

Organisering av koordinerende enhet og koordineringsordningene – sluttrapport regionalt prosjekt

Versjon 1.0

Dato for godkjenning: 24.04.2025

Innhold

Organisering av koordinerende enhet og koordineringsordningene – sluttrapport regionalt prosjekt	1
1 Sammenheng.....	3
2 Om rapporten, mandat og arbeidsform.....	3
2.1 Oppdrag.....	3
2.2 Organisering av og ansvar i prosjektet.....	3
2.3 Involvering	5
2.4 Prosjektets leveranser og arbeid.....	5
2.5 Avhengigheter til andre oppdrag:	5
3 Lov- og forskrift, veiledere	6
4 Riksrevisjonens undersøkelse av rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene	6
5 Stortingsmelding 9 (2023 – 2024) Nasjonal helse – og samhandlingsplan.....	7
6 Kartlegging av dagens organisering og praksis	8
6.1 Koordinerende enhet.....	8
6.2 Regional koordinerende enhet (RKE)	8
6.3 Koordineringsordningene.....	9
7 Anbefalinger.....	10
7.1 Organisering og oppgaver koordinerende enhet (KE) i sykehus.....	10
7.2 Regional koordinerende enhet (RKE)	11
7.3 Regionalt nettverk for koordinerende enheter i Helse Sør-Øst	11
7.4 Koordinator i sykehusene	12
7.5 Individuell plan.....	12
7.6 Kontaktlege/kontaktpsykolog.....	13
8 Plan for iverksettelse av valgte løsninger.....	13
8.1 Pilot koordinerende enhet	13
9 Vedlegg	14

Forankring	Dato
Direktørmøte Helse Sør-Øst RHF	24.04.2025
Ledergruppe Helse Sør-Øst RHF	25.03.2025
Regionalt fagdirektørmøte	05.02.2025

1 Sammendrag

Rapporten er svar på oppdrag gitt i oppdragsdokument for 2024, der de regionale helseforetakene ble bedt om å se på organisering av koordinerende enhet lokalt og regionalt, som understøtter god koordinering og ivaretar sitt overordnede ansvar for arbeidet med de lovpålagte koordineringsordningene.

Oppdraget har vært rigget som forenklet prosjekt med prosjekteier og en prosjektgruppe med medlemmer fra helseforetakene og de private ideelle sykehusene i regionen. Helse Sør-Øst RHF ved enhet for somatikk og rehabilitering har ledet prosjektet.

Prosjektets leveranser er kartlegging av koordineringsordningene i helseforetakene, anbefalinger og løsningsforslag og forslag til plan for implementering.

Videre i rapporten vil helseforetakene og de private ideelle sykehusene omtales som sykehus.

Prosjektgruppen anbefaler løsninger og tiltak innenfor disse områdene:

1. Organisering av og oppgaver for koordinerende enhet i sykehus.
2. Regional koordinerende enhet (RKE).
3. Regionalt nettverk for koordinerende enheter i Helse Sør-Øst.
4. Koordinator i sykehus.
5. Individuell plan.
6. Kontaktleger/kontaktpsykolog

2 Om rapporten, mandat og arbeidsform

2.1 Oppdrag

Helse- og omsorgsdepartementet ga i oppdragsdokumentet for 2024 følgende oppdrag til de regionale helseforetakene (styringsbudskap 1750):

Helse Sør-Øst RHF skal sørge for at organisatorisk plassering av koordinerende enhet lokalt og regionalt bidrar til at enhetene på best mulig måte understøtter god koordinering i sykehusene og ivaretar sitt overordnede ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.

Helse Sør-Øst RHF skal også iverksette tiltak i egen region for å realisere målet med de lovregulerte koordineringsordningene i spesialisthelsetjenesten (koordinator, kontaktleger, koordinerende enhet og individuell plan).

Rapporten baserer seg på prosjektbeskrivelse godkjent av fagdirektør og avdelingsdirektør i Helse Sør-Øst RHF.

2.2 Organisering av og ansvar i prosjektet

Oppdraget er rigget som et forenklet prosjekt uten styringsgruppe. Saker der det er behov for avklaring, drøfting eller beslutning er tatt videre til prosjekteier og regionalt fagdirektørmøte.

