

Mer av det samme? En studie av tildelingspraksiser i Program for psykisk helse, Norges forskningsråd i perioden 1995–2015

[P psykologisk.no/sp/2016/10/e13/](https://psykologisk.no/sp/2016/10/e13/)

Vår gjennomgang av tildelt støtte til norsk forskning viser at det er klart sprik mellom helse- og forskningspolitiske føringer og tildelingspraksis fra Norges forskningsråd, skriver Anders Johan W. Andersen og kolleger.

TEKST: Anders J. W. Andersen, Marit Borg, Bengt Eirik Karlsson og Inger Beate Larsen

De siste 50 årene har det skjedd en gradvis endring i tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser i de fleste vestlige land ([Andersson, Bülow, Denhov & Topor, 2016](#); [Fakhoury & Priebe, 2007](#); [Priebe & Turner, 2003](#)). Det har skjedd en forskyvning i retning av deinstitusjonalisering og desentralisering av tjenestene og det har blitt et større fokus på helsefremmende perspektiver og kunnskap om bedringsprosesser. I Norge skjøt denne prosessen fart gjennom regjeringens Opptappingsplan for psykisk helse på slutten av 1990-tallet (St.meld. nr. 25 1996–97, St.prp. nr. 63 1997–98). Planen pekte på nødvendigheten av endringer fra sykehusbaserte til lokalbaserte tjenester, fra fokus på sykdom til fokus på mestring, fra tvang og stigma til frivillighet og åpenhet, fra makt/avmakt til likeverd og et nytt syn på brukerrollen, fra ideologi til kunnskap, fra kvantitet til kvalitet, fra fragmenter til samarbeid og helhet, fra pasientperspektiv til befolkningsperspektiv. Avdelingsdirektør i Helse- og omsorgsdepartementet Thor Rogan (2011) omtalte disse endringsprosessene som et paradigmeskifte i norsk psykisk helsearbeid. Utviklingen av nye praksiser fordret ny kunnskap. I denne artikkelen retter vi oppmerksomheten mot kunnskapsprodusentene – de som skal ligge i front av utviklingen av ny og forskningsbasert kunnskap. Prosjektet er inspirert av tradisjoner som best kan karakteriseres som forskning på forskning.

Vi søkte i EBSCO for å finne beslektede studier av nasjonale og internasjonale forskningsprogrammer, og fant syv relevante studier. To av studiene handler om forskningsformidling ([Carter, Shimkets & Bornemann, 2014](#); [Smits & Denis, 2014](#)). Carter et al. (2014) viser hvordan politikk og lovgivning har ført til bedre liv for mennesker med psykiske problemer i USA. Studien deres slår fast at offentlig politikk er en viktig faktor for å redusere stigma. De viser til nødvendigheten av at forskningsprogram retter seg mot forhold i samfunnet som bidrar til bedre liv for mennesker med psykiske problemer. Den andre studien ([Smits & Denis, 2014](#)) undersøkte internasjonale forskningsprogram, og understreker viktigheten av at forskningen blir satt ut i livet. Implementering i praksis vektlegges fremfor å rette seg mot det politiske apparatet. Begge studiene omtaler viktigheten av å analysere

innholdet i programmer for psykisk helse og hvorvidt de er i tråd med ønsket politikk.

Jorm, Griffiths, Christensen og Medway (2002) undersøkte sammenhengen mellom forskning om psykiske lidelser og prioriteringer i nasjonale forskningsprogram i Australia. De viser at psykiske lidelser representerer 19,1 % av sykdomsbyrden og 9,8 % av omkostningene i helsevesenet, men at kun 8,9 % av midlene fra de nasjonale forskningsprogrammene går til forskningsprosjekter med relevans for psykiske lidelser. I tillegg viser de at de psykiske lidelsene som prioriteres, ikke utforsker problemstillinger relatert til de pasientgruppene som utgjør størst økonomisk byrde for samfunnet. Det samme viste Gross, Anderson og Powe (1999). Griffiths, Jorm, Christensen, Medway og Dear (2002) fremholder at forskjellige interessegrupper har ulike perspektiver på hva som skal prioriteres. Affektive lidelser, selvmord, forhold i primærhelsetjenesten, forebygging og helsefremming og evaluering av tjenester synes å være lite utforsket. Forfatterne konkluderer med at verdiene som programmene evalueres i forhold til, skiller seg fra verdiene til brukere og pårørende.

To review-studier har sett på internasjonale forskningsartikler og forholdet mellom publikasjoner som omhandler henholdsvis psykiske og fysiske lidelser. Saxena, Paraje, Sharan, Karam og Sadana (2006) viser at 10 % av forskningen har fokus på psykiske lidelser. Artikler publisert i *The Lancet* mellom 2003–2005 viser den samme tendensen. Kun 1,8 % av artiklene i tidsskriftet omhandlet psykisk helse (Griffiths, Banfield & Leach, 2010). Begge studiene understreker at selv om den globale byrden av psykiske helseproblemer er betydelig, forskes det mer på sykdommer med mindre global belastning.

I en rapport basert på et oppdrag fra Norges forskningsråd (NFR) (Ramberg, Solberg, Aksnes, Børing, Piro & Wollscheid, 2015) gransket man ringvirkningene av Forskningsrådets satsinger på forskning innen rusbruk og psykisk helse i perioden 2001–2011. Forfatterne undersøkte forskernes bakgrunn og deres publikasjoner. De fant at forskerne nesten utelukkende kommer fra universiteter, helseforetak og instituttsektoren. Forskingen har i liten grad foregått i samarbeid med de ansatte som arbeider med rusarbeid og psykisk helsearbeid i kommuner og spesialisthelsetjenesten. Rapporten viser at psykiatri er det dominerende fagområdet for publikasjonene, etterfulgt av psykologi og nevrologiske fag. Den peker også på at det er få publikasjoner med fokus på rusforskning. I publikasjonene forekommer nøkkelordene *depresjon*, *schizofreni* og *angst* hyppigst.

