

# Høring

## NOU 2026: 6

## Den nye velferdskommunen

**Høringsinnspill fra**

**Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)**

Dato: 18. september 2026

Vår ref.: 28/2026



# NAPHA

Nasjonalt kompetansesenter  
for psykisk helsearbeid

# Innledning

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) takker for invitasjonen til å gi innspill til NOU 2026:6 Den nye velferdskommunen.

NAPHAs innsats er i all hovedsak rettet mot kommuner og mot samhandlingsteam på tvers av kommuner og spesialisthelsetjeneste.

I vårt innspill har vi vektlagt områder som er sentrale i vårt samfunnsoppdrag, særlig oppdrag knyttet til Opptappingsplanen for psykisk helse (2023–2030). Vi vil løfte frem anbefalingenes relevans og nytte for de lokalbaserte psykisk helse- og rustjenestene og for brukerne av disse tjenestene.

Vi ser innspillet i sammenheng med våre tidligere innspill til Innovasjon- og samskapingsutvalget:

- [Innspill fra NAPHA til Innovasjon- og samskapingsutvalget, 24.06.2025](#)
- [Innspill fra NAPHA til Innovasjon- og samskapingsutvalget, 11.12.2025](#)

## Et godt kunnskapsgrunnlag og gode analyser

NOUen har gode analyser og beskriver kunnskapsgrunnlaget godt. Den gir en god oversikt over mange godt kjente utfordringer, som bare vil øke i omfang fremover. Innen kommunalt psykisk helsearbeid finnes det mange eksempler på at gode idéer og prosjekter er avhengige av ildsjeler og tilfeldige samarbeid, at prosjekter ikke videreføres etter tilskuddsperioden, at det brukes for mye ressurser på årlige søknadsprosesser, og at mange og små tilskuddsordninger eller andre økonomiske ordninger fortrinnsvis favoriserer kommuner og organisasjoner som har mest kapasitet og kompetanse, og ikke nødvendigvis de med størst behov.

Fremover vil det være behov for nye tjenester og tilbud, nye samarbeidsformer og nye løsninger som legger til rette for mer fleksibel bruk av kompetanse. Innovasjonstakten må opp, og sammensatte utfordringer må møtes med nye tiltak som er mer tilpasset kommunene og innbyggernes behov.

<https://napha.no/attachment.ap?id=3454>

<https://napha.no/attachment.ap?id=3467>

## Utydelig samfunnsoppdrag

Vi forstår behovet for å samordne en innovasjonssatsing i et felles samfunnsoppdrag, men det er vanskelig å se de tydelige linjene fra det nasjonale samfunnsoppdraget og ned til nivået der innovasjon og samskaping skal foregå.

Hvordan er tenkt at den økonomiske støtteordningen i det praksisnære programmet skal forvaltes? Hva skal ev. være statsforvalternes rolle? Med en så bred innretning av det praksisnære programmet, ser vi for oss at søknadsmengden blir svært stor. Det er allerede godt kjent at statsforvalterne har kapasitetsutfordringer. Et så bredt innrettet program stiller særlige krav til god styring, tydelige prioriteringer, og nødvendig kapasitet, hvis man skal oppnå det man ønsker.

Utvalget påpeker at det må satses på modeller som gir ønskede resultater. Vi er enige i at nye innovasjoner bør understøttes med systematisk evaluering og forskning, og at det er behov for sterkere finansiering av forskning og praksisnær kunnskapsutvikling i kommunal sektor. På psykisk helseområdet er det en utfordring at det ikke finnes et samlet forskningsmiljø for praksisnært psykisk helsearbeid rettet mot voksne, som kan følge ulike innovasjoner som utvikles som en følge av Opptrappingsplanen for psykisk helse.

Det fremstår som uklart hvordan man skal vurdere hvilke innovasjoner som bør spres, hvilke som bør avsluttes, hva man gjør med idéer og behov som oppstår underveis, og hva som er tenkt hvis man ikke har kommet dit man ønsker etter den foreslåtte tiårsperioden.

