

Barn og unge med habiliteringsbehov

Samarbeid mellom helse- og omsorgssektoren og utdanningssektoren om barn og unge som trenger samordnet bistand

Publikasjonens tittel: Barn og unge med habiliteringsbehov
Samarbeid mellom helse- og omsorgssektoren og
utdanningssektoren om barn og unge som trenger
samordnet bistand
Veileder

Utgitt: 2015
IS-nummer: 2396
ISBN-nr. 978-82-8081-430-2

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling rehabilitering og sjeldne tilstander

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo
Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Publikasjonen finnes kun elektronisk tilgjengelig:
www.helsedirektoratet.no

Nettadresse: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/>

FORORD

Alle barn og unge har rett til omsorg, utvikling, læring og deltakelse i samfunnet. Det innebærer rett til å leve et fullverdig liv under forhold som sikrer deres verdighet og fremmer respekten for den enkeltes liv, integritet og menneskeverd. Barn og unge med funksjonsnedsettelse og kroniske sykdommer har rett til nødvendig bistand.

Barn og unge som har en funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom, må sikres livskvalitet og muligheter på lik linje med den øvrige befolkningen. Vår nasjonale politikk tar utgangspunkt i FNs barnekonvensjon. Staten skal respektere de rettigheter og plikter foreldrene og andre foresatte har til å gi barnet veiledning og støtte (FNs barnekonvensjon artikkel 5). For å innfri barn og unges rettigheter, må det etableres gode samhandlingsrutiner mellom de ulike tjenesteyterne slik at brukerne erfarer god kvalitet i tjenestene.

Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet ønsker med denne veilederen å bidra til at barn og unge med funksjonsnedsettelse eller kroniske sykdommer får mulighet til aktiv deltakelse i samfunnet. Det er viktig at de to sektorene samarbeider for å oppnå dette. Derfor har vi utarbeidet denne veilederen i fellesskap.

I veilederen legges det særlig vekt på å beskrive brukernes rettigheter og sektorenes plikter slik at tjenesteytere i både utdanningssektoren og helse- og omsorgssektoren kan planlegge og samarbeide om et koordinert tilbud. For å oppnå et best mulig resultat for bruker, må tilbud og tjenester ses i sammenheng. Aktørene må understøtte hverandres innsats på tvers av sektorene.

Direktoratene ønsker å inspirere til samarbeid, klargjøre ansvar og roller og gi aktørene en felles plattform som gir forutsigbare og godt koordinerte tilbud og tjenester.

INNHOOLD

FORORD	3
1 INNLEDNING	7
1.1 Målgruppe og disposisjon	8
2 SAMARBEID	9
2.1 Internasjonale forpliktelser	9
2.2 Sentrale prinsipper	10
2.2.1 Likeverdsprinsippet	10
2.2.2 Inkludering	10
2.2.3 Universell utforming og individuell tilrettelegging	11
2.2.4 Tidlig innsats – tidlig intervensjon	12
2.2.5 Rett til medvirkning og rett til å bli hørt	12
2.3 Taushetsplikt og samtykke	13
2.3.1 Taushetsplikt i helse- og omsorgssektoren	14
2.3.2 Taushetsplikt i utdanningssektoren	14
2.3.3 Samtykke til å gi informasjon	15
2.3.3.1 Hvem kan samtykke til at taushetsbelagte opplysninger deles?	15
2.3.4 Opplysningsplikt	15
2.4 Barns og unges rett til et helsefremmende miljø i barnehage og skole	16
2.4.1 Forebygging	17
2.5 Rutiner for legemiddelhåndtering i barnehage, skole og SFO	18
2.6 Bruk av tvang og makt i helse- og omsorgstjenesten	19
2.7 Det er ikke adgang til å bruke tvang og makt etter utdanningslovgivningen	20
2.8 Overganger mellom livsfaser	21
2.8.1 Barnehagestart	22
2.8.2 Overganger i skoleløpet	22
2.9 Det første leveåret	23
2.9.1 Ansvar for å oppdage sykdom eller nedsatt funksjonsevne	23
2.9.2 Spesialpedagogisk hjelp i første leveår	24
2.10 Barnehagealder	25
2.10.1 Ansvar for å oppdage sykdom eller funksjonsnedsettelse	25
2.10.2 Barn med habiliteringsbehov i barnehage	26
2.10.3 Prioritert barnehageplass til barn med habiliteringsbehov	26
2.10.4 Hjelpemidler i barnehagen	26
2.10.5 Spesialpedagogisk hjelp til barn før opplæringspliktig alder	27
2.11 Grunnskolealder	28
2.11.1 Ansvar for å oppdage sykdom eller funksjonsnedsettelse	28
2.11.2 Retten til spesialundervisning	28
2.12 Ungdom i videregående opplæring	30
2.12.1 Ungdommens medvirkning og selvbestemmelse	30
2.12.2 Helsetjenester i ungdomsfasen	31

2.12.3	Helsestasjonen for ungdom	31
2.12.4	Retten til spesialundervisning	31
2.13	Felles temaer for barn og unge i opplæring	33
2.13.1	Når regnes et tiltak som opplæring og når er det helsehjelp?	33
2.13.1.1	Her kan du lese om når et tiltak regnes som opplæring og når det er helsehjelp. Opplæring	33
2.13.1.2	Helsehjelp	34
2.13.2	Planlegging av helsehjelp i skoletiden	34
2.13.3	Assistenter	35
2.13.4	Individuell plan og individuell opplæringsplan	35
2.13.5	Hjelpe- og læremidler på skolen	36
2.13.6	Opplæring i helseinstitusjoner	36
2.13.7	Opphold på trenings- eller habiliteringsinstitusjon	37
3.1	Om habilitering	38
3.2	Barn og unge med habiliteringsbehov	39
3.3	Kommunale helse- og omsorgstjenester	40
3.3.1	Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunene	41
3.3.2	Fysioterapeut og ergoterapeut	41
3.3.3	Brukerstyrt personlig assistanse	42
3.3.4	Støttekontakt	43
3.3.5	Avlastningstiltak	43
3.3.6	Omsorgslønn	43
3.3.7	Lærings- og mestringstilbud	44
3.4	Spesialisthelsetjenesten	44
3.4.1	Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt	45
3.4.2	Habiliteringstjenesten	46
3.4.3	Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk	46
3.4.4	Lærings- og mestringstjenester	46
3.4.5	Aktuelle nasjonale kompetansetjenester	47
3.4.5.1	Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse	47
3.4.5.2	Nasjonal kompetansetjeneste for barn og unge med nedsatt funksjonsevne	47
3.4.5.3	Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser	47
3.4.5.4	Nasjonal kompetansetjeneste for habilitering av barn med spise- og ernæringsvansker	47
3.4.5.5	Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning	47
3.4.5.6	Nasjonalt senter for hørsel og psykisk helse	47
3.4.5.7	Nasjonal behandlingstjeneste for cochleaimplantat hos barn	48
3.4.5.8	Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde	48
3.4.6	Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten	48
3.5	Både kommunen og spesialisthelsetjenesten skal tilby koordinator	49
3.5.1	Koordinator i kommunen	49
3.5.2	Koordinator i spesialisthelsetjenesten	50
3.6	Individuell plan	50
3.6.1	Ansvar for å utarbeide individuell plan	51
3.6.2	Individuell plan kan gi enklere tilgang til hjelpemidler	52

4	INFORMASJON OM UTDANNINGSSEKTOREN	53
4.1	Før opplæringspliktig alder	53
4.2	Grunnskole	54
4.2.1	Spesialundervisning	55
4.2.2	Skolefritidsordning	56
4.2.3	Leksehjelp	56
4.3	Videregående opplæring	57
4.4	Pedagogisk-psykologisk tjeneste	58
4.5	Statped	59
4.6	Sosialpedagogisk rådgivning og utdannings- og yrkesrådgivning	59
4.7	Oppfølgingstjenesten	60
4.8	Tegnspråkopplæring, punktskriftoptøring m.m., alternativ og supplerende kommunikasjon og trening på dagliglivets aktiviteter	61
4.8.1	Tegnspråk	61
4.8.2	Punktskrift, mobilitet og bruk av tekniske hjelpemidler	61
4.8.3	Alternativ og supplerende kommunikasjon	61
4.8.4	Aktiviteter i dagliglivet	61
4.9	Skolens plikt til å delta i arbeidet med individuell plan	62
4.10	Opplæring i hjemmet på grunn av sykdom	62

1 INNLEDNING

Med denne veilederen vil Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet legge grunnlag for bedre samarbeid mellom helse- og omsorgssektoren og utdanningssektoren. Barn og unge med funksjonsnedsettelse har ofte behov for tjenester fra begge sektorene samtidig. God kvalitet i det samlede tilbudet forutsetter strukturert samarbeid og fleksibilitet. Bedre samordning av tjenestene innebærer ikke at fagfolk skal gjøre hverandres oppgaver, men at de skal utfylle hverandre og nyttiggjøre seg hverandres kompetanse og erfaring. I dette ligger det at samarbeidet må bygge på innsikt og respekt for aktørenes faglige og organisatoriske ståsted. Veilederen kan også være nyttig for andre samarbeidspartnere.

Veilederen dreier seg om samarbeidet mellom ansatte i utdanningssektoren og helse- og omsorgssektoren når det gjelder habilitering av barn og unge. Den er ikke uttømmende, og den må sees i sammenheng med andre offentlige dokumenter. Veilederen omhandler habilitering av barn og unge fra fødsel og fram til og med videregående opplæring (i utgangspunktet 0–19 år).

Habilitering er definert som tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. Målgruppen for habilitering relateres til personer med nedsatt funksjonsevne som skyldes medfødte eller tidlig ervervede tilstander. Kjennetegn ved målgruppen er at de ikke følger et forventet utviklingsforløp.

Barn og unge med habiliteringsbehov skal ha mulighet til å oppnå og beholde størst mulig selvstendighet og utnytte sitt fysiske, mentale og sosiale potensial fullt ut. De skal videre ha mulighet til å oppnå full inkludering og deltakelse på alle livets områder. For å nå dette målet skal tjenestene opprette, styrke og videreutvikle tverrfaglige habiliteringstjenester.

Barn og unge med tidlig ervervede funksjonsnedsettelse med behov for tjenester fra flere sektorer omtales i denne veilederen som å ha et habiliteringsbehov. Tverrsektoriell samhandling er et viktig kjennetegn ved habilitering.

Barn og unges daglige arena er barnehage og skole. Barnehagen skal gi et individuelt tilpasset og likeverdig tilbud og bidra til en meningsfull oppvekst uansett funksjonsnivå. Skolen skal organisere og tilrettelegge opplæringen slik at den er inkluderende overfor alle elever. Elever skal oppleve et skolemiljø hvor det faglige og sosiale fellesskapet er utviklende. I noen sammenhenger krever det utstrakt individuell tilrettelegging.

Veilederen skal bidra til at

- barn og unge får nødvendig bistand av god kvalitet tilpasset den enkeltes behov
- tjenestenes roller, funksjon og ansvar tydeliggjøres
- gode samhandlingsrutiner etableres

- gode overganger mellom ulike tilbud og tjenester skapes
- leseren får oversikt over relevant regelverk og aktuelle offentlige dokumenter

Sektorene har ulike oppgaver og ansvar, men har felles mål om at barn og unge med nedsatt funksjonsevne eller kroniske sykdommer skal få gode tilbud og kunne delta i samfunnet på lik linje med jevnaldrende. Dette er også et av målene i FN-konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne. Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet understreker betydningen av å ta barns, unges og deres foreldres erfaringer og meninger på alvor, slik at de blir aktive deltagere i utviklingen av tjenestene. Dette er avgjørende for å oppnå gode resultater. Medvirkning skal sikre at barnet eller den unge og foreldrene blir hørt i saken og får innflytelse over egen og familiens situasjon.

1.1 Målgruppe og disposisjon

Veilederen skal gi bedre grunnlag for samarbeid mellom utdanningssektoren og helse- og omsorgssektoren og retter seg primært til aktørene i disse to sektorene. Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet er klar over at det også er andre viktige aktører som har betydning for gode prosesser, for eksempel arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV).

Veilederen er bygget opp med et hovedkapittel om samarbeidet mellom sektorene. I tillegg har vi også to korte kapitler som beskriver rettigheter og tjenester i de to sektorene. Dette er viktige forutsetninger for å avklare forventinger og legge grunnlag for et godt samarbeid.

Kapittel 3 om helse- og omsorgssektoren er ment for ansatte i utdanningssektoren. Kapittel 4 om utdanningssektoren er ment for ansatte i helse- og omsorgssektoren. Målet med de to siste kapitlene er å skape felles forståelse for oppgaver og ansvar. Henvisninger til internasjonale konvensjoner, lov og forskrift er oppgitt i grønne bokser. Mer utdypende informasjon finnes i relevante offentlige dokumenter som det henvises til i røde bokser. Eksempler for å vise hvordan aktørene kan samarbeide finnes i blå bokser.

Internasjonale konvensjoner, lover og forskrifter

Offentlig informasjon som rundskriv, veiledere, nettsider etc.

Eksempler

2 SAMARBEID

Habilitering krever et helhetlig perspektiv der både medisinske, psykologiske, pedagogiske og sosiale aspekter inngår. Videre er gode samarbeidsrutiner viktig for at den enkelte og dennes familie kan erfare helhet og sammenheng i tjenestene. I samarbeidet må grensene mellom helse- og omsorgssektoren og utdanningssektoren avklares, slik at man ikke overtar hverandres oppgaver, men utfyller hverandre med kompetanse.

Utdanningssektorens regelverk er omhandlet i barnehageloven, opplæringsloven og friskoleloven. Helse- og omsorgssektoren reguleres blant annet av helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven, helsepersonelloven, psykisk helsevernloven, pasient- og brukerrettighetsloven og tannhelsetjenesteloven. Sektorenes ansvarsområder er beskrevet i kapittel 3 og 4.

I dette kapitlet beskrives blant annet viktige faser i barnets liv, og det gis eksempler på hvordan samarbeidet mellom helse- og omsorgssektoren og utdanningssektoren kan utføres.

2.1 Internasjonale forpliktelser

Rettighetene til barn med nedsatt funksjonsevne er også regulert i Barnekonvensjonen. Det grunnleggende prinsippet er at barn med nedsatt funksjonsevne skal ha et fullverdig og anstendig liv under forhold som sikrer verdighet, fremmer selvstendighet og bidrar til barnets aktive deltakelse i samfunnet. Tiltak som gjennomføres for å oppfylle rettighetene etter barnekonvensjonen, for eksempel på områdene helse og utdanning, skal ha som eksplisitt mål at barn med nedsatt funksjonsevne inkluderes i samfunnet i størst mulig grad.

Barnet har rett til særlig omsorg og hjelp de har søkt om som står i rimelig forhold til barnets tilstand og foreldrenes situasjon. Hjelpen skal innrettes slik at barn med nedsatt funksjonsevne har effektiv adgang til og mottar undervisning, helsetjenester, rehabiliteringstjenester, forberedelse til arbeidslivet og rekreasjonsmuligheter som best mulig fremmer barnets sosiale integrering og personlige utvikling. Barn har rett til å nyte godt av en høyest mulig helsestandard og til en fysisk og økonomisk tilgjengelig helse og omsorg av god kvalitet. Avdekking av funksjonsnedsettelse og tidlig innsats er en sentral del av dette. Retten til utdanning og utdanningens formål er også regulert i Barnekonvensjonen. Undervisningen skal være inkluderende og tilpasset barnets behov.

Det skal settes inn egnede tiltak for å forebygge og avskaffe alle former for diskriminering.

I vurderingen av hvilket tjenestetilbud barn med nedsatt funksjonsevne skal motta, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn.

Barnet skal bli hørt i saker som gjelder det, og barnets synspunkter skal bli respektert i samsvar med hans eller hennes gradvise utvikling. Barn skal også høres på systemnivå. Les mer om medvirkning i kapittel 2.1.5.

FNs konvensjon om mennesker med nedsatt funksjonsevne sier at når det gjelder barn med nedsatt funksjonsevne, skal alle handlinger ha barnets beste som grunnleggende mål. Også denne konvensjonen peker på barns rett til medvirkning og rett til å bli hørt i alle saker som berører dem.

Mennesker med nedsatt funksjonsevne skal sikres tilgang til det fysiske miljøet, til transport, til informasjon og kommunikasjon og til alle tjenester som er tilbys allmennheten. Retten til utdanning og den høyest oppnåelige helsestandard følger også av denne konvensjonen. Gjennom tverrfaglige habiliterings- og rehabiliteringstiltak skal mennesker med nedsatt funksjonsevne oppnå og beholde størst mulig selvstendighet, utnytte sine potensialer, oppnå inkludering og full deltakelse på alle samfunnsområder.

FNs barnekonvensjon artikkel 2, 3, 12, 23, 24, 28 og 29

FNs konvensjon om mennesker med nedsatt funksjonsevne artikkel 7, 9, 24, 25 og 26

2.2 Sentrale prinsipper

Her omtales ulike prinsipper og begreper som er sentrale når helse- og omsorgssektoren og utdanningssektoren skal gi tjenester til barn og unge med habiliteringsbehov.

2.2.1 Likeverdsprinsippet

Prinsippet om likeverd ligger til grunn for tilbud til barn og unge med funksjonsnedsettelse og/eller kroniske sykdommer. Det gjelder både innenfor helse- og omsorgssektoren og utdanningssektoren.

Prinsippet om likeverd må forstås slik at tilbudet er likeverdig når barn og unge med funksjonsnedsettelse eller kroniske sykdommer har lik sjanse til realisering av mål, som andre barn og unge. Prinsippet om likeverd gjelder uavhengig av bosted, alder, kjønn, etnisitet, forutsetninger og behov.

Helse- og omsorgstjenestene skal innrettes og tilbys slik at de fremmer likeverd. Lik tilgang til tjenester uavhengig av egne forutsetninger er sentralt. Sentrale prinsipper om likeverdige helse- og omsorgstjenester er nedfelt i formålsbestemmelsene i helselovgivningen.

For å gi et likeverdig tilbud til alle, kan det være nødvendig med forskjellsbehandling. Et likeverdig tilbud tar hensyn til at alle er ulike, og derfor må det alltid være stort rom for tilpasning.

2.2.2 Inkludering

Mange barn og unge med habiliteringsbehov møter barrierer som gjør det vanskelig å delta i samfunnet på lik linje med andre. Et sentralt prinsipp i utdanningssektoren er inkludering. Alle barn og unge skal tilhøre fellesskapet.

Barnehagens innhold, omsorgs- og læringsmiljø skal fremme barns trivsel, livsglede, mestring og følelse av egenverd. Barnehagen må inkludere og gi det enkelte barnet støtte og utfordringer ut fra egne forutsetninger og bidra til et meningsfullt liv i fellesskap med andre barn og voksne.

Barnehagen skal i sitt pedagogiske arbeid ta hensyn til barnas funksjonsnivå. Barnehagen må tilby alle barn et rikt, variert, stimulerende og utfordrende læringsmiljø, uansett alder, kjønn, funksjonsnivå og sosial og kulturell bakgrunn. Dette betyr at omsorgen og aktivitetstilbudet må tilpasses hvert enkelt barn og den aktuelle barnegruppen.

Skolen må organisere og tilrettelegge opplæringen slik at den er inkluderende overfor alle elever. Inkluderende opplæring innebærer at skolen aktivt tar hensyn til barns og unges ulike forutsetninger og behov – i organisering, innhold og pedagogikk. Verdigrunnlag er nedfelt i opplæringslovens formålsparagraf.

Elever skal oppleve skolemiljøer hvor det faglige og sosiale fellesskapet er utviklende og godt. I noen sammenhenger krever det utstrakt individuell tilrettelegging.

