021).

Figur 2-1: Antall pasienter behandlet ved poliklinikk* i 2020, etter aldersgruppe og vanligste diagnoser



Note: I gruppen 0-20 år var «annen form for skjeling og strabisme» den vanligste diagnosen (med 6 636 pasienter), i gruppen 21-70 år var diabetisk retinopati vanligste diagnose (6 404 pasienter), og i gruppen over 70 år var makuladegenerasjon den vanligste diagnosen (16 859 pasienter).

Kilde: Norsk pasientregister (NPR).

* Privatpraktiserende spesialister er ikke inkludert.

2.1.4 Konsekvenser av synshemming

Å bli synshemmet har en rekke negative konsekvenser for den enkelte.

Når det gjelder barn, kan manglende identifisering og forståelse for synshemmede barns visuelle utfordringer føre til utvikling av sekundære vansker med læring, lesing eller atferd (Kaplan, 2006; Heim, et al., 2004). Dette kan føre til at barn som egentlig har behov for spesielle synsterapeutiske og/eller synspedagogiske tiltak, i stedet får tiltak rettet mot atferd, lesevansker eller generelle lærevansker (Cyvin & Wilhelmsen, 2008). Dette ble bekreftet i en studie gjennomført av Wilhelmsen i 2012. Arbeidet avdekket behov for minst én synsscreening av barn etter at de har startet på skolen og at denne

burde ha et bredere fokus på visuelle funksjoner enn i 4-års-kontrollen på helsestasjon, og gjennomføres av kvalifisert personell (Wilhelmsen, 2012). Kunnskap om elevens diagnose og synsfunksjon er nødvendig for å forstå pedagogiske, praktiske og sosiale konsekvenser av synsnedsettelsen (Pladsen & Solevåg, 2015).

Dersom man blir synshemmet i voksen alder kan dette i mange tilfeller foregå i dramatiske forløp, for eksempel som ledd i en ervervet hjerneskade, og medføre store endringer for både den det gjelder og de pårørende. Synshemming i voksen alder vil også ofte være forbundet med utfordringer knyttet til å utføre daglige aktiviteter. Studier tyder på at synshemmede har økt risiko for depressive lidelser; særlig dersom man mistet synet i voksen alder (Brunes & Heir, 2019).

2.2 Oversikt over pasientgruppene

Boks 2

Det finnes **ingen nasjonal oversikt over antall synshemmede** i Norge i dag. Ulike datakilder kan gi anslag på delmengder, men det er trolig **betydelige mørketall** knyttet til disse anslagene.

Det finnes lite dokumentasjon på forekomsten av synshemming i Norge. Etter nedleggelsen av Det norske blindkartotek i 1995, har det ikke eksistert noen nasjonal oversikt over antall synshemmede i Norge. Det er derfor usikkert hvor mange som er synshemmet i Norge i dag og tilgjengelig informasjon baserer seg på anslag. Synshemmede er en sammensatt gruppe, og er i ulik grad i kontakt med helse- og rehabiliteringstjenesten. Forekomsten av synshemming kan dermed ikke beregnes ved hjelp av statistikk fra en enkelt datakilde. For å belyse omfanget av synshemming i Norge har vi derfor kombinert ulike datakilder, som til sammen kan gi en bedre oversikt over personer med synshemming.

«Ovenfra og ned»-anslag på forekomst

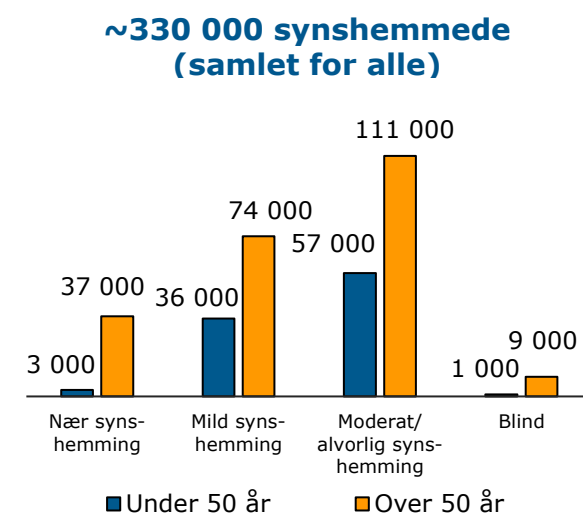
Ulike studier har anslått hvor stor prosentandel av befolkningen som er synshemmet og beregnet hvor mange personer dette vil tilsi (såkalt «ovenfra og ned»-anslag).

Global Vision Database³ har estimert forekomsten av synshemming i en rekke land ved å sammenstille anslag på forekomst fra ulike forskningsstudier og kartlegginger. Global Vision Database anslår at 6,1 prosent av den norske befolkningen er

³ Global Vision Database er en database som sammenstiller populasjonsbaserte prevalensstudier av synshemming. Databasen

synshemmet, hvorav 3,1 prosent har moderat eller alvorlig synshemming⁴ og 0,2 prosent er blinde⁵. Dette tilsvarer om lag **330 000 synshemmede totalt**. Anslaget inkluderer mild synshemming og nær synshemming. Estimaten tilsier at **de fleste av synshemmede i Norge er over 50 år, og at majoriteten har moderat eller alvorlig synshemming** (Figur 2-2).

Figur 2-2: Estimert på antall synshemmede* i Norge etter alvorlighet og alder, fra Global Vision Database



Note: I gruppen under 50 år og over 50 år med moderat/alvorlig synshemming estimeres det henholdsvis 111 000 og 57 000 synshemmede. Kilde: Global Vision Database. Hentet fra: <https://www.iapb.org/learn/vision-atlas/magnitude-andprojections/countries/norway/>. * Anslagene er rundet av til nærmeste tusen.

En europeisk studie fra 2014 som undersøkte forekomsten av synshemming i elleve europeiske land (Norge var ikke inkludert), anslo at om lag 7,4 prosent av befolkningen hadde synshemming som følge av grå stær. Andelen var 1,2 prosent for grønn stær, 0,9 prosent for diabetisk retinopati og 0,5 prosent for aldersrelatert makuladegenerasjon. Studien

vedlikeholdes av Vision Loss Expert Group. Link: <https://www.iapb.org/learn/vision-atlas>.

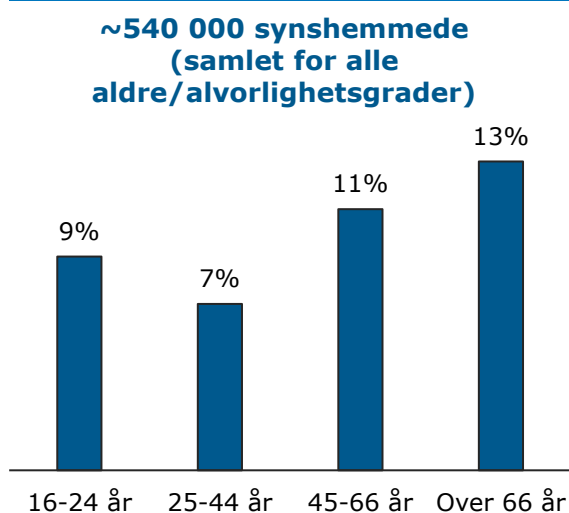
⁴ Skarpsyn mellom 0,3 og 0,05.

⁵ Skarpsyn under 0,05.

anslo videre at andelen blinde i de aktuelle landene var 0,2 prosent (European Council of Optometry and Optics, 2014). Dersom man anvender disse andelene på norske befolkningstall tilsier det om lag **550 000 synshemmede i Norge** som følge av de vanligste øyesykdommene.

Levekårsundersøkelsen til SSB gir et annet «ovenfra og ned»-anslag på antall synshemmede i Norge. I undersøkelsen oppgir ti prosent av respondentene at de har nedsatt syn selv med bruk av briller/ kontaktlinser, noe som tilsvarer **540 000 synshemmede i Norge** (Figur 2-3).

Figur 2-3: Estimert på andel synshemmede* i Norge i ulike aldersgrupper, fra Levekårsundersøkelsen (SSB)



Kilde: SSB, tabell 04226. *Figuren viser andelen som har svart at de har nedsatt syn selv med bruk av briller/kontaktlinser.

Ettersom anslaget er basert på respondentenes egen vurdering, er det uklart hvilken grad av synshemming dette vil tilsie, og anslaget er derfor ikke direkte sammenlignbart med estimatet fra Global Vision Database. Levekårsundersøkelsen tilsier også at andelen synshemmede er høyere i den eldre delen av befolkningen, og anslår

at **13 prosent av personer over 66 år har nedsatt syn selv med bruk av briller eller kontaktlinser.**

At synshemming er mer utbredt i den eldre delen av befolkningen er også vårt inntrykk fra intervjuer med en rekke aktører på synsområdet. Det er også flere som nevner at mørketallene muligens er størst i den eldre delen av befolkningen, ettersom mange eldre aksepterer synstap som en naturlig del av alderdommen og derfor ikke rapporterer det.

Kontakt med helsetjenesten

En annen kilde til informasjon om synshemmede i Norge er data på kontakt med helsetjenesten. At en synshemmet er i kontakt med helsetjenesten forutsetter at synshemmingen har blitt fanget opp og korrekt diagnostisert. En andel av personer med mildere synshemming oppsøker trolig ikke helsetjenesten, og kontakter med helsetjenesten vil derfor kun reflektere en delmengde av antall synshemmede i Norge.

Om lag **134 000 personer var i kontakt med fastlege eller legevakt i 2020 grunnet en øyediagnose assosiert med synshemming**⁶. I tillegg var i underkant av **117 000 personer i kontakt med spesialisthelsetjenesten som følge av en øyediagnose assosiert med synshemming** (Tabell 2-1). At antall pasienter er høyere i primærhelsetjenesten enn i spesialisthelsetjenesten skyldes antagelig at de synsrelaterte diagnosene i primærhelsetjenesten i større grad er generelle og inneholder mindre alvorlige tilstander som krever behandling i spesialisthelsetjenesten.

⁶ En liste over relevante diagnoser finnes i vedlegg B.

Tabell 2-1: Antall personer i kontakt med helsetjenester i 2020 som følge av en diagnose knyttet til synshemming

Del av helsetjenesten	Antall pasienter
Primærhelsetjenesten*	133 571
Spesialisthelsetjenesten**	116 710

Kilde: Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) og Norsk pasientregister (NPR).
 * Fastlege og legevakt. ** Kun poliklinisk konsultasjon er inkludert, ikke døgnopphold og dagbehandling. Privatpraktiserende spesialister som ikke får refusjon via Helfo er ikke inkludert.

Kontakt med andre aktører som jobber med synshemmede

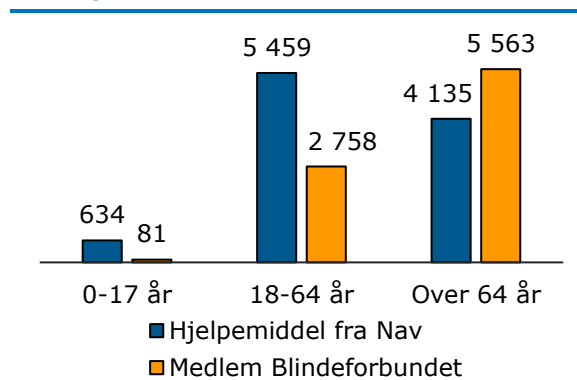
For å supplere ovennevnte datakilder har vi i tillegg innhentet statistikk fra ulike aktører som jobber med synshemmede.

En kilde til informasjon om undergrupper av synshemmede er medlemstall fra Blindeforbundet, som har en rekke tilbud til synshemmede. Blindeforbundet har i dag om lag 8 400 medlemmer, hvorav rundt to tredeler er over 64 år (Figur 2-4).

Synshemmede kan ha rett på synshjelpemidler fra NAV Hjelpemiddelsentralen. Synshemmingen må diagnostiseres av øyelege og generelt er det krav om at skarpsynet må være redusert til 0,33 eller dårligere (i tråd med ICD10-klassifiseringen) for å ha rett på hjelpemidler. Det kan også gis hjelpemidler ved alvorlige defekter i andre deler av synsfunksjonen, som redusert synsfelt, nedsatt kontrastsyn eller dårlig mørkesyn. **I overkant av 10 200 personer lånte synshjelpemidler fra NAV Hjelpemiddelsentralen i 2020** (Figur 2-4). Blant disse var det få personer under 18 år og flest i aldersgruppen 80-89 år. De vanligste hjelpemidlene var kontaktlinser og briller. I alderen 18-64 år er det flere som har lånt hjelpemidler fra NAV Hjelpemiddelsentralen enn som var

medlemmer i Blindeforbundet, mens det er motsatt for personer over 64 år.

Figur 2-4: Antall personer med utlånte synshjelpemidler fra NAV Hjelpemiddelsentralen og medlemmer i Blindeforbundet i 2020, etter alder*



Kilde: NAV. *Noen kategorier av synshjelpemidler med få utlån er ikke inkludert i statistikken fra NAV Hjelpemiddelsentralen.

Mange synshemmede kan ha behov for tilrettelagte barnehage- og opplæringstilbud. Både Statped og PP-tjenesten jobber med tilrettelegging for synshemmede. For eksempel håndterer PP-tjenesten i Oslo, som har synspedagoger som er involvert i arbeidet med synshemmede på skoler, om lag 80-90 synrelaterte saker i året.

På grunn av varierende datagrunnlag har vi ikke kunnet sammenstille en nasjonal oversikt over voksenopplæringstilbud knyttet til synshemming. Vi har imidlertid snakket med Oslo Voksenopplæring Nydalen, som har et byomfattende voksenopplæringstilbud på synsområdet. De opplyste om at de i gjennomsnitt mottar to søknader om synstrening eller synspedagogisk utredning i uken. De har totalt rundt 100 deltakere per år med synsvansker.

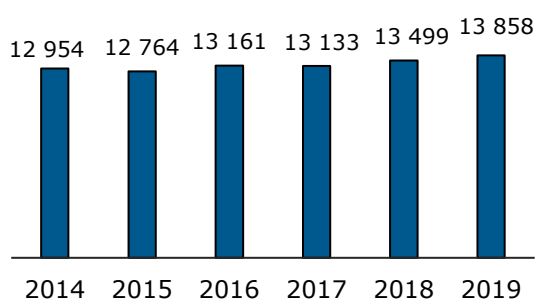
Forekomst av synshemming som følge av neurologisk sykdom

Over tid har neurologisk sykdom i større grad enn tidligere blitt identifisert som viktig årsak til synshemming (Wilhelmsen, 2003). Etter hvert som kunnskapen om

synshemming ved ulike typer neurologisk sykdom øker, blir det også klart at synshemming blant pasienter med neurologisk sykdom antagelig er mer utbredt enn man tidligere har vært klar over. I en kartlegging av synshemming i Norge er det derfor nødvendig å ta hensyn til utbredelsen av ulike typer neurologisk sykdom.

Det har blitt rapportert om synsproblemer hos opptil 60 prosent av slagrammede (Wilhelmsen, 2003). Med mellom 13 000 – 14 000 personer i Norge som får hjerneslag hvert år vil dette tilsvare om lag 7 000 – 8 000 nye synshemmede hvert år som følge av hjerneslag (Figur 2-5).

Figur 2-5: Antall personer med akutt hjerneslag, 2014-2019



Kilde: Hjerne- og karregisteret

Når det gjelder traumatiske hjerneskader er det omtrent 9 000 personer som legges inn på norske sykehus med traumatisk hjerneskade i året (Krogstad, 2015). Det har blitt rapportert om synsproblemer ved om lag 50 prosent av traumatiske hjerneskader, noe som vil tilsvare rundt 4 500 nye synshemmede hvert år (Kjellén & Bø, 2013).

I tillegg vil sykdommer som MS, Parkinson, Alzheimer og kreft i hjernen kunne gi synsproblemer. Sett sammen med anslagene for synshemming ved hjerneslag og traumatisk hjerneskade er det grunn til å tro at antall synshemmede som følge av neurologisk sykdom er betydelig.

Forekomst av synshemming blant minoritetsgrupper

Det finnes lite informasjon om forekomsten av synshemming blant personer med minoritetsbakgrunn. Norges Blindforbund anslo at det var om lag 5 700 blinde og svaksynte personer blant første-generasjons nordmenn i 2006. På grunn av antatt mangel på behandling i hjemlandet, ble det påpekt at anslaget trolig var for lavt. Gjennom kartleggingen fant Blindforbundet også at det var få personer med synshemming og innvandrerbakgrunn som hadde sosial kontakt utenfor familien, at norskopplæringen for denne gruppen i liten grad var tilpasset svaksyntes behov, samt at de slet med å bli integrert på grunn av utstrakte kommunikasjonshindre (Norges Blindforbund, 2006).

Det finnes heller ikke noen oversikt over forekomsten av synshemming blant personer med psykisk utviklingshemming og utviklingsforstyrrelser. Flere aktører på feltet vi har imidlertid gitt uttrykk for at det trolig er større mørketall i denne gruppen enn for befolkningen ellers. Dette skyldes blant annet at noen av utviklingsforstyrrelsene er forbundet med høyere forekomst av synshemming. I tillegg blir mekanismene som bidrar til mørketall ofte forsterket for denne gruppen, for eksempel på grunn av vansker med å formidle at man ser dårlig og at problemer som egentlig skyldes synshemming feilaktig tilskrives utviklingshemmingen/-forstyrrelsen.

Mørketall

Samtidig som sammenstilling av ulike datakilder er nyttig for å belyse omfanget av antall synshemmede, er det viktig å være klar over at det innen de fleste områder antagelig er betydelige mørketall. I tillegg vil sammenstilling av ulike datakilder

antageligvis innebære at samme person telles flere ganger.

Det er flere mulige grunner til mørketall på dette området. Aktører vi har snakket med har særlig nevnt følgende utfordringer knyttet til å tallfeste forekomsten:

- **En del synsvansker blir aldri undersøkt eller registrert i noe system.** For eksempel kan barn med medfødt synshemming tilpasse seg og lære seg å leve med problemet, uten å være klar over at de er synshemmet. For eldre kan nedsatt syn oppleves som en naturlig del av å bli eldre, slik at man ikke undersøker synet.
- **Synshemming kan bli misforstått eller feiltolket som andre utfordringer.** Konsekvenser av synshemming kan for eksempel bli feiltolket som konsentrasjons- og lesevansker eller motoriske problemer. Videre kan tilleggsutfordringer og samsykelighet gjøre det vanskeligere for pasienten å kommunisere synsproblemene sine, for eksempel for psykisk utviklingshemmede, personer med hjerne-skade eller personer med utviklingsforstyrrelser.
- **Klassifiseringen av synshemming i ICD10-kodesystemet** er begrenset til å omfatte skarpsyn på avstand og synsfelt. Dermed har synshemming som først og fremst gjør seg gjeldende i andre synsfunksjoner, som lesesyn, kontrastsyn og øyemotoriske problemer, oftere ikke blitt oppdaget eller klassifisert ved undersøkelse.

3. Organisering av tjenestetilbudet til synshemmede og aktørbildet innen habilitering og rehabilitering

Tjenestetilbudet til synshemmede i Norge ytes både på kommunalt og statlig nivå og på tvers av sektorer, i tillegg til tilbudet fra brukerorganisasjonene. Dette bidrar til at tjenestetilbudet består av mange ulike aktører, og tjenestene ytes på tvers av tjenestenivåer og sektorer. Aktørene mangler kjennskap til hverandre, og mange brukere og tjenesteytere opplever at tjenestetilbudet er uoversiktlig og til dels manglende.

3.1 Synsfaglige profesjoner

Boks 3

- Det er i hovedsak **fire ulike profesjonsgrupper med synsfaglig bakgrunn, herunder øyelege, ortoptist, optiker og synspedagog.**
- I tillegg jobber personer med ulike fagbakgrunner i de ulike tjenestetilbudene til synshemmede.
- Øyesykdommer inngår i grunnutdanningen av alle norske leger og det finnes en viss kompetanse blant andre legespesialiteter, ikke minst allmenntilleggsmedisin og nevrologi.

Øyelege

En øyelege diagnostiserer og behandler øyesykdommer, og er utdannet lege med spesialisering i øyesykdommer. De fleste norske øyeleger arbeider ved sykehusavdelinger eller som avtalespesialister. Per 1.1.2021 var det 389 godkjente øyespesialister i Norge under 80 år. De yrkesaktive øyelegene fordeler seg omtrent likt mellom sykehus og avtalepraksis (Høvding, 2021).

Ortoptist

Ortoptister er autorisert helsepersonell som arbeider spesielt med diagnostikk og behandling av synsutvikling hos barn, skjeling/dobbeltsyn og andre øyemotoriske forstyrrelser (Høvding, 2020). Ingen universitet eller høyskoler i Norge tilbyr ortoptistutdanning, og norske ortoptister er derfor utdannet i utlandet. Grunnutdanningen varer mellom 3-4 år, avhengig av land (Utdanning.no, u.d.). Det er om lag 40 registrerte yrkesaktive ortoptister i Norge (Høvding, 2020).

Optiker

Optikere er autorisert helsepersonell og har som hovedoppgave å foreta synsundersøkelser og tilrettelegge synshjelpemidler som briller og kontaktlinser. Synsundersøkelsen som optikeren gjennomfører er ment til å avdekke eventuelle skader eller sykdommer på øyet, og henvise til øyelege ved behov for videre undersøkelse. Optikere har bachelorgrad i optometri. I Norge er det kun Universitetet i Sørøst-Norge som tilbyr denne studieretningen (Bli optiker, 2020). Optikerforbundet har anslått at det er om lag 1700 optikere i Norge.

Synspedagog

Synspedagoger veileder og tilbyr pedagogisk hjelp til personer med synsnedsettelse eller synshemminger. Synspedagoger har mastergrad i synspedagogikk og grunnutdanning med bachelor i spesialpedagogikk eller minimums tre års med utdanning innen lærer, faglærer eller barnevernspedagog (NTNU, u.d.).

Synspedagoger arbeider i tjenester som voksenopplæringen, grunnskolen,

rehabiliteringsinstitusjoner, hjelpe-middelsentraler og optometrisk praksis (USN, u.d.). Vi har ikke hatt tilgang til statistikk som angir antall syns-pedagoger i Norge, men våre informanter som kjenner fagmiljøet godt har anslått at det mellom 80 og 250 synspedagoger i Norge.

3.2 Aktører og roller

Synssomsorgen i Norge involverer mange ulike aktører (Figur 3-1), og foregår både på kommunalt og statlig nivå, i tillegg til tilbudet fra bruker-organisasjonene.