## **Viktig å opprettholde store nasjonale satsinger i Opptrappingsplanen for psykisk helse**

Vi er bekymret for at målrettede statlige tilskuddsordninger og andre økonomiske ordninger for ACT, FACT, FACT ung og Rask psykisk helsehjelp ikke vil opprettholdes gjennom et praksisnært program. Programmet vil primært være innrettet mot innovasjon, og det ser ut til at eldre vil være en prioritert målgruppe.

ACT, FACT, FACT ung og Rask psykisk helsehjelp er kunnskapsbaserte tjenestemodeller som er anbefalt av helsemyndighetene. Tilbudene har fått fotfeste i mange kommuner, men det er fortsatt langt igjen før de har den nasjonale utbredelsen myndighetene har ambisjoner om. En samling av mange av de eksisterende tilskuddsordningene eller andre økonomiske ordninger på helse- og velferdsområdet kan gjøre det vanskelig å nå opp i prioriteringene for de innovasjonene som først og fremst trenger å spres.

I starten av perioden vil det praksisnære programmet være lite. Hvis det ikke lenger blir mulig å få tilskudd til implementering av ACT, FACT og FACT ung og Rask psykisk helsehjelp, frykter vi at utviklingen vil stoppe opp og at mange av tilbudene vil bli avvirket. (Det finnes i dag riktignok ikke en egen tilskuddsordning for Rask psykisk helsehjelp, men kommuner kan søke om etableringstilskudd under ordningen for kunnskapsbaserte lavterskeltilbud. Dersom denne tilskuddsordningen igjen blir del av en enda større sekkepost, og i større grad innrettes mot nyutviklede tilbud, er vi bekymret for at videre utbredelse av Rask psykisk helsehjelp vil bli nedprioritert.)

## **Vi er uenige med utvalgets premiss om at flere oppgaver ikke bør overføres til kommunene**

Vi er uenige med utvalgets premiss om at flere oppgaver ikke bør overføres til kommunene. Etter vår vurdering er dette begrunnet for svakt. Selv om det intuitivt er lett å stille seg bak premisset, på grunn av manglende kapasitet og kompetanseutfordringer i kommunene, kan det få utilsiktede konsekvenser. I det videre arbeidet med NOUen bør premisset utredes grundigere, i tråd med det som Helsereformutvalget kommer med av anbefalinger.

Utvalget fremstår litt entydig opptatt av at den kommunale autonomien må styrkes ytterligere. Det begrunnes med Kommunekommisjonens anbefalinger. De skriver at det

blir viktig å gi kommunene mer selvråderett og et styringsmessig rom der det er legitimt å utforske, feile og lære, innenfor rammer som fortsatt ivaretar innbyggernes rettigheter og tilliten til lokale beslutninger.

Kommisjonen ser ut til å være særlig opptatt av at kommunene søker å unngå å komme i situasjoner hvor de får kritikk av institusjoner som Klagenemnda for offentlige anskaffelser, og statsforvalteren. Slik kritikk ser ut til å gjøre terskelen for å utvikle, teste og skalere løsninger høyere, særlig når det er store implementeringskostnader og bindinger.

Vi mener det først og fremst er behov for å gå opp tydeligere grenseoppgangene mellom kommunal selvråderett og nasjonal styring. Dette har også helseminister Jan Christian Vestre påpekt ved flere anledninger. Oppgaveforskyvningen over mot kommunene har lenge vært et styrende prinsipp for tjenestetilbudet for personer med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer. Dette er begrunnet både faglig, etisk, økonomisk og helsepolitisk. Vi befinner oss nå i gjennomføringen av den andre Opptappingsplanen for psykisk helse (2023–2033), hvor det er tverrpolitisk enighet om at det trengs mer tidlig innsats i kommunene, flere lett tilgjengelige kunnskapsbaserte lavterskeltilbud, bedre samarbeid og helhetlige tjenestetilbud, for de som har behov for det.

Den første opptappingsplanen for psykisk helse (1998–2008) bidro til oppbygging av det kommunale psykiske helsearbeidet, gjennom øremerkede midler (1). Evalueringen den gang påpekte at man fortsatt ikke var kommet i mål. I de senere årene har også Riksrevisjonen påpekt store mangler i tjenestetilbudet, for store variasjoner mellom kommuner, og store utfordringer i samhandlingen mellom tjenester (2,3,4). Samtidig ser vi en tydelig økning i antall personer som søker hjelp for psykisk helse- og rusmiddelproblemer.

