

Det kongelige helse- og omsorgsdepartement  
PB 8011 Dep  
0030 OSLO

---

Deres ref.: 13/2008	Vår ref.: 11/07990-5	Saksbehandler: Bente Heggedal Gerner	Telefon: 67968648 e-post: bente.heggedal.gerner@ahus.no	Dato: 18.10.2013
------------------------	-------------------------	---	--	---------------------

## Høringsinnspill.

### Endringer i spesialisthelsetjenesteloven m.m. og oppnevning av kontaktperson, høring

Forslaget til lovendringer gjelder:

1. fjerne krav i spesialisthelsetjenesteloven om at koordinator som hovedregel bør være lege
2. innskrenke lovpålagt ansvar for koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i spesialisthelsetjenesten, slik at ansvaret ikke omfatter oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator
3. erstatte begrepet "koordinator" med "kontaktperson", både i spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven.

Akershus universitetssykehus har i tråd med gjeldende lov og forskrift utarbeidet prosedyre for implementering av nye krav i lov og forskrift (vedlagt). Det har vært gjennomført en bred diskusjon internt i helseforetaket, og de lovendringer som ble gjort i 2011 har vært oppfattet som hensiktsmessige og et gode for pasienten. Som det fremgår i prosedyren er det eneste punkt som ikke er fulgt i forhold til gjeldende lovgivning selve oppnevning av koordinator. Dette ansvaret er lagt i linjen. I prosedyren er det lagt vekt på leders ansvar for oppnevning, interne rutiner og en praktisk ansvars- og oppgavefordeling i avdelingen som er formålstjenlig for å gjennomføre prosedyren og som skaper flyt i oppfølgingsansvaret også ved fravær og ferieavvikling med videre. I enkelte tilfeller kan det være nødvendig å utpeke en stedfortreder.

Vi har lagt vekt på pasientens behov for kontinuitet i oppfølgingen, noe vi ikke finner i det nye lovforslaget.

Akershus universitetssykehus mener det er uheldig å endre spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesteloven i forhold til koordinatorfunksjonen nå.

Gjennom flere år har man strevd med å få leger til å påta seg funksjoner som forplikter når det gjelder å ta et spesielt ansvar for oppfølging av de svakeste og mest sårbare pasientgruppene, pasienter og brukere med behov for komplekse eller langvarige og

koordinerte tjenester. Den tidligere ordningen med pasientansvarlig lege fungerte ikke etter intensjonen.

I det nye lovverket fra 2012 har lovgiver, alle forarbeider og intensjoner pekt på viktigheten av at noen få pasienter/brukere, som trenger en spesiell oppfølging og koordinering bør få tilbud om en koordinator. Det er pekt på at dette kan være et *sørge for ansvar*, men at det er svært viktig at denne funksjonen knyttes opp mot den som har det medisinskfaglige ansvaret for pasienten/brukeren.

Vi mener det å tilby pasienter/brukere som trenger det en medisinsk ansvarlig koordinator er et kvalitetsløft for spesialisthelsetjenesten, og vil gi pasienter/brukere helhetlig helsetjenester.

Dette vil også kunne fremme samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og bidra til kompetanseutveksling og kompetanseheving på begge nivåer i helsetjenesten.

Ved å ta bort koordinatorfunksjonen og kalle det kontaktperson faller hele intensjonen med ordningen bort. Det mest alvorlige med dette er at man tar vekk en funksjon fra en gruppe mennesker som trenger dette aller mest.

Lovteksten er knyttet opp mot Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Pasientene som omfattes av denne forskriften trenger mer enn navn og telefonnummer på kontakten de har i spesialisthelsetjenesten. Vi erfarer at mange avviker fra pasienter og pårørende går på nettopp manglende oppfølging og samordning internt i foretaket. Ved å fjerne koordinatoransvaret genereres ressursløsning i form av dobbeltarbeid fordi ingen tar et hovedansvar - og det er pasienten/brukeren som blir skadelidende.

Ved å koke dette ned til kun en kontaktperson med navn og telefonnummer, vil det være krevende å få til kontinuitet i oppfølgingsansvaret ved fravær grunnet turnus, ferie, sykdom og annet.