I Norge har NRF en avgjørende posisjon når det gjelder finansiering av forskning. Ved siden av midler til universitetene forvalter NFR det meste av de forskningsmidler som staten Norge avsetter til forskning. Siden 1995 har NFR hatt fem ulike programmer for psykisk helse (tidligere mental helse). I det samme tidsrommet har det foregått en desentralisering av tjenestene på det psykiske helsefeltet, noe som derfor fordret ny kunnskap og skapte nye forskningsbehov (Sosial- og helsedepartementet, 1997). Vi vet at nye yrkesgrupper og forskningsmiljøer har blitt etablert som en følge av denne endringen, og at forskyvningen av tilbudene fra institusjon til kommune også har medført andre utfordringer for yrkesgruppene, brukerne av tjenestene og forskningsmiljøene.

Med bakgrunn i tidligere forskning og egne erfaringer fra forskningsfeltet stiller vi spørsmål ved hvorvidt innholdet i forskningsprogrammene for psykisk helse i NFR er i takt med denne samfunnsutviklingen ([Carter et al., 2014](#)). Dette er særlig aktuelt når vi vet at selv om psykiske lidelser er en stor samfunnsmessig utfordring, så gjenspeiles ikke dette i prioriteringen av hvilke lidelser det forskes på ([Smits & Denis, 2014](#)). I St.meld. nr. 25 (1996–97) ([Sosial- og helsedepartementet, 1997](#)) og i Opptrappingsplanen for psykisk helse ([Sosial- og helsedepartementet, 1998](#)) etterlyses mer forskning knyttet til samfunnsvitenskapelige og humanistiske perspektiver på psykisk helse. Det fremholdes at dette er nødvendig for å få mer kunnskap om de samfunnsmessige endringene relatert til befolkningens psykiske helse. Folkehelsemeldingen understreker at psykisk helse er en likeverdig del av folkehelsearbeidet og at man derfor må rette blikket mot levekår, arbeidsmiljø og forhold i nærmiljøet ([Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a](#)).

Forskningsbasert praksis og undervisning, robuste forskningsmiljøer, internasjonalisering, translasjonsforskning og innovasjon er sentrale føringer i vårt samfunn. Artikkelforfatterne inngår i en forskningsgruppe med forankring i Universitet i Agder og Høgskolen i Sørøst-Norge, og består av fagpersoner som på ulike måter har arbeidet med forskning og klinisk praksis innen psykisk helse og rus siden 1990-tallet.

Hensikten med artikkelen er å undersøke tildelingspraksiser i programmene for mental og psykisk helse i NFR i perioden 1995–2015. Fokus rettes mot hvilke forskningsmiljøer som tildeles midler, hvordan deltakerne velges og hva som er prosjektenes temaområder. Forskningsspørsmålene er som følger:

1. Hvilke forskningsmiljøer er tildelt midler fra Norges forskningsråds Program for psykisk helse?
2. Hvordan velges deltakerne i forskningsprosjektene?
3. Hvilke temaområder prioriteres?

Materiale og metode

Som en innledning til beskrivelsen av datamaterialet har vi valgt å presentere de fire forskningsprogrammene.

De fire forskningsprogrammene

I *programperioden 1995–1999* ([Norges forskningsråd, 1995](#)) er følgende forskningsområder prioritert:

- Bidra til bedre folkehelse og fremme kvaliteten på helsetilbudene
- Økt kvalitet og omfang på den forskningen som utføres innen mental helse
- Stimulere til interesse for forskning innen mental helse og sikre god rekruttering
- Sikre et bredt tverrvitenskapelig grunnlag for forskningsprosjekter og stimulere til etablering av kvalitativt sterke forskergrupper

- Fremme samarbeid mellom grunnforskningsmiljøer og kliniske forskningsmiljøer

Det understrekes at de fleste problemstillinger innen mental helseforskning krever tverrfaglig og flerfaglige tilnærminger med hensyn til teorigrunnlag, forskningsmetoder eller intervensjoner. Søknader fra tverrfaglige eller flerfaglige forskergrupper skulle prioriteres.

Programplanene for perioden 2001–2005; 2006–2010 og 2011–2015 (Norges forskningsråd, 2001, 2007, 2011) fastsetter hvilke områder som skal prioriteres innen forskning omkring psykisk helse. Det påpekes at vi har lite kunnskap om årsaker til og konsekvenser av psykiske lidelser. Overordnede mål er å fremme kvaliteten på helsetjenestetilbud og den psykiske helsen generelt. Forskning på høyt nivå, styrking av forskning som er relevant for klinisk praksis, utvikling av robuste forskningsmiljøer, nettverksdannelse og internasjonalt samarbeid får større oppmerksomhet utover i perioden. I tråd med desentralisering av psykiske helsetjenester og utvikling av lokalbaserte tilbud blir følgende understreket: «I dette styrkingsarbeidet er det viktigere enn noensinne at de valg som foretas til behandling og omsorg på de ulike nivåer, i størst mulig grad er basert på et solid kunnskapsgrunnlag, forankret i forskning» (Norges forskningsråd, 2001, s. 6).

Programperioden 2001–2005 formulerer mål innen nye områder: brukerperspektivet i forskning, bevisstgjøring av kjønnsperspektiv og styrking av forskningen på etniske minoriteter og urfolk. I *programplanen for 2006–2010* er det tre tematiske satsninger: forskning på barn og unges psykiske helse, forskning på sosiale og kulturelle faktorer ved psykisk helse og forskning på alvorlige psykiske lidelser. Også her presiserer man viktigheten av tverrfaglig samarbeid, og programmets portefølje skal inneholde prosjekter som ivaretar kjønnsperspektivet, et flerkulturelt perspektiv og et brukerperspektiv med vekt på pasienters og pårørendes egenkompetanse og mestring.

Programperioden 2011–2015 problematiserer at det finnes for mange og små forskningsmiljøer i Norge. Planen fremhever at det er miljøer innen biologisk psykologi, nevropsykologi og biologisk psykiatri/nevropsykiatri som kan sidestilles med forskning på høyt internasjonalt nivå. Prioriterte forskningsoppgaver er barn og unges psykiske helse, transkulturelle faktorer og psykisk helse- og behandlingforskning. Programplanen vektlegger forløpsstudier med fokus på utvikling av psykiske lidelser hos barn og unge. Studier som inkluderer både biologiske og psykososiale aspekter skulle prioriteres sammen med behandlingsstudier om nytteeffekt i klinisk praksis, herunder bruk av tvang og andre intervensjoner. Det oppfordres til multisenterstudier med tilstrekkelig utvalgsstørrelse og studier av virksomme faktorer for ulike behandlings- og forebyggingstiltak på forskjellige tjenestenivåer.

