



OS KOMMUNE

Orientering til kontrollutvalget

Psykisk helsearbeid i Os kommune

OPPDRAG

Kommunestyret har bestilt en forvaltningsrevisjon av psykisk helsearbeidet i kommunene og samhandlingen med spesialisthelsetjenesten i Nord-Østerdal. Formålet med denne orienteringen er å gi et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for videre bestilling.

Levert av

Kommunedirektør: Marit Gilleberg

Virksomhetsleder: Anikken Holden Sørli

Kommuneoverlege: Helge Lund

Avdelingsleder: Bård Tveter

Innhold

1. Innledning og bakgrunn.....	2
2. Organisering av tjenestene.....	2
3. Kommunedirektørens vurdering	5
3.1 Forsvarlighet	5
3.2 Tilgjengelighet.....	5
3.3 Kapasitet.....	6
4. Koordinering av tjenester.....	6
5. Samhandling med spesialisthelsetjenesten.....	7
6. KAD (kommunale akutte døgnplasser).....	8
7. Interkommunalt og regionalt samarbeid (Nord-Østerdal).....	9
8. Utfordringer, risikoområder og sårbarheter	10
Kompetanse	10
Kapasitet	10
Koordinering.....	10
Samhandling.....	11
Interkommunalt og regionalt samarbeid.....	11
Styring og oppfølging	11
9. Videre utviklingsbehov.....	11
10. Videre arbeid	11
Vedlegg 1: Bestilling fra kontrollutvalget	12
Vedlegg 2: Samarbeidskart.....	13
Vedlegg 3: Samarbeidsavtale Sykehuset Innlandet.....	14
Vedlegg 4: Samarbeidsavtale IMA (ROH).....	14

1. Innledning og bakgrunn

26.03.2026 gjorde kommunestyret følgende vedtak:

KST - 010/26 vedtak

1. Os kommunestyre utsetter forvaltningsrevisjon kommuneorganisasjon.
2. Os kommunestyre henstiller kontrollutvalget å bestille en forvaltningsrevisjon innen tema *Psykisk helsearbeid i kommunene og samhandlingen med spesialisthelsetjenesten i Nord-Østerdal*. Der formålet er:
Å undersøke om kommunene i Nord-Østerdal har etablert forsvarlige, tilgjengelige og koordinerte psykiske helsetjenester, og om samhandlingen med spesialisthelsetjenesten fungerer slik lovverk og nasjonale føringer tilsier.
Samt komme med anbefalinger til hvordan et slikt tilbud kan løses regionalt med kommunene i Nord-Østerdalen sammen med spesialisthelsetjenesten.
3. Kommunestyret ber kontrollutvalget gå i dialog med de øvrige kontrollutvalg i kommunene i Nord-Østerdalen for å samles om en felles revisjon.
4. Prosjektplan for forvaltningsrevisjon fremmes som sak, og vedtas av kommunestyret.

Kontrollutvalget har bedt kommunedirektøren, virksomhetsleder, avdelingsleder og kommuneoverlegen om en orientering om status innen psykisk helsearbeidet og samhandlingen med spesialisthelsetjenesten i Nord-Østerdal / Røros (vedlegg 1).

Formålet med denne orienteringen er å gi et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for videre bestilling og avgrensning av revisjonen, herunder vurdere om kommunen har etablert **forsvarlige, tilgjengelige og koordinerte tjenester** i tråd med gjeldende regelverk, herunder Helse- og omsorgstjenesteloven og Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Informasjonen i rapporten er hentet fra EPJ (elektronisk pasientjournal), arkivsystem, dokumentbase og samtaler med ansatte. Ansatte i legetjenesten og i psykisk helse- og rustjenesten er tatt med i vurdering og gjennomgang av rapporten.

2. Organisering av tjenestene

Psykisk helse- og rustjenesten i Os kommune er organisert som en del av helse- og omsorgstjenesten i kommunen.

Bemanning og struktur:

Psykisk helse- og rustjenesten er en egen enhet under avdeling Helse og har egen avdelingsleder.

2,4 årsverk i psykisk helse- og rustjenesten fordelt på 3 ansatte. Dette utgjør ca 1,26 årsverk pr 1000 innbyggere. Bemanningen er faglig sterk med psykiatrisk sykepleier, ruskonsulent/atferdsviter og pr i dag helsefagarbeider med videreutdanning innen alderspsykiatri i vikariat.

