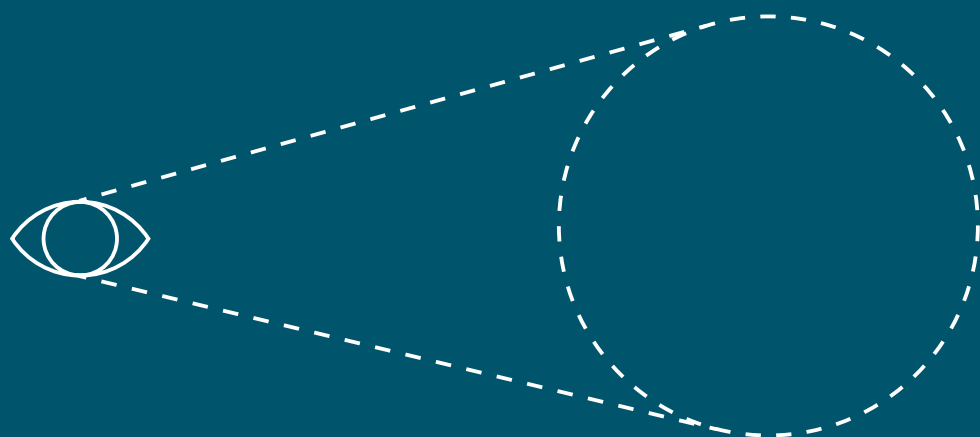


Rehabiliteringens framväxt och framtid inom synområdet



Ögat

Seendet

En skrift med fokus på gruppen äldre

EWA NIELSEN OCH LISBETH AXELSSON LINDH

© 2023 Ewa Nielsen och Lisbeth Axelsson Lindh

Redaktör: Annika Wallin, Blira konsult AB

Grafisk form och illustration: Gaute Hanssen, hemma.com

Foto: Sid 24, 29: Sydsvenska Medicinska Sällskapet.

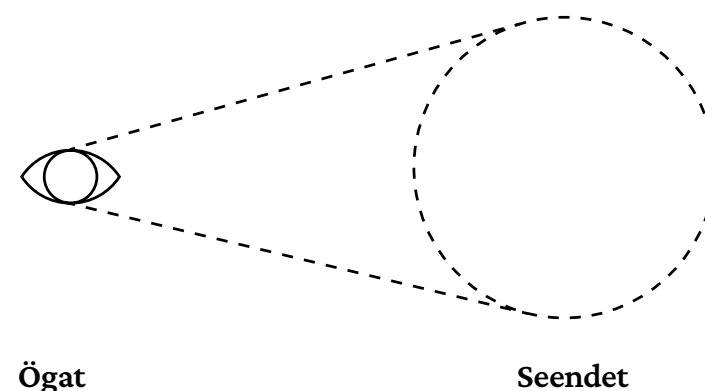
Bildklipp från Information om rehabilitering, nr 3, maj 1974.

Övriga bilder: Istockphoto. Tryck: EO grafiska 2023.

Skriften finns att hämta som tillgänglig pdf på ForumVisions webbplats: forumvision.se och Föreningen för synrehabiliterings webbplats: ffss.se

ISBN: 978-91-527-6491-6

Rehabiliteringens framväxt och framtid inom synområdet



En skrift med fokus på gruppen äldre

EWA NIELSEN OCH LISBETH AXELSSON LINDH

Om författarna



EWA NIELSEN

Med. mag. vårdvetenskap

Ewa är arbetsterapeut, anpassningslärare och vårdlärare. Hon började arbeta med rehabilitering inom synområdet år 1985. Hon har under sitt yrkesliv haft anställning på syncentraler och folkhögskolor. Bland annat har hon 20 års erfarenhet som chef på syncentralerna i Falun och Örebro. Ewa har också varit projektledare för ett projekt om synrehabilitering i närmiljö, som hette Syntes. Hon är initiativtagare till uppdragsutbildningar om syn på avancerad nivå på Örebro universitet. Ewa är pensionerad sedan juni 2022.



LISBETH AXELSSON LINDH

Fil. kand. pedagogik och administrativ teknik.

Lisbeth är arbetsterapeut och anpassningslärare och har arbetat med synrehabilitering hela sitt yrkesliv. Hon har varit verksam på omställnings- och träningskurser i Furulund. Hon har arbetat på syncentralen i Göteborg där hon varit chef i 24 år. Under 1980-talet initierade hon forskning och utveckling av rehabilitering av synnedsättning inom primärvården. Lisbeth är pensionerad sedan 2002 och är numera aktiv i opinionsbildning inom äldre- och tillgänglighetsfrågor.

Om finansiären



FÖRENINGEN DE BLINDAS VÄNNER bildades 1889 och ombildades till en stiftelse 2017. Sedan starten har föreningen varje år bidragit till olika projekt. Det innebär drygt 130 år av ekonomiskt stöd till såväl enskilda personer med blindhet som till forskare, föreningar, skolor och andra vars arbete gynnar föreningens målgrupp. Till exempel var ekonomiskt stöd från De Blindas Vänner i Göteborg avgörande då Sveriges första syncentral startade i Göteborg på 1970-talet. Föreningen betalade en stor del av verksamhetens kostnader de första åren. År 2022 beviljade Föreningen De Blindas Vänner i Göteborg ekonomiska medel för produktion av denna skrift.

Innehåll

Författarnas förord	9	2000-talet	35
En central fråga för gruppen äldre	13	Nya etiska principer och mål för god vård	35
Den åldrande kroppen skapar specifika behov	14	Insatser för att utveckla och säkra kvalitet	36
En synnedsättning går inte att korrigera med glasögon eller linser	15	2020-talet	39
Synnedsättningar kan ha olika orsaker	16	Omställning till god och nära vård	39
Kategorisering av synnedsättning	17	Framväxten av synspecifika utbildningar	41
Begreppen habilitering och rehabilitering	18	Synkurser i ett spänningsfält mellan utbildning och hälso- och sjukvård	42
Rehabilitering inom synområdet från efterkrigstiden fram till idag	21	Tankar om bristande utbildning, från tiden då syncentralerna var nya	43
1950- och 60-talen	21	Synkurserna har lett till olika yrkestitlar	44
Välfärdssamhälle och nya sociala rättigheter	21	1970-talet	45
Offentlig öppenvård – vårdcentralerna föds	22	Den första kursen startar på Lärarhögskolan	45
1970-talet	25	1980- och 90-talen	46
Offentligt finansierad rehabilitering inom synområdet	25	Titeln anpassningslärare försvinner	46
Avgörande utredning om synhjälpcentraler	26	2000-talet	48
Tongivande konferens 1974	27	De första synkurserna på avancerad nivå	48
Synhjälpcentralens uppdrag – sammanhållen rehabilitering	28	2010-talet	50
1980-talet	30	Ett flertal synkurser startar på olika nivåer	50
Syncentraler hör till den specialiserade ögonsjukvården	30	2020-talet	52
Aktivitet blir ett centralt område	30	Ett fragmenterat fält	52
1990-talet	31	Behov av distanskurser på avancerad nivå	52
Fokus på rehabilitering, äldre och hjälpmedel	31		
Utvecklingsmedel och stimulansbidrag	32		

Författarnas förord

I början av 1970-talet tog Sverige de första initiativen till en offentligt finansierad rehabilitering för personer med synnedsättning eller blindhet. Syncentraler började då etableras inom hälso- och sjukvårdens ansvarsområde. Idag finns minst en syncentral i alla Sveriges regioner. Syncentralerna har regionen som huvudman utom den i Stockholm som drivs av privat huvudman. Syncentralerna kan vara en del inom habilitering och hälsa eller ingå i en ögonklinik. Verksamheterna kan kallas syncentral, synenhet eller synmottagning. I den här skriften har vi valt att använda begreppet syncentral när vi refererar till de här verksamheterna.

Under de 50 år som har gått, sedan starten på 1970-talet, har verksamhetsområdet förändrats av olika politiska intentioner och beslut. Men hittills har dokumentationen och beskrivningen av detta varit begränsad. Det har lett till en kunskapsbrist och en historielöshet som påverkar det offentliga samtalet om hur rehabiliteringen inom synområdet fungerar idag och hur den kan utvecklas. Vårt syfte med den här skriften är att tydliggöra att rehabiliteringen för äldregruppen aldrig har etablerats i deras närmiljö. Här avses äldre med nyupptäckt åldersförändring i gula fläcken i ögat, det vill säga med diagnosen makuladegeneration. För att komplettera bilden har vi producerat den här skriften.

I vårt arbete har vi haft hjälp av en referensgrupp. I den ingick Eva Karlsson som är verksamhetschef och ögonläkare på S:t Eriks Ögonsjukhus i Stockholm, Gun Olsson som har varit chef på syncentralen i Kalmar och Jimmy Pettersson som är intressepolitisk handläggare på Synskadades Riksförbund. Andra sakkunniga som har lämnat värdefulla synpunkter på texterna är Peter Lorentzon som har varit utredare på Hjälpmedelsinstitutet, Nils-Magnus Tufvesson som har varit

Framtidens rehabilitering för äldre med synnedsättning	55
Beprövade arbetssätt	55
Fler goda exempel	56
Bristande möjligheter till utbildning	57
Det saknas förutsättningar för att kunna mäta kvalitet	58
Otillräckliga uppgifter	59
 Sex steg mot ökad kvalitet i rehabilitering för äldre med synnedsättning	61
1. Vårdcentralen ska vara navet i vårdkedjan	61
2. Syncentralen ska tillhandahålla specialistkompetens	63
3. Rehabiliteringskedjan ska vara tydlig	64
4. Det ska finnas säker tillgång till utbildning	66
5. Kompetenskraven ska vara tydliga	67
6. Sättet att mäta och dokumentera kvalitet ska vara gemensamt	68
 Tips på material	71
 Referenser	72

chef på syncentralen i Falun och Kerstin Eriksson som har varit chef på syncentralen i Göteborg. Samt Inga-Britt Lindström som har varit förbundsordförande för Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter som numera heter Sveriges Arbetsterapeuter. Som författare står vi emellertid som ensamma ansvariga för innehållet i skriften. Annika Wallin, Blira konsult AB, har varit redaktör och hjälpt till att formulera texterna. Gaute Hanssen, Hemma.com, har varit formgivare och skapat illustrationerna. Föreningen De Blindas Vänner i Göteborg har beviljat medel för att finansiera skriften. Vi sänder ett stort tack till dem!

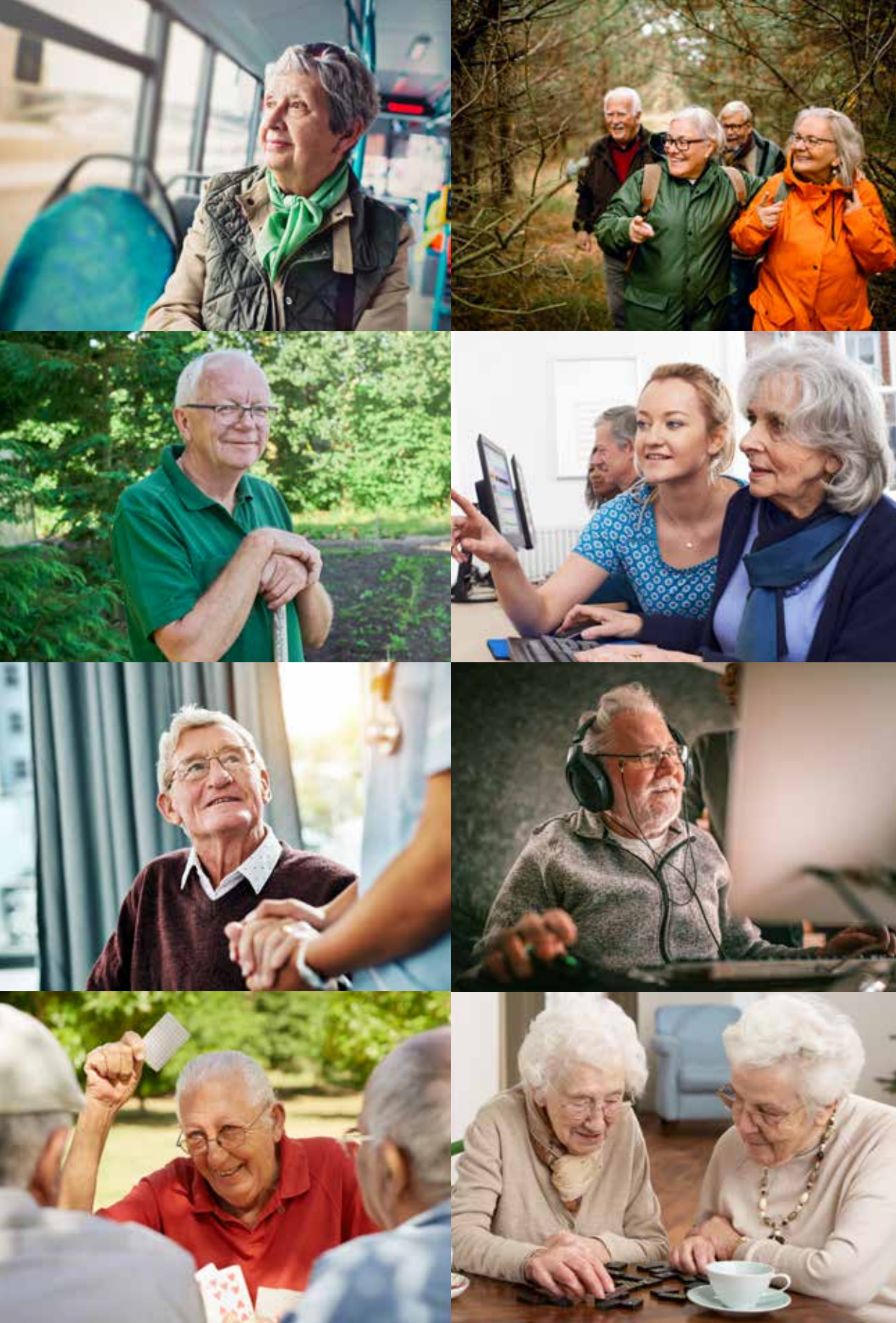
Skriften vänder sig till politiker och andra beslutsfattare. Den riktar sig även till chefer och medarbetare på syncentraler och vårdcentraler, till intresseorganisationer samt till studerande inom vårdområdet.