En sammenfatning av programplanene for mental og psykisk helse *i perioden 1995–2015* viser at behovet for å øke innsatsen innen norsk forskning på psykisk helse er stort. Det er mangelfull kunnskap om årsaksforhold, forebygging og behandling. Overordnede mål er å bidra til utvikling av kunnskap om psykisk helse med sikte på å fremme den psykiske helsen i befolkningen. For å fremme en slik

utvikling blir det lagt vekt på tverrfaglighet og flerfaglighet i forskningsmiljøene, og det pekes på behovet for styrking av brukerperspektiv, kjønnsperspektiv og kulturforståelse. Multisenterstudier, robuste forskningsmiljøer og internasjonalisering fremheves særlig i siste programperioder. Samarbeid med nærliggende forskningsprogram innen helse- og velferdsforskning vektlegges i ulike programperioder.

Utvalg og analyse av det empiriske materialet

Det empiriske materialet i denne studien er totalt 138 prosjektsammendrag for innvilgede prosjekter presentert på NFRs hjemmeside under programmene for psykisk helse. Først ble all prosjektinformasjon og alle prosjektsammendragene lagt inn i Microsoft Excel. Dette muliggjorde en sortering etter navn, søkeinstusjoner, profesjoner, geografisk prosjekttilhørighet og tildelte midler. Slik ble forskningsspørsmål 1 besvart. Ni prosjekter ble deretter utelatt fordi sammendragene manglet. Dernest leste vi sammendragene, og utførte en innholdsanalyse i tre trinn ([Jacobsen, 2015](#)). Vi valgte en kvalitativ innholdsanalyse fordi vi ønsket å gjøre en empirinær tolkning av teksten for å få så detaljert kunnskap som mulig om hvilke prosjekter som var prioritert. På den måten fikk vi mulighet til å sette teksten inn i en forskningspolitisk sammenheng senere.

Innledningsvis leste samtlige forskere prosjektsammendragene hver for seg. Slik fikk vi et godt innblikk i hvordan forskningsprosjektene var fremstilt i sammendragene. Vi systematiserte deretter teksten med tanke på studienes forskningsmetoder, tematiske fokus og problemstillinger. I denne prosessen oppdaget vi at svært mange sammendrag ikke inneholdt opplysninger om forskningsmetoder eller problemstillinger, og vi måtte derfor kutte ut disse opplysningene, og forskningsspørsmålene som innledningsvis hadde inkludert metode og problemstillinger, måtte endres. Til sist ble innholdet tolket i lys av de endrede forskningsspørsmålene (forskningsspørsmål 2 og 3). Vi analyserte oss frem til fem utvalgsgrupper: a) avdekke risiko, b) utsatt for risiko, c) definerte pasientgrupper, d) behandling og e) fagutvikling. Relatert til temaområder identifiserte vi seks kategorier: a) epidemiologi, b) etiologi, c) diagnostikk, d) prognose, f) forebyggings- og behandlingsforskning og g) forskningsnettverksmidler.

Metodens begrensninger handler først og fremst om at vi kun har lest prosjektsammendragene. Sammendrag er fortattede beskrivelser av hva som utdypes i selve prosjektbeskrivelsene, og viktig informasjon kan dermed være utelatt. Vi har heller ikke sett på sammensetningen av ekspertutvalgene tilknyttet de ulike programmene. Å vite hvilke personer og profesjoner som vurderer søknadene til NFR, kunne gitt mer kunnskap og forståelse av tildelingspraksisen. Som forskere representerer vi to fagmiljøer som kan omtales som kritisk undrende til den psykiatriske kunnskapstradisjonens dominerende posisjon både på fag- og forskningsfeltene. Dette kan ha bidratt til å farge våre tolkninger av datamaterialet.

Resultater

Resultatene belyser studiens tre forskningsspørsmål.

1. Hvilke forskningsmiljøer er tildelt midler i Norges forskningsråds Program for psykisk helse?

Totalt 138 prosjekter er identifisert og registrert i perioden fra 1995 til 2015, og 449,4 millioner kroner er bevilget. I perioden 1995–2001 fant vi kun 5 registrerte prosjekter med til sammen 8,2 millioner kroner tildelt. For programperioden 2001–2005 identifiserte vi 41 prosjekter, og disse fikk totalt 107,5 millioner tildelt fra NFR. For programperioden 2006–2010 var tallene henholdsvis 61 prosjekter og 216,5 millioner kroner, mens i siste programperiode, 2011–2015, ble 117,2 millioner kroner fordelt på 31 prosjekter (se tabell 1).

TABELL 1: Oversikt over antall prosjekter og bevilgede beløp som har fått tildelinger fra NFRs Program for psykisk helse i perioden 1995–2015.

Planperiode	Antall prosjekter	Totalt innvilget beløp (mill. kr)
1995–2001	5	8,2
2001–2005	41	107,5
2006–2010	61	216,5
2011–2015	31	117,2
Samlet for hele perioden	138	449,4

Vi identifiserte 15 ulike søkerinstitusjoner, hvorav Folkehelseinstituttet ble tildelt 60 prosjekter, Universitetet i Oslo fikk 23 prosjekter, Universitetet i Bergen 10 prosjekter, Regionsenteret for barn og unges psykisk helse øst og sør 8 prosjekter og NTNU 5 prosjekter. De andre hadde fått tildelt 1–2 prosjekter hver. For 13 prosjekter var ikke søkerinstitusjon oppgitt på NFRs websider. 58 prosjekter hadde utgangspunkt i Oslo, 28 i Hordaland, 11 i Sør-Trøndelag og 4 i Tromsø. I 34 prosjekter var den geografiske prosjekttilhørigheten ikke oppgitt. Tre prosjekter var lokalisert til henholdsvis Akershus, Rogaland og Helse Sør-Øst.