Innspill til punkt 1,

#### **Fjerne krav i spesialisthelsetjenesteloven om at koordinator som hovedregel bør være lege**

Vi mener at alle forarbeider og erfaringer taler for at det er viktig at rollen knyttes opp mot den som er medisinsk ansvarlig for pasienten. Sykepleietjenesten har i sin rolle en administrativ og koordinerende funksjon overfor pasienten, men her dreier det seg om som regel om behov for oppfølging på det medisinske området. Det åpnes i gjeldende lovgiving for at legen kan knytte til seg andre fagprofesjoner og merkantilt støttepersonell, og det åpnes i gjeldende lovtekst for at koordinator kan være en annen enn lege. Dette er tilstrekkelig til å sikre at rett person kan ivareta koordinatorfunksjonen.

Innspill til punkt 2.

#### **Innskrenke lovpålagt ansvar for koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i spesialisthelsetjeneste, slik at ansvaret ikke omfatter oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.**

Vi støtter forslaget om at koordinerende enhet ikke foretar selve oppnevningen. Ansvaret for dette må ligge i linjen, til de ledere/fagpersonell som har ansvar for pasientbehandlingen. Når det gjelder opplæring og veiledning mener vi imidlertid det er hensiktsmessig at dette legges til koordinerende enhet, slik at de har et overordnet ansvar på dette området. Dette vil bidra til at en enhet sikrer kvalitet og kontinuitet i arbeidet, og sikrer oppfølging av personene som innehar koordinatorfunksjonen, herunder sikrer samarbeid med kommunene.

Innspill til punkt 3,

**Erstatter begrepet "koordinator" med "kontaktperson", både i spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven.**

Akershus universitetssykehus kan ikke støtte dette forslaget. En kontaktperson erstatter ikke det som, etter vår oppfattning, ligger i funksjonen koordinator, jf. lovforarbeider på dette området.

Å følge opp en pasient er ressurskrevende. Ved å si at dette kun dreier seg om å få et navn og telefonnummer på en som i verste fall ikke er til stede når pasienten/brukeren trenger hjelp, vil bidra til dårlig helsehjelp.

Det disse pasientene har behov for er nettopp koordinering internt mellom de ulike spesialavdelinger i sykehuset, og mot kommunehelsetjenesten.

Med vennlig hilsen

Stein Vaaler  
Fung. Adm. direktør



Anne Marie Lervik  
Avdelingsleder samhandling og  
simulering

Vedlegg:

Nivå 1 prosedyre for oppnevning av koordinator på  
Akershus universitetssykehus HF (Ahus)



# Nivå 1 prosedyre for oppnevning av koordinator på Akershus universitetssykehus HF (Ahus)

## 1.0 Hensikt

Sikre at pasienter med komplekse og/eller langvarige og koordinerte behov for spesialisthelsetjenester får kontinuitet og trygghet gjennom hele utrednings- og behandlingsforløpet<sup>1</sup>

## 2.0 Omfang

Prosedyren gjelder alle divisjoner og enheter ved Ahus.

## 3.0 Grunnlagsdokumenter

Helse og omsorgstjenesteloven

Helsepersonelloven

Spesialisthelsetjenesteloven

Pasient og brukerrettighetsloven

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

## 4.0 Oppnevning av koordinator

Koordinator skal oppnevnes når det vurderes at pasienten har komplekse behov, eller behov for langvarige og koordinerte tjenester.

### 4.1 Ansvar

**Administrerende direktør** er systemansvarlig.

**Divisjonsdirektør** skal tilrettelegge nødvendige ressurser slik at prosedyren kan følges opp.

**Avdelingssjef** er ansvarlig for:

- Implementering av prosedyren.
- At avdelingen har retningslinjer/rutiner som ivaretar kravene.
- At det foreligger en praktisk ansvars- og oppgavefordeling i avdelingen som er formålstjenlig for å gjennomføre prosedyren og som skaper flyt i oppfølgingsansvaret også ved fravær og ferieavvikling med videre. I enkelte tilfeller kan det være nødvendig å utpeke en stedfortreder.
- Oppnevning av koordinator.

---

<sup>1</sup> Tilbud om å få koordinator gjelder uavhengig av om pasienten ønsker Individuell plan. Se egen EQS- prosedyre 5309 om Individuell plan.

- Å ha oversikt over koordinatorene i egen enhet og rapportere dette til KE, jf punkt 5.0<sup>2</sup>
- Oppdatere/ajourføre retningslinjer/rutiner.

