

Notat om forskning på global helse etter 2020

Utarbeidet på vegne av Norges forskningsråd



Notat om forskning på global helse etter 2020

Utarbeidet på vegne av Norges forskningsråd

Notat fra en arbeidsgruppe nedsatt av
Norges forskningsråd

September 2019

© Norges forskningsråd 2019
Norges forskningsråd
Postboks 564
1327 Lysaker
Telefon: 22 03 70 00
Telefaks: 22 03 70 01
post@forskningsradet.no
www.forskningsradet.no/
Publikasjonen kan bestilles og lastes ned fra
www.forskningsradet.no/publikasjoner
eller grønt nummer telefaks: 800 83 001
Oslo, september 2019
ISBN 978-82-12-03836-3 (PDF)

Innhold

Sammendrag	4
1 Sammensetning, mandat og formål	6
2 Deskriptiv del. Finansiering av norsk forskning på global helse de siste ti årene.....	7
Dagens investeringer i norsk global helseforskning	8
Norges forskningsråd	8
Investeringer i global helseforskning utenom Forskningsrådet	13
Investeringsnivået i norsk global helseforskning	20
Oppsummering av kapittel 2	20
3 Arbeidsgruppens vurdering og alternativer.....	21
De globale helseutfordringene	21
Norges forpliktelser på global helse	24
Hva kan norsk forskning på global helse bidra med, og hvorfor skal det satses på norsk forskning?.....	24
Fremtidig finansiering av global helseforskning i Norge	27
Alternativ 1. Videreføring av en satsing på global helse gjennom et eget program i Forskningsrådet	27
Alternativ 2. Strategisk satsing på global helse- og vaksinasjonsforskning uten eget program....	28
Alternativ 3. Eksisterende systemer brukes til å understøtte forpliktelser.....	28
Gruppens samlede vurdering	29
4 Vedlegg/statistikk	32

Sammendrag

Dette notatet er utarbeidet av en arbeidsgruppe bestående av ressurspersoner utpekt av Forskningsrådet, Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Utenriksdepartementet og Norad. Arbeidsgruppens mandat har vært å vurdere fremtidige behov og muligheter for eventuell satsing på norsk forskning på global helse etter 2020, og innretningen på denne. Arbeidsgruppen tok utgangspunkt i at programmet for den andre perioden av global helse- og vaksinasjonsforskning (GLOBVAC) avsluttes i 2020. Det er foreløpig ikke avklart om, og eventuelt i hvilken form, en fortsatt satsing på norsk forskning på global helse skal videreføres.

Arbeidsgruppen har basert sine anbefalinger på Norges forpliktelser til FNs Agenda 2030, anbefalingene i HelseOmsorg21-strategien, midtveisevalueringen av GLOBVAC samt innspill fra GLOBVACs tidligere programstyre, Global helse Norge, Norsk forum for global helseforskning og utvalgte sivilsamfunnsorganisasjoner som jobber med global helse.

Den viktigste aktøren som finansierer global helseforskning i Norge, er Norges forskningsråd, med GLOBVAC som største og viktigste virkemiddel. I tillegg finansierer de regionale helseforetakene, universitets- og høyskolesektoren og instituttsektoren noen prosjekter. Enkelte prosjekter henter også finansiering fra internasjonale arenaer, som Bill and Melinda Gates Foundation (BMGF), Verdensbanken og EDCTP.

Med investeringer på nesten 53 milliarder kroner i perioden 2000 til 2016 har Norge satset betydelige midler på global helse. Utenriksdepartementet, Norad og Helse- og omsorgsdepartementet retter i stor grad sin innsats innenfor global helse mot de store, multilaterale helsefondene og WHO. Det er uklart hvor mye av dette som går til forskning. Norge investerer også mye i forskning og utvikling innenfor medisin og helsefag, med et sted mellom 50 milliarder til 60 milliarder kroner i perioden 2007 til 2015. På grunnlag av innhentet informasjon anslår arbeidsgruppen at finansiering av norske forskere innenfor global helse ligger på noe over 1,2 milliarder kroner i perioden 2006 til 2018. Det betyr at mellom 2 og 2,4 prosent av finansieringen innenfor medisin og helsefag har gått til global helseforskning i Norge.

Norge har forpliktet seg til FNs Agenda 2030 og de tilhørende bærekraftsmålene. Universell helsedekning og prinsippet om «Leaving no one behind» er høyt prioritert av Norge. Forskning spiller en helt essensiell rolle dersom vi skal nå bærekraftsmålene innen 2030. Velfungerende helsesystemer med trygge helsetjenester, bekjempelse av smittsomme og ikke-smittsomme sykdommer og forebygging av dødsfall blant mødre og barn krever ny kunnskap og innovative løsninger tilpasset konteksten i lavinntekts og lavere mellominntektsland (LLMIL).

Det er fortsatt behov for å satse på global helse- og vaksinasjonsforskning i Norge. Globalt har man sett en dreining i sykdomsbyrde fra smittsomme til ikke-smittsomme sykdommer. Flere LLMIL opplever en stor økning i ikke-smittsomme sykdommer samtidig som smittsomme sykdommer fortsatt utgjør en stor andel av den nasjonale sykdomsbyrden.

Dersom man ønsker en fortsatt satsing, viser gjennomgangen av alternativer for organisering at finansiering av global helseforskning utenfor Forskningsrådet ikke er et egnet alternativ. En satsing gjennom Forskningsrådet kan organiseres på flere måter. Fellesnevneren er at man kan benytte virkemidler tilpasset målsetningen for satsingen: etablerte systemer for fagfelleevaluering som sikrer kvalitet og strategiske prioriteringer i et porteføljestyre for global utvikling bestående av internasjonale eksperter.

Dersom man ønsker en målrettet og synlig satsing på global helse, er et eget forskningsprogram et godt alternativ. De andre helseforskningsprogrammene i Norges forskningsråd er nasjonalt rettet. NORGLOBAL har mange temaer, og de vil konkurrere om oppmerksomheten dersom global helse integreres i ett av disse programmene. Et eget program sikrer en satsing med fortsatt fokus på LLMIL og internasjonalt samarbeid. Det kan bygge videre på GLOBVACs prosjektportefølje, nettverk og erfaringer. Det vil gi et tydelig signal internasjonalt og til norske forskere om at global helse er et viktig satsingsområde for Norge.

Det ligger utenfor denne arbeidsgruppens mandat å anbefale prioriteringer i tema, men et bredt og fleksibelt program vil kunne respondere på endringer i sykdomsbyrden og skiftende behov og prioriteringer i et dynamisk landskap. Samtidig er det viktig å satse på områder hvor norske forskere har vist særligskilt potensial som kan bidra til den internasjonale forskningen på området. Neste steg må være å få en avklaring på finansiering av norsk global helseforskning og størrelsen på denne. Ved en mindre satsing kan det være aktuelt å vurdere en strategisk satsing på global helseforskning på tvers av programmer i Forskningsrådet.

1 Sammensetning, mandat og formål

Våren 2018 nedsatte Forskningsrådet en arbeidsgruppe i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Utenriksdepartementet og Norad for å vurdere fremtidige behov og muligheter for en eventuell satsing på norsk global helse- og vaksinasjonsforskning etter 2020, og innretningen på denne. Arbeidsgruppen har bestått av ressurspersoner utpekt fra hver av de deltakende institusjonene. Vurderingene og synspunktene i dette notatet er arbeidsgruppens egne og representerer ikke nødvendigvis synspunktene til institusjonene.

Arbeidsgruppen har bestått av

- Maria Henningsen, Helse- og omsorgsdepartementet (til april 2019)
- Marianne van der Wel, Helse- og omsorgsdepartementet (fra april 2019)
- Jan Sigurd Røtnes, Helsedirektoratet
- Kjetil Leon Bordvik, Norad
- Noor Khan, Utenriksdepartementet
- Bjørn Tore Kjellemo, Norges forskningsråd
- Karine Kålsås, Norges forskningsråd
- Zlata Turkanovic, Norges forskningsråd

Arbeidsgruppen tok utgangspunkt i at den andre perioden av programmet for global helse- og vaksinasjonsforskning (GLOBVAC) avsluttes i 2020. Det er foreløpig ikke avklart om og eventuelt i hvilken form en fortsatt satsing på norsk forskning på global helse skal videreføres.

Gruppens mandat har vært å

- utarbeide en kort statusbeskrivelse av hva GLOBVAC og relevante samarbeidspartnere har oppnådd hittil. Det bør inkludere måloppnåelse hos andre finansieringsorganisasjoner, for eksempel EUs rammeprogram, EDCTP og JPIAMR;
- overordnet beskrive fremtidige behov og muligheter for norsk forskning på global helse og innretningen på denne;
- vurdere alternative løsninger for en satsing på norsk forskning på global helse som komplementerer og styrker andre internasjonale initiativer og pågående aktiviteter i regi av Forskningsrådet og Norad.

Arbeidsgruppen skal basere sine anbefalinger på Norges forpliktelser til FNs Agenda 2030, særlig bærekraftsmål 3 på helse. Gruppen bør også legge vekt på analysene i HelseOmsorg21-strategien, hvor global helse er ett av ti satsingsområder, og eventuell annen eksisterende, relevant dokumentasjon.

I sitt arbeid har gruppen innhentet innspill og statistikk fra Global helse Norge (GHN), Norsk forum for global helseforskning, GLOBVACs programstyre og utvalgte sivilsamfunnsorganisasjoner som jobber med global helse. Statistikk er hentet fra Forskningsrådets systemer og HelseOmsorg21-monitor. Arbeidsgruppen har benyttet relevante dokumenter og rapporter som grunnlag for sine beskrivelser og vurderinger.

Gruppens arbeid skal munne ut i et kort, oppsummerende notat i tråd med punktene ovenfor og inneholde en anbefaling om hva som bør være videre prosess. Notatet skal i første omgang legges frem av Forskningsrådet i styringsdialogen mellom Forskningsrådet og henholdsvis HOD og UD.

Arbeidet i gruppen har vært ledet av Forskningsrådet, som også har fungert som sekretariat for gruppen. Gruppen har hatt fire møter og ellers samarbeidet elektronisk.

2 Deskriptiv del. Finansiering av norsk forskning på global helse de siste ti årene

Norge har ikke en langvarig tradisjon for forskning på global helse, slik for eksempel Storbritannia har.¹ Likevel har Norge siden sent i 1990-årene satset på globale helsespørsmål. Norges innsats i vaksinealliansen GAVI, bekjempelse av hiv/aids og malaria, og arbeid rettet mot mødre- og barnehelse og seksuelle og reproduktive rettigheter ble sterkere utover i 2000-årene med innføringen av FNs tusenårsmål. Norge har også forpliktet seg sterkt til bærekraftsmålene.²

Global helse har blitt definert som

...an area for study, research, and practice that places a priority on improving health and achieving equity in health for all people worldwide. Global health emphasises transnational health issues, determinants, and solutions; involves many disciplines within and beyond the health sciences and promotes interdisciplinary collaboration; and is a synthesis of population-based prevention with individual-level clinical care³.

Denne definisjonen av global helse benyttes i dette notatet. Forskning på global helse omfatter studier av sykdommer (årsak, forløp, konsekvens, spredning og demografi), diagnostisering og behandling av sykdommer, sosiale faktorer for helse og rollen til helsesystemer og -politikk. I praksis er global helse og global helseforskning forbundet med sykdommer som i stor grad rammer befolkning i lavinntektsland og lavere mellominntektsland, såkalte utviklingsland, men heretter referert til som LLMIL.

Før 2006 var en minimal andel (ca. 5 prosent) av Forskningsrådets bevilgninger til den medisinske og helsefaglige forskningen relevant for befolkningen i LLMIL. I 2003 ble en arbeidsgruppe nedsatt av Helsedepartementet, Utdannings- og forskningsdepartementet og Utenriksdepartementet for å utarbeide en rapport om organisering og finansiering av global helseforskning i Norge.

Arbeidsgruppen fra 2003 hadde ikke ressurser til å hente inn data om andre norske aktørers investeringer i global helseforskning, men ga en summarisk beskrivelse av de viktigste miljøene. De gjorde også noen grove anslag over størrelsen på investeringene utenfor Forskningsrådet. Anslaget i rapporten var at cirka 70–90 millioner kroner var knyttet til global helseforskning innenfor universitetssektoren i 1999. Dette utgjorde cirka 5 prosent av de totale nasjonale ressursene til helseforskning i UoH-sektoren i Norge, som i 1999 utgjorde omtrent 1,7 milliarder kroner.

Rapporten var et ledd i gjennomgangen av politikktutforming for å følge opp handlingsplanen for bekjempelse av fattigdom i sør og for å vurdere om det var konsistens på tvers av politikkområder.⁴ Blant rapportens anbefalinger var etablering av et forskningsprogram i global helseforskning med eget programstyre.

¹ Den mest kjente skikkelsen i norsk medisinsk historie er legen Gerhard Henrik Armauer Hansen, som i 1874 oppdaget at spedalskhet (*Mycobacterium leprae*) skyldes en smittsom sykdom som kan kureres ved å sette inn hygieniske tiltak. Armauer Hansen bidro til smittevernlovene i Norge og til at antallet smittede ble betydelig redusert. I 1969 etablerte Etiopia, med hjelp fra norske og svenske Redd Barna, Armauer Hansen Research Institute i Addis Abeba som spesialiserer seg på smittsomme sykdommer fra *Mycobacterium*.

² For en rask innføring i Norges innsats, se Norad-rapporten «[På bedringens vei. En beretning om Norges globale helseinnsats fra Tusenårsmål til Bærekraftsmål](#)» (2017), side 8–13 og [GLOBVACs programplan](#).

³ Koplan, J.P., Bond, C.P., Merson, M.H, Reddy, S., Rodríguez, M.H, Sewankambo, N.K.: *Towards a common definition of global health*, The Lancet, Volume 373, Issue 9679, 6–12 June 2009, pages 1993–1995.

⁴ «Global helseforskning – Tid for å styrke norsk satsning», Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Helsedepartementet, Utdannings- og forskningsdepartementet og Utenriksdepartementet (2003).

Programmet Global helse- og vaksinasjonsforskning (GLOBVAC) ble opprettet i 2006 med formål om å styrke norsk forskning på global helse, særlig fattigdomsrelaterte sykdommer og helseproblemer som rammet marginalisert befolkning (barn) i LLMIL. GLOBVAC-programmet var en oppskalering av aktiviteten GLOBHEL, som ble etablert i 2003, der temaene var hiv, tuberkulose, helsesystem, ernæring og barnehelse. I 2006 ønsket man en satsing i tråd med Norges forpliktelser til FNs tusenårsmål, og det nye programmet ble utvidet til å inkludere vaksineforskning. I løpet av den første programperioden (2006–2011) økte det årlige budsjettet fra 3 millioner kroner til 75 millioner kroner.

Ny programperiode fra 2012 til 2020 omfattet forskning på familieplanlegging, reproduktiv helse, mødre-, nyfødt-, barne- og ungdomshelse (RMNCAH) i tillegg til teknologi og innovasjon. Programmet finansierer også norsk deltakelse i det felleseuropeiske initiativet for kliniske studier i Afrika sør for Sahara (EDCTP). GLOBVAC har brukt definisjonen av global helse fra Koplan et al. aktivt i valgene rundt finansiering av forskning av høy kvalitet. GLOBVAC er et sentralt virkemiddel i regjeringens oppfølging av HelseOmsorg21-strategien.⁵

Den totale budsjetttrammen for perioden ble satt til 1,04 milliarder kroner. I forbindelse med budsjettkutt i 2014 ble budsjetttrammen redusert til 787 millioner kroner frem til 2020. Programmet ble positivt vurdert i en omfattende, ekstern midtveisevaluering i 2015/2016.⁶

Dagens investeringer i norsk global helseforskning

Denne deskriptive delen av notatet vil gi en oversikt over global helseforskning i Norge finansiert av ulike aktører. Informasjonen er hentet fra Forskningsrådets portefølje, Forskningsrådets EU-statistikk, Norad og Utenriksdepartementets porteføljer, de regionale helseforetakene (RHF-ene), universitetene og instituttene.⁷ Oversikten er ment å gi et innblikk i dagens situasjon og er på ingen måte en fullstendig kartlegging av finansieringsstrømmer og stillingsandeler til global helseforskning i Norge. Dette har ikke vært mulig å kartlegge på grunn av tids- og ressursbegrensninger i arbeidsgruppen.

Mye er endret siden 2003, og innhenting av statistikk er til dels enklere nå. Forskningsrådet har en bedre oversikt over sin totale portefølje på helse, og samtidig samler HelseOmsorg21-monitor jevnlig inn og viser statistikk over forsknings- og innovasjonsaktiviteter finansiert av ulike aktører i Norge og EU.

Norges forskningsråd

Forskningsrådets investeringer i global helseforskning er konsentrert rundt forskningsprogrammet GLOBVAC, men Forskningsrådets samlede investering i innenfor helse og medisin er fordelt på flere arenaer og virkemidler. Forskningsrådet innhenter statistikk over Norges oppnåelse i Horizon2020,

⁵ HelseOmsorg21-strategien, Delrapport 5: «Globale helseutfordringer» (2014).

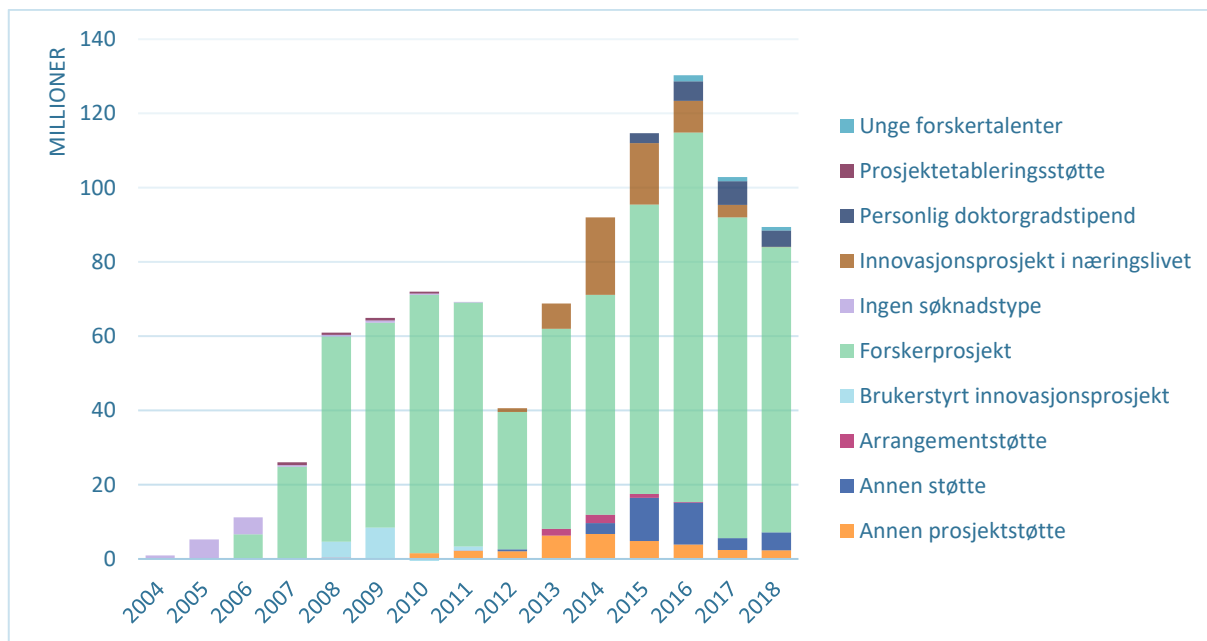
⁶ De Jongh T., Varnai P., Melin G., Svetachova M., Grudin M., Barneveld van J. (2016): [Mid-term evaluation of the second Programme for Global Health and Vaccination Research \(GLOBVAC2\)](#).

⁷ RHF-ene og UoH-sektoren har levert statistikk på forespørsel fra Forskningsrådet. Forespørselen gikk til Global helse Norge og Norsk forum for global helseforskning. Global helse Norge er et nettverk av de største norske institusjonene innenfor utdanning, sykehussektoren og forskning som er engasjert og driver med aktiviteter innenfor global helse. GHN ble etablert i 2017. Norsk forum for global helseforskning ble startet i 2005/2006 og er et interdisiplinært nettverk av individer og institusjoner som jobber med eller er interessert i global helse og global helseforskning. Forumet har mottatt nettverksstøtte fra Forskningsrådets GLOBVAC-program i perioden 2006–2018. For mer informasjon om forumet: <http://globalhealth.no/forum> For mer informasjon om GHN: <http://globalhealth.no/about>

European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP) og JPIAMR.⁸ Relevant statistikk fra disse arenaene vil bli beskrevet nedenfor, og en mer detaljert oversikt over statistikken er presentert i vedlegget.

GLOBVAC

Fra 2006 til 2018 har GLOBVAC-programmet i sine to perioder⁹ finansiert forskning for omtrent 943 millioner kroner. GLOBVAC1 og 2 har til sammen en portefølje på 149 prosjekter fordelt på forskerprosjekter, innovasjonsprosjekter i næringslivet, unge forskertalenter, personlig doktorgradstipend, arrangementstøtte, nettverksstøtte og støtte til en nasjonal forskerskole i global helse.



Figur 1: GLOBVAC1 og GLOBVAC2 – finansiering fordelt på søknadstype

Kilde: Forskningsrådets prosjektbank

*MERK: De første prosjektene, i tabellen merket som Ingen søknadstype og Prosjektetableringsstøtte, stammer fra perioden før GLOBVAC1 offisielt ble etablert. Disse var mindre forskerprosjekter (3) og forprosjekter (8). Søknadstypene Annen støtte og Annen prosjektstøtte inneholder tidligere typer av Unge forskertalenter (8), Forskerskolen i global helse, Norsk forum for global helseforskning og Ebola-vaksineuttestingsprosjektet.

Midtveisevalueringen (2016) gikk i dybden og analyserte fordelingen av GLOBVAC2s portefølje på de ulike tematiske prioriteringene.¹⁰

58 prosent (omtrent 289 millioner kroner) av GLOBVAC2s portefølje gikk til prosjekter på smittsomme sykdommer og/eller vaksineforskning. Temaene *helsesystem og -politikk* og *familieplanlegging, reproduktiv helse, mødre-, nyfødt-, barne- og ungdomshelse* tok omtrent like stor del av kaken hver med henholdsvis 16 prosent (82 millioner kroner) og 15 prosent (72 millioner

⁸ Forskningsrådet administrerer også EØS-midlene, men etter en gjennomgang av porteføljen deres ble det ikke funnet prosjekter som kunne vært relevant for global helse.

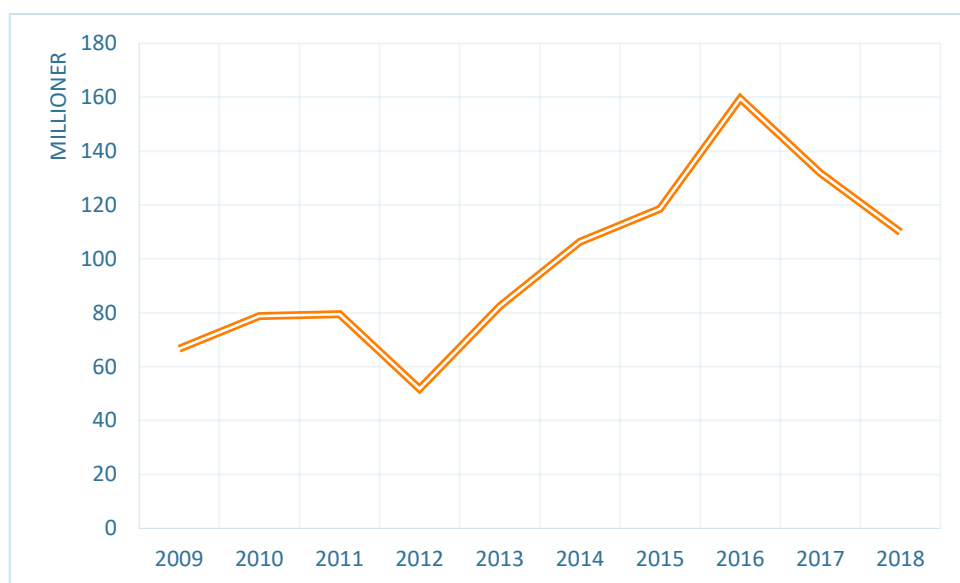
⁹ GLOBVAC1-perioden varte fra 2006 til 2011, mens GLOBVAC2-perioden varer fra 2012 til 2020. Forskningsprosjektene har som oftest vart utover programperioden da Forskningsrådet har mandat til å finansiere prosjekter basert på tildelte midler fra departementene flere år frem i tid.

¹⁰ De tematiske prioriteringene er: 1 Forebygging og behandling av og diagnostikk for smittsomme sykdommer, særlig vaksine- og vaksinasjonsforskning; 2 Familieplanlegging, reproduktiv helse, mødre-, nyfødt-, barne- og ungdomshelse; 3 Forskning på helsesystemer og helsepolitikk; 4 Innovasjon i teknologi og metodeutvikling.

kroner). *Implementeringsforskning*, som var et eget tematisk område frem til 2017, og *Innovasjon i teknologi og metodeutvikling* var også omtrent jevnt fordelt med henholdsvis 5 prosent (25 millioner kroner) og 6 prosent (32 millioner kroner).¹¹ Selv med store tildelinger i 2015 og 2018 til nye prosjekter som ikke var en del av statistikken i midtveiseevalueringen fra 2016, så er fordelingen mellom de tematiske områdene fortsatt lik. De tematiske prioriteringene i GLOBVAC er til dels overlappende, og majoriteten av prosjektene i porteføljen er relevante for flere av prioriteringene.

