

Temanotat

**Irak utenom KRG-provinsene:
Helsevesen og helsetjenester**



Utlendingsforvaltningens fagenhet for landinformasjon (Landinfo) skal som faglig uavhengig enhet innhente og analysere informasjon om samfunnsforhold og menneskerettigheter i land som Utlendingsdirektoratet, Utlendingsnemnda og Arbeids- og inkluderingsdepartementet til enhver tid har behov for kunnskap om for å kunne løse sine oppgaver.

Landinfos rapporter og temanotater er basert på opplysninger fra både offentlige og ikke offentlige kilder. Opplysningene er innsamlet og behandlet i henhold til kildekritiske standarder. Kilder som av ulike grunner ikke ønsker å bli offentliggjort, er ikke nevnt ved navn.

Opplysningene som blir lagt fram i rapportene og temanotatene, kan ikke tas til inntekt for et bestemt syn på hva praksis bør være i utlendingsforvaltningens behandling av søknader. Landinfos rapporter og temanotater er heller ikke uttrykk for norske myndigheters syn på de forhold og land som rapportene omhandler.

© Landinfo 2010

Materialet i denne publikasjonen er omfattet av åndsverklovens bestemmelser. Uten særskilt avtale med Landinfo er enhver eksemplarfremstilling og tilgjengeliggjøring bare tillatt i den utstrekning det er hjemlet i lov.

Alle henvendelser om Landinfos rapporter kan rettes til:

Landinfo
Utlendingsforvaltningens fagenhet for landinformasjon

Storgaten 33 A

Postboks 8108 Dep

N-0032 Oslo

Tel: 23 30 94 70

Fax: 23 30 90 00

E-post: mail@landinfo.no

www.landinfo.no

SUMMARY

The Iraqi public health care offers an extensive primary and secondary care. The health sector builds upon an extensively centralized organization. The services are free of charge and available to all. Primary care is given through local public health care centers nationwide. Secondary (hospital) care is provided in all the provincial capitals and in larger cities. The hospitals provide both general and specialist care. The quality of personnel and equipment is variable, and an abundance of shortcomings prevail. Psychiatric care has long been given little attention, but there are now signs that the government will set forward a certain upgrading.

Private health sector appears to be extensive, but at the same time scarcely surveyed with regard to its quality, extension, geographical coverage and services offered. Accordingly, gathering of systematic information about private sector has been difficult.

SAMMENDRAG

Det irakiske offentlige helsevesenet tilbyr en omfattende primær- og sekundærhelsetjeneste. Helsesektoren er organisert med en vidtgående sentral styring. Tjenestene er gratis og tilgjengelige for alle. Primærtilbudet bygger på lokale helsesentre fordelt over hele landet. Sekundærtilbudet (sykehusene) finnes i provinshovedstedene og større byer. Sykehusene tilbyr både allmenn- og spesialistbehandling. Kvaliteten på personell og utstyr er varierende, men preges generelt av store mangler. Psykiatrien har lenge vært svært lavt prioritert, men myndighetene ser nå ut til å ville sette i gang en viss oppgradering.

Privat helsesektor synes omfattende men dårlig kartlagt både med hensyn til kvalitet, omfang, geografisk dekning og behandlingstilbud. Dette har gjort det vanskelig å skaffe systematisk informasjon om privat sektor.

INNHold

1. Den offentlige primærhelsetjenesten	5
1.1 Innledning.....	5
1.2 Kvaliteten på primærhelsetjenestene	5
1.3 Tilgjengelighet.....	6
1.4 Tilgang til medisiner via helsesentrene	7
1.5 Vaksinasjon	7
1.6 Overføring av pasienter fra primærklinikk til sykehus.....	7
1.7 Åpningstider	8
1.8 Konsultasjonstid	8
2. Offentlige sykehus	8
2.1 Sykehussektorens organisering.....	8
2.2 Teknisk og faglig standard	9
3. Spesialisttjenester	9
3.1 Diabetes og andre kroniske sykdommer som behandles ved primærhelseklinikene.....	9
3.2 Kreftbehandling ved sykehusene.....	9
3.3 Sykdommer som ikke kan behandles i Irak.....	10
4. Psykiatri	10
4.1 Offentlige behandlingsinstitusjoner.....	10
4.2 Utviklingsplaner	11
5. Apoteker og legemidler.....	12
5.1 Apoteker	12
5.2 Offentlig legemiddelkontroll	12
6. Sykehus i privat sektor	13
7. Referanser	13

