



Rapport
2019:4

Kartlegging av forskning på psykisk helse i Norge



Kristoffer Rørstad, Dag W. Aksnes, Inge Ramberg og Ole Wiig

NIFU

Rapport
2019:4

Kartlegging av forskning på psykisk helse i Norge

Kristoffer Rørstad, Dag W. Aksnes, Inge Ramberg og Ole Wiig

Rapport 2019:4

Utgitt av Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU)
Adresse Postboks 2815 Tøyen, 0608 Oslo. Besøksadresse: Økernveien 9, 0653 Oslo.

Prosjektnr. 20971

Oppdragsgiver Norges forskningsråd
Adresse Postboks 564, 1327 Lysaker

Fotomontasje NIFU

ISBN 978-82-327-0385-2
ISSN 1892-2597 (online)



Copyright NIFU: CC BY-NC 4.0

www.nifu.no

Forord

Denne rapporten presenterer resultater av en kartlegging av ressursinnsatsen til FoU innenfor psykisk helse i 2017. I tillegg inngår en publiseringsanalyse av forskningsresultatene, i form av vitenskapelige publikasjoner for perioden 2011–2017, med hovedvekt på treårsperioden 2015–2017. Rapporten gir status på forskningsomfanget, hvem som utfører forskningen og hva slags forskning som utføres.

Rapporten drøfter i tillegg mulige forskningssvake områder og kunnskapshull og hvorvidt forskningsinnsats og -resultater svarer på samfunnsutfordringene som er assosiert med redusert psykisk helse.

Prosjektet er gjennomført på oppdrag fra Norges forskningsråd. Dag W. Aksnes har skrevet kapittel 4 samt tilhørende metodekapittel (1.4). Inge Ramberg har skrevet kapittel 5, kapittel 6 og tilhørende innledende del i metodekapittel (1.5). Ole Wiig har skrevet kapittel 3 og bidratt på kapittel 2. Kristoffer Rørstad har vært prosjektleder og skrevet kapittel 2, innledende methodedel, samt øvrige deler av rapporten.

Vi benytter anledning til å rette en stor takk til alle våre kontaktpersoner ved de enkelte institutter og helseforetak som har bidratt til besvarelsene i denne kartleggingen.

Oslo, juni 2019

Sveinung Skule
direktør

Michael Spjelkavik Mark
forskningsleder

Innhold

Sammendrag	7
1 Innledning.....	13
1.1 Bakgrunn for prosjektet.....	13
1.2 Definisjon av psykisk helse.....	14
1.3 Definisjon av FoU	17
1.4 Datainnsamling – ressurskartlegging.....	17
1.5 Metode for bibliometrisk analyse	20
1.6 Metode for å vurdere om forskningsinnsatsen og resultatene svarer til samfunnsutfordringene.....	25
1.7 Rapportens oppbygging.....	26
2 Totale ressurser til psykisk helse	27
2.1 Psykisk helse i totalbildet.....	27
2.2 Psykisk helse etter institusjon.....	29
2.3 Finansiering av FoU innenfor psykisk helse.....	31
2.4 Nærmere om hva slags FoU som utføres	33
3 FoU innen psykisk helse etter sektor.....	42
3.1 FoU innen psykisk helse i universitets- og høyskolesektoren.....	42
3.2 FoU innen psykisk helse i helseforetakene.....	46
3.3 FoU om psykisk helse i instituttsektoren	50
4 Publiseringsanalyse – resultater	54
4.1 Utvikling over tid – publiseringsanalyse	54
4.2 Sektor- og institusjonsfordeling	55
4.3 Tematisk og faglig profil	60
4.4 Internasjonalt samarbeid	67
4.5 Nasjonalt samarbeid	71
4.6 FoU-ressurser og publisering – undersøkelsens sammenlignbarhet.....	74
4.7 Annen type publisering.....	75

5	Om samfunnsutfordringer, sykdomsbyrde og mulige forskningssvake områder	78
5.1	Samfunnsutfordringene	78
5.2	Sykdomsbyrde generelt og for psykisk helse spesielt	83
5.3	Mulige forskningssvake områder nasjonalt	87
5.4	Kunnskapsoppsummeringer og kunnskapshull	90
6	Samfunnsbehov sett i sammenheng med ressurser og vitenskapelig publisering.....	95
6.1	Ressurser, vitenskapelig publisering og sykdomsbyrde.....	95
6.2	Samfunnsutfordringer og kunnskapsbehov innenfor psykisk helse i en europeisk sammenheng.....	98
6.3	Hvordan svarer den norske forskningsinnsatsen og resultatene til samfunnsutfordringene som er assosiert med redusert psykisk helse?.....	102
	Referanser.....	104
	Vedlegg – Enheter som inngår i kartleggingen	107
	Vedlegg – Om FoU-statistikk.....	110
	Vedlegg - Spørreskjema.....	113
	Vedlegg – Brev fra Norges forskningsråd til miljøene.....	119
	Tabelloversikt.....	120
	Figuroversikt.....	122

Sammendrag

Denne rapporten gir en oversikt over ressursinnsatsen og publiseringsresultatene innenfor psykisk helse. I tillegg drøfter rapporten mulige forskningssvake områder og kunnskapshull, samt hvor godt forskningsinnsats og resultater svarer på samfunnsutfordringene som er forbundet med redusert psykisk helse. Nedenfor følger et sammendrag med noen hovedpunkter fra rapportens analyser og drøftinger.

FoU-ressursinnsats

FoU til psykisk helse utgjorde 1,4 milliarder kroner i 2017

Norske forskningsmiljøer brukte 1,4 milliarder kroner på FoU innenfor psykisk helse i 2017. Dette utgjorde ca. 4 prosent av den totale forskningsinnsatsen i Norge (når næringslivet er holdt utenfor). Til sammenligning ble det brukt i underkant av 9 milliarder kroner til FoU innen medisin- og helsefag totalt i 2017. Samlet er det brukt nesten 11,3 milliarder kroner på FoU knyttet til det tematiske forskningsområdet *helse og omsorg*. FoU innen psykisk helse utgjorde dermed ca. 12 prosent av det samlede FoU-ressursene til *helse og omsorg* i 2017.

Universitets- og høyskolesektoren er største bidragsyter på feltet med om lag 620 millioner kroner. Dette utgjør 44 prosent av de samlede FoU-utgiftene til psykisk helse i 2017. Helseforetakenes ressursinnsats til FoU innen psykisk helse utgjør om lag 550 millioner kroner eller nærmere 40 prosent. Instituttsektoren er minst av de tre sektorene på dette området, med en samlet ressursinnsats på 240 millioner kroner, tilsvarende 17 prosent av den totale ressursinnsatsen.

FoU innen psykisk helse utgjør en varierende del av de tre sektorenes samlede FoU-innsats. Relativt størst er andelen blant helseforetakene med ca. 13 prosent. I universitets- og høyskolesektoren utgjør feltet kun 3,5 prosent og i instituttsektoren 2 prosent av totale driftsutgifter til FoU.

UiO og OUS: Institusjoner med størst ressursinnsats

Største institusjoner etter ressursinnsats i 2017, er Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus HF med forskningsvolum på henholdsvis om lag 165 og 144 millioner kroner. Deretter følger NTNU med et forskningsvolum på 134 millioner kroner og et stykke bak finner vi Universitetet i Tromsø med en ressursinnsats på nær 90 millioner kroner. Blant forskningsinstituttene er Uni Research Helse (nå Norge) størst, foran Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress og Folkehelseinstituttet.

90 prosent finansiert av offentlige midler

Nesten 90 prosent av ressursinnsatsen finansieres av ulike offentlige midler. Offentlige basisbevilgninger utgjør om lag 54 prosent, oppdrags- og bidragsmidler fra departementer 16 prosent, forskningsmidler fra regionale helseforetak 9 prosent og fra Norges forskningsråd 12 prosent.

Mest forskning på helsefremming, mestring og livskvalitet

Ressurskartleggingen viser at det ble det brukt mest midler til temaer innenfor *helsefremming, mestring og livskvalitet* med et volum på nesten 300 millioner, eller om lag 20 prosent. Blant psykiske lidelser ble det brukt flest midler til forskning innenfor *psykoser og schizofreni, depresjon og avhengighet*. Det ble imidlertid brukt mindre forskningsmidler til *personlighetsforstyrrelser, selvmord og posttraumatiske lidelser*.

Forskningstemaene med mest ressurser var *sammenheng mellom psykisk og fysisk helse og oppvekstvilkår som fremmer psykisk helse*.

Fordelt etter forskningsaktivitet, viser ressurskartleggingen at forskning på *evaluering av behandling og tiltak og årsaksforskning* er de to største forskningsaktivitetene, hver med en ressursinnsats på om lag 235 millioner kroner. Like bak følger *underbyggende forskning* med en ressursinnsats på om lag 230 millioner kroner.

Resultater – vitenskapelig publisering

Det er gjennomført en separat publiseringsanalyse av den vitenskapelige publiseringen innen psykisk helse. Målsetningen med denne er å gi informasjon om resultater av norsk forskning på psykisk helse: omfang, fagprofil og samarbeidsstrukturer.

Vekst på linje med det norske gjennomsnittet

I 2017 publiserte norske forskere om lag 1 050 vitenskapelige artikler i bøker og tidsskrifter knyttet til psykisk helse. I perioden 2011-2017 har det vært en klar økning i den norske forskningen innen psykisk helse, slik dette reflekteres gjennom antall vitenskapelige publikasjoner. Samtidig har det vært en generell vekst i den totale forskningen i Norge i denne 7-årsperioden, både i form av ressurser og publisering. Målt som andel av total norsk vitenskapelig publisering utgjorde psykisk helse 4 prosent i 2017. Denne andelen har ligget relativt stabil gjennom hele 7-årsperioden. Av den samlede norske publiseringen innen medisin og helse, utgjorde psykisk helse 16 prosent i 2017. Også denne andelen har ligget relativt stabilt i perioden.

Flest publikasjoner fra universitets- og høyskolesektoren

Universitets- og høyskolesektoren stod for vel halvparten (55 prosent) av den norske publiseringen innen psykisk helse i perioden 2015-2017. Instituttsektoren hadde en andel på 15 prosent, mens helseforetakene bidro med 26 prosent av publiseringen. Om lag 3 prosent av publiseringen kom fra øvrige offentlige institusjoner og fra bedrifter.

UiO størst bidragsyter

Universitetet i Oslo (UiO) er den klart største bidragsyteren til den vitenskapelige publiseringen med en andel på 16,6 prosent i 3-årsperioden 2015-2017. Dernest følger Universitetet i Bergen (UiB) og Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) som er omtrent jevnstore og begge har andeler på i underkant av 10 prosent.

Forskning på depresjon størst i publiseringsvolum

Analysen viser at om lag en femtedel av publikasjonene innen psykisk helse har et tema som omhandler *depresjon*. Dette er den lidelsen det drives mest forskning på slik dette reflekteres i publiseringstallene. Deretter følger tre kategorier som er omtrent jevnstore med andeler på 13 og 14 prosent av publiseringen: *Studier av helsefremming, mestring og livskvalitet; psykoser og schizofreni*, samt *angst*. *Utviklingsforstyrrelser* har også omtrent samme volum med en andel på 12 prosent av publiseringen. *Personlighetsforstyrrelser* som også inkluderer *atferdsforstyrrelser*, omhandles i 9 prosent av publiseringen innen psykisk helse.

Omfattende nasjonalt og internasjonalt samarbeid

Norske forskere samarbeider mye med forskere fra andre land. Det gjelder også for psykisk helse. I 2017 hadde om lag halvparten av de norske publikasjonene innen psykisk helse også medforfattere fra institusjoner i andre land. Norges største og viktigste samarbeidsland innen psykisk helse er USA, Storbritannia og Sverige. Dette er et mønster en også ser for norsk forskning generelt.

I tillegg til det internasjonale samarbeidet, er det også et betydelig nasjonalt samarbeid innen psykisk helse. Her sees to hovedmønstre. Det ene er at det er et tydelig geografisk klyngemønster hvor institusjoner som ligger nær hverandre geografisk har mye samarbeid. Det andre er at det er mye samarbeid mellom universitetene og de tilhørende universitetssykehus.

Samfunnsutfordringer og mulige forskningsvake områder

Avslutningsvis har vi sammenlignet forskningsressurser og forskningsresultatene med samfunnsbehovene innenfor psykisk helse. Samfunnsbehovene som blant annet er hentet fra *Langtidsplanen for forskning og høyere utdanning* og regjeringens strategi for god psykisk helse, viser sammen med flere dokumenter fra Norges forskningsråd, til sentrale samfunnsutfordringer innenfor helseområdet framover. Fra dokumentene fremkommer flere samfunnsutfordringer knyttet til psykisk helse:

- *Barn og unges psykiske helse*
- *Rusproblemer og psykiske lidelser i befolkningen, og spesielt i yngre aldersgrupper*
- *Usikkerhet rundt effekt av ulike tiltak og behandlingsformer*
- *Behov for bedre kvalitet i folkehelsearbeidet og i tjenestene*
- *Behov for bedre oversikt over befolkningens psykiske helse og livskvalitet*

Angst og depresjon gir størst sykdomsbyrde

Beregningene av sykdomsbyrden i Norge, som er basert på det globale sykdomsbyrdeprosjektet *Global Burden of Disease (GBD)*, viser at depresjons- og angstlidelser gir høyest sykdomsbyrde. Depressive lidelser og angstlidelser var begge blant de fem viktigste årsakene til det totale helsetapet i den norske befolkningen. Depressive lidelser og angstlidelser utgjør henholdsvis 35 og 24 prosent av det totale ikke-dødelige helsetapet (YLD) for *psykiske lidelser* og *ruslidelser* i befolkningen, viser publikasjonen *Sykdomsbyrden i Norge 2016*.

Avvik mellom samfunnsutfordringer og forskningsressurser

Det avsluttende kapitlet i rapporten tar for seg samfunnsutfordringene sammenlignet med hovedfunn fra ressurskartleggingen og publiseringsanalysen. Her finner vi betydelige avvik mellom forskningsinnsats, vitenskapelig publisering og estimert sykdomsbyrde:

- Resultater fra ressurskartleggingen viser at *helsefremming, mestring og livskvalitet* var det største forskningsområdet blant helse- og sykdomskategoriene. Deretter fulgte *psykoser og schizofreni* mens *depresjon og angst* hadde en lavere andel av ressursinnsatsen.
- De høyeste andelene av vitenskapelig publisering innenfor psykisk helse i perioden 2015-17 er registrert for kategoriene *depresjon, angst* og *studier av helsefremming, mestring og livskvalitet*. Vi finner for øvrig lavest andel av publikasjonene for de fire kategoriene *konsekvenser av vold og overgrep, posttraumatiske lidelser, avhengighet* samt *forskning omkring selvmord*.
- Den estimerte sykdomsbyrden forbundet med ikke-dødelig helsetap i Norge i 2016, er imidlertid høyest for *depresjon og angst* fulgt av *rusmiddelavhengighet*. For *psykoser og schizofreni* er nivået for ikke-dødelig helsetap betydelig lavere sammenlignet med depresjon og angst.

Kunnskapshull knyttet til barn og unges psykiske helse

Internasjonalt orienterte kunnskapsoppsummeringer av forskningen innenfor psykisk helse viser i tillegg en rekke kunnskapshull for høyt spesialiserte fagfelt om spissede problemstillinger. Nyere kunnskapsoppsummeringer knyttet til barn og unges psykiske helse viser blant annet at:

- Kunnskapsgrunnlaget om forebyggende og helsefremmende folkehelseiltak for barn og ungdoms psykiske helse er mangelfullt, spesielt for barnehage-tilbud
- Feltet har en overvekt av studier av dårlig psykisk helse som angst, depresjon, spiseforstyrrelser og generelle internaliserende og eksternaliserende vansker, og i mindre grad studier med fokus på god psykisk helse, livskvalitet og trivsel
- Det trengs flere primærstudier av bedre kvalitet for både planlegging og implementering av tiltak for barn og unge. Samtidig er det behov for flere primærstudier som vurderer langtidseffekter
- Det er behov for flere komparative studier som undersøker effekten av psykologiske tiltak for barn med alvorlig somatisk sykdom som er relevante for primærhelsetjenesten

Det europeiske veikartet for psykisk helse (ROAMER) kan vise vei for å fylle kunnskapshullene

Samfunnsutfordringene som er forbundet med psykisk helse i europeisk sammenheng er i stor grad gjenkjennelige her hjemme. Det europeiske veikartet for forskning innen psykisk helse i Europa, ROAMER, er derfor en interessant referanse for norsk forskning framover. Dette viser til en omfattende europeisk dagsorden for å fylle de fremste gapene i forskning på mental helse basert på systematiske kunnskapsoppsummeringer og konsensusorienterte prosesser på fagområdet. På områder med spesiell nasjonal relevans, kan spørsmålet om kunnskapshull og forskningssvake områder nasjonalt, være av større betydning enn for mer generell forskning om psykiske lidelser. Her vil også forskning fra våre nordiske naboland være interessante, fordi den sosiokulturelle konteksten i mange tilfeller vil være sammenlignbar.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for prosjektet

Formålet med dette prosjektet er å kartlegge forskning om psykisk helse i Norge de siste fem årene. Resultatene vil være et bidrag til kunnskapsgrunnlaget om forskning på psykisk helse. Formålet med prosjektet er tredelt:

- å kartlegge ressurser til og resultater av forskning på psykisk helse for å få en status på forskningsomfanget, hvem som utfører forskningen og hva slags forskning som utføres.
- å avdekke forskningssvake områder og kunnskapshull gjennom ressurs- og publiseringskartleggingen i første kulepunkt.
- å vurdere om forskningsinnsatsen og resultatene svarer til samfunnsutfordringene som er assosiert med redusert psykisk helse generelt.

For å gi Forskningsrådet og Helse- og omsorgsdepartementet en oversikt over norsk forskning innenfor feltet psykisk helse de siste fem årene, har vi kartlagt FoU-ressursinnsats og vitenskapelig publisering. Formålet med de to kartleggingene er å gi en oversikt over forskningens omfang og profil. De to undersøkelsene vil gi komplementære bilder av forskningen.

Sentralt i oppdraget er å avdekke forskningssvake områder med hensyn til helse- og sykdomskategorier og forskningstemaer. Både ressurskartlegging og publiseringsanalyse vil belyse omfanget av forskningsinnsatsen på ulike områder og avdekke områder og temaer det forskes lite på. Det kan være indikatorer på mulig forskningssvake områder.

For å gi et godt bilde av forskningssvake områder har vi også gjennomført en dokumentanalyse for å kartlegge mønstre av samfunnsutfordringer og mulige forskningssvake områder slik de fremgår av foreliggende dokumenter og supplerende intervjuer.

I de påfølgende metodedelene (kapittel 1.4-1.6) vil hver av kartleggingene beskrives nærmere.

Oppdraget vil være en oppfølging av Regjeringens strategi for psykisk helse (2017-2022) «Mestre hele livet». I dette strategidokumentet etterlyses det mer åpenhet og kunnskap om psykisk helse og har vært svaret til Stortingets bestilling av «en helhetlig tverrsektoriell strategi for barn og unges psykiske helse som omfatter individ og samfunn, og som inneholder både helsefremmende, sykdomsforebyggende og kurative initiativ».

Med denne bestillingen ønsker Regjeringen nå et oppdatert kunnskapsgrunnlag som skal brukes i en ny strategiplan for psykisk helse som igjen skal være grunnlag for en opptrappingsplan for dette feltet. Regjeringen vil med den nye strategiplanen *synliggjøre betydningen av det helsefremmende og forebyggende arbeidet, som er en viktig del både i folkehelsearbeidet og kommunenes psykiske helsetjenester*. Styrket kunnskap, kvalitet, forskning og innovasjon i folkehelsearbeidet og i tjenestene er sentrale mål for strategien i likhet med det å fremme god psykisk helse hos barn og unge.

1.2 Definisjon av psykisk helse

I denne kartleggingen har vi benyttet Folkehelseinstituttets definisjon av psykisk helse som er hentet fra rapporten «Psykisk helse i Norge» utgitt i 2018 (Reneflot A. m. fl., 2018). Her er følgende definisjon av psykisk helse benyttet:

«Psykisk helse benyttes som et overordnet begrep og omfatter alt fra god psykisk helse og livskvalitet til psykiske plager og lidelser. Det omfatter også hele bredden av tiltak på feltet fra helsefremming og forebygging til behandling og rehabilitering».

Livskvalitet omfatter positive følelser som glede, vitalitet og tilfredshet, trygghet og tilhørighet, interesse, mening, mestring, engasjement og autonomi. En kan oppleve høy livskvalitet selv under sykdom og på tross av helseplager. Opplevelse av livskvalitet kan legge grunnlag for gode familierelasjoner, oppvekstkår, funksjon i arbeidslivet og bedre helse. Livskvalitet er derfor et sentralt mål og innsatsområde i det moderne folkehelsearbeidet. Den definisjonen som er gjengitt her er begrenset til det som mer presist kalles 'subjektiv livskvalitet', men for enkelthets skyld brukes bare ordet 'livskvalitet' i denne teksten.

Psykiske plager benyttes om symptomer som for eksempel engstelse og nedstemthet. Plagene kan oppleves som mer eller mindre belastende, men et høyt nivå av psykiske plager betyr ikke nødvendigvis at det foreligger en psykisk lidelse (se under). Psykiske plager kartlegges ved hjelp av egnede måleinstrumenter. Det

finnes ikke generelt aksepterte definisjoner av hva som skal kalles et høyt nivå av psykiske plager, men for mange måleinstrumenter finnes det anbefalte grenseverdier.

Psykiske lidelser benyttes om en rekke ulike tilstander eller diagnoser som for eksempel schizofreni og alvorlig depresjon. De klassifiseres i henhold til internasjonale, diagnostiske kriterier som revideres regelmessig i henhold til oppdatert vitenskapelig evidens.

Diagnostisering av psykiske lidelser gjøres av klinikere og/eller ved hjelp av strukturerte kliniske intervju. Rusbrukslidelser er en gruppe av psykiske lidelser».

Psykisk helse vil i denne kartleggingen omfatte alt fra god psykisk helse og livskvalitet til psykiske plager og lidelser. Tiltak på feltet omfatte hele bredden fra helsefremming og forebygging, til behandling og rehabilitering.

Hva som skal inngå i begrepet psykisk helse i denne sammenheng er videre avgrenset i kategoriene som forskningsmiljøene skal kategorisere sin FoU-aktivitet til. Disse er helse- og sykdomskategorier, forskningsaktiviteter og forskningstemaer. Kategoriene som benyttes for å fordele FoU-aktivitetene etter helse- og sykdommer og forskningsaktiviteter, er hentet fra det opprinnelig britiske Health Research Classification System (HRCS). Helse-sykdomskategoriene er spesifisert av oppdragsgiver og omfatter blant annet noen underkategorier systemet bruker for viderespesifisering under helsekategorien *mental health*¹. Forskningsaktivitetene er hentet fra HRCS-systemet og er den andre dimensjonen som helseforskningen deles inn i. Den tredje dimensjonen vi opererer med i denne kartleggingen, er utvalgte temaområder som vi ønsker å få kartlagt ressursinnsatsen til.

De 12 helse- og sykdomskategorier FoU-aktivitetene skal fordeles innenfor, er disse:

- Studier av normal psykologi, kognitiv funksjon og adferd
- Studier av helsefremming, mestring og livskvalitet
- Angst
- Depresjon
- Psykoser og schizofreni
- Personlighetsforstyrrelser
- Avhengighet
- Selvmord
- Konsekvenser av vold og overgrep
- Posttraumatiske lidelser
- Utviklingsforstyrrelser
- Andre og/eller uspesifikke helsekategorier

¹ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)-WHO Version for ;2016

Kategoriene skal være gjensidig utelukkende og summeres til 100 prosent.

Forskning på psykisk helse er videre inndelt i ni forskningsaktiviteter hentet fra HRCS-systemet, med noen tilpasninger for å svare til oppdraget:

Tabell 1.1 Oversikt over forskningsaktiviteter og tilhørende forklaring

Forskningsaktivitet	Forklaring
Underbyggende forskning	Forskning som kan underbygge videre helseforskning på sykdomsforståelse, forebygging, diagnose, behandling og helsetjenester.
Årsaksforhold	Forskning for å forstå årsak, risiko og utvikling av sykdom og dårlig helse
Forebygging	Forskning på primærforebygging av sykdom og fremme av god helse
Tidlig intervensjon	Forskning på tidlig inngripen for å håndtere et helseproblem på et tidligst mulig tidspunkt. Kan være rettet mot rusområdet, psykiske lidelser, adferdsvansker eller kriminalitet.
Påvisning og diagnose	Utvikling av diagnostiske og prediktive markører og teknologier
Utvikling av behandling og tiltak	Utvikling av behandling og terapeutiske intervensjoner i prekliniske settinger.
Evaluering av behandlinger og tiltak	Testing og evaluering av behandling og terapeutiske intervensjoner i kliniske settinger.
Håndtering av sykdommer og tilstander	Forskning på pasientbehov på individnivå og håndtering av sykdommer og tilstander.
Helse- og sosialtjenester	Helsepolicy og forskningsmetodologi, inkludert implementeringsforskning og kunnskapsoppsummeringer.

Kategoriene skal være gjensidig utelukkende og summeres til 100 prosent.

Den tredje kategoriseringen miljøene bes å gjennomføre for egen FoU-aktivitet, dersom de har aktivitet innenfor gitte forskningsfelt eller med gitte tilnærminger, er følgende 12 kategorier:

- Sammenheng mellom psykisk og fysisk helse
- Bruk av tvang og makt i psykisk helse
- Konsekvenser av barnefattigdom for psykisk helse
- Konsekvenser av sosiale forskjeller for psykisk helse
- Samfunnets oppfatning av psykisk helse og lidelser
- Oppvekstvilkår som fremmer psykisk helse
- Samtidige ruslidelser og psykiatriske lidelser
- Rusmiddelproblem hos unge
- Konsekvenser av psykiske lidelser for den enkelte
- Pårørende til psykisk syke personer
- Bruk av e-terapi
- Forskning med utgangspunkt i registerdata og biobanker

Flere av kategoriene overlapper med hverandre og også med helse- og sykdomskategoriene, og skal ikke summeres til 100 prosent.

1.3 Definisjon av FoU

I denne og i tilsvarende kartlegginger som NIFU gjennomfører, er OECDs definisjon av FoU lagt til grunn. Den er som følger: Forskning og utviklingsarbeid (FOU) er kreativ virksomhet som utføres systematisk for å oppnå økt kunnskap, herunder kunnskap om mennesket, kultur og samfunn – og omfatter også bruken av denne kunnskapen til å finne nye anvendelser. FoU-virksomheten inndeles videre i følgende FoU-typer:

- Grunnforskning: Eksperimentell eller teoretisk virksomhet som primært utføres for å skaffe til veie ny kunnskap om det underliggende grunnlag for fenomener og observerbare fakta – uten sikte på spesiell anvendelse eller bruk.
- Anvendt forskning: Virksomhet av original karakter som utføres for å skaffe til veie ny kunnskap. Anvendt forskning er primært rettet mot bestemte praktiske mål eller anvendelser.
- Utviklingsarbeid: Systematisk virksomhet som anvender eksisterende kunnskap fra forskning og praktisk erfaring, og som er rettet mot å fremstille nye eller vesentlig forbedrede materialer, produkter eller innretninger, eller å innføre nye eller vesentlig forbedrede prosesser, systemer og tjenester.

I denne rapporten har vi brukt «forskning» og «FoU» som synonyme begreper, selv om FoU er et videre begrep enn forskning.

1.4 Datainnsamling – ressurskartlegging

Ressurskartleggingen av psykisk helse ble gjennomført ved hjelp av et elektronisk spørreskjema. Det ble sendt ut til aktuelle miljøer i universitets- og høyskolesektoren, instituttsektoren og helseforetak². I universitets- og høyskolesektoren sendte vi spørreskjemaet til samtlige institutter ved de medisinske, psykologiske og helsevitenskapelige fakulteter. I instituttsektoren ble spørreskjemaene sendt til utvalgte institutter som vi har kjennskap til har FoU-

² I FoU-statistisk sammenheng inngår universitetssykehusene i universitets- og høyskolesektoren og øvrige helseforetak og private ideelle sykehus i instituttsektoren. I denne kartleggingen presenteres vi helseforetakene som egen sektor.

aktivitet innenfor helse og sosialfeltet. For helseforetakene sendte vi spørreskjema til de helseforetakene som i den ordinære ressursmålingen (Wiig og Olsen, 2018) oppga å ha forskning innenfor psykisk helse i 2017. Totalt sett omfattet dette 84 institutter i universitets- og høyskolesektoren, 13 forskningsinstitutter og 30 helseforetak. En oversikt over enhetene som inngår i datagrunnlaget er å finne i vedlegg bakerst i rapporten. Det ble sendt separate spørreskjemaer til hver av de FoU-utførende sektorene som var tilpasset sektorens finansieringsstruktur. Uavhengig av sektor, fikk alle spørsmål om omfanget av psykisk helse – målt som enten prosentandel av total FoU og/eller antall FoU-årsverk, samt hvordan FoU-aktiviteten fordelte seg etter de tre kategoriene som er beskrevet under definisjonen (kapittel 1.2). Et felles spørreskjema er å finne i rapportens vedlegg, men følgende spørsmål ble stilt til enhetene:

1. Utførte instituttet/helseforetaket FoU innenfor psykisk helse i henhold til definisjonen i 2017? (ja/nei)
2. Vennligst anslå hvor stor andel FoU på psykisk helse utgjorde av instituttets totale FoU-innsats i 2017 (prosent)
3. Vennligst anslå antall årsverk FoU innenfor psykisk helse som instituttet/helseforetaket utførte i 2017 (antall årsverk)
4. Vennligst fordel instituttet/helseforetakets totale FoU-innsats innenfor psykisk helse relativt etter finansieringskilder (prosent per finansieringskilde)
5. Vennligst fordel FoU-innsatsen til psykisk helse på følgende helse- og sykdomskategorier etter beste skjønn (prosent)
6. Vennligst fordel FoU-innsatsen innenfor psykisk helse på følgende forskningsaktiviteter (type forskning etter skjønn) (prosent)
7. Vennligst fordel FoU-aktiviteten innenfor psykisk helse på forskningstemaene under dersom dere hadde aktivitet her. *Kategoriene vil kunne overlappe med helse- og sykdomskategoriene, og de trenger ikke å summeres til 100 prosent.*

Som nevnt fikk de tre sektorene egne tilpassede spørreskjemaer, da de rapporterer ressursomfanget etter litt ulike metoder, samt at de har forskjellige finansieringskilder. Universitets- og høyskolesektoren og instituttene oppgav sin FoU-innsats til psykiske helse som prosentandel av instituttets totale FoU-innsats. Fra den ordinære FoU-statistikken, med tall fra 2017, kunne instituttene FoU til psykisk helse beregnes utifra dette. Instituttene i disse to sektorene ble også bedt om å oppgi antall FoU-årsverk psykisk helse. Dette for å få to mål på ressursomfanget, som kan kontrolleres mot hverandre. Helseforetakene ble bedt om å oppgi FoU-årsverk til psykisk helse. FoU-beløp ble så beregnet på bakgrunn

av helseforetakenes årsverkspriser som er hentet fra den ordinære ressursmålingen for helseforetak (Wiig og Olsen, 2018). Basert på disse metodene, har vi beregnet beløp per enhet som har besvart og har fått tall for FoU-ressurser til psykisk helse på et aggregert nivå.

Datainnsamlingen ble gjennomført i perioden 26. november 2018 til 8. januar 2019. I sin e-post til miljøene henviste NIFU til informasjonsbrev fra Norges forskningsråd, signert av direktøren (vedlegg bakerst i rapporten). Spørreskjemaet ble sendt til 127 enheter, fordelt som følger: 84 institutter i universitets- og høyskolesektoren, 13 forskningsinstitutter og 30 helseforetak. I løpet av datainnsamlingen ble det i alt sendt tre påminnelser per e-post (26. november; 3. desember; 17. desember). Miljøer som da ikke hadde besvart, ble i tillegg oppringt. Etter at datainnsamlingen var ferdig, hadde vi en samlet svarandel på 86 prosent (tabell 1.2). En komplett oversikt over enhetene som inngår i datagrunnlaget, er å finne i vedlegg (Enheter som inngår i kartleggingen) bakerst i rapporten.

Tabell 1.2 Oversikt over antall utsendte skjemaer, svar, svarprosent og antall enheter i datagrunnlaget etter sektor.

Sektor	Antall skjema	Antall Svar	Svarprosent	Enheter i datagrunnlag
Universitets- og høyskolesektor	84	71	85 %	55
Instituttsektor	13	13	100 %	9
Helseforetak	30	25	83 %	25
Totalt	127	109	86 %	89

I denne typen kartlegging kan det være vanskelig å gi eksakte svar på hvor stor del av virksomheten som skal klassifiseres som FoU, og grensdragning mot beslektede aktiviteter, som ikke skal regnes som FoU, er ikke alltid tydelig. Miljøer med særlig bred faglig aktivitet vil kunne finne det krevende å fordele aktiviteten på forskningsområder, som er mange i antall og der det også finnes overlappende soner. For slike undersøkelser er det derfor viktig å presisere at resultatene alltid vil være beheftet med usikkerhet. Rapporteringen er basert på skjønn, som tross veiledningsmateriale i noen grad vil kunne variere fra person til person. Dette gjelder generelt ved rapportering av statistiske data. Generelt vil usikkerheten i resultatene være større på detaljert nivå og i tilfeller der tallgrunnlaget bygger på svar fra få enheter.

Oppsummerende har undersøkelsen tre feilkilder: 1) Enheter med relevant FoU-aktivitet som ikke er identifisert og dermed ikke fikk tilsendt spørreskjema, 2) Manglende besvarelse på undersøkelsen fra institutter som har relevant FoU-aktivitet og 3) Reliabiliteten til respondentens svar. Vi vurderer punkt 1 for å ha

relativt liten betydning, da vi har høye svarprosent. Når det gjelder manglende besvarelser (2), så vil dette ha en viss betydning da dessverre noen sentrale psykologimiljøer unnlot å svare. Når det gjelder punkt 3, reliabiliteten til respondentens svar, vurderes feilkilden å kunne ha en viss betydning, ved at tallene reflekterer skjønnsmessige vurderinger.

På bakgrunn av beskrivelsen av datainnsamlingen ovenfor, mener vi at de mest relevante miljøene er identifisert og inkludert i kartleggingen. Dette gjelder særlig universitets- og høgskolesektoren og instituttsektoren. Tallene som miljøene oppgir, er basert på skjønnsmessige vurderinger av hvorvidt egen FoU-virksomhet faller inn under definisjonen av dette forskningsfeltet og hvor stor andel og hvor mange årsverk det har utgjort. Denne feilkilden gjelder alle kartlegginger av denne type. På aggregert nivå kan likevel effekten i noen grad oppveies av at noen institutter har tatt med for mye, andre for lite. Totalt sett er det grunn til å understreke at undersøkelsen må betraktes som en litt grov snarere enn helt presis tallfesting av norsk FoU innenfor psykisk helse.

I noen tilfeller er tall for enkeltinstitutter og helseforetak presentert separat i rapporten. Dette gjelder fordelingen etter helse- og sykdomskategorier og forskningstemaer. Tallene som er basert på skjønnsmessige vurderinger ved den enkelte rapporteringsenhet, vil naturlig nok være beheftet med en viss usikkerhet som må tas i betraktning ved fortolkning av resultatene.

1.5 Metode for bibliometrisk analyse

Det er gjennomført en separat publiseringsanalyse av feltet. Målsetningen med denne er å gi informasjon om resultater av norsk forskning på psykisk helse: omfang, fagprofil og samarbeidsstrukturer. Analysen er uavhengig av ressurskartleggingen og innebærer at den ikke er basert på data rapportert fra miljøene, men på søk i publiseringsdatabaser.

Institusjonene i universitets- og høgskolesektoren, instituttsektoren samt helseforetakene rapporterer årlig sine vitenskapelige publikasjoner gjennom forskningsinformasjonssystemet Cristin. Databasen gir en komplett oversikt over all vitenskapelig publisering og benyttes blant annet som indikator i finansieringsmodellen for sektorene. Både tidsskrifts- og bokpublisering inngår. Videre dekker den publisering på norsk, engelsk og andre språk. Fra og med 2015 har de ulike sektorene anvendt samme modell for beregning av publikasjonspoeng. Det er dermed mulig å sammenligne publisering på tvers av sektorer. NIFU har tilgang til Cristin-databasen, og denne er benyttet som primær datakilde i prosjektet. Dataene dekker perioden 2011-2017.

Næringslivet og øvrig offentlig sektor omfattes ikke av det nasjonale målesystemet for vitenskapelig publisering. Likevel registreres publikasjonene fra

disse sektorene dersom de er publisert i samarbeid med institusjoner som rapporterer til Cristin, da eksternt medforfatterskap også registreres i databasen. Publikasjoner som bedrifter og offentlig sektor for øvrig publiserer alene, vil kun være tilgjengelig i Web of Science-databasen (se nedenfor). Ved å benytte Web of Science i tillegg til Cristin, vil også disse sektorene i sin helhet bli inkludert i analysen. Generelt bidrar imidlertid sektorene lite til vitenskapelig publisering.

Web of Science (Clarivate Analytics) databasen inneholder mange tusen spesialiserte og multidisiplinære vitenskapelige tidsskrifter med fagfellelvurdering indeksert, inkludert alle viktige internasjonale journaler i naturvitenskap, medisin og teknologi. I tillegg inngår tidsskrifter fra samfunnsvitenskap og humaniora, men her er tidsskriftdekningen dårligere. Analyser NIFU nylig har gjennomført viser at norsk vitenskapelig publisering i psykiatri er meget godt dekket i databasen (88 prosent), mens dekkningen for psykologi er noe dårligere (66 prosent) (Aksnes & Sivertsen, 2019).

