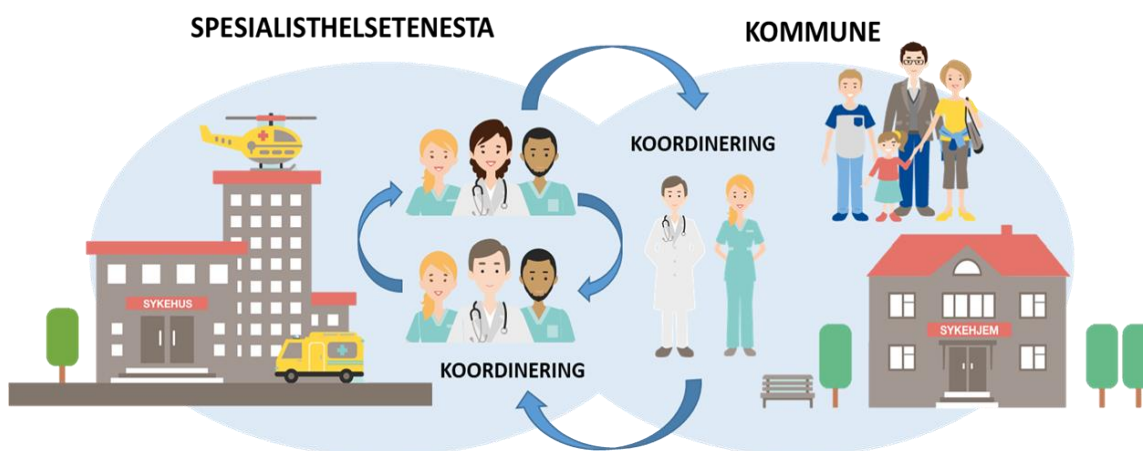


Koordinator i spesialisthelsetjenesten

Regionalt prosjekt om

Oppfølging av innsatsområde 1 i regional plan for habilitering og rehabilitering: Styrke samarbeidet med kommunane gjennom bedre implementering av koordinatorordninga

Oktober 2024



Prosjekteier: fagdirektør Bjørn Egil Vikse, Helse Vest RHF
Prosjektleder: rådgiver Cathrine Nøttingnes,
Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering

Dato for godkjenning av rapporten: 14.11.2024

Sammendrag

Koordinatorordningen er et viktig verktøy for samhandling som skal sikre at pasientene får samordnede tjenester under opphold i sykehusene, og ved overgang til hjem-kommunen. Koordinatorordningen ble lovpålagt i 2012, men til tross for langvarig og systematisk arbeid med tilrettelegging for ordningen, er koordinatorordningen fortsatt ikke tilstrekkelig implementert.

Som oppfølging av regional plan for habilitering og rehabilitering initierte Helse Vest RHF i 2022 et regionalt prosjekt for å identifisere hindringer, legge til rette for løsninger, sikre samarbeid i sykehusene og styrke samarbeid med kommunene gjennom koordinatorordningen. Prosjektet ble avgrenset til somatisk sektor og gjennomført i Helse Bergen og Helse Førde, i perioden fra september 2022 til oktober 2024.

Prosjektgruppen har bestått av representanter fra spesialisthelsetjenesten, kommuner, brukerrepresentanter, koordinerende enhet og hovedtillitsvalgte for leger og sykepleiere. Gjennom referansegruppen har samhandlingssjefer gitt innspill, og styringsgruppen besto av fagdirektører. Prosjektet er ledet av Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering, med prosjektstøtte fra Seksjon for helsetjenesteutvikling i Helse Bergen. Prosjektgruppen har fått prosessveiledning av InnoMed gjennom innsikts- og tjenesteutviklingsfasen.

Innsiktsarbeidet i prosjektet har vist at pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester ikke i tilstrekkelig grad får oppnevnt koordinator i spesialisthelsetjenesten og at mulige årsaker til dette blant annet kan være:

- Mange oppgaver – mangel på kapasitet i enhetene
- Vanskelig å vurdere hvem som skal ha koordinator
- Pasientgruppen taper i kampen om ressurser med «øyeblikkelig hjelp pasienter» og de store pasientgruppene
- Organiseringen i spesialisthelsetjenesten utfordrer samhandlingen internt i sykehusene
- Ansatte i avdelinger er ikke kjent med lovkravet og rutiner om å informere om rett til IP/ koordinator
- Pasienter får ikke informasjon om rettighet
- Manglende interne rutiner for oppretting av koordinator
- Mangelfulle digitale løsninger som understøtter ordningen

Prosjektgruppen har gruppert alle innspill om mulige årsaker og kommet fram til seks kategorier; pasient, rutiner, organisering, helsepersonell, kompetanse og IKT.

Piloter ble gjennomført ved Medisinsk sengepost 1 og ved Avdeling for nevrologi, reumatologi og rehabilitering i Helse Førde og ved Spinalenheten og Barne- og ungdomsklinikken (BUK) i Helse Bergen. Blant tiltakene som ble prøvd ut var:

- Teamorganisering (kontaktlege, koordinator og merkantil) rundt en kjent pasientgruppe med stort behov for koordinering av timer og oppfølging over tid (Helse Bergen, BUK)
- Identifisering av pasienter som kan ha behov for koordinator, ved å systematisk gjennomgå journal basert på gitte kriterier ved innleggelse i sengepost (Helse Førde)
- Systematisere og dokumentere rutiner (Helse Bergen, Spinalenheten)

Gjennom arbeidet er det pekt på flere **mulige gevinster** ved en velfungerende koordinatorordning, blant annet:

- mer effektiv ressursbruk for helsepersonell i spesialisthelsetjenesten
- økt trygghet og forutsigbarhet for pasientene
- forbedret informasjonsutveksling i samhandlingen mellom tjenester og aktører
- dessuten: oppfyllelse av lovkrav og oppdrag i oppdragsdokumentet for 2024

På bakgrunn av innsiktsarbeidet og pilotene, foreslår prosjektgruppen **10 anbefalinger** for å realisere gevinstene. Anbefalinger tilpasses lokal organisering og følges opp i hvert helseforetak. Anbefalingene og videre oppfølging beskrives nærmere i kapittel 5:

1. Tydelig ledelse for oppfølging av koordinatorordningen
2. Forbedre arbeidsflyten for koordinering, inkludert å forsterke koordinerende enhet med en beslutningsgruppe
3. Ta i bruk kriterier til hjelp for å identifisere pasienter med behov for koordinator
4. Sikre tilstrekkelig informasjon til pasientene om koordinatorordningen
5. Sikre at koordinator har kunnskap, ressurser og myndighet som kreves for å kunne utføre sine oppgaver
6. Vurdere å dedikere egne ressurser til koordinatorrollen ved enkelte enheter
7. Revidere, forenkle og informere om regional retningslinje/prosedyre for koordinator
8. Videreutvikle og kvalitetssikre rapportering av oppnevnt koordinator
9. Utvikle digital løsning for å melde behov om koordinator fra eksterne til sykehus
10. Digital beslutningsstøtte for å identifisere koordinatorbehov

Innhold

1. Innledning	1
2. Innsiktsfasen - kartlegging av nåsituasjonen	6
3. Tjenesteutviklingsfasen- analysen	22
4. Piloteringsfasen	25
5. Anbefalinger og videre oppfølging	29
6. Vedlegg	38

1. Innledning

Koordinatorordningen er et viktig verktøy for samhandling som skal sikre at pasientene får samordnede tjenester under opphold i sykehusene, og ved overgang til hjem-kommunen. Koordinatorordningen er etablert for ivaretagelse av *pasienter med behov for komplekse og/eller langvarige og koordinerte tjenester*. Til tross for systematisk og langvarig arbeid med tilrettelegging for koordinatorordningen i sykehusene, er den ikke tilstrekkelig implementert i kliniske enheter.

1.1 Bakgrunn

I 2021 ble tiltak knyttet til forbedring av koordinatorordningen tatt inn i [Regional plan for habilitering og rehabilitering, innsatsområde 1](#) som et bidrag til å oppnå overordnede mål innen spesialisert habilitering og rehabilitering i Helse Vest. I 2022 initierte Helse Vest RHF derfor et regionalt prosjekt som skulle identifisere hindringer, legge til rette for løsninger, sikre samarbeid i sykehusene og styrke samarbeid med kommunene gjennom koordinatorordningen. I samsvar med [prosjektmandat](#) pkt. 3.3 *Avgrensinger og samordning*, er prosjektet gjennomført med utgangspunkt i somatisk sektor i Helse Bergen og Helse Førde. Prosjektet startet opp i september 2022 og prosjektrapport er ferdigstilt oktober 2024.

1.1.1 Om koordinatorordningen

Koordinatorordningen ble lovpålagt gjennom Spesialisthelsetjenesteloven (§2-5 a) i 2012, hvor det framgår at koordinator skal oppnevnes for *pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester*. Av kommunehelsetjenesteloven (§7-2) fremgår det at kommunene skal tilby koordinator til pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester, og Pasient- og brukerrettighetsloven (§ 2-5) slår fast at disse pasientene har rett til koordinator. I Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator, kapittel 5 og Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator, kapittel 13 belyses og konkretiseres formål, rettigheter og løsninger for koordinatorordningen. Også Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027, kap. 4.2.4 *Koordineringsordninger*, gir oversikt over de lovregulerte ordningene både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene, og løfter frem innspill og tilbakemeldinger til HOD, samt myndigheters intensjoner og anbefalinger knyttet til ordningen.

1.1.2 Koordinerende enheter i Helse Vest

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering (KE) ble forankret som et krav i Lov om spesialisthelsetjenesten fra 2012 (§2-5b). Gjennom samme paragraf er KE gitt overordnet ansvar for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Tilsvarende krav fremkommer i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (§7.3).

I 2007 ble funksjonen Regional koordinerende enhet (RKE) lagt til Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering i Helse Bergen. Senteret organiserte RKE- funksjonen som et nettverk mellom KE ved de fire HF-a i regionen, som på denne tiden ble organisert/etablert i tilknytning til rehabiliteringsenheter i sykehusene. Gjennom RKE funksjonen samarbeidet de fire KE blant annet om etablering av felles rutiner og retningslinjer for ivaretagelse av oppgavene knyttet til koordinatorordningen.

Til tross for langvarig samarbeid om løsninger, har ordningen ennå ikke blitt tilstrekkelig implementert i kliniske enheter ved HF-a, og mange pasienter med behov for komplekse og/eller langvarige og koordinerte tjenester opplever å ikke få oppnevnt koordinator.

1.2 ***Formålet med prosjektet (iht mandatet):***

- Identifisere hvorfor koordinatorordningen i spesialisthelsetjenesten ikke fungerer som ønsket per i dag.
- Vurdere læringspunkt fra innføring av kreftkoordinator (for eksempel dedikerte roller, ansvar, ressurser og lederforankring).
- Være godt forankret i HF-a: i foretaksledelsen, habiliterings- og rehabiliteringsenheter, samhandlingsenheter og koordinerende enheter
- Involvere kommuner og være forankret i helsefellesskapene
- Involvere brukere – pasientfokus
- Involvere helsepersonell som ifølge normerende dokument skal gjennomføre ordningen

1.3 Oppgaver i prosjektet (iht. til mandatet):

- Hente inn erfaringer fra relevant arbeid/prosjekt i egen region og i andre regioner og vurdere om det finnes løsninger som kan brukes eller bygges videre på. Dette inkluderer å vurdere læringspunkt fra innføring av kreftkoordinator.
- Vurdere bruk av arbeidsmetodikk for tjenesteinnovasjon (innomed.no/verktoy/veikart-tjenesteinnovasjon)
- Skaffe innsikt i årsaker til at koordinatorordningen ikke fungerer etter intensjonen. Søke å avdekke de reelle behovene både hos pasienter/pårørende og helsepersonell, med fokus innenfor somatikken:
 - Pasient/pårørender erfaringer: undersøke om opplevde behov for koordinerte tjenester (m.a. brukerutvalg på ulike nivå, ungdomsråd)
 - Leder- og medarbeiderer erfaringer: undersøkning om opplevde endringer i krav til koordinering av tjenester og opplevde krav til det å være koordinator.
 - Forventninger om koordinering av tjenester fra kommunehelsetjenesten
 - Læringspunkt fra innføring av kreftkoordinator. Avklaringer av grenseoppgang mellom ulike typer koordinatore
 - Avdekke hemmende og fremmende faktorer for implementering av koordinator i spesialisthelsetjenesten
- På bakgrunn av innsikten, utvikle en tilpasset tjenestemodell og gjennomføre en avgrenset pilot for utprøving av denne. Det blir valgt ut noen få avdelinger/enheter (2-4) i to helseforetak. Helse Bergen og Helse Førde er foreslått som pilotforetak med kommuner fra hvert av foretaksområdene.
- Bruke tall for registrerte koordinatore opprettet i avdelingene (eksisterende rapport 2003820 Rolle overfor pasient) for så langt som mulig å følge utviklingen i prosentandelen pasienter som har fått koordinator. Andre aktuelle indikatorer skal bli vurdert
- Utforske muligheter for bruk av digitale løsninger i koordineringen
- På bakgrunn av innsiktsarbeidet og erfaringene fra piloten skal prosjektet gi anbefalinger om implementering og vedlikehold av koordinatorordningen:
 - vurdere behovet for og eventuelt revidere regional retningslinje/prosedyre for koordinatorordningen i spesialisthelsetjenesten
 - lage en sjekkliste til bruk i implementering på avdelingsnivå

- beskrive hvordan eksisterende nettverksstruktur for de koordinerende enhetene i regionen kan støtte implementering og videreføring av arbeidet

1.4 Måloppnåelse fra prosjektet

Prosjektet har levert i henhold til oppgaver som er beskrevet i mandatet Kap 1.3. I kapittel 5 framkommer anbefalinger og videre oppfølging.

1.5 Prosjektorganisasjon og bidragsytere

Prosjekteier er Helse Vest RHF ved fagdirektør Bjørn Egil Vikse. Seniorrådgiver Hilde Rudlang har vært kontaktpunkt for prosjektet hos prosjekteier. Styringsgruppe for arbeidet er fagdirektørene i helseforetakene, konserntillitsvalgt og representant fra Regionalt brukerutvalg, ledet av fagdirektør i Helse Vest RHF. Møte i styringsgruppen er blitt lagt til fagdirektørmøte. Det har vært gjennomført fire styringsgruppemøter i prosjektperioden (9. mars, 2. november 2023 og 18. januar, 7. mars 2024). Referansegruppen har bestått av samhandlingssjefer i helseforetakene/HDS, supplert med deltakere fra koordinerende enhet i hvert helseforetak. Møter i referansegruppen har vært lagt til Regionalt møte for samhandling. Det er avholdt fem møter i referansegruppen (14. desember 2022, 24. mai, 24. oktober 2023 og 14. februar, 16. september 2024).

