

Samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og utdanningssektoren om barn og unge med habiliteringsbehov

Samarbeid om barn og unge som trenger samordnet bistand fra helse og utdanning

Veileder - utkast

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. Vi ser betydningen av å samordne tilbudet fra de to sektorene. Derfor har vi utarbeidet denne veilederen sammen.

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, og 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.

1	INNLEDNING	6	Feltkode endret
1.1	LESEVEILEDNING OG AVGRENSNINGER	7	Feltkode endret
1.1.1	MÅLGRUPPEN FOR VEILEDEREN	7	Feltkode endret
1.1.2	DISPOSISJON	7	Feltkode endret
1.1.3	BRUK AV BEGREPER	8	Feltkode endret
2	INFORMASJON OM TILBUD I HELSE- OG OMSORGSSEKTOREN	9	Feltkode endret
2.1	OM HABILITERING	9	Feltkode endret
2.2	BARN OG UNGE MED HABILITERINGSBEHOV	9	Feltkode endret
2.3	KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER	10	Feltkode endret
2.3.1	KOORDINERENDE ENHET FOR HABILITERING OG REHABILITERING I KOMMUNENE	10	Feltkode endret
2.4	SPECIALISTHELSETJENESTEN	11	Feltkode endret
2.4.1	TO VEIER INN I SPECIALISTHELSETJENESTEN	11	Feltkode endret
2.4.2	SPECIALISTHELSETJENESTENS VEILEDNINGSPLIKT	11	Feltkode endret
2.4.3	HABILITERINGSTJENESTEN	11	Feltkode endret
2.4.4	BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATRISK POLIKLINIKK	12	Feltkode endret
2.4.5	LÆRINGS- OG MESTRINGSENTRE	12	Feltkode endret
2.4.6	NASJONAL KOMPETANSETJENESTE FOR BARN OG UNGE MED NEDSATT FUNKSJONSEVNE – AKTIV UNG OG FRITID FOR ALLE	12	Feltkode endret
2.4.7	KOORDINERENDE ENHET FOR HABILITERING OG REHABILITERING I SPECIALISTHELSETJENESTEN	13	Feltkode endret
2.5	BÅDE KOMMUNEN OG SPECIALISTHELSETJENESTEN SKAL TILBY KOORDINATOR	13	Feltkode endret
2.5.1	KOORDINATOR I KOMMUNEN	13	Feltkode endret
2.5.2	KOORDINATOR I SPECIALISTHELSETJENESTEN	14	Feltkode endret
2.6	INDIVIDUELL PLAN	15	Feltkode endret
2.6.1	ANSVAR FOR Å UTARBEIDE INDIVIDUELL PLAN	15	Feltkode endret
2.6.2	INDIVIDUELL PLAN GIR ENKLERE TILGANG TIL HJELPEMIDLER	16	Feltkode endret
2.7	BRUKERSTYRT PERSONLIG ASSISTANSE	16	Feltkode endret
2.7.1	STØTTEKONTAKT	17	Feltkode endret
3	INFORMASJON OM UTDANNINGSSEKTOREN	19	Feltkode endret
3.1	FØR SKOLE	19	Feltkode endret
3.2	GRUNNSKOLE	19	Feltkode endret
3.2.1	SKOLEFRITIDSORDNING	20	Feltkode endret
3.2.2	LEKSEHJELP	20	Feltkode endret
3.3	VIDEREGÅENDE OPPLÆRING	21	Feltkode endret
3.4	PEDAGOGISK-PSYKOLOGISK TJENESTE	22	Feltkode endret
3.5	STATPED	22	Feltkode endret
3.6	SOSIALPEDAGOGISK RÅDGIVNING OG UTDANNINGS- OG YRKESRÅDGIVNING	23	Feltkode endret
3.7	OPPFØLGINGSTJENESTEN	23	Feltkode endret
3.8	TEGNSPRÅKOPPLÆRING, PUNKTSKRIFTOPPLÆRING M.M., ALTERNATIV OG SUPPLERENDE KOMMUNIKASJON OG TRENING PÅ DAGLIGLIVETS AKTIVITETER	24	Feltkode endret

3.8.1	TEGNSPRÅK	24	Feltkode endret
3.8.2	PUNKTSKRIFT, MOBILITET OG BRUK AV TEKNISKE HJELPEMIDLER	24	Feltkode endret
3.8.3	ALTERNATIV OG SUPPLERENDE KOMMUNIKASJON	24	Feltkode endret
3.8.4	AKTIVITETER I DAGLIGLIVET	24	Feltkode endret
3.8.5	SKOLENS PLIKT TIL Å DELTA I ARBEIDET MED INDIVIDUELL PLAN	25	Feltkode endret
3.9	NÅR REGNES ET TILTAK SOM OPPLÆRING?	25	Feltkode endret
			Feltkode endret
4	SAMARBEIDET	26	
4.1	SENTRALE PRINSIPPER	26	Feltkode endret
4.1.1	LIKEVERDSPRINSIPPET	26	Feltkode endret
4.1.2	INKLUDERING	26	Feltkode endret
4.1.3	UNIVERSELL UTFORMING OG TILRETTELEGGING	27	Feltkode endret
4.1.4	TIDLIG INNSATS – TIDLIG INTERVENSJON	28	Feltkode endret
4.1.5	RETT TIL MEDVIRKNING OG RETT TIL Å BLI HØRT	28	Feltkode endret
4.2	TAUSHETSPLIKT OG SAMTYKKE	29	Feltkode endret
4.2.1	TAUSHETSPLIKT I HELSE- OG OMSORGSSEKTOREN	29	Feltkode endret
4.2.2	TAUSHETSPLIKT I UTDANNINGSSEKTOREN	30	Feltkode endret
4.2.3	SAMTYKKE	30	Feltkode endret
4.2.4	OPPLYSNINGSPLIKT TIL BARNEVERNTJENESTEN	31	Feltkode endret
4.3	FORHOLDET MELLOM BARNEHAGETILBUD/OPPLÆRING OG BEHANDLING	31	Feltkode endret
4.3.1	FOREBYGGING	32	Feltkode endret
4.4	OVERGANGER MELLOM FASER	33	Feltkode endret
4.4.1	BARNEHAGESTART	33	Feltkode endret
4.4.2	SKOLESTART	33	Feltkode endret
4.5	RUTINER FOR LEGEMIDDELHÅNTERING I BARNEHAGE, SKOLE OG SFO	36	Feltkode endret
4.6	DET FØRSTE LEVEÅRET	36	Feltkode endret
4.6.1	ANSVARET FOR Å OPPDAGE SYKDOM ELLER FUNKSJONSNEDETTELSE	36	Feltkode endret
4.6.2	SPELALPEDAGOGISK HJELP I FØRSTE LEVEÅR	37	Feltkode endret
4.7	BARNEHAGEALDER	40	Feltkode endret
4.7.1	ANSVARET FOR Å OPPDAGE SYKDOM ELLER FUNKSJONSNEDETTELSE	40	Feltkode endret
4.7.2	BARN MED HABILITERINGSBEHOV I BARNEHAGE	40	Feltkode endret
4.7.3	PRIORITERT BARNEHAGEPLASS TIL BARN MED HABILITERINGSBEHOV	40	Feltkode endret
4.7.4	HJELPEMIDLER I BARNEHAGEN	41	Feltkode endret
4.7.5	SPELALPEDAGOGISK HJELP TIL BARN FØR OPPLÆRINGSPLIKTIG ALDER	41	Feltkode endret
4.8	GRUNNSKOLEALDER	44	Feltkode endret
4.8.1	ANSVARET FOR Å OPPDAGE SYKDOM ELLER FUNKSJONSNEDETTELSE	44	Feltkode endret
4.8.2	RETTE TIL SPELALUNDERVISNING	44	Feltkode endret
4.8.3	HJELPEMIDLER PÅ SKOLEN	45	Feltkode endret
4.9	UNGDOM I VIDERE GÅENDE OPPLÆRING	49	Feltkode endret
4.9.1	UNGDOMMENS MEDVIRKNING OG SELVBESTEMMELSE	49	Feltkode endret
4.9.2	HELSETJENESTER I UNGDOMSFASEN	49	Feltkode endret
4.9.3	HELSESTASJONEN FOR UNGDOM	50	Feltkode endret
4.9.4	RETTE TIL SPELALUNDERVISNING	50	Feltkode endret
4.9.5	HJELPEMIDLER I SKOLEN	50	Feltkode endret

