

Global helseforskning i Norge - oversikt og vurdering

Heftets tittel: Global helseforskning i Norge - oversikt og vurdering

Utgitt: Juni 2008

Bestillingsnummer: IS-1574

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Sekretariat for internasjonalt arbeid
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Heftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-1574

Forfatter: Joar Svanemyr,
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin,
Universitetet i Oslo

Utgitt i samarbeid med UiO på oppdrag fra Helsedirektoratet

Forord

Denne rapporten er skrevet på oppdrag fra Helsedirektoratet. Undertegnede ble kontaktet av Helsedirektoratet i november 2007 med en forespørsel om jeg hadde mulighet til å lage en oversikt over global helseforskning i Norge. Helsedirektoratet har i de siste årene blitt mer involvert i globale helsespørsmål, og hadde følgelig behov for en oppdatert oversikt over prosjekter og felt hvor norske forskere er involvert, og generelt over norsk kompetanse på området. Bestillingen ble imidlertid utvidet med et ønske om en vurdering av samsvaret mellom behovene for forskningen innen globale helsespørsmål, og den norske satsingen. Intervjuer og innsamling av informasjon som danner grunnlaget for rapporten ble avsluttet i april 2008. Vi håper at oversikten vil være nyttig også for andre aktører på feltet, og for enhver som interesserer seg for temaet. En takk rettes til Mohamed Guled Farah som bistod med innsamling av informasjon om pågående forskningsprosjekter.

Norsk global helseforskning er mangslungen og involverer mange aktører, samtidig som den er relativt fragmentert. En komplett oversikt som inkluderer alle prosjekter og personer er det derfor vanskelig å lage. Mangler og feil i oversikten står likevel for forfatterens egen regning. Synspunkter og påstander er enten forfatterens egne, eller hans gjengivelse av synspunkter framført av hans informanter, og skal ikke tillegges Helsedirektoratet.

Vennlig hilsen
Joar Svanemyr
Seksjon for internasjonal helse
Institutt for allmenn og samfunnsmedisin
Universitetet i Oslo,
Juni 2008

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| Forord | 3 |
| Forkortelser | 6 |
| Sammendrag | 7 |
| Innledning | 8 |
| <i>Metode</i> | 8 |
| <i>Hva er global helseforskning?</i> | 9 |
| <i>Den norske satsingen</i> | 10 |
| Tematisk dekning | 11 |
| Vurdering av samsvar mellom satsing og behov | 14 |
| Kanaler og partnere: Hvor er behovene, hvor trenger vi kompetanse? | 17 |
| Bruk av forskere og forskningsresultater | 18 |
| <i>Anvendelig og anvendt forskning?</i> | 19 |
| Oppsummering | 21 |
| Vedlegg | 22 |
| Vedlegg 1: Tematisk prosjektoversikt | 22 |
| Vedlegg 2: Prosjekter støttet av GLOBVAC | 35 |
| Vedlegg 3: Doktorgradsprosjekter innen internasjonal/global helse siste fire år, Oslo | 37 |
| Vedlegg 4: Doktorgradsprosjekter innen internasjonal/global helse siste fire år, Bergen | 41 |
| Vedlegg 5: Masteroppgaver | 44 |
| Vedlegg 6: Personer intervjuet | 49 |

Forkortelser

| | |
|---------|--|
| CIH | Center for International Health (Universitetet i Bergen) |
| CMI | Christian Michelsens Institutt |
| EDCTP | European and Developing Countries Clinical Trials Partnership |
| Fafo | Fagbevegelsens senter for forskning, utredning og dokumentasjon |
| GAVI | Global Alliance for Vaccines and Immunization |
| GFATM | Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria |
| GLOBVAC | Global Health and Vaccination Research (forskningsprogram ved NFR) |
| HOD | Helse- og omsorgsdepartementet |
| HRP | Human Reproduction Program |
| IASAM | Institutt for allmenn og samfunnsmedisin (Universitetet i Oslo) |
| IAVI | International AIDS Vaccine Initiative |
| NFR | Norges forskningsråd |
| NTNU | Norsk teknisk naturvitenskapelig universitet (Trondheim) |
| NOMA | Norad's Programme for Master Studies |
| NUFU | Nasjonalt program for utvikling, forskning og utdanning |
| SHDir | Sosial og helsedirektoratet |
| SUM | Senter for utvikling og miljø |
| TDR | Tropical Disease Research |
| UD | Utenriksdepartementet |
| UiB | Universitetet i Bergen |
| UiO | Universitetet i Oslo |
| UiT | Universitetet i Tromsø |
| UNFPA | United Nations Populations' Fund |
| UNICEF | United Nations Children's Fund |
| WB | World Bank |
| WHO | World Health Organisation |

Sammendrag

Den norske stat bevilger ca 280-290 millioner kroner pr år til global helseforskning. Til sammenligning blir det avsatt omtrent 2,8 milliarder kroner til helse relatert bistand til lavinntektsland. Fortsatt er bare ca 5 % av forskningsmidlene innen medisin og helse i Norge rettet mot helseproblemer som står for 90 % av den globale sykdomsbyrden. Dette til tross for en økt satsing gjennom Norges forskningsråd på global helseforskning og ikke minst vaksinasjonsforskning.

Målt i antall prosjekter er det klart mest aktivitet på temaene HIV/AIDS og tuberkulose. Innen vaksinasjonsforskning er det etter hvert blitt en god del aktivitet, med et visst tematisk fokus på utvikling og testing av nye vaksiner. To store prosjekter på henholdsvis helseinformasjonssystemer og immuniseringsdekning dekker andre vaksinerelaterte områder.

Barnehelseforskningen er i hovedsak knyttet til studier på vaksiner og ernæring, og delvis tuberkulose. Med tanke på FNs sentrale tusenårsmål for mødre- og nyfødthelse er det relativt begrenset forskningsaktivitet på dette. Små grupper arbeider med reproduktiv helse og mødre helse ved IASAM, CIH og Høyskolen i Bergen. Når det gjelder tropesykdommer, er forskning i Norge begrenset til forskningsmiljøene ved Ullevål sykehus og IASAM som forsker på schistosomiasis (bilharzia), og Kompetansesenteret for Tropemedisin i Bergen som forsker på tuberkulose, giardia og antimikrobielle resistensforhold i Tanzania.

Antallet prosjekter som ser på helsesystemer inkludert helseadministrasjon, helsepolitikk, helsepersonell og helseøkonomi, er relativt begrenset. Men aktivitetsnivået er voksende. To større prosjekter har fått støtte fra GLOBVAC programmet. På andre felt er det en beskjeden innsats, og ofte er kun få personer involvert. Det gjelder blant annet oral helse, arbeidsmedisin, alkohol og tobakksrelaterte lidelser, toksikologi, og mental helse.

Det er en generell enighet i forvaltningen og i forskningsmiljøene om at global helseforskning i Norge er underfinansiert. Den gløden regjeringen har visst for global helse, har bare delvis blitt fulgt opp med støtte til helseforskning. Det mangler fortsatt mye på at Norge får sterke og levedyktige miljøer som kan måle seg internasjonalt, også på de feltene hvor Norge tross alt har et godt utgangspunkt i veletablerte miljøer. Forvaltningen trenger sikrere kunnskap, og etterspør mer relevant og anvendbar forskning. Forskning på helsesystemer, helsetjenester og helsepolitikk, og implementeringsforskning, framstår som de feltene som det i særlig grad er enighet om bør ha høyere prioritet. Med tanke på tusenårsmålene er det behov for å styrke forskning på temaet mødre dødighet. En sentral utfordring er å styrke og utvide kontakten mellom forskningsmiljøene og forvaltningen slik at forvaltningen får bedre kunnskaper om forskningen, og slik at forskerne får bedre kjennskap til kunnskapsbehovene i forvaltningen.

Innledning

I et globalt perspektiv har helsetilstanden til verdens befolkning vært på bedringens vei de siste tiårene. I snitt kan hvert menneske på jorden vente seg å leve 15 år lengre enn hva det kunne for to generasjoner siden. På tross av dette dør hvert år millioner av mennesker av sykdommer og komplikasjoner som det er lett å forebygge eller behandle. Hovedårsaken til dette er en meget ulik fordeling når det gjelder tilgang på helsetjenester, næringsrik mat og trygge, stabile livsvilkår. Tre barn pr tusende levendefødte dør i de best stilte landene, sammenlignet med 300 barnedødsfall pr tusende levendefødte i landene med de verste forholdene. Manglende helsetjenester, dårlig ernæring og helseskadelige boforhold handler langt på vei om en feilslått økonomisk politikk og dårlig ressursfordeling. Samtidig mangler vi på svært mange områder den kunnskap, medisin og teknologi som er nødvendig for å forebygge og bekjempe sykdommer effektivt. For å bedre helsetilstanden i de dårligst stilte områdene, trengs det en betydelig forskningsinnsats både innen medisinutvikling, intervensjoner, kartlegging, politikk og administrasjon. Norge har med sine økonomiske og faglige ressurser gode forutsetninger for å bidra til dette.

Norge har lange tradisjoner for et sterkt og levende engasjement i internasjonale helsespørsmål. Fridtjof Nansen og norske misjonærer var blant de nordmenn som arbeidet for å fremme helsen i fjerne og fattige land i en tid hvor Norge selv slet med lav levealder pga. blant annet høy mødre- og barnedødelighet, tuberkuloseepidemier, under- og feilernæring, og dårlig tilgang til helsetjenester. I tillegg til sin bilaterale bistand, har den norske regjeringen de senere årene trappet opp støtten til internasjonale organisasjoner og initiativer som arbeider med helse i fattige land. GAVI, GFATM og FN-organisasjoner og programmer som WHO, UNFPA og UNICEF har nytt godt av dette. Norge gir ca 2,8 milliarder kroner i helserelatert bistand i 2008.

Engasjementet når det gjelder helsebistand har bare til en viss grad blitt fulgt opp av en tilsvarende satsing innen forskning på feltet, for Norges innsats har vært og er fortsatt relativt beskjeden innen forskning på global helse. For tre år siden ble det beregnet at ca 5 % av forskningsmidlene innen medisin og helse i Norge er rettet mot helseproblemer som står for 90 % av den globale sykdomsbyrden.¹ Dvs. at svært lite midler går til forskning på sykdommer og lidelser som spesielt rammer lavinntektsland. Internasjonalt er dette kjent som 10/90 gapet, hvilket betyr at Norge har en enda dårligere fordeling enn andre høyinntektsland. Dette er utgangspunktet for denne rapporten som forsøker å vurdere graden av samsvar mellom norsk global helseforskning og behovene for kunnskap på feltet.

Metode

Rapporten er basert på en gjennomgang av sentrale dokumenter, og på semi-strukturerte intervjuer med en håndfull sentrale personer innen bistandsforvaltning og forskningsmiljøene som jobber med global helse (vedlegg 6). I tillegg støtter jeg meg noe på uformelle samtaler om relevante temaer med forskere og byråkrater på feltet. For å gi de intervjuede litt større talfrihet enn de tillatter seg i offentlige sammenhenger er sitater og meninger anonymisert.

¹ Norge bruker for øvrig relativt lite penger på forskning på helse og medisin generelt sammenlignet med bl.a. Sverige og Danmark sett i forhold til innbyggertallet.

Jeg har også trukket noe veksler på intervjuer med forskere og byråkrater utført i forbindelse med en halvveisgjennomgang av forskningsprogrammet Utviklingsveier i Sør.²

Hva er global helseforskning?

En arbeidsgruppe nedsatt av tre departementer definerte i 2003 global helseforskning på følgende måte:

*Forskning på helseproblemer i Sør og fattigdomsrelaterte sykdommer som leder til utvikling av nye og mer effektive eller kostnadseffektive metoder for diagnostikk, forebygging eller behandling, samt bedre utnyttelse av eksisterende metoder for diagnostikk, forebygging eller behandling og helsetjenesteforskning.*³

Det er spørsmål om det er på tide med en omdefinering. Global helse handler også om at sykdommer i økende grad "reiser" på tvers av grenser mellom land og kontinenter som følge av økt menneskelig mobilitet. Norge har bl.a. hatt en økning i forekomsten av tuberkulose de siste årene som en følge av økt innvandring fra land hvor tuberkulose er vanlig. Størstedelen av de nyregistrerte HIV-positive i Norge er blitt smittet enten før de flyttet til landet, eller mens de var på reise i andre land. Sykdommer som er mer utbredt i fjerne, fattige land, blir følgelig en utfordring også for helsevesenet i Norge. Samtidig er andre sykdommer som er velkjente også i Norge, etter hvert blitt definert som globale helseproblemer. Det gjelder ikke minst influensa som oppstår i stadig nye former, som ikke kjenner landegrenser, og som av WHO er definert som et globalt helseproblem. Andre eksempler er ikke-smittsomme sykdommer og kroniske lidelser som kardio-vaskulære sykdommer, kreft, overvekt og diabetes, helseproblemer knyttet til bruk av alkohol, tobakk og narkotika, og mentale lidelser. Dette er ikke spesielt "sør og fattigdomsrelaterte sykdommer", men likevel helseproblemer som har økende forekomst også i de fattigste landene, og som derfor er globale utfordringer.

Geografiske avgrensninger slik som "i sør" har også blitt problematisk. Etter Sovjetsamveldets sammenbrudd har vi fått nye geografiske områder hvor det er store behov for bistand innen helsesektoren og for samarbeid innen helseforskning. Universitetet i Tromsø er sterkt involvert i forskning på Kola og samarbeider med russiske forskningsmiljøer om blant annet helseeffekter av forurensning, mens norsk tuberkuloseforskning har utstrakt samarbeid med blant annet universitetet i Arkhangelsk. Andre land i Øst-Europa ønsker også forskningssamarbeid med Norge. Russland, Øst-Europa og Kina er verken land "i sør" eller "u-land". India, Sør-Afrika og Brasil er på sin side "i sør" og har store utfordringer relatert til ujevn ressursfordeling og fattigdomsrelaterte sykdommer, men er samtidig mellominntektsland med solide forskermiljøer.

Som vi skal komme tilbake til, er den nye satsingen på global helseforskning rettet mot de store infeksjonssykdommene som tar flest liv, og som i størst grad bidrar til "the global burden of disease".