Det ble på et tidlig tidspunkt besluttet at prosjektet og pilot skulle gjennomføres i Helse Førde og Helse Bergen, og prosjektgruppens medlemmer har kommet fra disse foretakene med tilhørende foretakskommuner (se figur 1). [InnoMed](#) har bistått prosjektet med prosessveiledning i perioden fra januar 2023 til januar 2024. I samarbeid med InnoMed ble det i januar 2024 utarbeidet en erfaringsrapport fra arbeidet i prosjektet så langt.

Rolle	Stilling	Namn	Representerer
Prosjektleder	Rådgiver	Cathrine Nøttingnes	Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering
Prosjektstøtte	Rådgiver	Tor Ingebrigtsen	Seksjon for helsetjenesteutvikling, Helse Bergen
Deltaker	Fagutviklings- sjukepleier	Sirianne Pidic	Nevro/Revma/Rehab sengepost, Helse Førde
Deltaker	Assisterende seksjonsleder	Anne Mari Indrebø	Medisinsk sengepost 1, Helse Førde
Deltaker	Spesialrådgiver	Anne Jorunn Langeland	Barne- og ungdomsklinikken, Helse Bergen
Deltaker	Avdelings- sjukepleier	Hege Storlid	Nevrologiklinikken, Helse Bergen
Deltaker	Rådgiver	Maria Katarina Ljunglöf	Koordinerende eining i Helse Førde
Deltaker	Leder koordinere- enhet	Trude Gulbrandson	Kinn kommune (Helse Førde)
Deltaker	Systemrådgiver	Gro Kristiansen	Bergen kommune
Deltaker	Brukerrepresentant	Marita Aarvik	Brukerutvalet i Sogn og Fjordane
Deltaker	Brukerrepresentant	Linda Haugland	Brukerutvalet/ungdomsrådet i Helse Bergen
Deltaker	Tillitsvalgt	Tone Vikene Nystrad	DNLF, Helse Bergen
Deltaker	Tillitsvalgt	Karen-Anne Stordalen	NSF, Helse Bergen



Figur 1: Oversikt over deltakere i prosjektgruppen

1.6 Framdriftsplan i prosjektet

Prosjektet hadde oppstart i september 2022 med planlagt ferdigstilling innen juni 2023. Etter prosjektets første møte i september var tilbakemeldingen fra prosjektgruppen at framdriftsplanen var svært optimistisk og ikke realiserbar grunnet flere forhold. Prosjekt og pilotgjennomføring har derfor pågått fram til juni 2024. I Helse Bergen og Helse Førde har det vært forhold som har forsinket pilotgjennomføring, blant annet flytteprosesser i begge foretak.

I henhold til ønsket om å bruke arbeidsmetodikk for tjenesteinnovasjon søkte prosjektet støtte fra InnoMed, og fikk tildelt 200 timer med oppstart januar 2023, og ytterligere 160 timer ble innvilget fra InnoMed i april 2023. Fra januar 2024 overtok nye aktører drifting av InnoMed og det var ikke mulig å overføre resterende timer til nye aktører. Samarbeidet med InnoMed opphørte januar 2024.



Figur 2: Planlagt framdriftsplan (2022-2023) for prosjektet øverst, og revidert framdriftsplan (2022-2024) under i blått.

2. Innsiktsfasen - kartlegging av nåsituasjonen

I innsiktsfasen har prosjektgruppen hentet erfaringer fra relevant arbeid som er gjennomført i egen region og andre regioner og hentet erfaringer fra kreftkoordinatorordningen og Vel heim. Prosjektgruppen har kartlagt hva som er årsaker til at koordinatorordningen ikke fungerer etter intensjonen. Blant annet er det gjennomført to omfattende workshop for å få innspill til tiltak og løsninger for å forbedre koordinatorordningen i spesialisthelsetjenesten i Helse Vest.

2.1 Erfaringer fra Koordinatorende enhet i Kinn kommune

I Kinn kommune er KE regnet som grunnmuren for tverrfaglig samhandling, og er organisatorisk plassert i sentraladministrasjonen under kommunedirektøren. Ukentlig er det møter i KE med en rekke aktører; fysioterapeut for tjeneste helse, sykepleier/saksbehandler fra tildelingsenheten, sosionom fra NAV, kommuneoverlege, rådgiver fra oppvekst, psykolog ved helsestasjon, avdelingsleder for psykisk helse og rus, SFO-leder, ergoterapeut/folkehelsekoordinator, stabsleder for strategi og samordning og sykepleier for hjemmetjeneste. Alle disse aktørene bidrar med 20 % ressurser inn i KE og er både fag- og kulturbærere inn i KE for sine tjenester og endringsagenter ute i tjenestene for KE.

KE mottar søknader om individuell plan (IP) og koordinator/barnekoordinator og organiserer første møte med aktuelle aktører rundt oppfølging av bruker for å kartlegge og avklare behov. KE fatter enkeltvedtak, oppnevner koordinator/barnekoordinator og bidrar med å ansvarliggjøre oppfølgingsteamet rundt bruker. Alle tilsatte i organisasjonen skal i praksis kunne bli koordinator. Nærhet til bruker og kunnskap om bruker er sentrale prinsipper, men også brukermedvirkning. I særlig krevende og komplekse saker tar representanter i KE selv koordinatoransvaret så lenge det er nødvendig.

2.2 Erfaringer fra KE ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har vedtatt en omstrukturering av hvordan de lovregulerte koordineringsordningene forvaltes i sykehuset. I grove trekk forsterkes funksjonen til koordinerende enhet med kliniske ressurser for å øke den totale kapasiteten rundt arbeidet med ordningene. Bakgrunnen for dette er at det i hovedsak er tre områder ved koordineringsordningene som erfares spesielt krevende:

- Vurdering av pasientenes rett til koordineringsordningene

- Fordeling av koordineringsansvar for pasienter med komplekse og sammensatte behov
- Oppnevning av koordinator eller kontaktleger for pasienter som etter vurdering har rett til det

I noen pasientsaker har KE hatt opp mot 50 kontakter med pårørende, pasienter, helsepersonell og ledere fra ulike avdelinger, uten at man har klart å komme til enighet om en tilfredsstillende løsning. Dette har negative konsekvenser for pasientene det angår og i tillegg bruker helsetjenestene unødige mye ressurser på koordineringsordningene uten at koordinator eller kontaktleger er oppnevnt.

Den nye «forsterkede koordinerende enheten» har UNN valgt å kalle for et koordineringsmottak. Koordineringsmottaket består av personell fra pasientkoordinatorstillinger etablert gjennom Stormottakerprosjektet, og KE. Koordineringsmottaket har som hovedoppgave å bidra til at pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester opplever helhetlige, proaktive og pasientsentrerte tjenester. Dette oppnås gjennom å være kontaktpunkt og saksbehandler for alle henvendelser som omhandler uavklarte koordineringsbehov hos nevnte pasientgruppe. For kommunenes del vil dette bidra til enklere og mer forutsigbar samhandling rundt pasienter som mottar mange samtidige helsetjenester.

Fra før har KE i sykehuset et lovpålagt ansvar for ordningene individuell plan og koordinator jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 b. I dette ligger et systemansvar for arbeid med individuell plan, samt oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator i spesialisthelsetjenesten. Koordineringsmottaket er en forsterkning og utvikling av KE-funksjonen, og skal i tillegg til de eksisterende oppgavene fortløpende evaluere hvordan UNN jobber med koordinering av pasientforløp og komme med anbefalinger til tiltak som kan bidra til økt realisering av intensjonene bak de nevnte ordningene.

Parallelt med opprettelsen av koordineringsmottaket er det også opprettet et klinisk koordineringsnettverk. Dette nettverket består av ledere fra klinikker i UNN som har pasienter i målgruppen. Nettverket vil fungere som bindeledd mellom koordineringsmottaket og de kliniske ressursene i sykehuset. Koordineringsmottaket skal i samarbeid med det kliniske koordineringsnettverket sørge for at alle henvendelser blir rettighetsvurdert og besvart i tråd med nasjonale føringer. Det kliniske koordineringsnettverket har også ansvar for å oppnevne kliniske ressurser til koordinering av pasientforløp.

2.3 Erfaringer fra forløpskoordinator innen kreft i spesialisthelsetjenesten og andre koordinatorordninger

I løpet av de siste ti årene er det innført flere andre ordninger utover den lovpålagte koordinatorordningen, som dette prosjektet omfatter, eksempelvis nevnte forløpskoordinator i pakkeforløp kreft og nasjonale pasientforløp innenfor psykisk helse og rus. Flere av disse ordningene har grenseoppganger til koordinatorordningen og veilederen presiserer at pasienter som tilhører disse forløpene vil ofte ha behov for «koordinerte tjenester», eventuelt «komplekse eller langvarige tjenester», og oppfyller dermed vilkårene for å få tilbud om koordinator i spesialisthelsetjenesten. For disse pasientene vil det være naturlig at det er forløpskoordinatoren som ivaretar den lovpålagte koordinatorrollen.

Et formål i prosjektet har vært å vurdere læringspunkt fra innføring av kreftkoordinator (for eksempel dedikerte roller, ansvar, ressurser og lederforankring). Pakkeforløp for kreft ble innført i 2015 og det er i dag 28 ulike pakkeforløp/pasientforløp. Prosjektgruppen inviterte tidlig i prosjektperioden inn forløpskoordinatorene Borghild Straume - Helse Bergen og Hanne Elin Skår - Helse Førde til å presentere kreftkoordinatorordningen og deres erfaringer.

Pasienter som har fått en kreftdiagnose, hvor de skal inn i et pakkeforløp, får umiddelbart etter diagnosesetting tildelt en forløpskoordinator. Forløpskoordinatoren «tar imot» pasienten og har ansvar for å sette opp timer, og skal være pasientens kontaktperson fram til behandlingens slutt. For pasienter som følges opp ved kirurgi eller i kreftenhet er det kreftkoordinator i kreftenhet som overtar koordinatorrollen. Denne ordningen har ført til kortere ventetid fra mottatt henvisning til første fremmøte i spesialisthelsetjenesten, og pasientens opplevelse ved det første møte er avgjørende for hvordan forløpet arter seg videre. De pasientene som blir møtt med empati, tid, informasjon og som blir forelagt en plan for videre utredning og behandling av lege og forløpskoordinator, viser erfaringsmessig tillit, ro og trygghet til systemet gjennom den videre oppfølgingen i forløpet. Største gevinsten er at pasient og pårørende har en person å forholde seg til som til enhver tid er oppdatert på hvor i forløpet pasienten befinner seg og som kan gi informasjon underveis og som er tilgjengelig for pasienten. Deres erfaring er at forløpskoordinator avlaster andre helsepersonell-grupper som for eksempel, merkantilt personell, leger, sykepleiere på post og i poliklinikk, samt ulike timekontor og fastleger. Forløpskoordinator er også kontaktperson for

samarbeidspartnerne og den nærmeste til å avdekke flaskehalser i systemet og ved behov innkaller til samarbeidsmøter for å diskutere hvordan dette best kan løses.

2.4 Erfaringer i Helse Førde knyttet til diagnose- og rehabiliteringskoordinator

I 2005 ble det etablert et tverrfaglig team rundt ALS pasienter i Helse Førde og det ble opprettet en ALS-koordinator. I ettertid ble det etablert tilsvarende diagnosekoordinatorer for flere andre pasientgrupper; Parkinson, MS, Epilepsi og Tumor cerebri. Basert på kompetanse og erfaring blir rollen koordinator tildelt navngitte ressurser. Koordinatorene blir kontaktet når pasienter blir lagt inn for å sikre tverrfaglig oppfølging, og er kontaktpunkt i spesialisthelsetjenesten for kommunene ved spørsmål eller nye behov. Det er også etablert en rehabiliteringskoordinator som tildeles rehabiliteringspasienter. Denne koordinatoren har en utvidet funksjon til sammenligning med diagnosekoordinatorer og sitter blant annet i inntaksteamet ved Avdeling for nevrologi, reumatologi og rehabilitering.

Helse Førde har svært gode erfaringer med å ha ansatte som særlig ivaretar koordinering og oppfølging og mener at etableringen av diagnosekoordinatorer og rehabiliteringskoordinatorer har resultert i reduserte innleggelser og ressursinnsats.

2.5 Erfaringer fra Vel heim

Prosjektet har gjennomført flere møter med representanter fra det regionale prosjektet Vel heim og DIPS ASA. Hensikten har vært å undersøke om det foreligger noen muligheter i fagsystemet for å både dokumentere arbeid knyttet til koordinator/ koordinering og understøtte bedre koordinering. Det er en funksjonalitet i fagsystemet som gjør det mulig å hake av for om pasienten trenger koordinering. Denne funksjonaliteten er satt på som default for alle pasienter. Det vil si at alle pasienter i Helse Vest er haket av for at de bør koordineres. Det er blitt forespurt om det er mulig å fjerne haken for enheter som skal gjennomføre pilotering. Dette lar seg ikke gjøre pr i dag. Eneste mulighet er å fjerne haken for alle enheter i hele foretak.

2.6 Innsikt i årsaker til hvorfor koordinatorordningen ikke fungerer etter intensjonen

2.6.1 Brukerperspektivet

Brukerrepresentantene i prosjektgruppen er tydelig på at mange pasienter som har behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester i spesialisthelsetjenesten aldri får spørsmålet om de har behov for eller ønsker koordinator. Er du «uheldig» og ikke kommer i ett pakke- eller pasientforløp eller innehar en diagnose som utløser diagnosekoordinator, er det mindre sannsynlig å få tilbud om koordinator. Det blir framhevet at for mange pasienter vil en kontaktperson, med navn og telefonnummer, i spesialisthelsetjenesten, være av stor betydning for å oppleve større trygghet og opplevelse av at tjenestene henger sammen. Pasient- og brukerombudet skriver i sin årsmelding for 2022 at:

«Rundt 10 % av sakene vi mottok i 2022 om spesialisthelsetjeneste, gjaldt manglende eller dårlig oppfølging og mangelfullt internt samarbeid. Vi erfarer at sviktende informasjonsflyt, manglende kontinuitet og uklare ansvarsforhold er medvirkende årsaker til at ikke alle pasientforløp fungerer etter planen. Pasienter med kompleks helsetilstand trenger helhetlig og koordinert helsehjelp. Mange opplever imidlertid at hjelpen er fragmentert, og at det blir tatt beslutninger uten at pasientens komplekse tilstand er vurdert samlet. Spesialistene skal avdelingsvis ha oppmerksomhet rettet mot sitt fagfelt, men systemet må være tilrettelagt slik at man sikrer et helhetlig perspektiv på behandlingen».