Evaluering av den nåværende Opptappingsplanen for psykisk helse (2023–2033) har vist at det er vanskelig å vise til at pengene har blitt brukt til å bygge opp nødvendig kapasitet i de kommunale psykisk helse- og rustjenestene (5). Vår erfaring er at psykisk helse har en tendens til å tape i prioriteringsdiskusjonene i mange kommuner, noe som gjør det vanskelig å oppnå ambisjonene i planen.

Vi er bekymret for at et premiss om ingen nye oppgaver til kommunene vil bremse utviklingen av det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet, samhandlingen mellom tjenestenivåene, og bidra til enda større variasjon mellom kommuner. Erfaringene viser at mange kommuner fortsatt ikke prioriterer å tilby innbyggerne Rask psykisk helsehjelp, ACT, FACT og FACT ung, som er kunnskapsbaserte tilbud anbefalt av helsemyndighetene.

Dette bidrar til betydelige forskjeller i tjenestetilbudet mellom kommuner. I praksis innebærer det at mange ikke får tilgang til kunnskapsbaserte tilbud som forskning og nasjonale anbefalinger viser har god effekt. En slik variasjon ville vært vanskelig å akseptere på andre helseområder.

ACT, FACT og FACT ung er kunnskapsbaserte modeller der det tette samarbeidet og samhandlingen mellom kommuner og sykehus er en sentral forklaring på modellenes gode resultater. Det trengs flere slike samarbeidsmodeller på tvers av kommuner og sykehus. Det forutsetter at kommunenes ansvar for personer med sammensatte psykisk helse- og rusmiddelutfordringer ikke reduseres.

Istedenfor et udiskutabelt premiss om ingen flere oppgaver til kommunene, tror vi det vil være bedre å tydeliggjøre ansvar og oppgaver, utrede hva som er en god balanse mellom kommunal selvvråderett og statlig styring, og ikke minst at kommunene må ha økonomisk handlingsrom til å løse de oppgavene de skal løse. Det trengs finansieringsmodeller som belønner gode samarbeidsløsninger, et regelverk som ikke unødig hindrer nødvendig samhandling, et tydeligere mandat, bedre finansiering av Helsefellesskapene, og bedre tilrettelegging og finansiering av læring, kompetanseutvikling og forskning, på tvers av kommuner og sykehus.

## Behov for mer frivillig innsats

Vi stiller oss bak at helsefremming og forebygging bør være et av målene for det praksisnære programmet som foreslås. Uten statlig medfinansiering av dette området vil det være vanskelig å få til en tilstrekkelig satsing. I dag brukes 90 prosent av kommunenes inntekter til lovpålagte oppgaver. Helsefremming og forebygging er også lovpålagt, men prioriteres i liten grad fordi andre områder vurderes som viktigere.

Vi er enige med utvalget om behovet for et mer utstrakt samarbeid mellom de offentlige helse- og velferdstjenestene og frivillig sektor. Både næringsliv, frivillighet og innbyggere, som kanskje ikke ser på seg selv som en bidragsyter til samfunnet, kan bli viktigere fremover. Hvis man har som ambisjon å utvikle og spre flere tilbud i skjæringsfeltet mellom frivillige tilbud, brukerstyrte tilbud og tjenestene, tror vi det praksisnære innovasjonsprogrammet kan bidra til dette.

Frivillig sektor kan være en viktig samarbeidspartner som sammen med kommunen drøfter og utvikler løsninger på større samfunnsutfordringer. De kan avlaste helsetjenestene, men kan ikke ta over ansvaret til det offentlige. Det er viktig at vi evner å beholde det sikkerhetsnettet som ligger i gode helse- og velferdstjenester. Det er det bred partipolitisk enighet om.