Figur 3-1: Aktører og roller i tjenestetilbudet til synshemmede

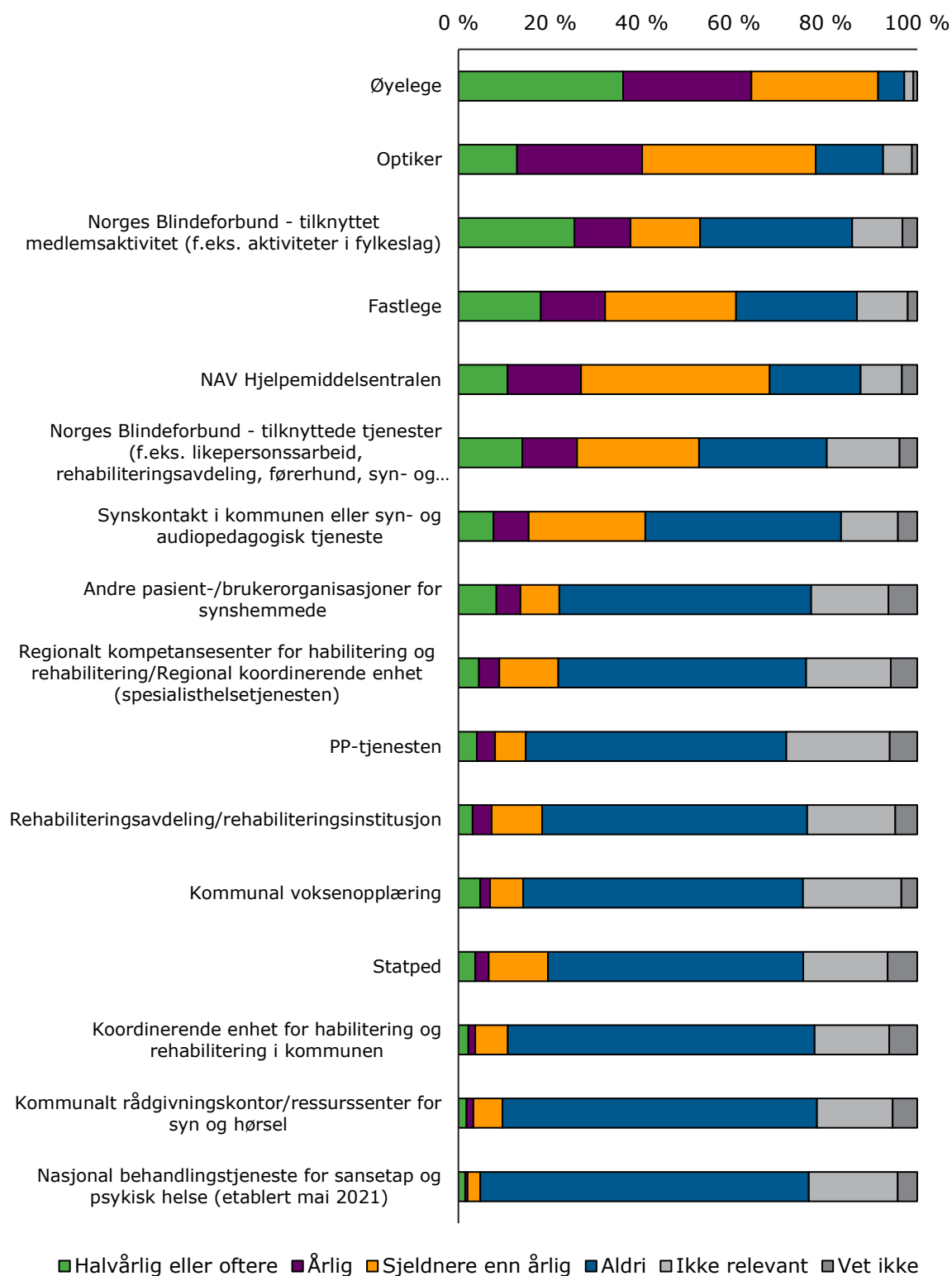
Helsesektoren	Frivillig sektor*	Velferdssektoren
<p>Kommunehelsetjenesten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fastlegene • Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering • Ergoterapitjenesten og/ eller synskontakt • Kommunalt rådgivnings-kontor/ ressurscenter for syn og hørsel <p>Spesialisthelsetjenesten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Øyeavdeling / private avtalespesialister • Koordinerende enheter <ul style="list-style-type: none"> • Regional koordinerende enhet / koordinerende enhet i helseforetaket • Regional vurderingsenhet • Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering • Nasjonal behandlingstjeneste for sansetap og psykisk helse • Lærings- og mestringssentre i helseforetakene • Rehabiliteringsavdeling/-institusjon 	<ul style="list-style-type: none"> • Norges Blindforbund • Norges Blindforbunds Ungdom (NBFU) • Retinitis Pigmentosa (RP) foreningen • Landsforeningen for Hjerte- og lungesyke (LHL) – Hjerneslag • Norsk forening for albinisme <p><i>*Listen er ikke uttømmende, men basert på aktører oppgitt av synshemmede i spørreundersøkelse</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • NAV Hjelpemiddelsentral <p>Opplæringssektoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Statlig pedagogisk tjeneste (Statped) • Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) • Kommunal/ fylkeskommunal voksenopplæring
<p>Synsfaglige profesjoner</p> <ul style="list-style-type: none"> • Øyelege • Ortoptist • Optiker • Synspedagog 		

Illustrasjon Oslo Economics

I spørreundersøkelsen til synshemmede oppga **brukerne at de oftest har kontakt med øyelege, optiker, Norges Blindforbund, fastlege, og NAV Hjelpemiddelsentralen** (Figur 3-2).

I det følgende beskriver vi de ulike aktørenes roller, tjenestetilbud og juridiske ansvar overfor personer med synshemming.

Figur 3-2: Hvor ofte synshemmede er i kontakt med følgende aktører i forbindelse med sin synsutfordring



Note: Andelen som svarte at de er i kontakt med øyeleger «halvårlig eller oftere» eller «årlig» var på henholdsvis 36 og 28 prosent. Tilsvarende var andelen henholdsvis 13 og 26 prosent for optikere, og 25 og 12 prosent for Norges Blindeforbund. Kilde: Spørreundersøkelse til synshemmede gjennomført av Oslo Economics 2021. N = 566-585.

3.2.1 Helsesektoren – Kommunehelsetjenesten

Sentrale aktører i
kommunehelsetjenesten er:

- Fastlegene
- Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen
- Ergoterapitjenesten og/eller synskontakt i kommunen
- Kommunalt rådgivningskontor/ressursenter for syn og hørsel

Fastlege

Fastlegen er ofte brukernes første møte med helsetjenesten og har en sentral rolle i arbeidet med å avdekke og diagnostisere synshemming, henvise videre til øyelege ved behov, samt å koordinere oppfølgende helsetjenester (Boks 4).

Boks 4: Fastlegens ansvar

Ifølge Nasjonal veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator har fastlegen «ansvar for koordinering av de medisinskfaglige tjenestene for pasientene på sin liste. Det innebærer samarbeid og henvisning til andre ved behov, jfr. fastlegeforskriften § 19. For pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester, utover det medisinskfaglige området, skal fastlegen informere om, og medvirke til utarbeidelse av individuell plan og at vedkommende eventuelt får oppnevnt koordinator. Fastlegen skal melde behov til kommunens koordinerende enhet, som er kontaktpunkt for dette. Koordinator er viktig samarbeidspartner for fastlegen.»

Kilde: (Helsedirektoratet, 2021)

⁷ Videre pålegger Helse- og omsorgstjenestelovens § 7-2 kommunene å tilby koordinator for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven. Dette gjelder «uavhengig av om pasienten eller brukeren ønsker individuell plan. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker.

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen

Av Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3 er kommunene pålagt «å ha koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Denne enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator (Lovdata, 2012).»⁷

Kommunene må selv velge en organisering av koordinerende enhet som sikrer at lovpålagte funksjoner ivaretas, men Nasjonal veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (kapittel 12.4) gir anbefalinger om plassering av enheten og organisasjonsform (Helsedirektoratet, 2018). Ifølge veilederen (kapittel 12.3) er følgende oppgaver sentrale:

- Kommunens plan for habilitering og rehabilitering
- Legge til rette for brukermedvirkning
- Ha oversikt over tilbud innen habilitering og rehabilitering
- Overordnet ansvar for individuell plan og koordinator
- Motta meldinger om behov for individuell plan og koordinator
- Utarbeide rutiner for arbeidet med individuell plan og koordinator
- Oppnevning av koordinator
- Kompetanseheving om individuell plan og koordinator
- Opplæring og veiledning av koordinatorene
- Bidra til samarbeid på tvers av fagområder, nivåer og sektorer
- Ivareta familieperspektivet

Koordinator skal også sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan (Lovdata, 2012).» Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator gir nærmere bestemmelser om dette, og spesifiserer i § 6 at enheten skal ha «overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator (Lovdata, 2012).»

- Sikre informasjon til befolkningen og samarbeidspartnere
- Motta interne meldinger om mulig behov for habilitering og rehabilitering

Ergoterapitjenesten, synskontakt i kommunen og syn- og audiopedagogisk tjeneste

Synskontakter er NAV Hjelpemiddelsentralens forlengede arm i kommunene. Nasjonal veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (kapittel 8.5) spesifiserer at ordningen med syns- og hørselskontakter i kommunene er frivillig (Helsedirektoratet, 2021). Ifølge veilederen anbefales det at syns- og hørselskontakter i kommunene legges inn under koordinerende enhet sitt ansvarsområde.

I en nylig kartlegging av kommunenes kompetanse på syn på oppdrag for Norges Blindforbund oppga **76 prosent av de 83 kommunene som svarte på undersøkelsen at de hadde synskontakt(er) i kommunen** (Opinion, 2021). Dette er høyere enn ved en lignende undersøkelse fra 2010, der andelen var 55 prosent av alle norske kommuner (Synovate, 2010). I undersøkelsen gjennomført i 2021 oppga 14 prosent at de hverken har synskontakter eller andre i kommunen som hadde et særlig ansvar for personer med nedsatt syn.

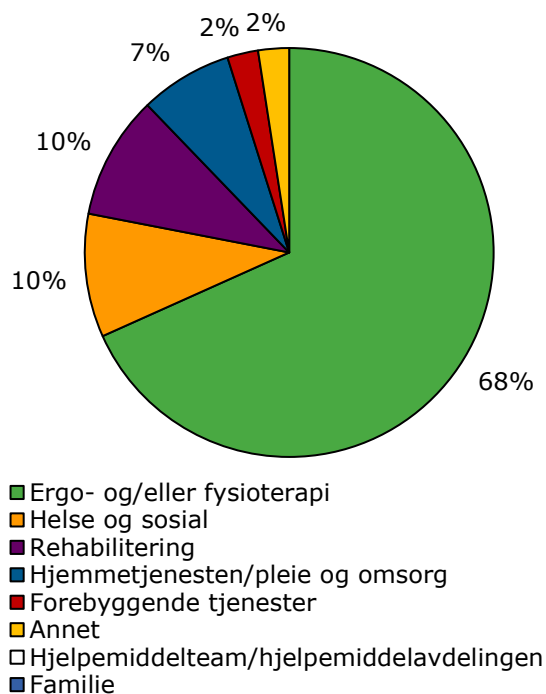
De fleste synskontakter har bakgrunn som ergoterapeut. I undersøkelsen vi gjennomførte til synskontakter fant vi at 68 prosent av synskontaktene har ergoterapeut som sin hovedstilling, mens om lag 10 prosent oppga at de hadde synskontakt som sin hovedstilling. Andre hovedstillinger som ble oppgitt var syn- og hørselskontakt, hjelpepleier, fysioterapeut og omsorgsarbeider. Dette samsvarer med kartleggingen til Norges Blindforbund, der 71 prosent av

synskontaktene oppga at de har bakgrunn som ergoterapeut (Opinion, 2021).

Alle synskontaktene oppga i undersøkelsen at de har deltatt på kurs på Hjelpemiddelsentralen/NAV, og nærmere 40 prosent hadde gjennomført kurs fra Blindforbundet.

Størsteparten av synskontaktens stilling hører inn under ergo -og/eller fysioterapi, etterfulgt av helse og sosial og rehabilitering (Figur 3-3).

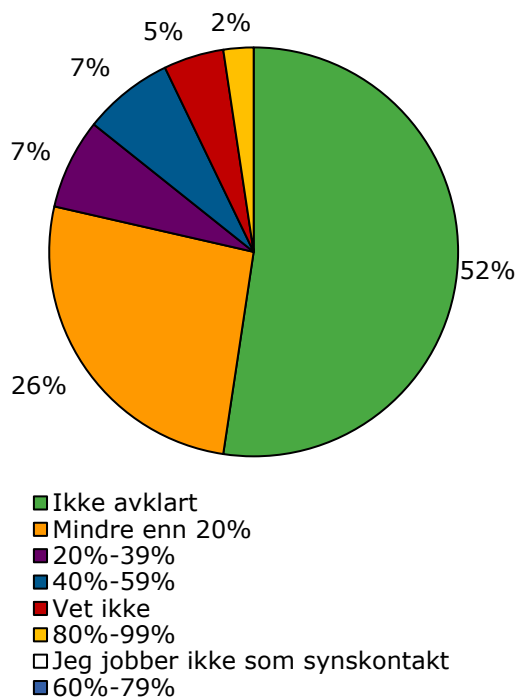
Figur 3-3: Etat/område synskontaktens stilling er tilknyttet



Kilde: Spørreundersøkelse til synskontakter gjennomført av Oslo Economics 2021. N = 41

Over halvparten av synskontaktene har ikke avklart sin stillingsprosent som synskontakt, og nær én tredjedel jobber mindre enn 20 prosent som synskontakt (Figur 3-4).

Figur 3-4: Synskontaktens stillingsprosent



Kilde: Spørreundersøkelse til synskontakter gjennomført av Oslo Economics 2021. N = 42

41 prosent av synskontaktene oppga i undersøkelsen at de i liten grad jobber med barn og unge som er synshemmede, og at de følgelig opplever å ha minst kompetanse på synshemming hos barn og unge.

Videre mente 40 prosent av respondentene at synskontaktordningen ikke er tilstrekkelig kjent blant andre aktører som jobber med synshemmede.

Kommunalt rådgivningskontor/ressurssenter for syn og hørsel

Det finnes tre kommunale rådgivningskontor/ressurssentre for syn og hørsel i Norge; i Trondheim, Oslo og i gamle Hordaland fylke (Norges Blindforbund, 2021).

Ressurssenteret for hørsel og syn i Trondheim ligger under helse og omsorg i kommunen (Trondheim kommune, 2021). Senteret har seks ansatte med kompetanse innen pedagogikk, miljøarbeid, veiledning,

med mer. Senteret tilbyr følgende til synshemmede:

- Råd- og veiledning om hvordan løse utfordringer i hverdagen
- Informasjon til syn- og hørselshemmede og pårørende
- Råd og veiledning om tilbud og rettigheter
- Koordinering og tilrettelegging i samarbeid med andre offentlige og private instanser
- Bistand til utfylling av søknader
- Veiledning for ansatte/fagfolk

Rådgivningskontoret for syn og hørsel i Oslo ligger under Helseetaten (Oslo kommune, u.d.). De tilbyr bistand til både syns- og hørselshemmede, og tilbyr følgende til synshemmede:

- Informasjon til synshemmede, pårørende og hjelpeapparatet
- Råd og veiledning om tilbud og rettigheter
- Hjelp til å skrive søknader
- Hjemmehjelpstjenester for døve og døvblinde
- Eldresenter for døve og døvblinde

Kommunene i Hordaland har en felles syns- og audiopedagogisk tjeneste (SAPT) som gir råd til personer med hørsels- eller synsutfordringer (Bergen kommune, 2021). Tjenesten omfatter følgende til synshemmede:

- Veiledning for brukere, foresatte og deres nettverk
- Tilrettelegging for pedagogiske, praktiske og tekniske tiltak for barn, unge og voksne med synspedagogiske behov i hjem, barnehage, skole, arbeids- eller dagligliv
- Koordinering av samarbeidet mellom den enkelte bruker og hjelpeapparatet
- Faglige råd og veiledning til opplæringsansvarlige, Pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT) i kommuner og opplæringstjenesten (OT) i fylkeskommunen
- Veiledning i bruk av hjelpemidler

3.2.2 Helsesektoren – Spesialisthelsetjenesten

Sentrale aktører i spesialisthelsetjenesten er

- Øyeavdeling og private avtalespesialister (omtales nærmere i avsnitt 3.3)
- Koordinerende enheter
- Regional vurderingsenhet
- Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering
- Nasjonal behandlingstjeneste for sansetap
- Lærings- og mestringssentre i helseforetakene
- Rehabiliteringsavdeling/-institusjon

Koordinerende enheter

I spesialisthelsetjenesten er det koordinerende enheter på to nivå; det er enheter i alle de fire regionale helseforetakene (regionale koordinerende enheter) og det skal være koordinerende enheter ved alle helseforetakene (Sunnaas sykehus, 2021). Det varierer hvorvidt de regionale koordinerende enhetene er lokalisert i ett helseforetak i hver helseregion. Det varierer hvorvidt de koordinerende enhetene har synshemming som spesielt kompetanseområde.

Regional koordinerende enhet (RKE) for habilitering og rehabilitering

Det fremkommer ikke direkte av spesialisthelsetjenesteloven at det skal være koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering på regionalt nivå (Helsedirektoratet, 2018). Med hjemmel i tidligere forskrift om habilitering og rehabilitering er det imidlertid etablert koordinerende enheter i hver av de fire helseregionene:

- RKE i Helse Vest består av koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering i Helse Bergen, Helse Førde, Helse Fonna

og Helse Stavanger (Helse Bergen, 2021).

- RKE i Helse Nord er lokalisert på Universitetssykehuset Nord-Norge (Helse Nord, 2020).
- RKE i Helse Midt-Norge er lokalisert i Helse Nord-Trøndelag HF, St. Olavs hospital HF og Helse Møre og Romsdal HF (Helse Nord-Trøndelag, u.d.).
- RKE i Helse Sør-Øst drives av Sunnaas sykehus HF på oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF (Sunnaas sykehus, u.d.).

De koordinerende enhetene i helseregionene møtes to ganger i året for felles samlinger. Ifølge nasjonal veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (kapittel 12.5) har RKE en sentral funksjon i å bygge faste nettverk og møteplasser for samhandling, informasjon og kompetanseutvikling på tvers av nivåer og kommunegrenser (Helsedirektoratet, 2018). De fire regionale enhetene samarbeider om drift og betjener henvendelser på den nasjonale ReHabiliteringstelefonen for pasienter, pårørende og helsepersonell (Sunnaas sykehus, 2021). De regionale koordinerende enhetene har etablert et nasjonalt nettverk med formål å utveksle erfaringer og samarbeide for å bidra til videreutvikling av koordinerende enheter til det beste for pasienter og samarbeidspartnere nasjonalt. Nettverket har som mål å bidra til større grad av likhet i tjenester og funksjoner mellom helseregionene innen habilitering og rehabilitering, koordinerende enhet, individuell plan og koordinator.

Koordinerende enhet i helseforetak

Av Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5b skal det finnes en koordinerende enhet i hvert helseforetak som skal «*ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen og*

ha oversikt over, og nødvendig kontakt med, habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen» (Lovdata, 2001). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator gir nærmere bestemmelser om dette, og spesifiserer i § 11 at «den koordinerende enheten skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering» (Lovdata, 2012).

Lovverket stiller ingen krav til at tjenesten er en egen organisatorisk enhet, og det er opp til helseforetaket hvordan koordinerende enhet organiseres og plasseres i helseforetaket (Helsedirektoratet, 2018). Helse- og omsorgsdepartementet anbefaler imidlertid at de etablerte koordinerende enhetene i hver av de fire helseregionene videreføres, jfr. (Prop. 91 L, 2010-11). Ifølge nasjonal veileder (kapittel 12.6) er følgende oppgaver sentrale for enhetene:

- Ha generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen
- Ha oversikt over habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunene
- Være kontaktpunkt for samarbeid med kommunene
- Legge til rette for brukermedvirkning
- Ha overordnet ansvar for individuell plan og koordinator
- Motta meldinger om behov for individuell plan og koordinator
- Utarbeide rutiner for arbeidet med individuell plan og koordinator
- Sikre oppnevning av koordinator
- Opplæring og veiledning av koordinator
- Kompetanseheving om individuell plan og koordinator
- Motta meldinger om mulig behov for habilitering og rehabilitering

I dag finnes det en koordinerende enhet i hvert helseforetak i landet (Sunnaas sykehus, 2021). Det er overlapp mellom RKE og de koordinerende enhetene i helseforetakene i henholdsvis Helse Midt-Norge og Helse Vest, da RKE i disse helseregionene består av de koordinerende enhetene på hvert helseforetak.

Regional vurderingsenhet

Ifølge nasjonal veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (kapittel 9.2) bør helseregionene «*videreføre praksis med vurderingsenheter som vurderer henvisninger fra fastleger til private rehabiliteringsinstitusjoner. Enhetene bør fortsette sitt arbeid med å harmonisere prioriteringspraksis på tvers av regionene.*»

(Helsedirektoratet, 2021). De regionale vurderingsenhetene vurderer henvisninger til somatiske rehabiliteringsinstitusjoner fra fastleger, privatpraktiserende avtalespesialister og andre behandlere utenfor sykehus (Helse Bergen, 2021; UNN, 2018; Helse Nord-Trøndelag, u.d.).

Den regionale vurderingsenheten i Helse Vest er samlokalisert med det regionale kompetansesenteret for habilitering og rehabilitering. Den regionale vurderingsenheten i Helse Midt-Norge er samlokalisert med RKE. I Helse Sør-Øst er oppgaven som vurderingsenhet gitt til RKE ved Sunnaas sykehus (Helse Sør-Øst, 2017).

Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering

I Helse Vest har man et regionalt kompetansesenter ved Haukeland universitetssykehus som driver med forskning, fagutvikling, nettverksbygging og undervisning innen habilitering og rehabilitering (Helse Bergen, 2021). Senteret er organisert som en egen enhet ved

Rehabiliteringsklinikken, og har også funksjon som RKE og regional vurderingsenhet for rehabilitering. Kompetansesenteret har rådgivere i bindeleddsfunksjon i Helse Førde, Helse Fonna og Helse Stavanger. Bindeleddsfunksjonene utgjør sammen med rådgivere i Helse Bergen den regionale koordinerende enheten ved senteret.

Det finnes ikke et regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering i Helse Nord.

Regionalt kunnskapscenter for habilitering (RHAB) ved NTNU er en ressursenhet som arbeider med å stimulere til tverrfaglig forskning, fag- og kunnskapsutvikling i Midt-Norge, og samarbeider med habiliterings-tjenestene i spesialisthelsetjenesten i Helse Midt-Norge (NTNU, u.d.). Senteret ble opprettet på oppdrag fra Helse Midt-Norge i 2014 (Helse Midt-Norge, 2021).

Sunnaas sykehus HF driver Regional kompetansetjeneste for rehabilitering (RKR), som ble etablert på oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF i 2013 (Sunnaas sykehus, 2020). RKR er organisert sammen med RKE, og har som formål å bidra til å gjøre gapet mellom forskning og praksis mindre, gjennom blant annet å oppsummere og tilgjengeliggjøre forskning, dele god klinisk praksis og skape møteplasser.

Nasjonal behandlingstjeneste for sansetap og psykisk helse

I mai 2021 åpnet Nasjonal behandlingstjeneste for hørsel og psykisk helse (NBHP) for tilbud til synshemmede i psykisk helsevern, og har blitt et senter for psykisk helse og sansetap (NBHP, 2021). Motivasjonen for å utvide tilbudet til synshemmede er at forekomsten av psykiske plager er høyere enn i befolkningen ellers. Senteret er lokalisert på Gaustad sykehus i Oslo, og er en del av Oslo universitetssykehus HF.

Lærings- og mestringssentre i helseforetakene

Det finnes lærings- og mestringssentre i helseforetakene i alle de fire helseregionene (Norges Blindforbund, 2021). Det har vært svært ulikt i hvilken grad sentrene har fulgt opp syn. Noen har årlige fagdager om synsdiagnoser, mens andre har ikke tilbud relatert til synstap.

Rehabiliteringsavdeling/-institusjon

Vårt samlede inntrykk fra intervjuer med ulike aktører er at helseforetakene har et begrenset rehabiliterings- og habiliteringstilbud til synshemmede. Vi har gjennomgått nettsidene til utvalgte helseforetak for å undersøke hvilken informasjon som er tilgjengelig om synsrehabilitering. På helseforetakenes nettsider er det informasjon om sentrale aktører som Blindforbundet, Statped, NAV Hjelpemiddelsentralen og noen ganger RKE og koordinerende enhet i kommunen. Vi finner i liten grad informasjon som tilsier at helseforetakene har eget tilbud om synsrehabilitering.

Private institusjoner som har avtale med regionalt helseforetak om å yte spesialisthelsetjenester er forpliktet etter samme lovverk som helseforetaket når det gjelder individuell plan og koordinator og øvrig tjenesteyting (Helsedirektoratet, 2018).

Det finnes et begrenset antall private og offentlige rehabiliteringsinstitusjoner og kompetansesentre i Norge i dag:

- Norges Blindforbund har tre syn- og mestringssentre; Hurdal, Evenes og Solvik, og ett bo- og mestringssenter; Hønen gård
- Eikholt nasjonalt ressursenter for døvblinde

Hurdal syn- og mestringssenter er et kurssted der synshemmede får

opplæring i å mestre hverdagslivets utfordringer, enten man er i yrkesaktiv alder, eller har passert 67 år (Norges Blindforbund, u.d.). Senteret tilbyr dataopplæring og undervisning i hjelpemidler, dagliglivets aktiviteter og i punktskrift.

Evenes syn- og mestringssenter er et kurssted der synshemmede over 67 år får opplæring i å mestre hverdagslivets utfordringer (Norges Blindforbund, u.d.).

Solvik syn- og mestringssenter er et kurssted der synshemmede får opplæring i å mestre hverdagslivets utfordringer (Norges Blindforbund, u.d.).

Hønen gård bo- og mestringssenter er et moderne døgnbemannet botilbud for personer som av ulike årsaker har behov for tilrettelagte tjenester (Norges Blindforbund, u.d.). Senteret tilbyr blant annet ADL-opplæring, fysisk aktivitet og ulike kurs.

Eikholt nasjonalt ressurscenter for døvblinde arrangerer tilpasningskurs for døvblinde og er godkjent av NAV (Eikholt, u.d.). Eikholt inngår som enhet i Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde, en spesialisthelsetjeneste som koordineres av Helse Nord RHF. Eikholt tilbyr kombinert syns- og hørselsutredning, rehabilitering/ habilitering, opplæring i ulike kommunikasjonsformer, utprøving og opplæring i hjelpemidler, samt tilbud til familie og nettverk.

3.2.3 Frivillig sektor **Norges Blindforbund**

Norges Blindforbund er en interesse- og serviceorganisasjon for blinde og svaksynte i Norge (Norges Blindforbund, u.d.), og har fylkeslag i alle fylker. Blindforbundet har en rekke tilbud til synshemmede, herunder kurs og sosiale arrangementer, karriereverksted, lokale tilbud, likepersonsarbeid, kurs

for pårørende, informasjonsarbeid og juridisk bistand. I tillegg administrerer Blindforbundet flere legater.