² Svanemyr, Joar: Globalisation and marginalisation. Multi- and interdisciplinary research on development paths in the South. 1998 - 2007. Review and assessment of the programme period 1998 – 2004. Oslo: Norwegian Research Council, 2005.

³ Global helseforskning. Tid for å styrke norsk satsing. Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Helsedepartementet, Utdannings- og forskningsdepartementet og Utenriksdepartementet. 8. mai 2003.

Den norske satsingen

Over statsbudsjettet blir det i 2008 bevilget omtrent like mye midler til norsk global helseforskning som til multilaterale helseforskningsinnsatser, dvs ca 130 millioner kroner til hver. De største internasjonale mottagerne innen helseforskning er TDR som Norge støtter med ca 25 millioner kroner årlig, og HRP som får ca 11 millioner norske kroner.⁴ UD har på sin side beregnet at de på helseområdet, inklusivt HIV/AIDS, bevilger ca 155,6 millioner kroner til forskningsrelaterte aktiviteter. Beløpet inkluderer imidlertid midler som dekker administrasjon av internasjonal støtte, og konsulentoppdrag.⁵

Programmet for *Global Health and Vaccination Research* ble startet av Norges forskningsråd (NFR) i 2005. Det har i inneværende periode et budsjett på ca 65 millioner kroner pr år hvorav 50 millioner kroner går til vaksineringsforskning, og 15 millioner kroner til global helse generelt. Midlene til vaksinasjonsprogrammet kommer i sin helhet fra UD. Midlene til global helseprogrammet kommer fra UD (7 millioner), HOD (4 millioner) og Forskningsrådets eget fond (4 millioner).

Tabell 1: Budsjett for NFRs program for Global Health and Vaccination Research (GLOBVAC).⁶

| | Global health 2004-2010 | Vaccination 2006-2011 |
|----------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Annual budget 2008 | 15 mill. NOK | 50 mill. NOK |
| Project allocations | | |
| Norway-India | | 40 mill. NOK (4 projects) |
| EDCTP | 8 mill. NOK (1 project) | |
| Others | 82 mill. NOK (16 projects) | 87 mill. NOK (11 projects) |
| Total | 90 mill. NOK (17 projects) | 127 mill. NOK (15 projects) |

1 NOK = 0.13 EURO = 0.19 USD

Tallene ovenfor tyder på at den norske stat grovt regnet bruker 280-290 millioner kroner pr år på global helseforskning. I tillegg kommer egeninnsatsen fra universiteter og høyskoler. Dvs. at mindre enn en fjerdedel av midlene fra statsbudsjettet som brukes på global helseforskning, kanaliseres gjennom NFR.

Norske miljøer mottar også noe støtte fra EU og andre internasjonale programmer og initiativer. I Norge er satsingen innen privat sektor på forskning som er relevant for global helse, ganske minimal, og er begrenset til utvikling av medikamenter som reverserer HIV-indusert immunsvikt og vaksiner.

Norske universiteter, høyskoler og forskningsinstitutter har som en del av sin egenaktivitet prioritert global helse ved flere sentra og institutter. Et økende antall forskere i faste stillinger arbeider med forskning og utdanning innen global helse. En kartlegging fra 2004 viste at universitetene samlet rapporterte at totalt om lag 70 forskere hadde global helse som sitt hovedfelt (30 av disse er professorer), og 100 som deltidsaktivitet (i 20 – 49 % stilling, 55 på professornivå). Få av disse har imidlertid arbeid innen feltet global helse som en del av sin

⁴ Røttingen, John-Arne og Hodne Steen, Sissel: Global helseforskning – behov for sterkere og mer samordnet satsing. Notat, 10.1.2008.

⁵ Kaasa, Stine Madland: Kartlegging av UD's forskningsstøtte. Notat, 9.1.2008.

⁶ Engaging in global health research. Informasjonsbrosjyre fra NFR, 2008.

arbeidsbeskrivelse. Høgskolene rapporterte at totalt fem forskere hadde global helse som hovedfelt og om lag 30 med feltet som deltidsaktivitet.⁷

Norsk forum for global helseforskning oppsummerer i et notat til Utviklingsutvalget situasjonen med disse ordene:

Det finnes ingen sentra eller forskningsinstitusjoner i Norge med en størrelse og en finansiering som sikrer langsiktig bærekraft og internasjonal konkurransevne. Med noen unntak er norske fagmiljøer innen global helseforskning fortsatt små og finansieringen av feltet er begrenset. Norge har mange enkeltforskere med meget høy kompetanse og stort internasjonalt nettverk i flere viktige felt innen global helseforskning. Vi mangler imidlertid forskergrupper av en tilstrekkelig størrelse og med stor nok kapasitet til å kunne ta på seg større forskningsoppdrag og være ansvarlig for nødvendig kompetansebygging i feltet.⁸

En god del av virksomheten og kunnskapen er det vanskelig å kartlegge fordi den er knyttet til deltagelse i mindre studier, evalueringer og samarbeidsprosjekter. En stor del av denne typen studier utføres av konsulentfirmaer, men også forskere ansatt på universiteter, høyskoler og i forskningsinstitusjoner deltar. Slik aktivitet kan være viktig for å bygge kunnskap og erfaringer, og gjør forskere og konsulenter beredt både til selv å delta i større studier, og til å vurdere intervensjoner og forskning utført av andre.

Mange forskere har relativt høy kompetanse også på områder hvor de ikke er direkte involvert i forskning. Dette gjelder ikke minst temaer som er tversgående og relevant for flere spesialfelt. Et eksempel er helsesystemer. Selv om de som hovedsakelig forsker på tuberkulose eller vaksiner kanskje ikke kan påberope seg spesialkompetanse, så kan de ha omfattende kunnskap og god kjennskap til dette feltet. En del norske forskere bruker også mye tid på å veilede master og doktorgradsstudenter som studerer og skriver om internasjonale helsespørsmål.⁹ Dette gir dem god innsikt i temaer hvor de ikke nødvendigvis er å regne som spesialister. En prosjektoversikt gir derfor ikke et fullt og helt bilde av den norske kompetansebasen, men er en god indikator.

Tematisk dekning

Som en del av forberedelsene til forskningsprogrammet for global helse og vaksinasjonsforskning, ble det i 2004 foretatt en systematisk kartlegging av norsk global helseforskning ved at spørreskjemaer ble sendt til institusjoner og ressursgrupper involvert i helserelatert forskning.¹⁰ Oversikten viser at forskning på infeksjonssykdommer, ikke-smittsomme sykdommer og kroniske lidelser i fattige land i hovedsak foregår ved Universitetene i Oslo og Bergen. Ved andre institusjoner er satsingen mer begrenset, sågar begrenset til enkeltpersoner i en del tilfeller. Samlet sett foregår det likevel ganske mye forskning på globale helsespørsmål også andre steder. Det gjelder ikke minst Universitetet i Tromsø, Sintef og Nasjonalt Folkehelseinstitutt.

⁷ http://globalhealth.no/images/stories/report-global_health_research-research_council-2005.pdf

⁸ Norsk forum for global helseforskning: Forskning og forskerutdanning for bedre helse blant fattige i utviklingsland. Behov for styrking og samordning av norske bidrag. Innspill til Utviklingsutvalget om koherens mellom norsk politikk og de utviklingspolitiske mål. Februar, 2008.

⁹ Jf. vedlegg 3 og 4 for doktorgradsprojekter og vedlegg 5 for mastergradsprojekter.

¹⁰ Global Health Research. Programme Proposal, 2006 - 2010. Report from a Planning Committee commissioned by the Research Council of Norway. November, 2004.

Jeg så det ikke som hensiktsmessige å gjenta undersøkelsen fra 2004, ettersom det ikke ville gitt oss vesentlig ny informasjon. Noen prosjekter har kommet til veis ende, og en del nye har startet opp, men dette har ikke endret bildet i betydelig grad med tanke på hva som er satsingsområder og kompetansen i de norske forskningsmiljøene. Unntaket er vaksinasjonsforskningsfeltet som har fått en vitamininnsprøyting de to siste årene, men de fleste prosjektene som er startet på dette feltet er støttet av NFRs GLOBVAC program, og er med i deres oversikt (vedlegg 2). Kartleggingen fra 2004 viste for øvrig at det er vanskelig å tallfeste den globale helseforskningen i Norge både når det gjelder antall prosjekter, antall personer involvert, og ressursene som blir brukt. Svært mye avhenger av hvordan man definerer og avgrenser feltet.

Jeg har laget en oversikt i hovedsak basert på oversikter som er å finne utlagt på Internett, samt NFRs oversikt over prosjekter som får støtte fra GLOBVAC. I tillegg har enkelte institusjoner blitt bedt om å presentere en liste over prosjekter i de tilfeller hvor hjemmesider hadde lite informasjon (se vedlegg 1). Vedlegg 3 og 4 er lister over doktorgradsprosjekter de siste 3-4 årene ved Institutt for allmenn og samfunnsmedisin i Oslo, og Senter for internasjonal helse i Bergen. Doktorgradsprosjekter fra andre institusjoner er inkludert i vedlegg 1. Oversikten pretenderer ikke å være fullstendig, men gir likevel et rimelig dekkende bilde av tematiske satsinger og tematisk kompetanse. En tematisk gruppering gjør i en del tilfeller vold på prosjektenes fokus. Et prosjekt kan for eksempel handle om hvordan helsesystemer forholder seg til HIV/AIDS epidemien, og kan slik sett sorteres under både HIV/AIDS og helsesystemforskning. Vi har søkt å sortere slike prosjekter under det som framstår som hovedfokuset.

Antall prosjekter forteller bare deler av historien ettersom vi ikke har opplysninger om størrelsen på prosjektene målt i antall kroner investert, hvor mange personer som er involvert, omfanget i samarbeid med utenlandske institusjoner, eller for den del antall publikasjoner. Listen har en meget stor spennvidde fra multinasjonale samarbeidsprosjekter med en rekke underprosjekter til enkeltmannsprosjekter med små budsjetter.

Målt i antall prosjekter er det klart mest aktivitet på temaene HIV/AIDS og tuberkulose. Innenfor HIV/AIDS er det en stor grad av variasjon i temaer og vinklinger som det forskes på. Det strekker seg fra laboratorieforskning til antropologiske studier av hvordan folk forholder seg til sykdommen og risikoen for smitte. Strategier for forebygging av seksuelt overført HIV-smitte er et sentralt tema for miljøer både i Bergen og Oslo. Tuberkulose er et sentralt satsningsområde både for IASAM og CIH. På dette feltet er det mer tematisk konsentrasjon om mikrobiologi og immunologi, og mindre på samfunnsmedisin og sosiale og atferdsrelaterte faktorer. Ved kjemisk institutt, UiO, foregår det en del forskning på utvikling av legemidler mot tuberkulose, men dette er ikke forskning spesielt rettet mot fattige land. Innen både HIV/AIDS og tuberkulose er det en rekke doktorgradsprosjekter.

Innen vaksinasjonsforskning er det etter hvert blitt en god del aktivitet, ikke minst som følge av GLOBVAC satsingen, og flere miljøer er involvert. Her er det et visst tematisk fokus på utvikling og testing av nye vaksiner, men sortert under helsesystemforskning finner vi to store prosjekter på henholdsvis helseinformasjonssystemer og immuniseringsdekning som dekker andre vaksinerelaterte områder. Når det gjelder vaksineforskning, har Universitetet i Oslo en tematisk forskningsgruppe innen 'Vaccinology and Immunotherapy' som omfatter til sammen over 50 forskere. Selv om det normalt ikke sorteres under "global helseforskning" er dette arbeidet relevant for å bedre kunnskapen om og styrke forebygging av sykdommer utbredt i

fattige land. I Bergen har Influensasenteret ved Avdeling for mikrobiologi og immunologi, Gades institutt, UiB, fått internasjonal anerkjennelse og er både involvert i EU-prosjekter og i rådgivning overfor WHO. Disse miljøene har i hovedsak fått sin finansiering fra andre kilder enn GLOBVAC.

Oversikten ser ut til å inkludere få prosjekter innen barnehelse. Det gir et noe feilaktig bilde og skyldes at barnehelseforskningen i hovedsak er knyttet til studier på vaksiner og ernæring, og delvis tuberkulose. Særlig CIH i Bergen har i en årrekke hatt en betydelig satsing på barnehelse med fokus på ernæring. Et nytt prosjekt ved Nasjonalt Folkehelseinstitutt studerer effekten av "integrated management" på nyfødte- og barnedødeligheten i India. Andre prosjekter som angår barnehelse handler om vaksiner, og om mor til barn overføring av HIV. Ernæring har for øvrig vært tema for en del doktorgradsprojekter, bl.a. fra Palestina og Kina.

Med tanke på FNs sentrale tusenårs mål for mødre- og nyfødthelse er det relativt begrenset forskningsaktivitet på dette. Den viktigste aktiviteten er doktorgradsstudier som handler om svangerskapskomplikasjoner og forebygging av HIV-smitte fra mor til barn. Norge har en viss tradisjon for å markere seg innen reproduktiv helse internasjonalt, ikke minst siden feltet er meget sentralt for styrkingen av kvinnenes rettigheter og muligheter, men dette gjenspeiler seg bare i begrenset grad på forskningsfeltet. Små grupper arbeider med reproduktiv helse og mødre helse ved IASAM, CIH og Høyskolen i Bergen.

Når det gjelder tropesykdommer, har Norge to mindre miljøer henholdsvis ved Ullevål sykehus og IASAM som forsker på schistosomiasis (bilharzia) som er den mest utbredte parasittiske sykdommen etter malaria, og ved Kompetansesenteret for Tropemedisin ved Haukeland sykehus i Bergen hvor de har prosjekter på TB, giardia og antimikrobielle resistensforhold i Tanzania.

Forskning på diabetes med et internasjonalt perspektiv er stort sett begrenset til IASAM hvor blant annet fire doktorstudenter har (hatt) dette som tema.