Skriften finns som tillgänglig pdf på ForumVisions webbplats forumvision.se och Föreningen för synrehabiliterings webbplats: ffss.se

Skriften är producerad 2023.

Ewa Nielsen & Lisbeth Axelsson Lindh





En central fråga för gruppen äldre

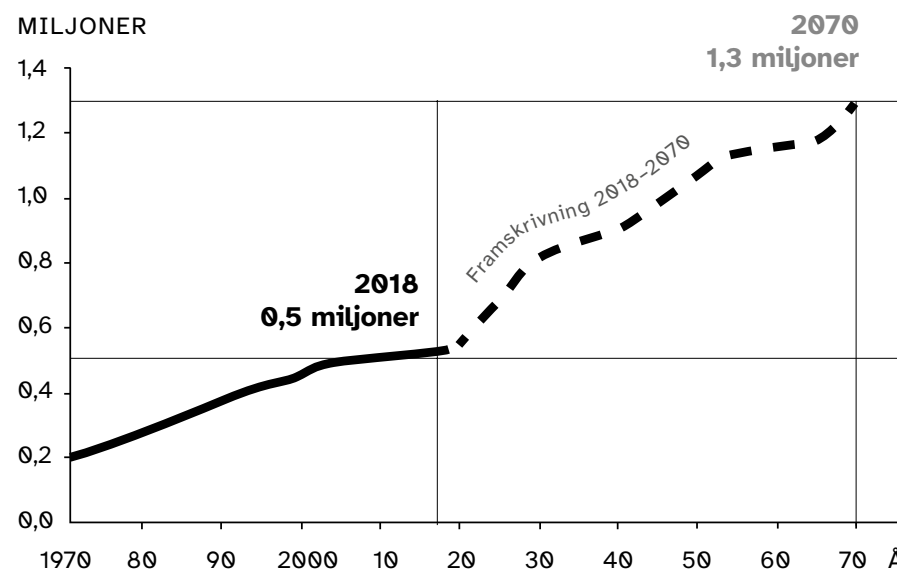
Detta kapitel ringar in gruppen som står i centrum för den här skriften. Det handlar om äldre personer som har fått en åldersrelaterad synnedsättning. Kapitlet beskriver även innebörden av centrala begrepp som synnedsättning och blindhet, habilitering och rehabilitering.

I närmare femtio år har medborgare med synnedsättning kunnat få offentligt finansierad rehabilitering vid specialiserade enheter. De här enheterna kan heta syncentral, synenhet eller synmottagning. I den här skriften har vi valt att använda begreppet syncentral när vi refererar till verksamheterna. Vägen till syncentralen går alltid via en ögonläkare. Ögonläkaren gör den medicinska bedömningen, ställer diagnos och remitterar till syncentralen för utredning och rehabiliteringsinsatser.

Idag finns en mycket stor grupp som uppfyller kriterierna för att få remiss till syncentral. Gruppen omfattar personer i alla åldrar men majoriteten är äldre. Det beror på att det är mycket vanligt att synen försämras på äldre dagar. Den vanligaste åldersrelaterade synnedsättning i Sverige heter makuladegeneration.¹ Det är en ögonsjukdom som ger förändringar i gula fläcken och som leder till nedsatt synskärpa i det centrala seendet. Sjukdomen är progressiv vilket innebär att den försämras. Försämringen går ofta långsamt men kan ibland ha ett snabbt förlopp. I Sverige har cirka 30 procent av 75-åringarna makuladegeneration. Förekomsten ökar sedan med stigande ålder.

1. Dahlin Ivanoff, S., 2000.

Prognos över andel äldre, över 80 år, i befolkningen



2018 var en halv miljon personer i Sverige 80 år eller äldre. Om 50 år kommer gruppen över 80 år att bestå av ungefär 1,3 miljoner personer. Källa: SCB.

I dagsläget omfattas 250 000 personer av diagnosen vilket gör att den kan betraktas som en folksjukdom.² Sjukdomen kommer dessutom att bli allt vanligare eftersom andelen äldre i befolkningen förväntas öka under lång tid framöver.³ Det här innebär att frågan om rehabilitering för äldre personer med synnedsättning berör en mycket stor grupp nu och i framtiden.

Den åldrande kroppen skapar specifika behov

Gruppen äldre i Sverige är mycket heterogen. Åldrandet ser olika ut beroende på flera faktorer som om man bor på landsbygd eller i stad, vilken utbildning man har, vilket kön man har och om

man är född i Sverige eller utrikes. Trots dessa skillnader upplever ändå flertalet äldre sin hälsa som god. För många medför den ökade medellivslängden fler friska år. Men även om den friska tiden blir längre för många försvinner inte åren med nedsatt hälsa. De förskjuts bara framåt i tiden. Det är främst i hög ålder, över 80 år, som äldre behöver ökade insatser i form av sjukvård och äldreomsorg. Utmärkande för nutidens äldre är att majoriteten bor i sina ordinarie bostäder långt upp i åren. Av dem som fyllt 100 år bor nästan hälften kvar i sin ordinarie bostad. Flertalet äldre fortsätter att använda bilen som sitt huvudsakliga transportmedel. Många använder internet för att vara delaktiga i samhället och underhålla sociala kontakter.⁴

När man får en synnedsättning förändras många av de här förutsättningarna. En konsekvens blir ofta att man behöver insatser för att kunna bo kvar i hemmet. Man behöver även insatser för att kunna förflytta sig utan bil och för att kunna fortsätta vara delaktig i samhällsliv och sociala kontakter. För de allra äldsta, över 80 år, betyder också den åldrande kroppen ett ökat antal besök i hälso- och sjukvården. Utöver synen blir andra funktioner nedsatta på grund av åldersrelaterade sjukdomar.⁵ Det ställer specifika krav på rehabiliteringen för gruppen äldre. Detta gäller i synnerhet för gruppen äldre äldre, alltså de som är över 80 år.

En synnedsättning går inte att korrigera med glasögon eller linser

Det är viktigt att poängtera att skriften handlar om just synnedsättning. För det är skillnad på att ha ett synfel och att ha en synnedsättning. Det är många i Sverige som har synfel. Ett synfel kan förändras när man blir äldre men går att korrigera med glasögon eller kontaktlinser. Så är det inte med en synnedsättning.

2. Hjälpmedelsinstitutet, 2008.

3. Statistiska centralbyrån, 2018.

4. Abrahamsson, M., Hydén, L-C., Motel-Klingebiel, A. (red), 2015.

5. Lundin, E., 2022.

För att något ska kallas för en synnedsättning ska det innebära svårigheter att läsa text och, eller att orientera och förflytta sig med hjälp av synen även med glasögon eller linser och i god belysning. I Socialstyrelsens klassifikation är synnedsättning en överordnad term. Den har sex underkategorier som går från lindrig synnedsättning till total blindhet. De tre första underkategorierna är lindrig synnedsättning, måttlig synnedsättning och svår synnedsättning. Sedan följer de tre underkategorier som klassificerar blindhet. De går från liten synförmåga till total blindhet där personen inte kan skilja på ljus och mörker.⁶

Den här skriften handlar huvudsakligen om rehabilitering för äldre som har fått ögonsjukdomen makuladegeneration. Den sjukdomen leder inte till blindhet. Det perifera seendet, det vill säga sidoseendet, finns kvar om man inte har några andra ögonsjukdomar som påverkar. Makuladegeneration innebär svårigheter med att se detaljer som till exempel att läsa och känna igen människor.

Synnedsättningar kan ha olika orsaker

Utöver den åldersrelaterade sjukdomen makuladegeneration finns många andra orsaker till en synnedsättning. En del ögonsjukdomar är medfödda. Därutöver finns andra sjukdomar som till exempel grönstarr (glaukom), gråstarr (katarakt), diabetes-retinopathi och retinitis pigmentosa (RP).⁷ Ögat kan också bli skadat i en olycka. Det finns även synnedsättningar som inte beror på en skada i själva ögat utan som har med hjärnan att göra. Det kallas för cerebral synnedsättning.⁸ På engelska säger man Cerebral Visual Impairment och den engelska förkortningen CVI används även på svenska. CVI innebär att hjärnan har svårt att tolka och förstå visuell information. Den typen av synnedsättning omfattas inte av Socialstyrelsens klassifikation.

Kategorisering av synnedsättning

Tidigare använde man begrepp som till exempel synsvaghet eller grav synskada. De termerna används inte längre. Idag tillämpar hälso- och sjukvården i Sverige de begrepp som WHO och Socialstyrelsen beslutade om 2010. Samt en decimalskala där 1,0 räknas som full synskärpa. Man bedömer synskärpan när personen har bästa möjliga korrigering, alltså glasögon eller linser. Nedan syns Socialstyrelsens klassifikation som gäller sedan 1 januari 2010.



Kategori 0: Lindrig eller ingen synnedsättning 0,3 – full synskärpa.



Kategori 1: Måttlig synnedsättning 0,1 – 0,3.



Kategori 2: Svår synnedsättning 0,05 – 0,1.



Kategori 3: Blindhet 0,02 – 0,05.



Kategori 4: Blindhet ljusperception eller fingerräkning vid 1 m – 0,02.



Kategori 5: Blindhet ingen ljusperception.

Även andra skador i hjärnan kan ge synnedsättning som till exempel stroke. Patienter som har haft stroke får på vissa syncentraler eller rehabiliteringskliniker ett tidsbegränsat, strukturerat synträningsprogram som Gunvor Birkeland Wilhelmsen har utvecklat.⁹ Sammantaget är gruppen som lever med synnedsättning mycket heterogen.

6. Socialstyrelsen, 2018.

7. Synskadades Riksförbund, 19 april 2021.

8. Hall Lueck, A., & Dutton, G. 2015.

9. Birkeland Wilhelmsen, G. 2000.; Birkeland Wilhelmsen, G. 2007.

Begreppen habilitering och rehabilitering

Alla som har någon form av synnedsättning – barn, ungdomar och vuxna – erbjuds utredning och insatser på syncentralen. Insatserna handlar om habilitering eller rehabilitering. Begreppet habilitering kommer från latinets *habilis* som betyder skicklig eller kapabel. Att habilitera betyder därmed ungefär ”att göra skicklig”. Begreppet rehabilitera handlar om att återfå en funktion som har gått förlorad eftersom *re* betyder ”åter”. Socialstyrelsen uttrycker detta som att habilitering är till för personer som har fötts med en funktionsnedsättning eller som har fått funktionsnedsättningen tidigt i livet. Habilitering syftar till att utveckla och sedan behålla bästa möjliga funktionsförmåga. Rehabilitering är till för personer som har fått en funktionsnedsättning under livets gång. Rehabilitering syftar till att återvinna och sedan bibehålla bästa möjliga funktionsförmåga. I båda fallen är målet att personen ska kunna leva självständigt och vara aktiv i samhällslivet. Dagens definitioner finns i Socialstyrelsens termbank som gör det möjligt för verksamheter inom vård och omsorg att använda ett gemensamt språk.¹⁰ En stor fördel är också att begreppen har analyserats enligt terminologilärans metoder och principer. De är förankrade i bred remiss till kommuner, regioner, myndigheter och andra organisationer.

10. Socialstyrelsens termbank.





Rehabilitering inom synområdet från efterkrigstiden fram till idag

Det här kapitlet beskriver hur rehabilitering inom synområdet har vuxit fram i Sverige. Utvecklingen har styrts av politiska beslut, ekonomiska förutsättningar, nya tekniska och vetenskapliga framsteg och medborgarnas röster för förbättrade rättigheter. Texten tar avstamp i år 1950 och presenterar ett eller två decennier i taget.