1. DEN OFFENTLIGE PRIMÆRHELSETJENESTEN

1.1 INNLEDNING

Dette temanotatet bygger i hovedsak på informasjon innhentet under en fact-findingreise til Amman i oktober/november 2009. Landinfo hadde samtaler med ICRC (Internatioanl Committee of the Red Cross), IMC (International Medical Corps), NCCI (NGO Coordination Committee for Iraq) og WHO.

Notatet baserer seg også på offentlig tilgjengelig skriftlig materiale. På spørsmål til WHO om deres og det irakiske Helsedepartementets rapport fra 2006 om det irakiske helsevesenet ”*Health System Profile Iraq 2006*” fortsatt er dekkende, svarte WHO bekreftende. Rapporten kan leses som en bred innføring i det som også i dag synes å være den generelle situasjonen for det irakiske helsevesenet. Den beskriver bl.a. organiseringen av det offentlige helsevesenet på alle nivåer, det offentlige medisinalsystemet, og gir en vurdering av kvaliteten på tjenestetilbudet til publikum.

Ifølge WHO (møte i Amman 29. oktober 2009) er det 1600 offentlige primærhelsesentre over hele landet. Helsesentrene er inndelt i to ulike kategorier. 650 av dem tilbyr utvidede tjenester som innbefatter bl.a. tannlege, pasientundervisning og kostholdsveiledning. På disse sentrene finnes det alltid lege til stede. De øvrige sentrene tilbyr bare grunnleggende tjenester. Disse har vanligvis assistentlege men ikke alltid lege.

Den Internasjonale Røde Kors Komiteen, ICRC (møte i Amman 28. oktober 2009), anslo at det er ca. 1800 primærhelsesentre spredt over hele landet, inkludert KRG-provinsene¹. Mange av dem er likevel i realiteten ”tomme skall”. Organiseringen var opprinnelig sterkt sentralisert. Etter 2003 ble den desentralisert, men nå er den igjen i ferd med å sentraliseres.

Primærhelsesentrene drives av provinsforvaltningen. På lokalt nivå er driften basert på praktiske løsninger på det enkelte sted.

Det finnes også mobile team knyttet til en del av helsesentrene. Disse kan bli sendt ut 1- 2 ganger pr. uke.

1.2 KVALITETEN PÅ PRIMÆRHELSETJENESTENE

Organisasjonen NGO Coordination Committee for Iraq, NCCI² (møte i Amman 27. oktober), mente at primærhelsetjenesten generelt ligger nede. Personellet som arbeider i denne sektoren av det offentlige helsevesenet er generelt lite profesjonelt. Helsemyndighetene kan lokalt være politisert i større eller mindre grad. Det er store forskjeller mellom provinsene med hensyn til de stedlige helsemyndighetenes tilknytning til ulike politiske interesser.

¹ De tre selvstyrte kurdiske provinsene i nord.

² NCCI er et samordningsorgan for frivillige organisasjoner som arbeider i Irak.

Helsemyndighetene sentralt har på sin side ingen stor tillit til de frivillige organisasjonene og deres tilbud om behandling med kvalifisert personell. Derimot er samarbeidet mellom frivillige organisasjoner og lokale myndigheter stort sett bra.

Etter ICRCs mening kjennetegnes primærhelsetjenesten av flere alvorlige kvalitetsbrister. Dårlig hygiene og irrasjonell bruk av medikamenter og utstyr ble nevnt spesielt, men generelt mente ICRC at den dårlige kvaliteten er gjennomgående og at ingen områder peker seg ut som særlig bedre enn andre. I områder der det har vært langvarig politisk vold eller krigshandlinger er kvaliteten naturlig nok jevnt over ennå verre.