En gruppe av temaer som har fått økt aktualitet er forskning på helsesystemer inkludert helseadministrasjon, helsepolitikk, helsepersonell og helseøkonomi. Antall prosjekter er begrenset, men aktivitetsnivået er voksende.¹¹ To større prosjekter har fått støtte fra GLOBVAC programmet, begge to fokuserer på vaksineprogrammer. LAYVAC prosjektet ledet av SINTEF studerer programmer som bruker "lay health workers" i vaksineringsprogrammer, og et nytt prosjekt ledet av Senter for utvikling og miljø ved UiO studerer årsaker til ulik vaksinedekning i India og Malawi. Institutt for informatikk, UiO, har i en årrekke arbeidet med å utvikle og spre et helseinformasjonssystem for monitorering av vaksineprogrammer. Et prosjekt ved CMI ser på helsepolitikk med et rettighetsperspektiv. Ved UiB finner vi to prosjekter om helsepersonell, samt et prosjekt om "accountable priority setting". Prioritering innen helsepolitikk på et globalt nivå er tema for et prosjekt ved CMI.

SINTEF har en omfattende liste av prosjekter relatert til funksjonshemmede og levekår, men de fleste er mindre studier finansiert av frivillige organisasjoner, eventuelt med støtte fra Norad.

¹¹ I denne sammenheng kan det være verd å påpeke at Institutt for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo fokuserer på det norske helsesystemet. Dette gjelder også masterstudentene. Selv om en del av disse kommer fra fattige land så henter de sitt datamateriale fra Norge.

På mange felt er det en beskjeden innsats, og begrenset til noen få personer. Det gjelder blant annet oral helse, arbeidsmedisin, alkohol og tobakksrelaterte lidelser, toksikologi, og mental helse. Det bør imidlertid nevnes at syv doktorgradsprosjekter ved CIH de siste fire årene har omhandlet oral helse, og UiT har hatt en rekke prosjekter på helseeffektene av miljøgifter på Kola.

Vurdering av samsvar mellom satsing og behov

Et spørsmål som reiser seg når det gjelder å vurdere en portefølje, er hvilke kriterier man skal bruke for å vurdere bl.a. viktighet, relevans, nytteverdi og aktualitet. Et sentralt kriterium er behovet for kunnskap. Men vi har to typer kunnskapsbehov som ikke nødvendigvis er sammenfallende. Det ene er det absolutte behovet for kunnskap som helsesystemene trenger for å behandle og bekjempe sykdommer som tar liv og reduserer livskvaliteten. Det andre er behovet i bistands- og helseforvaltningen som er knyttet til de mer dagsaktuelle oppgaver og satsingsområder som langt på vei er politisk bestemt. Sentralt når vi snakker om global helse, er tusenårsmålene som har tre mål knyttet til helse samt flere indikatorer som direkte eller indirekte handler om helse. Disse målene tar utgangspunkt i hvilke sykdommer som tar flest liv, og hvor det derfor er særlig behov for en storstilet innsats. Den norske regjeringen har valgt å fokusere på disse i sin innsats rettet mot global helse. Norge har imidlertid ikke ressurser og forutsetninger til å gjøre en like stor innsats på alle felter som er relevant for tusenårsmålene.

Et annet kriterium for relevans er om feltet har et stort gap når det gjelder kunnskap og forskning. En mulighet for Norge er å konsentrere seg om felt som er særlig neglisjert av andre land og aktører. Når det gjelder såkalte neglisjerte sykdommer, handler det i stor grad om tropesykdommer hvor Norge ikke har særlig kompetanse eller gode forutsetninger for å spille en viktig rolle. Dette gjelder for eksempel malaria som er en av de sykdommene som tar flest liv.

Et annet alternativ er å satse på felt hvor Norge har et "komparativt fortrinn", dvs. hvor norske forskningsmiljøer har spesielt gode forutsetninger for å gjøre en forskjell. Som vi har sett ovenfor, har vi solide miljøer innenfor tuberkulose både når det gjelder forebygging, behandling og forskning, og på HIV/AIDS. Vi har også relativt solid kompetanse innen bl.a. barnehelse, ernæring og diabetes, og innen helseinformasjonssystemer og helsepolitikk. Hvis man opererer med grovere kategorier, kan man si at Norge har god kompetanse på forebyggende arbeide, og på samfunnsmedisin og folkehelse (public health). På en del sykdommer og temaer relevant for sykdommer i fattige land er kompetansen og erfaringene mer spredt og knyttet til små miljøer og enkeltpersoner.

Statsminister Stoltenberg valgte først å satse stort på arbeidet med å gi bedre tilgang på vaksiner. Dette ble fulgt av en rekordsterk satsing på vaksineforskning. I den senere tid har han også løftet fram behovet for en innsats for å redusere mørdredeligheten. Vaksinesatsingen kan framstå som forståelig gitt at svært mange barn dør av sykdommer som det er lett å forhindre ved hjelp av vaksiner som det tilsynelatende er lett å tilby dem. Men som det ble påpekt av en av de intervjuede, var det i liten grad en transparent og rasjonell prosess i forbindelse med valget av dette satsingsområdet, og norske fagmiljøer var i liten

- Skjevheten i tematikken er en politisk utfordring. Det handler om politiske prioriteringer. Vi trenger en grundig prosess for å diskutere kriterier for hvordan prioritere.

Atle Fretheim,
Kunnskapscenteret

grad konsultert. Flere forskere mener at den store satsingen på vaksiner og vaksineforskning ikke hadde en god basis i etablerte miljøer og solide institusjoner. Det vil derfor ta lang tid og store ressurser å bygge levedyktige kunnskapsmiljøer på dette feltet som kan gi et betydelig bidrag i internasjonal sammenheng. Det blir framhevet at Norge ville hatt mye bedre forutsetninger for å gi et vesentlig bidrag på andre felter slik som epidemiologi og samfunnsmedisin.

Det er av ingen de intervjuede som gjør seg til talsmann for å redusere satsingen på vaksinasjonsforskning for å frigjøre midler til andre temaer. Det er enighet om at denne støtten bør opprettholdes, men at det må komme ekstra midler til annen global helse som gir bedre balanse. Derimot antyder flere at norsk vaksineforskning i mindre grad burde handle om vaksineutvikling, og i større grad om hvordan få eksisterende vaksiner fram til de fattige, hvordan legge til rette for effektive programmer i land med svake systemer og dårlig tilgang på helsetjenester, og hvordan vaksineprogrammer kan understøtte utvikling av bedre helsetjenester. Det blir også hevdet at det har blitt for mye basalforskning i Norge som ikke innebærer samarbeid med fattige land eller kompetansebygging i disse. Hittil har det ikke vært noen tematiske føringer i vaksinasjonsprogrammet, og prosjektene har konkurrert på kvalitet. Fordelingen av støtte gjenspeiler for øvrig søknadsmassen som har vært større på basalforskning. Spørsmålet er om bevilgningen bør styres mer i retning av hva som blir kalt "lavteknologi" og intervensjonsstudier. Dette har så langt ikke blitt diskutert i programstyret.

- Vi bør, spissformulert, omfordele fra norske laboratorier til utviklingsland og deres behov.

*John-Arne Røttingen,
Kunnskapssenteret*

Det blir også hevdet fra forskernes side at motsetningen mellom grunnforskning og aksjonsforskning, mellom laboratorieforskning og implementering, er kunstige motsetninger. I realiteten er det et symbiotisk forhold hvor den ene typen forskning ikke kan tenkes uten den andre. Implementeringsforskning får sin mening ved at den gir kunnskap vi trenger når det kommer nye produkter fra laboratoriene. Laboratorieforskningen forutsetter på sin side at det finnes kunnskap om hvordan ny medisin og ny teknologi kan spres og implementeres på en effektiv måte.

Ingen av de intervjuede hevder det er spesifikke sykdommer som Norge i større grad burde fokusere på. Det synes å være enighet om at satsingen på særlig HIV/AIDS, tuberkulose og andre infeksjonssykdommer er i tråd med behovene for mer kunnskap om disse sykdommene og den sykdomsbyrden de representerer. Et mulig unntak er mødre og spebarnhelse, ikke minst med tanken på det sentral tusenårsmålet om å redusere mødre- og spedbarn dødeligheten. Det blir pekt på at dette langt på vei er en helsesystemutfordring, og at blant annet forebygging og behandling av svangerskapskomplikasjoner handler om å gjøre helsetjenester tilgjengelige og attraktive for fattige kvinner. Det er likevel et felt med mange ubesvarte spørsmål knyttet til hva gravide kvinner og nyfødte barn blir syke og dør av, menns rolle, hvorfor de gravide ikke bruker eksisterende tjenester, hvordan gjøre sykehus og klinikker mer attraktive, osv.

Det er stor grad av enighet om at det trengs betydelig mer forskning på helsesystemer, helsetjenester, helseadministrasjon og helsepolitikk. Dette er knyttet til en rekke sammenfallende faktorer. En av de sentrale faktorene er at innen helsebistand har det i økende grad blitt klart at den viktigste flaskehalsen for å bedre helsen til de fattige er svake helsesystemer. Disse er rammet av mangel på kvalifisert personale, svake administrasjoner, og en helsepolitikk som ikke er kunnskapsbasert. Forsøkene på oppskalering av programmer

for bl.a. vaksinasjon, fødselshjelp og HIV/AIDS behandling strander i at helsesystemene mangler økonomiske og menneskelig ressurser, og ikke fungerer optimalt. Svake administrasjoner og systemer blir satt under et enda sterkere press pga. nye midler som kommer til helsefeltet fra nye og store aktører. I en del tilfeller så har de ikke lenger kapasitet til å bruke ressursene på en forsvarlig måte.

En i utgangspunktet vanskelig situasjon for helsesystemene har blitt betydelig forverret som en følge av HIV/AIDS epidemien. Den er en stor byrde både ved at HIV-positive og AIDS-syke trenger diagnostisering, behandling og veiledning, og ved at helsepersonell blir syke og dør av AIDS. Så å si samtlige intervjuede framhever at Norge først og fremst bør satse på forskning på hvordan vi kan nå de fattige med helsetjenester. Flere mener at det trengs mer ressurser til hva de med en samlebetegnelse kaller "lavteknologi" eller "low-tech", og som har fokus på hvordan få eksisterende produkter fram til de fattige, og hvordan utvikle helsetjenester som er tilgjengelige og attraktive for de fattigste.

Forum for global helseforskning har gjort seg til talsmann for en økt satsing på implementeringsforskning. Få av de intervjuede nevner dette av seg selv, men de er enige om at dette absolutt trengs når spørsmålet blir reist. I tillegg til bilateral bistand til helsesektoren i en del land støtter Norge en rekke store multinasjonale initiativer, og det er et presserende behov for å følge opp disse med forskningsbaserte evalueringer for å kartlegge hvilke intervensjoner som har suksess, og hvilke som mer eller mindre mislykkes. I dag brukes det ganske mye midler på evalueringer og programgjennomganger som er gjennomført på få uker, og som regel av konsulenter. En skikkelig vurdering av de store programmer som har startet bl.a. innen vaksinasjon og HIV/AIDS forebygging og behandling, krever imidlertid en mer langsiktig og målbevisst innsats. Uavhengige forskere må settes i stand til å følge programmene fra de starter for å måle effekter, og for å studere prosessene. Ad hoc gjennomganger gir altfor ofte ikke tilstrekkelig og solid nok kunnskap til å vite om et program bør videreføres, evt. skaleres opp og kopieres andre steder. Norge har tatt på seg en lederrolle for å redusere barnedødeligheten og øke vaksinedekningen, og bør også lede an i å sikre at innsatsen følges opp med forskningsbaserte evalueringer, og av kompetansebygging innen helseforskning i fattige land.

Behovet for implementeringsforskning blir aksentuert av tilstrømningen av aktører og midler. Koordineringen og samordningen er i mange tilfeller svak, og en trenger mer kunnskap om hvilke grep det er mulig å ta for å håndtere situasjonen. Videre er det behov for å utvikle bedre prosess- og resultatindikatorer.

Som påpekt ovenfor, kommer det alle meste av støtten til GLOBVAC programmet fra UD. Flere intervjuede framhever at det må komme mer midler også fra Kunnskapsdepartementet og fra Helse- og omsorgsdepartementet. I hvert fall en del av dette bør kanaliseres gjennom universitetssystemet slik at universitetene selv kan prioritere temaet. En styrking av norsk global helseforskning vil kreve en bedre institusjonell forankring hos universiteter og høyskoler i form av stillinger og ressurser til undervisning og forskning. I den pressede økonomiske situasjon høyere utdanning og forskning har hatt de senere årene så har det skortet både på viljen og evnen til å prioritere feltet. Det foreligger forslag om

insentivsystemer som vil innebære støtte til institutter som ønsker å prioritere temaet. Etablering av en norsk forskerskole er et annet element som er på planleggingsstadiet.¹²

Kanaler og partnere: Hvor er behovene, hvor trenger vi kompetanse?

Nært knyttet til spørsmålet om kompetanse og kunnskapsbygging er spørsmålet om hvor kompetansen bør bygges, og hvor kunnskapen bør sitte. Bør man i hovedsak bygge kompetanse i Norge? Eller bør man i hovedsak bygge kompetanse i de landene som har størst sykdomsbyrde og de fleste udekkede behov? Oversikten over midlene presentert ovenfor viser at bare 25-30 % av midlene til norsk global helseforskning blir kanalisert gjennom NFR. De øvrige midlene går i første rekke til internasjonale og multinasjonale programmer og initiativer. En del midler er også øremerket kompetansebygging i fattige land. Det gjelder i første rekke pengene som kanaliseres gjennom NUFU-programmet.

For Norad og UD er det viktig at det brukes ressurser på kapasitetsbygging i samarbeidslandene. Forskningsmiljøene er enige i at dette er viktig. Særlig CIH og IASAM investerer en betydelig grad av sine egne ressurser i kompetansebygging i fattige land både i sine forskningsprosjekter og ved å motta master og doktorgradsstudenter fra fattige land. Forskerne mener derimot at de norske institusjonene nå har kommet til en grense for hva de er i stand til å bidra med av kompetansebygging i andre land, og at det er på tide å investere mer i norske miljøer for å gi dem større kapasitet til samarbeid og oppfølging. NOMA programmet erstattet Norads stipendprogram og vektlegger at kompetansebyggingen nå skal skje i de fattige landene, og ikke ved norske universiteter og høyskoler.¹³ NOMA har imidlertid rammebetingelser som medfører at de norske institusjonene må gjøre sin del av innsatsen uten å få tilført økonomiske ressurser, hvilket har vist seg svært vanskelig å gjennomføre når kapasiteten allerede er sprengt. Deltagelse i et NOMA prosjekt er en betydelig byrde både på administrasjon og vitenskapelig personale ved de norske institusjonene. Skal norske forskningsmiljøer bidra med kompetansebygging i andre land på samme nivå eller høyere vil det kreve mer penger og flere kompetente personer.

