

Dokumentansvarlig:	Lena Oprand Heggelund	Dok. id:	RL11173
Godkjent av:	Glenn-Helge Hattmann	Versjonsnummer:	3
Gyldighetsområde:	UNN HF	Neste rev. dato:	21.03.2027

Innhold

0	Endringer siden forrige versjon	1
1	Hensikt	1
2	Omfang	1
3	Grunnlagsinformasjon	1
4	Ansvar for oppnevning av koordinator	2
5	Arbeidsbeskrivelse	2
5.1	Vurdering av behov for koordinator i spesialisthelsetjenesten	2
5.2	Oppnevning av koordinator i spesialisthelsetjenesten	2
5.3	Bytte av koordinator	3
6	Koordinatoroppgaver	3
7	Ansvarsfordeling og dokumentasjon	3
8	Tvist/klagerett	3
9	Referanser	4

0 Endringer siden forrige versjon

Første versjon

1 Hensikt

Sikre at pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester får:

- Informasjon om ordningen koordinator i spesialisthelsetjenesten
- Oppnevnt koordinator blant helsepersonell ved den avdelingen som har det daglige ansvaret for pasienten

2 Omfang

Ledere i kliniske enheter i spesialisthelsetjenesten, både dag-, døgn-, polikliniske- og ambulante tjenester, som har lederansvar for helsepersonell som er aktuelle som koordinatore.

3 Grunnlagsinformasjon

Pasienter med komplekse eller langvarige behov for koordinerte tjenester skal tilbys koordinator som skal følge opp pasienten og sikre samordning av tilbudet og framdrift i arbeidet med individuell plan. Helseforetaket skal ha en koordinerende enhet som gir opplæring og veiledning til koordinator, se [spesialisthelsetjenesteloven](#), [forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator](#), og tilhørende [veileder](#).

Koordinator i spesialisthelsetjenesten

- Helsepersonell som har fått tildelt rolle som koordinator etter pkt. 5.2 i denne retningslinjen, og som har koordineringsansvar overfor navngitt pasient.

Skal tilbys koordinator: Pasienter med komplekse eller langvarige behov for koordinerte tjenester

- Komplekse: innebærer at pasienten har behov for tjenester fra flere behandlingsenheter, fra ulike avdelinger i en behandlingsenhet og/eller fra flere profesjoner

- Langvarige: en viss varighet men ikke noe minstetid
- Koordinerte: to eller flere tjenester der det er behov for koordinering

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

Koordinerende enhet

- Hvert helseforetak skal ha en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering (KE) som har det overordnede ansvaret for helseforetakets arbeid med koordinator og individuell plan

4 Ansvar for oppnevning av koordinator

Se flytskjema [SJ18429](#) «Oppnevning av koordinator i spesialisthelsetjenesten» for ansvar og arbeidsflyt.

- Leder av klinisk enhet er ansvarlig for implementering av retningslinjene innenfor sitt ansvarsområde, herunder oppnevning av koordinator for pasienter som trenger og ønsker det, se punkt 5.2 i denne retningslinjen.
- Leder av klinisk enhet har ansvaret for å oppnevne koordinator og avklare sammen med aktuell koordinator hva koordineringen for den enkelte pasient skal omfatte.
- Lederen skal gi myndighet og rammebetingelser til koordinatoren for å kunne utøve funksjonen, og sørge for at koordinatoren får nødvendig opplæring. Se FB1616 om koordinators oppgaver.
- Dersom det er uklart hvilken klinisk enhet som har ansvaret for å oppnevne koordinator skal saken meldes til [koordineringsmottaket på UNN](#), se flytskjema i punkt 7 i denne retningslinjen. Koordineringsmottaket vil i samråd med [klinisk koordineringsnettverk](#) i UNN vurdere retten til koordinator og sikre en evt. oppnevning.
- Koordinerende enhet (KE) i helseforetaket har et overordnet ansvar for å drive opplæring og veiledning av av koordinatorene i spesialisthelsetjenesten. I UNN er disse oppgavene lagt til koordineringsmottaket.

5 Arbeidsbeskrivelse

5.1 Vurdering av behov for koordinator i spesialisthelsetjenesten

- For pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven skal det oppnevnes koordinator.
- Vurdering av behov for koordinator skjer så tidlig som mulig etter igangsatt utredning/behandling. Vurderingen skal gjøres på bakgrunn av pasientens behov for koordinert innsats.
- Det helsepersonell som avdekker behovet for koordinator har ansvar for å melde fra til nærmeste leder om dette.
- Ved behov for koordinator, undersøk om pasienten allerede har koordinator i spesialisthelsetjenesten.
- Der pasient/pårørende mener behovet for koordinator er til stede men ikke får oppnevnt, kan de selv be om ny vurdering.
- Ny vurdering gjøres dersom situasjonen endrer seg. Gjelder også om koordinator kan avsluttes.