Primærhelsetjenesten brøt sammen allerede i 2003. I etterhånd har det skjedd en tiltakende privatisering av tjenestene. Stadig flere leger arbeider på det offentlige helsesenteret om morgenen og privat etter offentlig stengt tid. De offentlige klinikkene er de dårligste av de dårlige. Mange helsesentre og sykehus har for lite personale i forhold til behovet.

Utstyr, behandlingsmiljø og infrastruktur er gjennomgående av svært dårlig kvalitet. Kunnskapsnivået er heller ikke alltid særlig høyt. Eksempelvis kan operasjonskniver som faller i gulvet bare bli tørket av og brukt videre. Arbeid for å forbedre infrastrukturen er kommet i gang, men har ikke gitt praktiske resultater ennå. Investeringer og anskaffelser i offentlig sektor er ikke underlagt noen systematisk styring. Mange sykehus, avdelinger og klinikker har anskaffet flott nytt utstyr, men har ikke infrastruktur til å trekke full nytte av det.

Som en konsekvens av slike problemer prøver mange å skrape sammen nok penger til å få behandling i privat sektor.

1.3 TILGJENGELIGHET

WHO opplyste at landet er delt inn i 140 helsedistrikter og 19 helsedirektorater. Alle disse administreres av Helsedepartementet. KRG-provinsene har egne regionale helsemyndigheter, men organisasjonsstrukturen er den samme som i landet ellers.

For å måle forholdet mellom tilgjengelighet og benyttelse av tjenestene, bruker WHO tre parametre:

- God tilgjengelighet/god benyttelse
- God tilgjengelighet/dårlig benyttelse
- Dårlig tilgjengelighet/dårlig benyttelse

I 2007 var det 24 distrikter som hadde dårlig tilgjengelighet. I 2008 var tallet redusert til 19 distrikter. WHO opplyste ikke hvilke distrikter det var snakk om.

Ifølge ICRC har 80 % av befolkningen tilgang til offentlige helsetjenester. Selv om lang reisetid i noen tilfeller begrenser tilgangen, er kvaliteten på det tilbudet som gis et langt større problem. ICRC sa det slik: "Det er ikke så vanskelig å finne et helsesenter, men hva er det du finner når du kommer deg dit?"

I så måte er situasjonen ikke vesentlig bedre i KRG-provinsene. Det man vanligvis oppsøker helsesentrene for, er vanlige plager som bl.a. diaré og infeksjoner.

1.4 TILGANG TIL MEDISINER VIA HELSESENTRENE

Ifølge ICRC tar helsesentrene en liten generell avgift på 500 ID som dekker både behandling og medisiner. Ifølge WHO er behandlingen gratis hvis den ikke krever noen medisiner. Om ettermiddagen tar sentrene imot pasienter med kroniske lidelser som skal ha tildelt medisiner eller satt sine sprøyter.

Helsesentrene får medisinforstyrningen sin tildelt gjennom et statlig distribusjonsforetak kalt Kimedia. Helsesentrenes adgang til å kjøpe medisin på det åpne marked er underlagt restriksjoner fra Helsedepartementet.

1.5 VAKSINASJON

Alle helsesentrene utfører vaksinasjon. Vaksinasjon i henhold til de offentlige vaksinasjonsprogrammene skjer i tre omganger. Alle blir vaksinert ved fødselen, og samtidig blir det kontrollert om moren er vaksinert. 80 % av alle barn og mødre møter til første vaksinasjon. Neste vaksine settes ved seks måneders alder, og tredje vaksine settes ved ni måneders alder.

Et frafall på mer enn 10 % mellom første og tredje vaksinasjon blir ansett som for stort. Vanligvis skyldes frafallet at publikum opplever at de har fått for dårlig service.

1.6 OVERFØRING AV PASIENTER FRA PRIMÆRKLINIKK TIL SYKEHUS

Ifølge NCCI kan man oppsøke sykehus direkte uten henvisning til enhver tid. Det vanlige er at folk oppsøker sykehuset direkte og ikke via primærklinikk.