De skriver videre at:

«lovpålagte ordninger med koordinator og individuell plan fungerer ikke i praksis»

Årsmeldingen for 2023 poengterer det samme.

Dette er også i samsvar med Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 (Meld. St. 9 (2023–2024)) som slår fast at hvis koordineringen og samhandlingen svikter, vil ansvaret for oppfølgingen ofte tilfalle pasienten eller pårørende selv. Enkelte pasientgrupper har nasjonale standardiserte kunnskapsbaserte pasientforløp og pakkeforløp som ivaretar nødvendig koordinering og forutsigbarhet. For andre pasienter med behov for komplekse og/eller langvarige koordinerte helse- og omsorgstjenester kan det være behov for mer individuell koordinering.

Brugerrepresentantene framhever at fra 1. august 2022 ble koordinator en pasient- og brukerrettighet. De uttrykker at det er viktig at dette også gjenspeiles i både informasjon ut til pasienter, kunnskap ute hos helsepersonell i enhetene og oppfølging med tilbud om koordinator.

2.6.2 Undersøkelse blant enhetsledere

Det er utarbeidet foretaksovergripende retningslinjer for koordinator i samarbeid under RKE-funksjonen. Disse har eksistert i over 10 år, revidert løpende og tilgjengelig i foretakenes kvalitetshåndbøker. I retningslinjene anbefales det at det utarbeides lokale prosedyrer i hver enhet i sykehuset knyttet til koordinatorordningen. Det er enhetsleder som har ansvar for at retningslinjen gjennomføres og for å utpeke koordinator.

Ved oppstart av prosjektet ble det gjennomført en spørreundersøkelse blant ledere fra tre enheter i Helse Førde og to enheter i Helse Bergen. Målet med denne spørreundersøkelsen var å få kjennskap til om retningslinjen/prosedyren «Koordinator for samordning av tjenester» var kjent blant ledere og hvordan enhetene identifiserte pasienter som har behov for koordinator.

Undersøkelsen viste at retningslinjen/prosedyren i liten grad var kjent, og svært få av enhetene hadde implementert egne retningslinjer/prosedyrer basert på denne. Dette må ses i sammenheng med at retningslinjen/prosedyren av flere ble opplevd som uklar, spesielt knyttet til å avdekke hvilke pasienter som hadde behov for og rett til koordinator. Videre var kriterier for å velge hvilken enhet som skulle ha koordinatoransvar utydelig. Det var ikke beskrevet hvordan ansvaret skulle fordeles i tilfeller hvor pasienten mottok behandling fra flere enheter. Dette førte til samhandlingsutfordringer internt på sykehuset - mellom ulike enheter, men også mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Et eksempel som trekkes frem er utfordringer knyttet til kommunikasjon og ansvarsfordeling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten når det gjelder IP. I tillegg ble det pekt på at ulike IKT-løsninger gjorde det krevende med samhandling. Kommunen og sykehuset har ulike journalsystemer, og det finnes ulike systemer internt på sykehuset.

2.6.3 Tillitsvalgte

De tillitsvalgte fremhever at det er svært mange oppgaver som skal ivaretas av helsepersonell og at mange opplever tidspress og stor arbeidsbelastning. Dette kommer også fram i Nasjonal helse- og samhandlingsplan (2024-2027):

“Tilbakemeldinger fra spesialisthelsetjenesten peker på at det er utfordrende å være koordinator og kontaktleger i en hektisk hverdag med vekslende mellom vaktarbeid, sengepost og poliklinikk, samt undervisning, forskning,”.

Innholdet i koordinatorrollen/-rettigheten er heller ikke godt kjent, og det er manglende rutiner på dette. Tillitsvalgte mener at en må finne balansen mellom å ivareta de pasientene som har et stort behov for koordinator og å ikke lage rutiner som pålegger helsepersonell nye oppgaver som det ikke er tid og ressurser til å utføre på en god måte.

2.6.4 Forventninger fra KE - Kinn kommune og Bergen kommune, om koordinering av tjenester i spesialisthelsetjenesten

Det er en klar forventning om at helseforetakene skal bidra til koordinering både internt på tvers av sykehusavdelingene, og samhandling med kommunene. En forutsetning for dette er å ha en fungerende koordinerende enhet. Det er utfordrende når det er ulike leger og ulike avdelinger kommunen må forholde seg til – man ønsker en person som har oversikt over den samlede oppfølgingen til pasienten.

Det er viktig å presisere at koordinering gjelder utover habilitering og rehabilitering. Pasienten må oppleve å ha et samordnet behandlingsforløp i sykehuset som styrker oppfølgingen som pasienten trenger i det daglige. For koordinerende enhet ute i kommunene er det viktig å vite hvem man skal kontakte og hvordan man best tar kontakt inne i sykehuset når man har spørsmål/behov for å samhandle rundt pasient. Like viktig er det å ha klare «regler» for hvordan kommunen skal melde behov for koordinator inn til spesialisthelsetjenesten.

Det må være et fokus på koordinering ute i enhetene – som del av naturlig arbeid og pasientoppfølging. Kan det være aktuelt å ha et eget sjekkpunkt for å vurdere behov for koordinator ute i enhetene i sykehuset?

Enhetene må ha fullmakter til å igangsette koordinering når det blir identifisert behov. For pasienter som har oppfølging fra flere enheter, må den koordinatoren som tar

samhandlings- og koordinatoransvaret for et samlet helsetilbud ha fullmakter til å gjøre det arbeidet. Det må være møter mellom avdelingene i sykehuset når pasienten har oppfølging fra flere avdelinger. Det forventes at det er faste strukturer på dette, for at kommunen skal få koordinerte og samlede tilbakemeldinger – for å kunne gi pasienten best mulig oppfølging i hjemmet (for eksempel: unngå ikke-samordnede epikriser fra samme behandlingsforløp i ulike avdelinger). Det er viktig at kommunale aktører tidlig nok blir kontaktet for å få et helhetlig forløp og en god oppfølging i kommunen.

2.7 Identifisering av årsaker til utfordringer med dagens tjeneste

Prosjektgruppen har gjennomført en fiskebeinsdiagramanalyse for å identifisere mulige årsaker til at pasienter ikke får koordinator i spesialisthelsetjeneste.

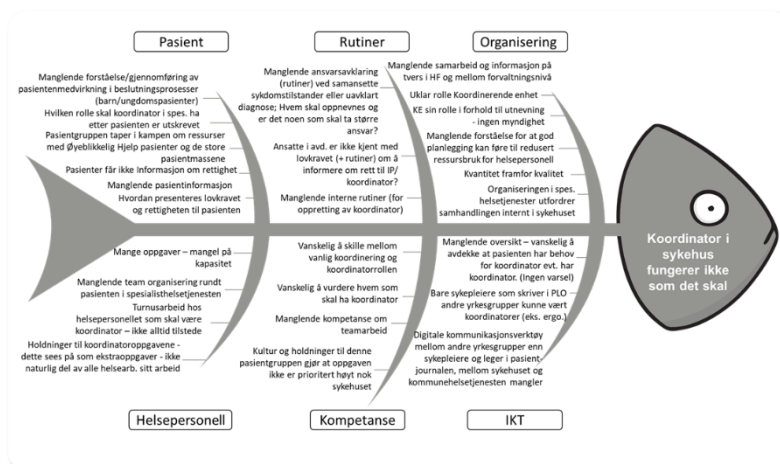
Om fiskebeinsdiagrammet:

- Er et verktøy som brukes for å kartlegge mulige sammenhenger mellom årsaker og virkninger¹.

Om hvordan prosjektet brukte verktøyet:

- Prosjektgruppen jobbet tidlig med å identifisere «alle» årsaker til at pasienter ikke får koordinator i spesialisthelsetjenesten.
- Prosjektgruppen bearbeidet innspillene og kategoriserte utfordringene: 1) *Pasient*, 2) *rutiner*, 3) *organisering*, 4) *helsepersonell*, 5) *kompetanse* og 6) *IKT*

Illustrasjon av det ferdig utfylte fiskebeinsdiagrammet:



Figur 3: Fiskebeinsdiagrammet utarbeidet av prosjektgruppen

Basert på innspillene er det utarbeidet 6 hovedkategorier av årsaker:

- 1) Pasient
- 2) Rutiner
- 3) Organisering
- 4) Helsepersonell
- 5) Kompetanse
- 6) IKT

2.7.1 Prioritering av utfordringer

På bakgrunn av den totale informasjonen prosjektgruppen har tilegnet seg gjennom innsiktsfasen står prosjektgruppen igjen med seks sentrale spørsmål. I det kommende

avsnittet blir disse seks spørsmålene presentert, og det blir gitt en kort status over nåsituasjonene knyttet til spørsmålene:

- 1 **Pasient og rutiner:** *Hvordan kan vi identifisere hvem som har behov / rett på koordinator slik at pasienter også får informasjon om sine pasientrettigheter?*

Nåsituasjon

Identifisering av pasienter som har behov for en koordinator i spesialisthelsetjenesten skjer hovedsakelig ved en av følgende måter:

1. Pasient tar direkte kontakt med aktuell enhet, der pasient selv mener at koordinator skal være tilknyttet
2. Helsepersonell i enhet identifiserer at pasient har behov for og rett til koordinator
3. Pasient tar kontakt med koordinerende enhet i sykehuset. Det kan alternativt være at pårørende, fastlege eller koordinator i kommune tar kontakt på vegne av pasient

KE erfarer at pasient, pårørende eller koordinator i kommune, tar kontakt med KE og etterspør bedre samhandling mellom kommunene og sykehus og innad i sykehuset. Det er kjent at mange enheter synes det er vanskelig å identifisere pasienter ut fra lovteksten.

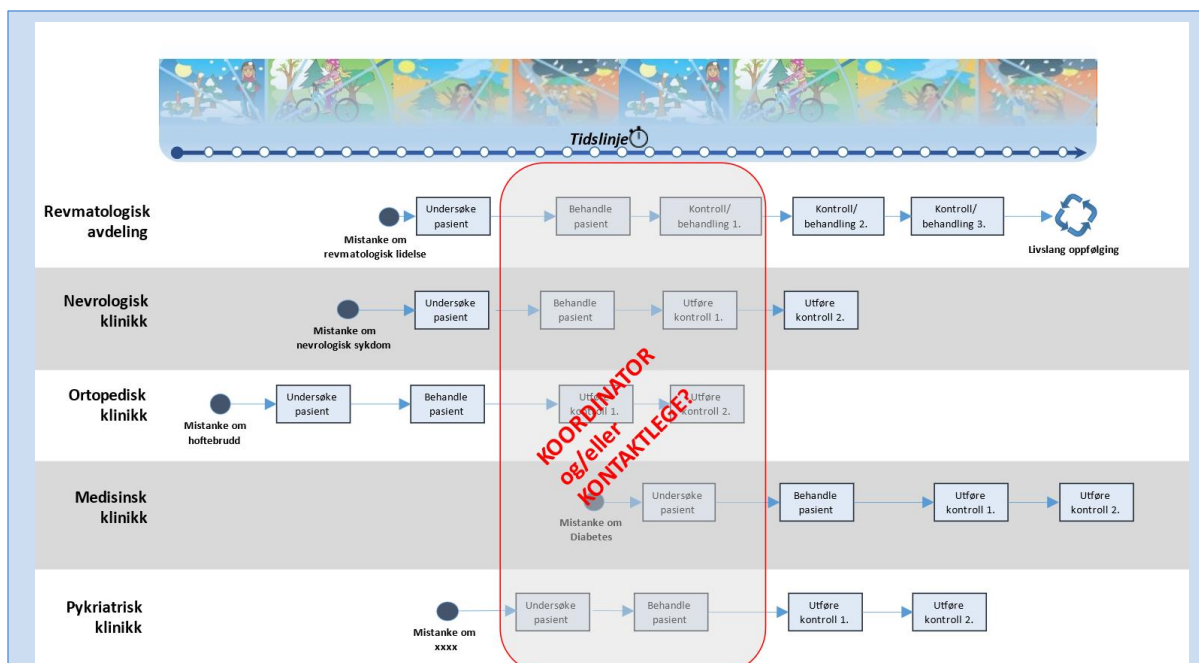
Når helsepersonell ute i enhetene avdekker at det kan være behov for en koordinator og eller oppretting av individuell plan ute i kommunen, er det utarbeidet egen melding om dette i DIPS Arena. Meldingen heter «REGISTRER OG SEND MELDING OM VURDERT BEHOV FOR INDIVIDUELL PLAN OG KOORDINATOR». Melding sendes elektronisk. Pasientopplysninger sendes ikke i dette elektroniske brevet, men går via PLO-melding til KE i kommune. På denne måten bidrar spesialisthelsetjenesten med å identifisere pasienter overfor kommunene. Tilsvarende elektronisk ordning har vi ikke fra kommune til spesialisthelsetjeneste.

2. **Pasient og rutiner:** *Hvordan kan vi sikre klare rutiner for hvilken enhet i spesialisthelsetjenesten som skal ha koordinatoransvaret overfor aktuell pasient?*

Nåsituasjon

Mange pasienter følges opp ved flere enheter i sykehusene. Per i dag har vi ikke klare rutiner for hvordan man best kan avklare hvilken enhet som skal påta seg koordinatoransvaret overfor pasient. De gangene KE har vært involvert i saker der pasient har hatt oppfølging ved flere enheter, har man innkalt i noen tilfeller til felles møte for avklaring av a) er dette en pasient som har behov og rett til koordinator og b) avklare hvilke enhet i sykehuset som best kan fylle koordinatorrollen ut fra aktuelle behov og problemstillinger hos pasient.

Når KE får meldt et behov for koordinator fra utsiden, blir saken sendt videre til den enhet som vurderes som mest hensiktsmessig. Henvendelsen knyttet til enkeltsaker sendes til enhetsleder enten pr telefon, e-post eller via Elements. Dersom enhetsleder i aktuell enhet ikke finner det riktig at det er deres enhet som skal stille med koordinator, sendes saken videre fra KE til ny enhet. KE erfarer at noen av disse prosessene kan ta svært lang tid og involvere mange parter uten at man kommer fram til en tilfredsstillende god løsning.