4.10 HELSEHJELP I SKOLEHVERDAGEN	50	Feltkode endret
4.10.1 FYSIOTERAPEUT OG ERGOTERAPEUT	51	Feltkode endret
4.10.2 ASSISTENTER	51	Feltkode endret
4.11 OPPLÆRING I HELSEINSTITUSJONER	53	Feltkode endret
4.11.1 OPPHOLD PÅ TRENINGS- ELLER HABILITERINGSINSTITUSJON	53	Feltkode endret
4.12 OPPLÆRING I HJEMMET PÅ GRUNN AV SYKDOM	54	Feltkode endret
4.13 BRUK AV TVANG OG MAKT I HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN	54	Feltkode endret
4.14 BRUK AV TVANG OG MAKT I UTDANNINGSSEKTOREN	55	Feltkode endret

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.

I forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator er habilitering og rehabilitering 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."

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.

Staten og kommunene skal treffe effektive og hensiktsmessige tiltak, herunder gjennom brukerorganisasjonenes likemannsarbeid, slik at mennesker med nedsatt funksjonsevne kan oppnå og beholde størst mulig selvstendighet, utnytte sitt fysiske, mentale, sosiale og yrkesmessige potensial fullt ut, og oppnå full inkludering og deltakelse på alle livets områder.

Målgruppen for habilitering relateres til funksjonsnedsettelse som skyldes medfødte eller tidlig ervervede tilstander. Kjentegn ved målgruppen er at de ikke følger et forventet utviklingsforløp. Habilitering innebærer bistand til å oppøve nye funksjoner og ferdigheter som vedkommende i utgangspunktet ikke har hatt. Målet er å utvikle funksjonsevnen og/eller mestringsevnen med sikte på størst mulig grad av selvstendighet og livskvalitet. Forebyggende tiltak for å bevare eksisterende funksjoner og bremse utvikling av funksjonstap er sentralt. Barn og unge med tidlig ervervede funksjonsnedsettelse med behov for tjenester og tilbud fra flere sektorer omtales i denne veilederen som å ha et habiliteringsbehov. Tverrsektoriell samhandling er et viktig kjennetegn ved habilitering.

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
- det skapes gode overganger mellom ulike tilbud og tjenester
- leseren får oversikt over relevante lover, forskrifter og aktuelle offentlige dokumenter

Sektorene har ulike oppgaver og ulik juridisk forankring, men har felles mål om at barn og unge med funksjonsnedsettelse eller kroniske sykdommer skal få gode tilbud og kunne delta i samfunnet på lik linje med jevnaldrende.

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, for eksempel når det gjelder faglig tilnærming og metodikk, 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).

Selv om barn, unge og deres foreldre ikke er den primære målgruppen for veiledere, kan den være til nytte også for dem. Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet understreker betydningen av å ta deres erfaringer og meninger på alvor, slik at de blir aktive deltagere i utviklingen av tjenestene. Dette er avgjørende for å oppnå gode resultater.

1.1 Leseveiledning og avgrensninger

1.1.1 Målgruppen for veilederen

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

Barn, unge og foreldre eller andre foresatte kan også ha nytte av veilederen. Den kan for eksempel gi innsikt i hvordan sektorene forplikter hverandre i samhandlingen.

1.1.2 Disposisjon

Veilederen er bygget opp med en kortfattet beskrivelse av aktuelle tjenester i helse- og omsorgssektoren og utdanningssektoren og et kapittel om hvordan sektorene kan samarbeide.

De innledende kapitlene beskriver rettigheter, tilbud og tjenester i de to sektorene, og de er ment for at aktørene skal få informasjon om hverandres områder. Målet er å skape felles forståelse for hverandres oppgaver og ansvar og avklare forventninger. Dette er avgjørende forutsetninger for et godt samarbeid.

Henvisninger til internasjonale konvensjoner, lov og forskrift er oppgitt i grønne bokser. Mer utdypende informasjon finnes i 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

1.1.3 Bruk av begreper

De to sektorene bruker i praksis forskjellige ord i omtalen av målgrupper og aktører. I helse- og omsorgssektoren brukes ofte ordene pasient, bruker og tjenesteyter. I utdanningssektoren brukes ordene barn, elev, foreldre, ansatte og personale. I denne veilederen vil derfor disse ordene bli brukt noe ulikt, avhengig av om det er med utgangspunkt i helse- eller en utdanningssammenheng. Begrepet «aktører» anses å være dekkende for de som gir tilbud og tjenester i begge sektorer.

2 Informasjon om tilbud i helse- og omsorgssektoren

2.1 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.

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. Forebyggende tiltak for å bevare eksisterende funksjoner og bremse utvikling av funksjonstap er sentralt.

2.2 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 kommunale og statlige aktører. Medisinsk og eventuelt fysikalske behandling relatert til somatisk eller psykisk sykdom vil være elementer i en habiliteringsprosess. Behov for habilitering vil i stor grad også ha konsekvenser for barnets og den unges øvrige familie. Tiltakene 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
Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 3

2.3 Kommunale helse- og omsorgstjenester

Habiliteringstjenestene i kommunene er viktig 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 tilbud og tjenester være sentrale elementer i habiliteringsforløp.

Fysioterapi, ergoterapi, 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.

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 helsetjenester og tjenester fra NAV arbeids- og velferdsetaten, inkludert økonomiske ytelser.

Kommunen har ansvar for utarbeidelse av individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Videre skal kommunen også tilby koordinator uavhengig av om bruker ønsker en individuell plan.

Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 3
Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2
Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 5 og kapittel 7
Fastlegeforskriften §§ 8 og 19

2.3.1 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 tjenestemottakerne 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 også utvikle enhetlige rutiner for samarbeid og kompetanseutveksling på tvers av nivåer og sektorer.

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

2.4 Spesialisthelsetjenesten

2.4.1 To veier inn i spesialisthelsetjenesten

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 30 virkedager. For pasienter under 23 år med rusmiddelavhengighet eller psykiske lidelser er vurderingsfristen 10 virkedager fra henvisningen er mottatt.

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

2.4.2 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.

Spesialisthelsetjenesteloven § 6-3
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

2.4.3 Habiliteringstjenesten

Habiliteringstjenesten for barn og unge (HABU) og habiliteringstjenestene for voksne over 18 år (HAVO) er tilknyttet helseforetakene og skal yte tjenester som krever særskilt kompetanse. HABU 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. HABU finnes i alle fylker. Tjenesten har en tverrfaglig

bemanning, og de største profesjonsgruppene er spesialpedagoger, fysioterapeuter, sosionomer og psykologer.

2.4.4 Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk

Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) gir tilbud i psykisk helsevern til barn og unge. BUPs 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.