Det er ikke noe organisert system for henvisning til sykehus – det er opp til enhver å oppsøke sykehus direkte selv, og det er dette som er den vanlige måten å gå frem på. Det er ikke noe krav om legehenviing for å få behandling ved sykehus. Pasienten kan evt. få med seg et skriv fra legen, og må selv oppsøke sykehuset og vente på å få behandling. I akuttsituasjoner vil helsesenteret prøve å skaffe ambulanse eller taxi. Eventuelt ringer helsesentret til sykehuset og melder pasientens ankomst, som deretter må komme seg dit ved egen hjelp. Hvis pasienten bor i nærheten av et spesialsykehus, vil en bli henvist til dette.

Ingen vil bli avvist av sykehuset, men mange sykehus, særlig i de store byene, er knyttet til politiske interesser eller religiøse sekter og retninger. Man oppsøker derfor kun et sykehus som drives av ens "egne". Det er bare der man kan føle seg trygg.

Ventetiden er normalt veldig lang. Hvem man er, hvor man er og pasientens eget nettverk har derimot betydning for den enkeltes ventetid.

Det er en generell erfaring at pasienter venter for lenge med å oppsøke lege eller sykehus. Dels skyldes dette publikums generelle mangel på kunnskaper, og dels dagens vanskelige sikkerhetssituasjon. Jo lenger reise, jo mer risiko. Under de religiøse stridighetene i 2006-2007 kunne det være ekstremt farlig å bevege seg selv lokalt.

Henvisning til sykehus i KRG-provinsene fra en primærklinikk utenfor disse provinsene er fortsatt mulig, men det er i ferd med å bli vanskeligere. Alle må gjennom en sikkerhetssjekk for å slippe inn i provinsene. KRG-sykehusene er delvis åpne. ICRC konkretiserte ikke nærmere hva de la i dette.

1.7 ÅPNINGSTIDER

Helsesentrene er ifølge ICRC åpne mellom kl 8 – 13. Deretter holder de åpent for kronisk syke fra kl 13 - 17. Etter dette kan legen bruke lokalene til privat behandling. Maksimal konsultasjonstid pr. pasient i åpningstiden er i snitt tolv minutter.

1.8 KONSULTASJONSTID

Ifølge WHO varer en konsultasjon mellom 5 og 30 minutter, avhengig av hva som feiler en og hvem man er. En person av betydning vil vanligvis få mer tid med legen enn ”mannen i gata”. ICRC anslo gjennomsnittlig varighet til 12 minutter. Etter WHO sin mening er konsultasjonstiden svært kort.

Det finnes ingen organiserte systemer for videre henvisning av pasienten. Journalen blir ikke overført fra primærklinikk til sykehus. Vanligvis oppsøker publikum sykehus direkte, noe som resulterer i at sykehusene er overfylte. Helsedepartementet er klar over problemet, og vil prøve å løse det gjennom å legge om behandlingssystemet. Det vil bli gjort forsøk på å overføre behandling fra sykehusene til primærhelsesentrene.

2. OFFENTLIGE SYKEHUS

2.1 SYKEHUSSEKTORENS ORGANISERING

Universitetssykehusene (Teaching Hospitals) og allmennsykehusene (General Hospitals) utgjør ifølge WHO de to organiseringsnivåene innen sykehussektoren. Det er minst to sykehus i hver provinshovedstad, herunder ett universitetssykehus. Det er egne sykehus for kvinner og barn.

ICRC fortalte at KRG-provinsene har eget helsedepartement, men at helsesektorens struktur for øvrig er den samme som ellers i landet. Iraks provinser har alle sammen allmennsykehus og universitetssykehus. Allmennsykehusene har dessuten lokale mindre sykehus med 20-25 sengeplasser i underdistriktene³. Alle provinsene gir i prinsippet det samme tilbudet om allmenntjenester og spesialisttjenester.