Frivillig sektor kan spille en viktig rolle i ensomhetsforebyggende arbeid og inkludering, styrke befolkningens innsats i totalberedskapen, og spille en viktig rolle i helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid. Kommunene har et ansvar for samfunnsutvikling og for å legge til rette for at frivillighet, næringsliv, innbyggere og andre og kan utvikle ensomhetsforebyggende tiltak sammen. Kommunene har også god oversikt over kommunens folkehelseutfordringer som kan gi en tydeligere retning for offentlig-frivillig samarbeid.

En styrking av frivillighetssentralene vil være viktig for å få til økt frivillig innsats. Frivillighetssentralene kan både være et sted for helsefremmende tiltak og et sosialt treffsted. På sitt beste fungerer sentralene som et nav i lokalsamfunnet hvor folk kan ta kontakt både når man vil bidra eller trenger bistand, utover kommunens ansvar for helse og velferd. Frivillighetskoordinatorer kan også gjøre det lettere å koordinere, og benytte, de frivillige ressursene på en best mulig måte.

På den ene siden kan økt offentlig-frivillig samarbeid gi et større mangfold og mer treffsikre tilbud, men det kan også bli mer uklart hva som er riktig sted for å søke den hjelpen man trenger. Et mer utstrakt samarbeid mellom offentlige og frivillige tjenester kan viske ut noen av skillene mellom helsehjelp og annen hjelp. Dette stiller store krav til korrekt informasjon om de ulike tilbudene. Det er viktig at folk vet sikkert når de mottar

helsehjelp, og deres rettigheter i forbindelse med dette. Frivillige tilbud tilbyr ikke helsehjelp, og har ikke journalplikt.

En samling av tilskudd i et mer enhetlig program kan føre til mer tydelige prioriteringer og en mer langsiktig satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid og samskaping. Det forutsetter at programmet har et volum som står i forhold til samfunnsoppdraget, at det legges til rette for gode prioriteringer og en god statlig styring av pengebruken.

## Involvering av hele bredden av befolkningen

NAPHA er en pådriver for å styrke innbygger- og brukarmedvirkning i tjenestene. Vi stimulerer til samskapende prosesser, særlig på tvers av fag- og brukerkompetanse. Vi støtter utvalgets oppmerksomhet på dette i NOUen, men vi savner at det er beskrevet tydeligere hvordan hele bredden av befolkningen kan involveres i praksis. Det må i større grad legges til rette for samskapende prosesser hvor deltagere med egne relevante erfaringer deltar, og særlig innbyggere og brukere med alvorlige og sammensatte psykisk helse- og/eller rusmiddelvaner.

Det må legges bedre til rette for at man kan overkomme praktiske hindringer som økonomi, transport og lignende, og rammene må være tilstrekkelig forutsigbare for personer som av ulike årsaker synes det er utfordrende å delta i slike prosesser. Alle som involveres bør delta på lik linje, helt fra starten av, slik at man opplever å være en del en gruppe som skal drive frem samskaping, utvikling og innovasjon sammen. På denne måten kan prosessene bli mer preget av reell medvirkning, medborgerskap og medbestemmelse, slik utvalget selv også beskriver.

På temasiden om brukarmedvirkning på vår nettside [Napha.no](http://Napha.no) finnes det mange tips om hvordan man kan legges til rette for brukerinvolvering i praksis:

- [Bruker- og pårørendemedvirkning - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)

Temasiden er utviklet med utgangspunkt i nasjonale råd om bruker- og pårørendemedvirkning, som er utviklet av Helsedirektoratet.

## Samskapende prosesser og innovasjon er ikke alltid svaret

Vi er enige med utvalget i at samskapende prosesser bør benyttes der det er uløste «samfunnsfloker», og der kommunen er tjent med å involvere både innbyggerne, næringslivet og frivilligheten i å finne en felles problemforståelse og mulige løsninger. Vi er imidlertid skeptiske til den gjennomgående tonen om at innovasjon i seg selv framstår som løsningen på de fleste utfordringer, og at det legges opp som premiss at «alle» eksisterende midler nå skal brukes på nyskapninger gjennom det praksisnære programmet.

Utvalget kunne med fordel vært tydeligere på når samskapende prosesser *ikke* er anbefalt eller nødvendig. Samskapende prosesser tar mye tid og kan gå på bekostning av andre former for utvikling. Vi er bekymret for at godt etablerte praksiser, og tjenester

av god kvalitet, kan erstattes med mindre gode løsninger, bare fordi de er nye, og et resultat av samskaping.