FNs barnekonvensjon artikkel 23

FNs konvensjon om mennesker med nedsatt funksjonsevne artikkel 5, 7 og 12

Barnehageloven § 2

Forskrift om rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver, Kunnskapsdepartementet

Opplæringsloven § 1-1 og kapittel 5, 8 og 9a

Læreplanverket for Kunnskapsløftet, generell del

2.2.3 Universell utforming og individuell tilrettelegging

Tilgjengelighet er en forutsetning for deltakelse og mestring. Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven stiller krav om universell utforming av omgivelser og supplerende krav om tilgjengelighet på arbeidsplasser og i skoler og barnehager. Universell utforming skal bidra til å gjøre omgivelser, informasjon og tilbud tilgjengelige for alle mennesker.

Barn med nedsatt funksjonsevne har rett til egnet individuell tilrettelegging av kommunale barnehagetilbud for å sikre likeverdig utviklings- og aktivitetsmuligheter. Retten gjelder tilrettelegging som ikke innebærer en uforholdsmessig byrde.

Barnehagen skal støtte barns utvikling ut fra deres egne forutsetninger og gi det enkelte barnet og barnegruppen utfordringer.

Planlegging, lokalisering og bygging av nye barnehager skal være basert på prinsipper om universell utforming. Det betyr at produkter, byggverk og uteområder skal utformes på en slik måte at alle mennesker skal kunne bruke dem på en likestilt måte så langt det er mulig uten spesielle tilpasninger eller hjelpemidler.

Alle elever har rett til et godt fysisk og psykososialt miljø som fremmer helse, trivsel og læring. Skolene skal planlegges, bygges, tilrettelegges og drives slik at det blir tatt hensyn til elevens sikkerhet, helse, trivsel og læring.

Alle elever har rett til en arbeidsplass som er tilpasset deres behov. Skolen skal innredes slik at det blir tatt hensyn til de elevene ved skolen som har nedsatt funksjonsevne. Skolen skal også ha

tilgang til nødvendig utstyr, inventar og læremidler. Et samarbeid mellom NAV Hjelpemiddel-sentral, helse- og omsorgstjenesten i kommunen, skole/barnehage og PP-tjenesten er viktig for at løsningene skal bli gode. Barn med varig nedsatt funksjonsevne kan få stønad til hjelpemidler fra NAV Hjelpemiddelsentral til lek, trening og stimulering, hjelpemidler i dagliglivet og hjelpemidler til å redusere praktiske problemer.

Spesialisthelsetjenesteloven § 1-1
Helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1
Pasient- og brukerrettighetsloven § 1 -1
Opplæringsloven §§ 9a-1, 9a-2, 9a-3 og 9-3
Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven §§ 13 til 17
Forskrift om rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver
Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v.

2.2.4 Tidlig innsats – tidlig intervensjon

Begrepet «tidlig innsats» gjelder i et livslangt perspektiv, både innen utdanningssektoren og i helse- og omsorgssektoren. I helse- og omsorgssektoren brukes ofte begrepet tidlig intervensjon. Tidlig innsats må forstås både som konsentrert innsats på et tidlig tidspunkt i et barns liv, og som tidlig inngripen når problemer oppstår eller avdekkes i forskjellige stadier i barnets liv. Det skal mobiliseres beredskap for å yte ekstra støtte med én gang det oppstår behov for det.

Alle skal ha mulighet til gode utviklings- og læringsprosesser. Tidlig innsats kan også innebære et tilrettelagt og tilpasset tilbud uten unødig ventetid.

Opplæringsloven § 1-3
Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3

Nasjonal faglig retningslinje for oppfølging av for tidlig fødte barn, IS-1419, Helsedirektoratet
Meld. St. 18 (2010–2011) Læring og fellesskap. Tidlig innsats og gode læringsmiljøer for barn, unge og voksne med særlige behov.

2.2.5 Rett til medvirkning og rett til å bli hørt

Retten til medvirkning er fastsatt i FNs barnekonvensjon og følger også av bestemmelsene i barneloven og pasient- og brukerrettighetsloven.

Det er fastsatt i FNs barnekonvensjon at barn skal bli hørt i saker som berører dem. Barnet skal gis anledning til å bli hørt i enhver rettslig og administrativ saksbehandling som angår barnet, enten direkte eller gjennom en representant eller et egnet organ, på en måte som er i samsvar med saksbehandlingsreglene i nasjonal rett.

Barns medvirkning skal tilpasses barnets evne til å gi og motta informasjon. Foreldre har i utgangspunktet rett til medvirkning og informasjon sammen med barnet.

Medvirkning skal sikre at barnet eller den unge og foreldrene blir hørt i saken og får innflytelse over egen og familiens situasjon.

Etter hvert som barnet blir i stand til å ta egne standpunkt om det saken dreier seg om, skal foreldrene og andre som har med barnet å gjøre, høre hva barnet har å si før det treffes avgjørelser om barnets personlige forhold. I tillegg til rett til medbestemmelse har barnet også rett til økende grad av selvbestemmelse frem til han/hun er myndig. Barn som er fylt 15 år, avgjør selv spørsmål om valg av utdanning. Etter fylte 16 år er barnet helserettslig myndig.

Det er viktig at den det gjelder og foreldrene, erfarer at medvirkningen er reell. Den enkeltes synspunkter er viktige i utarbeidelsen av for eksempel individuell plan, valg av koordinator og i saksgangen ved spesialpedagogisk hjelp eller spesialundervisning.

Offentlige tjenester må ta høyde for at det kan være behov for språklig tilrettelegging, som tolking og oversettelser av skriftlig materiale, slik at ansatte og brukere i tjenesteapparatet kan kommunisere med hverandre, og slik at barn og unge får et godt tjenestetilbud. Dette følger av informasjons- og veiledningsplikten og plikten til å høre partene i en sak. Pasient- og brukerrettighetsloven fastslår pasientens og brukerens rett til medvirkning og informasjon.

FNs barnekonvensjon artikkel 12

Pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-1, 3-2, 3-3, 3-4 og 3-5

Barneloven §§ 31, 32 og 33

Forvaltningsloven § 17

Opplæringsloven § 5-4

Barn og unge med nedsatt funksjonsevne – hvilke rettigheter har familien? IS-1298, Helsedirektoratet

Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene, IS-1924, Helsedirektoratet

Meld St. nr. 6 (2012–2013) En helhetlig integreringspolitikk. Mangfold og fellesskap

FNs barnekomite – Generell kommentar til artikkel 12, Barnets rett til å bli hørt

2.3 Taushetsplikt og samtykke

Alle som er involvert i samarbeid om helse- og omsorgstjenester og barnehage- eller opplæringstilbud til barn med habiliteringsbehov, må ha kjennskap til reglene om taushetsplikt. De må også være oppmerksomme på at opplysninger kan være taushetsbelagt. Overføring av informasjon og samarbeid innen og mellom forvaltningsorganer må følge de lovbestemte rammene for taushetsplikt, personvern, opplysningsrett og opplysningsplikt. Reglene om taushetsplikt skal beskytte den opplysningen gjelder. Den som er part i saken, har rett til å se sakens dokumenter.

2.3.1 Taushetsplikt i helse- og omsorgssektoren

Taushetsplikt for ansatte i helse- og omsorgstjenesten kan være lovbestemt eller avtalebasert. De viktigste er lovbestemte og kan deles inn i tre hovedkategorier;

- den profesjonsbaserte taushetsplikten etter helsepersonelloven,
- den alminnelige taushetsplikten etter forvaltningsloven
- de særlige taushetspliktreglene i tjenestelovgivningen.

Også personell som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, men som ikke er helsepersonell, har taushetsplikt etter helsepersonelloven. Med mindre pasient eller bruker motsetter seg det, kan opplysninger som omfattes av taushetsplikten gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å gi forsvarlig helsehjelp.

Enhver som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan, plikter å hindre at andre får adgang eller kjennskap til det han i forbindelse med tjenesten eller arbeidet får vite om noens personlige forhold (forvaltningsmessig taushetsplikt).

Den tjenestebaserte taushetsplikten fremgår av helselovgivningen. Bestemmelsene går i korthet ut på at enhver som gjør tjeneste for offentlige helseinstitusjoner eller for den kommunale helse- og omsorgstjenesten har taushetsplikt etter de alminnelige reglene om taushetsplikt i forvaltningen.

Taushetsplikten har etter disse bestemmelsene også betydning for helsepersonell som ikke yter helsehjelp, men for eksempel utfører administrativt arbeid. Dette gjelder også andre arbeidstakere eller tjenesteytere som ikke er underlagt den profesjonsbaserte taushetsplikten. Dette kan for eksempel dreie seg om administrativt personell, tolker, renholdere og annet servicepersonell.

Helsepersonelloven §§ 21, 25 og 45
Forvaltningsloven §§ 13 og 13 a til e
Spesialisthelsetjenesteloven § 6-1
Helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1
Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6

2.3.2 Taushetsplikt i utdanningssektoren

Personalet i barnehager, skoler og i PP-tjenesten har på samme måte taushetsplikt etter forvaltningsloven. Også barnehageloven og opplæringsloven omtaler taushetsplikt i tjenesten. Enhver som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan, har plikt til å hindre at andre får adgang eller kjennskap til det han eller hun i forbindelse med tjenesten får vite om noens personlige forhold.

Forvaltningsloven §§ 13 og 13a til e
Barnehageloven § 20
Opplæringsloven § 15-1

2.3.3 Samtykke til å gi informasjon

Taushetsplikten er primært begrunnet i hensynet til å beskytte den eller de opplysningene gjelder. Derfor oppheves taushetsplikten der den som har krav på taushet, eller dennes foreldre, samtykker i at opplysningene kan gjøres kjent for andre.

Med samtykke fra foreldrene, eller barnet, kan de ulike aktørene utveksle informasjon innenfor de rammer samtykket gjelder.

Når det skal innhentes samtykke, er det viktig at det opplyses om følgende:

- det er frivillig å gi samtykke
- hvilke opplysninger man samtykker til at deles
- hvem opplysningene blir gitt til
- at hensikten med overføringen av opplysningene er klar
- hvilke konsekvenser det kan ha å gi samtykke
- hvilke konsekvenser det kan ha å ikke gi samtykke

Den som har gitt samtykke kan når som helst trekke samtykket tilbake. Det er praktisk at et samtykke er gjort skriftlig. Et muntlig samtykke er imidlertid like bindende som et skriftlig.

2.3.3.1 Hvem kan samtykke til at taushetsbelagte opplysninger deles?

Hvem som skal gi samtykket, vil avhenge av barnets alder og hvilke opplysninger det gjelder. For barn vil det vanligvis være foreldre eller andre med foreldreansvaret som samtykker. Barn har rett til medbestemmelse og selvbestemmelse. Foreldrene og andre som har med barnet å gjøre, skal høre hva barnet har å si før det treffes avgjørelser om barnets personlige forhold.

Den helserettslige myndighetsalderen er 16 år. Når barnet er over 16 år, er det i utgangspunktet barnet selv som kan samtykke til at opplysninger om egen helse gis videre. Adgangen til å samtykke kan bortfalle helt eller delvis ved for eksempel utviklingshemning og kognitiv svikt som gjør at vedkommende åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter.

Et barn som har fylt 15 år avgjør selv spørsmål om valg av utdanning. Når barnet er fylt 15 år, er det normalt tilstrekkelig med barnets samtykke for å overføre taushetsbelagte opplysninger.

Barneloven §§ 31–33

Helsepersonelloven § 22 jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-3, 3-4, og 4-4

Forvaltningsloven § 13a punkt 1

Opplæringsloven § 15-1

2.3.4 Opplysningsplikt

Barnet skal beskyttes mot fysisk eller psykisk mishandling, forsømmelse, seksuelt misbruk eller utnyttelse fra foreldre eller andre omsorgspersoner.

Den som yter helsehjelp og personalet i barnehager, skoler og PP-tjenesten, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens og eventuelt politiets side. Uten hinder av taushetsplikt skal helsepersonell og personalet i barnehager, skoler og PP-tjenester av eget tiltak gi opplysninger til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at

et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt. Det samme gjelder når et barn har vist vedvarende og alvorlige atferdsvansker. Opplysningsplikten (meldeplikten) gjelder for den enkelte ansatte.

FNs barnekonvensjon artikkel 19
Helsepersonelloven § 33
Barneloven §§ 31–33
Barnehageloven §§ 20 og 22
Opplæringsloven § 15-3
Barnevernloven § 6-4

Rundskriv Udir-10-2012: Skolepersonalets opplysningsplikt til barneverntjenesten
Rundskriv IS-6/2010 Helsepersonells taushetsplikt, Helsedirektoratet
Rundskriv IS-17/2006 Helsepersonells plikt og rett til å gi opplysninger til barneverntjenesten, politiet og sosialtjenesten ved mistanke om alvorlig omsorgssvikt av barn

2.4 Barns og unges rett til et helsefremmende miljø i barnehage og skole

Det er viktig å sikre barna trygge og gode rammer som grunnlag for god helse og livskvalitet. Barnehagen skal ha en helsefremmende og en forebyggende funksjon.

Alle elever i grunnskoler og videregående skoler har rett til et godt fysisk og psykososialt miljø som fremmer helse, trivsel og læring. I læreplanverket er det sentralt at elevene skal utvikle en helsefremmende livsstil og lære å ta vare på egen helse.

Barnehager og skoler skal bidra til at miljøet fremmer helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og forebygger sykdom og skade.

Rådgivningstjenesten for barnehage- og skoleanlegg (tidligere rådgivingstjenesten for skoleanlegg) er en tjeneste for alle andre som søker informasjon om barnehage- og skoleanlegg. Tjenesten gir informasjon og faglig råd om utforming, planlegging, drift og bruk av barnehage- og skoleanlegg.

Barnehageloven § 2
Opplæringsloven § 9a-1
Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v., kapittel 3

Miljø og helse i barnehagen, IS-2072, Helsedirektoratet
Miljø og helse i skolen, IS-2073, Helsedirektoratet
<http://skoleanlegg.utdanningsdirektoratet.no/id/2432.0>

2.4.1 Forebygging

I helsesektoren handler forebygging om å unngå at sykdom eller skade oppstår, mens behandling finner sted etter at sykdom har oppstått. Helsetjenesten både forebygger og behandler sykdom og skader. Utdanningssektoren har ansvar for at alle barn og unge får et likeverdig og inkluderende barnehage- og opplæringsstilbud som også innebærer forebygging.

Godt forebyggende arbeid krever tidlig innsats og langsiktig planlegging og handling. Gode fellesskapsløsninger er et godt utgangspunkt for et inkluderende oppvekstmiljø. Tidlig forebyggende innsats kan settes inn på alle nivå. Et godt system rundt ansatt i barnehager og skoler, som for eksempel veiledning fra helsetjenesten, gir redskaper til forebygging.

Utdanningssektorens ansvar og oppgaver kan på denne bakgrunnen deles inn i tre:

- Universell forebygging rettet mot alle barn og unge, utvikle et godt omsorgs- og læringsmiljø, gode relasjoner, trygghet, mestring og forebygging av krenkelser som mobbing, rasisme og diskriminering. Ansatte ved skolen har en handlingsplikt ved kunnskap eller mistanke om at en elev utsettes for krenkende ord eller handlinger.
- Forebygging – Tidlig innsats for utsatte barn og unge, det vil si oppdage, iverksette tiltak, sørge for kontakt med helsetjenestene eller annet hjelpeapparat.
- Oppfølging – Følge opp barn og unge med særskilte behov og samarbeid med helse- og omsorgstjenestene ved behov.

Helsestasjonen og skolehelsetjenesten samarbeider med barnehager og skoler om slike typer forebygging.

Kommunen skal ved å yte helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal skje ved opplysning, råd og veiledning. Helse- og omsorgstjenestene skal bidra i kommunens folkehelsearbeid og arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn og unge som har behov for det.

Etter helse- og omsorgstjenesteloven skal kommunen blant annet tilby helsefremmende og forebyggende tjenester, som helsetjeneste i skoler og helsestasjonstjeneste.

Etter spesialisthelsetjenesteloven skal det regionale helseforetaket sørge for at helseinstitusjoner som de eier, eller som mottar tilskudd fra de regionale helseforetakene til sin virksomhet, bidrar til å fremme folkehelsen og forebygge sykdom og skade.

Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 og 3-3

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a

Folkehelseoven kapittel 2

Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 2-3 andre ledd

Opplæringsloven § 1-3 og kapittel 9a

Miljø og helse i barnehagen, IS-2072, Helsedirektoratet

Miljø og helse i skolen, IS-2073, Helsedirektoratet

2.5 Rutiner for legemiddelhåndtering i barnehage, skole og SFO

En del barn og unge som bruker legemidler i det daglige, har behov for bistand til å få tatt legemidlene. Det er i utgangspunktet barnas foreldre som har ansvaret for dette. Når barnet oppholder seg i barnehagen, på skolen eller i skolefritidsordningen (SFO) har ikke foreldrene mulighet til å gi barnet eller ungdommen den hjelpen de trenger.

Dersom barnet ikke har rett til nødvendig helsehjelp, er ingen bestemmelser verken i barnehageloven, opplæringsloven eller helse- og omsorgslovgivningen som eksplisitt forankrer ansvaret for håndtering av legemidler i den tiden barnet er i barnehage, skole eller SFO.

Det er behandlende leges ansvar å tilråde legemiddelbehandling til barnet. Helse- og omsorgstjenesten i kommunen plikter å yte hjelp til legemiddelhåndtering når slik hjelp er å regne som nødvendig helsehjelp. Når barnet har behov for nødvendig helsehjelp, for eksempel å få satt sprøyter eller lagt inn sonde og kateter, skal disse oppgavene bli ivaretatt av autorisert helsepersonell.

Dersom legen vurderer at foreldrene er i stand til å håndtere legemidlene, er det ikke nødvendig at helsepersonell bistår barnet med håndtering av legemidlet. Dette innebærer at også andre kan yte denne hjelpen med nødvendig informasjon og opplæring.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal bidra til at det etableres rutiner for håndtering av legemidler i barnehager, skoler og SFO.

Legemiddelhåndtering i barnehagen er ikke direkte regulert i verken lov eller forskrift. For barn som har behov for legemidler mens det oppholder seg i barnehagen, kan det ikke innfortolkes et generelt ansvar for kommunen eller barnehageeier å tilrettelegge for dette. Hvis et barn har behov for legemidler mens det oppholder seg i barnehagen, må foreldrene i hvert enkelt tilfelle avtale med barnehagen om den kan bistå med legemiddelhåndteringen. Foreldrene kan ikke pålegge barnehagen å gi barnet legemidler. Hvis barnehagen bistår med legemiddelhåndtering, anbefales det at det inngås skriftlige avtaler.

Barn og unge har plikt til grunnskoleopplæring og rett til offentlig grunnskoleopplæring. Kommunen har ansvaret for å oppfylle retten til grunnskoleopplæring. For at denne retten og plikten skal være reell for alle barn, er det kommunens overordnede ansvar å sørge for at elever med behov for hjelp med legemiddelhåndtering, får det. For at et barn som har behov for hjelp til å ta legemidler skal kunne benytte seg av SFO, er det lagt til grunn at kommunene har det overordnede ansvaret for å sørge for slik hjelp også når barnet oppholder seg i SFO.

Fylkeskommunen har ansvaret for å oppfylle retten til videregående opplæring. For at retten til videregående opplæring skal være reell for alle, er det lagt til grunn at fylkeskommunene har det overordnede ansvaret for å sørge for at elever med behov for hjelp til legemiddelhåndtering, får den hjelpen de trenger for å kunne fungere i skolehverdagen.

Kommunens ansvar for nødvendig helsehjelp gjelder også for elever i videregående opplæring. Ansvaret for å gi elevene hjelp til legemiddelhåndtering vil dermed være et delt ansvar mellom kommunen og fylkeskommunen. Siden fylkeskommunen er ansvarlig for videregående skoler, trer fylkeskommunes overordnede ansvar inn når ivaretagelsen av legemiddelhåndtering ikke skjer på bakgrunn av kommunens forpliktelser etter helselovgivningen.

