

9 Forskning och innovation för framtida generationers hälsa – globala hälsoproblem kräver global forskning

Tobias Alfvén och Stefan Swartling Peterson

- För att uppnå de globala målen i Agenda 2030 krävs forskning och innovation.
- Det behövs långsiktiga finansieringsmodeller för forskning och innovation om global hälsa.
- Forskning om global hälsa gynnar både låg- och medelinkomstländer och Sverige.
- Satsningar på forskning om global hälsa krävs för en återväxt av svenska forskare och experter, både för svensk forskning och för vårt arbete globalt.
- Biståndet behöver fortsätta att bygga kapacitet och organisationer för forskning i och med låginkomstländer.

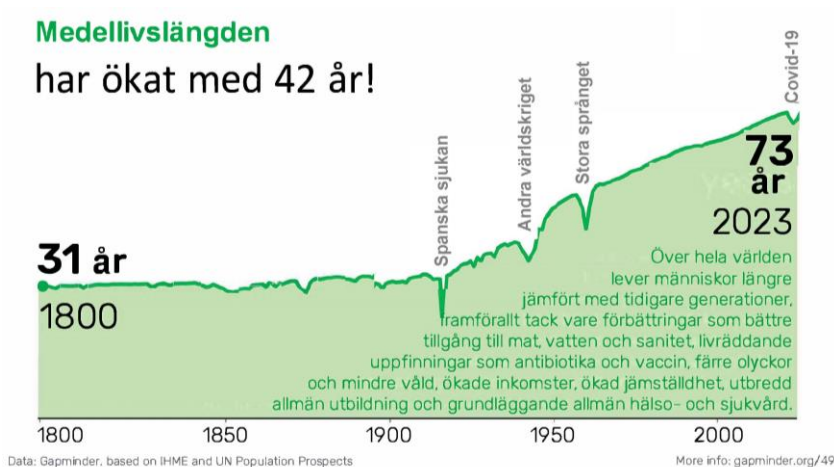
Inledning

I detta kapitel diskuterar vi forskningens och innovationens avgörande betydelse för oss som lever nu men också för kommande generationers hälsa. En viktig avgränsning är att vi inte avser att täcka hela området kring forskning och innovation om global hälsa utan fokuserar på Sveriges roll i dessa frågor, med fokus på svenska universitet och högskolor.

Forskningens betydelse för global hälsa i en globaliserad värld

De senaste två århundradena har varit en tid av exceptionella framsteg för mänskligheten. Från att medellivslängden i de flesta kulturer och på de flesta platser under människans historia legat på omkring 30 år har den sedan början av 1800-talet ökat till att idag vara 73 år (figur 1). I de rikare delarna av världen är medellivslängden över 80 år. Samtidigt har barndödligheten, som tidigare var en tragisk verklighet för många familjer, minskat dramatiskt. Genom världshistorien har runt hälften av alla nyfödda barn dött innan de nått vuxen ålder. Idag dör omkring 5 av 100 barn innan de hunnit bli vuxna; i de rikare delarna av världen dör endast cirka 3 av 1 000.

Figur 1: Utvecklingen av medellivslängden från 1800 till 2023



Källa: Gapminder (Gapminder, 2023). Översatt till svenska med tillstånd från Gapminder.

Den ökade medellivslängden och minskade barnadödligheten är två av de kanske tydligaste bevisen på hur väldigt mycket bättre många människor har fått det, tack vare tekniska, sociala och medicinska framsteg som skett tack vare vetenskapens framväxt, innovationer och reformer. Framsteg inom en lång rad områden har bidragit till bättre levnadsstandard för människor, vilket i sin tur bidrar till bättre hälsa. Inom medicinen är några milstolpar utvecklandet av vaccin, antibiotika, vätskeersättning och förståelsen av vikten av hygien.

Globala problem kräver globala lösningar

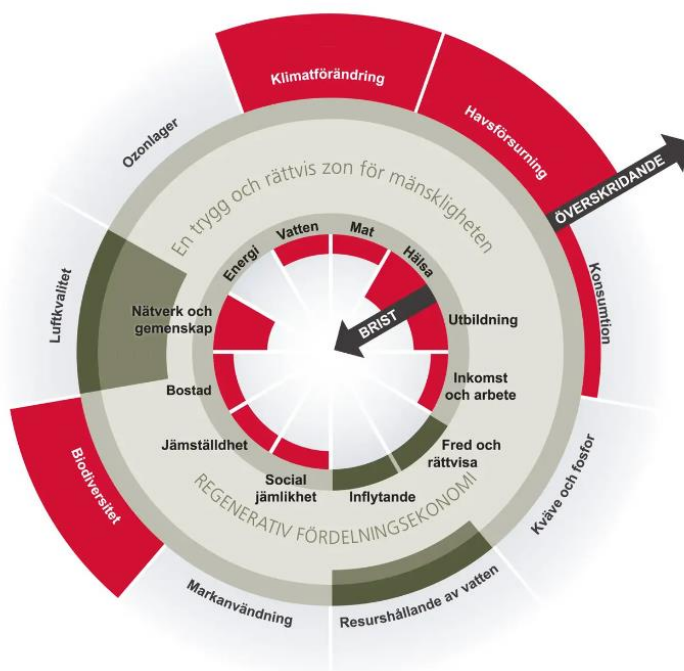
Framstegen har förändrat villkoren för människors liv och hälsa samt förutsättningarna för vår planet. Antropocen, människans tidsålder, innebär kraftig befolkningstillväxt, ökade utsläpp av koldioxid och annan miljöpåverkan samt högre medeltemperatur på jorden med den klimatpåverkan som följer. Förändringarna hotar vår hälsa och framtid. Utmaningarna och problemen blir alltmer globala och utgör ett hot för alla människor på jorden, men de får värst konsekvenser

för de fattigaste medmänniskorna. Därför måste lösningarna också bli alltmer globala, samtidigt som fattigdomsfokuset behöver bibehållas och utvecklas. Forskning och innovation spelar här en avgörande roll.

En modell som illustrerar vårt ömsesidiga beroende av varandra i världen och kopplingen till fattigdom och välstånd, är den s.k. donutmodellen (även kallad munkmodellen). Donutmodellen är framtagen av den brittiska ekonomen Kate Raworth för att införliva vår tids utmaningar med miljö och folkhälsa i ett ekonomiskt tänkande (Raworth, 2012) (figur 2).