Prosjektet involverer alle sykehus i Helse Sør-Øst som behandler pasienter med komplekse og/eller langvarige forløp innen somatikk og psykisk helsevern.

Sykehusene har ansvar for gjennomføring av tiltak i egen organisasjon.

Prosjekteier:

Helse Sør-Øst RHF ved regional fagdirektør Ulrich J. Spreng

Prosjektansvarlig:

Helse Sør-Øst RHF ved avdelingsdirektør enhet somatikk og rehabilitering, Anne Hilde Bjøntegård.

Prosjektgruppe:

Sykehus	Navn	Rolle
Helse Sør-Øst RHF	Berit Trøgstad Bungum	Prosjektleder
Helse Sør-Øst RHF	Håkon Kolden	Ass.prosjektleder
Diakonhjemmet	Therese Mjåtveit	Fagsjef samhandling
AHUS	Linda Nysted Sivesind	Assisterende avdelingsleder, samhandling
Vestre Viken	Kurt Kleppe Josefsen	Spesialrådgiver, Samhandling, brukervedvirkning og helsekompetanse
Sykehuset Østfold	Jon-Espen Sjøstrøm	Spesialrådgiver i samhandlingsavdelingen
Sunnaas Sykehus	Vibeke Sjøkvist	Teamkoordinator
Sørlandet sykehus	Mirjam Lien Smedsrød	Samhandlingssjef
Sykehuset Vestfold	Kristin Elisabeth Berthelsen	Seksjonsleder Læring og mestringssenteret
Sykehuset Innlandet	Ingrid Elise Sundfør	Spesialrådgiver, divisjon habilitering/rehabilitering
RKE -Regional koordinerende enhet	Jon Ivar Sørland	Enhetsleder
Martina Hansens Hospital	Ann Elise Wiegels	Fagansvarlig sosionom
Sykehuset Telemark	Caroline Torskog	Avdelingsleder slag, nevrologi og rehabilitering
	Ole Martin Stamland	Samhandlingskoordinator
Oslo universitetssykehus	Camilla Holt Hasle, Sluttet. Ikke deltakelse fra OUS etter august 2024	spesialrådgiver medisinsk klinikk og ansvarlig for samhandlingsområdet
Lovisenberg diakonale sykehus	Ingen deltaker innmeldt i prosjektet	
Konserntillitsvalgt	Anne Bi Hoffsten	
Brukerrepresentant	Odvar Jacobsen	Regionalt brukerutvalg
Brukerrepresentant	Tom C.D. Nekstad	Regionalt brukerutvalg

Intern arbeidsgruppe i Helse Sør-Øst RHF:

Rolle	Navn	Avdeling/Enhet
Prosjektleder	Berit Trøgstad Bungum	Medisin og helsefag/somatikk og rehabilitering
Ass. Prosjektleder	Håkon Kolden	Medisin og helsefag/somatikk og rehabilitering
Spesialrådgiver	Trude Hirgum Jahren	Medisin og helsefag/somatikk og rehabilitering
Spesialrådgiver	Gunvor Øfsti	Medisin og helsefag/ samhandling og brukermedvirkning

2.3 Involvering

Det har i prosjektgruppe vært deltagelse fra brukerrepresentanter og konserntillitsvalgte.

Det har vært jevnlig møter i prosjektgruppen. I tillegg ble det gjennomført en workshop i august med fysisk oppmøte. På slutten av arbeidet ble det også satt ned en mindre arbeidsgruppe med utgangspunkt i prosjektgruppen. Arbeidsgruppen har arbeidet med forslag til konkretisering av det som har framkommet i prosjektgruppen.

2.4 Prosjektets leveranser og arbeid

Prosjektet har hatt disse leveransene:

1. Kartlegging av:
 - a) Hvordan koordinatorfunksjonen og koordinerende enhet er organisert i de ulike sykehusene
 - b) Regional koordinerende enhet (RKE)
 - c) Kontaktlege og individuell plan – praksis i helseforetakene/sykehusene
2. Løsningsforslag
3. Plan for iverksettelse av valgte løsninger

2.5 Avhengigheter til andre oppdrag:

Alle sykehus har fått i oppdrag å etablere rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt. Et rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt er en enhet med et overordnet faglig ansvar for foretakets tjenester innen fysisk medisin og rehabilitering. Enheten skal være en ressurs for andre enheter i sykehuset og for aktuelle samarbeidspartnere utenfor spesialisthelsetjenesten. Enheten skal bidra til at sykehuset yter tverrfaglig spesialisert rehabilitering i tråd med gjeldende føringer for fagområdet, herunder tidligrehabilitering i akuttstusykehus.

