



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

19.09.2022

Skriftlig innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Innledning

I arbeidet med å få på plass en nasjonale helse- og samhandlingsplan er det meget viktig at pasientene blir hørt. Norges Blindforbund er derfor glade for at regjeringen allerede i oppstarten av prosjektet henter inn innspill til planen. Vi ber om at denne involveringen videreføres og at organisasjoner av funksjonshemmede tas med i det videre arbeidet.

Vi minner også om at arbeidet med planen må gjøres ut fra Norges forpliktelser etter FN konvensjonen for rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) og andre menneskerettighetskonvensjoner.

Vi har ikke brukt alle punktene det er bedt om innspill på som overskrifter, men våre innspill nedenfor ivaretar også de som ikke er nevnt.

Samhandling

Det er flere utfordringer med å få til god samhandling, noe som er skissert og beskrevet i alle innspillene nedenfor. Vi vil her peke på ting som er avgjørende for å sikre samhandling.



Riktig kompetanse og kunnskap om denne

Et system som skal ivareta alle grupper må ha kompetanse på alle områder, og hele systemet må vite hvor de kan finne denne kompetansen. Erfaringer fra andre store systemer, f.eks. NAV, viser at det er vanskelig å sikre akkurat dette. Det er flere eksempler på at NAVs enheter ikke kjenner til hvilken kompetanse som finnes i NAV. Noe som gjør at NAVs medlemmer ikke får den bistanden/hjelpen de trenger.

Alltid en som har ansvaret

Det må til enhver tid være en behandler/enhet som har ansvaret for pasienten. Det er også viktig at denne ikke har mulighet for å gå videre i behandlingen før alle nødvendige steg i behandlingen er gjennomført. Tydelig ansvar og tydelig overføring av ansvar er helt nødvendig. Der flere behandlere/enheter må involveres i behandlingen må en behandler/enhet ha koordineringsansvaret.

Aktuelt tiltak

1. Digital sjekklister for ansvarlig enhet som sørger for at alle nødvendige behandlingssteg gjennomføres av de med rett kompetanse, og som sikrer tydelig overføring av ansvar.

Kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet og akuttsituasjoner

Hva er de viktigste utfordringene å adressere?

Synshemmede mangler ofte informasjon i tilgjengelig form. Dette kan få alvorlige konsekvenser. Hvis medisin tas feil eller hvis det ikke møtes opp til en viktig time eller en operasjon.

På medisinpakningen står det i dag navn i punktskrift. Men det er ingen tilgjengelig informasjon om bruk av medisinen uten en god synsrest.

Brev fra sykehus og lege med prøvesvar el annen informasjon som f.eks. til en operasjon kommer bare i vanlig skrift. Dermed er man avhengig av å få andre til å lese dette opp, og det er på ingen måte slik at dette er informasjon som man ønsker å vise til andre.

Dette har dessverre også gjort seg gjeldende i akuttsituasjoner. Erfaringen fra håndteringen av koronapandemien viser at flere

grupper ble utelatt når informasjon og behandlingstønsninger ble utarbeidet.

Mye av helsevesenet har lite eller ingen merking som synshemmede kan utnytte for å finne frem, og informasjonsmonitører eller løsninger på sykehusrom er ofte basert på berøringsskjerm.

Redusert tilgang på drosjer i nye kommuner etter drosjeomleggingen er med å skape en sikkerhetsutfordring siden det kan være vanskelig å komme til behandling eller få hjelp når dette er nødvendig.

Aktuelle tiltak

1. Det må være mulig å få informasjon i ønsket format enten det er på medisinpakningene eller brev fra helsevesenet. Dette kan være i punktskrift, storskrift el på lyd, el digitalt for den som ønsker det.
2. I akutt- og krisesituasjoner må alle grupper i samfunnet inkluderes i løsningen som utarbeides.
3. Skjermer på sykehus må kunne styres med knapper og også gi informasjon på lyd, det kan godt være tilkoblet høretelefoner som den enkelte får utdelt. Områdene må merkes med ledelinjer og skilt med god visuell og taktil utforming og også med punktskrift. Dette er også viktig i heiser. Der må det også være tale.
4. Det må sikres at det finnes tilbud med drosjer i hele landet. Dette går mer på politisk styring enn markedskrefter og kundegrunnlag. Her kan f.eks. tildeling av skole-kjøring og sykehus-kjøring gis til den som også tilbyr drosje i området.