## **4.2 Funksjonsbeskrivelse**

- Koordinator bør være lege, men annet helsepersonell kan være koordinator når det anses hensiktsmessig og forsvarlig.
- Koordinator funksjonen legges til den kliniske enheten som har hovedansvar for utredning og behandling av aktuelle grunntilstand/-lidelse.
- Koordinator har hovedansvar for å samordne tjenestetilbudet både internt og eksternt, koordinators ansvar er et "sørge-for-ansvar". Det må etableres systemer og rutiner som legger til rette for hensiktsmessige løsninger mellom samarbeidende personell og merkantile støttefunksjoner.
- Det vektlegges kontinuitet i koordinatorrollen.
- For pasienter med gjentatte innleggelser bør det ved oppnevning av koordinator i størst mulig grad legges opp til at pasienten får samme koordinator ved hvert opphold.

## **4.3 Prosessbeskrivelse for oppnevning av koordinator**

Ved inntak skal det foretas en vurdering av pasientens behov for komplekse og/eller langvarige og koordinerende tjenester, dette skal dokumenteres i journal. Avdelingssjef som oppnevner koordinator må få kjennskap til behovet<sup>3</sup>

4.3.1 Kommune/behandler kan i henvisningen melde om behovet for koordinator. Ved interne henvisninger i helseforetaket, skal henvisende instans angi eventuelt behov for koordinator og foreslå hvor koordinator bør forankres.

4.3.2 Oppnevning av koordinator skal dokumenteres og gjøres kjent for pasienten. Følgende punkter skal journalføres:

- Har vedkommende fått tilbud - og eventuelt navn på koordinator.
- Grunnlaget for tildelingen.

4.3.3 Gjennom epikrisen og aktuell PLO-melding, vil pasientens faste behandler og Koordinerende enhet i kommunen bli informert om oppnevning av koordinator.

<sup>2</sup> Det må utvikles system for registrering, oppfølging og vedlikehold.

<sup>3</sup> Melde behov for utvikling av et system (til nasjonale myndigheter, Helse Sør-Øst og Dips), slik at den som oppdager behovet for koordinator får meldt fra om dette til avdelingsleder.

## 5.0 Koordinerende enhet (KE) - rolle og ansvar<sup>4</sup>

- Eier og revisjonsansvarlig for prosedyren. Prosedyren skal evalueres og oppdateres årlig.
- Ha generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen.
- Ha oversikt over og nødvendig kontakt med habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunene.
- Bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering.
- Ha overordnet ansvar for opplæring og veiledning av koordinatorene.
- Bidra til at pasienten får oppnevnt ny koordinator ved eventuelle uoverensstemmelser, eller dersom pasienten av annen årsak ønsker eller bør få en ny koordinator.
- Bidra og gi råd knyttet til oppnevning og ansvars plassering ved eventuell uenighet om koordinatoransvaret mellom avdelingene.
- Utarbeide overordnede prosedyrer, dokumenter og verktøy i forhold til utøvelse av koordinatorfunksjonen.
- Utarbeide overordnet funksjonsbeskrivelse for koordinator.
- Informasjon og opplæring, sørge for at det utarbeides informasjonsmateriell og gjøre dette tilgjengelig for pasienter og ansatte på sykehuset.

## 6.0 Brukermedvirkning

Pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerende tjenester tilbys koordinator og skal sikres medvirkning.

---

<sup>4</sup> Koordinerende enhet ved Ahus

Link til hjemmesiden: <http://www.ahus.no/fagfolk/samhandling/koordinerende-enhet-for-habilitering-og-rehabilitering/Sider/side.aspx>

# Nivå 1 prosedyre for oppnevning av koordinator på Akershus universitetssykehus HF (Ahus)

## 1.0 Hensikt

Sikre at pasienter med komplekse og/eller langvarige og koordinerte behov for spesialisthelsetjenester får kontinuitet og trygghet gjennom hele utrednings- og behandlingsforløpet<sup>1</sup>

## 2.0 Omfang

Prosedyren gjelder alle divisjoner og enheter ved Ahus.

## 3.0 Grunnlagsdokumenter

Helse og omsorgstjenesteloven

Helsepersonelloven

Spesialisthelsetjenesteloven

Pasient og brukerrettighetsloven

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

## 4.0 Oppnevning av koordinator

Koordinator skal oppnevnes når det vurderes at pasienten har komplekse behov, eller behov for langvarige og koordinerte tjenester.