1950- och 60-talen

Välfärdssamhälle och nya sociala rättigheter

Efter andra världskriget följde en period av kraftig ekonomisk tillväxt i Sverige. Under 1950- och 60-talen byggdes välfärdssamhället upp med en stor offentlig sektor. Staten såg som sin uppgift att skapa förutsättningar för god hälsa och välbefinnande hos medborgarna. Det handlade bland annat om fyrtio timmars arbetsvecka, lagstadgad semester och hälsosamma bostäder. Samhället skulle även öppna för grupper med funktionsnedsättning som ett steg på väg mot "normalisering". Till exempel blev det möjligt för elever med synnedsättning att gå i ordinarie skolor som ett alternativ till specialskolan Tomtebodan i Stockholm.¹¹ Staten inrättade den första myndigheten för

11. Persson Bergvall, I., & Sjöberg, M., 2012.

handikappfrågor och började även ta ansvar för tillgången på hjälpmedel. Till exempel infördes ett statligt stöd som gjorde bandspelaren till ett kostnadsfritt hjälpmedel för personer med synnedsättning.¹² Det var emellertid De Blindas Förening som hanterade distributionen av bandspelarna. Fortfarande behövde alltså civilsamhället barga för mycket av stöd och service. Men kritiken mot detta, och mot välgörenhet, växte.¹³ Det kom nya sociala rättigheter som till exempel möjligheten till socialhjälp. Perioden präglades även av en stark tilltro till nya tekniska lösningar. Bland annat kom utgivningen av talböcker igång.¹⁴ Under perioden bildas också Handikappinstitutet med staten och Sveriges Kommuner och Landsting som huvudmän.¹⁵ Institutet arbetade med hjälpmedel, hjälpmedelsutprovning, anpassning, utbildning och information samt stöd till forskning och utveckling. Under den här perioden fick optikerna legitimation efter särskild ansökan och därmed rätt att remittera till ögonläkaren.¹⁶

Offentlig öppenvård – vårdcentralerna föds

När 70-talet sedan stod för dörren initierades en stor förändring av den svenska hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen formulerade ett principprogram för en ny offentlig öppenvård. Tanken var att medborgarna skulle få tillgång till specialiserad vård utan att behöva vara på sjukhus. Det handlade bland annat om en uppbyggnad av centraler med specialistutbildade läkare som skulle kunna ge service till befolkningen i ett visst område. Man ville också åstadkomma en ökad samverkan mellan hälsovård, sjukvård och socialvård.¹⁷ I samband med detta lanserades begreppet vårdcentral¹⁸ och en utredning med riktlinjer för

12. Persson Bergvall, I., & Sjöberg, M., 2012.

13. Ekensteen, V., 1968.

14. Persson Bergvall, I., & Sjöberg, M., 2012.

15. Prop 1968:41

16. Optikerförbundet, 2012; Söderberg, P., 2012.

17. Spri rapport, 1972.

18. Swartling, P G., 2006.

1950–1960-talen

1953 Världens första syncentral öppnar i New York.

1955 Den första talboken ges ut och De Blindas Förening startar talboksutlåning.

1956 Det startar synklasser i Stockholm och Göteborg.

1957 Lagen om socialhjälp träder i kraft och ersätter fattigvårdslagen.

1962 Blindhetsersättningen byter namn till invaliditetsersättning och börjar omfatta fler än personer med synnedsättning.

1963 Bandspelaren blir ett kostnadsfritt hjälpmedel för personer med synnedsättning.

1964 Optiker får legitimation efter ansökan hos Socialstyrelsen.

1965 Statens handikappråd inrättas. Det är Sveriges första myndighet för handikappfrågor.

1968 Handikappinstitutet bildas med staten och Sveriges Kommuner och Landsting som huvudmän.

1968 Socialstyrelsen tar fram ett principprogram för öppen vården. Begreppet vårdcentral lanseras.

1969 Ny läroplan för grundskolan. Elever med funktionsnedsättning – till exempel synnedsättning – ska kunna gå i vanliga klasser och få individuellt stöd.

1969 Utredning med riktlinjer för den nya öppenvården.





På 1970-talet började man prova ut optik för att patienterna skulle kunna använda sina synrester.

den nya öppenvården presenterade begreppen primärvård och primärvårdsområde.¹⁹ Riktlinjerna ligger till grund för vårt sätt att organisera sjukvården än idag. Centralerna kallas numera för vårdcentral, hälsocentral, husläkarmottagning, familjeläkarmottagning, hälsovårdscentral eller distriktsläkarmottagning. I den här skriften använder vi fortsättningsvis ordet vårdcentral när vi refererar till verksamheterna.

Samtidigt som Sverige började bygga sitt välfärdssamhälle skedde förändringar inom synområdet på flera andra platser i världen. I USA öppnade världens första syncentral i New York år 1953. Sju år senare, år 1960, fick Norden sin första verksamhet vid Institutet for Blinde og Svagsynede i Köpenhamn i Danmark. Den senare kom att bli en viktig förebild när Sverige skulle bygga upp sina syncentraler.²⁰

19. Spri rapport, 1972.

20. Westin, J., 2017.

1970-talet

Offentligt finansierad rehabilitering inom synområdet

På 1970-talet avtog den snabba ekonomiska tillväxten och samhällsekonomin var ansträngd. Ändå kvarstod höga förväntningar på utbyggnaden av välfärden och samhället tog över allt fler uppgifter som civilsamhället tidigare fått ta hand om.²¹

I det här läget tog Sverige de första initiativen till en offentligt finansierad rehabilitering för personer med synnedsättning.²² Det skedde under ett decennium då intresset för habilitering och rehabilitering ökade generellt. Bland annat krävde Handikappförbundens centralkommitté mer resurser till utbyggd habilitering och rehabilitering och rätt till hjälpmedel, i sitt första handikappolitiska program.²³

När det gäller gruppen med synnedsättning började också en ny kunskap få fäste i Sverige. Idag är det vedertaget att majoriteten av alla med synnedsättning har användbara synrester. Med stöd av hjälpmedel, som till exempel förstorar och ökar kontraster, kan även personer med mycket små synrester få tillgång till tryckt text och annan visuell information. När den här kunskapen kom från USA till Sverige på 1970-talet innebar det ett paradigmskifte. Fram till dess skulle personer med synnedsättning lära sig att klara sig utan synen. De fick undervisning i så kallade "blindtekniker" som bygger på användning av känsel och hörsel. Men under 1970-talet flyttades fokus från att kompensera för synbortfallet till att tillvarata de synrester som finns kvar. Därmed blev "optisk synrehabilitering" ett centralt begrepp. I det här sammanhanget betyder optik någon form av förstorande hjälpmedel. I praktiken handlade det om att prova ut optik – på den här tiden främst glasögon, förstoringsglas och lappar – och ge stöd så att personen lärde sig att använda dessa hjälpmedel vid

21. Dahlin, B., & Kuuse, J., 2010.

22. Socialstyrelsen, 1979.

23. Handikappförbundens centralkommitté, 1971.

läsning eller förflyttning i miljön.²⁴ I Sverige var Björn Tengroth, från ögonkliniken på Sahlgrenska sjukhuset, en förgrundsgestalt vid införandet av optisk synrehabilitering. Han hade blivit inspirerad av Institutet för Blinde og Svagsynede i Köpenhamn och ville skapa ett liknande centrum i Göteborg.²⁵ Men de första försöken med optisk synrehabilitering i Sverige kom att ske inom ramen för den offentligt finansierade arbetsmarknadsutbildningen. Skolöverstyrelsen var en av utbildningsanordnarna och arrangerade kurser vid så kallade AMU-center i Furulund och Uppsala. Där skapades ett träningsprogram för personer med synnedsättning. Det handlade om att lära sig använda sin kvarvarande synförmåga. Ögonläkare Bo Bengtsson var verksam vid AMU-centret i Furulund. Han menade att styrkan med programmet var att personerna lärde känna sin ögonsjukdom och dess praktiska konsekvenser. Detta var en förutsättning för att kunna lära sig att använda sina synrester. Resultaten vid försöksverksamheterna var positiva. Det ledde till att flera landsting startade motsvarande verksamheter i form av nya ”synhjälpssentraler”. Den första var lokaliserad i Göteborg, mycket tack vare Björn Tengroths engagemang.

Avgörande utredning om synhjälpssentraler

I mitten av 1970-talet presenterade Landstingsförbundet och Socialstyrelsen en utredning om synhjälpssentraler.²⁶ Utredningen skulle ge ledning till landsting som planerade att starta en synhjälpssentral. Den innehöll bland annat förslag på målgrupper, arbetsuppgifter och organisatorisk tillhörighet. Utredningen kom att bli vägledande vid etableringen av synhjälpssentraler i hela landet och lade därmed grunden för de nutida verksamheterna. Utredningen menade att synhjälpssentraler skulle ta emot patienter med synnedsättning i alla åldrar. Uppskattningen var att 75 procent skulle vara över 55 år men det skulle även finnas kompetens för att tillgodose behov hos såväl barn som

24. Bäckman, Ö., & Inde, K., 1974; Gustafsson, J., 2004.; Lindstedt, E., 1973.; Nilsson, U., 1990.

25. Westin, J., 2017.

26. Landstingsförbundet, 1976.



Bildklipp ur tidningen Information om rehabilitering, nr 3, maj 1974.

Tongivande konferens 1974

Landstingsförbundets konferens 1974 handlade om optisk rehabilitering för synsvaga personer. Landstingsförbundet ansåg att det borde finnas en synhjälpssentral i varje län och ambulerande centraler på landsbygden.

Bengt Lindqvist från De Blindas Förening i Stockholm var en av talarna på konferensen. Han betonar vikten av en aktiv synrehabilitering och menade att det fanns tre sätt att hjälpa till:

1. Att bota synskadan.
2. Att ge möjlighet att utnyttja synrester maximalt.
3. Att kompensera synbortfallet.

Han menade att Sverige var ett föregångsland när det gällde att bota ögonsjukdomar. Men att det fanns stora brister vad gäller de andra delarna.



Bengt Lindqvist

övriga vuxna. En bedömning var att många av patienterna skulle komma att vara multihandikappade. Utredningen menade att rehabiliteringen i viss mån även skulle omfatta personer med blindhet.

Synhjälpcentralens uppdrag – sammanhållen rehabilitering

Utredningen föreslog vidare att Synhjälpcentralerna skulle ha tre huvuduppgifter. Den främsta uppgiften skulle vara pedagogisk synträning. Detta var något helt nytt som därför krävde en ny profession. Utredningen kallade professionen för ”synpedagoger” och föreslog att lärarhögskolan skulle inrätta en utbildning för personer som skulle utbildas till synpedagoger. En annan uppgift skulle vara ADL-träning. ADL står för aktiviteter i dagliga livet och träningen skulle ske enligt den modell som erbjöds på arbetsmarknadsutbildningen. En tredje uppgift var att tillgodose behovet av optiska synhjälpmedel. Därutöver skulle synhjälpcentralerna ordinera andra medicinska kontakter som patienten kunde behöva. Syftet var att ge en sammanhållen rehabilitering som omfattade medicin, optik, pedagogik och sociala insatser. Utredningen såg det som naturligt att organisatoriskt placera synhjälpcentralerna under ögonsjukvården. Det innebar att de skulle vara bundna till en ögonklinik eller rehabiliteringsklinik. Successivt startade synhjälpcentraler i samtliga landsting. I slutet av årtiondet ändrade verksamheterna namn från synhjälpcentraler till syncentraler. Samtidigt pågick en parallell uppbyggnad av öppenvården med vårdcentraler över hela landet.

I slutet av årtiondet publicerade Socialstyrelsen en rapport från ett projekt som hette Synvårdens innehåll och organisation. Rapporten beskrev bland annat organisationen av den slutna och öppna ögonsjukvården, behov av rehabiliterande insatser vid synnedsättning och syncentralernas organisation för att möta dessa behov.²⁷

27. Socialstyrelsen, 1979.

1970–1980-talen

1971 Försöksverksamhet med optisk synrehabilitering och synträning vid AMU-center i Furulund i Skåne och Uppsala i Uppland.

1972 Handikappförbundens centralkommittés första handikappolitiska program.

1974 Synhjälpcentraler öppnar i Göteborg, Örebro och Boden.

1974 Landstingsförbundet har en konferens om optisk synrehabilitering.

1976 Landstingen får ansvar för hjälpmedelsverksamheten och personer med synnedsättning ska få sina hjälpmedel via synhjälpcentraler.



1976 Landstingsförbundet och Socialstyrelsen presenterar en utredning om synhjälpcentraler.

1978 Synhjälpcentraler finns nu inom 25 sjukvårdsområden.

1978 Beteckningen synhjälpcentral ändras till syncentral.

1979 Socialstyrelsen publicerar rapporten Ögonsjukvård och syncentraler.

1982 Ny hälso- och sjukvårdslagen.

1983 Socialstyrelsen föreslår att syncentralerna ska samordna rehabiliteringen.

1989 Ny paragraf i hälso- och sjukvårdslagen med krav på rehabiliteringsplan.

1980-talet

Syncentraler hör till den specialiserade ögonsjukvården

Under 1980-talet minskade de statliga subventionerna i sjukvården och den ekonomiska tillväxten var lägre. Det ledde till vådransonering och väntelistor. Sverige fick också en ny hälso- och sjukvårdslag 1982. Av lagen framgick att primärvården skulle ta hand om grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering. Så till vida att detta inte krävde resurser inom medicin, teknik och kompetens som bara fanns på sjukhus.²⁸ På detta sätt blev alltså primärvårdens vårdcentraler spindeln i nätet och den gemensamma ingången till all vård. Året därpå föreslog dock Socialstyrelsen, i en utredning, att syncentralerna skulle få ansvar för att samordna habilitering och rehabilitering vid synnedsättning.²⁹ Det var alltså ett avsteg från principen om att primärvården skulle vara samordnande instans. Det här ledde till att primärvården aldrig fick ansvaret för grundläggande behandling, omvårdnad och rehabilitering för personer med synnedsättning. Detta trots den tydliga politiska prioriteringen som även utgjorde grunden i Socialdepartementets rapport om hälso- och sjukvård inför 90-talet.³⁰ I den skrev Socialdepartementet att primärvården dessutom skulle få utökade uppgifter. Det gällde bland annat att samla in hälsodata och bedriva preventiva åtgärder i samhället.³¹

Aktivitet blir ett centralt område

På 1980-talet fanns det syncentraler i hela landet. Men verksamheterna hade svårt att leva upp till intentionen att erbjuda både pedagogisk synträning och ADL-träning. Orsaken var brist på lämpliga lokaler, personal och kompetens. Detta gällde i synnerhet ADL-träningen som ofta fick stå tillbaka till förmån för den

pedagogiska synträningen. Synträning och utredning av synfunktion hade länge varit i fokus. Men här skedde en förändring under 80-talet när syncentralerna började göra aktivitetsutredningar. Det var en stor omställning i synen på patienterna. Nu kom utredningarna att utöver synfunktion även omfatta personens aktivitetsområden. Aktivitet betyder här att kunna leva ett gott vardagsliv med meningsfulla och hanterbara aktiviteter. Detta låg helt i linje med den statliga utredning om tidig samordning och rehabilitering som kom i slutet av 1980-talet. Den slog fast att läkarens uppgift skulle vara att bota och lindra. Medan rehabilitering skulle handla om att ge människor möjlighet att leva ett bra liv med god livskvalitet trots sin funktionsnedsättning.³²

Under slutet av 1980-talet kom ett betänkande som beskrev en ny handikappolitik och som presenterade den nya handikapprefomen. Den hade alla människors lika värde som utgångspunkt. I handikappreformen fanns också bärande principer om tillgänglighet, inflytande, självbestämmande, delaktighet, helhetssyn och kontinuitet.³³ Det här ledde till att patientrollen blev mer aktiv och delaktig. Detta är också något som syns i hälso- och sjukvårdslagen som fick en ny paragraf med krav på att varje patient skulle få en rehabiliteringsplan.