Det er ikke hindringer i regelverket for at personalet i skoler eller skolefritidsordninger kan bistå elever med legemiddelhåndtering. Siden dette ikke er en del av den formelle utdanningen, faller det typisk utenfor de ordinære arbeidsoppgavene. Den enkelte arbeidstaker har derfor rett til å reservere seg mot oppgaver de ikke føler seg kompetente til. I slike tilfeller må skolen finne en annen løsning, slik at elevene får den hjelpen de trenger.

Opplæringsloven §§ 2-1, 3-1, 13-1 første ledd og 13-3

Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 2-4

Rundskriv I-5/2008 Håndtering av legemidler i barnehage, skole og skolefritidsordning, Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet

Rutiner for legemiddelhåndtering i barnehage, skole og skolefritidsordning,

Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet, 2011 www.regjeringen.no

2.6 Bruk av tvang og makt i helse- og omsorgstjenesten

De fleste barn og unge med habiliteringsbehov vil ikke ha behov for tiltak som inkluderer bruk av tvang eller makt. Enkelte er likevel i den situasjonen at de kan utsette seg selv eller andre for vesentlig skade, enten ved utagerende atferd eller ved at de motsetter seg nødvendige hjelpetiltak.

Overfor personer med diagnosen psykisk utviklingshemning vil det da om nødvendig kunne settes i verk tiltak med tvang eller makt etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9. Dette forutsetter at vilkårene i kapittel 9 er oppfylt og at lovens krav til saksbehandling følges. Kapittel 9 i helse- og omsorgstjenesteloven regulerer i midlertid ikke bruk av tvang i forbindelse med helsehjelp som ikke er pleie og omsorg, selv om personen har utviklingshemning. Slike tiltak reguleres i pasient- og brukerrettighetsloven.

Bruk av tvang eller makt er tiltak som skal få personen til å utføre eller unnlate å utføre en handling. Det omfatter også situasjoner der et tiltak griper direkte inn i personens handling ved å stoppe eller korrigere gjennom bruk av fysisk makt. Alle tiltak som en person motsetter seg er å anse som tvang eller makt. Det samme gjelder tiltak som er så inngripende at de må anses som tvang eller makt uavhengig av motstand.

Kommunen har plikt til å forebygge behov for tvang eller makt gjennom god tilrettelegging av tjenestetilbudet og opplæring, faglig veiledning og oppfølging av tjenesteyterne. Andre løsninger skal være prøvd før tvang eller makt tas i bruk, og det er krav om at tvangstiltaket er forholdsmessig og faglig og etisk forsvarlig. Kommunen skal påse at det er oppnevnt verger når tiltak med tvang eller makt vurderes.

Tvang eller makt kan anvendes i enkeltstående eller gjentatte nødsituasjoner for å avverge skade, samt for å dekke brukerens grunnleggende behov for mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet, herunder opplærings- og treningstiltak. Det kan bare benyttes tvang eller makt i den utstrekning det er nødvendig for å hindre eller begrense vesentlig skade.

Vedtak om bruk av tvang eller makt skal fattes av den som har det overordnede faglige ansvaret for tjenesten, og det skal straks sendes til Fylkesmannen for overprøving. Vedtaket skal samtidig sendes til spesialisthelsetjenesten, verge og pårørende, som kan avgi uttalelse til Fylkesmannen. Spesialisthelsetjenesten skal bistå ved utforming av tiltakene og bistå ved gjennomføringen.

Dersom det er behov for bruk av tvang eller makt i en enkeltstående nødsituasjon, besluttes dette av den som har det daglige ansvaret for tjenesten. Det skal sendes melding om beslutningen til den faglig ansvarlige for tjenesten, Fylkesmannen, vergen og pårørende.

All bruk av tvang og makt skal dokumenteres.

Overfor personer som har vedtak om bruk av tvang eller makt etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9, har Kunnskapsdepartementet lagt til grunn at opplæringsloven ikke i seg selv er til hinder for at nødvendige tiltak også kan gjennomføres når eleven befinner seg på skolen i skoletiden. For at skolen bl.a. skal kunne ivareta sitt ansvar for forsvarlig undervisning og for elevenes fysiske- og psykososiale arbeidsmiljø, er det imidlertid en forutsetning at skolens ledelse samtykker til at tiltakene kan gjennomføres når eleven er på skolen. Det er videre en forutsetning at tiltakene gjennomføres som ledd i tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, og at tiltakene gjennomføres av personell fra helse- og omsorgstjenesten.

Rundskriv IS-10/2015 Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming, Helsedirektoratet

Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9
Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4a

2.7 Det er ikke adgang til å bruke tvang og makt etter utdanningslovgivningen

Personalet har en særlig plikt til å ha omsorg for barna og elevene i barnehage- og skoletiden. I opplæringen kan det i noen tilfeller oppstå situasjoner hvor skolens personale opplever at det er nødvendig å gripe inn overfor elever for å hindre at eleven selv, andre elever, ansatte eller gjenstander kommer til skade. Personalet har derfor en plikt til å gripe inn for å hindre at barnet eller den unge skader eller plager andre, eller skader seg selv eller eiendom. I denne sammenheng kan det være et behov for å bruke fysisk makt. Bruk av fysisk makt overfor elever må ikke være i strid med regelverket. Barnehageloven og opplæringsloven gir ikke hjemmel til bruk av tvang og makt.

Elevenes fysiske integritet har et sterkt rettslig vern, og det må alltid vurderes om eventuell bruk av fysisk makt er tillatt i den aktuelle situasjonen. Skolens personale har mulighet til å ta i bruk tiltak som har opplærings- og undervisningsmessige formål, for eksempel å be en elev om å forlate klasserommet eller forsiktig lede eleven ut av rommet. Det er som nevnt ikke særskilt hjemmel for bruk av fysisk makt eller tvang i opplæringsloven eller barnehageloven. Dette betyr at eventuell bruk av fysisk makt må vurderes mot reglene i straffeloven om forbud mot blant

annet legemsfornærmelse. Dersom en handling vil kunne regnes som legemsfornærmelse, vil den normalt være straffbar og ikke tillatt.

Imidlertid kan det i ekstraordinære tilfeller være at utøvelse av fysisk makt overfor elever som er en legemsfornærmelse likevel ikke er straffbar fordi handlingen er å regne som nødrett eller nødverge. Adgangen til å bruke nødrett og nødverge er meget snever, og dette vil alltid bli utført for å forsvare noen eller noe. Eksempler på dette kan være situasjoner hvor den som griper inn må bruke fysisk makt, for eksempel for å hindre at barnet eller den unge skader seg selv eller andre, eller skader eiendom. Om vilkårene for nødverge eller nødrett er oppfylt, må vurderes for det enkelte tilfellet.

Straffeloven §§ 17, 18, 271–274

2.8 Overganger mellom livsfaser

Overganger mellom faser i livet kan være både spennende og utfordrende. For barn og unge med nedsatt funksjonsevne som har behov for spesiell tilrettelegging, kan overganger være spesielt utfordrende. Det er viktig at overgangene planlegges nøye og i god tid slik at de oppleves som gode for barnet og familien, og at barnet og familien opplever både forutsigbarhet og kontinuitet. Hva som er god tid, vil variere og er avhengig av behovene til den enkelte. For noen barn og elever kan god tid være et halvt år, mens for andre kan god tid være to år.

Overganger krever godt samarbeid mellom familien, involverte fagfolk og tjenester om planlegging, overføring av informasjon og kompetanse i god tid før overgangen. Involvering av familien og barnet eller ungdommen handler om retten til medvirkning og retten til å bli hørt. Godt samarbeid mellom ulike instanser gjør det nødvendig med samtykke fra foreldre til å dele informasjon. Det er den instansen som har informasjon om barnet eller den unge, og som ønsker at denne informasjonen skal overføres til et annet organ, som må sørge for å få et informert samtykke fra foreldrene eller den ungdommen det gjelder.

I overganger mellom ulike faser dukker det opp mange spørsmål som det skal tas stilling til. Hvordan kan barnehagen eller skolen legge til rette for den enkelte? Hvordan kan tilbudet organiseres slik at det blir best mulig? Hvordan kan nærskolen ivareta barnets særskilte behov? Hvilke alternativer finnes?

Individuell plan og koordinator er verktøy som med fordel tas i bruk. Koordinator bør vite hvem det kan henvises til og hvem en må samarbeide med og hvordan tjenesteytere i de ulike instansene og sektorene jobber, hvilke regler som gjelder og hvilken myndighet aktørene har. Ofte innebærer overganger også bytte av koordinator. Bytte av koordinator kan være naturlig dersom koordinatoren er fra helsestasjonen eller barnehagen og barnet skal starte på skolen. Den tjenesten som best kan ivareta barnets konkrete behov, bør ha koordineringsansvaret, og dette vil variere fra sak til sak. Ved bytte av koordinator anbefaler vi at koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering lager rutiner for overlapping og at disse følges.

2.8.1 Barnehagestart

Den første store overgangen for mange barn – og deres foreldre – er oppstarten i barnehage. Den krever godt samarbeid mellom foreldre, barnehagepersonalet, helsestasjonen, PP-tjenesten, habiliteringstjenesten, eventuelt fysioterapitjenesten og Statped.

Også overgang mellom forskjellige avdelinger eller baser i barnehagen kan by på utfordringer. Barnehagen har ansvaret for at slike overganger er gode.

2.8.2 Overganger i skoleløpet

En god overgang fra barnehage til skole krever overføring av informasjon og kompetanse mellom barnehage, foreldre og skole. Da er det igjen aktuelt å involvere foreldrene, ulike fagfolk og tjenester for å sikre at overføring av informasjon og kompetanse skjer i god tid. Det kreves samtykke fra foreldrene for å overføre informasjon fra barnehagen til skolen. Barnehagen og skolen har et felles ansvar for at overgangen fra barnehage til skole er så smidig som mulig.

Ved overgangen fra barneskole til ungdomsskole kan det være aktuelt å flytte til en annen skole. Da er det igjen aktuelt å involvere foreldre, ulike fagfolk og tjenester for å sikre at overføring av informasjon og kompetanse skjer i god tid. Det er kommunen som er skoleeier for grunnskolen. Det er et visst rom for at taushetsbelagte opplysninger kan utveksles blant ansatte innenfor samme etat/organ, så lenge dette er nødvendig for en hensiktsmessig arbeidsordning. Bestemmelsen gir åpning for at visse opplysninger kan overføres mellom skoler innenfor samme kommune for at mottakerskolen skal oppfylle elevens rett til opplæring.

Ved overgang til videregående opplæring kan det hende at man må gå på skole i en annen kommune. Informasjon om enkeltelever kan bare overføres til den videregående skolen med samtykke fra eleven. Det samme gjelder der opplæringen skal gis i lærebedrift. I begge tilfeller skal for eksempel opplysninger formidles fra kommunal PP-tjeneste til fylkeskommunal PP-tjeneste. I enkelte tilfeller har kommunen en særskilt meldeplikt til fylkeskommunen (etter samtykke fra eleven) per 1. oktober for elever på 10. trinn. Dette gjelder der elever søker om fortrinnsrett ved inntak til videregående opplæring til et særskilt utdanningsprogram eller elever som søker fortrinnsrett på grunn av sterkt nedsatt funksjonsevne.

Hvis endring av skole innebærer flytting til ny kommune, vil det være viktig at fylkeskommunen og ny bostedskommune involveres i planleggingen av denne overgangen.

Forvaltningsloven § 13
Opplæringsloven § 15-5
Forskrift til opplæringsloven §§ 6-15 flg.

Veilederen Overganger for barn og unge som får spesialpedagogisk hjelp eller spesialundervisning, Utdanningsdirektoratet
www.udir.no/tidliginnsats

Case Peder

Peder er 6 år og går i første trinn ved nærskolen. Peder har cerebral parese, type dystoni med mye spastisitet i hele kroppen. Han blir kjørt i rullestol og er avhengig av hjelp til lek med andre barn, kommunikasjon, personlig stell og spising. Peder har ikke tale, men bruker kommunikasjonsbok og talemaskin slik at han kan formidle at han er en gutt som er interessert i sport og som vil være med på det meste.

Peder trenger oppfølging av spesialisthelsetjenesten blant annet til epilepsimedisiner og injeksjoner for å få avspenning i musklene. Han har ukentlig kontakt med fysioterapeut som trener med Peder og veileder hans assistenter i daglige øvelser og bruk av stå- og gå-hjelpemidler for å motvirke stivhet i leddene. Hjemme har Peder stå- og gå-hjelpemidler slik at han også kan være fysisk aktiv hjemme.

Peder har enkeltvedtak om spesialundervisning og av vedtaket hans fremgår det at han skal ha en assistent som følger han gjennom hele skoledagen for at han skal ha et forsvarlig utbytte av opplæringen. En spesialpedagog med videreutdanning i alternativ og supplerende kommunikasjon er ansvarlig for hans opplæring.

To år før overgangen til nærskolen startet koordinator og ansvarsgruppe arbeidet for å sikre Peder en likeverdig opplæring der personalet har nødvendig kompetanse. Det var behov for langsiktig kompetanseoppbygging for å sikre videre utvikling av kommunikasjon og språk.

Peder må være i et språkmiljø der voksne og barn forstår og bruker hans kommunikasjonsformer. Kommunikasjonsløsningene krever tverrfaglig samarbeid og må jevnlig bygges ut for å sikre deltagelse i all opplæring og annen aktivitet. Det må også sikres at skolen er tilpasset bruk av rullestol og har bad og stalleforhold som fungerer. Skolen skal innredes slik at det blir tatt hensyn til at Peders nedsatte funksjonsevne. Individuell plan ble her det sentrale arbeidsredskapet som sikret samarbeid mellom foreldre, skole og helsepersonell. Saksbehandlingen knyttet til spesialundervisningen ble også startet tidlig.

2.9 Det første leveåret

Hjemmet er som regel barnets hovedarena, og foreldrene er de viktigste omsorgspersonene i barnets liv. Foreldre og barn etablerer grunnleggende kontakt og kommunikasjon, noe som medvirker til å bygge en trygg og god relasjon. Dette danner et viktig grunnlag for barnets videre utvikling. I denne fasen bør tjenesteytere i helse- og omsorgstjenesten samarbeide godt med foreldrene om å avklare barnets behov.

2.9.1 Ansvar for å oppdage sykdom eller nedsatt funksjonsevne

Helsestasjonen mottar fødselsmelding om alle nyfødte i kommunen og får informasjon fra sykehuset dersom et barn blir født med sykdom eller nedsatt funksjonsevne.

Alle barn har rett til helsekontroll. Foreldrene plikter å medvirke til at barnet deltar i helsekontrollen. Helsestasjonen, som er lovpålagt, skal være en lett tilgjengelig og gratis tjeneste med fokus på helsefremming, forebygging og tidlig intervensjon. Tjenesten er tverrfaglig og har et friskfokus som fremmer ressurser og sterke sider hos barn og deres foreldre. Alle nybakte foreldre skal tilbys hjemmebesøk innen to uker etter fødsel. Helsestasjonen har videre mulighet til å oppdage barn med spesielle behov tidlig og bidra til at det settes i gang en

habiliteringsprosess. Melding om mulig behov for habilitering skal sendes til kommunenes koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering.

Fastlegen skal ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle og samarbeide med andre relevante tjenesteytere om barn og unge på sin pasientliste. Fastlegen skal ved behov henvise pasienter til spesialisthelsetjenesten og til andre kommunale helse- og omsorgstjenester.

Dersom et barn eller en ungdom har behov for langvarige og koordinerte tjenester, plikter fastlegen å informere om, og medvirke til utarbeidelse av, individuell plan og melde behov for koordinator til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen.

Helsestasjonen samarbeider med foreldre og, ved behov, med fastlege, spesialisthelsetjeneste, barnevern og andre aktuelle tjenesteytere og sektorer i kommunen eller fylkeskommunen. Foreldrene må som hovedregel samtykke til utveksling av informasjon mellom tjenestene.

Helsepersonelloven §§ 25 og 45

Pasient- og brukerrettighetsloven § 6-1

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 7

Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten §§ 2-1 og 2-3 andre ledd

Forskrift om fastlegeordningen i kommunene § 19

2.9.2 Spesialpedagogisk hjelp i første leveår

Barnet kan ha et særlig behov for spesialpedagogisk hjelp i det første leveåret. Det er ingen nedre aldersgrense for rett til spesialpedagogisk hjelp. Foreldrene eller helse- og omsorgspersonell kan, med foreldrenes samtykke, i aktuelle tilfeller henvende seg til kommunen for å få informasjon om henvisningsrutiner.

Les mer om retten til spesialpedagogisk hjelp i kapittel 4.

Opplæringsloven § 5-7

Veilederen Spesialpedagogisk hjelp, Utdanningsdirektoratet

www.udir.no/tidliginnsats

Abid er født blind og har fra fødsel vist forsinket utvikling innen alle livsområder uten at han har fått noen definert diagnose. Sykehuset hvor Abid ble født og foreldrene informerte helsestasjonen i hjemkommunen om situasjonen i god tid før familien skulle skrives ut og reise hjem. Helsesøster og fysioterapeut på helsestasjonen deltok på oppsummeringsmøte på sykehuset før hjemreise, og de fulgte familien tett etter hjemkomst. Med samtykke fra Abids foreldre henviste sykehuset Abid og familien til habiliteringstjenesten for oppfølging der.

Sykehuset meldte behov for omfattende tjenester til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i hjemkommunen allerede på oppsummeringsmøtet. Kommunen tildelte familien

en koordinator på bakgrunn av Abids varige og sammensatte behov for habilitering. Med samtykke fra foreldrene kontaktet kommunen PP-tjenesten. PP-tjenesten vurderte at de ikke hadde nødvendig kompetanse, og med samtykke fra foreldrene sendte kommunen henvisning til Statped. Statped tilbød tverrfaglig utredning, som omfattet observasjon, kartlegging av Abids synsfunksjon og motoriske funksjon samt hans utviklingsmessige status. Statped ga så råd til PP-tjenesten, familien og nettverket rundt Abid som omhandlet synsfunksjonen og om taktil og auditiv stimulering.

PP-tjenesten utarbeidet en sakkyndig vurdering, og kommunen fattet på denne bakgrunnen et enkeltvedtak om spesialpedagogisk hjelp. Abid hadde ikke startet i barnehage, men familien og fagpersonene ønsket at den spesialpedagogiske hjelpen skulle iverksettes så raskt som mulig. Dette ble løst ved at en spesialpedagog ansatt ved skole- og barnehagekontoret i kommunen innledningsvis jobbet med Abid hjemme. Foreldrene fikk også foreldreveiledning.

Abid fikk barnehageplass den våren familien søkte om dette. Barnehageplassen var tilrettelagt og hadde forsterket personalressurs.

I begynnelsen ønsket mor å være tilstede i barnehagen. Abid og mor var i barnehagen ti timer pr uke, og de var sammen med spesialpedagogen som også skulle jobbe fast med Abid fra høsten av, når Abid skulle ha heltidsplass. Den oppfølgingen som helsesøster og fysioterapeut hadde hatt med Abid og familien, ble lagt vekselvis til hjemmet, barnehagen og helsestasjonen. Dette resulterte i tverrfaglig samarbeid og veiledning til familien og barnehagepersonalet, slik foreldrene ønsket det.

2.10 Barnehagealder

I denne fasen vil vanligvis barnets selvstendighet øke, og de fleste barn gjennomgår en omfattende utvikling. Gradvis vil andre arenaer enn hjemmet, og andre personer enn foreldrene, bli viktige i barnets liv.