I alt 95 ulike prosjektledere ble identifisert. Informasjon på websidene til NFR og søk på Google viste at 80 var utdannet lege eller psykolog. For åtte personer var det ikke mulig å avklare utdanningsbakgrunn. Syv prosjektledere hadde en annen utdanning i sosialt arbeid, fysioterapi/sosiologi, musikkvitenskap, sykepleie eller antropologi. Av de totalt 138 prosjektene var 81 prosjektledere menn, 51 kvinner, og seks prosjekter oppgav ikke kjønn. Ni personer (6 menn og 3 kvinner, 6 psykologer og 3 leger) fikk bevilget over 10 millioner kroner i perioden, med en samlet bevilging som utgjorde 30 % av totalbeløpet. Totalt 58,4 millioner kroner ble fordelt mellom tre prosjektledere.

2. Hvordan velges deltakerne i forskningsprosjektene?

Prosjektsammendragene ble analysert for å se hvordan deltakerne ble valgt. Analysen ga fem ulike utvalgsgrupper (se tabell 2).

TABELL 2: Utvalgskriterier for studier som har fått tildelinger fra NFRs Program for psykisk helse i perioden 1995–2015.

Utvalgsgruppe	Kjennetegn	Antall prosjekter	Totalt innvilget beløp (mill. kr.)
Avdekke risiko	Utvalget styrt av demografiske forhold som kjønn, alder, sivilstand, familieforhold, fødeland/statsborgerskap	34	123,2
Utsatt for risiko	Utvalget styrt av mennesker utsatt for risiko for sykdom (eks. Utøya, tsunami, Aleksander Kielland)	13	39,1
Definerte pasientgrupper	Utvalget styrt av diagnoser, symptomer og pasientgrupper med bestemte lidelser	58	214,7
Behandling	Utvalget styrt av konkrete intervensjoner, hjelpetilbud, behandlingsformer – kjennetegn ved behandlingen	14	56,4
Fagutvikling	Utvalget styrt av behov for fagutvikling	10	1,6
Totalt		129	435

Avdekke risiko. I noen prosjekter ble deltakerne rekruttert på grunn av demografiske forhold som alder, slektskap, etnisitet og stedstilhørighet. Alder og slektsforhold var oftest bestemmende for utvalget. Barn og ungdom var på ulike måter det mest dominerende utvalgskriteriet. I ett prosjekt ble alder brukt som utvalgskriterium for personer over 18 år. Forskerne rekrutterte her personer i gruppen 50–55 år og 70–75 år. I prosjekter der slektskap var et sentralt inklusjonskriterium, handlet det om tvillingstudier og mødre til barn med hjerteproblemer. Ett prosjekt tok utgangspunkt i etnisk minoritetsungdom og to i elever i barneskole og videregående skole. Felles var at demografiske variabler avgjorde rekrutteringen av deltakere.

Utsatt for risiko. Utvalgene som var styrt av risiko for mulig sykdomsutvikling eller selvmord, var basert på større befolkningsgrupper. To prosjekter ville kartlegge normalpopulasjonen for kognitive funksjoner og hvilke risikofunksjoner som fører til kognitiv svikt. To prosjekter hadde deltakere med risiko for selvmord – ett utviklet et selvmordsforebyggende program, et annet undersøkte selvmord som skjer utenfor behandlingsapparatet. Ett prosjekt gransket risiko for å utvikle psykiske helseproblemer. Overlevende fra ulike katastrofer (Utøya, tsunamien i Det indiske hav og Alexander Kielland-ulykken) inngikk i studier som kartla resiliencefaktorer og utvikling av posttraumatisk stress. Noen studier rekrutterte rusavhengige i fengsel og norske leger som har utviklet alkoholproblemer. Disse prosjektene rekrutterte personer for å gjøre risikovurderinger med tanke på forebyggende tiltak.

Definerte pasientgrupper. Prosjektene tok utgangspunkt i medisinske forhold og rekrutterte deltakere med ulike sykdommer og lidelser. Her inngikk personer med psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser som var diagnostisert med schizofreni, ADHD, alvorlig depresjon og kognitiv svikt. Noen prosjekter var knyttet til psykiske konsekvenser av somatiske sykdommer som irritabel colon, insulinavhengig diabetes, kreft, reumatisk artritt og funksjonell dyspepsi. Et prosjekt hadde deltakere med lav fødselsvekt eller som hadde vært seksuelt misbrukt. Disse prosjektene tok utgangspunkt i et utvalg av deltakere med patologiske tilstander.

Behandling. I flere prosjekter ble deltakerne styrt av behandlingen de fikk eller ga. De var enten pasienter eller terapeuter. Noen studier undersøkte behandlingseffekt.

Målet var å innføre nye intervensjoner i traumebehandling. De rekrutterte fikk behandling i forbindelse med selvskading og suicidalitet. En studie hadde deltakere som fikk antipsykotiske medikamenter. Andre rekrutterte både pasienter og terapeuter og så på dynamikk og mekanismer for å oppnå best mulig resultater i psykoterapi. Forskningen rekrutterte deltakere som ble behandlet etter spesifikke metoder eller deltakere som kunne belyse samspillskvaliteter i behandlingen. Noen ganger kom det ikke klart frem av sammendragene om forskningen gjaldt både klienter og terapeuter.

Fagutvikling. Noen prosjekter var ikke forskningsbaserte. Her var målet mer å stimulere til etablering av forskningsnettverk og å arrangere kongresser. Det ble for eksempel bevilget midler til forskere i Norsk hjernebildenettverk, nettverk for psykiatrisk genetikkforskning eller nettverk av forskere som fokuserte psykobiologiske aspekter ved mage-tarm- sykdommer. Det ble også tildelt penger for deltagelse på kongresser for f.eks. traumatisk stress eller spilleavhengighet. Felles var at deltakerne skulle få mer kunnskap om spesifikke tematiske.

Sammenfatning. Prosjektene totalt sett viser at deltakerne i ca. halvparten av prosjektene rekrutteres på bakgrunn av medisinske forhold eller sykdomstilstander som enten blir forstått som en bestemt diagnose eller som er knyttet til personer som har erfaringer med f.eks. seksuelle overgrep eller det å høre stemmer. Det er sykdommer eller symptomer som vektlegges. Mange prosjekter søkte etter deltakere i risikogrupper. De demografiske prosjektene som handler om gruppetilhørighet og katastrofegruppene, kan omtales som risikoforskning.

