

## Innhold

1. Hensikt.....	1
2. Omfang.....	1
3. Grunnlagsinformasjon.....	1
4. Oppgaver for koordinator (KO) i spesialisthelsetjenesten.....	2
4.1 Koordinator skal koordinere behandlingsforløpet i spesialisthelsetjenesten.....	2
4.2 Koordinator skal være i dialog med kommunen og andre tjenesteytere/etater når koordinering av tjenester er aktuelt.....	2
4.3 Koordinator skal sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan (IP).....	2
4.4 Koordinator skal sikre brukermedvirkning.....	3
5. Forholdet til kontaktlege/kontaktpsykolog og andre koordinatorfunksjoner i spesialisthelsetjenesten.....	3
5.5 Kontaktlege/kontaktpsykolog.....	3
5.6 Samarbeid mellom koordinator og kontaktlege/kontaktpsykolog.....	3
5.7 Forholdet til andre koordinatorfunksjoner.....	3
6. Prosess: Vurdering, oppnevning og dokumentasjon.....	4
7. Tvist/klagerett.....	4
8. Referanser.....	5

## 1. Hensikt

Avklare ansvar og oppgaver for koordinator i spesialisthelsetjenesten.

## 2. Omfang

Helsepersonell som blir oppnevnt som koordinator etter spesialisthelsetjenestelovens § 2-5a, jf [RL5945 Oppnevning av koordinator i spesialisthelsetjenesten](#).

## 3. Grunnlagsinformasjon

For pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester skal det oppnevnes koordinator. Koordinator skal følge opp pasienten, sikre koordinering av tilbudet og framdrift i arbeidet med individuell plan.

### **Koordinator i spesialisthelsetjenesten**

Helsepersonell som har fått tildelt rolle som koordinator etter bestemmelsene i [RL5945 Oppnevning av koordinator i spesialisthelsetjenesten](#) og som har koordineringsansvar overfor navngitt pasient.

### **Pasienter med behov komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester skal få oppnevnt koordinator**

- 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

### **Koordinerende enhet**

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering (KE) i helseforetaket har det overordnede ansvaret for helseforetakets arbeid med koordinator og individuell plan. Koordinerende enhet skal gi veiledning og opplæring

### **Lederansvar**

Leder ved 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 [RL5945](#) om oppnevning av koordinator

## **4. Oppgaver for koordinator (KO) i spesialisthelsetjenesten**

Oppgavene til KO er blant annet beskrevet i Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator under kapitlet «[Koordinator i kommunen og spesialisthelsetjenesten](#)» og i [Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov](#).

### **4.1 Koordinator skal koordinere behandlingsforløpet i spesialisthelsetjenesten**

- Være pasientens kontaktperson i spesialisthelsetjenesten
- Sørge for nødvendig oppfølging av pasienten
- Sikre samordning av tjenestetilbudet før – under – etter innleggelse eller konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten

### **4.2 Koordinator skal være i dialog med kommunen og andre tjenesteytere/etater når koordinering av tjenester er aktuelt**

- Samhandle med kommunen og eventuelt andre tjenesteytere eller etater som har eller vil få et behandlings- og/eller oppfølgingsansvar
- Varsle kommunens koordinerende enhet (KE) om behov for koordinator og/eller individuell plan når pasienten også har behov for tjenester etter [helse- og omsorgstjenesteloven](#).

### **4.3 Koordinator skal sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan (IP)**

Individuell plan er et verktøy som skal bidra til at pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester får individuelt tilpassede, helhetlige og koordinerte tjenester. Innhold og omfang i individuell plan skal tilpasses behovene til den enkelte pasient.