Pasientene oppsøker fastlegen som vurderer behandlingsnivået for pasienten. Noen pasienter tar også kontakt direkte med psykisk helse- og rustjenesten. Flesteparten av henvendelsene behandles av kommunehelsetjenesten, men dersom det er behov for økt kompetanse henvises pasientene til spesialisthelsetjenesten. Noen pasienter blir fulgt opp over lang tid, mens andre tilbakehenvises til behandlende lege med forslag til behandlingsopplegg.

Psykisk helse- og rustjenesten arbeider systematisk og etter forskjellige kunnskapsbaserte metoder, ut fra situasjon. De forskjellige metodene er beskrevet av de ansatte i psykisk helse- og rustjenesten:

Recovery-orientert praksis

Tjenesten arbeider i tråd med en recovery-orientert og løsningsfokusert praksis. Dette innebærer at oppfølgingen tar utgangspunkt i forståelsen av recovery som en individuell og personlig bedringsprosess, der fokus er på mestring, mening og deltakelse i eget liv er svært viktig. Tiltakene utarbeides i samarbeid med pasienten (brukermedvirkning) og justeres i takt med endringer i behov og funksjonsnivå. Vår erfaring er at en aktiv, løsningsorientert tilnærming er avgjørende for å hjelpe brukere ut av handlingslammelse ved å bryte ned endringsprosessen til overkommelige steg som gir mestringsfølelse.

Kognitiv tilnærming (kognitiv metode)

Benyttes i strukturerte støttesamtaler med fokus på å forstå sammenhengen mellom tanker, følelser og atferd. Metoden anvendes for å styrke mestring, øke innsikt og bidra til endring av u hensiktsmessige tanke- og handlingsmønstre. Den anvendes som støttende og veiledende samtaler, tilpasset brukerens funksjonsnivå, kognitive kapasitet og aktuelle livssituasjon. Metoden forutsetter aktiv medvirkning og motivasjon.

Motiverende intervju (MI)

MI benyttes som en strukturert og målrettet samtaletilnærming. Metoden brukes særlig i arbeid med rusrelaterte problemstillinger, angst/depresjon, sammensatte livsutfordringer og situasjoner der brukeren opplever ambivalens knyttet til endring. MI er en personsentrert metode som tar utgangspunkt i respekt for brukerens autonomi og rett til å ta egne valg. Formålet er ikke å overbevise eller instruere, men å støtte bruker i å utforske egen situasjon, egne verdier og egne grunner til eventuell endring.

Miljøterapi

Miljøterapi forstås som målrettet og strukturert bruk av hverdagsmiljøet for å fremme mestring, stabilitet og funksjon i dagliglivet. Miljøterapeutiske tiltak retter seg mot brukerens faktiske livssituasjon og gjennomføres der brukeren lever sitt liv. Tiltakene har som mål å støtte overføring av samtalearbeid til praktisk fungering og bidra til økt selvstendighet.

Dokumentasjon og skåringsverktøy

Dokumentasjon gjøres i journalsystemet til helse og omsorg, Helseplattformen.

Vi benytter oss av standardiserte skåringsverktøy som ligger integrert i Helseplattformen. Dette inkluderer blant annet:

- **PHQ-9:** For kartlegging og oppfølging av depresjonsgrad.
- **GAD-7:** For kartlegging av angst.
- **Audit/Dudit:** For kartlegging av alkohol- og rusmiddelbruk.
- **TRAPS:** For vurdering av voldsrisiko der det er relevant.

Verktøyene er valgt fordi de sikrer en kunnskapsbasert praksis og gir et objektivt grunnlag for å vurdere brukerens utvikling over tid. Ved å bruke verktøy som er integrert i Helseplattformen, sikres god dokumentasjon, bedre samhandling og en trygghet for at tiltakene som settes inn er målrettede og tilpasset brukerens faktiske behov

Vurdering:

Tjenesten vurderes å oppfylle krav til forsvarlighet og kompetanse i dagens situasjon, men er ikke robust ved økt etterspørsel eller økt kompleksitet i brukergruppen.