2.10.1 Ansvar for å oppdage sykdom eller funksjonsnedsettelse

En sentral oppgave for helsestasjonen er å fange opp tidlige signaler på bl.a. utviklingsavvik. Helsestasjonen følger opp alle barn fra fødsel til opplæringspliktig alder. Helsestasjonen samarbeider tett med foreldrene og følger et anbefalt helsestasjonsprogram, systematisert etter alder. Helsestasjonen har et tett tverrfaglig samarbeid med andre kommunale tjenester. Også barnehageansatte, PP-tjeneste og fastlege eller annet helsepersonell kan oppdage sykdom eller nedsatt funksjonsevne hos barnet. Ved slik mistanke skal alltid foreldrene involveres. Foreldrene skal få veiledning og må samtykke for at barnet skal henvises videre. Det er vesentlig med systemer og rutiner for tverrfaglig samarbeid for å gi tidlig intervensjon. Foreldrenes bekymringer skal alltid tas på alvor.

Fastlegen skal, ved behov, henvise til spesialisthelsetjenesten og til andre kommunale helse- og omsorgstjenester. Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering bør involveres.

Forskrift om fastlegeordningen i kommunene § 24

2.10.2 Barn med habiliteringsbehov i barnehage

De fleste barn med habiliteringsbehov går i barnehage. Barnehagen skal tilby alle barn et rikt, variert, stimulerende og utfordrende miljø, uavhengig av alder, kjønn, funksjonsnivå, sosial og kulturell bakgrunn. Dette betyr at det enkelte barn skal motta et tilpasset og likeverdig tilbud. Det er barnehagens eier og kommunen som barnehagemyndighet som har ansvar for dette.

Barnehagepersonalet bør få nødvendig informasjon om sykdom eller nedsatt funksjonsevne som fører til behov for tilrettelegging. Slik informasjon kan gis av foreldrene eller av PP-tjenesten eller helse- og omsorgstjenesten med samtykke fra foreldrene. Det må gjøres en vurdering av hvilken informasjon som er nødvendig i hvert enkelt tilfelle.

Barnehagepersonalet kan bidra med viktig informasjon om barnets trivsel og utvikling i barnehagen til samarbeidspartnere, både innenfor utdanningssektoren og helse- og omsorgstjenesten etter samtykke fra foreldrene.

Barnehageloven §§ 1 og 2

Forskrift om rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver

Barn og unge med nedsatt funksjonsevne – hvilke rettigheter har familien? IS-1298, Helsedirektoratet

2.10.3 Prioritert barnehageplass til barn med habiliteringsbehov

Barn som fyller ett år innen utgangen av august det året det søkes om barnehageplass, har rett til barnehageplass fra august. Barn med nedsatt funksjonsevne har rett til prioritet ved opptak i barnehage. Begrepet nedsatt funksjonsevne omfatter ulike typer funksjonsnedsettelse. Det er en sakkyndig instans som vurderer om funksjonsnedsettelsen og dens konsekvenser for barnet skaper et større behov for barnehageplass enn andre barn har. Sakkyndig instans kan for eksempel være barnets fastlege, helsestasjonen eller PP-tjenesten.

Barnehageloven §§ 12a og 13

2.10.4 Hjelpemidler i barnehagen

Barn med habiliteringsbehov kan ha behov for hjelpemidler når de er i barnehagen. Hvem som har ansvaret for å dekke utgiftene til hjelpemidler, avhenger av hensikten med hjelpemiddelet. Hvis hjelpemiddelet er knyttet til den spesialpedagogiske hjelpen og fremgår av enkeltvedtaket om spesialpedagogisk hjelp, er det kommunen som har ansvar for å dekke utgifter til hjelpemidlene.

Kommunen skal sørge for formidling av nødvendige hjelpemidler og skal vurdere hjelpemidler som ett av flere mulige tiltak på grunnlag av barnets samlede behov. Om nødvendig skal kommunen be om bistand fra NAV Hjelpemiddelsentral.

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 9
Opplæringsloven §§ 5-7 og 13-1

Barn og unge med nedsatt funksjonsevne – hvilke rettigheter har familien? IS-1298,
Helsedirektoratet

2.10.5 Spesialpedagogisk hjelp til barn før opplæringspliktig alder

Barn under opplæringspliktig alder som har særlig behov for spesialpedagogisk hjelp, har rett til dette. Det er ikke noe krav om at barnet må gå i barnehage for å ha rett til spesialpedagogisk hjelp. Retten til spesialpedagogisk hjelp er ikke knyttet opp mot en eventuell diagnose, men det enkelte barns behov for slik hjelp. Det er ingen nedre aldersgrense for når retten inntreffer. Les mer om retten til spesialpedagogisk hjelp i kapittel 4.

Opplæringsloven § 5-7

Veilederen Spesialpedagogisk hjelp, Utdanningsdirektoratet
www.udir.no/tidliginnsats

Sara, snart to år gammel, blir henvist til fysioterapeut av helsesøster på grunn av sen motorisk utvikling. Fysioterapeuten kartlegger Saras motoriske ferdigheter og tar kontakt med helsestasjonslegen. Sammen henviser de Sara til habiliteringstjenesten (HABU). I henvisningen til HABU krysser de av for ønske om utredning og diagnostikk, forslag til behandling og andre tiltak samt veiledning av familien.

PP-tjenesten er også en sentral instans her. Sara er allerede henvist dit og er under utredning. PP-tjenesten vurderer at Sara har behov for spesialpedagogisk hjelp i barnehagen. Kommunen fattet enkeltvedtak om dette.

I barnehagen blir det lagt til rette for oppfølging av spesialpedagog og samarbeid med fysioterapeut. De utarbeider et tilbud til Sara som skal støtte hennes videre motoriske utvikling.

I samråd med familien har helsesøster meldt behov for koordinator for familien til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen. Koordinatoren som blir oppnevnt i saken, tar kontakt med familien og planlegger en individuell plan sammen med dem. De vurderer også behovet for felles møter med barnehagen og helsestasjonen. HABU og PP-tjenesten deltar i møtene etter behov og ønske fra familien.

I den tiden Sara er under utredning vil det være mange nye mennesker og instanser å forholde seg til. En av koordinatorens viktige roller er å hjelpe familien til å få oversikt over de involverte, slik at familien lettere kan orientere seg i hjelpeapparatet rundt barnet sitt. Deretter skal koordinator sørge for at alle tjenesteyterne rundt Sara samordner sine innsatser, i henhold til hennes individuelle plan.

2.11 Grunnskolealder

Barn i opplæringspliktig alder har både plikt til grunnskoleopplæring og rett til offentlig grunnskoleopplæring.

I denne fasen gjennomgår barnet en stor motorisk, sosial og språklig utvikling. Vennskap og relasjoner med jevnaldrende får stor plass i barnets liv. Ulikhetene og avstanden elevene imellom øker og kan bli mer synlig i denne fasen. Fritidsarenaer blir stadig viktigere i denne fasen.

Overgangen mellom barnetrinn og ungdomstrinn kan gjøre barnet spesielt sårbart med betydelig større krav både faglig og sosialt. Ved nedsatt funksjonsevne eller kroniske sykdommer kan utfordringene knyttet til puberteten være spesielt store, noen barn kommer f.eks. ekstra sent i puberteten.

Grunnlaget for en god ungdoms- og voksentilværelse dannes i denne perioden.

2.11.1 Ansvar for å oppdage sykdom eller funksjonsnedsettelse

Skolehelsetjenesten har en viktig rolle i igangsetting og videreføring av habiliteringsprosessen og i samhandlingen rundt barnet og familien.

Ved rutineundersøkelser, observasjoner, melding om bekymring fra foreldre, kontakt med barnet eller ungdommen selv eller henvendelse fra skolen med samtykke fra foreldrene, kan skolehelsetjenesten avdekke behov for tiltak. Bekymringer drøftes med foreldrene og barnet eller ungdommen som bør anbefales å kontakte fastlege ved behov. Fastlegen utreder, eventuelt i samarbeid med øvrig helse- og omsorgstjeneste i kommunen og kan vurdere henvisning til spesialisthelsetjenesten for videre utredning.

En informasjonspakke som blant annet inneholder informasjon om tjenester i kommunen, er nyttig for barn og unge og deres foreldre. Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering er et fast kontaktpunkt for meldinger om mulige behov for habilitering i kommunen. Her kan både interne og eksterne samarbeidspartnere henvende seg for å få nødvendig informasjon om rettigheter og tilbud. Avlastningstilbud, støttekontakt, utarbeidelse av individuell plan og brukerstyrt personlig assistent kan være eksempler på aktuelle tjenester.

Diagnostisering og helseoppfølging skal foregå i helse- og omsorgstjenesten, mens problemstillinger knyttet til gode læringsbetingelser for barn og unge uavhengig av medisinske tilstander skal følges opp innenfor utdanningssektoren.

Helsepersonelloven § 10

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 7, kapittel 4 og kapittel 5

2.11.2 Retten til spesialundervisning

Dersom undervisningspersonalet ser at en elev ikke har eller kan få tilfredsstillende utbytte av det ordinære opplæringstilbudet, har vedkommende en plikt til å vurdere om eleven trenger spesialundervisning, og melde fra til rektor. Skolen har plikt til å vurdere og eventuelt prøve ut

tiltak som kan gi elevene et tilfredsstillende utbytte av opplæringen innenfor det ordinære tilbudet. Dersom eleven ikke får tilfredsstillende utbytte av opplæringen sender skolen, med foreldrenes samtykke, en henvisning til PP-tjenesten. Skolen skal også sende en henvisning til PP-tjenesten dersom foreldrene eller eleven ber om spesialundervisning. Med samtykke fra foreldrene involveres eventuelt skolehelsetjenesten.

På bakgrunn av den sakkyndige vurderingen fra PP-tjenesten fatter kommunen eller fylkeskommunen et enkeltvedtak, hvor spesialundervisning enten innvilges eller avslås. For elever som har rett til spesialundervisning skal skolen utarbeide en individuell opplæringsplan (IOP). IOP skal bygge på enkeltvedtaket om spesialundervisning.

En gang i året lager skolen en skriftlig rapport med oversikt over den hjelpen eleven har fått, og en vurdering av utviklingen til eleven ut fra målene i elevens IOP.

Hvis foreldrene og barnet ønsker det, kan skolehelsetjenesten veilede personalet og informere klassen der eleven går om elevens tilstand.

Les mer om retten til spesialundervisning i kapittel 4.

Opplæringsloven kapittel 5

Veilederen Spesialundervisning, Utdanningsdirektoratet
www.udir.no/tidliginnsats

Eva er 7 år og har cerebral parese. Hun sitter i rullestol og har få viljestyrte bevegelser. I tillegg er hun blind, og hun mangler talespråk. Undersøkelser har vist at hun har kontinuerlig epileptisk aktivitet i hjernen, og hun har stadig anfall som krever medisiner. Skolen har tatt ansvaret for medisineren etter at den har mottatt opplæring og veiledning fra helse- og omsorgstjenesten. Eventuell endring i medisineren blir, etter foreldrenes samtykke, straks meddelt til skolen gjennom skolehelsetjenesten.

Eva tilhører en klasse ved en lokal barneskole. Hun har enkeltvedtak om spesialundervisning, og der fremgår det at hun skal ha opplæringen sin i en mindre gruppe for å få et forsvarlig utbytte av opplæringen. Her tilbringer hun skoledagen sammen med tre jevnaldrende barn med store funksjonsnedsettelse.

Opplæringen ledes av undervisningspersonalet, og en av assistentene bistår Eva gjennom dagen. Både skole-, leksehjelp- og SFO-tiden tilbringes på samme sted med de samme assistentene, men i SFO og i leksehjelp har hun ikke spesialundervisning.

Eva har rett til skyss både til og fra skolen og SFO med ledsager. Når Eva er i avlastningsbolig, kjøres hun også med drosje til og fra skolen. For at Eva skal få en opplæring som er tilpasset henne, har det vært behov for omfattende avvik fra Læreplanverket for Kunnskapsløftet. Eva har i utgangspunktet rett til det samme totale undervisningstimetall som gjelder andre elever. Av enkeltvedtaket fremgår det imidlertid at hennes totale undervisningstimetall er redusert på grunn av hennes særlige utfordringer. Enkeltvedtaket om spesialundervisning viser omfanget, organiseringen, innholdet i opplæringen og personalets kompetanse.

I den individuelle opplæringsplanen (IOP), som er utarbeidet på bakgrunn av enkeltvedtaket om spesialundervisning, er målene for opplæringen angitt. Det er også angitt hvordan opplæringen skal organiseres, bruk av tid, bruk av personalressurser, læremidler og utstyr.

Av Evas enkeltvedtak om spesialundervisning fremgår det at hun har en assistent som jobber med henne på skolen. Dette er nødvendig for at Evas skolehverdag skal fungere bra. En spesialpedagog jobber med kommunikasjonsstimulering. Assistenten gir også kommunikasjonsstimulering etter veiledning fra pedagogen. Kommunikasjon er en stor utfordring. Det jobbes med rutiner for at alle som er sammen med Eva bruker de samme kroppstegn og konkreter som representerer steder og aktiviteter i dagliglivet. Assistenten gir henne mat og drikke, utfører nødvendig stell og bleieskift, sørger for stillingsendringer, setter Eva opp i ståhjelpemiddel, beveger leddene etter veiledning fra fysioterapeut for å unngå feilstilling i leddene. Fysioterapeuten gir Eva behandling og assistenten veiledning en til to ganger i uka. Skolen har lagt til rette for at Eva kan motta helsehjelpen på skolen.

Eva har en individuell plan. Koordinatoren, som er ansatt i helse- og omsorgstjenesten, har ansvaret for Evas individuelle plan og følger opp tiltakene i den individuelle planen.

2.12 Ungdom i videregående opplæring

I denne fasen legges grunnlag for senere studier, yrkesvalg og voksenliv. Det stilles større krav til selvstendighet og egen mestringsevne. Nye arenaer gir nye sosiale relasjoner.

Skolehelsetjenesten og helsestasjonen for ungdom kan bidra til tilrettelagt informasjon og veiledning om tema de unge spør om. Skolen skal også tilby elevene nødvendig rådgivning om utdanning, yrkestilbud, yrkesvalg og sosiale spørsmål.

Den unge får flere selvstendige rettigheter i denne perioden.

Når eleven begynner i videregående opplæring, er det fylkeskommunen som overtar ansvaret for opplæringen. Les mer om dette i kapittel 4.

2.12.1 Ungdommens medvirkning og selvbestemmelse

Helserettslig myndighetsalder innebærer at ved fylte 16 år er det i utgangspunktet den unge selv som skal samtykke til helsehjelp. Som hovedregel har helsepersonell da taushetsplikt overfor pårørende, med mindre det dreier seg om informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret når pasienten er under 18 år. Hvilken informasjon som skal gis, må vurderes konkret.

Barn som har fylt 15 år avgjør selv spørsmål om valg av utdanning. Dette innebærer at foreldrene ikke kan motsette seg at ungdommen velger bort videregående opplæring eller bestemmer hvilket utdanningsprogram han eller hun skal søke på. Men det understrekes at 15 år ikke er en generell skolerettslig myndighetsalder. Foreldreansvaret gjelder frem til fylte 18 år.

Skolen er forpliktet til å samarbeide med hjemmet. Foreldresamarbeidet skal ha eleven i sentrum og bidra til elevens faglige og sosiale utvikling. Skolen skal holde kontakt med foreldrene til elever som ikke er myndige gjennom hele opplæringsåret.

Ungdommen har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan. Dersom den unge ikke har samtykkekompetanse, har pårørende rett til å medvirke sammen med ungdommen. Fra fylte 16

år er det som hovedregel ungdommen selv som deltar i utarbeidelsen av individuell plan når det gjelder helserettslige spørsmål, og det er ungdommen som samtykker til utveksling av informasjon.

Barneloven §§ 31 og 3-2

Opplæringsloven §§ 3-1, 9-2, 13-3

Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3 og 4

Forskrift til opplæringsloven kapittel 20 og 22

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator §§ 16 og 17

Rundskriv Udir-7-2010: Foreldresamarbeid i grunnskolen og videregående opplæring
Veilederforum for deg som veileder om utdanning og karriere – www.veilederforum.no

2.12.2 Helsetjenester i ungdomsfasen

Mange forhold omkring helse vil på dette tidspunktet være avdekket allerede. Mye av det som avdekkes i denne fasen vil gjelde tilleggdiagnoser og eventuelle følgetilstander. Det er viktig å gjøre tverrfaglige kartlegginger for å fange opp endringer i behov.

Fastlege, fysioterapeut, barne- og ungdomspsykiatri (BUP) og psykolog kan gi tjenester som ungdom kan ha behov for. Forebyggende og helsefremmende tjenester er også aktuelt for ungdom med nedsatt funksjonsevne. Skolehelsetjenesten og helsestasjonen for ungdom er nevnt ovenfor i punkt 2.12.

For utredningsrutiner i forbindelse med avdekking av nedsatt funksjonsevne, se grunnskolealder, punkt 2.11.1.

2.12.3 Helsestasjonen for ungdom

Helsestasjonen for ungdom i alderen 13 til 20 år er et supplement til skolehelsetjenesten. En del steder er aldersgruppen for ungdom utvidet til 25 år, fordi man har sett et behov for et lett tilgjengelig lavterskeltilbud i overgangsfasen mellom ungdom og voksenliv.

Helsestasjonen for ungdom er et drop in-tilbud hvor ungdom kan komme med sine små eller store helseutfordringer.

Aktuelle tema er seksuell helse og prevensjon, inkludert seksuell orientering og seksuelle overgrep og fysisk og psykisk helse. Andre tema kan være trivsel, kropp, fysisk aktivitet, ernæring, spiseforstyrrelser, vold, forebygging av kjønnslemllestelse og tvangsekteskap, mobbing, rus og røyking.

2.12.4 Retten til spesialundervisning

Elever i videregående opplæring og lærekanidater har rett til spesialundervisning dersom de ikke har, eller ikke kan få et tilfredsstillende utbytte av det ordinære opplæringstilbudet. Her gjelder de samme reglene som for elever i grunnskolen, se punkt 2.11.2.

Pål går på Vg1 og har cerebral parese, hemiplegi med venstresidig utfall. Pål deltar i ordinær kroppsøving med klassen sin og har ikke avvik fra læreplanen i faget. Han har ikke vedtak om spesialundervisning, slik at tilpassingen skjer innenfor ordinær opplæring. Når det er aktiviteter som klassen skal gjennom og som ikke egner seg for Påls funksjonsevne, gir læreren Pål tilrettelagte aktiviteter som er med på å utvikle kompetansen hans innenfor samme kompetansemål.

Når lærer planlegger undervisningen har han etter samtykke fra Pål valgt å diskutere målene i læreplanen med fysioterapeut som kjenner Påls muligheter. Lærer og fysioterapeut legger periodeplaner for hvilke aktiviteter Pål kan delta i, hvilke aktiviteter lærer må tilrettelegge i, samt forslag til alternative opplegg til Pål slik at han har mulighet for å nå de samme målene som resten av klassen. Lærer og fysioterapeut har faste møter med foreldrene og Pål. Dette skjer ved oppstart av ny periodeplan, som er hver 6. uke. Foreldrene og Pål deltar aktivt med å utforme planene basert på forslag fra lærer og fysioterapeut. Kroppsøvingslærer har ansvar for underveisvurderingen og å fastsette standpunkt karakteren til Pål.

Martin er 17 år og tatt inn til Vg2 Helse- og oppvekstfag. Han er en elev med store og sammensatte funksjonsnedsettelse. På grunn av omfattende lærevansker har han ifølge sakkyndig vurdering ikke et tilfredsstillende utbytte av ordinær opplæring. Han har grunnkompetanse som mål for opplæringen, og han har rett til spesialundervisning. Rektor har fattet vedtak om spesialundervisning med hjemmel i opplæringsloven § 5-1. I enkeltvedtaket beskrives innholdet i spesialundervisningen som vektlegger trygghet, samt vedlikeholde livskvalitet i henhold til generell del av læreplanverket.