Blindforbundet driver tre syn- og mestringssentre; Hurdal, Evenes og Solvik. I tillegg driver forbundet Hønen gård bo- og mestringssenter, der de også tilbyr kurstilbud til personer med utviklingshemming og utviklingsforstyrrelser. Blindforbundet har en landsdekkende rehabiliteringsavdeling som yter bistand overfor synshemmede, nærpå personer, arbeidsgivere og lokalt hjelpeapparat.

Andre organisasjoner

Det finnes flere andre brukerorganisasjoner rettet mot synshemmede. På spørsmål om hvilke organisasjoner synshemmede var i kontakt med, ble en rekke organisasjoner nevnt. De organisasjonene som ble nevnt oftest var Retinitis Pigmentosa-foreningen (RP-foreningen), Norges Blindforbunds Ungdom (NBFU), Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke – Hjerneslag (LHL Hjerneslag) og Norsk forening for albinisme.

3.2.4 Velferdssektoren **NAV Hjelpemiddelsentralen**

NAV Hjelpemiddelsentralen har et overordnet og koordinerende ansvar for hjelpemidler til funksjonshemmede i sitt fylke, og er et ressurs- og kompetansesenter for offentlige instanser og andre som har ansvar for å løse funksjonshemmedes problemer (NAV, 2021). Hjelpemiddelsentralene forvalter hjelpemidler som lånes ut til funksjonshemmede, herunder synshjelpemidler, lese- og sekretærhjelpe og førerhund. De bistår kommuner, arbeidsgivere og andre samarbeidspartnere med rådgivning, veiledning, opplæring og tilrettelegging. Hjelpemiddelsentralene følger opp og holder kurs for synskontaktene. De har også en rådgivningstjeneste for syns-

hemmede og tilbyr opplæring i bruk av hjelpemidler.

Enkelt personer kan henvende seg direkte til hjelpemiddelsentralen for rådgivning og tilrettelegging i arbeidsliv, ellers er det som regel kommunen som henviser til NAV.

Boks 5: NAV Hjelpemiddelsentralens ansvar

NAV Hjelpemiddelsentralen har ansvar for hjelpemidler finansiert over folketrygden (Helsedirektoratet, 2018). Formålet med ytelse etter folketrygdlovens kapittel 10 er å kompensere for bestemte utgifter til bedring av arbeidsevnen og funksjonsevnen i dagliglivet for medlemmer som har sykdom, skade eller lyte (Lovdata, 1997). Funksjonsnedsettelsen må være vesentlig og varig, og stønaden må være nødvendig og hensiktsmessig, som innebærer at stønaden skal bidra til å avhjelpe praktiske problemer i dagliglivet og gjøre den funksjonshemmede mer selvhjulpne så han eller hun kan bli boende hjemme (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2020).

Forskrift om stønad til hjelpemidler mv til bedring av funksjonsevnen i arbeidslivet og i dagliglivet og til ombygging av maskiner på arbeidsplassen regulerer retten til hjelpemidler (Lovdata, 1997), og Forskrift om hjelpemiddelsentralenes virksomhet og ansvar gir bestemmelser om at Hjelpemiddelsentralene har et overordnet og koordinerende ansvar for formidling av hjelpemidler til funksjonshemmede (Lovdata, 1997). Hjelpemiddelsentralen har forvaltningsansvar for hjelpemidler som er folketrygdens eiendom og skal påse at folketrygdens midler blir utnyttet mest mulig effektivt og i samsvar med bestemmelsene i folketrygdloven. NAV gir retningslinjer om hvem som kan få synshjelpemidler og hvilke man kan få (NAV, 2021).

3.2.5 Opplæringssektoren Statlig spesialpedagogisk tjeneste (Statped)

Statped skal bidra til at sektormålene for barnehagen og grunnopplæringen blir nådd. Statped er en landsdekkende, flerfaglig virksomhet som

skal gi tjenester og kompetanse med lik kvalitet og lik tilgang til alle kommuner og fylkeskommuner i hele landet (Statped, 2019). Statped skal gi tjenester på små og særlig spesialiserte fag-områder, nærmere definert som syn, hørsel, ervervet hjerneskode, kombinerte sansetap og døvblindhet, tegnspråk og alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK). Statped kan i tillegg gi tjenester i særlig komplekse saker innenfor fagområdene sammensatte lærevansker og språk/ talevansker.

Statped skal være «en statlig støttetjeneste for kommuner og fylkeskommuner i deres arbeid for at barn, unge og voksne med varige og/eller omfattende behov for særskilt tilrettelegging får gode, tilpassede barnehage- og opplæringstilbud i inkluderende fellesskap» (Statped, 2021). Videre skal Statped «støtte kommuner og fylkeskommuner ved å tilby spesialpedagogiske tjenester på områder der kommuner og fylkeskommuner ikke har kompetanse, og bidra til å spre kunnskap og kompetanse til kommuner og fylkeskommuner slik at de blir i stand til å gi et tilpasset og inkluderende opplæringstilbud som omfatter alle barn, unge og voksne uavhengig av forutsetninger» (Statped, 2021).

Statped tilbyr strakstilbud ved nyoppdaget alvorlig synshemming eller blindhet, utredning av syn, rådgivning og veiledning om syn, skoleforberedende kurs, kurs for elever og voksne med synshemming/blindhet og kurs for fagpersoner om synshemming eller blindhet (Statped, 2021).

Statped er i en omstillingsprosess som følge av Meld.St.6 (2019 -2020). Denne påpekte betydelige forskjeller i kvaliteten på det spesialpedagogiske tilbudet til barn og elever. Som del av et omfattende kompetanseløft innen spesialpedagogikk vil mandatet til Statped både avgrensnes og

tydeliggjøres. Statped's virksomhet skal videreutvikles for å kunne gi landsdekkende, tverrfaglige tjenester knyttet til spesialiserte fagområder i svært komplekse saker. Omstillingen vil medføre at kommunene får større ansvar for tilrettelegging for elever som ikke inngår i de komplekse sakene, men likevel har særskilte behov for tilrettelegging. Som del av omstillingen og kompetanseløftet skal Statped bidra i overføring av kompetanse fra statlig til kommunalt nivå (Statped, Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet, 2020).

Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT)

Opplæringsloven § 5-6 pålegger hver kommune og fylkeskommune å ha en pedagogisk-psykologisk tjeneste. Tjenesten skal *«hjelp skolen i arbeidet med kompetanseutvikling og organisasjonsutvikling for å legge opplæringen bedre til rette for elever med særlige behov. Den pedagogisk-psykologiske tjenesten skal sørge for at det blir utarbeidet sakkyndig vurdering der loven krever det»* (Lovdata, 1999).

Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) er en rådgivningstjeneste som skal hjelpe skoler og barnehager i arbeidet med å legge til rette for særskilte behov hos barn, elever, lærekandidater, lærlinger, praksisbrevkandidater og voksne med særskilte behov (Udir, 2017). Etter henvisning til PPT skal tjenesten utarbeide en sakkyndig vurdering av om barn eller voksne har rett på spesialundervisning. PPT i kommuner og fylkeskommuner kan søke til Statped for at brukere skal få Statped's tjenester (Statped, 2021).

Hver kommune og hver fylkeskommune skal ha en PPT, men kan også organisere tjenesten i samarbeid med andre kommuner eller med fylkeskommunen (Regjeringen, 2020).

Kommunal eller fylkeskommunal voksenopplæring

Ifølge Opplæringsloven § 4A-4 har kommunen og fylkeskommunen *«plikt til å sørge for grunnskoleopplæring og videregående opplæring for voksne»* (Lovdata, 1999).

Som voksen kan man få grunnskoleopplæring i kommunen, enten i hele fag eller grunnleggende ferdigheter (Udir, 2016). Fylkeskommunene har ansvar for videregående opplæring, og det gjelder ulike regler for voksne med og uten rett til videregående opplæring (Udir, 2016). Voksne med rett må ha fullført grunnskolen, men ikke videregående opplæring, være minimum 25 år og ha lovlig opphold i Norge. Voksne uten rett til videregående opplæring kan likevel søke om skoleplass.

Kommunene plikter å tilby voksenopplæring i bruk av smarttelefon og/eller nettbrett til synshemmede som ikke tidligere har lært dette (Norges Blindforbund, u.d.). PPT kan henvise voksne med ervervet synstap til Statped hvis søknaden er knyttet til rettighetene i opplæringsloven kapittel 4A (Statped, 2016). Det kan være opplæring i å lese og skrive, punktskrift, mobilitet og bruk av IKT og andre tekniske hjelpemidler. Statped samarbeider med brukeren, PPT og voksenopplæring om det tilbudet som blir gitt. Voksenopplæringen i for eksempel Oslo kommune tilbyr blant annet synspedagogisk utredning, synstrening, opplæring i kompensierende ferdigheter, tilrettelegging for opplæring på andre voksenopplæringsentre eller veiledning (Oslo VO Nydalen, 2020).

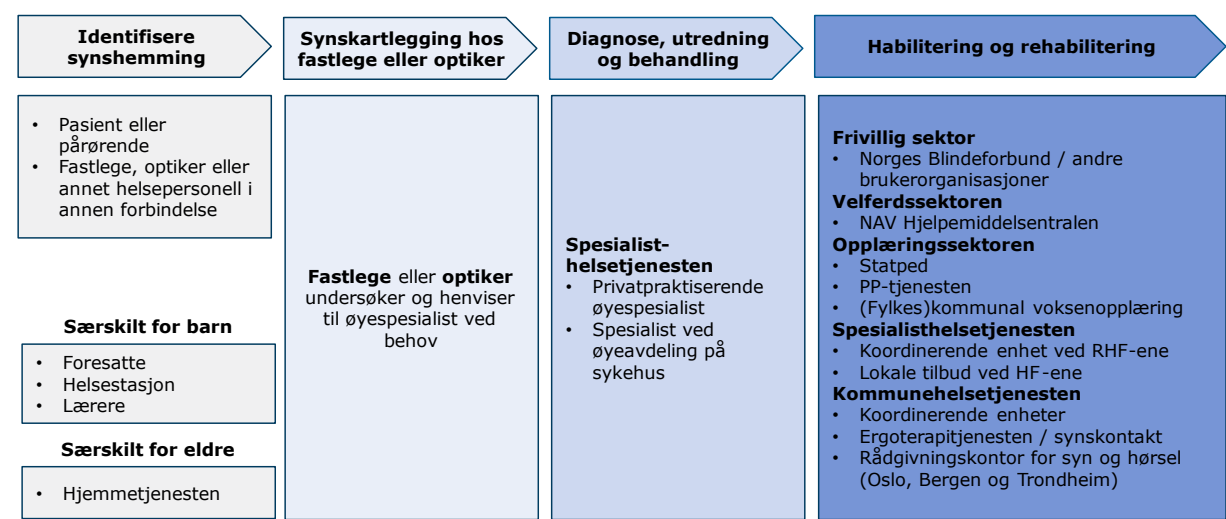
Fag- og svenneprøver regnes også som voksenopplæring, og fylkeskommunene har ansvar for gjennomføringen av en ny fag- eller svenneprøve, og fylkeskommunene dekker utgiftene (Udir, 2016).

Praksiskandidatordningen, privatistordningen og rådgivningsordninger regnes også som en del av voksenopplæringen, og fylkeskommunen har ansvaret for disse også (Udir, u.d.).

3.3 Dagens pasientforløp

Dagens tjenestetilbud til synshemmede kan beskrives ut ifra fire

Figur 3-5: Oversikt over dagens tjenestetilbud til synshemmede



Illustrasjon Oslo Economics

3.3.1 Identifisere synshemming

Synshemming oppdages gjerne av personen selv eller av pårørende. Fastlege, optiker eller annet helsepersonell kan også avdekke synshemming tilfeldig i forbindelse med andre helseundersøkelser.

For personer som enten har medfødte synsutfordringer eller får dem tidlig i livet, avdekkes ofte synsutfordringen enten på øyekontrollene ved fødsel, spedbarnskontroll eller på fireårskontrollen. For barn og unge generelt avdekkes gjerne synshemmingen av foresatte, helsestasjon eller barnehageansatte/lærere.

Når det gjelder eldre personer oppgir flere vi har snakket med at det kan være krevende å avdekke synshemmingen, fordi mange eldre tenker at synshemming er en naturlig del av alderdommen. Hjemme-

del av pasientforløpet: **1) identifisere synshemming, 2) synskartlegging hos fastlege eller optiker, 3) diagnose, utredning og behandling, og 4) habilitering og rehabilitering** (Figur 3-5). De ulike delene beskrives nærmere i det følgende.

tjenesten og andre aktører som er i kontakt med eldre kan bidra til å avdekke synshemming som krever videre oppfølging i helsetjenesten.

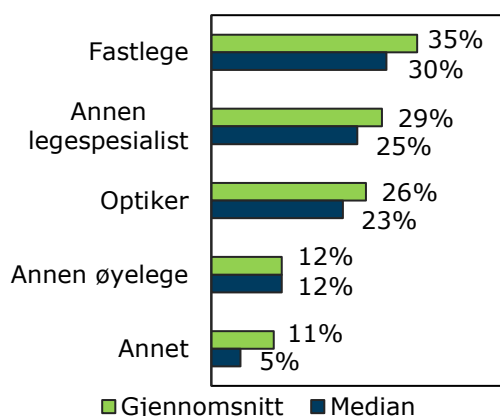
3.3.2 Synskartlegging hos fastlege eller optiker

Fastlege eller optiker er første møte med helsetjenesten for å vurdere synshemming og stille en foreløpig diagnose, samt henvise videre til øyelege ved behov for videre utredning.

I undersøkelsen til øyeleger spurte vi hvor pasientene var henvist fra, som kan være en indikator for hvem som gjennomfører synskartlegging. Øyelegene oppga at om lag 35 prosent av pasientene henvises fra fastleger, etterfulgt av 29 prosent fra andre legespesialister og 26 prosent fra optikere (Figur 3-6). Om lag 11 prosent blir henvist fra andre aktører,

som i fritekstsvar spesifiseres å være synskontakt, helsesykepleier, synspedagog, ortoptist, Statped, optikere og ansatte ved hjelpemiddelsentral.

Figur 3-6: Øyelegers pasienter fordelt etter hvilke aktører de er henvist fra

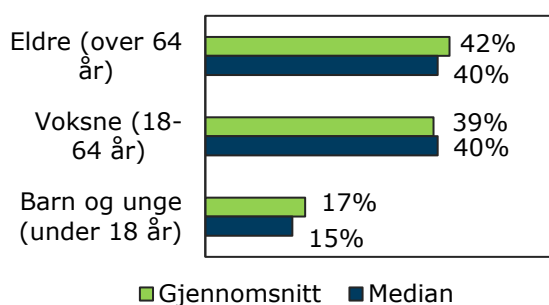


Kilde: Spørreundersøkelse til øyeleger gjennomført av Oslo Economics 2021. N = 17-51

Undersøkelse hos optiker

Optikere oppga i spørreundersøkelsen at de fleste personene de er i kontakt med er over 18 år og at det er nokså jevnt fordelt mellom voksne (18-64 år og eldre (over 64 år) (Figur 3-7).

Figur 3-7: Optikers pasienter fordelt på ulike aldersgrupper

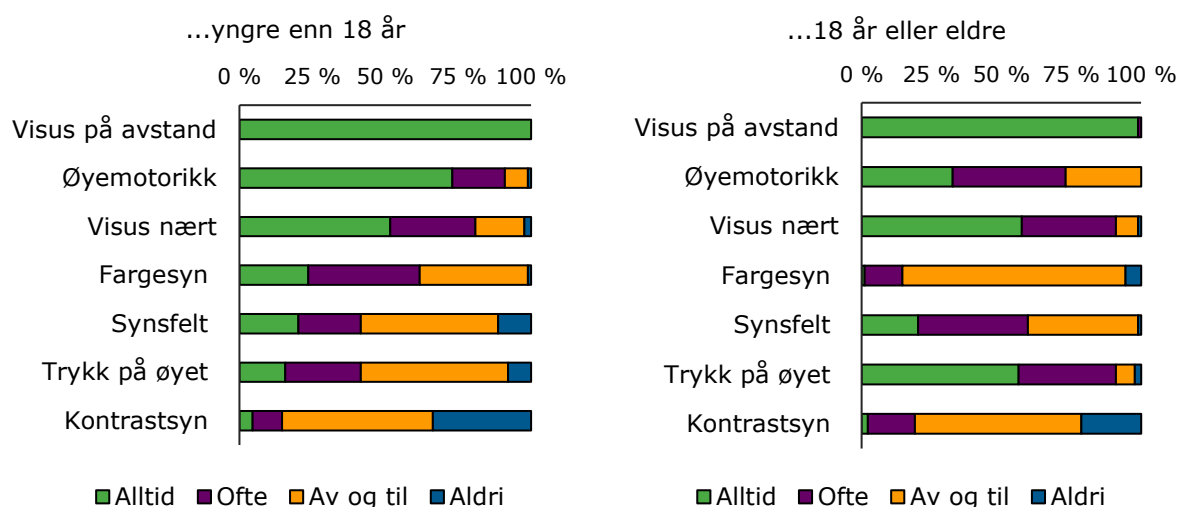


Note: Om lag 80 prosent av optikers pasienter er over 18 år. Kilde: Spørreundersøkelse til optikere gjennomført av Oslo Economics 2021. N = 88-89

Optikere oppga også at om lag 60-70 prosent av brukerne har moderat synshemming med visus over 0,3. Ifølge optikerne varierer innholdet i synsundersøkelsen også av om pasienten er over eller under 18 år (

Figur 3-8). Samtlige optikere oppgir at de alltid undersøker visus på avstand som del av den første synsundersøkelsen, uavhengig av pasientens alder. Mange optikere gjennomfører også ofte eller alltid undersøkelse av øyemotorikk og visus nært. For pasientene som er 18 år eller eldre oppgir 56 prosent av optikerne at de ofte eller alltid undersøker trykk på øyet, mens dette i langt mindre grad er del av undersøkelsen blant yngre pasienter. Fargesyn undersøkes generelt sjeldent, men i større grad blant yngre enn eldre pasienter. Trykk på øyet undersøkes oftest blant pasientene over 18 år, og i fritekstsvar understrekes det at man undersøker trykk på øyet når pasientene er over 40 år, samt at visse tester gjennomføres ved symptomer som hodepine, utmattelse eller ubehag på øynene.

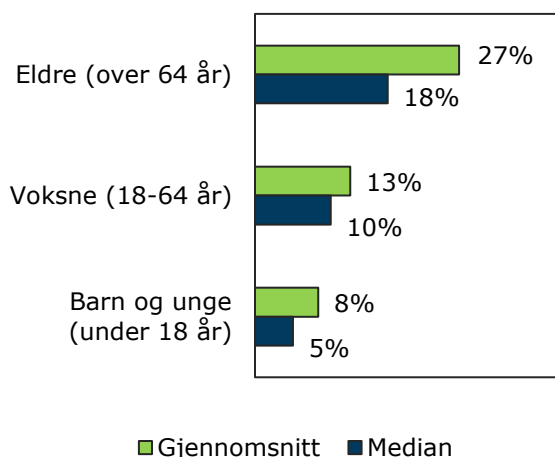
Figur 3-8: Hvor ofte optikere undersøker ulike deler av synet som del av den første synsundersøkelsen de gjennomfører for en enkelt pasient ... (gjennomsnittlig andel av synsundersøkelsene som inneholder hver enkelt undersøkelse)



Note: 100, 73 og 52 prosent av optikerne undersøker alltid henholdsvis visus på avstand, øyemotorikk og visus nært for pasienter yngre enn 18 år. 99, 57 og 56 prosent av optikerne undersøker alltid henholdsvis visus på avstand, visus nært og trykk på øyet for pasienter 18 år eller eldre. Kilde: Spørreundersøkelse til optikere gjennomført av Oslo Economics 2021. N = 89

Optikerne oppgir at de i gjennomsnitt henviser 27 prosent av sine eldre pasienter og 13 prosent av sine voksne pasienter til øyelege (Figur 3-9), og at de mottar epikrise for om lag 77 prosent av pasientene de har henvist til øyelege.

Figur 3-9: Andelen pasienter optikere henviser til øyelege fordelt på ulike aldersgrupper



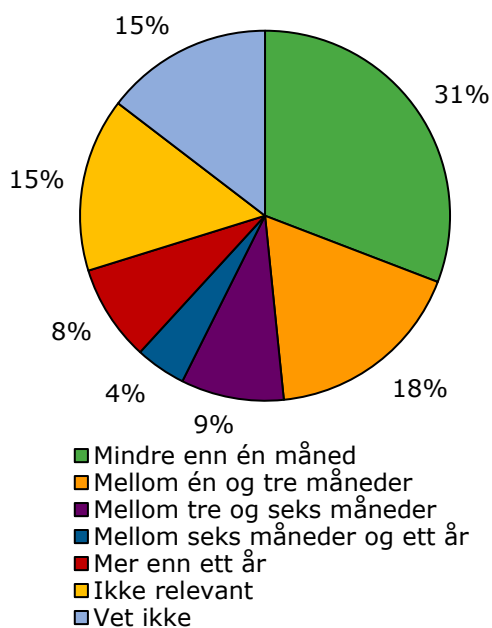
Kilde: Spørreundersøkelse til optikere gjennomført av Oslo Economics 2021. N = 88-89

3.3.3 Diagnose, utredning og behandling

Etter at synshemming har blitt oppdaget, vil pasienten gjerne bli henvist til øyelege, enten en privat avtalespesialist eller offentlig øyeavdeling. I en del tilfeller vil avtalespesialisten selv henvide videre til øyeavdeling.

Spørreundersøkelsen til synshemmede viste at om lag en tredjedel fikk konsultasjon hos øyelege innen én måned etter at de oppdaget sin synsutfordring (Figur 3-10). Andelen var 44 prosent dersom man utelukker de som svarte «vet ikke» eller «ikke relevant». Derimot svarte åtte prosent (11 prosent dersom man utelukker de som svarte «vet ikke» eller «ikke relevant») at ventetiden var mer enn ett år.

Figur 3-10: Hvor lang tid det tok for synshemmede fra de oppdaget sin synsutfordring til de fikk konsultasjon hos øyelege

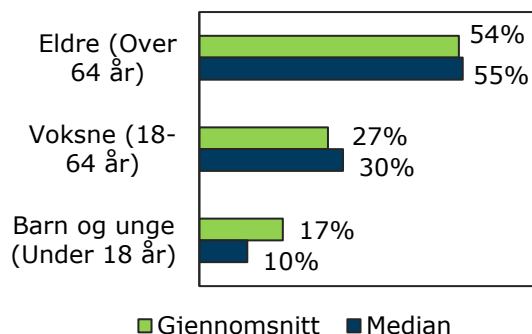


Kilde: Spørreundersøkelse til synshemmede gjennomført av Oslo Economics 2021. N = 678.

Flere aktører presiserer at tiden det tar før man mottar behandling varierer ut fra blant annet geografi, tilstand og behandlingsmuligheter.

Om lag halvparten av øyelegenes pasienter rapporteres å være eldre enn 64 år, mens voksne pasienter i gjennomsnitt utgjorde om lag en tredjedel av pasientene (Figur 3-11).

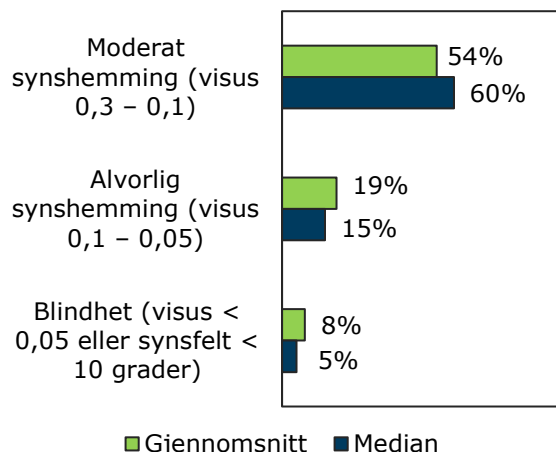
Figur 3-11: Øyelegers pasienter fordelt på ulike aldersgrupper



Kilde: Spørreundersøkelse til øyeleger gjennomført av Oslo Economics 2021. N = 50-51.

Videre har om lag halvparten av øyelegenes pasienter moderat synshemming, mens andelen med alvorlig synshemming i gjennomsnitt er 19 prosent (Figur 3-12).

Figur 3-12: Øyelegers pasienter fordelt på grader av synshemming



Kilde: Spørreundersøkelse til øyeleger, gjennomført av Oslo Economics 2021. N = 40-49.