Publiseringsanalysen tar utgangspunkt i samme definisjon av psykisk helse som den som er anvendt i prosjektets øvrige deler. Psykisk helse representerer ikke en etablert bibliometrisk fagkategori, og kun en begrenset del av forskningen publiseres i spesialtidsskrifter innen feltet psykisk helse eller i tidsskrifter for spesifikke psykiske sykdommer og lidelser (*Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, *Schizophrenia Bulletin* m.fl.). Det meste publiseres i tidsskrifter som også dekker tema som faller utenfor temaet psykisk helse og vår definisjon som er lagt til grunn. NIFU har tidligere analysert forskning på psykisk helse bibliometrisk. I et prosjekt om resultater av Forskningsrådets satsinger på rusmiddelforskning og forskning på psykisk helse (Ramberg et al. 2015), ble publikasjonene fra programmene analysert direkte. I et tidligere prosjekt om opptrappingsplanen for psykisk helse og forskningen ble det benyttet standardiserte kategorier for psykologi og psykiatri som ikke utelukkende omfattet psykisk helse (Wiig, Aksnes & Brofoss, 2009). Ingen av disse metodene er derfor egnet i dette prosjektet.

En alternativ metode er å benytte fagspesifikke søkeord for å avgrense feltet og identifisere publikasjoner. Dette er gjort i flere kartlegginger NIFU tidligere har gjennomført, blant annet publisering etter Health Research Classification System (HRCS) (Aksnes, 2016). Grunnlaget for metodikken er at søkeordene eller termene må være så spesifikke at de kan brukes som basis for å avgrense psykisk helse feltet bibliometrisk og derigjennom konstruksjon av publiseringsindikatorer (antall publikasjoner). Søkeordene bør identifisere artiklene på en entydig måte. Det vil si at ord som ikke er spesifikke for psykisk helse ideelt bør unngås. Videre bør ord som kan ha flere betydninger ikke brukes. I valget av søkeord er det derfor ikke tilstrekkelig å identifisere sentrale begreper innen et felt, men ordenes egnethet som søkeord må også vurderes.

I prosjektet er det således benyttet en metode for å identifisere publikasjoner ved bruk av tidsskriftsnavn og søkeord. For det første ble alle publikasjoner fra tidsskrift som spesifikt eller hovedsakelig synes å omfatte psykisk helse, psykiske sykdommer og lidelser tatt med. Disse er vist i tabell 1.3. Listen omfatter bare tidsskrifter som forskere i Norge har publisert i.

Tabell 1.3 Liste over tidsskrift relatert til psykisk helse hvor alle publikasjoner er inkludert.

Addiction	International Journal of Eating Disorders	Journal of Occupational Health Psychology
Addictive Behaviors	International Journal of Forensic Mental Health	Journal of Personality Disorders
Aggression and Violent Behavior	International Journal of Mental Health and Addiction	Journal of Positive Psychology
Aggressive Behavior	International Journal of Mental Health Nursing	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing
Aging & Mental Health	International Journal of Mental Health Promotion	Journal of School Violence
Anxiety Stress and Coping	International Journal of Mental Health Systems	Journal of Substance Abuse Treatment
Archives of Suicide Research	Issues in Mental Health Nursing	Journal of Trauma & Dissociation
Archives of Womens Mental Health	Journal of Abnormal Child Psychology	Journal of Traumatic Stress
Autism	Journal of Abnormal Psychology	Mental Health and Physical Activity
Autism Research	Journal of Affective Disorders	Personality and Mental Health
Behavioral Sleep Medicine	Journal of Aggression Maltreatment & Trauma	Personality Disorders-Theory Research and Treatment
Bipolar Disorders	Journal of Anxiety Disorders	Psychological Trauma-Theory Research Practice and Policy
Child Abuse & Neglect	Journal of Attention Disorders	Psychology & Health
Child and Adolescent Mental Health	Journal of Autism and Developmental Disorders	Psychology of Addictive Behaviors
Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health	Journal of Behavioral Addictions	Psychology of Violence
Community Mental Health Journal	Journal of Child Sexual Abuse	Psychopathology
Crisis-The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention	Journal of Eating Disorders	Research in Autism Spectrum Disorders
Depression and Anxiety	Journal of Experimental Psychopathology	Schizophrenia Bulletin
Development and Psychopathology	Journal of Family Violence	Schizophrenia Research
Deviant Behavior	Journal of Gambling Studies	School Mental Health
Eating Behaviors	Journal of Happiness Studies	Sexual Abuse-A Journal of Research and Treatment
Eating Disorders	Journal of Health Psychology	Stress and Health
European Addiction Research	Journal of Interpersonal Violence	Substance Use & Misuse
European Journal of Psychotraumatology	Journal of Loss & Trauma	Suicide and Life-Threatening Behavior
Health Psychology	Journal of Mental Health	Tidsskrift for psykisk helsearbeid
Infant Mental Health Journal	Journal of Nervous and Mental Disease	Work and Stress
International Journal of Bipolar Disorders	Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders	

For det andre ble det søkt på ord i titlene og sammendragene (abstract) til alle publikasjonene i databasene. Antakelsen bak dette er at publikasjonene innen psykisk helse vil inneholde ett eller flere av disse søkeordene, og at listen med ord dermed kan brukes for å avgrense feltet bibliometrisk.

Det foreligger allerede flere internasjonale bibliometriske studier hvor en søkeord-metodikk (alene eller i kombinasjon med tidsskriftsavgrensing) er benyttet til analyser av forskning innen psykisk helse generelt (Brigham et al., 2016; Lariviere et al., 2013; Lopez-Munoz et al., 2008) eller til analyser av spesifikke sykdommer og lidelser, f.eks. bipolar lidelse (Clement, Singh, & Burns, 2003), posttraumatisk stresslidelse (Figueira et al., 2007), schizofreni (Morlino et al., 1997; Theander & Wetterberg, 2010) og spiseforstyrrelser (Theander, 2004).

Som en del av prosjektet, ble det gjennomført et analysearbeid for å identifisere et sett med fagspesifikke søketermer. Ulike informasjonskilder ble benyttet i dette arbeidet, blant annet tidligere relevante bibliometriske studier (se over) og gjennomgang av metodikk anvendt her, analyser av ordfrekvenser i titler til sentrale tidsskifter innen psykisk helse, gjennomgang av dokumenter websider som omhandler typologisering, kjennetegn og diagnostikk av sentrale psykiske lidelser og sykdommer, blant annet ICD-10 om psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. En omfattende liste med søketermer ble utarbeidet. Listen inneholder generelle termer som «mental health», «mental disorder» og «psychopathology», termer som er knyttet til spesifikke lidelser og sykdommer, for eksempel «dysthymia», «cyclothymia», «hoarding», «obsessive-compulsive disorder» og «oppositional defiant disorder», termer som er knyttet til handlinger, for eksempel «self-harm» og «suicide» og termer knyttet til behandling, for eksempel «psychotherapy» og «benzodiazepine». Termer knyttet til lidelser og sykdommer danner igjen grunnlaget for separate analyser av publiseringen av spesifikke helse-/sykdomskategorier. Både engelske og norske termer ble benyttet.

Som nevnt over, ble det søkt både i titlene og sammendraget til artiklene. For publikasjoner som bare var indeksert i Cristin og ikke i Web of Science databasen er sammendrag ikke tilgjengelig, og søket omfattet her bare titlene. Mangel på sammendrag gjør at sannsynligheten for å fange opp relevante artikler reduseres noe. Til slutt ble det derfor foretatt en «manuell» gjennomgang av alle publikasjoner klassifisert innen psykologi og psykiatri³ hvor publikasjoner relatert til psykisk helse, men som ikke var fanget opp av søkeord-analysen, ble lagt til.

³ I registeret over publiseringskanaler klassifiseres alle tidsskrifter i fire fagområder og 86 disipliner, og det er nylig foretatt en klassifisering av bokpubliseringen etter samme system. På bakgrunn av dette er det mulig å analysere i ulike fagområder og disipliner. Det er blant annet en kategori for psykiatri og en for psykologi.

En gjennomgang av publikasjonene som ble identifisert, viste høy relevans. Det er likevel grunn til å presisere at metoden er laget for å kunne anvendes mekanisk, hvor fagekspertise ikke benyttes i selve klassifiseringen av enkeltpublikasjoner. Listen med publikasjoner har heller ikke blitt verifisert av enkeltinstitusjonene. Her ligger det også begrensninger. Testing av metoden viser at det er vanskelig å unngå at en del enkeltpublikasjoner blir feilklassifisert. Metodikken fungerer derfor best på makronivå, dvs. analyser av nasjonale publiseringsmønstre. Da blir slike feilkilder av mindre betydning. Fordelen med metoden er at den er konsistent på tvers av fag og institusjoner, i motsetning til hva som kan være tilfellet hvis den involverer skjønnsmessige vurderinger hos enkeltpersoner eller enkeltmiljøer. Det bør likevel presiseres at feilkildene gjør at det er usikkerhet knyttet til resultatene, særlig vil disse kunne være utslagsgivende for forskningsenheter som har få publikasjoner.

Den FoU-statistiske kartleggingen og publiseringsanalysen er således basert på forskjellige måter å avgrense psykisk helse på. En sammenligning av resultatene fra de to undersøkelsene viser at de på noen områder gir et litt forskjellig bilde av profilen til norsk forskning på psykisk helse. Dette diskuteres nærmere senere i rapporten.

Analysen omfatter årene fra 2011 til 2017 (data for 2018-årgangen var ikke tilgjengelig da prosjektet ble gjennomført). Det endelige utvalget bestod av om lag 6 800 artikler fra denne 7-årsperioden. I de fleste tilfeller er likevel analysen begrenset til perioden 2015–2017, dette for å få mest mulig oppdaterte og relevante indikatorer, samtidig som en periode på tre år gir et større og mer robust datasett i forhold til tilfeldige årlige variasjoner. I institusjonsanalysen har en publikasjon blitt tildelt en bestemt institusjon når den har forfatteradresser fra denne institusjonen. Mange publikasjoner har bidragsyttere fra flere institusjoner, disse vil bare telles én gang i de overordnede analysene for Norge. I analysene hvor fordelinger vises for enkeltinstitusjoner, er det beregnet relative forfatterbidrag per institusjon (fraksjonerte artikkeltall). I prosjektet har vi brukt to hovedtyper av resultatindikatorer: indikatorer over antall publikasjoner, og indikatorer over samarbeid (antall publikasjoner med medforfattere fra ulike institusjoner).

Publiseringsanalysene omfatter hovedsakelig den vitenskapelige publiseringen. En del av oppdragene som instituttene utfører for sine oppdragsgivere, resulterer i publikasjoner i ikke-vitenskapelige publiseringskanaler som gir uttelling i det resultatbaserte finansieringssystemet. Disse publiseres da ofte som rapporter i instituttens egne eller eksterne rapportserier eller i ikke-vitenskapelige profesjonstidsskrifter. Siden systematiske bibliografiske data for denne typer publikasjoner ikke foreligger, er det erfaringsmessig vanskelig å analysere disse. Det er likevel inkludert en case-

studie av slik publisering innen psykisk helse. Denne omfatter siste år (2017) og vil gi et bilde av omfanget av denne type publisering innenfor feltet.

1.6 Metode for å vurdere om forskningsinnsatsen og resultatene svarer til samfunnsutfordringene

I rapportens avsluttende kapittel tar vi utgangspunkt i *resultatene fra ressurskartleggingen og publiseringsanalysen* (i kapittel 2-4) som gir oss mål på forskningsomfanget for de helse- og sykdomskategorier innenfor psykiske helse basert på HRSC-systemet. Disse måltallene ser vi i forhold til opplysninger om *estimert helsebyrde fra Global Burden of Diseases 2016* og innsikter fra en omfattende dokumentanalyse.

Vi vurderer her samfunnsutfordringer, herunder mulige forskningssvake områder, ut fra tiltaksorienterte dokumenter fra offentlig forvaltning, samt fag- og forskningsrapporter og -artikler fra norske og europeiske miljøer. I dokumentanalysen tar vi for oss strategi- og handlingsplaner, programplaner, studier av sykdomsbyrden og kunnskapsoppsummeringer. Dette datagrunnlaget er supplert med telefonintervjuer med nøkkelpersoner innen forskning på psykisk helse ved universiteter, institutter og helseforetak. Intervjumaterialet belyser fortolkning av samfunnsbehov og mulige forskningssvake områder. Innsiktene fra dokumentanalysen og de supplerende intervjuer gir utgangspunktet for vår oppsummerende drøfting sammen med resultatene fra ressurskartleggingen og publiseringsanalysen.

Omfanget av ressursinnsatsen og vitenskapelig publisering gir oss ikke tilstrekkelig grunnlag for å vurdere om de ulike feltene innenfor forskningsområdet psykisk helse er sterke eller svake. Et tilsynelatende lite forskningsfelt trenger ikke å være forskningssvakt. En psykisk lidelse som er lite utbredt vil dessuten gjerne utgjøre en mindre samfunnsutfordring selv om den er svært alvorlig for pasienten og de pårørende. Det kan være gode grunner til at det brukes en relativt mindre andel av de tilgjengelige offentlige forskningsmidlene innenfor dette feltet sammenlignet med psykiske lidelser som er vesentlig mer utbredt i befolkningen. Samtidig kan det være fornuftig å bruke en høyere andel av de totale ressursene på et andre felt hvor samfunnsutfordringene er store. Vi vurderer derfor om et forskningsfelt forbundet med en psykisk lidelse (helsekategori) er forskningssvakt, i lys av samfunnsutfordringer, herunder helsebyrden, forbundet med feltet.

1.7 Rapportens oppbygging

Denne rapporten er oppbygd på følgende vis. Kapittel 1 gir en kort bakgrunn for prosjekter, metodedeler for ressurs- og publiseringskartlegging, samt dokumentanalysen. Kapittel 2 presenterer resultatene fra ressurskartleggingen, belyst med FoU-utgifter til psykisk helse i 2017. Ressursinnsatsen er vist etter utførende institusjoner, helse- og sykdomskategorier, forskningsaktiviteter og temaområder. Kapittel 3 viser FoU-ressursene til psykisk helse nærmere på de utførende sektorene. Kapittel 4 omhandler publiseringsanalysen og viser resultatsiden av forskningen målt som antall vitenskapelige publikasjoner. Kapitlet gir en oversikt over utviklingen av publiseringsomfanget innenfor psykisk helse fra 2011–2017, med hovedvekt på siste treårsperiode (2015–2017). Kapitlet gir også indikatorer for nasjonalt og internasjonalt samarbeid. Kapittel 5 er en dokumentanalyse av sentral litteratur om samfunnsutfordringer knyttet til psykiske lidelser og plager. Kapitlet gir en oversikt over mulige forskningssvake områder og er basert på resultatene fra ressurskartleggingen og publiseringsanalysen. Kapitlet 6 gir en vurdering av hvorvidt disse resultatene samsvarer med samfunnsutfordringene knyttet til de enkelte psykiske lidelser og plager. Kapitlet knytter også nasjonale behov til tilsvarende kartlegginger internasjonalt.

Som vedlegg til rapporten følger en kort omtale av FoU-statistisk metode, oversikt over enhetene i universitets- og høgskolesektoren, instituttsektoren og spesialisthelsetjenesten (her kalt helseforetakene) som inngår i kartleggingen, samt spørreskjemaet som ble benyttet i datainnsamlingen.

2 Totale ressurser til psykisk helse

I dette kapitlet viser vi resultater fra kartleggingen av ressurser til forskning og utviklingsarbeid (FoU) innen psykisk helse i Norge i 2017. Som beskrevet foran ble undersøkelsesenheter bedt om å oppgi antall årsverk de hadde brukt til FoU innen psykisk helse. For å beregne FoU-utgiftene ble FoU-årsverkene så multiplisert med gjennomsnittlige årsverkspriser, basert på FoU-statistikken. Etter en gjennomgang av totalressursene til FoU innen psykisk helse, beskriver vi hovedtrekk i finansieringsstrukturen. Deretter redegjør vi for hvordan FoU-ressursene fordeler seg på helse- og sykdomskategorier, forskningsaktiviteter og etter forskningstemaer.

2.1 Psykisk helse i totalbildet

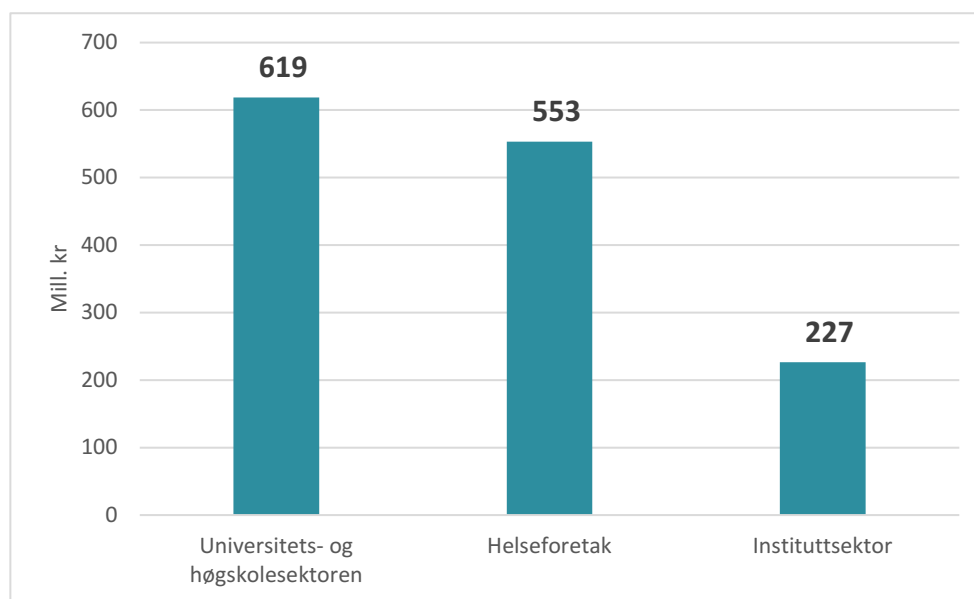
Dette er første gang FoU innenfor psykisk helse er kartlagt samlet på denne måten i Norge, så vi har vi ikke noe direkte sammenligningsgrunnlag. Vi valgte derfor å se FoU-ressursene innen psykisk helse i forhold til FoU-innsatsen i Norge samlet og per utførende sektor. Vi skiller her mellom universitets- og høyskolesektoren og instituttsektoren. Vi har også valgt å skille ut spesialisthelsetjenesten eller helseforetakene som en egen sektor. I FoU-statistikken inngår universitets- sykehusene i universitets- og høyskolesektoren, mens øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus inngår i instituttsektoren.

Kartleggingen viser at det totalt ble brukt 1,4 milliarder kroner på FoU innen feltet psykisk helse i 2017. Til sammenligning ble det brukt i underkant av 9 milliarder kroner til FoU innen medisin- og helsefag totalt i 2017. Psykisk helse utgjorde dermed om lag 16 prosent. Feltet psykisk helse er imidlertid ikke utelukkende å betrakte som en medisinsk fagdisiplin, men inneholder også samfunnsvitenskapelige fag som psykologi og sosialt arbeid. Sett i forhold til FoU-innsatsen på det noe videre tematiske forskningsområdet *helse og omsorg* som i 2017 var på om lag 11,3 milliarder kroner, utgjorde FoU innen psykisk helse ca. 12 prosent av det samlede FoU-ressursene til helse og omsorg i 2017.

For å sammenligne ressursinnsatsen til forskning innen psykisk helse med den øvrige ressursinnsatsen på helsefeltet som går til somatikk, har vi sett på

HelseOmsorg21-monitoren⁴. Basert på bevilgninger til helseforskningsprosjekter klassifisert i forhold til HRCS-systemet, fra kilder som Norges forskningsråd, regionale helseforetak, Kreftforeningen og EU-kommisjonen, fremkommer det at 8 prosent av forskningsmidlene gikk til mental helse. Tall fra HelseOmsorg21-monitoren viser at kun kreftforskning, generell helserelevant forskning og forskning på hjernen og nervesystemet fikk mer forskningsmidler enn mental helse. Dette plasserer omfanget av forskningsinnsatsen til mental helse foran en rekke andre sykdomskategorier som blant andre betennelse og immunsystem, infeksjoner, hjerte og kar, forplantning og fødsel.

Figur 2.1 viser FoU-utgiftene innen psykisk helse fordelt på sektor for utførelse. Universitets- og høyskolesektoren var den største innen feltet med om lag 620 millioner kroner, som var 44 prosent av de samlede FoU-utgiftene til psykisk helse i 2017. Helseforetakenes ressursinnsats til FoU på området utgjorde om lag 550 millioner kroner eller nærmere 40 prosent. Instituttsektoren var minst av de tre sektorene med en samlet ressursinnsats på 240 millioner kroner, som var 17 prosent av den totale ressursinnsatsen til FoU på feltet.



Figur 2.1 Driftsutgifter til FoU innenfor psykisk helse etter sektor for utførelse i 2017.

Kilde: NIFU

De om lag 1,4 milliarder kroner som Norge brukte på FoU innen psykisk helse, utgjorde 4,1 prosent av de tre sektorenes totale FoU-innsats. Siden det i liten grad utføres FoU på dette feltet i næringslivet, er ikke næringslivets totale FoU-innsats i utgangspunktet tatt med i beregningen. Men legger vi til næringslivets totale FoU-

⁴ Følg lenken <https://www.helseomsorg21monitor.no/>

innsats på drøye 30 milliarder kroner, utgjør FoU til psykisk helse om lag 2,2 prosent av total FoU i Norge i 2017.

Tabell 2.1 Driftsutgifter til FoU i Norge i 2017 totalt (ekskl. næringslivet) og innen psykisk helse, etter utførende sektor. Andel av total FoU i Norge og sektorfordeling i prosent.

Sektor	Psykisk helse	Driftsutgifter	Andel av total FoU i Norge per sektor*	Andel av total FoU på psykisk helse
Universitets- og høyskolesektoren	619	17 721	3,5 %	44 %
Helseforetak	553	4 292	12,9 %	39 %
Instituttsektor	227	12 212	1,9 %	16 %
Totalt	1 398	34 224	4,1 %	100 %

*Helseforetakene er presentert som egen utførende sektor i denne kartleggingen og inngår ikke i summene for universitets- og høyskolesektoren og instituttsektoren, som de normalt sett gjør i FoU-statistisk sammenheng.

Kilde: NIFU

FoU innen psykisk helse utgjør en varierende del av de tre sektorenes samlede FoU-innsats. Relativt størst er andelen blant helseforetakene med ca. 13 prosent. I universitets- og høyskolesektoren utgjør feltet 3,5 prosent og i instituttsektoren 2 prosent av totale driftsutgifter til FoU.

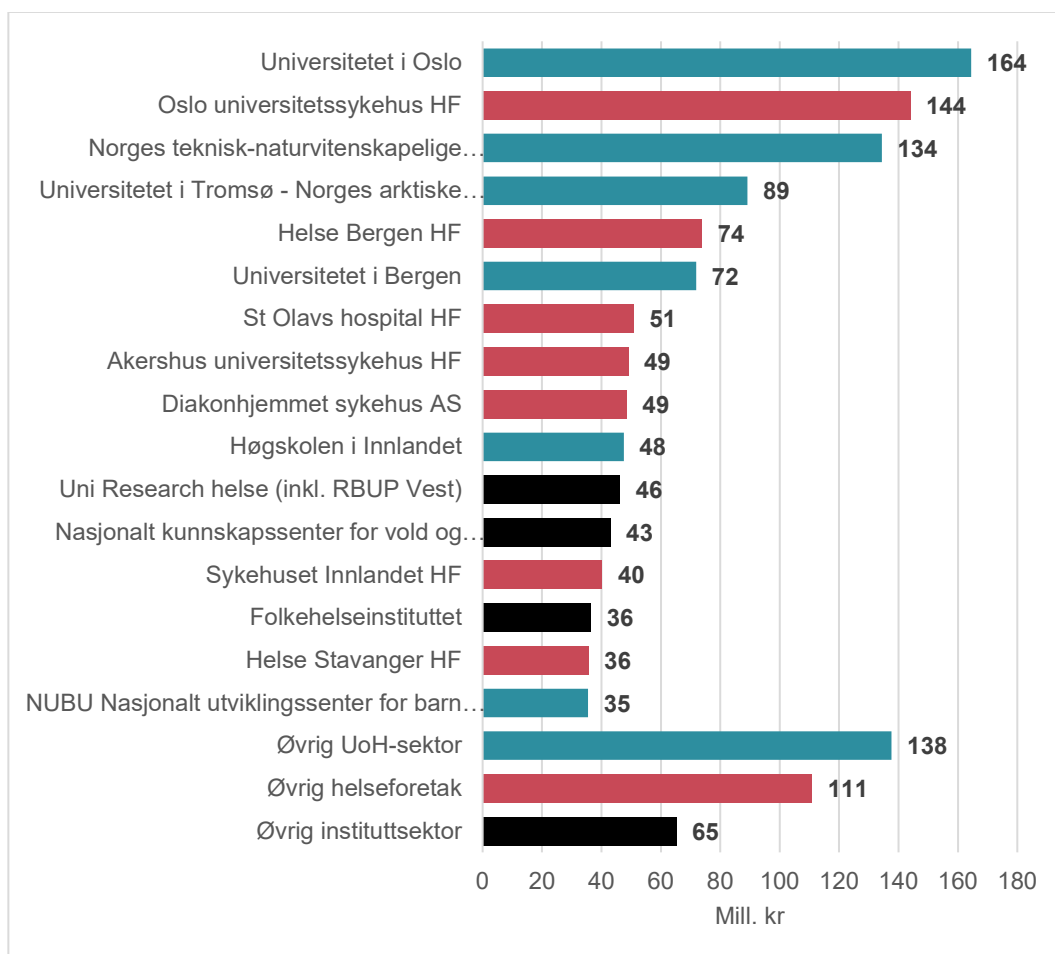
En kartlegging av ressursbruk til forskning i spesialisthelsetjenesten viser at 28 av 42 helseforetak utførte forskning innenfor psykisk helsevern i 2017 for til sammen 516 millioner kroner (Wiig og Olsen, 2018). Dette tilsvarte 13 prosent av spesialisthelsetjenestens samlede forskningsinnsats i 2017, som er på nivå med resultatene fra vår kartlegging av psykisk helse. Resultater fra helseforetak-kartleggingen viser også at ressursbruken til psykisk helse varierer mellom helseforetakene. Ved Oslo universitetssykehus som brukte mest av helseforetakene på forskning på området, utgjorde ressursinnsatsen til forskning på psykisk helse bare om lag 6 prosent. Ved Helse Bergen som brukte nest mest på dette forskningsområdet, var andelen 11 prosent, mens området psykisk helse utgjorde en fjerdedel den samlede forskningen ved St Olavs hospital HF som brukte tredje mest.⁵

2.2 Psykisk helse etter institusjon

Figur 2.2 viser FoU-ressursene til psykisk helse etter institusjon, begrenset til de 21 største. Universitetet i Oslo (UiO), som er største enkeltinstitusjon, oppga samlet et volum på om lag 165 millioner kroner (basert på besvarelser fra syv institutter). Deretter følger Oslo universitetssykehus HF (OUS) med en

⁵ Se Vedleggstabell V2.2 i Wiig og Olsen (2018).

ressursinnsats på til sammen 144 millioner kroner som er størst blant helseforetakene. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) er tredje største institusjon, og nest største lærested, med et samlet volum på 134 millioner kroner, basert på tall fra i alt åtte institutter. Av de sju institusjonene med størst rapportert ressursinnsats til FoU innen psykisk helse finner vi fire universiteter og tre universitetssykehus. Et stykke bak kommer Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitetet med en ressursinnsats på nær 90 millioner kroner. Også her er det åtte institutter som inngår i lærestedets totale innsats. Femte største bidragsyter er Helse Bergen HF med en ressursinnsats på om lag 75 millioner kroner til FoU innen psykisk helse. Like bak følger Universitet i Bergen med en samlet ressursinnsats på 72 millioner kroner, basert på rapporter fra i alt sju institutter som oppga å ha FoU på dette feltet. Størst blant høyskolene er Høgskolen i Innlandet med 48 millioner kroner. Uni Research Helse (nå del av Norce) er det største i instituttsektoren og hadde et forskningsvolum på 46 millioner kroner. Det nest største forskningsmiljøet i instituttsektoren er Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress med en ressursinnsats på 43 millioner kroner. Deretter er det et lite stykke ned til Folkehelseinstituttet med et volum på 36 millioner kroner, som er tett foran NUBU – Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge med en ressursinnsats på 35 millioner kroner.



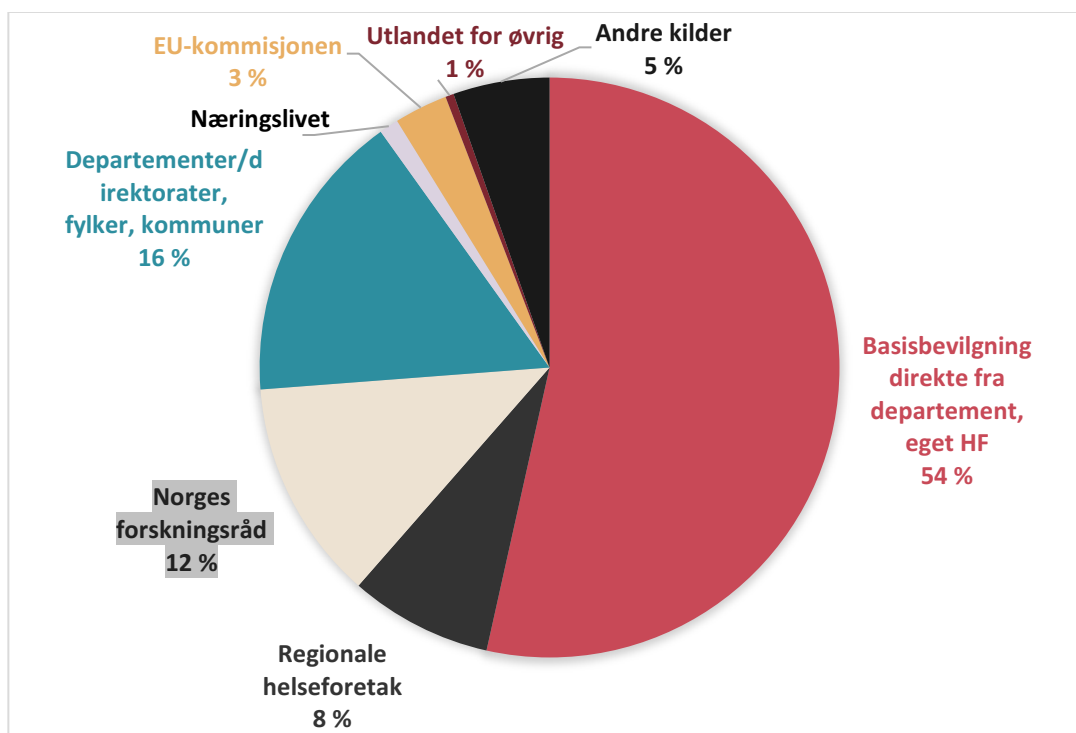
Figur 2.2 Driftsutgifter til FoU innenfor psykisk helse i 2017 etter institusjon.

Kilde: NIFU

Turkise søyler: UoH-sektor; røde søyler: helseforetak og svarte søyler: instituttsektor

2.3 Finansiering av FoU innenfor psykisk helse

FoU innenfor psykisk helse utføres i stor grad av offentlige institusjoner, som helseforetak, universiteter og høyskoler eller forskningsinstitutter som i stor grad er offentlig styrt og finansiert. Figur 2.3 viser da også at forskningsfeltet i all hovedsak er finansiert av offentlige midler.



Figur 2.3 Driftsutgifter til FoU innenfor psykisk helse i 2017 etter finansieringskilde. Prosent.

Kilde: NIFU

Hvor mye de enkelte finansieringskildene bidrar, fremkommer i tabell 2.2. Basisbevilgningen som institusjonene mottar direkte fra ansvarlig departement eller helseforetakene får fra Helse- og omsorgsdepartementet via de regionale helseforetakene, utgjorde noe mer enn halvparten (54 prosent) av midlene. Forskningsmidler fra de regionale helseforetakene var på til sammen ca. 110 millioner kroner eller 8 prosent av totale midler. I tillegg til disse statlige midlene, hadde også forskningsmiljøene andre midler fra departementer og direktorater i form av forskningsprosjekter, som innbefatter både oppdrags- og bidragsprosjekter, for i alt 230 millioner kroner, som var 16 prosent av totalressursene. Norges forskningsråd er også en betydelig finansieringskilde og bidro med i alt 175 millioner kroner eller ca. 12 prosent. De nevnte finansieringskildene som alle er offentlige, stod til sammen for nesten 1,3 milliarder kroner eller 90 prosent av de totale forskningsmidlene til psykisk helse. Som nevnt innledningsvis, utfører næringslivet i liten grad FoU innenfor psykisk helse, og bidro med kun én prosent av totalfinansieringen. Utenlandske kilder stod for knapt 50 millioner eller 3,5 prosent av totalvolumet, hvorav EU-kommisjonen bidro med om lag 40 millioner kroner.

Sammenligner vi finansieringsstrukturen for psykisk helse med norsk forskning for øvrig og medisinsk forskning, finner vi noen likheter. Offentlige kilder finansierte i 2017 om lag 90 prosent i både universitets- og

høgskolesektoren og blant helseforetakene. I instituttsektoren derimot utgjør offentlig kilder en noe lavere andel (70 prosent), som skyldes at mange av instituttene i større grad utfører oppdrag for andre enn offentlige oppdragsgivere.

Tabell 2.2 Totale driftsutgifter til FoU innenfor psykisk helse i 2017 etter finansieringskilde. Mill kr. Prosent.

Finansieringskilder	Mill kr	Andel av total (%)
Basisbevilgning direkte fra departement, eget helseforetak	748	53,5 %
Regionale helseforetak (øremerkede forskningsmidler)	111	8,0 %
Norges forskningsråd	173	12,3 %
Departementer/direktorater, fylker, kommuner	228	16,3 %
Næringslivet	15	1,1 %
EU-kommisjonen	42	3,0 %
Utlandet for øvrig	6	0,5 %
Andre kilder	75	5,4 %
Totalt	1 398	100,0 %

Kilde: NIFU

2.4 Nærmere om hva slags FoU som utføres

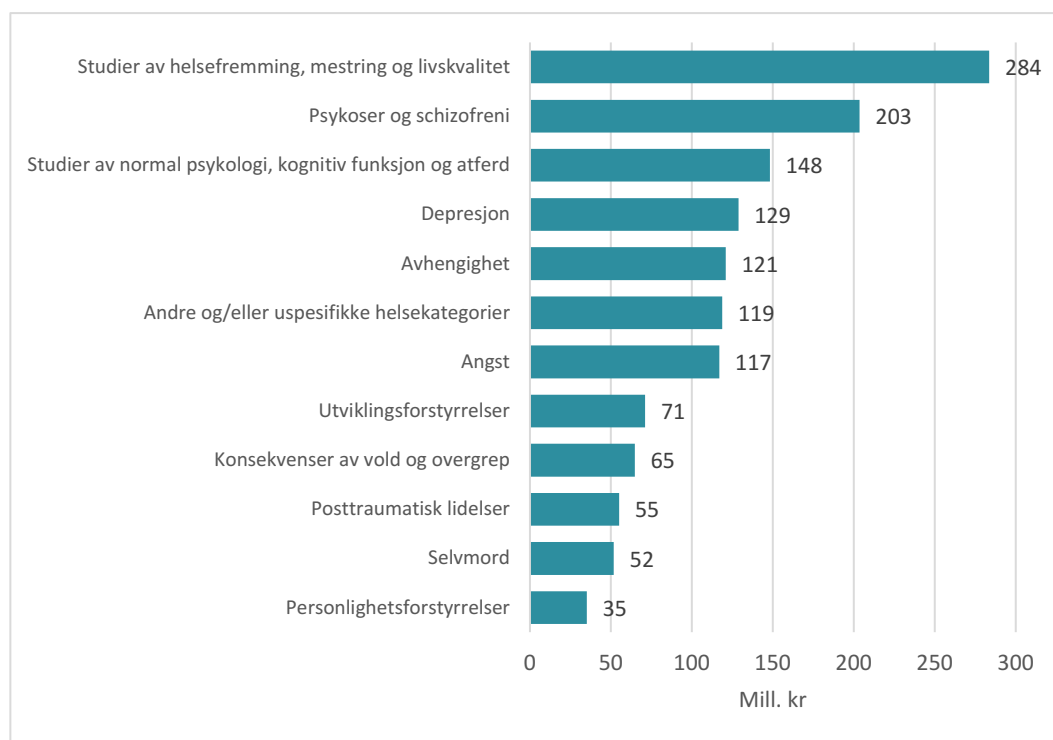
For å kunne si noe om hva slags FoU-aktivitet som foregår, har vi i kartleggingen benyttet tre ulike inndelinger. Den ene går under betegnelsen *helse- og sykdomskategorier* og betegner hva slags sykdommer eller emner forskningen er rettet mot (avsnitt 2.4.1). Den andre inndelingen kalles *forskningsaktivitet* og skiller mellom ulike typer forskning, fra det grunnleggende til det anvendte og kliniske (avsnitt 2.4.2). Den tredje inndelingen har vi forenklet kalt *forskningstemaer*, den omfatter temaer/forskningsfelt eller tilnærminger som oppdragsgiver har ønsket belyst på bakgrunn av arbeidet med politikktutforming på området psykisk helse (avsnitt 2.4.3). Kategoriene kan overlappe med hverandre og også med helsekategoriene.

2.4.1 Psykisk helse etter helsekategori

Figur 2.4 viser hvordan FoU-ressursene til psykisk helse fordeler seg på 12 definerte helsekategorier. Den største enkeltkategorien er *studier av helsefremming, mestring og livskvalitet* med en samlet FoU-innsats på nærmere 300 millioner kroner i 2017, som var om lag en femtedel av samlede FoU-ressurser innenfor psykisk helse. Sammen med *studier av normal psykologi, kognitiv funksjon og atferd* som med 150 millioner eller vel 10 prosent av totalen som er tredje

største helsekategori, utgjør det vi kan karakterisere som ikke spesifikke psykiske lidelser nærmere en tredjedel av FoU-innsatsen innenfor området psykisk helse.

De øvrige helsekategoriene betegner i stor grad ulike sykdommer eller psykiske lidelser. Forskning på *psykoser og schizofreni* er klart størst med 200 millioner kroner eller 14 prosent av totalinnsatsen. Deretter følger forskning innenfor de tre kategoriene *depresjon, avhengighet og angst* med om lag 120 millioner kroner eller om lag 8 prosent hver.



Figur 2.4 Driftsutgifter til FoU innenfor psykisk helse i 2017 etter helse- og sykdomskategori. Mill. kr.

