

# Hvordan kan forskning bidra til bedre global helse?

Den fattige delen av verdens befolkning må få bedre tilgang til eksisterende kunnskap, vaksiner, diagnostikk og behandling. Samtidig må det utvikles nye vaksiner, legemidler og bedre helsetjenester for dem som bærer den største delen av verdens sykdomsbyrde. Økt satsing på global helseforskning vil være i tråd med nasjonale og internasjonale prioriteringer og forpliktelser og bidra med kunnskap som kan understøtte utformingen av norsk politikk og engasjement i internasjonale helsesatsinger.

 Engelsk oversettelse av hele artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no).  Artikkelen publisert først på nett 12.9. 2011

## Ragna Valen

[ragna.valen@psyfa.uib.no](mailto:ragna.valen@psyfa.uib.no)  
Det psykologiske fakultet  
Universitetet i Bergen

## Atle Fretheim

Seksjon for global helse  
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

## Torvid Kiserud

Institutt for klinisk medisin  
Universitetet i Bergen

## Espen Bjertness

Institutt for helse og samfunn  
Universitetet i Oslo

## Solveig Kirsti Grudt

Program for sykepleie  
Høgskolen i Sør-Trøndelag

## Kårstein Måseide

Divisjon for samfunn og helse  
Norges forskningsråd

Forskning har bidratt til en rekke nyvinninger innen global helse. Vaksiner mot mange smittsomme sykdommer er utviklet. Dette er et av de mest kostnadseffektive virkemidler for bedre helse. Vaksiner utryddet kopper og har nesten utryddet poliomyelitt. Antall dødsfall etter meslinger ble redusert med 78 % i perioden 2000–08, et resultat av forbedret rutineimmunisering og regelmessige vaksinasjonskampanjer. Introduksjon av vaksiner mot lungebetennelse (pneumokker) og diaré (rotavirus) er beregnet til sammen å kunne redde ytterligere en million liv årlig i de fattigste landene (1).

Andre viktige forskningsbidrag er utvikling av nye og forbedrede metoder for forebygging, diagnostikk og behandling av aids, tuberkulose, malaria og andre tropiske infeksjonssykdommer – f.eks. medikamenter for å forebygge hivsmitte fra mor til barn, impregnerte myggnett og artemisininkombinasjonsbehandling (artemisinin-combination therapies, ACT) for malaria (2–4). Et annet eksempel er medikamentet misoprostol. Det er billig, reduserer effek-

tivt blødning etter fødsel og kan administreres av lekfolk (5).

Den kostnadskrevenne basale og kliniske forskningen for å utvikle nye produkter utføres hovedsakelig av større forskningsinstitusjoner, laboratorier og farmasøytisk industri i høyinntektsland, med vekt på hjemlige prioriteringer. En rekke partnerskap innenfor produktutvikling, Product Development Partnerships (PDP), medvirker til å utvikle produkter for sykdommer og helseproblemer i lavinntekts- og mellominntektsland der det, til tross for

«Til tross for at størstedelen av den globale sykdomsbyrden hviler på de fattigste landene, har kun en liten andel av verdens helseforskningsressurser vært rettet mot deres helseproblemer»

den store sykdomsbyrden, ellers ikke ville være noe lønnsomt marked pga. lav kjøpekraft. Hvordan man kan stimulere til utvikling av legemidler for slike sykdommer omtales i en annen artikkel (6). Men god basalforskning og klinisk forskning og nye produkter er ikke tilstrekkelig for å bedre helsetilstanden globalt.

## Fra kunnskap til praksis

En rekke enkle og billige tiltak som gjennom kliniske studier er vist å være effektive, er ikke tilgjengelig for store deler av verdens befolkning. Barsedødeligheten

kunne vært redusert betraktelig dersom flere utsatte grupper og pasienter hadde hatt tilgang til relativt enkle tiltak som impregnerte myggnett, effektiv antimalariabehandling eller antibiotika for behandling av alvorlige infeksjoner (7).

Kroniske ikke-smittsomme sykdommer, inkludert kardiovaskulære tilstander, kreft, kroniske respirasjonssykdommer og diabetes mellitus type 2, er den viktigste årsak til død (60 %) og sykkelighet på verdensbasis. 80 % av dødsfallene i verden og 44 % av tilfellene av for tidlig død som tilskrives disse tilstandene, finner sted i lavinntekts- og mellominntektsland. Opptil 80 % av tilfellene av tidlig død av hjertesykdom, slag og diabetes kan forhindres ved livsstilsintervensjoner og medikamentell behandling (8). Det eksisterer forebyggende programmer, men det er behov for forskning som setter programmene inn i en lokal kontekst.

