

1. Endringer siden forrige versjon

Andre utgave

2. Hensikt og omfang

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

Styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og evt. pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene. Koordinator har ansvar for å følge opp innspill og sørge for informasjon fra pasient og pårørende og sikre brukermedvirkning og dialog.

3. Ansvar

Prosedyren omfatter alle pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Klinikkssjef er ansvarlig for at prosedyren er kjent, implementert og følges i klinikken. Nærmeste leder til koordinator skal ha oversikt over antall koordinatorene i egen enhet overfor koordinerende enhet (KE)

4. Fremgangsmåte

Vurdering av pasientens behov for KO:

- Vurdering av behov for KO skjer på første visitt etter innleggelse på post(evt. tas opp til vurdering på tverrfaglige møter)
- Vurderingen skal gjøres på bakgrunn av behov for utredning, behandling og/eller oppfølging som kan medføre samordnet/koordinert innsats fra flere spesialiteter.
- Pasienten skal informeres om tilbud om KO
- Det meldes fra til *seksjonsleder/enhetsleder* om pasient har behov for KO

Dokumentasjon av vurdering

- Opprettes eget journaldokument: " koordinator- pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester"
 - Følgende dokumenteres
- Om pasienten har fått tilbud om KO
- Om det er oppnevnt KO og grunnlag for behov for KO
- Navn på KO
- Tentative tidspunkt for videre avtaler/tiltak
- Registrere navn på koordinator.

Utpeking av koordinator

- Seksjonsleder/enhetsleder avgjør hvilket helsepersonell som skal være KO i hvert enkelt tilfelle. Dette gjøres på den sengeposten som har hovedansvar for utredning og behandling av grunntilstand
- KO kan være lege, men i mange tilfeller er det hensiktsmessig og forsvarlig med annet helsepersonell
- Når annet helsepersonell er KO skal funksjonen utøves i nært samarbeid med ansvarlig lege med behandlingsansvar. Kvalifikasjonene KO må ha vil blant annet være avhengig av hvilke sykdom/lidelse pasienten har og hvor pasienten befinner seg i et forløp
- Kontinuitet er avgjørende for pasienter med komplekse behov. I tilfeller hvor pasienter har gjentatte innleggelser skal det tilstrebes at samme KO har ansvar for oppfølging.

KO oppgaver

- Sørge for nødvendig oppfølging og samordning av behandlingsforløpet

- Ha tett kontakt med annet fagpersonell som bidrar i behandlingsforløpet, herunder kontaktlege
- Sikre at pasient og pårørende får god informasjon og opplæring og sikre pasientens medvirkning gjennom forløpet
- Epikrise skal inneholde informasjon om pasienten har fått oppnevnt KO og om konkrete tiltak
- Oppfølging med samarbeidspartnere/innstanser utenfor sykehuset (fastlege,spesialist i annet helseforetak, instanser i kommune/bydel)ved behov, herunder delta i ansvarsgruppemøter.
- Kartlegge behov for individuell plan og sørge for at dette meldes videre til kommune/bydel. Der pasienten allerede har Individuell plan kan KO i sykehus delta i planarbeidet/ansvarsgruppemøte når det er relevant

I situasjoner der det oppstår forhold hvor pasienten/evt pårørende

- ønsker eller bør få ny KO, skal det vurderes om det foreligger grunnlag for å imøtekomme dette.
- mener behovet er tilstede, men ikke får oppnevnt KO,kan selv be om ny vurdering.

- Seksjonsleder/enhetsleder har ansvar for vurderingene.
- Koordinator må samarbeide med kontaktlegen.

5. Definisjoner

Koordinator (heretter KO)

Helsepersonell fra sykehus som skal sørge for faglig forsvarlig oppfølging av den enkelte pasient og sikre samordning av tjenestetilbud. Dette gjelder både i forbindelse med innleggelse ved OUS og overfor andre aktuelle tjenesteytere/samarbeidspartnere. KO har ansvar for å følge opp innspill fra pasient og pårørende og sikre brukermedvirkning og god dialog.

Komplekse behov:

I utredning av uavklarte diagnoser og/eller behandling av disse som har symptomer fra flere organsystem og kan medføre samarbeid mellom flere spesialiteter og forvaltningsnivå

Individuell plan:

En plan som pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet. Planen skal sikre at ulike tjenester samordnes og blir vurdert i sammenheng, noe som skal bidra til at pasienten opplever tilbudet som helhetlig og sammenhengende.

Om ansvaret for individuell plan:

Dersom en pasient eller bruker har behov for tjenester både etter helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernlov, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres. Helseforetaket skal så snart som mulig varsle kommunens koordinerende enhet om behovet for en slik plan, og medvirke i kommunens arbeid med individuell plan. Jfr Forskrift om habilitering og rehabilitering, Individuell plan og koordinator

6. Referanser

Forskrift om habilitering og rehabilitering, Individuell plan og Koordinator

Spesialisthelsetjenesteloven

Helsepersonelloven

Helse- og omsorgstjenesteloven

Pasient og brukerrettighetsloven