Han skal ha opplæring i alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK), sansestimulering - auditivt og visuelt og ADL. Motorisk trening tar utgangspunkt i fysisk aktivitet flere ganger om dagen for å holde kroppens bevegelse ved like. Denne aktiviteten er forankret i læreplan i kroppsøving. Kroppsøvingslærer har ansvaret for opplæringen med veiledning fra fysioterapeut.

Det er utarbeidet en individuell opplæringsplan (IOP), og det fremgår av enkeltvedtaket hans at hele opplæringstilbudet gis som spesialundervisning.

Martin har ofte smerter og har behov for smertestillende medisin. Dette innebærer vurdering av hyppighet og dosering. Behandlende lege har vurdert at dette er nødvendig helsehjelp som skal utføres av helsepersonell. Martin har vedtak om hjemmesykepleie til dette.

Samarbeidet mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunen og den videregående skolens personale fungerer godt i den daglige opplæringen. Martin kunne ikke ha fått oppfylt retten til opplæring uten hjelp til medisinbehandling, som i dette tilfellet er definert som nødvendig helsehjelp.

Foreldrene synes at både skolens IOP og den praktiske oppfølgingen fra kommunens helsetjeneste fungerer godt for Martin.

2.13 Felles temaer for barn og unge i opplæring

I dette punktet behandles felles spørsmål for grunnskoleopplæring og videregående opplæring.

2.13.1 Når regnes et tiltak som opplæring og når er det helsehjelp?

En del tiltak til barn og unge med habiliteringsbehov krever tett samarbeid mellom helse- og omsorgssektor og utdanningssektor det fremgår blant annet av eksemplene i dette kapittelet.

2.13.1.1 Her kan du lese om når et tiltak regnes som opplæring og når det er helsehjelp. Opplæring

Når barnet begynner på skolen, vil alle tiltak som faller inn under opplæringslovens virkeområde regnes som opplæring.

Alle elever i grunnskolen og videregående opplæring har rett til et godt fysisk og psykososialt miljø som fremmer helse, trivsel og læring. Opplæringen (ordinær opplæring og /eller spesialundervisning) skal også legges til rette for elever med nedsatt funksjonsevne. Skolen skal innredes slik at det blir tatt hensyn til elever med nedsatt funksjonsevne og ved at arbeidsplassene skal tilpasses deres behov. Tilpasninger og hjelp må i noen tilfeller regnes som en del av opplæringen.

Når tiltaket ikke faller inn under opplæringslovens virkeområde, kan det være andre kommunale tjenester som er ansvarlig for tiltaket.

PP-tjenesten utreder elevens behov for spesialundervisning. Elever som ikke får eller kan få et tilfredsstillende utbytte av opplæringen har rett til spesialundervisning. PP-tjenesten har en særlig kompetanse til å vurdere hvilke pedagogiske tiltak som er nødvendig for at eleven skal få et forsvarlig utbytte av opplæringen. PP-tjenestens anbefaling vil være veiledende for kommunen/fylkeskommunen i vurderingen av om et konkret tiltak skal regnes som opplæring eller behandling. Dersom PP-tjenesten ikke har fagkompetanse i en sak, må tjenesten hente inn utredninger fra andre. Dette kan være utredninger fra blant annet Statped, barne- og ungdomspsykiatrien, medisinske institusjoner eller fra annen aktuell tjeneste.

Det daværende Kirke-, undervisnings- og forskningsdepartementet har i et brev av 22.01 2001 forsøkt å konkretisere hva som skal til for at et tiltak skal regnes som opplæring:

- 1 Aktiviteten må stå under skolens ledelse og ansvar. Det må være en tilsatt lærer som står for aktiviteten som oppfyller vilkårene i opplæringslovens kapittel 10, jf. forskrift til opplæringsloven kapittel 14 (om kompetanse).
- 2 Aktiviteten skjer innenfor rammen av det sentralt fastsatte undervisningstimetallet (eventuelt utvidet lokalt fastsatt timetall).
- 3 Aktiviteten må ha et pedagogisk siktemål som er innrettet på å oppnå de målene som fremgår av lovens formålsparagraf.
- 4 Aktiviteten må innebære en oppfyllelse av det sentralt fastsatte læreplanverket for grunnskolen, eller innebære en oppfyllelse av en IOP som er fastsatt i henhold til § 5-5.

Dersom tiltaket er definert som opplæring, er det kommunen eller fylkeskommunen som skoleeier som har ansvar for tiltaket.

2.13.1.2 Helsehjelp

Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som utføres av helsepersonell eller dennes medhjelper.

Alle barn og unge har rett til helsehjelp i den kommunen de oppholder seg i. Dette gjelder altså for elever som får opplæring i en annen kommune enn bostedskommunen. Skolehelsetjenesten har plikt til å gi helsefremmende og forebyggende hjelp til alle elevene i skoletiden, uavhengig av om skolen ligger i den kommunen de er bosatt i eller ikke.

Helsehjelp på skolen kan dreie seg om tilrettelegging med hjelpemidler som er nødvendig for elevens funksjon i en undervisningssituasjon, eksempelvis når det søkes om forflytningshjelpemidler, og tilpasning av disse. Veiledning fra ambulante tjenester til skolens personale, ofte med eleven til stede, er et annet eksempel. Dette kan dreie seg om forebyggende tiltak for elever med utviklingsforstyrrelser. Elever med nedsatt lungefunksjon og immunforsvar kan ha bruk for hostemaskin (cough-assistent) på skolen for å forebygge lungebetennelse og innleggelse i sykehus. Dette utføres av helsepersonell. En fysioterapeut kan i samarbeid med skolens ansatte planlegge tilrettelagte gym-timer for elever med nedsatt funksjonsevne. Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) kan, etter samtykke fra eleven og foreldrene, samarbeide med PP-tjenesten og skolen om psykososiale tiltak eller individuell tilpassing av opplæringen.

Opplæringsloven §§ 1-1, 2-2, 3-4, kap. 5, kap. 9a, kap. 10 og kap. 13.

Pasientrettighetsloven § 1-3

Helsepersonelloven § 3 tredje ledd

2.13.2 Planlegging av helsehjelp i skoletiden

Elever har rett til et bestemt antall timer i de ulike fagene i samsvar med fag- og timefordelingen. Dette gjelder også for elever som har enkeltvedtak om spesialundervisning. Det er derfor viktig at helse- og omsorgssektoren tar hensyn til dette når de planlegger helsehjelp til eleven. Dersom nødvendig helsehjelp ikke kan legges utenfor skoletiden, bør behandlingen legges til ulike tidspunkter slik at eleven ikke går glipp av de samme fagene ved hver behandling. Dersom eleven har stort fravær, vil dette kunne føre til at læreren ikke får et tilstrekkelig grunnlag for å gi halvårsvurdering med karakter eller standpunktkarakter i faget.

Dersom en elev ikke møter til timene, regnes dette som fravær. Det gjelder uavhengig av hva som er årsaken. Fra og med 8. trinn vil fraværet føres på vitnemålet. Elever som har dokumentasjon (legeerklæring) for at fraværet skyldes helsemessige årsaker, kan kreve at fravær inntil 10 skoledager i et skoleår ikke føres på vitnemålet. Dette gjelder hele dager, ikke timefravær. Når elevene har lagt fram dokumentasjon på årsaken til fraværet, kan eleven eller foreldrene kreve at årsaken til fraværet blir ført på et vedlegg til vitnemålet.

Tilpasninger og hjelp til elever med særskilte behov, for eksempel ADL-trening, mobilitet eller bevegelsestrening, vil i noen tilfeller regnes om en del av opplæringen. Foreligger det enkeltvedtak om spesialundervisning, kan det fremgå av enkeltvedtaket hvilken hjelp og støtte eleven skal ha for at han eller hun skal få et forsvarlig utbytte av opplæringen. Den individuelle

opplæringsplanen må utformes innenfor rammene som enkeltvedtaket om spesialundervisning trekker opp. Helsepersonell bør i slike tilfeller bidra til utformingen av mål og tiltak i den individuelle opplæringsplanen. Spesialisthelsetjenesten kan også veilede personalet på skolen når barn og unge har omfattende habiliteringsbehov.

Forskrift til opplæringsloven §§ 1-1, 1-3, 3-3, 3-41 og 3-47

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 14

2.13.3 Assistenter

Personer som ikke er ansatt i en undervisningsstilling kan hjelpe til i opplæringen dersom de får nødvendig veiledning. Dette gjelder både i ordinær opplæring og i spesialundervisning.

Personalet som er ansatt for å hjelpe til i opplæringen, kan ikke ha selvstendig ansvar for opplæringen, verken ordinær opplæring eller spesialundervisning. Skolen kan derfor ikke benytte en assistent som lærer. Dette er en følge av at det er fastsatt egne krav til kompetanse for å kunne ha ansvaret for opplæringen.

Bruk av assistent kan være en del av tilpasningen skolen gjør for å legge til rette for at retten og plikten til opplæringen skal kunne oppfylles. Det følger av retten og plikten til grunnskoleopplæring og retten til videregående opplæring at elever som har behov for det, får nødvendig bistand for at retten og plikten skal bli reell.

Barn med habiliteringsbehov vil ofte ha et enkeltvedtak om spesialundervisning. Da vil behovet for assistent være omfattet av vedtaket om spesialundervisning. Det skal fremkomme uttrykkelig av enkeltvedtaket om tilbudet omfatter assistent. Det må være foretatt en konkret vurdering av bruk av assistent, og om omfang av timer med assistent gir et forsvarlig opplæringstilbud.

Retten til brukerstyrt assistent (BPA) gjelder for personer under 67 år med langvarige og store behov for personlig assistanse. Retten omfatter også avlastningstiltak for personer med foreldreansvar for barn under 18 år med nedsatt funksjonsevne.

Kommunen har en plikt til å ha tilbud om BPA, men kommunen avgjør hvilke tjenester som skal tilbys den enkelte bruker, og om de skal gis i form av BPA. Kommunen skal rådføre seg med brukeren og legge stor vekt på brukerens synspunkter. Les mer om BPA i kapittel 3.3.2.

Både en assistent som er ansatt av skolen og en BPA kan ha oppfølgingsoppgaver mens eleven er på skolen. BPA er brukerstyrt og kan brukes på den arenaen bruker ønsker det. Kommunen bevilger et antall timer til BPA.

Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 og 3-8

Pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1 d og 3-1

Opplæringsloven kapittel 5 og § 10-11

2.13.4 Individuell plan og individuell opplæringsplan

Barn og unge som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan, ofte forkortet IP. Planen skal bidra til et helhetlig, koordinert og tilpasset tjenestetilbud på tvers av fag, nivåer og sektorer.

Skolen skal delta i samarbeidet om utarbeidelse og oppfølging av tiltak av individuell plan når det er nødvendig for å ivareta elevens behov for et koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Skolen har ikke plikt til å lede eller koordinere. Bestemmelsen er imidlertid ikke til hinder for at også ansatte i skolen har rollen som koordinator.

For elever som har fått innvilget enkeltvedtak om spesialundervisning skal det utarbeides en individuell opplæringsplan (IOP). Den individuelle opplæringsplanen bygger på det som er fastsatt i enkeltvedtaket og er et arbeidsverktøy for lærerne og skolen.

En IOP kan være en del av en elevs individuelle plan, men en individuell plan kan ikke erstatte en IOP og motsatt.

2.13.5 Hjelpe- og læremidler på skolen

Alle elever har rett til en arbeidsplass som er tilpasset behovene deres. Skolen skal innredes slik at den tar hensyn til elever ved skolen som har nedsatt funksjonsevne. Dersom det er nødvendig med bygningsmessige endringer på skolen, er dette skolens og skoleeiers ansvar. Det kan for eksempel være fastmonterte teleslynger, kontrastfarger, ramper, heiser og vasker som kan heves og senkes.

Elevene har rett å ha tilgang til nødvendig utstyr, inventar og læremidler.

Skoleeier har ansvaret for å stille til rådighet de hjelpemidlene og det utstyret som er nødvendig for at elevene skal få et forsvarlig utbytte av opplæringen. Det må skilles mellom pedagogiske hjelpemidler som skoleeier har ansvaret for, og tekniske hjelpemidler som NAV Hjelpemiddelsentral kan være ansvarlig for.

Skoleeier vil uansett ha et restansvar når NAV ikke dekker hjelpemiddelet, og det er nødvendig for at eleven skal få forsvarlig utbytte av opplæringen. Det er skolen som har ansvar for pedagogiske hjelpemidler, læremidler og programvare som brukes i et tilpasset pedagogisk opplegg.

Rett til spesialundervisning omfatter også utstyr som er nødvendig for å gjennomføre spesialundervisningen og for at eleven skal få forsvarlig utbytte av opplæringen.

Opplæringsloven §§ 9a-2 og 9-3

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 9

2.13.6 Opplæring i helseinstitusjoner

Barn og unge som er innlagt i helseinstitusjon eller annen institusjon, har rett til opplæring og skal i utgangspunktet følge et ordinært opplæringstilbud. Pasienten beholder sine rettigheter etter opplæringsloven med forskrifter mens de er i institusjonen. Pasienter i institusjon har krav på opplæring i samsvar med Læreplanverket for Kunnskapsløftet, dette omfatter fag- og timefordelingen og læreplanene for fag.

Retten til opplæring gjelder først og fremst heldøgns pasienter, men kan også omfatte dagpasienter og polikliniske pasienter. Det må foretas en konkret vurdering i det enkelte tilfelle om behovet for opplæring. Dette vil kunne gjelde når pasientens tilknytning til institusjonen kan likestilles med det å være heldøgns pasient fordi pasienten av helsemessige årsaker ikke kan

motta opplæring innenfor det ordinære tilbudet. Dette kan f.eks. gjelde barn eller unge som regelmessig må reise til en helseinstitusjon for behandling, selv om oppholdet er kortvarig.

Det er fylkeskommunen der institusjonen ligger som har ansvaret for å oppfylle retten til opplæring, både grunnskoleopplæring og videregående opplæring. Det er viktig at fylkeskommunene utarbeider en plan for opplæringen i samarbeid med hjemskolen. På denne måten får eleven kontinuitet i opplæringen under innleggelsen. Hjemskolen skal ikke føre fravær for opplæring som gis i helseinstitusjoner.

Opplæringsloven § 13-3a
Pasient- og brukerrettighetsloven § 6-4
Spesialisthelsetjenesteloven § 3-6

Rundskriv Udir-6-2014: Rett til opplæring i barnevern- og helseinstitusjon, og i hjemmet ved langvarig sykdom

2.13.7 Opphold på trenings- eller habiliteringsinstitusjon

Innen habilitering i spesialisthelsetjenesten kan det være aktuelt å tilby treningsopphold i offentlig institusjon eller i privat institusjon som har driftsavtale med regionalt helseforetak. Slik trening skal være målrettet og bidra til utvikling av barnet, både motorisk, sosialt og mentalt. Trenings- og aktivitetstilbud innenfor barnehabiliteringstjenesten forutsettes gitt i tidsavgrensede perioder. Treningsperiodene danner grunnlag for tilrettelegging av det videre trenings- eller aktivitetstilbudet i barnets eller ungdommens hverdag. Institusjonene kan gi veiledning etter behov til helse- og omsorgstjenesten i kommunen, til barnehagen eller skolen.

En elev som har opphold på en trenings- eller habiliteringsinstitusjon, har rett til opplæring og beholder sine rettigheter etter opplæringsloven mens han eller hun er i institusjon.

Barn og unge har vanligvis med seg foreldre under opphold i slike institusjoner. Ansatte i kommunen kan også få tilbud om å delta. Treningen omfatter ofte motorikk, spising, ASK (alternativ og supplerende kommunikasjon) og mestringsgrupper hvor målsetningen kan være læring om egen funksjonsnedsettelse, mestring, selvstendighet og forberedelse til ungdom og voksenliv.

Dersom det er nødvendig med langvarige eller hyppig gjentagende innleggelse i spesialisthelsetjenesten, må helse- og omsorgssektor samarbeide med utdanningssektor om planlegging og oppfølging.

Opplæringsloven § 13-3a
Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator §§ 13 c og 14 d

Veilederen Spesialundervisning, Utdanningsdirektoratet
www.udir.no/tidliginnsats

3 INFORMASJON OM TILBUD I HELSE- OG OMSORGSSEKTOREN

Dette kapittelet inneholder informasjon om tilbud i helse- og omsorgssektoren og er primært skrevet for ansatte i utdanningssektoren. Brukere og pårørende vil også kunne ha nytte av det.

3.1 Om habilitering

Habilitering omfatter flere tiltak som inngår i planlagte og avgrensede prosesser med definerte mål. Et habiliteringsbehov kan for noen vare livet ut, men det vil variere hvilke tiltak som er aktuelle til enhver tid. Varigheten må tilpasses behovet. I perioder hvor det skjer mye, både relatert til helsetilstand og livsfase, kan det være nyttig med korte prosesser for å sikre hyppige evalueringer og justering av mål. I mer stabile perioder kan prosessene gå over lengre tid. Individuell tilpasning gjennom livsløpet er sentralt for å oppnå best mulig måloppnåelse.

Habiliteringsprosesser forutsetter at alle involverte aktører, uavhengig av hvilken instans de representerer, samarbeider for å gi sine tjenester på en samordnet måte. Habilitering er kjennetegnet ved tverrfaglighet, og tverrfaglig utredning er en selvfølge. Barnet kartlegges bredt, og medisinsk diagnose er bare en liten del av utredningen hvor oppmerksomheten er rettet mot funksjon.

Helse- og omsorgstjenesteloven angir rammene for kommunenes ansvar. Innenfor rammene av dette sørge-for-ansvaret skal de gi et forsvarlig, helhetlig og koordinert tilbud. Spesialisthelsetjenesten har tilsvarende sørge-for-ansvar for å yte nødvendige spesialisthelsetjenester, i og utenfor institusjon. Regelverket gir kommunene og spesialisthelsetjenesten frihet til å organisere tjenestetilbudet ut fra lokale forutsetninger og behov.

Kommuner og helseforetak skal avklare ansvar og oppgaver seg imellom gjennom de lovpålagte samarbeidsavtalene. Så langt det er mulig, og innenfor rammen av faglig forsvarlighet, skal tjenestene tilbys i kommunene.

Avklaring av ansvar og oppgaver kan ikke avgrenses til et spørsmål om «enten eller». En stor del pasienter og brukere som mottar de fleste tjenestene fra kommunen, har i tillegg behov for samtidig tilbud fra spesialisthelsetjenesten. Dette kan gjelde både utredninger, behandlingstiltak og intensive treningstilbud med høy grad av spesialisert kompetanse. Tilbudene kan enten gis som opphold, poliklinisk tilbud eller gjennom ambulante tjenester. I noen tilfeller er behovet for spesialisthelsetjenester avgrenset til tidlig fase. Andre trenger vekselvis tilbud fra begge nivåer gjennom lengre forløp. Helseforetakets ansvar for å yte nødvendige spesialisthelsetjenester opphører ikke i alle tilfeller ved utskrivning.

Grensen for hva som er kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvar kan være vanskelig å trekke. Selv om det er gitt rammer for ansvaret på avtalenivå, er det likevel nødvendig med avklaringssamtaler for å sikre gode forløp rundt den enkelte pasient. Ved tvil om ansvarsforhold i enkeltsaker, må ikke dette medføre at vedkommende ikke får nødvendig bistand. Tjenesteyterne må alltid sikre at egen tjenesteyting står i sammenheng med annet tjenestetilbud i tiltakskjeden.

Habiliteringstiltak skal være tilpasset brukerens behov og tilrettelagt for dennes forutsetninger og muligheter.