Studier har vist at lekfolk kan spille en rolle når det gjelder økt vaksinedekning og amming og således kan bidra til viktige helsetjenester der det er begrenset tilgang på faglært helsepersonell (9). En studie fra Sør-Afrika viser at samarbeid mellom internasjonale og lokalt baserte forskermiljøer innen kvinnesykdommer og fødselshjelp fremmet aktiv bruk av forskningsresultater og forskningsbasert praksis (10).

Det trengs forskningsbasert kunnskap om hvordan tiltak kan avpasses lokale ressurser. Helsemyndigheter i lavinntekts- og mellominntektsland har behov for kunnskap om hvordan helsetjenestene kan gjøres mer tilgjengelig og effektive – ut fra forskning om organisering av helsesystemer, implementering av helsetiltak og helsetjenester, inkludert økonomiske vurderinger. Videre er det behov for nødvendig forskningskompetanse til å kunne monitorere og evaluere effektene av helsetiltak.

## Internasjonale anbefalinger og satsinger

Til tross for at størstedelen av den globale sykdomsbyrden hviler på de fattigste lan-

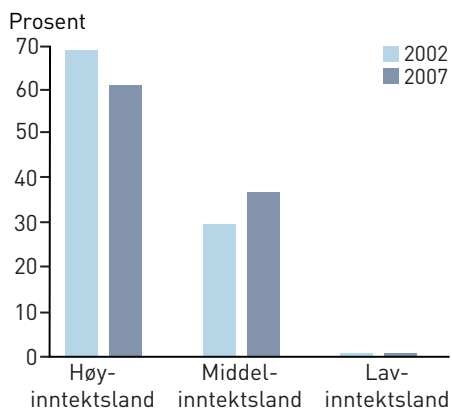
dene, har kun en liten andel av verdens helseforskningsressurser vært rettet mot deres helseproblemer. The Commission on Health Research for Development anslo i 1990 at under 10 % av helseforskningsressursene internasjonalt var rettet mot 90 % av den globale sykdomsbyrde, som i hovedtrekk rammer de fattigste – «the 10/90 Gap». Anbefalingen var at minimum 5 % av bistandsprogrammer og prosjekter burde øremerkes forskning og at minst 2 % av helsebudsjettene i utviklingsland burde gå til nasjonal helseforskning og prioriteres ut fra landets egne helseproblemer (11).

Det er nå bred internasjonal enighet om å styrke forskningsinnsatsen innen global helse, spesielt gjelder det helsesystemforskning (12–16). WHO anbefaler også økt satsing på tiltak som kan bidra til at forskningsbasert kunnskap overføres til politisk praksis («knowledge translation»). I løpet av de siste ti år har forskningsmidlene til globale helseproblemer økt betydelig, blant annet som følge av FN's tusenårsmål og gjennom en rekke større internasjonale satsinger som The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria og The Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI).

### Styrke lokal forskningskapasitet

For å oppnå varig bedring i helsetilstanden i lavinntekts- og mellominntektsland er det essensielt at landene selv utvikler forskningskapasitet og driver egen helseforskning. Globalt øker både antall forskere og de totale investeringene i forskning. Andelen forskere i mellominntektsland har økt noe i perioden 2002–07, mens det ikke har vært tilsvarende vekst i lavinntektsland (fig 1). UNESCO har anslått at lavinntektslandenes investeringer i forskning og utvikling (R&D) kun utgjør 0,1 % av de globale forskningsinvesteringene og at forskere i lavinntektsland utgjør 0,5 % av antall forskere globalt (17).

Kompetanse- og kapasitetsbygging er en nødvendig og viktig satsing i årene fremover, og det finnes en rekke aktører og



**Figur 1** Prosentvis fordeling av forskere i høyinntektsland, middelsinntektsland og lavinntektsland i 2002 og 2007. Basert på data fra UNESCO (17)

modeller. The European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP) skal gjennom partnerskap mellom europeiske og afrikanske forskere bidra til å utvikle nye legemidler og vaksiner samt øke forskningskompetansen knyttet til hiv, tuberkulose og malaria. Kompetansebygging gjennom langsiktig forskningssamarbeid innen folkehelsevitenskap er et annet viktig tiltak for å bedre helsen i lavinntektsland. Slike helsegevinster er vanskelig å måle, men kompetansebygging gjør helsepersonell og forskere i stand til å vurdere dagens kunnskap, måle effekten av forebyggende tiltak og tilrettelegge kunnskapsgrunnlaget for å forbedre helsepolitikken.