3.3.4 Habilitering og rehabilitering

Det finnes ikke en entydig definisjon for synsrehabilitering. **Behovet for synsrehabilitering oppstår når synstap ikke kan kompenseres fullt ut med briller, kirurgi eller medisinsk behandling.** Det dreier seg om tilpasning og mestring; å lære å mestre dagliglivet på nytt, og å lære kompensierende teknikker for å mestre et synstap. Det innebærer ofte:

- Opplæring i kompensierende ferdigheter (f.eks. gå i trapp, finne veien)
- Hjelpemidler og tilpasning i hjemmet eller på arbeidsplassen (f.eks. belysning)
- Veiledning og mestring av ny livssituasjon

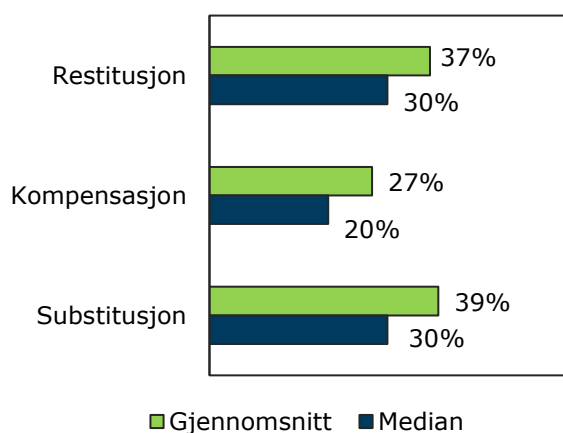
Behovet for habilitering og rehabilitering varierer etter årsaken til og alvorligheten av synshemmingen, og det er ikke alle typer synshemming som krever rehabilitering. Synet er

derimot en så sentral sans i dagliglivet at selv mindre svekkelser kan kreve omfattende rehabilitering. Man skiller gjerne mellom ulike typer rehabiliterende tiltak:

- Restitusjon: gjenvinne hele eller deler av synsfunksjonen
- Kompensasjon: kompensere for synsutfallet ved å endre atferd og aktiviteter
- Substitusjon: finne erstatninger for synshemming ved å bruke hjelpemidler

Undersøkelsen til øyelegene viste at i gjennomsnitt har like under 40 prosent av pasientene behov for enten restitusjon eller substitusjon, mens 27 prosent har behov for kompensasjon (Figur 3-13).

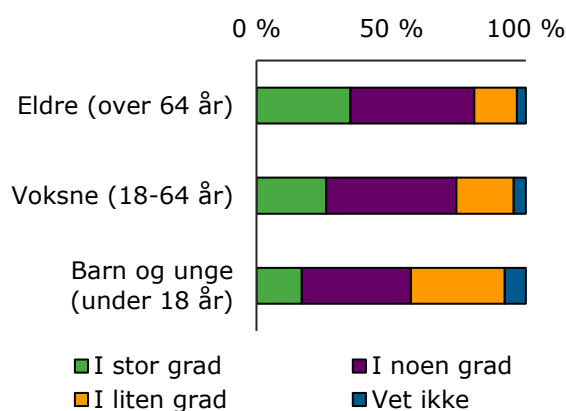
Figur 3-13: Øyelegers pasienter fordelt på behov for restitusjon, kompensasjon og substitusjon



Kilde: Spørreundersøkelse til øyeleger, gjennomført av Oslo Economics 2021. N = 49-51.

Mellom om lag 60 og 80 prosent av optikerne oppgir at de i noen til stor grad hjelper pasientene med rehabilitering eller habilitering etter behandling på øyeavdeling (Figur 3-14).

Figur 3-14: I hvilken grad optikere hjelper pasientene med rehabilitering/ habilitering etter behandling på øyeavdeling



Kilde: Spørreundersøkelse til optikere gjennomført av Oslo Economics 2021. N = 89.

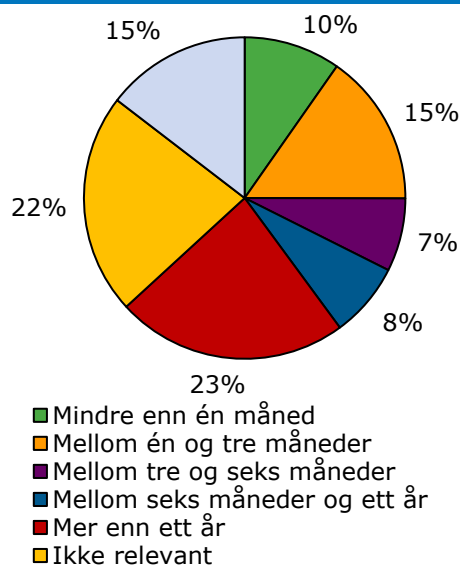
Habilitering og rehabilitering av sansetap skiller seg fra andre habiliterings- og rehabiliterings-tjenester ved at mange av tiltakene foregår på andre arenaer enn helsetjenestens, for eksempel i frivillig sektor (f.eks. Norges Blindforbund), opplæringssektoren (f.eks. Statped) eller i arbeids- og velferdssektoren (f.eks. NAV Hjelpemiddelsentralen). Mens en slagpasient etter akuttbehandling ofte overføres direkte til rehabiliteringsavdeling i samme helseforetak, mangler helseforetakene et tilsvarende tilbud for synshemmede. Det kan tenkes at dette er med på å skape avstand mellom behandling og rehabilitering for synshemmede.

Hjelpetjenester, hjelpemidler, kurs og opplæring

Undersøkelsen til synshemmede viste at en betydelig andel erfarte at det tok mer enn ett år fra de hadde konsultasjon hos øyelege til de fikk tilbud om hjelpetjenester og/eller hjelpemidler (Figur 3-15). Dersom man ser bort fra andelen som oppga at spørsmålet ikke var relevant eller at de ikke visste, svarte **en tredjedel at det tok mer enn ett år før de fikk**

tilbud om hjelpetjenester og/eller hjelpemidler.

Figur 3-15: Hvor lang tid det tok for synshemmede fra de hadde konsultasjon hos øyelege til de fikk tilbud om hjelpetjenester og/eller hjelpemidler (fra f.eks. Blindeforbundet, NAV Hjelpemiddelsentralen, Statped, m.m.)



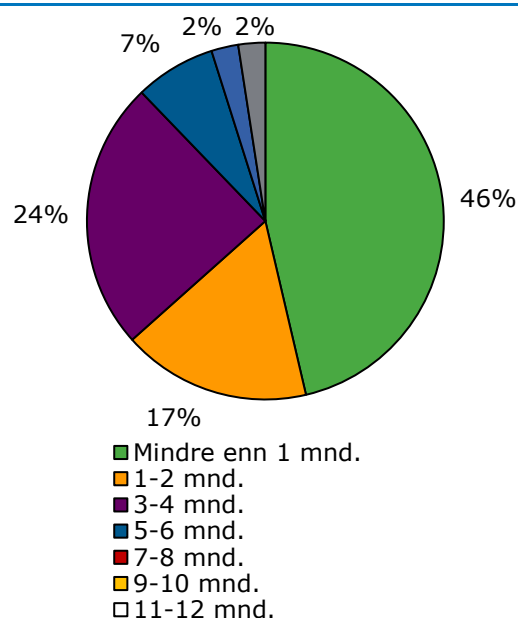
Note: 23 prosent oppga at det tok mer enn ett år, 15 prosent oppga at det tok mellom én og tre måneder, 10 prosent oppga at det tok mindre enn én måned, og 8 prosent oppga at det tok mellom seks måneder og ett år. Kilde: Spørreundersøkelse til synshemmede gjennomført av Oslo Economics 2021. N = 679.

I en spørreundersøkelse gjennomført av Opinion (2021) oppga hver fjerde kommune at ventetiden som personer i arbeidsdyktig alder og personer over 67 år må regne med før de får hjelp av synskontakten eller annen ansatt fra kommunen, er på under én uke. Tre av fire kommuner oppga en ventetid på under fire uker. Halvparten av kommunene oppga at de informerer synshemmede om rettigheter og muligheter, og tre femtedeler oppga at de bistår personene med å kartlegge hjelpebehov. 72 prosent av representantene fra kommunene oppga videre at kommunen bistår synshemmede i å søke om hjelpemidler, og 47 prosent oppga at de bistår med opplæring av hjelpemidler. Halvparten av kommunene med

synskontakt(er) oppga at det er synskontakten som gir opplæring i digitale ferdigheter til svaksynte og blinde.

Undersøkelsen vi gjennomførte blant synskontakter viste at nær halvparten av synskontaktene oppgir at det er mindre enn én måneds ventetid i deres kommune/bydel for å få konsultasjon hos en synskontakt (Figur 3-16). En betydelig andel oppgir imidlertid at det går mellom én og fire måneder før man får konsultasjon.

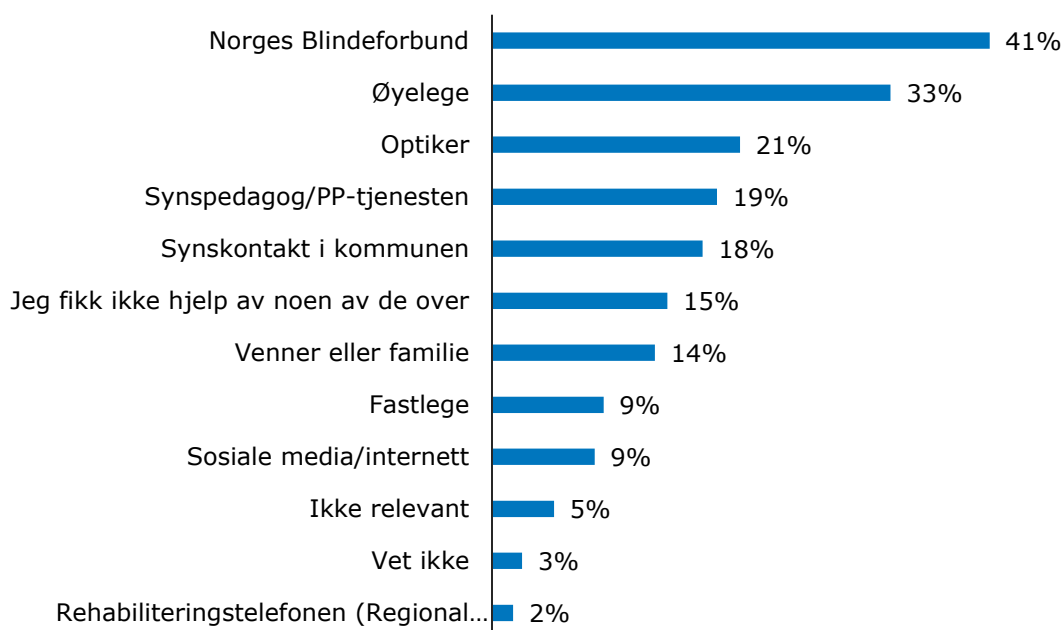
Figur 3-16: Ventetid i kommuner/bydel for å få konsultasjon hos en synskontakt



Note: 46, 24 og 17 prosent oppgir at ventetiden er på henholdsvis mindre enn 1 måned, 3-4 måneder og 1-2 måneder. Kilde: Spørreundersøkelse til synskontakter gjennomført av Oslo Economics 2021. N = 41.

Undersøkelsen til synshemmede viste at de i størst grad fikk hjelp av Norges Blindeforbund til å få oversikt over rettigheter og tilbud til synshemmede (Figur 3-17). En betydelig andel fikk hjelp av øyelege. Utover dette ble følgende aktører nevnt: ortoptist, helsepersonell, andre brukerorganisasjoner, NAV, Huseby kompetansesenter, sosionom, Statped og fysioterapeut.

Figur 3-17: Aktører som synshemmede fikk hjelp av for å få oversikt over rettigheter og tilbud til synshemmede (angir andelen brukere som svarte at de fikk hjelp av aktørene)

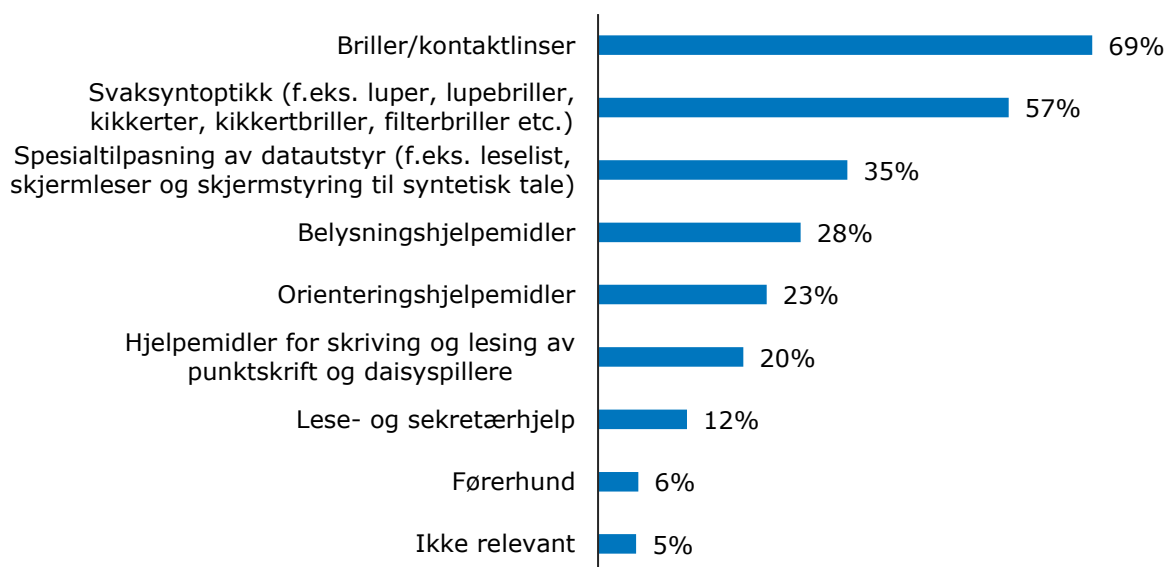


Note: 41 og 33 prosent av synshemmede oppga at de får hjelp av henholdsvis Norges Blindforbund og øyelege. **Kilde:** Spørreundersøkelse til synshemmede gjennomført av Oslo Economics 2021. N = 680.

Om lag 70 prosent av synshemmede svarte at de har briller eller kontaktlinser, og nær 60 prosent

svarte at de har svaksyntoptikk som luper, lupebriller, kikkerter osv. (Figur 3-18).

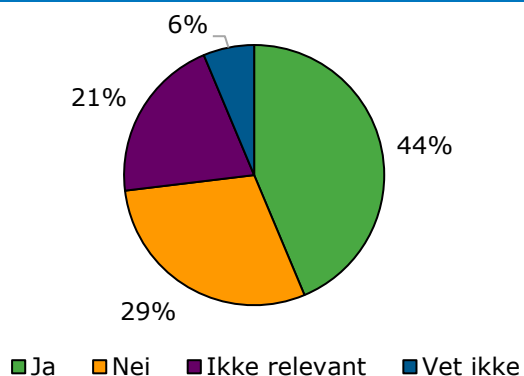
Figur 3-18: Hvilke synhjelpemidler synshemmede har



Note: 69 og 57 prosent av synshemmede oppga at de har briller/kontaktlinser og svaksyntoptikk. **Kilde:** Spørreundersøkelse til synshemmede gjennomført av Oslo Economics 2021. N = 679.

Tjueni prosent av synshemmede oppgir å ikke ha fått tilstrekkelig opplæring i bruk av hjelpemidler (Figur 3-19).

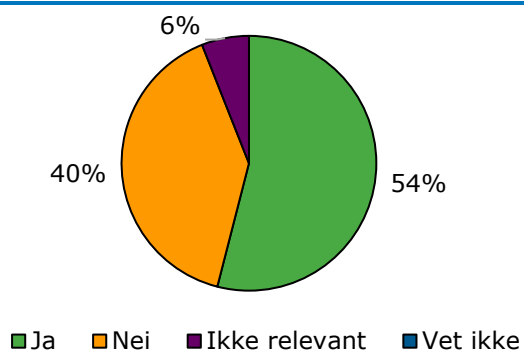
Figur 3-19: Om synshemmede har fått tilstrekkelig opplæring i bruk av synshjelpemidlene



Kilde: Spørreundersøkelse til synshemmede gjennomført av Oslo Economics 2021. N = 679.

Førti prosent av synshemmede har ikke deltatt på kurs eller opplæringstilbud (Figur 3-20).

Figur 3-20: Om respondentene har deltatt på kurs/opplæringstilbud



Kilde: Spørreundersøkelse til synshemmede gjennomført av Oslo Economics 2021. N = 679.

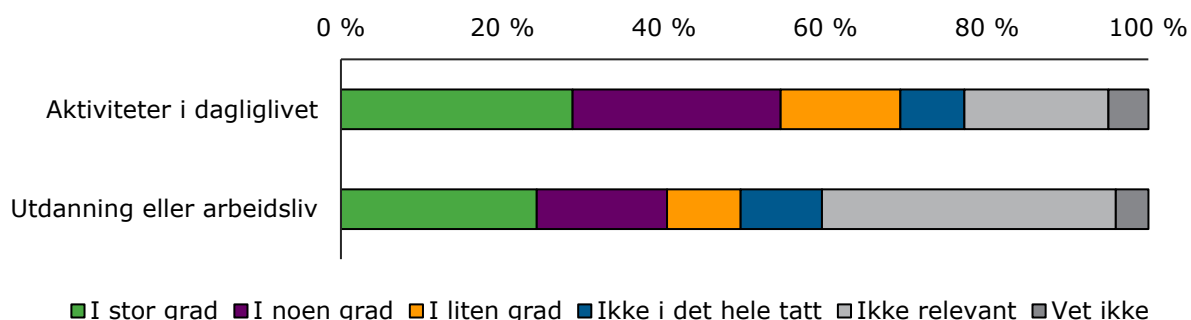
Kompetanse hos tjenestetilbyderne

I fritekstsvar oppgir synshemmede en opplevelse av at flere av aktørene de er i kontakt med mangler kunnskap om synshemming. De mener blant annet at både synskontakter, fastleger og NAV har for lav kompetanse på dette feltet. Derimot er inntrykket til de synshemmede at synspedagoger har god forståelse av hva synstap innebærer, samtidig som de opplever at det er svært få synspedagoger i Norge.

Deltakelse i utdanning, arbeidsliv og aktiviteter i dagliglivet

Synshemmede oppgir at tilbudet de får som følge av synsutfordringene i større grad bidrar til at de kan delta i aktiviteter i dagliglivet heller enn å delta i utdanning i arbeidsliv (Figur 3-21). **Om lag 20 prosent av synshemmede oppgir at tilbudet «i liten grad» eller «ikke i det hele tatt» bidrar til at de kan delta i aktiviteter i dagliglivet eller i utdanning eller arbeidsliv.** Hvis vi ser bort fra respondentene som svarer «ikke relevant» eller «vet ikke», er andelen betydelig større.

Figur 3-21: I hvilken grad tilbudet synshemmede får grunnet sine synsutfordringer bidrar til at de kan delta i aktiviteter i dagliglivet eller utdanning/arbeidsliv



Note: 29 og 26 prosent av synshemmede oppgir at tilbudet bidrar til at de kan delta i aktiviteter i dagliglivet i henholdsvis stor eller noen grad. 24 og 16 prosent oppgir at tilbudet bidrar til at de kan delta i utdanning eller arbeidsliv i henholdsvis stor eller noen grad. Kilde: Spørreundersøkelse til synshemmede gjennomført av Oslo Economics 2021. N = 677-679.

3.4 Samhandling mellom aktørene

Boks 6: Samhandling

- Aktørene opplever tjenestetilbudet som uoversiktlig; det er mange aktører og krevende å holde oversikt
- Øyeleger, optikere og synskontakter har størst kjennskap til **NAV Hjelpemiddelsentralen** og **Norges Blindforbund**, og øyeleger og synskontakter henviser oftest til disse aktørene.

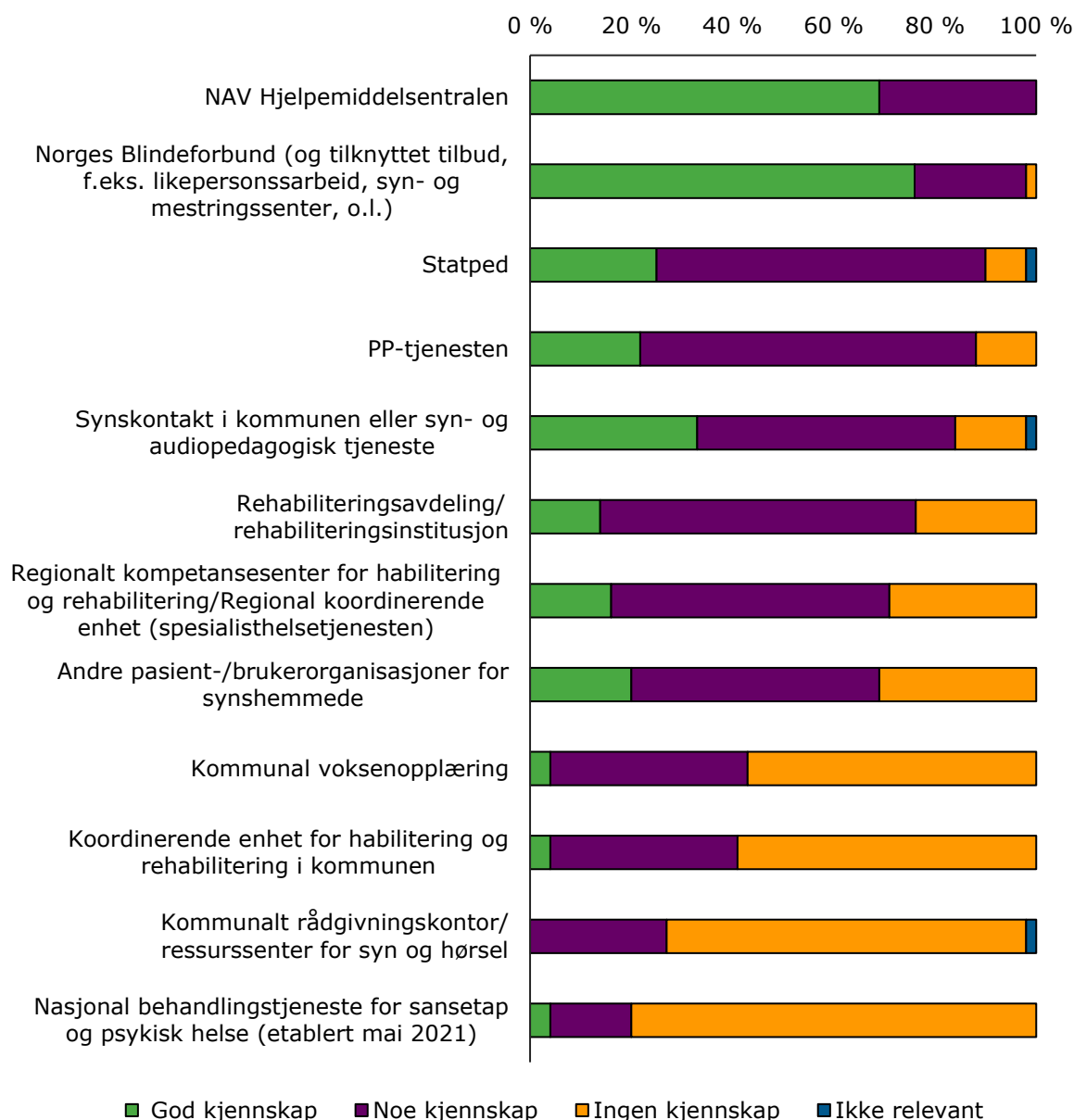
3.4.1 Aktørenes kjennskap til hverandre

Generelt oppgir aktørene i intervjuer og spørreundersøkelser at de opplever tjenestetilbudet som uoversiktlig; tjenestetilbudet består av svært mange aktører og det er vanskelig å ha god kjennskap til alle.

De fleste øyelegene har god kjennskap til NAV Hjelpemiddelsentralen og Norges Blindforbund, mens om lag 25-30 prosent har god kjennskap til Statped, PP-tjenesten og synskontakt i kommunen (Figur 3-22). Øyelegene har i mindre grad kjennskap til Nasjonal behandlingstjeneste for sansetap og psykisk helse, kommunalt rådgivningskontor/ressurssenter for syn og hørsel, koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen og kommunal voksenopplæring.

Øyelegene som svarte at de hadde noe eller god kjennskap til andre pasient-/brukerorganisasjoner for synshemmede oppga at de kjente til Retinitis Pigmentosa-foreningen (RP-foreningen), Norsk Glaukomforening, CP-foreningen, Diabetes-foreningen og International Blind Sports Federation.