Pågående arbeid eller gode eksempler som departementet bør være kjent med.

Det pågår bygging av nye sykehus, men vi er ikke kjent med om disse har en tilstrekkelig god utforming. Det er prosess for å se på drosjeregulering og er satt ned et eget drosjeutvalg, men perspektivet tatt opp her er ikke et fokus så langt vi vet i arbeidet, og det er ingen fra funksjonshemmedegrupper med i utvalget dessverre.

Desentraliserte tjenester og sømløse pasientforløp (Rehab)

Sømløse pasientforløp vil si smidige og helhetlige løsninger for pasienten fra første kontakt med helsetjenesten angående helseproblemet/problemer til siste kontakt om aktuelle situasjon¹.

De siste årene har det vært et mål for norsk helsetjeneste å overføre tjenester fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Formålet har vært effektivisering og bedre koordinering av tjenester til pasienten².

For flere pasientgrupper medfører desentraliserte tjenester og ønske om sømløse pasientforløp mange utfordringer. For blinde og svaksynte er det mange hindringer for gjennomføringer av gode pasientforløp.

Manglende synskompetanse i primærhelsetjenesten.

Om man er født med en synsnedsettelse eller erverver denne i løpet av livet fører dette med seg flere livsendringer som krever spesialisert kompetanse for habilitering og rehabilitering.

Det trengs kunnskap om bl.a.:

- Følelser knyttet til synstap for pasienten og hans familie
- Tilrettelegging av bolig
- Aktiviteter i dagliglivet, hvordan utføre daglig gjøremål som synshemmet
- Tilrettelegging på skole/studier/arbeid
- Mobilitet og orientering
- Kompenserende teknikker
- Ledsagerteknikker
- Hjelpemidler
- IKT som verktøy i hverdagen
- Punktskrift
- Rettigheter knyttet til synstap
- Medfødt synstap, akutt synstap, langvarig ervervelse av synstap

¹ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/helhetlige-pasientforlop#hva-er-helhetlige-pasien>

² <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17368681/>

De fleste kommuner har en synskontakt som skal ha en viss kompetanse innen syn, men denne er ofte begrenset og lite tilgjengelig. Synskontaktene er ofte ergoterapeuter som har en jobb med primært fokus på andre ting enn syn. Synskontaktstjeneste er ikke en lovpålagt tjeneste³.

For å opprettholde kunnskap og kompetanse trenger man jevnlig repetisjon og praktisk anvendelse for å holde sine ferdigheter ved like.

I kommuner med få innbyggere er det vanskelig å få nok gjennomstrømming av pasienter for å holde slik kunnskap og kompetanse på et godt nok nivå til å kunne gi tilfredsstillende løsninger for et sømløst pasientforløp. De fleste kommuner vil streve med et godt nok habilitering/rehabiliteringsløp.

I tillegg til lav kompetanse ut i kommunene tar det også alt for lang tid før det settes i gang tiltak for mennesker med synsnedsettelse. Lange ventelister og lav kompetanse bidrar til at mange kommer for sent i gang med sitt rehabiliteringsforløp og dette bidrar i stor grad til fare for sosial isolasjon og komorbiditet som f.eks. psykiske lidelser (se eget kapittel).

Blinde og svaksynte trenger å komme i posisjon hvor de føler de kan ta grep om eget liv og helse, og i mange tilfeller er det en manglende ledsager som er skillet mellom dem som lever sunnere og mer aktive og de som ikke får det til.

Aktuelle tiltak

1. Kommunene må tilby en rettighets basert synspedagogisk tjeneste. Dette enten gjennom å ha egen synspedagog, gjennom interkommunalt samarbeid og/eller i samarbeid med fylkeskommunen.
2. Kommunene må ha en lovpålagt synskontaktstjeneste.
3. Det må utdannes flere synspedagoger for å dekke kommunenes behov.
4. Videre må være en tidsfrist på igangsetting synsrettede tiltak, spesielt for barn med medfødte tilstander og akutt blinde.

³ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/habilitering-og-rehabilitering-i-kommunene/kommunens-ansvar-for-hjelpemidler-og-ergonomiske-tiltak>

5. Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) må bli det frihetsverktøyet det er ment å være. BPA må bli en rettighet fra første time og rettighetsfestet i egen lovgivning.
6. Det må bli lettere å få en tilgjengelig kontaktperson i kommunen og NAV, uavhengig av om tjenestene skal være langvarige og «høygradig» koordinerte.
7. Det er essensielt at personer med synsnedsettelse får:
 - a. Mobilitetsopplæring lokalt for selvstendig å kunne benytte nærområder.
 - b. Opplæring av digitale verktøy på et tidlig tidspunkt.

Digitalisering

Pasienter/brukere som aktive brukere av egne helsedata

Sømløse digitale løsninger må sikre at pasienten og bruker har kontroll på hvem som har tilgang til egen helseinformasjon. Det er videre viktig at de digitale løsninger både inkluderer nødvendig informasjon fra helsepersonell og har funksjoner der pasient og bruker kan bidra med egne helseopplysninger. Den enkelte pasient og bruker må kunne supplere egne helsehistorier, bl.a. informasjon om ikke-reseptbelagt medikamenter, kosthold og beskrivelse av funksjon. Vi viser i denne sammenheng til etableringen av kvalitetsregistre, der man har tatt med informasjon fra pasienten og brukere inn i helseregistrene. Noe som har gitt et mye bedre grunnlag for blant annet behandling og forskning. Forskningsprosjektet «Capable» kan også vise til nyttig innsiktsarbeid om dette.

Det er sentralt å tenke helhetlig om helse, rehabilitering og opplæring for å oppnå samfunnsmessig likestilling og god helse. Erfaringer fra prosjektet «IT-støtte til synshemmede eldre», med finansiell støtte fra Helsedirektoratet, viser at mangel på koordinering og samhandling er en betydelig utfordring.

Det er nødvendig å sikre at pasienter og brukere uten digital kompetanse har likestilt tilgang til informasjon om egen helse som pasienter og brukere av digitale løsninger.

Per i dag er det slik at relativt store grupper av innbyggere ikke får tilgang til Helsenorge.no fordi de ikke har anledning til å benytte Bank ID. Dette er utfordringer som må løses raskt.

Universell utforming

Blindeforbundet vil understreke at det er helt avgjørende at digitale løsninger er universelt utformet. Det må sikres at alle brukergrensesnitt mellom maskin og mennesker er utformet i tråd med Forskrift om universell utforming av IKT-løsninger. Dette krever inkluderende designprosesser der et mangfold av brukere bidrar i både innsiktsarbeidet og i brukertesting. Løsningene må være kompatible med hjelpemiddelteknologi (for eksempel skjermlesere). Ved anskaffelser av digitale løsninger må det stilles krav til universell utforming. Der disse kravene ikke er innfridd må det påløpe sanksjoner.

Det er viktig at krav til universell utforming uttrykkes eksplisitt, og at det fremmes tiltak som sikrer design- og utviklingsprosesser som har fokus på universell utforming fra start og gjennom hele prosessen. Videre må løsningene innfri krav til universell utforming, uavhengig av om de skal benyttes av allmenheten eller ansatte. Hensynet til nedsatt syn og andre sansetap er særskilt viktig i utvikling av funksjoner og grensesnitt. Dette fremheves i Statens overordnede arkitekturprinsipper for digitalisering av offentlig sektor, under «Prinsipp 1: Ta utgangspunkt i brukernes behov.»

Aktuelle tiltak

1. Det må være krav til universell utforming av alle digitale løsninger innen helsenorge.
2. Det må etableres tilgangsløsninger/innloggingsløsninger som fungerer for alle.
3. Digitale helseløsninger må legge til rette for god og sømløs deling av informasjon og bidra med løsninger til å bedre koordinering og samhandling mellom pasienten, spesialisthelsetjenesten og instanser innen helse, rehabilitering og opplæring.
4. Pårørendes rolle og mulige tilgang til pasientens og brukers helseinformasjon, må også vurderes.