1990-talet

Fokus på rehabilitering, äldre och hjälpmedel

Under 1980-talet hade det vuxit fram en situation där flera olika huvudmän och frivilligorganisationer erbjöd rehabiliteringsinsatser för personer med synnedsättning. Ansvarsfördelningen var oklar och det rådde brist på samordning. Det ledde till splittring och bristande likvärdighet i vården över landet.

28. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763).

29. Socialstyrelsen pm//82.

30. SOU 1984:50.

31. Läkartidningen, 14 juni 2006.

32. Socialstyrelsen, 2008.

33. SOU 1990:19.

Därför gav regeringen i uppdrag till Socialstyrelsen att beskriva hur samordningen av rehabiliteringsinsatser till synskadade kunde förbättras. Uppdraget resulterade i allmänna råd.³⁴ Av dem framgår att Socialstyrelsen bedömde syncentralerna som bäst rustade för att samordna rehabiliteringen. Syncentralerna fick alltså denna uppgift och skulle även ansvara för hela rehabiliteringsprocessen som omfattar utredning av behov, planering av åtgärder och uppföljning. Rehabiliteringsfrågan var aktuell under hela årtiondet.

I början av 1990-talet tog riksdagen beslut om den nya handikappreformen som utmynnade i lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Lagen är en rättighetslag som ska garantera personer med omfattande och varaktiga funktionshinder goda levnadsvillkor och att de ska få den hjälp de behöver i det dagliga livet. Målet är att den enskilde får möjlighet att leva som andra.³⁵ Samma år tog Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet fram en vägledning kring rehabilitering. Den skulle fungera som planeringsunderlag och stöd till huvudmän och yrkesgrupper som erbjöd rehabilitering.³⁶

Utvecklingsmedel och stimulansbidrag

Under 1990-talet trädde även den så kallade Ädelreformen i kraft. Den innebar att kommuner fick ansvar för långvarig service, omsorg och vård av äldre. Kommunerna tog därmed över verksamheter som tidigare legat hos landstingen. Som en del av Ädelreformen beslutade riksdagen också om att avsätta 50 miljoner kronor som utvecklingsmedel till äldrevården. De här pengarna kom att kallades Ädel-50. Det var Socialstyrelsen som fördelade medlen. Bland annat fick Göteborg, Uddevalla, Visby och Lund utvecklingsmedel för att pröva en rehabiliteringsmodell för äldre.³⁷

34. Socialstyrelsen, 1990.

35. Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

36. Socialstyrelsen, 1993.

37. Socialstyrelsen, 1997.

1990-talet

1990 Socialstyrelsen publicerar Samordning av synskadades rehabilitering – allmänna råd.

1992 Ädelreformen träder i kraft.

1993 Riksdagen tar beslut om en handikappreform. Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

1993 Riksdagen beslutar om utvecklingsmedel Ädel-50 som ska gå till äldrevård i primärvården.

1993 Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet tar fram en vägledning kring rehabilitering.

1995 Optikerna får reglerade arbetsuppgifter och utökade befogenheter.

1994 Regeringen avsätter 100 miljoner för kompetensutveckling inom hjälpmedelsområdet.

1995 Kommunerna Göteborg, Uddevalla, Visby och Lund prövar en modell för rehabilitering av äldre med synnedsättning.



Under 1990-talet kom fokus även att riktas mot hjälpmedel. Regeringen avsatte totalt 100 miljoner kronor fördelade över fyra år för kompetensutveckling inom hjälpmedelsområdet. Medlen skulle användas för att få fram ny kunskap om utprovning, träning och användning av hjälpmedel. Men det gick också att få medel för att skapa bättre samverkansformer mellan huvudmännen och förbättra brukarsamverkan. Totalt fick närmare 240 projekt del av stimulansbidraget. Ett tjugotal av dem fanns inom synområdet. Några av projekten handlade om att ta fram nationella standarder vid syncentralerna. Till exempel standarder för Closed-circuit television, det vill säga CCTV-träning, och rehabiliteringsplaner.³⁸ Skälet var att vården behövde bli mer effektiv och verksamheterna behövde ha kontroll på om deras insatser gav önskade resultat.

Två andra projekt som fick stimulansbidrag fanns i Örebro och Ljusdal. Projektet i Örebro handlade om kvalitetssäkring av rehabiliteringskedjan för äldre inom synområdet.³⁹ Projektet i Ljusdal prövade en rehabiliteringsmodell för äldre med synnedsättning. Dessa båda projekt uppmärksammade alltså redan då behovet av särskild rehabilitering på synområdet för gruppen äldre. Under samma period blev optikerutbildningen en högskoleutbildning. Det gjorde att antalet optiker, som kunde remittera till ögonläkare, ökade. Professionen fick också en mer reglerad arbetsbeskrivning. Optikernas utökade befogenheter gjorde det lättare för patienterna att få remiss till ögonläkare som i sin tur kunde remittera till syncentral. Det här är ett exempel på hur optikernas arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården har utökats och regleras i lag.⁴⁰

38. Hjälpmedelsinstitutet, 1998a.

39. Hjälpmedelsinstitutet, 1998b.

40. Socialstyrelsen, 1995.

2000-talet

Nya etiska principer och mål för god vård

I början på 2000-talet hade efterfrågan på stöd från syncentraler ökat. I den åldrande befolkningen drabbades många av makuladegeneration eller annan lindrig synnedsättning. Under den här perioden gav Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet ut en skrift som påtalade att samverkan mellan syncentralerna och primärvården behövde utvecklas och systematiseras. Fokus i skriften låg på äldre och rehabilitering. Det framgick även att huvudmännen hade ett gemensamt ansvar för samverkan.⁴¹ För att förbättra för äldre med synnedsättning, och hitta sätt att möta den ökade efterfrågan på rehabilitering på synområdet, startade Synskadades Riksförbund och Hjälpmedelsinstitutet ett projekt som hette Syntes. Verksamheten ägde rum framför allt i Dalarna men även i Gävleborgs län, Örebro län och Stockholms län. Syftet var att pröva att implementera en modell för rehabilitering för äldre med lindrig synnedsättning i primärvården. Det centrala var att rehabiliteringen skulle ske i närmiljön. Antagandet var att primärvården kunde ge ett sådant nära, tillgängligt och snabbt stöd ur ett helhetsperspektiv. Tanken var också att syncentralen, som en följd av detta, skulle kunna utveckla sin verksamhet. Syncentralen skulle få möjlighet att ge mer resurser åt dem som behövde specialiserade insatser. Projektet försökte även hitta sätt att stödja utveckling av specialistkompetens på syncentralerna. Det resulterade i ett 30-tal projektarbeten.⁴² Projektresultaten var positiva men ledde ändå inte till någon varaktig förändring. Det berodde bland annat på omorganisationer och chefsbyten.

41. Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet, 2002.

42. Hjälpmedelsinstitutet, 2008.; Dahlin Ivanoff S., 2000.; Eklund, K., 2005.

Några år in på 2000-talet lanserade Socialstyrelsen begreppet God vård.⁴³ Syftet var att strukturera uppföljning, och fånga kvalitet, i hälso- och sjukvården på ett bättre sätt. God vård omfattade sex kvalitetsområden. Varje område beskrev viktiga förutsättningar för att kunna ge god vård. Det handlade om kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård; säker hälso- och sjukvård; patientfokuserad hälso- och sjukvård; effektiv hälso- och sjukvård; jämlik hälso- och sjukvård samt hälso- och sjukvård i rimlig tid.

Insatser för att utveckla och säkra kvalitet

För att kunna utveckla och säkra kvaliteten i vården startade också ett nätverk för nyckeltalssamverkan inom hälso- och sjukvård. Namnet Nysam står för nyckeltal i samverkan. Syfte med Nysam var att kunna göra jämförelser mellan landstingen och följa upp och prioritera aktiviteter och resurser. År 2007 etablerades verksamhetsområdet Syncentraler i Nysam. Först att ansluta var den mellersta regionen med Värmland, Örebro län, Uppsala län, Sörmland, Västmanland, Dalarna och Gävleborg.⁴⁴ Under den här perioden låg alltså stort fokus på att mäta kvalitet för att kunna prioritera rätt. Men under 2000-talet blev det ändå allt tydligare att behoven av hälso- och sjukvård var större än resurserna. Därför tog Socialstyrelsen fram en etisk plattform år 2009. Syftet var att ge stöd i konkreta prioriteringssituationer och skapa ökad rättvisa utifrån en gemensam etik.⁴⁵ Tanken var att utan etiska principer fanns ökad risk för att verksamheterna fattade beslut utifrån "megafonprincipen" eller "egenintresseprincipen" istället. När sedan lagen om offentlig upphandling kom var tanken att även den skulle bidra till kostnadseffektivitet och goda val i hälso- och sjukvården. Syncentraler skulle nu upphandla hjälpmedel och produkter med god kvalitet, med hög patientsäkerhet och till bästa pris.⁴⁶

43. Socialstyrelsen, 2005.

44. Nysam.

45. SOU 1995:5.; Prop 1996/97:60.

46. Lag (2016:1145) om offentlig upphandling.

2000-talet

2002 Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet ger ut skriften Ett samlat stöd. Om samverkan kring äldre personers rehabilitering och habilitering.

2004 Det fyraåriga projektet Syntes startar.

2005 Begreppet God vård lanseras.

2007 Verksamhetsområdet Syncentraler etableras i Nysam.

2008 Patientdatalagen träder i kraft.

2009 Socialstyrelsen formulerar en etisk plattform som stöd för prioriteringar för hälso- och sjukvården.

2010 Ny bestämmelse om samordnad individuell plan (SIP).

2011 Socialstyrelsen ger ut handbok om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

2012 Socialstyrelsen ger ut rapport om Rehabilitering för vuxna med syn- eller hörselnedsättning.

2016 Lag om offentlig upphandling.

2017 Reviderad hälso- och sjukvårdslag som stärker det personcentrerade perspektivet.



Socialstyrelsen kom också med en handbok som presenterade ett ledningssystem för systematisk och fortlöpande utveckling och säkring av kvaliteten i bland annat hälso- och sjukvårdsverksamheten.⁴⁷ Socialstyrelsen gjorde en utredning för att beskriva förutsättningarna för uppföljning av habilitering och rehabilitering inom området rehabilitering för vuxna med syn- eller hörselnedsättning. Resultatet visade dock att detta var svårt på grund av bristen på datakällor.⁴⁸

Under 2000-talet stärktes även individens rätt till integritet och delaktighet. Till exempel kom patientdatalagen⁴⁹ som syftar till att skydda människor mot att få sin personliga integritet kränkt vid behandling av personuppgifter. Därutöver fick både socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen en bestämmelse om samordnad individuell plan (SIP). Syftet var att patienten skulle få ökad möjlighet att vara aktiv i sin egen vård och det skulle även bli tydligare vem som skulle göra vad och när. Bestämmelsen inbegriper även privata utförare som kommun och region har avtal med.⁵⁰ Individens rätt till integritet och delaktighet stärktes också när hälso- och sjukvårdslagen reviderades. Då tillkom ett starkare fokus på personcentrerad vård.

2020-talet

Omställning till god och nära vård

Den här skriften är publicerad våren 2023. I nuläget befinner sig hälso- och sjukvården i omställning till god och nära vård. En central tanke är att primärvården ska vara nav i god och nära vård. En stor fråga är hur rehabilitering för äldre inom synområdet kommer att landa i den här omställningen. Idag finns minst en syncentral i varje region i Sverige. En del av dem har närmare två miljoner medborgare i sina upptagningsområden som omfattar stora geografiska ytor. När allt fler lever längre och därmed får åldersrelaterade synnedsättningar ökar trycket på syncentralen. Många äldre tvingas därmed vänta länge, och resa långt, för att komma till sin syncentral. Detta är något som inte överensstämmer med intentionerna för god och nära vård. I skriftens sista kapitel presenterar vi en modell där primärvården utgör navet för rehabiliteringskedjan. Vi anser att detta är en lösning som ligger väl i linje med målsättningen för god och nära vård.



47. Socialstyrelsen, 2011.

48. Socialstyrelsen, 2012.

49. Patientdatalag (2008:355); Patientlag (2014:821).

50. Socialtjänstlag (2001:453); SFS 2010:243 Lag om ändring i hälsosjukvårdslagen (1982:763).



Framväxten av synspecifika utbildningar

När syncentralerna växte fram behövde de anställa välutbildad personal. Därmed uppstod ett behov av nya kurser på synområdet. Det här kapitlet beskriver hur utbildningsfältet har utvecklats från starten på 1970-talet och fram till idag.