BUP tar hånd om problemer som ikke kan løses i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, som fastlege, kommunepsykolog, helsesøster, hos utekontakten eller i barnevernet. BUP vektlegger samarbeid i tverrfaglige team. Sentrale fagpersoner er p, barnepsykiater, familierapeut, nevropsykolog, klinisk pedagog og klinisk sosionom. BUP samarbeider med primære omsorgspersoner og førstelinjetjenester. Hos BUP kan man få hjelp med å takle det som gjør hverdagen vanskelig, for eksempel tristhet, angst, konsentrasjonsproblemer, atferdsvansker, ettervirkninger etter ubehagelige hendelser og søvnproblemer. Også vanskelige relasjoner, for eksempel til foreldre, søsken, venner eller lærere kan BUP hjelpe med. Noen barn og unge har psykisk lidelse av mer alvorlig karakter.

Lege eller leder for barneverntjenesten kan henvise til BUP.

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

2.4.5 Lærings- og mestringssentre

Lærings- og mestringssentrene er sykehusenes helsepedagogiske ressursmiljø. Sentrenes hovedoppgave 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 mestringssenteret er gruppebasert opplæring for pasienter og pårørende i alle aldre.

2.4.6 Nasjonal kompetansetjeneste for barn og unge med nedsatt funksjonsevne – Aktivung og Fritid for alle

For å styrke og løfte kunnskapsgrunnlaget om alle barn og unge med funksjonsnedsettelse ble Nasjonal kompetansetjeneste for barn og unge med funksjonsnedsettelse, «Aktivung», etablert i 2012. Helse Nord RHF er ansvarlig for tjenesten. 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.

www.aktivung.no
www.fritidforalle.no

Feltkode endret

Feltkode endret

Feltkode endret

Feltkode endret

Feltkode endret

Feltkode endret

Feltkode endret

Feltkode endret

Feltkode endret

Feltkode endret

Feltkode endret

Feltkode endret

Feltkode endret

Feltkode endret

Feltkode endret

Feltkode endret

Feltkode endret

Feltkode endret

Feltkode endret

Feltkode endret

Feltkode endret

Feltkode endret

Feltkode endret

Feltkode endret

Feltkode endret

Feltkode endret

Feltkode endret

Feltkode endret

Feltkode endret

Feltkode endret

Feltkode endret

Feltkode endret

2.4.7 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.

I spesialisthelsetjenesten er det også koordinerende enheter på regionalt nivå. Disse er å finne i hver av de fire helseregionene. Disse har i samarbeid utviklet informasjon om habiliterings- og rehabiliteringstilbud i helseregionen og nasjonalt gjennom informasjon på sine hjemmesider og drift av den nasjonale informasjonstelefonen - 800 300 61 - for pasienter, pårørende og helsepersonell. De regionale enhetene har også en sentral rolle i å drifte regionale nettverk og møteplasser bestående av enhetene både i kommuner og helseforetak.

Lov om spesialisthelsetjenester § 2-5 b
Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 11

Perspektiver på god praksis, IS-0288, Helsedirektoratet

2.5 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. Koordinator kan ikke oppnevnes uten samtykke fra bruker eller den som kan samtykke på vegne av vedkommende.

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.

2.5.1 Koordinator i kommunen

Koordinator i forbindelse med individuell plan vil som hovedregel oppnevnes i kommunen. Dette følger av at det er kommunene som har ansvar planarbeidet når det er tjenester fra både helseforetak og kommuner. Koordinerende enhet har overordnet ansvar for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Koordinator skal som hovedregel velges blant tjenesteyterne.

Sentrale oppgaver for koordinator er

- å sikre informert samtykke fra pasient og bruker – planprosess og informasjonsutveksling

- å legge til rette for at pasient og bruker deltar i arbeidet
- å sikre god informasjon og dialog med pasient og bruker, og eventuelt pårørende, gjennom hele prosessen
- å sikre helhetlig kartlegging med utgangspunkt i pasient og brukers mål, ressurser og behov
- å sikre god samhandling med relevante tjenesteytere
- å avklare ansvar og forventninger
- å sikre samordning av tjenestetilbudet og god fremdrift i arbeidet med individuell plan
- å initiere, innkalle og eventuelt lede møter knyttet til individuell plan og koordinering
- å følge opp, evaluere og oppdatere plandokumentet
- å følge opp og evaluere arbeidsprosessen

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

2.5.2 Koordinator i spesialisthelsetjenesten

Barn og unge som har behov for flere tjenester i spesialisthelsetjenesten, skal tilbys en koordinator der. 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 skal dermed

- følge opp pasienten og brukeren
- samordne tilbudet under institusjonsoppholdet
- samhandle med andre tjenesteytere
- sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan

Det er som regel kommunene som oppnevner koordinator i forbindelse med individuell plan. Derfor er oppgaven til koordinator i sykehus i større grad å koordinere internt under oppholdet og videre eksternt med de som skal følge opp etter utskrivning. Eksempler på sentrale samarbeidspartnere er fastlege, koordinator i kommunen, hjemmesykepleie eller spesialist i annet helseforetak.

Helseforetakets koordinerende enhet har overordnet ansvar for å oppnevne og veilede koordinatorene. Det anbefales at det er den avdelingen hvor pasienten er innlagt som peker ut koordinator.

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a
Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator §?

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 § 2-5a, Helsedirektoratet

2.6 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 tilpasset tjenestetilbud på tvers av fag, nivåer og sektorer. Utarbeidelse av individuell plan krever samtykke.

Erfaringen 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.

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. 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.

Alle personer som har fylt 16 år har formelt samtykkekompetanse til helsehjelp. Dersom brukeren på grunn av fysisk eller psykisk funksjonshemning eller utviklingshemning åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter, bortfaller helt eller delvis samtykkekompetanse. Da har vedkommendes nærmeste pårørende rett til å medvirke. Den individuelle planen gir ikke pasienten eller brukeren større rett til helse- og omsorgstjenester enn det som følger av det øvrige regelverket.

Pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-5, 3-1 tredje ledd og 4-3
Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 7
Spesialisthelsetjenesteloven kapittel 2-5
Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, kapittel 5

Tipshefte for Individuell plan, IS-1544, Helsedirektoratet
Jeg har en plan! IS-1672, Helsedirektoratet
Perspektiver på god praksis, IS-0288, Helsedirektoratet
Veilederen Spesialundervisning, Utdanningsdirektoratet
www.udir.no/tidliginnsats
NOU 9/2011 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet

Feltkode endret

2.6.1 Ansvar for å utarbeide individuell plan

Kommunens helse- og omsorgstjeneste og helseforetaket har plikt til å sørge for at individuell plan utarbeides for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

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.

Intensjonen er at det bare skal utarbeides en individuell plan som omfatter tjenester og tilbud fra alle sektorer og nivåer. Med dette menes ett samordnet dokument som skal være resultatet av en planprosess der utgangspunktet er tjenestemottakers mål og helhetlige behov for tjenester.

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator §§ 6 og 11

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 sjekk disse!!!
- Sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen § 28
- Barnevernloven § 3-2a

2.6.2 Individuell plan gir 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. Hjelpemiddelsentralen kan låne ut hjelpemiddel uten søknad dersom behovet for disse er beskrevet i en individuell plan, og den individuelle planen er godkjent av hjelpemiddelsentralen i form av et vedtak.

Samhandlingsdokument til rammeavtale mellom NAV Hjelpemiddelsentral og kommunene, NAV

2.7 Brukerstyrt personlig assistanse

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

Som for de øvrige tjenestene som inngår i kommunens ansvar, skal BPA 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 bestemmer både 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.

Personer under 67 år med langvarige og stort behov for personlig assistanse etter helse- og omsorgstjenesteloven, har rett til å få slike tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse. Rettigheten gjelder for brukere med et tjenestebehov på minst 32 timer per uke, og som vil vare utover 2 år. Rettigheten gjelder videre for brukere med et tjenestebehov på minst 25 timer per uke, med mindre kommunen kan dokumentere at slik organisering vil medføre vesentlig økt kostnad for kommunen.