3. Kommunedirektørens vurdering

3.1 Forsvarlighet

Fakta grunnlag:

- Tjenesten ytes av fagpersonell med relevant kompetanse (*psykiatrisk sykepleier, ruskonsulent/atferdsviter, helsefagarbeider m/videreutdanning alderspsykiatri*)
- Det benyttes journalsystem for dokumentasjon
- Det er etablert rutiner for kartlegging, oppfølging og evaluering. Dette gjøres i journalsystemet.
- Avvikssystem benyttes når det er nødvendig.
- Lavt sykefravær

Vurdering:

Tjenestene vurderes å oppfylle krav til forsvarlighet i dagens situasjon, basert på kompetanse, etablerte rutiner og bruk av dokumentasjon og avvikssystem.

Forsvarligheten er imidlertid situasjonsavhengig og ikke robust ved økt belastning, fravær eller behov for spesialisert kompetanse.

Risiko/sårbarhet:

- Lav bemanning gir sårbarhet ved fravær
- Begrenset tilgang på spesialisert kompetanse
- Avhengighet av enkeltpersoner

3.2 Tilgjengelighet

Fakta grunnlag:

- Lav terskel for kontakt med tjenesten
- Alle henvendelser følges opp med tilbud om førstegangssamtale
- Per i dag korte ventelister

Vurdering:

Tjenesten vurderes som tilgjengelig og oppfyller lovkrav om nødvendige helse- og omsorgstjenester i dagens situasjon.

Tilgjengeligheten er imidlertid avhengig av stabil drift og lav etterspørsel, og det er begrenset kapasitet til å håndtere økt pågang uten økte ventetider.

Risiko/sårbarhet:

- Økt etterspørsel kan gi rask kapasitetsutfordring
- Begrensede ressurser gir liten fleksibilitet

- Nærhet kan også være en utfordring

3.3 Kapasitet

Fakta grunnlag:

- 2,4 årsverk skal dekke hele målgruppen innen psykisk helse og rus.

Vurdering:

Kapasiteten vurderes som tilstrekkelig for dagens aktivitetsnivå, men gir lite handlingsrom ved økt etterspørsel, mer komplekse saker eller økte krav til forebyggende arbeid.

Tjenesten er derfor sårbar for endringer i behov og må i praksis prioritere mellom oppgaver.

Risiko/sårbarhet:

- Økning i antall brukere og kompleksitet
- Risiko for redusert oppfølging over tid
- Prioriteringsutfordringer

4. Koordinering av tjenester

Fakta grunnlag:

Det er etablert løpende kontakt mellom lokal tjeneste og spesialisthelsetjenesten i enkeltsaker.

- Ansvarsgrupper benyttes ved behov for sammensatte og langvarige tjenester
- Fastleger har en sentral rolle i medisinsk oppfølging og deltar i samarbeidsmøter ved behov
- Det gjennomføres tverrfaglig samarbeid mellom psykisk helse- og rustjenesten, NAV, hjemmetjenesten, helsestasjon/skolehelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten
- Samarbeid dokumenteres i journalsystem og/eller møtereferater

Relevante lovkrav og nasjonale føringer:

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 fastsetter plikt til samarbeid med andre tjenesteytere når det er nødvendig for å tilby forsvarlige tjenester. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 gir rett til individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 og § 7-2 regulerer krav til individuell plan og koordinator. For barn og unge er også lovendringene om samarbeid, samordning og barnekoordinator viktige, og Meld. St. 28 (2024-2025) vektlegger mer helhetlige og koordinerte tjenester.

Vurdering:

Kommunen vurderer at krav til samarbeid og koordinering i hovedsak oppfylles i enkeltsaker.

Koordineringen er imidlertid ikke tilstrekkelig systematisert på overordnet nivå, og det er variasjon i bruk av individuell plan, koordinator og ansvarsgrupper.

Risiko/sårbarhet:

- Risiko for svikt i overganger mellom tjenester
- Risiko for at brukere med sammensatte behov ikke får helhetlig oppfølging
- Avhengighet av enkeltpersoners oppfølging
- Forskjellige journalsystem kan vanskeliggjøre informasjonsflyt og koordinering

5. Samhandling med spesialisthelsetjenesten

For at pasientene skal få optimal behandling er det en hovedforutsetning at samarbeidet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten er velfungerende. Samarbeid med Sykehuset Innlandet og Røros kommune er regulert gjennom samarbeidsavtaler (vedlegg 3 og 4).

Fakta grunnlag:

Samarbeidsavtaler foreligger med Røros og Holtålen, og med Sykehuset Innlandet (se vedlegg 3 og 4).

Man deler ofte pasientene inn i 3 grupper med forskjellig behandlingsnivå

Gruppe 1. Pasienter med mildere psykiske lidelser.