3. Hvilke temaområder prioriteres?

Denne analysen viser hvilke temaer og problemstillinger som fokuseres på i de ulike forskningsprosjektene. Dette ga seks ulike temaer (se tabell 3).

TABELL 3: Hovedtema for studier som har fått tildelinger fra NFRs Program for psykisk helse i perioden 1995–2015.

Tema	Kjennetegn	Antall prosjekter	Totalt innvilget beløp (mill. kr.)
Epidemiologi	Forekomst/utbredelse av sykdom/risiko for å utvikle sykdom	13	45,2
Etiologi	Årsak til sykdom, prediktorer/risikofaktorer	56	214
Diagnostikk	Diagnostikk/diagnoseverktøy – identifikasjon og avgrensning av bestemte lidelser – symptomatologi	9	24,5
Prognose	Sykdomsforløp og antagelser om bedring	8	27,9
Forebyggings- og behandlingsforskning	Behandling/Forebygging/Intervensjon – unngå at folk blir syke/hjelpe folk som er syke	33	119
Forskningsnettverk		10	4,4
Totalt		129	435

Epidemiologi. Flere prosjekter undersøkte forekomst av spesielle sykdommer eller risiko for å utvikle psykiske lidelser. Studiene hadde ofte forebygging i større befolkningsgrupper som mål. Noen studier undersøkte forhold i mors liv under svangerskapet. Det handlet om sammenhengen mellom vekstretardasjon i

svangerskapet og utvikling av demens og forholdet mellom mors kosthold under svangerskapet og barns utvikling av autisme og ADHD. I én studie undersøkte man mødre til barn med hjerteproblemer, med fokus på hvilken innvirkning barnas helseproblemer hadde på mødrenes psykiske helse.

Noen studier rettet seg mot barn og unge. Her kartla man forekomst av psykiske lidelser hos førskolebarn, barn og ungdom. I én av disse undersøkte man om sosiale angstlidelser hos barn kunne bidra til selektiv mutisme. Man utforsket sammenhengen mellom hjertesykdom hos spedbarn og risiko for å utvikle angst, depresjon, psykiske lidelser, og sammenhengen mellom foreldenes og barnas psykiske helse. Noen undersøkte risiko for å utvikle henholdsvis depresjon og fare for selvmord. Én studie så på kvinner med hudsykdommer og risiko for å utvikle psykososiale problemer. To studier undersøkte hvordan ulike offentlige tiltak hadde effekt på psykisk helse. Her handlet det om velferdsordninger med barnehage, omsorgslønn eller oppbygging av selvmordsteam. Prosjektene undersøkte forekomst av sykdom i befolkningen eller hvem som kunne være i faresonen for å utvikle sykdom.

Etiologi. Her er mange studier rettet mot sammenhengsforståelser. Man undersøker mulige sammenhenger mellom dyspepsi/irritabel colon og utvikling av psykiske problemer, barn med spiserørsdefekter og utviklingsforstyrrelser, rusmiddelbruk i svangerskapet og samspillsproblemer i første leveår, CO₂-nivå i blodet og panikkangst, diabetes og spiseforstyrrelser og vitamin D-mangel og alvorlige psykiske lidelser. Sammenhengen mellom ulike typer livshendelser og senere psykiske problemer undersøkes i andre studier: barns oppvekstmiljø og utvikling av atferdsproblemer, vanskelige liv som risikofaktor for utvikling av depresjon, adopsjon og senere psykiske problemer, traumer hos flyktninger og frafall i videregående skole. Mange studier fokuserte på årsaker til, prediktorer og risikofaktorer for utvikling av ADHD. Andre studier undersøkte årsaker til demens, spiseforstyrrelser, selvmord, schizofreni, depresjon, stemmehøring og antisosial atferd hos barn.

Ved studier av hjernen søkte man kunnskap om utvikling av demens, hvordan alkohol virket inn på nevronal utvikling og forklaringer på stemmehøring. Genetiske markører for å utvikle psykiske lidelser eller autisme eller for å forstå resiliens ble også studert. En fellesnevner var å finne årsaker til sykdomsutvikling både med utgangspunkt i fysiske problemer som årsak til psykiske lidelser og å studere forskjellige livshendelser som utløser psykiske problemer.

Diagnostikk. Studiene undersøkte diagnostikk som f.eks. bruk av hjernebilder for å diagnostisere schizofreni eller finne undergrupper av bipolar type 1 og nevropsykologisk testing relatert til spiseforstyrrelser. Noen studier hadde som ambisjon å utforske skillet mellom ulike sykdommer. En studie var opptatt av å markere et skille mellom posttraumatisk stress-syndrom og «vanlige psykiske lidelser». Et felles mål for disse studiene var å forbedre og presisere diagnostikken.

Prognose. Her studerte man hvordan det gikk med mennesker som fikk ulike typer behandling. I studier av mennesker diagnostisert med schizofreni og depresjon undersøkte man hvilke behandlingstilbud de fikk og hvordan det gikk med dem.

Andre så på hvordan det gikk med pasienters psykiske helse når de hadde testikkelkreft og hvordan alkohol og depresjon samvirker. To studier forsket på vennskap. Én undersøkte om det var bedre prognose for unge innvandreres psykiske helse dersom de hadde venner, en annen vennskapets betydning for hvordan det gikk med barnehagebarn. Betydningen av relasjonelle faktorer i samspillet mellom pasient og behandler ble også undersøkt. Én studie så på den psykiske helsen til folk som hadde opplevd tsunamien i Det indiske hav. Fellestrekkene her var ulike intervensjoner og hvordan intervensjonene innvirket på prognosen.

Forebyggings- og behandlingsforskning. Få studier tok utgangspunkt i forebyggende strategier. De aller fleste dreide seg om behandling. På forebyggingssiden var det en studie av hvordan mobil teknologi kunne være til hjelp i selvmordsforebygging, og en annen om hvordan et program basert på atferdsterapi hos skolebarn kunne forebygge utvikling av dårlig psykisk helse. En studie omhandlet psykoterapiforskning som undersøkte betydningen av relasjoner mellom terapeut og pasient. De fleste ble omtalt som effektstudier. Standardbehandling ble sammenliknet med kognitiv atferdsterapi relatert til spilleavhengighet og selvskading. Man utforsket effekt av standard behandling, effekt av utsatt behandling, effekt av medikamenter og effekt av musikkterapi. Én studie så på hvilken effekt et web-basert intervensjonsprogram hadde på kvinner med fødselsdepresjon. Et prosjekt skilte seg ut ved å fokusere på resiliens hos flyktninger. Fellestrekket her var å undersøke effekt av iverksatte tiltak.

