

Kategori: Pasientbehandling/Pasientadministrasjon/Administrative rutiner	Gyldig fra/til:02.11.2022/02.11.2025
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Fellesdokumenter/Pasientbehandling	Versjon: 10.01
Godkjenner: Edith Victoria Lunde	Retningslinje
Dok. ansvarlig: Edith Victoria Lunde	Dok.id: D30373

1 Formål (1,2,3,4)

Sikre at pasienter med behov for komplekse, eller langvarige og koordinerte tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven får tilbud om en koordinator for samordnede og koordinerte tjenester.

2 Omfang (3)

Retningslinjene gjelder for alle enheter med klinisk virksomhet i Helse Bergen, både dag-, døgn-, poliklinisk og ambulant behandling.

3 Ansvar (3)

Koordinerende enhet har ansvar for at det foreligger et system med overordnet retningslinje for koordinator i Helse Bergen. Nivå 2 lederne har ansvar for at retningslinjen gjennomføres.

4 Avklaring av begreper

4.1 Koordinator i spesialisthelsetjenesten (1, 3)

Er behandlende helsepersonell i spesialisthelsetjenesten som har fått tildelt rolle som koordinator etter pkt. 5.1 i denne retningslinjen. Tilbud om koordinator skal gis uavhengig av om pasienten har behov for, eller ønsker individuell plan (IP).

Avdelingen må vurdere hvilket helsepersonell som er best egnet til å ivareta funksjonen i hvert enkelt tilfelle/for ulike pasientgrupper¹.

4.2 Enhetsleder i spesialisthelsetjenesten

Hvem som skal inneha denne funksjonen i de ulike avdelingene og klinikkene i Helse Bergen er det opp til den enkelte nivå 2 leder i Helse Bergen å ta stilling til for sine enheter.

4.3 Komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester (3,4)

- Komplekse: Innebærer at pasienten har behov for tjenester fra flere behandlingseenheter, fra ulike avdelinger i en behandlingseenhet og fra flere profesjoner.
- Langvarige: En viss varighet, men ikke noe minstetid (vurderes i sammenheng med punkt c).
- Koordinerte: To eller flere tjenester hvor det er behov for koordinering.

¹ Forsvarlighetskravet vil sette begrensninger for hvilket helsepersonell som kan ivareta funksjonen

Begrepene bør tolkes slik at man fanger opp de pasientene som har et reelt behov for en koordinator i spesialisthelsetjenesten.

5 Oppgaver og ansvar

5.1 Om oppnevning av koordinator (1,2,3,5,6)

- a. Oppnevning av koordinator må vurderes når pasienten har behov for komplekse, eller langvarige og koordinerte tjenester. [Pasient og brukerrettighetsloven §2-5b rett til koordinator.](#)
- b. Koordinator kan ikke oppnevnes uten samtykke² fra pasienten, eller den som kan samtykke på vegne av pasienten, herunder verge. Dette avklares av helsepersonellet som har avdekket behovet eller av behandlingsansvarlig lege.
- c. Det helsepersonellet som avdekker behovet, har ansvar for å melde fra til enhetsleder om dette.
- d. Enhetsleder har ansvar for oppnevning av koordinator.
- e. Oppnevning av koordinator bør gjøres i samarbeid med pasienten.
- f. For umyndige eller pasienter uten samtykkekompetanse, skal det innhentes samtykke fra den som har rett til å samtykke på vegne av pasienten.
- g. Når oppnevning av koordinator har skjedd, skal dette så snart som mulig gjøres kjent for pasienten/pårørende/verge og – når det er aktuelt – gjøres kjent for koordinerende enhet i pasientens hjemkommune. Adressene til koordinerende enhet (KE) i den enkelte kommune, ligger som rekvisit i DIPS. Oversikt over hvem som ivaretar funksjonen som KE i den enkelte kommune, finnes på [nettsiden til Regional koordinerende enhet.](#)
- h. Enhetsleder har ansvar for at det blir formidlet hvilken rolle og oppgaver koordinator skal ivareta overfor pasienten, pårørende/verge og andre tjenesteytere. Enheten bør utforme interne rutiner.
- i. Enhetsleder har ansvar for at det blir ført notat i pasientjournal om at koordinator er oppnevnt. Navn, tittel og telefonnummer til koordinator skal dokumenteres i pasientjournal. Her skal det også registreres om pasienten er informert. Se egen [rutine i DIPS om oppnevning og avslutning av koordinatorrollen.](#)
- j. Dersom pasienten skal overføres til en annen enhet, må den kliniske enheten/avdelingen som har hovedansvar for utredning og behandling av grunntilstand/lidelse, vurdere om det er nødvendig å oppnevne ny koordinator (jamfør eventuell intern rutine for avdelingen/enheten). Dette må drøftes med den enheten/avdelingen pasienten skal overføres til.
- k. I tilfeller der Haraldsplass Diakonale sykehus (HDS) (eller andre sykehus) avdekker behov for koordinator for pasienter som har tjenester fra begge sykehusene, og der koordinatoransvaret åpenbart bør ligge til Helse Bergen (HB) eventuelt at pasienten har behov for koordinator både ved HDS og HB, skal KE ved HDS kontakte KE i HB som så tar saken videre inn i HB via sin(e) kontaktpersoner i avdelingen(e). Når det gjelder pasienter som er inneliggende ved HDS og som skal overføres til HB, skal KE ved HDS be om å få oppnevnt en koordinator ved henvisningen/overføringen til den aktuelle avdelingen.
- l. For pasienter med gjentatte innleggelser, bør det ved oppnevning av koordinator i størst mulig grad legges opp til at pasienten får den samme koordinator ved hvert opphold.