Retten til brukerstyrt personlig assistanse omfatter avlastningstiltak etter helse- og omsorgstjenesteloven for personer med foreldreansvar for hjemmeboende barn under 18 år med nedsatt funksjonsevne, men ikke helsetjenester i avlastningstiltak. Videre omfattes ikke tjenester som krever mer enn en tjenesteyter til stede eller nattjenester, med mindre brukeren har kontinuerlig behov for slike tjenester.

Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 2-2, 3-1, 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b og 3-8
Pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1a 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 1-20/2000 og 1-15/2005

2.7.1 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. 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

3 Informasjon om utdanningssektoren

I denne veilederen viser vi til opplæringsloven som gjelder opplæring i offentlige skoler og lærebedrifter. Det som sies om opplæringsloven gjelder så langt det passer også for elever i private skoler.

3.1 Før skole

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.

For barn med funksjonsnedsettelse og kronisk sykdom gjelder vanlige regler for foreldrebetaling for barnehage. Foreldrebetalingen for en plass i barnehage skal ikke være høyere enn en maksimalgrense. Grensen fastsettes i Stortingets årlige budsjettvedtak. Betaling for kost (matpenger) kan komme i tillegg.

Barn under opplæringspliktig alder 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 skal være gratis. Får barna spesialpedagogisk hjelp i barnehagen, skal foreldrene ikke betale for disse timene.

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.

Barnehageloven §§ 12 a og 13
Opplæringsloven §§ 5-7, 13-1, 13-2 og 13-3a

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

Feltkode endret

3.2 Grunnskole

Barn og unge har plikt til grunnskoleopplæring og rett til offentlig grunnskoleopplæring. Grunnskoleopplæringen begynner vanligvis det kalenderåret barnet fyller 6 år. Etter sakkyndig vurdering og med skriftlig samtykke fra barnets foreldre kan kommunen i særlige tilfeller utsette skolestarten ett år. Rett og plikt til opplæring 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.

Opplæringen skal tilpasses den enkelte elevens evner, forutsetninger og behov. Elever som ikke har eller som ikke kan få tilfredsstillende utbytte av det ordinære opplæringstilbudet, har rett til spesialundervisning.

Det er et grunnleggende prinsipp i norsk skole at elevene skal få oppfylt retten til grunnskoleopplæring uavhengig av økonomisk bakgrunn, bosted og geografi. Gratis skyss er ett av elementene for å oppfylle lik rett til opplæring. Om eleven har rett til skyss er avhengig av det årstrinnet eleven går på og avstanden mellom hjem og skole. Elever som på grunn av funksjonshemming eller midlertidig skade eller sykdom har behov for skyss, har denne retten uavhengig av avstanden mellom hjemmet og opplæringsstedet.

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

Barn og unge i barneverns- og helseinstitusjoner beholder uavkortet sine rettigheter etter opplæringsloven med forskrifter 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.

3.2.1 Skolefritidsordning

Alle kommuner skal ha et tilbud om skolefritidsordning (SFO) både før og etter skoletid for 1.-4. årstrinn. For barn med særskilte behov skal det også være tilbud for elever på 1.-7. årstrinn.

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. Funksjonshemmede barn skal gis gode utviklingsmuligheter.

Kommunen er ikke forpliktet til å opprette et bestemt antall plasser. Det betyr at elevene ikke har rett til plass i SFO. Kommunen kan kreve at utgiftene til SFO dekkes gjennom foreldrebetaling. Denne er begrenset til å dekke kommunens utgifter.

3.2.2 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 årstrinnene 1-10 i grunnskolen. Leksehjelpen skal være gratis.

Opplæringsloven §§ 1-1,1-3, 2-1, 5-1, kapittel 7, §§ 8-1, 13-3d, 13-7, 13-7a, 13-1,13-2 og 13-3a
Forskrift til opplæringsloven kapittel 1A og 20

Veilederen Spesialundervisning, Utdanningsdirektoratet

www.udir.no/tidliginnsats

Nettressurs om kvalitetsutvikling i skolefritidsordningen (SFO) Utdanningsdirektoratet,

www.udir.no/Laringsmiljo/SFO/

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

Feltkode endret

Feltkode endret

3.3 Videregående opplæring

Elever som har fullført grunnskolen eller tilsvarende opplæring, har etter søknad rett til 3 års heltids videregående opplæring. I fag der læreplanen forutsetter lengre opplæringstid enn tre år, har eleven rett til opplæring i samsvar med den opplæringstiden som er fastsatt i læreplanen. Elever som har fylt 15 år søker selv om opptak i videregående opplæring. Videregående opplæring er ingen plikt.

Fylkeskommunen har ansvar for den videregående opplæringen, et opplæringsløp som skal føre frem til studiekompetanse, yrkeskompetanse eller kompetanse på et lavere nivå. Alle som søker videregående opplæring, har rett til opptak på ett av de tre utdanningsprogrammene som de har søkt på. Elever som har rett til spesialundervisning, har rett til videregående opplæring i inntil 2 år ekstra når eleven trenger det for å nå sine læringsmål.

Opplæringen skal tilpasses den enkelte eleven, lærlingen 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.

Elever i videregående opplæring kan også ha rett til gratis skyss eller full skyssgodtgjørelse dersom de bor mer enn seks kilometer fra skolen. Elever som på grunn av funksjonshemning eller midlertidig skade eller sykdom har behov for skyss, har denne retten uavhengig av avstanden mellom hjemmet og skolen.

Skolen er også her forpliktet til å samarbeide med hjemmet med det formål å bidra til elevens faglige og sosiale utvikling.

Ungdommer i barnevern- og helseinstitusjoner beholder uavkortet sine rettigheter etter opplæringsloven med forskrifter i den tiden de er i institusjonen.

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

Veilederen Spesialundervisning, Utdanningsdirektoratet
www.udir.no/tidliginnsats

Feltkode endret

3.4 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.

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

Barnehagen, kommunen, fylkeskommunen, helse- og omsorgssektor, foreldre eller skolens rektor kan ikke instruere 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, for eksempel fra den statlige spesialpedagogiske tjenesten Statped, andre sakkyndige eller andre kommunale tjenester, for eksempel helse- og omsorgstjenesten i kommunen.

Opplæringsloven § 5-6

www.udir.no/tidliginnsats

Feltkode endret

3.5 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 og 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 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.

3.6 Sosialpedagogisk rådgivning og utdannings- og yrkesrådgivning

Den enkelte elev, 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.

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. 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.

Utdannings- og yrkesrådgivningen 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.

Opplæringsloven § 9-2
Forskrift til opplæringsloven kapittel 22

3.7 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 eller vedtak om heving av lærekontrakt eller opplæringskontrakt.

Merknad [MFB1]: Lagt inn forklaring etter innspill på møtet.

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. Tilbud som formidles gjennom oppfølgingstjenesten, skal først og fremst ta sikte på å føre frem til studiekompetanse, yrkeskompetanse eller kompetanse på lavere nivå 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, arbeids- og velferdsforvaltningen og helse- og omsorgstjenestene. Oppfølgingstjenesten skal ha en koordinerende funksjon, og skal ikke overta oppgavene til andre sektorer.