Forskningsnettverk. Forskningsnettverk innebærer alle typer samlinger som har fagutvikling som mål. Her inngikk en kongress om selvmordsforebygging, besøk på et forskningssenter for spiseforstyrrelser, workshop for traumediagnostikk og en kongress om helsetjenesteforskning. Norsk hjernebildenettverk søkte midler for å skape et forum for standardisering av MR-protokoller. Noen opprettet et forskningsnettverk som skulle undersøke psykobiologiske aspekter ved mage-tarm-lidelser. Fellestrekket her var å lære mer om definerte medisinske problemstillinger.

Sammenfatning. Samlet sett var temaet i nesten halvparten av prosjektene knyttet til etiologi. Man undersøkte årsaker til at sykdom oppsto og risiko for å få en sykdom. Dernest var temaet forebyggings- og behandlingsforskning hvor en målte effekt av ulike behandlinger. I de fleste studiene ble fokuset lagt på sykdom og hva som kunne gjøres for å lindre og behandle denne. Et unntak er et par prosjekter som tok utgangspunkt i resiliensteorier.

Diskusjon

Vår studie reiser spørsmål knyttet til utvelgelse av forskningsprosjekter, miljøer og temaer i relasjon til de rådende kunnskapssyn og grunnlagsforståelser av psykiske helseproblemer samt hva som anses å være god og «rett» behandling. Vi vil diskutere to områder: 1) forholdet mellom de beskrevne tildelingspraksiser og kunnskapsutviklingen på det psykiske helsefeltet, og 2) forholdet mellom politikk og forskning.

Forholdet mellom tildelingspraksiser i NFR og kunnskapsutviklingen på det psykiske helsefeltet

I St.meld. nr. 25 (1996–97) ([Sosial- og helsedepartementet, 1997](#)) og i Opptappingsplanen ([Sosial- og helsedepartementet, 1998](#)) understrekes behovet for å utvide perspektivene når det gjelder kunnskapsutviklingen på det psykiske helsefeltet. Psykiske helsetjenester har endret seg gjennom det siste tiåret, med vektlegging av brukermedvirkning og mestring, sosial kontekst og personenes hverdagsliv i lokalmiljøet. Fra politisk hold understrekes behovet for mer forskning knyttet til samfunnsvitenskapelige og humanistiske perspektiver innen psykisk helse. Det etterspørres mer fokus på rollen som en aktiv bruker, erfaringskunnskap med hva som hjelper, recoveryorientering av tjenester, arbeidsinkludering, forhold knyttet til hjem, lokalmiljø og familie- og nettverksarbeid. Det samme gjelder nødvendigheten av å utvide og endre kunnskapsgrunnlaget knyttet til psykisk helse. Brede forsknings- og kunnskapsperspektiver skulle resultere i kvalitative og kvantitative forbedrede tjenester for alle innbyggere. Det er derfor et paradoks at tildelingspraksisen innen forskningsprogrammene for psykisk helse i en tyveårsperiode har hatt et sterkt fokus på etiologi, sykdom og behandlingseffekt.

De politiske målene samsvarer på noen områder med prioriteringene i NFRs programplaner. Bedre folkehelse, økt kvalitet på helsetilbud, solid kunnskapsgrunnlag for desentraliserte tjenester, sosiale og kulturelle implikasjoner ved psykisk helse, brukere og pårørendes egenkompetanse og mestring og barn og unges psykiske helse er blant prioriteringene som løftes fram. Disse områdene er imidlertid generelle og angir i liten grad en tydelig retning for forskningen innen psykisk helse. Ekeland ([2011](#)) viser til motstridende perspektiver og kunnskapssyn i sentrale dokumenter og politiske føringer innen det psykiske helsefeltet. Han peker på at det i liten grad tas høyde for at nye praksiser forutsetter ny kunnskap. Ekeland trekker fram misforholdet mellom de helse- og sosialpolitiske visjonene for utviklingen av et nytt psykisk helsevern. Når forskning som utgår fra det naturvitenskapelige kunnskapssynet er så dominerende innen program for psykisk helse, kan noen profesjoner lett forstås som mer betydningsfulle enn andre. Skal en endre og utvikle ny praksis, krever det ny kunnskap. Særlig trengs det å utvikle en kunnskapsplattform for psykisk helse som i større grad legitimerer erfaringskunnskap. Ekeland ([2011](#)) omtaler dette som epistemologiske spenninger fordi Opptappingsplanen ikke representerer noe brudd med det dominerende kunnskapssynet i psykiatrien. Det er epistemologiske spenninger som også har fulgt dette fagets historie – spenninger som snarere kamufleres enn utfordres.

Denne studien fokuserer på hvilke miljøer som har fått midler til forskning gjennom programmene i tidsperioden 1995–2015. Resultatene viser at det er noen få forskningsmiljøer som tildeles mange prosjekter, at 80 av 95 prosjektledere har lege- eller psykologbakgrunn og at ni personer fikk bevilget 30 % av totalbeløpet. Vi finner det bekymringsverdig at det skjer en ensretting av prosjektledernes fagtilhørighet samtidig som behovet for tverrfaglig forskning vektlegges i flere programperioder, i tillegg til behovet for å bygge opp robuste nasjonale forskningsmiljøer. Det er urovekkende at utviklingen faktisk kan se ut til å gå i retning av monopolisering ved at makt og penger blir konsentrert på få hender. Det er vanskelig å få øye på noen strategisk satsning på et utvidet kunnskapsgrunnlag

og på tverrfaglighet. I denne studien og hos Ramberg et al. (2015) understøttes Ekelands analyse. I grunnlagsdokumentene i de ulike programmene er en felles målsetting å styrke ulike tilnærminger innenfor forskning og kunnskapsutvikling vedrørende psykisk helse. Dette gjelder både forståelse av og arbeidet med psykisk helse. Denne analysen viser at NFR i sin tildelingspraksis synes å fastholde et smalt perspektiv på hva det skal forskes på, hvilke profesjoner som leder forskningsprosjekter samt prosjektenes temaer og problemstillinger. Situasjonen blir ikke bedre ved at det er offentlige midler som bevilges. Vi finner ikke at Riksrevisjon har undersøkt de faktiske tildelingspraksiser for dette forskningsprogrammet, noe som er vanlig praksis hva angår andre offentlige midler.