Habilitering innebærer bistand til å oppøve nye funksjoner og ferdigheter som vedkommende i utgangspunktet ikke har hatt. Det har som mål å utvikle funksjonsevnen, eller mestringsevnen, med sikte på størst mulig grad av selvstendighet, deltakelse og livskvalitet. Habilitering omfatter også nødvendig tilrettelegging av miljøbetingelser rundt barnet og familien. Forebyggende tiltak for å bevare eksisterende funksjoner og bremse utvikling av funksjonstap er sentralt.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 og kapittel 6

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator kapittel 3 og 4

Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet, IS-1947, Helsedirektoratet

Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator, Helsedirektoratet

3.2 Barn og unge med habiliteringsbehov

Barn og unge med behov for habilitering er en sammensatt og mangfoldig gruppe. De kan ha svært ulike medisinske tilstander eller kroniske sykdommer. Felles for deres tilstand er at den påvirker deres funksjonsnivå, læringsevne og livskvalitet i en slik grad at de har behov for tverrfaglig og tverrsektoriell bistand med ulik grad av spesialisering både fra helse- og omsorgstjenesten i kommunen og fra spesialisthelsetjenesten. Medisinsk og eventuelt fysikalske behandling relatert til somatisk eller psykisk sykdom og atferdsproblematikk vil kunne være elementer i en habiliteringsprosess. Behov for habilitering vil i stor grad også ha konsekvenser for barnets og den unges øvrige familie. Tjenestene som tilbys må derfor også ha oppmerksomhet mot familiens fungering og deltakelse i samfunnet.

De fleste barn som trenger habilitering, har en diagnose med ulike symptomer. Diagnosen sier vanligvis lite om dens konsekvenser for barnets funksjonsnivå og evne til selvstendighet og deltakelse, som er det helt sentrale spørsmålet i habilitering. Arbeidet må dermed baseres på flere kriterier enn de diagnostiske.

To mennesker med samme diagnose kan ha helt ulik funksjonsnedsettelse. For eksempel kan to barn som begge har diagnosen cerebral parese ha ulike funksjonssvikt, og utviklingen over tid vil også variere.

Barnets vekst og modning krever fortløpende tilpasning av omgivelsene og eventuelle hjelpemidler for å minimere konsekvensene av funksjonsnedsettelsen. I tilfeller hvor barnets

utvikling stagnerer, vil arbeidet med familiens endrede forventninger også være viktig. Gjennom hele livsløpet må endring av behov fanges opp gjennom kontinuerlig tverrfaglig kartlegging.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 punkt 5

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 punkt 1

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 3

3.3 Kommunale helse- og omsorgstjenester

Habiliteringstjenestene i kommunene er viktige for at hverdagen til barn, unge og deres familier skal fungere. Hvorvidt tjenestene er organisert samordnet under én virksomhet som omtales som habiliteringstjenester, varierer. Uavhengig av organisering vil et bredt spekter av kommunale tjenester være sentrale elementer i habiliteringsforløpet.

Fysioterapi, ergoterapi, logopedi, hjemmesykepleie, avlastningstiltak, støttekontakt, brukerstyrt personlig assistanse (BPA), barneboliger og treningsboliger er eksempler på tjenester som kan være nødvendige for brukergruppen. Kommunene har ansvaret for utbygging, utforming og organisering av et forsvarlig tjenestetilbud i samsvar med den enkeltes behov. Et forsvarlig tjenestetilbud innebærer at brukermidvirkningen er optimal og tilpasset den enkeltes forutsetninger, og at hjelpen gis med god faglig kunnskap, innsikt og forståelse for den enkeltes situasjon. Flere elementer, blant annet organisering, saksbehandling og samarbeid ved tjenesteytingen inngår også i vurderingen av hvorvidt et tilbud er forsvarlig.

Fastlegen har ansvaret for den medisinskfaglige koordineringen for pasientene på sin liste og har dermed en sentral rolle i en habiliteringsprosess. Fastlegen henviser til og samarbeider med andre helse- og omsorgstjenester og tjenester fra arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) når det for eksempel gjelder økonomiske ytelser.

Kommunen har ansvar for at tjenester og tiltak blir koordinert ved å tilby en koordinator for pasienter og brukere med langvarige og sammensatte behov. Dersom familien eller bruker ønsker det, kan det utarbeides en individuell plan.

I tråd med samhandlingsreformen er lærings- og mestringstilbud under oppbygging i kommunene.

Fylkeskommunen har ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten og skal gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til barn og ungdom fra 0–18 år (gratis) og 19–20 år (75 % prismoderasjon).

Å ta hånd om tannhelsen til barn og unge med habiliteringsbehov krever samhandling med annet fagpersonell som har kompetanse på medisinske, sosiale og pedagogiske forhold rundt barnet.

Det er viktig at tannhelsetjenesten kommer inn så tidlig som mulig for å avdekke munnrelaterte problemer og for å sette i verk forebyggende tiltak.

Spesialist i pedodonti, også kalt barnetannlege, har kompetanse til å behandle barn med særlige behov. De fleste er ansatt ved regionale odontologiske kompetansesentre eller universitet.

TAKO-senteret er en landsdekkende kompetansetjeneste for oral helse ved sjeldne diagnoser. Se punkt 3.4.4.3.

Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 3
Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2
Tannhelsetjenesteloven § 1-3
Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 5 og kapittel 7
Fastlegeforskriften §§ 10 og 19

Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator, Helsedirektoratet
Veileder om god klinisk praksis i tannhelsetjenesten, IS-1589, Helsedirektoratet

3.3.1 Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunene

Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Koordinerende enhet skal bidra til helhetlige tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Enheten skal ha overordnet ansvar for individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Koordinerende enhet skal være et sted å henvende seg til, et kontaktpunkt for eksterne og interne samarbeidspartnere og en pådriver for kartlegging, planlegging og utvikling av habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten generelt. Koordineringsfunksjonen skal være tydelig plassert og lett tilgjengelig både for tjenestemottakere og for samarbeidspartnere. Enhetene har en viktig rolle i å etablere og eventuelt formalisere samarbeidet med andre sektorer. De er også et kontaktpunkt for samhandlingen med spesialisthelsetjenesten. Som ledd i det overordnede ansvaret for individuell plan bør de utvikle enhetlige rutiner for samarbeid og kompetanseutveksling på tvers av nivåer og sektorer.

Et krav om individuell plan kan fremmes både skriftlig og muntlig. Kommunen og helseforetaket må i alle tilfeller dokumentere henvendelse om individuell plan for å kvalitetssikre sin saksbehandling. Dette er særlig viktig dersom kravet avslås.

Avslag på individuell plan kan påklages til Fylkesmannen. Helse- og omsorgspersonell skal gi veiledning om retten til å klage, og ved behov bistå i utforming av klage. Tjenesten bør imidlertid hjelpe til med å fylle ut skjemaer og utarbeide klager og andre dokumenter når det synes å være behov for slik hjelp.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 7-3
Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator kapittel 3
Pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2
Forvaltningslovforskriften § 3

3.3.2 Fysioterapeut og ergoterapeut

Både fysioterapeut og ergoterapeut er viktige samarbeidspartnere for tilrettelegging av aktivitet i skolen, veiledning av personalet, elever og foreldre. Fysioterapeuten kan samarbeide med kroppsøvlingslæreren og lage forslag til treningsøkter i kroppsøvingen i grupper eller individuelt. Individuelle aktiviteter må være innenfor rammene av elevens enkeltvedtak om spesialundervisning og den individuelle opplæringsplanen.

Fysioterapeut og ergoterapeut samarbeider om utprøving og tilpasning av tekniske og ortopediske hjelpemidler i skolen.

3.3.3 Brukerstyrt personlig assistanse

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) innebærer en annen måte å organisere personlig assistanse på, i form av praktisk bistand og opplæring i praktisk bistand. Også andre tjenester kan inngå i en BPA-ordning dersom det kan gjøres forsvarlig og kommunen vurderer det som hensiktsmessig. Ordningen gir brukeren større innflytelse på organisering og styring av tjenestene.

Personer under 67 år med stort og langvarig behov for personlig assistanse kan ha rett til å få denne organisert som BPA. Rettigheten omfatter også avlastning til personer med foreldreansvar for hjemmeboende barn med nedsatt funksjonsevne. Kommunen skal ha tilbud om brukerstyrt personlig assistanse (BPA) også til personer som ikke omfattes av rettigheten.

Brukerstyrt personlig assistanse skal, som for de øvrige tjenestene som inngår i kommunens ansvar, tildeles på bakgrunn av en vurdering av om brukeren har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester. Tildeling av BPA følger forvaltningslovens saksbehandlingsregler. Det må søkes om tjenesten, og kommunen skal fatte enkeltvedtak. Vedtaket skal inneholde opplysninger om søknaden innvilges helt eller delvis. Hvis søknaden avslås, skal det opplyses om klageadgang, klagefrist og hvor klage kan sendes.

For personlig assistanse i form av praktisk bistand og opplæring kan kommunen ta egenbetaling etter nærmere fastsatte satser. Hvis det gis bistand til personlig stell og pleie, kan det likevel ikke kreves egenbetaling for dette.

Brukeren skal så langt det er mulig medvirke ved ansettelse av assistenter, og innenfor rammene av vedtaket og regelverket bestemmer brukeren hva assistentene skal bistå med og når de skal gjøre det. Kommunen plikter å gi opplæring i rollen som arbeidsleder. Assistentene kan være ansatt i kommunen, i et andelslag eller av brukeren selv. Det er kommunen som bestemmer hvor assistentene skal være ansatt. Organiseringen av tjenesten kan derfor variere noe fra kommune til kommune.

Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 2-2, 3-1, 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b og 3-8
Pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1a, 2-1d og 2-7 andre ledd
Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester, kapittel 2 §§ 8-10

Håndbok om helse- og omsorgstjenester i kommunen, IS-1579, Helsedirektoratet
Barn og unge med nedsatt funksjonsevne – hvilke rettigheter har familien? IS-1298, Helsedirektoratet
Rundskriv I-20/2000 Brukerstyrt personlig assistanse
Rundskriv I-15/2005 Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) – utvidelse av målgruppen
Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) – utvidelse av målgruppen
Brukerstyrt personlig assistanse 1-20/2000 og 1-15/2005

3.3.4 Støttekontakt

Støttekontakt er en person som får godtgjørelse fra kommunen for å hjelpe et annet menneske, slik at han eller hun kan ha et sosialt liv og en meningsfull fritid. Aktiviteter kan være å komme på besøk hjemme, bli med på kafé, kino, konserter, idrettstilstelninger eller andre sosiale aktiviteter.

Kommunene organiserer sin støttekontakttjeneste på ulike måter, og ordningen blir kalt fritidskontakt, treningskontakt eller tilrettelegger. Tjenesten kan gis individuelt eller i grupper. Det er ingen hindringer for at en bekjent kan være støttekontakt, og det er opp til kommunen å godkjenne hvem som skal ha denne funksjonen. Brukeren dekker egne utgifter ved fritidsaktivitetene, og ordningen er fritatt for egenandel. Kommunen dekker støttekontaktens utgifter ved aktivitetene. De som ønsker å få en støttekontakt, må søke hjemkommunene om dette.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 punkt 6

3.3.5 Avlastningstiltak

Avlastning er et tilbud til den som gir omfattende omsorg til en person med stort omsorgsbehov. Formålet er å avlaste den som gir omsorg. Avlastning kan gis som noen timer enkelte dager eller som et lengre, døgnbasert avlastningstiltak. Det skal i størst mulig grad organiseres etter familiens ønsker. Det må søkes om avlastningstiltak, og kommunene vurderer omfang og innhold og fatter vedtak.

Når barn har svært alvorlige funksjonsnedsettelse eller av andre årsaker har et omfattende omsorgs- eller oppfølgingsbehov, kan det være behov for et bo- og omsorgstiltak. Dersom barnet må ha egen fast bolig, er det aktuelt med barnebolig. Gjelder det avlastningstiltak i en bolig som kommunen regelmessig benytter til slikt formål, kalles dette en avlastningsbolig.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 punkt 6
Forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon § 1

3.3.6 Omsorgslønn

Omsorgslønn kan gis til foreldre som har særlig tyngende omsorgsarbeid for barn med nedsatt funksjonsevne. Ytelsen er ikke økonomisk behovsprøvd og er ikke en reel kompensasjon for tapt arbeidsfortjeneste. Omsorgsarbeidet må foregå i eget hjem. Ordningen er ment for blant annet å styrke barnets muligheter for å bli boende hjemme.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6

Rundskriv om omsorgslønn, I-42/98
Barn og unge med nedsatt funksjonsevne – hvilke rettigheter har familien? IS-1298,
Helsedirektoratet

3.3.7 Lærings- og mestringstilbud

Lærings- og mestringstilbud har som formål at pasienter, brukere og pårørende skal få informasjon, kunnskap og bistand til å håndtere sykdom og helseforandringer. Det kan også ha som mål å forebygge eller hindre utvikling av sykdom og funksjonsnedsettelse samt å støtte endring av levevaner for å fremme fysisk og psykisk helse. Det overordnede målet er å bidra til best mulig livskvalitet. Læring og mestring er sentralt innen habilitering og rehabilitering.

Helseforetak og kommuner har ansvar for tiltak som bidrar til læring og økt mestring. I formålet til helse- og omsorgstjenesteloven er ett av punktene særlig å «forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne». Helsefremmende og forebyggende arbeid, herunder opplysning, råd og veiledning, er regulert i loven. Opplæring er også spesifikt nevnt i loven. Samarbeid for å sikre helhetlige forløp, herunder habilitering og rehabilitering og læring og mestring skal også beskrives i de lovpålagte samarbeidsavtalene.

Kommunene organiserer pasient- og pårørendeopplæring på ulike måter. Det kan være som felles frisklivs- og mestringstjeneste, egne lærings- og mestringssentre eller i regi av ulike kommunale tjenester. Både frisklivssentraler og andre tjenester samarbeider med lærings- og mestringssentrene i helseforetakene. Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering må ha oversikt over kommunens og helseforetakets lærings- og mestringstilbud.

Tilrettelegging av strukturerte og systematiske opplæringstilbud skal, så langt det er mulig og innenfor rammen av faglig forsvarlighet, gis i kommunen. For personer med sjeldnere og mer spesialiserte tilstander, bør opplæring og likemannsarbeid forankres i spesialisthelsetjenesten i tråd med vanlige prinsipper for arbeidsdeling mellom nivåene. Det må sikres at tiltak som er startet opp i spesialisthelsetjenesten følges opp i kommunen. Det vises i den forbindelse til spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt.

Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 1-1, 3-2, 3-3 og 6-2

<http://mestring.no/laerings-og-mestringstjenester/laering-og-mestringstjenester-i-kommunene/>
Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator, Helsedirektoratet

3.4 Spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten skal sørge for nødvendig undersøkelse og utredning av pasienter og brukere med behov for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

Habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten utgjør de tjenester som det regionale helseforetaket plikter å sørge for å tilby befolkningen. Habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten er en samlebetegnelse på den type habiliterings- og rehabiliteringstjenester som krever en slik grad av spesialisering, intensiv intervensjon og tverrfaglig bredde at det ikke er forsvarlig å legge dem inn under det kommunale ansvaret.

Ansvars- og oppgavefordeling innenfor de rammene som er gitt nasjonalt, må avklares i dialog mellom helseforetak og kommuner. Utgangspunktet bør være hvilke oppgaver nivåene er best

egnet til å løse. Dette skal nedfelles i de lovpålagte samarbeidsavtalene. Kommuner og helseforetak skal avklare ansvar og oppgaver seg imellom gjennom disse samarbeidsavtalene.

Det er to veier inn i spesialisthelsetjenesten, enten som øyeblikkelig hjelp eller etter henvisning fra fastlege. Når spesialisthelsetjenesten mottar en henvisning, skal tjenesten vurdere om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp. Dersom en pasient har rett til slik hjelp, skal det settes en frist for når spesialisthelsetjenesten senest må yte helsehjelp. Vurderingen skal gjøres innen 10 virkedager.

Pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1 b første ledd, andre ledd og 2.2 femte ledd
Prioriteringsforskriften § 4a
Spesialisthelsetjenesteloven § 3-1
Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1
Forskrift om habilitering og rehabilitering. Individuell plan og koordinator § 13

[Habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten – Prioriteringsveileder](#), IS-1820, Helsedirektoratet

3.4.1 Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt

Plikten til å gi veiledning etter spesialisthelsetjenesteloven gjelder helsemessige forhold som er påkrevet for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift. Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt skal blant annet understøtte kommunene i å sikre nødvendig faglig kompetanse og kapasitet slik at helsehjelpen kan utføres forsvarlig. Veiledningsplikten gjelder råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold knyttet til enkeltpasienter eller brukere som kommunen har eller overtar tjenesteansvaret for. Råd og veiledning vil ofte foregå som ambulant virksomhet i tett samarbeid med helse- og omsorgstjenesten i kommunen og andre aktuelle samarbeidspartnere. Råd og veiledning skal gis av helsepersonell, men andre ansatte enn helsepersonell kan ha veiledningsplikt etter forvaltningsloven.

Spesialisthelsetjenesten skal bistå kommunenes helse- og omsorgstjeneste ved behov for bruk av tvang eller makt, se kapittel 3.8.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-9
Spesialisthelsetjenesteloven § 6-3
Forvaltningsloven § 11
Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 14

Rundskriv 1 – 3/2013 Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten, Helse- og omsorgsdepartementet

3.4.2 Habiliteringstjenesten

Habiliteringstjenesten for barn og unge (HABU) og habiliteringstjenesten for voksne over 18 år (HAVO) er tilknyttet helseforetakene og skal yte tjenester som krever særskilt kompetanse. Habiliteringstjenesten for barn og unge har ansvar for å gi tverrfaglige spesialisthelsetjenester til barn og unge med nedsatt funksjonsevne. Tilbudet skal omfatte utredning, diagnostikk, nødvendig behandling og, ved behov, intensiv spesialisert trening. Et viktig aspekt er pasientopplæring som også skal omfatte pårørende, samt rådgivning og veiledning til kommunene. Habiliteringstjenesten for barn og unge finnes i alle fylker. Tjenesten har en tverrfaglig bemanning, og de største profesjonsgruppene er leger, spesialpedagoger, fysioterapeuter, sosionomer, vernepleiere og psykologer.

3.4.3 Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk

Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) gir tilbud i psykisk helsevern til barn og unge. Deres hovedoppgaver er å hjelpe barn fra 0–18 år, men der det er påbegynt behandling før 18 år kan tilbudet videreføres til fylte 23 år. Tilbudet gjelder også barnas familier og består av utredning, behandling, rådgivning og tilrettelegging knyttet til psykiske vansker, atferdsvansker og læringsvansker.

Barn- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk tar hånd om problemer som ikke kan løses i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, som fastlege, kommunepsykolog, helsesøster, hos utekontakten eller i barnevernet. Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk vektlegger samarbeid i tverrfaglige team. Sentrale fagpersoner er psykolog, barnepsykiater, familieterapeut, nevropsykolog, klinisk pedagog og klinisk sosionom. BUP samarbeider med foresatte og helse- og omsorgstjenester i kommunen. Med samtykke kan BUP også samarbeide med barnehager og skoler. Hos BUP kan man få hjelp med å takle det som gjør hverdagen vanskelig, for eksempel tristhet, angst, konsentrasjonsproblemer, atferdsvansker, ettervirkninger etter ubehagelige hendelser, søvnproblemer og psykiske lidelser av mer alvorlig karakter. Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk kan også hjelpe med vanskelige relasjoner, for eksempel til foreldre, søsken, venner eller lærere.

Lege eller leder for barneverntjenesten kan henvise til BUP.

Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge, IS-1570, Helse- og omsorgsdepartementet
Habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten, IS-1820, Helse- og omsorgsdepartementet
Habiliteringstjenesten for voksne i spesialisthelsetjenesten, IS-1739, Helse- og omsorgsdepartementet

3.4.4 Lærings- og mestringstjenester

Lærings- og mestringstjenestene legger til rette for at barn og unge som har langvarige helseutfordringer – og deres familier – utvikler kunnskap og innsikt om det å leve med helseutfordringer. Lærings- og mestringstilbudene er sykehusenes helsepedagogiske ressursmiljø. Hovedoppgaven er å strukturere og styrke det faglige arbeidet med pasient- og pårørendeopplæringen. Læringstilbudene utvikles i et samarbeid mellom fagpersoner og brukere som deler sine erfaringer og kunnskaper. Hovedaktiviteten ved Lærings- og mestringstilbudet er gruppebasert opplæring for pasienter og pårørende i alle aldre, og kan ofte være avgjørende for at habiliteringsarbeidet skal lykkes.