De fleste pasienter i denne gruppe diagnostiseres og behandles av kommunelegene. Oppfølgingen skjer hos egen lege.

Gruppe 2. Pasienter med moderat alvorlige psykiske lidelser.

De fleste av disse behandles av kommunelegen i samarbeid med psykiatrisk poliklinikk på Tynset eller psykiater / psykolog på Røros og psykiatrisk sykepleier.

Gruppe 3. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser.

Disse pasienter har hittil ofte vært innlagt i institusjon. Behandlingen har vært et samarbeid mellom Tynset DPS, Sanderud sykehus de psykiatriske poliklinikker og kommunehelsetjenesten.

Psykisk helse- og rustjenesten i kommunen har regelmessig kontakt med spesialisthelsetjenesten på Tynset, gjennom månedlig veiledning og oppfølging. De har også løpende dialog med spesialisthelsetjenesten på Tynset, Røros og andre om enkeltpasienter.

Tjenesten ser at innleggelse på Tynset DPS er ønskelig, men har de senere årene vært nærmest umulig å få til.

Relevante lovkrav og nasjonale føringer:

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e forutsetter samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 løfter frem mangelfull samhandling som en av de største utfordringene i helse- og omsorgstjenesten og innfører sterkere virkemidler for sammenhengende forløp. Sykehusutvalget (NOU 2023: 8 Fellesskapets sykehus) fremhever at gode pasientforløp krever kapasitet, koordinering, kommunikasjon og planlegging mellom kommuner og helseforetak. For barn og unge legger Meld. St. 9 (2023-2024) til grunn at henviste som hovedregel skal tilbys vurderingssamtale, og at det bør etableres lokale samarbeidsmodeller mellom kommune og psykisk helsevern.

Vurdering:

Samhandlingen og samarbeid fungerer i hovedsak, men er situasjonsavhengig. Det er utfordrende å få plass til pasienter på KAD/DPS. Kommunen opplever i praksis begrenset tilgang til spesialisthelsetjenester, særlig ved behov for døgninnleggelse.

Risiko/sårbarhet:

- Utfordringer i informasjonsflyt
- Ulik forståelse av ansvar
- Kapasitetsutfordringer i spesialisthelsetjenesten påvirker kommunen

6. KAD (kommunale akutte døgnplasser)

Fakta grunnlag:

KAD-tilbudet er primært somatisk rettet, men akutte plasser knyttet til psykiatri ligger ved IMA ROH. Pasienter som er i målgruppen for KAD- døgnopphold vil være personer med lettere og moderate psykiske helseproblemer og/ eller rusmiddelproblem. Inklusjonskriteriene IMA (ROH) sier at KAD kan benyttes til «pasienter med avklarte psykiatriske tilstander». Det finnes 2 KAD senger til disposisjon for dette på IMA.

Pasienter som ikke er i målgruppen for KAD-psykiatri, men som skal behandles av spesialisthelsetjenesten: Psykotiske tilstander, deliriske tilstander, barn og ungdom under 18 år, innleggelse ved tvang, selvmordsproblematikk eller alvorlig selvskading, pasienter med utagerende adferd, pasienter med uavklart påvirkning av rus/ legemidler.

Behandling ved KAD vil bety trygge rammer/ roe ned situasjonen ved å ha helsepersonell rundt seg. Pasienten kan kun legges inn via fastlege eller legevakt. Pasienten skal ha tilsyn av Psykisk helse- og rustjeneste så snart som mulig, evt. første hverdag hvis pasienten blir innlagt på helg. Psykisk helse- og rus tar kontakt med fastlege ved behov.

Etter nedleggelse av døgntilbudet ved DPS Tynset er det nå lagt til rette for KAD - plasser ved TFF på Tynset, noe tjenestene i Os kommune ser på som uheldig. Dette er uheldig både for pasienten som kanskje vil motsette seg opphold ved TFF og for personalet som kan mangle kompetanse på enkelte områder innenfor psykiatri.

De siste årene har Os kommune hatt 10-15 hevendelser til døgntilbud. Problemer i forhold til uthenting av denne dataen i journalsystemet gjør det vanskelig med eksakte tall.