Rehabilitering og mestring

Viktigste utfordringer

Det finnes ingen nasjonal oversikt over antall personer med synsnedsettelse i Norge. Tilgjengelig informasjon fra ulike datakilder tyder på at omfanget er betydelig; Anslagsvis 330 000 til 540 000 personer, avhengig av datakilde og definisjon. I denne gruppen vil behovet for synsrehabilitering variere stort.

Helsedirektoratet opplever at begrepet synsrehabilitering forstås, tolkes og brukes ulikt i forskjellige deler av pasient- og brukerforløpet. En forståelse er at synsrehabilitering knytter seg til opptrening av tapt synsfunksjon, eksempelvis som en konsekvens av hjernerelatert skade. En annen forståelse er at synsrehabilitering er nødvendig for å lære seg å leve med et varig redusert syn.

Evalueringen av opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering viser også at det er manglende systematikk i utredning av behov for rehabilitering, og at dette er et viktig utviklingsområde for feltet som helhet. Dette gjelder både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Pr. i dag finnes ingen systematisk oppfølging av personer som mister synet helt eller delvis. Mange er i stor grad overlatt til seg selv, og må selv finne ut av hvilke rettigheter og muligheter som finnes. Det får som konsekvens at mange kommer sent i gang med rehabilitering og opplæring. For mange betyr det at man gir opp jobben, og mister troen på at man har noe i arbeidslivet å gjøre.

Både helselovgivningen, opplæringsloven og lov om folketrygd er relevante for personer som mister synet. Når man er i arbeid og opplever synstap, kommer også arbeidsmiljøloven inn. For mange er også lovgivningen innenfor de arbeidsrettede tiltakene sentrale.

I februar 2021 vedtok Stortinget at helseforetakene skal henvise til rehabilitering. Det er ett stort steg i riktig retning da det i dag er for lite fokus på synsrehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Vi har eksempler på at personer som har fått en alvorlig synsdiagnose, er blitt overlatt til seg selv, uten noen form for oppfølging. Det er tilfeldig og vilkårlig om man får kjennskap til de tilbudene som finnes.

Mange som deltar på rehabiliteringskurs i regi av Norges Blindforbund, gir tilbakemelding om at de ved å delta på kurs

oppnår bedre funksjonell selvstendighet og bedre psykisk helse. Kursene har fokus på tilpasset opplæring for den enkelte, men kursene er verken fullstendig individuelt tilpasset, eller spesielt tilrettelagt for personer som er i arbeid. Man møter fagpersoner, men mange ville hatt utbytte av mer tid med den enkelte faglærer enn det vi klarer å tilby.

Vi skulle gjerne sett at sansetap var gitt en høyere prioritet i helsevesenet, på lik linje med andre helseforhold som krever rehabilitering, for eksempel hjerte og kreft.

Våre konklusjoner sammenfaller med evalueringer som er foretatt av opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering. Der nevnes det spesifikt: «svikt i brukermedvirkning, svikt i samhandling og koordinering enten internt på samme nivå eller mellom nivåene, svikt i kapasitet og svikt i faglig kvalitet, arbeidsform og/eller organisering» (evaluering av opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2020, s. 20).

Den som mister synet, må ofte selv formidle hva et synstap innebærer og hvilke behov man har, overfor ulike fagpersoner. Det burde være unødvendig. Vi tror at kunnskap om synstap er for lite vektlagt i utdanningene for blant annet ergoterapeuter, sykepleiere, fysioterapeuter og vernepleiere.

En stor utfordring i dagens system er mangelen på samhandling mellom de ulike aktørene. Det mangler et bindeledd mellom de ulike aktørene slik at alle får lik tilgang til å dekke sine rehabiliteringsbehov. Individuell plan er et nyttig verktøy, men vår erfaring er at individuell plan i svært liten grad blir benyttet for personer i arbeidsdyktig alder som mister synet helt, eller delvis.

En annen stor utfordring er mangelen på kompetanse lokalt. Dette er også redegjort for under overskriften «Desentraliserte tjenester og sømløse pasientforløp. Fordi det er få synspedagoger i kommunene, er det for lite kunnskap om hva som er mulig innen synsrehabilitering og habilitering. Kommunene har fått et større ansvar for oppfølgingen av personer som mister synet, men har ofte verken tilstrekkelige ressurser eller kompetanse til å møte de faktiske behovene. Det hjelper ikke med et hjelpetilbud i nærheten til personen når instansen ikke har nødvendig kompetanse, eller mangler oversikt over de tilbudene som finnes. Det er også svært

alvorlig dersom mobilitet og orientering tas ut av opplæringsloven, og ikke blir ivaretatt av annet lovverk.