5.2 Oppnevning av koordinator i spesialisthelsetjenesten

- Leder av klinisk enhet der pasienten mottar utredning/behandling har ansvar for oppnevning av koordinator
- Tilbud om koordinator skal gis uavhengig av om pasienten har behov for eller ønsker individuell plan (IP)

- Koordinator skal i samråd med leder avklare hvilket ansvar koordinatoren skal ha overfor den aktuelle pasienten, pårørende og andre tjenesteytere
- Pasienten, eller den som kan samtykke på vegne av pasienten, skal informeres om oppnevning av koordinator, og skal samtykke til oppnevningen
- Pasienten og samarbeidende personell skal motta skriftlig informasjon om oppnevning av koordinator, koordinatorens ansvar, og kontakinformasjon
- Ved avslutning av koordinatorfunksjon for en pasient, informeres de samme

5.3 Bytte av koordinator

- I noen livsfaseoverganger og når nye tjenester kommer inn, eller pasienten overføres til annen avdeling/enhet kan det være behov for å bytte koordinator
- I samråd med pasienten vurdere om det er nødvendig å oppnevne ny koordinator. Om mulig bør koordinatorene overlappes hverandre i overgangsfaser
- Koordinatorordning avsluttes når det ikke lenger er behov

6 Koordinatoroppgaver

Koordinator skal koordinere internt under oppholdet. Koordinator skal være i dialog med kommunen og andre tjenesteytere/etater når samordning av tjenester er aktuelt. Koordinator skal initiere og sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan (IP) når det er aktuelt.

Koordinators oppgaver og funksjon er mer utdypende beskrevet i funksjonsbeskrivelse for koordinator i spesialisthelsetjenesten, [FB1616](#).

Koordinator skal i samråd med leder avklare hvilket ansvar koordinatoren skal ha overfor den aktuelle pasienten, pårørende og andre tjenesteytere.

7 Ansvarsfordeling og dokumentasjon

Som hovedregel er det leder ved den kliniske enheten pasienten mottar oppfølging fra som har ansvaret for å vurdere behov for- og oppnevne koordinator. Dersom det er uklart hvordan dette skal håndteres eller hvilken klinisk enhet som har ansvaret, så skal saken meldes til koordineringsmottaket på UNN i tråd med flytskjemaet under. Koordineringsmottaket vil i samråd med det kliniske koordineringsnettverket i UNN vurdere hvordan koordineringsbehovet bør håndteres og fatte beslutning om hvilken klinisk enhet som skal ha koordineringsansvaret.

Det skal i tillegg fremgå av epikriser at pasienten har fått oppnevnt koordinator, for hvilken periode, og hvordan denne kan kontaktes.

8 Tvist/klagerett

Manglende koordinering av pasientforløp kan være brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 plikt til forsvarlighet og § 2-5 a koordinator, helsepersonelloven § 4 Forsvarlighet og § 38 a Melding om behov for individuell plan og koordinator og/eller pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 Rett til individuell plan.

Dersom pasient eller pårørende erfarer manglende helhet i tilbudet fra spesialisthelsetjenesten kan man klage til [Statsforvalteren](#). Helsepersonellet eller [koordinerende enhet](#) i helseforetaket kan bistå i utforming av en slik klage.

9 Referanser

Referanser i Docmap:

- 1) Funksjonsbeskrivelse for koordinator i spesialisthelsetjenesten, DocMap [FB1616](#)
- 2) Kontaktlegeordningen i spesialisthelsetjenesten, DocMap [RL5859](#)
- 3) Kontaktlegeordningen; oppgaverfordeling, ansvar og arbeidsflyt EPJ DIPS, DocMap [SJ10690](#)
- 4) [PR11066](#) Barn som pårørende i Helse Nord
- 5) [Mandat for klinisk koordineringsnettverk i UNN - \[FB2784\]](#)
- 6) [Funksjonsbeskrivelse for koordineringsmottak i UNN - \[FB2783\]](#)

Andre referanser:

- 1) [Lov om spesialisthelsetjenesten m.m](#) (Spesialisthelsetjenesteloven)
- 2) Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer, [Rundskriv IS-5/2013](#)
- 3) [Lov om helsepersonell \(Helsepersonelloven\)](#)
- 4) [Lov om pasient- og brukerrettigheter](#) (Pasient- og brukerrettighetsloven), kapittel 2
- 5) Lov om pasient- og brukerrettigheter med kommentarer, [IS 8/2015](#)
- 6) [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.](#)
- 7) [Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator](#)
- 8) [Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#), [kapittel 13](#) om individuell plan og koordinator
- 9) [Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov](#)
- 10) [Veileder for kontaktlege i spesialisthelsetjenesten](#)
- 11) [Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten](#)

Andre ressurser:

- E-læringskurs «Koordinator i spesialisthelsetjenesten». Logg inn i [Campus](#), søk etter kurset.
- E-læringskurs for individuell plan på www.helsekompetanse.no. Krever innlogging.
<http://helsekompetanse.no/kurs/e-laering-individuell-plan>
- Alice Kjelleevold «Retten til individuell plan og koordinator» ISBN 978-82-450-1422-8
- Breimo, Janne; Normann, Trine; Sandvin, Johans Tveit; Thommesen, Hanne:
Individuell plan. Samspill og unoter. Gyldendal Akademisk. 2015