Koordinator skal avklare sammen med pasienten:

- Dersom pasienten har IP
  - Om, og i så fall hvilke deler av planen som skal formidles til spesialisthelsetjenesten
  - Om koordinator i spesialisthelsetjenesten kan samhandle direkte med koordinator i kommunen
- Dersom pasienten ikke har IP, men vurderes å ha behov for det:
  - Sikre at pasienten gis informasjon om rett til IP og formålet med IP

- Om pasienten ønsker IP, melde fra om behov for IP til koordinerende enhet i kommunen, og starte på arbeidet med planen. Se helseforetakets retningslinje for IP
- Sikre fremdrift i arbeidet med IP i samarbeid med pasienten og koordinator i kommunen
  - Ved behov bistå kommunens koordinator i arbeidet med IP og bidra med nødvendig dokumentasjon av helsetilstand og funksjonsnivå
  - Sørge for at tiltak for rehabilitering, forebygging av tilbakefall, forverring og forebygging av andre komplikasjoner blir beskrevet i IP

#### 4.4 Koordinator skal sikre brukermedvirkning

- KO skal sikre at pasient og pårørende får god informasjon, veiledning og opplæring
- KO skal sikre god dialog med, og følge opp innspill fra, pasient og pårørende, se [veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten](#)
- Sikre god oppfølging av barn som pårørende, se [PR11066 Barn som pårørende i Helse Nord](#) Barn som pårørende i Helse Nord punkt 2.1

## 5. Forholdet til kontaktlege/kontaktpsikolog og andre koordinatorfunksjoner i spesialisthelsetjenesten

Det vises her til regional retningslinje for Kontaktlegeordningen i spesialisthelsetjenesten, [RL5859](#) og aktuelle veiledere.

### 5.5 Kontaktlege/kontaktpsikolog

- Oppnevnes for pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet
- Er pasientens faste medisinskfaglige kontakt gjennom hele pasientforløpet og involvert i behandlingen eller oppfølgingen av pasienten
- For områdene psykisk helsevern og rus kan kontaktpsikolog utnevnes i stedet for kontaktlege dersom det er mest hensiktsmessig for behandling eller oppfølging

### 5.6 Samarbeid mellom koordinator og kontaktlege/kontaktpsikolog

For pasienter som har fått oppnevnt både koordinator og kontaktlege er det viktig at disse samarbeider godt for å sikre god helhetlig oppfølging av pasienten, eksempelvis:

- Kontaktlegen håndterer henvendelser og kontakt med annet helsepersonell om saker av medisinskfaglig karakter  
Koordinator sørger for praktisk tilrettelegging og samordning av ulike tilbud
- Kontaktlegen er i dialog med fastlegen i medisinske spørsmål  
Koordinator følger opp dialogen med andre relevante aktører i kommunen som eksempelvis koordinerende enhet, koordinator og eventuelt bestillerkontor/tildelingskontor om oppgaver som gjelder videre oppfølging fra ulike tjenester og sektorer i kommunen
- Kontaktlegen må holde koordinator orientert om forhold av betydning for planlegging av tjenestetilbudet  
Koordinator skal medvirke til at informasjon av betydning for behandlingen viderefremmes til kontaktlegen