Saken er mer komplisert når det gjelder forskningsstøtte som kanaliseres til multinasjonale initiativer og programmer. UD bidrar med 57 millioner kroner til GLOBVAC programmet, men støtter forskning og utredninger relatert til internasjonale helse og HIV/AIDS med ytterligere ca. 100 millioner kroner. Som nevnt ovenfor gir Norge mest til TDR (25 millioner kroner årlig) og HRP (ca 11 millioner kroner årlig). Andre mottagere er bl.a. IAVI, EDCTP og Verdensbanken. Flere intervjuede åpner for at det trolig er tid for en revurdering av dette. To alternativer er nevnt: enten redusere støtten for evt. å bruke mer av disse pengene i Norge, eller bruke andre kanaler og stille andre krav. Forum for global helseforskning går i hovedsak inn for det siste, og mener en bør stille seg mer kritisk til hvordan de internasjonale initiativene bruker pengene. De ønsker at det i større grad skal kreves en sterk institusjonell forankring i fattige land slik at det ikke blir bare institusjoner i Europa og USA som direkte tilgodeses.

¹² Jf. Norsk forum for global helseforskning: Forskning og forskerutdanning for bedre helse blant fattige i utviklingsland. Behov for styrking og samordning av norske bidrag. Innspill til Utviklingsutvalget om koherens mellom norsk politikk og de utviklingspolitiske mål. Februar, 2008.

¹³ Se: <http://siu.no/en/programoversikt/noma>

I forhold til EDCTP så foregår det en diskusjon om nettopp dette i disse tider. En av forutsetningene for opprettelsen av EDCTP var at forskere fra utviklingsland skulle involveres. Organisasjonen EDCTP er derfor bygget opp på en slik måte at de relevante forskere er involvert både i organisasjonens hovedstrategiske forsamling og i det rådgivende organ - Partnership Board. Finansiering av EDCTP aktiviteter viser seg problematisk da flere av medlemslandene ikke har frie midler til disposisjon siden deres bidrag er gjennom eksisterende nasjonale forskningsinitiativer. Dette kan hindre deltagelse fra forskerne fra utviklingsland.¹⁴

Når det gjelder å bruke pengene ute versus hjemme, er det i hovedsak to avveininger: hvor får man mest igjen for pengene i form av god forskning og gode resultater, og hvor ønsker man at kompetansen skal bygges. Kvalitetskriteriet for helseforskning er problematisk. Skal det måles i antall publikasjoner? I redusert sykkelighet og dødelighet? I kompetansebygging? I en globalisert verden er også forskningen utsatt for internasjonal konkurranse, og det er utviklet betydelig kompetanse i land som India, Kina, Sør Afrika og Brasil som utfører forskning på høyt nivå til en lavere pris enn hva norske miljøer kan gjøre. Det blir framhevet at særlig forskning og utredninger gjort i regi av Verdensbanken koster relativt mye, og ikke bidrar til langsiktig kompetansebygging. Norge støtter forskningsprogrammer i Verdensbanken med betydelige midler, men få eller ingen norske forskere er med på dette og får ikke anledning til å styrke sin kompetanse gjennom deltagelse. Et sentralt argument for å støtte norske miljøer i tillegg til at Norge har forskere som leverer forskning på et høyt nivå, er at den norske forvaltningen trenger å være i tett dialog med kompetansemiljøer, og dette er enklest når de er geografisk nære og bruker samme språk. Kontakten mellom forskere og forvaltning er imidlertid av blandet kvalitet og omfang, og vi ser på dette i neste kapittel.

Spørsmålet om hvor pengene skal brukes, blir delvis knyttet opp til at en så stor andel av midlene til helseforskning kommer fra Utenriksdepartementet, og så lite fra Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet. Det påpekes at bistandspenger primært bør gå til å skape kapasitet og gi resultater ute.

Bruk av forskere og forskningsresultater

Et kriterium for forskningens relevans er i hvilken grad den bygger kunnskap som er nyttig for forvaltningen, og regjeringen og forvaltningens behov for faglig støtte i sitt arbeid. Forvaltningen og embetsmannsverkets behov for systematisert kunnskap var utgangspunkt for opprettelsen av Kunnskapssenteret for helsetjenester som har som oppgave å systematisere og presentere for forvaltningen kunnskapsstatus på relevante temaer og områder.

Utgangspunktet for forskning på global helse er ganske annerledes sammenlignet med forskning på sykdommer og helsetjenester i Norge. Innenriks må man nødvendigvis bygge kunnskap om de sykdommer og lidelser som rammer landets egen befolkning, og hvordan disse best kan forebygges og behandles. Når det gjelder den globale arena, må Norge

¹⁴ EDCTP ble besluttet opprettet av Det Europeiske Råd og Europa-parlamentet 16. juni 2003. Det ble besluttet i statsråd 27. juni 2004 at Norge skulle delta som medlem av EDCTP. Helsedirektoratet forvalter nå Norges deltagelse, og representerer Norge i EDCTPs styre.

derimot velge fokus ettersom det er umulig med de begrensede forskningsressurser Norge har, å være sterke på alle felt.

Spørsmålet er i hvilken grad den norske satsingen innen global helseforskning skal være styrt av de temaene politikerne er opptatt av i dag. Når vi spør om det er samsvar mellom forskningsinnsatsen og kunnskapsbehovene i forvaltningen, så spør vi om i hvor stor grad forskerne forsker på det forvaltningen ønsker kunnskap om, for ikke å si fremskaffer den kunnskap forvaltningen ønsker. Bør forskerne ha rom til selv å definere sine problemstillinger og satsingsområder basert blant annet på hva tidligere forskning har avdekket av kunnskapsmangel og behov? Bør ikke forskningsmiljøene ha en ubestridelig og klar frihet til å stille seg kritisk til den politiske agenda på bakgrunn av den kunnskap og innsikt som forskningen gir? Er det en fare for at forskningen knyttes for tett opp til hva politikerne til enhver tid er opptatt av? Og medfører dette en fare for at for mye forskning blir "oppdragsforskning" med sterke føringer for temavalg, innfallsvinkel og konklusjoner?

De intervjuede er enige om at man må finne en balansegang, men vektleggingen er noe forskjellig hos byråkratene og forskerne. Forvaltningen har bestemte kunnskapsbehov som den trenger å få dekket ved å sette av midler til temaene de jobber med, og byråkratene påpeker at dette ikke legger bindinger på forskerne med hensyn på metode og resultater. I forskningsmiljøene er det større bekymring for at politikere og byråkrater har begrenset innsikt, og at de ikke ser at det er behov for mer kunnskap på temaer som ikke står på den politiske agenda. Forskerne er også mer bekymret for at forvaltningen bruker for mye penger og ressurser på raske evalueringer som i større grad risikerer å gi de funn forvaltningen ønsker. Konsulentfirmaer, særlig i fattige land, har ikke i samme grad "råd" til å stille seg veldig kritisk til et prosjekt finansiert av oppdragsgiveren.

- UD som departement har både kortsiktige og langsiktige kunnskapsbehov. Vi trenger kunnskap i morgen, men vi vet at det tar mange år å bygge kompetanse.

Kristian Ødegaard, UD

- Det er også viktig å fremskaffe kunnskap på områder som forvaltningen i øyeblikket ikke er opptatt av. Slik kunnskap vil bl.a. kunne bidra til en dypere forståelse av utviklingstrekk som kan få stor betydning i et lengre tidsperspektiv.

Gunnar Kvåle, UiB

Anvendelig og anvendt forskning?

Produksjon og bruk av forskningsbasert kunnskap for og i forvaltningen har en del utfordringer. Noen av de faktorer som begrenser bruken av forskning i forvaltningen er:

Sett fra forvaltningens side:

- Det er liten grad av samsvar mellom kunnskapen forvaltningen trenger og det forskerne produserer.
- Forskningsresultatene er i liten grad anvendelige for byråkratene, og gir dem ikke handlingsalternativer.
- Forskerne evner ikke å formidle sin kunnskap og sine resultater.
- Forskerne har ikke institusjonell kompetanse.
- Byråkrater har ikke tid og anledning til å lese forskningsrapporter.

Sett fra forskernes side:

- Byråkratene har liten kjennskap til eksisterende forskning, forskningsresultater og forskningsmiljøer.
- Byråkratene har ikke tilstrekkelig fagkunnskap til å forstå forskningsbasert kunnskap.

- Byråkratene har ikke bestillingskompetanse, og evner ikke å formulere forskbare problemstillinger.
- Forskerne mener at spørsmålene forvaltningen vil ha svar på ikke er de vesentlige, og velger å vektlegge andre temaer og felter.

I forvaltningen er det en tendens til å mene at forskerne i for stor grad ønsker å drive med egendefinert forskning. De etterlyser vilje til å forske på de temaene som er på den politiske dagsorden. Problemstillingen kan imidlertid snus den andre veien når det gjelder bistand: bør ikke helsebistand rette seg mot de områder, geografiske og tematiske, hvor vi har en god kunnskapsbase? For eksempel har norske forskere innen medisin og helse solide kunnskaper om og gode nettverk i Tanzania og Malawi, mens særlig vaksinesatsingen har fokusert på India og delvis Nigeria. På tross av et relativt lite antall forskere er Norge langt framme internasjonalt på tuberkulose, men dette er ikke satsingsområde for helsebistanden. I forvaltningen er det anerkjent at det tar tid å bygge opp forskningsmiljøer og levedyktig kompetanse. Hvis man setter det på spissen, kan man spørre om det er en god idé å markere seg bistandspolitisk på et felt hvor Norge stiller med nesten blanke ark forskningsmessig. Mens forvaltningen ser en mulighet til bygge kompetanse på et tema som har et politisk engasjement, så tenker forskerne i større grad at det politiske engasjementet bør komme på de temaene og i de områder vi har kunnskap om.

-Det er et misforhold når det gjelder kompetansen på TB, og det vi i bistandsapparatet bruker.

-Det er mye kunnskap som UD kunne ha brukt, det er en underutnyttelse.

Kristian Ødegaard,

Det er videre en viss spenning mellom forskere og byråkrater når det gjelder å definere problemstillinger. Forskerne hevder at byråkratene ikke er gode til å stille forskbare og relevante spørsmål, mens byråkratene hevder at forskerne ikke er gode til å definere spørsmål som er relevant for dem, eller at de ikke evner å gjøre det til rett tid. Et annet problem er at forskerne i følge byråkratene ikke har tilstrekkelig institusjonell kompetanse slik at de greier å tilpasse sin kunnskap til den institusjonelle konteksten. Dette er trolig symptomatisk for den begrensede kontakten enkeltpersoner i miljøene ofte har med de som sitter i et annet miljø. Her er det en utfordring å legge til rette for mye hyppigere kontakt slik at miljøene i større grad begynner å snakke "samme språk".

Implementeringsforskning er et felt hvor forvaltning og forskere har felles interesser, og bør være egnet til å bygge bro mellom miljøer. Forvaltningen trenger solid kunnskap om hvilke programmer og tiltak som har positiv effekt, og har ofte tilgang på relevant datamateriale, men ikke forutsetninger for å analysere og tolke materialet de sitter på. Forskerne sitter derimot med analytisk kompetanse, men mangler ofte midler til å samle og systematisere data, eller har ikke tilgang til arenaer hvor data kan samles. Hvis forskerne oftere blir invitert inn på forvaltningens arena, vil de også få økt den institusjonelle kompetansen forvaltningen etterlyser. Her har forvaltningen og forskermiljøene potensielt en vinn-vinn situasjon ved bedre samordning og kommunikasjon.

Et problem som har blitt forsterket i den senere tid, er at å skrive brukervennlige oppsummeringer av forskningsstatus, eller å delta i mindre studier som kun resulterer i rapporter tilrettelagt for forvaltningen, ikke gir kreditt i akademisk sammenheng. Med det som gjerne kalles "tellekantsystemet", er det i hovedsak artikler i tidsskrifter med fagfelle vurdering som gir kreditt økonomisk og karrieremessig. En bør følgelig søke å innføre insentivsystemer som motiverer forskere til å skrive rapporter tilrettelagt for bruk i forvaltningen.

Oppsummering

De siste årene har vi sett en ikke ubetydelig satsing på forskning på global helse. Det har gitt seg utslag ikke minst i økt aktivitet på temaene tuberkulose, HIV/AIDS og vaksinasjon. På tross av dette er det generell enighet i forvaltningen og i forskningsmiljøene om at global helseforskning i Norge er underfinansiert. Den gløden regjeringen har vist for global helse, har bare delvis blitt fulgt opp med støtte til helseforskning. Det mangler fortsatt mye på at Norge får sterke og levedyktige miljøer som kan måle seg internasjonalt, også på de feltene hvor Norge tross alt har et godt utgangspunkt i veletablerte miljøer. Forvaltningen trenger sikrere kunnskaper, og etterspør mer relevant og anvendbar forskning. Forskning på helsesystemer, helsetjenester og helsepolitikk, og implementeringsforskning, framstår som de feltene som det i særlig grad er enighet om bør prioriteres sterkere. Med tanke på tusenårsmålene er det spesielt behov for å styrke forskning på temaet mødredødelighet. En sterkere institusjonell forankring hos universiteter og høyskoler for undervisning om og forskning på global helse vil være nødvendig for å styrke miljøene. En sentral utfordring er å bedre og utvide kontakten mellom forskningsmiljøene og forvaltningen slik at forvaltningen får bedre kunnskaper om forskningen, og slik at forskerne får bedre kjennskap til kunnskapsbehovene i forvaltningen.

Vedlegg

Vedlegg 1: Tematisk prosjektoversikt

Prosjekttittel, prosjektansvarlig, finansieringskilde (hvor kjent).