Oppgavene for rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt er ikke sammenfallende med oppgaver som inngår i koordineringsordningene. Det vil likevel være overlappende ansvarsområder når det gjelder pasienter som har langvarige og sammensatte behov innen fagområdet fysisk medisin og rehabilitering, og som dermed har rett til kontaktlege, koordinator og/eller individuell plan. Sykehusene må avklare ansvars- og oppgavedeling mellom rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt og koordineringsordningene slik at ikke oppgaver og ansvarsområder overlapper. Samtidig er det behov for tett samarbeid mellom de to ordningene, da flere pasienter vil ha behov for tjenester fra begge ordningene.

3 Lov- og forskrift, veiledere

Oppdraget gjelder oppfyllelse av følgende lover og forskrift:

- [Lov om spesialisthelsetjeneste](#) §§ 2-5; Individuell plan, a) koordinator b) koordinerende enhet c) kontaktlege
- [Pasient- og brukerrettighetsloven](#) §§ 2-5 Rett til Individuell plan, a) Rett til kontaktlege b) Rett til koordinator
- [Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator](#) §17 Koordinator i spesialisthelsetjenesten.

I tillegg kommer Helsedirektoratets nasjonale veileder: [Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#)

Helsedirektoratets utdyping av

- [Organisering av koordinerende enhet i helseforetak](#)
- [Koordinator i kommunen og spesialisthelsetjenesten](#)
- [Kontaktlege i spesialisthelsetjenesten](#)

4 Riksrevisjonens undersøkelse av rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene

Riksrevisjonen har gjort en undersøkelse av rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene. Rapporten som er fra februar 2024, omhandler også koordinerende enhet i helseforetakene og hvordan koordineringsordningene fungerer.

En av hovedkonklusjonene i Riksrevisjonens rapport er at *sambandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten flere steder ikke fungerer til det beste for pasientene.*

Dette utdypes med følgende:

- *De koordinerende enhetene i helseforetakene fungerer ikke etter intensjonen.*

Riksrevisjonens undersøkelse viser at 3 av 20 helseforetak ikke har avsatt noen ressurser til arbeidet med koordinerende enhet. Bare 4 av 20 av de koordinerende enhetene bruker ett årsverk eller mer på denne enheten. Riksrevisjonen mener derfor at det i mange helseforetak ikke, eller i liten grad, er lagt til rette for arbeidet som skal utføres av koordinerende enhet.

- *Ordningene med individuell plan og koordinator brukes lite.*

Riksrevisjonen henviser til evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering, som slår fast at de lovfestede ordningene individuell plan og koordinator fungerer dårlig.

- *Uklar arbeidsdeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.*

Det henvises til samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner, som blant annet skal inneholde retningslinjer for samarbeid i tilknytning til rehabilitering. Gjennomgang av Helsedirektoratet viser at de fleste samarbeidsavtaler er på overordnet nivå, og i liten grad omhandler arbeidet med rehabilitering.

Riksrevisjonens undersøkelse viser at helseforetakene og kommunene ikke har god nok kunnskap om hverandres tjenestetilbud, og at de dermed ikke kan gi pasienten god nok informasjon om hva som skjer når pasienter overføres mellom nivåene. Den viser også at de regionale helseforetakene har ulik praksis for hvordan de forholder seg til et mangelfullt rehabiliterings-tilbud i kommunene.

Nesten 40 % av kommunene mener at ansvarsforholdet mellom kommunchelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er uklart.

Riksrevisjonen anbefaler til Helse- og omsorgsdepartementet at de koordinerende enheter i helseforetakene styrkes, slik at de kan fungere etter hensikten.

<https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2023-2024/rehabilitering-i-helse-og-omsorgstjenestene.pdf>

5 Stortingsmelding 9 (2023 – 2024) Nasjonal helse – og samhandlingsplan

Nasjonal helse – og samhandlingsplan 2024 – 2027 (Meld. St. 9 2023-2024) ble lagt fram i februar 2024, og ble behandlet i Stortinget i juni 2024. I kapittel 4.2.4 blir koordineringsordningene i helse- og omsorgstjenesten beskrevet og drøftet.