Donutmodellen är ett sätt att flytta målet från en linjär ekonomi till ett samhälle som frodas inom de ekologiska gränserna. Till grund för modellens parametrar ligger Agenda 2030 och de globala hållbarhetsmålen. Ett samhälle anses välmående när de tolv sociala grundvillkoren uppfylls utan att de nio ekologiska gränserna överskrids. Detta visualiseras i modellen med området mellan den innersta och den yttersta ringen. Modellen kan alltså ses som en kompass för mänsklig välfärd med målet att uppnå alla människors behov inom gränsen för planetens resurser. Den nya Lancetkommissionen ("Planetary Health Commission") utvecklar modellen ytterligare och identifierar ett antal sociala och teknologiska förändringar som krävs för såväl säkert som jämlikt liv inom ramarna för vad vår planet klarar (Gupta et al., 2024). Utmaningen för forskning och innovation blir därför att ge alla människor, även de fattigaste, förutsättningar för hälsa och välstånd. Och Sverige har både en skyldighet och ett eget intresse av att bidra i detta arbete.

Figur 2: Donutmodellen för att illustrera sociala och planetära gränser och vårt ömsesidiga beroende av varandra



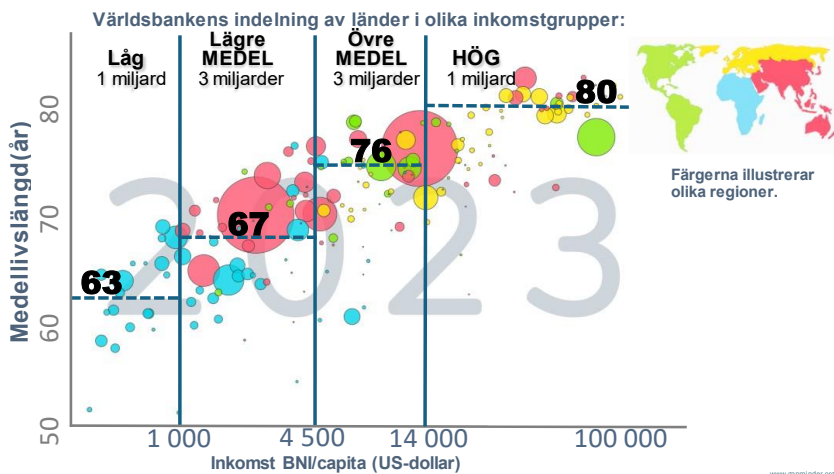
Källa: Raworth, K. (Doughnut Economics, 2017).

Ojämlik hälsa

Utöver den enorma belastningen på jordens ekosystem finns det även stora sociala och ekonomiska globala orättvisor, och de framsteg som har gjorts när det gäller hälsa är inte jämnt fördelade. Klimatförändringarnas effekter riskerar att göra förutsättningarna för hälsa än mer olika. Figur 3 visar hur medellivslängden ser ut i

olika länder utifrån inkomst mätt med BNI¹ per capita, baserat på data från Gapminder, det program som utvecklades av Hans Rosling, professor i global hälsa vid Karolinska Institutet (figur 3).

Figur 3: Sambandet mellan inkomst och medellivslängd



Källa: Gapminder 2024.

Den snabba utvecklingen har gjort att vi trots allt har mycket stora möjligheter att skapa en bättre värld med fortsatt förbättrad hälsa, men också mycket stora utmaningar som hotar många av de framsteg som vi sett. De absolut flesta av dessa möjligheter och utmaningar är globala: klimatförändringar, framtida pandemier, antibiotika-resistens, konflikter och migration. Den befintliga kunskap och de verktyg som vi har idag räcker inte till för att hantera alla dessa utmaningar. Vi måste producera ny kunskap och även bli bättre på att implementera den kunskap vi faktiskt har. Detta är inte något vi kan göra inom Sveriges gränser. Globala utmaningar kräver globala lösningar – och därmed också global forskning och innovation.

¹ Bruttonationalinkomsten (BNI) per capita. BNI mäter alla inkomster som tillfaller personer som bor i ett land.

Parallellt måste vi också se till att vi lyfter de som fortfarande lever i extrem fattigdom, så att alla i världen har möjlighet att uppnå god hälsa. Detta kräver forskningskapacitet även i låginkomstländer för att kunna besvara lokalt relevanta forskningsfrågor för hållbar hälsa och utveckling – inte minst när livsförutsättningarna förändras så dramatiskt som förutses till följd av klimatförändringarna. Lokal forskningskapacitet behövs även för att kunna bedöma internationella forskningsresultats tillämpbarhet i en lokal kontext.

Vad är global hälsoforskning?

Vi tror att en del kollegor fortfarande uppfattar forskning inom området global hälsa som liktydigt med forskning om tropiska sjukdomar långt borta. Men forskning om global hälsa är så mycket mer än det. Det saknas en entydig definition av begreppet global hälsa men ofta används den definition som publicerades i *The Lancet* 2009:

”Global hälsa är ett område som syftar till att förbättra människors hälsa och uppnå jämlik hälsa för alla världens människor, genom utbildning, forskning och handling. Inom global hälsa betonas gränsöverskridande hälsofrågor, risk- och friskfaktorer och lösningar. Ämnet är tvärvetenskapligt, sträcker sig utanför den traditionella hälsosektorn och främjar samarbete över gränserna. Global hälsa knyter ihop folkhälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete på samhällsnivå med klinisk vård på individnivå.” (Koplan et al., 2009)

Utifrån enbart denna definition är det ändå inte så enkelt att definiera och sammanfatta global hälsoforskning. I en artikel i *BMJ Global Health* från 2021 diskuterar Garcia-Basteiro och Abimbola utmaningarna med att ringa in området:

”Vilka av följande ämnen bör falla inom området global hälsa? Är det prekliniska modeller av malariatransmission i ett japanskt laboratorium? Är det studier av de sociala determinanterna för Alzheimers sjukdom i Demokratiska republiken Kongo? Eller att genomföra en systematisk översikt över covid-19-screening på flygplatser runt om i världen? Eller kanske en klinisk prövning av en ny intervention för att förbättra överlevnaden av för tidigt födda barn i tre länder i Sydostasien? Eller är det studier av hur den globala vetenskapliga publiceringsindustrin begränsar kunskaps-cirkulationen i Afrika?”
(Garcia-Basteiro & Abimbola, 2021)

Garcia-Basteiro och Abimbola avslutar sin artikel med att det är svårt att finna en bra definition av global hälsoforskning. De poängterar i stället att den drivande kraften bakom global hälsoforskning bör vara att sträva efter att uppnå jämlikhet i hälsa, oavsett var i världen det sker, nationellt eller transnationellt. Om alla länder hade liknande medellivslängd, jämnt fördelat mellan grupper inom varje land, skulle termen global hälsoforskning vara överflödig. De föreslår därför också att det kanske vore mer korrekt att helt enkelt kalla detta forskningsfält ”health equity research” – forskning om ojämlig hälsa.