Vi har inkludert prosjekter som er avsluttet for inntil 3-4 år siden.

Vi tar forbehold om at listen ikke er fullstendig siden det ville kreve en mer omfattende survey.

Infeksjonssykdommer

HIV/AIDS

Universitetet i Oslo:

Alternative Treatment Strategies in HIV Infection - research platform with integrated biological and clinical objectives. Ledet av Dag Kvale og Frank Olav Pettersen, Ullevål sykehus. Støttet av GLOBVAC/NFR og Globinf.

The LASH project - A comprehensive school and health system based approach to to adolescent health promotion in South Africa and Tanzania. Ledet av prof. Knut-Inge Klepp, Sheri Bastien og Arnfinn Helleve, Medisinsk fakultet. Støttet av NUFU og Globinf.

HIV/AIDS prevention among in- and out of school youth in Tanzania, Medisinsk fakultet. Ledet av Knut-Inge Klepp og Sheri Bastien. Støttet av UiO og Globinf.

Change agents or cultural reproducers? A study of teachers' influence on school-based HIV/AIDS prevention efforts in Sub-Saharan Africa. Ledet av professor Knut-Inge Klepp og stipendiat Arnfinn Helleve, Medisinsk fakultet. Støttet av NFR og Globinf.

Breast-feeding and the Dilemma Posed by AIDS - Evaluating Revised WHO Guidelines in a Resource-Poor High-HIV Prevalence Setting. Koordinator: Knut Inge Klepp.

Further Developments of New Immunogenic Peptide-based HIV Vaccines Targeting Dendritic Cells. Ledet av Dag Kvale, Andreas Lind og Kristin Brekke, Ullevål sykehus. Støttet av NFR og Globinf.

Ultrasensitive HIV-1 p24 antigen test on dried blood for infant diagnosis - a study from Haydom, Tanzania. Ledet av Johan Bruun, UUS, og Asgeir Johannesen, Medisinsk fakultet. Støttet av Globinf.

HIV vulnerability and HIV prevention needs among men who have sex with men in Tanzania. Ledet av dr. Anne Lise Middelthon og stipendiat Kåre Moen, Medisinsk fakultet. Støttet av NFR og Globinf.

Novel vaccine candidates and delivery systems for HIV and influenza. Ledet av Bjarne Bogen, Rikshospitalet. Støttet av GLOBVAC/NFR.

Universitetet i Bergen

Promoting sexual and reproductive health. School-based HIV/AIDS intervention in Sub-Saharan Africa (SATZ). Prosjektkoordinator Leif Edvard Aarø, University of Bergen (UiO koordinator: Knut Inge Klepp). Støttet av EU.

Strengthening HIV-related interventions in Zambia: cooperation in research and institution capacity building, ongoing bilateral. Ledet av Knut Fylkesnes, CIH, støttet av NUFU.

Searching for effective HIV prevention in Sub-Saharan Africa: focusing on local contexts. Ledet av Knut Fylkesnes, CIH. Støttet av GLOBVAC/NFR.

Gender, generation and communication in times of AIDS: The potential of 'modern' and 'traditional' institutions. Ledet av Astrid Blystad, CIH. Støttet av NUFU.

Capacity building and research in sub-Saharan Africa to promote survival among HIV-exposed infants. Ledet av Halvor Sommerfelt, CIH. Støttet av NUFU.

Support for HIV/AIDS research Tanzania. Ledet av Bjørg Evjen-Olsen. Støttet av Frank Mohns Stiftelse.

Network for HIV-related research with relevance to interventions on low-income countries. Ledet av Knut Fylkesnes, CIH. Støttet av NFR.

FAFO:

Poverty reduction strategies in a public health perspective. Social grants, HIV/AIDS and the role out of HAART in South Africa. Ledet av Marina Manuala de Paoli og Johanne Sundby (UiO). Støttet av NFR og Globinf.

Crossing borders to fight HIV/AIDS. The Role of South African Multinationals in The Private Sector Response In Botswana. Ledet av Pete Lewis, Anne-Grete Larsen, Arne Groenningsaeter, Moses Galeboe og Spambaniso Taneka

Hiv/aids and workers' right. Understanding the issues. Ledet av Thabo Sephiri.

NIBR:

Strengthening local level institutions and decentralises implementation of national HIV/AIDS programmes (Malawi, Tanzania, Eritrea). Ledet av Berit Aasen. Støttet av GLOBVAC/NFR.

Equity and effective programme output in demand-driven public health programmes; the Malawi national HIV/AIDS programme. Ledet av Berit Aasen.

The efforts to provide "good" public service delivery within HIV/AIDS. A comparative study of the politics of urban local governance within national HIV/AIDS programmes in Dar-es-

Salaam. Ledet av Berit Aasen og Siri Bjerkreim Hellevik.

NTNU (Trondheim):

The dual role of macrophages in mycobacterial- and HIV disease. Ledet av Trude Helen Flo. Støttet av GLOBVAC/NFR.

Privat sektor:

Bionor Immuno AS: Phase IIb-Test of Concept Clinical Trial of the Peptide-based HIV-1 Therapeutic Vaccine Candidate Vacc-4x. Støttet av GLOBVAC/NFR.

LAURAS: utvikler medikamenter som reverserer HIV-indusert immunsvikt og stimulerer immunsystemet hos HIV-smittede pasienter.

Tuberkulose

Universitetet i Oslo:

Tuberculosis in the 21st century: an emerging pandemic. Ledet av Gunnar Bjune, IASAM. Støttet av GLOBVAC/NFR.

Studies of molecular epidemiology, clinical epidemiology and immunology of tuberculosis in pastoral communities and their livestock in Ethiopia. Ledet av Gunnar Bjune og Fekadu Abebe. Støttet av Globinf og NUFU

The Molecular Epidemiology of Mycobacterium tuberculosis in Bangladesh. Ledet av Gunnar Bjune, og Dominique Caugant, Nasjonalt Folkehelseinstituttet i samarbeid med Bjørn Myrvang og Dag Gundersen Storla, , Ullevål sykehus. Støttet av NFR og Globinf.

Studies of molecular epidemiology, clinical epidemiology and immunology of tuberculosis in pastoral communities and their livestock in Ethiopia. Ledet av Fekadu Abebe, IASAM. Prosjektet er støttet av NUFU.

Universitetet i Bergen:

Development of a subunit vaccine for prevention of reactivation of tuberculosis. Ledet av Harald G. Wiker, Gades institutt. Prosjektet er støttet av GLOBVAC/NFR

Improving diagnosis, treatment and control of childhood tuberculosis. Ledet av Harleen Grewal, Gades institutt. Støttet av GLOBVAC/NFR.

Research and capacity building to address the diagnostic and therapeutic challenges in tuberculosis. Ledet av Harleen Grewal, Gades institutt. Støttet av NUFU.

Preparing for tuberculosis vaccine efficacy trials: Baseline epidemiology, improved diagnosis, markers of protection and phase I/II trials. Ledet av Bernt Lindtjørn og Harleen Grewal. Støttet av GLOBVAC/NFR.

Technical monitoring of TB projects. Ledet av Sven Gudmund Hinderaker. Støttet av IUATLD.

Technical assistance to national TB programs. Ledet av Sven Gudmund Hinderaker. Støttet av LHL.

NTNU (Trondheim):

Immunity towards mycobacteria – identification of avirulent vaccine strains and therapeutic targets. Ledet av Øyvind Halaas, Medisinsk fakultet. Prosjektet er støttet av GLOBVAC/NFR.

Andre infeksjonssykdommer og vaksinasjon

Universitetet i Oslo:

Pectin products from Malian medicinal plants, can they combat ailments related to the immune system? Ledet av Berit Smestad Paulsen, Farmasøytisk institutt, Støttet av GLOBVAC/NFR.

Ethnopharmacological and phytochemical investigations of medicinal plants used against schistosomiasis in Mali. Ledet av dr.kandidat Sekou Bah, Farmasøytisk institutt..

2nd generation Vaccibodies for infectious diseases. Ledet av Bjarne Bogen, Rikshospitalet. Støttet av GLOBVAC/NFR.

Female genital schistosomiasis: Clinical manifestations, effect of treatment, association with HIV. Studies in rural Malawi & Zimbabwe. Ledet av dr. kandidat Eyrun F Kjetland, Ullevål sykehus.

Large scale evaluation of WHO's ultrasonographic staging system of schistosomal periportal fibrosis in Ethiopia. Ledet av Nega Berhe, Bjørn Myrvang og Svein G Gundersen, Ullevål sykehus.

Prevalence of urinary schistosomiasis and HIV in females living in a rural community of Zimbabwe. Ledet av dr. kandidat PD. Ndhlovu, Eyrun F Kjetland og Svein G Gundersen.

Universitetet i Bergen:

Development of vaccine(s) against infections with diarrheagenic Escherichia coli and Shigella. Ledet av Halvor Sommerfelt, CIH. Støttet av GLOBVAC/NFR.

Ethiopian malaria prediction system (EMAPS). Ledet av Bernt Lindtjørn. Støttet av NUFU.

(Bernt Lindtjørn deltar også i European Malaria Vaccine Initiative som er støttet av EU.)

The Immunogenicity and Protective Efficacy of Plant-Derived Influenza H5N1 Vaccine in Preclinical Models. Ledet av ????. Støttet av GLOBVAC/NFR.

OMEVAC (Open Mobile Electronic Vaccine Trials), an interdisciplinary project to improve quality of vaccine trials in low-resource settings. Ledet av ????. Støttet av GLOBVAC/NFR.

Zinc and common childhood infections – field trials (in ???). Ledet av Tor A. Strand. Støttet av NFR.

Escherichia coli and Shigella (project establishment). Ledet av Halvor Sommerfelt. Støttet av NFR.

NTNU:

Immunity towards mycobacteria - identification of avirulent vaccine strains and therapeutic targets.

Nasjonalt folkehelseinstitutt:

New rotavirus vaccines: targeting childhood morbidity and mortality in low and middle income countries in Central Asia. Ledet av Elmira Isakbaeva. Støttet av GLOBVAC/NFR.

Impact of a new and affordable conjugate meningococcal vaccine on carriage of serogroup A Neisseria meningitidis and disease transmission. Ledet av Dominique Caugant. Støttet av Globinf.

A documentation of whether MenAfriVac prevents the spread of meningitis in Burkina Faso. Ledet av Dominique Caugant. Støttet av GLOBVAC/NFR.

Serogroup A meningococcal disease in sub-Saharan Africa. Bacterial variation, antibody responses following disease and development of an outer membrane protein vaccine. Ledet av Einar Rosenqvist og Gunnstein Norheim. Støttet av Globinf.

Immunogenicity of fractional dose tetravalent A/C/Y/W135 Meningococcal polysaccharide vaccine. Ledet av Lisbeth Meyer Næss.

New Rotavirus Vaccines: Targeting childhood morbidity and mortality in low- and middle income countries in Central Asia. Ledet av Preben Aavitsland og Elmira Flem. Støttet av NFR og Globinf.

Comparison of Safety and Immunogenicity of Refrigerator Stable and Frozen Formulation of 116E Live Attenuated Oral Rotavirus Vaccine. Støttet av GLOBVAC/NFR.

Privat sektor:

Inovio: Development and validation of delivery technology for gene based prophylactic vaccines. Støttet av GLOBVAC/NFR (forprosjekt).

Ikke smittsomme sykdommer

(inkluderer mental helse)

Mødre- og barnehelse, reproduktiv helse

(For barnehelse og ernæring, se nedenfor.)

Universitetet i Oslo:

Maternal morbidity and mortality in the era of high HIV prevalence in Gambia and Malawi.

Ledet av Johanne Sundby, IASAM. Støttet av NFR

To Phd studenter (en amerikaner bosatt i Norge og en malawier) er involvert i prosjektet som studerer på byrden som mødredødelighet og –sykelighet representerer i de to landene.

Maternal mortality in a HIV/AIDS setting. Ledet av Johanne Sundby og stipendiat Viva C.

Thorsen, IASAM. Støttet av NFR og Globinf.

Community Health Development: An Intervention Study among Young People in Kahe 2002-

2006. Ledet av K.-I. Klepp (Institutt for ernæringsforskning) og professor A. Talle

(Sosialantropologisk institutt). Støttet av Nufu og Globinf.

Universitetet i Bergen

Gender, generation and social mobilisation: Challenges of reproductive health and rights among vulnerable groups in Ethiopia, Sudan and Tanzania. Ledet av Astrid Blystad. Støttet av NUFU.

Registry based reproductive health in Northern Tanzania. Ledet av Rolv Terje Lie. Støttet av NUFU.

Health Systems Research and Health Promotion in Relation to reproductive health in

Tanzania. Ledet av Rolv Terje Lie. Støttet av NUFU.

Universitetet i Tromsø:

Arctic Monitoring and Assessment Programme (AMAP) (om miljøgifter og mødre/barnehelse). I samarbeid med alle de 7 andre arktiske land. Ledet av Jon Øyvind Odland.

Oppbygging av fødselsregister på Kola. Ledet av Jon Øyvind Odland og Arild Vaktskjold.

Nickel and Reproductive Health. Ledet av Jon Øyvind Odland. Støttet av NFR.

Nasjonalt Folkehelseinstitutt

Evaluation of the impact of the Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness Strategy on Neonatal and Infant Mortality. Koordinert av Halvor Sommerfelt. Støttet av GLOBVAC/NFR.

Diabetes

Universitetet i Oslo:

Impact of prevention for prevention of type 2 diabetes (Pakistan and Bangladesh). Ledet av Akhtar Hussain, IASAM. Prosjektet er støttet av GLOBVAC/NFR.

Type 2 diabetes and lifestyles in ethnic minorities in Oslo and in populations in Pakistan, Bangladesh and China. Ledet av Akhtar Hussain, IASAM. Prosjektet er støttet av GLOBVAC/NFR.

Ernæring og alkohol/narkotika

Universitetet i Oslo

Lungwena Health, Nutrition and Agricultural Multidisciplinary Project - Towards poverty reduction. Ledet av Johanne Sundby i samarbeid med Universitetet for miljø og biovitenskap på Ås, og støttet av Globinf.

Universitetet i Bergen

Focus on nutrition and child health: intervention studies in low-income countries. Ledet av Tor Arne Strand, CIH. Støttet av GLOBVAC/NFR.