Figur 3-22: Øyelegers kjennskap til ulike aktørers tilbud til synshemmede

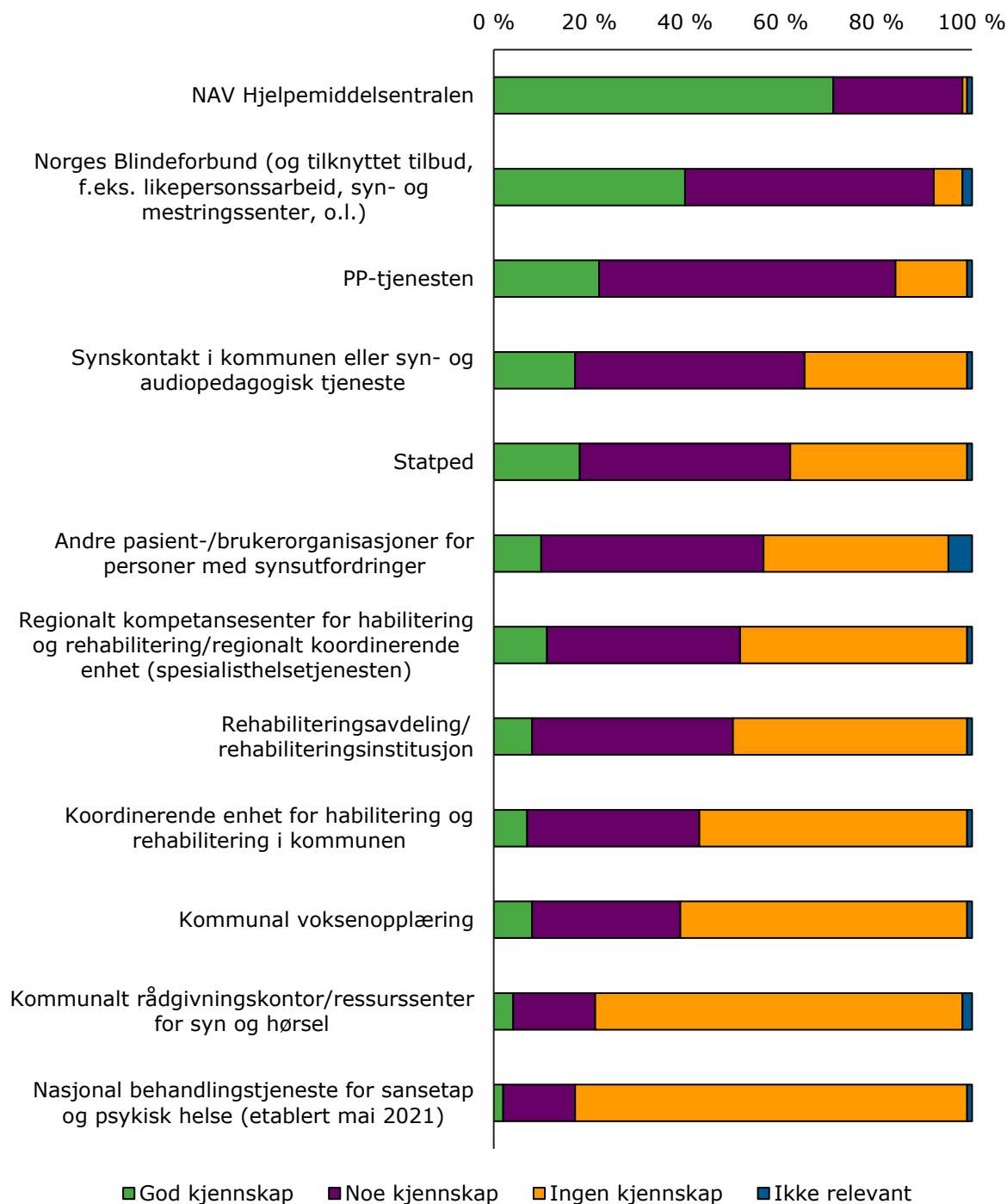


Note: 69 og 31 prosent av øyelegene har henholdsvis god og noe kjennskap til NAV Hjelpemiddelsentralen. 76 og 22 prosent har henholdsvis god og noe kjennskap til Norges Blindeforbund. Kilde: Spørreundersøkelse til øyeleger gjennomført av Oslo Economics 2021. N = 50-51.

Optikerne har størst kjennskap til NAV Hjelpemiddelsentralen, Norges blindeforbund, PP-tjenesten og synskontakter i kommunen eller syn- og audiopedagogisk tjeneste (Figur 3-23). Respondentene som svarte at de

hadde noe eller god kjennskap til andre organisasjoner nevnte RP-foreningen, Keratokonus Norge, Glaukomforeningen, voksenopplæringsentre, Nasjonalt senter for optikk, syn og øyehelse og Eikholt.

Figur 3-23: Optikers kjennskap til ulike aktørers tilbud til synshemmede

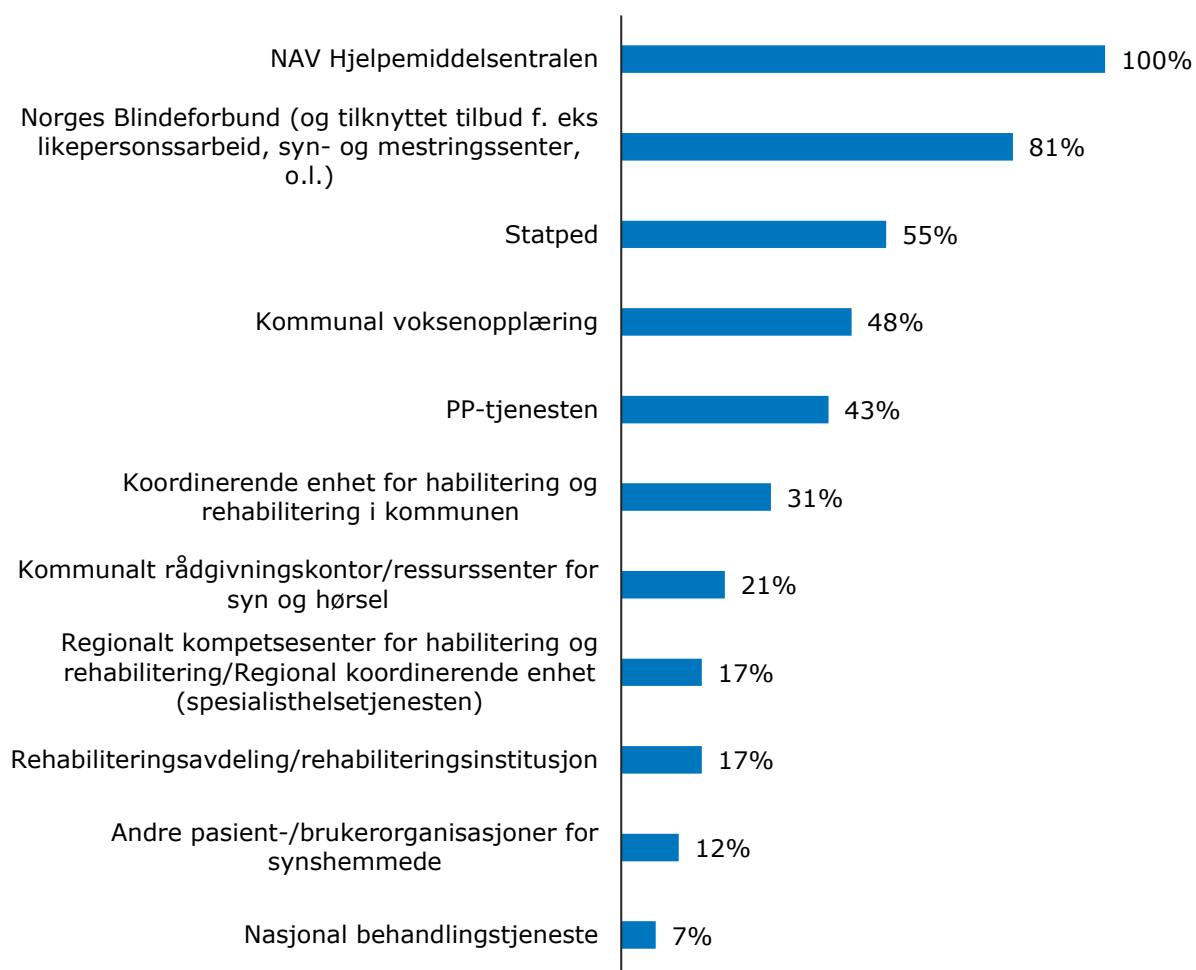


Note: 71 og 27 prosent av optikerne har henholdsvis god og noe kjennskap til NAV Hjelpemiddelsentralen. 40 og 52 prosent har henholdsvis god og noe kjennskap til Norges Blindeforbund. Kilde: Spørreundersøkelse til synshemmede gjennomført av Oslo Economics 2021. N=89.

Vi fant fra undersøkelsen til synskontakter at alle kjenner til at NAV Hjelpemiddelsentralen samarbeider med deres kommune/bydel om sitt

tilbud til synshemmede, og nært alle kjenner til at Norges Blindeforbund samarbeider med deres kommune/bydel (Figur 3-24).

Figur 3-24: Hvilke instanser synskontakter kjenner til at samarbeider med sin kommune/bydel om sitt tilbud til synshemmede



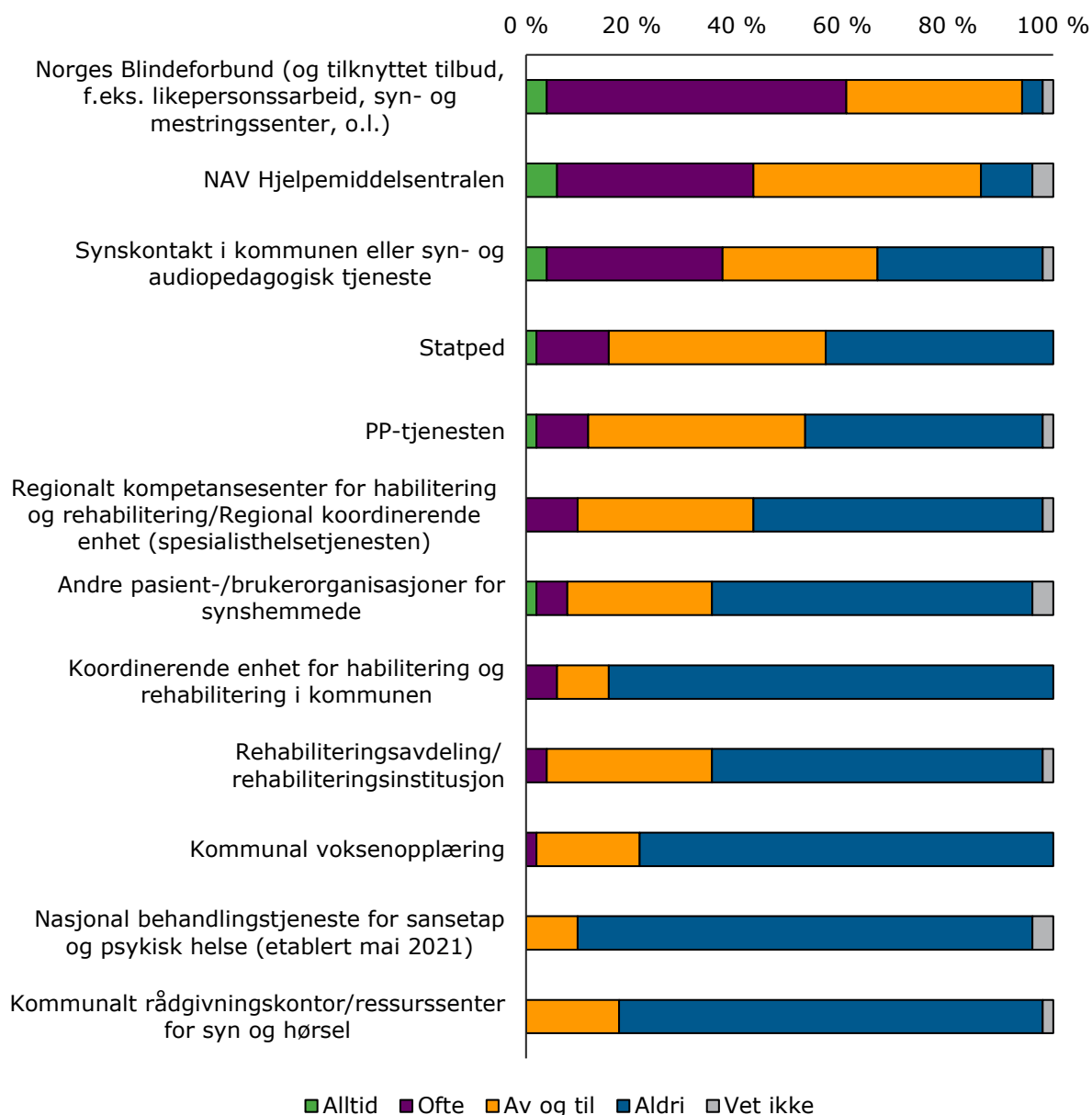
Note: 100 og 81 prosent av synskontaktene kjenner til at henholdsvis NAV Hjelpemiddelsentralen og Norges Blindforbund samarbeider med deres kommune/bydel om sitt tilbud til synshemmede. Kilde: Spørreundersøkelse til synskontakter gjennomført av Oslo Economics 2021. N = 42.

3.4.2 Henvisningspraksis

Undersøkelsen til øyeleger viser at flest øyeleger oftest henviser til Norges Blindforbund, NAV Hjelpemiddelsentralen og synskontakt i kommunen eller syn- og audiopedagogisk tjeneste, som er i samsvar med kjennskapen deres til aktørers tilbud (Figur 3-25).

Øyelegene som svarte at de av og til, ofte eller alltid henviser til andre pasient-/brukerorganisasjoner for synshemmede nevnte privat svaksyntoptiker, pasientombud og Norsk Glaukomforening. En øyelege oppga i fritekstsvar at det oppleves som begrensende å ikke kunne henviser direkte til hjelpemiddelsentralen direkte (men henviser via synspedagog eller fastlege).

Figur 3-25: Hvor ofte øyeleger anbefaler eller henviser pasienter med behov for oppfølgende rehabilitering om/til ulike aktørgrupper

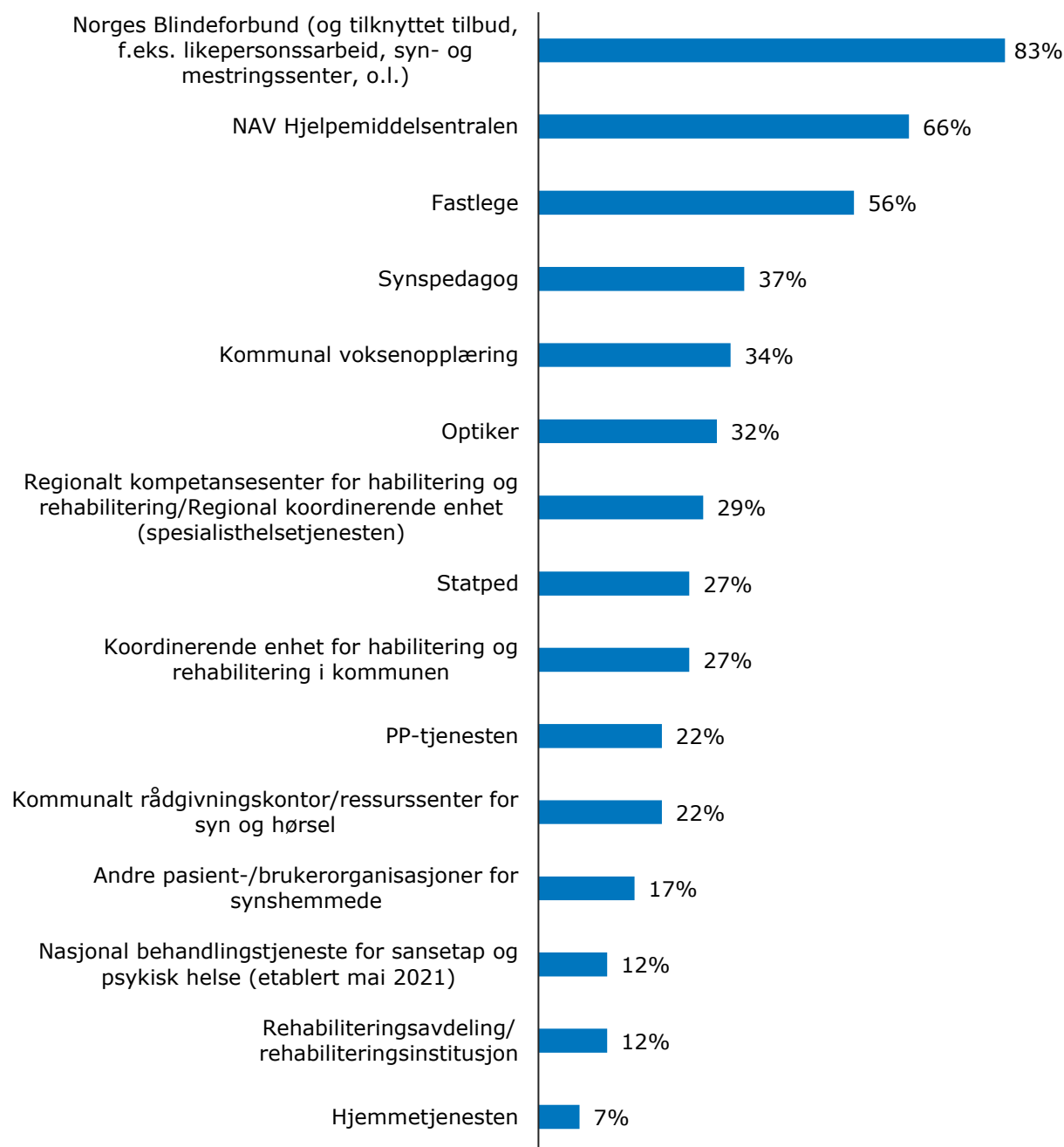


Note: 4 og 47 prosent av øyelegene anbefaler eller henviser henholdsvis alltid og ofte til Norges Blindeforbund. 6 og 37 prosent av øyelegene anbefaler eller henviser henholdsvis alltid og ofte til NAV Hjelpemiddelsentralen. Kilde: Spørreundersøkelse til øyeleger gjennomført av Oslo Economics 2021. N = 51.

De fleste synskontaktene vil sende eller henviser en blind eller sterkt svaksynt person som har behov for

rehabilitering til Norges Blindeforbund, NAV Hjelpemiddelsentralen og fastlege (Figur 3-26).

Figur 3-26: Hvor synskontaktene ville sende eller henvise en blind eller sterkt svaksynt person som har behov for rehabilitering



Note: 83 og 66 prosent av synskontaktene ville sende eller henvise til henholdsvis Norges Blindforbund og NAV Hjelpemiddelsentralen. Kilde: Spørreundersøkelse til synskontakter gjennomført av Oslo Economics 2021. N = 41.

3.5 Juridiske rammer og sentrale føringer for tjenestetilbudet

I dette kapitlet redegjør vi for juridiske rammer og sentrale føringer for rehabiliterings- og habiliterings-

tjenestene for personer med synshemminger. Først presenterer vi hva personer med synshemminger har rett for innenfor tre ulike sektorer, og deretter regulering av roller og ansvar, herunder finansieringsansvar. Til slutt presenterer vi anskaffelser fra private

aktører og ulike former for offentlig og privat samarbeid.

3.5.1 Hva personer med synshemminger har rett på

For å få et helhetlig bilde av de juridiske rammene ved tjenestetilbudet for personer med synshemming, har vi undersøkt dimensjoner innenfor følgende tre sektorer:

- Helse
- Arbeid og velferd
- Opplæring

Helse

Ifølge Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne, har mennesker med nedsatt funksjonsevne rett til den høyest oppnåelige helsestandard uten diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2013). Konvensjonen sier også at Norge skal legge til rette for at habiliterings- og rehabiliteringstjenester begynner så tidlig som mulig, og støtter deltakelse og inkludering i samfunnet på alle samfunnsområder.

Pasient- og brukerrettighetsloven, Helse- og omsorgstjenesteloven og Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, legger de juridiske rammene for hva personer med synshemming har rett på når det kommer til helsetjenestetilbud.

Pasient- og brukerrettighetsloven gir pasienter og brukere rett til nødvendig helsehjelp. Loven slår blant annet fast at pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan og få en koordinator i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelse-tjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, og er hjemlet i § 2-5 og §2-5b. Videre slår § 3-1 fast at pasienter og brukere

har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal legges til rette for dette. (Lovdata, 2001)

Helse- og omsorgstjenesteloven gir rett til brukerstyrt personlig assistanse (BPA) til personer under 67 år med langvarig og stort behov for personlig assistanse etter § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b. Begrepet «personlig assistanse» omfatter praktisk bistand, opplæring og støttekontakt. Videre slår § 3-6 fast at nødvendig pårørende-støtte blant annet i form av opplæring og veiledning, avlastningstiltak og omsorgsstønning skal tilbys til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid. (Lovdata, 2012)

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator gir nærmere bestemmelser, og skal «sikre at personer som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, tilbys og ytes tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse. Formålet er også å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.» Forskriften skal sikre at tjenestene «tilbys og ytes ut fra et pasient- og brukerperspektiv, i eller nærmest mulig pasientens og brukerens vante miljø, samordnet, tverrfaglig og planmessig, og i en for pasientens og brukerens meningsfylt sammenheng» (Lovdata, 2012).

Arbeid og velferd

Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne sier at mennesker med nedsatt funksjonsevne har rett til arbeid på lik linje med andre (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2013).

Folketrygdloven, Forskrift om stønad til hjelpemidler mv til bedring av funksjonsevnen i arbeidslivet og i dagliglivet og til ombygging av maskiner på arbeidsplassen, Arbeidsmiljøloven og Likestillings- og diskrimineringsloven legger de juridiske rammene for hva personer med synshemming har rett på når det kommer til arbeid og velferd.

Retten til grunnstønad og hjelpestønad er hjemlet i Folketrygdlovens paragrafer § 6-3 og § 6-4. Grunnstønad gis dersom man som følge av varig sykdom, skade eller lyte har nødvendige ekstraavgifter til for eksempel drift av tekniske hjelpemidler, hold av førerhund eller hold av servicehund. Om sykdommen, skaden eller lytet har oppstått før fylte 70 år kan man ta med utgifter i forbindelse med transport. For å kvalifisere til å motta grunnstønad må man ha varige og regelmessige utgifter som må dokumenteres og overstige laveste sats. Hjelpestønad gis personer som på grunn av varig sykdom, skade eller lyte, har behov for særskilt tilsyn og pleie. Etter § 6-4, femte ledd fremgår at en person som er blind eller som har så dårlig synsevne at vedkommende ikke kan rettlede seg ved hjelp av synet, anses å fylle vilkårene til hjelpestønad. (Lovdata, 1997) Man søker om grunnstønad og hjelpestønad fra NAV.

Retten til stønad til bedring av funksjonsevnen i arbeidslivet og dagliglivet som følge av sykdom, skade eller lyte er hjemlet i Folketrygdlovens § 10-5 og § 10-6. Videre slår § 10-7 fast at man kan få stønad i form av utlån av, tilskudd til eller lån til hjelpemidler, herunder skolehjelpemidler med unntak av læremidler, høreapparat, grunnmønster til søm av klær, førerhund, lese- og sekretærhjelp for blinde og svaksynte, tolke- og ledsagerhjelp for døvblinde og motorkjøretøy eller annet transportmiddel. (Lovdata, 1997)

Forskrift om stønad til hjelpemidler mv til bedring av funksjonsevnen i arbeidslivet og i dagliglivet og til ombygging av maskiner på arbeidsplassen gir nærmere bestemmelser om stønaden synshemmede og døvblinde kan ytes til hjelpemidler, herunder til anskaffelse av førerhund i § 4 og til opplæring ved tilpassingskurs i § 6. (Lovdata, 1997)

Selv om man mister synet, er det fullt mulig å arbeide. Arbeidsmiljølovens § 4-6 pålegger arbeidsgiver å iverksette nødvendige tiltak for at arbeidstaker skal kunne beholde eller få et passende arbeid, så langt det er mulig, hvis en arbeidstaker har fått redusert arbeidsevne som følge av ulykke, sykdom, slitasje e.l. (Lovdata, 2006) Videre slår Likestillings- og diskrimineringslovens § 6 fast at det er forbudt å diskriminere på grunn av funksjonsnedsettelse (Lovdata, 2018).

Personer med nedsatt funksjonsevne kan søke Husbanken og NAV Hjelpemiddelsentralen om lån og tilskudd ved ombygging av eksisterende bolig. Tilpasninger omfatter økt belysning, lysskjermer og andre former for fysisk tilrettelegging (NAV og Husbanken, u.d.).

Opplæring

Personer som erverver synsutfordringer i løpet av livet kan ha behov for opplæring i å skrive på nytt, lese punktskrift (braille), gjennomføre dagliglivets gjøremål (ADL), samt lære grunnleggende ferdigheter i data på ny. Folketrygdloven og opplæringsloven legger de juridiske rammene for hva personer med synshemming har rett på når det kommer til opplæring.

Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne sier at mennesker med nedsatt funksjonsevne skal ha tilgang til inkluderende, god og gratis grunnutdanning og videregående opplæring i sitt lokalsamfunn, på lik linje med

andre (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2013).

Folketrygdlovens § 10-7 slår som nevnt tidligere fast at man kan få stønad til skolehjelpemidler med unntak av læremidler, samt lese- og sekretærhjelp for blinde og svaksynte.