### 5.7 Forholdet til andre koordinatorfunksjoner

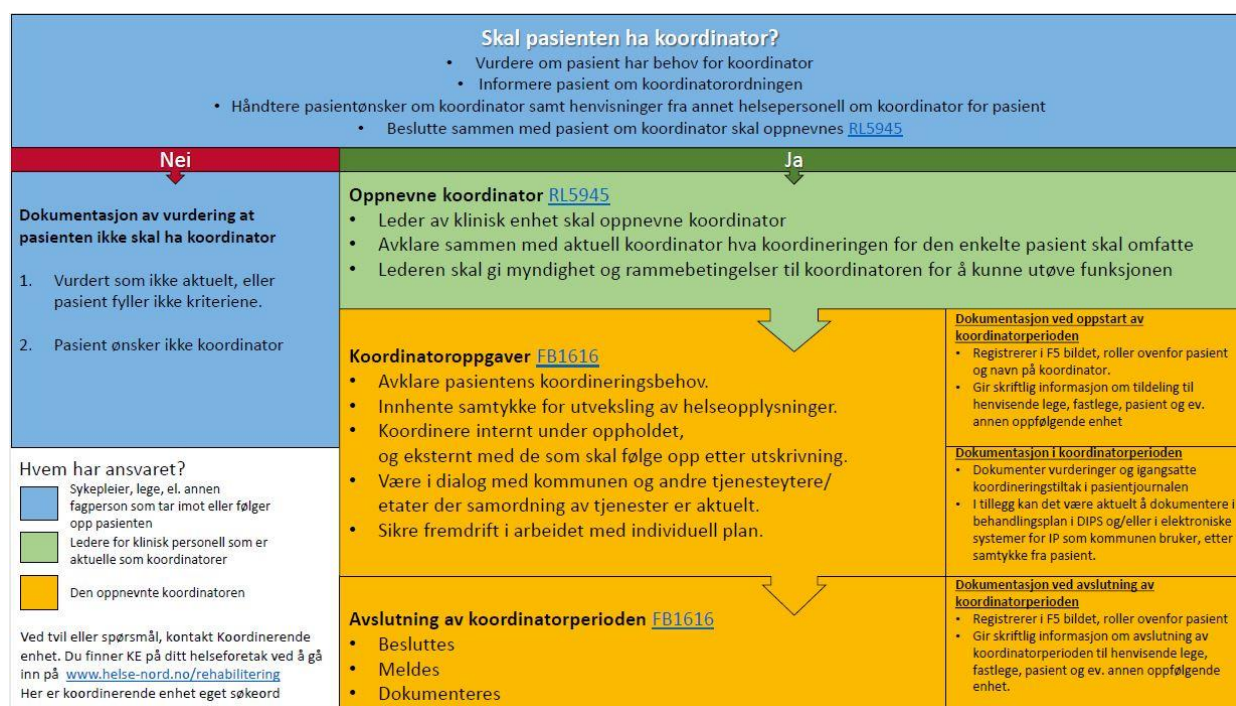
Det er mange stillinger med koordinatorfunksjoner i spesialisthelsetjenesten. For eksempel (pakke)forløpskoordinatorer, KOLS-koordinator, diabetessykepleier, slagsykepleier, utskrivingskoordinator m fl. Slike «fag- og forløpskoordinatorer» kan oppnevnes som koordinator i

tråd med § 2-5a i Lov om spesialisthelsetjenesten [RL5945 Oppnevning av koordinator i spesialisthelsetjenesten](#)

Alternativt kan koordinator i spesialisthelsetjenesten samarbeide med slike «fag- og forløpskoordinatorene» i sitt koordineringsarbeid omkring pasienten.

## 6. Prosess: Vurdering, oppnevning og dokumentasjon

[Flytskjema koordinator i spesialisthelsetjenesten FB1892](#)



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 [Fylkesmannen/ Helsetilsynet](#). Helsepersonellet eller Koordinerende enhet i helseforetaket kan bistå i utforming av en slik klage.

## 7. 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 [Fylkesmannen/ Helsetilsynet](#). Helsepersonellet eller Koordinerende enhet i helseforetaket kan bistå i utforming av en slik klage.

## 8. Referanser

### Interne referanser med gyldighetsområde Helse Nord RHF:

- 1) Retningslinje for oppnevning av koordinator i spesialisthelsetjenesten [RL5945](#)
- 2) Kontaktlegeordningen i spesialisthelsetjenesten [RL5859](#)
- 3) Kontaktlegeordningen; oppgavefordeling, ansvar og arbeidsflyt EPJ DIPS [SJ10690](#)
- 4) Registrering av roller overfor pasient i pasientopplysningsbildet F5 EPJ DIPS [PR43683](#)
- 5) [PR11066](#) Barn som pårørende i Helse Nord

### 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)
- 5) Lov om pasient- og brukerrettigheter med kommentarer [IS 8/2015](#)
- 6) [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.](#)
- 7) [Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan 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 kontaktleger i spesialisthelsetjenesten](#)
- 11) [Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten](#)

### Andre ressurser:

- Alice Kjellevold «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
- [E-læring «Koordinator i spesialisthelsetjenesten» i Campus](#)
- Nettbasert kurs på Helsekompetanse.no: E-læring for individuell plan. <http://helsekompetanse.no/kurs/e-laering-individuell-plan>