En tredje utfordring er nedbyggingen av Statped sine tilbud. Det er svært uheldig at Statped i dag har mindre direkte kontakt med personer som har mistet synet, enn det som har vært praksis tidligere. Det betyr at personer som mister synet, ikke får direkte utbytte av den kompetansen som ansatte i Statped besitter. En fjerde utfordring er at det er mangelfull kunnskap om de ulike spesialistkompetansemiljøene i NAV. NAV lokal samt NAVs jobbspesialister har ikke alltid kjennskap til den arbeidsrettede veiledningstjenesten for synshemmede. Det er derfor ikke gitt at synshemmede blir satt i kontakt med denne tjenesten.

Samlet sett kan vi konkludere med at det ikke eksisterer et likeverdig tjenestetilbud for svaksynte og blinde i dag.

For å mestre en jobb etter å ha mistet synet helt eller delvis, er rehabilitering nødvendig. Man må lære seg å mestre livet for å kunne mestre arbeidslivet. Da er det viktig at man ved synstap får tilgang til et hjelpeapparat som gir og koordinerer den hjelpen og opplæringen man trenger umiddelbart, slik at man har størst mulig sjanse til å fortsette i den jobben man har, eller kan omskolere seg til annet arbeid.

Aktuelle tiltak

1. Det må sikres et koordinert, sammenhengende og kunnskapsbasert rehabiliteringsløp. Man må ta utgangspunkt i personens synsnedsettelse, livssituasjon, egne ønsker og behov. Grunnleggende for all rehabilitering skal være aktivt medborgerskap og samfunnsmessig likestilling.
2. Det må opprettes en kvalitetsstandard som sørger for at man møter fagpersoner med rett kompetanse i hele rehabiliteringsprosessen. Kvalitetsstandarden skal også sikre at man får tilstrekkelig tid til å oppnå mestring i ulike ferdigheter, og den skal bidra til samspill mellom ulike aktører.
3. Innholdet i rehabiliteringsløpet må bestå av tre hovedgrep; ambulerende team, individuell plan og inntektssikring. Selve forløpet foregår i fem faser. Fasene kan overlape hverandre og komme i ulik rekkefølge:
 - a. Når man oppdager synstap, eller får en diagnose skal det sendes en melding til ambulerende synsteam som

- umiddelbart tar kontakt med personen, kartlegger situasjonen og iverksetter tiltak.
- b. Det gis akutt og grunnleggende rehabilitering for å sikre personlig sikkerhet og grunnleggende selvstendighet i eget liv. Dette betyr:
 - i. Tilbud om oppfølging innen psykisk helse, grunnleggende opplæring i digitale løsninger, mobilitet og orientering og grunnleggende bistand til å mestre å bo eget hjem, samt oppfølging av pårørende. I akuttfasen skal også personen gis tilbud om besøk av likeperson.
 - c. Utredning og planlegging. Her foretas kartlegging av tilpasning og opplæringsbehov på ulike livsarenaer. Det skal utarbeides en individuell plan i samarbeid med den personen som har opplevd synstap.
 - d. Rehabiliteringsfasen som har hovedfokus på jobbmestring, og opplæring for å fungere godt på andre arenaer i livet.
 - e. Oppfølging. Behov for oppfølging vil variere etter grad av synstap, type synstap og livssituasjon. For de fleste vil fasen vare livet ut.
4. I hele prosessen har den enkeltes ønsker og behov vært styrende. Rehabilitering og samfunnets støtteordninger har arbeidet sammen for å hjelpe den enkelte til et aktivt medborgerskap og et likestilt liv.

Pågående arbeid/eksempler

I 2021 kartla Helsedirektoratet rehabiliteringssituasjonen for personer med nedsatt syn og utarbeidet rapporten «Faglig anbefaling. Rehabiliteringstilbud til personer med alvorlig øyesykdom». Rapporten ble overlevert Helsedepartementet for videre oppfølging. Det er helt avgjørende at dette arbeidet fører til endringer som sikrer at personer som mister synet i Norge blir fanget opp, og møter et system som fungerer. På den måten kan at den enkelte opprettholde selvstendigheten og oppnå god livskvalitet videre.