Relevante lovkrav og nasjonale føringer:

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 tredje ledd pålegger kommunen å tilby døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Vurderingen av KAD for psykisk helse må ses i lys av forsvarlighetskravet og avgrensningen mellom kommunens øyeblikkelig hjelp-ansvar og spesialisthelsetjenestens ansvar ved alvorlige tilstander. Nasjonale føringer de senere årene har gjennomgående vektlagt rett hjelp på rett nivå, men også at kommunene må ha reell tilgang til veiledning og støtte fra spesialisthelsetjenesten når kommunale tilbud ikke er tilstrekkelige.

Vurdering:

Kommunen vurderer at tilbudet til akutte psykiske helseutfordringer *i regionen generelt* er svekket etter nedleggelsen av døgnplasser ved DPS Tynset. Dette medfører økt risiko for at pasienter ikke får rett hjelp på rett nivå til rett tid, og øker kommunens ansvar for oppfølging av pasienter med behov for spesialisert behandling. Da vår samarbeidsavtale ang IMA med Røros og Holtålen også innebærer KAD psykiatri, vil ikke nedleggelsen ha like stor innvirkning på oss. Det er derimot et problem at innleggelseskriteriene for KAD er høye.

Risiko/sårbarhet:

- Avhengighet av spesialisthelsetjenesten i kommunene

7. Interkommunalt og regionalt samarbeid (Nord-Østerdal)

Os kommune har 8 vertskommunesamarbeid med Røros og Holtålen kommune, med egne særavtaler innen de ulike områdene. Disse avtalene ble oppdatert i kommunestyret i November i 2023. Samtidig har man også flere samarbeid med Folldal, Alvdal, Rendalen, Tynset og Tolga kommuner (FARTT).

Ordførerne oppsummerte med følgende knyttet til interkommunalt samarbeid, på felles formannskapsmøte mellom Røros, Os og Holtålen 29.01.2026:

- Skal sikre gode tjenester, robuste fagmiljøer og bærekraftige lokalsamfunn også i fremtiden.
- Store nok hver for oss og for små på noen tjenesteområder
 - Kommunene er store nok hver for seg, men på mange tjenesteområder er det nødvendig med samarbeid – både mellom ROH og med flere kommuner.
- Holde fast på det som fungerer
 - Det samarbeides i dag om brann, legevakt, lønn, regnskap, nav, barnevern og IMA (intermediæravdeling) I tillegg har Røros og Os felles landbrukskontor. Det som fungerer må opprettholdes, og at man samtidig er åpne for å vurdere nye og utvidede samarbeid på flere områder.
- Regionen trekkes både mot Trøndelag og Innlandet
 - Holtålen trekker mest nordover og Os trekker mest sørover. Det er enighet om at dette gir en naturlig videreutvikling av dagens samarbeid.
- Samarbeid mellom interkommunale politiske råd i Nord-Østerdal og Trøndelag Sør
 - Vi er tilknyttet to ulike regionråd: Interkommunalt politisk råd Nord-Østerdal og Trøndelag Sør interkommunalt politisk råd. Vi ønsker at disse rådene i større grad kan møtes og samarbeide, både for å styrke regionen som helhet og for å drive felles interessepolitisk arbeid.

Det arbeides på flere fronter knyttet til både interkommunale og regionale samarbeid innenfor psykisk helse- og rus. Mye av samarbeidet vi har i dag innenfor psykisk helse omhandler barn og unge. Dette er et viktig satsningsområde for forebygging av psykisk uhelse senere i livet. Kommunen er i oppstartsfasen av en stilling knyttet til psykisk helsetjeneste for barn og unge.

Faktagrunnlag:

Tjenesten samarbeider med flere instanser knyttet til psykisk helse

- Interkommunal strategi for barn og unge
- Politi
- SAMBA-prosjektet
- Regionalt OBS - team FARTT
- Felles ruspolitisk arbeid
- Arbeidsgruppe kunnskapsbaserte lavterskeltilbud (ROH)
- DPS Tynset

- BUP Tynset
- IMA (ROH)

Relevante lovkrav og nasjonale føringer:

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 og de generelle samordningsreglene i velferdstjenestelovgivningen understøtter behovet for formalisert samarbeid på tvers av tjenester og kommuner. Meld. St. 28 (2024-2025) understreker sterkere samarbeid rundt utsatte barn, unge og familier, og er særlig relevant der psykisk helsearbeidet i regionen i stor grad retter seg mot barn og unge. Generalistkommuneutvalget (NOU 2023: 4) er relevant som bakteppe for små kommuner, fordi det drøfter hvordan kommuner med begrenset kapasitet kan ivareta brede lovpålagte oppgaver. Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 legger også til grunn at mer samarbeid må utvikles gjennom helsefellesskap, samhandlingstilskudd og lokale forløp.