Att ha en synnedsättning påverkar livet på ett genomgripande sätt. Det beror på att synen är central för att ta in information, samspela med andra, orientera sig, förflytta sig och utföra vardagliga handlingar. För att kunna ge personer med synnedsättning ett bra stöd behöver syncentralen följaktligen ha bred kompetens. Därför arbetar många olika yrkesgrupper där. Det kan vara optiker, arbetsterapeuter, ögonsjuksköterskor, fysioterapeuter, specialpedagoger, kuratorer, psykologer och it-pedagoger. För att kunna utföra sina arbetsuppgifter – utifrån evidens och beprövad erfarenhet – räcker det inte med att respektive profession har sin grundutbildning. Samtliga yrkesgrupper behöver komplettera med kurser som ger kunskap om rehabilitering inom synområdet.

I dagsläget är det sällsynt att de som söker jobb på syncentralerna redan har gått en kurs som ger kunskap om rehabilitering inom synområdet. Det vanliga är att syncentralen anställer en person med lämplig grundutbildning inom till exempel arbetsterapi eller fysioterapi. Personen får sedan kombinera arbetet på syncentralen med studier inom synområdet, ofta på halvfart, under ett antal veckor. För syncentralen innebär situationen en viss risk. Det kostar att fortbilda personal och rörligheten på arbetsmarknaden har ökat.

Även kommuner och Arbetsförmedlingen efterfrågar till exempel arbetsterapeuter med synkompetens. Eftersom regionens syncentraler befinner sig i underläge lönemässigt kan det hända att den nyanställda och nyutbildade sedan väljer bort syncentralen för ett annat jobb med högre lön.

Synkurser i ett spänningsfält mellan utbildning och hälso- och sjukvård

Den första kursen, med syfte att utbilda personal till syncentralerna, startade 1976 vid Lärarhögskolan.⁵¹ Sedan dess har kursutbudet förändrats flera gånger. I perioder har det gått att specialisera sig mot antingen synnedsättning eller blindhet. Under några år fanns inga utbildningar med inriktning mot syn på grundnivå utan enbart på avancerad nivå. Avancerad nivå innebär utbildning som leder till magisterexamen på 60 högskolepoäng eller en masterexamen på 120 högskolepoäng.

Det är värt att notera att synkurserna har vuxit fram i en skol- och utbildningskontext. De har i hög grad legat inom ramen för lärarutbildning, speciallärarutbildning och specialpedagogutbildning. Detta trots att rehabilitering för personer med synnedsättning har organiserats inom hälso- och sjukvården ända sedan 1974 då syncentraler infördes. De som har planerat synutbildningarna har alltså inte kommit från hälso- och sjukvården utan från skolvärlden. Studenterna har i hög grad fått undervisning och blivit examinerade av personer med lärarbakgrund. Det här har lett till att perspektiv som är centrala inom rehabilitering har fått mindre fokus i kurserna. Inom rehabilitering är begreppen aktivitet, delaktighet, hälsa och bemötande centrala. Begreppet aktivitet omfattar ett tvärvetenskapligt perspektiv och inrymmer allt som vi människor gör i vardagen. Som till exempel att handla, laga mat, använda dator, läsa texter, ta sig fram i kända och okända miljöer och delta i

Tankar om bristande utbildning, från tiden då syncentralerna var nya

” När jag arbetade på syncentral tänkte jag ofta att synskadade borde ha tillgång till samlade resurser med allsidig rehabilitering precis som det var för rörelsehindrade. Men det var som att ögat hade knoppats bort från övriga kroppen.

Förlora synförmåga, lindrig eller omfattande, medför alltid konsekvenser. Man blir ofta ledsen och arg, man känner sorg, blir deprimerad, passiv. Kroppsligt medför synförlusten att man spänner sig. Man rör sig stelt, går framåtlutad med dålig hållning.

Man tappar kroppsuppfattning! Det är allvarligt. Det leder till smärta i spända muskler, dålig cirkulation, försämrad balans och olycksrisk. För att förhindra risk att synskadan utvecklar dubbelt hinder behövs därför behandling av fysioterapeut gärna tidigt och förebyggande.

Svårigheter i vardagen behöver avhjälpas och ibland måste anpassningar i hemmet eller på arbetsplatsen göras. Särskilt viktig är belysningen.

Man behöver hjälp av arbetsterapeut att lära sig kompensera förlorad syn med nya metoder och, eller tekniska hjälpmedel.

Det var så jag tänkte. Optik och synträning är jättebra men mer behövs. Allt detta borde ha ingått i vår utbildning. Men det gjorde inte det. Därför hade syncentralerna svårt att utföra sitt uppdrag.”

KERSTIN ERIKSSON, arbetsterapeut och chef på Sveriges första syncentral



51. Inde, K., 1974; Bäckman, Ö., Fellenius, K., & Inde, K., 2015.

kultur- och samhällsliv. Denna förståelse av aktivitetsbegreppet utgör ett teoretiskt fundament för arbetsterapeutiska insatser inom rehabilitering. Begreppet delaktighet handlar om personens engagemang i livssituationen. Delaktighet är en dynamisk process som pågår mellan individen och den omgivande miljön. Begreppet hälsa relaterar till både individ och kultur.⁵² När det kommer till bemötande är det klarlagt att detta är den faktor som har störst inflytande på huruvida rehabiliteringen kommer att få avsedd effekt.⁵³ Som helhet handlar rehabilitering om att bibehålla och utveckla förmågor så att livet blir begripligt, hanterbart och meningsfullt. Det är ett lärande som sträcker sig utanför lärandet i klassrummet.

Synkurserna har lett till olika yrkestitlar

Den som kompletterade sin grundutbildning med en eller flera synkurser kunde tidigare få en ny yrkestitel. Personer som hade gått en synkurs med inriktning mot blindhet kunde få en tjänst som "anpassningslärare" på en syncentral under 1970- och 80-talen. Den som hade gått en synkurs med inriktning mot synnedsättning kunde bli anställd som "synpedagog". Under en kort period gav Härnösands folkhögskola en utbildning inom Yrkeshögskolan där de studerande blev "synrehabiliterare". På många syncentraler går det fortfarande att söka tjänst som synpedagog. Arbetsförmedlingen använder dock en annan benämning. De kallar gruppen för "synspecialister". Anledningen är att Arbetsförmedlingen vill använda en enhetlig vokabulär och benämner även andra yrkesgrupper som just specialister. Men varken synspecialist eller synpedagog är reglerade titlar. Det betyder att det saknas definierade krav på en viss examen, legitimation, auktorisation eller annat formellt erkännande för att få använda titlarna.

1970-talet

Den första kursen startar på Lärarhögskolan

Här följer en kronologisk beskrivning av hur synkurserna har växt fram. Under andra halvan av 1970-talet stod det klart att varje nystartad syncentral behövde ha ögonläkare som kunde ta det medicinska ansvaret och optiker som kunde prova ut synoptik. Sådan kompetens fanns att tillgå. Men syncentraler skulle också ge socialt stöd, synträning och orienteringsträning. Samt stöd i användning av optiska hjälpmedel, kompensatoriska tekniker och aktiviteter i dagliga livet.⁵⁴ Det saknades en personalkategori som kunde ta hand om dessa pedagogiska och terapeutiska delar i rehabiliteringen. I en utredning från 1976 kallas den efterfrågade personalkategorin för synpedagoger. Utredningen slog fast att synpedagogerna behövde en egen utbildning.⁵⁵ Därför startade Lärarhögskolan i Stockholm en sådan inriktning på speciallärarlinjen redan samma år. Den hette "gren två, syn" och var en ettårig kurs som gav kompetens inom optisk rehabilitering och systematisk synträning. De studerande kunde välja mellan två spår. Det ena spåret ledde till yrkestiteln synpedagog och hade fokus på optisk rehabilitering. Det andra spåret ledde till yrkestiteln anpassningslärare och hade fokus på kompenserande tekniker som till exempel punktskrift och orientering och förflyttning. Viss undervisning var gemensam för båda spåren. Antagningskravet var tre års yrkeserfarenhet som till exempel arbetsterapeut, sjukgymnast, socionom, ögonsjuksköterska, ortoptist, oftalmologassistent eller lärare. Det här var en stor förändring. Dittills hade de pedagogiskt verksamma på synområdet alltid haft en lärarbakgrund. Den första gruppen studenter bestod av fyra arbetsterapeuter.

52. Berndtsson, I. & Kroksmark, U., 2008.

53. SOU 1999:21.

54. Socialstyrelsen, 1979.

55. Landstingsförbundet, 1976.

Flera syncentraler hade startat sin verksamhet utan att hinna utbilda sina medarbetare på Lärarhögskolan. Dessa medarbetare hade istället gått en kortare utbildning på Institutet för Optometri i Stockholm. Med särskilt fokus på dem startade Lärarhögskolan en intensivkurs på åtta veckor. Satsningen omfattade åtta personer. Efter intensivkursen fick dessa medarbetare samma status som de som hade gått den ettåriga synutbildningen på speciallärarlinjen.

1980- och 90-talen

Titeln anpassningslärare försvinner

Lärarhögskolan fortsatte att anordna den ettåriga synkursen på speciallärarlinjen fram till 1990. Då upphörde speciallärarlinjen och ersattes av en specialpedagogisk påbyggnadsutbildning. Påbyggnadsutbildningen var tre terminer och hade fyra inriktningar varav en mot synskada. Det gick emellertid inte längre att välja inriktning mot antingen optisk rehabilitering eller kompenserande tekniker. Utbildningen omfattade istället hela spannet från synnedsättning till blindhet. I samband med detta valde man att endast behålla en yrkestitel. Det blev synpedagog. Titeln anpassningslärare valdes bort. Den nya specialpedagogiska påbyggnadsutbildningen skulle ge kompetens för arbete inom såväl barnomsorg som skola, vuxenutbildning, habilitering och rehabilitering.⁵⁶ Allt detta innebar att studenterna blev mer av generalister.

När den specialpedagogiska påbyggnadsutbildningen hade funnits i tre år kom en ny förordning.⁵⁷ Förordningen innebar att endast de som hade lärarexamen i grunden kunde få ut en specialpedagogexamen. Arbetsterapeuter, sjukgymnaster och

56. Högskoleverket, 2012.

57. Högskoleförordningen 1993:100.

Utbildning 1970–1990-talen

1976 Lärarhögskolan i Stockholm startar den första synpedagogutbildningen.

1978 Lärarhögskolan i Stockholm ger en intensivkurs för yrkesverksamma synpedagoger.

1990 Påbyggnadsutbildning i specialpedagogik ersätter speciallärarlinjen. Titeln anpassningslärare försvinner.

1993 Ny förordning för specialpedagogexamen.



Under 1990-talet försvann möjligheten att inrikta sina studier mot antingen synnedsättning eller blindhet. Studenterna blev mer av generalister.

andra som gick samma utbildning, med samma kursplan, fick endast ett enklare utbildningsbevis. Den här situationen kvarstod i tio år. Vid tiden fanns ingen annan utbildning med inriktning mot syn.

2000-talet

De första synkurserna på avancerad nivå

I början av 2000-talet ersattes påbyggnadsutbildningen i specialpedagogik med ett nytt specialpedagogiskt program och en ny specialpedagogexamen. I och med det försvann de fyra inriktningarna. Det innebar att de studerande inte längre kunde styra sin utbildning mot synskada.⁵⁸ Sex år senare återinförde regeringen ett speciallärarprogram. Men inte heller den utbildningen fick någon specifik inriktning mot syn.⁵⁹ Det här innebar att syncentralerna hade svårt att hitta synspecifika kurser för att kompetensutveckla sin personal. Detta skedde samtidigt som efterfrågan på stöd från syncentralerna ökade till följd av en åldrande befolkning.

Vid den här tiden pågick ett projekt i Dalarna, Gävleborgs län, Örebro län och Stockholms län. Projektet hette Syntes och ville pröva om primärvården i regioner och kommuner kunde erbjuda rehabilitering till personer med lindrig synnedsättning.⁶⁰ För att utbilda personalen gav projektet i uppdrag till Örebro universitet att anordna en synkurs på grundnivå. Kursen var fem veckor lång och vände sig till arbetsterapeuter som arbetade inom primärvård. Utbildningen genomfördes ett par gånger.

58. Högskoleverket, 2012.

59. Högskoleverket, 2012.

60. Hjälpmedelsinstitutet, 2008.

Utbildning 2000–2020-talen

2001 Ny specialpedagogexamen. Inriktningen mot synskada försvinner.

2004 Ny magisterexamen med ämnesbredd och inriktning mot synpedagogik och synnedsättning för bland annat arbetsterapeuter, optiker och psykologer.

2006 Projektet Syntes ordnar synkurser på grundnivå på Örebro universitet.

2007 Regeringen återinför en särskild speciallärarexamen utan inriktning mot synskada.

2009 Nytt mastersprogram i specialpedagogik – för yrkesverksamma lärare – med inriktning mot synpedagogik och synpedagogiskt arbete.