Opplæringsloven § 3-6
Forskrift til opplæringsloven kapittel 13

3.8 Tegnspråkopplæring, punktskriftopplæring m.m., alternativ og supplerende kommunikasjon og trening på dagliglivets aktiviteter

3.8.1 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

3.8.2 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

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

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

3.8.3 Alternativ og supplerende kommunikasjon

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

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

Opplæringsloven §§ 2-16, 3-13, og 5-7

3.8.4 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 lovverk. 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

3.8.5 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 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

3.9 Når regnes et tiltak som opplæring?

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

Opplæringen (ordinær opplæring og /eller spesialundervisning) skal også legges til rette for elever med nedsatt funksjonsevne. Skolen skal innredes slik at den tar hensyn til elever med nedsatt funksjonsevne og ved at arbeidsplassene skal tilpasses deres behov. Tilpasninger og hjelp til elever med nedsatt funksjonsevne og habiliteringsbehov og andre med særskilte behov må i noen tilfeller regnes som en del av opplæringen.

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. Herunder må det også 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.

Opplæringsloven §§ 5-1, 5-5 og kapitlene 10 og 14

4 Samarbeidet

Godt verktøy og gode samarbeidsrutiner er viktig for at den enkelte og deres familier kan erfare helhet og sammenheng i tjenestene. Det er den enkeltes behov som skal legges til grunn. I samarbeidet er det viktig å avklare grensene mellom helse- og omsorg og utdanning, slik at sektorene ikke overtar hverandres oppgaver, men utfyller hverandre med kompetanse. Utdanningssektorens arbeid er hjemlet i barnehageloven, opplæringsloven og privatskoleloven, mens helse- og omsorgssektoren reguleres av helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven, helsepersonelloven, psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven.

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

4.1 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.

4.1.1 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 likeverdighet i tjenester og tilbud gjelder uavhengig av bosted, alder, kjønn, etnisitet, forutsetninger og behov.

4.1.2 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. Dette er et verdigrunnlag som har sterk oppslutning i samfunnet vårt, og det er nedfelt i opplæringslovens formålsparagraf.

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

Opplæringsloven § 1-1 og kapittel 9a
Barnehageloven § 2
Forskrift om rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver, Kunnskapsdepartementet

4.1.3 Universell utforming og 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.

Kommunen skal foreta rimelig individuell tilrettelegging av barnehager og skoler for å gi barn med nedsatt funksjonsevne likeverdige muligheter for utvikling og aktiviteter.

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 dermed 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 funksjonshemninger. Skolen skal også ha tilgang til nødvendig utstyr, inventar og læremidler. Et samarbeid mellom NAV Hjelpemiddelsentral, 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 knyttet til barnehage, skole- og lærlingsituasjon.

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 helsetjenester er nedfelt i formålsbestemmelsene i helselovgivningen.

Spesialisthelsetjenesteloven § 1
Helse- og omsorgstjenesteloven § 1
Pasient- og brukerrettighetsloven § 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, Kunnskapsdepartementet

4.1.4 Tidlig innsats – tidlig intervensjon

Begrepet «tidlig innsats» gjelder i et livslangt perspektiv, både innen utdanningssektoren og i helse- og omsorgssektoren. I helse- og omsorgstjenestene 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.

4.1.5 Rett til medvirkning og rett til å bli hørt

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

Det er fastsatt i FNs barnekonvensjon at barn skal bli hørt i saker som berører dem. Dette følger også av barneloven. 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.

Medvirkning skal sikre at barnet eller den unge og foreldrene til ikke myndige, 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 brukeren får et godt tjenestetilbud.

Behovet for tolking 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 og 3-2
Barneloven §§ 31, 32 og 33
Forvaltningsloven § 17

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

4.2 Taushetsplikt og samtykke

Alle som er involvert i samarbeid om helse- og omsorgstilbud 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.

4.2.1 Taushetsplikt i helse- og omsorgssektoren

Taushetsplikt for ansatte i helsetjenesten 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 og de særlige taushetsplikreglene i tjenestelovgivningen.

Alt helsepersonell som yter helsehjelp har taushetsplikt etter helsepersonelloven, enten det skjer i offentlig eller i privat virksomhet. Med mindre pasient eller bruker motsetter seg det, kan opplysninger som er belagt med taushetsplikt 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 yrkesmessige taushetsplikten er beskrevet i helselover og i forvaltningsloven. Bestemmelsene går i korthet ut på at enhver som gjør tjeneste for offentlige helseinstitusjoner eller for kommunehelsetjenesten 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 og 25
Forvaltningsloven §§ 13 og 13 a til e
Spesialisthelsetjenesteloven § 6-1
Helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1
Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6

4.2.2 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

4.2.3 Samtykke

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.

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
- hensikten med overføringen av opplysningene er klar
- konsekvenser det vil kunne ha å gi samtykke
- konsekvenser av eventuelt ikke å 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.

Forvaltningsloven § 13a nr. 1
Helsepersonelloven kapittel 5

4.2.3.1 Hvem kan samtykke?

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 barnet selv som kan samtykke til at opplysninger om egen helse gis videre. Kompetansen til å samtykke kan bortfalle ved for eksempel psykisk 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 barnet selv som blant annet samtykker til sakkyndig vurdering og vedtak om spesialundervisning.

Barneloven §§ 31-33
Pasient- og brukerrettighetsloven Kapittel 4

4.2.4 Opplysningsplikt til barneverntjenesten

Staten skal beskytte barn mot fysisk eller psykisk mishandling, forsømmelse, seksuelt misbruk eller utnyttelse fra foreldre eller andre omsorgspersoner.

Den som yter helsehjelp og personalet i barnehager og skoler, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side. Uten hinder av taushetsplikt skal helsepersonell og personalet i barnehager og skoler 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.

Helsepersonelloven § 33
Barneloven §§ 31-33
Barnehageloven §§20 og 22
Opplæringsloven §§ 15-1, 5-4 og 15-3
Barneverntjenesteloven § 6-4
Rundskriv Udir-10-2012: Skolepersonalets opplysningsplikt til barneverntjenesten.
Helsepersonells taushetsplikt, Rundskriv, Helsedirektoratet 2010

4.3 Forholdet mellom barnehagetilbud/opplæring og behandling

Etter opplæringsloven har alle elever i grunnskoler og videregående skoler 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.

Forskrift om miljørettet helsevern i 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 rådgivningstjenesten 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.

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

Feltkode endret

4.3.1 Forebygging

Forebygging handler 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 barnehageansatte og lærere, 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.
- Tidlig innsats for utsatte barn og unge, det vil si oppdage, iverksette tiltak, sørge for kontakt med helsetjenestene eller annet hjelpeapparat.
- 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
Opplæringsloven § 1-3 og kapittel 9 a

4.4 Overganger mellom faser

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. Gode overganger krever godt samarbeid mellom familien, involverte fagfolk og tjenester om planlegging, overføring av informasjon og kompetanse i rett tid. Godt samarbeid mellom ulike instanser gjør det nødvendig med samtykke fra foreldre til å dele informasjon.

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 nærskolene ivareta barnets særskilte behov? Hvilke alternativer finnes?

Individuell plan og koordinator er verktøy som nå 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.

4.4.1 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.

4.4.2 Skolestart

En god overgang fra barnehage til skole krever overføring av informasjon og kompetanse mellom barnehage, foreldre og skole. Igjen kreves det samtykke fra foreldrene. 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 til rett tid.

Ved overgang til videregående 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 eleven skal til 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 (etter samtykke fra eleven) per 1. oktober til fylkeskommunen.

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

Ofte innebærer slike 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. Når det er nødvendig for å ivareta elevens behov for et koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, skal skolen delta i samarbeidet om utarbeidelsen av individuell plan. Skolen har plikt til å delta i arbeidet, ikke plikt til å lede eller koordinere. Bestemmelsen er imidlertid ikke til hinder for at også ansatte i skolen har rollen som koordinator for individuell plan.

Dette er forutsigbare overganger hvor det bør være gode rutiner for overlapping ved bytte av koordinator.