Opplæringslovens § 2-14 og § 3-10 slår fast at sterkt svaksynte og blinde elever i grunnskole og videregående opplæring har rett til opplæring i mobilitet. Denne opplæringen omfatter punktskrift (braille), bruk av nødvendige tekniske hjelpemidler, samt å ta seg fram på skolen, til og fra skolen og i hjemmemiljøet (mobilitet). (Lovdata, 1999) Ifølge Statped har elever i grunnskolen rett til inntil 1525 timer til slik opplæring. Elever i videregående skole har rett til inntil 456 timer i tillegg til den ordinære timerammen. Opplæring etter § 2-14 og § 3-10 regnes ikke som spesialundervisning. Derfor kan en elev med nedsatt syn ha rett både til ekstra opplæring og til spesialundervisning. Etter en sakkyndig vurdering fra PPT, kan synshemmede elever søke inntak i videregående skole på særskilte vilkår, og videre ha mulighet til å gå to ekstra år i videregående skole hvis det er nødvendig for å nå opplæringsmålene. (Statped, 2021)

Kapittel 4A i Opplæringsloven omtaler opplæring spesielt organisert for voksne. Retten til grunnskoleopplæring for personer som er over opplæringspliktig alder er hjemlet i § 4A-1, retten til spesialundervisning på grunnskolens område er hjemlet i § 4A-2, og retten til videregående opplæring for voksne er hjemlet i § 4A-3. Opplæringen skal gis av personer med relevant faglig og pedagogisk kompetanse. (Lovdata, 1999)

3.5.2 Regulering av ansvar, herunder finansieringsansvar

Kommunene og helseforetakene pålegges ulike ansvar i lover og

forskrifter. Ansvars- og oppgavefordeling innenfor de juridiske rammene, må avklares i dialog mellom helseforetak og kommuner. Dette skal nedfelles i de lovpålagte samarbeidsavtalene som følger av Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 6-1 og 6-2 og Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e.

I dette delkapitlet fremstiller vi en oppsummering av regulering av roller og ansvar, herunder finansieringsansvar.

Kommunen

Kommunens overordnede ansvar følger av Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 som pålegger kommunene å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2018). § 3-2 pålegger blant annet kommunene å sørge for nødvendige sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering (Lovdata, 2012). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator gir nærmere bestemmelser om dette, og spesifiserer i § 5 at «kommunen skal planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet og ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen. Tjenester som inngår i kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud, skal integreres i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud.» (Lovdata, 2012)

At kommunene skal sørge for nødvendige sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering innebærer at kommunene selv kan velge hvordan de organiserer tjenestene. Nasjonal veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator spesifiserer at kommunen må sikre et differensiert tilbud som inneholder funksjons- trening, tilrettelegging og læringstilbud som dekker behovet til kommunens innbygger. Tilbudet bør blant annet omfatte døgnbasert tilbud i institusjon,

dagtilbud, tilbud i brukerens hjem, tilbud integrert i barnehage, skole, dagtilbud og arbeid, lærings- og mestringstilbud og hjelpemidler. (Helsedirektoratet, 2018)

§ 9 i Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator pålegger blant annet kommunene «å sørge for formidling av nødvendige hjelpemidler og for å tilrettelegge miljøet rundt den enkelte pasient og bruker.» (Lovdata, 2012)

Av annen relevans er Helse- og omsorgstjenestelovens pålegg til kommunene om å tilby personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt jf. § 3-2, punkt 6 bokstav b, og om å tilby nødvendig pårørendestøtte i form av opplæring og veiledning, avlastningstiltak og omsorgsstønad, jf. § 3-6. (Lovdata, 2012)

Helseforetakene

De regionale helseforetakenes ansvar følger av Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a. som pålegger helseforetakene å sørge for spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon (Lovdata, 2001). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator utdyper dette og pålegger helseforetakene å «sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted i helseregionen tilbys og ytes nødvendig habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i og utenfor institusjon.» (Lovdata, 2012)

Egenandel og Helfo

Ifølge Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester §8 kan «kommunene selv fastsette regler for betaling av egenandel og betalingssatser for

praktisk bistand og opplæring etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b, herunder for brukerstyrt personlig assistanse, som ikke er til personlig stell og egenomsorg» (Lovdata, 2012).

Fra Helfo får blinde og svaksynte refusjon av utgifter for

- legemidler og medisinsk forbruksmateriell (Helfo, 2019)
- opphold ved enkelte kurssteder inntil fire uker (HelseNorge, 2021)
- ridefysioterapi, elektrolyse og enkelte rekreasjonsopphold (HelseNorge, 2019)
- behandling hos ortopist etter henvisning fra lege som er spesialist i øyesykdommer (HelseNorge, 2021)

3.5.3 Anskaffelse fra private aktører og ulike former for offentlig og privat samarbeid

Blinde eller svaksynte kan få tilpasningskurs i regi av ulike arrangører, herunder blant annet Eikholt nasjonalt ressurscenter for døvblinde. Synshemmede, hørselshemmede og døvblinde kan få stønad til opplæring ved tilpasningskurs som er godkjent av NAV, jf. Forskrift om stønad til hjelpemidler mv til bedring av funksjonsevnen i arbeidslivet og i dagliglivet og til ombygging av maskiner på arbeidsplassen § 6, og NAV fastsetter takster for stønaden. Rundskriv til Folketrygdloven § 10-7 første ledd bokstavene a, c og d samt annet og tredje ledd gir ytterligere bestemmelser om dette (NAV, 1997). Videre dekker Helfo opphold ved Norges Blindeforbunds tre syn- og mestringssentre inntil fire uker (HelseNorge, 2021).

4. Behov for å styrke tilbudet til synshemmede

Vi vurderer at de viktigste utfordringene i tjenestetilbudet til synshemmede er manglende oversikt over synshemmede, uoversiktlig aktørbilde og tjenestetilbud, samt særskilte utfordringer knyttet til rehabilitering og habilitering. I dette kapitlet drøfter vi utfordringene og mulig tiltak for å styrke tilbudet.

4.1 Styrker, svakheter og utfordringer i tjenestetilbudet til synshemmede

Gjennom den samlede informasjonsinnhentingen har vi kartlagt styrker, svakheter og utfordringer i tjenestetilbudet til synshemmede. Flere av aktørene vi har vært i kontakt med opplever at tjenestetilbudet til synshemmede har betydelige mangler, og at det er stort behov for tiltak for å styrke tilbudet. Selv om flere opplever at tjenestetilbudet til synshemmede har stort forbedringspotensial, er det

flere som understreker at **det er mange gode tilbud enkeltvis, men at tilbudene må henge bedre sammen.**

Vi har identifisert utfordringer knyttet til alle deler av pasientforløpet, men de største utfordringene er knyttet til rehabilitering og habilitering. Når det gjelder å avdekke synssvekkelse er det en utfordring at dagens definisjon av synshemming begrenser seg til skarpsyn og ikke omfatter ulike synsfunksjoner, samt at det mangler en oversikt over antall synshemmede. Utredning og behandling virker å fungere godt, men aktørene opplever at tjenestetilbudet er uoversiktlig, noe som særlig påvirker overgangen til rehabilitering og habilitering.

I dette kapitlet drøfter vi **vår vurdering av de mest sentrale utfordringene i dagens tjenestetilbud til synshemmede (oppsummert i Boks 7 på neste side).**

Boks 7: Sentrale utfordringer i dagens tjenestetilbud til synshemmede

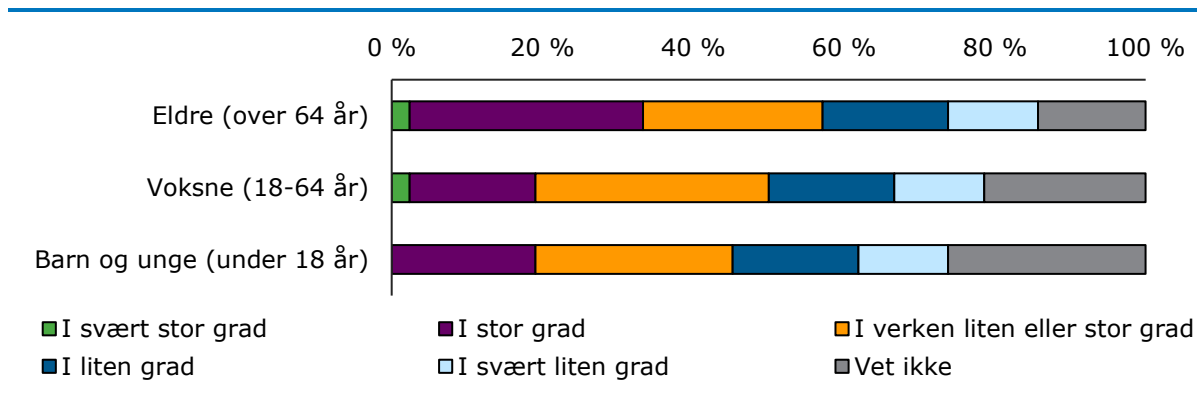
- **Dagens definisjon av synshemming begrenser seg til redusert skarpsyn** (og i noen tilfeller innskrenket sidesyn), ikke den helhetlige synsfunksjonen, og det **mangler oversikt over synshemmede**, både nasjonalt og lokalt.
- Tjenestetilbudet til synshemmede består av **mange ulike aktører, på tvers av sektorer og tjenestenivåer**. Dette bidrar til at tilbudet blir uoversiktlig, både for brukerne og aktørene.
- I pasientforløpet er det **særlig utfordringer knyttet til rehabilitering og habilitering**:
 - Definisjonen av (re)habilitering oppleves som uklar, og det er uklar rollefordeling mellom helse- og opplæringssektoren.
 - Det er store variasjoner i det kommunale rehabiliteringstilbudet, og det er utfordrende å sikre kompetanse på syn og synsrehabilitering i alle landets kommuner.
 - Helseforetakene har et godt organisert behandlingstilbud, men tilbyr knapt rehabilitering av synshemmede og er avhengig av andre aktører. Dette skaper faglig og organisatorisk avstand mellom behandling og rehabilitering.
 - Det tilbys i liten grad tverrfaglig utredning av synsrehabiliteringsbehovet.
 - Brukere får ikke tilstrekkelig informasjon om sin tilstand og rettigheter, og heller ikke god nok opplæring i bruk av hjelpemidler.

4.1.1 Manglende oversikt over synshemmede

En betydelig andel av kommunene har ikke oversikt over antall synshemmede. Svarene fra synskontaktene tyder på at kommuner

og bydeler har best oversikt over antall synshemmede i aldersgruppen eldre enn 64 år (Figur 4-1). Om lag 30 prosent av synskontaktene oppgir at egen kommune/bydel i liten eller svært liten grad har oversikt over antall synshemmede.

Figur 4-1: I hvilken grad synskontaktens kommune/bydel har oversikt over antall synshemmede



Note: Henholdsvis 2 og 31 prosent av synskontaktens egen kommune/bydel rapporteres å ha oversikt over antall eldre synshemmede i henholdsvis stor og svært stor grad. Henholdsvis 2 og 17 prosent av synskontaktens egen kommune/bydel rapporteres å ha oversikt over antall voksne synshemmede i henholdsvis svært stor og stor grad. 19 prosent av synskontaktens kommune/bydel rapporteres å i stor grad ha oversikt over antall synshemmede barn og unge. Kilde: Spørreundersøkelse til synskontakter, gjennomført av Oslo Economics 2021. N = 42.

Flere av aktørene vi har snakket med, peker på at svakheter ved syns-

kartleggingen medfører at særlig barn, unge og eldre kan ha uoppdaget

synssvekkelse, og at enkelte blir feildiagnostisert.

I tillegg er det flere aktører som utelukkende benytter seg av definisjonen av synshemming som er lagt til grunn i ICD10-kodesystemet. Her klassifiseres synshemming ut fra redusert skarpsyn eller innskrenket synsfelt, men inkluderer ikke andre viktige delfunksjoner som kontrastsyn og øyemotorikk. I tillegg må reduksjonen i skarpsyn være relativt betydelig for å klassifisere som synshemming. I virkeligheten innebærer synshemming at synsfunksjonen som helhet er redusert. En snever begrepsbruk knyttet til ICD10-definisjonen av synshemming, medfører risiko for at personer som faktisk er synshemmede ikke blir fanget opp. I ICD11-kodesystemet er flere delfunksjoner inkludert i definisjonen av synshemming, samtidig som skarpsynkravet er myket opp. Ved implementering av ICD11-kodesystemet vil derfor definisjonen av synshemming trolig omfatte flere personer.

4.1.2 Tjenestetilbudet til synshemmede består av mange ulike aktører på tvers av sektorer og tjenestenivåer

Det er mange ulike aktører på tvers av sektorer og tjenestenivåer som tilbyr tjenester til synshemmede. Aktørene er både på statlig, regionalt, kommunalt og tverrsektorielt nivå. I tillegg er frivillige aktører, særlig Norges Blindforbund, sentrale tjenestetilbydere.

Øyeleger, optikere og synskontakter kjenner særlig godt til Blindforbundet og NAV Hjelpemiddelsentralen, og synshemmede henvises ofte til disse aktørene. Det kommer imidlertid frem fra kartleggingen at det både virker å være noe overlapp mellom aktørenes ansvarsområder i tilbudet til synshemmede, samt at det er utfordrende

for aktørene å ha oversikt over det samlede aktørbildet og de ulike tjenestetilbudene som finnes.

I det videre utdypes utfordringer knyttet til omfanget og bredden av aktører som tilbyr tjenester til synshemmede.

Overlappende funksjoner i de koordinerende enhetene

I dag finnes det både koordinerende enheter i kommunene, koordinerende enheter i helseforetakene og regionale koordinerende enheter. De to første er kommunene og helseforetakene lov-pålagt å ha. Det er imidlertid opp til kommunene og helseforetakene å bestemme hvordan enhetene skal organiseres. Når det gjelder de regionale koordinerende enhetene (RKE), fremkommer det ikke direkte av spesialisthelsetjenesteloven at det skal være koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering på regionalt nivå (Helsedirektoratet, 2018). Med hjemmel i tidligere forskrift om habilitering og rehabilitering er det imidlertid etablert RKE i hver av de fire helseregionene. Basert på kartleggingen forstår vi det som at RKE i Helse Vest og Helse Midt-Norge består av de koordinerende enhetene i helseforetakene, mens RKE utgjør en egen enhet i Helse Nord og Helse Sør-Øst. Vår vurdering er at omfanget av og nivåene på de koordinerende enhetene kan føre til uklar ansvarsfordeling.

Aktørene har behov for oversikt over tilbudet til synshemmede, samt bedre samarbeid

I spørreundersøkelsen utdypes flere øyeleger at de synes det er utfordrende å ha oversikt over hvem man skal henvise videre til etter utredning og behandling, og at de mangler informasjon om hvilke tilbud som finnes. Flere trekker frem at tjenestetilbudet er uoversiktlig, og at det deles lite informasjon på tvers av de ulike tjenestetilbyderne. Manglende

koordinering og samarbeid mellom tilbydere av rehabiliterings- og habiliteringstjenester, NAV hjelpemiddelsentralen, øyelege og andre aktører som sosionom og psykolog, oppleves begrensende for tilbudet som gis. Enkelte peker også på at øyelegene (i motsetning til tidligere) ikke kan henvisne direkte til for eksempel PPT eller Statped.

"Når jeg ønsker å henvisne til synspedagog, vet jeg ikke hvor jeg skal sende henvisningen. Når jeg skal søke om briller til svaksynte og søker til NAV om hjelpemidler, får jeg avslag. Vi prøver nå via synskontakt i kommunen, men aner ikke om det er riktig instans."

Svar fra øyelege i spørreundersøkelse

Optikere etterlyser et bedre samarbeid mellom optikere, fastleger, øyeleger og kommunale tjenester. De opplever mangel på kommunikasjon og vilje blant aktørene til å gjøre seg kjent med hverandre.

Videre oppga 40 prosent av synskontaktene at synskontaktordningen ikke er godt nok kjent blant

andre aktører som jobber med synshemmede. Noen av synskontaktene etterlyser mer kontakt og samarbeid på tvers av tjenestenivåer, for eksempel at øyeleger og optikere i større grad kan henvisne til synskontakter.

Flere synshemmede oppgir også i fritekstsvar at det er mange aktører og manglende samhandling på tvers av sektorer, som gjør at tilgangen på tjenester begrenses.

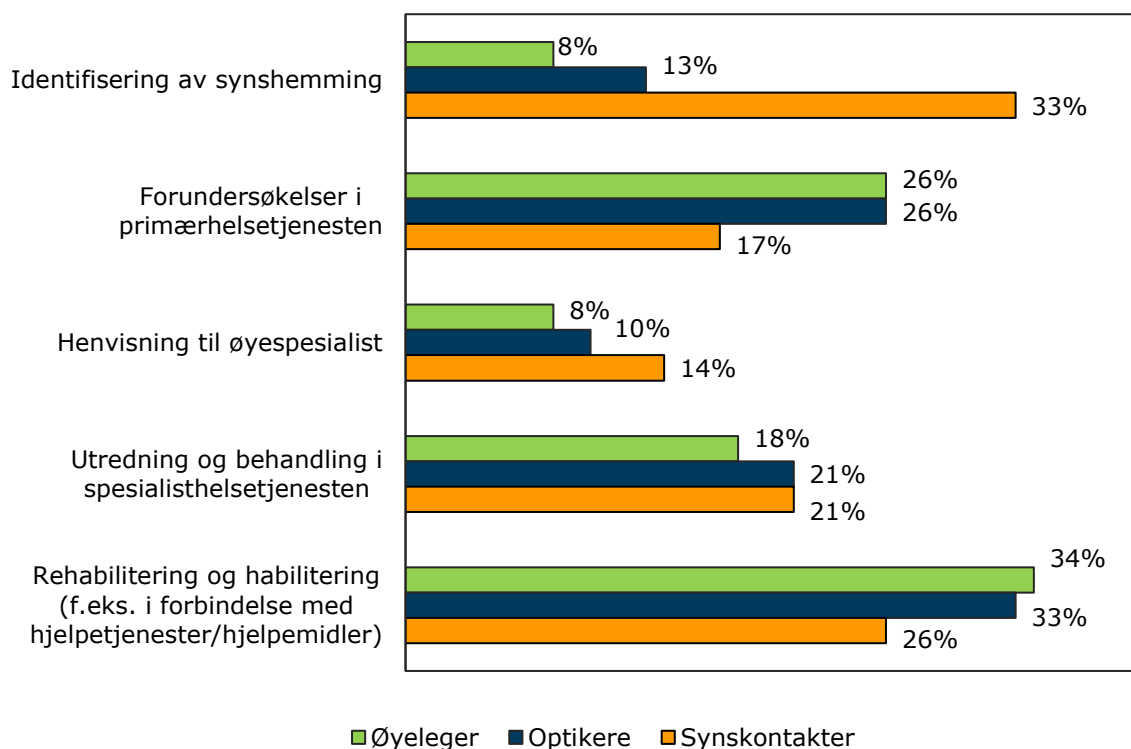
«Det er altfor mange aktører og instanser som skal koordineres, og kunnskapen om hvem som skal gjøre hva, er heller mangelfull og dårlig kommunisert. Kun de mest resurssterke brukerne har sjanse til å nå fram. En del av de instanser dere spør om her, visste jeg ikke engang fantes.»

Svar fra synshemmet i spørreundersøkelse

4.1.3 Utfordringer i alle deler av forløpet, men særlig knyttet til rehabilitering og habilitering

Både tjenesteytere og synshemmede opplever utfordringer knyttet til alle deler av pasientforløpet (Figur 4-2).

Figur 4-2: Andelen øyeleger og optikere som mener det i noen eller stor grad er utfordringer i ulike deler av pasientforløpet for synshemmede



Note: 34, 33 og 26 prosent av henholdsvis øyeleger, optikere og synskontakter mener det i noen eller stor grad er utfordringer i rehabilitering og habilitering. Kilde: Spørreundersøkelser gjennomført til øyeleger (N=50), optikere (N=87-89) og synskontakter (N=42) av Oslo Economics 2021. Svarene fra øyeleger og optikere er andelen som svarte «i stor grad». Svarene fra synskontakter er andelen som svarte «i stor grad» eller «i svært stor grad».

Når det gjelder identifisering av synshemming er det særlig synskontaktene som rapporterer om utfordringer. Dette henger antageligvis sammen med at synskontaktene opplever at kommunen mangler oversikt over synshemmede.

Øyelegene opplever at forundersøkelser i primærhelsetjenesten kan være mangelfulle. Dette kan føre til at henvisningene ikke inneholder tilstrekkelig informasjon.

«Det er ofte for knappe/dårlige henvisninger og for lav terskel for å henvise. Det gjør at det blir vanskelig å prioritere pasientene, og vi får lange ventelister på kontroller fordi vi må prioritere nyhenviste for å unngå fristbrudd.»

Svar fra en øyelege i spørreundersøkelse

Når det gjelder henvisning til øyelege og behandling i spesialisthelsetjenesten trekker flere frem at det er utfordringer ved at det ofte er lange ventetider for konsultasjon.

Aktørene opplever størst utfordringer knyttet til rehabilitering og habilitering.

Vi har oppsummert de viktigste utfordringene i tre hovedpunkter:

- Definisjonen av (re)habilitering oppleves som uklar, og det er særlig uklar grenseoppgang mellom helse- og opplæringssektoren
- Det er store variasjoner i kommunalt rehabiliteringstilbud, og det er utfordrende å sikre kompetanse på syn og synsrehabilitering i hele landet
- Helseforetakene har et godt organisert behandlingstilbud, men tilbyr knapt rehabilitering av synshemmede, og er avhengig av andre aktører; dette skaper faglig og organisatorisk avstand mellom behandling og rehabilitering
- Det tilbys i liten grad tverrfaglig utredning av rehabiliteringsbehov
- Brukere får ikke tilstrekkelig informasjon om sin synsutfordring, sine rettigheter eller god nok opplæring i bruk av hjelpemidler

Disse utfordringene utdypes i det følgende.

Uklare definisjoner og grenseoppgang mellom (re)habilitering og opplæring

Flere informanter opplever at begrepene rehabilitering, habilitering og opplæring kan forstås ulikt, og at særlig grenseoppgangen mellom (re)habilitering og opplæring er uklar. Dette kan særlig gi utfordringer for barn og unge, som har behov for at (re)habiliteringen inkluderes i skolehverdagen. Selv om direkte synsrehabilitering (trening) sjeldent foregår i skoletiden, skjer en viktig del av habilitering i form av tilrettelegging i skolen. Det er ofte behov for spisskompetanse for å bistå slik tilrettelegging, og alle kommuner ved PP-tjenestene kan søke slike tjenester hos Statped. Enkelte informanter peker på at det er en utfordring at bare PP-tjenesten kan henvise til Statped, ettersom de opplever at PP-tjenesten mangler kompetanse på syn.

En fersk rapport om samarbeidet mellom Statped og helsetjenesten peker på at hvilket regelverk de ulike tjenestetilbyderne er underlagt er avgjørende for både tjenestetilbyderens plikter og mottakerens rettigheter. Statped arbeider hovedsakelig etter barnehage- og opplæringsloven. Samtidig vises det til at det kan være vanskelig å trekke grensen for hva som er spesialpedagogiske tiltak i barnehagen eller skolen, og hva som er habilitering eller rehabilitering og dermed defineres som helsehjelp (Statped, Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet, 2020).

Store variasjoner i kommunalt rehabiliteringstilbud og utfordrende å sikre kompetanse

Flere av brukerne og aktørene peker på at det er store variasjoner i det kommunale rehabiliteringstilbudet, og at det er behov for økt kompetanse på syn og synsrehabilitering. De nevner særlig at det er behov for å styrke kompetansen blant synskontaktene, og at det mangler synspedagoger i kommunene.

Et tjenestetilbud som trekkes frem av enkelte synshemmede som særlig godt fungerende, er Syns- og audio-pedagogisk tjeneste i Hordaland (SAPT).

«[Jeg] får god bistand fra Syns- og Audiopedagogisk Tjeneste i Hordaland. Der er det kompetente synspedagoger som bistår synshemmede med veiledning, kartlegging av behov og søknad om nødvendige synshjelpemidler til dagliglivet.»

Svar fra synshemmet i spørreundersøkelse

Flere av de synshemmede som svarte på undersøkelsen, trekker frem at det er stor mangel på synspedagoger i deres hjemkommuner.

«Det er en skrikende mangel på synspedagoger, så skal denne situasjonen bedres, må det utdannes mange flere.»

Svar fra synshemmet i spørreundersøkelse

Også øyelegene og optikerne påpeker mangel på et kommunalt synspedagogisk tilbud.

«I vår kommune er det ingen synspedagog eller noen enhet med ansvar for opptrening av synstap.»

Svar fra optiker i spørreundersøkelse

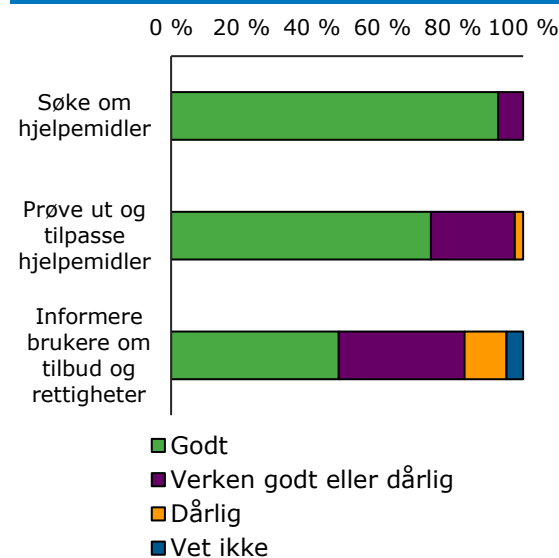
Helseforetakene tilbyr i liten grad rehabilitering og habilitering

Det er mange offentlige aktører involvert i habilitering og rehabilitering av synshemmede. Samtidig viser vår kartlegging at Norges Blindforbund er en av aktørene som flest har kjennskap til, og som benyttes i størst grad. Norges Blindforbund er den aktøren flest synshemmede har fått hjelp av til å skaffe oversikt over sine rettigheter og tilgjengelige tilbud (Figur 3-17). Det er også den aktøren både øyelegene og synskontaktene oppgir å oftest henvise pasienter til ved behov for rehabilitering (Figur 3-25 og Figur 3-26).