Hållbar hälsa

Liknande tankar har förts fram av Centre of Excellence for Sustainable Health (CESH), som är ett samarbetsprojekt mellan Makerere University i Uganda och Karolinska Institutet (CESH, 2024). CESH använder termen hållbar hälsa (eng. ”sustainable health”) i stället för global hälsa, och hållbar hälsa definieras så här: ”Ett tvärvetenskapligt område för studier, forskning och praktik för att förbättra hälsa och välbefinnande för alla, samtidigt som man håller sig inom planetens gränser”. I denna definition poängteras jämlik

hälsa, men även jämlikhet mellan generationer, det vill säga att vi måste hålla oss inom planetens gränser – alltså att vi inte utnyttjar mer resurser än jorden tillåter för en hållbar utveckling idag och imorgon.

Den här definitionen gör det enklare att identifiera gemensamma utmaningar i samarbetet mellan ett hög- och ett låginkomstland. De planetära gränserna dikteras ju av fysikens lagar, och även om utsläpp och resursförbrukning är enormt olika, så är anpassningsbehoven för hållbar hälsa delade – om än dock på olika resursnivåer. Dessa utmaningar behöver lösas gemensamt.

Vetenskapsrådet har i sin tidigare satsning på forskning med fokus på låginkomstländer inte använt sig av begreppet global forskning eller specifikt global hälsoforskning. De har i stället använt begreppet ”utvecklingsforskning” och definierat det som forskning av särskild relevans för fattigdomsbekämpning och hållbar utveckling i de minst utvecklade länderna. Det inkluderar såväl forskning om utveckling som forskning för utveckling och omfattar både grundläggande och mer tillämpad forskning samt omfattar alla vetenskapliga discipliner (inklusive tvärvetenskap).

Sammanfattningsvis finns ingen entydig definition av global hälsoforskning, och förslag på nya begrepp och definitioner dyker upp då och då. Vi kommer dock i detta kapitel att använda begreppet global hälsoforskning, med fokus på ojämlikhet i hälsa och gemensamma globala utmaningar, i brist på ett annat etablerat begrepp.

Svenska erfarenheter av global hälsoforskning

Sverige har en lång historia av forskning inom global hälsa, ända sedan Carl von Linné sände sina lärjungar på forskningsresor över världen. Linné var ju som bekant professor i medicin och botanik, och samtidigt en produkt av sin tid (Windahl Pontén & Andersson Burnett, 2021). Medicinsk forskning har, även i Sverige, rymt aspekter som i våra dagar får ses som oetiska, ovetenskapliga och

präglade av en hierarkisk och rasistisk syn på människor. Det arvet behöver vi fortfarande påminna oss om.

Mer samtida är framväxten av ett statligt stöd för forskning för utveckling sedan 1950-talet och framåt. År 1975 grundades Styrelsen för u-landsforskning (Sarec). Sarec slogs samman med Sida 1995, och en enhet för forskningssamarbete inrättades. Åren 1975–1985 stöttade Sarec nationella forskningsråd² i sina bilaterala samarbeten. En utvärdering 1985 konstaterade emellertid att det var få länder som hade tillräcklig kapacitet för att framgångsrikt driva forskningsråd, varför fokus kom att bli på att utbilda individuella forskare på master- och doktorandnivå. Den så kallade sandwichmodellen utvecklades, där forskarstudenter (doktorander) varvade arbete vid hemmauniversitetet med vistelser vid svenska universitet för kurser, handledning och analysarbete. På 1990-talet kom stödet mer och mer att fokusera på forskningsmiljön där forskarutbildning enligt sandwichmodellen kompletterades med stöd till bland annat forskningsadministration, bibliotek, laboratorier, bibliotek och internetanslutning.

Med start på 2000-talet har sedan stödet kommit att inriktas än mer på att stödja uppbyggnad av lokala forskningsmiljöer med stöd till lokala handledare som handleder forskarstudenter fram till lokala doktors-examina. I takt med att kapaciteten höjts har Sida verkat för att samarbetsländerna själva ska ta ansvar för forskningen, inklusive för en egen forskningsbudget, samt för regional samverkan kring forskning. Från att de bilaterala samarbetena omfattade ett dussin länder i mitten på 2000-talet har antalet nu reducerats till sex länder 2024.

Flera av FN:s forskningsorganisationer får stöd av Sverige genom Sida, till exempel Tropical Disease Research, Human Reproduction Programme, Alliansen för hälsosystemforskning och EU:s The European and Developing Countries Clinical Trials Partnership, om än med reducerade anslag.

² Myndigheter eller andra organ som ger anslag till eller på annat sätt främjar forskning, enligt Nationalencyklopedin.

Det statliga forskningsbiståndet har kännetecknats av tre pelare: i) bilateralt stöd till att bygga forskningskapacitet och kunskapsproduktion, ii) stöd till globala och regionala forskningsorganisationer, och iii) stöd till utvecklingsrelevant forskning vid svenska universitet. Den sistnämnda delen flyttades från Sida till Vetenskapsrådet 2013 och avvecklades 2023. Forskningsbiståndet styrs via forskningsstrategier, den nuvarande antagen 2022 (Regeringskansliet, 2022) och inte reviderad trots den kraftigt förändrade resurstilldelningen. Det här kapitlet som helhet handlar främst om den tredje pelaren, men även de första två pelarna har fått kraftigt reducerade anslag på senare år.

Svensk utvecklingsforsknings historia och betydelsen av forskning för utveckling beskrivs utförligt i Veronica Brodén Gybergs bok ”Sweden’s Research Aid Policy: The Role of Science in Development” för den som vill veta mer (Brodén Gyberg, 2023).