Figur 4: Eksempel på pasient sin oppfølging i sykehuset, med spørsmål om koordinator og eller kontaktelege

3. Ledelsesforankring: *Hvordan kan vi sikre ledelsesforankring av den lovpålagte koordinatorordningen i enhetene?*

Nåsituasjon

De foretaksovergripende retningslinjene/prosedyrene for koordinator som ligger i kvalitetshåndbøkene presiserer under punkt 3 Ansvar:

«Koordinerende enhet har ansvar for at det foreligger et system med overordnet retningslinje for koordinator i Helse Bergen. Nivå 2 lederne har ansvar for at retningslinjen gjennomføres».

«Koordinerende enhet har ansvar for at det foreligger oppdaterte prosedyrer for funksjon som koordinator i Helse Fonna. Ansvar for implementering og gjennomføring av prosedyrer ligger hos klinikkdirektørene».

«Koordinerende enhet har ansvar for at det foreligger et system med overordnet prosedyre for koordinator i Helse Stavanger. Nivå 2 lederne har ansvar for at prosedyren gjennomføres».

«Koordinerende enhet har ansvar for at det finnes et system med overordnet retningslinje for koordinator i Helse Førde. Klinikkdirktør har ansvar for at retningslinja vert gjennomført».

Under punkt om oppnemning:

«Det helsepersonellet som avdekker behovet, har ansvar for å melde fra til enhetsleder om dette. Enhetsleder har ansvar for oppnevning av koordinator».

Det står også at:

«Enhetsleder har ansvar for at det blir formidlet hvilken rolle og oppgaver koordinator skal ivareta overfor pasienten, pårørende/verge og andre tjenesteytere. Enheten bør utforme interne rutiner».

Det er begrenset antall enheter i sykehusene som har utformet interne rutiner vedrørende koordinatorordningen.

Med henvisning til undersøkelsen som ble gjort blant nivå 2 ledere, viser denne at retningslinjene/prosedyrene verken er godt nok kjent og begrenset implementert.

4. Organisering: *Hvordan kan vi tydeliggjøre roller og forventinger til: a) Koordinerende enhet, b) Koordinator*

Nåsituasjon

a)

KE har et overordnet ansvar for koordinatorordningen i våre fire helseforetak i regionen, som blant annet innebærer å motta meldinger om behov for koordinator, utarbeide rutiner for arbeidet med koordinator, sikre oppnevning og gi opplæring, veiledning og kompetanseheving til koordinatorene. KE har ingen instruksjonsmyndighet, men tilbyr opplæring og dialog med enhetene.

b)

KE erfarer at når pasient eller andre tar kontakt er det viktig å gjøre en grundig avklaring knyttet til problemstillinger og behov pasient har. Like ofte som behov for koordinator, kan det også være behov for og/eller kontaktleger i sykehuset. Ifølge veilederen er kontaktleger en viktig samarbeidspartner ut mot fastleger i medisinske spørsmål, mens koordinator følger opp dialogen med andre relevante aktører i kommunen.

Det er i liten grad avsatt tid/stillinger til å være koordinator ovenfor pasienter, samtidig er det pasienter som har koordinator uten at dette blir registrert i DIPS som «rolle overfor pasient». Den fulle oversikt over hvor mange pasienter som har oppnevnt en koordinator har vi ikke.

5. Kompetanse hos helsepersonell: *Hvordan kan vi sikre tilstrekkelig kompetanse på alle nivå i spesialisthelsetjenesten om hva koordinatorordningen innebærer?*

Nåsituasjon

Hver KE har etablert et kontaktnettverk ut mot sentrale enheter i sykehusene. Det er enhetene som selv har utnevnt bindeleddspersoner mellom KE og enhetene. Det blir årlig arrangert Dialogforumer med den hensikt å kunne dele erfaringer knyttet til blant annet koordinatorarbeidet i de ulike enhetene. Det er utarbeidet intern nettside i hvert foretak med aktuell informasjon og nettressurser.

6. IKT: Hvordan kan vi ta i bruk digitale verktøy for å understøtte koordinatorordningen? Hvilke digitale verktøy/tjenester kan være nyttig internt i sykehuset og mellom sykehus og kommune?

Nåsituasjon

Det kan sendes elektronisk brev fra sykehuset til KE i kommune om å vurdere behov for IP og eller koordinator i pasientens kommune. Tilsvarende fra KE/fastlege i kommune inn til sykehuset har vi ikke i dag. I dag skjer henvendelser fra pasient/pårørende/kommune i all hovedsak via telefon. Ikke alle KE i våre helseforetak har tilgang til pasientjournal. Henvendelser noteres utenom journal for de som ikke har tilgang.

RKE har samarbeidet med HVIKT i å utvikle rapport S-1000026 (tidligere 2003820) som skal kunne gi foretakene en oversikt over hvor mange pasienter som til enhver tid har koordinator på klinikk/avdelingsnivå. Når en pasient får oppnevnt koordinator i sykehuset skal dette registreres i Dips Arena under «rolle ovenfor pasient». I tillegg er det viktig å avregistreres når rollen opphører. I rapporten kan man filtrere for å få frem en visning over hvor mange pasienter som har en koordinator, men bare for pasienter som har hatt kontakt i sykehuset for valgt periode. Funksjonaliteten og brukervennligheten i rapporten er ikke tilfredsstillende og gir ikke nødvendig informasjon til å kunne følge opp koordinatorordningen på en hensiktsmessig måte. Vi har derfor ikke en tilfredsstillende god nok oversikt over hvor mange som har en koordinator i spesialisthelsetjenesten.

Ved oppstart av dette prosjektet var Medrave testet ut ved infeksjonsposten ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Medrave samler inn data fra journalsystemet og lager rapporter og materiell for beslutningsstøtte. Målet var identifisering og risikovurdering av stormottakere, som en del av et større Stormottakerprosjekt som har pågått i regionen. De skriver i sin rapport fra denne utprøvingen at:

«Mange pasienter som innlegges i sykehus har behov for koordinerte og samordnede tjenester fra flere enheter og fra primærhelsetjenesten. Det kan være utfordrende å indentifisere og prioritere hvilke pasienter som har størst behov og som har behov for en koordinert og samordnet helhetlig oppfølging.»

Medrave er et informasjonssystem som kan være et bidrag for å få dette enda bedre til».

Målsettingen for uttestingen i Infeksjonsposten var å finne ut om det var samsvar mellom den kliniske vurderingen som ble gjort, og Medrave scorene. Spørsmålet som ble stilt var om Medrave tilfører noe som klinikken trenger for tidlig å identifisere stormottakere og konklusjonen fra dette var at Medrave, i den formen programmet ble testet i UNN, ikke tilførte klinikken ønsket bistand til å identifisere stormottakere på et tidlig stadium under innleggelsen.

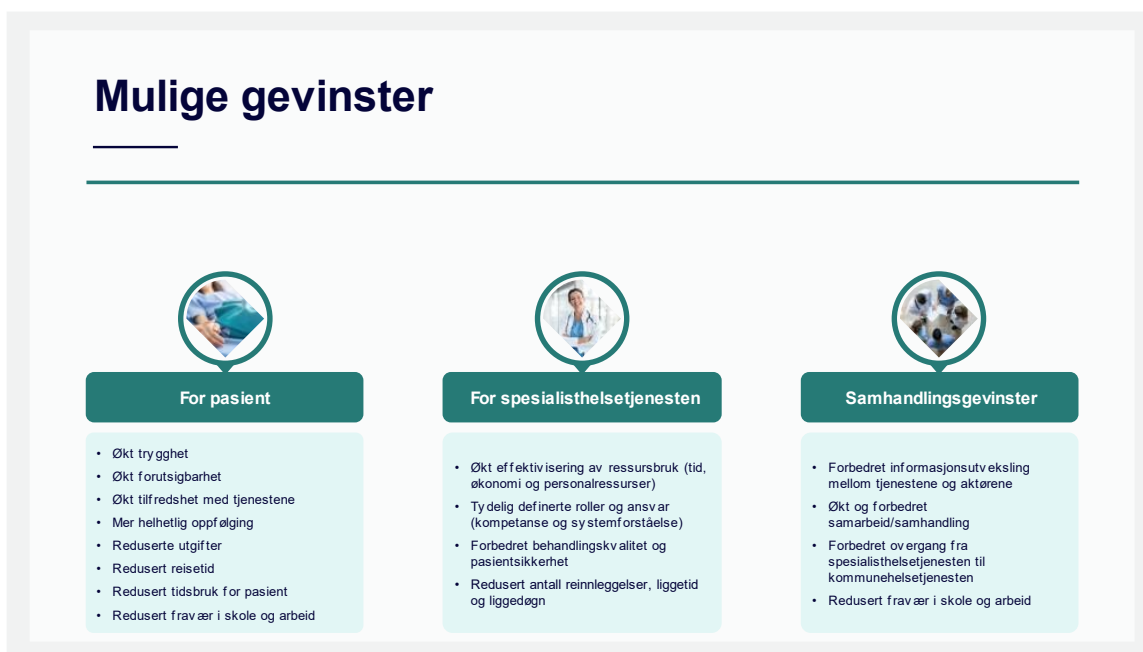
De presenterte spørsmålsformuleringene over, var utgangspunktet for workshopene som ble gjennomført i Helse Bergen og i Helse Førde.

2.8 Workshop

I mars 2023 arrangerte Helse Førde og Helse Bergen workshop. Workshopene ble ledet av InnoMed etter deres metodikk for tjenesteinnovasjon. Det var deltakelse fra brukerutvalg, pasient- og brukerombudet i Vestland, ansatte og ledere fra kommune- og spesialisthelsetjenesten innen somatikk, rus og psykiatrifeltet. Det var ca. 50 deltakere på hver workshop, hvor målet var å identifisere tiltak og utforske mulige gevinster.

2.8.1 Mulige gevinster

Mulige gevinster til at pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester har en koordinator i spesialisthelsetjeneste ble først undersøkt. I figur 5 ser en oppsummering av hovedgevinstene kategorisert under: 1) pasient, 2) spesialisthelsetjenesten og 3) samhandlingsgevinster.



Figur 5: Oversikt over mulige gevinster ved at pasienter får oppnevnt en koordinator i spesialisthelsetjenesten

Deltakerne i workshop jobbet også fram tiltak knyttet til de seks spørsmålene presentert under *2.7.1 Prioritering av utfordringer*. Tiltakene ble prioritert ved hjelp av en prioriteringsmatrise. I tillegg ble det identifisert hva slags gevinster man kunne forvente å oppnå basert på tiltakene.

2.8.2 Prioritering av tiltak etter workshop

Etter workshopene har prosjektgruppen jobbet videre med prioritering av tiltak knyttet til de seks spørsmålene og dette har resultert i følgende:

Hvordan kan vi identifisere hvem som har behov/rett på koordinator slik at pasienter også får informasjon om sine pasientrettigheter?

- 1) Bruke tilgjengelig data for å identifisere pasienter. Vurdere historikken til pasienten
- 2) Kartlegge og vurdere både behov og ressurser til pasienten
- 3) Plassere ansvar for å vurdere rett til koordinator på en bestemt plass i organisasjonen (team under KE)
- 4) Den som møter pasienten, må ta ansvar for å sikre at det å vurdere behov for koordinator blir ivare tatt

Hvordan kan vi sikre klare rutiner for hvilken enhet i spesialisthelsetjenesten som skal ha koordinatorsansvaret overfor aktuell pasient?

1. Møte i team rundt pasient/ problemstilling
2. Opplæring av helsepersonell i samband med koordinatordrolla
3. Ha en intern beskrivelse av koordinator for enheten
4. En superbruker/kontaktperson i enhetene / enhetene

Hvordan kan vi sikre ledelsesforankring av den lovpålagte koordinatorordningen i enhetene? (formalisere koordinatorordningen ute i enhetene)

1. Tydelig bestilling/oppdrag fra toppledernivå
2. Må få info der handling skal skje. Info på alle nivå
3. Tilføre ressurser sammen med koordinatorordningen

Hvordan kan vi tydeliggjøre roller og forventninger til: a) koordinerende enhet og b) koordinator?

1. Avklare roller og forventninger til kommunal KE / koordinator vs. spesialisthelsetjenesten KE/ koordinator
2. Spørre pasienten hvilke forventninger de har til rollen til a) og b)
3. Definer rollen til forskjell fra kontaktlege
4. God ledelsesforankring der KE er plassert høgt i organisasjonen

Hvordan kan vi sikre tilstrekkelig kompetanse på alle nivå i spesialisthelsetjenesten om hva koordinatorordningen innebærer?

1. Superbrukerordning – per post, seksjon, sengepost, poliklinikk (som kan fagfeltet (koordinator-ordningen)
2. Avklare hva en kan forvente av koordinator, både på ledernivå og internt i HF
3. Opplæring og fagdag, nettverk for koordinatører

Hvordan kan vi ta i bruk digitale verktøy for å understøtte koordinatorordningen?

1. Automatisk varsel om at pasienten har flere spesialister tilknyttet (++) flagger – med forslag om koordinator
2. Identifisere og merke pasienter med koordineringsbehov i journalsystem (info som følger oss på tvers av enheter i sykehuset)
3. Informere pasient på Helsenorge om rett til koordinator og kontaktlege

3. Tjenesteutviklingsfasen- analysen

3.1 Funn fra innsiktfasen

Det er gjort et grundig stykke arbeid i innsiktsfasen og prosjektgruppen har sammen med InnoMed analysert og diskutert hva vi mener vil bidra til å utvikle tjenestene knyttet til koordinator i spesialisthelsetjenesten. Nedenfor presenteres hovedpunktene i våres analyse.

3.1.1 Organisatorisk plassering av KE i foretakene

Fra 01.01.24 er alle KE i vår region organisert ved Samhandlingsseksjonene i de respektive helseforetak. At KE har vært organisatorisk plassert under rehabilitering har av de koordinerende enhetene selv, og av prosjektgruppen blitt påpekt å være uheldig av spesielt to årsaker; a) koordinatorordningen omhandler alle pasienter helt uavhengig av rehabilitering i sykehuset og b) koordinerende enhet bør organisatorisk være knyttet tett til samhandling og være synlig for alle i sykehusets organisasjonskart. Å samle samhandlings- og KE funksjoner i en organisatorisk enhet blir omtalt som hensiktsmessig løsning i veilederen. De ressurser som allerede ligger under samhandling kan være svært viktige ressurser for å utvikle KE framover og på denne måten vil KE organisatorisk og systemisk støtte opp om ordningen knyttet til koordinator.