Community- and health facility-based intervention with zinc as adjuvant therapy for pneumonia to enhance child health and nutrition. Ledet av Tor Arne Strand, CIH. Støttet av EU-INCO-DC.

Essential nutrition and child health in Uganda. Ledet av Thorkild Tylleskär. Støttet av NUFU.

PROMISE — Promoting infant health and nutrition in Sub-Saharan Africa. Ledet av Thorkild Tylleskär. Støttet av EU - FP6.

Programme to improve Child Health and Nutrition in South Asia 2002-2007. Ledet av Tor A. Strand og Halvor Sommerfelt. Støttet av NUFU.

Chr. Michelsen Institute (CMI)

Economic determinants of nutrition and maternal and child health outcomes in Nepal. Ledet av Magnus Hatlebakk. Støttet av NFR.

FAFO

Morten Bøås and Anne Hatløy: Alcohol and Drug Consumption in Post War Sierra Leone – an Exploration. Fafo-report 496 2005

Anne Hatløy: Methodological aspects of assessing nutrition security. Examples from Mali. Doctoral dissertation, 1999.

Anette Brunovskis og Trygve Ugland: Alcohol Consumption in the Baltic States. Developments from 1994 to 1999. Fafo-paper 2003:04

SINTEF

Alcohol and drug use and abuse and its implications in Malawi (2007-2008). *Project manager: Stine H. Braathen. Partners: University of Malawi, Centre for Social Research. Funding: FORUT*

Munn- og tannhelse

Universitetet i Bergen

Oral health in Global perspective. Ledet av Anne Nordrehaug Åstrøm. Støttet av NFR.

Metodikk for å øke tanntrådbruken. Ledet av Anne Nordrehaug Åstrøm. Finansiert av Jordan.

Senter for internasjonal helse er i tillegg ansvarlig i samarbeid med the Department of Dentistry ved Makerere University for prosjektet *Collaboration to strenghten Children's Oral Health in Lira, Uganda..*

Universitetet i Tromsø:

The trends of oral health of the young adults in Tromsø and in Arkhangelsk, Oral health and quality of life in Tromsø and in Arkhangelsk, Oral health behaviour of the schoolchildren in Archangelsk, Orthodontic treatment need among the schoolchildren in Tromsø and in Archangelsk. Ledet av professor Eino Honkala i samarbeid med Northern State Medical University of Archangels.

Helsesystemer: personell, administrasjon og politikk

Universitetet i Bergen:

Strengthening human resources for health. A study of health worker availability and performance in Tanzania. Ledet av Astrid Blystad, CIH. Støttet av GLOBVAC/ NFR.

REACT - Response to Accountable priority setting for trust in health systems. Ledet av Gunnar Kvåle. Støttet av EU - FP6.

Development of Software for Makerere University Phase 2. Ledet av Jørn Klungsøyr. Støttet av Makerere University.

Counselling, Education and Health Promotion: A Research and Competence Building Programme. Ledet av Gro Th. Lie. Støttet av NUFU.

Universitetet i Oslo:

Integrated health information systems (HIS) for vaccination in developing countries. Støttet av GLOBVAC/NFR. Ledet av Jørn Braa, Institutt for informatikk.

Explaining differential immunization coverage: a multi-disciplinary approach. Ledet av Sidsel Roalkvam, SUM. Støttet av GLOBVAC/NFR.

Universitetet i Tromsø:

Development of Community Medicine in Northwest-Russia (avsluttet?). Ansvarlig: Toralf Hasvold. I samarbeid med Health Department of Archangels og Northern State Medical University of Archangels

Etablering av et sykdoms- og dødsregister i Arkhangelsk. Ledet av Odd Nilssen og Maria Averina.

Chr. Michelsen Institutt (CMI)

Right to health through litigation? Can court enforced health rights improve health policy. Ledet av Siri Gloppen. Støttet av GLOBVAC/ NFR.

Review of Haydom Lutheran Hospital. Ledet av Ottar Mæstad. Finansiert av Utenriksdepartementet.

Health Worker Motivation, Availability and Performance (MAP). Ledet av Ottar Mæstad. Støttet av NFR.

Priority setting in global health. Ledet av Ottar Mæstad i samarbeid med professor Ole Fritjof Norheim ved UiB. Støttet av NFR.

SINTEF:

LAYVAC: Lay health worker programmes for vaccine uptake in low and middle income countries: Developing a global knowledge-base. Ledet av Inger Brummenæs. Støttet av GLOBVAC/NFR.

Partnere: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester, the London School of Hygiene and Tropical Medicine, the Medical Research Council in South Africa and the University of Cape Town, Johns Hopkins School of Public Health.

- Cochrane Systematic review: Lay Health Workers in primary and community health care (update)
- Systematic review of observational studies on the effects of lay health workers on immunisation uptake
- Costs and cost-effectiveness of lay health worker interventions with focus on those to promote immunisation uptake
- Realist review: Understanding contexts and concepts as factors in success in lay health worker programmes
- Generalisability study: How generalisable are findings from experiments to real life settings. A series of case studies in 6 low and middle income countries.

Studies on health service delivery:

A study of HIV/ AIDS in relation to people with disabilities in South Africa (2007-2010)
Ledet av Stine H. Braathen. Partnere: University of Stellenbosch, HSRC, DPSA
Støttet av NFR og National Research Foundation of South Africa – SA/ Norway programme.

Access to health services among people with disabilities in Southern Africa (2007-2010).
Ledet av Lisbet Grut. Partnere: University of Stellenbosch, University of Malawi, University of Namibia. Støttet av GLOBVAC/NFR.

- An anthropological study looking at Difficulties faced by disabled people in poor communities when Accessing Health Services (the DAHS study).
- A study of Knowledge, Attitudes and Practices; combining a survey among individuals with and without disabilities and qualitative interviews with health care providers (the KAP study).

Funksjonshemmede, aldring og skader

Universitetet i Oslo

Old age and ageing in Botswana. Ledet av dr.student Thomas Clausen, IASAM.

Universitetet i Tromsø:

Persistente organiske miljøgifter i human plasma fra innbyggere i arktiske områder.
Ansvarlig: Elisabeth Sandanger.

Plutoniumprosjektet i Novaja Zemalya. Ansvarlig Eiliv Lund. I samarbeid med Institute of environmental ecology, Arkhangelsk.

SIH og Høyskolen i Tromsø samarbeider med malawiske institusjoner om å etablere "physiotherapy and occupational therapy education" i Malawi.

SINTEF

Studies on living conditions:

Studies on living conditions among people with disabilities in Namibia (2001-2002).

Project manager: Arne H. Eide. Partners: FFO, SAFOD, NFDPN, University of Namibia, Ministry of LRR. Funding: Atlas-Alliance/NORAD.

Studies on living conditions among people with activity limitations in Zimbabwe (2002-2003).
Project manager: Arne H. Eide. Partners: FFO, SAFOD, University of Zimbabwe. Funding: Atlas-Alliance/NORAD.

Studies on living conditions among people with activity limitations in Malawi (2004). Project manager: Arne H. Eide. Partners: FFO, SAFOD, FEDOMA, University of Malawi. Funding: Atlas-Alliance/NORAD.

Studies on living conditions among people with activity limitations in Zambia (2005). Project manager: Arne H. Eide. Partners: FFO, SAFOD, ZAFOD, University of Zambia. Funding: Atlas-Alliance/NORAD.

Studies on living conditions among people with disabilities in Eastern and Western Cape (2005). Project manager: Mitch Loeb. Partners: University of Oslo, University of Cape Town, DPSA, FFO. Funding: Research Council of Norway.

Methodology for qualitative studies on disability and poverty in Kenya (2005). Project manager: Lisbet Grut. Funding: World Bank. Data and statistics on disability in developing countries (2005). Project manager: Arne H. Eide. Funding: DFID, UK.

Peer support among women with disabilities in Namibia (2005). Project manager: Lisbet Grut. Partners: NKF, NADAWO. Funding: FOKUS.

Society for All - Protected workplaces in Macedonia (2005-2006). Project manager: Lisbet Grut. Partners: PolioPlus, University of St. Cyril. Funding: SOROS, SINTEF
Disability and well-being in Yemen (2006). Project manager: Lisbet Grut. Partners: University of Oslo, Interaction. Funding: World Bank

Disability and living conditions in Kenya (2006). Project manager: Lisbet Grut. Partners: University of Oslo, University of Nairobi. Funding: World Bank

Model for comprehensive management of disability data (2006). Project manager: Mitch Loeb. Partner: National Coordinating Committee on Disability of Vietnam. Funding: Medical Committee Netherlands-Vietnam

Abuse and violence against disabled women in Malawi (2006). Project manager: Stine H. Braathen. Partners: DIWODE, FEDOMA, FFO. Funding: Atlas Alliance, Norwegian Ministry of Foreign Affairs.

Studies on living conditions among people with disabilities in Mozambique (2007-2008). Project manager: Arne H. Eide. Partners: FFO, SAFOD, FAMOD. Funding: Atlas-Alliance/NORAD

Rehabilitation technology and Service delivery:

Oshakati Local Rehabilitation Workshop (1999-). Project manager: Tone Øderud. Partners: Oshakati State Hospital, Namibia. Funding: Atlas-Alliance/NORAD

Bulawayo Local Rehabilitation Workshop (1999-). Project manager: Tone Øderud. Partners: National Council of Disabled People in Zimbabwe. Funding: Atlas-Alliance/NORAD

Feasibility Study on Production and Provision of Wheelchairs and Tricycles in Uganda (2004). Project manager: Tone Øderud. Partners: Norwegian Association of the Disabled. Funding: Atlas-Alliance/NORAD

Assessment study on the needs of mobility devices for children with disabilities in Africa (2005))
Project manager: Tone Øderud. Partners: Design without borders/Norsk Form. Funding: NORAD

Assessment Study of Manufacturing of Crutches at Red Cross Service Centre, Pyongyang). Project manager: Tone Øderud. Partners: Sophies Minde Othopaedic Centre. Funding: Norwegian Red Cross.

Wheelchair Assessment Study in Tanzania (2006). Project manager: Tone Øderud. Partners: Kilimanjaro Christian Medical Centre and TATCOT. Funding: International Society for Prosthetics and Orthotics

Evaluation projects:

Community Based Rehabilitation programme in Palestine (2001-2002). Project manager: Arne H. Eide. Funding: Norwegian Association of the Disabled.

Community Based Rehabilitation programme in Eritrea (2004). Project manager: Lisbet Grut. Funding: Norwegian Association of the Disabled.

Awareness Building Campaign in Namibia (2003-2005). Project manager: Lisbet Grut. Funding: FFO.

Organisational development for deaf in Palestine (2004). Project manager: Marit Hoem Kvam. Funding: The SIGNO Foundation and The Norwegian Association of the Deaf

Mental helse

Universitetet i Oslo

Mental health, disability and quality of life in Sudan: a comparison of a refugee and a non refugee population. Ledet av Lars Lien, IASAM. Støttet av IPSYK og Medisinsk fakultet, UiO.

Population based studies of mental health among migrants in Nepal and Norway: migration and adversity in different contexts. Ledet av dr.kandidat Suraj B Thapa og Edvard Hauff.

Quality of life and mental health of internally displaced persons in Ambon, Indonesia. Ledet av dr.kandidat Sherly Turnip og Edward Hauff.

Andre sykdommer og lidelser

Arbeids og trygdemedisin

Universitetet i Bergen

Occupational respiratory diseases among male and female workers in dusty industries in Tanzania. Ledet av Bente E. Moen. Støttet av NUFU.

Research and training network in pathology. Ledet av Lars Akselen. Støttet av NUFU.

Indoor air pollution. A neglected poverty related cause of global ill health. Implications for health and society of promoting clean fuels in China.

Levekår, fattigdom

SINTEF

Poverty analyses program in Indonesia. Ledet av Mitch Loeb i samarbeid med Demographic Institute, University of Indonesia. Støttet av Verdensbanken.

FAFO

Child Labour in the Tea Sector in Malawi. A Pilot Study. Ledet av Line Eldring.

Child labour in Africa: Poverty or institutional failures? The cases of Egypt and Zimbabwe. Ledet av Bjarne Grimsrud og Liv Jorunn Stokke.