Kilde: NIFU

Det minste forskningsområdet etter helsekategori er *personlighetsforstyrrelser* med en samlet ressursinnsats på om lag 35 millioner kroner eller bare 2,5 prosent av det samlede ressursomfanget av psykiske helse. Forskning relatert til *selv mord* var nest minste kategori med om lag 50 millioner kroner, mens *posttraumatiske lidelser, konsekvenser av vold og overgrep og utviklingsforstyrrelser* lå noe høyere.



Figur 2.5 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i 2017 etter helse- og sykdomskategori og utførende sektor. Prosent.

Kilde: NIFU

Figur 2.5 viser hvordan forskningsinnsatsen fordeler seg på de tre sektorene, vi ser relativt ulike forskningsprofiler. I universitets- og høyskolesektoren står de to mest generelle og minst sykdomsspesifikke kategoriene sterkest. Dette kan tolkes som et fokus på forskning som er orientert mot forståelse av menneskesinnet og normal eller typisk atferd. Men også innenfor helsekategorien *utviklingsforstyrrelser* stod sektoren for nær 60 prosent av den samlede FoU-aktiviteten og vel 40 prosent av forskningsinnsatsen på *depresjon*, *selvmord* og *konsekvenser av vold og overgrep*.

I helseforetakene er forskningen naturlig nok i stor grad knyttet til psykisk sykdom og lidelser. Størst andel hadde helseforetakene innenfor forskning på *psykosar og schizofreni* – vel 70 prosent, men sto også for mer enn halvparten av forskningen om *avhengighet*, *personlighetsforstyrrelser*, *selvmord* og *angst*. Specialisthelsetjenesten stod også for vel 60 prosent av ressursinnsatsen innenfor *andre og/eller uspesifikke helsekategorier*.

Instituttsektoren stod for om lag halvparten av forskningen om posttraumatiske lidelser, fulgt av studier av *konsekvenser av vold og overgrep* og *normal psykologi, kognitiv funksjon og atferd*, begge med 30 prosent av totalinnsatsen innenfor helsekategorien. På øvrige områder står instituttsektoren for en klart mindre andel av forskningen innenfor psykisk helse enn universitets- og høgskolesektoren og spesialisthelsetjenesten.

Tabell 2.3 viser FoU-ressursenes fordeling på helsekategorier og sektor mer detaljert.

Tabell 2.3 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i 2017 etter helse- og sykdomskategorier og sektor for utførelse.

Helsekategori	UoH-sektoren	Helseforetak	Instituttsektor	Totalt	Andel %
Studier av normal psykologi, kognitiv funksjon og atferd	93	8	47	148	11 %
Studier av helsefremming, mestring og livskvalitet	200	41	42	284	20 %
Angst	37	60	20	117	8 %
Depresjon	54	57	18	129	9 %
Psykososer og schizofreni	51	146	6	203	15 %
Personlighetsforstyrrelser	11	20	5	35	3 %
Avhengighet	41	72	8	121	9 %
Selv mord	22	27	3	52	4 %
Konsekvenser av vold og overgrep	28	18	19	65	5 %
Posttraumatisk lidelser	13	15	27	55	4 %
Utviklingsforstyrrelser	42	18	11	71	5 %
Andre og/eller uspesifikke helsekategorier	26	73	20	119	8 %
Totalt	619	553	227	1 398	100 %

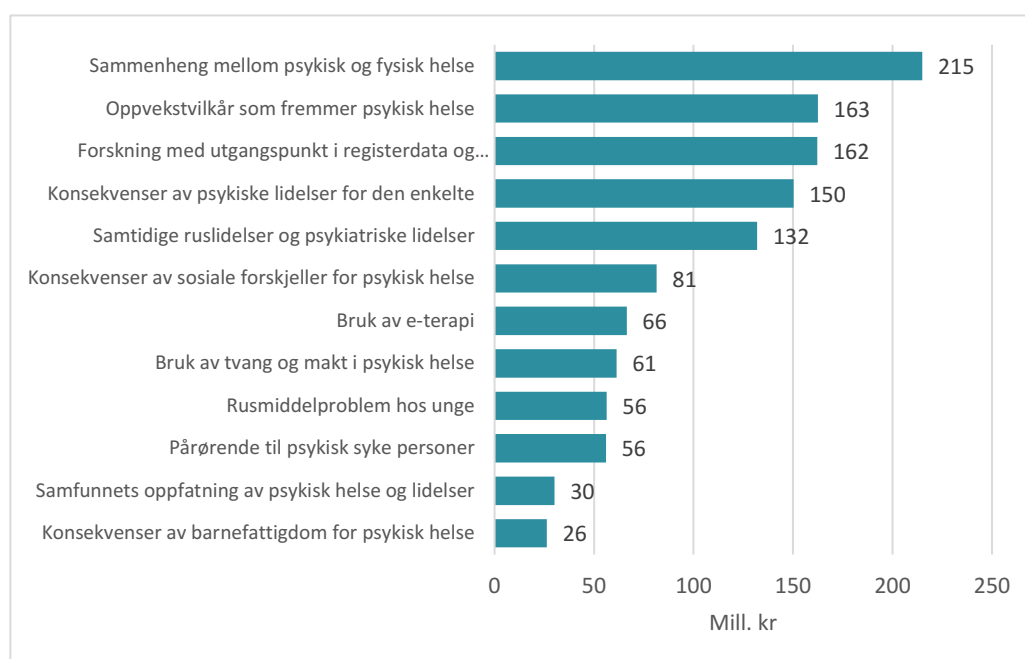
Kilde: NIFU

2.4.2 FoU innen psykisk helse etter forskningstema

Figur 2.6 viser den samlede FoU-innsatsen innen psykisk helse i universitets- og høgskolesektoren, instituttsektoren og spesialisthelsetjenesten samlet, fordelt på forskningstema. Som nevnt innledningsvis i metod delen og i kapittel 2.4, består denne kategorien av både forskningstemaer og metodiske tilnærminger. Kategoriene kan derfor overlappe med hverandre, samt med flere av de psykiske lidelsene under helsekategoriene.

Vel 215 millioner kroner eller en snau femtedel (15 prosent) av FoU-innsatsen oppgis rettet mot sammenhengen mellom fysisk og psykisk helse. Deretter følger oppvekstvilkår som fremmer psykisk helse og forskning med utgangspunkt i registerdata og biobanker, hver med en ressursinnsats på vel 160 millioner kroner eller 12 prosent av totalinnsatsen til psykisk helse.

De øvrige temaområdene gjelder i større grad forskning på psykiske lidelser og årsaker til og konsekvenser av slike. Størst er forskning om *konsekvenser av psykiske lidelser for den enkelte* (11 prosent) og om *samtidige rus- og psykiatriske lidelser* (9 prosent).



Figur 2.6 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i 2017 etter forskningstema. Mill. kr.

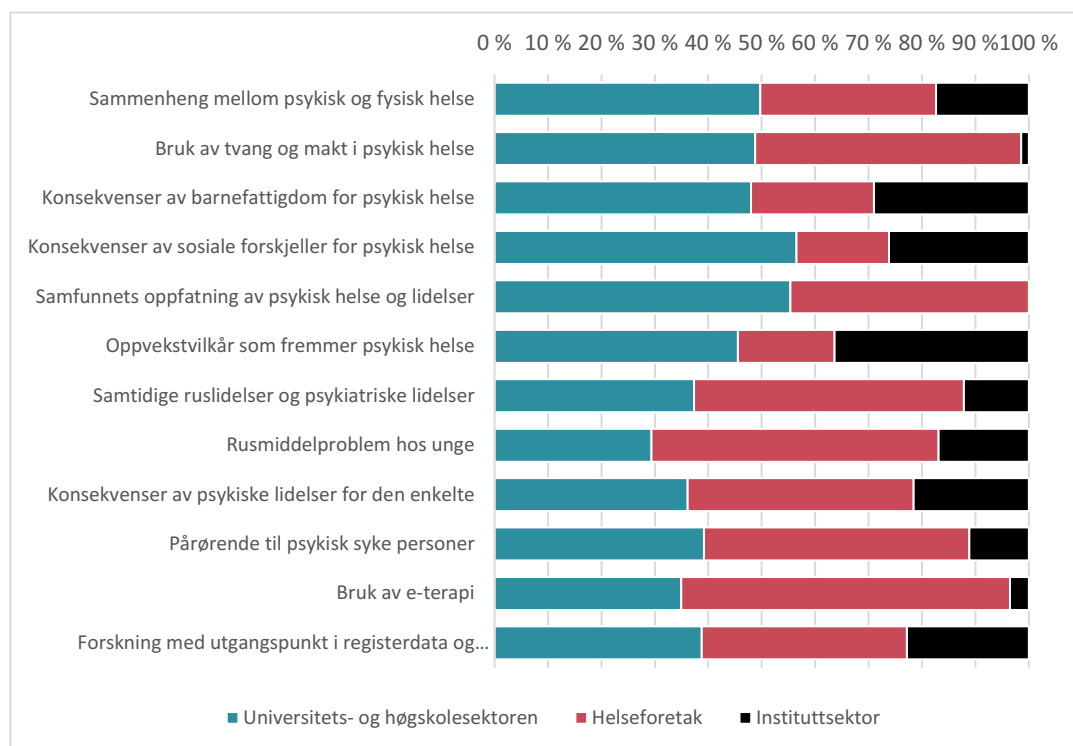
Kilde: NIFU

Relativt minst FoU finner vi på forskningstemaene *konsekvenser av barnefattigdom for psykisk helse* og *samfunnets oppfatning av psykisk helse og lidelser*, med omlag 25-30 millioner eller rundt 2 prosent av samlet ressursinnsats til FoU innen psykisk helse hver.

I likhet med helsekategoriene fordeler forskningstemaene seg ulikt på sektorene. Figur 2.7 viser at universitets- og høgskolesektoren stod for vel 55 prosent av FoU-ressursene innen temaområdene *konsekvenser av sosiale forskjeller for psykisk helse* og *samfunnets oppfatning av psykisk helse og lidelser*, og om lag halvparten av forskningen om *sammenheng mellom fysisk og psykisk helse*, *bruk av tvang og makt i psykisk helse* og *konsekvenser av barnefattigdom for psykisk helse*.

Helseforetakene stod for 62 prosent av forskningsinnsatsen innen *bruk av e-terapi* og om lag halvparten av ressursene på forskning om *bruk av tvang og makt i psykisk helse*, om *samtidige ruslidelser* og psykiske lidelser og om *pårørende til psykisk syke personer*.

Instituttsektorens står som tidligere nevnt, for om lag en femtedel av den samlede forskningsinnsatsen innen psykisk helse. Sektoren står følgelig også for mindre andeler av de ulike temaområdene enn de øvrige. Størst er innsatsen på forskningstemaene *oppvekstvilkår som fremmer psykisk helse*, fulgt av *konsekvenser av barnefattigdom på psykisk helse* og *konsekvenser av sosiale forskjeller for psykisk helse*. Dette er alle områder som kan sies å sette psykisk helse i en samfunnsmessig kontekst.



Figur 2.7 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i 2017 etter forskningstema og utførende sektor. Relativ fordeling

Kilde: NIFU

Tabell 2.4 viser FoU-ressursenes fordeling på forskningstemaer og sektor mer detaljert.

Tabell 2.4 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i 2017 etter forskningstema og utførende sektor.

Forskningstemaer	UoH-sektoren	Helseforetak	Instituttsektor	Totalt	Andel %
Sammenheng mellom psykisk og fysisk helse	107	71	37	215	15 %
Bruk av tvang og makt i psykisk helse	30	31	1	61	4 %
Konsekvenser av barnefattigdom for psykisk helse	13	6	8	26	2 %
Konsekvenser av sosiale forskjeller for psykisk helse	46	14	21	81	6 %
Samfunnets oppfatning av psykisk helse og lidelser	17	13	0	30	2 %
Oppvekstvilkår som fremmer psykisk helse	74	29	59	163	12 %
Samtidige ruslidelser og psykiatriske lidelser	49	67	16	132	9 %
Rusmiddelproblem hos unge	17	30	10	56	4 %
Konsekvenser av psykiske lidelser for den enkelte	54	64	32	150	11 %
Pårørende til psykisk syke personer	22	28	6	56	4 %
Bruk av e-terapi	23	41	2	66	5 %
Forskning med utgangspunkt i registerdata og biobanker	63	62	37	162	12 %

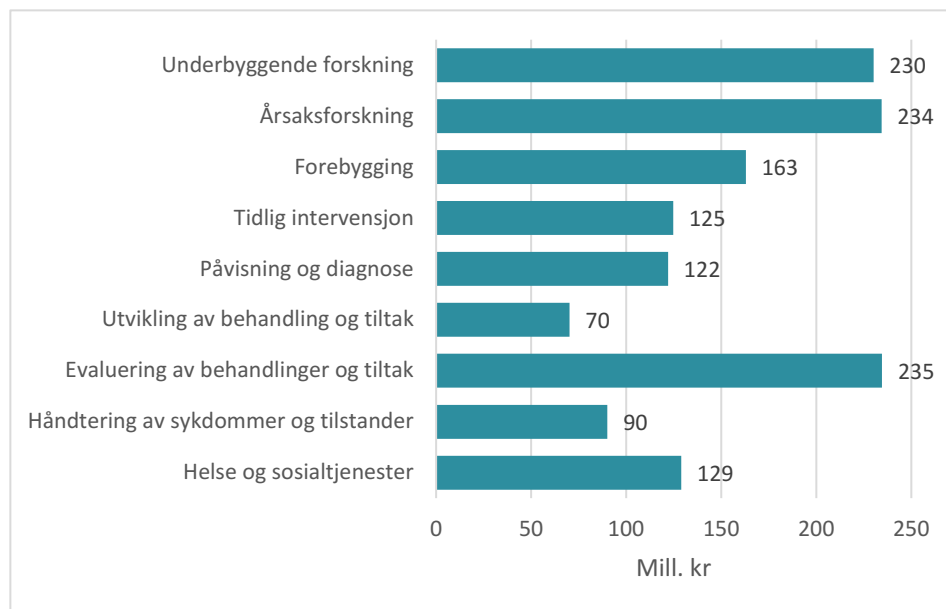
Kilde: NIFU

2.4.3 FoU innen psykisk helse fordelt etter forskningsaktivitet

Figur 2.8 viser FoU-ressursene fordelt på forskningsaktiviteter for alle sektorene samlet. Forskning på *evaluering av behandling og tiltak* og *årsaksforskning* er de to største forskningsaktivitetene, hver med en ressursinnsats på om lag 235 millioner kroner. Like bak følger *underbyggende forskning* med en ressursinnsats på om lag 230 millioner. To av dem kan sies å ha grunnleggende karakter, mens *evaluering av behandlinger og tiltak* er av mer anvendt karakter. Det samme gjelder de neste på listen, dvs. forskning om *forebygging* (12 prosent) og *helse- og sosialtjenester, tidlig intervensjon og påvisning og diagnose* – alle med om lag 9 prosent av forskningsinnsatsen hver. Minst FoU finner vi innenfor området *utvikling av behandlinger og tiltak* – 70 millioner kroner eller 5 prosent.

Å vurdere hvorvidt omfanget til de ulike forskningsaktivitetene er som forventet eller ikke, er ikke enkelt uten sammenligningsgrunnlag. Man kunne kanskje forvente at det ble brukt mer ressurser til forskning på *utvikling av behandling og tiltak* og mindre på *evaluering av behandlinger og tiltak*. Imidlertid

viser tall fra HelseOmsorg21-monitoren⁶ et tilsvarende størrelsesforhold, at førstnevnte forskningsområde utgjør om lag en fjerdedel av sistnevnte.



Figur 2.8 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i 2017 etter forskningsaktiviteter. Mill. kr.

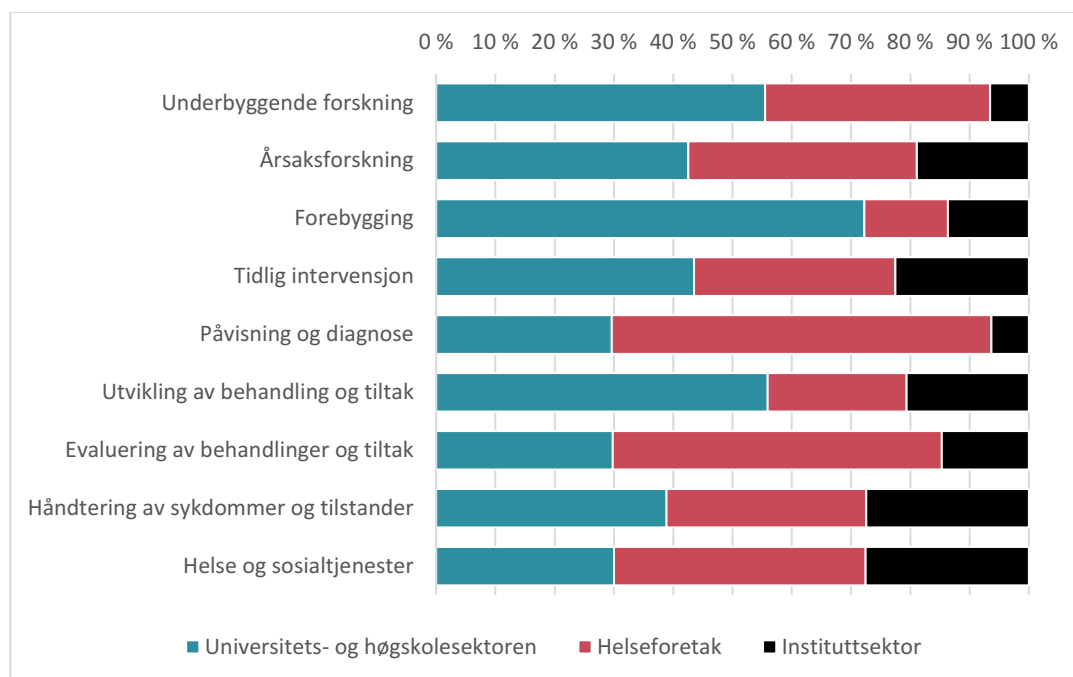
Kilde: NIFU

Også her er det ulikheter i forskningsprofil de tre sektorene imellom. Figur 2.9 viser at universitets- og høgskolesektoren veier relativt tyngst innen forskning om *forebygging* med vel 70 prosent av totalinnsatsen, men står også for om lag 55 prosent av forskningsinnsatsen innenfor *underbyggende* forskning og *utvikling av behandling og tiltak*.

Universitets- og høgskolesektoren har relativt sett langt mindre ressursinnsats innenfor *påvisning og diagnose* og *evaluering av behandlinger og tiltak*, som begge er forskningsaktiviteter der helseforetakene står særlig sterkt med henholdsvis 64 prosent og 56 prosent av den samlede FoU-innsatsen. Helseforetakene stod også for om lag 40 prosent av forskningen om *helse- og sosialtjenester*, *underbyggende forskning* og *årsaksforskning*, men er i mindre grad inne på *forebyggingssiden* og *utvikling av behandlinger og tiltak*.

Instituttsektorens forskningsinnsats på området psykisk helse gjelder særlig forskning på *håndtering av sykdommer og tilstander* og på *helse- og sosialtjenester*, men også innen *tidlig intervensjon*, *utvikling av behandlinger og tiltak* og *årsaksforskning* stod instituttsektoren for om lag en femtedel av ressursinnsatsen.

⁶ <https://www.helseomsorg21monitor.no/figur/14?chartType=heatmap>



Figur 2.9 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i 2017 etter forskningsaktivitet og utførende sektor. Prosent.

Kilde: NIFU

Tabell 2.5 viser FoU-ressursenes fordeling på forskningsaktiviteter og sektor mer detaljert.

Tabell 2.5 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i 2017 etter forskningsaktiviteter og sektor for utførelse.

Forskningsaktivitet	Universitets- og høyskolesektoren	Helseforetak	Instituttsektor	Totalt	Andel %
Underbyggende forskning	128	87	15	230	16 %
Årsaksforskning	100	90	44	234	17 %
Forebygging	118	23	22	163	12 %
Tidlig intervensjon	54	42	28	125	9 %
Påvisning og diagnose	36	78	8	122	9 %
Utvikling av behandling og tiltak	39	16	14	70	5 %
Evaluering av behandlinger og tiltak	70	130	34	235	17 %
Håndtering av sykdommer og tilstander	35	30	25	90	6 %
Helse og sosialtjenester	39	55	36	129	9 %
Totalt	619	553	227	1 398	100 %

Kilde: NIFU

3 FoU innen psykisk helse etter sektor

I dette kapitlet er FoU-ressursene til psykisk helse innenfor hver av de utførende sektorene beskrevet nærmere. Sektorfordelingen innenfor de tre typologiene er vist i forrige kapittel, men størrelsen på forskningsområdene kan gi et litt skjevt inntrykk av FoU-strukturen innenfor den enkelte sektor. Vi har derfor valgt å oppsummere forskningsprofilene innenfor de tre sektorene.

3.1 FoU innen psykisk helse i universitets- og høgskolesektoren

Totalt sett ble det brukt 619 millioner kroner på FoU innenfor psykisk helse blant universiteter og høgskoler i 2017.



Figur 3.1 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i universitets- og høgskolesektoren i 2017 etter helse- og sykdomskategori. Mill. kr.

Kilde: NIFU

Av disse gikk 200 millioner kroner eller nær en tredjedel til *studier av helsefremming, mestring og livskvalitet*. Nest største kategori var *studier av normal*

psykologi, kognitiv funksjon og atferd med nærmere 100 millioner kroner eller 15 prosent. Til sammen utgjorde disse to helsekategoriene, som i liten grad er sykdomsorienterte, nær halvparten av ressursinnsatsen til FoU på dette fagområdet. Ressursinnsatsen til FoU innen de ulike helse- og sykdomskategoriene er relativt mindre. Minst forskes det på *posttraumatisk lidelser og personlighetsforstyrrelser*.

Tabell 3.1 viser den relative fordelingen på helse- og sykdomskategorier for det enkelte lærested og for UoH-sektoren samlet. Tabellen gir en indikasjon på hva det forskes på ved hvert av lærestedene. Ved breddeuniversitetene forskes det naturlig nok på flere ulike temaer, mens forskningen ved de mindre lærestedene synes mer konsentrert om færre helse- og sykdomskategorier. FoU innenfor *studier av helsefremming, mestring og livskvalitet* som er største kategori totalt sett, foregår ved alle lærestedene, og utgjør mer enn tre fjerdedeler av FoU-ressursene innen psykisk helse ved Norges idrettshøgskole, om lag 60 prosent ved Høgskolen i Sør-Øst Norge og nesten halvparten ved Universitetet i Tromsø. De største områdene ved Universitetet i Oslo er *normal psykologi* og *psykososer og schizofreni*, som utgjør om lag en femtedel hver.

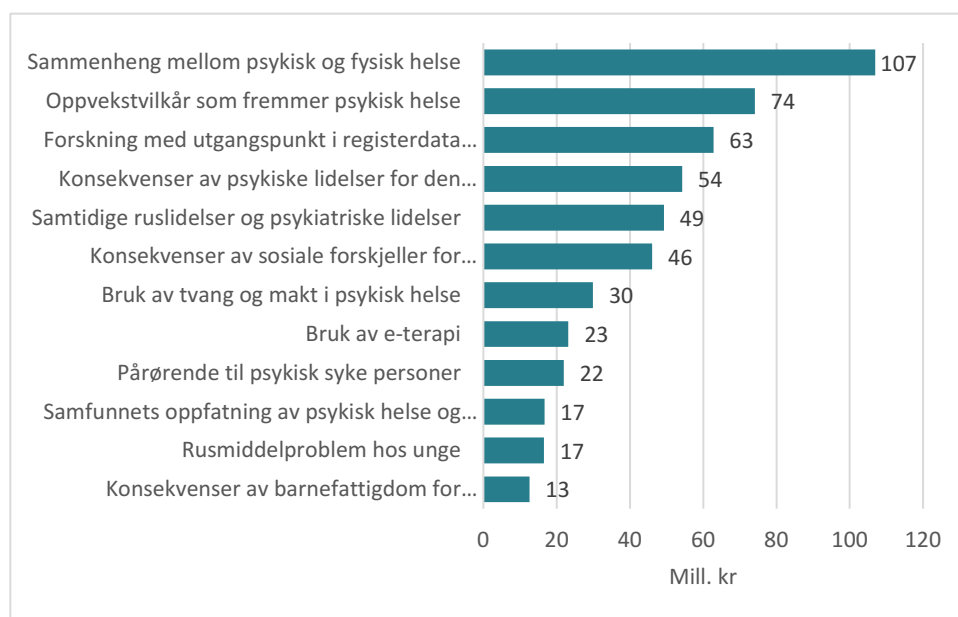
Tabell 3.1 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i universitets- og høyskolesektoren i 2017 etter helse- og sykdomskategorier og lærested. Prosent.

Læresteder	Normal psykologi	Helsefremming, mestring og	Angst	Depresjon	Psykososer og schizofreni	Personlighetsforstyrrelser	Avhengighet	Selvmed	Konsekvenser for vold og	Posttraumatisk lidelser	Utviklingsforstyrrelser	Andre/ uspesifikke
Høgskolen i Innlandet	30	40	2	2	0	0	20	0	0	0	6	0
Høgskolen i Sørøst-Norge	3	57	1	4	0	0	24	1	0	3	3	3
Norges idrettshøgskole	5	76	5	10	5	0	0	0	0	0	0	0
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet	12	27	11	12	5	2	4	6	7	1	9	4
Universitetet i Bergen	10	26	9	14	15	3	3	0	3	4	8	4
Universitetet i Oslo	21	11	5	8	19	0	8	5	5	3	13	1
Universitetet i Tromsø - Norges arktiske universitet	14	47	5	11	2	0	2	0	2	6	2	10
Totalt universiteter og høyskoler	15	32	6	9	8	2	7	3	4	2	7	4

Kilde: NIFU

Figur 3.2 viser at det største forskningstemaet i universitets- og høyskolesektoren er forskning om *sammenhengen mellom psykisk og fysisk helse* med driftsutgifter til FoU på vel 100 millioner kroner eller en femtedel av sektorens samlede FoU-midler innen psykisk helse. Deretter følger FoU om *oppvekstvilkår som fremmer psykisk helse* og *forskning med utgangspunkt i registerdata og biobanker*. Det

forskes samlet sett minst på *konsekvenser av barnefattigdom, rusmiddelproblemer blant unge og samfunnets oppfatning av psykisk helse og lidelser*.



Figur 3.2 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i universitets- og høyskolesektoren i 2017 etter forskningstema. Mill. kroner.

Kilde: NIFU

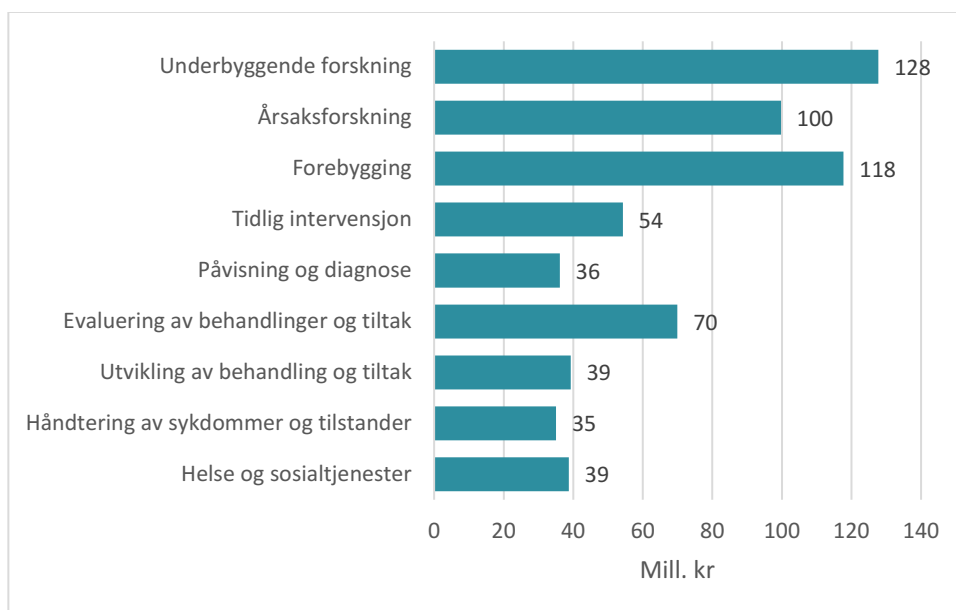
Tabell 3.2 under viser hvordan lærestedene FoU-ressurser til psykisk helse er fordelt etter forskningstema. Igjen ser vi at breddeuniversitetene forsker innenfor de fleste av de angitte temaene, mens høyskolenes FoU er begrenset til noe færre temaer. Alle lærestedene forsker på *sammenhengen mellom psykisk og fysisk helse*, og ikke uventet er dette det største feltet ved Norges idrettshøgskole, men også FoU om *konsekvensene av sosiale forskjeller for psykisk helse* er et betydelig tema her. Ved de øvrige to høyskolene er FoU om *samtidige rus- og psykiatriske lidelser* og *sammenhengen mellom psykisk og fysisk helse* tunge temaer. Høgskolen i Sørøst-Norge oppgir dessuten betydelig innsats innen FoU på konsekvenser av psykiske lidelser for den enkelte. Ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet veier forskning med utgangspunkt i registerdata og biobanker tungt sammen med studier av *sammenhengen mellom psykisk og fysisk helse*. Det fremkommer videre at få læresteder nedlegger relativt liten FoU-innsats innen *rusmiddelproblem hos unge*, er det, mens langt flere forsker på oppvekstvilkår som fremmer psykisk helse.

Tabell 3.2 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i universitets- og høgskolesektoren i 2017 etter forskningstema og lærested. Prosent.

Læresteder	Sammenheng mellom psykisk og fysisk helse	Bruk av tvang og makt i psykisk helse	Konsekvenser av barnefattigdom for psykisk helse	Konsekvenser av sosiale forskjeller for psykisk helse	Samfunnets oppfatning av psykisk helse og lidelser	Oppvekstvilkår som fremmer psykisk helse	Samtidige ruslidelser og psykiatriske lidelser	Rusmiddelproblem hos unge	Konsekvenser av psykiske lidelser for den enkelte	Pårørende til psykisk syke personer	Bruk av e-terapi	Forskning med utgangspunkt i registerdata og biobanker
Høgskolen i Innlandet	20	0	2	16	0	16	24	0	0	6	0	0
Høgskolen i Sørøst-Norge	20	1	0	7	12	1	21	0	27	6	0	0
Norges idrettshøgskole	36	0	0	24	10	0	0	0	10	0	0	0
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet	19	2	0	7	0	15	5	2	17	5	7	19
Universitetet i Bergen	14	2	3	7	4	12	2	6	2	2	11	21
Universitetet i Oslo	17	11	1	4	0	8	12	3	7	3	3	11
Universitetet i Tromsø - Norges arktiske universitet	14	3	3	3	2	19	2	0	6	0	2	4
Totalt UoH	17	5	2	7	3	12	8	3	9	4	4	10

Kilde: NIFU

Figur 3.3 viser at universitets- og høgskolesektoren i stor grad er konsentrert om *underbyggende forskning, forebygging* og *årsaksforskning*. De tre aktivitetstypene omfatter til sammen vel 55 prosent av sektorens samlede FoU innen psykisk helse, som viser at universitets- og høgskolesektoren utfører FoU av relativt grunnleggende karakter innenfor psykisk helse.

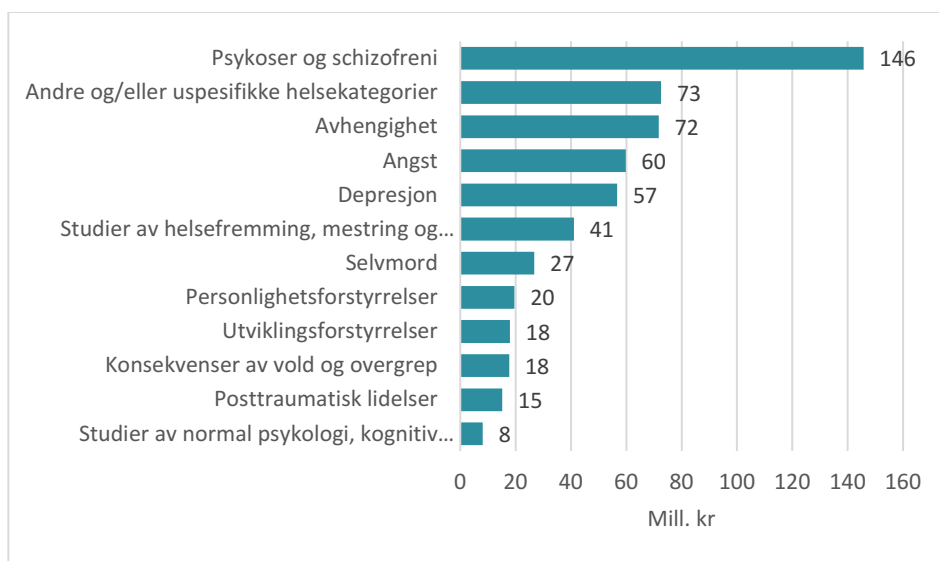


Figur 3.3 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i universitets- og høyskolesektoren i 2017 etter forskningsaktivitet. Mill. kr.

Kilde: NIFU

3.2 FoU innen psykisk helse i helseforetakene

De vel 550 millioner kroner som ble brukt til FoU innen psykisk helse i helseforetakene i 2017 er i stor grad innrettet mot psykiske sykdommer og lidelser. Klart største kategori er FoU på *psykoser og schizofreni*, med om lag dobbelt så stor ressursbruk som *avhengighet*, fulgt av *angst og depresjon*. Minst utbredt er *studier av normal psykologi, kognitiv funksjon og adferd*. Vi ser også at *andre og/eller uspesifikke helsekategorier* er nest størst blant helseforetakene, til forskjell fra universitets- og høyskolesektoren, der denne kategorien var blant de minste.



Figur 3.4 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i helseforetakene i 2017 etter helse- og sykdomskategori. Mill. kr.

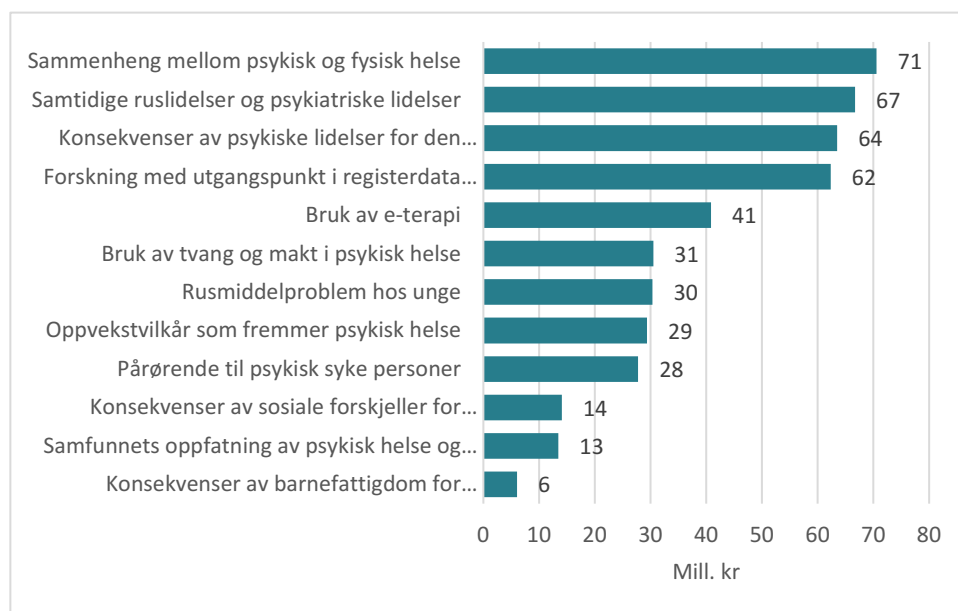
Kilde: NIFU

Tabell 3.3 viser de enkelte helseforetakenes ressursinnsats til FoU innen psykisk helse fordelt etter helse- og sykdomskategorier. Samtlige av helseforetakene i tabellen forsker på *psykosser og schizofreni*, og andelen denne helsekategorien utgjør per helseforetak varierer fra om lag en femtedel til halvparten; relativt størst er innsatsen ved Diakonhjemmet sykehus. Innenfor *angst og depresjon*, som er store folkesykdommer innenfor psykisk helse, er det relativt mindre forskning. Både Diakonhjemmet sykehus og Helse Bergen bruker riktignok en betydelig del av sine FoU-ressurser innen psykisk helse på dette området, men OUS og Ahus bruker eksempelvis kun 7-8 prosent av sine FoU-ressurser til *angst og depresjon*. Ved OUS utgjør for øvrig *psykosser og schizofreni* sammen med *avhengighets* forskning om lag 60 prosent av totalen, mens Ahus oppgir at omtrent samme andel går til *andre eller uspesifiserte helse- og sykdomskategorier*.

Tabell 3.3 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i helseforetakene i 2017 etter helse- og sykdomskategorier og helseforetak. Prosent.

Helseforetak	Studier av normal psykologi, kognitiv funksjon og adferd	Studier av helsefremming, mestring og livskvalitet	Angst	Depresjon	Psykososer og schizofreni	Personlighetsforstyrrelser	Avhengighet	Selv mord	Konsekvenser for vold og overgrep	Posttraumatisk lidelser	Utviklingsforstyrrelser	Andre/ uspesifikke helsekategorier
Sykehuset Innlandet HF	6	18	5	14	19	0	13	3	0	0	0	22
Helse Stavanger HF	2	10	10	5	20	2	20	5	2	2	2	20
Akershus universitetssykehus HF	0	0	4	3	22	1	10	0	0	1	1	58
Diakonhjemmet sykehus AS	0	0	20	30	50	0	0	0	0	0	0	0
Helse Bergen HF	2	4	27	16	26	3	4	8	4	3	1	2
St Olavs hospital HF	0	10	10	10	20	5	5	10	7	8	5	10
Oslo universitetssykehus HF	0	4	4	4	33	8	27	4	4	4	4	4
Helseforetak totalt	1	7	11	10	26	4	13	5	3	3	3	13

Kilde: NIFU



Figur 3.5 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i helseforetakene i 2017 etter forskningstema. Mill. kr.