Videre viser erfaringer fra Kinn kommune og KE ved UNN at det å etablere en koordineringsgruppe kan være hensiktsmessig. Dette kan bidra til å sikre bedre oppfølging og samhandling av pasientene.

3.1.2 Informasjon om koordinator til pasienter

Å få oppnevnt en koordinator i spesialisthelsetjenesten krever samtykke fra pasient. Men før man er kommet dit, må pasienter få informasjon om koordinatorordningen og hva en koordinator kan bidra med. Brukerrepresentantene i prosjektgruppen er tydelig på at mange pasienter som har behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester i spesialisthelsetjenesten aldri får verken informasjon eller spørsmål om koordinator. Dette er også helt i samsvar med Pasient- og brukerombudets årsrapporter for de siste årene. Styrking av pasienters rett til koordinator ble ytterlig presisert ved at det fra 1. august 2022 også ble en pasient- og brukerrettighet. Prosjektets brukerrepresentanter er tydelige på at det er viktig at dette også gjenspeiles i både informasjon ut til pasienter, kunnskap ute hos helsepersonell i enhetene og oppfølging med tilbud om koordinator.

3.1.3 Ledelsesforankring og kompetanse

Funnene fra innsiktfasen viser at ledelsesforankring er viktig for å sikre implementering av koordinatorordningen i enhetene og at det må være et tydelig oppdrag fra toppledernivå. Det blir også framhevet at de som får rollen som koordinator har nødvendig trygghet og kompetanse, men også myndighet til å utføre den. Undersøkelser fra innsiktfasen viser både at manglende lederforankring og kompetanse kan være mulige årsaker til at koordinatorordningen ikke er tilstrekkelig implementert. I tjenesteutviklingsfasen er det derfor viktig at disse momentene ble hensyntatt ved en pilotering ved enhetene.

3.1.4 Roller og forventninger

Gjennom innsiktsfasen er det blitt tydelig at det er ulik forståelsen av koordinatorrollen og uklare forventninger til Koordinatorende enhet (KE). I tillegg er det ulike forventninger fra pasientene, helsepersonell selv og samhandlingspartnere om hva en koordinator skal kunne bistå med.

Under workshop kom det fram at koordinering overfor pasienter for mange assosieres med koordinering av timeavtaler. Dette er selvsagt en del av en koordinering, men for pasienter er det like viktig, å ha en person i sykehuset man kan kontakte ved behov og som har oversikt over pasientens totale situasjon og oppfølging.

Kommunene uttrykker viktigheten av å kunne ha et kontaktpunkt i sykehuset som har oversikt over aktivitet og oppfølging inne i sykehuset og som kan avklare spørsmål og samhandle med de som følger opp pasient utenfor sykehuset. De er også klar på at på samme måte som sykehuset kan sende melding til KE ute i kommunen om «vurdert behov for IP og eller koordinator» bør det være tilsvarende mulig for kommunen å melde dette inn til KE i sykehuset.

Det er i ulik grad utarbeidet lokale rutiner (enhetsnivå) som beskriver hva den lovpålagte koordinatorrollen innebærer. For forløpskoordinatorer innen kreft, som ikke er lovpålagt, er det avsatt egne stillinger, og de har klare rollebeskrivelser og oppgaver. Dette kan være en avgjørende faktor for å kunne implementere koordinatorordningen på en tilfredsstillende måte.

3.1.5 Identifisering, behov og ansvarsfordeling

Innsiktsfasen har vist at det daglig i alle enheter i sykehuset gjøres betydelig arbeid med koordinering av pasienter. Likevel er det noen pasienter som har et særlig behov for å ha en egen koordinator som kan bistå pasient, og holde oversikt innad i sykehuset og ut mot kommunen. Sykehusene har for enkelte pasientgrupper allerede etablert en «koordinatorordning». Det er i hovedsak for spesifikke diagnosegrupper eller forløp, noe som gjør pasientene lett å identifisere. Men for pasienter som ikke faller inn under disse, eller som mottar tjenester/behandling på tvers av enheter, vil behovet for koordinator i mange tilfeller være det samme og kanskje større. En stor utfordring vil være å identifisere hvem disse pasientene er. Det vil være viktig at hver enhet lager en oversikt eller jevnlig vurderer hvilke pasienter hos dem som de mener kommer innunder «behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester». Det er fra kommunen foreslått at man skal vurdere dette hos alle pasienter, som en del av sjekkliste.

I tillegg er det avdekket at behovet for type koordinator vil kunne variere fra pasient til pasient. Enkelte vil ha behov for tett oppfølging, mens andre kun kan ha behov for timekoordinering. Det er således viktig å avdekke hvilke koordineringsbehov pasienten har, og dette kan ses på som en forventningsavklaring mellom helsepersonell og pasient.

Prosjektgruppen har diskutert om det bør etableres egne koordinatorstillinger ute i enhetene, eventuelt sentralt under KE, kontra at «alle» i enhetene skal kunne ta på seg rollen som koordinator. Ser vi til erfaringene som er gjort hos forløpskoordinatorene, blir nettopp det at det er avsatt egne ressurser til det å være koordinator framhevet som en viktig faktor for at ordningen fungerer. De samme erfaringen har diagnosekoordinatorene. I kommunene er praksisen litt annerledes. Her ser vi at mange går for løsningen om at «alle» må kunne ta på seg å være koordinator. Unntaket gjelder for barnekoordinatorer, her ser vi at det blir opprettet egne stillinger som barnekoordinator i flere kommuner.

På den andre siden vil behov og etterspørsel trolig variere fra enhet til enhet. Ved å strukturere prosessen knyttet til koordineringsarbeidet kan man oppfylle intensjonene bak koordineringsordningene i større grad enn i dag. Det er viktig å tilpasse løsningene til variasjonen blant pasientene og kapasiteten i de ulike enhetene. Et godt samarbeid mellom en koordineringsgruppe og klinikkene, samt støtte fra sykehusledelsen, er avgjørende for å få dette til.

I tilfellene, hvor pasienten har behov for tjenester fra flere enheter, kan det være vanskelig å avgjøre hvem som skal ha koordinatoransvaret. Dette har vist seg å være et gjentakende tema i prosjektgruppen, og det er behov for å etablere tydelige rutiner for hvordan ansvarfordeling bør være. Det er viktig å få avklart hvem som har beslutningsmyndighet, og dermed hvem som skal ha ansvaret for pasienten.

3.1.6 Digitale verktøy

En av oppgavene til prosjektet er å utforske muligheter for bruk av digitale løsninger i koordineringen. I innsiktfasen har dette vært et tema gjentatte ganger, og det er ønskelig med digitale verktøy som:

- kan avdekke pasienter som har behov for koordinerte tjenester og/eller koordinator, eller i det minste en løsning hvor man manuelt kan merke pasienter
- hvor man som koordinator blir elektronisk varslet i de tilfeller der pasient blir innlagt i sykehuset

Det er i forkant av workshop gjennomført flere møter med Vel Heim prosjektet, og virksomhetsarkitekter er blitt koblet på i etterkant. Siden løsningen med avhaking av pasienter som har behov for koordinator er satt som default i fagsystemet for alle pasienter, og det på dette tidspunktet ikke har vært mulig å fjerne denne for enkeltenheter, har prosjektet valgt å ikke forfølge denne løsningen videre.

3.1.7 Oppsummering av analysen

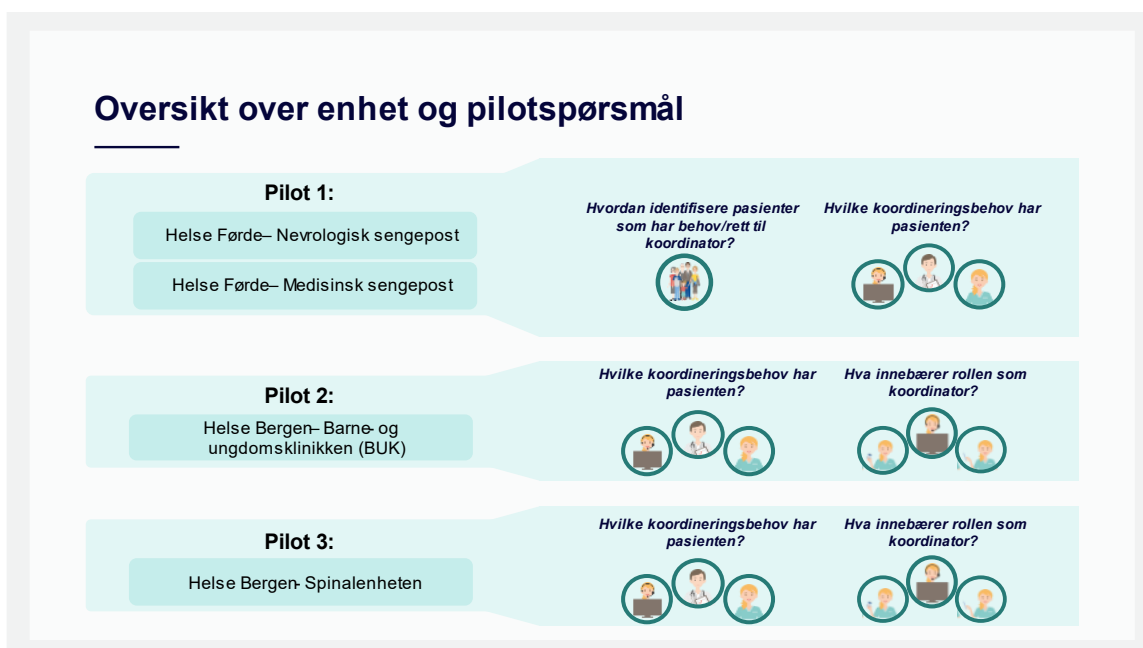
Analysene har vist at organisatorisk plassering av KE er av betydning for ivaretagelse av koordinatorordningen. I tillegg vil etablering av koordineringsgrupper under KE trolig bidra til bedre oppfølging av pasienter med behov for koordinering. Videre er ledelsesforankring avgjørende for at ordningen skal fungerer etter hensikten. Det er også behov for en tydeliggjøring av roller og ansvar knyttet til koordinatorrollen på enhetsnivå. Det å videreutvikle digitale løsninger som muliggjør identifisering og merking av pasienter som kan ha behov koordinator vil kunne underbygge koordinatorordningen ytterligere.

4. Piloteringsfasen

I dette kapittelet blir pilotene som er gjennomført ved Barne- og ungdomsklinikken (BUK) og Spinalenheten i Helse Bergen og pilotene ved Medisinsk sengepost og Avdeling for nevrologi, reumatologi og rehabilitering (ANRR) i Helse Førde presentert.

4.1 Klargjøring av piloter

Det har vært viktig å gjennomføre piloter som vil gi oss et enda bedre grunnlag for å komme med konkrete anbefalinger for å få implementert ordningen. Identifisering av pasienter har vist seg å være vanskelig, derfor har dette vært viktig å se nærmere på. Et annet spørsmål har vært å se på hvilke koordineringsbehov pasienter har og hva rollen som koordinator vil innebære.



Figur 6: Oversikt over pilotspørsmål

4.2 Helse Førde

I Helse Førde deltok neurologisk sengepost og medisinsk sengepost i piloten. Problemstillingene de søkte å belyse var hvordan identifisere pasienter som har behov/rett til koordinator og hvilke koordineringsbehov pasienten har. Piloten ble gjennomført i perioden november til desember 2023, og målsetningen var å få (a) innsikt i omfanget av pasienter som har behov for koordinator i spesialisthelsetjenesten, (b) identifisere hva koordineringsbehovet til pasientene var, samt (c) øke kompetansen til ansatte på de aktuelle enhetene når det kommer til å identifisere pasienter med behov for koordinator. Det var personer fra arbeidsgruppene som gjennomførte piloten. Kriteriene som ble brukt for å vurdere behovet for koordinator var som følger:

- Antall oppmøter
- Antall enheter pasienten har vært innom de siste halvåret
- Antall innleggelser og re-innleggelser

- Alder
- Bosituasjon
- Offentlig hjelp
- Sosial status og tilgang på ressurspersoner rundt pasienten

For alle pasienter som ble innskrevet på sengeposten i pilotperioden skulle det gjøres en vurdering av koordineringsbehov med utgangspunkt i kriteriene. Dette ble gjort av enhetssykepleierne basert på informasjon i DIPS, og uten å snakke med pasienten. Etter den første uken fremkom det at en stor andel av pasientene kunne falle inn under kriteriene om å ha behov for koordinator. Det ble tidlig klart at det var behov for å spisse kriteriene ytterligere. Etter å ha revidert kriteriene ble andelen noe mindre. Totalt ble 314 pasienter vurdert, hvorav 31 prosent av disse ble identifisert til å kunne ha rett på og behov for koordinator. Av de identifiserte hadde allerede 6 prosent en koordinator.

Sengepostene representerer to svært ulike enheter. Nevrologisk sengepost har inneliggende pasienter over tid, mens medisinsk sengepost har korte innleggelser over 1-3 dager. Ved nevrologisk sengepost ble 71 pasienter vurdert, og man fant at 32 prosent kunne ha behov og rett til koordinator. Av disse 32 prosentene viste deg seg at 26 prosent allerede hadde en koordinator ved enheten; en såkalt diagnosekoordinator. Ved medisinsk sengepost ble 243 pasienter vurdert og her ble det funnet tilsvarende tall med tanke på vurdert rett og behov, men hvorav bare 3 prosent allerede hadde en koordinator. Dette tydet på at behovet for koordinator kan være betydelig, men samtidig ble kriteriene endret underveis og vurderingene ble gjort uten involvering av pasient. At man endret kriteriene underveis viser at det kan være krevende å finne et felles sett med kriterier som passer for alle enheter. Dette må ses i sammenheng med at pasientpopulasjon i stor grad variere fra enhet til enhet. Samtidig ble vurderingen om behov for koordinator gjort uten å snakke med pasienten. Det kan derfor tenkes at en noe mindre andel ville hatt behov for koordinator enn piloten skulle tilsi. I tillegg var enkelte pasienter knyttet til flere enheter og det kunne være vanskelig å avgjøre hvilken enhet som skulle ha koordinatoransvaret. Pilotenhetene ønsket i disse tilfelle å melde behov for koordinator til KE i Helse Førde.