Vurdering:

Samarbeidet er omfattende og dekker flere områder, men fremstår som fragmentert.

Flere parallelle samarbeidsstrukturer (FARTT, ROH m.fl.) gir uklar prioritering og risiko for at ressurser spres på flere tiltak uten tilstrekkelig effekt. Vi ser at det er krevende å bestemme seg for hvilken retning Os skal velge (FARTT/ROH), men siden Os kommune er en grensekommune er det naturlig at samarbeidet vil gå både nordover og sørover. Denne spagaten er vanskelig for ledelse å stå i og få oversikt over. Og den utfordrer både prioriteringer og tid da man kan oppleve å sitte i det «samme møtet» i begge samarbeidene.

Samarbeidskartet for psykisk helse i kommunen finner dere i vedlegg 2.

Risiko/sårbarhet:

- Ulik prioritering mellom kommuner
- Lite formaliserte strukturer på enkelte områder

8. Utfordringer, risikoområder og sårbarheter

Kompetanse

- Begrenset tilgang på spesialisert kompetanse
- Sårbarhet ved turnover
- Ingen kommunepsykolog

Kapasitet

- Lav bemanning gir liten fleksibilitet
- Økende behov innen psykisk helse og rus

Koordinering

- Risiko for svikt i pasientforløp
- Avhengighet av enkeltpersoner

Samhandling

- Varierende kvalitet i samarbeid med spesialisthelsetjenesten
- Særlig sårbarhet i overgangsfaser

Interkommunalt og regionalt samarbeid

- Ulike prioriteringer i kommunene
- Samarbeidsveien er uklar
- Utfordringer knyttet til økonomi og det blir dyre tjenester med få kommuner i samarbeidet

Styring og oppfølging

Det er begrenset bruk av styringsdata og indikatorer for å følge utviklingen i tjenesten, herunder ventetid og utvikling i behov. Dette gjør det krevende å vurdere kapasitet og behov over tid og å kunne lage seg framskrivninger på hvordan man bør ruste tjenesten. Ved videre bruk av Helseplattformen vil man kunne hente ut tall som kan være med på å si noe om hvordan dette bør løses.

«Rus- og psykiatriplan for Os kommune, 2017 – 2020» er ikke videre revidert eller oppdatert, noe som også tilsier at det vil være behov for opprettelse av en ny plan.

9. Videre utviklingsbehov

- Styrking av bemanning og kompetanse
- Videreutvikling av lavterskeltilbud ved hjelp av tilskuddsordninger fra staten og med midler fra kommunen
- Bedre strukturert samhandling med spesialisthelsetjenesten
- Økt fokus på forebygging og tidlig innsats
- Videreutvikling av interkommunale løsninger

10. Videre arbeid

- Det gjennomføres planleggingsmøte.
- Relevante samarbeidsavtaler med Sykehuset Innlandet og ROH oversendes kontrollutvalget
- Det utarbeides presentasjon til møtet
- Samarbeidsprosjekt i FARTT med å få lokalisert KAD på Tynset sykehus.
- Det er et ønske at forvaltningsrevisjonen avklarer merkostnaden Os kommune har med å ha tilbud både nordover og sørover i forhold til KAD senger innen psykiatri, andre interkommunale samarbeid og muligheten for **interkommunal kommunepsykolog**.

Vedlegg 1: Bestilling fra kontrollutvalget

Orientering til kontrollutvalget om psykisk helsearbeid

Kontrollutvalget har fått en bestilling på en forvaltningsrevisjon av psykisk helsearbeid i kommunene og samhandlingen med spesialisthelsetjenesten i Nord-Østerdal. Til

kontrollutvalgets møte den 4. mai ber vi derfor om en orientering om temaet.

Formålet med orienteringen er å gi et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for å gjennomføre bestillingen av forvaltningsrevisjon som også omhandler:

- informasjon om kommunene i Nord-Østerdal har etablert forsvarlige, tilgjengelige og koordinerte psykiske helsetjenester
- om samhandlingen med spesialisthelsetjenesten fungerer i tråd med gjeldende lovverk og nasjonale føringer.