3.4.5 Aktuelle nasjonale kompetansetjenester

Nasjonale kompetansetjenester skal blant annet bygge opp og formidle kompetanse gjennom å overvåke og formidle behandlingsresultater, delta i forskning og etablering av forskernettverk. En viktig oppgave er også å sørge for veiledning, kunnskaps- og kompetansespredning til helse- og omsorgstjenesten, andre tjenesteytere og brukere. Flere av de nasjonale tjenestene gir også tilbud til fagpersoner i utdanningssektoren i form av informasjon, kurs og veiledning.

3.4.5.1 Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse

Denne tjenesten skal støtte opp under lærings- og mestringstjenester i både spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenesten ved å spre kompetanse om fagområdet læring og mestring ved langvarige helseutfordringer.

3.4.5.2 Nasjonal kompetansetjeneste for barn og unge med nedsatt funksjonsevne

For å styrke og løfte kunnskapsgrunnlaget om alle barn og unge med funksjonsnedsettelse ble Nasjonal kompetansetjeneste for barn og unge med funksjonsnedsettelse, «Aktiv ung», etablert i 2012. Å styrke habiliteringsfeltet gjennom tilpasset fysisk aktivitet i tett samarbeid med kommunene er en av hovedoppgavene. «Fritid for alle» er en annen satsning for å gi barn og unge med habiliteringsbehov tilrettelagte fritidsaktiviteter.

3.4.5.3 Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser

Nasjonale kompetansetjenester for sjeldne tilstander skal bistå personer med sjeldne tilstander, foreldre og tjenesteapparatet. De ulike sentrene har ansvar for ulike diagnoser. Sentrene skal være et supplement til det ordinære tjenesteapparatet. De skal ikke erstatte habiliteringstjenesten, men være en viktig samarbeidspartner for denne og kommunen.

3.4.5.4 Nasjonal kompetansetjeneste for habilitering av barn med spise- og ernæringsvansker

Nasjonalt kompetansetjeneste for barn med spise- og ernæringsvansker skal utvikle og formidle kompetanse om spise- og ernæringsvansker hos barn.

3.4.5.5 Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning

Kompetansemiljøets hovedoppgave er å utvikle det faglige grunnlaget for å skape gode levekår for utviklingshemmede, og hovedmålgruppen er kommunalt ansatte. Kompetansemiljøet skal bidra til at kommunalt ansatte kan dra nytte av erfaringer i andre kommuner og forskning og fagutvikling ved høyskoler og universitet.

3.4.5.6 Nasjonalt senter for hørsel og psykisk helse

Tjenesten skal gi psykisk utredning og behandling av kombinasjonen betydelig hørselstap og psykisk lidelse.

3.4.5.7 Nasjonal behandlingstjeneste for cochleaimplantat hos barn

Denne tjenesten gir cochleaimplantat til barn som er født døve eller får hørselstap i barnealderen der dette tapet ikke kan behandles med høreapparat.

3.4.5.8 Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde

Denne tjenesten omfatter personer med medfødt eller tidlig ervervet døvblindhet.

Kompetansetjenesten skal støtte opp om kommunale tjenester og andre spesialisthelsetjenester til døvblinde.

3.4.6 Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

Det skal være koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering ved alle helseforetak. Enheten i helseforetak skal ha generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstilbud i helseregionen. De skal ha oversikt over, og nødvendig kontakt med habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunene. I tillegg skal enheten ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Den koordinerende enheten skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Enheten er et sentralt kontaktpunkt for samhandlingen med koordinerende enheter i kommunene.

Helseforetakets koordinerende enhet har i utgangspunktet tilsvarende overordnet ansvar for individuell plan og koordinator som kommunene. Det overordnede ansvar for individuell plan og koordinator innebærer blant annet ansvar for å utvikle og kvalitetssikre rutiner for arbeidet med individuell plan. Disse rutineene bør utarbeides i samarbeid med koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunene. Gjennom dialog med avdelingene kan koordinerende enhet bidra til, og følge med på, at helseforetaket oppfyller sine plikter.

I og med at det er kommunen som skal sørge for utarbeidelse av individuell plan når pasient eller bruker har behov for tjenester, er det naturlig at oppgavene til helseforetaket blir noe annerledes. Koordinator i forbindelse med individuell plan vil som hovedregel oppnevnes i kommunen. Unntaket er dersom pasienten bare mottar spesialisthelsetjenester. Selv om det er kommunen som skal sørge for utarbeidelse av individuell plan når det er tjenester fra begge nivåer, må helseforetaket likevel tilby koordinator for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester i spesialisthelsetjenesten.

Lov om spesialisthelsetjenester § 2-5 b

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator §§ 11, 18 og 22

Perspektiver på god praksis, IS-0288, Helsedirektoratet

3.5 Både kommunen og spesialisthelsetjenesten skal tilby koordinator

Pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal tilbys koordinator, uavhengig av om de ønsker en individuell plan. For de som ønsker individuell plan, oppnevnes koordinator i forbindelse med igangsetting av planprosessen. Koordinator skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Den tjenesten som er mest involvert i brukerens tjenestetilbud, vil i de fleste tilfeller få ansvaret for å oppnevne en koordinator. Helsepersonell og annet personell som yter helsehjelp etter helse- og omsorgstjenesteloven, plikter å melde behov for koordinator til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. I så stor grad som mulig må tjenestemottakeren selv få innflytelse på valget av koordinator. Kommunen og helseforetaket har plikt til å tilby koordinator til pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, men pasient og bruker må samtykke til oppnevningen.

3.5.1 Koordinator i kommunen

Koordinator vil som hovedregel bli oppnevnt i kommunen. Dette følger av kommunens ansvar når det er behov for tjenester fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Kommunen skal tilby koordinator også for pasienter og brukere som takker nei til individuell plan. Oppgavene til koordinator vil i hovedsak være de samme som for koordinator i forbindelse med individuell plan.

Koordinator skal sørge for nødvendig oppfølging av tjenestemottakeren, sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan. Det innebærer å legge til rette for og medvirke til at pasient og bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Koordinator har en sentral rolle i å fremme pasient og brukers medvirkning.

Sentrale oppgaver for koordinator i kommunen

- sikre informert samtykke fra pasient og bruker – planprosess og informasjonsutveksling
- legge til rette for at pasient og bruker deltar i arbeidet
- sikre god informasjon og dialog med pasient og bruker, og eventuelt pårørende, gjennom hele prosessen
- sikre helhetlig kartlegging med utgangspunkt i pasient og brukers mål, ressurser og behov
- sikre god samhandling med relevante tjenesteytere og sektorer
- avklare ansvar og forventninger
- dersom bruker har individuell plan, sikre samordning av tjenestetilbudet og god fremdrift i arbeidet med individuell plan
- sikre felles fokus på målene i planprosessen når bruker har individuell plan
- initiere, innkalle og eventuelt lede møter knyttet til individuell plan
- følge opp, evaluere og oppdatere plandokumentet når bruker har individuell plan
- følge opp og evaluere arbeidsprosessen

3.5.2 Koordinator i spesialisthelsetjenesten

Barn og unge som har behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven, skal tilbys en koordinator. Komplekse tjenester innebærer at det er behov for tjenester fra flere behandlingsenheter, fra ulike avdelinger i en behandlingseenhet og fra flere profesjoner. Koordinatoren skal i følge spesialisthelsetjenesteloven sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient, sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsoppholdet og overfor andre tjenesteytere samt sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Koordinator i spesialisthelsetjenesten skal ivareta pasientenes behov for et kontinuerlig og helhetlig behandlingsforløp. Oppgavene innebærer både å sikre koordinering innad i spesialisthelsetjenesten knyttet til institusjonsopphold og å samhandle med kommunen og eventuelt andre eksterne tjenesteytere. Koordinator må dermed koordinere internt ved innleggelse, under oppholdet, eventuelt ved ambulante eller polikliniske tilbud og eksternt med de som skal følge opp etter utskrivning. Dersom behovet for kontinuitet og sammenheng i forløpet tilsier det, skal koordinator også følge opp personell utenfor institusjonen som har eller vil få et behandlings- eller oppfølgingsansvar overfor pasienten. Dette kan være fastlege, koordinator i kommunen, hjemmesykepleie eller spesialist i et annet helseforetak.

Det er koordinerende enhet ved det enkelte helseforetaket som har det overordnede ansvaret for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Det er imidlertid naturlig at oppnevning av koordinator skjer ved den avdelingen som har det daglige ansvaret for pasienten. Det samme gjelder formidling av behov for individuell plan og koordinator til kommunen.

Plikten til å tilby koordinator gjelder også private aktører som yter tjenester etter avtale med regionalt helseforetak.

Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet, IS-1947, Helsedirektoratet.

Rundskriv Q-21/2012 Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet

Rundskriv IS-5/ 2013 § 2-5 a, Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer, Helsedirektoratet

3.6 Individuell plan

Pasienter og brukere som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan, ofte forkortet IP. Planen skal bidra til et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. De instanser som har plikt til å utarbeide

individuell plan, har også plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere og sektorer. Utarbeidelse av individuell plan krever samtykke. Den individuelle planen gir ikke pasienten eller brukeren større rett til helse- og omsorgstjenester enn det som følger av det øvrige regelverket. Les mer om samtykke i kapittel 2.2.

Erfaringer viser at tjenestene oppleves som mer målrettede når individuell plan tas i bruk som et verktøy for koordinering og samarbeid mellom tjenesteytere og -brukere. Individuell plan er i tillegg et godt verktøy for å styrke brukermedvirkningen.

Skolen skal delta i samarbeid om utarbeidelsen og oppfølging av tiltak og mål i individuell plan, når det er nødvendig for å ivareta elevens behov for et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Barnehageloven har ikke en slik bestemmelse. Selv om medvirkning fra barnehagens side ikke er forankret i lov og forskrift, bør ikke dette være til hinder for å delta i samarbeid eller ta ansvar for oppgaver som er til barnets beste.

Hvis barnet eller ungdommen har vedtak om spesialundervisning og har en individuell opplæringsplan (IOP), kan den individuelle opplæringsplanen være en del av den individuelle planen. En individuell opplæringsplan kan ikke erstatte en individuell plan eller omvendt, men mål og tiltak i IOP bør samsvare med mål og tiltak i IP. Pasient eller bruker har rett til å delta i arbeidet med den individuelle planen, og det skal legges til rette for dette. Pårørende skal trekkes inn i arbeidet i den utstrekning brukeren og pårørende ønsker det.

Hvis et krav om individuell plan ikke imøtekommes, kan det klages til Fylkesmannen. Helse- og omsorgspersonell skal gi veiledning om retten til å klage.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5
Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 7
Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5
Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, kapittel 5

Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator, Helsedirektoratet
Perspektiver på god praksis, IS-0288, Helsedirektoratet
Veilederen Spesialundervisning, Utdanningsdirektoratet
www.udir.no/tidliginnsats
NOU 9/2011 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet

3.6.1 Ansvar for å utarbeide individuell plan

Kommunens helse- og omsorgstjeneste og helseforetak har plikt til å sørge for at individuell plan utarbeides for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester dersom vedkommende ønsker det.

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen har det overordnede ansvaret for individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene.

Dersom en pasient eller bruker har behov for tjenester fra både helseforetak og kommune, er det kommunen som har ansvar for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet

koordineres. Helseforetaket skal så snart som mulig varsle kommunens koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering når den ser at det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen. Spesialisthelsetjenesten skal i slike tilfeller medvirke i kommunenes arbeid med individuell plan.

Har pasienten eller brukeren behov for tjenester fra andre tjenesteytere eller sektorer, skal kommunens helse- og omsorgstjeneste og helseforetaket samarbeide med disse.

Det skal kun utarbeides én individuell plan som omfatter tjenester og tilbud fra alle sektorer og nivåer for hver enkelt pasient eller bruker. Med én plan menes et samordnet, overordnet dokument som er resultatet av en planprosess der utgangspunktet er pasient eller brukers mål og behov for tjenester.

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator §§ 18 og 19

Individuell plan er hjemlet i flere lover:

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5
Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1
Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5
Psykisk helsevernloven § 4-1
Helsepersonelloven §§ 4 og 38 a
Arbeids- og velferdsforvaltningsloven § 15
Sosialtjenesteloven § 28
Barnevernloven § 3-2a

3.6.2 Individuell plan kan gi enklere tilgang til hjelpemidler

En individuell plan omfatter mange tiltak på ulike livsområder. Ofte er behov for hjelpemidler nedfelt i planen. Individuell plan kan erstatte søknad om hjelpemidler for barn med sammensatte behov. NAV Hjelpemiddelsentral kan låne ut hjelpemiddel uten søknad dersom behovet for disse er beskrevet i en individuell plan. Dette kan avtales mellom kommunen og NAV Hjelpemiddelsentral i fylket.

Samhandlingsdokument til rammeavtale mellom NAV Hjelpemiddelsentral og kommunene, NAV

4 INFORMASJON OM UTDANNINGSSEKTOREN

I dette kapitlet viser vi til de reglene i utdanningssektoren, både for barnehager og skoler, som er særlige aktuelle for barn og unge med habiliteringsbehov.

Når det gjelder punktene i dette kapitlet som er knyttet til opplæring, viser vi til opplæringsloven. Loven gjelder opplæring i offentlige skoler og lærebedrifter. Det som sies om opplæringsloven gjelder så langt det passer også for elever i friskoler.

Utdanningsdirektoratet har en nettressurs med nyttig informasjon om spesialpedagogisk hjelp, tilpasset opplæring og spesialundervisning, og overganger mellom ulike faser. Vi oppfordrer dere til å lese disse nettsidene for mer informasjon. Her ligger det blant annet informasjon om saksgangen i saker om spesialundervisning og spesialpedagogisk hjelp, viktige begreper og aktører, samt eksempler på maler.

www.udir.no/tidliginnsats

4.1 Før opplæringspliktig alder

Barn som fyller ett år innen utgangen av august det året foreldrene søker om barnehageplass, har rett til plass i en barnehage fra august samme år. Barn som fyller ett år i september eller senere, har rett til plass fra august året etter.

Barn med nedsatt funksjonsevne har rett til prioritet ved opptak i barnehage. Kommunen som barnehagemyndighet har det praktiske og økonomiske ansvaret for at barn med nedsatt funksjonsevne får plass i barnehage. Barnehagen skal, enten den er kommunal eller ikke-kommunal, gi et tilpasset tilbud til hvert enkelt barn.

For barn med nedsatt funksjonsevne og kronisk sykdom gjelder vanlige regler for foreldrebetaling for barnehage. Foreldrebetalingen for en plass i barnehage skal ikke være høyere enn en maksimalgrense.

Barn under opplæringspliktig alder det vil si barn som ikke har begynt på skolen enda, som har særlige behov for spesialpedagogisk hjelp, har rett til slik hjelp uavhengig av om de går i barnehage eller ikke. Retten til spesialpedagogisk hjelp gjelder fra fødsel og frem til barnet begynner på skolen. Barn som oppholder seg i asylmottak, har rett til spesialpedagogisk hjelp når det er sannsynlig at de skal være i Norge i mer enn tre måneder. Spesialpedagogisk hjelp kan for eksempel være trening, stimulering eller støtte til personalet i barnehagen. Det kan være støtte til språklig-, sosial- eller motorisk utvikling som er grunnleggende for barnets trivsel og helhetlige utvikling. Spesialpedagogisk hjelp kan omfatte bruk av alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK). Den spesialpedagogiske hjelpen skal alltid inkludere tilbud om forelderådgivning.

Spesialpedagogisk hjelp skal være gratis. Får barna spesialpedagogisk hjelp i barnehagen, skal foreldrene ikke betale for disse timene. Det skal derfor gis fradrag i foreldrebetalingen (oppholdsbetalingen) for den tiden barnet mottar spesialpedagogisk hjelp. Det er den direkte hjelpen overfor barnet, det skal gis fradrag for. Det innebærer at det ikke skal gjøres fradrag for ressurser brukt til for eksempel opplæring av personalet, planleggingstid eller foreldrerådgiving.

Det er kommunen som har ansvaret for å oppfylle retten til spesialpedagogisk hjelp. Fylkeskommunen har plikt til å sørge for spesialpedagogisk hjelp i helse- og barneverninstitusjoner. Dersom kommunen eller fylkeskommunen ikke har den nødvendige kompetanse kan de søke bistand fra andre, for eksempel Statped.

Barn med rett til spesialpedagogisk hjelp har rett til skyss når det er særlige hensyn som gjør at barnet trenger skyss for å kunne ta imot hjelpen.

Barnehageloven §§ 12 a og 13

Opplæringsloven §§ 5-7, 7-6, 13-1, 13-2 og 13-3a

Veilederen Spesialpedagogisk hjelp, Utdanningsdirektoratet

www.udir.no/tidliginnsats

4.2 Grunnskole

Barn og unge har plikt til grunnskoleopplæring og rett til offentlig grunnskoleopplæring. Grunnskoleopplæringen begynner vanligvis det kalenderåret barnet fyller 6 år. Kommunen kan etter sakkyndig vurdering og med skriftlig samtykke fra barnets foreldre i særlige tilfeller utsette skolestarten i ett år om hensynet til barnet tilsier det. Retten og plikten til grunnskoleopplæring varer til eleven har fullført det tiende skoleåret. Loven omfatter også barn av asylsøkere når det er sannsynlig at det blir gitt oppholdstillatelse, eller når tiden det tar å behandle en søknad om asyl er mer enn tre måneder.

Alle elevene i grunnskolen har rett til en plass på nærskolen. Det vil si den skolen som ligger nærmest hjemmet og som eleven sokner til. Kommunen kan gi forskrifter om hvilken skole de ulike områdene i kommunen sokner til.

Hovedregelen er at eleven skal ha opplæringen sin i klassen/basisgruppen, eventuelt for en mindre del av opplæringen i en annen gruppe. Det er nødvendig å fatte enkeltvedtak om spesialundervisning dersom en elev på grunn av individuelle behov ikke skal tilhøre en klasse/basisgruppe som er organisert på ordinær måte, eller i større eller mindre grad skal motta opplæring på andre alternative opplæringsarenaer enn den ordinære hjemmeskolen.

Skolen er forpliktet til å samarbeide med hjemmet til elevene. Samarbeidet med foreldrene skal bidra til elevens faglige og sosiale utvikling.

Barn og unge i barneverns- og helseinstitusjoner beholder sine rettigheter etter opplæringsloven i den tiden de er i institusjonen. Det er kommunen som har ansvaret for å oppfylle retten til grunnskoleopplæring for alle som er bosatt i kommunen. Fylkeskommunen har plikt til å sørge

for grunnskoleopplæring i helse- og barnevernsinstitusjoner. Barnet må fysisk bo på barneverninstitusjonen for at fylkeskommunen skal ha ansvaret for opplæringstilbudet deres. Dersom barnet bor i et fosterhjem, har kommunen ansvaret for grunnskoleopplæringen. Retten til opplæring i helseinstitusjon kan også omfatte dagpasienter og polikliniske pasienter. Dette vil kunne gjelde når pasientens tilknytning til institusjonen kan likestilles med det å være døgnpasient, slik at pasienten av helsemessige årsaker ikke kan motta opplæring innenfor det ordinære opplæringssystemet. For at barn og unge skal omfattes av retten til opplæring når de legges inn ved en helseinstitusjon, må innleggelsen av pedagogiske og praktiske hensyn være av en viss varighet.

Opplæringen skal tilpasses den enkelte elevens evner, forutsetninger og behov.