Stöd till forskning för global hållbar utveckling vid svenska universitet

Svenska universitet har alltså under många år haft möjlighet att ansöka om särskilda medel för forskning med relevans för utveckling som har bedrivits vid svenska universitet, så kallad utvecklingsforskning, ofta kallat ”u-forsk”. Anslagen var inte knutna till särskilt utvalda bilaterala samarbetsländer utan styrdes av ett slags relevanskriterium för fattigdomsbekämpning och hållbar utveckling. Trenden har varit ökad emfas på jämställda samarbeten med forskare i låg- och medelinkomstländer samt satsningar på yngre forskare för att möjliggöra återväxt och etablering. Se Vetenskapsrådets rapport från 2023 för mer information (Vetenskapsrådet, 2023).

Samarbeten mellan universitet

Många svenska universitet jobbar på något sätt med olika aspekter av global hälsa, och har forskarkollegor från det globala syd i sina nätverk. Även i Sverige finns flera forskarnätverk och initiativ. Vi kommer endast att ta upp en bråkdel av de samarbeten som finns, utifrån våra egna erfarenheter, för att exemplifiera.

Samarbetet mellan Karolinska Institutet och Makerere University

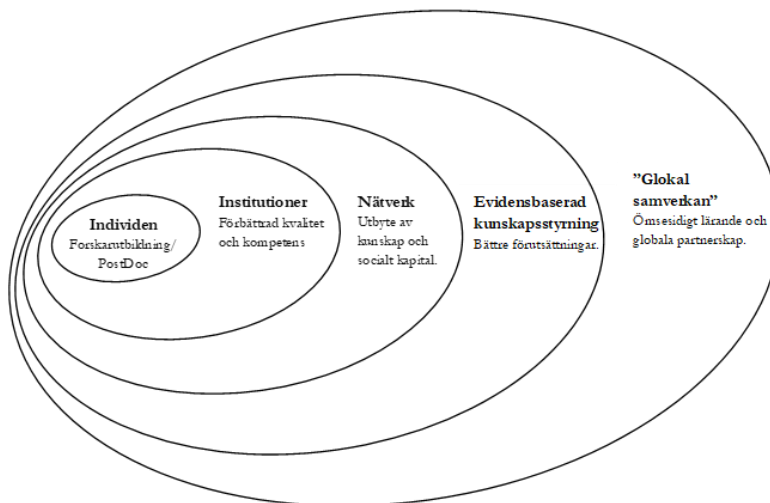
Samarbetet mellan Makerere University i Uganda och Karolinska Institutet (KI) påbörjades för 25 år sedan, år 2000, med stöd från Sida. Fokus var inte bara på enskilda studenter utan även på handledarkapaciteten och forskningssystemet vid Makerere. Handledare från båda universiteten, finansierade av Sida, samarbetade för att handleda Makereredoktorander. Även KI-doktorander fick dubbel handledning, med stöd från bland annat Vetenskapsrådet. Detta bidrog till en värdefull samarbetsanda och ömsesidigt stöd på både handledar- och studentnivå, där Makereres och KI:s gemensamma forskargrupper bedrev forskning inom en mängd olika ämnen –från psykisk hälsa och akuta febersjukdomar till hälsosystem (Sewankambo et al., 2015).

För att skapa incitament för KI:s handledare utvecklades ett system med ”dubbel doktorexamen”, där studenten skrevs in, examinerades och fick diplom från bägge universiteten, med båda universitets logotyper på. De flesta av de mer än 50 studenterna valde denna dubbelexamen, även om det var administrativt besvärligt. Samarbetet kom att förändra Makereres examination från monograf-diskussion i slutna rum till offentligt försvar av avhandlingar baserade på publicerade artiklar. Detta anses allmänt vara ett framsteg som akademisk examinationsform, både för ökad opartiskhet i bedömning och insyn i forskningen samt för att publicerings- och presentationsfärdigheter bör ingå i en forskarutbildning.

Sidafinansieringen sträckte sig över två decennier (2000–2022) och bidrog till många vetenskapliga resultat och artiklar, varav en majoritet med forskare från Makerere som förstaförfattare. Samarbetet och forskningen bidrog också till att förändra nationell och global policy för malariabehandling i Uganda (Nabyonga & Orem, 2014) och informerade även WHO:s/Unicefs riktlinjer för snabb, adekvat vård och behandling av barn med febersjukdom i Uganda (”Integrated Community Case Management”) som nu implementeras i stora delar av Afrika och delar av Asien (Awor et al., 2022).

Med ökad kapacitet att attrahera, söka och hantera bidrag har Makerere beviljats ytterligare finansiering från andra källor, vilket innebär att Sveriges bidrag har verkat katalytiskt och genererat mer resurser. Långt efter att Sidafinansieringen avslutats är detta samarbete fortfarande aktivt och starkt, efter att ha omvandlats till det gemensamt ägda och jämbördigt styrda forskningscenter som CESH är idag (Wanyenze et al., 2023). CESH gynnar även aktivt andra länder i regionen och samarbetar med universitet i till exempel Demokratiska republiken Kongo och Somalia (CESH, 2024). Vi illustrerar de olika nivåerna på samarbetet i figur 4. Ett lokalt förhållningssätt innebär att målen i Agenda 2030 är globala och berör alla, men arbetet måste vara förankrat på nationell, regional, lokal och individuell nivå. Det som sker lokalt påverkar den globala nivån, och vice versa.

Figur 4: Nivåer på samarbetet mellan Makerere University och Karolinska Institutet inom global hälsa



Källa: (Sewankambo et al., 2015). Översatt till svenska med tillstånd från författaren.

En avgörande framgångsfaktor för detta 25-åriga samarbete har varit en gemensam vision och ett förtroende mellan projektledare på alla nivåer. Fysiska möten har varit viktiga, liksom utbyte av personal och studenter. Samarbetet och forskningen har gynnat Makerere och Uganda – men även KI och Sverige. Ett utmärkt exempel på det är hur strokerehabilitering via mobiltelefonstöd, ursprungligen utvecklat för ugandiskt bruk, nu överförs till Sverige för utvärdering i den svenska sjukvården (KI, 2022).

Det vi beskriver här är vårt perspektiv, som två svenska manliga forskare vid KI, med de erfarenheter vi har. Men hur upplevs samarbetet med Sverige och svenska forskare från en partner i ett samarbetsland? Vi bad vår kollega Rhoda Wanyenze, professor och dekanus för Makerere University School of Public Health (MakSPH) att bidra med sitt perspektiv.