Vi ber om at orienteringen gir kontrollutvalget innsikt i:

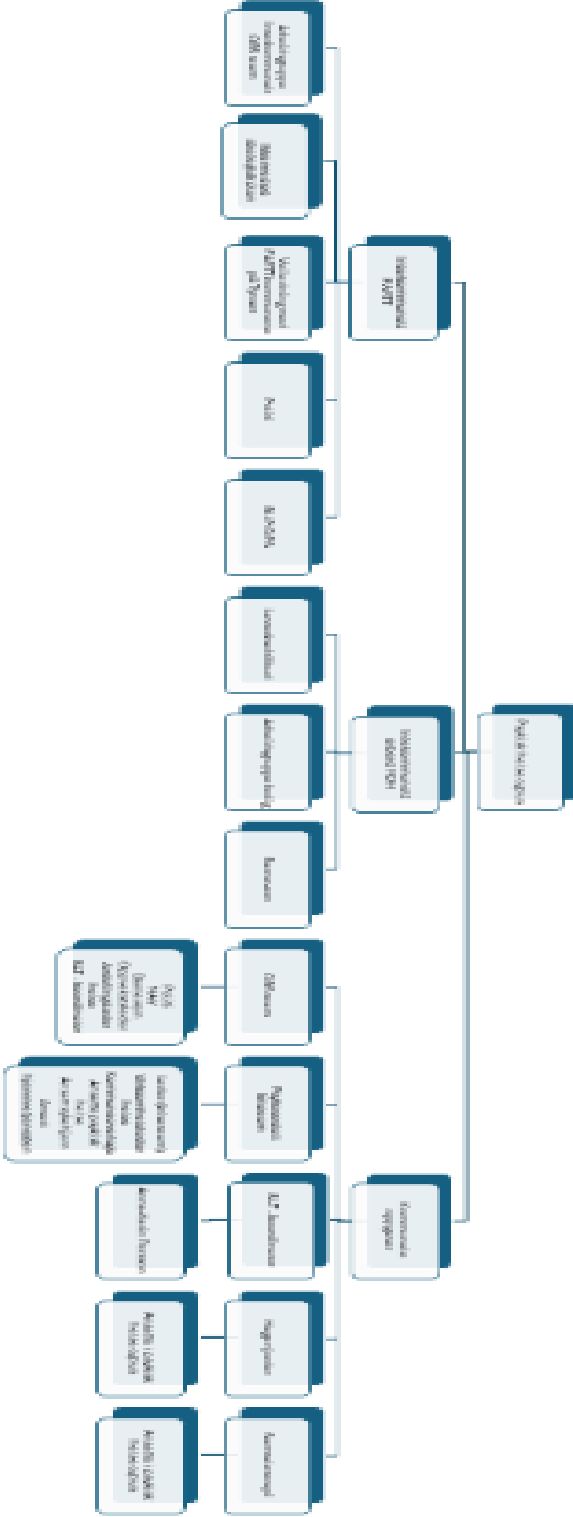
- organiseringen av kommunens psykiske helsetjenester til kommunenes befolkning
- kommunedirektørens vurdering av tjenestenes forsvarlighet, tilgjengelighet og kapasitet
- formål, organisering og bruk av KAD-senger
- hvordan samhandling med spesialisthelsetjenesten er organisert og fungerer i praksis
- eventuelle utfordringer, risikoområder og sårbarheter, særlig knyttet til kompetanse og koordinering.
- status for interkommunalt og regionalt samarbeid innen psykisk helse i Nord-Østerdal, samt vurderinger av videre utviklingsbehov.

For å kunne stille spørsmål ber vi om at kommunedirektøren tar med relevante ledere og fagansvarlige, som:

- kommunalsjef/sektorsjef for helse og omsorg
- leder for psykisk helsetjeneste (psykisk helse og rus)
- kommunelegen (medisinsk faglig rådgiver)

Orienteringen kan holdes på et overordnet nivå og gjerne suppleres med skriftlig bakgrunnsmateriale. Vi ber om at relevante samarbeidsavtaler med Sykehuset Innlandet oversendes utvalget i forkant av møtet, og at det utarbeides en presentasjon som kontrollutvalget får.

Vedlegg 2: Samarbeidskart



Vedlegg 3: Samarbeidsavtale Sykehuset Innlandet



Os kommune_Samarbeidsavtale Helsefellesskap Innlandet 2024_signert (1).pdf

Vedlegg 4: Samarbeidsavtale IMA (ROH)



Samarbeidsavtale IMA (1).pdf