Departementet uttrykker at det er utfordrende å se helheten i regelverket, at formålet med enkelte ordninger oppleves til dels overlappende, det kan være vanskelig å identifisere hvilke pasienter som har rett på hvilke ordninger og det er krevende å forstå sammenhengen mellom de lovregulerte koordineringsordningene og andre ordninger. I tillegg mangler det gode digitale verktøy for å samarbeide om blant annet individuell plan. Det påpekes også at organisatorisk plassering av koordinerende enhet har betydning for hvordan enhetene blir brukt.

Tilbakemeldinger til departementet peker blant annet på at det er behov for å tydeliggjøre at koordinatorordningene i kommunen og spesialisthelsetjenesten ikke er avgrenset til fagområdene rehabilitering og habilitering. Tilbakemeldinger fra spesialisthelsetjenesten peker på at det er utfordrende å være koordinator og kontaktleger i en hektisk hverdag med veksling mellom vaktarbeid, sengepost og poliklinikk, samt undervisning, forskning, mv.

Videre i helse- og samhandlingsplanen står det følgende:

- Regjeringen vil gjennomgå dagens lovregulerte koordineringsordninger for å se på hvordan de kan bli bedre innrettet.
- Regjeringen vil blant annet vurdere om endringer i lov og forskrift kan bidra til å forenkle og klargjøre slik at det blir enklere å få oversikt over hva koordineringsordningene omfatter, hvem de omfatter, hvordan forholdet er mellom dem og hvordan tjenestene kan innrette seg for å oppfylle krav om koordineringsordninger.
- Eventuelle endringer i lov og forskrift skal legge til rette for god bruk av personell og kompetanse, og ikke innebære utvidede plikter for kommuner og helseforetak.

[Meld. St. 9 \(2023–2024\) - regjeringen.no](#)

6 Kartlegging av dagens organisering og praksis

Det er som del av prosjektet gjennomført en kartlegging av koordineringsordningene. Kartlegging ble gjort ved bruk av et utsendt spørreskjema og gjennom samtaler med koordinerende enhet ved sykehusene og Regional koordinerende enhet.

Kartleggingen omfattet følgende:

- Hvordan koordinatorfunksjonen og koordinerende enhet er organisert i de ulike sykehusene
- Regional koordinerende enhet (RKE)
- Kontaktelege og individuell plan – praksis i helseforetakene/sykehusene

Oppsummert viser kartleggingen dette:

6.1 Koordinerende enhet

- *Det er til dels stor variasjon i forhold til hvordan koordinerende enhet er organisert og ledelsesforankret*

Koordinerende enhet er i hovedsak organisert under Samhandling eller fysikalsk medisin og rehabilitering. Enheten er noen steder organisert i stab og lederforankret mot overordnet nivå i sykehuset.

I enkelte sykehus fungerer koordinerende enhet kun som en «postkasse» for henvendelser. Omfanget til koordinerende enhet i sykehusene gjelder alle fagområder, ikke bare rehabilitering og habilitering.

Sykehusene i regionen har til dels god oversikt over rehabiliterings- og habiliteringstilbudet både i regionen og kommunene i opptaksområdet. Det kan likevel være utfordrende å finne frem til rehabiliteringstilbud på nettsidene til kommuner og bydeler.

Det framkommer at det er behov for mer systematisk opplæring og veiledning om koordineringsordningene og koordinatorfunksjonen.

- *Koordinerende enhet sine oppgaver løses ulikt*

I enkelte sykehus er systemansvaret for koordineringsordningene i hovedsak lagt i koordinerende enhet, andre har lagt systemansvaret ut i de kliniske avdelingene.

Koordinerende enhet er i ulik grad involvert i samarbeidet med kommunene på systemnivå, eksempelvis gjennom Helsefelleskapet.

Koordinerende enhet deltar blant annet i nettverksmøter og enkelte sykehus deltar i samarbeid i regi av statsforvalter.

6.2 Regional koordinerende enhet (RKE)

Regional koordinerende enhet i Helse Sør-Øst er organisatorisk plassert i Sunnaas sykehus HF. Enheten innehar ansvar og funksjon både som regional koordinerende enhet, og som regional vurderingsenhet. Den regionale vurderingsenheten har ansvar for å vurdere alle henvisninger til rehabilitering fra primærhelsetjenesten til private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med det regionale helseforetaket.