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

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

Feltkode endret

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 epilepsimedisinering og injeksjoner for å få avspenning i musklene. Han har ukentlig kontakt med kommunal 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 vedtak om spesialundervisning og av enkeltvedtaket 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 undervisning 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 funksjonshemming. Individuell plan ble her det sentrale arbeidsredskapet som sikret samarbeid mellom foreldre, skole og helsepersonell.

4.5 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.

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

I dag er legemiddelhåndtering i barnehagen ikke direkte regulert i verken lov eller forskrift. Hvis et barn har behov for legemidler mens det oppholder seg i barnehagen, må foreldrene i hvert enkelt tilfelle inngå avtale om hjelp 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. Denne retten og plikten skal være reell for alle barn, og det er kommunens overordnede ansvar å sørge for at elever med behov for hjelp med legemiddelhåndtering, får det. Barn som har behov for hjelp med å ta legemidler har også rett til å benytte seg av skolefritidsordningen (SFO), og det er kommunens ansvar å sørge for slik hjelp også i SFO.

Fylkeskommunen er ansvarlig for videregående skoler, og det er kommunens helsestasjons- og skolehelsetjenestes ansvar å skape rutiner for legemiddelhåndtering også der.

Opplæringsloven §§ 2-1 og 13-1 første ledd
Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 2-4

Rutiner for legemiddelhåndtering i barnehage, skole og skolefritidsordning, Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet, 2011
Rundskriv I-5/2008 Håndtering av legemidler i barnehage, skole og skolefritidsordning, Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet

4.6 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.

4.6.1 Ansvar for å oppdage sykdom eller funksjonsnedsettelse

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

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 meldes til kommunene koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering.

Hjemmebesøk til familier med nyfødte barn er ofte den første kontakten familien har med helsestasjonen. Det er forskriftsfestet at alle nybakte foreldre skal tilbys hjemmebesøk. Hjemmebesøket tilbys helst innen to uker etter fødsel. Gjennom kontakten med nær familie og barnet skal tjenesten gi tilbud om vaksiner, helseundersøkelser og informasjon om å forebygge sykdom og skader og støtte til mestring og positiv utvikling. Det kan gis råd og veiledning om blant annet amming, ernæring og stell, samt regulering av søvn og spising. Helseundersøkelser av barnet ved helsestasjonen innebærer undersøkelse av syn, hørsel, oppmerksomhet og kontakt, samt oppfølging og eventuelt videre henvisning til andre tjenester.

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. Personell ved helsestasjonen skal melde fra til koordinerende enhet i kommunen ved behov for individuell plan og koordinator.

Helsepersonelloven § 25
Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 7

4.6.2 Spesialpedagogisk hjelp i første leveår

Barnet kan ha 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.

Retten til spesialpedagogisk hjelp er knyttet opp mot det enkelte barns behov for slik hjelp. På bakgrunn av en sakkyndig vurdering fra PP-tjenesten fatter kommunen enkeltvedtak om at spesialpedagogisk hjelp enten innvilges eller avslås. Dersom kommunen fatter enkeltvedtak som avviker fra PP-tjenestens tilrådning, må dette begrunnes. Foreldrene kan klage på enkeltvedtaket, og Fylkesmannen er klageinstans. Den spesialpedagogiske hjelpen kan gis i hjemmet, eller andre steder, for eksempel i en barnehage eller i en medisinsk institusjon. Et nært samarbeid mellom hjem, PP-tjenesten, utøver av spesialpedagogisk hjelp og helse- og omsorgstjenesten er nødvendig for å kunne utforme et godt tilbud for det enkelte barn og den enkelte familie.

Opplæringsloven § 5-7

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

Feltkode endret

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.

Sykehuset meldte behov for omfattende tjenester til koordinerende enhet habilitering og rehabilitering i hjemkommunen allerede på oppfølgingsmøtet. 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 rett til 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 jobbet 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.

4.7 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 viktigere i barnets liv.

4.7.1 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 skolepliktig alder. Helsestasjonen samarbeider tett med foreldrene og følger et anbefalt helsestasjonsprogram, systematisert etter alder. Helsestasjonen har et tett tverrfaglig samarbeid med andre kommunale tjenester. Helsestasjonslegen vurderer dessuten behov for videre utredning og henvisning til spesialisthelsetjenesten. Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering bør involveres. Også barnehageansatte, PP-tjeneste og fastlege eller annet helsepersonell kan oppdage sykdom eller funksjonsnedsettelse hos barnet. Ved slik mistanke skal det veiledes og henvises videre. Det er vesentlig med systemer og rutiner for tverrfaglig samarbeid for å gi tidlig intervensjon. Foreldrenes bekymringer skal alltid tas på alvor.

4.7.2 Barn med habiliteringsbehov i barnehage

De fleste barn med habiliteringsbehov går i barnehage. Barnehagen skal tilby alle barn et rikt, variert, stimulerende og utfordrende læringsmiljø, 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.

Kommunen er barnehagemyndighet og 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.

Barnehagepersonalet må få nødvendig informasjon om sykdom eller funksjonsnedsettelse som fører til behov for tilrettelegging. Slik informasjon kan gis av foreldrene eller av PP-tjenesten eller helse- og omsorgstjenesten, med samtykke fra foreldrene. Barnehagepersonalet kan bidra med viktig informasjon om barnets trivsel og utvikling i barnehagen til samarbeidspartnere, både innenfor utdanning og helse- og omsorgstjenesten, etter samtykke fra foreldrene. Personopplysninger og sensitiv informasjon kan kun overføres etter samtykke. Det må gjøres en vurdering av hvilken informasjon som er nødvendig i hvert enkelt tilfelle.

Barnehageloven § 13
Rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver, Kunnskapsdepartementet

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

4.7.3 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 prioritert 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

4.7.4 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, 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

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

4.7.5 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. På bakgrunn av en sakkyndig vurdering fra PP-tjenesten fatter kommunen enkeltvedtak om at spesialpedagogisk hjelp enten innvilges eller avslås. Dersom kommunen fatter enkeltvedtak som avviker fra PP-tjenestens tilrådning, må dette begrunnes. Foreldrene har klagerett på enkeltvedtaket, og Fylkesmannen er klageinstans.

I de tilfellene der barnets helsetilstand gjør at barn ikke kan delta i et daglig barnehagetilbud, er det særlig viktig med samarbeid mellom familien, helse- og omsorgstjenesten og utdanning slik at barnet får et godt og samordnet tilbud.

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 i denne saken. Sara er allerede henvist dit og er under utredning. PP-tjenesten tar kontakt med helsestasjonen om utredningen på HABU med samtykke fra Saras foreldre. PP-tjenesten vurderer at Sara har behov for spesialpedagogisk hjelp i barnehagen. Kommunen fatter 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. Koordinator 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. Dernest skal koordinator sørge for at alle tjenesteyterne rundt Sara samordner sine innsatser, i henhold til hennes individuelle plan.

4.8 Grunnskolealder

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 funksjonsnedsettelse 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.

4.8.1 Ansvaret 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. 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 også for å få nødvendig informasjon. Helsepersonell har plikt til å gi informasjon om helse- og omsorgstjenester barnet og familien kan ha rett til. Dette skal skje på et tidlig tidspunkt. Avlastningstilbud, støttekontakt, 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 utviklings- og læringsbetingelser for barn og unge uavhengig av medisinske tilstander skal følges opp innenfor utdanningssektoren.

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

4.8.2 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. Det er skolen, som med foreldrenes samtykke sender en henvisning til PP-tjenesten dersom eleven ikke får et tilstrekkelig utbytte av opplæringen, og kan ha behov for spesialundervisning. 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. Dersom kommunen eller fylkeskommunen fatter enkeltvedtak som avviker fra PP-tjenestens tilrådning, må dette begrunnes. Foreldrene eller eleven har rett til å klage på vedtaket. Fylkesmannen er klageinstans.