Et 16-årig samarbeid innen forskning og høyere utdanning mellom Universitetet i Oslo og palestinske institusjoner har blant annet ført til etablering av et senter for generell epidemiologi ved Birzeit-universitetet i Ramallah. I tillegg er det utdannet en rekke forskere på mastergrads- og doktorgradsnivå (18).

De norske NUFU (Nasjonalt program for utvikling, forskning og utdanning), NOMA (Norads program for masterstudier) og Kvoteprogrammet (for master- og ph.d.-studenter fra utviklingsland) har bidratt til forskning, utdanning, kapasitetsbygging og institusjonsutvikling i lavinntekts- og mellominntektsland også innenfor helse.

### Styrke norsk forskningskapasitet

Andelen av norske helseforskningsmidler som ble brukt til fattigdomsrelatert global helseforskning ble i 2003 anslått til ca. 5 % (19). Gjennom program for global helse- og vaksinasjonsforskning (GLOBVAC) i Forskningsrådet ([www.rcn.no/globvac](http://www.rcn.no/globvac)) har nærmere 60 forskningsprosjekter vært finansiert i perioden 2004–11, og satsingen planlegges videreført i en tiårsperiode. Programmet finansierer norske forskningsprosjekter, ofte i lavinntekts- og mellominntektsland og gjerne i samarbeid med ledende internasjonale forskningsmiljøer. Norsk Forum for Global Helseforskning ([www.globalhealth.no](http://www.globalhealth.no)) er et nettverk av helseforskere og institusjoner som har bidratt til å synliggjøre behovet for mer global helseforskning og for å bedre koordineringen mellom norske helseforskningsmiljøer.

Nødvendigheten av en styrket norsk satsing på global helseforskning kan begrunnes ut fra et bistandsperspektiv – vi har et medansvar for å bidra til å prøve å minske fattige lands store andel av verdens helseproblemer (20). Dette innebærer økt innsats knyttet til sykdommer og helseproblemer som ofte er oversett, rammer de svakeste og hvor det mangler forskning. Men det kan samtidig begrunnes ut fra et overordnet perspektiv – internasjonal forskningssamarbeid er til gjensidig nytte i form av økt kunnskap og kompetanse. Slik

kan forskning bidra til at Norge får en mer kunnskapsbasert erfaring for sin internasjonale helsepolitikk. Samtidig er internasjonalisering av forskningen viktig for å styrke kvaliteten og relevansen av norsk forskning og for å få tilgang til forskning som er utført utenfor Norge.

Både Kunnskapsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Utenriksdepartementet finansierer global helseforskning gjennom sine budsjetttildelinger og prioriteringsføringer til utdannings- og forskningsinstitusjoner, regionale helseforetak og gjennom bidrag til internasjonale organisasjoner og tiltak. Sett i lys av at det i bistandsbudsjettet for 2010 var nærmere 900 millioner kroner i ubenyttede midler, er det gledelig at statsministeren nå har kunngjort at han vil øke bevilgningene til helserelatert bistand (21). Vi i Norge kan spille en viktig rolle ved å bygge ut vår egen forskningskapasitet, men ikke minst ved å være en attraktiv internasjonal partner for forskningssamarbeid samt bidra til kapasitetsbygging i lavinntekts- og mellominntektsland.

### Ragna Valen (f. 1952)

er fakultetsdirektør ved Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen. Hun er cand.odont., har samfunnsodontologisk videreutdanning og har praksis som distriktstannlege, overtannlege i Trondheim og fra Muhimbili University College, Dar-es-Salaam, Tanzania. Hun har vært avdelingsdirektør i Norges forskningsråd, nasjonal delegat til EUs Life Science forskningsprogram og nasjonal representant i Global Forum for Health Research i Genève.

**Ingen oppgitte interessekonflikter.**

### Atle Fretheim (f. 1968)

er leder av Seksjon for global helse, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, og førsteamanuensis ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

**Ingen oppgitte interessekonflikter.**

### Torvid Kiserud (f. 1944)

er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, overlege ved Haukeland universitetssykehus og professor ved Institutt for klinisk medisin.

**Ingen oppgitte interessekonflikter.**

### Espen Bjertness (f. 1959)

er professor ved Institutt for helse og samfunn og ved Tibet University Medical College, Lhasa.

**Ingen oppgitte interessekonflikter.**

### Solveig Kirsti Grudt (f. 1968)

er sykepleier. Hun har hovedfag i helsevitenskap på helseopplysningsarbeid for indianere i Colombia og har vært fredskorpsdeltaker i Nicaragua. Hun er høyskolelektor og arbeider med internasjonalisering.