Andre arenaer i Forskningsrådet

Forskningsrådet har siden 2009 merket alle sine prosjekter med tanke på rapportering til departementene. Merkingene er utformet etter ulike forskningspolitiske dimensjoner som går fram av (Meld. St. 7 2014–2015) *Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2015–2024*, men også fra andre områder som dekker Forskningsrådets mandat. For å analysere hele Forskningsrådets portefølje har vi valgt ut temamerkingen *globale utfordringer* og fagområdemerkingen *medisin og helsefag*. En slik grovsortering viser at Forskningsrådet har finansiert prosjekter for omtrent 1,018 milliarder kroner fordelt på 127 prosjekter siden 2009.¹²



Figur 2: Forskningsrådets totale bevilgning til alle typer prosjekter merket med *globale utfordringer* og *medisin og helsefag*. Kilde: Forskningsrådets prosjektbank

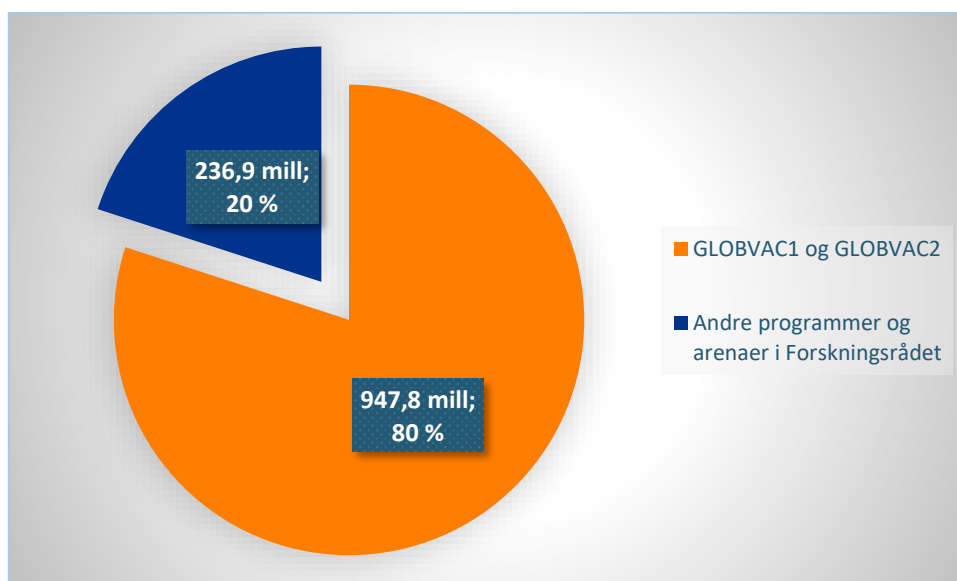
MERK: Tallene i figuren inkluderer GLOBVAC1 og GLOBVAC2, men ekskluderer prosjekter finansiert før 2009.

En mer detaljert analyse der GLOBVAC1 og GLOBVAC2 ekskluderes, resulterer i at det finnes 28 prosjekter på totalt 282,5 millioner kroner i hele Forskningsrådets portefølje merket *Globale utfordringer* og *Medisin og helsefag*.¹³ En nøye lesing av prosjekttitler og sammendrag viser at kun 13 av disse 28 prosjektene kan karakteriseres som global helseforskning. Dette utgjør omtrent 236,9 millioner kroner.

¹¹ De Jongh T., Varnai P., Melin G., Svetachova M., Grudin M., Barneveld van J. (2016): [Mid-term evaluation of the second Programme for Global Health and Vaccination Research \(GLOBVAC2\)](#), side 20.

¹² Et prosjekt kan merkes med mange temaer på én gang, slik at summen av tema/emner-merkingen (som *globale utfordringer*) vil overskride prosjektets bevilgning. Fagområdemerkingen (som *medisin og helsefag*) vil ikke overskride prosjektets bevilgning, i motsetning til tema/emner-merkingen.

¹³ I dette utvalget er ikke JPIAMR tatt med da det ikke er merket med *globale utfordringer*.



Figur 3: Forskningsrådets finansiering i millioner, og i prosent av prosjekter innenfor global helse basert på merkingene globale utfordringer og medisin og helsefag 2009–2018.

Forklaringen på hvorfor finansieringen av 13 prosjekter summerer over 200 millioner kroner, ligger i finansieringen av et senter for fremragende forskning (SFF) – Senter for intervensjonsstudier i mødre- og barnehelse (CISMAC). CISMAC har fått bevilget 175 millioner kroner over 10 år for å forske på hvilke tiltak til forbedringer i mødre-, nyfødt- og barnehelse i LLMIL som gir best resultater. Slike tiltak kan være innføring av et vaksinasjonsprogram, nye retningslinjer for amming eller anbefalinger av ernæring for mødre og barn.

Europeiske arenaer

Horizon2020 (H2020)

Horizon2020 er verdens største program for forskning. En av de tre pilarene i programmet omfatter forskning for å løse samfunnsutfordringer. Den mest relevante samfunnsutfordringen for helseforskere er *helse og demografisk endring*.¹⁴ Regjeringens uttalte mål med deltakelsen i EUs rammeprogram er å hente hjem over 2 prosent av midlene som skal konkurreres om i H2020. Dette oppnådde man for første gang i 2018. Gjennomsnittlig returandel i *helse og demografisk endring* per land er på rundt 1 prosent, og Norge har hatt en rimelig oppnåelse her med en returprosent på mellom 1,1 og 1,4 prosent de siste tre årene. Helseforskingsmiljøet i Norge er lite sammenliknet med land som Tyskland og Frankrike. De norske miljøene har liten kapasitet til å delta på flere europeiske arenaer samtidig; som å delta i European Research Council og *helse og demografisk endring*.

Mulighetene for global helseforskning har vært få i H2020 siden utfordringene sees fra et europeisk perspektiv. De siste årene har det likevel vært flere utlysninger der samarbeid med lavinntektsland etterspørres, og temaene har relevans for global helseforskning. Forskningsrådet har gått gjennom 14 slike utlysninger i H2020. For detaljer om utlysningene og statistikken se vedlegg tabell 1. Undersøkt statistikk for H2020 omfatter perioden fra januar 2014 til og med oktober 2018.

Tallene viser at kun 3 prosjekter med norsk deltakelse har oppnådd tilslag i de 14 utlysningene og hentet ut omtrent 3,8 millioner kroner i støtte til sammen. Norge deltok i 29 av totalt 294 innsendte søknader. I disse utlysningene var Norges returandel 0,16 prosent, som er langt under det nasjonale målet med deltakelse i H2020.

¹⁴ H2020 har en programperiode fra 2014 til 2020. For detaljer om utfordringen innenfor *helse og demografiske endringer* besøk: <https://ec.europa.eu/programmes/horizon2020/en/h2020-section/health-demographic-change-and-wellbeing>

EDCTP

European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP) finansierer kliniske studier i Afrika sør for Sahara med midler fra Horisont 2020.¹⁵ Studiene i fase 2 og 3 skal fremme utviklingen av nye og bedre medisiner, vaksiner, diagnostikk og mikrobicider mot hiv/aids, tuberkulose, malaria og andre fattigdomsrelaterte, smittsomme sykdommer. Norge har vært med i EDCTP siden 2004 og er representert ved Forskningsrådet. Forskningsrådet har også rapporteringsansvaret for Norges bidrag. EDCTP er inne i sin andre periode (2014–2024). I denne perioden har det blitt foretatt en tematisk utvidelse av programmet ved at fase I- og fase IV-studier, andre infeksjonssykdommer og helsesystemforskning har blitt inkludert. I tillegg er det lagt opp til mer forpliktende samarbeid med afrikanske land og sterkere samarbeid med farmasøytisk industri.

Norge oppfyller sine forpliktelser gjennom innrapportering av relevante kliniske prosjekter finansiert av GLOBVAC samt Norads støtte til fem produktutviklingspartnerskap (PDP). Dette er in-kind-bidrag uten finansiell støtte fra EDCTP2. Norge har rapportert inn fem GLOBVAC-finansierte prosjekter til en samlet sum av 69,3 millioner kroner.¹⁶

I EDCTP1 kunne Universitetet i Bergen (UiB), som eneste norske deltaker, være partner i ett større klinisk prosjekt om forebygging av hivsmitte fra mor til barn¹⁷ takket være en bevilgning på 12,5 millioner kroner fra GLOBVAC. I EDCTP2 deltar UiB i fire kliniske studier, et femte prosjekt med norsk deltakelse er kansellert.¹⁸ UiB mottar totalt 7,2 millioner kroner (0,74 millioner euro) fra EDCTP2 fordelt på tre av prosjektene.¹⁹ EDCTP2 har bevilget totalt 446,77 millioner euro fordelt på 193 prosjekter der 139 unike europeiske institusjoner er partnere.²⁰ Et fåtall europeiske land mottar mesteparten av støtten. Disse er Storbritannia (halvparten av midlene), Tyskland og Nederland (omtrent 10 prosent hver av midlene) og deretter Spania og Frankrike.

Norge har ikke høyt gjennomslag i EDCTP, hverken i antallet søkere eller tilslag. Kun 2,8 prosent (55 norske institusjoner) av søknadene til EDCTP2²¹ var fra Norge. 5 av 258 partnere i innvilgede prosjekter med kontrakt, altså 1,9 prosent, er norske. Generelt kan man si at små land ikke har en høy suksessrate i EDCTP²².

JPIAMR

JPI – Antimikrobiell resistens (JPIAMR) er et felleseuropeisk program for å møte utfordringer knyttet til antibiotikaresistens. Norge deltar aktivt, og øremerkede midler for norsk deltakelse administreres av Forskningsrådet. Midlene kommer fra Helse- og omsorgsdepartementet og er på 6,3 millioner per år. Norge har vært med i JPIAMR siden 2014, og deltakelsen har foreløpig ingen planlagt sluttdato.

¹⁵ Innovative Medicines Initiative (IMI) er et strukturert offentlig–privat samarbeid (PPP) mellom EU og europeisk farmasøytisk industri som finansierer forskning på utvikling av og pasienttilgang til innovative medisiner. De offentlige midlene er fra H2020. Norske forskere er så langt ikke involvert i noen IMI-finansierte prosjekter som er relevante for global helse.

¹⁶ EDCTP2 er et spleiselag mellom EU-kommisjonen og 14 europeiske land der kommisjonen har lagt inn 683 millioner euro under betingelse av at medlemslandene legger inn like mye, enten gjennom in-kind-bidrag eller faktiske penger. Norge har hittil kun bidratt in-kind. EDCTP2 har egne utlysninger som åpner for deltakelse av alle medlemslandene og EU-landene.

¹⁷ Finn mer informasjon på prosjektets nettside: <https://www.uib.no/en/rg/childhealth/65537/promise-pep-prevention-mother-child-transmission-hiv>

¹⁸ Både Universitetet i Bergen og Oslo universitetssykehus var partnere i det kansellerte prosjektet.

¹⁹ Se figur 7 i vedlegget for oversikt over EDCTP-prosjekter med norske partnere.

²⁰ EDCTP-brosjyren "[The added value of EDCTP to Europe](#)"

²¹ Mange av EDCTPs utlysninger går over to runder, hvor man sender en mindre søknad i runde én og full søknad i runde to. Intensjonsbrev skal bekrefte deltakelse fra alle deltakende institusjoner i det foreslåtte prosjektet. Man teller ikke unike institusjoner, men deltakelse per prosjekt. Det betyr at det i realiteten kan være én norsk institusjon som deltar mange ganger. Se tabell 2 for oversikt over innsendte og bevilgede søknader til EDCTP fordelt per land.

²² I tallene er ikke kansellerte prosjekter fjernet. I realiteten finnes det per 01.04.2019 fire aktive prosjekter med norske partnere.

20 land deltar, blant annet India og Sør-Afrika. Norge har deltatt i alle 8 av JPIAMRs utlysninger og oppnådd suksess. 12 prosjekter, som til sammen utgjør 51,1 millioner kroner, har norske deltakere eller Norge som koordinator. 2 av disse prosjektene utgjør nettverk med norske deltakere. Basert på antall søknader med norsk partner som er sendt inn, og antallet av disse som er innvilget, blir tilslagsprosenten for Norge totalt på 24,1 prosent.

Prosjektene er ofte basale og prekliniske og inkluderer også «One Health»-perspektivet. To av prosjektene dreier seg om antibiotikaresistens i behandlingen av tuberkulose og faller godt innenfor GLOBVACs områder. Samtidig er antibiotikaresistens et globalt problem, og alle de bevilgede prosjektene er relevante for LLMIL.²³ I den niende utlysningen, som ble avsluttet i februar 2019, oppfordres forskere spesifikt til å sende inn søknader som har virkninger og effekter i LLMIL i Asia og Afrika, og institusjoner fra LLMIL kan delta som partnere.

Investeringer i global helseforskning utenom Forskningsrådet

Flere aktører finansierer global helseforskning utenom Forskningsrådet. Disse er i hovedsak RHF-ene, universitetene og høyskolene, Utenriksdepartementet og Norad. I denne delen av notatet vil vi gå gjennom deres investeringer i global helseforskning. Det er nødvendig å forklare landskapet utenfor Forskningsrådet og EU først.

I 2014 ble HelseOmsorg21-strategien (HO21-strategien) lagt frem. Den var utarbeidet av en sammensatt strategigruppe med representanter fra universiteter, sykehus, kommuner, næringsliv, offentlige virksomheter og brukerorganisasjoner. HO21-strategien svarer på hvordan utfordringene innenfor helse og omsorg skal møtes med forskning og innovasjon. Strategien er langsiktig og inkluderer ti strategiske satsinger som hver inneholder et sett med forslag til anbefalinger. Den mest sentrale for global helseforskning er «Møte de globale helseutfordringene».²⁴ HO21-strategien ble fulgt opp med en handlingsplan som varer ut 2019, der anbefalingene ble omsatt i konkrete tiltak. For «Møte de globale helseutfordringene» ble det i strategien kun valgt ut to tiltak: 1 å videreutvikle insentiver for partnerskap med forskere i lav- og mellominntektsland, blant annet gjennom eksisterende mekanismer som GLOBVAC og NORHED, og 2 å utrede og etablere en finansieringsmekanisme for innovasjonsprosjekter innenfor global utdanning og helse. Tiltak 2 resulterte i VISJON2030²⁵.

Et generelt tiltak i strategien var etableringen av HO21-monitor²⁶, som har gitt bedre oversikt over forskning og innovasjon innenfor helse- og omsorgssektoren i Norge. HO21-monitor viser statistikk

²³ For en fullstendig oversikt over prosjektene der norske forskere deltar i JPIAMR, se [Forskningsrådets prosjektbank](#).

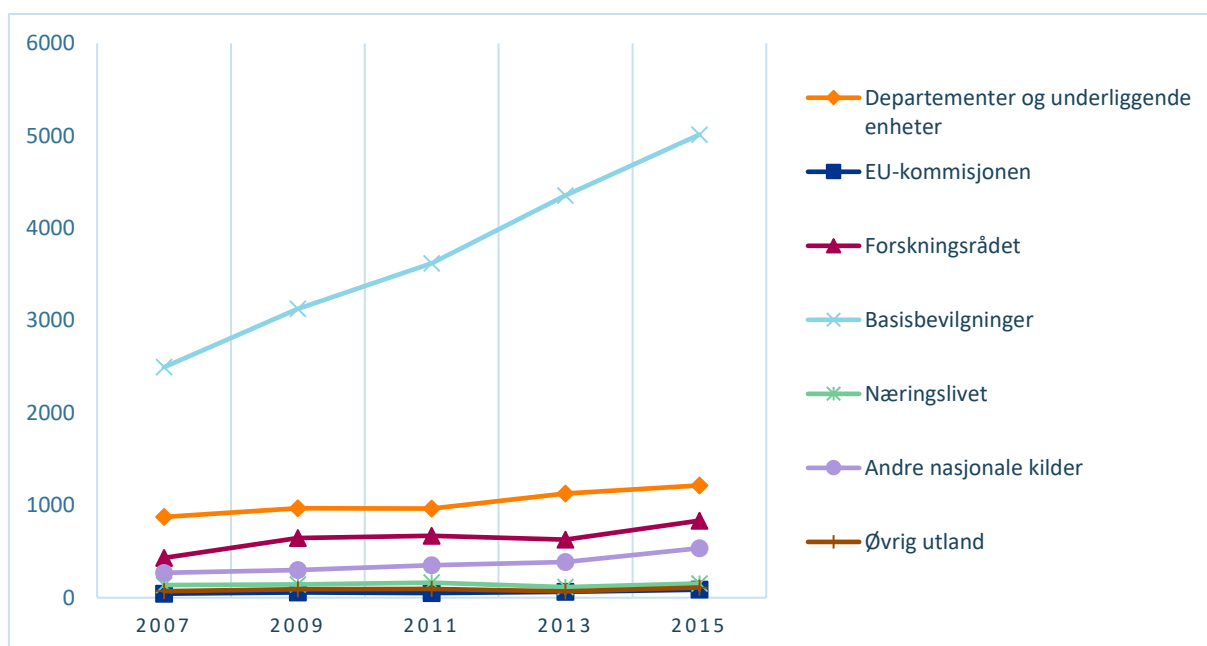
²⁴ Strategien kommer med flere anbefalinger, som alle inneholder en rekke virkemidler for gjennomføring. Anbefalingene er 1. sørge for en bredere folkehelseinngang til global helse på tvers av sektorer, 2. sikre etterspørsel av relevant kunnskap fra alle sektorer som utformer politikk med potensiell effekt på global helse, 3. sikre videre oppbygging og modning av et tverrfaglig norsk FoU-miljø innenfor global helse, 4. tilrettelegge for at norsk FoU-innsats bidrar til å styrke forsknings-, utdannings- og innovasjonskapasiteten i land med store helseutfordringer og manglende ressurser og 5. etablere mekanismer for tettere samarbeid mellom myndigheter, FoU-miljøer, utdanningsinstitusjoner, sivil samfunn, næringslivet og brukere.

²⁵ VISJON2030 er en mekanisme for å finansiere innovasjonsprosjekter i utdanning og helse i LLMIL. Forskningsrådet administrerer prosjekter som hovedsakelig er forskning, mens Innovasjon Norge administrerer prosjekter som hovedsakelig handler om tilpasning og markedstilgang i LLMIL for allerede utviklede produkter. I det undersøkte utvalget inngår kun ett prosjekt. De resterende prosjektene har mest fokus på utdanning. Se [Prosjektbanken for en oversikt over de finansierte prosjektene](#).

²⁶ Regjeringens handlingsplan understreker betydningen av at monitoren «Skal gi et løpende og formålstjenlig kunnskapsgrunnlag om ressursbruk, resultater og effekter av forskning og innovasjon innenfor helse og omsorg og har på lengre sikt som ambisjon å dekke alle aktørene. Monitoren skal inneholde indikatorer som omfatter alle satsingsområdene i

om forsknings- og innovasjonsaktiviteter innenfor helse og omsorg i Norge. Statistikken som er rapportert inn, kategoriseres ved hjelp av Health Research Classification System (HRCS), som gir en bred strategisk oversikt over finansieringen av helseforskning i et land eller en forskningsorganisasjon. HRCS dekker biomedisinsk forskning og helseforskning, fra grunnleggende til anvendt, på tvers av alle områder og sykdommer.

HO21-monitoren samler inn statistikk for total finansiering av FoU kun i oddetallsår. I årene 2007, 2009, 2011, 2013 og 2015 ble det i Norge finansiert forskning innenfor fagområdet medisin og helsefag for omtrent 30 milliarder kroner. I figur 4 under kan man se fordelingen etter hovedfinansieringskilde og år. Gjør man et grovt overslag, der man inkluderer partallsårene, kan man anta at finansiering av FoU innenfor medisin og helsefag over denne perioden totalt ligger mellom 50 milliarder og 60 milliarder kroner.



Figur 4: Oversikt over finansiering innenfor medisin og helsefag

Kilde: HelseOmsorg21-monitor

***MERK:** Finansieringskilden Departementer og underliggende enheter omfatter også fylkeskommuner og kommuner. For instituttsektoren inngår basisbevilgning fra Norges forskningsråd under finansieringskilden Norges forskningsråd, mens basisbevilgning direkte fra departementet inngår under Departementer og underliggende enheter. For en oversikt over finansiering av FoU etter helseregion, se vedlegget og figur 9.

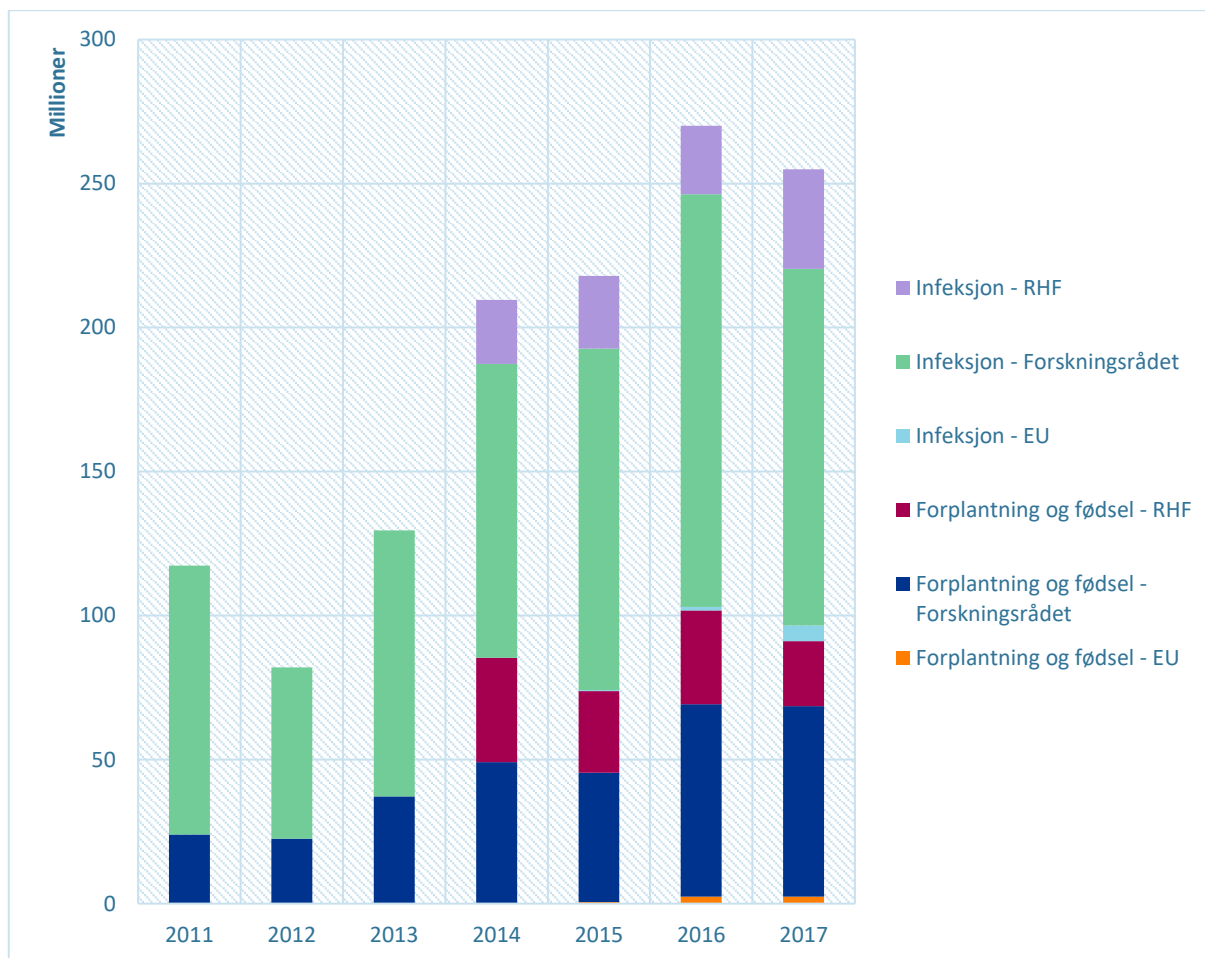
I vedlegget i figur 10 får man en oversikt over hvilke sykdommer det ble forsket mest på i 2017. Her kommer *kreft* best ut fulgt av kategorien *generell helserelevans*²⁷. Disse to kategoriene har blitt finansiert med omtrent 1,1 milliard kroner i 2017 alene.

For å kunne si noe om forskning på global helse i Norge har vi fokusert på kategoriene *Forplantning og Fødsel* og *infeksjon*. Disse er relevante for global helse, men er fortsatt ikke spesielt treffsikre

HelseOmsorg21-strategien». Formålet er å samle relevant statistikk på ett sted og gi et godt kunnskapsgrunnlag for beslutninger på alle nivåer. I monitoren finnes interaktive figurer som viser statistikk om blant annet økonomiske og personmessige ressurser, hvilke sykdommer det forskes på, forskningsresultater og hvilke sykdommer som er utbredt i befolkningen. Se <https://www.helseomsorg21monitor.no/>

²⁷ Generell helserelevans dekker forskning relevant for alle sykdommer og tilstander, eller helse generelt og enkeltpersoners velbefinnende. Her er folkehelseforskning, epidemiologi og helsetjenesteforskning som ikke er knyttet til bestemte tilstander, inkludert.

kategorier.²⁸ Figuren under viser samlet finansiering fra Forskningsrådet, RHF-ene og EU. Basisbevilgninger er ekskludert.



Figur 5: Finansiering til kategoriene Infeksjon og Forplantning og fødsel

Kilde: HelseOmsorg21-monitor

* Merk: Prosjekter finansiert av senterordningene i Forskningsrådet (SFF mfl.) ble inkludert i HRCS-analysen i 2014. Det medførte en relativt stor økning i beløpet som ble klassifisert. For Forskningsrådet og Kreftforeningen er første år med tilgjengelig statistikk 2011, for RHF er første år 2014 og for EU 2015.

Forskningsrådet er største bidragsyter til FoU i begge kategoriene med henholdsvis 733 millioner kroner for *Infeksjon* fra 2011 til 2017 og 310 millioner kroner for *Forplantning og fødsel* fra 2011 til 2017. Det er vanskelig å si noe om de totale investeringene fra 2011 fordi HO21-monitor begynte å inkludere data fra RHF-ene fra 2014 og fra EU fra 2015. Dette gir et noe uriktig inntrykk av at investeringene har økt betraktelig. Men ser vi kun på Forskningsrådet, har investeringene økt siden 2013 og var på 255 millioner i 2017.