Elever som på grunn av nedsatt funksjonsevne eller midlertidig skade eller sykdom har behov for skyss, har rett til skyss uavhengig av avstanden mellom hjemmet og opplæringsstedet. De har også rett til skyss til og fra SFO, og rett til nødvendig reisefølge og tilsyn.

Opplæringsloven §§ 1-1, 1-3, 2-1, 8-1, 8-2, kapittel 7 og 13
Forskrift til opplæringsloven kapittel 20

Rundskriv Udir-6-2014: Rett til opplæring i barnevern- og helseinstitusjon, og i hjemmet ved langvarig sykdom
Rundskriv Udir-3-2009: Retten til skyss

4.2.1 Spesialundervisning

Hvis eleven ikke får eller kan få et tilfredsstillende utbytte av det ordinære opplæringstilbudet, har han eller hun rett til spesialundervisning. Spesialundervisning kan for eksempel bestå av forsterket organisering, avvik fra læreplanen eller lærer med særskilt kompetanse.

Skolen har ansvaret for å vurdere om eleven trenger spesialundervisning. Skolen har plikt til å vurdere og eventuelt prøve ut tiltak som kan gi elevene et tilfredsstillende utbytte av opplæringen innenfor det ordinære tilbudet før saken henvises til PP-tjenesten. Med samtykke fra foreldrene er det PP-tjenesten som utarbeider en sakkyndig vurdering. Den skal vise om eleven har behov for spesialundervisning, og hva slags opplæringstilbud skolen bør gi, og i hvilket omfang. Kommunen/skolen fatter enkeltvedtak om spesialundervisning på bakgrunn av den sakkyndige vurderingen fra PP-tjenesten.

Før skolen fatter enkeltvedtak om spesialundervisning skal foreldrene involveres og de skal samtykke. Dersom kommunen fatter enkeltvedtak som avviker fra PP-tjenestens tilrådning, må dette begrunnes. Foreldrene eller eleven har rett til å klage på enkeltvedtaket. Fylkesmannen er klageinstans.

Skolen utarbeider en individuell opplæringsplan (IOP) for alle elever som har enkeltvedtak om spesialundervisning.

Skolen skal utarbeide en årsrapport for alle elever med spesialundervisning. Årsrapporten skal gi en skriftlig oversikt over den opplæringen eleven har fått, og en vurdering av utviklingen til eleven. Elevens utvikling skal vurderes ut fra målene som er satt i elevens IOP. Skoleeier kan

søke om tjenester fra Statped i saker hvor kommunen eller fylkeskommunen ikke har tilstrekkelig kompetanse. Det er nødvendig med samtykke fra elev eller foreldre, før Statped involveres i saken.

Det er utarbeidet egne skjema for henvisning til psykisk helsevern, habiliteringstjenesten for barn og unge og Statped som skal fylles ut slik at nødvendige opplysninger følger med henvisningen.

Opplæringsloven kapittel 5

Veilederen Spesialundervisning, Utdanningsdirektoratet
www.udir.no/tidliginnsats

4.2.2 Skolefritidsordning

Alle kommuner skal ha et tilbud om skolefritidsordning (SFO) både før og etter skoletid for 1.-4. trinn. For barn med særskilte behov skal det også være tilbud for elever på 1.-7. trinn. Selv om kommunen skal ha et tilbud om SFO, gir ikke opplæringsloven elevene rett til plass i SFO, heller ikke for barn med særskilte behov. Omfanget av kommunens plikter er svært begrenset. Kommunen er ikke forpliktet til å opprette et bestemt antall plasser eller å gi tilbud ved mer enn én av skolene i kommunen. Kommunen kan benytte andre til å oppfylle kommunens plikt til å gi tilbud om SFO. Kommunens plikt er også oppfylt selv om det bare er private skolefritidsordninger i kommunen.

SFO skal legge til rette for lek, kultur- og fritidsaktiviteter. Det skal tas utgangspunkt i barnas alder, funksjonsnivå og interesser. SFO skal gi barna omsorg og tilsyn. Barn med nedsatt funksjonsevne skal gis gode utviklingsmuligheter. Barn med særskilte behov har ikke rett til spesialundervisning i SFO fordi ordningen ikke er en del av grunnskoleopplæringen. PP-tjenesten er ikke sakkyndig instans for SFO.

Kommunen kan kreve at utgiftene til SFO dekkes gjennom foreldrebetaling. Egenbetalingen er begrenset til å dekke kommunens utgifter.

Opplæringsloven § 13-7

Nettressurs om kvalitetsutvikling i skolefritidsordningen (SFO), Utdanningsdirektoratet
<http://www.udir.no/Laringsmiljo/SFO/kvalitetsutvikling-i-SFO/>

4.2.3 Leksehjelp

Alle kommuner skal ha et tilbud om leksehjelp i grunnskolen. Elevene har rett til å delta på leksehjelptilbudet, men det er frivillig. Leksehjelpen skal tilrettelegges slik at elever med funksjonsnedsettelse også kan delta.

Formålet med leksehjelpen er å gi elevene støtte til læringsarbeidet, følelse av mestring, gode rammer for selvstendig arbeid, og leksehjelpen skal bidra til utjevning av sosiale forskjeller i opplæringen.

Tilbudet om leksehjelp skal utgjøre totalt 8 timer per uke. Kommunen avgjør hvordan disse timene fordeles på trinnene 1–10 i grunnskolen. Leksehjelpen skal være gratis.

Opplæringsloven § 13-7 a
Forskrift til opplæringsloven kapittel 1A

Rundskriv Udir-6-2010: Informasjon om leksehjelp i grunnskolen

4.3 Videregående opplæring

Elever som har fullført grunnskolen eller tilsvarende opplæring, har etter søknad rett til 3 års heltids videregående opplæring. I fag der læreplanverket forutsetter lengre opplæringstid enn tre år, har eleven rett til opplæring i samsvar med den opplæringstiden som er fastsatt i læreplanverket. Elever som har fylt 15 år søker selv om inntak i videregående opplæring. Videregående opplæring er ingen plikt. Ungdom som oppholder seg lovlig i landet i påvente av å få avgjort søknad om oppholdstillatelse, har rett til videregående opplæring når de er under 18 år og det er sannsynlig at de skal være i Norge i mer enn tre måneder. De ungdommene som venter på å få avgjort søknaden sin og som fyller 18 år i løpet av et skoleår, har rett til å fullføre påbegynt skoleår. For de som får avslag, gjelder retten til videregående opplæring frem til dato for endelig vedtak.

Fylkeskommunen har ansvar for videregående opplæring. Opplæringsløpet skal føre frem til studiekompetanse, yrkeskompetanse eller grunnkompetanse. Alle som søker videregående opplæring, har rett til inntak til ett av de tre alternative utdanningsprogrammene som de har søkt på.

Opplæringen skal tilpasses den enkelte elevens, lærlingens og lærekandidatens evner, forutsetninger og behov. Elever og lærekandidater som ikke har, eller som ikke kan få tilfredsstillende utbytte av det ordinære opplæringstilbudet, har rett til spesialundervisning. Se mer om spesialundervisning under punkt 4.2.1.

Elever med rett til spesialundervisning har lovfestet rett til heltidsopplæring i inntil to år ekstra dersom hun/han trenger det for å nå opplæringsmålene. Retten til utvidet tid gjelder også for elever med rett til opplæring i og på tegnspråk, for elever som har rett til opplæring i punktskrift m.m. og for elever med særskilt språkopplæring. Disse elevgruppene har ikke et krav om å oppfylle vilkårene for spesialundervisning.

Yrkesfaglig videregående opplæring består normalt av to år i skole og to år i bedrift, hvorav ett år verdiskapning. Lærlinger har ikke rett til spesialundervisning, men er omfattet av det alminnelige prinsippet om tilpasset opplæring, og skal ha samme tilgang til PP- tjeneste som elevene. Lærekandidatordningen er der for å gjøre videregående opplæring i bedrift tilgjengelig for dem som ønsker en lavere kompetanse enn fag- og svennebrev. Lærekandidater som ikke har, eller

som ikke kan få, tilfredsstillende utbytte av det ordinære opplæringstilbudet, har rett til spesialundervisning.

Elever som på grunn av nedsatt funksjonsevne eller midlertidig skade eller sykdom har behov for skyss, har rett til skyss uavhengig av avstanden mellom hjemmet og skolen.

Skolen er forpliktet til å samarbeide med hjemmet når eleven ikke er myndig.

Foreldresamarbeidet skal ha eleven i sentrum og bidra til elevens faglige og sosiale utvikling.

Ungdommer i barnevern- og helseinstitusjoner beholder sine rettigheter etter opplæringsloven med forskrifter i den tiden de er i institusjonen. På samme måte som i ordinær opplæring kan sykdom begrense elevens mulighet til å delta i opplæringen mens eleven er i en institusjon.

Elever i videregående opplæring kan søke om utsettelse eller avbrudd i opplæringen uten at de mister retten til videregående opplæring. Utsettelse eller avbrudd innebærer at ungdommen kan gjenoppta opplæringen når helsetilstanden tillater det. Det er eleven som avgjør om han eller hun vil søke om utsettelse eller avbrudd, eller om det er mest hensiktsmessig å følge opplæringen med fravær som skyldes helsegrunner (som er bekreftet ved legeerklæring).

Opplæringsloven §§ 1-1, 1-3, 3-1, kapittel 5, kapittel 7, §§ 13-2, 13-3 og 13-3a
Forskrift til opplæringsloven kapittel 20

Veilederen Spesialundervisning, Utdanningsdirektoratet

www.udir.no/tidliginnsats

Rundskriv Udir-3-2009: Retten til skyss

4.4 Pedagogisk-psykologisk tjeneste

Alle kommuner og fylkeskommuner skal ha en pedagogisk-psykologisk tjeneste (PP-tjeneste). Tjenesten kan organiseres sammen med andre kommuner eller fylkeskommuner gjennom interkommunale løsninger.

PP-tjenesten skal sørge for at det blir utarbeidet sakkyndig vurdering der loven krever det, blant annet før kommunen eller fylkeskommunen fatter enkeltvedtak om spesialpedagogisk hjelp eller spesialundervisning.

PP-tjenesten utreder elevens behov for spesialundervisning. PP-tjenesten har en særlig kompetanse til å vurdere hvilke pedagogiske tiltak som er nødvendig for at eleven skal få et forsvarlig utbytte av opplæringen. PP-tjenestens anbefaling vil være veiledende for kommunen/fylkeskommunen i vurderingen av om et konkret tiltak skal regnes som opplæring eller behandling.

Barnehagen, kommunen, fylkeskommunen, helse- og omsorgssektoren, foreldrene eller skolens rektor kan ikke instruere PP-tjenesten om hva de faglige vurderingene skal gå ut på. Dersom PP-tjenesten selv ikke har nok fagkompetanse i en sak, må det hentes kompetanse utenfra. Dette kan være andre sakkyndige som Statped, andre kommunale tjenester, for eksempel helse- og omsorgstjenesten i kommunen eller spesialisthelsetjenesten, ved psykisk helsevern eller

habiliteringstjenesten. Den sakkyndige vurderingen må være så utførlig at skolen/skoleeier ikke er i tvil om hva PP-tjenesten egentlig tilrår, når enkeltvedtak om spesialundervisning skal fattes.

PP-tjenesten skal også hjelpe skolen i arbeidet med kompetanseutvikling og organisasjonsutvikling for å legge opplæringen bedre til rette for elever med særlige behov.

Opplæringsloven § 5-6

www.udir.no/tidliginnsats

4.5 Statped

Statped er en statlig tjeneste organisert i fire regioner og underlagt Utdanningsdirektoratet. Tjenesten skal gi støtte til kommuner og fylkeskommuner. For å gi likeverdige tilbud og opplæring av barn, unge og voksne med særskilte behov, skal Statped gi spesialpedagogisk bistand i samarbeid med PP-tjenesten. Tjenestene kan være både individ- og systembaserte. Statped utvikler også læremidler, produserer og låner ut lydbøker og punktskriftbøker.

Hovedansvaret for å gi barn, unge og voksne en helhetlig, likeverdig, inkluderende og tilpasset opplæring ligger hos kommuner og fylkeskommuner. Statped skal yte tjenester når kommuner og fylkeskommuner har behov for bistand i dette arbeidet. Statped kan også selv ta initiativ overfor kommuner og fylkeskommuner med tilbud om tjenester der dette synes hensiktsmessig. Det blir lagt vekt på å yte de tjenester som kommunene og fylkeskommunene spør etter. Tidlig innsats er et grunnleggende prinsipp i opplæringen og i Statpeds arbeid.

Statped har spisskompetanse innen seks definerte fagområder; syn, hørsel, døvblindhet (kombinert syns- og hørselstap), språk/tale, sammensatte lærevansker og ervervet hjerneskade.

www.statped.no

4.6 Sosialpedagogisk rådgivning og utdannings- og yrkesrådgivning

Alle elever, både i grunnskolen og videregående opplæring, har rett til nødvendig rådgivning. Elevene har rett til to former for rådgivning; sosialpedagogisk rådgivning og utdannings- og yrkesrådgivning. Tilbudet skal være kjent for elevene og foreldrene, og være tilgjengelig for elevene ved den enkelte skole. Skoleeier har ansvaret for at elevene får oppfylt retten til rådgivning.

Formålet med den sosialpedagogiske rådgivningen er å medvirke til at den enkelte eleven finner seg til rette i opplæringen og å hjelpe eleven med personlige, sosiale og emosjonelle vansker som kan ha noe å si for opplæringen og elevens sosiale forhold på skolen. Sosialpedagogisk rådgiver skal ikke behandle elevens eventuelle vansker. Personalet på skolen skal ha tett kontakt

og samarbeid med hjelpeinstanser utenfor skolen og med hjemmet slik at det blir sammenheng i tiltakene rundt eleven. For eksempel med NAV, BUP eller HABU.

Utdannings- og yrkesrådgivingen har som formål å bevisstgjøre og støtte eleven i valg av utdanning og yrke, og å utvikle den enkeltes kompetanse i å planlegge utdanning og yrke i et langsiktig perspektiv. Utdannings- og yrkesrådgivingen skal være et samarbeid mellom ulike personer og instanser på skolen, og skolen skal også så langt det er mulig og hensiktsmessig trekke inn eksterne samarbeidspartnere for å gi elevene best mulig informasjon og tilbud om rådgivning.

Opplæringsloven § 9-2
Forskrift til opplæringsloven kapittel 22

Rundskriv Udir 2-2009: Retten til nødvendig rådgivning

4.7 Oppfølgingstjenesten

Fylkeskommunen skal ha en oppfølgingstjeneste for ungdom som har rett til opplæring, men som ikke er i opplæring eller arbeid. Tjenesten gjelder til og med det året ungdommen fyller 21 år. Tjenesten omfatter også ungdom som har tapt opplæringsretten som følge av vedtak om bortvisning for resten av skoleåret, vedtak om tap av retten til videregående opplæring eller vedtak om heving av lærekontrakt eller opplæringskontrakt.

Formålet med oppfølgingstjenesten er å sørge for at all ungdom som hører til målgruppen, får tilbud om opplæring, arbeid, andre kompetansefremmende tiltak eller en kombinasjon av disse. Fylkeskommune skal gi skriftlig informasjon om tilbudet til alle i målgruppen. Tilbud som formidles gjennom oppfølgingstjenesten, skal først og fremst ta sikte på å føre frem til studiekompetanse, yrkeskompetanse eller grunnkompetanse innenfor videregående opplæring.

Oppfølgingstjenesten skal sikre tverretattlig samarbeid mellom kommunale, fylkeskommunale og statlige instanser som har ansvar for målgruppen og formidle, eventuelt samordne, tilbud fra ulike instanser. Aktuelle samarbeidspartnere for oppfølgingstjenesten er skolene, PP-tjenesten, NAV og helse- og omsorgstjenestene. Oppfølgingstjenesten skal ikke overta oppgavene til andre sektorer.

Rundskriv Udir-11-2012: Oppfølgingstjenesten

Opplæringsloven §§ 3-6, 3-8 og 4-6.
Forskrift til opplæringsloven kapittel 13

4.8 Tegnspråkopplæring, punktskrifto pplæring m.m., alternativ og supplerende kommunikasjon og trening på dagliglivets aktiviteter

4.8.1 Tegnspråk

Elever som har tegnspråk som sitt førstespråk eller som etter sakkyndig vurdering har behov for slik opplæring, har rett til opplæring i og på tegnspråk. Barn som er under opplæringspliktig alder og som har særlig behov for tegnspråkopplæring, har også rett til slik opplæring.

Opplæringsloven §§ 2-6, 3-9

Veileder for opplæring av barn og unge med hørselshemming, Utdanningsdirektoratet

4.8.2 Punktskrift, mobilitet og bruk av tekniske hjelpemidler

Elever som er blinde eller sterkt svaksynte, har rett til nødvendig opplæring i punktskrift og opplæring i bruk av nødvendige tekniske hjelpemidler. Elevene har også rett til nødvendig opplæring i å ta seg fram på skolen, ferdes til og fra skolen og i hjemmemiljøet (mobilitet).

Opplæringsloven §§ 2-14 og 3-10

Veileder om opplæring i punktskrift, mobilitet og bruk av tekniske hjelpemidler, Utdanningsdirektoratet

Rundskriv Udir-9-2012: Rettane til sterkt svaksynte og blinde elever

4.8.3 Alternativ og supplerende kommunikasjon

Elever, lærlinger og lærekandidater som helt eller delvis mangler funksjonell tale og har behov for alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK), har rett til å bruke egnede kommunikasjonsformer og nødvendige kommunikasjons hjelpemidler i opplæringen.

For barn under opplæringspliktig alder som har enkeltvedtak om spesialpedagogisk hjelp, kan hjelpen omfatte innlæring av ASK.

Opplæringsloven §§ 2-16, 3-13, og 5-7

4.8.4 Aktiviteter i dagliglivet

Noen elever trenger langt større oppfølging enn andre. Dette gjelder blant annet elever som kan trenge hjelp til aktiviteter i dagliglivet, for eksempel til av- og påkledning, hjelp i forbindelse med måltider, toalettbesøk og annen trening i dagliglivets aktiviteter (ADL). Dette kalles ADL-trening. Mange av aktivitetene disse elevene får er viktig hjelp og læring som de har rett til med hjemmel

i flere lover. ADL-trening kan regnes som opplæring når tiltaket gis under skolens ansvar og ledelse, og tiltaket er en del av den individuelle opplæringsplanen og hjemlet i enkeltvedtaket om spesialundervisning. ADL-treningen vil da være en del av elevens spesialundervisning etter opplæringsloven og skal fremgå av elevens enkeltvedtak om spesialundervisning.

Opplæringsloven § 5-1

4.9 Skolens plikt til å delta i arbeidet med individuell plan

Skolen skal delta i samarbeid om utarbeidelsen og oppfølging av tiltak og mål i individuell plan, når det er nødvendig for å ivareta elevens behov for et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud.

Hvis barnet eller ungdommen har vedtak om spesialundervisning og en individuell opplæringsplan (IOP), kan IOP være en del av den individuelle planen (IP), men en IOP kan ikke erstatte en IP eller omvendt.

Opplæringsloven § 15-5

4.10 Opplæring i hjemmet på grunn av sykdom

Dersom elever har langvarig fravær på grunn av sykdom, kan kommunen eller fylkeskommunen ha plikt til å gi opplæring et annet sted enn på skolen, for eksempel hjemme hos eleven. Retten til opplæring i hjemmet ved langvarig sykdom må vurderes ut fra reglene om spesialundervisning i opplæringsloven.

Opplæringsloven kapittel 5

Rundskriv Udir-6-2014: Rett til opplæring i barnevern- og helseinstitusjon, og i hjemmet ved langvarig sykdom



Helsedirektoratet

Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo
Telefon: +47 810 20 050
Faks: +47 24 16 30 01
E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no