Box 1: Samarbete mellan KI och MakSPH

Rhoda Wanyenze, professor och dekanus för Makerere University School of Public Health, sammanfattar vad hon tycker har varit de mest centrala komponenterna i samarbetet mellan Makerere och Karolinska Institutet:

- Samarbetet har varit och är långsiktigt, vilket ger tillräcklig tid till att förbättra kapaciteten hos båda parter och att utveckla ett förtroende, vilket ligger till grund för den respektfulla karaktären på partnerskapet.
- Det långsiktiga och omfattande forskningsstödet från Sida har riktats både till det bredare forskningsekosystemet och till att stärka forskningskapacitet och institutionell utveckling.
- Den långsiktiga och generösa Sidafinansieringen har genererat ett stort antal doktorander och omfattande forskningsresultat samt bidragit till policyförändringar och haft effekt både nationellt och internationellt, till exempel för nyföddas hälsa och för vård vid febersjukdomar.
- Samarbetet har omfattat komponenter för uppbyggnad av forskningssystem utöver själva forskningen, till exempel en webbplats för demografisk övervakning, och fokus på handledarutbildning och utveckling av tvärvetenskapliga forskargrupper.
- Samarbetet bygger på ömsesidigt lärande och ömsesidig nytta för båda parter och har även inneburit positiva förändringar för lärare och studenter.
- Samarbetet är lyhört för lokala behov, med medskapande och utveckling över tid – vilket har övergått till konceptet och fokus på hållbar hälsa.
- Samarbetet fokuserar på att fostra nästa generations ledare – för forskning, politik och akademiskt ledarskap.

Utbildning och forskning för barnmorskor i låginkomstländer

Både Högskolan Dalarna och Karolinska Institutet har under flera år samarbetat med olika universitet i låg- och medelinkomstländer med att bygga upp barnmorskeutbildningar och utveckla master- och forskarutbildning för barnmorskor, bland annat i Somalia, Etiopien (K. Erlandsson et al., 2021) och Bangladesh (Kerstin Erlandsson, 2023; K. Erlandsson et al., 2019). Med en befolkning på 140 miljoner finns ett stort behov av barnmorskor i Bangladesh. För att utbilda alla dessa barnmorskor behövs barnmorskelärare. Högskolan Dalarna har utbildat de första 150 barnmorskelärarna i Bangladesh med motsvarande en magisterutbildning, med stöd av Sida, Vetenskapsrådet och UNFPA.

Att på det här sättet också höja statusen på barnmorskeyrket och på andra vårdyrken bidrar dels till att synen på sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter kan förändras i positiv riktning, dels till att göra det mer attraktivt att välja en karriär inom vården. Barnmorskan som profession behöver i många låg- och medelinkomstländer bli accepterad inom hälsosystemet och i samhället.

Utmaningar och möjligheter för global hälsoforskning

För att nå de ambitiösa målen i Agenda 2030 räcker det inte med att fortsätta i samma hjulspår som tidigare. För att kunna uppnå målen är det nödvändigt med bättre kapacitet att bedriva forskning i världens låginkomstländer. Forskning behövs för att förstå och utforma lösningar för agendans olika mål och för bättre evidens om hur biståndet ska kunna göra mest nytta. Samtidigt är det centralt att resursstarka länder med god forskningskapacitet, som Sverige, fortsätter att bidra till att uppfylla de globala målen med full kraft – inte minst genom satsningar på forskning och innovation inom

global hälsa där vi har ett bra ”track record” och sedan tidigare har gjort stora investeringar som även gynnar Sverige.

EU:s strategi för global hälsa, ”Bättre hälsa för alla i en föränderlig värld”, utgör en ram för EU:s hälsopolitik fram till 2030 (EU Global Health Strategy, 2022). Forskning identifieras som en av tre viktiga förutsättningar för bättre global hälsa. Jämlika och ömsesidiga partnerskap samt ett multisektoriellt arbete betonas också. Genom det europeiska samarbetet kan vi få större utväxling av det vi gör i Sverige och öka våra påverkansmöjligheter och vår biståndseffektivitet inom både hälsa och forskning. Om vi inte vill reduceras till att enbart vara finansärer utan också kunna ha inflytande och dra nytta av det europeiska samarbetet för egen del krävs också kunniga erfarna svenska experter och forskare inom global hälsa. För att en ny generation svenska forskare och experter ska kunna formas krävs också satsningar på forskningsfältet global hälsa.

Jämlika partnerskap – varifrån drivs och styrs forskningen?

Av etiska skäl, men även för relevans och kvalitet, är jämlika partnerskap i forskning ett mål att sträva efter. Ett (mer) jämlikt samarbete mellan forskare i låg- och höginkomstländer förutsätter att såväl formulerandet som besvarandet av forskningsfrågor sker jämbördigt, likväl som publiceringen av resultaten. Detta är mer än en finansieringsfråga; det kräver ömsesidig tilltro och transparens. Målet måste vara ett lokalt ”ägarskap” av forskningen. Enligt vår erfarenhet tar det lång tid att nå en sådan nivå, och det förutsätter långa samarbeten, periodiska fysiska vistelser (erfarenheter under pandemin har dock medfört bättre förutsättningar för samarbete på distans) och tät kommunikation. Förutsättningarna för jämlika partnerskap ökar med tydlighet i samarbets- och projektstyrning samt användande av verktyg, till exempel i förväg överenskomna riktlinjer för publikationer. En trend inom forskningen är ett ökat intresse för avkolonisering av global hälsa (Kumar, Khosla, & McCoy, 2024).

Tekniköverföring och public-private partnerships

Efter erfarenheter under covid-19-pandemin av att inte få tillgång till vaccin beslutade Afrikanska unionen (AU) att satsa stort på att bygga upp en regional vaccinproduktion (ACDC, 2022). Målsättningen är att gå från nuläget 1 procent av kontinentens vaccinförbrukning tillverkad på kontinenten till 60 procent 2040. Ambitionen omfattar även diagnostika och terapeutika. Den afrikanska smittskyddsmyndigheten (Africa CDC) leder satsningen, som kräver ett mångfaldigande av relevant kompetens på den afrikanska kontinenten för såväl forskning och utveckling som för tillverkning, där privata företag spelar en viktig roll.

EU satsar stort finansiellt på detta område via ett Team Europe-initiativ (EU, 2024). Detta behov av snabb och massiv kunskaps- och tekniköverföring i nya konstellationer kräver en fortsättning och vidareutveckling av de vedertagna samarbetsformerna för global hälsoforskning. Det kräver också att man stärker deltagandet från forskning och akademi i Sverige och i övriga EU för att komplettera Team Europe-satsningarna i enligt intentionerna i EU:s globala hälsostrategi.