Kilde: NIFU

Som i universitets- og høgskolesektoren er forskning om *sammenhengen mellom psykisk og fysisk helse* det største forskningstemaet i helseforetakene. Deretter følger *samtidige ruslidelser og psykiske lidelser og konsekvenser av psykiske lidelser for den enkelte*. Nesten 40 prosent av helseforetakenes ressursinnsats til FoU innen psykisk helse gikk til disse tre temaområdene. Det er også en stor del av forskningen som tar *utgangspunkt i data fra registre og biobanker*.

Tabell 3.4 viser de enkelte helseforetakenes tematiske profil. Det fremkommer blant annet at de fleste av helseforetakene med universitetssykehusfunksjoner ser ut til å være bredere orientert enn de mindre helseforetakene gjennom at de dekker flere forskningstemaer. De fleste av helseforetakene har aktivitet på temaområdene *sammenheng mellom psykisk og fysisk helse, bruk av tvang og makt i psykisk helse, pårørende til psykisk syke personer og samtidige ruslidelser og psykiatriske lidelser*. Det samme gjelder *bruk av e-terapi og register- og biobankbasert forskning*.

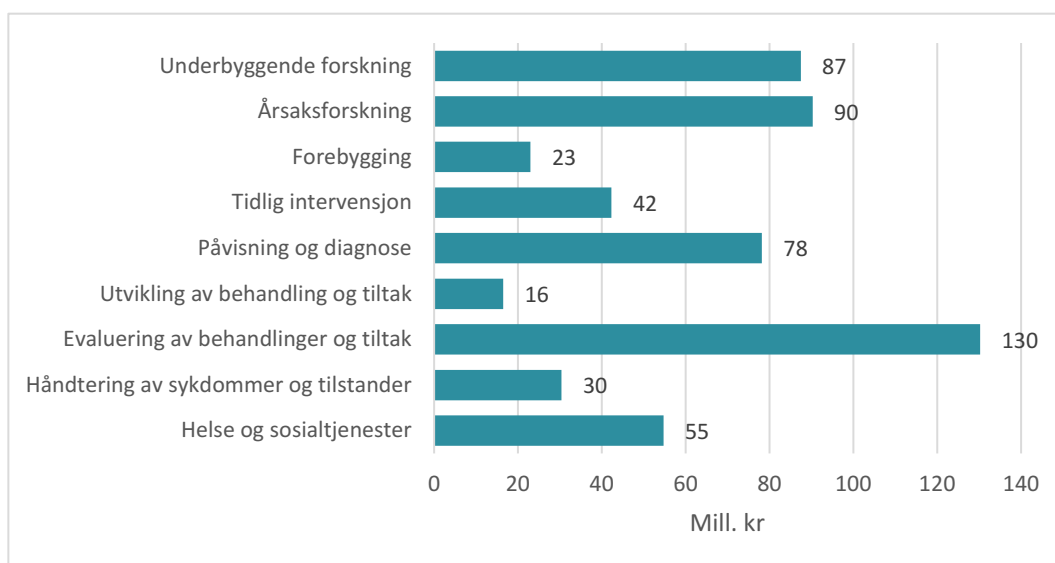
Tabell 3.4 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i helseforetakene i 2017 etter forskningstema og helseforetak. Prosent.

Helseforetak	Sammenheng mellom psykisk og fysisk helse	Bruk av tvang og makt i psykisk helse	Konsekvenser av barnefattigdom for psykisk helse	Konsekvenser av sosiale forskjeller for psykisk helse	Samfunnets oppfatning av psykisk helse og lidelser	Oppvekstvilkår som fremmer psykisk helse	Samtidige ruslidelser og psykiatriske lidelser	Rusmiddelproblem hos unge	Konsekvenser av psykiske lidelser for den enkelte	Pårørende til psykisk syke personer	Bruk av e-terapi	Forskning med utgangspunkt i registerdata og biobanker
Sykehuset Innlandet HF	18	8	0	2	0	0	29	0	25	2	1	0
Helse Stavanger HF	2	5	0	2	10	0	4	20	26	10	1	20
Akershus universitetssykehus HF	0	3	0	0	0	9	0	0	0	6	2	5
Diakonhjemmet sykehus AS	15	5	0	0	0	0	10	0	0	5	0	10
Helse Bergen HF	15	10	5	8	5	5	15	7	10	4	15	20
St Olavs hospital HF	20	10	0	0	5	5	10	10	10	5	10	10
Oslo universitetssykehus HF	16	4	2	4	0	8	17	9	8	4	8	16
Helseforetak totalt	13	6	1	3	2	5	12	5	11	5	7	11

Kilde: NIFU

Fordelingen på forskningsaktiviteter er også noe annerledes blant helseforetakene enn blant universiteter og høgskoler. Største aktivitetskategori er *evaluering av behandlinger og tiltak*. Sammen med relativt stor innsats innen *påvisning og diagnose*, peker dette mot at helseforetakene har en relativt anvendt forskningsprofil. Samtidig viser figur 3.6 at *årsaksforskning* og *underbyggende*

forskning følger på andre og tredje plass, så det er ingen helt entydig tendens til at helseforetakene er strengt anvendte målt med denne indikatoren.

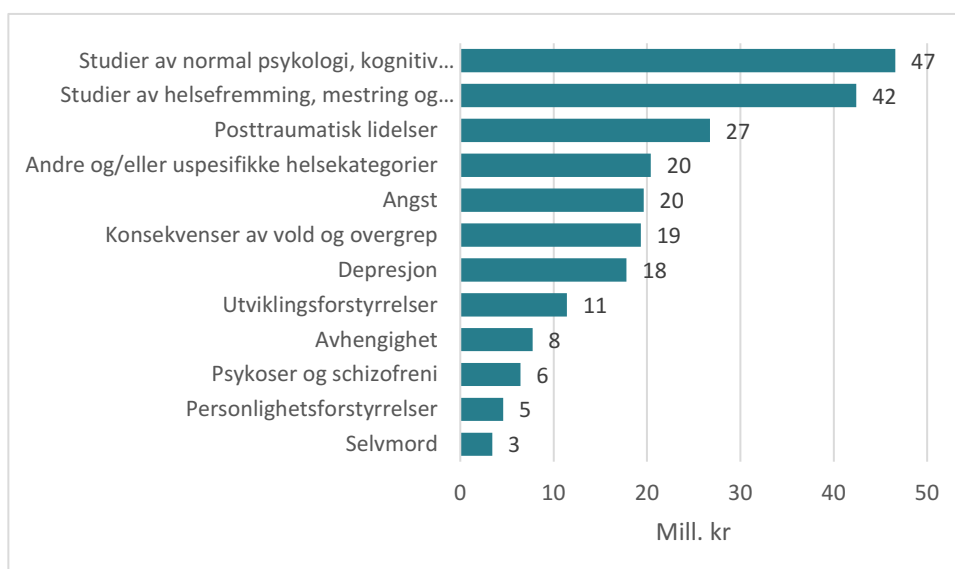


Figur 3.6 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i helseforetakene i 2017 etter forskningsaktivitet. Mill. kr.

Kilde: NIFU

3.3 FoU om psykisk helse i instituttsektoren

I instituttsektoren ble det utført FoU innen psykisk helse for nærmere 230 millioner kroner i 2017, altså langt mindre enn i de to andre institusjonsgruppene.



Figur 3.7 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i instituttsektoren i 2017 etter helse- og sykdomskategori. Mill. kr.

Kilde: NIFU

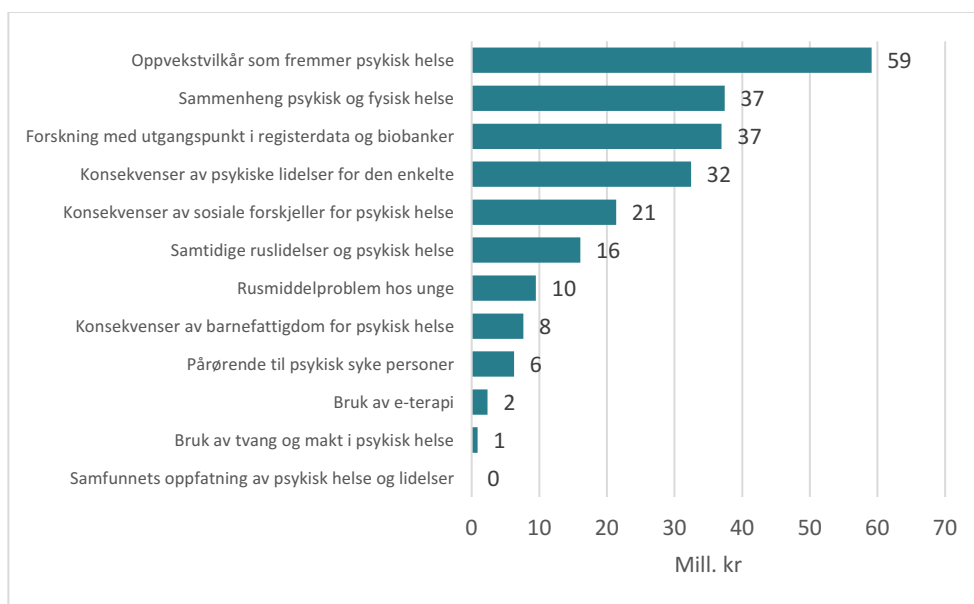
I likhet med universitets- og høgskolesektoren er de to største helsekategoriene *studier av normal psykologi, kognitiv funksjon og atferd og studier av helsefremming, mestring og livskvalitet*, til sammen om lag 40 prosent av totalen; se Figur 3.7. Tredje største kategori er *posttraumatiske lidelser*, som det forskes relativt lite på i de to andre institusjonsgruppene. Minst forskning finner vi innenfor helsekategoriene *selvmord, personlighetsforstyrrelser, psykoser og schizofreni og avhengighet*, med en ressursinnsats på mindre enn 10 millioner kroner hver.

Tabell 3.5 viser forskningsinstituttene relative fordeling på helse- og sykdomskategorier. Tabellen viser nærmere hvilke psykiske lidelser det enkelte forskningsinstituttet forsker på. Her fremkommer det at enkelte institutt har sin ressursinnsats mer konsentrert på få forskningsfelt, mens andre sprer sin ressursinnsats bredere og forsker på flere psykiske lidelser

Tabell 3.5 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i instituttsektoren i 2017 etter helse- og sykdomskategorier per forskningsinstitutt. Prosent.

Instituttsektor	Studier av normal psykologi, kognitiv funksjon og atferd	Studier av helsefremming, mestring og livskvalitet	Angst	Depresjon	Psykoser og schizofreni	Personlighetsforstyrrelser	Avhengighet	Selvmord	Konsekvenser for vold og overgrep	Posttraumatisk lidelser	Utviklingsforstyrrelser	Andre/uspesifikke helsekategorier
Folkehelseinstituttet	10	15	15	15	5	5	10	5	5	0	10	5
NUBU Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge	40	30	5	5	0	0	5	0	0	0	15	0
Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress	5	5	0	0	0	0	0	0	30	60	0	0
Uni Research helse (inkl. RBUP Vest)	25	15	10	10	10	5	5	2	3	0	5	10
Totalt Instituttsektor	21	19	9	8	3	2	3	2	9	12	5	9

Kilde: NIFU



Figur 3.8 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i instituttsektoren i 2017 etter forskningstema. Mill. kr.

Kilde: NIFU

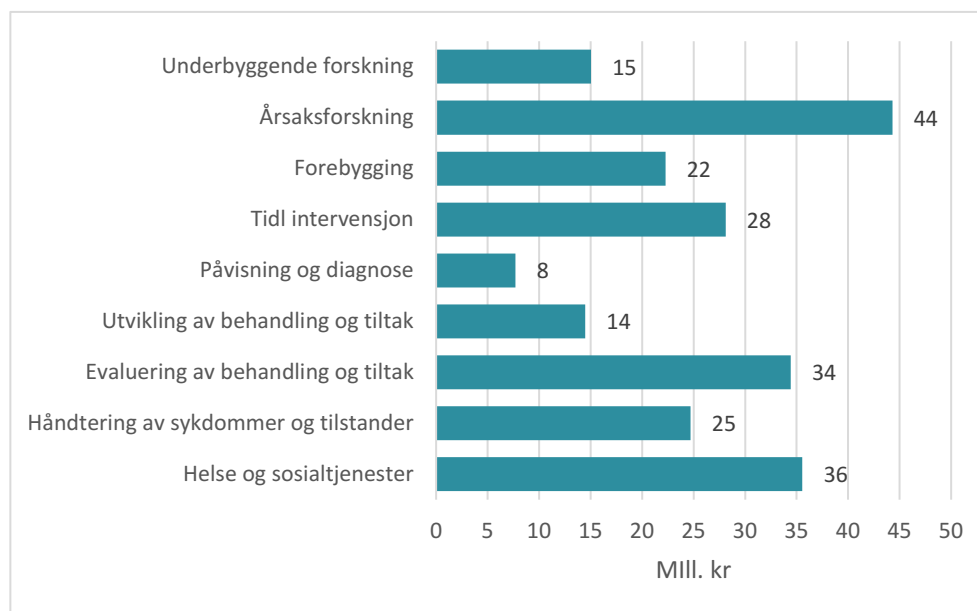
I instituttsektoren er forskning om *oppvekstvilkår som fremmer psykisk helse* største forskningstema, med nesten 60 millioner kroner eller en fjerdedel av FoU-innsatsen; se Figur 3.8. Deretter følger FoU om *sammenhengen mellom psykisk og fysisk helse* og *forskning med utgangspunkt i registerdata eller biobanker*, hvert av dem med en ressursinnsats på i underkant av 40 millioner kroner. Tabell 3.6 viser hvilke forskningstemaer det enkelte forskningsinstitutt forsker på. Mens NUBU har *oppvekstvilkår som fremmer psykisk helse* som et klart tyngdepunkt i sin forskning, dekker både Folkehelseinstituttet og Uni Research de fleste tematiske områdene i større eller mindre grad. Unntakene er *bruk av tvang og makt i psykisk helse* og *samfunnets oppfatning av psykisk helse og lidelser*, som ikke dekkes av noe av disse tre instituttene.

Tabell 3.6 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i instituttsektoren i 2017 etter forskningstema og forskningsinstitutt. Prosent.

Institutt	Sammenheng mellom psykisk og fvisk helse	Bruk av tvang og makt i psykisk helse	Konsekvenser av barnefattigdom for psykisk helse	Konsekvenser av sosiale forskjeller for psykisk helse	Samfunnets oppfatning av psykisk helse og lidelser	Oppvekstvilkår som fremmer psykisk helse	Samtidige ruslidelser og psykiatriske lidelser	Rusmiddelproblem hos unge	Konsekvenser av psykiske lidelser for den enkelte	Pårørende til psykisk syke personer	Bruk av e-terapi	Forskning med utgangspunkt i registerdata og biobanker
Folkehelseinstituttet	10	0	5	10	0	20	10	10	20	0	5	30
NUBU Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge	0	0	0	5	0	80	0	10	0	0	0	5
Uni Research helse (inkl. RBUP Vest)	10	0	10	20	0	30	10	5	10	5	0	20
Instituttsektoren totalt	17	0	3	9	0	26	7	4	14	3	1	16

Kilde: NIFU

Figur 3.9 viser at årsaksforskning er største forskningsaktivitet i instituttsektoren med vel 40 millioner kroner som er en fjerdedel av totalinnsatsen. Deretter følger forskning om helse- og sosialtjenester og evaluering av behandling og tiltak. Minst er sektorens ressursinnsats til FoU innen påvisning og diagnose med om lag 8 millioner kroner, fulgt av utvikling av behandling og tiltak og underbyggende forskning.



Figur 3.9 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i instituttsektoren i 2017 etter aktivitetstype. Mill. kr.

Kilde: NIFU

4 Publiseringsanalyse – resultater

Publiserings- og siteringsdata er mye benyttet som resultatindikatorer på forskning. Grunnlaget for bruk av slike såkalte «bibliometriske indikatorer» er at ny kunnskap – som er det prinsipielle mål med all grunnforskning og anvendt forskning – blir formidlet til det vitenskapelige samfunn gjennom publikasjoner. Publisering kan dermed brukes som et indirekte mål for kunnskapsproduksjon.

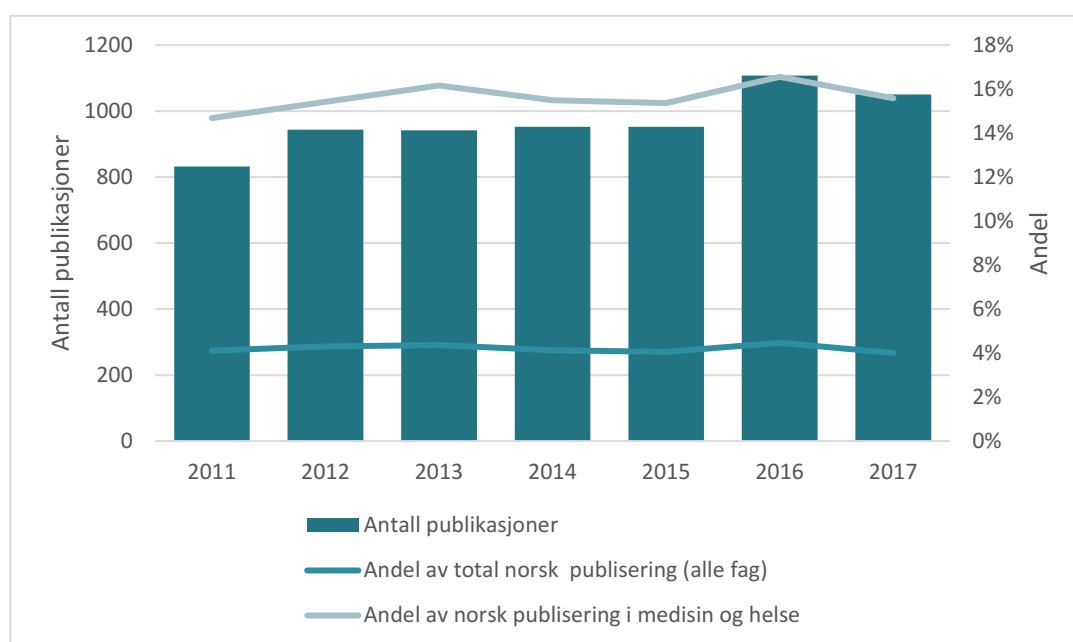
NIFU har gjennomført en separat publiseringsanalyse av den vitenskapelige publiseringen innen psykisk helse. Målsettingen med denne er å gi informasjon om resultater av norsk forskning på psykisk helse: omfang, fagprofil og samarbeidsstrukturer. Analysen omfatter perioden 2011-2017. Noen ganger vises tall for enkeltår, andre ganger for en periode, oftest 2015-2017. Det siste gjøres for at analysen i størst mulig grad skal si noe om status de siste årene, som er mest relevant for prosjektets problemstilling. Ved å analysere en 3-årsperiode reduseres effekten av årlige fluktuasjoner i tallene.

4.1 Utvikling over tid – publiseringsanalyse

I løpet av den siste 7-årsperioden har antallet publikasjoner forfattet av forskere ved norske institusjoner innen psykisk helse økt fra 830 i 2011 til 1050 i 2017 (figur 4.1). Dette tilsvarer en økning på 26 prosent. Det er imidlertid noen årlige fluktuasjoner i tallene og i 2016 var publikasjonstallet enda litt høyere, vel 1100. I løpet av hele perioden ble det publiserte til sammen knapt 6 800 publikasjoner innenfor psykisk helse.

Det har altså vært en klar økning i den norske forskningen innen psykisk helse slik dette reflekteres gjennom antall vitenskapelige publikasjoner. Samtidig har det vært en generell vekst i den totale forskningsinnsatsen i Norge denne 7-årsperioden, både i form av ressurser og publisering. Målt som andel av total norsk vitenskapelig publisering utgjorde psykisk helse 4,0 prosent i 2017. Denne andelen har ligget relativt stabil gjennom hele 7-årsperioden, men har variert mellom 4,0 (2017) og 4,5 prosent (2016). Til tross for økningen i publiseringen innen psykisk helse, er altså ikke veksten større enn den er for det totale publiseringsvolumet for Norge. Av den samlede publiseringen innen medisin og

helse, utgjorde psykisk helse 16 prosent i 2017. Også denne andelen har ligget relativt stabilt og har variert mellom 15 og 17 prosent i perioden 2011-2017. Merk at i fagområdet medisin og helse inngår også psykologi, mens øvrig samfunnsvitenskap ikke er inkludert (dette til forskjell fra den FoU-statistiske analysen hvor psykologi er klassifisert under samfunnsvitenskap). Det aller meste av publiseringen i psykisk helse faller inn under denne kategorien, men det vil være noen publikasjoner i tidsskrifter som er klassifisert i samfunnsvitenskap blant annet i sosialforskning og sosiologi.



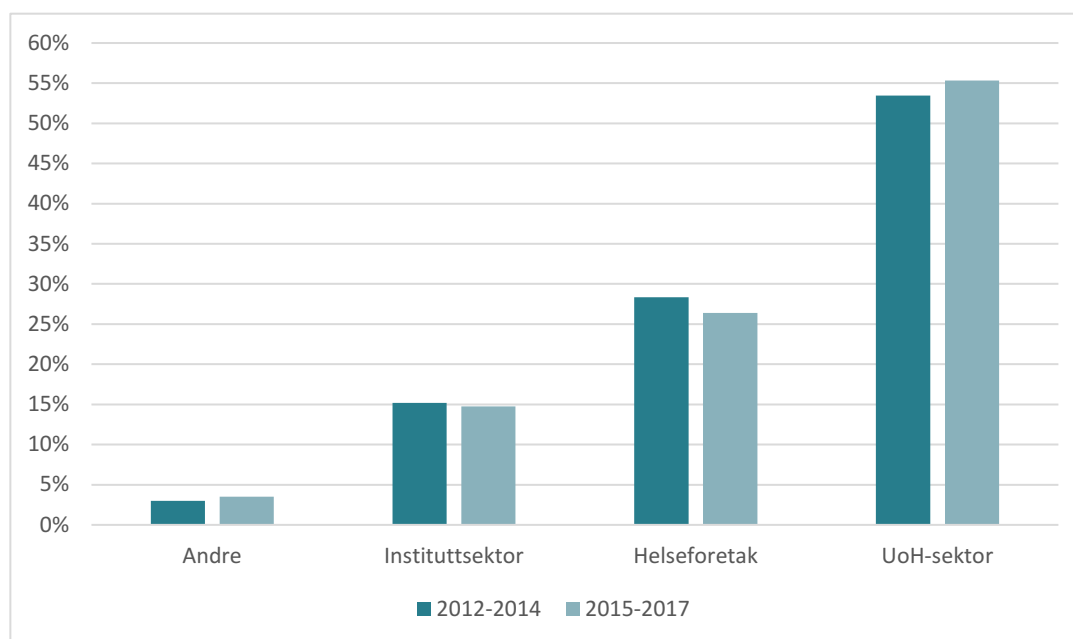
Figur 4.1 Antall publikasjoner (psykisk helse) og andel av total nasjonal publisering og publisering innen medisin og helse, 2011-2017

Kilde: NIFU/Web of Science/Cristin

4.2 Sektor- og institusjonsfordeling

Figur 4.2 viser hvordan publiseringen i periodene 2012-2014 og 2015-2017 fordelte seg per sektor. I begge perioder stod UoH-sektoren for i overkant av halvparten av den norske publiseringen innen psykisk helse, men andelen økte med om lag 2 prosentpoeng til 55 prosent i siste periode. I denne beregningen er det brukt fraksjonaliserte artikkeltall og forfatterandeler, det vil si at en artikkel hvor for eksempel 2 av 3 forfattere er fra UoH-sektoren regnes som 2/3 artikkel. Helseforetakene hadde en andel på vel 26 prosent av publiseringen i 2015-2017, noen som utgjorde en nedgang på 2 prosentpoeng fra perioden før. Instituttsektoren bidro til 15 prosent av publiseringen i begge perioder, mens om lag 3 prosent av publiseringen kom fra øvrige offentlige institusjoner og bedrifter.

Her inngår f.eks. enheter innen primærhelsetjenesten og øvrig offentlig og privat helsetjeneste.

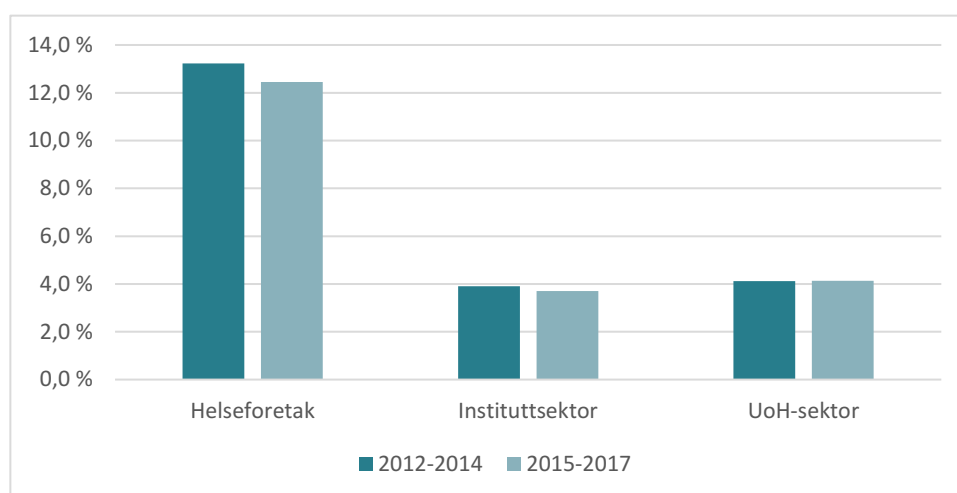


Figur 4.2 Sektorvis fordeling av publiseringen innen psykisk helse, 2012–2014 og 2015–2017, andel av nasjonal total.*

*) Fraksjonaliserte publikasjonstall er brukt som beregningsgrunnlag.

Kilde: NIFU/Web of Science/Cristin

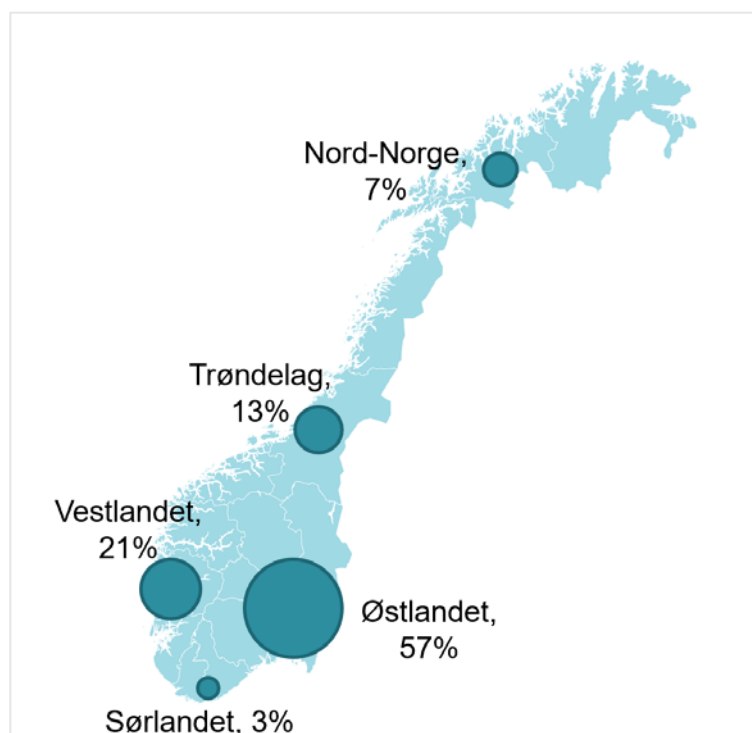
Av helseforetakenes samlede publisering i 2015–2017 utgjorde psykisk helse vel 12 prosent. Dette er vist i figur 4.3. Andelen i den forutgående perioden (2012–2014) var marginalt høyere og lå på 13 prosent. Både i UoH- og instituttsektoren ligger tilsvarende andel på rundt 4 prosent i periodene.



Figur 4.3 Andel av sektorenes totale publisering (antall publikasjoner) som er innen psykisk helse, 2012–2014 og 2015–2017.

Kilde: NIFU/Web of Science/Cristin

Mye av den nasjonale forskningen på psykisk helse skjer på Østlandet og dette reflekteres også i den vitenskapelige publiseringen. Institusjoner og institutter lokalisert på Østlandet, hovedsakelig i Oslo-regionen, stod for 57 prosent av den samlede nasjonale publiseringen i perioden 2015-2017 (figur 4). Vestlandet, som omfatter fylkene fra Rogaland til Møre- og Romsdal, hadde en andel på 21 prosent, Trøndelag 13 prosent, Nord-Norge 7 prosent, mens Sørlandet (Agder-fylkene) bidro til 3 prosent av den nasjonale publiseringen.



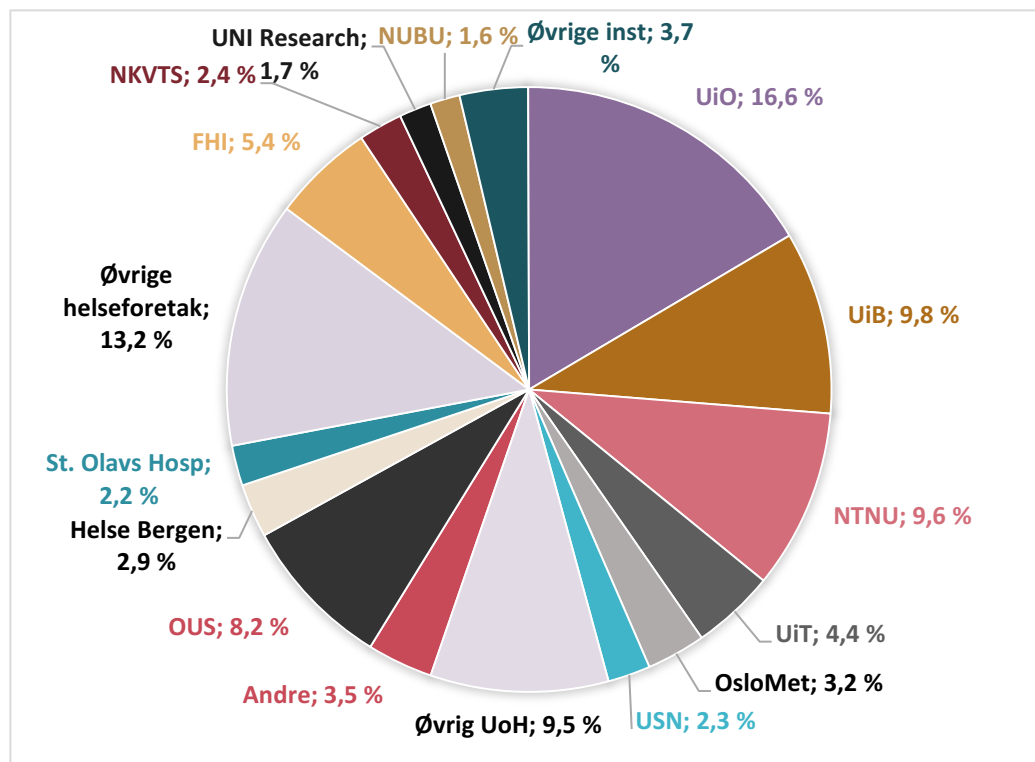
Figur 4.4 Geografisk fordeling av publiseringen innen psykisk helse, 2015–2017, andel av nasjonalt total*

**) Fraksjonaliserte publikasjonstall er brukt som beregningsgrunnlag.*

Kilde: NIFU/Web of Science/Cristin

Figur 4.5 viser hvordan publikasjonene fordelte seg på forskningsutførende institusjoner og sektorer. Universitetet i Oslo (UiO) er den klart største bidragsyteren til den vitenskapelige publiseringen med en andel på 16,6 prosent i 3-årsperioden 2015-2017. Derneft følger Universitetet i Bergen (UiB) og Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) som er omtrent jevnstore og begge har andeler på i underkant av 10 prosent. Oslo universitetssykehus (OUS) er fjerde største bidragsyter med 8,2 prosent, fulgt av Folkehelseinstituttet (FHI) med 5,4 prosent, UiT - Norges arktiske universitet med 4,4 prosent og OsloMet - storbyuniversitetet med 3,2 prosent. I instituttsektoren finnes noen enheter som er etablert for å forske på særskilte områder innenfor psykisk helse. Her finner vi

for eksempel Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), med en andel på 2,4 prosent og Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge (NUBU) med en andel på 1,6 prosent.



Figur 4.5 Fordeling av publikasjonene innen psykisk helse, 2015–2017 for de største* institusjonene og instituttene. Andel av totalt antall publikasjoner.

**) Andel over 1,5 prosent av nasjonal publisering. Fraksjonaliserte publikasjonstall er brukt som beregningsgrunnlag.*

Kilde: NIFU/Web of Science/Cristin

Tabell 4.1 gir en mer detaljert oversikt over publiseringen for de ulike institusjoner og institutter.

Tabell 4.1 Antall og andel publikasjoner (psykisk helse), 2015–2017 institusjon/institutt/sektor*.

Sektor	Institusjon	Antall pub. (fraksjon.) 2015-17	Andel av nasjonal total 2015-17
UoH-sektor	Universitetet i Oslo	369,6	16,6 %
UoH-sektor	Universitetet i Bergen	218,1	9,8 %
UoH-sektor	Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet	214,7	9,6 %
Helseforetak	Oslo universitetssykehus HF	183,0	8,2 %
Instituttsektor	Folkehelseinstituttet	121,5	5,4 %
UoH-sektor	UiT - Norges arktiske universitet	99,2	4,4 %
UoH-sektor	OsloMet- Storbyuniversitetet	70,5	3,2 %
Helseforetak	Helse Bergen HF - Haukeland universitetssykehus	64,1	2,9 %
Instituttsektor	Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress	52,5	2,4 %
UoH-sektor	Universitetet i Sørøst-Norge	50,9	2,3 %
Helseforetak	St. Olavs Hospital HF	48,2	2,2 %
Instituttsektor	UNI Research	38,4	1,7 %
Instituttsektor	Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge AS (NUBU)	35,6	1,6 %
Helseforetak	Akershus universitetssykehus HF	32,3	1,4 %
UoH-sektor	Universitetet i Agder	32,3	1,4 %
Helseforetak	Vestre Viken HF	30,8	1,4 %
Helseforetak	Helse Stavanger HF - Stavanger universitetssjukehus	30,2	1,4 %
Instituttsektor	RBUP Øst og Sør	27,3	1,2 %
Helseforetak	Sykehuset Innlandet HF	27,2	1,2 %
UoH-sektor	Høgskolen i Innlandet	25,8	1,2 %
UoH-sektor	Universitetet i Stavanger	25,1	1,1 %
Helseforetak	Sørlandet sykehus HF	24,5	1,1 %
Helseforetak	Sykehuset i Vestfold HF	22,1	1,0 %
UoH-sektor	Høgskulen på Vestlandet	21,8	1,0 %
Helseforetak	Diakonhjemmet sykehus	21,2	1,0 %
UoH-sektor	VID vitenskapelige høgskole	19,8	0,9 %
Helseforetak	Universitetssykehuset Nord-Norge HF	17,7	0,8 %
Instituttsektor	Statens arbeidsmiljøinstitutt	17,1	0,8 %
Andre	Klinikk/senter for krisepsykologi	16,4	0,7 %
UoH-sektor	Nord universitet	16,0	0,7 %
Helseforetak	Modum Bad	15,8	0,7 %
UoH-sektor	Norges idrettshøgskole	14,9	0,7 %
Helseforetak	Lovisenberg Diakonale Sykehus	12,3	0,6 %
UoH-sektor	Handelshøyskolen BI	11,1	0,5 %
UoH-sektor	Norges miljø- og biovitenskapelige universitet	10,8	0,5 %
UoH-sektor	Øvrige	34,7	1,6 %
Instituttsektor	Øvrige	37,2	1,7 %
Helseforetak	Øvrige	60,2	2,7 %
Andre		62,2	2,8 %
Totalt		2233,2	100,0 %

**) Bare institusjoner med mer enn 10 fraksjonaliserte publikasjoner er vist i tabell. I tallene i rapporten er organisasjonsstrukturen i 2018 gitt tilbakevirkende kraft slik at for eksempel tallene for NTNU også inkluderer de fusjonerte høgskolene.*

Kilde: NIFU/Web of Science/Cristin

Ved de største institusjonene er publiseringen innen psykisk helse spredt på mange forskjellige institutter. Ved UiO er det Institutt for klinisk medisin, Psykologisk institutt, Institutt for helse og samfunn som har flest publikasjoner. Ved UiB er de største bidragsyterne Institutt for klinisk psykologi, Institutt for samfunnspsykologi og Institutt for biologisk og medisinsk psykologi. Ved NTNU kommer flest publikasjoner fra Institutt for nevromedisin og Psykologisk institutt, mens det ved OUS er Klinikk psykisk helse og avhengighet som står for flest publikasjoner.

4.3 Tematisk og faglig profil

Tabell 4.2 gir en oversikt over hvilke publiseringskanaler som hyppigst benyttes av norske forskere til publisering. På listen finner vi kanaler som spenner over flere fagfelt, fra samfunnsmedisin på den ene side til nevrologi på den andre. Det store flertallet av kanalene representerer naturlig nok psykologi og psykiatri. Nest etter *Plos One*, som er et multidisiplinært tidsskrift, er *BMC Psychiatry* det mest benyttete tidsskriftet med 70 norske artikler i perioden 2015-2017 med tema som omhandler psykisk helse. Dernest følger *Frontiers in Psychology*, *Schizophrenia Bulletin* og *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* med 56 til 45 artikler. I hovedsak publiseres forskningen i engelskspråklige kanaler, men det er også noen andre norske tidsskrifter på listen slik som *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* og *Psykologi i kommunen*. En analyse av publikasjonenes språktype viser at bare 5 prosent av dem ble publisert på norsk. Det aller meste av vitenskapelige publiseringen innen psykisk helse skjer således på engelsk.

Tabell 4.2 Oversikt over de mest frekvente* publiseringskanalene i psykisk helse, antall publikasjoner 2015–2017.