2011 Regeringen återinför inriktningen synskada på speciallärarutbildningen.

2013 Utbildning inom Yrkeshögskolan vid Härnösands folkhögskola där de studerande fick titeln synrehabiliterare.

2015 Ett nordiskt masterprogram i synpedagogik och synrehabilitering startar.

2018 Uppdragsutbildning del I, vid Örebro universitet.

2020 Uppdragsutbildning del II, vid Örebro universitet.

Under decenniet kom även de första synkurserna på avancerad nivå.⁶¹ På Lärarhögskolan vid Stockholms universitet startade ett program som ledde till magisterexamen med ämnesbredd och inriktning mot synpedagogik och synnedsättning. Det var en vidareutbildning för arbetsterapeuter, sjukgymnaster, socio-nomer, psykologer, ögonsjuksköterskor, optiker och lärare. 2008 upphörde Lärarhögskolan som egen högskola och införlivades i Stockholms universitet.⁶² Ett år senare startade ett mastersprogram i specialpedagogik vid Stockholms universitet. Men det vände sig till yrkesverksamma lärare med inriktning på synpedagogik och synpedagogiskt arbete. Utbildningen omfattade halvfart under åtta terminer.

2010-talet

Ett flertal synkurser startar på olika nivåer

I början av 2010-talet återinförde regeringen en inriktning mot synskada på speciallärarprogrammet. Syftet var att utbilda lärare och inte personal på syncentraler.⁶³ Detta skedde samtidigt som syncentralerna i hela landet stod inför en förvärrad personalbrist. Det berodde på att många av dem som hade utbildat sig inom synområdet på 1970- och 80-talen närmade sig pensionsåldern. I ytterligare ett försök att öka antalet med synpedagogisk kompetens startade en ettårig distansutbildning inom Yrkes-högskolan vid Härnösands folkhögskola. De som gick utbildningen fick titeln ”synrehabiliterare”.⁶⁴ Det fanns inga krav på tidigare högskoleutbildning för att bli antagen. Det här skapade en märklig situation eftersom övriga verksamheter inom habili-tering och hjälpmedel hade krav på högskoleutbildad personal. Samtidigt hade det nya masterprogrammet på Stockholms

universitet – som vände sig till yrkesverksamma lärare – svårt att fylla platserna. Utbildningen ställdes in både 2010 och 2011 på grund av allt för få sökande.

2015 startade ett nordiskt masterprogram i synpedagogik och synrehabilitering i samverkan mellan Høgskolen i Sørøst i Norge och Göteborgs universitet i Sverige. Ett syfte var att öka antalet doktorander och stimulera till forskning. Detta är viktigt för syncentralerna eftersom deras personal behöver kunna arbeta utifrån evidens och på vetenskaplig grund. Utbildningen omfattar studier på halvfart under fyra år och har sedan starten varit öppen för sökande från hela Norden. I praktiken är det framför allt norrmän som har deltagit. För svenska regioner har tidsåtgången och kostnaderna varit hindrande. Därför har få skickat sina medarbetare till utbildningen. När en del av innehållet presenterades i form av enstaka kurser blev intresset från svenska personer och arbetsgivare större.

I slutet av 2010-talet kunde syncentralen i Region Örebro län verkställa en synutbildning på avancerad nivå vid Örebro universitet. Det var en uppdragsutbildning vilket innebär att det finns en uppdragsgivare, en avtalspart och en kursavgift som finansierar verksamheten. Den första kursen handlade om barns syn och synutveckling och blev startskottet på en planerad serie bestående av fyra delkurser om vardera 7,5 högskolepoäng. Tanken var att kurserna skulle fungera som fortbildning för medarbetare på landets syncentraler. Samt att kurserna skulle vara öppna för medarbetare på Specialpedagogiska skolmyndigheten och Arbetsförmedlingen. I dagsläget finns en förhoppning om att dessa synkurser ska ges återkommande med förutsägbar kontinuitet.

61. Universitets- och högskolerådet, 28 december 2022.

62. Stockholms universitet, 18 augusti 2021.

63. Stockholms universitet, 2011.

64. Härnösands kommun, 2013.

2020-talet

Ett fragmenterat fält

Den första synkursen startade i Sverige för snart ett halvt sekel sedan men ingen har tagit ett övergripande ansvar för den fortsatta utvecklingen. Det har växt fram olika synkurser hos utbildningsanordnare i Göteborg och Sørøst, Härnösand, Stockholm och Örebro som har getts i längre eller kortare perioder. Även Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter har i många år haft utskott inom synområdet som har verkat för kompetenshöjning och producerat utbildningsmaterial. En konsekvens är att fältet lider av splittring och bristande kontinuitet. För syncentraler är det särskilt bekymmersamt att det saknas kurser som är specifikt utformade för deras verksamhet. Idag erbjuder till exempel Stockholms universitet några synutbildningar men flera saknar perspektiv och innehåll som är centrala inom rehabilitering. Chefer och medarbetare vid syncentraler väljer därför bort dessa utbildningar.

Behov av distanskurser på avancerad nivå

Det har också visat sig att synkurser på grundnivå ofta överlappar de kunskaper som medarbetarna redan har fått i sina befintliga grundutbildningar. Det kan till exempel handla om grunder i anatomi, fysiologi och sjukdomslära. Slutsatsen är att syncentralers personal har större nytta av synkurser på avancerad nivå. Sådana kurser ger dessutom de fördjupade kunskaper som krävs på specialistnivå. Att gå ett helt masterprogram kan emellertid vara för omfattande. En annan svårighet för syncentralens medarbetare är det geografiska avståndet till utbildningsanordnarna. Därför var det uppskattat när synkurserna på Örebro universitet, som hade utformats specifikt utifrån syncentralernas behov, gavs på distans.

År 2020 startade den andra kursen inom ramen för uppdragsutbildningen där. Den handlade om Optometri, punktskrift och taktilitet. I dagsläget (2023) har Örebro universitet ännu inte godkänt den tredje och den fjärde delkursen. Därför återstår det att ta fram kursplan och studiehandledning för dem.



För många ökar möjligheten att utbilda sig inom synområdet när kurserna går att läsa på distans.



Framtidens rehabilitering för äldre med synnedsättning

Det här kapitlet beskriver en rad utmaningar och brister i dagens sätt att organisera och bedriva rehabilitering för äldre med synnedsättning. Det innehåller också förslag och krav på förändring.

Vi ser stora brister i det nuvarande sättet att organisera hälso- och sjukvården där synen betraktas som en avgränsad kropps-funktion som endast hör hemma i specialistvården. Ögat är därmed placerat utanför resten av den kropp som primärvården tar hand om. Detta trots att seendet är centralt i de flesta av människans funktioner och aktiviteter. Nedsatt syn har negativ påverkan på detaljseende, balans, rörelsemönster, orientering, sociala situationer, självständighet och det psykiska måendet. Vi menar att kompetensen om synen – och även andra sinnes-funktioner – behöver öka i primärvården. Vården behöver kunskap om hur den äldre personen ser för att kunna avgöra vilket stöd som behövs. Till exempel påverkar nedsatt syn hur patienten kan dosera läkemedel eller använda en rullator. Det är också viktigt att ta hänsyn till synförmågan när man arbetar med fallprevention.

Beprövade arbetssätt

Vi vet att en stor andel äldre med synnedsättning inte är i behov av rehabilitering på specialistnivå. Arbetsterapeuter inom primärvård eller kommun kan, efter viss vidareutbildning, ge en likvärdig och god rehabilitering. Ett sådant arbetssätt är redan prövat och utvärderat i arvsfondsprojektet Syntes. Hjälpmedelsinstitutet och Synskadades Riksförbund var projektägare och drev projektet

under åren 2004 till 2008. Syftet var att pröva möjligheterna till rehabilitering i närmiljön för äldre med lindrig synnedsättning. Försöksverksamheten ägde rum framför allt i Dalarna men även i Gävleborgs län, Örebro län och Stockholms län. Medlen från Allmänna arvsfonden användes också för att utveckla specialistkompetensen på syncentraler. Projektet kallades Syntes utifrån syftet att skapa en bättre balans mellan basnivå och specialistnivå. Högskolan Dalarna utvärderade sedan projektet. Resultatet visade att de patienter som hade fått rehabilitering på basnivå i primärvården, och som hade deltagit i gruppverksamhet, var mer nöjda än de patienter som hade fått sin rehabilitering på syncentralen. En slutsats var att lokal rehabilitering i primärvården har fördelar för äldre patienter med synnedsättning. Det handlar bland annat om att patienterna redan är kända av primärvården och att primärvården kan erbjuda närhet och en helhetssyn. Men av utvärderingen framgick även att det fanns strukturella frågor som behövde få en lösning. Det gällde bland annat tydlighet i arbetsgång, arbetsbeskrivning och förskrivning av hjälpmedel.⁶⁵

Fler goda exempel

Även före Syntes har det funnits andra projekt som har prövat idén om att ge äldre med synnedsättning rehabilitering i sin närmiljö. Under 1990-talet initierades till exempel ett Ädel-50-projekt vid ett antal primärvårdsenheter runt om i landet. Det var regeringens utvecklingsmedel till äldrevården som kallades Ädel-50 och finansieringen kom därifrån.⁶⁶ I projektet fick arbetsterapeuter i primärvården utbildning för att öka sin synkompetens. Därefter fick de ansvar för rehabilitering av äldre med synnedsättning. Erfarenheterna från projektet vad goda med bland annat kortare restider för patienterna, kortare väntetider och fler hembesök. Arbetsterapeuterna var positiva

till att få arbeta med ett helhetsperspektiv på patienten. De menade även att deras nya kunskaper inom synområdet kom andra äldre till del. Det finns således dokumenterad erfarenhet av rehabilitering för äldre med synnedsättning inom primärvården.

Det finns även ett hälsofrämjande program för äldre med makuladegeneration som är utarbetat för just primärvården. Det heter Att finna nya vägar.⁶⁷ Programmet vilar på vetenskaplig grund, är evidensbaserat och utvärderat på individ- och gruppnivå med gott resultat.⁶⁸ Programmet har utvärderats i jämförelse med syncentralernas individuella program. Skillnaderna visade att syncentralernas traditionella individuella program kostade fem gånger så mycket för att få samma lyckade resultat som det hälsofrämjande programmet inom primärvården. I det hälsofrämjande programmet ingår ett självskattningsinstrument som heter Upplevd säkerhet. Det ger stöd vid kliniskt arbete för kartläggning av behov, val av insatser och utvärdering av resultat. Men eftersom äldre med synnedsättning hänvisas till specialistvården används inte programmet inom primärvården i dagsläget.

Bristande möjligheter till utbildning

Vi ser stora brister i det nuvarande utbudet av synutbildningar för medarbetare inom primärvården och specialistvården. Inom synområdet finns inget universitet, ingen högskola eller annan aktör som erbjuder kontinuerlig utbildning. Trots att det finns ett stort behov av fortbildning. Hälso- och sjukvården har krav på evidensbaserad vård. Medarbetarna ska ha god omvärldsbevakning och i uppdraget ingår att bidra till utveckling och förbättringsarbete. Det innebär att de som arbetar med rehabilitering behöver fånga upp, kunna läsa och förstå forsknings-

67. Dahlin Ivanoff, S, 2000.

68. Eklund, K., 2005.

69. Hjälpmedelsinstitutet, 2007.

65. Hjälpmedelsinstitutet, 2008.

66. Socialstyrelsen, 1997.

rapporter och omsätta kunskapen i kliniskt arbete.⁷⁰ Socialstyrelsen har utvecklat indikatorer på begreppet god vård.⁷¹ Bland annat ska den vara kunskapsbaserad, ändamålsenlig och säker. De enskilda medarbetarna ses som vårdens viktigaste resurs och deras kompetens måste utvecklas. Detta stärker argumenten för att alla som ska arbeta med rehabilitering inom synområdet behöver ha en akademisk grundutbildning och tillgång till kontinuerlig fortbildning.

Det saknas förutsättningar för att kunna mäta kvalitet

Vi menar att det finns stora brister i dagens sätt att mäta kvalitet inom rehabilitering för äldre med synnedsättning. Detta trots att hälso- och sjukvården är målstyrd och har en mängd kriterier för att mäta måloppfyllelsen.⁷² De kriterierna utgår dock ofta från kvantitativa faktorer där man mäter framgång i produktion. Det kan handla om antalet genomförda besök eller antal dagar i väntan på vård. Det här kan för visso vara goda indikatorer på att hälso- och sjukvården sköter sitt uppdrag, men de utelämnar viktiga aspekter. De berättar inte om patientens upplevelse av vården eller effekten av insatserna. Vi anser att detta leder till en brist på konsensus om vad som utgör god kvalitet i vården.

Vi ser också att det är brist på kunskapsunderlag och datakällor som gör det möjligt att jämföra kvalitet i verksamheter inom synområdet. Det är viktigt att kunna jämföra offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Jämförelser bidrar till öppenhet och insyn och ger underlag för uppföljning, analys, förbättring och lärande i verksamheterna. Samt underlag för diskussioner om verksamheternas kvalitet på lokal, regional och nationell nivå. Allt detta är centralt för ledning och styrning. Sedan flera år finns Nysam som är ett nätverk för nyckeltalssamverkan inom

hälso- och sjukvård. Det ger en möjlighet för verksamheter att ta fram sina egna nyckeltal och sedan göra jämförelser mellan regioner samt följa upp och prioritera aktiviteter och resurser. Som mest deltog 15 av 21 landsting i nätverket. I dagsläget (2023) ingår enbart tre regioner i Nysam.

Otillräckliga uppgifter

År 2015 startade syncentralerna ett eget register som heter Svenskt Kvalitetsregister för Rehabilitering vid Synnedsättning (SKRS). Syftet var att öka kunskapen om rehabiliteringsåtgärder, och deras effekter, för vuxna med synnedsättning. Sedan 2021 ingår alla regioner i det här kvalitetsregister men det är fortfarande under utveckling. I nuläget räcker inte uppgifterna för att få en fullständig bild av kvaliteten i rehabiliteringen. Vi anser att bristen på förutsättningar för att mäta kvalitet – och bristen på konsensus om vad som är kvalitet – hindrar utvecklingen av framtidens rehabilitering på synområdet.