Vedlegg 2: Prosjekter støttet av GLOBVAC

- GLOBVAC strategic collaboration - Norwegian-Indian collaboration on vaccination research

| | |
|--|--------------------------------------|
| Comparison of Safety and Immunogenicity of Refrigerator Stable and Frozen Formulation of 116E Live Attenuated Oral Rotavirus Vaccine | Norwegian Institute of Public Health |
| Developing vaccines against diarrhea caused by Escherichia coli and Shigella | University of Bergen |
| Novel vaccine candidates and delivery systems for HIV and influenza | University of Oslo |
| Preparing for tuberculosis vaccine efficacy trials: Baseline epidemiology, improved diagnosis, markers of protection and phase I/II trials | University of Bergen |

- European and Developing Countries Clinical Trials Partnership

| | |
|--|----------------------|
| Phase III double blind placebo-controlled trial of infant periexposure prophylaxis with 3TC to prevent HIV-1 transmission by breastfeeding | University of Bergen |
|--|----------------------|

- Global health research

| | | |
|-------------|---|---|
| Respiratory | Development of a subunit vaccine for prevention of reactivation of tuberculosis | University of Bergen |
| | Improving diagnosis, treatment and control of childhood tuberculosis | University of Bergen |
| STD | The dual role of macrophages in mycobacterial- and HIV disease: host cell and generator of protective mediators with therapeutic potential | Norwegian University of Science and Technology (NTNU) |
| | Tuberculosis in the 21st century; an emerging pandemic | University of Oslo |
| | Indoor air pollution. A neglected poverty related cause of global ill health. Implications for health and society of promoting clean fuels in China | University of Oslo |
| STD | Alternative treatment strategies in HIV infection - research platform with integrated biological and clinical objectives | University of Oslo |
| | HIV vulnerability and HIV prevention needs among men who have sex with men in Tanzania | University of Oslo |
| Others | Searching for effective HIV-prevention and care in sub-Saharan Africa: focusing on local contexts | University of Bergen |
| | Accessibility to health services among people with disabilities in southern Africa | SINTEF |
| | Evaluation of the impact of the Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness Strategy on Neonatal and Infant Mortality | Norwegian Institute of Public Health |
| | Focus on nutrition and child health: Intervention Studies in low-income countries | University of Bergen |

| | |
|--|--------------------------|
| Pectin products from Malian medicinal plants, can they combat ailments related to the immune system? | University of Oslo |
| Right to health through litigation? Can court enforced health rights improve health policy and priority setting in poor countries? | Chr. Michelsen institute |
| Strengthening human resources for health. A study of health worker availability and performance in Tanzania | University of Bergen |
| Type 2 diabetes and lifestyle in ethnic minorities in Oslo, and in populations in Pakistan, Bangladesh and China | University of Oslo |

▪ Vaccination research

| | | |
|-------------|--|---|
| STD | Phase IIb-Test of Concept Clinical Trial of the Peptide-based HIV-1 Therapeutic Vaccine Candidate Vacc-4x | Bionor Immuno AS |
| | Further developments of new immunogenic peptide-based HIV vaccines targeting dendritic cells | University of Oslo |
| Enteric | New rotavirus vaccines: targeting childhood morbidity and mortality in low- and middle-income countries in Central Asia | Norwegian Institute of Public Health |
| Respiratory | 2nd generation Vaccibodies for infectious diseases | University of Oslo |
| | Immunity towards mycobacteria - identification of avirulent vaccine strains and therapeutic targets | Norwegian University of Science and Technology (NTNU) |
| | Impact of a new and affordable conjugate meningococcal vaccine on carriage of serogroup A Neisseria meningitidis and disease transmission | Norwegian Institute of Public Health |
| | The Immunogenicity and Protective Efficacy of Plant-Derived Influenza H5N1 Vaccine in Preclinical Models. | University of Bergen |
| Other | Integrated health information systems for vaccination in developing countries | University of Oslo |
| | LAYVAC: Lay health worker programmes for vaccine uptake in low and middle income countries: Developing a global knowledge-base | SINTEF |
| | Multi-disciplinary approach to Explaining Differential Immunization Coverage | University of Oslo |
| | OMEVAC (Open Mobile Electronic Vaccine Trials), an interdisciplinary project to improve quality of vaccine trials in low-resource settings | University of Bergen |

Vedlegg 3: Doktorgradsprosjekter innen internasjonal/global helse siste fire år, Oslo

Doktorgradsprosjekter innen internasjonal/global helse påbegynt de siste fire år ved Institutt for allmenn og samfunnsmedisin (IASAM), Universitetet i Oslo.

| Navn | Veileder | Prosjekttittel | Finansiering og periode |
|----------------------------|--|---|---|
| Abudayya, Abdallah | Gerd Holmboe-Ottesen | Nutritional Status and lifestyle among School Adolescents in Gaza Strip | Kvote ¹⁵ 15.8.2005 – 14.8.2008 |
| Abu-Shama, Farid | Espen Bjertness | Pesticide Exposure and time to pregnancy among the farmers in Beit-Uhsmar and Halhool villages, Hebron: A prospective occupational study. | NUFU fra mars 2005 Kvote August 2006 – 2009 |
| Berhe, Nega | Bjørn Myrvang Svein G. Gundersen | Determinants of morbidity related to schistosomiasis mansoini in Ethiopia. | 2000-1/8 2003 Kvote NUFU/des. 2004 Fond hos B. Myrvang Leverte februar 2008 |
| Bianba | Espen Bjertness Lars Bo Andersen Hein Stigum | Exercise capacity, arterial oxygen saturation, hemoglobin concentration, blood lactate, blood EPO and physical activity. | Tibetnettverket 1.1.07 – 31.12.09 Kvote fra 1.1.2008 |
| Cham, Mamady | Johanne Sundby | Maternity care in the Gambia: Experiences and Expectations of Women on Prenatal, Delivery and Postpartum care | Kvote 15.8.2005 – 14.8.2008 |
| Chilundo, Baltazara G.M | Johanne Sundby Sundeer Sahay | Integrating Information Systems of Disease-Specific health Programmes in Low Income Countries: The Case Study of Mozambique | Kvote 2001-2003 Ferdig 2005 |
| Chinkonde, Jacqueline Rose | Johanne Sundby Per Kristian Hilden | Infant feeding choices: Exploring the dilemmas experienced by HIV infected women after cessation of EBF in Lilongwe-Malawi | NFR 1/5 2007 – 30.4.2010 |
| Claussen, Thomas | Gerd Holmboe-Ottesen | Old age and ageing in Botswana | NFR Ferdig 2007 |
| Dadi, Mengistu Legesse | Gunnar Bjune Fekadu Abebe | Study on the Epidemiology and Immunology of Tuberculosis with Emphasis on Factors Contributing to Infection and re-activation | NUFU1.9.2007 |

¹⁵ "Kvote" betyr at studenten har fått støtte fra UD's program for kvotestudenter fra samarbeidsland.

| | | | |
|---------------------------------|---|---|--|
| | | in Somali Pastoralists, Eastern Ethiopia | |
| EISouni, Asma | Gunnar Bjune | The Burden of HIV co-infection to health Services in Sudan | LHL Ferdig 2005 |
| Hansen, Camilla | Benedicte Ingstad Harald Grimen | Stigma and self-representations. An anthropological study on poverty and disability in South Africa | NFR 1.1.05 – 31.12.08 |
| Hydrie, Mohammad Zafari | Akhtar Hussain Abdul Basit | Prevention of type 2 diabetes | NFR fra 1.6.2007 Kvote fra 1.1.2008 |
| Issa, Yaser | Petter Kristensen Khalidoun Nijem Espen Bjertness | Time to Pregnancy among newly married people living in two agricultural villages in Hebron District, Palestine. | Kvote 1.1.2007 |
| Jani, Jagrati V. | Gunnar Bjune Carol Holm-Hansen Sundeeep | Measles surveillance and outbreak analyses to improve the quality of Expanded Program on Immunisation in Mozambique | Kvote 2004-2006 Kvote t.o.m 14.8.2007 Leverer feb. 2008 |
| Kamudoni, Penjani | Gerd Holmboe-Ottesen Kenneth Maleta | Optimal Infant feeding practices | Kvote 1.1.2008 |
| Kebede, Meselu | Anne-Lise Middelthon | Young women and abortion in Ethiopia: Sexuality, Stigma and Silence | Kvote januar 2006 – des. 2009 |
| Kisuule, John-David | Benedicte Ingstad | The social and cultural context of the HIV/AIDS epidemic in rural areas of Jinja district (Uganda). | NFR Ferdig 2007 |
| Mavimbe, Joao Carlos de Timóteo | Gunnar Bjune Jørn Braa | Integrated Health Information Systems at the District Level: A Case Study in the Mocambique Context | 2001-31/12 2004 Kvote Disputerer 24.4.2008 |
| Mbvizo, Elisabeth | Akhtar Hussain Babill Stray-Pedersen | Women's reproductive health and HIV: seizing the opportunity. | Kvote Ferdig 2005 |
| Mikki Nahed | Gerd Holmboe-Ottesen | Lifestyle and nutrition patterns of Palestinian adolescents | NUFU 7.1.2005 Kvote august 2005-2008 |
| Mmbaga, Elia John | Akhtar Hussain Knut-Inge Klepp | The Dynamics of STI/HIV infections and associated factors in a rural village, northeast, Tanzania | Beg. August 2005 – NUFU Kvote August 2006-2008 Levert jan. 2008 |
| Moen, Kåre | Anne-Lise Middelthon Peter Aggleton | HIV vulnerability and HIV prevention needs among men who have sex with men in Tanzania | NFR stipendiat fra 2008. |
| Mohammad,Rahim, | Akhtar Hussain | Diabetes in Bangladesh: Prevalence and determinants | Kvote 2004 – 2008 Levert 2008 |

| | | | |
|-------------------------|--|--|---|
| Msuya, Sia Emmanueli | Akhtar Hussain, Babill Stray- Pedersen | Reproductive Tract Infections and HIV among Women in Moshi, Tanzania | 2001-juni 2004 Kvote Privat sponsor Leverer vår 2008 |
| Nyombi, Balthazar | Carol Holm-Hansen Gunnar Bjune | Determination of HIV-1 subtypes in Tanzania | Kvote 2004 t.o.m 31.12.2007, IASAM 2,5 mnd. 2008 Leverer april 2008 |
| Romøren, Maria | Johanne Sundby Per Hjortdal | Sexually transmitted diseases, diagnoses and treatment in Botswana. | NFR, start 2003 |
| Sagbakken, Mette | Gunnar Bjune | Barriers and enablers in the management of tuberculosis treatment in Addis Ababa, Ethiopia: a qualitative study | Helse og rehabilitering 21.8.06 |
| Sandberg, Kristin | Gunnar Bjune | Incentives to promote international access to vaccines and essential drugs | NFR, midler fra IASAM høst 2007 Leverer 2008 |
| Sousa, Cesar | Gunnar Bjune | Health and development in a border district of Mozambique: Challenges in post-war Magude district to intersectoral integration and community participation | Kvote/NUFU Ferdig 2005 |
| Srinath, Usha | Erik Bøhler, Jørn Braa Akhtar Hussain – kontaktveileder | Management of Primary Health Care Data at the sub district levels in India with a focus on maternal and child health information | 2002-31/12 2004 Kvote |
| Storla, Dag | Gunnar Bjune Bjørn Myrvang | The Molecular Epidemiology of Mycobacterium Tuberculosis in Bangladesh | Juli 2003 - Januar 2007 |
| Thorsen, Viva Combs | Johanne Sundby | Maternal mortality amid the HIV/AIDS epidemic in Malawi: Reviews to make pregnancy safer and promote human development | NFR 22.5.2007 – 21.5.2010 |
| Toungoussova, Olga | Gunnar Bjune | Community and Biological Aspects of Tuberculosis Drug Resistance in the Arkhangelsk oblast, Russia significance of the Beijing Mycobacterium Tuberculosis genotype | Kvote/NFR Ferdig 2004 |
| Turnip, Sherly | Edvard Hauff | Quality of life and mental health of internally displaced persons in Ambon, Indonesia. | Kvote IPSYK 2005 - 2008 |
| Yimer, Solomon | Gunnar Bjune | Patients' health systems' delay in the diagnosis of pulmonary tuberculosis in | Kvote August 2006 – 2009 |

| | | | |
|--------------|--------------------------|--|----------------------|
| | | Amhar Region north west Ethiopia | |
| Zahid, Naeem | Akhtar Hussain | Diabetes epidemiology: a comparative study between Pakistand and Norway | NFR 2006-2008 |
| Zumin, Shi | Gerd Holmboe- Ottesen | Adolescent nutrition in association to sociodemographic factors in a society undergoing rapid nutrition transition - A school based study from Jiangsu Province in China | Kvote Ferdig 2007 |

Vedlegg 4: Doktorgradsprosjekter innen internasjonal/global helse siste fire år, Bergen

Doktorgradsprosjekter innen internasjonal/global helse fullført de siste fire år ved Senter for internasjonal helse, Universitetet i Bergen.

2008

Kumbutso Dzekedzeke: "Adult mortality in the era of HIV in Zambia: making plausible estimates of adult mortality and the impact of HIV from limited data"

Khadija Innocensia Yahya-Malima: "Epidemiological context of HIV infection in rural Manyara and Singida regions, Tanzania; antenatal and population-based studies"

2007

Estifanos Biru Shargie: "Trends, challenges and opportunities in tuberculosis control in rural Ethiopia. Epidemiological and operational studies in a resource-constrained setting"

Charles Michelo: "Trends and determinants of HIV prevalence in Zambia: Evidence from surveys in selected communities"

Degu Jerene Dare: "HIV antiretroviral therapy in Ethiopia. Overcoming implementation challenges."

2006

Charles Karamagi: "Supporting Mothers for Child Health and Nutrition in Uganda"

Ruan Jian Ping: "Fluoride, dental fluorosis and caries in China".

Simon Henry David Mamuya: "Dust exposure and respiratory health problems in a labour-intensive coal mine in Tanzania"

Jamil David: "Dental caries among adolescents. Implications for planning oral health services in India and Norway".

Suzanne Namusoke Kiwanuka: "Sugar snack consumption, caries experience and dental pain: surveys of 3-5- and 10-14-year-old children"

Mabula Joseph Kasubi: "Detection and molecular characterization of herpes simplex virus from Tanzania and Norway"

2005

Nezar Noor Al-hebshi: "Khat and oral microbiota – a microbial study with relevance to periodontitis and dental caries"

Espérance Kashala: "Mental health of African school children – Epidemiological, clinical and neuropsychological studies from Kinshasa, the Democratic Republic of Congo"

Daniela Elena Costea: "Epithelial-mesenchymal interactions in normal and neoplastic human oral mucosa - a study on in vitro organotypic models".

Candia Moshiro: "The epidemiology of injuries in an urban and two rural areas of Tanzania. A population-based study"

Julius Mwaiselage: "Dust exposure and respiratory health effects in the cement industry."

Christopher Oleke: "The challenge of orphans in the era of AIDS: Assessing community experience in Uganda."

Bjarne Robberstad: "Economic evaluation of health interventions in sub-Saharan Africa. Applied economic evaluations and studies on time preferences for health in Tanzania"

Henry Wamani: "Malnutrition and child health inequalities. The case of Uganda and sub-Saharan Africa."

Eliud Richard Wandwalo: "Community tuberculosis care in Tanzania: the role of direct observation of tuberculosis treatment and collaborative TB and HIV/AIDS intervention."

Fantaye Wondwossen: "Dental fluorosis in Ethiopia. An assessment of dental fluorosis and relation to dental caries as well as the social acceptance of fluorotic teeth in rural and urban areas".

2004

Håvard Valvatne (PhD): Colonization Factors of Enterotoxigenic Escherichia coli; detection, characterization and expression.

Denbel, Mekonnen K. (PhD): .Molecular approaches to the diagnosis of Mycobacteria with special reference to Mycobacterium tuberculosis, Mycobacterium bovis and Mycobacterium leprae.

Hinderaker, Sven Gudmund (Dr. Med): Perinatal mortality and anaemia in pregnancy in rural northern Tanzania.