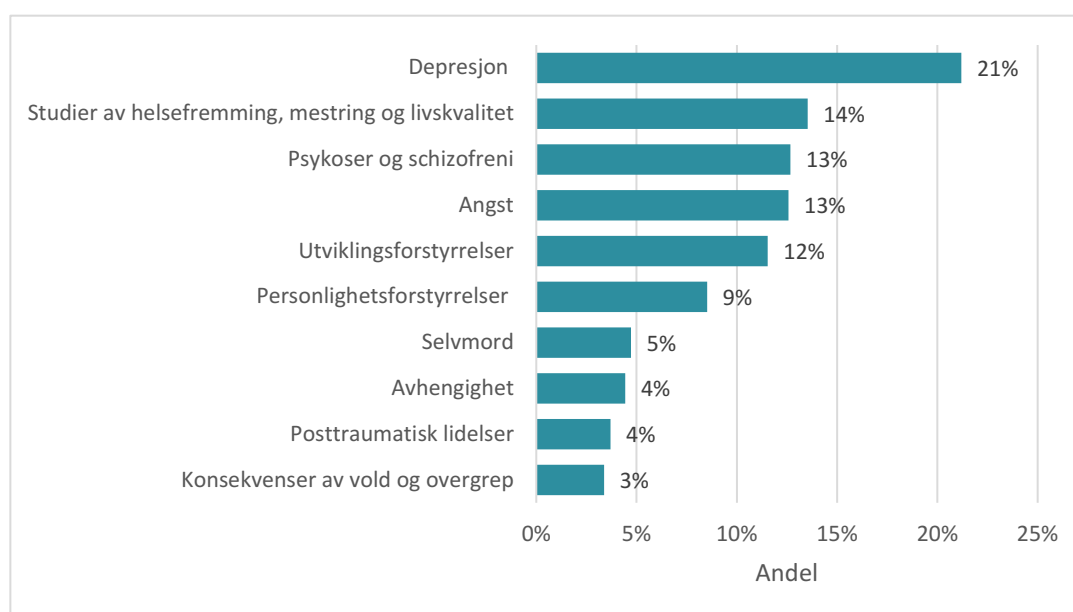
Tidsskrift/forlag	Ant. pub.	Tidsskrift/forlag	Ant. pub.
Plos One	74	International Journal of Eating Disorders	14
BMC Psychiatry	70	Social Psychiatry and Psychiatric Epidem.	14
Frontiers in Psychology	56	European Journal of Psychotraumatology	13
Schizophrenia Bulletin	45	European Journal of Public Health	13
Tidsskrift for psykisk helsearbeid	45	Journal of Clinical Nursing	13
Journal of Affective Disorders	43	Aging & Mental Health	12
Tidsskrift for Norsk Psykologforening	43	European Addiction Research	12
Universitetsforlaget	42	European Neuropsychopharmacology	12
Nordic Journal of Psychiatry	36	Metabolic Brain Disease	12
Addiction	33	Nordic Psychology	12
BMC Public Health	31	Springer forlag	12
Journal of Attention Disorders	31	Autism	11
Scandinavian Journal of Psychology	31	Biological Psychiatry	11
Bipolar Disorders	29	Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health	11
Psychiatry Research	27	Cochrane Database of Systematic Reviews	11
Psychological Medicine	27	Journal of Eating Disorders	11
Schizophrenia Research	27	Pediatrics	11
BMJ Open	26	British Journal of Psychiatry	10
Gyldendal Akademisk	26	International Journal of Mental Health Nursing	10
Scandinavian Psychologist	25	International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being	10
European Child & Adolescent Psychiatry	24	Journal of Child and Family Studies	10
Scandinavian Journal of Public Health	23	Journal of Interpersonal Violence	10
Acta Psychiatrica Scandinavica	20	Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders	10
Molecular Psychiatry	20	Translational Psychiatry	10
Psychotherapy Research	19	Cappelen Damm Akademisk	9
Psykologi i kommunen	19	Clinical Psychology & Psychotherapy	9
Fagbokforlaget	18	Fokus på familien: Tidsskrift for familiebehandling	9
BMC Health Services Research	16	Frontiers in Human Neuroscience	9
International Journal of Mental Health Systems	16	International Journal of Circumpolar Health	9
Issues in Mental Health Nursing	16	Journal of Behavioral Addictions	9
Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry	15	Journal of Autism and Developmental Disorders	9
Suicidologi	15	Journal of Happiness Studies	9
American Journal of Medical Genetics Part B-Neuropsychiatric Genetics	14	Journal of Mental Health	9
Early Intervention in Psychiatry	14	Journal of Nervous and Mental Disease	9
Health and Quality of Life Outcomes	14		

*) Begrenset til kanaler med flere enn 8 publikasjoner i perioden.

Kilde: NIFU/Web of Science/Cristin

Figur 4.6 viser en ordsky som illustrerer frekvensen av tittelord i psykisk helsepublikasjonene fra 2017. Blant de mest frekvente ordene finnes både generelle ord som *health*, *mental*, *disorder* og *symptoms* mer spesifikke ord som *schizophrenia*, *autism*, og *depression*.

helsekategoriene. Figuren gir derfor ikke en fulldekkende fagprofil av norsk publisering på psykisk helse.



Figur 4.7 Publisering innen psykisk helse etter helsekategori. Andel av publikasjonene 2015–2017*

**) Noen publikasjoner er klassifisert i mer enn en kategori.*

Kilde: NIFU/Web of Science/Cristin

Tabell 4.3 viser den relative fordelingen av publiseringen per helsekategori for de største institusjonene og instituttene. Her er det beregnet relative bidrag per helsekategori, for eksempel ser vi i øverste celle til venstre at OUS bidrar til 10 prosent av den totale publiseringen relatert til depresjon, mens helseforetaket har en dobbelt så høy andel (20 prosent) innen personlighetsforstyrrelser. Generelt ser vi at helseforetakene samlet bidrar relativt mest til publiseringen relatert til psykoser og schizofreni, her er andelen nesten 50 prosent, mens den er lavest for avhengighet (13 prosent). I instituttsektoren bidrar Folkehelseinstituttet (FHI) relativt mye til publiseringen innen avhengighet (19 prosent) mens Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har en spesielt høy andel i kategorien for posttraumatiske lidelser (36 prosent) og konsekvenser av vold og overgrep (18 prosent). Institusjonene i UoH-sektoren bidrar samlet til mellom 36 og 67 prosent av den totale publiseringen, Andelen er lavest for posttraumatiske lidelser og høyest for helsefremming, mestring og livskvalitet. Ellers er det grunn til å understreke at det er store forskjeller mellom helsekategoriene i størrelse/volum totalt (jf. figur 4.7), og dette er det viktig å ta med i betraktningen ved fortolkning av resultatene.

Tabell 4.3 Publisering innen psykisk helse etter helsekategori 2015–2017. Relativ fordeling etter institusjon/institutt/ sektor.

Enhet	Depresjon	Studier av helsefremming etc	Psykosor og schizofreni	Angst	Utviklingsforstyrrelser	Personlighetsforstyrrelser	Selv mord	Avhengighet	Posttraumatisk lidelser	Konsekvenser av vold og overgrep
UOS	10%	5%	19%	7%	11%	20%	10%	3%	4%	7%
Helse Bergen	4%	2%	5%	5%	5%	5%	4%	1%	2%	2%
St. Olavs Hosp	4%	2%	2%	4%	2%	4%	2%	1%	0%	3%
Øvrige helseforetak	16%	11%	22%	14%	11%	13%	13%	7%	10%	8%
Totalt helseforetak	33%	21%	48%	30%	30%	42%	29%	13%	17%	20%
FHI	7%	4%	3%	6%	7%	5%	9%	19%	2%	4%
NKVTS	2%	1%	0%	3%	0%	0%	0%	1%	36%	18%
UNI Research	2%	2%	1%	2%	4%	1%	1%	2%	3%	1%
Øvrige inst	4%	3%	2%	4%	2%	5%	0%	3%	3%	4%
Totalt inst. sektor	15%	10%	6%	14%	13%	12%	11%	24%	43%	27%
UiO	19%	14%	26%	14%	13%	16%	22%	20%	18%	15%
UiB	9%	10%	8%	13%	15%	6%	5%	20%	5%	7%
NTNU	13%	13%	5%	15%	11%	10%	14%	4%	2%	5%
UiT	3%	7%	1%	3%	2%	3%	7%	4%	2%	5%
OsloMet	2%	8%	0%	2%	3%	0%	3%	2%	3%	5%
USN	1%	2%	0%	0%	1%	0%	1%	0%	0%	3%
Øvrig UoH	3%	12%	4%	6%	8%	8%	4%	4%	6%	11%
Totalt UoH	50%	67%	45%	53%	54%	44%	57%	56%	36%	51%
Andre	2%	3%	2%	3%	4%	2%	4%	7%	4%	2%
Totalt	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

*) Fraksjonaliserte publikasjonstall er brukt som beregningsgrunnlag.

Kilde: NIFU/Web of Science/Cristin

Tabell 4.4 viser hyppig forekommende tittelord i de fem største helsekategoriene. Den kan gi en indikasjon på forskningsprofilen innen de ulike kategoriene. For eksempel er autisme og ADHD sentrale forskningstema innen kategorien utviklingsforstyrrelser, mens det samme er tilfellet for spiseforstyrrelser i kategorien for personlighets- og adferdsforstyrrelser. Samtidig ser vi at noen lidelser går igjen i flere kategorier, slik at for eksempel angst også finnes i publikasjonene under depresjon og motsatt.

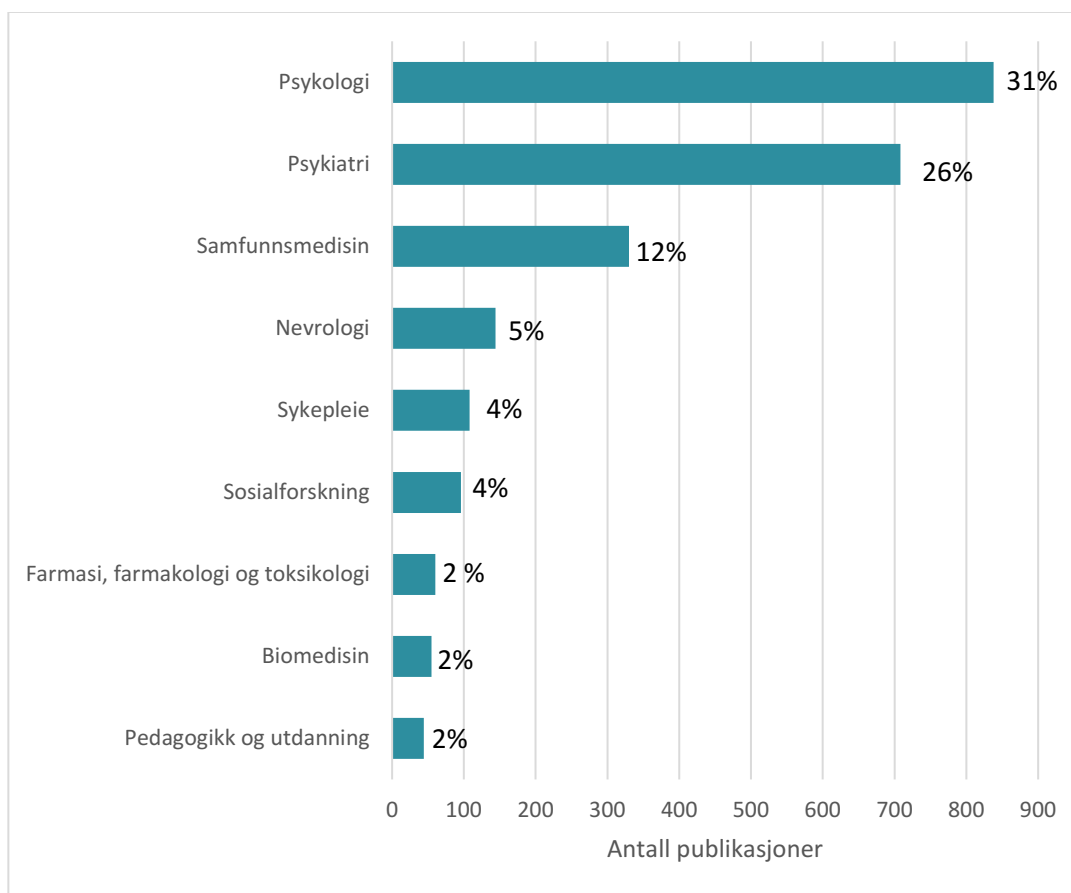
Tabell 4.4 Oversikt over de hyppigst forekommende tittelord* i fem helsekategorier.

	Studier av helsefremming, mestring og livskvalitet	Psykoser og schizofreni	Angst	Utviklingsforstyrrelser	Personlighetsforstyrrelse
Depresjon	life	schizophrenia	anxiety	disorder	disorder
depression	quality	psychosis	health	autism	personality
disorder	health	disorder	mental	children	eating
bipolar	mental	patients	therapy	adhd	treatment
symptoms	self-esteem	bipolar	disorders	spectrum	obsessive-compulsive
patients	social	brain	symptoms	symptoms	patients
health				attention-deficit/hyperactivity	
mental	therapy	genetic	depression	hyperactivity	anorexia
depressive	well-being	cognitive	patients	hyperactivity	therapy
anxiety	satisfaction	first-episode	social	attention	adolescents
therapy	patients	treatment	children	adolescents	nervosa

**) Listet i avtagende rekkefølge. Generelle og uspesifikke ord er ikke inkludert i tabellen.*

Kilde: NIFU/Web of Science/Cristin

I registeret over publiseringskanaler klassifiseres alle tidsskrifter i fire fagområder og 86 disipliner, og det er nylig foretatt en klassifisering av bokpubliseringen etter samme system. På bakgrunn av dette er det mulig å beregne publiseringsvolum i ulike fagområder og disipliner. Det er blant annet en kategori for psykiatri og en for psykologi. Figur 4.8 viser hvordan publikasjonene innen psykisk helse fordelte seg på disiplinnivå. Psykologi står for det største antallet av publikasjoner, totalt om lag 840 i perioden 2015-2017 (figur 4.8). Dette utgjorde 31 prosent av publiseringen innen psykisk helse. Psykiatri er den nest største disiplinen med en andel på 26 prosent. Dernest følger samfunnsmedisin med 12 prosent og nevrologi med 5 prosent. Det er videre et mindre antall publikasjoner i flere andre kategorier. Det er også en kategori for multidisiplinære tidsskrifter, for eksempel *PlosOne*. Disse er ikke disiplinklassifisert og er derfor tatt ut i beregningen av andeler.

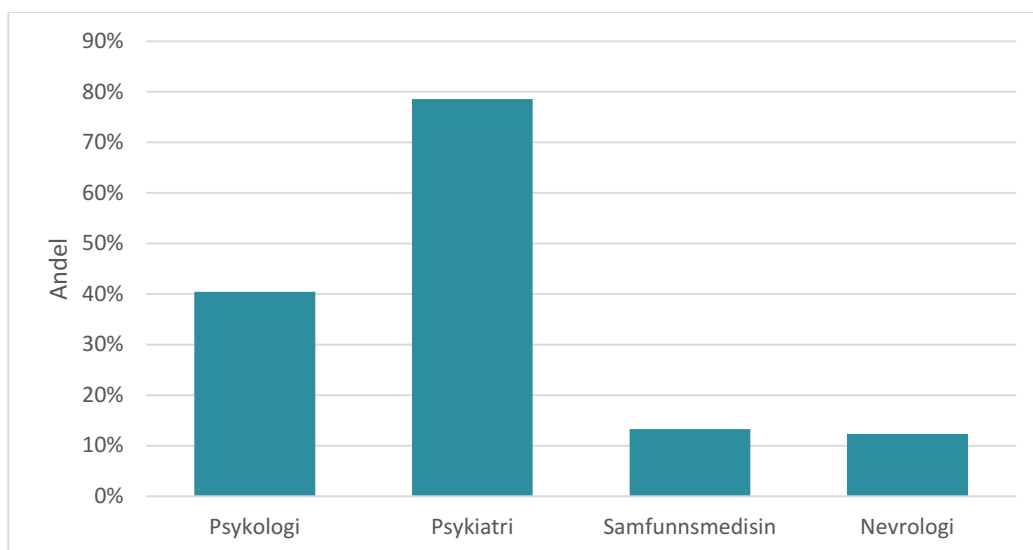


Figur 4.8 Fordeling av publikasjonene innen psykisk helse etter disipliner, 2015–2017*

**) Bare de største disiplinene er vist i figuren. Kun publikasjoner indeksert i Cristin inngår i analysen.*

Kilde: NIFU/Cristin

Figur 4.9 viser hvor stor andel psykisk helse utgjør av publiseringsvolumet i de ulike fagdisiplinene. I psykiatri er andelen nesten 80 prosent. Dette indikerer at en stor majoritet av norsk forskning innen psykiatri er relatert til psykisk helse. I psykologi er andelen derimot betydelig lavere, 40 prosent. Det har trolig sammenheng med at det drives mye forskning her på atferd og mentale prosesser som ikke er knyttet til psykisk helse. Som eksempel vil forskning innen underdisipliner som kognitiv psykologi, pedagogisk psykologi, miljøpsykologi, nevropsykologi, sosialpsykologi og kulturpsykologi helt eller delvis falle utenfor definisjonen av psykisk helse. Av forskningen publisert i samfunnsmedisinske tidsskrifter utgjorde psykisk helse 13 prosent.



Figur 4.9 Psykisk helse andel av den totale nasjonale publiseringen i utvalgte fagfelt, 2015–2017*

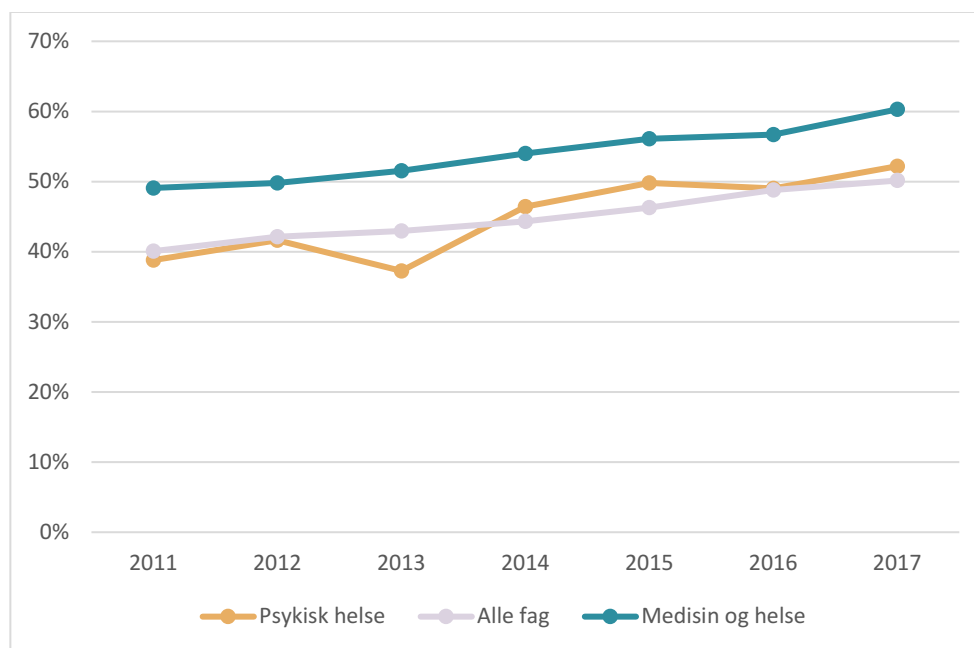
**) Bare de største disiplinene er vist i figuren. Kun publikasjoner indeksert i Cristin inngår i analysen.*

Kilde: NIFU/Cristin

4.4 Internasjonalt samarbeid

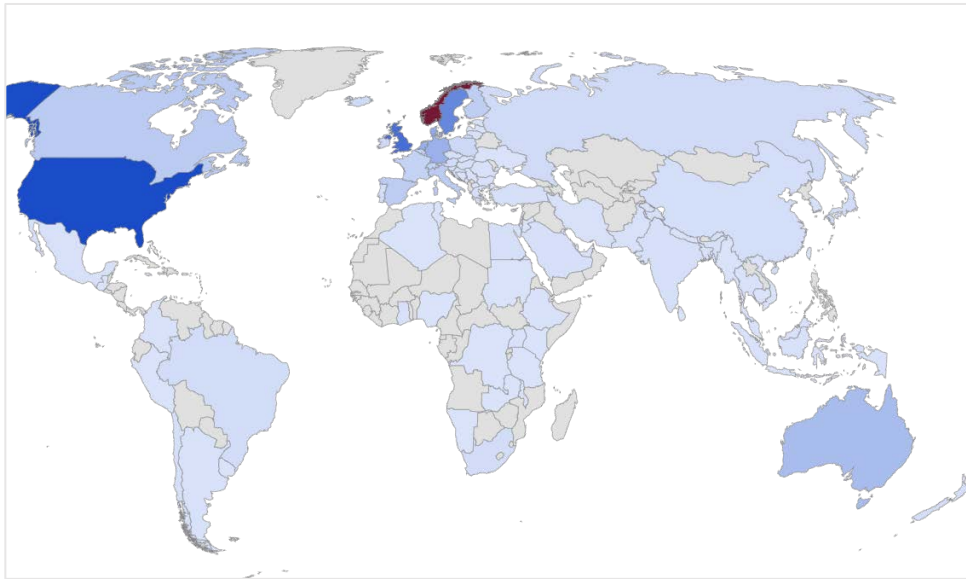
Norske forskere samarbeider mye med forskere fra andre land, det gjelder også for psykisk helse. En veletablert og utbredt måte å måle slikt samarbeid på, er å se på vitenskapelige publikasjoner som har medforfattere i ulike land. Slik måling av samforfatterskap gir både et bilde av omfanget av og mønstrene i internasjonalt forsknings samarbeid. Forfatterne oppfører institusjonsadressene sine i publikasjonene, og basert på denne informasjonen kan samarbeidsstrukturer analyseres bibliometrisk.

I 2011 hadde 39 prosent av de norske publikasjonene innen psykisk helse medforfattere fra institusjoner i andre land (figur 4.10). Andelen har steget markert i de påfølgende år og utgjorde 52 prosent i 2017. Med andre ord har halvparten av publikasjonene medforfattere fra institusjoner i andre land. Utviklingen samsvarer i stor grad med den som har vært for norsk forskning totalt for alle fag, her lå andelen på 50 prosent i 2017. I fagområdet medisin og helse totalt lå andelen derimot litt høyere og utgjorde 60 prosent i 2017.



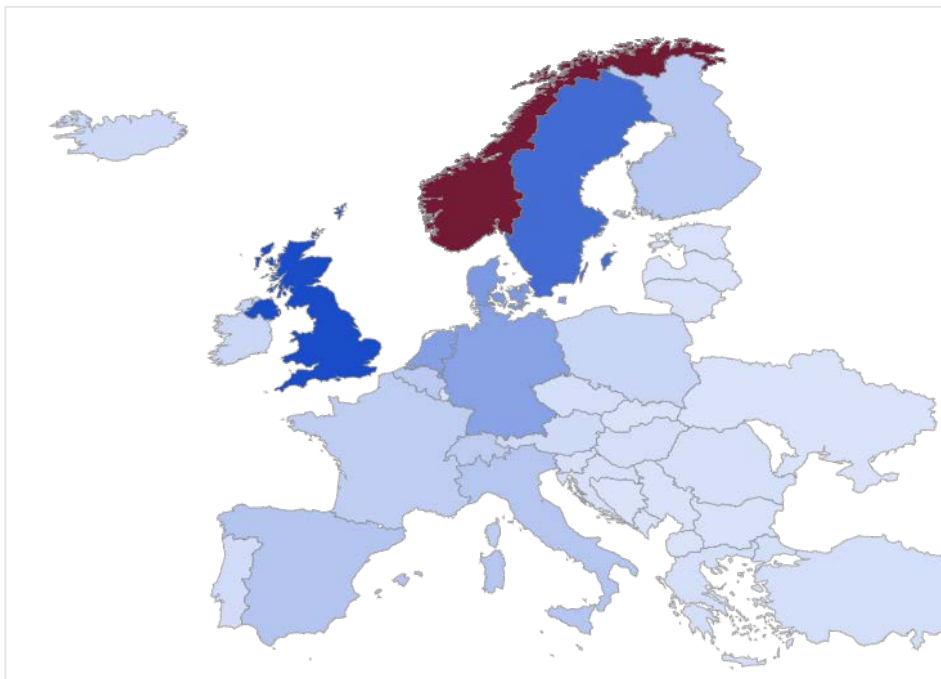
Figur 4.10 Andel publikasjoner med internasjonalt samarbeid, 2011-2017, psykisk helse og norsk gjennomsnitt (alle fag og medisin og helse).

Figur 4.11 gir en grafisk illustrasjon av omfanget av samarbeid mellom norske og utenlandske forskere for hele verden, mens figur 4.12 gir en tilsvarende oversikt for land i Europa. Figurene er basert på samforfatterskapsdata for årene 2015-2017. Kartene viser at norske forskere samarbeider med kolleger i en lang rekke land i verden, totalt nesten 100. Mange av landene er imidlertid små i form av antall samarbeidsartikler.



Figur 4.11 Grafisk illustrasjon av Norges globale samarbeid innen psykisk helse basert på artikler 2015–2017. Mørkere farge etter økende antall samarbeidsartikler.

Kilde: NIFU/Web of Science/Cristin



Figur 4.12 Grafisk illustrasjon av Norges europeiske samarbeid innen psykisk helse basert på artikler 2015–2017. Mørkere farge etter økende antall samarbeidsartikler.

Kilde: NIFU/Web of Science/Cristin

Norges største og viktigste samarbeidsland innen psykisk helse er USA, Storbritannia og Sverige. Dette er et mønster en også ser for norsk forskning generelt. Her er USA den største samarbeidspartneren, noe som ikke unikt for Norge og har sammenheng med at USA også er verdens største forskningsnasjon. Totalt hadde nesten 544 eller 18 prosent av de norske vitenskapelige publikasjonene medforfattere fra USA, se tabell 4.5. Tilsvarende andel for Storbritannia utgjorde 13 prosent og for Sverige 11 prosent, mens Danmark og Nederland fulgte dernest med andeler på om lag 6 prosent. Også mange andre europeiske land kommer høyt opp på listen over samarbeidsfrekvens.

Tabell 4.5 Internasjonalt samarbeid med Norge, 2015–2017, antall publikasjoner og andel av norsk artikkelproduksjon (psykisk helse).

Land	Antall	Andel	Land	Antall	Andel
USA	544	17,5 %	Island	29	0,9 %
Storbritannia	417	13,4 %	Østerrike	24	0,8 %
Sverige	329	10,6 %	Japan	24	0,8 %
Danmark	201	6,5 %	Brasil	23	0,7 %
Nederland	185	6,0 %	Israel	21	0,7 %
Tyskland	179	5,8 %	Sør-Afrika	21	0,7 %
Australia	139	4,5 %	Portugal	19	0,6 %
Canada	89	2,9 %	Kina	17	0,5 %
Spania	84	2,7 %	Ungarn	15	0,5 %
Italia	82	2,6 %	New Zealand	15	0,5 %
Finland	76	2,4 %	Tyrkia	13	0,4 %
Belgia	69	2,2 %	Egypt	12	0,4 %
Sveits	63	2,0 %	Hellas	12	0,4 %
Frankrike	60	1,9 %	India	12	0,4 %
Polen	38	1,2 %	Chile	11	0,4 %
Irland	33	1,1 %	Tsjekkia	11	0,4 %
Russland	30	1,0 %	Saudi Arabia	10	0,3 %

**) Oversikten er begrenset til land med 10 eller flere publikasjoner med norske medforfattere.*

Kilde: NIFU/Web of Science/Cristin

Tabell 4.6 viser hvilke institusjoner som har flest samforfattede psykisk helsepublikasjoner med Norge. Samarbeidet omfatter naturlig nok veldig mange ulike institusjoner, men på topp finner vi Karolinska Institutet, King's College London, Københavns Universitet og Yale University.

Tabell 4.6 Internasjonalt samarbeid med Norge, 2015–2017, antall publikasjoner (psykisk helse) per institusjon.*

Institusjon	Land	Antall
Karolinska Institutet	Sweden	160
King's College London, U. of London	United Kingdom	77
Københavns Universitet	Denmark	73
Yale University	USA	71
University College London	United Kingdom	58
Stockholms Universitet	Sweden	46
Aarhus Universitet	Denmark	45
State University of New York Upstate Medical University, Syracuse	USA	44
University of Oxford	United Kingdom	43
Uppsala universitet	Sweden	41
Rijksuniversiteit Groningen	Netherlands	36
UMC St Radboud	Netherlands	36
Syddansk Universitet	Denmark	35
University of California, San Diego	USA	34
Århus Universitetshospital	Denmark	33
Columbia University in the City of New York	USA	33
Vrije Universiteit Amsterdam	Netherlands	31
Vrije Universiteit Amsterdam Medical Center	Netherlands	30
Harvard Medical School	USA	30
Storbritannia og Nord-Irland	United Kingdom	29
Radboud Universiteit Nijmegen	Netherlands	28
Göteborgs universitet	Sweden	27
University of New South Wales	Australia	27
University of Sydney	Australia	27
The University of Edinburgh	United Kingdom	26
University of California, Los Angeles (UCLA)	USA	25
Massachusetts General Hospital	USA	24
Universitair Medisch Centrum Groningen	Netherlands	24
Rigshospitalet - København Universitetshospital	Denmark	24
Helsingin yliopisto	Finland	24
University of Manchester	United Kingdom	23
National Health Service	United Kingdom	23
Centro de Investigación Biomédica en Red	Spain	22
Virginia Commonwealth University	USA	22
University of California, San Francisco	USA	22
Imperial College	United Kingdom	22
Karolinska Universitetssjukhuset	Sweden	22
University of Melbourne	Australia	22
University of Wisconsin-Madison	USA	21

**) Oversikten er begrenset til utenlandske institusjoner med flere enn 20 publikasjoner med norske medforfattere.*

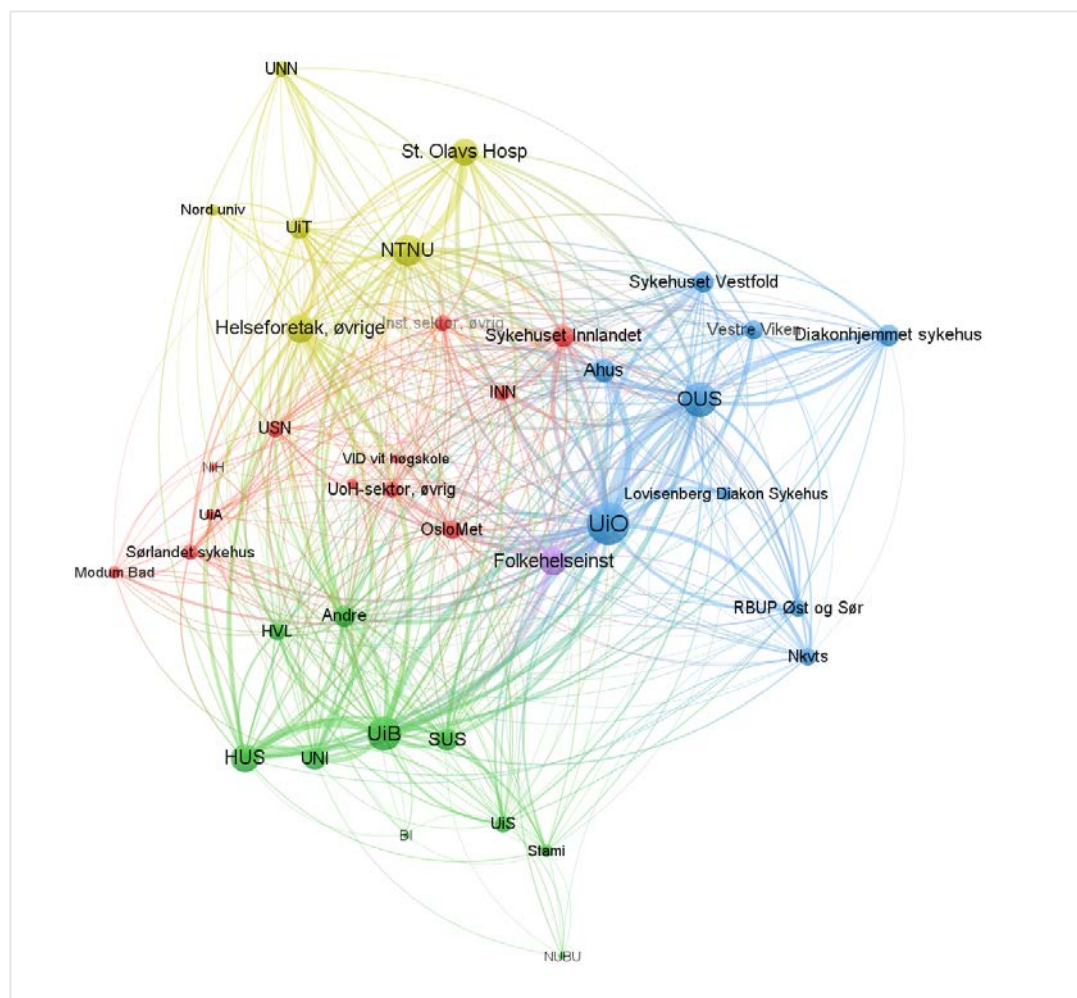
Kilde: NIFU/Web of Science/Cristin

4.5 Nasjonalt samarbeid

I tillegg til det internasjonale samarbeidet, er det også et betydelig nasjonalt samarbeid innen psykisk helseforskning. Nedenfor presenteres en analyse av dette samarbeidet for de største institusjonene/instituttene. Analysen er basert på

data over nasjonalt samforfatterskap i publikasjonene fra perioden 2015-2017.⁸ Siden analysen er basert på data om vitenskapelig publisering, vil den primært reflektere akademisk samarbeid.

Figur 4.13 gir en grafisk illustrasjon av dette samarbeidet. I figuren representerer sirklenes størrelse antall samarbeidsartikler totalt og bredden på strekene antall slike artikler mellom ulike institusjoner og institutter. Avstanden mellom sirklene gir en indikasjon på den relative intensiteten til samarbeidet slik at enheter med relativt sett mange felles publikasjoner grupperes nært hverandre (clusters).

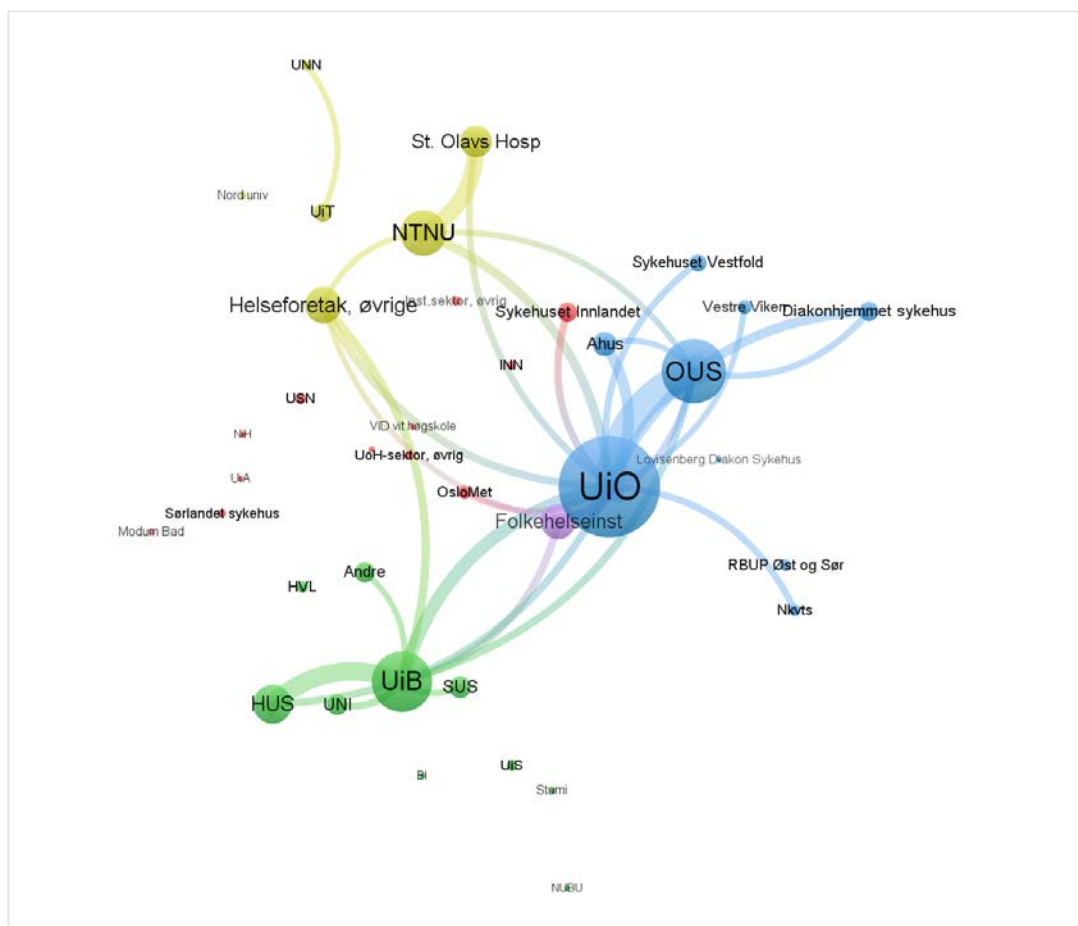


Figur 4.13 Grafisk illustrasjon av nasjonalt samarbeid innen psykisk helse basert på artikler fra 2015-2017.

Kilde: NIFU/Web of Science/Cristin/Vosviewer

⁸ Indikatoren er et uttrykk for samarbeidsintensiteten mellom institusjonene/instituttene. Det bør likevel bemerkes at personer med stillinger ved flere institusjoner (f.eks. overlege/professor II) kan ha oppført to adresser på publikasjonene. Disse vil også registreres som samarbeidspublikasjoner i analysen.

For å lettere se hovedstrukturene i det nasjonale samarbeidet, er det laget en forenklet illustrasjon i figur 4.14 hvor bare de sterkeste samarbeidslinkene er illustrert. To hovedmønstre bør fremheves spesielt. Det ene er at det er et tydelig geografisk klyngemønster hvor institusjoner som ligger nær hverandre geografisk har mye samarbeid. Det andre er at det er mye samarbeid mellom universitetene og de tilhørende universitetssykehus.



Figur 4.14 Grafisk illustrasjon av nasjonalt samarbeid innen psykisk helse basert på artikler fra 2015-2017.