Generelt har helseforetakene et bredt behandlingstilbud, men de tilbyr knapt rehabilitering av synshemmede, og er isteden avhengig av andre aktører. At Blindforbundet har en så sentral rolle i opplæring og rehabilitering av synshemmede, tyder på at det offentlige tjenestetilbudet ikke er tilstrekkelig.

I kommunene er synskontaktene sentrale i rehabiliteringstilbudet. Vi fant at en betydelig andel synskontakter opplever at synskontaktordningen ikke informerer brukere godt nok om tilbud og rettigheter (Figur 4-3). Samtidig svarer synshemmede at de opplever det er for få synskontakter og at synskontaktene har begrenset kompetanse på syn.

Figur 4-3: Hvor godt eller dårlig synskontaktene vurderer ulike aspekter ved synskontaktordningen i deres kommune/bydel



Note: 93 prosent av synskontaktene vurderer at synskontaktordningen i deres kommune/bydel fungerer godt. Kilde: Spørreundersøkelse til synskontakter gjennomført av Oslo Economics 2021. N = 42.

Vår vurdering er at ettersom rehabiliteringen i mindre grad ytes i spesialisthelsetjenesten, kan bidra til å skape faglig og organisatorisk avstand mellom behandling og rehabilitering.

Tverrfaglig utredning av rehabiliteringsbehov tilbys i liten grad

Vår vurdering er at en tverrfaglig utredning av rehabiliteringsbehov i liten grad tilbys i dag. Vi finner at det en betydelig andel synshemmede måtte vente i mer enn ett år før de fikk tilbud om hjelpetjenester og/eller hjelpemidler. Det virker i liten grad å

være tverrfaglig samarbeid om utredning av rehabiliteringsbehov, noe som sees i sammenheng med at både aktørene og synshemmede opplever tilbudet som uoversiktlig og fragmentert, i tillegg til at aktørene etterlyser mer samarbeid på tvers av faggrupper. Både synshemmede og fagpersonell etterspør særlig synspedagogisk kompetanse i vurdering av rehabiliteringsbehov, samt en bredere tilnærming til utredning av behov.

Synshemmede pekte på at de har behov for rehabilitering og habilitering på flere områder enn for synstapet:

«Livet består av mer enn synshemming. Derfor er en undersøkelse som KUN fokuserer på synstap, i beste fall mindre relevant. Synshemming medfører ofte en grad av tilsidesettelse i lokalmiljøet, og mange synshemmede har

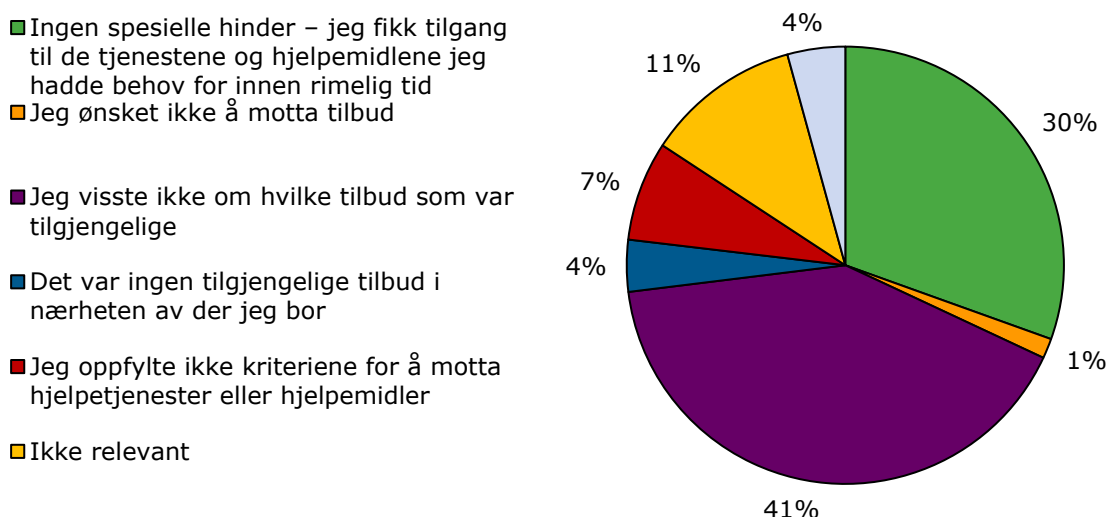
tilleggsforhold (traumer, fysiske eller mentale helseplager), og kontakt med helsetjenesten kan ofte basere seg på disse tilleggene.»

Svar fra synshemmet i spørreundersøkelse

Synshemmede har behov for mer informasjon om tilgjengelige hjelpetjenester/-midler

Flere av aktørene vi har snakket med peker på at brukere ikke mottar tilstrekkelig informasjon om sin synsutfordring og rettigheter, og heller ikke får tilstrekkelig opplæring i bruk av hjelpemidler. Spørreundersøkelsen til synshemmede viste at en betydelig andel opplevde at det å ikke vite hvilke tilbud som var tilgjengelig var det største hinderet for å motta hjelpetjenester eller -midler (Figur 4-4). En tredjedel opplevde imidlertid ingen spesielle hinder, og oppga at de mottok tjenestene og hjelpemidlene de hadde behov for innen rimelig tid.

Figur 4-4: Hva synshemmede opplevde som det største hinderet for å motta hjelpetjenester eller hjelpemidler, etter konsultasjon hos øyelege



Note: 41 prosent visste ikke om hvilke tilbud som var tilgjengelige, og 30 prosent opplevde ingen spesielle hinder og fikk tilgang til de tjenestene og hjelpemidlene de hadde behov for innen rimelig tid. Kilde: Spørreundersøkelse til synshemmede gjennomført av Oslo Economics 2021. N = 679

Dette samsvarer med inntrykket fra intervjuene, der flere oppgir at det

mangler lett tilgjengelig informasjon om hvem som kan bistå i et

rehabiliteringsløp, og hvordan og hvor man kan henvende seg for å komme i gang med rehabilitering. Flere synshemmede forteller i fritekstsvar at de måtte finne denne informasjonen på egenhånd, og at de verken fikk hjelp til å orientere seg i aktørbildet eller informasjon om hvilke tjenester de hadde krav på. Flere forteller at det var tilfeldig at de i det hele tatt fikk hjelp.

«Når man mister synet plutselig, så er det ingen som informerer om psykiske utfordringer som kommer med tapet av syn. Du får ikke hjelp, og man forstår det ikke alltid selv. Det er vanskelig å finne ut hvor man skal søke hjelp, fordi man ikke har erfaring med dårlig syn. Pasienter burde automatisk kontaktes ved tap av syn, for å få informasjon de kan ha nytte av for å takle en ny hverdag, spesielt de som opplever synstap i ung alder. Tenåringer og unge voksne sliter med å tilpasse seg.»

Svar fra synshemmet i spørreundersøkelse

Enkelte peker også på at lovverket er til hinder for å få et tilstrekkelig tilbud:

«Rettighetene til hjelpemidler blir mer og mer innskrenket. Barn med kroniske øyesykdommer og synshemming får ikke alt de har behov for i like stor grad som før. Og kravene til dokumentasjon som ikke er

eldre enn 3 mnd. hvert 3 år for å dokumentere ovenfor NAV at barnet fortsatt mangler deler av øynene og fortsatt har nedsatt funksjonsevne, gjør ting enda vanskeligere for foreldre til barn med kronisk sykdom som har nok å tenke på fra før.»

Svar fra synshemmet i spørreundersøkelse

Videre peker aktørene også på at synshemmede ikke får god nok opplæring i bruk av hjelpemidler:

«Det ligger nok noen hjelpemidler hjemme hos kunder som de har fått, men ikke kan bruke, og som de ikke ser nytten i.»

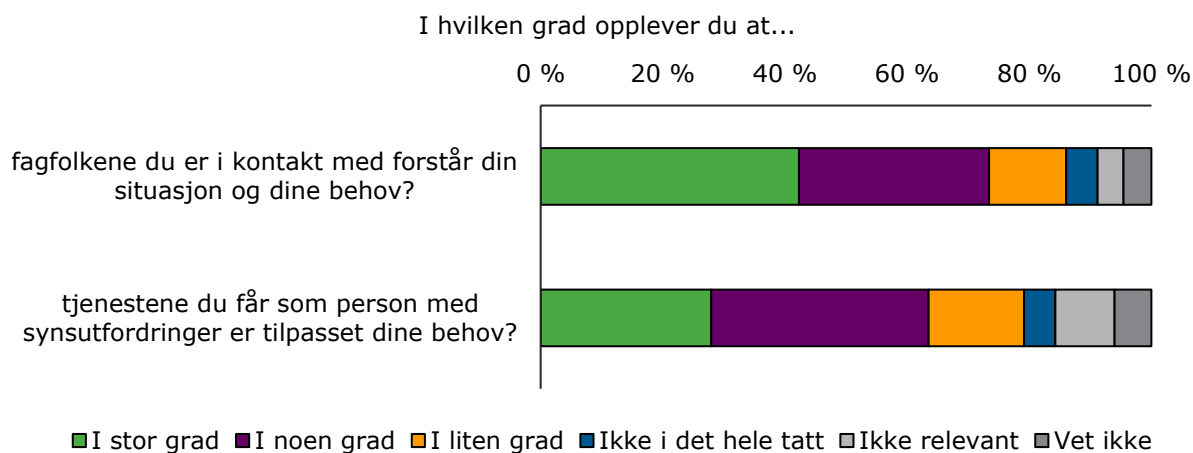
Svar fra optiker i spørreundersøkelse

Om lag tre fjerdedeler av synshemmede opplever at fagfolkene de er i kontakt med, forstår deres situasjon og deres behov i noen grad eller i stor grad. En noe mindre andel svarer det samme på om tjenestene de får som synshemmet er tilpasset deres behov (Figur 4-5). Til tross for dette forteller de i utdypende svar at de i varierende grad opplever at deres behov blir møtt og oppfylt:

«Hvis jeg får innvilget en tjeneste, opplever jeg at den er tilpasset mine behov, men ofte er det vanskelig å få tjenesten innvilget.»

Fritekstsvar oppgitt i spørreundersøkelse til synshemmede

Figur 4-5: I hvilken grad synshemmede opplever at fagfolkene de er i kontakt med forstår deres situasjon og behov, og at tjenestene de får er tilpasset deres behov



Note: 32 og 31 prosent opplever at fagfolkene forstår deres situasjon og deres behov i henholdsvis noen og stor grad. 28 og 36 prosent opplever at tjenestene de får som personer med synsutfordringer er tilpasset deres behov i henholdsvis stor og noen grad. Kilde: Spørreundersøkelse til synshemmede gjennomført av Oslo Economics 2021. N = 680.

4.2 Mulige tiltak for å styrke tilbudet

Med bakgrunn i utfordringene vi har identifisert og beskrevet i kapittel 4.1

og aktørenes innspill til mulige tiltak for å styrke tilbudet, har vi oppsummert våre anbefalinger i Tabell 4-1.

Tabell 4-1: Mulige tiltak for å styrke tilbudet til synshemmede

Muligheter for å styrke tilbudet	Mulige tiltak*
Avdekke synshemming og skaffe oversikt over synshemmede	<ul style="list-style-type: none"> • Vurdere å gjeninnføre et nasjonalt register over synshemmede • Vurdere behovet for en bredere synskartlegging som omfatter tverrfaglig kompetanse
Gi aktørene bedre oversikt over det samlede tjenestetilbudet	<ul style="list-style-type: none"> • Utarbeide klare definisjoner av sentrale begreper* • Utarbeide en samlet oversikt over alle aktørene, herunder deres roller og tilbud til synshemmede, og gjøre oversikten tilgjengelig for både aktørene og brukerne* <ul style="list-style-type: none"> – Tydeliggjøre hvem brukere og tjenesteytere skal kontakte i ulike deler av pasientforløpet – Tydeliggjøre hvilke rettigheter brukerne har i ulike deler av pasientforløpet • Utarbeide et standardisert henvisningsskjema for øyelegene som forenkler overgangen til rehabilitering og habilitering
Styrke tilbud om rehabilitering og habilitering, herunder et helhetlig rehabiliteringsforløp	<ul style="list-style-type: none"> • Sikre et helhetlig rehabiliterings- og habiliteringsforløp gjennom tydelig ansvarsfordeling og koordinering, samt initiering av rehabiliteringsforløpet i spesialisthelsetjenesten <ul style="list-style-type: none"> – Initiere rehabiliteringsforløpet ved lokale helseforetak, tilsvarende som ved hørselsrehabilitering (hørselssentraler),

-
- med mulighet for tverrfaglig kartlegging av enkeltpasienters rehabiliteringsbehov
 - Opprette informasjonskontor om rehabilitering på øyeavdelingene, som et lavterskeltilbud til pasientene
 - Styrke kompetansen innen synsrehabilitering gjennom utdanning av flere synspedagoger og videreutdanning av annet fagpersonell
 - Sikre at alle synshemmede får tilbud om
 - Opplæring og mestringskurs
 - Behovsprøving av hjelpemidler
-

Note: *Tiltak merket med stjerne indikerer at man trolig kan iverksette tiltaket raskt. Øvrige tiltak krever mer planlegging og utredning før de eventuelt iverksettes.

4.2.1 Tiltak for å avdekke synshemming og holde oversikt over pasientgruppen

For å holde oversikt over pasientgruppen bør det vurderes å utarbeide en nasjonal oversikt over synshemmede, og for å bedre avdekke synshemming bør det vurderes å innføre tverrfaglig kartlegging av synsfunksjon.

Vurdere mulighet for å utarbeide nasjonal oversikt over synshemmede

Etter nedleggelsen av Det norske blindekartotek i 1995 har det ikke vært noe nasjonalt register over synshemmede i Norge. Flere aktører vi har intervjuet trekker frem at ingen vet hvor mange synshemmede det er i Norge, og at en oversikt over pasientgruppen er viktig for å kunne vite i hvilken grad pasientene får den behandlingen de har krav på. Flere aktører har tatt opp at det i dag både er problemer knyttet til å fange opp synshemmede og at synshemmede ofte ikke får informasjonen, oppfølgingen og eventuelt rehabiliteringen de har behov for. Et nasjonalt register vil gi bedre samlet oversikt over pasientgruppen og kunne bidra til å redusere mørketallene.

Det bør derfor vurderes å etablere et nasjonalt register over synshemmede for å få en bedre oversikt over pasientgruppen og sikre en mer

enhetlig oppfølging etter diagnostisering. Øyeleger hadde meldeplikt til Blindekartoteket om tilfeller av blindhet eller sterk svaksynthet. Dersom man gjeninnfører et slikt register vil det være aktuelt å vurdere en bredere definisjon på synshemming enn dagens definisjon i ICD10-systemet knyttet til skarpsyn og synsfelt. Avhengig av inklusjonskriteriene i registeret vil det også kunne være aktuelt å utvide meldeplikten til å ikke bare gjelde øyeleger, men også annet personell som jobber tett på synshemmede. Et register over synshemmede vil bidra til oversikt over pasientgruppen som igjen vil være viktig for planlegging og iverksetting av målrettede tiltak. Verdien av et slikt register må imidlertid vurderes opp mot personvern hensyn og informasjonssikkerhet.

Vurdere behovet for en bredere synskartlegging som omfatter tverrfaglig kompetanse

Vi anbefaler at Helsedirektoratet vurderer å etablere en tverrfaglig synskartlegging, der både øyelege, ortoptist, optiker og synspedagog er tilgjengelig ved behov. Hvilke pasientgrupper som kan ha nytte av en slik kartlegging bør defineres. I intervjuene er det flere som trekker frem at en del synshemmede feildiagnostiseres, og peker på at en bredere synskartlegging vil kunne bidra til at flere synshemmede både

får riktig diagnose og en bedre vurdering av sitt personlige behov.

4.2.2 Tiltak for at aktørene skal få bedre oversikt over det samlede tjenestetilbudet

For å gi aktørene bedre oversikt over det samlede tjenestetilbud bør det utarbeides klare definisjoner og en samlet oversikt over aktørene. Videre bør det vurderes å utarbeide et henvisningsskjema fra øyeavdeling til videre rehabiliteringsforløp.

Utover dette kan ulike samhandlingsarenaer bidra til bedre kjennskap til, og samhandling med, hverandre. Et eksempel på et slikt initiativ er Fagråd syn, som er et fagnettverk bestående av aktører som har en rolle inn mot øyepasienter eller synshemmede. Nettverket møtes jevnlig og diskuterer utfordringer eller forbedringer med hensyn til egen virksomhet.

Utarbeide klare definisjoner av sentrale begreper

Flere vi har snakket med etterlyser klare definisjoner knyttet til sentrale begreper som rehabilitering, habilitering, opplæring og målgrupper. Slike begrepsavklaringer kan være nyttige verktøy for å kunne kommunisere presist om fagområdet og legge til rette for et helhetlig rehabiliteringstilbud. Dette er et tiltak som er mindre krevende å implementere enn flere av de andre tiltakene og som vil kunne gi gevinster på relativt kort sikt.

Utarbeide en samlet oversikt over aktørene

En av de største utfordringene for både pasientene og aktørene i tjenestetilbudet er å orientere seg i et svært uoversiktlig landskap, både hva gjelder aktører, tjenestetilbud og rettigheter.

Et konkret tiltak som kan tilrettelegge for lettere tilgjengelig informasjon, er en nettside hvor all informasjon om

tilbudet til synshemmede er samlet, både på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Nettsiden bør inneholde en universelt utformet oversikt over rettigheter, aktører og tjenestetilbud på de ulike nivåene og i de ulike sektorene, og bør gjøres tilgjengelig for alle relevante aktører, både tjenesteytere og brukere.

På nettsiden bør det tydeliggjøres hvem henholdsvis tjenesteyter og bruker skal kontakte i ulike deler av pasientforløpet. For tjenesteyterne bør det finnes en oversikt over hvem man skal henvise til i de ulike delene av forløpet, og hvordan man kan kontakte aktører i andre sektorer og på andre tjenestenivåer både lokalt, regionalt og nasjonalt. For brukerne bør det finnes en oversikt over hvilke rettigheter man har i ulike deler av forløpet, og lokale kontaktpersoner man kan kontakte for å få tjenestene man har behov for.

En slik nettside vil kunne redusere unødvendig ventetid fra avdekking til diagnose, behandling og habilitering og/eller rehabilitering, og vil kunne være en overhengende informasjonskilde som vil kunne effektivisere forløpet for synshemmede i Norge. Vi anbefaler at nettsiden knyttes til en offentlig aktør, for eksempel Helsedirektoratet. Å utarbeide en samlet oversikt over aktørene er et av tiltakene vi anser at kan bidra til å styrke tilbudet til synshemmede på relativt kort sikt.

Utarbeide et henvisningsskjema fra øyeavdeling til videre rehabiliteringsforløp

Et annet mulig tiltak for å sikre at pasientene får tilbud om de tjenestetilbudene som er relevante er å ta i bruk et elektronisk henvisningsskjema. En variant av et slikt henvisningsskjema er utarbeidet på Haukeland Universitetssykehus og er også tatt i bruk ved Oslo Universitetssykehus.

Løsningen gjør det mulig å opprette et henvisningsskjema i elektronisk pasientjournal til pasienter som oppfyller formelle kriterier for habilitering og rehabilitering. I skjemaet kan det krysses av for henvisning til aktuelle samarbeidspartnere, for eksempel koordinerende enhet, syns- og audio-pedagogisk tjeneste, Statped eller Norges Blindforbund. På denne måten har øyelegen en oversikt over aktuelle aktører og kan enkelt henvide videre til én eller flere av disse, basert på pasientens behov.

4.2.3 Styrke rehabiliterings- og habiliteringstilbudet

Flere tiltak kan bidra til å styrke rehabiliterings- og habiliteringstilbudet. I det følgende drøfter vi mulige tiltak

- Sikre et helhetlig rehabiliterings- og habiliteringsforløp gjennom tydelig ansvarsfordeling og koordinering
 - Vurdere å starte rehabiliteringen på øyeavdelingen
 - Vurdere behovet for en tverrfaglig kartlegging av rehabiliteringsbehovet
 - Styrke utdanning av fagpersonell innen rehabilitering
- Sikre at synshemmede får tilbud om opplærings- og mestringskurs og hjelpemidler

Sikre et helhetlig rehabiliterings- og habiliteringsforløp gjennom tydelig ansvarsfordeling og koordinering

Flere aktører har formidlet at rehabiliterings- og habiliteringsforløpet fremstår uoversiktlig og vanskelig å orientere seg i, samt at ansvarsfordelingen er uklar. Det er for eksempel en noe uklar ansvarsfordeling mellom de ulike typene koordinerende enheter som finnes, henholdsvis RKE, koordinerende enhet i helseforetakene og koordinerende enhet i kommunen.

Vi anbefaler at det gjøres en vurdering av hvordan ansvarsfordelingen kan tydeliggjøres mellom de ulike nivåene av koordinerende enheter for å sikre et helhetlig rehabiliterings- og habiliteringsforløp. Videre kunne det vært nyttig å se nærmere på mulighetene for å styrke enten:

- synskontaktordningen,
- koordinatorfunksjonen
- og/eller synspedagogisk tjeneste

Kommunene er ikke lovpålagt å tilby synskontakt. Vi oppfatter imidlertid at det virker å være behov for veiledning for hvordan synskontaktordningen kan styrkes, enten i den enkelte kommunen eller på tvers av kommuner.

Kommunene og helseforetakene er imidlertid pålagt å tilby individuell plan og koordinator til pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan. I dag sier den nasjonale veilederen for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator at følgende oppgaver er sentrale for både koordinerende enhet i kommunene og koordinerende enhet i helseforetakene:

- Overordnet ansvar for individuell plan og koordinator
- Motta meldinger om behov for individuell plan og koordinator
- Utarbeide rutiner for arbeidet med individuell plan og koordinator
- Kompetanseheving om individuell plan og koordinator

Vi vurderer at de overlappende oppgavene gjør ansvarsfordelingen uklar på tvers av aktørene. Helsedirektoratet bør vurdere hvilken eller hvilke aktører som skal ha ansvar for å følge opp at synshemmede får de rehabiliterings- og habiliterings-

tjenestene de har krav på. Vi vurderer at koordinatorene vil kunne være sentrale aktører i en slik oppfølging. En tydeliggjøring av ansvarsfordelingen vil kunne være hensiktsmessig for å sikre at synshemmede får de tjenestene de har behov for.

Kommunene i gamle Hordaland fylke har en felles syns- og audiopedagogisk tjeneste (SAPT) som gir råd til personer med hørsels- eller synsutfordringer. Tjenesten virker å være velfungerende som et mellomledd mellom bruker og hjelpetjenestene. Det bør vurderes å innføre slike overkommunale synspedagogiske tjenester i flere regioner for å styrke kommunenes forutsetninger for å kunne bistå synshemmede.

Initiere rehabiliteringsforløpet ved lokale helseforetak

For å redusere avstanden mellom behandling og rehabilitering innen syn anbefaler vi å vurdere om rehabiliteringsforløpet i større grad initieres ved lokale helseforetak, tilsvarende som for hørselsrehabilitering der hørselssentraler ved sykehusene har en sentral rolle i pasientforløpet. Hørselssentralene gjennomfører undersøkelser, behandling og rehabilitering av pasienter med hørselshemming, og er del av øre-nese-hals-avdelingen på sykehuset (Oslo Economics, 2019). Dette vil sikre at rehabiliteringsforløpet initieres på et nivå med høy medisinsk kompetanse og kunnskap om individuelle årsaker til synstap.

Å initiere rehabiliteringsforløpet på lokale helseforetak gjør det også lettere å gjennomføre en tverrfaglig kartlegging av enkeltpersoners rehabiliteringsbehov, siden landets øyeavdelinger gjerne har ansatt både øyeleger, ortoptister og optikere.

Implementere et lavterskeltilbud med informasjonskontor på øyeavdelingene

Øyeavdelingene utreder, diagnostiserer og behandler pasientene, samt henviser til videre rehabiliteringsforløp. Informasjonsmengden kan være omfattende, og pasientene har ofte et stort informasjonsbehov som klinikerne må dekke på begrenset tid. For å sikre at pasienten også mottar informasjon om rehabilitering og habilitering, kan det opprettes informasjonskontor ved øyeavdelingene. Informasjonskontor kan bemannes av personer med kompetanse på syn og synsrehabilitering, med avsatt tid til å informere pasientene om nettopp dette. Informasjonskontor kan dermed kunne fungere som et første ledd i rehabiliteringen, der terskelen for kontakt er lav og tilbudet pasientnært. En slik modell benyttes blant annet ved Haukeland Universitetssykehus, der en rådgiver fra Norges Blindforbund er tilknyttet øyeavdelingen og gir informasjon til pasienter som ønsker det.