En annen bekymringsverdig faktor er at tildelingspraksisen hovedsakelig støtter og fremmer forskning som har et ensidig perspektiv på forståelsen av og arbeidet med psykisk helse. Prosjektene utvikler primært forskningsbasert kunnskap med et biomedisinsk perspektiv på psykisk helse. Det at andre perspektiver sjelden inkluderes kan bidra til at mennesker som opplever psykiske helseutfordringer, ikke får den beste hjelpen og ei heller gis anledning til selv å velge hvilken type hjelp og behandling de ønsker. Regjeringen har slått fast at «de vil skape pasientenes helsetjenester ved at pasientenes behov skal være i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenesten» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b, s. 9). Dette krever en tverrvitenskapelig og tverrfaglig kunnskapsutvikling som bidrar til endringer i tjenestenes organisering og tilbud samt til den kompetansen og det kunnskapsgrunnlaget det skal arbeides ut fra.

Forholdet mellom politikk og forskning

I academia har det tradisjonelle idealet vært at forskningen skal være fri og at resultater og kunnskap som utvikles, ikke skal påvirkes eller styres av oppdragsgiver. Norges forskningsråd får sine tildelinger fra det offentlige gjennom innbyggernes skattepenger. Denne studien viser at endringene i målformuleringene i de ulike programmene er i tråd med tilsvarende endringer og ønskemål for helsepolitikken på det psykiske helsefeltet, men også at det er en tydelig diskrepans mellom programprioriteringer og de faktiske tildelingspraksisene: Tildelingene går i hovedsak til biomedisinsk forskning med vekt på identifisert sykdom. Deltakere i forskningsprosjektene rekrutteres ut fra risiko for sykdomsutvikling eller ut fra demografiske forhold, definerte diagnoser eller mottatt behandling. Human- og samfunnsvitenskapene inkluderes i liten grad i forskning som i stor grad også omhandler forholdet mellom individ og samfunn. Den offentlige helse- og velferdspolitikken knyttet til problemstillinger som psykisk helse og fattigdom, kortere levetid for personer med langvarige psykiske lidelser og marginalisering og stigma har heller ingen synlig plass innen de tildelte prosjekter.

Dette utgangspunktet reiser spørsmål ved sammensetningen av Forskningsrådets programstyrer, hva medlemmene forplikter seg til og hvordan tildelingspraksisene begrunnes og evalueres. De senere årene har programstyrene oppnevnt ekspertutvalg som bedømmer og graderer de ulike prosjektsøknadene overfor programstyrene. Program- og ekspertutvalgenes sammensetning kan på denne bakgrunnen synes svært betydningsfull for de kriterier som legges for den endelige tildelingen av midler. Innenfor rammen av denne studien har det ikke vært mulig å

gjennomgå de ulike program- og ekspertutvalgenes sammensetning i relasjon til de funn vi har angående de ulike tildelingspraksisene. Det er grunn til å peke på utfordringen som ligger i å fastholde de helse- og forskningspolitiske målsettinger som gis, og den betydning sammensetningene av program- og ekspertutvalgene har for at målsettingene skal kunne materialisere seg i de faktiske tildelingspraksisene. Slik sett understøtter denne studien forskningsrådets egne anbefalinger: «En utfordring som Forskningsrådet bør være særlig oppmerksom på, er at evalueringssystemer for FoU gjerne har en tendens til å favorisere tradisjonell akademisk forskning» ([Forskningsrådet, 2014](#), s. 16).

Konklusjon

Denne studien har til hensikt å undersøke tildelingspraksiser hos NFRs forskningsprogrammer for psykisk helse. Studiens kontekst er sammenfallende med betydelige endringer innen psykisk helse, med fokus på desentralisering, deinstitusjonalisering og utvikling av lokalbaserte tilbud. Studien synliggjør et språk mellom helse- og forskningspolitiske føringer og programutvalgenes tildelingspraksiser. Dette er særlig tydelig i perioden fra 1998, hvor det i særdeleshet ble understreket betydningen av brede og mangfoldige forsknings- og kunnskapstilnærminger til forståelsen for og i arbeidet med psykisk helse.

Denne gjennomgangen antyder at den biologiske, genetiske og nevrologisk kunnskapsutviklingen har fått forrang i NFRs tildelinger. Bare et mindre antall studier har fokusert på psykisk helsearbeid i primærhelsetjenesten med vekt på praksisformer relatert til personers lokalmiljø, hverdagsliv og levekår. Hovedtyngden av studiene retter seg mot diagnostiserte tilstander og hvordan disse kan behandles i medisinsk og psykiatrisk forstand. Studien synliggjør også at nye miljøer, profesjoner, forskningstilnærminger og forskningsområder ikke prioriteres selv om programmenes utlysningstekster og helsepolitiske vedtak åpner opp for dette. Det er vanskelig å finne en direkte innholdsmessig sammenheng og praksis i tildelinger mellom helsepolitiske føringer og de prosjektene som fikk forskningsmidler. Når skattebetalernes penger benyttes til å opprettholde den biomedisinske diskursen relatert til psykisk helse, kan det synes som om gode og fagre politiske løfter og høylytte rop fra brukerfelleskapet med letthet settes til side. Dette innebærer at NFR ikke i tilstrekkelig grad bidrar med ny kunnskap til utvikling av ny praksis.

Referanser

Andersson, G., Bülow, P., Denhov, A. & Topor, A. (2016). *Från patient till person. Om allvarliga psykiska problem – vardag, vård ock stöd*. Stockholm: Studentlitteratur.