Kilde: NIFU/Web of Science/Cristin/Vosviewer

Tabell 4.7 gir mer presis og utfyllende informasjon om omfanget av det nasjonale samarbeidet målt gjennom samforfatterskap. Her er det brukt en fargeskala for å illustrere intensiteten til samarbeidet. Tabellen skal leses loddrett. For eksempel ser vi at av artiklene til Folkehelseinstituttet (FHI) hadde 49 prosent medforfattere fra UiO (se loddrett kolonne for Folkehelseinstituttet). Tilsvarende ser vi at av artiklene til UiO hadde 15 prosent medforfattere fra Folkehelseinstituttet. At andelen blir lavere for UiO enn for Folkehelseinstituttet skyldes at UiO har flest publikasjoner totalt, mens antallet

samarbeidspublikasjoner som andelen beregnes fra, er det samme. Merk at mange av publikasjonene vil ha medforfattere fra mer enn én institusjon eller institutt og vil derfor kunne inngå flere steder, summen av prosentandelene er også langt over 100 prosent. For helseforetakene involverer en stor majoritet av artiklene samarbeid med de tilknyttede breddeuniversitetene. Tallene bør her sees i lys av et stort innslag av kombinerte stillinger.

Tabell 4.7 Nasjonalt samarbeid per institusjon/institutt, 2015-2017. Andel av publikasjonene (psykisk helse) med samforfatterskap.*

	UiO	UiB	NTNU	UiT	OsloMet	Øvrig UoH	OUS	Helse Bergen	Øvrige HF	FHI	NKVTS	Øvrige institutt	Andre
UiO		24 %	20 %	13 %	35 %	18 %	77 %	27 %	46 %	49 %	70 %	31 %	22 %
UiB	14 %		8 %	8 %	3 %	15 %	14 %	86 %	17 %	23 %	9 %	28 %	29 %
NTNU	9 %	7 %		10 %	9 %	10 %	10 %	11 %	25 %	4 %	3 %	15 %	14 %
UiT	3 %	3 %	5 %		1 %	5 %	2 %	3 %	10 %	6 %	7 %	2 %	5 %
OsloMet	5 %	1 %	3 %	1 %		5 %	5 %	1 %	3 %	3 %	3 %	2 %	5 %
Øvrig UoH	9 %	14 %	11 %	13 %	18 %		10 %	12 %	17 %	7 %	8 %	9 %	20 %
OUS	39 %	13 %	12 %	6 %	17 %	9 %		15 %	24 %	17 %	11 %	10 %	13 %
Helse Bergen	7 %	38 %	6 %	3 %	3 %	6 %	7 %		10 %	8 %	2 %	14 %	9 %
Øvrige HF	45 %	29 %	54 %	45 %	23 %	30 %	46 %	37 %		36 %	17 %	33 %	28 %
FHI	15 %	12 %	3 %	9 %	7 %	4 %	11 %	10 %	12 %		6 %	13 %	7 %
NKVTS	6 %	1 %	1 %	3 %	2 %	1 %	2 %	1 %	2 %	2 %		11 %	1 %
Øvrige instit	10 %	16 %	11 %	3 %	6 %	6 %	7 %	18 %	11 %	14 %	42 %		10 %
Andre	4 %	9 %	5 %	4 %	6 %	7 %	4 %	6 %	5 %	4 %	1 %	5 %	
N - tot ant pub	1123	645	510	238	154	598	576	285	1089	352	98	374	195

*) Beregnet i forhold til totalt antall publikasjoner (inkluderer artikler både med og uten nasjonalt samarbeid). Bare de største institusjonene og instituttene (i form av antall publikasjoner) er vist separat i tabellen.

Kilde: NIFU/Web of Science/Cristin

4.6 FoU-ressurser og publisering – undersøkelsens sammenlignbarhet

I rapporten er ressursinnsatsen innen psykisk helse og resultatene i form av vitenskapelige publisering analysert separat. Det kan imidlertid være interessant å se resultatene fra de to undersøkelsene i sammenheng. Det er likevel grunn til å understreke at de to undersøkelsene ikke er direkte sammenlignbare, men måler ulike aspekter ved norsk forskning på psykisk helse. Ikke all forskning innen psykisk helse vil resultere i vitenskapelige publikasjoner. Blant annet har instituttsektoren generelt et publiseringsmønster med et lavere innslag av vitenskapelig publisering enn universitets- og høyskolesektoren, f.eks. publiseres oppdragsforskning gjerne som rapporter og ikke som vitenskapelige publikasjoner (se kapittel 4.7). Videre viser resultatene fra spørreundersøkelsen

at respondentene kan ha fortolket og avgrenset psykisk helse noe ulikt. Det er også mulig at metoden som i publiseringsanalysen er brukt for å avgrense psykisk helse, ikke helt vil være dekkende eller samsvare med hvordan respondentene har oppfattet psykisk helse. Endelig bør det legges til at det tar tid fra forskningen utføres til resultatene foreligger i publisert form. Publiseringstallene for et gitt år vil derfor reflektere forskning utført ett til to år tidligere eller mer. I rapporten benyttes mye publiseringstall for perioden 2015-2017. Dette vil således være relatert til forskning utført i perioden 2013/2014 til 2015/2016, altså flere år tidligere enn ressurskartleggingen som omfatter 2017. Institusjonenes forskningsvolum og fagprofil kan ha blitt endret i løpet av denne perioden.

Ut fra disse betraktningene vil det ikke være overaskende om tallene fra de to undersøkelsene avviker fra hverandre. Sammenlignet med ressursinnsatsfordelingen til psykisk helse, står universitets- og høgskolesektoren for en noe høyere andel når det gjelder den vitenskapelige publiseringen, mens instituttsektoren og helseforetakene har lavere andeler. Universitetene og høgskolene stod for 44 prosent av FoU-utgiftene i 2017 og 55 prosent av publiseringen (2015-2017). Tilsvarende tall for helseforetakene var henholdsvis 39 og 26 prosent og for instituttsektoren 17 og 15 prosent. I tillegg viste publiseringsanalysen at om lag 4 prosent av publiseringen kommer fra øvrig offentlig sektor og næringslivet (disse ble ikke fanget opp i ressurskartleggingen).

På institusjonsnivå er det også en del forskjeller. I UoH-sektoren har UiO størst FoU-innsats og også flest vitenskapelige artikler. Størrelsesforholdet mellom lærestedene varierer imidlertid. NTNU er nest størst når det gjelder FoU-innsats, men rangerer på tredje plass etter publiseringstall, riktignok omtrent likt med UiB som har nest høyest antall. UiB har lavest FoU-innsats av breddeuniversitetene, men er altså nest størst når det gjelder publiseringstall. Det er også grunn til å bemerke forskjeller for flere andre institusjoner og institutter, blant annet fremstår OsloMet og Folkehelseinstituttet med klart høyere andeler i publiseringen enn i ressursfordelingen.

Det er også en del avvik mellom de to undersøkelsene om en ser på fordelingen på forskningsområder. Også disse avvikene kan forklares med faktorene diskutert ovenfor.

4.7 Annen type publisering

Analysen som inngår for øvrig i kapitlet omfatter bare vitenskapelig publisering. Ikke all forskning resulterer i vitenskapelige publisering og det drives også forskningsbasert formidling, evalueringer, utredninger som typisk publiseres på annen måte. For eksempel vil oppdragene som instituttene utfører for sine oppdragsgivere, ofte ikke resultere i publikasjoner i akkrediterte vitenskapelige

publiseringskanaler, men bli publisert som rapporter i instituttens egne eller eksterne rapportserier. Denne type publisering gir ikke uttelling i det resultatbaserte finansieringssystemet. Det samme gjelder publisering i for eksempel ikke-vitenskapelige profesjonstidsskrifter. Disse typene publisering er imidlertid vanskelig å analysere siden systematiske bibliografiske data ikke foreligger. Som en del av prosjektet ble det forsøkt å innhente data om den ikke-vitenskapelige publiseringen. Det viste seg imidlertid ikke mulig å etablere et datasett av tilstrekkelig kvalitet til å kunne brukes i analysesammenheng. Vi vil derfor begrense oss til å gi noen eksempler på annen type publisering.

4.7.1 Annen publisering ved Folkehelseinstituttet

Folkehelseinstituttet beskriver i sin årsmelding for 2017 at internett er deres viktigste publiseringskanal. Her publiseres alle rapporter, råd og nyheter. Instituttets nettside har to målgrupper. Disse er helsepersonell og befolkningen som ønsker informasjon og kunnskap. I tillegg publiseres informasjon rettet mot befolkningen på helsenorge.no. På Folkehelseinstituttets hjemmeside finnes for eksempel informasjonsartikler om selvmord og selvmordsforebygging, fobier, spiseproblemer, schizofreni, bipolar lidelse og en rekke andre tema. Tilsvarende finnes det mer utdypende rapporter om ulike tema relatert til psykisk helse.

4.7.2 Annen publisering ved NUBU

NUBU (Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge) driver tiltaksforskning og evaluerer evidensbaserte tiltak rettet mot barn og unge, foreldre, familier, barnehager og skoler, spesielt metoder for forebygging og behandling av alvorlige atferdsvansker. Senteret har en utadrettet rolle og tett samarbeid med praksisfeltet. For eksempel publiseres veiledninger innen tematikken og egne programmer, som programmet Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR) som skal bidra til forebygging og behandling av atferdsproblemer hos barn.

4.7.3 Annen publisering ved Uni Research Helse (del av NORCE)

Aktiviteten ved Uni Research Helse omfatter blant annet effektevalueringer av tiltak for sammensatte psykiske lidelser, angst, depresjon og atferdsvansker hvor rapporter er publisert om tematikken. RKBV Vest - Regionalt kunnskapssenter for barn og unge er en del av Uni Research Helse og utfører forskning, fagutvikling og kunnskapsformidling innen psykisk helse for barn og unge i et folkehelseperspektiv. Her inngår blant annet formidling av forskning og

kunnskapsoppsummering til helse- og omsorgstjenester, skole, barnehager og barnevern.

4.7.4 Annen publisering ved RBUP Øst og Sør

RBUP Øst og Sør samarbeider med kommuner, spesialisthelsetjenesten og barnevern om evalueringsarbeid og kvalitetsutvikling i tjenestene for barn og unge. Dette formidles i ulike kanaler fra vitenskapelige fora, rapporter og direkte til brukerne. RBUP lager også oversikter blant annet databasen IN SUM (et register over systematiske oversikter om effekt av tiltak), tidsskriftet PsykTestBarn (om tester og kartleggingsverktøy).

4.7.5 Annen publisering ved NKVTS

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) driver forskning og sprer kompetanse om vold og traumatisk stress. Her inngår ulike typer formidling, både vitenskapelig, undervisning, veiledning og rådgiving. For eksempel rapporteres det i 2017 om 58 vitenskapelige artikler/bokkappitler og 7 rapporter. NKVTS drifter også nettportalen dinutvei.no, som er en nasjonal veiviser for mennesker som har vært utsatt for vold og overgrep og andre som ønsker mer kunnskap om tematikken.

5 Om samfunnsutfordringer, sykdomsbyrde og mulige forskningssvake områder

I dette kapitlet vil vi vurdere samfunnets behov for kunnskapsgrunnlag ut fra definerte samfunnsutfordringer, estimert sykdomsbyrde og mulige forskningssvake områder. Forskning og utvikling innenfor psykisk helse har fått økt oppmerksomhet det siste tiåret både i Norge og flere andre europeiske land deriblant Storbritannia (Departement of Health, 2017). Omfattende kartleggingsprosjekter av forskning på psykisk helse har vært gjennomført med EU-finansiering, deriblant prosjektet *A Roadmap for Mental Health Research in Europe (ROAMER, 2015)*. Disse initiativene viser gjerne til udekte samfunnsbehov og høy sykdomsbyrde ved psykisk sykdom som medfører betydelige offentlige helse- og omsorgskostnader og betydelige indirekte produktivitetstap (Wykes 2015).

I norsk sammenheng foreligger det en rekke offentlige dokumenter som beskriver sykdomsbyrde så vel som samfunnsutfordringer. Dette kapitlet tar utgangspunkt i ulike utfordringer, byrder og behov som vektlegges i dokumentene. Det avsluttende kapitlet ser disse trekkene i sammenheng med ressursinnsatsen til forskning samt vitenskapelig publisering innenfor psykisk helse og trekker på erfaringer og funn i større kartleggingsprosjekter på feltet internasjonalt.

5.1 Samfunnsutfordringene

Ett av de tre overordnede målene i Langtidsplanen for forskning og høyere utdanning som regjeringen la fram første gang i 2014, er å møte store samfunnsutfordringer. Denne overordnede prioriteringen er videreført i den første revisjonen av langtidsplanen som ble oversendt Stortinget i 2018 og gjelder for den kommende fireårsperioden. Flere offentlige dokumenter også innenfor helse-området legger samfunnsutfordringer til grunn for prioriterte satsinger. Dette gjelder blant annet for Forskningsrådets policydokument under.

Samfunnsutfordringene beskrives ofte upresist på et overordnet nivå i de ulike dokumentene, selv om de synes å ha felles opphav.

5.1.1 Regjeringens første langtidsplan for forskning og høyere utdanning

Den første langtidsplanen fra 2014 tar i likhet med det europeiske forsknings- og innovasjonsprogrammet Horisont 2020, utgangspunkt i store samfunnsutfordringer. I langtidsplanen heter det blant annet:

Globale utfordringer som klimaendringer, sikkerhet og beredskap, sykdommer og epidemier, og sikker tilgang til energi, vann og mat, er store og sammensatte. Utfordringene knyttet til den demografiske utviklingen vil sette velferdsstaten under press. Å møte disse samfunnsutfordringene krever samspill mellom forskjellige fagmiljøer og sektorer, og internasjonalt samarbeid» (side 8).

*Meld. St. 7 (2014–2015) Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2015–2024.
Kunnskapsdepartementet 2014.*

Langtidsplanen konkretiserer utfordringene innenfor helse- og omsorgsområdet med å vise til utfordringen ved å ta vare på en økende andel eldre med omsorgsbehov. Femte kapittel i langtidsplanen trekker fram «kunnskapsbaserte offentlige tjenester som sentrale for å kunne møte demografiske endringer blant annet gjennom aldring og innvandring samt endret helse- og sykdomsbilde i befolkningen». Kunnskapssystemet for helse og omsorg omtales spesielt, og strategien etterspør «fremragende fag- og forskningsmiljøer innenfor forebygging, behandling, omsorg og tjenesteutvikling» samt godt samarbeid mellom tjenestene, fagmiljøene, brukerne og næringslivet.

5.1.2 Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2019–2028

Vektleggingen av samfunnsutfordringer videreføres i gjeldende langtidsplan for forskning og høyere utdanning. Her heter det at:

«Enten det dreier seg om klima og miljø, tilgang på mat og energi, teknologiskifter eller demografiske endringer som flere eldre eller økt migrasjon, må utfordringene møtes med kunnskap. En fellesnevner er at de er komplekse og overskrider fag-, sektor- og landegrenser. Løsningene må være like grenseløse. De beste hodene, uavhengig av disiplin-, sektor- eller nasjonal bakgrunn, må forene krefter for å frembringe den kunnskapen vi trenger».

Kapittel 2.3 Møte store samfunnsutfordringer. Meld. St. 4 (2018–2019) - Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2019–2028

Regjeringen vil i planperioden fram til 2024 blant annet sikre et bærekraftig velferdssamfunn ved å «legge til rette for forskning og innovasjon for økt kvalitet og effektivisering i offentlig sektor» samt å «øke kunnskapen om hva som kan bidra til at færre faller utenfor arbeidslivet og at flere står lenger i arbeid, samt belyse utfordringer knyttet til migrasjon og en aldrende befolkning».

Regjeringen ser i denne sammenheng økt innovasjon og mer effektive offentlige virksomheter som en løsning på samfunnsutfordringene knyttet til aldrende befolkning samt integrering av innvandrere i arbeidslivet. Videre nevnes betydningen av at «forebyggende arbeid, godt folkehelsearbeid og tidlig innsats overfor risikogrupper kan bidra til å holde flere friske, til at færre unge faller utenfor arbeidslivet og at flere eldre står i arbeid lenger».

5.1.3 «Mestre hele livet»

Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-22) etterlyser mer åpenhet og kunnskap om psykisk helse og er svaret på Stortingets bestilling om «en helhetlig tverrsektoriell strategi for barn og unges psykiske helse som omfatter individ og samfunn, og som inneholder både helsefremmende, sykdomsforebyggende og kurative initiativ» (side 7). Regjeringen besluttet "å legge frem en helhetlig strategi for hele psykisk helsefeltet, men med særlig fokus på barn og unge som kan danne grunnlaget for en opptrappingsplan" i tråd med Stortingets bestilling.

Strategidokumentet omtaler en rekke utfordringer uten å benytte begrepet samfunnsutfordringer. Regjeringen vil imidlertid «synliggjøre betydningen av det helsefremmende og forebyggende arbeidet, som er en viktig del både i folkehelsearbeidet og kommunenes psykiske helsetjenester» (side 7). Styrket kunnskap, kvalitet, forskning og innovasjon i folkehelsearbeidet og i tjenestene er et sentralt mål for strategien i likhet med det å fremme god psykisk helse for hele befolkningen generelt og for barn og unge spesielt. Dokumentet viser for øvrig til at «vold og overgrep mot barn er et betydelig folkehelseproblem og en av samfunnets store utfordringer» (side 42).

Kapittel 6 i strategiplanen omtaler overordnede kunnskapsbehov om psykisk helsearbeid og helse- og omsorgstjenester. Kartlegging av kunnskapsbehovene på feltet beskrives her som en egen målsetning for å få «en bedre oversikt over befolkningens psykiske helse og livskvalitet». Strategidokumentet beskriver de overordnede behovene for forskning i delkapitlet – Forskning for å understøtte bedre kunnskap, kvalitet og innovasjon:

Vi trenger forskning som kan bidra til mer kunnskap og bedre kvalitet i folkehelsearbeidet og i tjenestene. I tjenestene er det blant annet behov for mer og bedre forskning knyttet til diagnostikk og behandlingsmetoder. Det er behov for forskningsbasert utvikling av digitale verktøy og internettbehandling. På folkehelseområdet er det behov for forskningsbaserte evalueringer av nye og allerede igangsatte tiltak».

Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022).

Strategidokumentet etterlyser her blant annet:

- mer forskning som utføres på primærhelsetjenestens premisser, med vekt på funksjon, mestring, tilhørighet, selvstendighet og muligheter
- kunnskap om effekt av forskjellige tiltak og behandlingsformer, og det gjøres i liten grad effektmåling av behandlingen rundt den enkelte pasient.

5.1.4 Samfunnsutfordringer i Forskningsrådets helserelaterte dokumenter

Norges forskningsråd viser til sentrale samfunnsutfordringer relatert til helse- og omsorgssektoren i flere dokumenter. Sentralt her står dokumentet: Helhetlig helsesatsing i Forskningsrådet. Policy for forskning og innovasjon 2016–2020. Formålet for dokumentet er å skape større sammenheng og helhet i Forskningsrådets finansieringsaktiviteter og strategiske tiltak på helseområdet. Dessuten er den et redskap for rådets oppfølging av den nasjonale forsknings- og innovasjonsstrategien HelseOmsorg21. I del 3 heter det blant annet at:

De demografiske endringene vi står overfor har implikasjoner ikke bare for helsesektoren og helsetjenestene, men også for arbeids- og velferdssektoren, samfunnsøkonomien og næringslivet. Økningen i antall og andel eldre, og økende flerkulturell innvandring som følge av globale konflikter og katastrofer, kombinert med knapphet på kompetent arbeidskraft, innebærer at helsevesenets bærekraft er under sterkt press. Befolkningens høye forventninger til hva helsetjenesten kan tilby den enkelte, bidrar ytterligere til utfordringene».

Helhetlig helsesatsing i Forskningsrådet. Policy for forskning og innovasjon 2016–2020

Dokumentet vektlegger følgene av veksten i andelen eldre mennesker for sykdomsbildet: «Forekomst og sykdomsbyrde av nevrodegenerative lidelser, spesielt demenssykdommer, er raskt voksende og vil bli betydelig de neste 10-årene. Selv om økt forskningsinnsats trolig vil resultere i mer effektive forebyggings- og behandlingstiltak, vil mange mennesker leve lenge med demens. Omsorgssektoren står overfor store utfordringer som også må møtes med bedre samspill med den uformelle omsorgen i familien og sivilsamfunnet». Programplanen for forskningsprogrammet BEDRE HELSE i Norges forskningsråd (2016), viser til et tilsvarende utfordringsbilde innenfor helse, omsorg og velferdsområdet.

Programplanen for forskningsprogrammet HELSEVEL, 2015-2022 bidrar til å konkretisere sentrale samfunnsutfordringer for sektoren. Her heter i delkapittel 1.2 at «Endringer i befolkningens sammensetning og samfunnsutviklingen mer generelt, vil i årene som kommer stille større og nye krav til helse- og velferdstjenestene». Utfordringene som nevnes spesifikt er blant andre:

- En mer heterogen befolkning, med økt kulturell og sosioøkonomisk ulikhet, og med flere minoriteter, stiller nye krav til tjenestene.
- Økende kostnader og ressursbehov i tjenestene. Videreføring av dagens tjenestenivå til økende antall personer med tjenestebehov vil alene kreve betydelig økt finansiering og rekruttering.
- Lavere andel av befolkningen i yrkesaktiv alder og økende andel personer i yrkesaktiv alder som er utenfor arbeidslivet.

Programplanen for forskningsprogrammet «Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester – HELSEVEL, 2015-2022

Programplanen fra 2017 var en revisjon av 2016-utgaven som viste til tilgrensende helse-, omsorg- og utfordringene i større detalj, deriblant at «omfanget av rusproblemer og psykiske lidelser i befolkningen øker, spesielt i yngre aldersgrupper».

5.1.5 Oppsummering: Demografiske endringer gir nye samfunnsutfordringer

Langtidsplanen for forskning og høyere utdanning og regjeringens strategi for god psykisk helse viser sammen med flere dokumenter fra Norges forskningsråd, til sentrale samfunnsutfordringer relatert til helse- og omsorgssektoren framover. Utfordringene er gjerne knyttet til overordnede samfunnsutfordringer innenfor EUs forsknings- og innovasjonsprogram, Horisont 2020 som igjen er knyttet til globale utfordringer gjenspeilet i FNs bærekraftsmål.

Innenfor helseområdet viser dokumentene til både overordnede og mer spesifikke samfunnsutfordringer knyttet til psykisk helse. Blant de overordnede finner vi følgende utfordringer:

- Sykdommer og epidemier og et endret helse- og sykdomsbilde i befolkningen
- En mer heterogen befolkning, med økt kulturell og sosioøkonomisk ulikhet
- Lavere andel av befolkningen i yrkesaktiv alder
- Økende andel personer i yrkesaktiv alder som er utenfor arbeidslivet
- Økende andel eldre med omsorgsbehov
- Økende forekomst og sykdomsbyrde av nevrodegenerative lidelser
- Økende kostnader og ressursbehov i tjenestene

Blant de spesifikke samfunnsutfordringene knyttet til psykisk helse finner vi:

- Barn og unges psykiske helse
- Effekt av ulike tiltak og behandlingsformer
- Bedre oversikt over befolkningens psykiske helse og livskvalitet
- Økende omfang av rusproblemer og psykiske lidelser i befolkningen, spesielt i yngre aldersgrupper
- Bedre kvalitet i folkehelsearbeidet og i tjenestene
- Kunnskap om hva som kan bidra til at flere står lenger i arbeid

5.2 Sykdomsbyrde generelt og for psykisk helse spesielt

Beregninger om sykdomsbyrden i form av dødelig og ikke dødelig helsetap gir sentral informasjon om samfunns- og kunnskapsbehov ved siden beskrivelsen av samfunnsutfordringer i offentlige dokumenter. Sykdomsbyrden viser til samlet helsetap gjennom dødelighet og at folk lever med sykdom. Helsetilstanden i den norske befolkningen estimeres gjennom det globale sykdomsbyrdeprosjektet Global Burden of Disease (GBD) som er et internasjonalt epidemiologisk prosjekt. Analysen av sykdomsbyrden i Norge i 2016 ble publisert av Folkehelseinstituttet høsten 2018. Forfatterne konkluderer her at:

Norge i 2016 var sykdomsbyrden dominert av ikke-smittsomme sykdommer som hjerte- og karsykdom, korsryggs- og nakkesmerter, kreft, demens og psykiske lidelser. Mens det de siste ti årene har vært en positiv utvikling for tilstander som medfører mange tapte leveår, spesielt for hjerte- og karsykdommer, har man ikke sett samme utvikling for tilstander som hovedsakelig medfører ikke-dødelig helsetap.

(Øverland et al. 2018 og Tollånes et al. 2018).

Det framgår her at Norge generelt har dårlig oversikt over forekomst av sykdommer som hovedsakelig medfører ikke-dødelig helsetap, som psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser. Derfor er norske estimater for sykdomsbyrden i stor grad basert på data fra vest-europeiske land fra GBD-prosjektet. Her beregnes ikke-dødelig helsetap slik at det kan måles på samme skala som dødelighet i form av tapte leveår. Summen av tapte leveår (YLL) og ikke-dødelig helsetap (YLD) kalles helsetapsjusterte leveår (DALY), og er samlemålet på sykdomsbyrde.

For dødsfall og tapte leveår (gjenstående forventede leveår når et dødsfall inntreffer) finner Tollånes et al. 2018 følgende: «Ulykker, overdoser og selvmord var viktige årsaker til tapte leveår blant unge og voksne opp til 40 år, mens kreft var mer dominerende for dem mellom 40 og 80 år. Dødsfall og tapte leveår i Norge rammer i stor grad befolkningen over 60–70 år». Videre framgår det at «det ikke-dødelige helsetapet er betydelig allerede fra 10–20 års alder og holder seg høyt resten av livet. Psykiske lidelser blir for eksempel viktig allerede fra 10-årsalderen, og muskel- og skjelettlidelser fra 20-årsalderen».

Tollånes op. cit. viser de ti viktigste årsakene og sykdomsgruppene forbundet med helsetapsjusterte leveår i Norge i 2016. Blant kvinner var migrene, angst og depresjon blant de viktigste årsakene til helsetapsjusterte leveår, mens hos menn kom ruslidelser, fallskader og kronisk obstruktiv lungesykdom høyt på listen. Tabellen 5.1 viser en sammenstilling av helsetapet for begge kjønn og alle aldre fra rapporten Sykdomsbyrden i Norge 2016 (Øverland et al. 2018). Vi ser her at både depressive lidelser og angstlidelser begge var blant de seks viktigste årsakene til det totale helsetapet i den norske befolkningen.

Tabell 5.1 De ti viktigste årsakene til helsetap (YLD) i Norge i 2016, begge kjønn og alle aldre. Antall YLD med usikkerhetsintervaller (UI), prosentvis andel av totalt antall YLD.

Årsak	Helsetap - Antall YLD (95% UI)	Prosent av totalt helsetap YLD (95% UI)
1. Korsrygg- og nakkesmerter	98 413 (69 380–131 201)	15,5
2. Sykdommer i hud og underhud	49 169 (33 475–70 539)	7,8
3. Migrene	37 923 (24 456–53 206)	6,0
4. Sykdommer i sanseorganer	37 493 (25 436–53 025)	5,9
5. Depressive lidelser	37 493 (24 025–47 353)	5,5
6. Angstlidelser	30 954 (21 868–42 059)	4,9
7. Fallskader	26 395 (18 247–36 371)	4,2
8. Tann- og munnsykdommer	23 762 (14 688–36 173)	3,7
9. Diabetes mellitus	21 538 (14 712–29 629)	3,4
10. Andre muskel- og skjelettsykdommer	14 032 (9 355–20 146)	2,2

Kilde: Folkehelseinstituttet. Basert på tabell 4. Sykdomsbyrden i Norge 2016.

5.2.1 Nærmere om sykdomsbyrden knyttet til psykisk helse

Folkehelseinstituttet viser i rapporten 2016:1: Sykdomsbyrde i Norge 1990-2013 resultater basert på *Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factor Study 2013* (GBD2013). Tabell 17 på side 77 gir estimater over ikke-dødelig helsetap (YLD) ved psykiske lidelser og ruslidelser for kvinner og menn i Norge i 2013. Blant disse lidelsene har *depressive lidelser og angstlidelser klart høyest beregnet forekomst for både kvinner og menn*. Disse to gruppene psykiske lidelser utgjorde samlet omkring 49 prosent for menn mot omkring 69 prosent for kvinner av de estimerte ikke-dødelige helsetapet (YLD) for psykisk helse og rus i 2013. Angst og depresjon gir stort helsetap på befolkningsnivå gjennom at mange rammes. *Andre psykiske lidelser som schizofreni og bipolar lidelse er mindre vanlige*. Helsetapestimatene for schizofreni lå her fra 6 prosent (kvinner) og 8 prosent (menn) for schizofreni av YLD innenfor psykisk helse og rus totalt. For bipolar lidelse var de tilsvarende estimerte andelen 6 prosent for kvinner og 5 prosent for menn.

Rapporten Sykdomsbyrden i Norge 2016 (Øverland et al. 2018) gjengir en omfattende oversikt over sykdomsbyrden for de ulike GBD-kategoriene på detaljert nivå⁹. Her finner vi de estimerte verdiene for psykiske lidelser og

⁹ Vi vektlegger i denne sammenheng ikke-dødelig helsetap (YLD) i motsetning til helsetapsjusterte leveår (*disability adjusted life years, DALY*) som er summen av tapte leveår (YLL) og ikke-dødelig helsetap, (YLD).

ruslidelser (side 21-22). Basert på det absolutte tallmaterialet, finner vi at depressive lidelser og angstlidelser utgjør henholdsvis 35 og 24 prosent av det totale ikke-dødelige helsetapet (YLD) for psykiske lidelser og ruslidelser i befolkningen. Utover dette finner vi de høyeste YLD-andelene for ruslidelse/avhengighet og schizofreni og psykoser på henholdsvis 16 og 7,5 prosent. Figur 5.1 mot slutten av kapitlet viser fordelingen for øvrig sammen med andeler av FoU-utgifter og vitenskapelig publisering til psykisk helse i rapporten.

Rapporten *Psykisk helse i Norge 2018* fra Folkehelseinstituttet, er en oppdatering av *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv* fra 2009. For voksenbefolkningen er resultatene i hovedsak de samme i 2018 som i 2009. Forfatterne observerer i rapporten imidlertid «en bekymringsfull økning i andelen unge jenter som rapporterer et høyt nivå av psykiske plager og som oppsøker helsetjenesten for disse plagene» (Reneflot et al. 2018). Rapporten peker dessuten på at det er behov for å «styrke kunnskapen om årsakene til og konsekvensene av en slik økning og hvordan de psykiske plagene kan reduseres. Likeledes er det viktig med mer og bedre kunnskap om innvandreres psykiske helse».

Reneflot op. cit. gjengir i kapittel 2 forekomst av psykiske lidelser hos voksne fra befolkningsstudier basert på strukturerte kliniske intervjuer. Det norske datagrunnlaget er her forekomststudier fra henholdsvis Oslo og Sogn og Fjordane fra 90-tallet samt Folkehelseinstituttets Tvillingstudie innenfor perioden 1999-2011. Det foreligger imidlertid ingen nasjonal representative forekomststudier av psykiske lidelser i den norske befolkningen (side 24). I den nevnte tvillingstudien finner man at:

«angstlidelser (er) den vanligste gruppen psykiske lidelser blant unge voksne, med spesifikke fobier som den hyppigste enkelt diagnosen. Rundt en fjerdedel av den norske befolkningen vil rammes av en angstlidelse i løpet av livet, og cirka 15 prosent i løpet av et år. Depresjon vil ramme en av fem i løpet av livet og en av ti i løpet av 12 måneder».

Psykisk helse i Norge 2018

Livstidsforekomsten av andre psykiske lidelser som personlighetsforstyrrelser blant unge voksne var i overkant av 5 prosent. For spiseforstyrrelser viste for øvrig Oslo-undersøkelsen og undersøkelsen fra Sogn og Fjordane en livstidsforekomst for disse lidelsene på 3 prosent i Oslo mot 0,9 prosent i Sogn og Fjordane (side 29).

Det foreligger kun to lokale og befolkningsbaserte studier av barn og unges psykiske helse i Norge; Tidlig trygg i Trondheim (TTIT) i perioden 1999-2004 og Barn i Bergen (BIB) i perioden 2002-2004. For barn over ti år finnes det ingen nyere studier fra Norge (Reneflot op. cit., side 66). Derimot finnes forekomstdata for kontakt med helsetjenesten for ulike psykiske lidelser i underkapittel 3.5 (side

75). Det synes imidlertid å være behov for nye befolkningsbaserte data for å gi god oversikt over befolkningens psykiske helse (Reneflot op. cit.) for å gi mer presise forekomsttall og estimater for sykdomsbyrde.

5.2.2 Oppsummering: Depressive lidelser, angstlidelser og rusbrukslidelser gir størst helsetap

Beregningene av sykdomsbyrden i befolkningen og utbredelsen av psykiske lidelser i Norge som er basert på det globale sykdomsbyrdeprosjektet *Global Burden of Disease* (GBD), viser *høyest sykdomsbyrde for depresjons- og angstlidelser*. I Folkehelse rapporten 2014-18 heter det at «I løpet av 12 måneder vil rundt 16-22 prosent av den voksne befolkningen ha en psykisk lidelse. De vanligste psykiske lidelsene blant voksne er angstlidelser, depresjon og rusbrukslidelser».

Blant kvinner er migrene, angst og depresjon blant de viktigste årsakene til helsetapsjusterte leveår, mens *hos menn* kom ruslidelser, fallskader og kronisk obstruktiv lungesykdom høyt på listen i Norge for 2016. Depressive lidelser og angstlidelser var da begge blant de seks viktige årsakene til det totale helsetapet i den norske befolkningen.

Sykdomsbyrden i Norge 2016 gjengir en omfattende oversikt over sykdomsbyrden for de ulike GBD-kategoriene. Basert på det absolutte tallmaterialet, finner vi at depressive lidelser og angstlidelser utgjør henholdsvis 35 og 24 prosent av det totale ikke-dødelige helsetapet (YLD) for psykiske lidelser og ruslidelser i befolkningen. Utover dette finner vi de høyeste YLD-andelene for ruslidelse/avhengighet, schizofreni og psykoser.

5.3 Mulige forskningssvake områder nasjonalt

Norges forskningsråd finansierte egne forskningsprogrammer spesielt innrettet mot mental/psykisk helse mellom 1995 og 2015. Disse bidro i betydelig grad til å bygge opp forskningskapasitet på fagområdet særlig i første del av perioden (Ramberg et al. 2015). Fra og med 2016 inngår psykisk helse i rådets bredere helseprogrammer. Sluttrapporten fra programmet Psykisk helse gir i likhet med programnotatene for de brede nye programsatsingene innenfor psykisk helse fra 2016, noen indikasjoner på både styrker og svakheter ved forskningsområdene.

5.3.1 Forskningsrådsprogrammene innen psykisk helse

Sluttrapporten fra programmet for psykisk helse 2011-2015 (Norges forskningsråd 2016b) viser til at rådet da hadde tre satsningsområder knyttet til følgende tre HRCS-kategorier: *årsaksforhold, forebygging og behandling som bidrar til å fremme*

psykisk helse. I tillegg hadde programmet tre «spesifikke» eller tematiske satsingsområder i siste periode. Disse var: *forskning om barn og unges psykiske helse, forskning om transkulturelle faktorer for helsen samt behandlingsforskning.*

Sluttrapporten bemerker at «det har vært *minst forskning innenfor temaet transkulturelle faktorer.* For å få gjort noe med det, selv om programmet ikke hadde midler til utlysning de to siste årene, ble dette tema fokusert på forskningskonferansen i 2015». Sluttrapporten vektlegger videre utfordringer knyttet til behandlingsperspektivet: «det er fortsatt behov for å arbeide med å overføre ny kunnskap til klinisk virksomhet. Det er viktig at de nye helseprogrammene bevilger midler til *prosjekter som kan endre / tilføre ny kunnskap til klinisk praksis, stimulere forskere til å formidle resultater i konferanser, massemedia og ved konferanser*» (...) Sluttrapporten vektlegger ellers noen *overordnede utfordringer for forskningen på feltet* framover:

«Det er fortsatt for lite forskning innenfor dette feltet i Norge, i forhold til de samfunnsmessige utfordringene og konsekvensene for enkeltmennesker, familie og skole/arbeidsliv. Det ligger godt til rette for forskning innenfor disse feltene, med gode miljøer, biobanker/ helseregister og et økende antall forskere. Utfordringene er å få etablert større nasjonalt, nordisk og internasjonalt samarbeid. Ikke minst er det en stor utfordring å få norske forskere til å søke EU-finansiering og tilrettelegge for større suksessrate i Horisont 2020.

Forskningsfeltet har både blitt større og bedre de senere årene, men det er fortsatt behov for stimulering og fokusering på forskningens muligheter og forskningenes ansvar for samfunnsutfordringene på dette feltet. Det er derfor viktig at de nye helseprogrammene viderefører tiltakene som har bidratt til positiv utvikling innen psykisk helse, slik som økt forskningsaktivitet, økt internasjonalisering og bedre forskningskvalitet».

Sluttrapport fra programmet for psykisk helse 2011-2015. Norges forskningsråd (2016b)

Forskning på psykisk helse i Forskningsrådet var i 2015 finansiert gjennom flere programmer og ordninger deriblant: SFF¹⁰, Program for psykisk helse, FRIMEDBIO, Program for gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester (HELSEVEL) og Program for rusmiddelforskning (Norges forskningsråd 2016c, side 8). Porteføljeanalyse med HRCS viser videre at innenfor programmet for psykisk helse gikk vel halvparten av de bevilgede midlene til forskningsaktiviteten *aetiology (årsaks- og sykdomsforståelse)*, mens den nest største gruppen i 2015 var

¹⁰ Norwegian Centre for Mental Research (NORMENT) ble etablert i 2013 som et senter for fremragende forskning. Senteret er basert på et samarbeid mellom fire partnere: Universitetet i Oslo (vertsinstusjon), Universitetet i Bergen, Oslo universitetssykehus og Haukeland universitetssykehus. Hovedformålet med forskningen ved NORMENT er «å forstå de underliggende mekanismene som er involvert i alvorlige psykiske lidelser og finne svar på hvorfor noen mennesker utvikler sansebedrag, vrangforestillinger, dype depresjoner eller maniske faser».

treatment development (utvikling av nye behandlingsformer og terapeutiske intervensjoner). Disse to forskningsaktivitetskategoriene var også de to fremste for Forskningsrådets totale helseforskningsportefølje på 1,2 mrd. kroner i 2015 Norges forskningsråd (2016c: fig.1, side 6). Det er anslått at psykisk helse da utgjorde 101 millioner kroner, eller nær 9 prosent av helseporteføljen til Forskningsrådet dette året Norges forskningsråd (2016c: fig 3, side 8).