5.2 Rollen som koordinator i spesialisthelsetjenesten (1,3,4,7,8)

² Her er det tilstrekkelig at ansvarlig helsepersonell dokumenterer i pasientens journal at pasienten er informert og at pasienten har samtykket til oppnevning av koordinator.

- a. Koordinator skal sørge for nødvendig samordning av involvert personell i spesialisthelsetjenesten før, under og etter innlegging i institusjon, for eksempel ved polikliniske forundersøkelser, ved oppfølging og etterbehandling.
- b. Koordinator skal samhandle med kommunal koordinator ved behov, og har plikt til å samarbeide med andre instanser når det er nødvendig for å sikre videre oppfølging etter utskriving.
- c. Koordinatoransvaret utøves i tett samarbeid med eventuell kontaktlege eller behandlingsansvarlig lege og andre som inngår i behandlinga (for eks. tverrprofesjonelle team).
- d. Forholdet mellom kontaktlege og koordinator
Kontaktlegens rolle er å være pasientens medisinskfaglige kontakt. Henvendelser og kontakt med annet helsepersonell som er av medisinskfaglig karakter håndteres som hovedregel av kontaktlegen, mens praktisk tilrettelegging og samordning av ulike tjenestetilbud utføres av koordinator. Kontaktlegen kan delegere oppgaver til koordinator der det er forsvarlig og hensiktsmessig, og avklart med koordinator.
Kontaktlegen er for eksempel i dialog med fastlegen i medisinske spørsmål, mens koordinator er i dialog med koordinator i kommunen om praktiske spørsmål og med andre tjenesteytere, etater og institusjoner om forhold der det er aktuelt å samordne tjenester. Se for øvrig retningslinje om kontaktlege.
- e. Forholdet mellom forløpskoordinator og koordinator
Pasienter som omfattes av [pakkeforløp](#) med tilhørende forløpskoordinator, vil ofte ha behov for «koordinerte tjenester», eventuelt «komplekse eller langvarige tjenester», og oppfyller dermed vilkårene for å få tilbud om koordinator i spesialisthelsetjenesten. For disse pasientene vil det være naturlig at det er forløpskoordinatoren som ivaretar den lovpålagte koordinatorrollen.
- f. Dersom pasienten har behov for langvarige og koordinerte tjenester, skal koordinator undersøke om pasienten har behov for IP, samt informere pasient/pårørende om retten til og formålet med denne planen.
- g. Dersom vedkommende har IP, kan koordinator i spesialisthelsetjenesten ta direkte kontakt med pasientens koordinator i kommunen.
- h. Koordinator har ansvar for å bidra til framdrift i arbeidet med individuell plan i den perioden pasienten er innlagt i spesialisthelsetjenesten.
- i. Dersom pasienten har behov for, og ønsker en IP som omfatter tjenester fra både spesialist- og kommunens helse- og omsorgstjeneste, skal koordinator snarest mulig varsle den koordinerende enheten for habilitering og rehabilitering (KE) i pasientens hjemkommune. Brevmal i DIPS skal brukes. Se for øvrig regional rutine: [Registrere og sende melding om vurdert behov for individuell plan og koordinator](#)
- j. Ved behov, skal koordinator fra spesialisthelsetjenesten bistå kommunens koordinator i arbeidet med IP, og bidra med nødvendig dokumentasjon av helsetilstand og funksjonsnivå. Dette er særlig viktig ved endringer av helsetilstanden.
- k. Koordinator har ansvar for å følge opp innspill fra pasient og pårørende/verge, og bidra til en prosess som sikrer brukermedvirkning og god dialog.
- l. Koordinator skal samarbeide med barnekoordinator dersom dette er opprettet etter [Helse- og omsorgstjenesteloven §7-2a barnekoordinator](#).

Internasjonale studier og rapporter fra Folkehelseinstituttet, støtter opp om koordinert behandling/bruk av koordinator mellom etater i kommunehelsetjenesten og mellom 1. og 2. linjetjenesten (9,10). Sverige bruker begrepet fast vårdkontakt som tilsvarer koordinatorrollen i Norge (11,12). En fersk doktorgradsavhandling (Høyem 2019) sier at *Den norske politikken med lovpålagte koordinatorroller i sykehus bruker argumenter relatert til sammenhengende pasientforløp som er i tråd med hva pasienter uttrykker ønske om og*

konkluderer blant annet med at *koordineringstiltak må skreddersys for å imøtekomme individuelle behov* (13)

- 5.3 Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten (1)
- Helseforetaket skal ha en koordinerende enhet (KE) for habilitering og rehabilitering
 - [KE i Helse Bergen HF](#) har et overordnet ansvar for opplæring og veiledning av koordinator.
 - KE arrangerer *Dialogforum* for koordinator i Helse Bergen HF som del av opplæringsansvaret.
 - KE kan bidra med opplæring/veiledning direkte til kliniske avdelinger på etterspørsel
 - KE i Helse Bergen er organisatorisk plassert i [Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering](#) ved ReHabiliteringsklinikken.