**Ingen oppgitte interessekonflikter.**

**Kårstein Måseide (f. 1968)**

er siv.ing. (biofysikk), dr.philos. og seniorrådgiver i Forskningsrådet, hvor han siden 2006 har vært koordinator for Program for global helse- og vaksinasjonsforskning (GLOBVAC). Han har en mastergrad fra London School of Hygiene and Tropical Medicine på en modell for estimering av etterspørsel etter malaria-vaksiner samt sosialt (helsemessig) og økonomisk utbytte av investeringer i slike vaksiner.

**Ingen oppgitte interessekonflikter.****Litteratur**

1. Progress report GAVI. 2009. Genève: GAVI alliance, 2009. [www.gavi.org/performance/global\\_results/GAVI\\_Alliance\\_Results\\_2008\\_Vaccines.php](http://www.gavi.org/performance/global_results/GAVI_Alliance_Results_2008_Vaccines.php) (12.7.2011).
2. Volmink J, Siegfried NL, van der Merwe L et al. Antiretrovirals for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; nr. 1: CD003510.
3. Sinclair D, Zani B, Donegan S et al. Artemisinin-based combination therapy for treating uncomplicated malaria. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; nr. 3: CD007483.
4. Gamble CL, Ekwari JP, ter Kuile FO. Insecticide-treated nets for preventing malaria in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; nr. 2: CD003755.
5. Gülmezoglu AM, Forna F, Villar J et al. Prostaglandins for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; nr. 3: CD000494.
6. Årdal C, Iversen JH, Myhr K. Nye modeller for utvikling av legemidler for utviklingsland. *Tidsskr Nor Legeforen* 2011; 131: 2016–8.
7. Jones G, Steketee RW, Black RE et al. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003; 362: 65–71.
8. WHO. Preventing chronic diseases. A vital investment. WHO: Genève, 2005.
9. Lewin S, Munabi-Babigumira S, Glenton C et al. Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; nr. 3: CD004015.
10. Daniels K, Lewin S. The growth of a culture of evidence-based obstetrics in South Africa: a qualitative case study. *Reprod Health* 2011; 8: 5.
11. Commission on Health Research for Development. Health research: essential link to equity in development. New York: Oxford University Press, 1990.
12. Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options. Summary of investing in health research and development. Genève: WHO, 1996. <http://apps.who.int/tdr/svc/publications/tdr-research-publications/investing-in-health> (12.7.2011).
13. WHO. World report on knowledge for better health. Strengthening health systems. Genève: WHO, 2004.
14. Research capacity strengthening. TDR Strategy 2002–2005. UNDP/World Bank/WHO, 2002. <http://apps.who.int/tdr/svc/publications/tdr-research-publications/research-capacity> (12.7.2011).
15. Global Forum for Health Research/Alliance for Health Policy and Systems Research. Strengthening health systems: the role and promise of policy and system research. Genève: WHO, 2004. [www.who.int/alliance-hpsr/resources/flagshipreports/en/index3.html](http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/flagshipreports/en/index3.html) (12.7.2011).
16. Mexico Statement on Health Research Knowledge for Better Health. Strengthening health systems. Ministerial Summit on Health Research. Mexico City, 16–20 November 2004. [www.who.int/rpc/summit/agenda/Mexico\\_Statement-English.pdf](http://www.who.int/rpc/summit/agenda/Mexico_Statement-English.pdf) (12.7.2011).
17. UNESCO. Inst for statistics 2010. Statistical tables. [www.uis.unesco.org/ScienceTechnology/Pages/default.aspx](http://www.uis.unesco.org/ScienceTechnology/Pages/default.aspx) (12.7.2011).
18. Bjertness E, Nijem K, Hussein A et al. 15 years of cooperation in research and higher education between the Faculty of Medicine, University of Oslo, and Palestinian institutions. Abstract. *Lancet* 2010. <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/palestine/S0140673610608203.pdf> (12.7.2011).
19. Global helseforskning. Tid for å styrke norsk satsing. Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Helsedepartementet, Utdannings- og forskningsdepartementet og Utenriksdepartementet. Oslo: Helsedepartementet, 2003.
20. St.meld. nr. 30 (2008–2009). Klima for forskning.
21. Statsministerens kontor. Økt støtte til vaksinasjon av fattige barn. 13.6. 2011. [www.regjeringen.no/nb/dep/smk/pressesenter/pressemeldinger/2011/okt-stotte-til-vaksinasjon-av-fattige-ba.html?id=647382](http://www.regjeringen.no/nb/dep/smk/pressesenter/pressemeldinger/2011/okt-stotte-til-vaksinasjon-av-fattige-ba.html?id=647382) (12.7.2011).

Mottatt 10.6. 2011, første revisjon innsendt 5.7. 2011, godkjent 4.8. 2011. Medisinsk redaktør Siri Lunde.