Kazaura, Method R. (PhD): Birth defects and age effects.

Kisanga, Elton Richard (PhD): Pharmacology of low-dose tamoxifen regimens in breast cancer treatment.

Lugada, Eric Stephen (PhD): Affordable alternatives for managing HIV infected patients in a resource-poor country, Uganda.

Mfinanga, Sayoki Godfrey M. (PhD): Mycobacterial adenitis in Arusha, Tanzania: epidemiology and diagnostic challenges.

Mwanza, Jean Claude (PhD): Neuro-Ophthalmology of Konzo, Human African Trypanosomiasis and NeuroAIDS.

Mwaiselage, Julius (PhD): Dust exposure and respiratory health effects in the cement industry.

Okullo, Isaac (Dr. Odont): Assessing oral impacts on daily performance, dental caries and aspects of oral care services among adolescents in Uganda.

For en total oversikt, se <http://www.cih.uib.no/index.php?valg=sql&id=162#2008>.

Vedlegg 5: Masteroppgaver

Masteroppgaver levert ved Master of International Community Health, IASAM og registrert i databasen DUO i perioden 2004-2007.

2007

- 1 Contributing factors for undernutrition in children admitted to Nutrition Rehabilitation Units (NRUs) in Malawi.
-Stålcrantz, Jeanette
- 2 Investigation into plasma levels in selenium and glutathione in smear-positive adult tuberculosis patients and healthy controls in the Mangochi district, Malawi.
-Arntsen, Heidi
- 3 Current tuberculosis epidemic in the North-western federal region of Russia: drug resistance, molecular epidemiology and risk factor analysis.
-Baranov, Anton
- 4 Food Intake of Selenium and Sulphur AminoAcids in Tuberculosis Patients and Healthy Adults in Malawi.
-Eick, Frode
- 5 Qualitative Process Evaluation of a Community-based HIV and AIDS Intervention among Adolescents in Northern Tanzania: Experiences from Community Organization.
-Juma, James McOllugi
- 6 Distribution of Mycobacterium tuberculosis lineages overview in the North of Vietnam.
-Pham, Trung
- 7 Antiretrovirall drugs accessibility to HIV/AIDS patients in Bamako, Mali (West Africa).
-Sangho, Fanta
- 8 The prevalence of and risk factors for diabetic peripheral neuropathy among type 2 diabetic outpatients in Bangladesh.
-Mørkrid, Kjersti
- 9 Experiences and Perception of Youths towards HIV/AIDS Prevention Campaigns in Kibera Slums: Nairobi Kenya.
-Oballa, Oceanic Christine
- 10 Use of HIV/AIDS counseling and testing services among young people in Tanzania.
-Mwakatobe, Kisa

- 11 Getting it right? Women's reproductive health and health services in Darfur, Sudan.
-Rivenes, Sara
- 12 Trends in condom awareness, perceived accessibility and use among school children in Kahe wards, Kilimanjaro Tanzania 2001-2006.
-Khalfani, Hafsa Omari
- 13 Why are there low institutional delivery rates in the Gambia? Women's opinion.
-Jallow, Anna
- 14 Metabolic Syndrome and Insulin Resistance in Pakistan: a population based study in adults 25 years and above in Karachi.
-Hydrie, Muhammad
- 15 Undernutrition and related risk factors among under five children in Lungwena, Mangochi District, Southern Malawi.
-Gunda, Andrews
- 16 Risk factors and pregnancy outcomes among gestational diabetic mothers.
-Biswas, Ruhina Tasmin
- 17 Socio-cultural perceptions and practices of dietary choices with focus on fat intake in middle aged Pakistani women in Oslo.
-Dawes, Twinkle

2006

- 18 Maternal Mortality in Xinjiang Uygur Autonomous Region and Jilin Province, China.
-Du, Qing
- 19 Pregnant women, HIV and Compliance with Follow-up care in the prevention of mother-to-child HIV transmission (PMTCT) program: Lilongwe-Malawi.
-Chinkonde, Jacqueline Rose
- 20 Factors influencing the utilization of research findings by health policy-makers in a developing country: a case study of Mali's essential medicines list.
-Albert, Michael A.

21 Pneumonia Case Management in Children Under-Five: A Study in First Referral Hospitals in Khartoum, Sudan.
-Al Mumarak, Renas Fadlallah

22 HIV-related stigmatization: Experiences from women enrolled in a mother-to-child transmission of HIV prevention program in Malawi.
-Thorsen, Viva Combs

23 Factors contributing to essential medicines shortage at the health centre level in Lilongwe District, Malawi.
-Lufesi, Norman N.D.

24 Ngao Follow up Survey 2005. Primary school pupils in the era of HIV/AIDS, Tanzania.
-Sango, Wicklif Sospeter

25 Exercise capacity, arterial oxygen saturation, hemoglobin concentration, and physical activity.
-Bianba, Bianba

26 The experiences of people living with HIV/AIDS receiving health care services at Lighthouse Clinic, Lilongwe, Malawi.
-Mwale, Sarah

27 Coping behaviours of families of pre-school children with disabilities: A cultural perspective from Zimbabwe.
-Muderedzi, Jennifer

28 The most common causes of and risk factors for diarrhea among children less than five years of age admitted to Dong Anh Hospital, Hanoi, Northern Vietnam.
-Bui, Hung Viet

29 Pregnant women, HIV and compliance with follow-up care in the prevention of mother-to-child HIV-transmission program: Lilongwe-Malawi.
-Chinkonde, Jacqueline Rose

30 Neurodevelopmental Outcomes (Tanzania).
-Uriyo, Jacqueline Gilbert

31 Delay of diagnosis and treatment of new smear positive (Sudan).
-Mohammed, Ammar Salih

32 Cost of Diabetes care in the Out-patient Department of A Tertiary Care Hospital in Bangladesh.
-Lahiry, Suman

2005

33 Acceptability of Voluntary Counselling and Testing for HIV among Pregnant Women in Western Health Division, the Gambia.
-Jammeh, Abdou

34 Incidence of HIV-1 infections and change in STI's and risk sexual behaviours in Northern Tanzania.
-Mmbaga, Elia John

35 Vulnerability to HIV transmission among mobile rural workers compared to local residents in Beijing.
-Yang, Fang

36 Food insecurity (Tanzania).
-Leyna, Germana

37 Albinism in Malawi.
-Braathen, Stine Hellum

38 Infant Feeding Practices and Perceptions (Malawi).

39 Asthma and Asthma Related-Symptoms in School Children Living in Rural Tibet.
-Zong, Yang

40 The Prevalence and Risk Factors in Associated to Antibiotic Resistance of Bacteria from Diarrhoeal Patients in Bac Ninh Hospital Northern Viet Nam.
-Cuong, Ngo Tuan

41 Medical Pluralism in Zambia: Options for health-seeking or increased dilemmas for People Living with HIV/AIDS.
-Nyirenda, Alick

42 Health Service Delivery in the Era of GAVI support.
-Evensen, Anne Liv

43 Drug resistance among Tuberculosis Re-Treatment Cases; Study on Drug Resistance/Multi-drug Resistance and associated risk factors for developing MDR among Tuberculosis Re-Treatment Cases in Khartoum State.
-Obeidalla, Imad El Amin

44 Abortion in a Rural Setting in Uganda: Morbidity, Mortality and Management.
-Odong, Jacob

45 Men's Perspectives and Use of Modern Contraceptives within Marriage in Butagaya Sub County, Jinja district, Uganda.

-Turinde, Kabali Asa

2004

46 Survey of the Needs of and Services for Persons with Physical Disability in China.

-Zhang, Jinming

47 Simple Method for the Detection of Bacterial Vaginosis in Pregnant Women (Zimbabwe)

-Munjoma, Marshall W.

48 Hypertensive Disorders of Pregnancy: Prevalence, Maternal Complications and Perinatal Outcomes at Lilongwe Central Hospital, Malawi.

-Kilembe, Franklin David

49 Quality of life and coping styles of HIV positive compared to HIV negative women in Zimbabwe participating in the prevention of mother to child transmission of HIV program.

-Kurewa, Nyaradzai Edith

50 Moral Dilemmas and Gender Scripts in the Context of HIV/AIDS (Ethiopia).

-Kebede, Meselu Taye

51 Pneumonia case fatality rate in children under-five (Malawi).

-Maganga, Ellubey Rachel

52 Hypertensive Disorders of Pregnancy (Botswana).

-Nkubito, Grace Kangwagye

53 Living with HIV/AIDS: Women's perspectives regarding care/support provided in Dar Es Salaam, Tanzania.

-Semguruka, Elizabeth Marton

54 Options and constraints for breastfeeding in the context of HIV: A study of parents perspective in Lusaka and Kitwe districts, Zambia.

-Besa, Eustina Mulenga

55 A study on Mobility and Sexually Transmitted Diseases/HIV/AIDS risk among the mountain community of Mustang district, Nepal.

-Devis, Shrestha Sumitra

56 Diagnostic Delay among New Smear Positive Pulmonary Tuberculosis Patients in Amhara Region, Northwest Ethiopia.

-Yimer, Solomon Abebe

57 Beyond Knowledge: Patterns of Sexuality and Correlates of High Risk Behaviour among Urban Youth in Addis Ababa, Ethiopia.

-Tiruneh, Yordanos Mequanint

58 Delay in the Diagnosis and Treatment of New Smear-Positive Pulmonary Tuberculosis in Khartoum State.

-Rahim, Mohammed Sid Ahmed Abdel

Masteroppgaver levert ved Master of International Health, CIH

2006

Abate, Hareg Getachew: Self disclosure of HIV serostatus among people living with HIV/AIDS in Abbis Ababa, Ethiopia. Contribution to HIV prevention

Akalu, Masresha G.: Barriers to antiretroviral treatment adherence for patients living with HIV infections and AIDS in Arba Minch Hospital, Southern Ethiopia

Banda, Richard: The impact of HIV on fertility: Evidence from population based surveys conducted in Zambia

Byamugisha, Robert: Male involvement in the prevention of mother-to-child transmission of HIVprogramme in Mbale, Uganda

Kien, Vu Duy: Cost- effectiveness of a 100% condom use programme to prevent HIV infection for female sex workers in An Giang, Vietnam

Kilale, Andrew Martin: Determinants for introduction of community involvement in tuberculosis treatment in Mbulu district; Manyara Tanzania

Mutale, Wilbroad: Acceptability of voluntary counselling and testing (VCT) in Zambia

Ndugulile, Lillian: Mothers' knowledge on exclusive breastfeeding in Kilimanjaro region, Tanzania

Noparast, Maryam: Breast cancer treatment in Iran

Rahman , Md. Hamidur: Association between ammonia exposure and respiratory health effect among the workers of urea fertilizer factory at Ghorashal, Bangladesh

Surajika, Jayasinghe A. Nishalie: Exploring health related issues of landmine victims in Sri Lanka

Wei, Qui: Tuberculosis awareness in China: A study of various population s in urban Jinzhou City

Zeleke, Zeyede K.: Exposure to dust and respiratory effects with special focus on cement dust

2005

Abdul-Majeed, Nibras Ayad: Fissure caries and bacteria of first permanent molars and caries risk factors in 12-year-old schoolchildren in Baghdad, Iraq.

Cristea, Calin-Alexandru: Periodontal pathogens in combined periodontal-endodontic lesions.

Feleke, Yeweyenhareg: Studies of addision's disease in Ethiopia.

Huong, Pham Thi Mai: Oral health status and oral care habits in type 2 diabetic patients and non-diabetic controls in Hanoi, Vietnam.

Josephson, Mogga Stanley: Host parasite relationship in M.tuberculosis infection. The role of apoptosis in understanding the biology of m.tuberculosis evasion mechanisms.

Kulasekara, Mudiyansele Keerthi: Role of basement membrane proteins on oral cancer invasion: An immunohistochemical study using in vitro organotypic cell culture models of normal and neoplastic oral mucosa.

Mphahele, Matsie Theodora: Pyrazinamide resistance among multidrug-resistant Mycobacterium tuberculosis isolates from South-African pulmonary tuberculosis patients.

Thai, Pham Quang: Outcome and impact of an HIV preventive project in An Giang province, Vietnam.

Tikas, Triinu: Drug use among Russian-speaking minority.

Zulu, Richard: Improving the effectiveness of HIV prevention among young people. A study on factors affecting differential HIV transmission trends in two selected sites in Zambia.

2004

Bachou, Hanifa: Malnutrition in children admitted to mulago hospital, Uganda: Prevalence, mortality & associated factors.

Berhe, Hailu Tesfaye: Morbidity pattern among HIV-1 infected and uninfected Ethiopian Children admitted to a district hospital in Southern Ethiopia.

Buregyeya, Esther: Factors associated with HIV risk behaviour among employees of Kakira sugar works in Jinja district, Uganda.

Draghinescu, Roxana: In vitro antibacterial effect of the carisolv-2 system.

Gombachika, Belinda Thandizo: Experiences of HIV-positive pregnant women: A qualitative study from Lilongwe urban, Malawi.

Katoba, Juliet: Syphilis trends and relationship with changes in HIV prevalence among antenatal clinic attendees in Zambia.

Klungsoyr, Jørn Ivar: Handheld computers for data collection in field research in Uganda. Development of EpiHandy and field tests.

Lwin, Thandar: Drug resistant tuberculosis in Yangon, Myanmar.

Mamuya, Simon Henry David: Assessment of dust, quartz and respiratory symptoms among coal mine workers in Kiwira, Tanzania.

Mulat, Tesfaye: Clinical and awareness assessment of burns in Ethiopia.

Vedlegg 6: Personer intervjuet

John-Arne Røttingen, Kunnskapssenteret for helsetjenester

Atle Fretheim, Kunnskapssenteret for helsetjenester

Bjørn Inge Larsen, Sosial og helsedirektoratet

Bjørn Guldvog, Sosial og helsedirektoratet

Paul Fife, Norad

Sigrun Møgedal, Utenriksdepartementet

Kristian Ødegaard, Utenriksdepartementet

Kårstein Måseide, Norges forskningsråd

Gunnar Kvåle, Center for International Health, Universitetet i Bergen

Gunnar Bjune, Institutt for allmenn og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo

Helsedirektoratet

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no