Bagdad, Basra, Erbil og Mosul har ifølge WHO egne sykehus for spesialistbehandling. Bagdad har over 40 slike spesialiserte sykehus. Ifølge ICRC har også allmennsykehusene avdelinger som tilbyr de vanligste spesialistbehandlingene (kirurgi, pediatri, gynekologi, indremedisin med mer). Spesialistbehandlingen finner for det meste ennå sted på allmennsykehusene. Spesialisttjenestene som tilbys ved allmennsykehusene omfatter bl.a. hjertemedisin, tuberkulosebehandling, cellegiftbehandling og nevrokirurgi.

Det er i dag i drift 178 offentlige sykehus i Irak. ICRC hadde ingen tall på private sykehus. Samlet sett beveger sektoren seg fra et sykehusbasert til et primærtjenestebasert system. Parallelt med dette utvikler det seg et privat, forsikringsbasert sekundærtjenestetilbud. Det finnes enkelte planer for den fremtidige organiseringen av helsesektoren, men disse befinner seg ennå bare på utkaststadiet. Det er for tiden ingen klare tendenser i hvilken retning organiseringen beveger seg.

³ Irak er administrativt delt inn i tre nivåer: provins, distrikt og underdistrikt.

Noen økonomisk støtte til kostbar behandling finnes ikke. Det er ingen omfattende forsikringsordninger på plass. Myndighetene arbeider imidlertid for å få etablert en generell forsikringsordning.

2.2 TEKNISK OG FAGLIG STANDARD

ICRC mente at det er vanskelig å tegne et gjennomsnittsbilde av sykehusstandarden. Det er mye flott utstyr på plass som av ulike årsaker ikke kan brukes eller utnyttes effektivt. En ser også mye gammelt elendig utstyr fortsatt i bruk. Det er blitt satt inn store beløp for å oppgradere sektoren, men grunnleggende mangler gjør at utbyttet av innsatsen blir svakt. Bl.a. må sykehusene pga. sammenbruddet i landets elektrisitetsforsyning selv sørge for strøm til egen drift, ved hjelp av egne aggregater. Dermed blir drift og vedlikehold av utstyret ustabil. Selv om strømforsyningen etter hvert er blitt bedre, finnes det ennå andre infrastrukturproblemer som hindrer effektiv og forsvarlig drift. Utilstrekkelig tilgang på rent vann er et annet eksempel og fortsatt et stort problem.

Innenfor det enkelte sykehus kan kvaliteten ifølge ICRC variere sterkt. Noen avdelinger kan være gode, mens andre er dårlige.

Ifølge WHO er Helsedepartementet ansvarlig for å ansette leger. De ferdig utdannede legene blir utplassert på sykehus over hele landet. Fordelingen skjer i henhold til deres spesialistkvalifikasjoner og ut fra hvor i landet de kommer fra.

3. SPESIALISTTJENESTER

3.1 DIABETES OG ANDRE KRONISKE SYKDOMMER SOM BEHANDLES VED PRIMÆRHELSEKLINIKKENE

Ifølge ICRC tilbyr primærhelsesentrene behandling av kroniske sykdommer. Dette behandlingsopplegget fungerer relativt tilfredsstillende. Kronisk syke som bare har behov for enkel oppfølging kan regne med å få tildelt sin medisin og satt sine sprøyter regelmessig.

3.2 KREFTBEHANDLING VED SYKEHUSENE

Ifølge WHO er behandlingstilbudet for kreftpasienter begrenset i Irak. Det kan for eksempel ikke gis behandling for langtkommen kreft. Kreft kan diagnostiseres og behandles, men i tilfeller der den første kuren ikke virker, eller kreften er oppdaget sent, er det liten hjelp å få. Mange oppsøker ikke lege før det er for sent å gi livreddende behandling. Fattigdom og stedvis dårlig sikkerhet medvirker til at mange oppsøker kreftbehandling for sent.

Ifølge ICRC er kreftbehandling generelt dyrt, hvis tilbudet da i det hele tatt finnes. Det finnes derimot mange planer og prosjekter for å styrke behandlingstilbudet for kreftpasienter, men utviklingen ser ut til å gå langsomt. For eksempel er det så langt ikke blitt gjort noen landsomfattende kreftundersøkelse.