Kinge et al. (2014) konkluderer at de norske investeringene i helseforskning generelt er i tråd med den norske sykdomsbyrden. Samsvaret mellom norske investeringer og den globale sykdomsbyrden var mye lavere.

²⁸ Artikkelen «Are the Norwegian health research investments in line with the disease burden?» fra 2014, skrevet av Kinge Minet J., Roxrud I., Vollset S.E., Skirbekk V. og Røttingen J.A., har analysert norske investeringer i helseforskning sammenliknet med den globale sykdomsbyrden. Forfatterne skriver: «Conversely, infectious diseases, reproductive health, and childbirth complications were pivotal globally, particularly in developing countries. One might argue that these diseases deserve particular attention as developing countries with low GDP per capita have few resources available for health research.»

De regionale helseforetakene

Forskning er én av fire lovpålagte oppgaver i spesialisthelsetjenesten, og de regionale helseforetakene har et særskilt ansvar for pasientrettet forskning og kliniske studier. Helse- og omsorgsdepartementet tildeler årlig et øremerket tilskudd til forskning i helseforetakene. Det består av en basisdel (30 prosent) som deles likt mellom helseregionene, og en resultatbasert del (70 prosent) som fordeles etter et glidende gjennomsnitt av forskningsresultater de siste tre årene.

I tråd med regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien ble det i oppdragsdokumentet fra HOD til de regionale helseforetakene i 2015 lagt inn en presisering om at global helse inngår i de langsiktige målsetningene for forsknings- og innovasjonsaktiviteten i helseforetakene. Det var formulert slik:

Langsiktige mål:

- *Økt omfang og implementering av klinisk pasientrettet forskning, helsetjenesteforskning, global helseforskning og innovasjoner som bidrar til økt kvalitet, pasientsikkerhet, kostnadseffektivitet og mer helhetlige pasientforløp, gjennom nasjonalt og internasjonalt samarbeid og aktiv medvirkning fra brukere.*

RHF-enes resultater inngår i HO21-monitoren, men vær oppmerksom på at det ikke finnes HRCS-statistikk for RHF-ene under ett før 2014. I figur 5 kan man se at det er noe variasjon mellom kategoriene *Infeksjon* og *Forplantning og fødsel*, men at begge har en årlig variasjon mellom 22 millioner og 36 millioner kroner fra 2014 til 2017. Samlet for de tre årene har RHF-ene brukt omtrent 105 millioner kroner på *Infeksjon* og 119 millioner kroner på *Forplantning og fødsel*.

Forskningsrådet har også bedt om statistikk fra RHF-ene fra Global helse Norge (GHN). Grunnet tidsbegrensninger var det ikke mulig for GHN å innhente fullstendig statistikk fra alle institusjonene som er tilknyttet, og den leverte statistikken har betydelige mangler. Derfor er det ikke hensiktsmessig å si noe om finansiering hos de ulike aktørene.²⁹ Likevel kan man bruke dataene fra GHN til å si noe om *hva slags* prosjekter innenfor globale helse RHF-ene finansierer selv. I slutten av dette kapitlet vil vi sette det i sammenheng med svar fra GHN og Norsk forum for global helseforskning for si noe om styrkene til de norske miljøene.

RHF-enes³⁰ oversikt presenterer 38 prosjekter innenfor global helse. De fleste av disse pågår ennå, noen er nylig avsluttet. Av disse er 21 kompetansehevingsprosjekter. Disse prosjektene går ofte ut på opplæring av personell i afrikanske, sørasiatiske eller sørøstasiatiske land. Vanligst er opplæring i spesialisthelsetjenester som kirurgi, akuttmedisin, kreftbehandling og mental helse. Sykepleieropplæring er også en viktig del av kompetansehevingsprosjektene. Helse Midt-Norge RHF finansierer ett professorat i global helse hos NTNU, dette er et eksempel på finansiering av kompetanseheving i Norge. Der samarbeidsland er oppgitt, er det flest kompetansehevingsprosjekter

²⁹ Den leverte oversikten har prosjektdata for RHF-ene, de fire største universitetene (UiO, UiB, NTNU og UiT), Sintef og Folkehelseinstituttet. Det er ulik grad av detaljnivå per prosjekt, og noen prosjekter mangler tall for finansiering, hoved- og bifinansieringskilde, varighet, samarbeidsland, tilknyttede stipendiater og tema. Forskningsrådet har luket ut prosjekter der hovedmålet med prosjektet ikke har vært å forske på sykdommer og helseproblemer som rammer marginalisert befolkning i lavinntektsland og lavere mellominntektsland. Noen har valgt å inkludere prosjekter finansiert av Forskningsrådet, noen har utelatt dem. GHN opplyser at det er et mål for 2019 å få en fullstendig oversikt over globale helseprosjekter i Norge.

³⁰ Helse Vest består av Helse Førde, Helse Bergen (Haukeland universitetssykehus er blant de tre største i Helse Vest), Helse Fonna (Haugesund universitetssykehus er blant de tre største i Helse Vest) og Helse Stavanger (Stavanger universitetssykehus er blant de tre største i Helse Vest). Helse Bergen og Helse Stavanger har rapportert hver for seg. Helse Nord består av Finnmarkssykehuset, Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN), Nordlandssykehuset, Helgelandssykehuset, Sykehusapotek Nord og Helse Nord IKT. I datagrunnlaget er Nasjonalt senter for e-helseforskning inkludert for Tromsø. Helse Sør-Øst består av Akershus universitetssykehus, Oslo universitetssykehus, Sunnaas sykehus, Sykehusapotekene, Sykehuset i Vestfold, Sykehuset Innlandet, Sykehuset Telemark, Sykehuset Østfold, Sykehuspartner, Sørlandet sykehus og Vestre Viken. Helse Midt-Norge består av St. Olavs hospital HF, Helse Møre og Romsdal HF, Helse Nord-Trøndelag HF og sykehusapotekene.

i samarbeid med Etiopia (7), Tanzania (5), Malawi (4) og Sør-Afrika (2), mens Nepal, India og Kambodsja har 1 prosjekt hver.

De resterende 17 prosjektene er forskningsprosjekter innenfor temaene smittsomme sykdommer (11), mødre-, nyfødt- og barnehelse (1), kirurgi (4) og muskelsykdommer (1). Prosjektene innenfor smittsomme sykdommer handler om diagnostikk og behandling av tuberkulose (5), hiv (3), antibiotikaresistens (4) og schistosomiasis (1). Det er interessant at antibiotikaresistens er et utbredt tema, da dette er et økende globalt problem.

Av 38 prosjekter koordinerer Helse Bergen HF de fleste med 20 prosjekter. Flesteparten av dem er forankret enten på Haukeland universitetssjukehus eller ved Universitetet i Bergen. Prosjektene er kompetansehevingsprosjekter (11) og forskningsprosjekter (9) innenfor smittsomme sykdommer, mødre-, nyfødt- og barnehelse og kirurgi. Helse Sør-Øst RHF med Oslo universitetssykehus er på andreplass med åtte prosjekter, der prosjektene faller innenfor kompetanseheving (4) og forskningsprosjekter (4) innenfor smittsomme sykdommer. Helse Nord RHF og Universitetssykehuset i Nord-Norge har 5 prosjekter som alle er kompetansehevingsprosjekter. Helse Midt-Norge RHF har 3 prosjekter med NTNU som koordinator, der 1 er kompetanseheving i Norge og 2 er forskningsprosjekter på mødre-, nyfødt- og barnehelse og kirurgi. Helse Stavanger HF har færrest, med 2 forskerprosjekter innenfor smittsomme sykdommer.

Universitets- og høyskolesektoren og instituttsektoren

HO21-monitoren viser ikke statistikk fordelt på universitets- og høyskolesektoren. Tallene som er presentert her, er basert på det som er levert av GHN, der de fire største universitetene, Folkehelseinstituttet og SINTEF har bidratt med informasjon. Her finnes det også store mangler i statistikken, dessuten har noen av institusjonene levert data for prosjekter finansiert av Forskningsrådet, mens andre har utelatt dem. Dermed blir det vanskelig å si noe om størrelsen på finansiering, vi kan kun vise til hva slags prosjekter institusjonene har.

Universitetet i Bergen (UiB) har flest prosjekter (69). UiB har inkludert prosjekter som er finansiert av Forskningsrådet. UiB har 8 kompetansehevingsprosjekter og 61 forskningsprosjekter som er karakterisert som global helse. Kompetansehevingsprosjektene er finansiert av NORHED og NORPART³¹ og handler i mindre grad om opplæring i spesialisthelsetjenesten, men heller om de mer klassiske temaene mødre-, nyfødt- og barnehelse, smittsomme sykdommer og helsesystemer. UiB har SFF-en CISMAL, som forsker på intervensjoner i mødre- og barnehelse, og bare her er det 17 forskningsprosjekter. De resterende 44 forskningsprosjektene handler også om mødre- og barnehelse (20), smittsomme sykdommer (15), helsesystemer (3), arbeidshelse (2), ernæring (1) og seksuelle og reproduktive rettigheter (1). UiB har også 2 unike prosjekter innenfor prioriteringer i global helse ved at de mottar internasjonal finansiering fra Bill og Melinda Gates Foundation for dette arbeidet. Her legges det spesifikk vekt på Etiopia i ett av prosjektene, og bredere landfokus med Etiopia, Tanzania og Malawi i det andre. Bergen utmerker seg også ved at mange av forskningsprosjektene (14) er ph.d.-prosjekter innenfor samarbeidet de har med Hawassa University³² i Etiopia.

Universitetet i Oslo (UiO) har 50 prosjekter innenfor global helse. I sin statistikk har de ikke skilt ut kompetanseprosjekter, og ser man på titler og deltakere, er det best å anta at alle prosjektene er forskningsprosjekter. UiO oppgir begrenset med informasjon om hvem som finansierer prosjektene,

³¹ NORHED (Norges program for kapasitetsutvikling innenfor høyere utdanning og forskning) ble etablert i 2012 av Norad. NORPART (Norwegian Partnership Programme for Global Academic Cooperation) støtter utdannings samarbeid og studentmobilitet mellom utdanningsinstitusjoner i Norge og utviklingsland og drives av Direktoratet for internasjonalisering og kvalitetsutvikling i høyere utdanning (DIKU).

³² UiB og Hawassa tilbyr en felles ph.d.-grad gjennom et NORHED-prosjekt.

men har i noen tilfeller tatt med finansiering fra Forskningsrådet. Prosjektene faller innenfor temaene seksuelle og reproduktive rettigheter (18), global helsepolitikk og helsesystemer (5), smittsomme sykdommer (3), mens det er 2 prosjekter hver innenfor mental helse, mødre- og ernæring. 1 prosjekt innenfor odontologi for småbarn og 1 om hjertelidelser i Somaliland er inkludert her.³³ UiO har et sterkt fokus på helsesystemer og global helsepolitikk ved at de selv finansierer et uavhengig panel om global styring (governance) i helse. Dette panelet jobber videre med anbefalingene fra Lancet–UiO-kommisjonen om global styring i helse, som leverte sine anbefalinger i 2014.

NTNU har 27 prosjekter som karakteriseres som global helse. De har heller ikke skilt mellom ulike kompetanseprosjekter, men har meldt inn Forskerskolen i global helse som et prosjekt. Da dette er en forskerskole for ph.d.-studenter i Norge, vil vi karakterisere det som kompetanseprosjekt. De resterende 26 prosjektene antar vi er forskningsprosjekter. NTNU har også meldt inn prosjekter finansiert av Forskningsrådet. Prosjektene faller innenfor temaene mødre-, nyfødt- og barnehelse (10), smittsomme sykdommer (9), helsesystemer (2), seksuelle og reproduktive rettigheter (2), diabetes (2) og akuttmedisin (1). NTNU har et «ungt» miljø der 20 av 26 prosjekter er ph.d.- eller postdokprosjekter. Norsk forum for global helseforskning skriver at NTNU representerer et fagmiljø med teknologiske nyvinninger. NTNUs data viser et par slike prosjekter, men det er vanskelig å vurdere om det er flere, basert kun på prosjekttitler. Uansett er dette kompetanse som er viktig å fremheve. UiO har også et godt etablert miljø innenfor global digital helse representert ved HISP-miljøet (Health Information System Program) med sin globale helseplattform «District Health Information System», som opererer i over 80 land.

Universitetet i Tromsø (UiT) har fem prosjekter som kan karakteriseres som global helse. To av disse er kompetanseprosjekter innenfor smittsomme sykdommer og studentutveksling i fysioterapi, ergoterapi og radiografi. De tre siste prosjektene er forskningsprosjekter på antibiotikaresistens i Afrika, landsbymedisin i Colombia og traumeforskning/akuttmedisin i Sør-Afrika. Det er viktig å få frem at UiT ikke har levert statistikk som viser finansiering fra Forskningsrådet.

Folkehelseinstituttet har også luket ut alle prosjekter som er finansiert av Forskningsrådet, og sitter igjen med 10 prosjekter innenfor global helse. Alle prosjektene er forskningsprosjekter innenfor temaene smittsomme sykdommer (6), mødre- og barnehelse (2) og helseinformatikk og ikke-smittsomme sykdommer (1 prosjekt per tema). Folkehelseinstituttet har et betydelig innslag av utenlandske finansieringskilder, som EU, Verdensbanken, WHO, Bill og Melinda Gates Foundation og andre utenlandske filantropiske organisasjoner / pasientorganisasjoner i de 10 prosjektene.

SINTEF har meldt inn fire prosjekter, som alle er forskningsprosjekter innenfor temaet tilgang til helsetjenester for personer med nedsatt fysisk funksjonsevne. Prosjektene er finansiert av Forskningsrådet og Atlasalliansen.

Utenriksdepartementet/Norad

Utenriksdepartementet og Norad har sektoransvaret for den norske innsatsen innenfor global helse. Mellom 2000 og 2016 investerte Norge til sammen nesten 53 milliarder kroner i globale helseformål. Helsebistanden ble firedoblet i løpet denne perioden; fra 1,2 milliarder kroner i 2000 til 4,7 milliarder kroner i 2016.³⁴

Over to tredeler av norske bevilgninger til global helse har gått til de store multilaterale helsefondene Gavi-Vaksinealliansen, The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM) og Global Financing Facility (GFF). Fondenes oppgave er forebygging og bekjempelse av sykdom, styrking av

³³ UiO har ikke informert om tema for alle prosjektene sine, derfor stemmer ikke antallet fordelt på tema med det totale antallet forskningsprosjekter.

³⁴ Ifølge tall fra Norads statistikkavdeling.

helsesystemer, tilgang til helsepersonell og bærekraft gjennom økt nasjonal finansiering og mer effektiv bruk av helsebudsjetter. Det er uklart i hvor stor grad fondene finansierer forskning.

Verdensbanken og Verdens helseorganisasjon (WHO) er andre viktige kanaler for norsk innsats innenfor global helse. Verdensbanken har en sentral rolle innenfor finansiering av helsesystemer og spiller en viktig rådgivende rolle overfor finansministerne i enkeltlandene. Banken har også virkemidler i form av svært gunstige lån til LLMIL, som blant annet brukes sammen med GFF.

WHO er den sentrale normative organisasjonen innenfor global helse. Organisasjonen gir råd og faglig støtte til enkeltland. WHO har også, som eneste internasjonale organisasjon innenfor global helse med juridisk myndighet, skapt bindende internasjonale avtaler og rammer som har bidratt til viktige og brede folkehelseiltak for å forbedre helsen i befolkninger. Disse er rammekonvensjonen for tobakskontroll (FCTC) og det internasjonale helsereglementet (IHR), som skal beskytte mot utbrudd av smittsomme sykdommer. Norges arbeid i WHO ledes av Helse- og omsorgsdepartementet.

Utenriksdepartementet og/eller Norad har ellers investert direkte i noen utvalgte organisasjoner, dette forklares nedenfor.

CEPI

Norge finansierer CEPI (Coalition for Epidemic Preparedness Innovations) med 1,6 milliarder kroner i perioden 2017–2025. CEPI finansierer utvikling av vaksiner mot sykdommene MERS, Lassa, Nipah og Rift Valley feber i tråd med WHO's Blueprint for R&D³⁵. I tillegg finansierer CEPI utvikling av vaksiner mot chikungunya og teknologiske plattformer som raskt skal kunne utvikle og teste vaksiner mot nye og ukjente patogener. Ingen norske forskere har fått støtte gjennom CEPI hittil.

Produktutvikling og innovasjon

Norge har bidratt betydelig til produktutvikling og innovasjon gjennom produktutviklingspartnerskap som MMV, IAVI, IPM, TBVI, DNDi, Unitaid og SL@B³⁶. Av disse støtter Norge kun SL@B og Unitaid fortsatt. Finansieringen av de andre produktutviklingspartnerskapene ble avsluttet i 2015, 2016 og 2017. Begrunnelsen var behov for å konsolidere antall avtaler og prioritere ressurser på andre områder.³⁷

I 2017 fikk Unitaid 40 millioner kroner som blant annet bidro til at prisen på effektiv behandling av hivpasienter ble redusert gjennom «én pille om dagen»-behandlingen. Unitaid støtter ellers forebygging og behandling av malaria og tuberkulose. SL@B mottar 12 millioner kroner per år frem til 2020. De fokuserer på forebygging av sykdom hos mødre og nyfødte og behandling av sykdommer hos dem.

TDR

The Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR) støttes med 2 millioner kroner årlig gjennom programsamarbeidsavtalen med WHO. TDR arbeider med implementeringsforskning og kapasitetsbygging på forskning, særlig klinisk forskning på tropiske sykdommer i LLMIL. Det er foreløpig ikke planlagt en avslutningsdato for støtten til TDR.

³⁵ WHO Blueprint for R&D er en global strategi og beredskapsplan som tillater en rask igangsettelse av forsknings- og utviklingsaktiviteter.

³⁶ [MMV: Medicines for Malaria Venture](#), [IAVI: International AIDS Vaccine Initiative](#), [IPM: International Partnership for Microbicides](#), [TBVI: The TuBerculosis Vaccine Initiative](#), [DNDi: Drugs for Neglected Diseases initiative](#), [SL@B: Saving lives at birth](#) og [Unitaid](#).

³⁷ Norads årsrapport 2017, side 14:

https://www.regjeringen.no/contentassets/82928efb0ef545cd904e03ab51b51470/norad_rapport2017.pdf

Investeringsnivået i norsk global helseforskning

I 2003 var anslaget at mellom 70 millioner og 90 millioner kroner var knyttet til global helseforskning innenfor universitetssektoren i 1999. Dette utgjorde cirka 5 prosent av de totale nasjonale ressursene til helseforskning i UoH-sektoren i Norge, som i 1999 utgjorde omtrent 1,7 milliarder kroner. Det blir det anslått at finansiering av FoU innenfor medisin og helsefag for årene fra 2007 til 2015 lå på mellom 50 milliarder og 60 milliarder kroner. De sikreste anslagene for finansiering av global helseforskning er at det har blitt brukt 1,2 milliarder kroner fra 2006 til 2018. Dette tallet er i realiteten noe høyere da det ikke har vært mulig å få oversikt over all finansiering i forbindelse med dette notatet. Vi har for eksempel ikke fullstendig oversikt over RHF-enes eller universitets- og høyskolesektorens egen finansiering av globale helseprosjekter. Dersom vi tar utgangspunkt i 1,2 milliarder kroner, betyr det at mellom 2 og 2,4 prosent av finansieringen innenfor medisin og helsefag har gått til global helseforskning i Norge.

Ser man på HRCS-kategoriene *Infeksjon og Forplantning og fødsel*, vil finansieringen av global helseforskning være enda mindre, den vil ligge på mellom 1,4 og 1,6 prosent for *Infeksjon* og mellom 0,7 og 0,8 prosent for *Forplantning og fødsel*. Her er det viktig å være forsiktig da tallene omfatter ulike perioder og kilder. Hensikten her er å si noe om størrelsen på finansieringen for å kunne si noe om måloppnåelsen hos de ulike aktørene. I rapporten fra 2003 anbefales det at en satsing på

... norsk, global helseforskning gis økt ressurstilgang slik at følgende opptrapping når det gjelder andelen av totale ressurser til helseforskning som går til global helseforskning oppnås:

- 10 % innen 2006
- 15 % innen 2008
- 20 % innen 2010.

Selv med en kraftig økning fra 90 millioner kroner i 2003 til 1,2 milliarder kroner i 2018 er det fortsatt langt igjen før investeringer i global helseforskning utgjør en betydelig andel av investeringene i forskning innenfor medisin og helsefag.

Oppsummering av kapittel 2

Gjennomgangen viser at Norge har gjort betydelige investeringer i global helse med nesten 53 milliarder kroner i perioden fra 2000 til 2016. Beløpet som er investert i forskning, er vanskelig å fastsette, men med gjennomgangen av arenaer i Forskningsrådet og EU kan vi anslå at finansiering av norske forskere i global helse fra disse kildene ligger på noe over 1,2 milliarder kroner³⁸. Tidsperioden varierer fra 2006 til 2018 for Forskningsrådets arenaer, og fra 2014 til 2018 for de europeiske arenaene.

Forskningsrådet, med GLOBVAC som viktigste virkemiddel, har finansiert majoriteten av prosjektene. Til tross for at det finnes arenaer i Forskningsrådet som er åpne for forskere i global helse, som BIA, FRIMEDBIO, VISJON2030 og NORGLOBAL, viser gjennomgangen at veldig få får tilslag i disse programmene. I Norge finnes det få nasjonale finansieringsmuligheter utenfor Forskningsrådet. Foreløpig har et fåtall forskere fått finansiering fra Horizon2020 og EDCTP, men flere har hatt suksess i JPIAMR. Utover dette har noen miljøer lyktes med å tiltrekke seg midler fra store internasjonale aktører.

Gjennomgangen viser at det finnes mange miljøer innenfor en rekke temaområder med mye kompetanse på global helseforskning i Norge. Forskningsmiljøene samarbeider med mange internasjonale forskningsinstitusjoner, og de gjennomfører studier i LLMIL i tett samarbeid med

³⁸ GLOBVAC har finansiert prosjekter for 943 millioner kroner i perioden 2006 til 2018, Forskningsrådets andre arenaer har finansiert prosjekter for 236,9 millioner kroner i perioden 2006 til 2018, EU-arenaene som Forskningsrådet har statistikk for, har finansiert norske forskere for 57,8 millioner kroner i perioden 2014 til 2018.

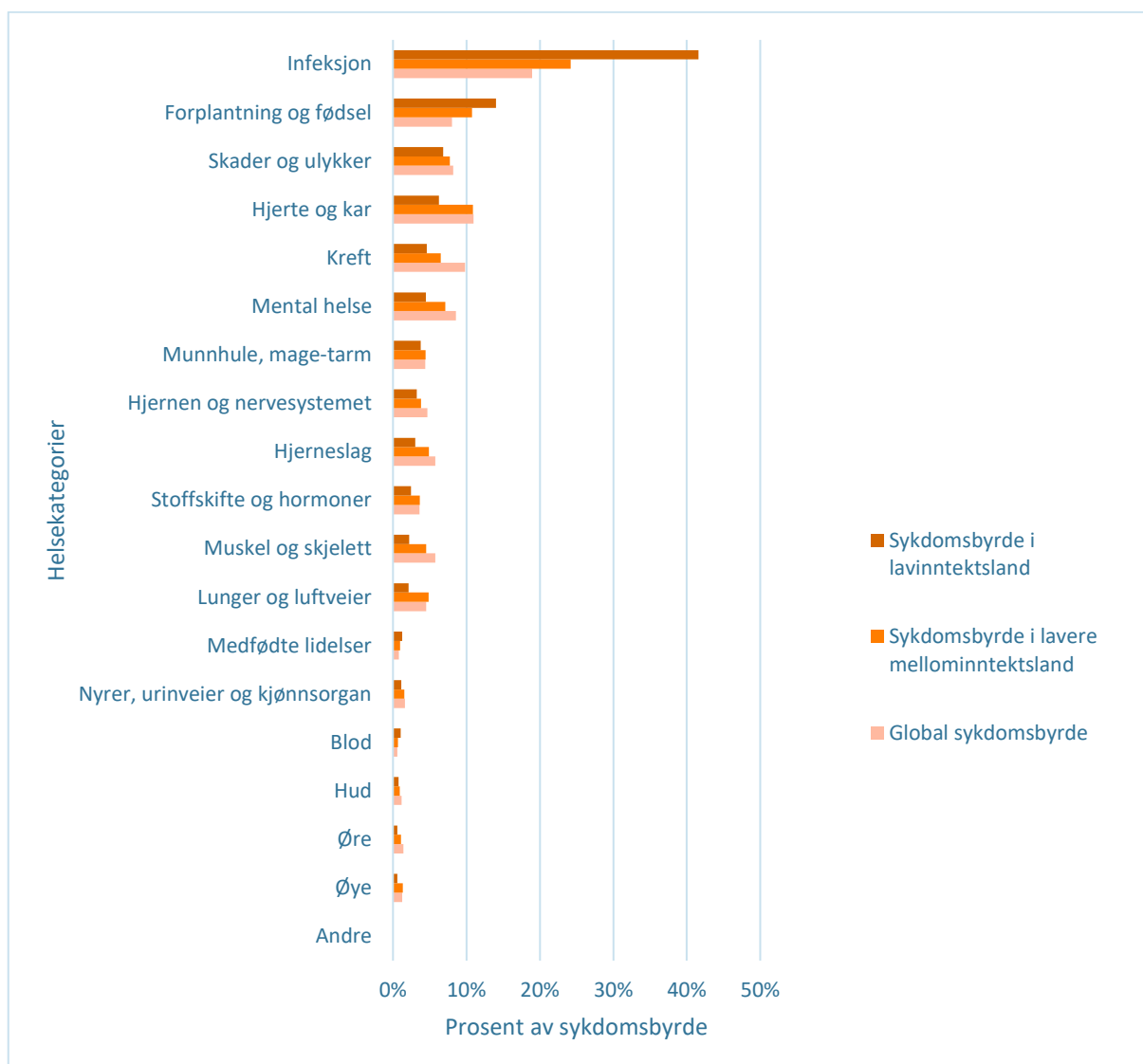
lokale partnere. Det er også stor grad av nasjonalt samarbeid. Informasjonen innhentet fra GHN viser at det er behov for å gjøre en fullstendig kartlegging av FoU på global helse i Norge. Dette kan også være relevant for den videre utviklingen av HO21-monitoren.