I noen sammenhenger kan det være mer hensiktsmessig å styrke ressurser og kompetanse i eksisterende tilbud enn å bruke betydelige ressurser på å utvikle nye. Det er en fare for at det legges opp til (for) mange tid- og ressurskrevende samskapende prosesser som utelukkende resulterer i piloter, hvor det kanskje ikke vil være bærekraftig å videreføre tilbudet. At stadig nye piloter dukker opp, kan også føre til at både brukere, pårørende og ansatte opplever hjelpetilbudet som lite oversiktlig, og usammenhengende.

Det blir viktig fremover å ha ordninger som gjør det mulig å videreføre de gode løsningene som faktisk eksisterer i dag, og se på hvordan man kan styrke innsatsen for å få flere til å ta i bruk disse. For å få til det, er det viktig å legge til rette for at tilgjengelige midler også ivaretar de gode løsningene som faktisk eksisterer i dag, og som i dag delvis finansieres gjennom tilskuddsmidler eller andre økonomiske ordninger.

## **Psykisk helse- og rusmiddelproblemer mangler i beskrivelsene av nye boformer**

Utvalget har beskrevet behovet for nye boformer i et eget kapittel i rapporten. Det er bra. Vi tolker dette som et uttrykk for et tydelig ønske om å skille mellom bolig- og velferdstjenester, i tråd med lovkrav og faglige føringer på feltet.

Kapittelet har et tydelig folkehelseperspektiv, med overveiende søkelys på konsekvensene av den kommende eldrebølgen. Eldreprogrammet omtales ofte i kapittelet, mens mennesker med utfordringer knyttet til psykisk helse og rusmidler ikke er omtalt når utfordringene og behovene beskrives. Verken personer med psykiske lidelser, rusmiddelutfordringer eller personer som har vanskelig tilgang til boligmarkedet, omtales som særskilte målgrupper, mens personer med demens omtales spesifikt.

Dette er en svakhet, ettersom personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer allerede er blant de som har vanskeligst tilgang på boligmarkedet, og sannsynligvis også vil være det i framtida. Mange av virkemidlene og insentivordningene som nevnes i kapittelet er imidlertid relevante for «våre» målgrupper, herunder flere utleieboliger, nærmiljøtiltak og samlokaliserte tilbud.

Mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer, og andre «vanskeligstilte på boligmarkedet», har langt svakere privatøkonomi enn gjennomsnittet. De har også en økt risiko for å bli værende i boliger lite egnet for aldring. I regjeringens mål om 130 000 nye boliger, kunne man f.eks. antydnet hvor mange av disse som bør være for personer med psykiske vansker og/eller rusmiddelproblemer. Her kan også nevnes at disse har økt risiko for negative levekårsforskjeller, sosial isolasjon og funksjonsfall. Vi savner også en beskrivelse av behovet for særlig tilpassede boformer for personer som har utfordringer knyttet til alvorlige psykiske lidelser, rusmiddelproblemer og vold.

Den tredje boligsektoren nevnes heller ikke i kapittelet, selv om nytenkning som sosiale boformer gis eget avsnitt. Omgivelsenes betydning for liv og helse er viktig for alle, ikke minst våre målgrupper. Det handler om behovene for gode fellesarealer, trygge lokalmiljø og boligmodeller som ivaretar behovene for både å eie og leie. Den tredje

boligsektoren har nettopp som mål å finne løsninger på disse utfordringene og kan med fordel omtales her.

## Bedre samordning mellom helse og arbeid

Vi er enige med utvalget i deres beskrivelse av at de største hindrene for å hjelpe mennesker med helseutfordringer ut i arbeid, både er strukturelle utfordringer på grunn av sektorinndelingen, og manglende inkluderingskompetanse.