I kartleggingen kom det ingen konkrete innspill på organiseringen av enheten. Enheten må være tilknyttet et sykehus for tilgang til pasientjournal/EPJ og knytning til rehabiliteringsfeltet er en fordel.

Enkelte sykehus benytter regional koordinerende enhet sine nettsider for å finne informasjon om regionale tilbud. Et sykehus mener det er et potensiale for tettere samarbeid mellom koordinerende enhet og regional koordinerende enhet, og at tema på nettverksmøter bør være noe mer praksisrettet. Koordinerende enheter i sykehus har ofte de samme utfordringene og ønsker at disse kan være utgangspunkt for tema på nettverksmøtene.

Regional koordinerende enhet har på eget initiativ opprettet regionalt nettverk for koordinerende enheter, hvor alle sykehusene i regionen er invitert inn til to årlige nettverksmøter. Møtene har vært lagt til de ulike sykehusene i regionen. Programmet har vært utarbeidet i samarbeid med representanter fra RHF, det enkelte sykehus og ved behov i samarbeid med Statsforvalter og Helsedirektoratet.

Utover nettverksmøtene, dialog om forbruk av privat rehabilitering som er henvist via fastlege og andre konkrete saker, er det ikke noe systematisk samarbeid mellom koordinerende enhet i sykehusene og regional koordinerende enhet.

6.3 Koordineringsordningene

Sykehusene har organisert og etablert koordineringsordningene i varierende grad.

Koordinator:

- *Koordinering i de enkelte forløp er i hovedsak lagt ut i avdelingen, der pasienten får sin behandling*

Det er variasjon og ulik praksis på hvordan koordinatorfunksjonen løses på systemnivå og på pasient/individnivå. I hovedsak er oppnevning av koordinator et ansvar og en oppgave som i de enkelte forløp er lagt ut til avdelingen.

Det oppleves utfordrende å etterleve fastlagte prosedyrer i den kliniske hverdagen i sykehus.

Flere sykehus understreker viktigheten av at koordinator og forløpskoordinator samarbeider godt og tett i de enkelte forløp. Selv om koordinator og forløpskoordinator har ulike roller og oppgaver, er det likevel flere grenseflater mellom funksjonene. I noen sykehus ivaretar forløpskoordinator også rollen som koordinator.

Individuell plan (IP):

De fleste sykehus har rutiner for å avdekke behov for individuell plan og melde dette til kommunen. I noen enkelte forløp får pasienten sin behandling og oppfølging bare i spesialisthelsetjenesten, og sykehus må i disse tilfellene etablere individuell plan.

Opplæring om individuell plan gis i form av e-læringskurs, fagsamlinger mv., og ansvar for opplæring er i stor grad lagt til den enkelte avdeling/leder.

Flere kommuner har etablert digitale løsninger for individuell plan, og disse skal være en felles samhandlingsarena mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Det beskrives utfordringer ved bruk av disse digitale løsningene, blant annet ved pålogging.

Kontaktlege:

Sykehusene har rutiner og prosedyrer rundt ordningen, men det er varierende grad av opplæring. Opplæring er ofte delegert ned til avdelingsnivå.

Kontaktlege er krevende ordning å få til å fungere i en hverdag med vaktordninger og behandling på tvers av avdelinger.

Sykehusene kjenner lovverket og pasientens rettigheter, men påpeker de store utfordringene en har med å etterleve en slik pasientrettighet. Det er usikkerhet rundt kontaktlege sett opp mot de øvrige koordinerende funksjoner, og i klinikken er det tilfeldig hvor godt kjent denne rettigheten er.

Regionalt fagdirektørmøte i Helse Sør-Øst påpeker at kontaktlegeordningen er svært krevende slik den beskrives i nasjonale føringer. Tilsvarende synspunkter er også meddelt fra medlemmer i prosjektgruppen.

7 Anbefalinger

7.1 Organisering og oppgaver til koordinerende enhet (KE) i sykehus

Prosjektgruppen anbefaler at koordinerende enhet plasseres slik at samhandling og samarbeid internt og eksternt blir ivaretatt. Koordinerende enhet bør plasseres på overordnet nivå i sykehuset, i tett samarbeid med, eller i, enhet for samhandling.