3 Arbeidsgruppens vurdering og alternativer

I dette kapitlet vurderes hvilke fremtidige behov og muligheter som finnes for en videreføring av en målrettet satsing på norsk global helseforskning. Arbeidsgruppen ser dagens globale helseutfordringer og Norges forpliktelser i lys av det som allerede er oppnådd innenfor norsk global helseforskning det siste tiåret. Til slutt presenteres alternativer for veien videre etter 2020.

De globale helseutfordringene

Fortsatt er byrden av smittsomme sykdommer og komplikasjoner rundt forplantning og fødsel størst i LLMIL, selv etter store forbedringer i helsetilstanden ved hjelp av tusenårsmålene. Dette sees tydelig i figur 6 under. Lavinntektsland opplever størst sykdomsbyrde innenfor kategoriene *Infeksjon* og *Fødsel og forplantning* med henholdsvis 41 prosent og 14 prosent av total sykdomsbyrde.



Figur 6: Prosentfordeling av sykdomsbyrde målt etter DALYs³⁹ i henhold til HRCS-helsekategorier i 2017

Kilde: Datasett fra Global Burden of Disease study 2017, fordeling i HRCS-kategorier gjort av Forskningsrådet.

*Merk: HRCS-kategoriene omfatter mange flere sykdommer i én kategori enn GBD-dataene. Fordelingen av de ulike sykdommene i hver HRCS-kategori har blitt utarbeidet av Dyveke Hetland og Frode Hovland Søreide i Forskningsrådet. En detaljert oversikt kan fås ved forespørsel.

Av de smittsomme sykdommene i kategorien *Infeksjon* tar nedre luftveisinfeksjoner, diaré og tuberkulose flest liv. Omtrent 3 millioner mennesker dør hvert år av nedre luftveisinfeksjoner på verdensbasis, 1,4 millioner dør som følge av diaré⁴⁰ og 1,7 millioner som følge av tuberkulose. HIV-relaterte sykdommer og malaria fører til henholdsvis omtrent 1 million og 445 000 dødsfall per år⁴¹ Hoveddelen av disse dødsfallene skjer i LLMIL.

Et fortsatt fokus på reproduktiv helse og mødre- og barnehelse er nødvendig. Fremdeles dør omtrent 300 000 kvinner i forbindelse med graviditet og fødsel hvert år på verdensbasis, og i 2016 døde 5,6 millioner barn under 5 år av sykdommer eller tilstander som i stor grad kunne vært forhindret.⁴²

³⁹ DALY står for Disability-Adjusted Life Year. Les mer om FNs definisjon på dette her:

https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/

⁴⁰ WHO, 24.05.2018, Factsheet, [The top 10 causes of death](#)

⁴¹ WHO, World Health Statistics 2018. [Monitoring Health for the SDGs](#)

⁴² Ibid.

Det globale helselandskapet er i endring. Flere land opplever en sterk økning av ikke-smittsomme sykdommer samtidig som smittsomme sykdommer fortsatt utgjør en stor andel av den nasjonale sykdomsbyrden. En bremsing av ikke-smittsomme sykdommer i LLMIL vil kreve at man reduserer og begrenser de største risikofaktorene for disse typene sykdom, som tobakksbruk, luftforurensing, usunt kosthold, fysisk inaktivitet og skadelig bruk av alkohol. Dette er brede tiltak som har ført til god helse for store deler av befolkningen i høyinntektsland, men som ikke er implementert i stor skala i LLMIL.

Forebygging, diagnostisering og behandling av sykdom og reduksjon av dødsfall krever velfungerende helsesystemer og tilgang på helsetjenester for befolkningen. Manglende finansiering av helsetjenester er en utfordring i LLMIL, og enkle, effektive løsninger tilpasset konteksten i ulike land er nødvendig for å løse de store helseutfordringene.

FNs Agenda 2030 er en politisk og global agenda som, ved å forene sosiale, økonomiske og miljø- og klimamessige hensyn, har som mål å utrydde ekstrem fattigdom innen 2030. Agendaen består av 17 bærekraftsmål. Bærekraftsmål 3 er hovedmålet for helse, men helse sees på tvers og i sammenheng med alle de 17 bærekraftsmålene. Det finnes rundt 50 indikatorer for å måle helseeffekt, betingelser for helse og tilgang til helsetjenester, spredt på alle mål. Bærekraftsmål 3 har tatt innover seg dreiningen i den globale sykdomsbyrden, og blant annet er ikke-smittsomme sykdommer og psykiske lidelser inkludert, noe de ikke var i tusenårsmålene. Dette har bidratt til økt oppmerksomhet rundt disse problemstillingene også i LLMIL.

WHO har i sitt arbeidsprogram for 2019–2023 (General programme of work 13) valgt å satse på tre områder, alle basert på bærekraftsmål 3. Disse er 1 universell helsedekning (UHC), 2 helseberedskap («health emergencies») og 3 helsefremming («promoting healthier populations»)⁴³. De er tett knyttet til bedre tilgang til helsetjenester, inkludert seksuelle og reproduktive helsetjenester, bekjempelse av smittsomme og ikke-smittsomme sykdommer og en prioritering av sårbare grupper, som kvinner og barn.

Forskning er helt nødvendig for å frembringe ny kunnskap, teknologi og løsninger som kan redusere sykdomsbyrden i LLMIL og nå bærekraftsmål 3. Støtte til forskning og utvikling av og tilgang til vaksiner og medisiner mot smittsomme og ikke-smittsomme sykdommer som er utbredt i LLMIL, er også eksplisitt dekket av bærekraftsmål 3 under delmål 3.B⁴⁴. Samtidig finnes det et stort behov for andre forebyggende tiltak, tilpassede raske diagnostiske løsninger og behandlingsmetoder. Nye løsninger for effektive og trygge helsetjenester tilpasset konteksten i LLMIL er også nødvendig. Forskning er trukket frem som essensielt i WHO's arbeid for å oppnå universell helsedekning, helsesikkerhet og bedre helse.

Dette viser ifølge arbeidsgruppen at det fremdeles finnes store uløste helseutfordringer i LLMIL, og at forskning er helt nødvendig for å løse disse utfordringene og nå bærekraftsmål 3 og andre helsemål i FNs Agenda 2030.

⁴³ WHO, Thirteenth general programme of work, 2019–2023, [Promote Health, Keep the World Safe, Serve the Vulnerable](#).

⁴⁴ Bærekraftsmål 3B; *Støtte forskning om og utvikling av vaksiner og medisiner mot smittsomme og ikke-smittsomme sykdommer som primært rammer utviklingsland, sørge for tilgang til nødvendige medisiner og vaksiner til en overkommelig pris, i samsvar med Doha-erklæringen om TRIPS-avtalen og folkehelse, som bekrefter utviklingslandenes rett til fullt ut å anvende bestemmelsene i avtalen om handelsrelaterte aspekter ved immaterielle rettigheter om adgangen til å verne om folkehelsen og særlig til å sørge for tilgang til medisiner for alle.*

Norges forpliktelser på global helse

Norge har forpliktet seg til FNs Agenda2030 og de tilhørende bærekraftsmålene og tar del i det internasjonale samarbeidet for å fremme god helse. WHO er politisk viktig for Norge. Norge har også forpliktet seg til tobakkskonvensjonen og det internasjonale helsereglementet IHR gjennom WHO. Norge, Tyskland og Ghana oppfordret WHO til å ta et lederansvar for å effektivisere den globale helseinnsatsen og koordinere utviklingen av en global handlingsplan for helse og livskvalitet for alle (Global Action Plan for healthy lives and well-being for All (GAP)). Formålet med den globale handlingsplanen er å akselerere fremgangen på de ca. femti helserelaterte bærekraftsmålene gjennom bedre samhandling og arbeidsdeling mellom globale helseaktører.

I tråd med dette koordinerer nå WHO arbeidet med planen, som utvikles i samarbeid med elleve andre fond og organisasjoner (Gavi, Det globale fondet for bekjempelse av aids, tuberkulose og malaria (GFATM), Den globale finansieringsfasiliteten for kvinners, barns og ungdoms helse (GFF), UNAIDS, FNs befolkningsfond (UNFPA), UNDP, Unicef, Unitaid, UN Women, Verdensbanken og Verdens matvareprogram (WFP).

Norge er videre forpliktet av FNs høynivåerklæringer, blant annet de som gjelder antimikrobiell resistens og tuberkulose. Forskning er et av flere oppfølgingspunkter i disse erklæringene. Slike forpliktelser innebærer at medlemsstatene avsetter midler til forskning og utvikling for disse områdene.

Horisont Europa er EUs neste rammeprogram for forskning og innovasjon og vil bli verdens største forsknings- og innovasjonsprogram. Norge har som intensjon å delta. Innholdet i rammeprogrammet er ikke klart ennå, men det ser ut til at både smittsomme og ikke-smittsomme sykdommer vil ha en viktig plass. Norge har som målsetning at norske fagmiljøer skal hente hjem minst to prosent av de konkurranseutsatte midlene i EUs rammeprogram for forskning og innovasjon.

Gjennom Norges medlemskap i EDCTP2 er vi forpliktet til å støtte forskning som faller innenfor partnerskapets målsetninger, enten gjennom EDCTP eller ved direkte finansiering gjennom andre finansieringsmekanismer. Til nå har Norge opprettholdt sine forpliktelser ved å finansiere relevante forskningsprosjekter gjennom GLOBVAC-programmet og Norges støtte til PDP-er. EDCTP2 avsluttes i 2024 og vil bli erstattet av et nytt partnerskap. Det er foreløpig for tidlig å si noe sikkert om innretningen på dette partnerskapet.

Arbeidsgruppen mener dette viser at Norge har engasjert seg i betydelig grad innenfor global helse, og at vi har noen forpliktelser som må følges opp, også innenfor finansiering av forskning.

Hva kan norsk forskning på global helse bidra med, og hvorfor skal det satses på norsk forskning?

Som vist i kapittel 2 er alle landets store universiteter involvert i global helseforskning. I tillegg er flere forskningsinstitutter, med Folkehelseinstituttet som største aktør, og helseforetakene involvert i forskning på dette feltet. Statistikk og informasjon samlet inn viser at kapasiteten på global helseforskning har økt betraktelig blant norske forskningsmiljøer de siste tolv årene. Kvaliteten på forskningen, målt etter karakterer og vurderinger på søknader mottatt av GLOBVAC, har også økt.⁴⁵

Temaer som dekkes av forskning på global helse i Norge, er tett knyttet opp mot bærekraftsmål 3 og inkluderer smittsomme sykdommer, ikke-smittsomme sykdommer, seksuell og reproduktiv helse,

⁴⁵ De Jongh T., Varnai P., Melin G., Svetachova M., Grudin M., Barneveld van J. (2016): [Mid-term evaluation of the second Programme for Global Health and Vaccination Research](#) (GLOBVAC2).

mødre-, nyfødt-, barne- og ungdomshelse, teknologiutvikling, innovasjon og helsesystemforskning. Mange forskergrupper jobber tverrfaglig og ser de ulike temaene i sammenheng. Vi finner forskningsmiljøer innenfor de fleste forskningskategorier. Dette kan vanskelig oppsummeres i noen korte avsnitt, og vi vil derfor trekke frem noen temaområder hvor Norge har sterke forskningsmiljøer. Dette utelukker ikke at det finnes forskning på andre områder som ikke er nevnt.

Innenfor forskning på smittsomme sykdommer i LLMIL har norske fagmiljøer kompetanse på tuberkulose, hiv/aids og malaria, men noen forskningsmiljøer jobber med blant annet luftveisinfeksjoner, influensa, diaré, meningokokk og hepatitt B og E. Norge har gode, men delvis spredte fagmiljøer, som jobber med forebygging, diagnostikk og behandling av smittsomme sykdommer, hovedsakelig ved Folkehelseinstituttet, Senter for internasjonal helse og CISMAL i Bergen og ved UiO. Forskere jobber også med dette ved NTNU og NMBU og på enkelte andre institusjoner. Forskerne innenfor dette området jobber med alt fra immunologisk og mikrobiologisk forskning til implementeringsforskning. Flere norske fagmiljøer innenfor global helse er involvert i kliniske intervensjonsstudier i LLMIL, og flere av disse er knyttet mot mødre/barn-problematikk. Det finnes sterk kompetanse på dette feltet i Norge.

Vi finner kompetanse på vaksineutvikling i noen norske forskningsmiljøer, i hovedsak på Folkehelseinstituttet, ved UiB og dels ved UiO. Flere miljøer jobber med mikrobiologi og immunologisk forskning. Norske miljøer har kompetanse på preklinisk forskning og fase 3: uttesting i stor skala på målgruppen.⁴⁶ Norske miljøer har kompetanse på store intervensjonsstudier og kan bidra med på storskala uttesting av vaksine kandidater med allerede dokumentert effekt i LLMIL.

Norge har generelt høy kompetanse på flere ikke-smittsomme sykdommer, for eksempel i nevrologi, rehabilitering, kreftsykdommer og i mental helse.⁴⁷ Denne forskningen har i stor grad et nasjonalt perspektiv. Av statistikk fra Forskningsrådet og informasjonen hentet fra Global Health Norway ser vi få eksempler på norsk forskning på ikke-smittsomme sykdommer i LLMIL. Men ved UiB finnes et fagmiljø som jobber med mental helse, og ved UiB og UiO arbeider forskere med ernæringsforskning i LLMIL.

Norge har et historisk engasjement på området reproduktiv helse og mødre-, nyfødt- og barnehelse, og mange norske forskergrupper har allerede bidratt med verdifulle løsninger. Flere fagmiljøer holder et høyt nasjonalt og internasjonalt nivå innenfor dette feltet og har etablert samarbeid med sentrale forskningsinstitusjoner i LLMIL. Vi finner særlig sterke faggrupper innenfor barnedødelighet og mødredødelighet, og ofte er de samme forskerne engasjert i begge temaer. De tre største universitetene (UiO, UiB og NTNU) har alle prosjekter på temaet, til dels kombinert med smittsomme sykdommer eller mental helse. NTNU har, gjennom kompetansehevingsprosjekter, et godt samarbeid med Sierra Leone på kirurgi rundt keisersnitt og andre fødselskomplikasjoner. Det mest sentrale miljøet finnes ved UiB, på SFF-en CISMAL, som har stor kompetanse på intervensjonsstudier, men også UiO og NTNU har styrket sin forskning på disse temaene. Universitet i Stavanger samarbeider tett med Lærdal Global Health om forskning og uttesting av produkter som sikrer overlevelse av nyfødte.

⁴⁶ Her kan man blant annet nevne GLOBVAC-støttede prosjekter som tester en [Hepatitt-E vaksine på gravide kvinner i Bangladesh](#), [måler effekten av en influensavaksine på gravide og barn i Bangladesh](#), [evaluerer virkning av influensavaksine blant etiopiske barn og preklinisk testing av en dråpevaksine mot influensa](#), grunnleggende forskning og behandling for tuberkulose [i GLOBVAC1](#) og [i GLOBVAC2](#), [terapeutisk vaksine mot HIV](#), [utvikling av vaksine mot ETEC](#) m.m.

⁴⁷ Innspill fra Norsk Forum for global helseforskning, se vedlegg side 55.

Reproduktiv helse har også en sterk posisjon i Norge. UiO, UiB/CISMAC og NTNU har alle flere prosjekter på forebygging av tidlige graviditeter / familieplanlegging, utrygge aborter og prevensjon. Dette er kontroversielle temaer som en del andre land ikke engasjerer seg i på grunn av kulturelle eller etiske barrierer.⁴⁸

Innenfor helsesystemforskning finner vi gode forskergrupper på spesifikke områder. I Bergen finnes et miljø som jobber med prioriteringer, etikk og økonomi i helse. De har fått internasjonale midler til et nytt senter for globale helseprioriteringer, og skal bygge lokal kapasitet ved å trene opp forskere og helseadministrasjoner til å ta bedre økonomiske og rettferdige beslutninger ut fra knappe budsjetter. UiO finansierer et uavhengig panel på global styring (governance) i helse. Det jobber videre med anbefalingene fra Lancet–UiO-kommisjonen på global styring i helse, som leverte sine anbefalinger i 2014.

Norge har sterke fagmiljøer innenfor forskning på og utvikling av helseinformasjonssystemer. UiO har et eget program på helseinformasjonssystemer i LLMIL – Health Information Systems Programme (HISP) – som har bidratt til å styrke helseinformasjon og data, slik at helsetilbudet i over 80 land har blitt betraktelig forbedret. En gruppe ved Folkehelseinstituttet arbeider med prosjekter hvor de tester ut det HISP-utviklede systemet til å lage et helseregister som skal brukes til å følge opp gravide og barn i Palestina og Bangladesh. Norge har et stort fortrinn her fordi teknologien allerede er utviklet og implementert i mange land. Det ligger fortsatt store muligheter for å utnytte den bedre til forskningsformål og slik bidra til å forbedre helsetilstanden for mennesker i LLMIL.

Kostnadseffektivitet av intervensjoner i helsesektoren er viktig dersom vi skal oppnå universell helsetilgang. Foreløpig arbeider få norske helseøkonomer med problemstillinger som er relevant for LLMIL, men evalueringen av norsk samfunnsvitenskapelig forskning som ble gjennomført i 2018, viste at Norge har sterke fagmiljøer på økonomisk forskning.

Innovasjon i teknologi og metode har blitt ivaretatt gjennom GLOBVAC-programmet med egne utlysninger rettet mot næringslivet. Utlysningene har hatt begrenset interesse. Norge har et fåtall forskermiljøer som samarbeider innenfor innovasjon og global helse, men noen av dem viser svært lovende resultater. Her er det behov for tverrfaglig samarbeid innenfor ulike sektorer.

Norske fagmiljøer på global helseforskning samarbeider med en rekke forskningsinstitusjoner internasjonalt. I sine svarbrev til bestillingen fra Forskningsrådet har GHN, Norsk forum for global helseforskning, og Den norske forskerskolen i global helse fremhevet at Norge og norske forskere har et unikt syn på partnerskap med forskere fra LLMIL:

Få, om noen, land kan på samme måte som Norge vise til partnerskap med nasjonale institusjoner og forskere i lavinntektsland. Slike partnerskap er etablert i stor grad ved alle de store universitetene, og har blitt utviklet pga. «kvoteordningen» som ga stipender til studenter fra LMIC. Dette betyr at norske forskere har et reelt samarbeid med forskere i LMIC; tema blir valgt som er relevante for landene i LMIC, og utføres i et samarbeid som sikrer at kompetanse fra prosjektet blir værende i det landet prosjektet utføres i. Denne type forskning gir kompetanseheving og kapasitetsbygging av høy kvalitet.⁴⁹

Selv om det er stor tematisk bredde på norsk global helseforskning, mener arbeidsgruppen at gjennomgangen viser at norske forskere er særlige aktive innenfor temaene smittsomme sykdommer, mødre-, nyfødte- og barnehelse og helsesystemer. Flere miljøer jobber med forskning som kombinerer flere av disse temaene. Innenfor disse temaområdene er sykdomsbyrden i LLMIL fremdeles størst.

⁴⁸ Innspill fra Norsk Forum for global helseforskning, se vedlegg.

⁴⁹ Se vedlegg for svar fra GHN, Norsk forum for global helseforskning og Den norske forskerskolen for global helse.

Fremtidig finansiering av global helseforskning i Norge

Gjennomgangen viser at det finnes stor kompetanse på global helseforskning i Norge. Med den stadig høye sykdomsbyrden i LLMIL og Norges forpliktelser og engasjement innenfor feltet mener arbeidsgruppen at det fremdeles er behov for en satsing på norsk global helseforskning.

Finansieringen av norske forskningsmiljøer på global helse kan struktureres på flere måter. Struktur bør baseres på tidligere erfaringer, mål for og størrelsen på en eventuell satsing.

Alternativ 1. Videreføring av en satsing på global helse gjennom et eget program i Forskningsrådet

En fortsatt satsing på global helseforskning i et eget program vil kreve en viss størrelse på finansieringen dersom det skal være hensiktsmessig. Fordelen med et eget program i Forskningsrådet er at man kan bygge videre på porteføljen til GLOBVAC og de erfaringene og nettverkene som Forskningsrådet har. I tillegg har Forskningsrådet tilrettelagte søknadsbehandlingssystemer og prosedyrer knyttet til konkurranseutsetting av forskningsmidler for å sikre kvalitet. Mottatte søknader vurderes av internasjonale eksperter i paneler, og bevilgningsbeslutningen vil fremover tas av et kompetent og strategisk innrettet porteføljestyre, som også kan se finansieringen av global helse i sammenheng med andre relevante forskningsprosjekter innenfor global utvikling. Et eget program vil sikre at satsingen er synlig utad og sende signaler om at denne forskningen er viktig for Norge.

Et eget program vil kunne velge virkemidler som understøtter prioriteringene og målene til den nye satsingen. GLOBVAC har bygget kapasitet på global helseforskning gjennom spesialiserte søknadstyper som støtter forskertalenter og personlige stipendiater. Programmet har også lansert egne utlysninger tilpasset innovasjonsprosjekter i næringslivet. I en ny satsing kan man også vurdere å lyse ut midler til kompetanse- og samarbeidsprosjekter for å oppmuntre til involvering av offentlig sektor og næringsliv. Forskningssentre er en annen relevant søknadstype skreddersydd for konsentrert og langsiktig satsing for å styrke og videreutvikle fremragende og nyskapende forsknings- og innovasjonsmiljøer eller bygge opp forskningsmiljøer på strategisk viktige områder. Dette er en form for miljøstøtte som kan være egnet til å ivareta brukerperspektivet og departementenes behov for innspill til internasjonale policyprosesser.⁵⁰

Et annet virkemiddel for å øke finansieringen av helseforskning som er relevant for LLMIL, er å samarbeide om utlysninger med programmer som har tilstøtende prioriteringer, som NORGLOBAL, KLIMAFORSK og BEHANDLING. Selv om Forskningsrådet har gått over til én felles søknadsfrist, vil programmene fortsette med egne utlysninger hvor global helse kan være del av flere utlysninger samtidig. GLOBMEK, som tidligere var del av NORGLOBAL, fungerte slik at man satte av midler til utlysninger i samarbeid med andre programmer, men stilte krav om at utlysningen måtte åpne for å ha med partnere fra LLMIL i prosjektsøknadene. GLOBMEK kunne da tilby å finansiere LLMIL-partnere i prosjekter som nådde opp i konkurransen. Modellen kan være et godt alternativ dersom man ønsker å oppmuntre til mer tverrfaglig forskning, bygge kapasitet på nye temaområder innenfor global helse og få finansiering til flere prosjekter som er relevante for LLMIL. GLOBVAC brukte denne modellen gjennom deltakelse i utlysningen på helse, miljø og klima i Belmont Forum i 2019 hvor også KLIMAFORSK og INT-BILAT bidrar med finansiering. I utlysningen er forskning i LLMIL prioritert, og midlene fra Forskningsrådet går til å finansiere partnere fra Norge og LLMIL.⁵¹

Et eget program på global helseforskning vil også kunne fortsette å støtte opp om Norges deltakelse og forpliktelser i EDCTP gjennom finansiering av kliniske studier i land sør for Sahara. Dette har frem

⁵⁰ Mer informasjon om Forskningsrådets søknadstyper finnes på Forskningsrådets nettsider:

<https://www.forskningsradet.no/sok-om-finansiering/midler-fra-forskningsradet/nye-soknadstyper-i-2019/>

⁵¹ Lenke til Belmont Forums CRA på helse, klima og miljø 2019: <http://www.belmontforum.org/cras/#ceh2019>

til nå vært ivaretatt gjennom GLOBVAC og inngår i en av prioriteringene i programmet. Kliniske studier i LLMIL er kostbare, og bevilgningen fra Helse- og omsorgsdepartementet ville alene ikke kunne finansiert alle de kliniske studiene som nå inngår i porteføljen til GLOBVAC2. Finansieringen fra Utenriksdepartementet har vært viktig for å få dette til. Denne støtten får også synergieffekter ved at alle midler Norge (og andre medlemsland) får godkjent som direkte eller «in-kind»-støtte til EDCTP-matches med tilsvarende beløp fra EU-kommisjonen.

Alternativ 2. Strategisk satsing på global helse- og vaksinasjonsforskning uten eget program

Helse- og omsorgsdepartementet har i mange år benyttet virkemidlet strategisk satsing på ulike områder. I dag gjøres det på kvinners helse og kjønnsperspektiver ved at midler kanaliseres gjennom Forskningsrådet. Dette virkemidlet kan benyttes der det er politisk vilje og/eller behov for å løfte et spesifikt tematisk område, men ikke nok midler til å finansiere et eget program. Gjennom den strategiske satsingen på kvinners helse og på kjønnsperspektivet har det eksempelvis vært et samarbeid med de øvrige helseforskningsprogrammene om utlysning av midler. Innenfor global helse- og vaksinasjonsforskning er et alternativ at Utenriksdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet sammen finansierer en strategisk satsing på dette temaet. Satsingen kan variere mellom å ha egne utlysninger med bidrag fra andre programmer, eller man kan legge midler fra satsingen inn i relevante utlysninger fra andre programmer. Med overgang til porteføljestyring vil også forholdene legges bedre til rette for samarbeid om felles og samtidige utlysninger.