I 2016 ble pågående prosjekter under programmet Psykisk helse overført til de tverrgående helseprogrammene Bedre helse og livskvalitet (BEDREHELSE) og God og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering (BEHANDLING).

Hovedmålet for BEDREHELSE er «forskning og forskningsbasert innovasjon av høy kvalitet som kan bidra til *bedre folkehelse, økt livskvalitet og redusert sosial ulikhet i helse*. Utvikling og styrkning av *tiltaksforskning er det høyest prioriterte forskningsområdet* i BEDREHELSE og det er et mål for programmet å bidra med forskning som kan danne grunnlag for nye og effektive nasjonale helsefremmende og forebyggende tiltak».

Psykisk helse er en av programmets totalt 11 tematiske prioriteringer. Tematikken sosial ulikhet i helse utgjorde her den største enkeltkategorien av de innvilgede prosjektene med oppstart i 2017. Forebygging var da den hyppigst forekommende forskningsaktiviteten, mens *helsekategoriene* mental/psykisk helse og generell helserelevans utgjorde den høyeste andelen av porteføljen med oppstart og budsjett i 2017 ¹¹.

Programporteføljen i BEHANDLING består derimot hovedsakelig av prosjekter innen *anvendt klinisk forskning*. Tematisk retter programmet seg mot områder med omfattende sykdomsbyrde som for eksempel psykiske lidelser, muskel- og skjelettsykdommer, rusmiddelavhengighet, kreft, hjerte- og karsykdommer, sykdommer i hjernen og nervesystemet og på kunnskapssvake områder som langvarige smertetilstander og utmattelsesykdommer¹².

Programmet finansierer en rekke prosjekter som er relevant for og/eller gjøres i samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten og samarbeidet med spesialisthelsetjenesten er styrket. Programmet inkluderer *områder som oppfattes som forskningssvake og områder med store behov for kompetansebygging*, ifølge programrapporten for 2017. Forskningsaktiviteten innenfor BEHANDLING i 2017 var preget av de to HRSC-kategoriene *årsaksforhold* og *evaluering av behandlinger* som tilsammen ble tildelt nær 60 prosent av de totalt 70 millioner kronene. Kreft og generell helserelevans utgjorde i tillegg til mental (psykisk) helse de tre største helsekategoriene i HRCS-klassifiseringen av programporteføljen.

¹¹ Programrapport 2017 – Bedre helse og livskvalitet

¹² Programrapport 2017 – God og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering

5.3.2 Vektlegging av barn- og unges psykiske helse, transkulturelle faktorer og behandlingsforskning

I dette delkapitlet har vi sett at Forskningsrådsdokumenter gir noen indikasjoner på mulige forskningssvake områder innenfor psykisk helse i Norge i 2016. Forskningsrådets tre satsningsområder på fagområdet var knyttet til følgende HRCS-kategorier i perioden 2011-15:

- årsaksforhold
- forebygging
- behandling

Forskningsrådets tematiske satsingsområder omfattet da:

- forskning om barn og unges psykiske helse
- forskning om transkulturelle faktorer og psykisk helse
- behandlingsforskning innenfor psykisk helse

Sluttrapporten fra programmet (Norges forskningsråd 2016b) vektlegger at det var minst forskning innenfor temaet *transkulturelle faktorer og psykisk helse* samt *behandlingsforskning* og at det fortsatt er behov for å arbeide med å overføre ny kunnskap til klinisk virksomhet. Rapporten presiserer behovet for at de nye helseprogrammene bevilger midler til prosjekter som kan endre/ tilføre ny kunnskap til klinisk praksis.

Programdokumenter fra rådets helseprogrammer etter 2016 omtaler helseforskning innenfor psykisk helse mer overordnet enn tidligere. Her framgår det at *bedre folkehelse, økt livskvalitet og redusert sosial ulikhet i helse* er prioriterte felt. Utvikling og styrkning av *tiltaksforskning* har høyest prioritet i BEDREHELSE og det er et mål for programmet å bidra med forskning som kan danne grunnlag for nye og effektive nasjonale *helsefremmende og forebyggende tiltak*.

Programsatsingen BEHANDLING består hovedsakelig av prosjekter innen *anvendt klinisk forskning* og retter seg mot områder med omfattende sykdomsbyrde blant annet innenfor psykiske lidelser, muskel- og skjelettsykdommer, rusmiddelavhengighet, kreft, hjerte- og karsykdommer, sykdommer i hjernen og nervesystemet og på kunnskapssvake områder som langvarige smertetilstander og utmattelsesykdommer.

5.4 Kunnskapsoppsummeringer og kunnskapshull

Systematiske kunnskapsoppsummeringer gjennomgår fagfellevurderte vitenskapelige publikasjoner med prefererte metodiske design innenfor høyt spesialiserte fagfelt om spissede problemstillinger. Denne aktiviteten sammenfatter kunnskapsstatus og avdekker kunnskapshull innenfor internasjonal forskning om psykisk helse. Kunnskapsoppsummeringene er basert

på fagfellepaneler, ekspertise på gjennomføring av kunnskapsoppsummeringer og omfattende databaser med foreliggende litteraturgjennomganger av primærartikler fra fagfellevurderte tidsskrifter. I Norge har blant annet Folkehelseinstituttet og det tidligere Kunnskapssenteret for helsetjenesten gjennomført flere kunnskapsoppsummeringer av internasjonal faglitteratur innenfor psykisk helse.

Vi gir i det følgende eksempler fra nyere kunnskapsoversikter særlig knyttet til barn og unges psykiske helse, et felt som også står sentralt i regjeringens strategiplan fra 2017. Det er for øvrig ikke mulig å gi et dekkende overblikk over de nyere kunnskapsoppsummeringene for avgrensede problemstillinger innenfor fagområdet psykisk helse i dette oppdragsprosjektet.

5.4.1 Kunnskapshull omkring forebygging og folkehelseiltak for barn og ungdoms psykiske helse

I 2018 utga Folkehelseinstituttet en omfattende kunnskapsoversikt over forebyggende og helsefremmende folkehelseiltak for barn og ungdoms psykiske helse (Skogen et al. 2018). Denne kunnskapsoversikten benyttet foreliggende systematiske litteraturoversikter som til sammen omfattet rundt 500 enkeltstudier. Rapporten finner det mest omfattende kunnskapsgrunnlaget for skolebaserte tiltak og til dels foreldreveiledende tiltak, mens grunnlaget er svakere for forebyggende og helsefremmede tiltak i barnehager. Samtidig finner rapporten et svært varierende kunnskapsgrunnlag for tiltak innenfor øvrige områder og arenaer som fritid og fysisk aktivitet, media og digitale arenaer eller flyktninger og asylsøkere.

I det avsluttende kapitlet omtales videre identifiserte kunnskapshull. Her heter det at «Det synes tydelig at det foreligger mest evidens for effekter av tiltak der skolen enten er eneste eller en sentral arena. For de andre arenaene er evidensgrunnlaget mer varierende». Dette gjelder særlig for barnehage samt fritid/fysisk aktivitet hvor kunnskapsgrunnlaget foreløpig er svakere. For barnehager fant Folkehelseinstituttet ulikheter mellom land både i formen og bruken av slike tjenester. Derfor er man her i større grad prisgitt nasjonal eller nordisk forskning for å kunne trekke slutninger rundt effekten av tiltak i barnehage.

Når det gjelder typen utfall, viser de identifiserte kunnskapsoppsummeringene at det er en overvekt av studier på dårlig psykisk helse (angst, depresjon, spiseforstyrrelser og generelle internaliserende og eksternaliserende vansker), og i mindre grad studier med fokus på god psykisk helse, livskvalitet og trivsel.

(...) På tvers av arenaer og psykisk helseutfall kommer det også tydelig fram av de inkluderte kunnskapsoppsummeringene at det trengs flere primærstudier av bedre kvalitet – både når det gjelder implementering, rapportering, men også i planleggingsfasen. Dette gjelder kanskje særlig når det gjelder utvalgsstørrelse, fare for bias og at man benytter adekvate statistiske metoder. Videre synliggjør flere av kunnskapsoppsummeringene behov for flere primærstudier som vurderer langtidseffekter.

Kilde: Skogen et al. 2018 (side 109). Rapport fra Folkehelseinstituttet.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten utga en rekke kunnskapsoppsummeringer omkring utvalgte helseområder, deriblant psykisk helse. I 2014 tok senteret for seg litteraturen om (1) effekten av psykososiale tiltak for forebygging og behandling av depresjon og angst blant risikoutsatte barn og ungdommer, og (2) psykologiske tiltak i primærhelsetjenesten for barn med alvorlig somatisk sykdom. Hovedfunn for identifiserte kunnskapshull er gjengitt i rammen under.

Psykososiale tiltak for risikoutsatte barn og ungdom

Det er behov for nyere systematiske oversikter av høy kvalitet, særlig ønskelig med oversikter som omfatter risikopopulasjoner. Det er ønskelig at nyere systematiske oversikter i tillegg til utfall om mentalhelse (slik som depresjon, angst, og andre symptomer) også omfatter livskvalitet, sosiale nettverk og hvordan det går på skolen siden disse er viktige forebyggende faktorer mot tilbakefall av mentalproblemer hos barn og unge. Det er behov for lengre oppfølging etter tiltakene.

Psykologiske tiltak for barn og ungdom med alvorlig somatisk sykdom

Det er generelt behov for flere komparative studier som undersøker effekten av psykologiske tiltak til barn med alvorlig somatisk sykdom som er relevante for primærhelsetjenesten, for eksempel studier som evaluerer effekten av tiltak til barn med medfødt hjertefeil, kreft, nevrologiske sykdommer, revmatiske tilstander, medfødte misdannelser eller skader.

Kilde: Vist og Jamtvedt. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015.

Kunnskapssenteret har identifisert en rekke ulike mangler i det forskningsbaserte kunnskapsgrunnlaget innenfor feltet på 2000-tallet. Vist og Fure (2017) oppsummerer status for kunnskapsoppsummeringene ved senteret i 2015. Her som i tidligere rapporter inngår også forskning på psykisk helse i den voksne

befolkningen. Generelt framstår det som om kunnskapsgrunnet er mangelfullt på en lang rekke felt internasjonalt, særlig når en tar opp spissede behandlingsorienterte problemstillinger. Dette indikerer et betydelig forskningsbehov innenfor psykisk helse. Samtidig krever tilgangen på offentlig forskningsressurser at disse prioriteres til forskning som kan gi robust og relevant kunnskap tilpasset samfunnsbehov i en nordisk kontekst.

Kavlifondet er en relativt ny finansieringskilde som har prioritert forskning på psykisk helse og særlig for barn og ungdom siden fondets utlysning i 2017. Ut fra tankegangen om å tette sentrale kunnskapshull i behandlingsrettet forskning for barn og ungdom mest mulig kostnadseffektivt har fondet lagt til grunn tre runder av systematiske kunnskapsoppsummeringer for sine utlysninger på feltet:

Kavlifondets prioriterte forskningsspørsmål (2018)

1. Hva er effekten av forebyggende tiltak for utvikling av angstlidelse hos barn og ungdom i risikogrupper, og hvilke faktorer påvirker effekten?
2. Hva er effekten av ulike tiltak for å bedre sosiale ferdigheter, deltakelse, og andre relevante mentale helseaspekter for barn og ungdom med autisme-spektrumforstyrrelser?
3. Hvordan er den kognitive, adaptive og atferdsmessige funksjonen til barn i fosterhjem sammenlignet med barn i risikogruppen som ble boende med sine biologiske foreldre?
4. Hva er effekten av tiltak for barn som har blitt utsatt for overgrep og omsorgssvikt eller som har opplevd vold i nære relasjoner?
5. Hva er effekten av behandlingsformen EMDR sammenliknet med kognitiv atferdsterapi for barn og ungdom med posttraumatisk stresslidelse?
6. Hva er effekten av tiltak som retter seg mot psykisk velvære for søsken til barn og unge med kronisk sykdom?
7. Hva er effekten av psykologisk terapi versus antidepressiva eller kombinasjonsterapi?
8. Hva er effekten av psykososiale tiltak for skolevegring?

Kilde: Hammerstrøm et al. (2018): Identification of research gaps in children and adolescent mental health. The Kavli Trust on Health Research.

Forskningsspørsmålene i denne og senere utlysninger fra Kavlifondet, vektlegger effekter av ulike tiltak innrettet mot psykiske utfordringer hos barn og ungdom. Dette framstår som svært viktige prioriteringer. Samtidig er det et vesentlig behov for offentlig finansiert forskning innenfor psykisk helse som også tar for seg andre tematikker.

5.4.2 Oppsummering

Internasjonalt orienterte kunnskapsoppsummeringer av forskningen innenfor psykisk helse viser til en rekke omfattende kunnskapshull for høyt spesialiserte fagfelt om spissede problemstillinger. Kunnskapsoppsummeringene som er omtalt i dette delkapitlet om barn og unges psykiske helse viser eksempelvis at:

- Kunnskapsgrunnlaget om forebyggende og helsefremmende folkehelseiltak for barn og ungdoms psykiske helse er mangelfullt, spesielt for barnehage-tilbud.
- Feltet har en overvekt av studier på dårlig psykisk helse som angst, depresjon, spiseforstyrrelser og generelle internaliserende og eksternaliserende vansker, og i mindre grad *studier med fokus på god psykisk helse, livskvalitet og trivsel*.
- Det trengs flere primærstudier av bedre kvalitet for både planlegging og implementering av tiltak for barn og unge. Samtidig er det behov for flere *primærstudier som vurderer langtidseffekter*.
- Det er behov for flere komparative studier som undersøker *effekten av psykologiske tiltak til barn med alvorlig somatisk sykdom* som er relevante for primærhelsetjenesten.

Vi har i dette delkapitlet vektlagt kunnskapsoppsummeringer om barn og unges psykiske helse et felt som også står sentralt i regjeringens strategiplan fra 2017. Generelt har effektstudier en svært framtrødende plass i kunnskapsoppsummeringene som ofte legger et metodebasert evidenshierarki til grunn for vurderingene. Samtidig finnes det mange problemstillinger og spesialiserte felt innenfor psykisk helseforskning der effektstudier er mindre sentrale; jf. HRCS-kategoriene for forskningsaktiviteter tidligere i rapporten.

Beregninger av sykdomsbyrde og mer kvalitative vurderinger av samfunnsbehov sammen med kapasiteter i eksisterende fag og forskningsmiljøer, utgjør slik sett viktige tilleggsdimensjoner for prioriteringen av offentlige forskningsmidler.

I det avsluttende kapitlet som nå følger, ser vi nærmere på samfunnsbehov i sammenheng med hovedfunn fra ressurskartleggingen og publiseringsanalysen fra kapitlene 2 og 4.

6 Samfunnsbehov sett i sammenheng med ressurser og vitenskapelig publisering

Vi innledet kapittel 5 med å ta for oss samfunnets behov for kunnskapsgrunnlag basert på samfunnsutfordringer og sykdomsbyrde. Der omtalte vi dessuten systematiske kunnskapsoppsummeringer og mulige forskningssvake områder og kunnskapshull. I det følgende vil vi se samfunnsbehov i sammenheng med forskningsinnsats og vitenskapelig publisering. Avslutningsvis knytter vi nasjonale behov til tilsvarende kartlegginger internasjonalt.

6.1 Resurser, vitenskapelig publisering og sykdomsbyrde

Vi benytter relative andeler av henholdsvis totale driftsutgifter, totalt antall vitenskapelige artikler med norsk forfatteradresse og total estimert ikke-dødelig helsetap for psykisk helsebyrde for å sammenstille resultatene fra kartleggingen av ressursinnsatsen (kapittel 2 og 3), analysen av den vitenskapelige publiseringen (kapittel 4) med data for estimert helsebyrde i figur 6.1 under.

Kategoriene for psykisk helse etter helse- og sykdomstema er ett av utgangspunktene for sammenstillingen. I kartleggingen av FoU-utgiftene la vi dessuten til kategorien *studier av normal psykologi, kognitiv funksjon og atferd*. Her finnes det ikke data for helsebyrde (siden vi ikke snakker om uhelse). Enkelte av kategoriene for helsetap er dessuten slått sammen for å korrespondere med kategoriene for FoU-utgiftene. Avvikene her er presisert i den fotnoten under figur 6.1.

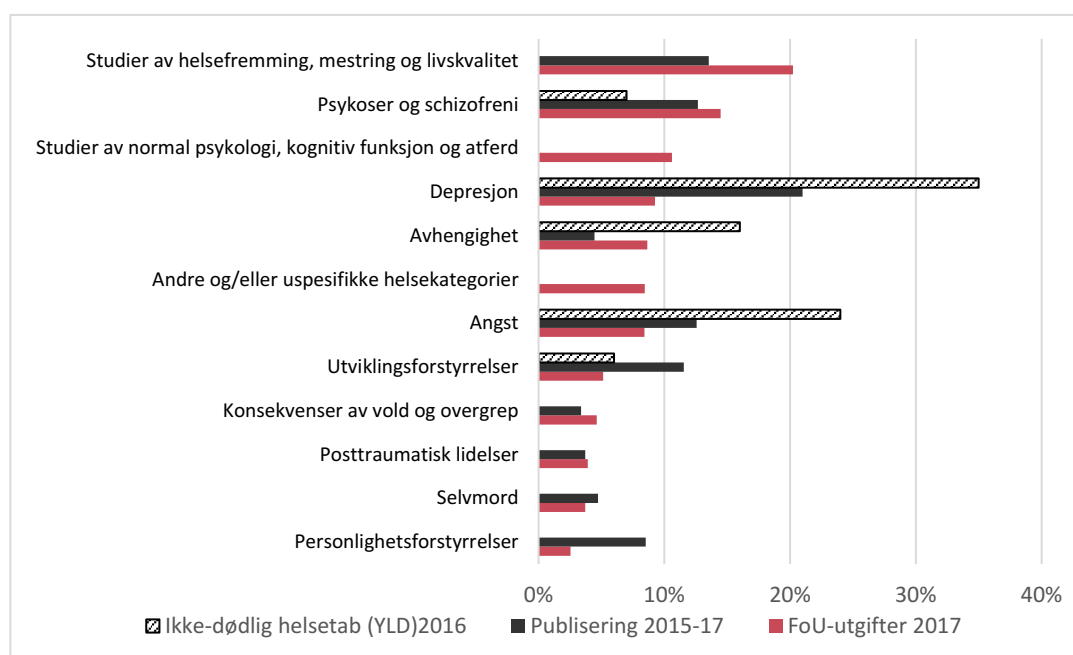
Tilleggs-kategorien normal psykologi m.v. er ellers svært krevende å skille ut entydig ut fra søkeord i artikkeltittelen og -sammendraget for de aktuelle tidsskriftene i publiseringsanalysen, og derfor utelatt i denne analysen. Se for øvrig delkapittel 1.5 foran for en nærmere beskrivelse av framgangsmåten for å identifisere søkeordene. Her framgår det at flere av kategoriene i ICD-10 standarden har vært benyttet som grunnlag for sammenstillingen av publiseringskategoriene.

Tverrsnittsdata fra ulike år innenfor perioden 2015–17 samt de relative totalandelene i sammenstillingen av driftsutgifter, omfanget av vitenskapelig publisering og helsetapet, gir en approksimasjon i mangel av bedre alternativer.

Den valgte tilnærmingen har begrensninger, særlig i forhold til avgrensningen av enkeltkategoriernes omfang. Dette gjør at særlig de minste enkeltkategoriene for helsebyrde ikke blir synliggjort i sammenligningen selv om disse er inkludert i totalen som utgjør prosentueringsgrunnet her. Den relative størrelsen for enkeltkategoriene kan følgelig bidra til et fortegnat bilde av forholdet mellom forskningsinnsats og vitenskapelig publisering for enkelte helsekategorier. Derfor bør sammenstillingen av totalandelene benyttes med forsiktighet i en bredere kontekst for samfunnsutfordringer og behov, slik vi også viser til i det avsluttende delkapitlet.

6.1.1 Ressurser til forskning og vitenskapelig publisering

Resultatene fra kartleggingen viser blant annet fordelingen av forskningsressurser på ulike forskningsaktiviteter og -sektorer i 2017. Publiseringsanalysen belyser samtidig omfanget av den vitenskapelige forskningsproduksjonen innenfor ulike områder innen psykisk helse for treårsperioden 2015-17.



Figur 6.1 Relativ fordeling for de totale driftsutgiftene til FoU på psykisk helse i Norge i 2017, for norske forfatteres vitenskapelige publisering i perioden 2015-17 innenfor ulike helsekategorier og for helsebyrde (ikke-dødelig helsetap i 2016).

Kilde: NIFU og Folkehelseinstituttet, Sykdomsbyrden i Norge 2016 (tabell 5)/ Global Burden of Disease (GBD) 2016 samt publikasjonsdatabasen Cistin.

De røde og svarte liggende søylene i figuren over illustrerer omfanget av finansieringen og publiseringen for flere av forskningsfeltene ut fra kategoriene¹³.

De røde søylene i figuren viser at driftsutgiftene til forskning og utviklingsarbeid (FoU) har de høyeste relative andelene for helsefremming, mestring og livskvalitet fulgt av psykoser og schizofreni. Depresjon og angst har en lavere andel av de totale driftsutgiftene. Vi ser samtidig at knapt 20 prosent av de totale driftsutgiftene gikk til FoU innenfor områdene personlighetsforstyrrelser, selvmord, posttraumatiske lidelser samt konsekvenser av vold og overgrep. Disse helsekategoriene stod alle for 5 prosent eller mindre av totale driftsutgifter til FoU på psykisk helse i 2017¹⁴. Fordelingen av driftsutgiftene beskriver imidlertid ett aspekt ved omfanget av forskningen på feltet, mens publiseringsdata gir et annet inntak.

De svarte søylene i kartleggingen av vitenskapelig publisering for perioden 2015-2017 viser de høyeste andelene av vitenskapelig publisering for kategoriene depresjon, angst og studier av helsefremming, mestring og livskvalitet. Det er ellers registret lavest andel publikasjoner for de fire kategoriene *konsekvenser av vold og overgrep, posttraumatiske lidelser, avhengighet* samt *forskning omkring selvmord*. Kategorien personlighetsforstyrrelser hadde for øvrig laveste andel av driftsutgifter til de 11 helsekategoriene psykisk helse i 2017, men en relativt sett høyere andel av publiseringen. Figuren viser dessuten at driftsutgiftene for helsekategorien *avhengighet* utgjør 9 prosent av totalen mens publiseringsandelen er lavere.

Vi ser et relativt klart sammenfall i figur 6.1 mellom fem av helsekategoriene med de laveste driftsutgiftene til forskning i 2017, og kategoriene med de laveste andelene av vitenskapelig publisering i perioden 2015-2017. Disse helsekategoriene utgjør ikke nødvendigvis områder som relativt sett er lavt prioritert i norsk forskning innenfor psykisk helse. En alternativ fortolkning av sammenfallet kan være at ett eller flere av forskningsfeltene er snevrere avgrenset enn kategoriene som er gjengitt i den øvre halvdelen av figuren og trolig ikke

¹³ Andre og/eller uspesifikke helsekategorier er ikke med her siden vi kun har informasjon om omfanget av forskningsinnsatsen for denne kategorien. For kategorien «studier av normal psykologi, kognitiv funksjon og atferd», har vi kun informasjon om forskningsinnsatsen i 2017. Beregninger for sykdomsbyrde i 2016, definert som ikke-dødelig helsetap (YLD) foreligger ikke for «studier av helsefremming, mestring og livskvalitet» og for selvmord. Data for helsetapet ved de nederste fire avgrensede kategoriene heller ikke er tilgjengelig. Til sammen utgjør den relative andelen av det totale estimerte ikke-dødelige helsetapet for de skraverne søylene 88 prosent. 12 prosent av det totale helsetapet ikke kan fordeles i forhold til de aktuelle HRSC-kategoriene.

¹⁴ Uavhengig av helsekategori, framgår det for øvrig av ressurskartleggingen at det er HRSC-kategoriene for forskningsaktiviteter; «utvikling og behandling og tiltak» samt «håndtering av sykdommer og tilstander» som utgjorde laveste andel av forskningsaktivitetene (henholdsvis 5 og 6 prosent av all FoU-aktivitet innenfor psykisk helse). Når vi ser på fordelingen av driftsutgiftene på de nærmere utvalgte forskningstemaene innenfor psykisk helse, finner vi ellers at de laveste driftsutgiftene er rapportert for «konsekvenser av barnefattigdom» samt for «samfunnets oppfatning av psykisk helse og lidelser».

ivaretar et like bredt samfunnsbehov som øvrige kategorier. Kategoriene som er benyttet som utgangspunkt for målingen av forskningsomfanget på feltet, kan derfor gi et forenklet bilde av det relative forholdet mellom forskningsinnsats og vitenskapelig publisering innenfor psykisk helse.

6.1.2 Sykdomsbyrden og andre samfunnsbehov ved psykisk helse

De kursiverte søylene i figur 6.1 viser sykdomsbyrde i form av relative andeler av det totale ikke-dødelig samfunnstap for psykisk helse og rusavhengighet¹⁵. Dette er nyttig informasjon for en bred vurdering av samfunnsbehov sett i sammenheng med FoU-ressurser og vitenskapelig publisering.

Figuren viser at den estimerte sykdomsbyrden forbundet med ikke-dødelig helsetap¹⁶ i Norge i 2016 er særlig høy for *depresjon (depressive lidelser) og angst(lidelser)*, fulgt av *rusmiddelavhengighet*. For *psykoser og schizofreni* framstår nivået for ikke-dødelig helsetap betydelig lavere sammenlignet med depresjon og angst. For *utviklingsforstyrrelser* ser vi også et relativt sett lavere nivå for sykdomsbyrden sammenholdt med omfanget av publiseringen. Dette viser at det er viktig å se sykdomsbyrde i en utvidet kontekst der ulike samfunnsbehov vurderes (jf. forrige kapittel).

6.2 Samfunnsutfordringer og kunnskapsbehov innenfor psykisk helse i en europeisk sammenheng

Vi viste innledningsvis i kapittel 5 til den europeiske kartleggingen av forskning innenfor psykisk helse A *Roadmap for Mental Health Research and well-being in Europe (ROAMER)* som ble gjennomført i perioden 2011-2014¹⁷. Her skal vi se på hovedfunn fra ROAMER (2015) samt et parallelt europeisk kartleggingsprosjekt av helsebyrde knyttet til psykisk helse, *Mapping_NCD project* (Brigham, 2016).

Kartleggingsprosjektet ROAMER benytter blant annet systematiske analyser av forskningslitteratur, fagfellebasert vurdering av kunnskapsstatus innenfor ulike forskningsfelt i psykisk helse samt tematiske arbeidsgruppemøter og Delphi-prosesser for å kunne koordinere europeiske forskningsutfordringer. Herfra

¹⁵ Selvmord medfører helsetap i form av tapte leveår, og inngår derfor ikke i oversikten over ikke-dødelig helsetap i figuren.

¹⁶ Det eksisterer for øvrig ikke noe fullgodt datagrunnlag for å konkludere omkring andre mulige sammenhenger for ressursinnsats og vitenskapelig publisering i perioden 2015-2017. Først når publiseringsdata for den påfølgende treårsperioden 2018-2020 og oppdaterte ressursdata eventuelt foreligger, vil en kunne belyse dette. Det foreligger heller ikke data fra noen tilsvarende ressurskartlegging på fagområdet for f.eks. 2013 og 2014, og dette vil ikke være mulig å innsamle flere år i ettertid.

¹⁷ ROAMER-prosjektet viser for øvrig til en omfattende helsebyrde (DALY) som er anslått til å ligge mellom 11 og 27 prosent for de vel 30 landene i kartleggingen. Helsebyrden for de europeiske landene ble anslått til å påføre disse en årlig samlet kostnad på 461 milliarder britiske pund (i 2010).

framkom framtidige forskningstematikker og tematiske prioriteringer og overordnede prioriteringer for forskning på psykisk helse i Europa:

ROAMER high-level research priorities

1. Research into mental disorder prevention, mental health promotion and interventions in children, adolescents and young adults
2. Focus on the development and causal mechanisms of mental health symptoms, syndromes and well-being across the lifespan (including older populations)
3. Developing and maintaining international and interdisciplinary research networks and shared databases.
4. Developing and implementing better interventions using new scientific and technological advances.
5. Reducing stigma, empowering service users and carers in decisions about mental health research.
6. Health and social systems research that addresses quality of care and takes account of socio-cultural and socio-economic contexts and approaches

Final Report Summary - ROAMER (A Roadmap for Mental Health Research in Europe)

De to førstnevnte og overordnede ROAMER-prioriteringene viser til sentrale forskningsaktiviteter (innenfor HRSC) som helsefremme, forebygging, samt samfunnsutfordringer ved barn- og unges psykiske helse (1). Dernest følger vektlegging av forskning om kausale mekanismer for mental helse i et livsløpsperspektiv (2). De to siste hovedprioriteringen viser henholdsvis til sosiale stigma og bred medvirkning til forskingen (5) samt kvalitetsutfordringer ved behandlingsrettede tiltak innenfor ulike kulturelle og sosioøkonomiske kontekster (6). Wykes et al. (2015) utdyper de overordnede forskningsprioriteringene fra ROAMER-prosjektet som forfatterne mener vil gi drastiske reduksjoner i helsebyrden og kostnadene forbundet med psykisk helse, om prioriteringen følges opp påfølgende 5-10-årsperiode.

Tabellen under viser de 20 tematiske forskningsprioriteringene som framkom i ROAMER Prioritisation Survey¹⁸. Respondentene i undersøkelsen vurderte fagtematikken på en 10-punkts-skala for både relevans og gjennomførbarhet i Europa. Gjennomsnittskåren herfra er gjengitt i tabellen over sammen med rangering for de overordnede ROAMER-prioriteringene. Høyre kolonnen angir høy grad av konsensus om prioriteringene.

¹⁸ Skjemaet ble besvart av omkring 500 forskere og vel 200 andre interessenter (ROAMER,2015). Forskerutvalget var basert på nasjonale kvoter for artikkelforfatterne av artikler på feltet i perioden 2008-2013. Det faglige grunnlaget av de tematiske prioriteringene framkom gjennom omfattende fagfellebaserte prosesser innenfor en rekke avgrensede fagfelt.

Tabell 6.1 Tematiske prioriteringene fra ROAMER Prioritisation Survey

Priority (From 20 ROAMER Priorities)	Mean Rating	High Level Priority	Interquartile Range	Consensus
C3 – Childhood and adolescence	8,16	1	2,50	
E2 – Interdisciplinary research networks	7,98	3	2,00	Yes
C1 – Aetiology and development	7,98	2	2,00	Yes
C2 – Longitudinal and cohort studies	7,96	2	2,00	Yes
A5 – Developing new interventions	7,95	4	2,00	Yes
D1 – Basic science into disorder mechanisms	7,82	2	2,00	Yes
E3 – Research base and training	7,70	3	2,00	Yes
D3 – Comorbidity	7,61	2	2,00	Yes
E1 – Shared databases and terminology	7,59	3	2,50	
A2 – Empowering users and carers	7,53	5	2,50	
D4 – Standardising research practice	7,45	3	2,50	
A1 – Mental health systems research	7,425	6	2,00	Yes
D2 – Improving diagnoses	7,40	4	2,50	
A4 – Prevention and health promotion	7,40	1	2,50	
A3 – Improving access to services	7,30	6	2,00	Yes
B4 – Rights, stigma and discrimination	7,20	5	2,50	
E4 – Stakeholder involvement	7,17	5	2,50	
B3 – Socio-cultural contexts	6,86	6	2,50	
B2 – Wider research outcomes	6,78	6	2,50	
B1 – Economic approaches	6,69	6	2,50	

Kilde: ROAMER (2015) Table VI.3: The final column of Table VI.3 shows if strong consensus was achieved on these ratings - specifically if the interquartile range (IQR; .25 - .75) of ratings for a given priority was; 2 (for a 10-point scale rating; according to Scheibe, Skutsch & Shofer, 1975).

Vi ser at gjennomsnittsskåren i tabellen er høyest for forskning på psykisk helse om barn og unge som også er en høyt rangert samfunnsutfordring og et felt som foreslås høyt prioritert også i norsk sammenheng. Deretter gjenkjenner vi flere forskningsaktiviteter fra HRSC-kategorien (deriblant C1, C2 og A4). Vi finner imidlertid ikke igjen helsekategoriene som vi benyttet i figuren foran i dette delkapitlet. ROAMERs seks overordnede prioriteringer og de 20 tematiske prioriteringene viser imidlertid et interessant bakteppe for vår egen kartlegging.

6.2.1 Koordinering av forskningsfinansieringen i Europa

Brigham et al. (2016) kartla på sin side *finansieringen* for ulike forskningstema innenfor psykisk helse i Europa gjennom EU-prosjektet *Mapping Chronic Non-Communicable Diseases Research Activities and their Impact*. De ti største helsekategoriene av psykiske lidelser i Europa ved *Global Burden of Disease 2013* ga utgangspunktet for kartleggingen. Vel 130 finansieringsorganisasjoner fra over

30 europeiske land deltok. Prosjektet viser blant annet at de best finansierte forskningsprosjektene i psykisk helse i de fem største medlemslandene mottok hovedtyngden av finansieringen innenfor følgende kategorier:

«Alzheimer’s disease» and schizophrenia received the bulk of the funding, followed by depression and, to a much lesser extent, anxiety. Considered in light of the disease burden for these four MHDs, depression and anxiety research received a much lower share of project funding than their burden would suggest. Nonetheless, prevalence should not be the only metric considered in setting research priorities. Other factors, including treatment gaps, cost of illness and potential return on investment, should be part of the decision process».

Brigham et al. (2016): Mapping research activity on mental health disorders in Europe

Prosjektet fant for øvrig at hoveddelen av finansieringsorganisasjonene var offentlig og mottok statlig finansiering. Frivillige organisasjoner var vesentlig mindre involvert i finansieringen av forskningen på psykisk helse sammenlignet med for eksempel kreft.

Brigham op. cit. viser til Storbritannia som en sentral nasjon i forhold til forskning og forskningsfinansiering innenfor psykisk helse. I 2017 publiserte helsedepartementet der et nytt rammeverk for forskningen på psykisk helse som støtter opp om anbefalinger i ROAMER-samarbeidet.

“There have been major initiatives to reach a consensus on the most pressing scientific priorities in mental health, in particular the ROAMER collaboration. This Framework does not seek to replicate these. Instead, it makes a number of recommendations which include increasing the capacity and diversity of the mental health research community, promoting innovative research in a wider range of settings, and strengthening patient and public involvement.

We cannot underestimate the challenge ahead. This is a first step, but there is much more work needed to increase the funding available, involve more people in the research process, and ensure that new knowledge is accessible to people delivering and using services. This will require close collaboration between researchers, funders, voluntary sector, and the government. As always, people with experience of mental health problems must be involved at every stage of the process.”

Department of Health (2017): A Framework for mental health research.

Det britiske rammeverket skal fremme koordineringen og styrke fokuset på forskningsfelt som rapporten anser som sannsynligvis vil gi betydelig økte helsefordeler. For å oppnå dette oppfordrer rapporten til økt samarbeid mellom ulike interessenter på tvers av landets forskningsmiljøer innenfor psykisk helse,

så vel som livsvitenskaper, utover i det neste tiåret. Hovedanbefalingene i rammeverket berører sentrale utfordringer som vi kjenner igjen fra tidligere som *livløpsorienterte* tilnærminger der forebygging og tidlig intervensjon i ulike faser av livet vektlegges og der forståelsen av hvordan psykiske lidelser oppstår og der behandlingstiltak videreutvikles. Her foreslås prioritering av forskning på barn og unges psykiske helse ved siden av ulike metodetilnærminger, deriblant kohortstudier, som kan adressere sosial ulikhetsproblematikk.

I forhold til spørsmål om koordinering og finansiering, vektlegger rapporten økt koordinering og lederskap mellom og av finansieringsorganisasjoner, universiteter, industri, veldedige organisasjoner og frivillig sektor i stort. Et konkret grep som foreslås her er å publisere aktørenes eksisterende portefølje-gjennomganger av forskningen for å informere om udekkede forskningsbehov. Samtidig vektlegger rapporten behovet for mer fleksible finansieringsmekanismer som kan gi større kunnskapsoverføring mellom forskningssatsinger – også gjennom transdisiplinære prosjekter på tvers av sektorgrenser.

6.3 Hvordan svarer den norske forskningsinnsatsen og resultatene til samfunnsutfordringene som er assosiert med redusert psykisk helse?

Tidligere i dette delkapitlet har vi beskrevet og kommentert betydelige avvik mellom relative totalandeler for forskningsinnsats, den vitenskapelige publisering og estimert sykdomsbyrde. En høy grad av sammenfall mellom disse faktorene ville nok overrasket mange. Det naturlige oppfølgingsspørsmålet om hvordan norske myndigheter bør forholde seg til dette, er ikke i vårt mandat å besvare. Vi imidlertid antyder at det da kan være klokt å se utenfor landets grenser.

Vi har derfor avslutningsvis satt det tredje spørsmålet i oppdraget inn i en europeisk kontekst, fordi forskningen naturlig nok ikke skjer i et nasjonalt vakuum. Innen mange felt er forskningen grunnleggende sett internasjonal eller global. Kunnskapen som er generert av norske forskere blir brukt av forskere i andre land. Motsatt benytter norske forskere resultater produsert utenfor landets grenser. Dette fremkom tydelig i NIFUs prosjekt om lange spor i helseforskningen (Ramberg et al. 2015). For et lite land som Norge, som bare bidrar til 0,6 prosent av verdens samlede publiseringsvolum, kan det være gode grunner for å spesialisere seg mer i noen fagfelt enn i andre.