3.3 SYKDOMMER SOM IKKE KAN BEHANDLES I IRAK

Blant sykdommer man ikke kan få behandlet i Irak, nevnte WHO langtkommen kreft. Komplisert kirurgi, nyretransplantasjoner og en del andre transplantasjoner samt åpent hjerte-kirurgi, er heller ikke tilgjengelig. Den betydelige flukten av leger og annen helsefaglig kompetanse fra landet som har pågått i mange år, er årsaken til at denne typen behandling ikke lenger er tilgjengelig i Irak

4. PSYKIATRI

4.1 OFFENTLIGE BEHANDLINGSINSTITUSJONER

Ifølge WHO og det irakiske Helsedepartementet (2006a) hadde Irak på slutten av Saddam Husseins regime 23 offentlige psykiatriske institusjoner fordelt over hele landet. 16 av disse var i Bagdad, derunder seks innenfor universitetssykehusene. Alle sorterte under Helsedepartementet. Sektoren er organisert med dels egne mentalsykehus og dels med psykiatriske enheter ved allmennsykehusene.

Bagdad har ett stort mentalsykehus, al-Rashaid, med 1300 langtidsplasser, og ett mindre sykehus, al-Rashas, med 74 kortidsplasser.

De psykiatriske avdelingene på sykehusene er lokalisert som følger (WHO 2006):

- Bagdad universitetssykehus (30-40 senger)
- al-Yarmouk universitetssykehus (12 senger)
- al-Khademia Nahrain medisinske skole (20 senger)
- Mosul Allmennsykehus (30 senger)
- Basra Allmennsykehus (30 senger)
- Al-Najaf Allmennsykehus (30 senger).

Ifølge ICRC er det få psykiatriske institusjoner, og de som finnes dekker ikke behovet tilstrekkelig. Al-Rashaid-sykehuset i Bagdad er en stor institusjon med fire lukkede avdelinger. På hele sykehuset arbeider det åtte psykiatere, og pasientene deler rom på seks til åtte personer. Sykehuset har to sykepleiere pr. 50 pasienter. Det har også en poliklinikk som tilbyr konsultasjon men ikke behandling.

Al-Rashaid er en langtidsinstitusjon der mange av pasientene har oppholdt seg i flere tiår. Institusjonen fungerer i realiteten som et sted man kan plassere mentalt syke familiemedlemmer slik at de ikke kaster skam over familien. De fleste pasientene oppholder seg der livet ut. Behandlingen består i kraftig neddoping og elektroshokk uten anestesi. Institusjonen ble omtalt som "et godt gammeldags sinnssykeasyl". Al Rashaid har ingen mindreårige pasienter.

ICRC nevnte bare to allmennsykehus som har psykiatriske avdelinger. Disse finnes i Basra og Mosul. Liggetiden her er maksimum tre uker. Personer med kronisk mental sykdom blir henvist til Al Rashaid i Bagdad. Henvisningen blir foretatt av sykehuset.

ICRC kunne ikke si sikkert om det finnes privatpraktiserende psykiatere i Irak.

I Basra ble det ifølge John Leland i New York Times (2010) i desember 2009 startet et tverrfaglig senter for posttraumatiske stresslidelser. Senteret har et integrert team bestående av en psykiater, en kommunelege, en gynekolog og en sosialarbeider.

Den britisk/amerikanske frivillige organisasjonen International Medical Corps (IMC) (møte i Amman 4. november 2009) antok ut fra sin kjennskap til det irakiske helsevesenet at psykiatrien dekkes av store institusjoner som arbeider med lav kapasitet. Kvaliteten på behandlingen vil nok kunne være bedre ved private institusjoner, men her ville kostnadsnivået ekskludere det store flertallet.

Antall sengeplasser er lavt, og myndighetene har ikke utarbeidet noen strategi for å tilbakeføre pasientene til familie og samfunn. Pasientene har i mange tilfeller opplevd at familien har brutt med dem. Det er sterke kulturelt betingete stigma knyttet til mentale lidelser og behandlingen av dem i Irak. Derfor er det vanlig å gjemme bort familiemedlemmer som har slike lidelser. Det er vanlig at familien prøver å behandle eller hjelpe til rette vedkommende familiemedlem selv. Når han eller hun blir for vanskelig å ha med å gjøre, søker man til slutt profesjonell hjelp. Slik hjelp består normalt i sterk medisiner, ofte over mange år med de samme preparater, og elektroshokk. Sovepiller blir mye brukt for å roe ned urolige pasienter.