Kunskapsimplementering

Mycket kunskap når aldrig fram till de som behöver den, eller tar väldigt lång tid att omsättas i praktiken. Lancetkommissionen om kvalitet i hälsosystem i låg- och medelinkomstländer uppskattade att 5 miljoner människor dör per år på grund av dålig vårdkvalitet och att 3,6 miljoner dör för att de inte nåddes av vård (Kruk et al., 2018). Vidare upprepas det ofta att det tar många år för en upptäckt eller innovation att omsättas i klinisk praxis och att mycket kunskap aldrig kommer en majoritet av behövande till godo (Morris, Wooding, & Grant, 2011). Detta pekar på ett behov av ökat fokus på så kallad implementeringsforskning, för jämlikare och effektivare omsättning av kunskap i praktik (Peterson et al., 2023).

Behov av tvärvetenskaplig forskning

Hälsans sociala bestämningsfaktorer handlar till stor del om sådant som ligger utanför hälso- och sjukvårdens sfär, och megatrender som urbanisering och klimatförändringar kan påverka hälsans grundförutsättningar negativt, till exempel tillgång till mat och vatten, ren luft och temperatur. Många av forskningsfrågorna som är aktuella framöver inom global hälsa kräver därför samverkan mellan många discipliner. Samtidigt är fortfarande såväl utlysning-, bedömnings- och meriteringssystem väsentligen disciplinära. Detta kräver förändringar hos både forskningsfinansiärer och akademi. När vi betänker behoven av att också vidareutveckla samarbetet med såväl privata sektorn som med offentliga aktörer för att öka implementeringen av kunskap blir behoven av förändring än mer påtagliga.

Återväxten

Många studenter, lärare, forskare och professorer – kapitelförfattarna inkluderade – har först kommit i kontakt med området global hälsa via stödformer som det numera nedlagda Linneus-Palme-stipendierna för student- och lärarutbyten, de först borttagna och nu återinförda Minor Field Studies-stipendierna för högskolestudenter och Junior Professional Officer-programmen för rekrytering till bland annat FN-systemet. Dessa program har tillsammans med u-forsk samt samarbeten och kontakter som knutits via bilaterala forsknings-samarbeten erbjudit unga människor i Sverige möjlighet till såväl god utbildning, som möjligheter att inrikta sig professionellt inom global hälsa och utveckling.

Swedev³ genomförde 2024 en enkät med forskare i olika discipliner om effekterna av nedläggningen av stödet som förmedlats av Vetenskapsrådet för utvecklingsrelevant forskning via svenska

³ The Swedish Development Research Network (Swedev)
<https://www.swedev.dev/about-swedev/>.

universitet. Redan inom ett år efter nedläggningen 2023 rapporterade mer än hälften av forskarna att de bytt inriktning på sin forskning (Swedev, 2024). Detta gällde redan etablerade forskare. För återväxten av nya generationer forskare är situationen sannolikt värre. Situationen är paradoxal: Masterprogrammen i global hälsa tillhör de alla mest eftertraktade med högt söktryck. De som sedan önskar gå vidare för att göra global hälsa till sin karriär får det dock mycket svårt. De riktade satsningar på Sverigebaserade forskarstudenter och yngre forskare som tidigare gjordes via Vetenskapsrådet är nu borta, utan att ha ersatts av något annat stöd som på längre sikt kan gynna återväxten av svenska experter inom området. Många handledare tvingas därför, enligt vår erfarenhet, att enbart rekrytera utlandsbaserade doktorander, med lägre total kostnad som följd. Inför framtiden är denna utveckling oroande. Det gäller att säkerställa att Sverige har ett tillräckligt antal experter inom global hälsa – både för forskning, policyarbete och implementering.

Finansiering

Sju av världens åtta miljarder människor bor i låg- och medelinkomstländer, och mer än 700 miljoner människor lever i extrem fattigdom – och den tidigare sjunkande trenden avbröts 2015. Samtidigt investeras bara en bråkdel av världens forskningsresurser i att lösa problem i just låg- och medelinkomstländer. År 1990 var den svenske nobelpristagaren Sune Bergström 1 av 12 kommissionärer som i ”Commission on Health Research and Development” myntade begreppet ”10:90-gapet” – det vill säga att mindre än 10 procent av de globala hälsoforskningsresurserna investerades i forskning om ohälsa som drabbade mer än 90 procent av världens befolkning (The Commission on Health Research for Development, 1990). Tyvärr kvarstår detta gap. WHO rapporterar att 2020 investerades totalt 36 miljarder US-dollar för biomedicinsk forskning i världen, varav endast 85 miljoner (0,2 procent) i låginkomstländer, och 380 miljoner (1 procent) i medelinkomstländer (WHO, 2023).

ATT det behövs någon sorts styrning av medel till långsiktig global hälsoforskning står alltså klart. Vi behöver inte återgå till det som varit men för fortsatt svensk forskning i låginkomstländer, där utmaningar är större och ser annorlunda ut än i andra kontexter, krävs någon form av särskilda riktade satsningar.

HUR detta ska gå till behöver bli föremål för diskussion och innovation.

Vart är vi på väg? Hur skulle svensk global hälsoforskning kunna se ut i framtiden?

Formerna – ett omtag för global hälsa

Efter de snabba förändringarna av tidigare stödformer behöver vi nu skapa nya förutsättningar och långsiktiga finansieringsmodeller för forskning och innovation för global och hållbar hälsa. Hela den statliga forskningsfinansieringen genomgår en förändringsprocess efter Forskningsfinansieringsutredningens betänkande⁴. En ny forskningsfinansiering kan skapa möjligheter för nya arbetsformer, bland annat med större möjligheter att kombinera discipliner, till exempel medicin och teknik, i ansökningar. Utredaren Ingrid Pettersson sammanfattar förslagen i en intervju (Beste, 2024):

”Det stora ändringsförslaget är att all statlig forskningsfinansiering, som inte fördelas som direkta basanslag till lärosätena, ska kanaliseras via tre stora myndigheter: Vetenskapsmyndigheten, Myndigheten för strategisk forskning och Innovationsmyndigheten. De föreslås ersätta befintlig forskningsrådsstruktur och tanken är att de också ska fördela alla de forskningsmedel som i dag går via ett stort antal myndigheter.”