4.3 Helse Bergen– Spinalenheten

Ved spinalenheten i Helse Bergen fikk alle inneliggende pasienter tildelte koordinator allerede før prosjektet ble startet, og problemstillingene som skulle besvares

omhandlet; hvilke koordineringsbehov har pasienten og hva innebærer rollen som koordinator. Under pilotperioden ble det utarbeide rutiner for å beskrive hva koordinatorrollen innebar og sikre at koordinator registreres/avregistreres i fagsystemet DIPS Arena. Koordinatorrollen er fast tema i tverrfaglige dagsmøter og det blir jobbet videre med å tydeliggjøre rutiner for tildeling og avslutning av koordinatorrollen. Hensikten er å øke bevisstgjøring av ansatte.

4.4 Helse Bergen– Barne- og ungdomsklinikken

Ved Barne- og ungdomsklinikken (BUK) skulle følgende spørsmål besvares; a) hvilke koordineringsbehov har pasienten og b) hva innebærer rollen som koordinator. Etter noe diskusjon i arbeidsgruppen ved BUK enige om at pasienter som hadde langvarige og komplekse forløp skulle prioriteres. Pasientgruppen som fikk diagnosen alvorlig kronisk nyresykdom med alvorlighetsgrad 4 og 5 skulle inngå i piloten. Dette er en pasientgruppe som krever koordinering mellom flere ulike profesjoner og aktører, og mye av koordineringen har tidligere tilfalt legeressursen. I forkant av pilot ble nåsituasjonen kartlagt, og det ble utarbeidet et standardisert pasientforløp. Dette dannet grunnlag til forbedring av flyten for denne pasientgruppen. I piloten fikk en sykepleier rollen som koordinator og skulle ha hovedansvaret for kommunikasjonen og koordineringen av pasient. Alle pasientene hadde i tillegg kontaktlege. Alle foresatte/pasient fikk tilbud om å få tildelt koordinator, og det ble opprettet dialog via HelseNorge-plattformen. Det ble etablert et team bestående av behandlingsansvarlig lege, merkantil og sykepleier ved medisin A, barn og unge, seksjon for nefrologi og revmatologi ved Barne- og ungdomsklinikken.

Behandlingsansvarlig lege er ansvarlig for pasientforløpet og for oppfølging av koordinatorteamet. Merkantilfaglig koordinator har ansvar for møteinnkalling til ukentlig samarbeidsmøte for teamet, samt koordinering av timer for pasienten slik at timene er planlagt gjennomført innen frister. Sykepleierfaglig koordinator har ansvar for at pasienter som har fått påvist alvorlig nyresykdom (NURCKD kat. 4-5) tilbys pasienten koordinator. At rollen bli registrert i Dips og at det blir ført notat i pasientjournal om at koordinator er oppnevnt. Besvare digital meldingstjeneste via Helse Norge, og sørge for nødvendig samordning av involvert personell i spesialisthelsetjenesten før, under og etter innlegging i institusjon. Videre skal sykepleierfaglig koordinator samhandle med kommunal koordinator ved behov, og andre instanser når det er nødvendig for å sikre videre oppfølging etter utskrivning. Avklare om pasienten har behov for IP og delta i dialogforum arrangert av Koordinerende enhet i HB. Teamet har ukentlig samarbeidsmøter, fredager kl. 10.00 – 11.00 (inntil 1 time) med fast agenda.

4.5 Erfaringer vi tar med fra pilotene

Pilotene har vist at det kan være hensiktsmessig å ha gitte kriterier for å identifisere hvem som har behov for koordinator. Kriteriene som ble benyttet i piloten i Helse Førde, viser at det er mange som faller innunder og det er derfor viktig å bruke faglig skjønn og snakke med pasienten for å vurdere behov for koordinator. I forlengelsen av piloten har prosjektgruppen utarbeidet kriterier som blir presentert i kap 5.2, anbefaling nr. 3.

Pilotene har også vist at det er avgjørende at det er en kultur for, og kunnskap om koordinatorordningen blant alle som jobber pasientnært i enhetene. Helsepersonell må jobbe med tematikken både i fellesskap og hver for seg for å bli tryggere i rollen som koordinator og i identifiseringen av pasienter ut fra faglig skjønn. I de tilfeller der en har identifisert pasient med behov for koordinator, men det er uklart hvilken enhet som skal ha koordinatoransvaret, ønsker enhetene å melde dette videre til KE for å få avklart hvem som skal ha ansvar for pasienten.

Fra pilotene i Helse Bergen erfarer man viktigheten av å systematisere arbeidet i enhetene, og at det er ledelsesforankret at man skal jobbe «på denne måten». BUK er tydelig på at det å organisere seg i team rundt pasient med koordinator, kontaktlege og merkantil er en hensiktsmessig måte å jobbe på rundt pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester.

5. Anbefalinger og videre oppfølging

Det foreligger overordnede føringer som helseforetakene er bedt om å følge opp. Basert på innsiktsarbeidet og de gjennomførte pilotene, har prosjektet kommet fram til 10 anbefalinger. Prosjektet og pilotene har av praktiske grunner vært avgrenset til somatikk, men det vurderes at anbefalingene er generiske.

Anbefalingene vil bidra til å oppnå gevinster som ble pekt på i workshopene (jf. figur i kapittel 2.8.1): En velfungerende koordinatorordning vil for spesialisthelsetjenesten kunne gi økt effektivisering av ressursbruk (tid, økonomi og personalressurser), for pasientene økt trygghet og forutsigbarhet og i tillegg samhandlingsgevinster i form av forbedret informasjonsutveksling mellom tjenestene og aktørene.

Anbefalingene vil dessuten bidra til å realisere intensjonen med den lovpålagte koordinatorordningen, og dermed svare ut krav i pasient- og brukerrettighetsloven, i

spesialisthelsetjenesteloven og i oppdragsdokumentet for 2024 fra Helse- og omsorgsdepartementet.

5.1 Overordnede føringer

I [Nasjonal helse- og samhandlingsplan](#) 2024-2027 (Meld. St. 9 (2023–2024)) blir det vist til at regjeringen vil... «gjennomgå dagens lovregulerte koordineringsordninger for å se på hvordan de kan bli bedre innrettet. Regjeringen vil blant annet vurdere endringer i lov og forskrift som 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» (s.57).

I samsvar med Oppdragsdokumentet 2024 fra HOD til RHF står det i styringsdokumentet fra RHF-et til foretakene i Helse Vest at:

«Helseføretaka skal sørge for at organisatorisk plassering av koordinerende eining bidrar til og understøtter god koordinering i sjukehusa, og varetar ansvaret sitt for arbeidet med individuell plan og for oppnemning, opplæring og rettleiing av koordinator. Helseføretaka skal også bidra aktivt i gjennomføring og oppfølging av det regionale prosjektet Koordinator i spesialisthelsetenesta. På grunnlag av prosjektet blir det vurdert tiltak for å realisere målet med dei lovregulerte koordineringsordningane (koordinator, kontaktlege, koordinerende eining, individuell plan).»

5.2 Anbefalinger om forsterket oppfølging av koordinatorordningen

Prosjektet foreslår at anbefalingene 1-7 blir tilpasset og fulgt opp i hvert helseforetak for å realisere mulige gevinster.

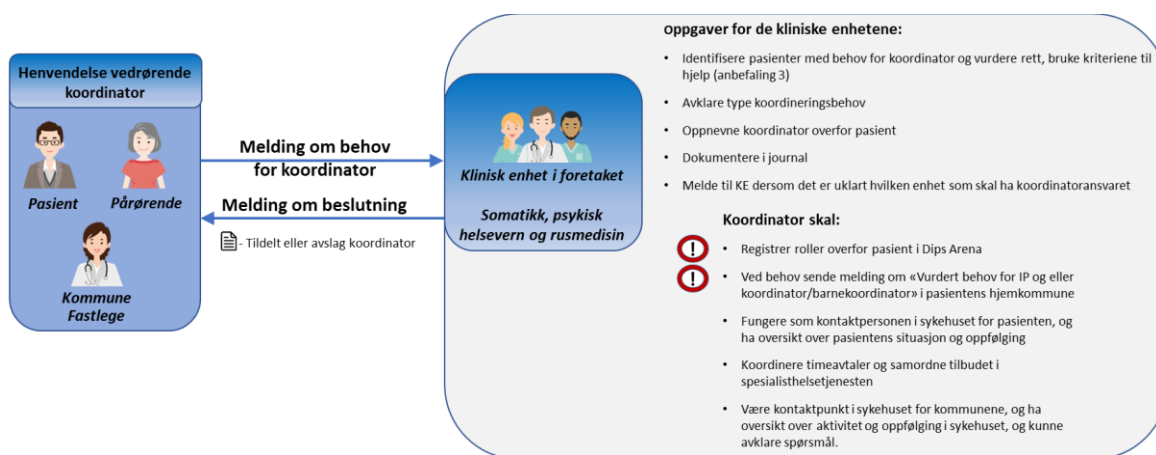
Det er mulig og ønskelig at hvert helseforetak gjør nødvendig tilpasninger til lokal organisering og tilpasser anbefalingene til eksisterende strukturer. Det er vesentlig at beslutningsansvar og -myndighet knyttet til koordinatorordningen fastsettes entydig.

Anbefaling 1: Tydelig ledelse for oppfølging av koordinatorordningen

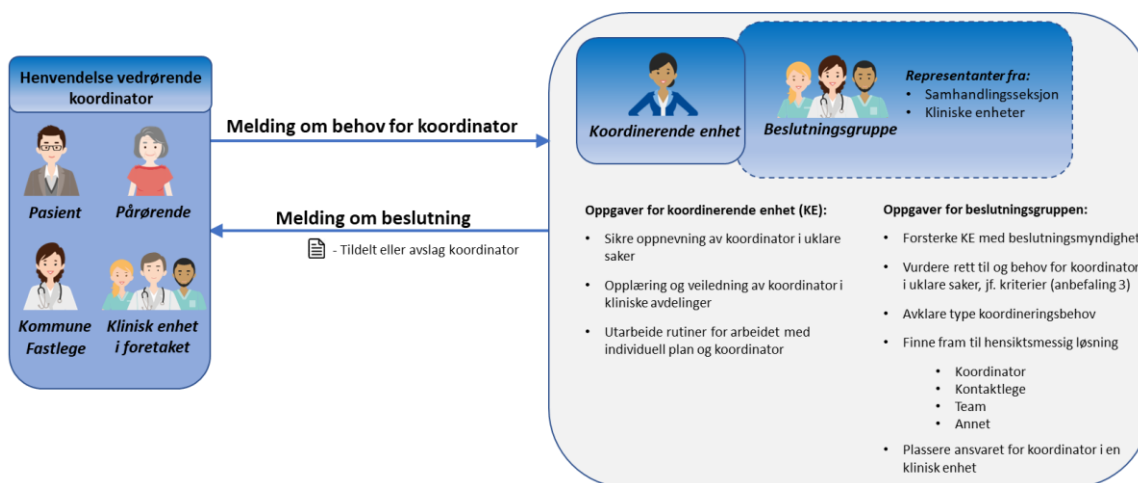
Det anbefales ledelsesforankring på alle nivå knyttet til koordinatorordningen. Det bør gis tydelige oppdrag om oppfølging av koordinatorordningen fra ledelsen i hvert helseforetak til kliniske avdelinger. Det er et lederansvar å bidra til en kultur for koordinering og samhandling rundt pasienten, og de lovpålagte koordineringsordningene er nyttige virkemidler. De kliniske enhetene trenger å opparbeide kompetanse på å identifisere pasienter og på å utøve koordinatorrollen. Fra pilotene erfarer man at det er viktig å systematisere arbeidet med koordinatorordningen i de kliniske enhetene, og at det er ledelsesforankret at man skal jobbe «på denne måten».

Anbefaling 2: Forbedre arbeidsflyten for koordinering, inkludert å forsterke koordinerende enhet med en beslutningsgruppe

Prosjektet foreslår en forbedret arbeidsflyt med tydeliggjøring av ansvar for koordinator. Figur 7 viser arbeidsflyten i saker som løses i de kliniske enhetene, og figur 8 viser arbeidsflyten i «vanskelige» saker der det f.eks. er uklart hvor koordinatoransvaret bør ligge. For å løse de vanskelige og uklare sakene foreslås det å forsterke KE med en beslutningsgruppe. Begge figurene viser plassering av ansvar for å vurdere rett til og behov for koordinator, oppnevne koordinator eller avslå ønske om koordinator. Formålet er å vise tydeligere hvem som skal gjøre hva når. I figur 7 går det også fram hva som forventes av koordinatorrollen.



Figur 7: Arbeidsflyt i kliniske enheter ved henvendelser, identifisering og oppnevning av koordinator.



Figur 8: Arbeidsflyt i koordinerende enhet i «vanskelige» saker og saker med spørsmål om hvilken enhet som skal påta seg koordinatoransvaret

Pasient/pårørende: Kontakter aktuell klinisk enhet eller koordinerende enhet (KE) ved henvendelser som gjelder koordinator og koordineringsbehov. Se også anbefaling 4 om å sikre tilstrekkelig informasjon til pasientene om koordinatorordningen.

Fastlege/kommune: Kontakter aktuell klinisk enhet eller koordinerende enhet (KE) ved henvendelser som gjelder koordinator og koordineringsbehov. Fastlege er en viktig ressurs knyttet til å «hjelpe» helseforetakene med å identifisere pasienter.

Klinisk enhet i helseforetaket, både i somatikk, psykisk helsevern og rusmedisin (figur 7): Behandler henvendelser mottatt utenfra helseforetaket. Har hovedansvar for å identifisere pasienter med koordineringsbehov, tilby koordinator i egen enhet, eller melde til KE dersom det er uklart hvilken enhet som skal påta seg koordinatoransvaret. Det legges til grunn at alt som kan løses i de kliniske enhetene når det gjelder identifisering av pasienter, vurdering av behov og oppnevning av koordinator, fortsatt skal gjøres i enhetene.

