

Kan medisinsk forskning bidra til global utjevning?

Medisinsk forskning har i mange årtier gitt viktige bidrag til å bedre folks helse. Forskning som grunnlag for utvikling av vaksiner og antibiotika er to av mange eksempler der man har oppnådd kostnadseffektive løsninger for forebygging og behandling. Disse tiltakene har bidratt til betydelig økt overlevelse for barn og dermed høyere gjennomsnittlig levealder i befolkningen.

Oppfølging, utnyttning og implementering av etablert kunnskap er viktige forutsetninger for at forskningsresultater skal kunne bidra til bedre helse. Etter Verdensbankens beregninger er ca. 1,2 milliarder mennesker, dvs. ca. 24 % av jordens befolkning, fattige. Fattigdom er en av de viktigste determinanter for dårlig helse, både som årsak og konsekvens, og i mange større epidemiologiske studier er fattigdom den største risikofaktoren for dårlig helse. Dårlig helse gir også færre muligheter for deltakelse i skole, undervisning og arbeidsliv og andre aktiviteter som kan bidra til bedring av økonomiske forhold (1).

Hvordan kan man så sikre seg at videre forskning bidrar til helsegevinst for den delen av verdens befolkning som trenger det mest, og på den måten bidra til global utjevning? For å oppnå dette må forskningen i større grad rettes inn mot problemene blant dem som har de vanskeligste helseforholdene. Der kan man få de største gevinstene. Allerede i 1990 kom rapporten *Health research: essential link to equity in development* (2), utarbeidet av Commission on Health Research for Development, et uavhengig internasjonalt initiativ som var etablert med målsetting om å bedre helseforholdene i utviklingsland. Rapporten pekte på det store misforholdet mellom de helseproblemer som finnes i den fattigste delen av verdens befolkning og ressursene som benyttes til forskning og utvikling knyttet til disse helseproblemene. Det ble gitt anbefalinger om å bygge opp nasjonal forskningskompetanse og utvikle egne strategier i utviklingsland for å kunne foreta de beste valg for styrking av egen helsetjeneste og bedring av levekår (2).

Både i denne rapporten og i senere rapporter, bl.a. fra Verdens helseorganisasjon, er det anbefalt at minst 5 % av budsjettet i bistandsprogrammer og -prosjekter bør gå til forskning som følger bistandsprogrammet, og at minst 2 % av utviklingslandenes helsebudsjett bør gå til forskning basert på analyse av landenes egne behov for nasjonal forskning (2, 3).

Men ti år senere er det fortsatt svært langt igjen. Det er estimert at bare 10 % av de totale ressurser til medisinsk og helsefaglig forskning er relatert til 90 % av verdens syk-

domsbyrde. Dette rammer spesielt de fattigste. Smittsomme sykdommer er fortsatt den viktigste årsaksfaktor til helseproblemer for verdens fattigste befolkning og er årsak til 59 % av alle dødsfall i landene med lavest gjennomsnittlig inntekt, sammenliknet med 34 % av dødsfall totalt for hele verden (4, 5). Det er beregnet at lungebetennelse, diaré, tuberkulose og malaria utgjør ca. 20 % av verdens sykdomsbyrde, men forskningsmidlene som brukes på disse feltene, utgjør mindre enn 1 % av total privat og offentlig forskningsfinansiering (4).

Hvorfor er det slike misforhold? Fordelingen av verdens forskningsressurser bestemmes av de rikeste landene, som i høy grad prioriterer forskning rettet mot egne nasjonale helseproblemer. Industrielt finansiert forskning rettes inn mot felter der det er best inntjeningspotensial. Offentlig finansiert forskning har derfor et spesielt ansvar for å ivareta globale helseproblemer.

Forskning som krever meget store finansielle ressurser, som for eksempel bioteknologi og funksjonell genomforskning, foregår hovedsakelig i de større industrilandene. Det er derfor spesielt viktig at denne forskningen også rettes mot helseproblemer i den fattigste delen av verden. EU-kommisjonen har i utkast til beskrivelse av neste rammeprogram for forskning spesielt fremhevet fattigdomssykdommer som en del av bioteknologiseringen.

Med endrede prioriteringer, globalt og nasjonalt, kan forskning og utnyttning av kunnskap bidra til større likeverd globalt. Totalt sett vil et viktig punkt da være å prioritere forskning rettet mot smittsomme sykdommer. Selv om trendfremskrivning viser at livsstilssykdommer vil øke andelsmessig i forhold til smittsomme sykdommer, er det fortsatt forskningsinnsats knyttet til forebygging og behandling av sykdommer som tuberkulose, AIDS, diaré, malaria mfl. som vil kunne bidra mest til bedre helse og likeverd globalt. Bedre behandlings- og forebyggingsmuligheter for disse sykdommene vil kunne bidra til å redusere forskjellene i forventet levealder. Økes andelen av forskningsressursene til livsstilssykdommer, antas forskjellene i forventet levealder å øke mellom den fattige og den rikere del av verden, fordi det er de rikere landenes befolkninger som vil ha størst nytte av bedre behandlings- og forebyggingstiltak knyttet til disse sykdommene (5).

Hvordan er så vår nasjonale innsats? Norge er blant de større bidragsyterne til GAVI (Global Action on Vaccination and Immunization) (6). GAVI er et godt eksempel på et initiativ der man i tillegg til å få startet opp vaksineringsprogrammer med allerede ut-

viklede vaksiner også ønsker å finansiere forskning for å utvikle nye vaksiner mot flere av fattigdomssykdommene. Utenriksdepartementet har øremerket noen begrensede midler til norske forskningsaktiviteter relatert til GAVI. En rask gjennomgang av Forskningsrådets bevilgninger i 1999–2000 viser imidlertid at kun ca. 5 % går til forskning som er relevant for sykdommer og helseproblemer i utviklingsland. Hvor stor andelen er ved universitetene, finnes det ingen oversikt over, men det kan antas at andelen ikke er noe særlig høyere. Selv med de begrensede ressursene vi har til medisinsk og helsefaglig forskning i Norge, er det kanskje på tide å vurdere i hvilken grad Norge følger opp bl.a. Verdens helseorganisasjons anbefalinger.

Ragna Valen

rav@forskningsradet.no

Norges forskningsråd, Medisin og helse
Postboks 2700 St. Hanshaugen
0131 Oslo

Ragna Valen (f. 1952) er avdelingssjef i Medisin og helse, Norges forskningsråd, og har hovedansvar for klinisk forskning og for internasjonalt forskningssamarbeid. Hun er nasjonal delegat til EUs forskningsprogram Quality of Life and Management of Living Resources og er norsk styremedlem i Global Forum for Health Research.

Litteratur

1. World Bank. World Development Report 1993: investing in Health. New York: Oxford University Press, 1993.
2. Commission on health Research for Development. Health research: essential link to equity in development. New York: Oxford University Press, 1990.
3. Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options. Summary of investing in health research and development. Genève: World Health Organization, 1996.
4. Global Forum for Health Research. The 10/90 report on health research 2000. Genève: GFHR, 2000.
5. Gwatkin RD, Guillot M. The burden of disease among the global poor. Current situation, future trends, and implications for strategy. Human Development Network. Health, Nutrition and Population Series. Washington D.C.: The World Bank, 1999.
6. Kristiansen B-E. Vaksine mot fattigdom. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1717.