⁴ Ny myndighetsstruktur för finansiering av forskning och innovation
SOU 2023:59

Finansieringen behöver vara långsiktig och förutsägbar för att möjliggöra att en tillitsfull och jämbördig relation i internationella forskningssamarbeten kan utvecklas, såväl som för att utveckla och bibehålla kontextuell kunskap i Sverige. Vidare har behovet av finansiering för tvärvetenskaplig forskning redan påtalats samt behovet av att i tillägg till grundforskning även finansiera tillämpad forskning och implementeringsforskning. Bortom det kommande nya offentliga forskningsfinansieringslandskapet bör även filantropisk och privat sektor-finansiering utformas för att stödja denna typ av – även för Sveriges behov – essentiella forskning.

Med den kapacitet som byggts i både Sverige och samarbetsländer kan sedan globalt ledande forskningsmedel sökas i konkurrens genom ordinarie forskningsrådsansökningar, och inom de tematiska prioriteringar som till exempel forskningsbetänkandet anger. Det framstår dock som utopiskt att enbart förlita sig på finansieringsformer som inte är riktade eller öronmärkta för att bygga kapacitet, organisationer och kontextkunskap för samarbete med låg- och medelinkomstländer. Där behövs biståndet.

För implementeringsforskning finns möjligheten att integrera forskning och utvärdering som en komponent av allt bistånd. Liknande modeller har tidigare använts, till exempel inom det globala arbetet mot hiv/epidemin, där det i globala riktlinjer för givare poängterades att 5–10 procent av en budget borde gå till uppföljning och utvärdering. Utmaningen blir här att utveckla uppföljning och utvärdering av mer traditionellt karaktär till att genomföras som integrerad forskning och lärande för att förbättra implementering (S. S. Peterson, 2024).

Vilken budget ska betala vad?

Förutsättningarna för finansiering av forskning, och av forskare/lärare inom global hälsa, har alltså förändrats kraftigt under 2022–2023. Där biståndet tidigare direkt och indirekt stödde såväl forskningssamarbeten som forskningskapacitetsbygge både i

mottagarländer och i Sverige behöver nu nya finansieringsformer och källor identifieras. Här bör vi även diskutera vad som hör hemma i svenska utbildnings- och forskningsbudgetar för att säkerställa Sveriges tillgång på kompetens och kunskap, och vad som hör hemma i bistånds-, handels- och klimatomställningsbudgetar. Båda dessa finansieringsspår behövs, och med större volymer, för att säkerställa såväl Sveriges som fattiga länders behov. Statens investering för att säkerställa framtida återväxt av lärare och experter för utbildning och Sveriges medverkan i internationella organisationer kan likaså behöva delas mellan utbildnings- och biståndsbudgetarna.

I den nya forskningspropositionen som ska presenteras i slutet av 2024 har regeringen aviserat en satsning på ökade forskningsanslag med inriktning på excellent forskning samt forskning och innovation för banbrytande teknik. För en global hållbar hälsa behövs sannerligen både excellent forskning och banbrytande teknik, inte minst gäller det nya metoder för att arbeta med precisionshälsa som behöver tillämpas även i låg- och medelinkomstländer (Swartling Peterson, Kobusingye, Mayega, Orem, & Waiswa, 2024).

Självklart ska forskning för global hälsa finansieras från Utbildningsdepartementets budget, via de nya forskningsmyndigheter som vi troligen får framöver. Prioriterade områden som aviserats är ”banbrytande teknik” och ”life science” och det stämmer in på mycket av den forskning som görs inom global hälsa (Regeringskansliet, 2024). Men de möjligheterna kommer sannolikt inte att vara tillräckliga för att finansiera forskning om hälsa för människor som lever i fattigdom i världens minst utvecklade länder. Vi menar att det behövs en finansieringsmekanism som möjliggör fortsatt svensk forskning om hälsa i låg- och medelinkomstländer, med riktade forskningsanslag.

Ett tätare samarbete med företag och filantroper kan också spela en viktig roll i framtidens globala hälsoforskning. Detta var tydligt under till exempel covid-19-pandemin och även nu i det samarbete som Team Europe driver för att öka vaccinationstillverkningskraften i Afrika, vilket diskuterats ovan. Det är dock naivt att tro att privat kapital

skulle kunna ersätta statliga satsningar. Det ena bygger på det andra. Tillsammans kan det dock öka möjligheterna för banbrytande forskning och innovation.

Tematik eller relevans?

Global hälsa är ett brett område och svårt att avgränsa. Detta försvårar möjligheten att genomföra tematiska satsningar. Därför är det viktigt att forskningsutlysningar har någon form av relevans-kriterium. I tidigare utlysningar för utvecklingsforskning via Vetenskapsrådet, som numera avvecklats, behövde sökande motivera relevansen av den föreslagna forskningen för global utveckling. Ett relevanskriterium i kombination med en uttalad målsättning om hur stor andel av forskningsanslag som ska satsas på forskning och innovation av relevans för låg- och medelinkomstländer vore därför önskvärt. Ett relevans-/fördelningskriterium skulle också fungera väl ihop med den typ av tematiska prioriteringar som den kommande forskningspropositionen sannolikt kommer att föreslå.

“Yes we can and yes we must”

Utmaningarna och behoven är väldiga — men det är också möjligheterna. Och Sverige har definitivt en viktig roll att spela. För att lyckas krävs dock en vision om var vi vill vara 2035, och att vi sedan planerar bakåt för att se till att skapa förutsättningar för att nå målet. För att lyckas krävs att vi satsar resurser men också att vi satsar på innovativ och tvärvetenskaplig forskning, även inom komplexa områden. Det behövs en svensk resursbas med ett internationellt nätverk och erfarenhet av forskningssamarbete med kollegor i låginkomstländer även i framtiden för att kunna planera, genomföra och utvärdera svenskt forskningsstöd inom global hälsa. Det krävs mer medel för forskning, inte mindre, för att Sverige ska kunna vara en aktör att räkna med inom global hälsa om 10–15 år. Detta är av avgörande vikt för världens hälsa, likväl som för hälsan för kommande generationer i Sverige.

