

Hørings svar - Forslag til ny ordning for stønad til briller til barn

Nasjonalt senter for optikk, syn og øyehelse (NOSØ) ved Universitetet i Sørøst-Norge (USN) støtter at det innføres en ny ordning for stønad til briller til barn. Det er et viktig prinsipp at alle barn har rett til godt syn, både på skole og i fritiden. Godt syn for alle er en del av FN sine bærekraftsmål, og alle land som er medlemmer i FN har forpliktet seg til å sikre full tilgang til syns- og øyehelsetjenester for befolkningen. En nylig publisert oversiktsartikkel viser den direkte betydningen av godt syn for en god utdanning og et bærekraftig samfunn [1].

Godt syn innebærer muligheter til å nyttiggjøre seg informasjon, å kunne lære og å utdanne seg til et yrke. Derfor er det bra at departementet foreslår at alle barn opp til 18 år skal få støtte. En slik ordning vil bidra til å utjevne sosio-økonomiske ulikheter i samfunnet fordi barn ikke blir direkte avhengige av foreldres økonomi for å se godt på skolen.

Vi støtter flere av forutsetningene som ligger til grunn for ordningen, men vi ønsker også å påpeke noen forutsetninger som slår uheldig ut.

- **Fastsatte stønadsbeløp/faste satser ut fra egenskaper ved brillen**

Vi støtter prinsippet om **delvis stønad**, men satsene som er foreslått vil medføre at de med høye styrker får en relativt sett lavere stønad. Det slår uheldig ut å bruke en prosentvis dekning av utgifter, fordi de som har behov for dyre brilleglass får veldig dyre briller. Dermed blir kostnaden for disse barna veldig høy. Det er få barn som vil havne i satsgruppe 3, 4 og 5.

Andelen barn med brillebehov varierer med alder, men for aldergruppen sett under ett kan man anta at rundt 19% vil ha brillebehov. For barn opp til 5 år vil briller normalt kun foreskrives som behandlingsbrille (amblyopi). Dette innebærer at 19% av 12 årskull (6-17 år) kommer inn i ny ordning = 136800 barn årlig (2). Skandinaviske tall anslår at ca. 0.5% har høygradig langsynthet ($SER \geq +6.00$ D) og ca. 0.5% har høygradig myopi ($SER \leq -6.00$ D) [3,4,5]. Barn under 10 år med høygradig langsynthet vil i de aller fleste tilfeller komme inn under ordningen for behandlingsbriller (amblyopi), og høygradig nærsynthet oppstår ekstremt sjelden i denne aldersgruppen i Norge. Dette innebærer at 1% av 7 årskull (11-17 år) kommer inn i ny ordning i sats 3 og oppover = 4200 barn årlig (2).

Disse tallene illustrerer hvor liten andel av barna i ny ordning som vil havne i sats 3 og oppover, ca. 3% (uavhengig av alder). Vi mener derfor at stønaden bør justeres for sats 3 og oppover slik at kostnaden for briller blir omtrent lik uavhengig av hvilken styrke barnet trenger. Dette vil medføre små ekstrakostnader i ordningen totalt sett.

- **Det kan gis stønad til maksimalt én brille per år.**

Dette støtter vi ikke. Noen (svært få) barn har tilstander som gjør at brillestyrken endres mye eller at brillene ødelegges ofte. Det bør derfor være mulig å gi stønad til nye briller oftere enn en gang i året når det foreligger særskilt begrunnelse. Det kan legges inn en forutsetning om at det enten er en nødvendig styrkeendring (≥ 0.50 D) eller at brillene er ødelagt. Dette må attesteres av optiker eller øyelege.

- **Flerstyrkeglass (progressive glass) og lesebriller dekkes ikke.**

Denne begrensningen kan ikke forsvares faglig slik den fremstår nå. Den må revideres. Godt syn på nært er like viktig som godt syn på avstand. Det må være avgjørende at barnet har en synsfeil hvor det er behov for briller. Hvilken glassløsning som foreskrives og hvilke situasjoner brillene skal brukes er en avgjørende del av behandlingen, fordi målet med brillene både er å sikre godt syn og normal øyevest og synsutvikling. Derfor kan ikke «lesebriller» og flerstyrkebriller utelukkes fra ordningen.