6 Rett til å klage (5)

Helsepersonell har ansvar for å orientere pasient eller representant for pasienten om retten til å klage på at pasient ikke har fått oppnevnt koordinator. Rett klageinstans Statsforvalteren i Vestland. For regler om klage se [Pasient- og brukerrettighetsloven §7-2](#).

Referanser

Interne referanser

[1.2.8-03](#)

[Individuell plan \(IP\)](#)

[1.2.8-13](#)

[Kontaktlege/-psykolog i spesialisthelsetjenesten, Helse Bergen](#)

Eksterne referanser

[2.43.1 Meld. St. 11 Nasjonal helse - og sykehusplan \(2016 - 2019\)](#)

[6.11.4.1 Tjenesteavtale 2 mellom kommunene i Helse Bergen sitt foretaksområde og Helse Bergen m.fl.](#)

[6.11.4.2 BMJ Best practice - Pasient discussions](#)

[6.11.4.3 BMJ Best Practice. Personality disorders](#)

[2.12.7.7 Folkehelseinstituttet \(2014\) Samhandling om helsetjenestene til pasienter med kroniske tilstander](#)

[2.12.7.8 Folkehelseinstituttet \(2014\). Koordinering av psykososialt arbeid - erfaringer og resultater fra Nedre Romerike](#)

[2.12.7.9 Folkehelseinstituttet \(2014\). Koordinering av psykososialt arbeid - erfaringer og resultater fra Asker kommune, Bærum kommune og Asker - og Bærumklinikken, Allklinik for psykisk helsevern](#)

[2.12.7.10 Folkehelseinstituttet \(2014\). Koordinering av psykososialt arbeid - erfaringer og resultater fra Folloklinikken og syv tilhørende kommuner](#)

[6.11.4.4 Sosialstyrelsen \(2017\). Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan](#)

[6.11.4.5 Sosialstyrelsen \(2015\). Effekter av individuell samordning av vård- och omsorgsinsatser för de mest sjuka äldre - En systematisk översikt](#)

[6.11.4.6 A. Høyem \(2019\). Continuity of care for patients with long-term complex needs - implications for clinical hospital practice](#)

[1.9.1 Helsepersonelloven - Lov om helsepersonell m.v.](#)

- [1.9.4.1 Prop. 91 I \(2010-2011\) Lov om kommunale helse - omsorgstjenester m.m-](#)
[1.17.1 Pasient- og brukerrettighetsloven - Lov om pasient- og brukerrettigheter](#)
[1.19.5 Spesialisthelsetjenesteloven - Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.](#)
[1.19.5.1 Rundskriv IS-5/2013 Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer m.m.](#)
[1.9.3 Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og kordinator](#)

Eksterne referanser

1. [Spesialisthelsetjenesteloven - Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.og Rundskriv IS-5/2013 Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer m.m.](#)
2. [Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og kordinator §4,6,11,17,22](#)
3. [Nasjonal veileder - Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#)
4. [Prop. 91 I \(2010-2011\) Lov om kommunale helse - omsorgstjenester m.m-](#)
5. [Pasient- og brukerrettighetsloven - Lov om pasient- og brukerrettigheter](#)
6. [Meld. St. 11 Nasjonal helse - og sykehusplan \(2016 - 2019\)](#)
7. [Tjenesteavtale 2 mellom kommunene i Helse Bergen sitt foretaksområde og Helse Bergen m.fl.](#)
8. [Helsepersonelloven - Lov om helsepersonell m.v.](#)
9. [BMJ Best Practice. Personality disorders / BMJ Best practice - Pasient dicussions](#)
- 10a. [Folkehelseinstituttet \(2014\) Samhandling om helsetjenestene til pasienter med kroniske tilstander](#)
- 10b. [Folkehelseinstituttet \(2014\). Koordinering av psykososialt arbeid - erfaringer og resultater fra Nedre Romerike](#)
- 10c. [Folkehelseinstituttet \(2014\). Koordinering av psykososialt arbeid - erfaringer og resultater fra Asker kommune, Bærum kommune og Asker - og Bærumklinikken, Allklinikk for psykisk helsevern](#)
- 10d. [Folkehelseinstituttet \(2014\). Koordinering av psykososialt arbeid - erfaringer og resultatene fra Folloklinikken og syv tilhørende kommuner](#)
11. [Sosialstyrelsen \(2017\). Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan](#)
12. [Sosialstyrelsen \(2015\). Effekter av individuell samordning av vård- och omsorgsinsatser för de mest sjuka äldre - En systematisk översikt](#)
13. [A. Høyem \(2019\). Continuity of care for patients with long-term complex needs - implications for clinical hospital practice](#)