Koordinerende enhet i sykehusene anbefales tillagt følgende ansvar og oppgaver:

- Koordinerende enhet har ansvar for at regionale veiledere og opplæringsmateriell for koordineringsordningene blir iverksatt i eget sykehus
- Koordinerende enhet skal delta i Regionalt nettverk for koordinerende enheter i Helse Sør-Øst og bidra i utarbeidelse av regionale veiledere og opplæringsmateriell
- Være kontaktpunkt for koordineringsordningene innad i sykehuset og tilrettelegge for møteplass for erfaringsdeling og veiledning av ordningene internt
- Være kontaktpunkt for samarbeid med kommune
- Videreformidle henvendelser om individuell plan og koordinator til aktuelle avdelinger.
- Følge opp at sykehusets nettside om koordinerende enhet og koordineringsordningene til enhver tid er oppdatert. Dette innbefatter informasjon om pasientens rettigheter om koordineringsordningene og generell oversikt over rehabiliterings- og habiliteringstiltak i regionen og i sykehusområdet

Ressursbruk

Det enkelte sykehus må påse at tilgangen på ressurser i koordinerende enhet er tilstrekkelig, slik at oppgavene tillagt enheten blir ivaretatt. Prosjektgruppen har ikke gjort ytterligere vurderinger for ressursbruk inn i koordinerende enhet, da dette avhenger av sykehusets størrelse.

Sykehusene anbefales å gjøre en vurdering av om koordinerende enhet skal ha tilgang til pasientjournal.

7.2 Regional koordinerende enhet (RKE)

Det anbefales at regional koordinerende enhet fortsatt er organisert under Sunnaas Sykehus HF, der både nærhet til et fagmiljø innen rehabilitering og tilgjengelighet til regionens pasientadministrative system er ivarettatt.

Mandat for regional koordinerende enhet foreslås videreført med noen justeringer:

Regional koordinerende enhet sine oppgaver:

- Vurdere alle henvisninger til rehabilitering fra primærhelsetjenesten til private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med det regionale helseforetaket
- Drifte den nasjonale Rehabiliteringstelefonen med helsefaglig personell, ha oversikt over og formidle informasjon om offentlige og private habiliterings- og rehabiliteringstilbud, samt veilede pasienter ved ønske om bytte av behandlingssted
- Drifte nettstedet sunnaas.no/rke med oversikt over tilgjengelige rehabiliterings- og habiliteringstjenester i regionen.
- Følge opp at de private rehabiliteringsinstitusjonene i Helse Sør-Øst oppdaterer ventetider som vises på nettsiden Helsenorge.no

Det anbefales en endring i siste kulepunkt i gjeldende mandat:

Bidra til at funksjonen koordinerende enheter i sykehusområdene ivaretas og utvikles i tråd med lovgrunnlag og nasjonale forskrift og være pådriver for arbeidet med IP og Koordinatorfunksjonen.

Det anbefales følgende ny tekst:

- Ivareta sekretariatsfunksjonen i Regionalt nettverk for koordinerende enheter i Helse Sør-Øst.

7.3 Regionalt nettverk for koordinerende enheter i Helse Sør-Øst

Nettverket består av deltakere fra koordinerende enheter i sykehusene og Regional koordinerende enhet og møtes 2-4 ganger per år.

Regional koordinerende enhet ivaretar sekretariatsfunksjonen i nettverket. Det anbefales å etablere et arbeidsutvalg på 2-3 representanter fra sykehus, som sammen med Regional koordinerende enhet planlegger og forbereder møter i nettverket.

Nettverket får følgende oppgaver:

- Være oppdatert på endringer i retningslinjer, lov, forskrift osv.

- Utarbeide og revidere regionale veiledere og opplærings-materiell for koordinator, individuell plan og kontaktlege
- Gjøre sykehusenes informasjon om koordinerende enhet og koordineringsordningene mer standardiserte
- Stimulere til samhandling mellom koordinerende enheter i sykehusene utenom møtene. (Teams-gruppe)
- Erfaringsdeling

7.4 Koordinator i sykehusene

I forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator står det i § 17 følgende om koordinator i spesialisthelsetjenesten:

For pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven, skal det tilbys koordinator, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a. Dette gjelder uavhengig av om pasienten ønsker individuell plan.