Psykisk helse og rus

Viktigste utfordringer

Ruslidelser og psykiske lidelser opptrer ofte sammen, og det er nærliggende å tro at den ene kan utløse den andre. Pasienter med

rusmiddellidelser har ofte også andre psykiske og kroppslige sykdommer⁴. Synshemmede står i større fare for å utvikle psykiske lidelser enn den generelle befolkningen⁷. Undersøkelser har vist at voksne synshemmede har større sårbarhet for å utvikle rusavhengighet⁵. Sammenhengen mellom synshemming, psykisk uhelse og rusmidler synes derfor å være kausal. Det er imidlertid gjort lite forskning på sammenhengen mellom disse tre faktorene i Norge. Det er grunn til å tro at forskningsresultat om sammenhengen mellom rus, psykisk uhelse og synshemming også vil være gjeldende i Norge. Noen av de mest dokumenterte psykiske utfordringene synshemmede sliter med er: Mobbing, utenforskap, angst⁶, depresjon⁷ og PTSD⁷. Alt dette fører også til at mennesker med synshemming får generelt dårligere helse og skårer lavere på livskvalitet⁸.

Den største utfordringen er å jevne ut forskjellene. F.eks. er regionale ulikheter knyttet til tilgjengelighet av varer, tjenester og fysiske og digitale arenaer. Ved synsnedsettelse og andre funksjonsutfordringer kan det ofte være vanskelig å finne fram til riktig hjelp i det offentlige hjelpeapparatet, kommunene og NAV

I 2021 fikk mennesker med synstap og psykiske utfordringer et etterlengtet og enestående tilbud gjennom nytt nasjonalt senter for sansetap og psykisk helse (NBSPH). Dette er et flott tilbud og et stort skritt i riktig retning. Selv om dette tilbudet er nasjonalt, er det ikke tilstrekkelig til å dekke store behov for hjelp utenfor Osloområdet. Det er slik at spesialisthelsetjenestene og kommunene rundt om i landet har lite kompetanse på synstap og psykisk sykdom.

⁴ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/rusmiddellidelser/#risikofaktorer-for-utvikling-av-rusmiddellidelser>

⁵ <https://jamanetwork.com/journals/jamaophthalmology/article-abstract/2785903>

⁶ https://publicum.umed.lodz.pl/docstore/download/@AML9786c68dff314672a15535759d867498/ENGver279Binder_PsychiatrPol2020v54i2.pdf

⁷ <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638288.2018.1459884>

⁸ <https://www.blindforbundet.no/om-blindeforbundet/filer-undersokelser/levekars-ssb-2017>

Aktuelle tiltak

1. Det må tidlig innsats til i skole og barnehage for å sørge for at barn med funksjonsnedsettelse får de ressursene de trenger i forhold til opplæring, hjelpemidler og funksjonsassistanse.
 - a. Det må jobbes målrettet for inkludering og deltakelse.
 - b. Synshemmede elever må ha krav på undervisning pedagogisk tilpasset sin funksjonsevne.
 - c. Det må gis nødvendig opplæring i aktiviteter i dagliglivet (ADL), mobilitet, informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) og punkt av kvalifisert fagpersonell.
 - d. Synshemmede skal i størst mulig grad delta i ordinær undervisning.
 - e. Fysisk, sosialt og digitalt skolemiljø skal legge til rette for en trygg skolehverdag.
 - f. Det samme må gjelde videregående opplæring og høyere utdanning
2. Det må legges til rette for at synshemmede og mennesker med nedsatt syn skal ha samme mulighet og rett til arbeid som alle andre i et arbeidsmiljø som er åpent, inkluderende, universelt utformet og tilgjengelig.
3. Det må arbeides for å øke synskompetansen i hele landet, og sikre at alle har lik tilgang til behandlingskompetansen uavhengig av geografi.
4. Se også alle tiltak under de andre punktene, da disse må komme på plass for å bedre psykisk helse/uhelse blant mennesker med nedsatt syn.