Koordinerende enhet i helseforetaket (KE): KE er en støttende ressurs for alle kliniske enheter i sykehuset, og er kontaktpunkt for pasient, pårørende, fastlege og kommune ved spørsmål om koordinator i spesialisthelsetjenesten (figur 8). KE vurderer behov for og rett til koordinator ved direkte forespørsler fra disse, i samråd med beslutningsgruppen. KE har i tillegg ansvar for å veilede og understøtte kliniske enheter knyttet til koordineringsordningene. Det er viktig å presisere at koordineringen og oppgavene til KE ikke er avgrenset til habilitering og rehabilitering. I samsvar med dette

er KE i alle helseforetakene i Helse Vest fra 2024 organisert under samhandlingsenheten. Det anbefales at KE i alle helseforetakene har tilgang til pasientjournal. Videre anbefales det at KE, sammen med beslutningsgruppen, gis myndighet til å bestemme hvilken avdeling som skal ta koordinatorsansvaret i saker der det er uklarhet/uenighet.

Forslag om å forsterke KE med en beslutningsgruppe (figur 8): Prosjektet foreslår å etablere en beslutningsgruppe som bistår KE i uklare saker, for eksempel som ikke lar seg løse i kliniske enheter. Beslutningsgruppen må ha kompetanse til å vurdere koordineringsbehovet og myndighet til å beslutte blant annet hvor ansvaret for koordinator kan legges. Gruppen kan vurdere om det er andre virkemidler enn koordinator som kan fungere for pasienten.

Lokale tilpasninger: Hvert helseforetak kan om nødvendig tilpasse arbeidsflyten til lokal organisering. Hvert helseforetak bestemmer mandatet for beslutningsgruppen og KE, men likevel slik at KE blir forsterket, og at beslutningsansvaret for koordinator fastlegges tydelig i saker med uenighet.

Anbefaling 3: Ta i bruk kriterier til hjelp for å identifisere pasienter med behov for koordinator.

Ifølge spesialisthelsetjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven skal koordinator oppnevnes for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester i spesialisthelsetjenesten..

Utgangspunktet er likevel at pasienter som kan koordinere selv, skal ivareta dette så langt det er mulig.

Til hjelp for å identifisere de pasientene som faktisk trenger koordinator, foreslås det å bruke kriteriene under som hjelpemiddel. Fortsatt vil det være viktig å bruke faglig skjønn og snakke med pasienten for å vurdere behovet for og ønsket om koordinator. Kriteriene vil trolig måtte evalueres etter en tid i bruk.

Dersom pasienten faller inn under kriterium A og i tillegg minst to av kriteriene B-D, må koordineringsbehovet avklares og det er sannsynlig at koordinator må oppnevnes:

- A. Pasienten har et forventet behov for langvarig oppfølging i spesialisthelsetjenesten, f.eks. utover seks måneder
- B. Pasienten har en diagnose/alvorlighetsgrad/prognose med minst en av følgende:
 - Høy intensitet i behandlingen

- Behov for individuelt tilpasset forløp
 - Nyoppdaga kroniske diagnoser
 - Livslange forløp
 - Overgang barn -> voksen
- C. Pasientens situasjon og kapasitet/ressurser/nettverk tilsier at det kan være behov for koordinator
- D. Pasienten har flere behandlingsenheter/sykehus/profesjoner involvert

Anbefaling 4: Sikre tilstrekkelig informasjon til pasientene om koordinatorordningen

Utgangspunktet er at pasienter som kan koordinere selv, så langt som mulig skal fortsette med det. Helsepersonell må sikre at pasienten får tilstrekkelig informasjon om den lovpålagte koordinatorordningen og pasientrettigheten. Det er viktig at en behovs- og forventningsavklaring mellom pasient og helsepersonell gjøres tidlig.

Det legges til rette for at KE er kontaktpunktet inn i spesialisthelsetjenesten for spørsmål om koordinering fra pasient og pårørende. Det bør vurderes om informasjon om pasientrettigheten kan tas inn i innkallingsbrevet til pasientene, slik at pasienten selv kan be om koordinator fra KE.

Anbefaling 5: Sikre at koordinator har tilstrekkelig kunnskap, ressurser og myndighet

Helsepersonell som har en koordinatorrolle må ha nødvendig kunnskap, ressurser og myndighet for å kunne utføre oppgavene på en hensiktsmessig måte. Det er viktig å utvikle solide arbeidsmetoder for koordinering, med klare rollebeskrivelser og oppgaver. Dette er en forutsetning for å kunne gjennomføre anbefaling 2 og 3.

Det er lovbestemt at koordinator skal være helsepersonell. Normalt bør det kunne legges til rette for at helsesekretærer kan utføre koordinatorrollen.

Koordinatoren har i stor grad tilsvarende oppgaver som en kreftforløpskoordinator:

- Fungere som kontaktpersonen i sykehuset for pasienten, og ha oversikt over pasientens situasjon og oppfølging
- Koordinere timeavtaler og samordne tilbudet i spesialisthelsetjenesten
- Være kontaktpunkt i sykehuset for kommunene, og ha oversikt over aktivitet og oppfølging i sykehuset, og kunne avklare spørsmål.

Anbefaling 6: Vurdere å dedikere egne ressurser til koordinatorrollen ved enkelte enheter

Den praktiske koordineringen kan forbedres med dedikerte ressurser i enhetene for å bygge opp spesifikk kompetanse. Dette vil kunne a) styrke samhandlingsprosessene rundt den enkelte pasient og b) bidra til et samarbeidsnettverk mellom dedikerte koordinatorene, slik som vi ser fra kreftkoordinatorordningen. Det anbefales derfor å vurdere å sette av egne ressurser til koordinatorrollen ved enkelte enheter.

Anbefaling 7: Revidere, forenkle og informere om regional retningslinje forkoordinator

Revideringen bør ses i sammenheng med oppfølgingen av anbefalingene fra prosjektet og med oppdraget i styringsdokumentet for 2024 om koordineringsordningene. KE bør lede arbeidet, og sørge for at de kliniske enhetene gir nødvendige innspill til arbeidet. RKE må bidra til regional samordning av arbeidet. Revideringen og forenklingen må følges av et informasjonsarbeid for å sørge for at retningslinjen er kjent og tas i bruk i de kliniske enhetene.

Nr	Anbefalinger	Initiativansvar	Oppfølgingsansvar
1.	Tydelig ledelse for oppfølging av koordinatorordningen	Ledelsen i helseforetakene	Klinikk- og avdelingsledere
2.	Forbedre arbeidsflyten for koordinering, inkludert å forsterke KE med en beslutningsgruppe	Ledelsen i helseforetakene	Samhandlingsenheten
3.	Ta i bruk kriterier til hjelp for å identifisere pasienter med behov for koordinator	Samhandlingsenheten	Kliniske enheter KE
4.	Sikre tilstrekkelig informasjon til pasientene om koordinatorordningen	Samhandlingsenheten Kommunikasjons-avdelingen	Kliniske enheter KE RKE
5.	Sikre at koordinator har kunnskap, ressurser og myndighet som kreves for å kunne utføre sine oppgaver	Ledelsen i helseforetakene	Kliniske enheter Samhandlingsenheter
6.	Vurdere å dedikere egne ressurser til koordinatorrollen ved enkelte enheter	Ledelsen i helseforetakene	Kliniske enheter
7.	Revidere, forenkle og informere om regional retningslinje/prosedyre for koordinator	Samhandlingsenheten	KE og RKE

5.3 Anbefalinger til videre arbeid for digitale løsninger

Prosjektet foreslår at det settes i gang et videre arbeid knyttet til anbefalingene 8-10 som handler om digitale verktøy for å understøtte bruken av koordineringsordningene. I løpet av prosjektperioden er det avdekket flere utfordringer, men det er også kommet opp forslag til «nye» digitale løsninger. Både forbedring og utvikling av digitale løsninger vil kreve videre arbeid.

Anbefaling 8: Videreutvikle og kvalitetssikre rapportering av oppnevnt koordinator

Når en pasient får oppnevnt koordinator i sykehuset skal dette registreres i Dips Arena under «rolle ovenfor pasient». Det er utarbeidet en regional rutine for dette som heter «REGISTRERE ROLLE OVERFOR PASIENT (DIPS ARENA)». Dette gir klinikk/avdeling og KE i foretaket en mulighet til å ha oversikt over antall pasienter som har koordinator. For å kunne hente ut et riktigst mulig datagrunnlag, anbefales det at alle koordinatorene etterlever prosedyre for å registrere og avregistrere «rolle ovenfor pasient» i Dips Arena.

RKE har samarbeidet med HVIKT om å utvikle rapport S-1000026 (tidligere 2003820). Rapporten kan vise hvor mange pasienter som har en koordinator i klinikk/avdeling, men ikke på et lavere nivå. Det har imidlertid vist seg at det er mange feil og mangler i rapporten. Prosjektet anbefaler at rapporten videreutvikles og kvalitetssikres, slik at datagrunnlaget kan gi et mer riktig bilde av utviklingen av koordinatorordningen i foretakene og på enhetsnivå.

I den grad rapporten «S- 1000041 – Pasienter jeg er ansvarlig for» ikke er tatt i bruk, så anbefales det at dette gjøres. Det vil gi en god oversikt for helsepersonell som har registrert *rolle overfor pasient*.

Anbefaling 9: Utvikle digital løsning for å melde behov om koordinator fra eksterne til sykehus

I dag kan det sendes elektronisk brev fra sykehuset til KE i kommune om å vurdere behov for IP og eller koordinator i pasientens kommune. Tilsvarende fra KE/fastlege i kommune inn til sykehuset har vi ikke. I dag skjer henvendelser fra pasient/pårørende/kommune i all hovedsak via telefon. Prosjektet anbefaler derfor at man vurderer ulike muligheter for å benytte digitale løsninger for at pasienter, pårørende, fastleger og kommune kan melde behov om koordinator til spesialisthelsetjenesten på en enhetlig måte.

Anbefaling 10: Digital beslutningsstøtte for å identifisere koordinatorbehov

Digital beslutningsstøtte kan bidra som hjelp til å identifisere pasienter med behov for koordinator. Prosjektet foreslår at det blir jobbet videre med å sjekke ut muligheter for en slik løsning i Dips Arena.

Gjennom samarbeid med Vel heim og Dips ASA sjekket vi ut en funksjonalitet i fagsystemet som gjør det mulig å hake av for om pasienten trenger koordinering. Denne funksjonaliteten er satt på som default for alle pasienter. Det vil si at alle pasienter i Helse Vest er haket av for at de bør koordineres. Det er blitt forespurt om det er mulig å fjerne haken for enheter som skal gjennomføre pilotering. Dette lar seg ikke gjøre pr i dag. Eneste mulighet er å fjerne haken for alle enheter i hele foretaket. En anbefaling vil være å få fjernet denne funksjonen som default og teste om dette kan bidra til bedre koordinering for pasienter. En algoritme for når det kan varsles om at pasienten trenger koordinator, kunne f.eks. baseres på historiske kontakter, antall åpne henvisninger, enkelte diagnosegrupper.

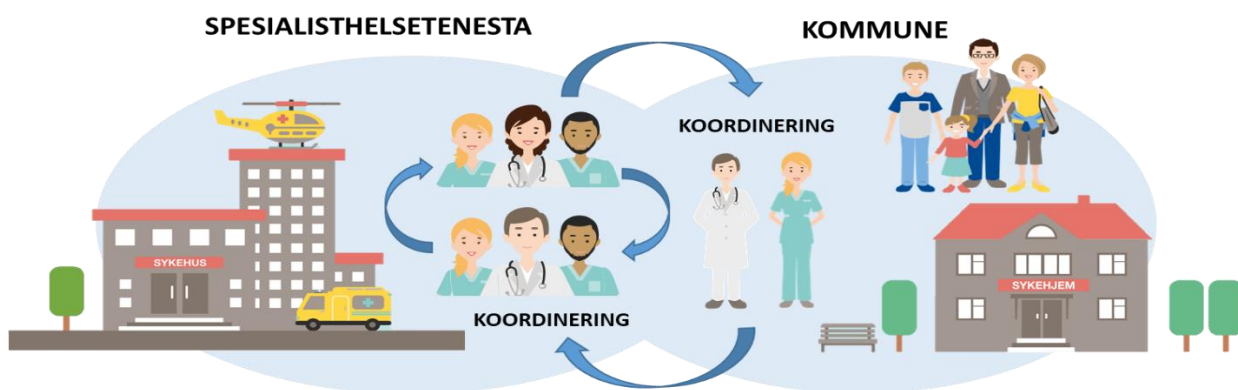
Nr.	Anbefalinger for videre arbeid	Initiativansvar	Oppfølgingsansvar
8.	Videreutvikle og kvalitetssikre rapportering av oppnevnt koordinator	Helse Vest RHF oversender til delområde for journaldokumentasjon	Helse Vest IKT RKE/KE
9.	Utvikle digital løsning for å melde behov om koordinator fra eksterne til sykehus	Helse Vest RHF oversender til delområde for journaldokumentasjon	Helse Vest IKT RKE/KE
10.	Digital beslutningsstøtte for å identifisere koordinatorbehov	Helse Vest RHF oversender til delområde for journaldokumentasjon	Helse Vest IKT RKE/KE

6. Vedlegg: Mandat

Koordinator i spesialisthelsetjenesten

PROSJEKTMANDAT: KOORDINATOR I SPESIALISTHELSETENESTA

*Oppfølging av innsatsområde 1 i regional plan for habilitering og rehabilitering:
Styrke samarbeidet med kommunane gjennom betre implementering av koordinatorordninga*



Prosjektnamn		Prosjektnummer
Koordinator i spesialisthelsetenesta		
Forankring		
Regional plan for habilitering og rehabilitering – innsatsområde 1: Styrke samarbeidet med kommunane gjennom betre implementering av koordinatorordninga		
Prosjekteigar	Styringsgruppeleiar	Prosjektleiar
Helse Vest RHF	Fagdirektør Helse Vest RHF	Cathrine Nøttingnes

Godkjenning:

Versjon	Dato	Namn	Organisasjon/Tittel	Kommentarar
1.0	19. mai	Baard-Christian Schem	Fagdirektør Helse Vest RHF	Godkjent av styringsgruppa. Namnet på prosjektet blir «Koordinator i spesialisthelsetenesta»

1. MANDAT

1.1 Bakgrunn

Det skal setjast i gang eit arbeid for å understøtte oppfølginga av innsatsområde 1 i regional plan for habilitering og rehabilitering:

[Område 1: Styrke samarbeidet med kommunane gjennom betre implementering av koordinator-ordninga i sjukehusa.](#)

Bakgrunn og formål for innsatsområdet er gjort greie for i [den regionale planen](#):

Koordinatorordninga er eit viktig verktøy for samhandling som skal sikre at pasientane får samordna tenester mens dei er på sjukehuset og ved overgangen til heimkommunen. Ordninga følgjer av spesialisthelsetenestelova. Til tross for langvarig og systematisk arbeid (lovpålagt sida 2012) er ordninga framleis ikkje tilstrekkeleg implementert i helseføretak på avdelingsnivå.