Det er fagpersoner (optiker eller øyelege) som må gjøre en helhetlig vurdering av barnets synsstatus før brillebehov kan bestemmes, og i denne vurderingen er en objektiv bestemmelse av brytningsfeil under cycloplegi avgjørende for å kunne ta en beslutning. Alle diagnoser som utløser brillebehov etter vurdering med bruk av cyclopentolat 1% må utløse støtte. Slike diagnoser er:

- Hypermetropi (langsynthet)
- Myopi (nærsynthet)
- Astigmatisme (skjeve hornhinner)
- Akkommodasjonsinsuffisiens (fokuseringsvansker)

Nærsynthet og **skjeve hornhinner** kan ikke kompenseres for vha. øyets muskler og korrigeres normalt fullt ut. **Langsynthet** kan til en viss grad kompenseres for, og det vil være en helhetlig vurdering av barnets syn som avgjør hvor mye av langsyntheten som skal korrigeres. Vi foreslår derfor en styrkebegrensning basert på cycloplegisk refraksjon som normalt ikke vil kreve behandling.

- Barn under 5 år: cycloplegisk styrke (sfære eller cylinder) fra -0.50 til +2.00 D utløser ikke stønad
- Barn over 5 år: cycloplegisk styrke (sfære eller cylinder) fra -0.50 til +1.00 D utløser ikke stønad

Fokuseringsvansker (akkommodasjonsinsuffisiens/-forstyrrelse) er en sammensatt problemstilling som oftest rammer ungdom, men kan også ramme barn med ulike typer utviklingsforstyrrelser, for eksempel ADHD og Downs syndrom. Fokuseringsvansker kan også oppstå som et resultat/bivirkning av medisiner. For eksempel har legemiddelet metylfenidat, som brukes som behandling mot ADHD, angitt akkommodasjonsforstyrrelse som en vanlig bivirkning. Felles for de som har fokuseringsvansker er at øyets evne til å se skarpt på nær er redusert, enten ved at man ser uklart hele tiden, eller at man ser uklart og klart om hverandre. Behandlingen er å gi en økt pluss-styrke på nær, enten *lesebriller* eller *flerstyrkebriller* (hvis barnet også har behov for briller på avstand). Det er derfor uhensiktsmessig at flerstyrkeglass og lesebriller ikke skal utløse stønad til briller. I stedet foreslår vi en styrkebegrensning som gjenspeiler behandlingstrengende akkommodasjonsinsuffisiens.

- Lesebriller/flerstyrkebriller: addisjon mindre enn +1.00 D utløser ikke stønad

Med vennlig hilsen

Nasjonalt senter for optikk, syn og øyehelse

Gro Horgen Vikesdal, PhD, 1.amanuensis, leder Synsklinikken
Rigmor C. Baraas, PhD, Professor, PhD, forskningsleder
Bente Monica Aakre, PhD, 1.amanuensis, instituttleder optometri USN
Lene A. Hagen, PhD, 1.amanuensis
Ellen Svarverud, PhD, 1.amanuensis

Referanser:

1. Zhang JH, Ramke J, Jan C, Bascaran C, Mwangi N, Furtado JM, Yasmin S, Ogundo C, Yoshizaki M, Marques AP, Buchan J, Holland P, Ah Tong BAM, Evans JR, Congdon N, Webson A, Burton MJ. Advancing the Sustainable Development Goals through improving eye health: a scoping review. *Lancet Planet Health*. 2022 Mar;6(3):e270-e280. doi: 10.1016/S2542-5196(21)00351-X. Epub 2022 Feb 25. PMID: 35219448.
2. Basert på at det er anslagsvis i underkant av 60 000 barn per årskull i Norge (SSB Statistisk Sentralbyrå, 2015-2020)
3. Hagen LA, Gjelle JVB, Arnegard S, Pedersen HR, Gilson SJ, Baraas RC. Prevalence and Possible Factors of Myopia in Norwegian Adolescents. *Sci Rep*. 2018 Sep 7;8(1):13479.
4. Sandfeld et al. Ophthalmological data on 4.5- to 7-year-old Danish children. *Acta Ophthalmol*. 2018 Jun;96(4):379-383
5. Preliminære tall fra SNOW studien (<https://www.usn.no/forskning/hva-forsker-vi-pa/synsvitenskap/nasjonalt-senter-for-optikk-syn-og-oyehelse/forskning/snow-studien>)