Avdelingen som har primæransvaret for pasienten, er ansvarlig for oppnevning og opplæring av koordinator.

Det anbefales at koordinator i sykehusene tillegges følgende oppgaver:

- Koordinere pasientens forløp internt i sykehuset, og sørge for nødvendig oppfølging og samordning av tilbudet før, under og etter innleggelse, på tvers av fagområder
- Samhandle tett med kontaktlege når pasienten har fått oppnevnt dette
- Samarbeide med aktuell kommune og pasientens koordinator i hjemkommunen
- Melde til tildelingskontor/koordinerende enhet i hjemkommunen om behov for opprettelse av individuell plan og bidra til god overføring av informasjon mellom spesialist- og primærhelsetjeneste
- Følge opp innspill fra pasient og pårørende, bidra til brukermedvirkning og god dialog mellom kommuner og sykehus

7.5 Individuell plan

En anbefaler at sykehus har følgende ansvar og oppgaver rundt individuell plan (IP):

- Den enkelte linjeleder har ansvar for at ansatte innehar kompetanse om individuell plan
- Avdelingen/ koordinator skal ved behov, initiere behovet for individuell plan og/eller koordinator i kommunen basert på samtykke fra pasienten. Evt. igangsette arbeidet med individuell plan i samarbeid med kommunen
- Melding om behov for individuell plan og koordinator bør inngå i de ordinære melderutinene mellom kommuner og sykehus

- Koordinator i sykehuset bidrar inn i arbeidet med individuell plan og må benytte påloggingstilgang for valgt løsning i kommunen. Arbeidet bør være tidsbegrenset basert på spesialisthelsetjenestens oppfølgingsansvar

Dialogen mellom pasient/pårørende, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal i hovedsak foregå gjennom allerede etablerte kommunikasjonsformer som er integrert med EPJ.

Det gjøres oppmerksom på at i Helsedirektoratets veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator står det at dersom pasienten bare har behov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten, har sykehuset ansvaret for å utarbeide planen.

7.6 **Kontaktlege**

I tråd med Helsedirektoratets veileder for kontaktlege, skal det oppnevnes kontaktlege (kontaktpsykolog) for pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling og/eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten over en viss varighet.

Prosjektgruppens deltakere og fagdirektørene i regionen har meldt om store utfordringer med ordningen, og det er derfor vanskelig å finne frem til gode anbefalinger som er gjennomførbare.

Som en minimumsløsning anbefaler prosjektgruppen følgende:

- Avdelingen er ansvarlig for oppnevning og opplæring av kontaktlege når pasienten har rett til dette
- Kontaktlegen er pasientens medisinskfaglige kontakt i avdelingen, og skal være tilgjengelig for pasienten, pårørende og helsepersonell i medisinske spørsmål
- Kontaktlege og koordinator samarbeider tett for å bidra til at pasientforløpet går som planlagt

Nærmeste leder skal sørge for at den ansatte innehar kompetanse om kontaktlegeordningen, og koordinerende enhet skal tilby opplæring ved behov.

8 **Plan for iverksettelse av valgte løsninger**

Helseforetakene og de private ideelle sykehusene gjennomgår sine etablerte ordninger og anbefales å iverksette tiltak for organisering og oppgaver for koordinerende enhet og koordineringsordningene i tråd med denne rapporten innen våren 2025.

Helse Sør-Øst RHF tilpasser oppgaver og organisering for den regionale koordinerende enheten i dialog med Sunnaas sykehus HF og lederen av regional koordinerende enhet.

8.1 **Pilot koordinerende enhet**

Vestre Viken HF og Ringerike kommune ønsker å utforske muligheten for et tettere samarbeid og samhandling om en koordinerende enhet. Dette kan være et alternativ til den tradisjonelle løsningen, hvor helseforetaket og kommunen har hver sin koordinerende enhet.

Sammen etablerer Vestre Viken HF og Ringerike kommune et forprosjekt med oppstart i januar 2025. Målet er å oppnå tettere samarbeid og sømløse pasientforløp.

Helse Sør-Øst RHF vil følge utviklingen i piloten og bidra til erfaringsoverføring til andre helseforetak.

9 Vedlegg

- Mandat regional koordinerende enhet (2018)
- Kartleggingsdokument - Excel