Utvalget viser til at piloter eller prosjekter gjør det lettere å lykkes i å inkludere alle typer mennesker i arbeidslivet. Vi tror at noe av forklaringen er at prosjekter gjør det lettere å få til et systematisk arbeid, at det gis tid og et tydelig mandat, at man jobber mer på tvers og mot et felles mål. Det gir også arbeidsgivere tilgang til kunnskap om inkludering, hva som må til for å lykkes og tilgang til støtte i hele prosessen.

Utvalget beskriver godt utfordringene med å inkludere alle i arbeidslivet. Mangelen på inkluderingskompetanse kunne vært viet enda mer oppmerksomhet. Kunnskapen om hvordan man kan utvikle inkluderende arbeidsprosesser i samspill mellom arbeidssøker, arbeidsplass og støtteapparat bør for eksempel styrkes i ulike utdanninger innen UH-sektoren, og i opplæringsprogram rettet mot arbeidsledere og næringsliv. Gode inkluderingsprosesser er fortsatt i stor grad avhengige av ildsjeler, ledere og andre som har et særlig engasjement for å inkludere personer som står utenfor. Det er også viktig at helsepersonell, og andre som jobber innenfor psykisk helse- og rustjenester, har kunnskap om og høy grad av bevissthet rundt arbeidets betydning for behandling, og verdien av økt arbeids- og samfunnsdeltakelse for sine brukere.

NAPHA har en rolle som koordinator for arbeids- og utdanningsveiledere i ACT-, FACT- og FACT ung-teamene. Gjennom dette arbeidet har vi fått god innsikt i betydningen av en slik rolle. I mange tilfeller fungerer arbeids- og utdanningsveilederen som koordinator mellom ulike instanser som ønsker å tilby ulike typer hjelp. Både for å få ulike instanser til å snakke sammen, men også i å løfte brukerstemmen, og bringe inn meningsfull aktivitet, som del av behandling. De kartlegger ressurser i nærområdet og knytter til seg eksterne samarbeidsparter, og samarbeider med relevante andre, som næringsliv, frivillighet, skole mv.

Ved å ansette flere med særskilt ansvar for arbeid og utdanning i psykisk helse- og rustjenestene tror vi at arbeid, utdanning og aktivitet hadde blitt høyere prioritert, blitt satt mer i system, og at skillene mellom helse og arbeid hadde blitt mindre tydelige.

Utvalget peker på at «... *gevinster av kommunale tiltak som reduser utenforskap, hovedsakelig kommer på statlige budsjetter, særlig gjennom reduksjon av overføringer knyttet til trygd og behandling i spesialisthelsetjenesten. Dette taler etter utvalgets mening for at staten bør ta en større del av regningen knyttet til forbyggende tiltak.*»

Dette støttes av NAPHA, og det samme bør gjelde for kommunale behandlingstiltak som Rask psykisk helsehjelp. Mange kommuner kvier seg for å opprette slike tiltak, ofte av ressursmessige hensyn, selv om forskning viser at tiltaket gir store, samfunnsøkonomiske gevinster, særlig i form av økte skatteinntekter og reduserte utgifter til helsetjenester.

## Pårørende som ressurs

Vi er enige med utvalget i at pårørende fremover vil bli en enda viktigere ressurs, og at de må ivaretas på en bedre måte enn i dag, dersom dette skal bli en realitet. Selv om mange pårørende både ønsker og yter en betydelig innsats for å støtte sine nære, er det vår erfaring at det trengs både bedre økonomiske ordninger, og bedre veiledning og støtte fra tjenestene, for å kunne gjøre det.

Utvalget foreslår utvidede permisjonsrettigheter for pårørende. Dette kan avlaste helse- og velferdstjenestene betydelig, men vil også være kostnadskrevende. Vi foreslår forsøksordninger og effektevalueringer som ser på hvordan en rett til flere sykedager, og pleiepenger, for pårørende kan erstatte sykemelding.

I tillegg trengs det en styrking av ikke-økonomiske tiltak som kan støtte pårørende. Hvis de pårørende skal kunne bistå sine nære mer, har de behov for veiledning, støtte og opplæring. Tiltak som kan bidra til dette er pårørendemøter, åpen dialog i nettverksmøter, og psykoedukative flerfamiliegrupper rettet mot personer med alvorlige psykiske lidelser, og deres pårørende.