Styrke kompetansen innen synsrehabilitering gjennom utdanning av flere synspedagoger og videreutdanning av annet fagpersonell

Flere av aktørene etterspør utdanning og ansettelse av flere synspedagoger. Faggruppen er sentral i tverrfaglig utredning, trening og rehabilitering, og både synshemmede, optikere og øyeleger påpeker at det er mangel på synspedagogiske tilbud.

Flere aktører trekker også frem at det er behov for økt kompetanse blant synskontaktene. Synskontaktene i kommunene har varierende kvalifikasjoner, stillingsprosent og kompetanse. Det bør vurderes å innføre strukturert opplæring av synskontaktene for å sikre en god synskontaktordning i kommunene.

Ortoptister og optikere kan i større grad kan involveres i rehabiliterings- og habiliteringstilbudet til synshemmede. Universitetet i Sør-Norge (USN) er landets eneste utdanningssted for optometri. USN tilbyr nå en master i synspedagogikk og synsrehabilitering (USN, u.d.). Denne utdannelsen kan styrke kompetansen innen synsrådgivning, utprøving og opplæring i bruk av synshjelpemidler i Norge.

Flere av aktørene vi har snakket med uttrykker bekymring knyttet til Statped's nye rolle; denne innebærer overføring av ansvar og oppgaver fra stat til kommune. Det er bekymring for om kommunene er i stand til å opparbeide samme grad av synsfaglig kompetanse som Statped. Det har blitt pekt på at det er relativt lite synsfaglig kompetanse i synskontaktordningen, og at få kommuner har ansatt egne synspedagoger i PP-tjenesten.

Sikre at synshemmede får tilbud om opplæring og hjelpemidler

Et godt tilbud til synshemmede må ta utgangspunkt i den enkeltes behov for opplæring, hjelpemidler, og annen tilrettelegging. For å styrke tilbudet til synshemmede er det viktig å sikre at alle synshemmede får tilbud om opplæring og mestringskurs. Flere aktører har i tillegg pekt på at det er behov for økt fokus på psykiske helseutfordringer ved sansetap. Videre er det behov for å sikre at synshemmede får de hjelpemidlene de trenger, både for å fungere i dagliglivet, på skolen og i arbeidslivet. Det er selvfølgelig også viktig at synshemmede får god opplæring i bruk av relevante hjelpemidler, slik at det legges til rette for gode liv med selvstendighet i daglige aktiviteter og deltagelse i skole og arbeidsliv.

5. Referanser

- Aniridi Norge, u.d. *Huseby kompetansesenter*. [Internett]
Available at: <https://www.aniridi.no/handbok/hvor-kan-jeg-fa-mer-hjelp/huseby-kompetansesenter/>
- Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2020. *NAV Hjelpemiddelsentral*. [Internett]
Available at: <https://www.veiviseren.no/forstaa-helheten/aktorer/regionale-aktorer/nav-hjelpemiddelsentral>
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2013. *Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne*, s.l.: s.n.
- Bergen kommune, 2021. *Syns- og audiopedagogisk tjeneste i Hordaland (SAPT)*. [Internett]
Available at: <https://www.bergen.kommune.no/innb yggerhjelpen/skole/grunnskole/spesialpedagogisk-tilbud/synsog-audiopedagogisk-tjeneste-i-hordaland-sapt>
- Bli optiker, 2020. *Bli optiker! Et sikkert yrkesvalg!*. [Internett]
Available at: <https://blioptiker.no/>
- Brunes, A. & Heir, T., 2018. Sexual assaults in individuals with visual impairment: a cross-sectional study of a Norwegian sample. *BMJ open*, p. e021602.
- Brunes, A. & Heir, T., 2019. Visual impairment and depression: Age-specific prevalence, associations with vision loss, and relation to life satisfaction. *Health and quality of life outcomes*, pp. 1-7.
- Cyvin, M. & Wilhelmsen, G. B., 2008. *Et forbedret syn, grunnlag for motorisk, språklig og sosial utvikling*, s.l.: Spesialpedagogikk.
- Eikholt, u.d. *Om oss*. [Internett]
Available at: <https://www.eikholt.no/virksomhet/>
- European Council of Optometry and Optics, 2014. *Over 123 million lost workdays per year caused by blindness or eye diseases according to new pan-European health economic study*. [Internett]
Available at: <https://www.ecoo.info/2014/10/over-123-million-lost-workdays-per-year-caused-by-blindness-or-eye-diseases-according-to-new-pan-european-health-economic-study/>
- Fjellstad, L., 2021. *Statped*. [Internett]
Available at: <https://snl.no/Statped>
- Heim, J., Haugen, O., Helland, M. & Fostervold, K. I., 2004. *Syn og lesing hos elever i grunnskolen, Sluttrapport*, Trondheim: SINTEF.
- Helfo, 2019. *Helfos organisasjon*. [Internett]
Available at: <https://www.helfo.no/om-helfo/helfos-organisasjon>
- Helse Bergen, 2021. *Om kompetansesenteret*. [Internett]
Available at: <https://helse-bergen.no/regionalt-kompetansesenter-for-habilitering-og-rehabilitering/regional-koordinerende-eining-rke>
- Helse Bergen, 2021. *Regional vurderingseining for rehabilitering*. [Internett]
Available at: <https://helse-bergen.no/regionalt-kompetansesenter-for-habilitering-og-rehabilitering/regional-vurderingseining-for-rehabilitering>
- Helse Midt-Norge, 2021. *Oppdragsbrev til NTNU v/Regionalt kunnskapssenter*

for barn og unge (RKBU) Midt-Norge for 2021 og 2022, s.l.: s.n.

Helse Nord, 2020. *Regional koordinerende enhet (RKE)*. [Internett] Available at: <https://helse-nord.no/behandlingssteder/rehabilitering-og-habilitering/regional-koordinerende-enhet-rke>

Helse Nord-Trøndelag, u.d. *Regional koordinerende enhet (RKE) og Regional vurderingsenhet (RVE)*. [Internett] Available at:

<https://hnt.no/avdelinger/direktorens-stab/samhandlingsavdelingen/regional-koordinerende-enhet-rke#les-mer-om-regional-koordinerende-enhet-rke-og-regional-vurderingsenhet-rve>

Helse Sør-Øst, 2017. *Fritt behandlingsvalg for habilitering og rehabilitering*. [Internett] Available at: <https://www.helse-sorost.no/nyheter/fritt-behandlingsvalg-for-habilitering-og-rehabilitering>

Helsedirektoratet, 2018. *Nasjonal veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*, s.l.: s.n.

Helsedirektoratet, 2020. *Vurdering av synsfunksjon hos pasienter med hjerneslag, eventuell henvisning til øyelege, optiker, ortoptist og/eller synspedagog*. [Internett] Available at: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/rehabilitering-etter-hjerneslag/syn-horsel-og-kommunikasjon/vurdering-av-synsfunksjon-hos-pasienter-med-hjerneslag-eventuell-henvisning-til-oyelege-optiker-ortoptist-og-eller-synspedagog> [Funnet 29 April 2021].

Helsedirektoratet, 2021. *Nasjonal veileder i rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator kapittel 8.1. Kommunens ansvar for sosial,*

psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. [Internett] Available at: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/habilitering-og-rehabilitering-i-kommunene/kommunens-ansvar-for-sosial-psykososial-og-medisinsk-habilitering-og-rehabilitering>

Helsedirektoratet, 2021. *Referat fra møte nr. 2 med NBF*, s.l.: s.n.

HelseNorge, 2019. *Reiseutgifter til ridefysioterapi, elektrolyse og enkelte rekreasjonsopphald*. [Internett] Available at: <https://www.helsenorge.no/refusjon-og-stotteordninger/bidragsreiser/>

HelseNorge, 2021. *Behandling hos ortoptist*. [Internett] Available at: <https://www.helsenorge.no/refusjon-og-stotteordninger/stonad-til-behandling-hos-ortoptist/>

HelseNorge, 2021. *Grå stær - katarakt*. [Internett] Available at: <https://www.helsenorge.no/sykdom/oesykdommer/katarakt/> [Funnet 2 Juli 2021].

HelseNorge, 2021. *Rekreasjonsopphald for blinde og svaksynte*. [Internett] Available at: <https://www.helsenorge.no/refusjon-og-stotteordninger/kursopphold-og-rehabilitering/ferie-og-rekreasjonsopphold-for-blinde-og-svaksynte/>

Hepworth, et al., 2015. *Poststroke visual impairment: a systematic literature review of types and*, s.l.: Ophthalmol Res..

Høvding, G., 2019. *synshemming*. [Internett] Available at: <https://sml.snl.no/synshemming>

Høvding, G., 2020. *ortopist*. [Internett]
Available at:
<https://sml.snl.no/ortoptist>

Høvding, G., 2021. *øyelege*. [Internett]
Available at:
<https://sml.snl.no/%C3%B8yelege>

Kaplan, M., 2006. *Seeing through new eyes*, London: Jessica Kingsley Publishers.

Kjellén, E. & Bø, R., 2013. Udiagnostiserte synsdringer etter ervervet hjerneskade. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, pp. 1163-1167.

Krogstad, J. M., 2015. *Hva er ervervet hjerneskade?*, s.l.: Sunnaas sykehus.

Lovdata, 1997. *Forskrift om hjelpemiddelsentralenes virksomhet og ansvar*. [Internett]
Available at:
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1997-04-15-323>

Lovdata, 1997. *Forskrift om stønad til hjelpemidler mv til bedring av funksjonsevnen i arbeidslivet og i dagliglivet og til ombygging av maskiner på arbeidsplassen*. [Internett]
Available at:
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1997-04-15-318>

Lovdata, 1997. *Lov om folketrygd (folketrygdloven)*. [Internett]
Available at:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19>

Lovdata, 1999. *Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova)*. [Internett]
Available at:
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61#KAPITTEL_2

Lovdata, 2001. *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og*

brukerrettighetsloven). [Internett]
Available at:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Lovdata, 2001. *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)*. [Internett]
Available at:
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_2#%C2%A72-5

Lovdata, 2006. *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven)*. [Internett]
Available at:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>

Lovdata, 2012. *Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester*. [Internett]
Available at:
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1349>

Lovdata, 2012. *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. [Internett]
Available at:
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>

Lovdata, 2012. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. [Internett]
Available at:
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3

Lovdata, 2018. *Lov om likestilling og forbud mot diskriminering (likestillings- og diskrimineringsloven)*. [Internett]
Available at:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-51>

Lundmark, P. & Luraas, K., 2017. *Survey of referrals and medical reports*

in optometric practices in Norway: midterm findings from a 3-year prospective Internet-based study, s.l.: Clinical Optometry.

NAV og Husbanken, u.d. *Boligtilpassing*, s.l.: s.n.

NAV, 1997. *Rundskriv til ftrl § 10-7 første ledd bokstavene a, c og d samt annet og tredje ledd*. [Internett]
Available at:
<https://lovdata.no/nav/rundskriv/r10-07acd>

NAV, 2021. *Om NAV Hjelpemiddelsentral*. [Internett]
Available at:
<https://www.nav.no/no/person/hjelpemidler/hjelpemidler-og-tilrettelegging/om-nav-hjelpemiddelsentral>

NAV, 2021. *Syn*. [Internett]
Available at:
<https://www.nav.no/no/person/hjelpemidler/hjelpemidler-og-tilrettelegging/hjelpemidler/syn>

NBHP, 2021. *3. mai åpner tilbudet for synshemmede i psykisk helsevern*. [Internett]
Available at:
<https://nbhp.no/2021/04/3-mai-apner-tilbudet-for-synshemmede-i-psykisk-helsevern/>

Norges Blindforbund m.fl., 2003. *Et helhetlig og sammenhengende rehabiliteringstilbud for voksne synshemmede*, s.l.: s.n.

Norges Blindforbund, 2006. *Rapport fra levekårsundersøkelse på blinde og svaksynte innvandrere i Norge*, s.l.: s.n.

Norges Blindforbund, 2021. *Del 1 Det optimale rehabiliteringsløpet*, s.l.: s.n.

Norges Blindforbund, 2021. *Del 2 Situasjonsbeskrivelse av synsrehabilitering i Norge*, s.l.: s.n.

Norges Blindforbund, u.d. *Evenes syn- og mestringscenter*. [Internett]

Available at:
<https://www.blindforbundet.no/tilbud-kurs-og-arrangementer/syn-og-mestringscenterne/evenes-syn-og-mestringscenter>

Norges Blindforbund, u.d. *Hurdal syn- og mestringscenter*. [Internett]
Available at:
<https://www.blindforbundet.no/tilbud-kurs-og-arrangementer/syn-og-mestringscenterne/hurdal-syn-og-mestringscenter>

Norges Blindforbund, u.d. *Hønen gård bo- og mestringscenter*. [Internett]
Available at:
<https://www.blindforbundet.no/tilbud-kurs-og-arrangementer/syn-og-mestringscenterne/honen-gard-bo-og-mestringscenter>

Norges Blindforbund, u.d. *Om Blindforbundet*. [Internett].

Norges Blindforbund, u.d. *Personlig oppfølging og hjemmebesøk*. [Internett]
Available at:
<https://www.blindforbundet.no/tilbud-kurs-og-arrangementer/hjemmebesok-og-personlig-oppfolging>

Norges Blindforbund, u.d. *Solvik syn- og mestringscenter*. [Internett]
Available at:
<https://www.blindforbundet.no/tilbud-kurs-og-arrangementer/syn-og-mestringscenterne/solvik-syn-og-mestringscenter>

NTNU, u.d. *Om RHAB*. [Internett]
Available at:
<https://www.ntnu.no/rkbu/omrhab>

NTNU, u.d. *Synspedagogikk*. [Internett]
Available at:
<https://www.ntnu.no/studier/mprsped/synspedagogikk>

Opinion, 2021. *Kartlegging av kommunens kompetanse på syn* -

Gjennomført for Norges Blindforbund, s.l.: s.n.

Oslo Economics, 2019. *Kartlegging av tilbudet til hørselshemmede i kommunene med vekt på den eldre befolkningen*, Oslo: Oslo Economics.

Oslo kommune, u.d. *Rådgivningskontoret for syn og hørsel*. [Internett]

Available at: <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/nedsatt-funksjonsevne/tilbud-til-syn-og-horselshemmede/radgivningskontoret-for-syn-og-horsel/>

Pladsen, K. & Solevåg, I., 2015. *Barn og unge som er svaksynte - Håndbok for PP-tjenesten*, s.l.: Statped.

Prop. 91 L, 2010-11. *Prop. 91 L (2010-2011), side 373.*, s.l.: Helse- og omsorgsdepartementet.

Regjeringen, 2020. *Pedagogisk-psykologisk tjeneste*. [Internett] Available at: <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/grunnopplaring/artikler/pedagogisk-psykologisk-tjeneste-/id699010/>

Rowe, F. et al., 2019. *High incidence and prevalence of visual problems after acute stroke: an epidemiology study with implications for service delivery*, s.l.: PloS One.

Statped, Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet, 2020. *Sluttrapport for oppdrag 2020 – 001 - Utvikle samarbeidet mellom Statped og helsesektoren*, Bergen: Statped.

Statped, 2019. *Årsrapport 2019 for Statped - til Kunnskapsdepartementet*, s.l.: s.n.

Statped, 2021. *Nytt mandat*. [Internett] Available at: <http://www.statped.no/nyheter/nytt-mandat/>

Statped, 2021. *Rett til ekstra opplæring*. [Internett] Available at: https://www.statped.no/syn/synstap-i-skolealder/rett-til-ekstra-opplaring/? t_id=-11FHFcjefN1xSnq2oRwRg%3d%3d& t_uid=u5tf4NzrSjCO3I5MWDtcQg& t_q=2-14& t_tags=language%3ano%2csiteid%3aef3d3fed-6956-4012-9794-e10aef7f5655%2candquerymatch& t_hit.id=Statped

Statped, 2021. *Rett til mobilitetsopplæring*. [Internett] Available at: <https://www.statped.no/syn/synstap-og-mobilitet/rett-til-mobilitetsopplaring/>

Statped, 2021. *Statped og mobilitet*. [Internett] Available at: https://www.statped.no/syn/synstap-og-mobilitet/statped-og-mobilitet/? t_id=IHijBBFtjTbImevjDog-YA%3d%3d& t_uid=QXHXTKkRSFG5CksHd FZpQ& t_q=ansatte++& t_tag s=language%3ano%2csiteid%3aef3d3fed-6956-4012-9794-e10aef7f5655%2candquerymatch& t_hit.id=Statped

Statped, 2021. *Søknad fra pedagogisk-psykologisk tjeneste*. [Internett] Available at: <https://www.statped.no/soknad-om-tjenester/soknad-fra-pedagogisk-psykologisk-tjeneste/>

Statped, 2021. *Tildelingsbrev*. [Internett] Available at: <https://www.statped.no/om-statped/tildelingsbrev/>

Statped, 2021. *Tjenester innen syn*. [Internett] Available at: <https://www.statped.no/tjenester/tjenester-innen-hvert-fagomrade/tjenester-innen-syn/>

Utdanning.no, u.d. *Øyelege*.
[Internett]
Available at:
<https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/oyelege>

Wilhelmsen, G. B., 2003. *Å se er ikke alltid nok*. s.l.:Unipub Forlag.

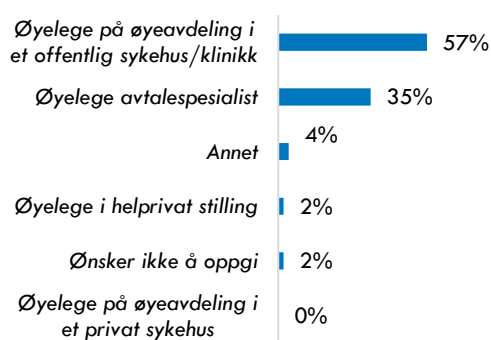
Wilhelmsen, G. B., 2012. *Barns funksjonelle syn*, Bergen: Høgskolen i Bergen.

Vedlegg A Studiepopulasjon spørreundersøkelser

A.1 Spørreundersøkelse til øyeleger

De fleste øyelegene som svarte på spørreundersøkelsen arbeider på øyeavdeling i et offentlig sykehus/klinikk, etterfulgt av øyeleger som er avtalespesialister (Figur A-1).

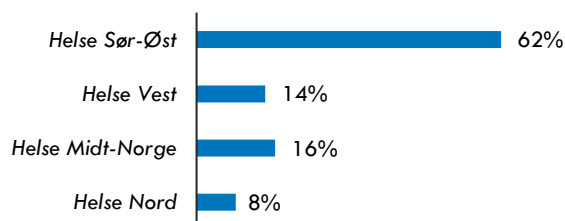
Figur A-1: Øyelegenes stilling



Kilde: Spørreundersøkelse til øyeleger gjennomført av Oslo Economics 2021. N = 51.

De fleste respondentene er tilknyttet Helse Sør-Øst eller, har Helse Sør-Øst som nærmeste arbeidssted (Figur A-2).

Figur A-2: Hvilken helseregion øyelegene er tilknyttet/har som nærmeste arbeidssted



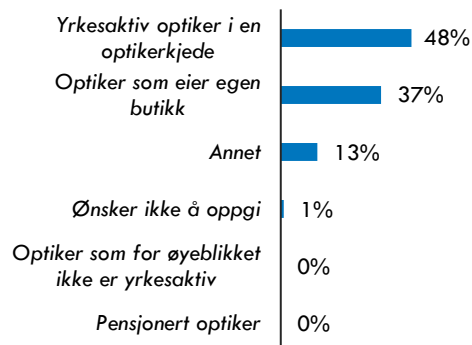
Kilde: Spørreundersøkelse til øyeleger gjennomført av Oslo Economics 2021. N = 50-

A.2 Spørreundersøkelse til optikere

De fleste optikerne som svarte på undersøkelsen er yrkesaktive optikere i

en optikerkjede, etterfulgt av optikere som eier egen butikk (Figur A-3).

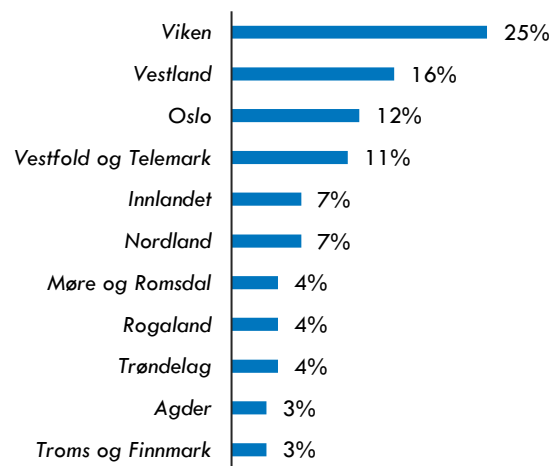
Figur A-3: Optikernes arbeidssituasjon



Kilde: Spørreundersøkelse til optikere gjennomført av Oslo Economics 2021. N = 89.

De fleste optikerne som svarte på undersøkelsen jobber i Viken fylke, etterfulgt av Vestland (Figur A-4).

Figur A-4: Fylke optikerne jobber i



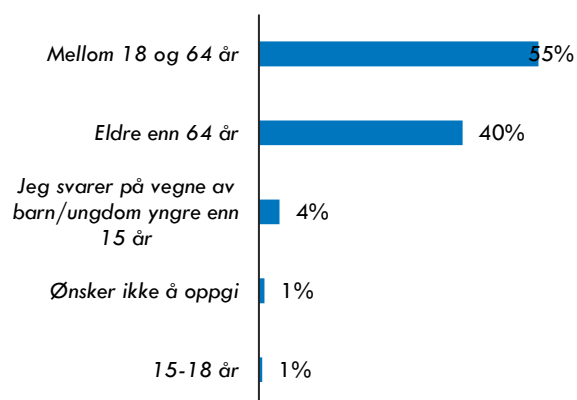
Kilde: Spørreundersøkelse til optikere gjennomført av Oslo Economics 2021. N = 89.

A.3 Spørreundersøkelse til synshemmede

De fleste personene med synsutfordringer som svarte på undersøkelsen var mellom 18 og 64 år,

etterfulgt av personer eldre enn 64 år (Figur A-5).

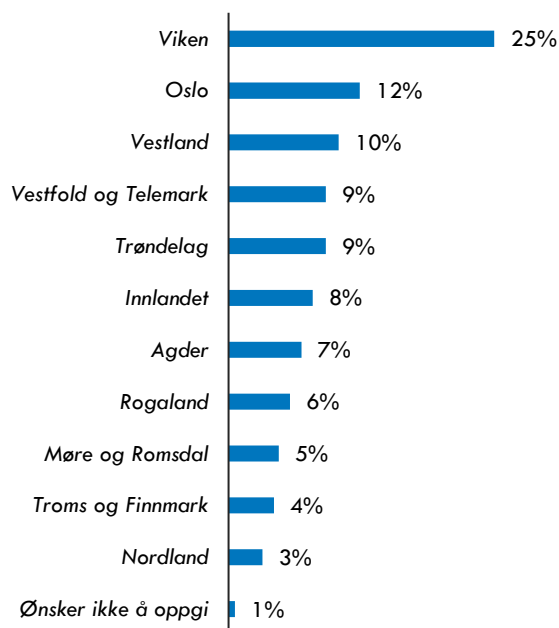
Figur A-5: Respondentenes alder



Kilde: Spørreundersøkelse til synshemmede gjennomført av Oslo Economics 2021. N = 647.

Flesteparten av respondentene er bosatt i Viken fylke, etterfulgt av Oslo (Figur A-6).

Figur A-6: Respondentenes bosted



Kilde: Spørreundersøkelse til synshemmede gjennomført av Oslo Economics 2021. N = 652.

Vedlegg B Diagnosekoder knyttet til synshemming

Tabell B-1: Utvalgte diagnosekoder knyttet til synshemming

Diagnosekode	Diagnosenavn
ICPC-2	
F05	Synsforstyrrelse IKA
F28	Redusert funksjonsevne pga øyeproblem
F29	Øye symptomer/plager IKA
F73	Øye infeksjon/betennelse IKA
F74	Svulst i øye/øyehule
F81	Medfødt feil i øye IKA
F82	Netthinneløsning/rift
F83	Retinopati
F84	Makuladegenerasjon
F86	Trakom
F92	Grå stær
F93	Glaukom
F94	Blindhet
F95	Skjeling/strabisme
F99	Øyesykdom IKA
ICD-10	
H00-H59	Sykdommer i øyet og øyets omgivelser
C69	Ondartet svulst i øyet og øyets adneksstrukturer

oslo**economics**

www.osloeconomics.no

post@osloeconomics.no	Besøksadresse:	Postadresse:
Tel: +47 21 99 28 00	Kronprinsesse Märthas	Postboks
Fax: +47 96 63 00 90	plass 1	1562 Vika
	0160 Oslo	0118 Oslo