Alternativ 3. Eksisterende systemer brukes til å understøtte forpliktelser

Gjennom Forskningsrådet

Et annet alternativ er å inkludere midler til global helseforskning i et annet program i Forskningsrådet. Dette vil muliggjøre bruk av de samme virkemidlene som beskrevet i alternativ 1. BEDREHELSE, BEHANDLING og HELSEVEL er de tre store nasjonale helseforskningsprogrammene som i tema har mye overlapp med GLOBVAC, men programmene er nasjonalt rettet, og en inkludering av global helse vil kreve en omprioritering i programplanene. Fordelene med å innlemme global helse i de øvrige helseforskningsprogrammene vil innebære at det kan føre til at det legges større vekt på internasjonalisering i disse, og kanskje kan global helse dra veksler på erfaringer fra forskningsmiljøer som til nå i hovedsak har fokusert på nasjonale problemstillinger innenfor helse. Faren er at global helse blir en liten del av ett eller flere store helseprogrammer med vekt på norske helseutfordringer og dermed blir mindre synlig.

De nasjonale helseprogrammene finansieres i hovedsak av Helse- og omsorgsdepartementet, og de ivaretas av et eget porteføljestyre på helse. Dersom global helse inngår som tema i de andre helseforskningsprogrammene, må det vurderes om porteføljestyret på helse skal ha hovedansvaret også for dette feltet. Programmene NORGLOBAL og UTENRIKS finansieres i likhet med GLOBVAC i hovedsak av Utenriksdepartementet og er samlet i porteføljen for global utvikling. Global helse må sees i sammenheng med fattigdom og den spesielle konteksten i LLMIL, noe som kanskje heller taler for å inkludere helse som et deltema i NORGLOBAL.

Ulempen med inkludering i NORGLOBAL er at global helse kan bli mindre synlig da det vil konkurrere om oppmerksomheten med temaer som utdanning, konflikt, skatteflukt og miljøendringer. Alternativt kan det motsatte skje ettersom global helseforskning er mer kostbar og kan komme til å utgjøre en stor del av budsjettet i NORGLOBAL. Imidlertid kan en slik løsning sees på som en mulighet til å knytte global helse mot en strategisk instituttsatsing innenfor NORGLOBAL, som igjen kan bidra til langsiktig oppbygging av forskningsmiljøer etter invitasjon. En annen potensiell fordel er at global helse i større grad vil bli sett i sammenheng med de andre temaene innenfor global utvikling, men dette skal uansett ivaretas av den nye porteføljetenkningen i Forskningsrådet.

Gjennom andre systemer utenfor Forskningsrådet

RHF-ene, universitetene og høyskolene, og Utenriksdepartementet og Norad er andre finansieringskilder for global helseforskning i Norge, men som vist i kapittel 2 utgjør deres finansiering en svært liten del av den totale finansieringen.

Mulighetene for økt finansiering gjennom RHF-ene, UoH-sektoren og FHI er begrenset. Helse- og omsorgsdepartementet øremerker ikke forskning knyttet til en spesiell tematikk, verken mot helseforetakene eller FHI. De øremerkede midlene må brukes iht. Stortingets vedtak og forutsetninger – som er at tilskuddet skal være et økonomisk bidrag og insentiv for forskning i helseforetakene. Alle helseforetak skal ha forskning integrert i pasientbehandling og øvrig virksomhet. Basisbevilgningen til UoH-sektoren disponeres fritt i tråd med formålet med virksomheten. Finansieringen kan derfor vanskelig styres og er ikke en egnet løsning til å sikre finansiering til global helseforskning i Norge eller til å ivareta Norges forpliktelser til f.eks. EDCTP. Dette er derfor ikke et anbefalt alternativ.

Beslutningstakernes og forvaltningens behov for rask leveranse av forskningsbasert kunnskap om gitte problemstillinger kan dekkes av oppdragsforskning. Ifølge Utenriksdepartementets og Norads forskningsstrategi, *Forskningsstrategi for utenriktjenesten og Norad 2017–2024*, kan dette løses «gjennom å gi oppdrag under eksisterende rammeavtaler UD og Norad har med forskningsmiljøene, alternativt lyse ut oppdraget i tråd med gjeldende anskaffelses- og tilskuddsregler». En mulighet er at det øremerkes et beløp særskilt til oppdragsforskning for global helse etter 2020 som et supplement til de andre alternativene.⁵²

CEPI støttes av den norske regjeringen og finansierer utvikling av vaksiner mot et knippe smittsomme sykdommer med epidemisk potensial.⁵³ CEPIs støtte til klinisk uttesting av vaksiner i Afrika sør for Sahara vil potensielt kunne dekke opp noe av Norges forpliktelser til EDCTP. Omfanget er foreløpig uklart da det ikke er beregnet hvor stor andel av deres prosjektfinansiering som vil gå til dette. Ingen norske forskere er så langt involvert i forskningsprosjekter finansiert av CEPI, og initiativet vil derfor i liten grad støtte norsk global helseforskning.

Arbeidsgruppens vurdering er at det finnes få gode alternativer for finansiering av norsk global helseforskning utenfor Forskningsrådet dersom man ønsker en målrettet satsing. Man bør velge alternativer basert på størrelsen på og målsetningen med satsingen. En målrettet satsing med tilstrekkelig finansiering vil bli best ivaretatt i et eget program. En mindre satsing kan med fordel organiseres som en strategisk satsing på tvers av programmer, eller eventuelt som en del av NORGLOBAL.

Gruppens samlede vurdering

Tilgjengelig statistikk, midtveisevalueringen av GLOBVAC og innspill fra Global Health Norway og programstyret i GLOBVAC viser at Norge har god kapasitet på global helseforskning, og at kvaliteten på forskningen er god. Vi har mange sterke fagmiljøer innenfor en rekke temaer, og generelt ser vi at forskergruppene har langvarige og likeverdige partnerskap med relevante institusjoner i LLMIL i tillegg til internasjonalt anerkjente forskningsinstitusjoner i høyinntektsland.⁵⁴

⁵² Forskningsstrategi for utenriktjenesten og Norad 2017–2024:

https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/forskning_2017/id2571111/

⁵³ CEPIs hjemmeside; <https://cepi.net/about/whyweexist/>

⁵⁴ De Jongh T., Varnai P., Melin G., Svetachova M., Grudin M., Barneveld van J. (2016): [Mid-term evaluation of the second Programme for Global Health and Vaccination Research](#) (GLOBVAC2).

Gjennomgangen i kapittel 2 viser at GLOBVAC har stått for den største investeringen i global helseforskning i Norge de siste ti–tolv årene, og at norske forskere i liten grad har nådd opp i andre relevante arenaer i Forskningsrådet, som BIA, FRIMEDBIO, VISJON2030 og NORGLOBAL. Det kan være ulike årsaker til dette, som at helse ikke har vært et prioritert tema i NORGLOBAL, at BIA er en arena utelukkende for brukerstyrt innovasjon, at det er svært høy konkurranse i FRIMEDBIO, og at det kun har vært én utlysning på VISJON2030 foreløpig. Uansett årsak fremstår ingen andre arenaer som aktuelle som kilde til vesentlig finansiering av norsk global helseforskning. Gjennomgangen i forrige kapittel viser noe, men begrenset, finansiering fra RHF-ene, Utenriksdepartementet, Norad, universitetene, høyskolene og instituttene. Dette bekreftes også av midtveisevalueringen av GLOBVAC fra 2016, som peker på at programmet har fylt et tomrom når det gjelder forskningsfinansiering for global helse i Norge.

Internasjonalt ser vi at få norske forskere har nådd opp i Horisont 2020 og EDCTP. Noen få sterke miljøer har klart å hente midler fra internasjonale aktører, som BMGF og Verdensbanken. I JPIAMR gjør norske forskere det sterkt. Det er stor konkurranse om midlene på disse arenaene, men med økende kvalitet på norsk forskning på global helse, deltakelse i sterke internasjonale konsortier og økt oppmerksomhet rundt slike finansieringskilder er det grunn til forsiktig optimisme.

Norges engasjement for global helse tilsier at en fortsatt finansiering av norsk global helseforskning er hensiktsmessig. I langtidsplanen for forskning og høyere utdanning for 2019–2029⁵⁵ står det at vi har «medisinske fagmiljøer som bidrar i det globale arbeidet med å utvikle vaksiner», og at vi trenger forskning og utvikling av nye vaksiner og medisiner mot smittsomme sykdommer. Regjeringen har gjort en stor innsats ved å bidra til å lansere og støtte CEPI, men ingen norske forskningsmiljøer er så langt involvert i noen av de finansierte forskningsprosjektene.

I Granavolden-plattformen fra 2019 uttrykker regjeringen at den bl.a. vil styrke forskning på vaksiner, og at satsing på kliniske studier står sentralt. Videre skal Norge være en global pådriver for koordinert arbeid mot antibiotikaresistens. Dette samsvarer med Norges forpliktelser til høynivåerklæringene på tuberkulose og AMR og forpliktelser om forskning på kliniske studier i EDCTP2. Plattformen peker samtidig på at det bør satses på forskning og utvikling der vi har særlige fortrinn og behov. Norge har sterke miljøer på antibiotikaresistens, vaksinasjonsforskning og kliniske studier. En fremtidig satsing må ta hensyn til disse prioriteringene, men Norge har også miljøer på høyt internasjonalt nivå innenfor andre områder, som intervensjonsforskning innenfor mødre- og barnehelse, ofte knyttet til smittsomme sykdommer. Flere norske miljøer deltar i store kliniske studier hovedsakelig innenfor forebygging, men også innenfor diagnostikk og behandling av smittsomme sykdommer. Flere miljøer som forsker på tuberkulose og forebygging av hiv og malaria, kan vise til meget gode resultater. Mange av disse miljøene har hentet midler til sin forskning fra GLOBVAC. Helseregisterforskning er et annet område hvor Norge allerede har fortrinn. Et norsk forskningsmiljø holder høyt internasjonalt nivå på helseprioriteringer, men de er allerede sikret langsiktig finansiering. Norge har også forskning på reproduktiv helse, som i mange land er et kontroversielt tema.

En satsing på global helse må ta utgangspunkt i Agenda2030, bærekraftsmål 3 og prinsippet om «Leaving no one behind». En skarp prioritering av tema og forskningskategorier innenfor dette er krevende. GLOBVACs programstyre påpekte i sin tilbakemelding til arbeidsgruppen at et bredt anlagt program med flere relativt åpne prioriteringer knyttet mot Agenda2030 vil tiltrekke mange relevante søknader og bidra til at forskningen med best kvalitet blir finansiert. Høy kvalitet er nødvendig for å oppnå betydelig effekt. Et bredt og fleksibelt program vil også kunne respondere på endringer i sykdomsbyrden og skiftende behov og prioriteringer i et stadig dynamisk landskap.

⁵⁵ Meld. St.4; Langtidsplanen for forskning og høyere utdanning 2019–2029: <https://www.regjeringen.no/contentassets/9aa4570407c34d4cb3744d7acd632654/no/pdfs/stm201820190004000dddpdfs.pdf>

Det finnes mange gode argumenter for at global helseforskning fortsatt bør være en egen satsing. Helse er et av de høyest prioriterte områdene i norsk utviklingsarbeid. I *Forskningsstrategi for utenrikstjenesten og Norad 2017–2024* er det en prioritering å «styrke kunnskapsgrunnlaget for norsk utviklingspolitikk ved å sørge for at det er forskningsinnsatser på alle områder der det er store bistandssatser». Det samme er «styrking av norske forskningsmiljøer gjennom programsatser i Forskningsrådet, hvor partnerskap med internasjonalt ledende forskere, inkludert forskere i utviklingsland, inngår». Økt bruk av forskningsbasert kunnskap for utforming av norsk utviklingspolitikk og bistandsforvaltning er også en prioritet. Ved å støtte de allerede etablerte norske forskningsmiljøene på global helse vil man sikre opprettholdelse av kapasiteten i miljøene, kvaliteten på forskningen og partnerskap med internasjonale partnere. Man kan legge til rette for dialog og møteplasser, slik at politikerne og forvaltningen i større grad enn tidligere kan rådføre seg med relevante norske forskningsmiljøer om aktuelle problemstillinger. I regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien omtales GLOBVAC som «eit hovudtiltak for investeringar i global helseforskning og innovasjon for norske forskningsmiljø», og under tiltakspunktene heter det: «Regjeringa vil vidareutvikle insentiv for partnerskap med forskarar i låg- og mellominntektsland, mellom anna gjennom eksisterande mekanismar som GLOBVAC og NORHED.»

Dersom man ønsker en fortsatt satsing, viser gjennomgangen av alternativer for organisering at finansiering av global helseforskning utenfor Forskningsrådet ikke er et egnet alternativ, fordi øremerkinger av basisbevilgninger til UoH-sektoren, RHF-ene og FHI ikke gjøres. Oppdragsforskning er best egnet til å dekke forvaltningens behov for rask leveranse av forskningsbasert kunnskap og ikke til å bygge opp forskningsmiljøer.

Fagfellevurdering og kvalitet kan sikres ved finansiering gjennom Forskningsrådet. Man kan vurdere å inkludere global helse i de andre nasjonale helseforskningsprogrammene eller NORGLOBAL, men dersom man ønsker en synlig satsing på global helse som ikke konkurrerer om oppmerksomhet med andre temaområder innenfor samme program, er alternativet å fortsette satsingen som et eget program. Da sikrer man en fortsatt vektlegging av LLMIL og internasjonalt samarbeid. Et eget program om global helse i Forskningsrådet vil bygge videre på allerede opparbeidet portefølje på global helseforskning, erfaring og nettverk, og man kan benytte seg av en rekke ulike målrettede virkemidler.

Det ligger utenfor denne arbeidsgruppens mandat å anbefale prioriteringer i tema. Neste steg for å avklare veien videre for norsk global helseforskning må derfor være å klargjøre finansiering og størrelsen på denne. Når dette er gjort, vil arbeidet med å anbefale prioriteringer og hvilke virkemidler som er best egnet til å oppfylle målsetningene med satsingen, kunne igangsettes. Dette er et arbeid som bør gjøres i tett samarbeid mellom de finansierende departementene, Norad, porteføljestyret, innspill fra fageksperter og Forskningsrådet.

4 Vedlegg/statistikk

Topic kode	Topic	SØKNADER		INNSTILTE SØKNADER		
		Antall søknader totalt Alle land	Antall søknader med norsk deltakelse	Antall innstilte søknader totalt Alle land	Antall innstilte søknader med norsk deltakelse	Norsk EU-støtte i innstilte søknader (mill.euro)
HCO-04-2014	Support for international infectious disease preparedness research	1	0	1	0	
HCO-05-2014	Global Alliance for Chronic Diseases: prevention and treatment of type 2 diabetes	21	3	3	0	
HCO-06-2015	Global Alliance for Chronic Diseases. Prevention and treatment of lung diseases	19	1	4	0	
PHC-07-2014	Improving the control of infectious epidemics and foodborne outbreaks through rapid identification of pathogens	10	2	1	0	
PHC-08-2014	Vaccine development for poverty-related and neglected infectious diseases: tuberculosis	5	0	2	0	
PHC-09-2015	PHC 9 – 2015: Vaccine development for poverty-related and neglected infectious diseases: HIV/AIDS	5	1	1	0	
SC1-BHC-16-2018	Global Alliance for Chronic Diseases (GACD) - Scaling-up of evidence-based health interventions at population level for the prevention and management of hypertension and/or diabetes	22	2	5	2	0,3
SC1-BHC-18-2018	Translational collaborative cancer research between Europe and the Community of Latin American and Caribbean States (CELAC)	41	3	7	0	
SC1-BHC-21-2018	Research on HIV, tuberculosis (TB) and/or hepatitis C (HCV) in patients with mono-, co-infections and/or comorbidities in the context of fostering collaboration with the Russian Federation	19	1	3	0	
SC1-HCO-04-2016	Towards globalisation of the Joint Programming Initiative on Antimicrobial resistance	1	0	1	0	
SC1-HCO-07-2017	Global Alliance for Chronic Diseases (GACD) prevention and management of mental disorders	27	4	8	1	0,1
SC1-PM-06-2016	Vaccine development for malaria and/or neglected infectious diseases	41	1	5	0	
SC1-PM-21-2016	Implementation research for scaling-up of evidence-based innovations and good practice in Europe and low- and middle-income countries	66	10	7	0	
SC1-PM-22-2016	Addressing the urgent research gaps against the Zika virus and other emerging threats in Latin America	16	1	1	0	
	Sum:	294	29	49	3	0,4

Tabell 1: Resultater for norsk deltakelse og oppnåelse i søknader til H2020 i samfunnsutfordring Helse og demografisk endring til og med oktober 2018. Kilde: eCordas søknadsdatabase (Kommisjonen)

*Merk: Ekskl. 1.trinnsøknader ved totrinnsprosesser og ugyldige søknader. Rapporten omfatter resultater for offisielle partnere i søknadene (beneficiaries), og inkluderer ikke resultater for evt. tredjepartnere/assosierte partnere.

Reference	Acronym	Title	Status	Overall Budget	Coordinator	Participants from Norway	Norwegian Site Budget according to
				(EUR)			(EUR)
TRIA2015-1076	IMPROVE	IPTp with dihydroartemisinin-piperazine and azithromycin for malaria, sexually transmitted and reproductive tract infections in pregnancy in high sulphadoxine-pyrimethamine resistance areas in Kenya, Malawi, and Tanzania	Signed	7.389.049,37	Liverpool School of Tropical Medicine (LSTM), United Kingdom	University of Bergen	159,091.40
CSA2016S-1608	EXIT-TB	Translation research into policy and practice: Scaling up Evidence Based Multiple focus Integrated Intensified TB Screening to End TB (EXIT-TB) in the East African region.	Signed		National Institute for Medical Research - Tanzania (NIMR)	University of Bergen	No requested budget
RIA2016M C-1617	PROMISE-EPI	Prevention of mother-to-child transmission of HIV-1: Program evaluation and innovative rescue intervention integrated in the expanded programme of immunization	Signed		Institut Immunologie, inflammation, infectiologie et microbiologie (I3M) Inserm, France	University of Bergen	153,125.00
RIA2017M C-2029	BabyGel	A cluster randomised trial to evaluate the effectiveness of household alcohol-based hand rub for the prevention of sepsis, diarrhea and pneumonia in Ugandan infants.	Signed		University of Liverpool	University of Bergen	428,375.00
RIA2016S-1638	POI-TB	Additional Site for Prevention of (Established) Infection with M.tuberculosis Study	Withdrawn		Aeras Global Tuberculosis Foundation NPC, South Africa	Oslo University Hospital	No requested budget
						University of Bergen	No requested budget

Figur 7 Oversikt over EDCTP prosjekter med norske partnere

Participation of organisations by country and region in RIA eligible proposals

Region	Country	Letters of Intent ¹			Full Proposals ²		
		Total	Invited	Success rate (%)	Total	Funded	Success rate (%)
Europe	United Kingdom	485	197	40.6	188	81	43.1
	Germany	277	91	32.9	86	30	34.9
	Netherlands	233	96	41.2	90	31	34.4
	France	212	73	34.4	72	32	44.4
	Spain	160	37	23.1	33	15	45.5
	Italy	133	44	33.1	39	9	23.1
	Switzerland	109	40	36.7	35	23	65.7
	Sweden	88	28	31.8	27	8	29.6
	Denmark	59	13	22.0	15	6	40.0
	Belgium	55	23	41.8	28	10	35.7
	Norway	55	9	16.4	9	5	55.6
	Portugal	54	8	14.8	11	2	18.2
	Austria	21	7	33.3	3	1	33.3
Luxembourg	9	1	11.1	2	1	50.0	

	Finland	8	1	12.5	3	3	100.0
	Ireland	5	1	20.0	0		
	Bulgaria	2	0	0.0	0		
	Lithuania	1	0	0.0	0		
	Malta	1	1	100.0	1	0	0.0
	Moldova, Republic of	1	1	100.0	1	1	100.0
	Romania	0			1	0	0.0
SSA	South Africa	318	146	45.9	133	48	36.1
	Tanzania, United Republic of	204	67	32.8	67	35	52.2
	Uganda	196	78	39.8	80	39	48.8
	Mozambique	102	38	37.3	41	18	43.9
	Kenya	89	26	29.2	26	13	50.0
	Ethiopia	83	24	28.9	28	11	39.3
	Zambia	77	34	44.2	33	13	39.4
	Gabon	70	20	28.6	20	9	45.0
	Cameroon	67	15	22.4	13	4	30.8
	Burkina Faso	63	25	39.7	28	10	35.7
	Ghana	57	14	24.6	20	8	40.0
	Nigeria	52	11	21.2	8	4	50.0
	Zimbabwe	47	26	55.3	21	9	42.9
	Malawi	40	15	37.5	22	10	45.5
	Cote d'Ivoire	35	8	22.9	9	6	66.7
	Mali	34	13	38.2	17	9	52.9
	Senegal	32	10	31.3	11	6	54.5
	Benin	29	4	13.8	4	2	50.0
	Congo, The Democratic Republic of the	29	8	27.6	12	8	66.7
	Angola	28	3	10.7	5	0	0.0
	Gambia	27	9	33.3	8	3	37.5
	Madagascar	21	11	52.4	14	8	57.1
	Congo	20	6	30.0	6	1	16.7
	Guinea	10	6	60.0	4	4	100.0
	Guinea-Bissau	10	1	10.0	1	0	0.0
	Botswana	9	3	33.3	7	3	42.9
	Rwanda	9	5	55.6	7	1	14.3
	Sierra Leone	9	4	44.4	5	4	80.0
	Sudan	9	7	77.8	6	3	50.0
	Namibia	4	4	100.0	2	2	100.0
	Togo	4	0	0.0	0		
	Chad	2	0	0.0	0		
	Lesotho	2	2	100.0	1	0	0.0
	Niger	2	1	50.0	1	1	100.0
	Central African Republic	1	1	100.0	1	1	100.0
	Equatorial Guinea	1	0	0.0	0		
	Liberia	1	1	100.0	1	1	100.0
	Mauritania	1	0	0.0	0		
	Swaziland	1	1	100.0	0		
Other	United States	109	41	37.6	38	12	31.6
	Australia	10	1	10.0	1	1	100.0
	Canada	8	1	12.5	0		

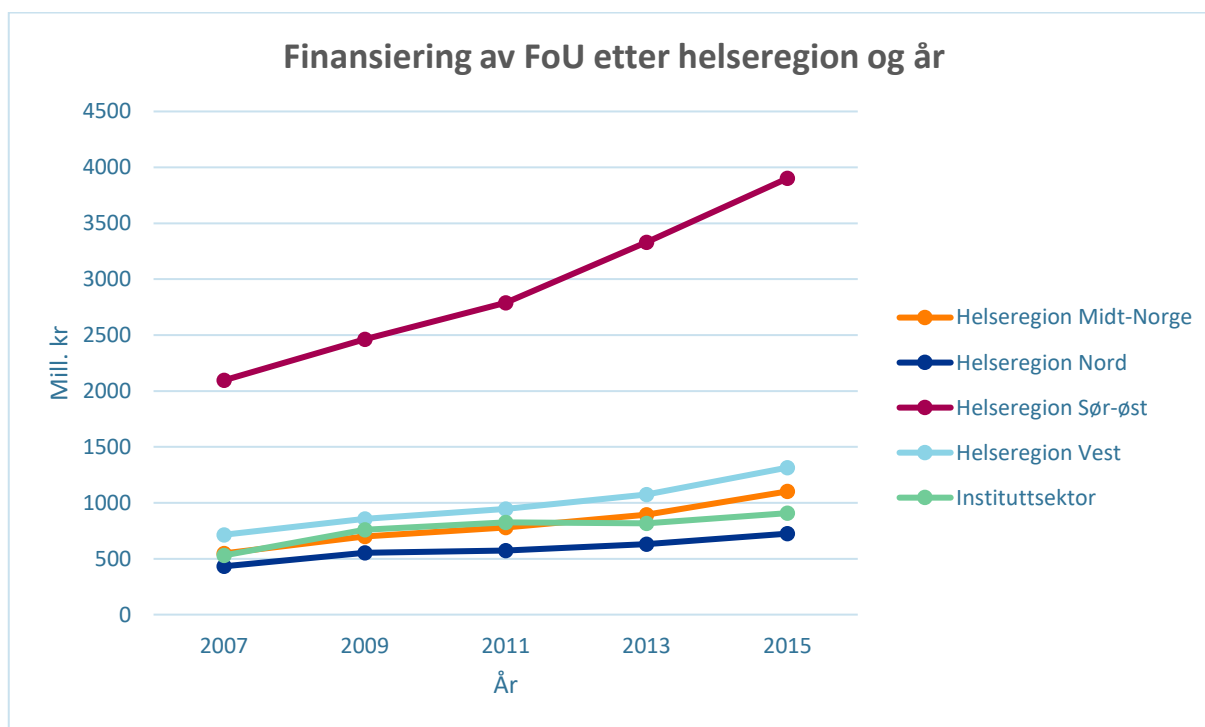
India	7	4	57.1	5	3	60.0
Brazil	4	0	0.0	0		
Thailand	3	1	33.3	0		
Korea, Republic of	3	2	66.7	2	1	50.0
Argentina	2	0	0.0	0		
Macedonia, The Former Yugoslav Republic	2	1	50.0	0		
Japan	2	0	0.0	0		
Bangladesh	1	1	100.0	1	1	100.0
China	1	0	0.0	0		
Tunisia	1	0	0.0	0		
Peru	1	0	0.0	0		
Papua New Guinea	1	0	0.0	0		
New Zealand	1	0	0.0	0		
Vietnam	1	0	0.0	1	0	0.0
Total	3920	1370	34.9	1354	570	42.1

Tabell 2: Oversikt over innsendte og bevilgede søknader til EDCTP fordelt per land.