Carter, R., Shimkets, R. P. & Bornemann, T. H. (2014). Creating and changing public policy to reduce the stigma of mental illness. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 35–36. doi:[10.1177/1529100614546119](https://doi.org/10.1177/1529100614546119)

- Ekeland, T.-J. (2011). *Ny kunnskap – ny praksis, et nytt psykisk helsevern* (Vol. 2011:1). Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. <http://www.erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2015/08/Ny-kunnskap-ny-praksis.-Et-nytt-psykisk-helsevern.pdf>
- Fakhoury, W. & Priebe, S. (2007). Deinstitutionalization and reinstitutionalization: major changes in the provision of mental healthcare. *Psychiatry*, 6(8), 313–316. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.mppsy.2007.05.008>
- Griffiths, K. M., Banfield, M. & Leach, L. (2010). Mental health research in The Lancet: A case study. *Journal of Mental Health*, 19(1), 17–25. doi:[10.3109/09638230902968282](https://doi.org/10.3109/09638230902968282)
- Griffiths, K. M., Jorm, A. F., Christensen, H., Medway, J. & Dear, K. B. G. (2002). Research priorities in mental health, Part 2: an evaluation of the current research effort against stakeholders' priorities. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(3), 327–339. doi:[10.1046/j.1440-1614.2001.01024.x](https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2001.01024.x)
- Gross, C. P., Anderson, G. F. & Powe, N. R. (1999). The relation between funding by the National Institutes of Health and the burden of disease. *New England Journal of Medicine*, 340(24), 1881–1887. doi:[10.1056/NEJM199906173402406](https://doi.org/10.1056/NEJM199906173402406)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015a). Folkehelsemeldingen – mestring og muligheter. Meld. St. 19 (2014–2015). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/folkehelsemeldingen-mestring-og-muligheter/id2403403/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015b). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Jorm, A. F., Griffiths, K. M., Christensen, H. & Medway, J. (2002). Research priorities in mental health, Part 1: An evaluation of the current research effort against the criteria of disease burden and health system costs. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(3), 322–326. doi:[10.1046/j.1440-1614.2002.01023.x](https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.01023.x)
- Norges forskningsråd (1995). *Program for mental og psykisk helse 1995–2015*. Oslo: Norges forskningsråd.
- Norges forskningsråd (2001). *Program for mental helse: Programplan 2001–2005: Område for medisin og helse*. Oslo: Norges forskningsråd.
- Norges forskningsråd. (2007). *Program for psykisk helse 2006–2010: Programnotat: Revidert mars 2007*. Oslo: Norges forskningsråd.
- Norges forskningsråd (2011). *Program for psykisk helse 2011–2015: Programplan*. Oslo: Norges forskningsråd.

<http://www.forskningsradet.no/no/Utllysning/PSYKISKHELSE/1127199643995?visAktive=true>

Norges forskningsråd (2014). Forskning og utvikling (FoU) ved høgskolene. Forskningsrådets policy for 2014–2018. Oslo: Norges forskningsråd.

<http://www.forskningsradet.no/servlet/Satellite?blobcol=urldata-&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition%3A&-blobheadervalue1=+attachment%3B+filename%3DFoUvedh-%C3%B8gskolene20142018.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1274506249582&ssbinary=true>

Priebe, S. & Turner, T. (2003). Reinstitutionalisation in mental health care. *BMJ*, 326(7382), 175. doi:[10.1136/bmj.326.7382.175](https://doi.org/10.1136/bmj.326.7382.175)

Ramberg, I., Solberg, E., Aksnes, D. W., Børing, P., Piro, F. & Wollscheid, S. (2015). Lange spor i helseforskningen: Bidrag fra forskningsprosjekter støttet av Norges forskningsråd innenfor psykisk helse og rusmiddelfeltet på 2000-tallet. Oslo: NIFU. <http://www.nifu.no/publications/1299622/>

Saxena, S., Paraje, G., Sharan, P., Karam, G. & Sadana, R. (2006). The 10/90 divide in mental health research: trends over a 10-year period. *The British Journal of Psychiatry*, 188(1), 81–82. doi:[10.1192/bjp.bp.105.011221](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.011221)

Smits, P. A. & Denis, J.-L. (2014). How research funding agencies support science integration into policy and practice: An international overview. *Implementation Science*, 9(1), 1–12. doi:[10.1186/1748-5908-9-28](https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-28)

Sosial- og helsedepartementet (1997). *Åpenhet og helhet: Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25_1996-97/id191086/

Sosial- og helsedepartementet (1998). *St.prp. nr. 63 (1997-98): Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006: Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98/id201915/>

Citation

Andersen, A. J. W., Borg, M., Karlsson, B. E., & Larsen, I. B. (2016). Mer av det samme? En studie av tildelingspraksiser i Program for psykisk helse, Norges forskningsråd i perioden 1995–2015 [More of the same? A study of the funding practices of The Research Council of Norway's Programs for Mental Health in the period 1995 to 2015]. *Scandinavian Psychologist*, 3, e13. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.3.e13>

Abstract

More of the same? A study of the funding practices of The Research Council of Norway's Programs for Mental Health in the period 1995 to

2015

The objective of this paper is to examine the funding practices of The Research Council of Norway's Programs for Mental Health during the time period from 1995 to 2015. The paper's foci are on funded research groups and professions, main topics, and research questions. The empirical data consists of 138 project abstracts. The findings reveal a discrepancy between the national policies and funding practices during the program periods, where narrow knowledge development like biological, genetic, and neurological is given priority. Research focusing on community mental health and living conditions is rarely funded. The paper discusses decision-making practices, revealing that new research groups and projects that attend to more comprehensive mental health issues are rarely funded. This is a paradox in our modern days with innovation, originality, and service user involvement on the agenda.

Keywords: funding, mental health, policy, priority, research.

Author affiliations: Anders Johan W. Andersen – Faculty of Health and Sport Sciences, University of Agder, Norway; Marit Borg & Bengt Eirik Karlsson – Center for Mental Health and Substance Abuse, Faculty of Health Sciences, University College of Southeast Norway, Norway; Inger Beate Larsen – Faculty of Health and Sport Sciences, University of Agder, Norway.

Contact information: [Anders Johan W. Andersen](#), Faculty of Health and Sport Sciences at the University of Agder, P.O. Box 422, N–4604 Kristiansand, Norway. Email: anders.j.w.andersen@uia.no.

Received: March 9, 2016. **Accepted:** September 8, 2016. **Published:** October 1, 2016.

Language: Norwegian.

Competing interests: The authors report no conflict of interest. The authors alone are responsible for the contents and writing of this paper.

This is a peer-reviewed paper.