70. Berndtsson, I., & Kroksmark, U., 2008.

71. Socialstyrelsen, 2005.

72. Socialstyrelsen, 2009.; Sveriges Kommuner och Regioner, 20 oktober 2022.

Sex steg mot ökad kvalitet i rehabilitering för äldre med synnedsättning

1. Vårdcentralen ska vara navet i vårdkedjan

Vi menar att vårdcentral ska utgöra första ledet i vårdkedjan för äldre med synnedsättning. Målsättningen att göra primärvården till nav i hälso- och sjukvården är framskriven i en rad utredningar och styrdokument sedan 1970-talet och framåt.⁷³ Detta uttrycks tydligt i Sveriges kommuner och regioners skrivning: "Primärvården är basen och navet i vården och behöver samspela med den specialiserade vården, den kommunala omsorgen och socialtjänsten samt andra intressenter som behövs utifrån personens perspektiv. För att skapa en sådan mer sammanhållen vård och omsorg behöver samverkan stärkas mellan regioner och kommuner."⁷⁴ Det är dags att förverkliga den målsättningen. Det skulle också ligga i linje med regionernas arbete för att minska de så kallade stuprören.⁷⁵ Uttrycket stuprör syftar på separerade vårdenheter som behandlar en kroppsdel i taget. All hälso- och sjukvård står i dagsläget inför en stor omställning till god och nära vård. Detta är en strategi för att klara välfärdens stora utmaningar.⁷⁶ Samhället står inför en ökning av äldre som är över åttio år. I god och nära vård är tillgänglighet, kontinuitet och samordning ledord. Personcentrering är också ett honnörsord.

Vi är medvetna om att det kan finnas en misstro mot vårdcentralers kompetens när det gäller specifika diagnoser. Patienten kan uppleva det som tryggare att komma till en specialist. Inom

73. SOU 1984:39; SOU 1984:47; SOU 2020:19.

74. Sveriges Kommuner och Regioner, 27 januari 2023.

75. Sveriges Kommuner och Regioner, 25 november 2022.

76. Sveriges Kommuner och Regioner, 15 augusti 2022.

- 1 Vårdcentralen ska vara navet i vårdkedjan
- 2 Syncentralen ska tillhandahålla specialistkompetens
- 3 Rehabiliteringskedjan ska vara tydlig
- 4 Det ska finnas säker tillgång till utbildning
- 5 Kompetenskraven ska vara tydliga
- 6 Sättet att mäta och dokumentera kvalitet ska vara gemensamt

synområdet ser vi dock att det innebär en rad nackdelar för patienten att enbart ha tillgång till specialistvård. Specialisten finns ofta längre bort och har inte kunskap om patientens hela situation. Här ser vi att primärvården kan göra stora insatser för äldre med synnedsättning. Vi anser att fördelarna med att ha primärvården som första instans är tydliga. Vårdcentraler finns nära och kan snabbt ge stöd till patienten. Genom att erbjuda en ingång för alla sjukdomar och besvär blir det lätt för patienten att hitta till vården. Vårdcentralen kan därutöver ge kontinuitet och se den äldres situation ur ett helhetsperspektiv. Samt ge rehabilitering i närmiljön. Gruppen äldre kommer att bli större under många år framöver. För att kunna ge dem, och i synnerhet äldre över 80 år, en sammanhållen och god vård behöver sinnesfunktioner finnas med som en naturlig del i helheten.

Vi är medvetna om att vårdcentraler redan drar ett tungt lass i dagens vårdapparat. Därför kan det tyckas vara cyniskt att lägga på dem ytterligare arbetsuppgifter. Problemet med överbelastning finns emellertid i hela vårdkedjan. Det gäller för såväl primärvården som specialistvården, akutvården och slutenvården. För att vårdcentraler ska kunna ta ansvar för rehabiliteringen av äldre med synnedsättning, vill vi nämna några viktiga faktorer. För att klara ett sådant nytt uppdrag behöver det finnas en vårdprocess för äldre med synnedsättning. Därutöver behöver primärvårdens rehabiliteringsteam få ökad kunskap om synsinnet och synnedsättning. Vi menar att arbetsterapeuten bör ha en central roll i teamet. Erfarenheter från Syntesprojektet visar att distriktsarbetsterapeuterna ofta redan kände de patienter som kom att behöva rehabilitering inom synområdet. När arbetsterapeuterna fick kompetensutveckling på synområdet kunde de sedan snabbt börja tillämpa den nya kunskapen i arbetet med patienterna. Arbetsterapeuten har därför goda förutsättningar för att bli navet i rehabiliteringsinsatserna.

2. Syncentralen ska tillhandahålla specialistkompetens

Vi anser att syncentralerna ska vara den enhet som tillhandahåller specialistkompetens. Om en äldre person med synnedsättning, som får sin rehabilitering i primärvården, behöver specialiserad vård ska vårdcentralen skriva remiss till syncentralen. En sådan rehabiliteringskedja är etablerad inom andra områden men saknas inom synområdet. Genom att vårdcentralen ansvarar för rehabilitering av den stora gruppen äldre med synnedsättning frigörs resurser på syncentralerna. Det gynnar de grupper som behöver syncentralers specialistkompetens som till exempel barn, ungdomar, yrkesverksamma och äldre som har mer omfattande synnedsättningar eller blindhet. Det innebär också att syncentralerna kan ägna mer tid åt verksamhetsutveckling, dokumentera erfarenhet, kvalitetssäkra åtgärder och utveckla metoder. Det leder till ökade möjligheter att på sikt erbjuda ännu mer evidensbaserad vård inom synområdet. En del hävdar att det är bättre att samla all kompetens och alla resurser på en plats – alltså på syncentralen – istället för att sprida ut uppdraget på primärvården. Vi anser dock, precis som det står i styrdokumentet, att primärvården ska utgöra navet i människors kontakt med hälso- och sjukvården. Det finns mycket att vinna både på individnivå och samhällsnivå med den modell vi presenterar.

3. Rehabiliteringskedjan ska vara tydlig

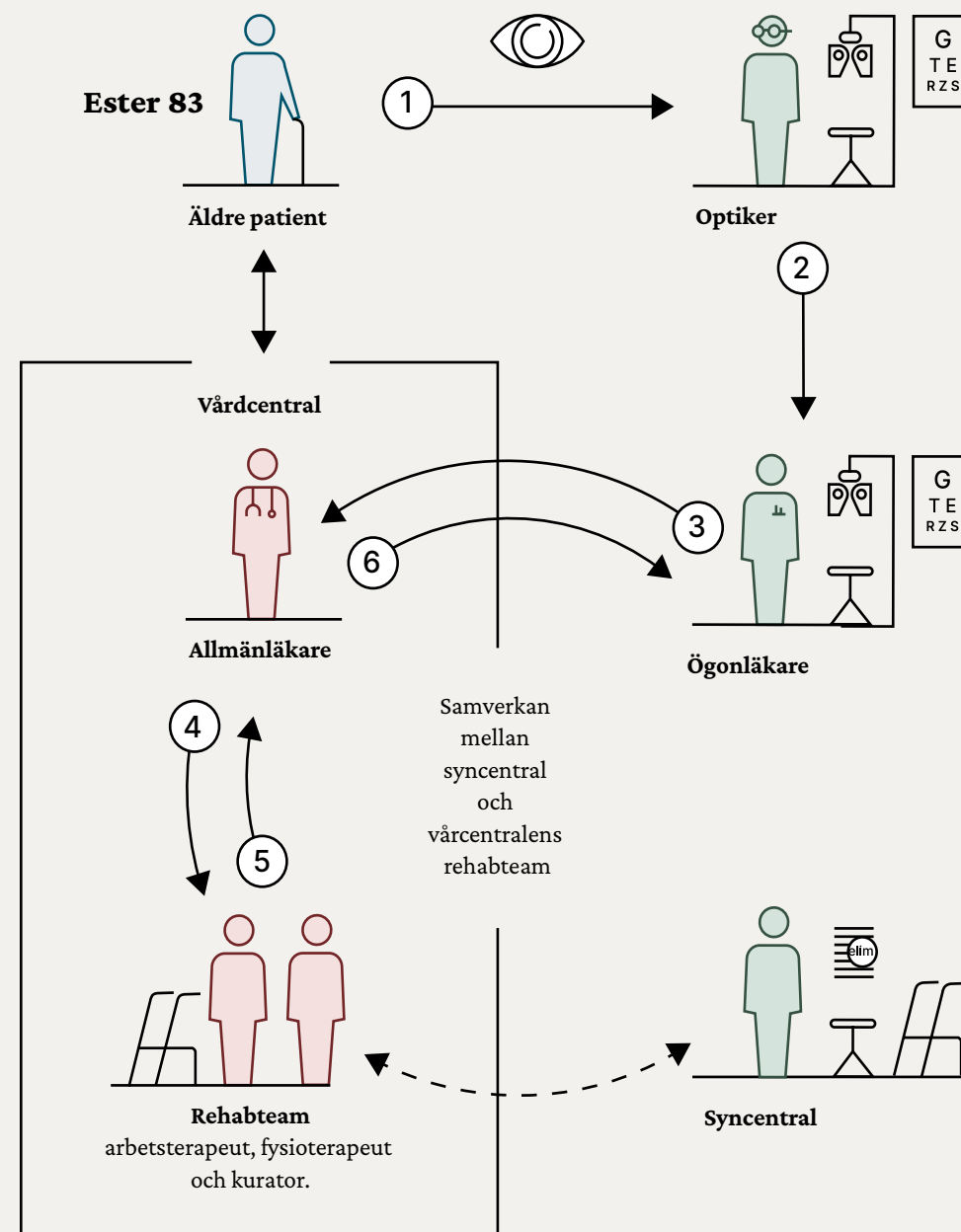
Det ska finnas en tydlig remissväg i rehabiliteringskedjan.

Vi föreslår att den ska se ut enligt exemplet med patienten Ester.

1. Ester är 83 år och går till **optikern**.
2. **Optikern** remitterar Ester till en **ögonläkare**.
3. Ester besöker ögonläkaren som skickar remiss till **vårdcentralens läkare** med förslag om rehabiliteringsutredning.
4. Vårdcentralens läkare skickar intern remiss till **vårdcentralens rehabteam** där det finns arbetsterapeut, fysioterapeut och kurator.
5. Rehabteamet skickar remissvar till **vårdcentralens läkare**...
6. ...som i sin tur skickar remissvar till **ögonläkare**.
7. Om Ester behöver specialistkompetens kan hon få remiss till syncentralen från sin läkare på vårdcentralen.

Syncentralen och vårdcentralens rehabteam samverkar.

Rehabiliteringskedjan



4. Det ska finnas säker tillgång till utbildning

De som arbetar med rehabilitering för äldre med synnedsättning ska kunna erbjuda kunskapsbaserad, ändamålsenlig och säker vård. Därför behöver de tillgång till relevant utbildning på högskolenivå. I dagsläget finns ingen sammanhållen utbildning som säkerställer ett kontinuerligt utbud av synkurser. Det saknas synkurser på så väl grundnivå som avancerad nivå för att kunna utbilda medarbetare inom primärvård och på syncentral. Och kontinuerligt fortbilda befintlig personal. Vi menar att ett lärosäte behöver få i uppgift att driva sådana utbildningar. Det skulle ge stora fördelar. Genom att utse ett ansvarigt lärosäte skulle det bli lättare att samla ett kursutbud, skapa kontinuitet, bibehålla erfarenhet och utveckla kunskapsfältet. Eftersom vi anser att arbetsterapeuterna bör ha en central roll i rehabiliteringsarbetet vore det lämpligt att välja ett universitet där det redan finns en arbetsterapeututbildning. Så är fallet på Örebro universitet. I staden Örebro finns också en enhet inom Specialpedagogiska skolmyndighetens Resurscenter syn. Örebro har genom detta goda förutsättningar att bli en plats där specialistkompetens inom synområdet kan utvecklas. Men för att ett lärosäte ska få den här uppgiften behöver staten ta initiativ. Vi anser att staten bör stå som garant för att Sverige utvecklar och bibehåller kompetens på synområdet. Utifrån Socialstyrelsens krav på god vård behöver medarbetare på vårdcentraler och syncentraler få högre utbildning och inte enbart få utbildning på arbetsplatsen av kollegor.

5. Kompetenskraven ska vara tydliga

Vi föreslår en tydlig beskrivning av den kompetens som arbetsterapeuter och fysioterapeuter i primärvården måste ha för att kunna erbjuda rehabilitering för äldre med synnedsättning.

För att arbeta inom primärvården ska kraven se ut enligt följande:

- Krav på grundutbildning på högskola. Till exempel grundutbildning som leder arbetsterapeutexamen eller fysioterapeutexamen.
- Krav på synkurs på grundnivå som ger grundläggande kunskaper om rehabilitering inom synområdet och som omfattar 7,5 högskolepoäng.



För att arbeta på specialistnivå på syncentral ska kraven se ut enligt följande:

- Krav på grundutbildning på högskola. Till exempel grundutbildning som leder arbetsterapeutexamen, fysioterapeutexamen, specialpedagogexamen eller ögonsjuksköterska.
- Krav på fyra delkurser som vardera omfattar 7,5 högskolepoäng på avancerad nivå inom synområdet. I dagsläget erbjuder Örebro universitet två sådana kurser i form av uppdragsutbildning.