Planen skisserer fleire mål med innsatsområdet:

- Det blir lagt til rette for utføring av koordinatorrolla i organiseringa av tenestene i alle avdelingar, m.a. sett av dedikerte roller som koordinator
- Det ligg føre og blir implementert rutinar som sikrar samarbeid internt og på tvers av avdelingar og klinikkar
- Det blir gitt systematisk informasjon/opplæring om koordinatorrollen på fleire nivå
- Det er innført obligatorisk bruk av e-læringskurs om koordinator
- Regionale retningslinjer for koordinator er tatt i bruk
- Styrking av samarbeidet med kommunane gjennom å innarbeide den lovpålagte koordinatorrolla ved utvikling av tenestemodellar på tvers, og ved revisjon av samarbeidsavtalene mellom kommunar og helseføretak

Planen legg opp til at Helse Vest initierer eit regionalt forbetningsprosjekt, som eit tiltak for å nå måla for innsatsområdet.

Her følgjer ei skisse til korleis tiltaket vil følgjast opp i form av eit innsiktsarbeid, ein avgrensa pilot og ein plan for implementering.

1.2 Mål for arbeidet

- Identifisere kvifor koordinator-ordninga i spesialisthelsetenesta ikkje fungerer som ønska per i dag (t.d. gjennom simulering, arbeidsprosess-kartlegging)
- Vurdere læringspunkt frå innføring av kreftkoordinator (t.d. dedikerte roller, ansvar, ressursar og leiarforankring)
- Vere godt forankra i HF-a: i føretaksleiinga, habiliterings- og rehabiliteringseiningane, samhandlingseiningar og koordinerande einingar
- Involvere kommunar og vere forankra i helsefellesskapa
- Involvere brukarar – pasientfokus

- Involvere helsepersonell som ifølgje normerande dokument skal gjennomføre ordninga

Koordinatorordninga følgjer av [spesialisthelsetenestelova §2-5 a](#). Lovbestemmelsen gjeld for alle pasientar med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tenester. Dette prosjektet blir avgrensa til somatikken, men ny kunnskap vil truleg kunne nyttast innan rusmedisin og psykisk helsevern. Det er vanleg at pasientar med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tenester nyttar tenester innan fleire fagområde i spesialisthelsetenesta.

1.3 Oppgåver

- Hente inn erfaringar frå relevant arbeid/prosjekt i eigen region og i andre regionar og vurdere om det finst løysingar som kan gjenbrukas eller byggast vidare på. Dette inkluderer å vurdere læringspunkt frå innføring av kreftkoordinator.
- Vurdere bruk av arbeidsmetodikk for tenesteinnovasjon (innomed.no/verktoy/veikart-tjenesteinnovasjon)
- Skaffe innsikt i årsakar til at koordinatorordninga ikkje fungerer etter intensjonen. Søke å avdekkje dei reelle behova både hos pasientar/pårørande og tenesteutøvarar, med fokus innanfor somatikken:
 - Pasient/pårørandeerfaringar: undersøking om opplevde behov for koordinerte tenester (m.a. brukarutval på ulike nivå, ungdomsråd)
 - Leiar- og medarbeidarerfaringar: undersøking om opplevde endringar i krav til koordinering av tenester og opplevde krav til det å vere koordinator.
 - Forventningar om koordinering av tenester frå kommunehelsetenesta
 - Læringspunkt frå innføring av kreftkoordinator. Avklaringar av grenseoppgang mellom ulike typar koordinatorar
 - Avdekkje hemmande og fremmande faktorar for implementering av koordinator i spesialisthelsetenesta
- På bakgrunn av innsikta, utvikle ein tilpassa tenestemodell og gjennomføre ein avgrensa pilot for utprøving av denne. Det blir valt ut nokre få avdelingar/einingar (2-4) i to helseføretak. Helse Bergen og Helse Førde er foreslått som pilotføretak med kommunar frå kvart av føretaksområda.
- Bruke tal for registrerte koordinatorar oppretta i avdelingane (eksisterande rapport 2003820 Rolle overfor pasient) for så langt som mogleg å følgje utviklinga i prosentdelen pasientar som har fått koordinator. Andre aktuelle indikatorar skal vurderast.
- Utforske moglegheiter for bruk av digitale løysingar i koordineringa

- På bakgrunn av innsiktsarbeidet og erfaringane frå piloten skal prosjektet gi tilrådingar om implementering og vedlikehald av koordinatorordninga:
 - vurdere behovet for og eventuelt revidere regional retningslinje/prosedyre for koordinatorordninga i spesialisthelsetenesta
 - lage ei sjekkliste til bruk i implementering på avdelingsnivå
 - beskrive korleis eksisterande nettverksstruktur for dei koordinerande einingane i regionen kan støtte implementering og vidareføring av arbeidet

2. PROSJEKTORGANISERING

2.1 Prosjekteigar

Prosjekteigar er Helse Vest RHF ved fagdirektør. Seniorrådgivar Hilde Rudlang er kontaktpunkt for prosjektet hos prosjekteigar. Prosjekteigar har overordna ansvar for gjennomføring, utforming av mandatet og forankring i leiinga.

2.2 Styringsgruppe

Styringsgruppe for arbeidet er fagdirektørane i helseføretaka, leia av fagdirektør i Helse Vest RHF. Møte i styringsgruppa blir lagt til fagdirektørmøte. Konserntillitsvalt og Regionalt brukarutval blir inviterte til å delta i styringsgruppa. Prosjektleiarg legg jamleg fram status og problemstillingar for styringsgruppa i løpet av prosjektperioden.

Styringsgruppa har ansvar for:

- at prosjektorganisering og framdriftsplan sikrar levering i tråd med mandatet
- at dei rette personellressursane er tilgjengelege for prosjektet
- å forankre prosjektet i organisasjonen
- å godkjenne leveransar frå prosjektet, og ta dei nødvendige avgjerder i prosjektet

Referansegruppe

Regionalt møte for samhandling (samhandlingssjefar i helseføretaka/HDS), supplert med deltakar frå koordinerande eining i kvart av helseføretaka, vil vere referansegruppe for prosjektet. Prosjektleiarg legg jamleg fram status og problemstillingar for referansegruppa i løpet av prosjektperioden.

2.3 Prosjektgruppe

Det blir oppnemnt følgjande prosjektgruppe frå Helse Bergen og Helse Førde føretaksområde:

Rolle	Stilling	Namn	Representerer
Prosjektleiarg	rådgivar	Cathrine Nøttingnes	Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering
Prosjektstøtte	rådgivar	Tor Ingebrigtsen	Seksjon for helsetjenesteutvikling, Helse Bergen
Deltakar		4 deltakarar	Utvalde kliniske einingar i to helseføretak *
Deltakar		1 deltakar	Koordinerande eining i eit HF *

Rolle	Stilling	Namn	Representerer
Deltakar		2 deltakarar	Kommunar (t.d. frå utval/gruppe i helsefellesskapsstrukturen) (erfaring frå koordinatorfunksjonen ønskes)
Deltakar	Brukar-representant	2 deltakarar	1 repr. frå brukarutval og 1 repr. frå ungdomsråd
Deltakar	Tillitsvalt	1-2 deltakarar	Tillitsvalt i eit HF

* Inkludert deltakarar med kompetanse/erfaring med samhandling mellom kommunar og HF.

Prosjektdeltakarane har ansvar for å:

- Bidra i utarbeiding og kvalitetssikring av alle leveransar
- Bidra aktivt både skriftleg og munnleg i og mellom møta i prosjektgruppa
- Ivareta dialogen med dei einingane dei representerer undervegs i prosjektgjennomføringa for å sikre god forankring
- Utarbeide forslag til løysingar og innhente nødvendige innspel til forslaga frå linja/nødvendige instansar

Prosjektleiari har ansvar for å:

- Leie prosjektet og prosjektgruppa
- Styring og framdrift i prosjektet, inkl. rapportering til styringsgruppa
- Tilføre nødvendig metodikk og kompetanse for prosessen i samarbeid med avtalt prosjektstøtte frå Seksjon for helsetenesteutvikling, Helse Bergen og ta initiativ til å sette ned arbeidsgrupper ved behov
- Oppfølging av prosjektmedlemmar og gjere dei i stand til å forankre ut mot organisasjonen
- Kvalitetssikring og leveranse av endeleg resultat

Arbeidsgrupper

Prosjektgruppa kan ta initiativ til å sette ned arbeidsgrupper ved behov for bidrag, innspel eller særskilt kompetanse (t.d. IKT-kompetanse) knytt til konkrete oppgåver, jf. pkt. 1.3. Etablering av arbeidsgrupper må forankrast i styringsgruppa.

2.4 Prosesstøtte

Ved behov kan det vurderast å søkje om ekstra prosesstøtte frå InnoMed. Eventuell tilsvarande støtte frå anna eksternt miljø med kompetanse på tenesteinnovasjon/tenestdesign må avklarast med styringsgruppa.

3. PROSJEKTGJENNOMFØRING

3.1 Overordna framdriftsplan og leveransar

Tentativ start av prosjektet er føreslått til september 2022, med prosjektperiode fram til juni 2023. Helse Vest gjennomfører den formelle prosessen med oppnemning av prosjektdeltakarar. Styringsgruppemøte vil inngå i fagdirektøranes faste møtestruktur og vil følge deira møteplan. Referansegruppemøter vil følgje møteplan til regionalt møte for samhandling. Møte med styringsgruppa og referansegruppa skjer i samråd med Hilde Rudlang, Helse Vest RHF.



#	Milepæl/aktivitet/	Dato
1	Forankringsfasen Første møte i prosjektgruppa – fysisk • Bli kjent med kvarandre • Avklaringar av mandatet til gruppa • Framdrift og arbeidsform – møteplan • Interessentanalyse • Planlegging av innsiktsfasen	Innan 15. september 2022
2	Innsiktsfasen • Samle inn aktuell skriftleg informasjon og offentleg dokumentasjon • Aktuelle tall og statistikk • Skaffe oversikt over forskning om koordinatorordninga • Skaffe innsikt frå andre regionar/føretak korleis ordninga fungerer i praksis • Gjennomgang av gjeldane regional retningslinje for koordinator i regionen. Få fram læringspunkt frå andre aktuelle og nemnte prosjekter • Arrangere workshop kor hensikta er å teikne eit bilde over nåsituasjonen i regionen, samt samle innspel til forbetring av koordinatorordninga og «ny» tenestemodell. Intervju/samtaler /fokusgrupper kan vere aktuelt • Systematisere og samanfatte skriftleg det som er kome fram i innsiktsarbeidet	Innan 15. desember 2022
3	Tenesteutviklingsfasen • Framstille skriftleg bakgrunn for modell • Teikne ut modell • Utarbeide sjekklister knytt til tenestemodell • Forslå eventuelle endringar i regionale retningslinjer knytt til koordinatorordninga	Innan 15 mars 2023
4	Pilotering	

	• Helse Bergen • Helse Førde	Innan 15. juni 2023
5	Oppsummeringsfasen • Samanfatte arbeidet som er gjennomført i prosjektet • Samle og teikne ned erfaringar frå pilotane • Tilrådingar om implementering	Innan 30. juni 2023

3.2 Tentativ møteplan og arbeidsform

Møteplan detaljerast i samråd med prosjektgruppa når den er etablert. Ein vil fortrinnsvis ta sikte på å avhalde digitale møter, men vil gjennomføre fysiske møte når det er meir tenleg. Arbeidsoppgåver vil bli fordelt mellom prosjektdeltakarane gjennom heile prosjektperioden og det vil vere forventningar knytt til skriftlege bidrag frå prosjektdeltakarane.

3.3 Avgrensingar og samordning

Prosjektet blir avgrensa til følgjande:

- Til tross for at koordinatorordninga omfattar alle pasientar med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tenester innan somatikk, rus og psykiatri, vil dette prosjektet vere avgrensa til somatikk.
- Helse Bergen og Helse Førde er foreslått som pilotføretak (eit stort og eit lite føretak).
- Det er ynskje om at ei stor og ei lita kommune deltek.
- Alle deltakarane i prosjektgruppa spring ut frå dei to pilotføretaka

Prosjektet må samordne arbeidet sitt med andre pågåande prosjekt/arbeid. Særleg relevant vil vere:

- Vel heim og Alle møter. Det må gjennomførast jamlege møte mellom prosjektleiarane for informasjonsutveksling og samordning av arbeida.
- LKT-prosjekt Bergen – langvarige og koordinerte tenester (saman.no/utvikling-og-strategi/langvarige-og-koordinerte-tjenester-lkt-prosjektet)
- Storbrukarprosjektet, Helse Bergen
- Digitale samhandling (jf. styringsdokument for 2022)
- Innovasjonsprosjekter (helse-vest.no/helsefagleg/innovasjon) (innomed.no/prosjekt)
- Revidering av samarbeidsavtaler (helsefellesskap)

3.4 Sluttleveranse

Prosjektet skal levere ein sluttrapport som summerer opp innsiktsarbeidet og erfaringar frå piloten. I leveransen skal det inngå tilrådingar om implementering og vedlikehald av koordinatorordninga, som byggjer på innsikta og erfaringane. Sjølv om dette prosjektet blir avgrensa til somatikk er det truleg at innsiktsfasen, forslag til tenestemodell og pilotering av modellen samla vil gje ein ny kunnskap som også kan nyttast innan rusmedisin og psykisk helsevern.

3.5 Suksessfaktorar

- Tett involvering av aktuelle fagmiljø og andre interessentar gjennom heile prosjektet for å sikre forankring og eigarskap.
- Prosjektarbeidet må involvere leiarar på nivå 1 og 2.
- Få med avdelingar som ønsker og ser behov for forbetring på området i pilot
- Engasjerte brukarrepresentantar som bidreg med å innhente innspel og tilbakemeldingar frå mange ulike pasientgrupper
- Kunne følgje data over tid på tal koordinatorar ved spesialisthelsetenesta i Helse Vest.

4. PROSJEKTKOSTNADAR

Helse Vest har sett av midlar til workshops, andre arrangement mm avgrensa til kr 150 000. Brukarrepresentantane får dekt deltakarkostnader etter vanlege regionale ordningar. Helseføretaka og andre dekker deltakar- og reiseutgifter for eigne deltakar.