Skoleeier kan søke om tjenester fra statlig spesialpedagogisk tjeneste (Statped) i saker hvor kommunen eller fylkeskommunen selv ikke har tilstrekkelig kompetanse. Det understrekes at det er nødvendig med samtykke fra elev eller foreldre, før Statped involveres i saken.

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

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

Opplæringsloven kapittel 5

Veilederen Spesialundervisning, Utdanningsdirektoratet
www.udir.no/tidliginnsats

4.8.3 Hjelpemidler på skolen

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

Elevene har rett 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 Hjelpemiddelsentralen 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. Utgifter til læremidler og programvare som brukes i opplæringen og som ikke er knyttet til eleven personlig, skal dekkes av skolene.

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

Eva er 7 år og har cerebral parese. Hun sitter i rullestol og har få viljestyrte bevegelser. I tillegg er hun blind og har ikke talespråk. Hun får mat og drikke via sonde og en knapp på magen. Undersøkelser har vist at hun har kontinuerlig epileptisk aktivitet i hjernen, og hun har stadig anfall som krever medisiner. Nedsatt lungefunksjon krever at hun får behandling i form av pustemaske flere ganger gjennom dagen.

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. 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 og individuelle opplæringsplan fremgår det at hun har en assistent som jobber med henne på skolen. Dette er nødvendig for at Evas skolehverdag skal fungere bra. Assistenten gir henne mat og drikke gjennom sonde, gir pustemaske flere ganger daglig, sørger for stillingsendringer, setter Eva opp i ståhjelpemiddel, beveger leddene etter veiledning fra fysioterapeut for å unngå stivhet i leddene, deltar på ukentlige fysioterapikonsultasjoner og i bassenggruppe med Eva. Assistenten jobber også med stimulering etter veiledning fra pedagog og utfører nødvendig stell og bleieskift. Ved epilepsianfall som varer ut over forventet tid, gir assistenten medisin. Medisiner oppbevares på skolen. Eva har kommunal koordinator som etter avtale med foreldrene innkaller involvert personale som assistent, pedagog, fysio- og ergoterapeut, ansatte ved habiliteringstjenesten og i avlastningsboligen til ansvarsgruppemøte om lag to ganger pr. år. Foreldrene synes den individuelle opplæringsplanen fungerer godt for arbeidet rundt Eva i skoletiden og ser ikke behov for Individuell plan i tillegg på nåværende tidspunkt.

Siden Eva er blind og mangler verbalt språk, er kommunikasjon 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 fra skolen er med Eva til kontroller hos fysioterapeut og ergoterapeut i habiliteringstjenesten. Da Eva gikk i barnehagen, søkte kommunen om tjenester fra Statped. Statped veiledet personalet i barnehagen over tid og har også vært inne og observert Eva og veiledet de ansatte på skolen.

4.9 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 kan bidra til tilrettelagt informasjon og veiledning om tema de unge spør om.

Den unge får flere rettigheter i denne perioden. Myndighetsalder er 18 år og medfører større rettigheter og plikter, men helserettlig myndighetsalder er 16 år. Barn som har fylt 15 år avgjør selv spørsmål om valg av utdanning.

4.9.1 Ungdommens medvirkning og selvbestemmelse

Helserettlig myndighetsalder innebærer at ved fylte 16 år er det den unge selv som skal samtykke til helsehjelp. Informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldrenes omsorgsplikt skal likevel gis foreldre eller andre med foreldreansvaret når pasienten er under 18 år.

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 skolerettlig myndighetsalder. Foreldreansvaret gjelder frem til fylte 18 år.

Skolen er forpliktet til å samarbeide med hjemmet. Foreldresamarbeidet skal 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 overføring av informasjon mellom dem som samarbeider.

Barneloven §§ 31-33
Opplæringsloven § 3-1
Pasient- og brukerrettighetsloven §§ 4-3, 4-4 og 4-5
Forskrift til opplæringsloven § 20-4
Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator kapittel 5

Rundskriv Udir-7-2010: Foreldresamarbeid i grunnskolen og videregående opplæring

4.9.2 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 er tjenester som ungdom kan ha behov for. Forebyggende og helsefremmende tjenester er også aktuelt for ungdom med funksjonsnedsettelse. Skolehelsetjenesten og helsestasjonen for ungdom skal tilby tjenester også til denne gruppen.

For utredningsrutiner i forbindelse med avdekking av nedsatt funksjonsevne, se grunnskolealder, kapittel 4.7.

4.9.3 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 legning og seksuelle overgrep og fysisk og psykisk helse. Andre tema kan være trivsel, kropp, fysisk aktivitet, ernæring, spiseforstyrrelser, vold, forebygging av kjønnslemlestelse og tvangsekteskap, mobbing, rus og røyking.

4.9.4 Retten til spesialundervisning

Elever i videregående opplæring og lærekandidater 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 kapittel 4.7.2.

4.9.5 Hjelpemidler i skolen

For elever i videregående opplæring gjelder de samme reglene som for elever i grunnskolen. Se kapittel 4.7.3.

4.10 Helsehjelp i skolehverdagen

Ungdom som har fullført grunnskolen eller tilsvarende opplæring har etter søknad rett til videregående opplæring. Opplæringen skal være i samsvar med fag- og timefordelingen. Det betyr at elevene har rett til et bestemt antall timer i de ulike fagene. 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 en elev er fraværende fra 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) på at fraværet skyldes helsemessige årsaker, kan kreve at fravær inntil 10 skoledager i et skoleår ikke skal 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, må 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 eleven skal få et forsvarlig utbytte av opplæringen. Helsepersonell kan i slike tilfeller bidra til utformingen av mål og tiltak i den individuelle opplæringsplanen.

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

4.10.1 Fysioterapeut og ergoterapeut

Fysioterapeuten er en viktig samarbeidspartner for tilrettelegging av aktivitet i skolen, tilrettelegging av kroppsøvingstimer og veiledning av personalet. Fysioterapeuten kan samarbeide med kroppsøvingslæreren og lage forslag til treningsøkter i kroppsøvingen i grupper eller individuelt.

Fysioterapeuten samarbeider med ergoterapeut i utprøving og tilpasning av tekniske og ortopediske hjelpemidler. Veiledning til ungdommen og dennes foreldre og tjenesteytere er en viktig del av oppfølgingen.

4.10.2 Assistenter

Bruk av assistent kan være en del av tilpasningen skolen gjør for å legge til rette for at opplæringen skal kunne gjennomføres. Elever som har behov for praktisk bistand fra assistent for å kunne fungere i skolehverdagen, bør ikke måtte gå veien om sakkyndig vurdering og enkeltvedtak om spesialundervisning for å få hjelp og støtte. Det følger av retten til videregående opplæring at elever som har behov for det, får nødvendig bistand.

Assistenter kan både ivareta enkeltelevers behov for hjelp og avlaste lærerne med å bidra til å skape et godt læringsmiljø i klassen eller i gruppen. De kan assistere undervisningspersonalet, gi praktisk hjelp til elevene eller følge opp elevene utenfor klassen eller gruppen. Kommunen har en plikt til å ha tilbud om brukerstyrt personlig assistanse, men avgjør selv hvilke tjenester som skal tilbys den enkelte bruker, og om de skal gis i form av brukerstyrt personlig assistanse. Kommunen skal rådføre seg med brukeren og legge stor vekt på brukerens synspunkter.

Både en assistent som er ansatt på skolen og en BPA kan ha oppfølgingsoppgaver mens eleven er på skolen. Assistentene har ulike funksjoner og bør ikke overta hverandres oppgaver ettersom de begge er viktige i elevens skolehverdag. BPA er brukerstyrt og kan brukes på den arenaen bruker ønsker det. Kommunen bevilger et antall timer til BPA.

Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-8 og 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b
Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 annet ledd
Opplæringsloven § 10-11

Case Pål:

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 for kroppsøving. 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 tema.

Når lærer planlegger undervisningen har han diskutert 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 underveivurderingen og å fastsette standpunktkarakteren til Pål.

4.11 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. Pasientenes rettigheter til opplæring etter opplæringsloven gjelder uavkortet i institusjon. Dette betyr at skolevirksomheten i institusjonene er omfattet av de samme lov- og forskriftsbestemmelser som ordinær grunnskole og videregående opplæring. Pasienter i institusjon har krav på opplæring i samsvar med Læreplanverket for Kunnskapsløftet og fag- og timefordeling og læreplanene for fag.

Retten til opplæring gjelder først og fremst heldøgns pasienter, men kan også omfatte dagpasienter og polikliniske pasienter. Det må da foretas en konkret vurdering i det enkelte tilfelle om behovet. 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 systemet. 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.

Opplæringsloven § 13-3a

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

4.11.1 Opphold på trenings- eller habiliteringsinstitusjon

Innen habilitering i spesialisthelsetjenesten kan det i noen tilfeller være aktuelt å tilby såkalt intensiv trening. Med intensiv trening mener Helse- og omsorgsdepartementet tilbud om daglige trenings- eller aktivitetstilbud med intensitet og omfang tilpasset barnets alder og funksjonsnivå. Intensiv trening skal være målrettet og bidra til utvikling av barnet, både motorisk, sosialt og mentalt. Intensive trenings- og aktivitetstilbud innenfor barnehabiliteringstjenesten forutsettes gitt i tidsavgrensede perioder. Treningsperiodene vil danne grunnlag for tilrettelegging av det videre trenings- eller aktivitetstilbud i barnets hverdag, for eksempel i barnehage og skole.

Det regionale helseforetaket skal sørge for tilbud om intensiv trening som inngår i en individuell habiliterings-/rehabiliteringsplan. Det regionale helseforetaket har også ansvar for å sørge for tilbud om trening og oppøving av funksjon og ulike individuelle ferdigheter som krever spesialisert tilrettelegging og veiledning. Det er etablert tilbud om intensiv trening innenfor alle helseregioner, vanligvis i regi av habiliteringstjenesten for barn og unge.

En elev som har opphold på en trenings- eller habiliteringsinstitusjon, har rett til opplæring. Barnets rettigheter til opplæring etter opplæringsloven gjelder uavkortet i institusjon.

Barn og unge har vanligvis med seg foreldre under opphold i spesialisthelsetjenesten for intensiv trening. Ansatte i kommunen kan også få tilbud om å delta. Intensiv trening omfatter ofte motorikk, spising, ASK (alternativ og supplerende kommunikasjon) og mestringsgrupper hvor målsetningen kan

være læring om egen funksjonshemning, mestring, selvstendighet og forberedelse til ungdom og voksenliv.

Perioder med intensiv trening i spesialisthelsetjenesten kan forbedre barnets funksjonsnivå og samtidig gi læring til ansatte i kommunen. Samarbeid og felles planlegging både før, under og etter et slikt intensivt treningsopphold av stor betydning. Dersom det av andre årsaker enn intensiv trening er nødvendig med langvarige eller hyppig gjentakende innleggelse i spesialisthelsetjenesten, må det også samarbeides godt.

Opplæringsloven § 13-3a
Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 13 annet ledd b

4.12 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 § 5-1

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

4.13 Bruk av tvang og makt i helse- og omsorgstjenesten

De fleste barn og unge med habiliteringsbehov vil kunne motta nødvendige tjenester uten ekstra tiltak som inkluderer bruk av tvang og 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. Den som blir gjenstand for bruk av tvang og makt, skal ha diagnosen utviklingshemmet. Helse- og omsorgstjenesteloven regulerer bruk av tvang og makt i slike situasjoner.

Bruk av tvang og makt defineres som et 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.

Forholdene skal legges til rette for minst mulig bruk av tvang og makt, og det er krav om forebyggende tiltak og faglig og etisk forsvarlighet. Andre løsninger skal være prøvd først. Kommunen skal påse at det er oppnevnt verge eller hjelpeverge.

Tvang og makt kan anvendes som planlagt tiltak i (gjentatte) nødsituasjoner eller for å dekke brukerens grunnleggende behov for mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet, herunder opplærings- og treningstiltak.

Den som har det daglig ansvaret for tjenesten skal fatte vedtak om tidsbegrenset bruk av tvang og makt. Habiliteringstjenesten skal bistå ved utforming av tiltakene og bistå ved gjennomføringen. Vedtaket skal straks sendes til Fylkesmannen for overprøving. Vedtaket skal samtidig sendes til habiliteringstjenesten, verge og pårørende, som kan uttale seg til Fylkesmannen. Gjennomførte tiltak der det brukes tvang og makt, skal dokumenteres i journal.

Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9

Ot.prp. nr. 55 (2002-2003) Om lov om endringer i lov om sosiale tjenester m.v. og lov om helsetjenesten i kommunene (rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning)

4.14 Bruk av tvang og makt i utdanningssektoren

Barnehageloven og opplæringsloven åpner ikke for bruk av tvang. Likevel kan det oppstå 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. Personalet har dessuten en særlig plikt til å ha omsorg for barna eller den unge i barnehage- og skoletiden. Personalet har derfor ikke bare rett, men også plikt til å gripe inn for å hindre at barnet eller den unge skader eller plager andre, eller skader seg selv eller eiendom. Reglene om nødrett og nødverge kan i ekstraordinære tilfeller kunne komme til anvendelse. Adgangen til å bruke nødrett og nødverge er meget snever, og dette vil alltid bli utført for å forsvare noen eller noe.

Litteratur det er henvist til

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

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

Habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten, IS-1820, Helsedirektoratet

Habiliteringstjenesten for voksne i spesialisthelsetjenesten, IS-1739, Helsedirektoratet

<http://skoleanlegg.utdanningsdirektoratet.no/id/2432.0>

Feltkode endret

Håndbok om helse- og omsorgstjeneste i kommune, IS-1579, Helsedirektoratet

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

Meld. St.18 (2010-2011) Læring og fellesskap. Tidlig innsats og gode læringsmiljøer for barn, unge og voksne med særlige behov

Miljø og helse i barnehagen, IS-2072, Helsedirektoratet

Miljø og helse i skolen, IS-2073, Helsedirektoratet

Nasjonal faglig retningslinje for oppfølging av for tidlig fødte barn, IS-1419, Helsedirektoratet

Ot. prp. nr. 55 (2002-2003) Om lov om endringer i lov om sosiale tjenester m.v. og lov om helsetjenesten i kommunene (rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning)

Rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver, Kunnskapsdepartementet

Samhandlingsdokument til rammeavtale mellom NAV Hjelpemiddelsentral og kommunene, NAV

Taushetsplikt og samhandling i kommunalt arbeid for barn, ungdom og familier, Veileder, KS

Tipshefte for individuell plan, IS-1544, Helsedirektoratet

Veileder for opplæring av barn og unge med hørselshemming, Utdanningsdirektoratet

Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge, IS-1570, Helsedirektoratet

Veilederen Spesialpedagogisk hjelp, Utdanningsdirektoratet

Veilederen Spesialundervisning, Utdanningsdirektoratet

www.aktivung.no

Feltkode endret

www.fritidforalle.no

Feltkode endret

www.udir.no/Laringsmiljo/SFO/

Feltkode endret

www.udir.no/Regelverk

Feltkode endret

www.udir.no/tidliginnsats

Feltkode endret