Det trengs økt kompetanse i tjenestene om hvordan man kan etablere et systematisk pårørendearbeid.

NAPHA har utviklet en temaside for pårørendearbeid hvor vi har samlet en del kunnskap om hvordan pårørendearbeid kan organiseres og tilbys.

- [Pårørende – NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)

## Kompetansesentrenes rolle i spredning, skalering, læring, utvikling og forskning

Vi er enige med utvalget i at kommunene kan fungere som effektive utviklingsarenaer som kan prøve ut nye løsninger, fordi de er tett på innbyggerne, og kjenner godt deres behov. Samtidig er det vår erfaring at det er svært store variasjoner mellom kommuner.

Vi er glade for at utvalget understreker behovet for tydeligere krav til bruk av eksisterende kunnskap, blant annet gjennom å hjelpe kommunene med å identifisere lignende prosjekter, lære av dem som har lyktes og overføre erfaringer på tvers av regioner.

En av de største utfordringene vi står overfor i dag er at gode innovasjoner ikke spres, og implementeres, slik utvalget også påpeker. På psykisk helseområdet finnes det mange eksempler på helsefremmende og forebyggende tiltak, lokalbaserte tjenestemodeller og praksiser, og samarbeidsformer på tvers av tjenestenivå, som med fordel kunne vært et tilbud flere steder enn i dag. Det trengs bedre systemer for implementering, læring og erfaringsdeling på tvers.

Et viktig og riktig grep i utredningen er behovet for å ha større vekt på implementering. Da er det en stor svakhet at utredningen ikke berører kompetansesentrenes virksomhet, og deres framtidige rolle. Dette kunne vært omtalt flere steder i utredningen, også utover kapittel 7.

Vi undrer oss over at kompetansesentrenes rolle ikke er belyst grundigere når kompetansesentrenes hovedoppgave er å bygge bro mellom forskning og praksis, øke bruken av kunnskapsbasert praksis, og å legge til rette for spredning, skalering, læring og utvikling.

Kompetansesentrene kan også ha en rolle når innovasjoner gir grunnlag for politikkutvikling, og gjennomføring av vedtatt politikk. NAPHA har over lang tid hatt en ledende rolle i implementering og koordinering av større nasjonale helsepolitiske innsatser som ACT-, FACT- og FACT ung-team, og Rask psykisk helsehjelp (RPH). Våre erfaringer med disse satsingene er at vi lykkes best når vi kan følge satsingen fra helsepolitisk nivå, og helt ned til der praksisen skal utøves. Vi har helt siden oppstarten av senteret hatt en bred tilnærming til implementering, hvor veiledning, lederstøtte, støttmateriell, læringsnettverk, og kunnskapsspredning gjennom digitale kanaler, har vært noen av våre hovedstrategier. Dette har vist seg å være effektive virkemidler for bred spredning av kunnskap og involvering i ulike typer utviklingsarbeid.

En viktig del av implementeringen har også vært å medvirke i faglige diskusjoner som kan få betydning for politikkutforming, og praktisering, av vedtatt politikk.

## Referanser

1. Norges forskningsråd. (2004). *Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse – konklusjoner og policyutfordringer*.  
<https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1254036733504.pdf>
2. Riksrevisjonen. (2026). *Tjenester til barn og unge med psykiske plager og lidelser*.  
<https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2025-2026/tjenester-til-barn-og-unge-med-psykiske-plager-og-lidelser/>
3. Riksrevisjonen. (2025). *Helse- og velferdstjenester til personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse*. <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2024-2025/helse-og-velferdstjenester-til-personer-med-samtidig-rusmiddellidelse-og-psykisk-lidelse/>
4. Riksrevisjonen. (2021). *Undersøkelse av psykiske helsetjenester*.  
<https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2020-2021/undersokelse-av-psykiske-helsetjenester/>
5. Kalseth, J. et al. (2026). *Evaluering av Opptrappingsplan for psykisk helse (2023-2033). Statusrapport 2026* (2026-00154). SINTEF.  
<https://www.sintef.no/publikasjoner/publikasjon/019e8c775078-bd280ac4-e9a8-43e2-ac83-55f154c111a9/>