Referenser

- ACDC. (2022). *Partnerships for African Vaccine Manufacturing (PAVM) Framework for Action*. Retrieved from <https://africacdc.org/download/partnerships-for-african-vaccine-manufacturing-pavm-framework-for-action/>
- Awor, P., Kalyango, J. N., Stålsby Lundborg, C., Ssengooba, F., Eriksen, J., & Rutebemberwa, E. (2022). Policy Challenges Facing the Scale Up of Integrated Community Case Management (iCCM) in Uganda. *Int J Health Policy Manag*, 11(8), 1432–1441.
- Beste, L. (2024). Fri forskning finns i dag och behövs i morgon. Retrieved from <https://universitetslararen.se/2024/02/12/fri-forskning-finns-i-dag-och-behovs-i-morgon/>
- Brodén Gyberg, V. (2023). *Sweden's research aid policy : the role of science in development*. Abingdon, Oxon: Routledge.
- CESH. (2024). Centre of Excellence for Sustainable Health (CESH). Retrieved from <https://cesh.health/>
- Doughnut Economics. (2017). Raworth, K. (2017), Doughnut Economics: seven ways to think like a 21st century economist. London: Penguin Random House.
- Erlandsson, K. (2023). Dags för Bangladesh att ta över utbildningen av barnmorskelärare. Retrieved from <https://barnmorskan.se/dags-for-bangladesh-att-ta-over-utbildningen-av-barnmorskelarare/>
- Erlandsson, K., Byrskog, U., Osman, F., Pedersen, C., Hatakka, M., & Klingberg-Allvin, M. (2019). Evaluating a model for the capacity building of midwifery educators in Bangladesh through a blended, web-based master's programme. *Glob Health Action*, 12(1).
- Erlandsson, K., Lindgren, H., Wettergren, L., Mekuriaw, A., Berta, M., Melkamu, M., . . . Christensson, K. (2021). Half-time evaluation of a new 4-year Ph.D. program in nursing and midwifery at the University of Gondar, Ethiopia. *Glob Health Action*, 14(1), 1905304.
- EU. (2024). Team Europe Initiatives. Retrieved from https://international-partnerships.ec.europa.eu/policies/team-europe-initiatives_en#what-is-team-europe

EU Global Health Strategy. (2022). *Better Health For All in a Changing World*. Retrieved from https://health.ec.europa.eu/system/files/2023-10/international_ghs-report-2022_en.pdf

Gapminder. (2023). Life expectancy increased. Retrieved from <https://www.gapminder.org/facts/life-expectancy-increased/>

Garcia-Basteiro, A. L., & Abimbola, S. (2021). The challenges of defining global health research. *BMJ Glob Health*, 6(12).

Gupta, J., Bai, X., Liverman, D. M., Rockström, J., Qin, D., Stewart-Koster, B., . . . Gentile, G. (2024). A just world on a safe planet: a Lancet Planetary Health-Earth Commission report on Earth-system boundaries, translations, and transformations. *Lancet Planet Health*.

KI. (2022). Occupational therapist Susanne Guidetti improves the lives of people with stroke. Retrieved from <https://news.ki.se/occupational-therapist-susanne-guidetti-improves-the-lives-of-people-with-stroke>

Koplan, J. P., Bond, T. C., Merson, M. H., Reddy, K. S., Rodriguez, M. H., Sewankambo, N. K., & Wasserheit, J. N. (2009). Towards a common definition of global health. *Lancet*, 373(9679), 1993-1995.

Kruk, M. E., Gage, A. D., Joseph, N. T., Danaei, G., García-Saisó, S., & Salomon, J. A. (2018). Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. *Lancet*, 392(10160), 2203-2212.

Kumar, R., Khosla, R., & McCoy, D. (2024). Decolonising global health research: Shifting power for transformative change. *PLOS Glob Public Health*, 4(4), e0003141.

Morris, Z. S., Wooding, S., & Grant, J. (2011). The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research. *J R Soc Med*, 104(12), 510-520.

Nabyonga, J., & Orem, J. (2014). From knowledge to policy: lessons from Africa. *Sci Transl Med*, 6(240), 240ed213.

Peterson, H. B., Dube, Q., Lawn, J. E., Haidar, J., Bagenal, J., & Horton, R. (2023). Achieving justice in implementation: the Lancet Commission on Evidence-Based Implementation in Global Health. *Lancet*, 402(10397), 168–170.

Peterson, S. S. (2024). Embedded implementation research in programming at scale - the new normal to be! *BMC Pediatr*, 23(Suppl 1), 650.

Raworth, K. (2012). *A safe and just space for humanity: can we live within the doughnut?* Oxfam.

Regeringskansliet. (2022). *Strategi för Sveriges utvecklings-samarbete inom forskning för fattigdomsbekämpning och hållbar utveckling 2022–2028*. Retrieved from <https://www.regeringen.se/globalassets/regeringen/strategi-for-sveriges-utvecklings-samarbete-inom-forskning-for-fattigdomsbekampning-och-hallbar-utveckling-2022-2028/>

Regeringskansliet. (2024). *Forsknings- och innovationspropositionen 2024*. Retrieved from <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/forsknings--och-innovationspropositionen-2024/>

Sewankambo, N., Tumwine, J. K., Tomson, G., Obua, C., Bwanga, F., Waiswa, P., . . . Peterson, S. (2015). Enabling dynamic partnerships through joint degrees between low- and high-income countries for capacity development in global health research: experience from the Karolinska Institutet/Makerere University partnership. *PLoS Med*, 12(2), e1001784.

Swartling Peterson, S., Kobusingye, O., Mayega, R., Orem, J., & Waiswa, P. (2024). A life-course multisectoral approach to precision health in LMICs. *Nat Med*, 30(7), 1813–1815.

Swedev. (2024). *The consequences of development research funding cuts*. Retrieved from <https://www.swedev.dev/report-the-consequences-of-development-research-cuts/>

The Commission on Health Research for Development. (1990). *Health Research: Essential Link to Equity in Development*. Retrieved from https://www.cohred.org/downloads/open_archive/ComReports_0.pdf

Vetenskapsrådet. (2023). *Forskningsöversikt 2023: Utvecklingsforskning*.

Wanyenze, R. K., Alfvén, T., Ndejjo, R., Viberg, N., Båge, K., Batte, C., . . . Health, P. (2023). Sustainable health—a call to action. 1(1), 3.

WHO. (2023). Investments on grants for biomedical research by funder, type of grant, health category and recipient in 2020 Retrieved from <https://www.who.int/observatories/global-observatory-on-health-research-and-development/monitoring/investments-on-grants-for-biomedical-research-by-funder-type-of-grant-health-category-and-recipient>

Windahl Pontén, A., & Andersson Burnett, L. (2021). Linnés förhållande till rasism är komplicerat. Retrieved from <https://www.uu.se/nyheter/2021/2021-05-05-linnes-forhallande-till-rasism-ar-komplicerat>