Europeisk forskning og organisering på feltet vil trolig bare bli viktigere også på grunn av EUs rammeprogram for forskning der norske forskeres oppmuntres til å delta sterkere. Systematiske kunnskapsoppsummeringer på området viser betydelige kunnskapshull slik vi har sett dette eksemplifisert i norsk sammenheng

så vel som i ROAMER-prosjektet. Den foreliggende rapporten vektlegger nyere kunnskapsoversikter særlig knyttet til barn og unges psykiske helse, et felt som også står sentralt i regjeringens strategiplan fra 2017. Det er for øvrig ikke mulig å gi et dekkende overblikk over de nyere kunnskapsoppsummeringene for ulike tematisk avgrensede problemstillinger innenfor fagområdet psykisk helse innenfor dette oppdragsprosjektet.

Samfunnsutfordringene som er forbundet med psykisk helse i norsk sammenheng er i stor grad gjenkjennelige i europeisk sammenheng. Det europeiske veikartet for forskning innen psykisk helse i Europa, ROAMER (2015), er derfor av spesiell interesse som en referanse for norsk forskning framover. Wykes et al. (2015) viser til en omfattende europeisk dagsorden for å fylle de fremste gapene i forskning på mental helse basert på systematiske kunnskapsoppsummeringer og konsensusorienterte prosesser på fagområdet. Tilsvarende er det britiske rammeverket av interesse.

På områder med spesiell nasjonal relevans, kan spørsmålet om kunnskapshull og forskningssvake områder være av større betydning enn for mer generell forskning om psykiske lidelser. I denne sammenheng vil også forskning fra våre nordiske naboland være interessante fordi den sosiokulturelle konteksten i mange tilfeller vil være sammenlignbar. I ROAMER-prosjektet framkommer at alle de nordiske landene har ulike sterke sider innen vitenskapelig publisering om psykisk helse relativt til landenes bruttonasjonalprodukt for perioden 2007-2012 (ROAMER 2015, 21 pp.). Island, Danmark og Finland er for eksempel plassert helt øverst på skalaen for Genetics/Imaging studies samt RCT-relaterte studier, der Norge kommer under midten. Derimot skårer Norge relativt høyt innen epidemiologiske studier og psykoterapi. I alle disse tilfellene skårer imidlertid både Sverige og Finland betydelig høyere og helt i det europeiske tetsjiktet, i all hovedsak sammen med Storbritannia og Nederland.

Referanser

- Aksnes, D.W. & Sivertsen, G. (2019). A criteria-based assessment of the coverage of Scopus and Web of Science. *Journal of Data and Information Science*, 4 (1): 1–21.
- Aksnes, D.W. (2016) *Klassifisering av vitenskapelig publisering etter Health Research Classification System (HRCS). En pilotstudie*. Arbeidsnotat 2016:12. NIFU. Oslo.
- Brigham, K. B., Darlington, M., Wright, J. S. F., Lewison, G., Kanavos, P., Durand-Zaleski, I., & Mapping, N. C. D. C. (2016). Mapping research activity on mental health disorders in Europe: study protocol for the Mapping_NCD project. *Health Research Policy and Systems*, 14.
- Clement, S., Singh, S. P., & Burns, T. (2003). Status of bipolar disorder research - Bibliometric study. *British Journal of Psychiatry*, 182, 148-152.
- Department of Health (2017): A Framework for mental health research. Report. Department of Health, UK, December 2017.
- Figueira, I., da Luz, M., Braga, R. J., Cabizuca, M., Coutinho, E., & Mendlowicz, M. V. (2007). The increasing internationalization of mainstream posttraumatic stress disorder research: A bibliometric study. *Journal of Traumatic Stress*, 20(1), 89-95.
- Lariviere, V., Diepeveen, S., Chonail, S. N., Macaluso, B., Pollitt, A., & Grant, J. (2013). International comparative performance of mental health research, 1980-2011. *European Neuropsychopharmacology*, 23(11), 1340-1347.
- Lopez-Munoz, F., Garcia-Garcia, P., Saiz-Ruiz, J., Mezzich, J. E., Rubio, G., Vieta, E., & Alamo, C. (2008). A bibliometric study of the use of the classification and diagnostic systems in psychiatry over the last 25 years. *Psychopathology*, 41(4), 214-225.
- Kavli Trust Programme on Health Research. Identification of research gaps in children and adolescent mental health. November 2018.
- Meld. St. 4 (2018–2019) Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2019–2028. Kunnskapsdepartementet 2018.
- Meld. St. 7 (2014–2015) Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2015–2024. Kunnskapsdepartementet 2014.

- Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022). Departementene 2017.
- Morlino, M., Lisanti, F., Gogliettino, A., & deGirolamo, G. (1997). Publication trends of papers on schizophrenia - A 15-year analysis of three general psychiatric journals. *British Journal of Psychiatry*, 171, 452-456. d
- Norges forskningsråd (2016a): Helhetlig helsesatsing i Forskningsrådet. Policy for forskning og innovasjon 2016–2020.
- Norges forskningsråd (2016b): Sluttrapport for programmet Psykisk helse 2011-2015.
- Norges forskningsråd (2016c): Helseforskning finansiert av Norges forskningsråd. Porteføljeanalyse med Health Research Classification System (HRCS) 2015.
- Norges forskningsråd (2016): Programplanen for forskningsprogrammet «Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester – HELSEVEL, 2015-2022.
- Norges forskningsråd (2016): Programplanen for forskningsprogrammet BEDRE HELSE i Norges forskningsråd,
- Ramberg, I., Solberg, E., Aksnes, D.W., Børing, P., Piro, F. N., og S. Wollscheid (2015): Lange spor i helseforskningen: Bidrag fra forskningsprosjekter støttet av Norges forskningsråd innenfor psykisk helse og rusmiddelfeltet på 2000-tallet. Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning.
- Reneflot, A., Aarø L.E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K. og S. Øverland (2018): Psykisk helse i Norge. Rapport utgitt fra Folkehelseinstituttet. Område for psykisk og fysisk helse.
- ROAMER (2015): Roadmap for Mental Health and Well-being Research in Europe. Final Roadmap: March 2015. European Commission.
- Skogen J.C., Smith O.R.F., Aarø L.E., Siqveland J. og S. Øverland (2018): Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelseiltak. En kunnskapsoversikt. Rapport 2018. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2018.
- Theander, S. S. (2004). Trends in the literature on eating disorders over 36 years (1965-2000): Terminology, interpretation and treatment. *European Eating Disorders Review*, 12(1), 4-17.
- Theander, S. S., & Wetterberg, L. (2010). Schizophrenia in Medline 1950-2006: A bibliometric investigation. *Schizophrenia Research*, 118(1-3), 279-284.
- Tollånes, M.C., Knudsen A.K., Vollset S.E., Kinge, J.M., Skirbekk,V. og S. Øverland (2018): «Sykdomsbyrden i Norge i 2016» i Tidsskrift for den norske legeforening utgave 15, 2. oktober 2018.
- Vist, G.E. og B. Fure (2017): Research gaps identified in systematic reviews and health technology assessments published by the Norwegian Knowledge Centre for the Health Services in 2015. Norwegian Institute of Public Health, 2017.

- Vist, G.E. og G. Jamtvedt (2015): Informasjon om kunnskapshull fra Kunnskapssenterets systematiske oversikter og metodevurderinger publisert i 2014. Notat fra Kunnskapssenteret –2015. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015.
- Wiig, O, Aksnes, D.W. og K.E. Brofoss (2009): *Opptappingsplanen for psykisk helse og forskningen. Forskningsressurser og vitenskapelig publisering*. NIFU STEP rapport 8/2009. NIFU STEP, Oslo.
- Wykes, T et al. (2015): Mental health research priorities for Europe. *The Lancet. Psychiatry*. Vol. 2, No 11. November 2015.
- Øverland S., Knudsen A.K., Vollset S.E., Kinge J.M., Skirbekk V., Tollånes M.C. (2018): Sykdomsbyrden i Norge i 2016. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2016 (GBD 2016). Rapport 2018. Bergen/Oslo: Folkehelseinstituttet.

Vedlegg – Enheter som inngår i kartleggingen

Oversikt over enheter som inngår i ressurskartleggingen

Lærested	Institutt
Handelshøyskolen BI	Institutt for ledelse og organisasjon
Høgskolen i Innlandet	Institutt for folkehelse /institutt for helsefag
Høgskolen i Innlandet	Avdeling for pedagogikk og sosialfag
Høgskolen i Innlandet	Institutt for psykologi
Høgskolen i Sørøst	Institutt for helse, sosial og velferdsfag
Høgskolen i Sørøst	Institutt for optometri, radiografi og lysdesign
Høgskolen i Østfold	Avdeling for helse og velferd
Høgskolen på Vestlandet	Avdeling for helse og sosialfag
Nord universitet	Fakultet for samfunnsvitenskap
Nord universitet	Fakultet for sykepleie og helsevitenskap
Norges idrettshøgskole	Seksjon for coaching og psykologi
Norges idrettshøgskole	Seksjon for kroppsøving og pedagogikk
Norges idrettshøgskole	Seksjon for coaching og psykologi
Norges teknisk	Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap
Norges teknisk	Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk
Norges teknisk -naturvitenskapelige universitet	Institutt for psykologi
Norges teknisk naturvitenskapelige universitet	Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie
Norges teknisk naturvitenskapelige universitet	Institutt for klinisk og molekylær medisin
Norges teknisk naturvitenskapelige universitet	Institutt for sosialt arbeid
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet	Institutt for psykisk helse (inkl. RBUP Midt)
NTNU	Institutt for helsevitenskap i Ålesund
Oslo Metropolitan University	Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Oslo Metropolitan University	Velferdsforskningsinstituttet NOVA
Universitetet i Agder	Institutt for psykososial helse
Universitetet i Agder	Institutt for folkehelse, idrett og ernæring
Universitetet i Bergen	Institutt for biologisk og medisinsk psykologi
Universitetet i Bergen	Institutt for klinisk psykologi
Universitetet i Bergen	HEMIL senteret
Universitetet i Bergen	Institutt for global helse og samfunnsmedisin
Universitetet i Bergen	Klinisk institutt 1
Universitetet i Bergen	Institutt for biomedisin
Universitetet i Bergen	Institutt for pedagogikk
Universitetet i Oslo	Institutt for spesialpedagogikk
Universitetet i Oslo	Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo	Avdeling for allmenntilleggsmedisin (IHS)
Universitetet i Oslo	Psykologisk institutt
Universitetet i Oslo	Farmasøytisk institutt
Universitetet i Oslo	Norsk senter for molekylærmedisin (NCMM)
Universitetet i Oslo	Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Sørøst-Norge	Institutt for sykepleie og helsevitenskap
Universitetet i Tromsø	Regionalt kunnskapssenter for barn og unge Nord
Universitetet i Tromsø	Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Tromsø	Institutt for medisinsk biologi
Universitetet i Tromsø	Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø	Institutt for psykologi
Universitetet i Tromsø	Institutt for klinisk odontologi
Universitetet i Tromsø	Institutt for lærerutdanning og pedagogikk
Universitetet i Tromsø	Institutt for helse- og omsorgsfag
VID vitenskapelige høyskole	Fakultet for helsefag

Instituttsektor

Folkehelseinstituttet
 Kriminalomsorgens høyskole og utdanningscenter KRUS
 Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress
 NTNU Samfunnsforskning AS
 NUBU Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge
 Regionsenter for barn og unges psykiske helse,
 Helseregion Øst og Sør
 SINTEF Stiftelsen
 STAMI Statens arbeidsmiljøinstitutt
 Uni Research helse (inkl. RBUP Vest)

Helseforetak

Akershus universitetssykehus HF
Diakonhjemmet sykehus AS
Finnmarkssykehuset HF
Helse Bergen HF
Helse Fonna HF
Helse Førde HF
Helse Stavanger HF
Helse Vest IKT AS
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS
Modum Bad
NKS Jæren distriktpsikiatriske senter AS
NKS Olaviken alderspsikiatriske sykehus
Nordlandssykehuset HF
Oslo universitetssykehus HF
Oslo universitetssykehus HF
Sølli DPS
St Olavs hospital HF
Sykehusapotekene HF
Sykehuset i Vestfold HF
Sykehuset Innlandet HF
Sykehuset Østfold HF
Sørlandet Sykehus HF
Universitetssykehuset Nord Norge HF
Vestre Viken HF

Vedlegg – Om FoU-statistikk

Retningslinjer for produksjon av FoU-statistikk er nedfelt i den såkalte «Frascati-manualen» (The Measurement of Scientific and Technological Activities: Proposed Standard Practice for Surveys on Research and Development “Frascati Manual 2002”, OECD 2002). Manualen skal se til at landene utarbeider FoU-statistikk som er mest mulig sammenlignbar landene imellom. Siste revidert manual ble publisert oktober 2015 og implementert fra statistikkåret 2016.

For næringslivet og instituttsektoren gjennomføres årlige undersøkelser og for universitets- og høgskolesektoren annethvert år. For alle tre sektorer utarbeides det hovedtall årlig. FoU-statistikkenes datakilde er i første rekke spørreskjema som sendes direkte til de forskningsutførende enhetene.

Ettersom FoU-statistikken for UoH-sektoren og instituttsektoren benyttes som underlag for ressurskartleggingen, følger under litt mer om metoden for disse sektorene.

Universitets- og høgskolesektoren

UoH-sektoren omfatter alle universiteter, statlige og private vitenskapelige høgskoler og statlige høgskoler. Dessuten inngår helseforetak med universitetssykehusfunksjoner. De FoU-statistiske undersøkelsene i universitets- og høgskolesektoren er totalundersøkelser, slik at data innhentes fra samtlige institutter/avdelinger i sektoren. I 2017 omfattet UoH-sektoren om lag 400 enheter.

Undersøkelsesenheten er det enkelte institutt eller annen tilsvarende grunnenhet. Alle institutter eller avdelinger med faglig virksomhet får tilsendt spørreskjema med veiledning og definisjoner, og respondentene oppfordres til å besvare undersøkelsen på web.

I spørreskjemaet blir enhetene bedt om å oppgi utgifter til forskningsdrift og vitenskapelig utstyr, og å fordele FoU-aktiviteten på grunnforskning, anvendt forskning, utviklingsarbeid, fag, tematiske prioriteringer og teknologiområder. I tillegg bes enhetene oppgi den delen av ekstern FoU-aktivitet som lærestedet sentralt ikke har opplysninger om, dvs. personer institusjonen ikke har arbeidsgiveransvar for og FoU-utgifter knyttet til dette personalet.

I tillegg til opplysninger fra enhetene innhenter NIFU personal- og regnskapsopplysninger fra lærestedene, herunder også økonomiske data om eksternt finansiert virksomhet ved oppdragsseksjonene. En annen viktig del av kildematerialet er informasjon innhentet direkte fra eksterne finansieringskilder,

blant annet Norges forskningsråd og diverse fond og foreninger. Opplysninger om investeringer i nye bygninger innhentes fra Statsbygg. En del av grunnlaget for beregning av FoU-ressursene er NIFUs forskerpersonalregister. Til hver stilling/stillingskategori i dette registeret knyttes stillingsbrøk, gjennomsnittslønn og FoU-andel. FoU-andelene bygger på tidsbruksundersøkelser. På dette grunnlaget beregnes lønnsutgifter til FoU over lærestedenes grunnbudsjetter.

Ressursene til FoU omfatter også forskningens andel av utgiftene til administrasjon, drift av bygninger osv, samt en FoU-andel på kapitalutgiftene. Kapitalutgifter til FoU er årlige bruttoutgifter til faste eiendeler brukt i FoU-virksomheten til den statistiske grunnenheten, og består av utgifter til eiendom og bygningsmasse, instrumenter og utstyr. Ifølge OECDs retningslinjer skal utgiftene tas med det året investeringene fant sted, og det skal ikke registreres avskrivninger.

I tillegg til besvarelsene fra de FoU-utførende enhetene, bygger utarbeidelsen av statistikken på registeropplysninger og regnskapsdata, se avsnittet over. Opplysninger fra Norges forskningsråd, fondsspesifikasjoner, årsrapporter, samt personal- og regnskapsoversikter fra lærestedene sentralt, benyttes ved kontroll og gjennomgang av samtlige besvarelser. Disse opplysningene brukes også til å konstruere svar fra enheter som ikke returnerer spørreskjemaet. I tillegg blir FoU-ressursenes fordeling på forskningsart, fagområde osv. sammenholdt med besvarelser og resultater fra tidligere undersøkelser.

Oppgavens kvalitet vil alltid avhenge av det skjønnet som utøves av de som besvarer skjemaet, og av at disse kjenner til FoU-begrepet og enhetens FoU-virksomhet. Enhetene blir som regel kontaktet ved mangelfulle besvarelser eller åpenbare misforståelser.

Instituttsektoren

Den FoU-statistiske undersøkelsen dekker i prinsippet alle enhetene i sektoren. Den omfatter forskningsinstitutter og institusjoner med FoU-virksomhet utenom næringslivet på den ene siden og universitets- og høyskolesektoren på den andre. Dette er dels institusjoner med aktivitet rettet mot offentlig sektors behov, dels institusjoner med virksomhet primært rettet mot næringslivets behov.

Undersøkelsesenheterne er de enkelte institutter eller institusjoner. I 2017-undersøkelsen omfattet 50 institutter underlagt Retningslinjer for statlig basisfinansiering av forskningsinstitutter. Disse stod for tre femtedeler prosent av sektorens samlede ressursinnsats til FoU. Videre omfattet undersøkelsen i underkant av 50 øvrige institusjoner med varierende FoU-innslag, samt 32 helseforetak uten universitetssykehusfunksjoner.

Fra 2007 har FoU-undersøkelsen av instituttsektoren blitt gjennomført årlig. Dataene blir samlet inn ved bruk av spørreskjemaer. Det benyttes tre forskjellige skjema, ut fra hvilken type enhet det gjelder.

Ett ganske omfattende skjema går til forskningsinstitutter som finansieres i henhold til de nevnte retningslinjer for statlig basisfinansiering av forskningsinstitutter, samt til enkelte andre forskningsinstitutter. Dette skjemaet inngår som en modul i instituttens årlige rapportering av nøkkeltall til Norges forskningsråd, som NIFU også samler inn.

Øvrige institusjoner med FoU mottar et noe enklere spørreskjema som begrenser seg til FoU-aktiviteten.

Helseforetak uten universitetssykehusfunksjoner mottar et skjema spesielt tilpasset denne sektoren.

Som støtte for utfyllingen blir alle spørreskjemaene ledsaget av veiledning med definisjoner.

Instituttsektoren består av et begrenset antall enheter. Gjennom oppfølging av respondentene ved manglende svar har responsen de senere årene vært høy, opp mot 100 prosent.

Hovedkilden for oppgavene er hvor stor del av den samlede aktivitet som er å regne som FoU. Denne baserer seg på skjønn som utøves av oppgavegiverne. I mange tilfeller er det vanskelig å dra klare linjer mellom hva som er FoU og hva som er beslektede aktiviteter. NIFU har ofte dialog med instituttene omkring avgrensningen av FoU-begrepet.

Svarene på FoU-statistikken blir kontrollert mot flere kilder, blant annet mot tidligere FoU-statistikk, årsmeldinger og annen tilgjengelig informasjon. Eventuelle feil, misforståelser og uklarheter blir som regel fulgt opp mot oppgavegiveren.

Vedlegg - Spørreskjema

NIFU

Kartlegging av forskning og utviklingsarbeid (FoU) om psykisk helse

Definisjon av psykisk helse:

«Psykisk helse benyttes som et overordnet begrep og omfatter alt fra god psykisk helse og livskvalitet til psykiske plager og lidelser. Det omfatter også hele bredden av tiltak på feltet fra helsefremming og forebygging til behandling og rehabilitering

Livskvalitet omfatter positive følelser som glede, vitalitet og tilfredshet, trygghet og tilhørighet, interesse, mening, mestring, engasjement og autonomi. En kan oppleve høy livskvalitet selv under sykdom og på tross av helseplager. Opplevelse av livskvalitet kan legge grunnlag for gode familierelasjoner, oppvekstkår, funksjon i arbeidslivet og bedre helse. Livskvalitet er derfor et sentralt mål og innsatsområde i det moderne folkehelsearbeidet. Den definisjonen som er gjengitt her er begrenset til det som mer presist kalles 'subjektiv livskvalitet', men for enkelhets skyld brukes bare ordet 'livskvalitet' i denne teksten.

Psykiske plager benyttes om symptomer som for eksempel engstelse og nedstemthet. Plagene kan oppleves som mer eller mindre belastende, men et høyt nivå av psykiske plager betyr ikke nødvendigvis at det foreligger en psykisk lidelse (se under). Psykiske plager kartlegges ved hjelp av egnede måleinstrumenter. Det finnes ikke generelt aksepterte definisjoner av hva som skal kalles et høyt nivå av psykiske plager, men for mange måleinstrumenter finnes det anbefalte grenseverdier.

Psykiske lidelser benyttes om en rekke ulike tilstander eller diagnoser som for eksempel schizofreni og alvorlig depresjon. De klassifiseres i henhold til internasjonale, diagnostiske kriterier som revideres regelmessig i henhold til oppdatert vitenskapelig evidens.

Diagnostisering av psykiske lidelser gjøres av klinikere og/eller ved hjelp av strukturerte kliniske intervju. Rusbrukslidelser er en gruppe av psykiske lidelser».

Kilde: Psykisk helse i Norge (Folkehelseinstituttet, 2018)

Psykisk helse vil i denne kartleggingen omfatte alt fra god psykisk helse og livskvalitet til psykiske plager og lidelser. Tiltak på feltet omfatter hele bredden fra helsefremming og forebygging til behandling og rehabilitering.

I denne kartleggingen ber vi om at FoU-aktiviteten kategoriseres etter helse- og sykdomskategorier, forskningsaktiviteter og forskningstemaer.

Helse- og sykdomskategorier: studier av normal psykologi, kognitiv funksjon og atferd, studier av helsefremming, mestring og livskvalitet, angst, depresjon, psykoser og schizofreni, personlighetsforstyrrelser, avhengighet, selvmord, konsekvenser av vold og overgrep, posttraumatiske lidelser, utviklingsforstyrrelser og andre og/eller uspesifikke helsekategorier.

Forskningsaktiviteter: underbyggende forskning, årsaksforhold, forebygging, tidlig intervensjon, påvisning og diagnose, utvikling av behandling og tiltak, evaluering av behandlinger og tiltak, håndtering av sykdommer og tilstander og helse- og sosialtjenesteforskning.

Forskningstema: sammenheng mellom psykisk og fysisk helse, bruk av tvang og makt i psykisk helse, konsekvenser av barnefattigdom for psykisk helse, konsekvenser av sosiale forskjeller for psykisk helse, samfunnets oppfatning av psykisk helse og lidelser, oppvekstvilkår som fremmer psykisk helse, samtidige ruslidelser og psykiatriske lidelser, rusmiddelproblem hos unge, konsekvenser av psykiske lidelser for den enkelte, pårørende til psykisk syke personer, bruk av e-terapi og forskning med utgangspunkt i registerdata og biobanker.

1. Vennligst oppgi kontaktinformasjon

Institutt	<input type="text"/>
Lærested	<input type="text"/>
Kontaktperson	<input type="text"/>
Stilling	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
E-post	<input type="text"/>

2. Utførte instituttet FoU innenfor psykisk helse i henhold til definisjonen over i 2017?

- Ja
 Nei

Definisjon av FoU:

Forskning og utviklingsarbeid (FoU) er kreativ virksomhet som utføres systematisk for å oppnå økt kunnskap, herunder kunnskap om mennesket, kultur og samfunn – og omfatter også bruken av denne kunnskapen til å finne nye anvendelser.

Start

3. Vennligst anslå hvor stor andel FoU på psykisk helse utgjorde av instituttets totale FoU-innsats i 2017

Andel: prosent

4. Vennligst anslå antall årsverk FoU innenfor psykisk helse som instituttet utførte i 2017

Antall: FoU-årsverk

Tilbake

Neste

5. Vennligst fordel instituttets totale FoU-innsats innenfor psykisk helse relativt etter finansieringskilder

Finansieringskilde	Andel (%)
Grunnbevilgning	<input type="text"/>
Norges forskningsråd	<input type="text"/>
Departementer, direktorater, tilsyn, fylker, kommuner mv.	<input type="text"/>
Næringsliv	<input type="text"/>
EU-kommisjonen	<input type="text"/>
Utlandet (utenom EU-kommisjonen)	<input type="text"/>
Andre kilder (fond, private, stiftelser, egne inntekter)	<input type="text"/>
Totalt (skal summeres til 100%)	0

Tilbake

Neste

Spørsmål til helseforetak:

4. Vennligst fordel avdelingen/klinikken/helseforetakets totale FoU-innsats innenfor psykisk helse relativt etter finansieringskilder

Finansieringskilde	Andel (%)
Helseforetakets egenfinansiering	<input type="text"/>
Regionale samarbeidsorganer/regionale helseforetak (øremerket)	<input type="text"/>
Norges forskningsråd	<input type="text"/>
Departementer, direktorater, tilsyn, fylker, kommuner mv.	<input type="text"/>
Næringsliv	<input type="text"/>
EU-kommisjonen	<input type="text"/>
Utlandet (utenom EU-kommisjonen)	<input type="text"/>
Andre (private, fond, stiftelser)	<input type="text"/>
Totalt (skal summeres til 100%)	0

Tilbake

Neste

Spørsmål til instituttsektoren:

5. Vennligst fordel instituttets totale FoU-innsats innenfor psykisk helse relativt etter finansieringskilder

Finansieringskilde	Andel (%)
Norges forskningsråd (basis-, program-, og prosjektbevilgninger)	<input type="text"/>
Direkte bevilgninger over statsbudsjettet	<input type="text"/>
Departementer, direktorater, tilsyn, fylker, kommuner mv.	<input type="text"/>
Næringsliv	<input type="text"/>
EU-kommisjonen	<input type="text"/>
Utlandet (utenom EU-kommisjonen)	<input type="text"/>
Andre (private, fond, stiftelser)	<input type="text"/>
Totalt (skal summeres til 100%)	<input type="text" value="0"/>

Tilbake

Neste

6. Vennligst fordel FoU-innsatsen til psykisk helse på følgende helse- og sykdomskategorier

Overlap mellom kategoriene skal ikke forekomme.

Helse- og sykdomskategori	Andel (%)
Studier av normal psykologi, kognitiv funksjon og atferd	<input type="text"/>
Studier av helsefremming, mestring og livskvalitet	<input type="text"/>
Angst	<input type="text"/>
Depresjon	<input type="text"/>
Psykososer og schizofreni	<input type="text"/>
Personlighetsforstyrrelser	<input type="text"/>
Avhengighet	<input type="text"/>
Selv mord	<input type="text"/>
Konsekvenser av vold og overgrep	<input type="text"/>
Posttraumatiske lidelser	<input type="text"/>
Utviklingsforstyrrelser	<input type="text"/>
Andre og/eller uspesifikke helsekategorier	<input type="text"/>
Totalt (skal summeres til 100%)	<input type="text" value="0"/>

Tilbake

Neste

7. Vennligst fordel instituttets FoU-innsats innenfor psykisk helse på følgende forskningsaktiviteter (type forskning)

Overlapp mellom kategoriene skal ikke forekomme.

Forskningsaktivitet	Forklaring	Andel (%)
Underbyggende forskning	Forskning som kan underbygge videre helseforskning på sykdomsforståelse, forebygging, diagnose, behandling og helsetjenester.	<input type="text"/>
Årsaksforhold	Forskning for å forstå årsak, risiko og utvikling av sykdom og dårlig helse	<input type="text"/>
Forebygging	Forskning på primærforebygging av sykdom og fremme av god helse	<input type="text"/>
Tidlig intervensjon	Forskning på tidlig inngripen for å håndtere et helseproblem på et tidligst mulig tidspunkt. Kan være rettet mot rusområdet, psykiske lidelser, adferdsvansker eller kriminalitet.	<input type="text"/>
Påvisning og diagnose	Utvikling av diagnostiske og prediktive markører og teknologier	<input type="text"/>
Utvikling av behandling og tiltak	Utvikling av behandling og terapeutiske intervensjoner i prekliniske settinger.	<input type="text"/>
Evaluering av behandlinger og tiltak	Testing og evaluering av behandling og terapeutiske intervensjoner i kliniske settinger.	<input type="text"/>
Håndtering av sykdommer og tilstander	Forskning på pasientbehov på individnivå og håndtering av sykdommer og tilstander.	<input type="text"/>
Helse- og sosialtjenester	Helsepolicy og forskningsmetodologi, inkludert implementeringsforskning og kunnskapsoppsummeringer.	<input type="text"/>
Totalt (skal summeres til 100 %)		<input type="text" value="0"/>

Tilbake

Neste

8. Vennligst fordel instituttets FoU-aktivitet innenfor psykisk helse på forskningstemaene under dersom instituttet hadde aktivitet her.

Kategoriene vil kunne overlappe med helse- og sykdomskategoriene, og de trenger ikke å summeres til 100 %

Forskningstema	Andel (%)
Sammenheng mellom psykisk og fysisk helse	<input type="text"/>
Bruk av tvang og makt i psykisk helse	<input type="text"/>
Konsekvenser av barnefattigdom for psykisk helse	<input type="text"/>
Konsekvenser av sosiale forskjeller for psykisk helse	<input type="text"/>
Samfunnets oppfatning av psykisk helse og lidelser	<input type="text"/>
Oppveksvilkår som fremmer psykisk helse	<input type="text"/>
Samtidige ruslidelser og psykiatriske lidelser	<input type="text"/>
Rusmiddelproblem hos unge	<input type="text"/>
Konsekvenser av psykiske lidelser for den enkelte	<input type="text"/>
Pårørende til psykisk syke personer	<input type="text"/>
Bruk av e-terapi	<input type="text"/>
Forskning med utgangspunkt i registerdata og biobanker	<input type="text"/>

Tilbake

Neste

9. Takk for besvarlsen av vår kartlegging av forskning på psykisk helse.

Dersom du ønsker en kopi av besvarelsen, legg igjen din e-post adresse her:

Om du har kommentarer til kartleggingen, kan dette oppgis i feltet under.

Tilbake

Avslutt

Vedlegg – Brev fra Norges forskningsråd til miljøene



Vår saksbehandler
Frode Hovland Søreide

Vår ref.
18/6028
Deres ref.

Oslo,
06.11.2018


Kartlegging av forskning om psykisk helse

Norges forskningsråd har på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet bedt NIFU om å kartlegge norsk forskning om psykisk helse. Kartleggingen som er en oppfølging av Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022), vil bidra med viktig kunnskap til det videre strategiske arbeidet for å møte samfunnsutfordringene knyttet til psykisk helse.

Vi ønsker med dette å be forskningsutførende institusjoner om å følge opp forespørselen fra NIFU og besvare spørreskjemaet så godt som mulig innen fristen som er angitt.

På forhånd takk!

Med vennlig hilsen
Norges forskningsråd


John-Arne Røttingen
Administrerende direktør

Tabelloversikt

Tabell 1.1 Oversikt over forskningsaktiviteter og tilhørende forklaring	16
Tabell 1.2 Oversikt over antall utsendte skjemaer, svar, svarprosent og antall enheter i datagrunnlaget etter sektor.....	19
Tabell 1.3 Liste over tidsskrift relatert til psykisk helse hvor alle publikasjoner er inkludert.....	22
Tabell 2.1 Driftsutgifter til FoU i Norge i 2017 totalt (ekskl. næringslivet) og innen psykisk helse, etter utførende sektor. Andel av total FoU i Norge og sektorfordeling i prosent.....	29
Tabell 2.2 Totale driftsutgifter til FoU innenfor psykisk helse i 2017 etter finansieringskilde. Mill kr. Prosent.	33
Tabell 2.3 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i 2017 etter helse- og sykdomskategorier og sektor for utførelse.	36
Tabell 2.4 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i 2017 etter forskningstema og utførende sektor.....	39
Tabell 2.5 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i 2017 etter forskningsaktiviteter og sektor for utførelse.	41
Tabell 3.1 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i universitets- og høyskolesektoren i 2017 etter helse- og sykdomskategorier og lærested. Prosent.	43
Tabell 3.2 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i universitets- og høyskolesektoren i 2017 etter forskningstema og lærested. Prosent.	45
Tabell 3.3 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i helseforetakene i 2017 etter helse- og sykdomskategorier og helseforetak. Prosent.	48
Tabell 3.4 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i helseforetakene i 2017 etter forskningstema og helseforetak. Prosent.....	49
Tabell 3.5 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i instituttsektoren i 2017 etter helse- og sykdomskategorier per forskningsinstitutt. Prosent.	51
Tabell 3.6 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i instituttsektoren i 2017 etter forskningstema og forskningsinstitutt. Prosent.....	53

Tabell 4.1 Antall og andel publikasjoner (psykisk helse), 2015–2017 institusjon/institutt/sector*.....	59
Tabell 4.2 Oversikt over de mest frekvente* publiseringskanalene i psykisk helse, antall publikasjoner 2015–2017.....	61
Tabell 4.3 Publisering innen psykisk helse etter helsekategori 2015–2017. Relativ fordeling etter institusjon/institutt/sector.....	64
Tabell 4.4 Oversikt over de hyppigst forekommende tittelord* i fem helsekategorier.....	65
Tabell 4.5 Internasjonalt samarbeid med Norge, 2015–2017, antall publikasjoner og andel av norsk artikkelproduksjon (psykisk helse).....	70
Tabell 4.6 Internasjonalt samarbeid med Norge, 2015–2017, antall publikasjoner (psykisk helse) per institusjon.*.....	71
Tabell 4.7 Nasjonalt samarbeid per institusjon/institutt, 2015-2017. Andel av publikasjonene (psykisk helse) med samforfatterskap.*.....	74
Tabell 5.1 De ti viktigste årsakene til helsetap (YLD) i Norge i 2016, begge kjønn og alle aldre. Antall YLD med usikkerhetsintervaller (UI), prosentvis andel av totalt antall YLD.....	85
Tabell 6.1 Tematiske prioriteringene fra ROAMER Prioritisation Survey.....	100

Figuroversikt

Figur 2.1 Driftsutgifter til FoU innenfor psykisk helse etter sektor for utførelse i 2017	28
Figur 2.2 Driftsutgifter til FoU innenfor psykisk helse i 2017 etter institusjon	31
Figur 2.3 Driftsutgifter til FoU innenfor psykisk helse i 2017 etter finansieringskilde. Prosent.....	32
Figur 2.4 Driftsutgifter til FoU innenfor psykisk helse i 2017 etter helse- og sykdomskategori. Mill. kr.....	34
Figur 2.5 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i 2017 etter helse- og sykdomskategori og utførende sektor. Prosent.	35
Figur 2.6 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i 2017 etter forskningstema. Mill. kr.	37
Figur 2.7 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i 2017 etter forskningstema og utførende sektor. Relativ fordeling	38
Figur 2.8 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i 2017 etter forskningsaktiviteter. Mill. kr.....	40
Figur 2.9 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i 2017 etter forskningsaktivitet og utførende sektor. Prosent.....	41
Figur 3.1 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i universitets- og høyskolesektoren i 2017 etter helse- og sykdomskategori. Mill. kr.....	42
Figur 3.2 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i universitets- og høyskolesektoren i 2017 etter forskningstema. Mill. kroner.....	44
Figur 3.3 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i universitets- og høyskolesektoren i 2017 etter forskningsaktivitet. Mill. kr.....	46
Figur 3.4 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i helseforetakene i 2017 etter helse- og sykdomskategori. Mill. kr.....	47
Figur 3.5 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i helseforetakene i 2017 etter forskningstema. Mill. kr.	48
Figur 3.6 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i helseforetakene i 2017 etter forskningsaktivitet. Mill. kr.	50

Figur 3.7 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i instituttsektoren i 2017 etter helse- og sykdomskategori. Mill. kr.	50
Figur 3.8 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i instituttsektoren i 2017 etter forskningstema. Mill. kr.	52
Figur 3.9 Driftsutgifter til FoU innen psykisk helse i instituttsektoren i 2017 etter aktivitetstype. Mill. kr.	53
Figur 4.1 Antall publikasjoner (psykisk helse) og andel av total nasjonal publisering og publisering innen medisin og helse, 2011-2017	55
Figur 4.2 Sektorvis fordeling av publiseringen innen psykisk helse, 2012-2014 og 2015-2017, andel av nasjonal total.*	56
Figur 4.3 Andel av sektorenes totale publisering (antall publikasjoner) som er innen psykisk helse, 2012-2014 og 2015-2017.	56
Figur 4.4 Geografisk fordeling av publiseringen innen psykisk helse, 2015-2017, andel av nasjonalt total*	57
Figur 4.5 Fordeling av publikasjonene innen psykisk helse, 2015-2017 for de største* institusjonene og instituttene. Andel av totalt antall publikasjoner.	58
Figur 4.6 Ordsky over de mest frekvente ord i titlene til publikasjonene innen psykisk helse, 2017.	62
Figur 4.7 Publisering innen psykisk helse etter helsekategori. Andel av publikasjonene 2015-2017*	63
Figur 4.8 Fordeling av publikasjonene innen psykisk helse etter disipliner, 2015-2017*	66
Figur 4.9 Psykisk helses andel av den totale nasjonale publiseringen i utvalgte fagfelt, 2015-2017*	67
Figur 4.10 Andel publikasjoner med internasjonalt samarbeid, 2011-2017, psykisk helse og norsk gjennomsnitt (alle fag og medisin og helse).	68
Figur 4.11 Grafisk illustrasjon av Norges globale samarbeid innen psykisk helse basert på artikler 2015-2017. Mørkere farge etter økende antall samarbeidsartikler.	69
Figur 4.12 Grafisk illustrasjon av Norges europeiske samarbeid innen psykisk helse basert på artikler 2015-2017. Mørkere farge etter økende antall samarbeidsartikler.	69
Figur 4.13 Grafisk illustrasjon av nasjonalt samarbeid innen psykisk helse basert på artikler fra 2015-2017.	72
Figur 4.14 Grafisk illustrasjon av nasjonalt samarbeid innen psykisk helse basert på artikler fra 2015-2017.	73
Figur 6.1 Relativ fordeling for de totale driftsutgiftene til FoU på psykisk helse i Norge i 2017, for norske forfatteres vitenskapelige publisering i	

perioden 2015-17 innenfor ulike helsekategorier og for helsebyrde (ikke-dødelig helsetap i 2016).....	96
---	----

Nordisk institutt for studier av
innovasjon, forskning og utdanning

Nordic institute for Studies in
Innovation, Research and Education

www.nifu.no