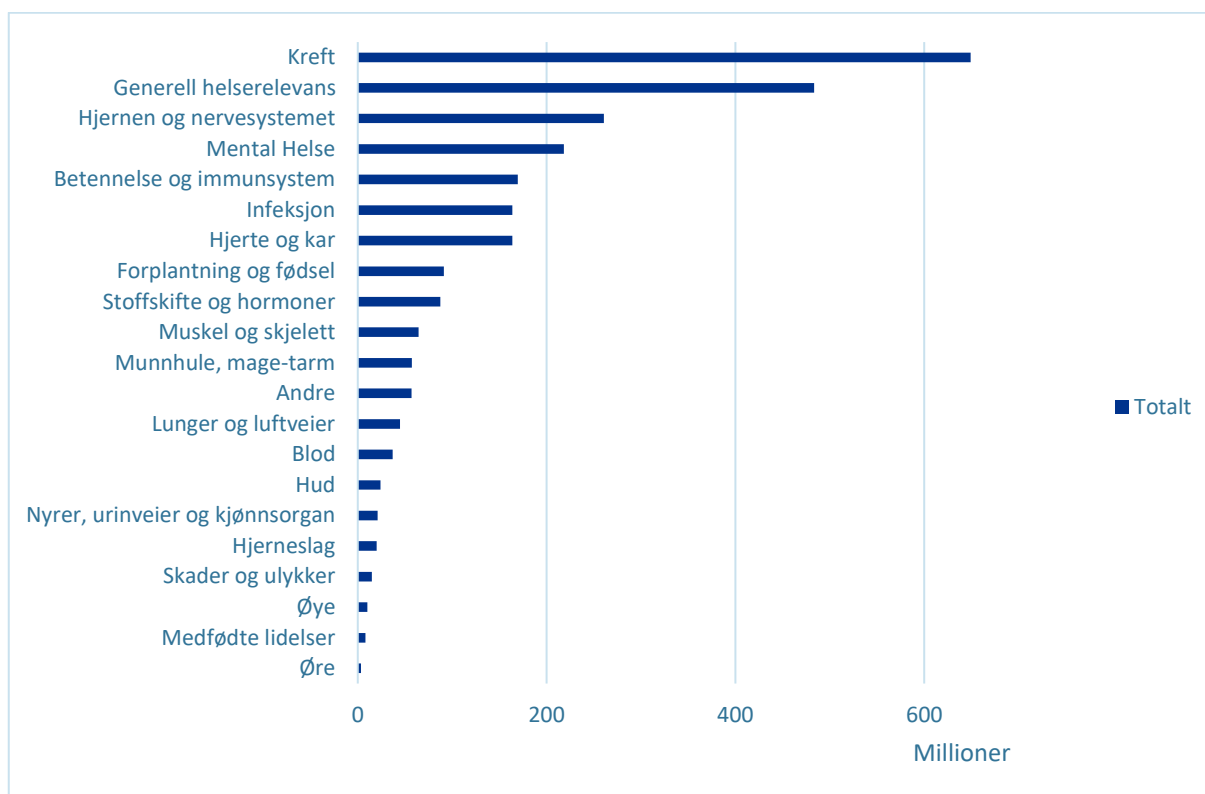
¹Calls included: RIA 2014, 2015, 2016, 2017 and 2018 Lols from two-stage calls

² Calls included: RIA 2014, 2015, 2016, 2017 full proposals from one and two stage calls.

For countries with 10 or less participants success rates were shaded and should be interpreted with caution. Please note that between Letters of Intent and Full Proposal stage consortia can change slightly and applications may be withdrawn which could result in discrepancies between numbers.



Figur 9: Finansiering av FoU etter helseregion og år Kilde: HelseOmsorg-monitor 21



Figur 10: HRCS-kategorier og forskning i 2017, totalt for alle finansieringskilder.

Kilde: HelseOmsorg21-monitor

Innspill fra ulike aktører

GLOBVAC styret

Medlemmer;

Peter G. Smith, London School of Hygiene and Tropical Medicine

Helen McShane, University of Oxford

Thumbi Ndung'u, University of KwaZulu-Natal

Göran Tomson, Karolinska Institutet

Betty Kirkwood, London School of Hygiene and Tropical Medicine

Nynke van den Broek, Liverpool School of Tropical Medicine

Input from the GLOBVAC Programme Board to the working group on global health research

1. A brief description of the developments within the field of global health and vaccination research in Norway over the last years.
 - Quality of the applications to the GLOBVAC Programme

Through the support of GLOBVAC, the Board has witnessed substantial growth in Norwegian expertise in global health research since the programme started. In the early years, it was difficult to attract research proposals that would be assessed to be internationally competitive. In some calls the total available budget was not spent due to a lack of applications with satisfying quality. The situation now is very different and, for example, in our last funding round we were able to support 7 out of the 12 proposals that were judged to be of very high international level and of great national and international interest (score 6). In addition, 19 proposals were considered being of national and international interest (score 5). None of them were awarded funding.

The applicants to GLOBVAC have used the feedback from the panels and the Board well and both the quality of the proposals and the results from the funded projects have improved substantially. It has been possible to build quality and research environments through the long-term GLOBVAC research programme. For example, the mid-term evaluation pointed out that GLOBVAC has been instrumental in the creation of the Centre for Intervention Science in Maternal and Child Health (CISMAC), a Centre of Excellence in Bergen.

Of great concern to the Board is that the research strength in global health that the programme has fostered, particularly in young investigators, will be dissipated now that the funding to the programme has stopped. While some groups will be able to achieve international funding, the competition or such funding is extremely high. The fear of the Board is that many young investigators who have been inspired to develop a research career in global health will be forced to leave the field.

- Outputs and Impact for GLOBVAC-funded projects

The Programme Board is very gratified by the number and reach of publications resulting from projects funded by GLOBVAC, many of which are published in high-impact international journals and which have had an important influence on global health policies and practice. For example, GLOBVAC funds led to the development of the first Indian vaccine against rotavirus, which has now been

introduced into the routine immunisation services of several states in India. GLOBVAC funding also played a pivotal role in initiation of the first trial to evaluate a vaccine against Ebola disease in the large outbreak in West Africa. The trial, using a novel ring vaccination strategy, showed the vaccine to be highly efficacious and the vaccine, with the ring vaccination approach, is now being used as one of the central strategies in controlling the ongoing outbreak of Ebola in Eastern DRC.

COMMVAC2 is another project with promising results funded by GLOBVAC. The project mapped the range of vaccination communication strategies used in Cameroon, Mozambique and Nigeria, completed a map of outcomes measured in trials of childhood vaccination communication interventions and developed an evidence-based outcomes taxonomy. The project is working with WHO AFRO to develop evidence-informed guidance on childhood vaccination communication, in collaboration with UNICEF, WHO Geneva and other stakeholders. Another large study, funded by GLOBVAC, EDCTP and ANRS, found that infant ART prophylaxis substantially decreased the breastfeeding risk of transmitting HIV, worked at a scale greater than previously studied, and were effective and safe. The results are relevant for updating of the WHO HIV guidelines. More information about this and other impactful projects within the priority areas of GLOBVAC are presented and documented well in the midterm evaluation report published in 2016.

- Capacity building in Norway

A key element of the GLOBVAC Programme has been the funding of young researchers. Several of those funded have been appointed to higher positions during their research projects. Several of the previously funded young researchers submitted new applications with high quality for the last GLOBVAC call.

The GLOBVAC Programme has used several measures to build and strengthen global health research capacity in Norway. In addition to supporting researcher projects, the Programme has had specific calls for young researchers and personal PhD scholarships for which there has been a mandatory stay abroad for at least a year, as living and working in a low-income country was judged as a critical way of developing a long-term interest and commitment to global health research. In addition, the Programme has also had separate calls for innovation projects in the private sector.

Two active Norwegian Global Health Fora - The Norwegian Forum for Global Health Research and the Norwegian Research School of Global Health – have been actively supported by GLOBVAC, to further develop capacity, and a critical mass of committed researchers working, in global health research. GLOBVAC has for ten years supported the Norwegian Forum for Global Health Research. The Forum has brought researchers from different Norwegian institutions together. The Forum has been an important partner to GLOBVAC when planning the GLOBVAC conferences. GLOBVAC also supported the establishment of the Norwegian Research School of Global Health Research. The School has over 100 PhD candidates as members and is working actively to build a network among the PhD candidates by arranging courses and annual conferences.

Since its start in 2006 we have seen a substantial increase of research groups within the field of global health and vaccination research in Norway. The applications received by the Programme cover all the thematic areas of the Programme and are well-aligned with the global research priorities and strategies.

- Capacity development in LLMIC

Strengthening capacity in LLMICs through research collaboration has been one of the pillars of GLOBVAC. GLOBVAC provides support for equal partnerships to increase the pool of highly competent researchers in LLMICs, thus strengthening existing research capacity. All projects have had a focus on ensuring genuine partnerships between Norwegian groups and institutions in LLMICs. There has been no limit on the proportion of funding that can go to partners in LLMICs. Significant amounts of funding go to training of younger researchers and personnel in trials and other type of research in LLMICs. GLOBVAC funds post-docs and PhDs from LLMICs in research projects, also salaries for researchers and support for certain type of equipment in LLMICs can be funded.

GLOBVAC has been innovative in involving LLMIC partners and LLMIC principal investigators in the projects by opening up research calls to PIs not based at Norwegian institutions. Several projects have two or more PIs, where one is Norwegian and the other is based in the country where the research is conducted.

The funding scheme Young Researcher Talent allows young researchers from LLMICs to apply for funding of their own project. They must collaborate with a Norwegian Institution, but they can (and preferably should) perform the research in their home country.

- External evaluation of GLOBVAC

The mid-term evaluation of GLOBVAC found that the Programme has been particularly successful in supporting the creation of research collaborations and partnerships, both within Norway and with institutions abroad. Among the applications received in the last GLOBVAC call in 2018, it was apparent that many Norwegian research groups have established long-term partnerships with research groups at institutions in LLMICs, with groups previously funded by GLOBVAC applying for funding for new projects building on the already established and successful partnerships.

2. What does the field of global health and vaccination research in Norway look like today?

One of the four thematic priorities of the GLOBVAC programme is prevention and treatment of, and diagnostics for, communicable diseases, particularly vaccine and vaccination research. This priority is directly in line with SDG target 3.3 "*By 2030, end the epidemics of AIDS, tuberculosis, malaria and neglected tropical diseases and combat hepatitis, water-borne diseases and other communicable diseases*", but also relevant to target 3.2 aiming to end preventable deaths of children under 5 years of age. Norway has groups working with major global health problems, including TB, HIV, malaria, influenza, hepatitis B and E and diarrhoea. Some work with basic research focusing on developing vaccines against TB and diarrhoea and on immunotherapeutic approaches to the treatment of HIV. There are also groups working on diagnostics. A few groups undertake implementation research, and, over the last GLOBVAC period, there have been more groups involved in large clinical trials.

Research on family planning, reproductive, maternal, neonatal, child and adolescent health is the second prioritized thematic area of the GLOBVAC programme. The priority covers SGD 3.1; "*By 2030, reduce the global maternal mortality ratio to less than 70 per 100 000 live births*" and 3.2; "*By 2030, end preventable deaths of newborns and children under 5 years of age, with all countries aiming to reduce neonatal mortality to at least as low as 12 per 1000 live births and under-5 mortality to at*

least as low as 25 per 1000 live births". This has always been a strong agenda for Norway and we now find strong research groups working within this thematic area at all the larger research institutions in Norway. In Bergen we find the Centre for Intervention Science in Maternal and Child Health (CISMAC) which is a Centre of excellence. The Centre has research partners in Asia and Sub-Saharan Africa working within the field of maternal, neonatal and child health implementation research.

Researchers at UiO, NTNU, NIPH and other institutions are also engaged in this thematic area and cover specifically research in maternity and child health. This includes research on sensitive questions and neglected areas, such as abortion, domestic violence and sexual abuse.

Research on health systems and health policy is the third thematic priority in the GLOBVAC programme. Implementation research is an important part of health system research and was also a separate thematic priority in GLOBVACs former Work programme (revised in 2017). Health systems research is essential in Agenda 2030 and relevant to all targets of SDG 3, but particularly 3.8; "*Achieve universal health coverage, including financial risk protection, access to quality essential health-care services and access to safe, effective, quality and affordable essential medicines and vaccines for all*".

As most interventions are researched and implemented in a health system, research within this area is often interconnected to research in the two first thematic areas. Most projects funded by GLOBVAC are implemented at hospitals or local health facilities and/or in close collaboration with national, regional or local authorities and may be implemented with the assistance of for instance local clinicians, nurses and health workers. Thus, *several of the projects labelled as research on communicable diseases or maternal and child health also include health system research.*

Examples of health system research projects in the GLOBVAC portfolio are a project on communication strategies to improve vaccination uptake and one on informed healthcare choices. Both with interesting results gaining international attention. Two other projects are focusing on testing health registries for RMNCH services in LLMICs, an area in which Norway has vast and important expertise.

The fourth thematic area is innovation in technology and methods development. GLOBVAC has had four calls for innovation projects in the industrial sector. The number of submitted proposals has been very low and all in all GLOBVAC has funded five innovation projects in its second programme period. However, the results from these projects have been important. For instance, one of the projects developed four novel and innovative products to improve training and equipment for health care workers worldwide, with the aim to reduce early newborn mortality and fresh stillbirths in low-income countries.

3. What thematic priorities should a future Programme on global health research in Norway have?

A future Norwegian research programme on global health should be based on the UN Agenda 2030 and the 17 Sustainable Development Goals (SDGs). The current thematic priorities and the portfolio of the GLOBVAC programme are well in line with the SDGs and a new or continued GLOBVAC programme should therefore build further on this.

We find strong research groups within all the thematic areas prioritized by the GLOBVAC programme, many of which one can expect to attract international funding. For instance, we see excellent research groups working on immunology, new vaccine development and mouse studies. We also have examples of researchers conducting excellent high-quality research working with international partners in trials of community based public health interventions and health systems research carried out in LLMICs.

The thematic priority areas of the GLOBVAC programme are interlinked and many of the funded projects are working on research questions relevant to several of the thematic areas. Research on family planning, reproductive, maternal, neonatal, child and adolescent health often combine implementation research, health systems research and or research on effectiveness of education. These are all strong areas Norway has supported well and there is high potential for multidisciplinary research that could be further explored.

Through the earlier-mentioned funding schemes and meeting places GLOBVAC has helped in building up a cadre of people within global health and vaccination research in Norway. The Board believes that the investments made in global health research to date are just beginning to show their impact. Further investments to strengthen the capacity is required if we want existing and new researchers to continue to compete at an international level.

There is still not enough global health research given the burden of disease and specific funding streams that encourages young researchers to go into this area. Norway has committed to Agenda 2030 and research capacity is essential if the world is to achieve the SDGs by 2030. Research is essential to all health targets but are covered specifically by target 3.b; "*Support the research and development of vaccines and medicines for the communicable and non-communicable diseases that primarily affect developing countries.*" Norway now has strong research groups within all the thematic areas prioritized by GLOBVAC covering many SDGs targets. National funding to support the underpinning of the research groups is critical in order to maintain the level of quality and to recruit new talented researchers. The broad thematic priorities of the programme should be sustained, and the science of best quality should continue to be prioritized and funded. The quality of the GLOBVAC research portfolio can be further increased with excellent outputs in papers and impact cases, and impact exemplified by changing international practice, guidelines and policy.

The research groups funded by GLOBVAC are part of international partnerships and consortia. National funding is still required to maintain and strengthen this international collaboration. Leverage funding is often obtained by forming consortia outside of Norway with other centres of excellence. The research agenda and questions usually require multidisciplinary approaches which can be obtained through consortiums working across multiple countries with highly competent partners. If funding for a future programme is limited supporting one or two centres of excellence can be an efficient and productive use of the funding.

Til Norges forskningsråd

Att: Karine Kålsås

Innspill til arbeidsgruppe for videre satsning på norsk forskning på global helse og vaksinasjonsforskning

Takk for epost av 2. januar 2019. Sekretariatet for Global helse Norge (GHN) har arbeidet hardt for å besvare spørsmålene.

Ad deskriptiv del:

Nettverket vårt er i en oppstartsfase, og vårt interne mål i GHN er å skaffe en oversikt over global helse forskning i Norge i løpet av 2019. Tidsfristen fra dere i NFR, med å levere en oversikt i løpet av 4 uker, er for knapp til at vi kan gi dere et fullstendig bilde.

Vi har kontaktet de aktuelle institusjoner og spurt om deres aktiviteter og strategier innen global helse forskning, men har ikke lyktes i å få svar fra alle. De svarene vi har fått er langt fra fullstendige. Vi gjør derfor oppmerksom på at den oversikten vi leverer til dere i dag har betydelige mangler.

Oversikten vår er i form av regneark, «Vedlegg 1, prosjekter», der man kan finne prosjektoversikt for de forskjellige institusjonene. Denne oversikten viser også prosjekter fra helseforetakene som kan kalles kompetanseheving, mer enn forskning. Vi vil likevel sende med denne listen, da den viser en vilje og evne fra helseforetakene til å bidra til kompetanseheving globalt. Dette kan være en viktig ressurs og basis for annen forskning i fagfeltet. Flere institusjoner har også meldt inn prosjekt finansiert av NFR, selv om dette ikke var i bestillingen. Dette ba vi om fordi vi skal publisere oversikter for Global helse Norge, og da tok vi dette i samme runde. FHI tok ikke med NFR, så derfor er deres liste kortere her enn den vil bli for Global helse Norge.

I tillegg legger vi et regneark, «Vedlegg 2, strategier», der strategier for global helseforskning er listet opp. Denne oversikten er heller ikke fullstendig.

Til slutt legger vi ved et notat om vår nasjonale forskerskole, finansiert av NFR, som gir status for dette arbeidet. «Vedlegg 3, NRSNGH».

Ad vurderende del:

Denne delen av forespørselen har GHN utarbeidet i samarbeid med Norsk forum for global helseforskning.

Våre svar på spørsmålene er som følger:

Hvilke fagdisipliner/temaer/sykdommer/faser i forskningen innenfor global helse- og vaksinasjon mener Forbundet at norske forskningsmiljøer er spesielt sterke på?

Svar: Norske forskningsmiljøer innen global helse og vaksinasjon har i stor grad fulgt tematikken som er skissert /støttet av Globvac programmet de siste årene. Videre har fagmiljøene også fokusert på FNs tusenårs mål (og senere bærekraftsmålene) i sine prioriteringer. Dette har ført til at de fleste forskerne innen fagfeltet arbeider med problemstillinger som har sin årsak i fattigdom og forskjell mellom populasjoner/ land. Fagmiljøet har utviklet særlig sterke faggrupper innen følgende tema:

a) Barnedødelighet og svangerskapsrelatert dødelighet

Disse to tema omtales under ett, da det ofte er de samme forskerne som finnes engasjert i begge. Dette skyldes at man i Norge i stor grad utfører forskning som inkluderer både mor og barn under/ rett etter fødsel. Alle de fire store universitetene (UiB, UiO, NTNU, UiT) i Norge har forskning innen dette feltet, og kompetansen totalt sett er stor.

-Universitetet i Bergen (UiB), har et senter for fremragende forskning - Centre for Intervention Science in Maternal and Child Health (CISMAC). Dette senteret har som målsetting å bedre helse og overlevelse av mor og barn i sine forskningsprosjekter. CISMAC har forskningspartnere i Asia og Afrika sør for Sahara, og utfører kontrollerte, randomiserte studier der man tester ut forskjellige metoder for å bedre helsen til mor/barn. CISMAC springer ut fra Senter for internasjonal helse (SIH) og disse to enheter har overlappende forskningsvirksomhet. SIH har i dag ni professorer og 30 doktorgradskandidater som er aktivt involvert i mor/barn studier i lav- og middelinntektsland (LMIC).

Det er kompetanse innen mor/barn helse og/eller relevant metodologi hos alle de store universitetene og flere av høyskolene. Spesielt kan nevnes:

-Folkehelseinstituttet (FHI) – som har en forskningsklynge i global helse som også er engasjert i mor/barn helse, og har flere doktorgradskandidater og prosjekter både i egne regi og sammen med CISMAC/SIH.

-Chr. Michelsens institutt (CMI) – en institusjon som har fokus på utviklingsforskning, hvorav en håndfull personer deltar i helseforskning relatert til mor/barn helse. Likevel er bidraget viktig, da enheten bidrar til tverrfaglig samarbeid, noe som er svært betydningsfullt for å løse globale utfordringer.

-Innlandet sykehus HF –har en forskningsgruppe som arbeider sammen med SIH/CISMAC om mor/barn helse, med særlig fokus på ernæring av barn.

-Universitetet i Oslo (UiO) har flere grupperinger som arbeider med mor/barn helse, og UiO har sterk kompetanse på mødre helse. Disse forskerne har i flere år utdannet mange doktorgradskandidater fra LMIC innen disse tema.

-Universitetet i Stavanger har bygget opp en gruppe forskere som fokuserer på barnet første dag i livet, og tar i bruk innovativ teknologi. Samarbeid med Laerdal Medical er viktig, og gruppen har utdannet flere doktorgradskandidater de siste årene – i samarbeid med ansatte ved andre norske universitet.

-Mor/barn helse er også forskningstema ved NTNU, med fokus på bruk av keisersnitt og postabort behandling. NTNU representerer et fagmiljø med teknologiske nyvinninger, og bruk av smart-telefoner som hjelpemiddel er en del av flere prosjekter, og de har også prosjekter som omhandler bruk av ultralydundersøkelser under graviditet. NTNU har fått til et interessant tverrfaglig arbeid mellom forskere innen teknologi, på universitetet og på sykehuset.

b) Stans av spredning av livstruende infeksjonssykdommer

-Det er lange tradisjoner i fagmiljøet i Norge vedrørende forskning på visse infeksjonssykdommer som er aktuelle i LMIC; særlig tuberkulose (TB), malaria, HIV.

Det er viktig å merke seg at mange av disse forskerne har forskningstema som kombinerer problemstillingene infeksjoner og mor/barn-problematikk. Dette gjelder bl.a. HIV-forskningen.

Både NTNU/ og Universitetet i Tromsø har forskere som arbeider med TB. En forskningsgruppe i Bergen arbeider med TB, og denne forsøker å finne nye diagnostiske metoder i et samarbeid mellom Haukeland universitetssykehus og UiB. Malaria studeres i mange forskjellige prosjekter ved de forskjellige institusjonene; det gjelder forekomst, behandling så vel som evaluering av forebyggende tiltak.

Folkehelseinstituttet har forskere som arbeider med meningokokkforskning i Afrika og Hepatitt E i Bangladesh.

Alt i alt er relativt få forskere engasjert innenfor hver infeksjonssykdom, men sammen utgjør dette et stort potensiale for økt samarbeid mellom institusjonene.

-Norge har bygget opp høy kompetanse på vaksineforskning, særlig på Folkehelseinstituttet. Det er etablert en egen organisatorisk enhet på FHI – *Klynge for global helse* – der ca. 15 årsverk er knyttet til forskning. I tillegg er det 5-10 forskerårsverk i Område smittevern og miljø, samt enkelte andre forskere ved FHI som jobber med global helse-spørsmål, i sum anslagsvis 25 årsverk. FHI har høy suksessrate for sine søknader om eksterne midler. Forsking angående kommunikasjon om vaksinasjon (f.eks. COMMVAC-prosjektet tilknyttet Senter for informerte helsebeslutninger ved FHI) har også betydning.

-I tillegg til dette deltar Norge med vaksineutvikling gjennom CEPI, og utvikling av nye vaksineplattformer. Det er å håpe at norske forskere vil få betydning innen dette arbeidet.

-UiB arbeider med utvikling av E. coli vaksine, og er snart i mål mht. denne.

-Mange fagmiljøer i Norge arbeider med forskning innen antibiotikaresistens. Her har vi aktive forskningsgrupper ved Universitetet i Tromsø; mikrobiologer studerer resistens i fisk/kjøtt, og helsepersonell har prosjekt der de samler fagpersoner fra flere afrikanske land for å arbeide med temaet. NTNU studerer resistens i tuberkulosemedikamenter, Haukeland universitetssykehus/UiB studerer forskjellige aspekter ved antibiotikaresistens i LMIC så vel som mikrobiologiske/gentiske faktorer i denne utviklingen. Ved UiO ser man på resistens blant flyktninger, og ved FHI er forskerne en del av et Europeisk nettverk innenfor forskning for å hindre utvikling av resistens.

c) *Reproduktiv helse*

UiO har medisinske forskere med lang erfaring innen seksuell og reproduktiv helse, og kvinners rettigheter innen disse feltene. I dag er forskningen fokusert på forhold som angår omskjæring, abort og prevensjon. Senter for utvikling og miljø (SUM) i Oslo bør også nevnes i denne forskningen; senteret representerer et interessant tverrfaglig samarbeid mellom helsepersonell og antropologer. NTNU har også forskning innen tematikken utrygge aborter. Ved UiB har antropologer med helsebakgrunn etablert en forskergruppe som fokuserer særlig på abort og prevensjon. I tillegg har UiB et større prosjekt knyttet til CISMACH som studerer insentiver i skoler for å unngå tidlige graviditeter.

Disse tema er svært viktige, da de er kontroversielle. Det er av stor betydning at Norge engasjerer seg på slike felt, da en rekke land har kulturelle /etiske barrierer som hindrer denne type forskning.

d) *Prioriteringer/Etikk*

De siste årene har en faggruppe innen helseprioriteringer, helseøkonomi og etikk utviklet seg i Bergen. Gruppen har bidratt betydelig i prosjektet Priorities in Global Health som har en rekke publiserte artikler i svært høyt rangerte tidsskrift. Gruppen har i dag hovedsakelig

prosjekter i LMIC. Gruppen har etablert en viktig nisje, av stor betydning for å utvikle helsepolitikk og basis for helsepolitiske prioriteringer i LMIC. Gruppen har vist stor evne til inntjening av forskningsmidler, og har mange doktorgradskandidater tilknyttet.

e) Ernæring

Ernæringsforskning i global helse er ofte en del av mor/barn helse, siden amming inkluderes i dette temaet. Forskere ved UiO og UiB har i mange år engasjert seg mht. amming i LMIC, og flere prosjekter er også knyttet opp mot håndtering av ammespørsmålet blant HIV-smittede mødre. Store internasjonale prosjekt utføres for å finne ut om man kan unngå at barn av HIV-smittede mødre blir smittet med HIV.