### 4.1 Ansvar

**Administrerende direktør** er systemansvarlig.

**Divisjonsdirektør** skal tilrettelegge nødvendige ressurser slik at prosedyren kan følges opp.

**Avdelingssjef** er ansvarlig for:

- Implementering av prosedyren.
- At avdelingen har retningslinjer/rutiner som ivaretar kravene.
- At det foreligger en praktisk ansvars- og oppgavefordeling i avdelingen som er formålstjenlig for å gjennomføre prosedyren og som skaper flyt i oppfølgingsansvaret også ved fravær og ferieavvikling med videre. I enkelte tilfeller kan det være nødvendig å utpeke en stedfortreder.
- Oppnevning av koordinator.

---

<sup>1</sup> Tilbud om å få koordinator gjelder uavhengig av om pasienten ønsker Individuell plan. Se egen EQS- prosedyre 5309 om Individuell plan.



- Å ha oversikt over koordinatorene i egen enhet og rapportere dette til KE, jf punkt 5.0<sup>2</sup>
- Oppdatere/ajourføre retningslinjer/rutiner.

## **4.2 Funksjonsbeskrivelse**

- Koordinator bør være lege, men annet helsepersonell kan være koordinator når det anses hensiktsmessig og forsvarlig.
- Koordinator funksjonen legges til den kliniske enheten som har hovedansvar for utredning og behandling av aktuelle grunntilstand/-lidelse.
- Koordinator har hovedansvar for å samordne tjenestetilbudet både internt og eksternt, koordinators ansvar er et "sørge-for-ansvar". Det må etableres systemer og rutiner som legger til rette for hensiktsmessige løsninger mellom samarbeidende personell og merkantile støttefunksjoner.
- Det vektlegges kontinuitet i koordinatorrollen.
- For pasienter med gjentatte innleggelser bør det ved oppnevning av koordinator i størst mulig grad legges opp til at pasienten får samme koordinator ved hvert opphold.

## **4.3 Prosessbeskrivelse for oppnevning av koordinator**

Ved inntak skal det foretas en vurdering av pasientens behov for komplekse og/eller langvarige og koordinerende tjenester, dette skal dokumenteres i journal. Avdelingssjef som oppnevner koordinator må få kjennskap til behovet<sup>3</sup>

4.3.1 Kommune/behandler kan i henvisningen melde om behovet for koordinator. Ved interne henvisninger i helseforetaket, skal henvisende instans angi eventuelt behov for koordinator og foreslå hvor koordinator bør forankres.

4.3.2 Oppnevning av koordinator skal dokumenteres og gjøres kjent for pasienten. Følgende punkter skal journalføres:

- Har vedkommende fått tilbud - og eventuelt navn på koordinator.
- Grunnlaget for tildelingen.

4.3.3 Gjennom epikrisen og aktuell PLO-melding, vil pasientens faste behandler og Koordinerende enhet i kommunen bli informert om oppnevning av koordinator.

<sup>2</sup> Det må utvikles system for registrering, oppfølging og vedlikehold.

<sup>3</sup> Melde behov for utvikling av et system (til nasjonale myndigheter, Helse Sør-Øst og Dips), slik at den som oppdager behovet for koordinator får meldt fra om dette til avdelingsleder.

## 5.0 Koordinerende enhet (KE) - rolle og ansvar<sup>4</sup>

- Eier og revisjonsansvarlig for prosedyren. Prosedyren skal evalueres og oppdateres årlig.
- Ha generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen.
- Ha oversikt over og nødvendig kontakt med habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunene.
- Bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering.
- Ha overordnet ansvar for opplæring og veiledning av koordinatorene.
- Bidra til at pasienten får oppnevnt ny koordinator ved eventuelle uoverensstemmelser, eller dersom pasienten av annen årsak ønsker eller bør få en ny koordinator.
- Bidra og gi råd knyttet til oppnevning og ansvars plassering ved eventuell uenighet om koordinatoransvaret mellom avdelingene.
- Utarbeide overordnede prosedyrer, dokumenter og verktøy i forhold til utøvelse av koordinatorfunksjonen.
- Utarbeide overordnet funksjonsbeskrivelse for koordinator.
- Informasjon og opplæring, sørge for at det utarbeides informasjonsmateriell og gjøre dette tilgjengelig for pasienter og ansatte på sykehuset.

## 6.0 Brukermedvirkning

Pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerende tjenester tilbys koordinator og skal sikres medvirkning.

---

<sup>4</sup> Koordinerende enhet ved Ahus

Link til hjemmesiden: <http://www.ahus.no/fagfolk/samhandling/koordinerende-enhet-for-habilitering-og-rehabilitering/Sider/side.aspx>