

## Koordinator for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester

Gjelder for: Hele SiV  
Dokumenttype: Prosedyre  
Sist endret: 10.10.2016

### 1. HENSIKT

Prosedyren skal bidra til at pasienter med behov for komplekse eller langvarig og koordinerte tjenester, tilbys [koordinator](#) i sykehuset som kan ivareta deres behov for kontinuerlige og helhetlige behandlingsforløp.

Prosedyren gjelder for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester både innenfor somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

**Komplekse tjenester:** der det er behov for tjenester fra flere behandlingseenheter, fra ulike avdelinger i en behandlingseenhet og fra flere profesjoner.

**Langvarige tjenester:** Langvarig er et relativt begrep og i praksis må grad av samordningsbehov og kompleksitet i tjenestebehov ses i sammenheng med tidsbegrepet. Dette fordi det kan være behov for koordinator selv om behovet kun er i få måneder, da kompleksitet kan være vel så viktig som varighet.

**Koordinerte tjenester:** tjenester som leveres fra ulike tjenestesteder og ofte også over en kortere eller lengre tidsperiode, som er koordinert gjennom koordinator.

### 2. ANSVAR

Ledere  
Helsepersonell  
Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering (Koordinerende enhet)

### 3. FREMGANGSMÅTE

#### Klinikkjef

- Sørger for tilstrekkelig antall kvalifiserte koordinatorene i egen klinikk i samråd med Koordinerende enhet og seksjonsledere
- Sørger for rammebetingelsene for koordinator

#### Seksjonsleder

- Sørger for rutiner for kartlegging og tilbud om koordinator, utpeking av koordinator, dokumentasjon i pasientjournalen, informasjon til pasienten og ivaretagelse av funksjonen når koordinator ikke er på jobb
- Sørger for at koordinators navn føres i pasientjournalen. (Fortrinnsvis samme koordinator under hele pasientforløpet) Se prosedyren [DIPS – Registrere pasientopplysninger \(F5\)](#) Føres inn under "Roller overfor pasient".

#### Helsepersonell

- kartlegger om pasienten har behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester
- tilbyr pasienten koordinator
- melder til seksjonsleder eller den/de som er tildelt oppgaven, at [pasienten ønsker](#) koordinator

## Koordinator

- skal være [helsepersonell](#)
- sørger for nødvendig oppfølging av pasienten før, under og etter innleggelse i institusjon. F eks ved polikliniske forundersøkelser, ved oppfølging og etterbehandling. Der koordinator ikke er lege, skal koordinatoransvaret utøves i nært samarbeid med pasientens medisinskfaglige kontakt (kontaktlege/-psykolog eller behandlingsansvarlig lege/psykolog der pasienten ikke har eller ikke ønsker kontaktlege/-psykolog)
- sikrer samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsopphold
- følger opp ift personell utenfor sykehuset som har eller vil få et behandlings- eller oppfølgingsansvar overfor pasienten, dersom behovet for kontinuitet og sammenheng i pasientforløpet tilsier det sikrer fremdrift i arbeidet med individuell plan; innenfor spesialisthelsetjenesten eller underretter kommunen om pasientens behov for og ønske om IP og medvirker til oppstart (der 1. linjen også skal yte helsetjenester.)
- følger opp innspill fra pasient og pårørende for å sikre [medvirkning](#) og god dialog
- sørger for at pasienten og andre som har rett på det, får [informasjon](#). Informasjon om medisinskfaglige forhold, gis av medisinskfaglig kontakt/kontaktlege/kontaktpsykolog
- sørger for melding om utskrivning av pasient til aktuell samhandlingssykepleier i klinikken der det er aktuelt (som igjen varsler og etablerer kontakt med pasientens hjemkommune)

## Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering (Koordinerende enhet)

- har overordnet ansvar for opplæring og veiledning av koordinatører

## 4. GENERELT

Spesialisthelsetjenesten plikter å oppnevne koordinator til pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester.

Helsepersonell skal snarest mulig gi [melding](#) om pasienters behov for og ønske om koordinator. Melding gis til seksjonsleder (eller den som er tildelt oppgaven).

Pasienten kan når som helst takke nei til ordningen.

## 5. INTERNE REFERANSER

<a href="#">1.6.4.2.1.1</a>	<a href="#">Kreftkoordinator</a>
<a href="#">1.6.4.2.1.2</a>	<a href="#">Forløpskoordinator - kreft</a>
<a href="#">1.6.7.1.3.1</a>	<a href="#">Individuell plan (IP)</a>
<a href="#">1.6.7.2.2</a>	<a href="#">Kontaktlege / Kontaktpsykolog</a>

## 6. EKSTERNE REFERANSER

[Helsepersonelloven](#)  
[Pasient- og brukerrettighetsloven](#)  
[Pasientjournalloven](#)  
[Spesialisthelsetjenesteloven](#)  
[Habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#)  
[Forskrift om pasientjournal](#)  
[Helsedirektoratets elektroniske veileder - Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#)  
[Helsedirektoratets veileder IS-2466 Kontaktlege i spesialisthelsetjenesten](#)

## **7. VEDLEGG**

[Samhandlingsavtaler - utskrivningsklare pasienter \(signerte\)](#)

[Samhandlingsavtaler - utskrivningsklare pasienter somatikk \(mal\)](#)

[Samhandlingsavtaler - utskrivningsklare pasienter psyk helsevern \(mal\)](#)