Ernæring er viktig for barns utvikling, og det norske forskningsmiljøet har også store, viktige prosjekter som omhandler feilernæring og utvikling av mental og nevrologisk sykdom. UiO har satset på arbeidet med global mental helse, og har dette som tema på de årlige global helsedagene. De har flere prosjekter og arbeid, inkludert NORPART. Ved UiB er en forskningsgruppe innen global mental helse etablert, og har i løpet av fem år etablert et stort nettverk av ca. 30 forskere på Vestlandet. Gruppen har fått tilslag på flere store søknader det siste året, har mange publikasjoner og doktorgradskandidater.

f) Ikke-smittsomme sykdommer

Norge har høy kompetanse når det gjelder flere typer ikke-smittsomme sykdommer generelt. Siden fokus forskningsmessig i global helse i Norge har vært sentrert rundt mor/barn og smittsomme sykdommer, har det ikke vært midler til denne type forskning i en global –LMIC - setting. Med norsk generell kompetanse f.eks. innen mental helse, nevrologi, rehabilitering, kreftsykdommer – så vel som tannhelse; vil norske forskere kunne bidra på verdensbasis dersom midler ble stilt til rådighet for global forskning også på dette området. Global helse Norge mener det kan være hensiktsmessig å inkludere slike helsetema i relasjon til mor/barn. På den måten kan man bygge på eksisterende kompetanse og likevel invitere flere kompetente forskere inn i denne type arbeid, til beste for populasjoner i LMIC.

Finnes det fagområder hvor norske forskere på global helse- og vaksinasjonsforskning kan tilføre noe som ikke finnes i like stor grad andre steder/internasjonalt?

Svar: Sett i en verdensmålestokk er fagmiljøene innen global helse- og vaksinasjonsforskning i Norge små. Når det gjelder faglige tema, har vi fortrinn når det gjelder:

- a) Reproductiv helse; slik som nevnt tidligere – Norge har færre kulturelle barrierer, slik at denne type forskning kan utføres for vanskelige tema som f.eks. abort, prevensjon og seksualopplysning.
- b) Norge har en mulighet til å bidra med teknologiske løsninger på flere helseproblemer, via Innovasjon i global helse. Det finnes tverrfaglig samarbeid mellom det medisinske og teknologiske forskningsmiljøet ved NTNU og andre aktører, og dette samarbeidet kan utvikles ytterligere. Norges kompetanse på Global Digital Health er ettertraktet, og UiO har sterke miljøer her. Særlig HISP (Health Information System Program) med sin globale helseplattform «District Health Information System» som opererer i over 80 land. I tillegg ser samarbeidet med privateide Basic Internet på digital helseforebygging med digital innovasjon i samarbeid med flere land sør for Sahara.
- c) Norge har en spesiell kompetanse innen registerforskning, pga. sine gode registre. Slike registre kan være en stor hjelp i arbeid med helseovervåking. Det finnes noen få prosjekter der norske forskere har forsøkt å etablere registre i LMIC; FHI – Palestina;

UiB – Tanzania og Etiopia. Norsk kompetanse på dette feltet bør utvikles og støttes slik at den kan eksporteres til LMIC.

- d) Arbeidsmiljø og helse globalt er et tema som utføres av en liten forskningsgruppe i Bergen. Gruppen har utviklet et online kurs som de siste to årene har hatt 14 000 deltagere og utallige oppfordringer verden over om mer forskning og utdanning innen dette området. Mange land har ingen slik kompetanse, og det er et tema som er politisk ukorrekt i en tid der industri bygges opp.
- e) Antimikrobiell resistens, her er det miljø både ved UiT, UiO, NTNU og UiB som har god kompetanse som enkelt vil kunne appliseres på forskning i lavinntektsland, i samarbeid med de etablerte global helse miljøene i Norge.

Det som for øvrig er helt unikt med norske fagmiljøer er imidlertid to forhold:

1. Få, om noen, land kan på samme måte som Norge vise til partnerskap med nasjonale institusjoner og forskere i lavinntektsland. Slike partnerskap er etablert i stor grad ved alle de store universitetene, og har blitt utviklet pga. «kvoteordningen» som ga stipender til studenter fra LMIC. Dette betyr at norske forskere har et reelt samarbeid med forskere i LMIC; tema blir valgt som er relevante for landene i LMIC, og utføres i et samarbeid som sikrer at kompetanse fra prosjektet blir værende i det landet prosjektet utføres i. Denne type forskning gir kompetanseheving og kapasitetsbygging av høy kvalitet.

Flere av de store sykehusene i Norge har prosjekter som går ut på å bygge kompetanse i andre land, i LMIC. Dette skjer for eksempel innen forskjellige deler av kirurgien. Dette er åpenbart nyttig. Dette arbeidet hadde imidlertid kunnet bli enda bedre dersom det ble utført i samarbeid med forskere som kunne bidra til selve kapasitetsoppbyggingen, så vel som i evalueringen av denne. Ved St. Olavs Hospital og NTNU er det et godt eksempel på dette, hvor det er helsepersonell ved sykehuset som reiser ut med CapaCare til Sierra Leone for å utdanne kirurger og PhD kandidater ved NTNU som evaluerer utdanningsprogrammet. Forskningen driver task-shifting programmet fremover i en positiv retning.

2. Norge har komparative fortrinn gjennom samarbeid i det forsker-initierte Forum for global helseforskning og den nasjonale, institusjonelle organisasjonen Global Helse Norge hvor alle de store forskningsinstitusjonene er medlemmer. Vi har også et godt samarbeid mellom institusjoner, stat, akademi og forvaltning. Dette betyr at vi har grunnlag for et godt og interessant samarbeid for større prosjekter enn vi har sett fram til i dag, dersom det blir lagt til rette for slikt samarbeid.

Er det områder innen global helse- og vaksinasjonsforskning som er underfinansiert, også internasjonalt, og hvor Norge kan fylle et tomrom eller spille en spesiell rolle?

Svar: Globvac programmet, Norads programmer og andre støtteordninger har ført til en stor oppbygging av kompetanse innen global helseforskning i Norge. Mange av miljøene er små, men disse miljøene har evnet å etablere et godt samarbeid, og styrker hverandre. Det er en betydelig innsats som foregår i vårt land innen dette fagfeltet. Uten videre støtte til forskning innen de områdene som nå er oppbygd, vil store muligheter og ressurser forvitte og være bortkastet.

Global helse Norge ønsker å fortsette med tematikk innen «the unfinished agenda», dvs. tematikk som er relevant for fattige land og populasjoner i verden. Dette har vi kompetanse på og kan gjøre en forskjell. Det er klart at Norge kan gjøre en forskjell i verden med sin samlede kompetanse, dersom den styres i retning av å gjøre intervensjonsstudier med kvalifiserte forskere i et tverrfaglig samarbeid, og der man gjør bruk av egnet teknologi.

Spesielle tema

- Antibiotikaresistens er allerede nevnt i dette dokumentet. Det er et stort globalt problem, og bør støttes med større finansiering enn vi ser i dag.
- Registerforskning vil kunne utgjøre en stor forskjell innen helseovervåking med økt forskningsstøtte
- Teknologisk utvikling kombinert med profesjonelt utførte intervensjonsstudier (randomiserte, kliniske forsøk) vil være mulig i norsk regi; via et samarbeid mellom teknologer, klinikere og epidemiologer.
- En rekke klinikere i Norge har erfaring med kirurgi i LMIC, og har mulighet til å utføre viktig forskning for å løse kirurgiske utfordringer; og denne aktiviteten bør kombineres med følgeforskning.
- Arbeidsmiljø og helse er tema som i liten grad er utviklet internasjonalt; og arbeidsplasser internasjonalt har høye tall mht. sykdom og skader forårsaket av uheldige arbeidsforhold. Norge som land kan bidra som et svært godt eksempel, og har mange forskningsmiljøer som kan inkluderes i et globalt samarbeid. Norge bør være en pådriver for denne type forskning med utvikling av anstendige arbeidsforhold.
- Følgeforskning av bistandsstøtte burde utvikles. Flere institusjoner i Norge vil kunne bidra her, bl.a flere Høgskoler, FAFO, Sintef og flere.

Bærekraftsmålene (SDGene) er et viktig utgangspunkt for prioriteringer framover. Finnes det spesielle delmål i SDGene der norske forskere på global helseforskning kan bidra mer enn andre?

Svar: Vi mener vi kan særlig bidra til følgende av FNs bærekraftsmål:

Goal 3 - Good Health and Well-being:

3.1 By 2030, reduce the global maternal mortality ratio to less than 70 per 100,000 live births.

3.2 By 2030, end preventable deaths of newborns and children under 5 years of age, with all countries aiming to reduce neonatal mortality to at least as low as 12 per 1,000 live births and under-5 mortality to at least as low as 25 per 1,000 live births.

3.3 By 2030, end the epidemics of AIDS, tuberculosis, malaria and neglected tropical diseases and combat hepatitis, water-borne diseases and other communicable diseases.

3.4 By 2030, reduce by one-third premature mortality from non-communicable diseases through prevention and treatment and promote mental health and well-being.

Forskernes rolle relatert til disse helsemålene er forklart i tekstene tidligere i dokumentet.

Videre mener vi at Norge kan bidra også for å oppfylle:

Goal 5 - Gender equality

Norge er et foregangsland innen likestilling mellom kjønnene, og har i tillegg forskningsmiljøer som er viktige, for eksempel SUM i Oslo og SKOK (Senter for kvinne og kjønnsforskning) i Bergen. Forskningen her vil ha betydning for:

- 5.2 Eliminate all forms of violence against all women and girls in the public and private spheres, including trafficking, sexual, and other types of exploitation.
- 5.6 Ensure universal access to sexual and reproductive health and reproductive rights.
- 5. B Enhance the use of enabling technology, in particular information and communications technology, to promote the empowerment of women.
- 5.C Adopt and strengthen sound policies and enforceable legislation for the promotion of gender equality and the empowerment of all women and girls at all levels

Goal 17 – Partnerships

Dette delmålet kan vi bidra til å oppfylle fordi vi har tradisjon for partnerskap med forskere i LMIC i norsk global forskning.

- 17.9 Enhance international support for implementing effective and targeted capacity-building in developing countries to support national plans to implement all the sustainable development goals, including through North-South, South-South and triangular cooperation

Norges ekspertise innenfor digital helse kan også bidra til SDG delmål 17.18, særlig i forhold til kapasitetsoppbygging for etablering av helseregistre og bruk av registerdata:

17.18 By 2020, enhance capacity-building support to developing countries, including for least developed countries and small island developing States, to increase significantly the availability of high-quality, timely and reliable data disaggregated by income, gender, age, race, ethnicity, migratory status, disability, geographic location and other characteristics relevant in national contexts

SDG 8 Decent work

Norge kan bidra med forskning som fremmer sunne arbeidsplasser.

Med hilsen

Nina Langeland
GHN, leder



Bergen, 1. februar 2019

Til Norges forskningsråd

Att: Karine Kålsås

Innspill til arbeidsgruppe for videre satsning på norsk forskning på global helse og vaksinasjonsforskning

Takk for epost av 2. januar 2019. Vi har drøftet forespørselen i Styret for Norsk Forum for Global Helseforskning, og deltagerne her har sendt informasjon fra sine enheter til sekretariatet. Sekretariatet har samlet informasjonen i dette brevet, og Forum besvarer spørsmålene NFR stiller slik:

• Hvilke fagdisipliner/temaer/sykdommer/faser i forskningen innenfor global helse- og vaksinasjon mener Forumet at norske forskningsmiljøer er spesielt sterke på?

Svar: Norske forskningsmiljøer innen global helse og vaksinasjon har i stor grad fulgt tematikken som er skissert /støttet av Globvac programmet de siste årene. Videre har fagmiljøene også fokusert på FNs tusenårs mål (og senere bærekraftsmålene) i sine prioriteringer. Dette har ført til at de fleste forskerne innen fagfeltet arbeider med problemstillinger som har sin årsak i fattigdom og forskjell mellom populasjoner/ land. Fagmiljøet har utviklet særlig sterke faggrupper innen følgende tema:

a) Barnedødelighet og svangerskapsrelatert dødelighet

Disse to tema omtales under ett, da det ofte er de samme forskerne som finnes engasjert i begge. Dette skyldes at man i Norge i stor grad utfører forskning som inkluderer både mor og barn under/ rett etter fødsel. Alle de fire store universitetene (Bergen, Oslo, NTNU, Tromsø) i Norge har forskning innen dette feltet, og kompetansen totalt sett er stor.

-Universitetet i Bergen (UiB), har et senter for fremragende forskning - Centre for Intervention Science in Maternal and Child Health (CISMAC). Dette senteret har som målsetting å bedre helse og overlevelse av mor og barn i sine forskningsprosjekter. CISMAC har forskningspartnere i Asia og Afrika sør for Sahara, og utfører kontrollerte, randomiserte studier der man tester ut forskjellige metoder for å bedre helsen til mor/barn. CISMAC springer ut fra Senter for internasjonal helse (SIH) og disse to enheter har overlappende forskningsvirksomhet. SIH har i dag ni professorer og 30 doktorgradskandidater som er aktivt involvert i mor/barn studier i lav- og middelinntektsland (LMIC). Disse to sentrene har en stor prosjektportefølje, og høy suksessrate på søknader om eksterne midler; hver professor i global helse i Bergen tjener inn sin lønn 9 ganger (tall fra 2018).

SIH og CISMAL har imidlertid ikke oppnådd sin suksess alene, men i samarbeid med en rekke forskere i Norge utenfor UiB. Det er kompetanse innen mor/barn helse og/eller relevant metodologi hos alle de store universitetene og flere av høgskolene. Spesielt kan nevnes:

-Folkehelseinstituttet (FHI) – som har en forskningsklynge i global helse som også er engasjert i mor/barn helse, og har flere doktorgradskandidater og prosjekter både i egne regi og sammen med CISMAL/SIH.

-Chr. Michelsens institutt (CMI) – en institusjon som har fokus på utviklingsforskning, hvorav en håndfull personer deltar i helseforskning relatert til mor/barn helse. Likevel er bidraget viktig, da enheten bidrar til tverrfaglig samarbeid, noe som er svært betydningsfullt for å løse globale utfordringer.

-Innlandet sykehus HF –har en forskningsgruppe som arbeider sammen med SIH/CISMAL om mor/barn helse, med særlig fokus på ernæring av barn.

-Universitetet i Oslo (UiO) har flere grupperinger som arbeider med mor/barn helse, og UiO har sterk kompetanse på mødre helse. Disse forskerne har i flere år utdannet mange doktorgradskandidater fra LMIC innen disse tema.

-Universitetet i Stavanger har bygget opp en liten gruppe forskere som fokuserer på barnet første dag i livet, og tar i bruk innovativ teknologi. Samarbeid med Lærdal industri er viktig, og gruppen har utdannet flere doktorgradskandidater de siste årene – i samarbeid med ansatte ved andre norske universitet.

-Mor/barn helse er også forskningstema ved NTNU, med fokus på bruk av keisersnitt og postabort behandling. NTNU representerer et fagmiljø med teknologiske nyvinninger, og bruk av smart-telefoner som hjelpemiddel er en del av flere prosjekter, og de har også prosjekter som omhandler bruk av ultralydundersøkelser under graviditet. NTNU har fått til et interessant tverrfaglig arbeid mellom forskere innen teknologi, på universitetet og på sykehuset.

b) Stans av spredning av livstruende infeksjonssykdommer

-Det er lange tradisjoner i fagmiljøet i Norge vedrørende forskning på visse infeksjonssykdommer som er aktuelle i LMIC; særlig tuberkulose (TB), malaria, HIV/AIDS.

Det er viktig å merke seg at mange av disse forskerne har forskningstema som kombinerer problemstillingene infeksjoner og mor/barn-problematikk. Dette gjelder bl.a. HIV/AIDS- forskningen.

NTNU/ Universitetet i Tromsø har enkeltforskere som arbeider med TB. En liten forskningsgruppe i Bergen arbeider i dag med TB, og denne man forsøker å finne nye diagnostiske metoder i et samarbeid mellom Haukeland universitetssykehus og universitetet. Malaria studeres i mange forskjellige prosjekter ved de forskjellige institusjonene; det gjelder forekomst, behandling så vel som evaluering av forebyggende tiltak.

Folkehelseinstituttet har forskere som arbeider med meningokokkforskning i Afrika og Hepatitt E i Bangladesh.

Alt i alt er relativt få forskere engasjert innenfor hver infeksjonssykdom, men sammen utgjør dette et stort potensiale for økt samarbeid mellom institusjonene.

-Norge har bygget opp høy kompetanse på vaksineforskning, særlig på Folkehelseinstituttet.

Det er etablert en egen organisatorisk enhet på FHI – Klynge for global helse – der ca. 15 årsverk er knyttet til forskning. I tillegg er det 5-10 forskerårsverk i Område smittevern og miljø, samt enkelte andre forskere ved FHI som jobber med global helse-spørsmål, i sum anslagsvis 25 årsverk. FHI har høy suksessrate for sine søknader om eksterne midler. Forskning angående kommunikasjon om vaksinasjon (f.eks. COMMVAC-prosjektet tilknyttet Senter for informerte helsebeslutninger ved FHI) har også betydning.

-I tillegg til dette deltar Norge med vaksineutvikling gjennom CEPI, pluss utvikling av nye vaksineplattformer. Det er å håpe at norske forskere vil få betydning innen dette arbeidet.

-UiB arbeider med utvikling av E.coli vaksine, og er snart i mål mht. denne.

-Mange fagmiljøer i Norge arbeider med forskning innen antibiotikaresistens. Her har vi aktive forskningsgrupper ved Universitetet i Tromsø; mikrobiologer studerer resistens i fisk/kjøtt, og helsepersonell har prosjekt der de samler fagpersoner fra flere afrikanske land for å arbeide med temaet. NTNU studerer resistens i tuberkulosemedikamenter, Haukeland universitetsykehus/UiB studerer forskjellige aspekter ved antibiotikaresistens i LMIC så vel som mikrobiologiske/gentiske faktorer i denne utviklingen. Ved UiO ser man på resistens blant flyktninger, og ved FHI er forskerne en del av et Europeisk nettverk innenfor forskning for å hindre utvikling av resistens.

Totalt sett er fagmiljøet sterkt når det gjelder antibiotikaresistens, men Forum mener at man burde samarbeide mer for å utvikle større kraft bak denne forskningen.

c) Reproduktiv helse

UiO har medisinske forskere med lang erfaring innen seksuell og reproduktiv helse, og kvinners rettigheter innen disse feltene. I dag er forskningen fokusert på forhold som angår omskjæring, abort og prevensjon. Senter for utvikling og miljø (SUM) i Oslo bør også nevnes i denne forskningen; senteret representerer et interessant tverrfaglig samarbeid mellom helsepersonell og antropologer. NTNU har også forskning innen tematikken utrygge aborter.

Ved UiB har antropologer med helsebakgrunn etablert en forskergruppe som fokuserer særlig på abort og prevensjon. I tillegg har UiB et større prosjekt knyttet til CISMALC som studerer insentiver i skoler for å unngå tidlige graviditeter.

Disse tema er svært viktige, da de er kontroversielle. Det er av stor betydning at Norge engasjerer seg på slike felt, da en rekke land har kulturelle /etiske barrierer som hindrer denne type forskning.

d) Prioriteringer/Etikk

De siste årene har en faggruppe innen helseprioriteringer, helseøkonomi og etikk utviklet seg i Bergen. Gruppen har bidratt betydelig i prosjektet Priorities in Global Health som har en rekke publiserte artikler i høyt rangerte tidsskrift. Gruppen har i dag hovedsakelig prosjekter i LMIC. Gruppen er ikke stor, men er tett knyttet til SIH og CISMALC. Gruppen har etablert en viktig nisje, av stor betydning for å utvikle helsepolitikk og basis for helsepolitiske prioriteringer i LMIC. Gruppen har vist stor evne til inntjening av forskningsmidler, og har mange doktorgradskandidater tilknyttet.

e) Ernæring

Ernæringsforskning i global helse er ofte en del av mor/barn helse, siden amming inkluderes i dette

temaet. Forskere ved UiO og UiB har i mange år engasjert seg mht. amming i LMIC, og flere prosjekter er også knyttet opp mot håndtering av ammespørsmålet blant HIV-smittede mødre. Store internasjonale prosjekt utføres for å finne ut om man kan unngå at barn av HIV-smittede mødre blir smittet med HIV.

Ernæring er viktig for barns utvikling, og det norske forskningsmiljøet har også store, viktige prosjekter som omhandler feilernæring og utvikling av mental og nevrologisk sykdom.

Ved UiB er det etablert et Senter for ernæring som har nært samarbeid med SIH, og dette gir et større fagmiljø som nå er i ferd med å utvikle seg. En forskningsgruppe innen global mental helse er etablert, og har i løpet av fem år etablert et stort nettverk av ca. 30 forskere på Vestlandet. Gruppen har fått tilslag på flere store søknader det siste året, har mange publikasjoner og doktorgradskandidater.

f) Ikke-smittsomme sykdommer

Norge har høy kompetanse når det gjelder flere typer ikke-smittsomme sykdommer generelt. Siden fokus forskningsmessig i global helse i Norge har vært sentrert rundt mor/barn og smittsomme sykdommer, har det ikke vært midler til denne type forskning i en global –LMIC - setting. Med norsk generell kompetanse f.eks. innen mental helse, nevrologi, rehabilitering, kreftsykdommer – så vel som tannhelse; vil norske forskere kunne bidra på verdensbasis dersom midler ble stilt til rådighet for global forskning også på dette området. Forum mener det kan være hensiktsmessig å inkludere slike helsetema i relasjon til mor/barn. På den måten kan man bygge på eksisterende kompetanse og likevel invitere flere kompetente forskere inn i denne type arbeid, til beste for populasjoner i LMIC.

• Finnes det fagområder hvor norske forskere på global helse- og vaksinasjonsforskning kan tilføre noe som ikke finnes i like stor grad andre steder/internasjonalt?

Svar: Sett i en verdensmålestokk er fagmiljøene innen global helse- og vaksinasjonsforskning i Norge små. Når det gjelder faglige tema, har vi fortrinn når det gjelder:

- a) Reproduktiv helse; slik som nevnt tidligere – Norge har færre kulturelle barrierer, slik at denne type forskning kan utføres for vanskelige tema som f.eks. abort, prevensjon og seksualopplysning.
- b) Norge har en mulighet til å bidra med teknologiske løsninger på flere helseproblemer, via Innovasjon i global helse. Det finnes tverrfaglig samarbeid mellom det medisinske og teknologiske forskningsmiljøet ved NTNU og andre aktører, og dette samarbeidet kan utvikles ytterligere.
- c) Norge har en spesiell kompetanse innen registerforskning, pga. sine gode registre. Slike registre kan være en stor hjelp i arbeid med helseovervåkning. Det finnes noen få prosjekter der norske forskere har forsøkt å etablere registre i LMIC; FHI – Palestina; UiB – Tanzania og Etiopia. Norsk kompetanse på dette feltet bør utvikles og støttes slik at den kan eksporteres til LMIC.
- d) Arbeidsmiljø og helse globalt er et tema som utføres av en liten forskningsgruppe i Bergen. Gruppen har utviklet et online kurs som de siste to årene har hatt 14 000 deltagere og utallige oppfordringer verden over om mer forskning og utdanning inne dette området. Mange land har ingen slik kompetanse, og det er et tema som er politisk ukorrekt i en tid der industri bygges opp.

Det som for øvrig er helt unikt med norske fagmiljøer er imidlertid to forhold:

1. Få, om noen, land kan på samme måte som Norge vise til partnerskap med forskere i lavinntektsland. Slike partnerskap er etablert i stor grad ved alle de store universitetene, og har blitt utviklet pga. «kvoteordningen» som ga stipender til studenter fra LMIC. Dette betyr at norske forskere har et reelt samarbeid med forskere i LMIC; tema blir valgt som er relevante for landene i LMIC, og utføres i et samarbeid som sikrer at kompetanse fra prosjektet blir værende i det landet prosjektet utføres i. Denne type forskning gir kompetanseheving og kapasitetsbygging av høy kvalitet.
2. Flere av de store sykehusene i Norge har prosjekter som går ut på å bygge kompetanse i andre land, i LMIC. Dette skjer for eksempel innen forskjellig deler av kirurgien. Dette er åpenbart nyttig, og beundringsverdig. Dette arbeidet hadde imidlertid kunnet bli enda bedre dersom det ble utført i samarbeid med forskere som kunne bidra til selve kapasitetsoppbyggingen, så vel som i evalueringen av denne.
3. Norge har komparative fortrinn gjennom samarbeid i Forum for global helseforskning og den nye organisasjonen Global Helse Norge. Vi har også et godt samarbeid mellom institusjoner, stat, akademi og forvaltning. Dette betyr at vi har grunnlag for et godt og interessant samarbeid for større prosjekter enn vi har sett fram til i dag, dersom det blir lagt til rette for slikt samarbeid.

• Er det områder innen global helse- og vaksinasjonsforskning som er underfinansiert, også internasjonalt, og hvor Norge kan fylle et tomrom eller spille en spesiell rolle?

Svar: Globvac programmet, Norads programmer og andre støtteordninger har ført til en stor oppbygging av kompetanse innen global helseforskning i Norge. Mange av miljøene er små, men disse miljøene har evnet å etablere et godt samarbeid, og styrker hverandre. Det er en betydelig innsats som foregår i vårt land innen dette fagfeltet. Uten videre støtte til forskning innen de områdene som nå er oppbygd, vil store muligheter og ressurser forvitte og være bortkastet. Forum ønsker å fortsette med tematikk innen «the unfinished agenda», dvs. tematikk som er relevant for fattige land og populasjoner i verden. Dette har vi kompetanse på og kan gjøre en forskjell. Det er klart at Norge kan gjøre en forskjell i verden med sin samlede kompetanse, dersom den styres i retning av å gjøre intervensjonsstudier med kvalifiserte forskere i et tverrfaglig samarbeid, og der man gjør bruk av egnet teknologi.