6. Sättet att mäta och dokumentera kvalitet ska vara gemensamt

Vi upplever att det finns ett motstånd, på en del syncentraler, mot att använda de evidensbaserade utredningsinstrument som finns att tillgå idag. Istället kan verksamheterna välja att använda sina egna checklistor. Det gör att verksamheterna utreder, och mäter effekt av behandling, på olika sätt. Vi menar att det krävs enhetliga instrument för att verksamheterna ska kunna jämföra resultat sinsemellan. Det är också viktigt att använda validerade instrument för att vara säker på att man mäter det man avser att mäta. Det är en förutsättning för att kunna bygga kunskap och mäta kvalitet. Därför anser vi att det behövs en överenskommelse om vilka instrument som verksamheter på synområdet ska använda. Vi anser också att regioner bör delta i nätverket Nysam.





Tips på material

Handledande material om rehabilitering för äldre med synnedsättning

Att finna nya vägar

Paket som omfattar

- Manual för gruppledare
- Informationsguide för patienter i grupp eller individuellt
- Manual för självskattningsinstrumentet Upplevd säkerhet

Paketet går att köpa här:

<https://www.arbetssterapeuterna.se/>

Med sikte på aktivitet – arbetsterapi för äldre personer med synnedsättning

En skrift som innehåller information och uppslag på arbetsterapeutisk bedömning och insatser.

Skriften går att köpa här:

<https://www.arbetssterapeuterna.se/>

Handledning. Orientering och förflyttning (O & F).

Omarbetning 2012 av SÖ läroplan X21.24.11. Artikelnr 55584.

Skriften går att köpa här:

www.irishjälpmedel.se

Referenser

Abrahamsson, M., Hydén, L-C., Motel-Klingebiel, A. (red). (2015). Vem är den äldre? Äldrebilder i ett åldrande Sverige. Nationella institutet för forskning om äldre och åldrande, NISAL, på uppdrag av utredningen Nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen (S2015:3).

Berndtsson, I., & Kroksmark, U. (2008). Kunskapsutveckling inom synområdet. Teorier och metoder inom rehabilitering/habilitering för personer med synnedsättning eller blindhet. Stockholm: Hjälpmedelsinstitutet.

Birkeland Wilhelmsen, G. (2000). Visuelle forstyrrelser etter hjerneslag. En undersøkelse av synsfunksjonen og effekten av synstrening. Avhandling. Universitetet i Oslo: Det utdanningsvitenskaplige fakultet.

Birkeland Wilhelmsen, G. (2007). Å se er ikke alltid nok, synsforstyrrelser etter hjerneskader og mulige tiltak: Unipub forlag.

Bäckman, Ö., & Inde, K. (1974). Synträning med optik. Ett träningsprogram för synskadade. Hermods skola.

Bäckman, Ö., Fellenius, K., & Inde, K. (2015). Återblickar mer än 40 år av svensk synhistoria. Synskadades Riksförbund.

Dahlin Ivanoff, S. (2000). Development and evaluation of a health education programme for elderly persons with age-related macular degeneration. Dissertation: Departments of Geriatric Medicine and Ophthalmology. University of Gothenburg.

Dahlin, B., & Kuuse, J. (2010). Från provinsialläkare till primärvård – en historisk exposé med exempel från Mittenälvsborg i Västra Götalandsregionen. Bengt Dahlin Samhällsvärv.

Ekensteen, V. (1968). På folkhemmets bakgård – en debattbok om de handikappades situation. Prisma.

Eklund, K. (2005). A group- and activity-based health promotion program for older persons with visual impairment. A summative evaluation. Dissertation: Sahlgrenska academy at Göteborgs university: Institute of Occupational therapy and Physiotherapy.

Gustafsson, J. (2004). Optics for low vision enabling. Doctoral thesis. Certec. Avdelningen för rehabiliteringsteknik. Institutionen för designvetenskaper. Lunds tekniska högskola.

Hall Lueck, A., & Dutton, G. (2015). Vision and the brain, Understanding cerebral visual impairment in children: American Printing House for the Blind.

Handikappförbundens centralkommitté. (1971). Handikappolitiskt program – Ett samhälle för alla.

Handikappinstitutet. (1974). Information om rehabilitering. Nr 3, maj 1974. Årgång 29.

Hjälpmedelsinstitutet. (1998a). Nationella standarder som utvärderingsinstrument vid syncentraler. Stimulansbidrag för kompetensutveckling inom hjälpmedelsverksamheten. Rapport nr 201.

Hjälpmedelsinstitutet. (1998b). Kvalitetssäkring av rehabiliteringskedjan inom synområdet. Stimulansbidrag för kompetensutveckling inom hjälpmedelsverksamheten. Rapport nr 202.

Hjälpmedelsinstitutet. (2007). Att finna nya vägar. Det vetenskapliga arbetet med att ta fram ett hälsoutbildningsprogram för äldre personer med åldersförändringar i gula fläcken.

Hjälpmedelsinstitutet. (2008). Rehabilitering i närmiljö för personer med synnedsättning. Slutrapport från Syntesprojektet.

Härnösands kommun. (2013). Årsredovisning. <https://harnosand.se/download/18.3d127e4016786b8a7b816f27/1544170988585/%C3%85rs-redovisning%202013.pdf>

Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

Högskoleförordningen (1993:100).

Högskoleverket. (2012). Behovet av en särskild specialpedagogexamen och specialpedagogisk kompetens i den svenska skolan. Rapport 2012:11 R.

Inde, K. (1974). Arbetsterapeuten som synpedagog. Arbetsterapeuten nr 5. s 241–242.

Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Lag (2016:1145) om offentlig upphandling.

Landstingsförbundet. (1976). Synhjälpcentraler – översiktlig rapport. Landstingsförbundet tnr 175 175 1976-08.

Lindstedt, E. (1973). Ögat Fakta om synen, synfel och hjälpmedel. Stockholm: Natur och Kultur.

Lundin, E. (2022). Older adults with dual sensory loss: Prevalence, Diagnosis & Rehabilitation Services. Licentiate thesis: Örebro university

Läkartidningen. (14 juni 2006). Den svenska allmänmedicinens historia. (<https://lakartidningen.se/tema-allmanmedicin-1/2006/06/den-svenska-allmanmedicinens-historia/>)

Nilsson, U. (1990). Results of low vision rehabilitation. A follow-up study of results in 295 patients and a prospective study regarding the value of educational training in the use of optical aids and residual vision. Dissertation. Linköping University, Department of Ophthalmology.

Nysam. Utvecklingsgrupper/syncentral. <https://intranet.nysam.com/group/public/33>

Optikerförbundet. (2012). Optikeryrkets historia i Sverige – redovisning av ett projekt i Santa Lucia Gille. <https://www.santaluciagille.se/optikeryrkets-historia/>

Patientdatalagen (2008:355)

Patientlag (2014:821)

Persson Bergvall, I., & Sjöberg, M. (2012). Åratal – ur handikapp-historien. HandikappHistoriska Föreningen 2012. <https://funktionsratt.se/wp-content/uploads/2017/02/%C3%85ratal-ur-handikapphistorien.pdf>

Prop 1968:41. Angående vissa frågor om hjälpmedel för handikappade.

Prop 1996/97:60. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

SFS 2010:243 Lag om ändring i hälsosjukvårdslagen (1982:763).

Socialstyrelsens termbank. Sökord habilitering och rehabilitering. <https://termbank.socialstyrelsen.se/>

Socialstyrelsen pm//82. Synskadade och samhället. Expertrapport 2, från projektet Synvårdens innehåll och organisation.

Socialstyrelsen. (1979). Ögonsjukvård och syncentraler. Expertrapport inom ramen för projektet ”Synvårdens innehåll och organisation”. Stockholm.

Socialstyrelsen. (1990). Samordning av synskadades rehabilitering. Allmänna råd. 1990:1.

Socialstyrelsen. (1993). Rehabilitering inom hälso- och sjukvården – för alla åldrar och diagnoser. SoS-rapport (1993:10)

Socialstyrelsen. (1995). Legitimerade optikers arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården. SOSFS 1995:4

Socialstyrelsen. (1997). Rehabilitering av äldre synskadade. Ädel 50.

Socialstyrelsen. (2005). Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvård. Föreskrift. SOSFS 2005:12.

Socialstyrelsen. (2008). Samverkan i rehabiliteringen – en vägledning. Artikelnr 2008-126-4-1983.

Socialstyrelsen. (2009). Nationella indikatorer för God vård. Artikelnr. 2009-11-15.

Socialstyrelsen. (2011). Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Handbok för tillämpning av föreskrifter och allmänna råd. SOSFS 2011:9

Socialstyrelsen. (2012). Rehabilitering för vuxna med syn- eller hörselnedsättning. Landstingens habiliterings- och rehabiliteringsinsatser. Artikelnr. 2012-01-25.

Socialstyrelsen. (2018). Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – Systematisk förteckning. Svensk version del 2.

Socialtjänstlag (2001:453).

SOU 1984:39. Hälso- och sjukvård inför 90-talet – HS 90.

SOU 1984:47 Primärvårdens uppgifter I det förebyggande arbetet

SOU 1984:50. Personal för framtidens hälso- och sjukvård: en rapport från HS 90:s projekt om personal- och utbildningsplanering.

SOU 1990:19. Handikapp och välfärd? En lägesrapport.

SOU 1995:5. Vårdens svåra val.

SOU 1999:21. Lindqvists nia – Nio vägar att utveckla bemötandet av personer med funktionshinder.

SOU 2020:19. God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem

Spri rapport. (1972). Den öppna vårdens organisation. Spri projekt 3002, rapport 14/72. Stockholm.

Statistiska centralbyrån. (2018). Sveriges framtida befolkning 2018–2070. Demografiska rapporter 2018:1.
[https://www.scb.se/contentassets/b3973c6465b446a690aec8\(68d8b67473/be0401_2018i70_br_be51br1801.pdf](https://www.scb.se/contentassets/b3973c6465b446a690aec8(68d8b67473/be0401_2018i70_br_be51br1801.pdf)

Stockholms universitet. (2011). Årsredovisning. Specialpedagogik.
https://www.su.se/polopoly_fs/1.507410.1593505745!/menu/standard/file/SU_Arsredovisning_2011.pdf

Stockholms universitet. (18 augusti 2021). Lärarhögskolan i Stockholms arkiv.
<https://www.su.se/medarbetare/r%C3%A5d-st%C3%B6d/arkivering->

Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet. (2002). Ett samlat stöd. Om samverkan kring äldre personers rehabilitering och habilitering.

Sveriges Kommuner och Regioner. (15 augusti 2022). Omställning till nära vård.
<https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/omstallningtillnaravard.57446.html>

Sveriges Kommuner och Regioner. (20 oktober 2022). Indikatorer.
<https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/uppfoljning/indikatorer.62596.html>

Sveriges Kommuner och Regioner. (25 november 2022). Metoder och stöd för verksamhetsutveckling inom våd och omsorg.
<https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/metoder/ochstodverksamhetsutveckling.14981.html>

Sveriges Kommuner och Regioner. (27 januari 2023). Utveckling av den nära vården med fokus på primärvården.
<https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/overenskommelseomengodochnaravard/utvecklingavdennaravarden-medfokusprimarvarden.31668.html>

Swartling, P G. (2006). Den svenska allmänmedicinens historia. Läkartidningen nr 24–25 2006 volym 103.
https://lakartidningen.se/wp-content/uploads/OldWebArticlePdf/4/4318/LKT0624s1950_1953.pdf

Synskadades Riksförbund. (19 april 2021). Möjliga orsaker till synnedsättning.
<https://www.srf.nu/leva-med-synnedsattning/om-synskador/de-vanligaste-ogonsjukdomarna/>

Söderberg, P. (2012). SOR:s historia. Special. Optikernas Riksförbund. Svenska leg. Optikers Riksförbund.

Universitets- och högskolerådet. (28 december 2022) Examen på avancerad nivå.
<https://www.uhr.se/studier-och-antagning/tilltrade-till-hogskolan/Examina-pa-universitet-och-hogskola/Examen-pa-avancerad-niva/>

Westin, J. (2017). Från allmosor till olympiadeltagande. Föreningen De blindas vänner i Göteborg 1889-2014, 125 år av stöd till blinda och synskadade. De Blindas Vänner.

I BÖRJAN AV 1970-TALET tog Sverige de första initiativen till en offentligt finansierad rehabilitering för personer med synnedsättning eller blindhet. Sedan dess har rehabiliteringsområdet förändrats men hittills har dokumentationen av detta varit begränsad. Det har lett till kunskapsbrist och en historielöshet som påverkar det offentliga samtalet om hur rehabiliteringen inom synområdet fungerar idag och hur den kan utvecklas. Den här skriften vill bidra med en sådan dokumentation och historik. Den berättar om politiska beslut och intentioner som har format området. Skriften omfattar även frågan om utbildning och fortbildning för de professioner som arbetar med rehabilitering inom synområdet. I fokus är gruppen äldre med ögonsjukdomen makuladegeneration. Författarna lyfter fram en rad problem med det nuvarande sättet att organisera rehabilitering för dem. Idag är det syncentralerna, som är en del av specialistvården, som erbjuder rehabilitering inom synområdet. Författarnas huvudbudskap är att primärvården istället bör utgöra navet i rehabiliteringskedjan för gruppen äldre.

Skriften vänder sig till politiker och andra beslutsfattare. Den riktar sig även till chefer och medarbetare på syncentraler och vårdcentraler, intresseorganisationer samt till studerande inom vårdområdet.