Spesielle tema

- Antibiotikaresistens er allerede nevnt i dette dokumentet. Det er et stort globalt problem, og bør støttes med større finansiering enn vi ser i dag.
- Registerforskning vil kunne utgjøre en stor forskjell innen helseovervåking med økt forskningsstøtte
- Teknologisk utvikling kombinert med profesjonelt utførte intervensjonsstudier (randomiserte, kliniske forsøk) vil være mulig i norsk regi; via et samarbeid mellom teknologer, klinikere og epidemiologer.
- En rekke klinikere i Norge har erfaring med kirurgi i LMIC, og har mulighet til å utføre viktig forskning for å løse kirurgiske utfordringer; og bør kombineres med følgeforskning.
- Arbeidsmiljø og helse er tema som i liten grad er utviklet internasjonalt; og arbeidsplasser internasjonalt har høye tall mht. sykdom og skader forårsaket av uheldige arbeidsforhold. Norge som land kan bidra som et svært godt eksempel, og

- har mange forskningsmiljøer som kan inkluderes i et globalt samarbeid. Norge bør være en pådriver for denne type forskning med utvikling av anstendige arbeidsforhold.
- Følgforskning av bistandsstøtte burde utvikles. Flere institusjoner i Norge vil kunne bidra her, bl.a flere Høgskoler, FAFO, Sintef.

• **Bærekraftsmålene (SDGene) er et viktig utgangspunkt for prioriteringer framover. Finnes det spesielle delmål i SDGene der norske forskere på global helseforskning kan bidra mer enn andre?**

Svar: Vi mener vi kan særlig bidra til følgende av FNs bærekraftsmål:

Goal 3 - Good Health and Well-being:

3.1 By 2030, reduce the global maternal mortality ratio to less than 70 per 100,000 live births.

3.2 By 2030, end preventable deaths of newborns and children under 5 years of age, with all countries aiming to reduce neonatal mortality to at least as low as 12 per 1,000 live births and under-5 mortality to at least as low as 25 per 1,000 live births.

3.3 By 2030, end the epidemics of AIDS, tuberculosis, malaria and neglected tropical diseases and combat hepatitis, water-borne diseases and other communicable diseases.

3.4 By 2030, reduce by one third premature mortality from non-communicable diseases through prevention and treatment and promote mental health and well-being.

Forskernes rolle relatert til disse helsemålene er forklart i tekstene tidligere i dokumentet.

Videre mener vi at Norge kan bidra også for å oppfylle:

Goal 5 - Gender equality

Norge er et foregangsland innen likestilling mellom kjønnene, og har i tillegg forskningsmiljøer som er viktige, for eksempel SUM i Oslo og SKOK (Senter for kvinne og kjønnsforskning) i Bergen.

Forskningen her vil ha betydning for:

- 5.2 Eliminate all forms of violence against all women and girls in the public and private spheres, including trafficking and sexual and other types of exploitation.
- 5.6 Ensure universal access to sexual and reproductive health and reproductive rights.
- 5.B Enhance the use of enabling technology, in particular information and communications technology, to promote the empowerment of women.
- 5.C Adopt and strengthen sound policies and enforceable legislation for the promotion of gender equality and the empowerment of all women and girls at all levels

Goal 17 – Partnerships

Dette delmålet kan vi bidra til å oppfylle fordi vi har tradisjon for partnerskap med forskere i LMIC i norsk global forskning.

- 17.9 Enhance international support for implementing effective and targeted capacity-building in developing countries to support national plans to implement all the sustainable development goals, including through North-South, South-South and triangular cooperation

Norges ekspertise innenfor digital helse kan også bidra til SDG delmål 17.18, særlig i forhold til kapasitetsoppbygging for etablering av helseregistre og bruk av registerdata:

17.18 By 2020, enhance capacity-building support to developing countries, including for least developed countries and small island developing States, to increase significantly the availability of

high-quality, timely and reliable data disaggregated by income, gender, age, race, ethnicity, migratory status, disability, geographic location and other characteristics relevant in national contexts

SDG 8 Decent work

Norge kan bidra med forskning som fremmer sunne arbeidsplasser.

• Studenter fra utlandet og spesielt fra lav- og lavere mellominntektsland har vært og er veldig viktig del av forskningsmiljøene innen global helse- og vaksinasjonsforskning i Norge. Kan Forumet si noe om Norges rolle bidragsyter til utdanning av studenter fra LMICS?

Svar: Forum er en organisasjon som representerer norske universiteter og høyskoler som arbeider med global helse. Flere av våre medlemsinstitusjoner har hatt studenter som har fått stipend i kvoteordningen. De institusjonene som har hatt flest kvotestudenter innen global helse, er Universitetet i Oslo og Universitetet i Bergen. Flere ansatte ved høyskolene og de andre universitetene har imidlertid vært involvert i veiledning og undervisning av kvotestudenter, eksempelvis ansatte ved NTNU (tidligere Høgskolen i Trøndelag, HIST) og Høgskolen på Vestlandet (tidligere Høgskolen i Bergen). Kvoteordningen har fungert svært godt innen global helse –fordi studentene har vært en del av et større fagmiljø og de har vært en del av en plan/strategi ved de involverte institusjonene.

Målsettingen for Forum er å fremme forskning og undervisning som kan bedre helsen for fattige befolkningsgrupper i lav- og mellominntektsland (LMIC). Arbeidet utføres med å stimulere norske forskere /institusjoner til slikt arbeid, og Forum legger vekt på å styrke kapasitetsbygging og partnerskap med LMIC. Statuttene for Forum har flere punkter som sammenfaller med målsettingen for kvoteordningen; Forum ønsker å bidra til å fremme kompetansebygging innen global helse i utviklingsland, og å styrke norske institusjoners internasjonale samarbeid av denne typen.

Universitetet i Bergen har hatt et toårig masterstudium i «International Health» / «Oral Science» i de årene kvoteordningen har eksistert. Majoriteten av studentene ved dette studiet har vært finansiert via kvoteordningen. Spesielt dyktige studenter ble overført til universitetets doktorgradsprogram etter et år. Universitetet i Oslo har drevet et mastergradsstudium i «International Community Health» på tilsvarende måte.

For begge universitetene har kvoteordningen vært fundamental for å utdanne kandidater fra lavinntektsland, spesielt afrikanske studenter. Studentene har kommet til Norge, fått en god utdanning her, og har så reist tilbake til hjemlandet for å utdanne nye studenter der – eller utføre annet nyttig arbeid. Majoriteten av studentene som har kommet til Norge har kommet fra en institusjon i LMIC som har vært under oppbygging – og som ikke har hatt egne masterstudier i global helse som har vært forskningsorientert – slik som de nevnte studier i Norge er. Forskningsorienteringen som de norske mastergradene har gitt, er svært viktig for å utdanne undervisere/forskere av høy kvalitet.

Fagmiljøene i Norge har over tid bygget opp et godt forskningssamarbeid med institusjoner i LMIC, og utdanningen av studentene har vært brukt som strategiske grep for å bygge institusjonene i LMIC.

Etter at kvoteordningen ble stanset, har de norske universitetene i liten grad mottatt studenter fra partnerland fra LMIC, og faktisk fått få studenter fra Afrika. Det finnes ikke stipendordninger for denne gruppen studenter. De få studentene som har kommet fra disse landene, er selvfinansierende

og støtter seg på hjelp f.eks. fra rike slektninger. Dette gir oss en helt annen studentgruppe enn før. Universitetene i Norge kan ikke ta opp studenter fra partnerland med mindre de selv kan finansiere oppholdet i Norge.

Nye mobilitetsstipend, som for eksempel «Norpart» er igangsatt, men er ikke like nyttige som kvotestipendene. Årsaken er bl.a.:

-At studentene er tatt opp ved universitetene i LMIC, med en annen profil og andre muligheter enn i Norge, og kun kan komme til Norge for kortere opphold. Dette gjør det vanskelig å utdanne forskere, slik som de norske gradene legger opp til. Det er etablert mastergrader ved mange universitet i LMIC, men forskningskompetanse gis sjelden, slik som i Norge. Dette er et viktig poeng. Kompetansebygging ved universitetene i LMIC må fokusere på å styrke kvalitet og forskningskompetanse – og dette er vanskelig når studentene bare kommer som gjester.

-At studenter kommer til Norge for kortere opphold (kurs/veiledning). Dette krever stor grad av planlegging og oppfølging administrativt, så vel som faglig, og gir liten uttelling for mottakerinstitusjonene. Med kvoteordningen kom studentene ved studiestart, da det er lett å finne boliger, og administrasjonen er forberedt på tilrettelegging av nye studenter. Med mobilitets-system, vil studenter komme på forskjellige tidspunkt og trenger hjelp på andre og flere tider av året enn før. Mobilitetsstipendene gir i liten grad midler til administrativ støtte, og en rekke praktiske problemer oppstår.

-At norske vitenskapelige ansatte må reise for å undervise i andre land. Det er begrenset hvor mye vitenskapelig ansatte kan være borte fra sin arbeidsplass, og når studentene ikke er tatt opp i Norge, får den ansatte og institusjonen ikke godskrevet sin innsats formelt i form av inntjente studiepoeng/eksamener.

Takk for henvendelsen, vi håper svarene kan bli til nytte. Forum deltar gjerne i ytterligere diskusjoner om fremtidens globale forskningsprogrammer i Norge.

På vegne av Norsk Forum for global helseforskning

Bente E. Moen

leder

Comments from Norwegian Research School of Global Health to NFR request for input

The Norwegian Research School of Global Health (NRS GH) is financially supported from the Research Council of Norway, and started 2016. This is a collaboration between Universities of Oslo, Bergen, Tromsø, the Institute of Public Health, and NTNU in Trondheim, which is the host of the research school. NRS GH has about 130 PhD students as members. These PhD students are registered at a Norwegian University. The research school has been an added resource that have brought the research students from all universities in Norway together and broadened their menu of education. The aim is to provide national and international collaborations and interdisciplinary research, beyond what individual institutions can provide, to strengthen the quality of PhD education and facilitate recruitment of young researchers in global health and it has assisted in network building and improved course content.

Norwegian research environments, the universities and the Norwegian University of Life Science (NMBU) have for quite some time run English language Master programs in international/global health.

The master studies have been based on individual research projects and a thesis. The teaching environment in all sites have been "the international classroom" with students from all over the world. All schools have had a diverse student group from many counties, especially the global south, and with many different professional health backgrounds. The completion rates are high, and the evaluations have been excellent and several of the courses have won major prizes. Recent challenges have been the funding for the students from low and middle-income countries, as the NORAD stipend program and Quota program has ended. The new NORHED and NORPART programs do not fund full time studies over two years. Many of the past students have gained good positions in the global health work force, and most do not remain in Norway.

The best 10-15 % of the Master students have also completed global/international health PhDs. The universities have good record of accomplishment on such research educations, and the student PhD graduation outputs have been good. Many of our past students are now working in academic institutions or in health ministries in their home countries. Several previous students have received academic positions as associate and full professors, and are now counterparts in larger research collaborations or co-supervise students from Norwegian institutes. They are the academic backbones also in establishing degree programs in their own institutions.

Norway has had a comparative advantage in this type of research development, especially regarding the following points:

1. A large proportion of the students have received basic financial support
2. The proportion who finish and return to home countries is large
3. The students have covered a large research portfolio, and have often worked on research programs already established
4. The students learn research methodologies, proposal writing, analysis of data and critical thinking around issues relevant for their home environment
5. The students understand how policies are developed, understand cultural diversity and develop critical thinking.

6. Our postgraduate education is reasonable, due to the free of charge study programs and students from the Global South may afford to complete studies. This is a very important basis.
7. In addition to the excellent training of individuals for MSc and PhD degrees, it is important to highlight the need for and past involvement of Norwegian institutions in partnerships aimed at research and educational program capacity building at institutional level. Support to the establishment of PhD programs, strengthening laboratories, support to libraries and e-learning infrastructure are examples, where partnerships would contribute beyond the individual level.

Specific questions raised by NFR:

- *Hvilke fagdisipliner/temaer/sykdommer/faser i forskningen innenfor global helse- og vaksinasjon mener Forumet at norske forskningsmiljøer er spesielt sterke på?*

The Research School includes all PhD's with a global health topic. Of our member list, we can see that a large proportion is doing research in mother- and child health, sexual- and reproductive health, violence, health information systems, violence against woman, health care to displaced persons, HIV/AIDS, malaria, non-communicable diseases like diabetes, cardiovascular and cancer.

- *Finnes det fagområder hvor norske forskere på global helse- og vaksinasjonsforskning kan tilføre noe som ikke finnes i like stor grad andre steder/internasjonalt?*

The funding from GAVI and support to EDCTP in Norway has had a huge impact on international vaccination programs and virus research (Ebola). There is a unique research community in UiO, working in digital health information system. They are absolutely in the forefront of handling health data in low-and middle-income settings. Also at NTNU there are a strong research group in global surgery, capacity building and training health care providers. This research group has built up a robust International network and has collaboration with UN organisations and NGO's. At UiT there is international well-known researchers in minority health.

- *Er det områder innen global helse- og vaksinasjonsforskning som er underfinansiert, også internasjonalt, og hvor Norge kan fylle et tomrom eller spille en spesiell rolle?*

Norway is good in sexual- and reproductive health care and rights. As there are changing in the global funding possibilities for family planning for low-and middle income countries. Norway can play an essential role both by research and by initiate importance of good family planning politics and services for the population.

- *Bærekraftsmålene (SDGene) er et viktig utgangspunkt for prioriteringer framover. Finnes det spesielle delmål i SDGene der norske forskere på global helseforskning kan bidra mer enn andre?*

Due to the long tradition of peace, good educational systems free of charge for children, well established health systems, strong innovation institutions focusing on health devices, climate improvement, clean energy, economic growth, political democracy in the Scandinavian countries, Norway can in almost all SDGs, but especially contribute to the SDGs 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13 and 16.

Innspill fra sivilsamfunnet

Bestilling fra Norges Forskningsråd:

Hei,

Forskningsrådets program for global helse og vaksinasjonsforskning (GLOBVAC) har som hovedmål å støtte forskning av høy kvalitet med potensial for i stor grad å bidra til vedvarende helseforbedringer og utjevning av helseforskjellene for mennesker i lavinntekts- og lavere mellominntektsland. Siden 2006 har programmet finansiert norskledede forskningsprosjekter innen følgende prioriterte temaområder;

1. Forebygging og behandling av- og diagnostikk for smittsomme sykdommer, særlig vaksine- og vaksinasjonsforskning;
2. Familieplanlegging, reproduktiv-, mødre-, nyfødt-, barne- og ungdomshelse;
3. Forskning på helsesystemer og helsepolitikk;
4. Innovasjon i teknologi og metodeutvikling.

Programmets andre periode varer ut 2020 og det er usikkert hvordan en ny programperiode eller en ny satsning på global helseforskning vil se ut. I den forbindelse har Forskningsrådet opprettet en arbeidsgruppe bestående av representanter fra UD, Norad, HOD, Helsedirektoratet og Forskningsrådet. Arbeidsgruppen skal vurdere fremtidige behov og muligheter, og innretning på en videre satsing på norsk forskning på global helse- og vaksinasjonsforskning etter 2020. Det skal være en hurtigarbeidende gruppe som skal skrive et notat som Forskningsrådet kan benytte i sitt videre arbeid. Vi ønsker med dette å få tydeliggjort viktigheten av fortsatt satsing på global helse- og vaksinasjonsforskning, og samtidig gi noen råd om hva som kan være mulige prioriteringer.

I den forbindelse tar vi kontakt med noen utvalgte sivilsamfunnsorganisasjoner som jobber med global helse for å gi dem muligheten til komme med korte innspill til arbeidsgruppen. Innspillene skal hjelpe oss med å identifisere styrker og muligheter innen dette fagfeltet i Norge og vil bli brukt i notatet arbeidsgruppen skal utarbeide. Innspillet kan ta utgangspunkt i følgende spørsmål;

- Hvor er de viktigste utfordringene innen global helse slik dere ser det?
- Er det områder innen global helse- og vaksinasjonsforskning som er underfinansiert, også internasjonalt, og hvor Norge kan fylle et tomrom eller spille en spesiell rolle?
- Hvor mangler man forskningsbasert kunnskap som det kan være nyttig at norske forskningsmiljøer opparbeider seg kunnskap på?
- Hvor bør en ny innsats på global helseforskning i Norge særlig rettes?

Svar mottatt på epost fra:

Fra Røde kors v/Torgeir Nærlie Vasaasen

Vi ser et behov for forskning og kunnskap rundt mulige innovative løsninger for å sikre økt tilgang til helsetjenester/helsetilbud i krig og konfliktsituasjoner – der tilgangen er minst er det ofte fordi det er svært vanskelig eller tilnærmet umulig å løse problemet med tradisjonelle humanitære metoder. Dette vil spesielt gjelde områder i krig og konflikt der nasjonale myndigheter ikke har mulighet til å

tilby tjenester pga manglende kontroll over området, der de som utfordrer statsmakten ikke har kapasitet eller interesse av å tilby tjenester og der humanitære aktører har en begrenset tilgang. Spesifikt kunne det vært interessant å se på om ulike metoder for kontantoverføringer (digitalt)/cash programming kan være del av løsningene.

Fra Leger uten grenser v/ Karine Nordstrand

Når det gjelder de viktigste globale helseutfordringene innen temaområdene har vi valgt å fokusere på to områder som vi anser som særlig viktige, og hvor behovet for en styrket global innsats på forskningsfronten er prekært, nemlig antibiotikaresistens og tuberkulose.

Våre innspill, basert på spørsmålene i mailen din er som følger:

Hvor er de viktigste utfordringene innen global helse slik dere ser det?

- Resistente infeksjoner er en av de største truslene mot fremtidens globale helse, og noe vi i Leger Uten Grenser både er svært bekymret for og opptatt av. I våre prosjekter verden over opplever vi en stadig økende og ofte alarmerende høy andel av antibiotikaresistente infeksjoner blant annet som følge av uregulert, utstrakt og unødvendig antibiotikabruk og ødelagte eller sviktende helsesystem med manglende infeksjonskontroll.
- Tuberkulose er fortsatt den infeksjonssykdommen som tar flest liv på verdensbasis, og forekomsten av MDR-TB er økende globalt. Leger Uten Grenser er den ikke-statlige aktøren som behandler flest tuberkulosepasienter i verden, inkludert MDR-TB. Vi driver også forskning og utprøving av nye behandlingsregimer.

Er det områder innen global helse- og vaksinasjonsforskning som er underfinansiert, også internasjonalt, og hvor Norge kan fylle et tomrom eller spille en spesiell rolle?

- Norge er et foregangsland i den globale kampen mot antibiotikaresistens, og norske fagmiljøer har unik kunnskap og kompetanse innen feltet. Kunnskapshullene globalt, og særlig i LMIC, hva gjelder sykdomsbyrde, forebygging og effekt av tiltak er enorme.
- Tuberkulose er fortsatt et felt hvor forskning på nye, mer effektive medisiner / behandlingsregimer og diagnostiske verktøy er svært underfinansiert, samtidig som behovet er prekært. Dette ble blant annet aktualisert ifm. FNs høynivåmøte i september i fjor.

Hvor mangler man forskningsbasert kunnskap som det kan være nyttig at norske forskningsmiljøer opparbeider seg kunnskap på?

- Antibiotikaresistens: Vi opplever ofte manglende kunnskap om problematikken fra helsemyndigheter og helsepersonells side. Samtidig er det mangel på mikrobiologiske data som kan muliggjøre bedre målrettet behandling. Vi tror norske forskningsmiljøer kan ha en rolle når det gjelder å styrke datagrunnlaget, samt vurdere effekt av tiltak for å øke kunnskapen og responskapasiteten på området.
- Kortere, mer effektive, mer pasientvennlige behandlingsregimer med færre og mindre alvorlige bivirkninger er helt nødvendig dersom vi skal greie å stanse den globale tuberkuloseepidemien i tråd med målene i WHO's End TB strategi – særlig når det gjelder MDR-TB. Her kan norske forskningsmiljøer bidra ytterligere, både hva gjelder forskning på utvikling av nye behandlingsmetoder / -regimer og implementering av disse.

Hvor bør en ny innsats på global helseforskning i Norge særlig rettes?

- Hva gjelder antibiokaresistens ser vi et sterkt behov for
 - Utvikling av hurtigtester som kan gi klinikere diagnostisk støtte og informasjon om patogener og resistensforhold
 - Mer data om resistensforhold i LMIC, slik at behandlingsprotokoller kan tilpasses lokale / regionale forhold
 - Styrking av helsemyndighetene og helsetjenestens kunnskap om og håndtering av den globale AMR-epidemien, særlig i LMIC (inkludert forskning på effekt av tiltak).
- Når det gjelder tuberkulose er det behov for
 - Forskning på nye medikamenter og behandlingsregimer / -metoder, særlig for MDR-TB
 - Utvikling av bedre diagnostiske verktøy (hurtigtester) som kan brukes der pasientene er (point of care-tester), blant annet for å avklare resistensmønstre og sikre en målrettet behandling
 - Forskning som dokumenterer effekten av nye behandlingsregimer

Fra LHL v/ Mona Drage

Vår tilbakemelding er rett og slett at tuberkulose er svaret på alle spørsmålene som stilles i mailen under:

Tuberkulose (TB) er den viktigste utfordringen innen global helse slik vi ser det, tuberkuloseforskning er kronisk underfinansiert, det er mye kunnskap som mangler og Norge bør rette en ny innsats på global helseforskning mot nettopp tuberkulose

Her kommer litt bakgrunn til svaret:

- Tuberkulose er den infeksjonssykdommen som tar flest liv i verden i dag, 1.6 millioner mennesker døde av tuberkulose i 2017.
- Av 10 millioner mennesker som blir syke hvert år, har bare 6/10 tilgang til behandling
- Det finnes ingen effektiv vaksine mot tuberkulose.
- Medisinene er gamle, og behandlingen tar minst 6 måneder
- Tuberkulose er også årsak til 1/3 av alle dødsfall relatert til antibiotikaresistens
- Bare i 2017 fikk over 550 000 mennesker resistent tuberkulose. Bare 1 av 4 har tilgang på behandling, og av disse blir bare 55% friske. Det er en lang (opptil 2 år), dyr og smertefull behandling.
- Resistent tuberkulose finnes i alle land, også Norge. I noen land har så mange som en tredjedel av de som får tuberkulose for første gang, resistente bakterier

Tuberkuloseforskningen er selve definisjonen av underfinansiert. Tuberkuloseforskning har vært underfinansiert i alle år, vi bruker fortsatt de samme medisinene og diagnostika som på 50 tallet. Det trengs to milliarder dollar årlig til tuberkuloseforskning, mens det i dag kun dekkes inn en tredjedel.

Over 10 millioner mennesker får tuberkulose hvert år, men bare 6, 4 millioner mennesker får en diagnose. Tuberkulose kan være vanskelig å diagnostisere, særlig hos barn og hiv-positive. Det trengs bedre diagnostiske verktøy, helst en rapid- on-the -spot- test, som ikke er avhengig av et laboratorium, som også kan diagnostisere tb hos barn, hiv- positive og ekstrapulmonær tuberkulose.

Her er en illustrasjon som viser forskjellen på politisk vilje og finansiering til forskning og utvikling mellom hiv og tb (ikke for å si at hiv får nok, men for å vise hvor lite tb får)

HIV	TUBERKULOSE
- 1,8 millioner mennesker fikk hiv i 2017	- 10,4 millioner mennesker ble syk av tuberkulose i 2017
- 940 000 mennesker døde av aids relaterte sykdommer, blant annet tuberkulose, i 2017	- 1,6 millioner mennesker døde av tuberkulose i 2017. 300 000 av disse var hiv positive.
- Første medisinen tilgjengelig i 1987. Innen 2010 var det over 20 forskjellige medisiner/behandlingsmuligheter.	- Tuberkulose behandles fortsatt med de samme medisinene som på 1940-50 tallet.
- Enkle og kjappe diagnostiske tester kom allerede på 1990 tallet, og i dag kan man ta test hjemme hvis ønskelig	- Tuberkulose diagnostiseres fortsatt hovedsakelig gjennom mikroskopi av ekspektorat. Veldig få nye diagnostiske verktøy på trappene.
- Finansiering til forskning og utvikling har ligget på rundt 1,2 milliarder USD pr år de siste 10 årene	- Finansiering til forskning og utvikling er ca. 700 millioner USD per år. Målet er 2 milliarder USD.
- Stor satsing på vaksineutvikling, med hundrevis av vaksinekandidater	- Rundt 15 vaksinekandidater for tuberkulose
- Mange høynivåmøter i FN fra 2001	- Første høynivåmøte i 2018

BCG vaksinen er ikke effektiv nok til å stoppe tuberkuloseepidemien. Det trengs en ny vaksine mot tuberkulose. Norge kan og bør, med sin kompetanse på vaksineutvikling bidra mye mer inn, være en pådriver for utvikling av en ny vaksine mot tuberkulose

I deklarasjonen fra høynivåmøtet om TB i FN i fjor står det at verden trenger å investere 2 milliarder USD årlig. Hvis land kan bruke minst 0,1 % av alle forskningsmidler (GERD) til tuberkuloseforskning så vil vi kunne nå denne målsetninga. Det vil si at Norge må minst doble sin andel, i 2017 brukte vi ca 0,05% på tub-forskning.

Hva bør Norge gjøre:

- Følge opp Norges uttalelse til FNs høynivåmøte om tuberkulose i 2018 og forpliktelsene i deklarasjonen.
- Som en viktig global aktør mot antibiotikaresistens, sikre at bekjempelsen av resistent tuberkulose er en del av dialogen
- Bruke minst 0,1 % av alle forskningsmidler (GERD) til tuberkuloseforskning (i 2017 brukte vi ca 0,05%).
- Bidra til utvikling og produksjon av ny vaksine, diagnostikk og medisiner mot tuberkulose

Norges forskningsråd

Postboks 564, 1327 Lysaker

Telefon: +47 22 03 70 00

post@forskningsradet.no / www.forskningsradet.no

Oslo, mai 2020

Foto omslag: WHO

Foto bakside: Shutterstock 242658913

Design: Burson Cohn & Wolfe

ISBN nummer: 978-82-12-03836-3 (pdf)

Publikasjonen kan lastes ned fra
www.forskningsradet.no/publikasjoner
eller grønt nummer telefaks: 800 83 001

© Norges forskningsråd 2019