De pasientene som blir institusjonalisert er gjerne psykotiske, suicidale, traumatiserte eller har sterke depresjoner. Disse pasientene blir ikke underlagt noen vurdering på årlig basis.

Også blant behandlende personell er kunnskapen om behandlingsmetoder lite oppdatert.

Det finnes ingen organisert offentlig rådgivning, men det finnes muligens innen privat sektor. Det er heller ikke noe fokus på barns behandlingsbehov.

4.2 UTVIKLINGSPLANER

WHO har sammen med det irakiske Helsedepartementet gjort en bred studie av den irakiske psykiatrien, som ble publisert i rapporten "Healing Minds" (2006a). Her blir de viktigste behovene og en lang rekke gjennomførte og foreslåtte tiltak gjennomgått. Rapporten kan leses som en bred innføring i det som også i dag synes å være den generelle situasjonen for irakisk psykiatri.

IMC mente at myndighetene er blitt mer oppatt av psykiatri i den senere tid. Myndighetene har utviklet et "veikart" for styrking av psykiatrisk behandling i 2008. En tre dagers internasjonal psykiatrikonferanse ble arrangert i Bagdad av IMC, WHO og irakiske helsemyndigheter i 2009. Et av temaene var integrering av psykiatrien i primærhelsetjenesten, noe myndighetene synes å være opptatte av.

Ifølge John Leland i New York Times (2010) har helsemyndighetene i den senere tid begynt å satse på små team-baserte lokale klinikker knyttet til primærhelsetjenesten som tilbyr terapeutisk poliklinisk behandling. Seks slike team ble i 2008 sendt på kurs i Storbritannia og USA, med finansiell støtte fra bl.a. Helsedepartementet. Kursene er til dels rettet inn mot integrering av psykiatrien i primærhelsetjenesten, og flere team er ventet å ville bli trent på samme måte i 2010. I tillegg tok 360 primærhelseleger i 2009 et tøkurs i lidelser som depresjoner, angst og psykoser, ifølge journalisten.

5. APOTEKER OG LEGEMIDLER

5.1 APOTEKER

WHO anslo tallet på apoteker til 4400 på landsbasis. Bl.a. har hvert sykehus og primærhelsesenter apotek. Frittstående apoteker finnes både i småbyer og større byer. Det er ingen systematisk offentlig kontroll av virksomheten eller varebeholdningen til private apoteker. Apotekene blir imidlertid gitt treårige lisenser. Det ble ikke opplyst om hva kravene til lisens og fornying går ut på.

ICRC opplyste at man betaler 500 dinarer for medisin som man kjøper ved sykehusenes og primærhelsesentrenes apoteker. Imidlertid er det ikke alltid disse apotekene har den medisin det er meningen de skal ha. For mellom 1000 og 1500 dinarer vil man kunne få kjøpt medisin for behandling av kroniske sykdommer ved de private klinikkens apoteker.

5.2 OFFENTLIG LEGEMIDDELKONTROLL

WHO opplyste at Helsedirektoratet er ansvarlig for det offentlige distribusjonssystemet for legemidler, derunder de statlige medisinlagrene. Regelverket følger et sett med retningslinjer kalt Nasjonal Legemiddelpolitikk. Hvert offentlige helsesenter får tildelt en liste over medisiner de kan motta via det offentlige systemet.

Det er utarbeidet en nasjonal legemiddelliste (*Essential Drug List*) som ligger til grunn for tildeling av legemidler til helsesentrene og sykehusene. Listen omfatter både innenlandsk produserte og importerte legemidler. Listen skal etter myndighetenes retningslinjer oppdateres hvert andre år, og sendes ut til alt praktiserende medisinsk personell.

I 2006 og 2007 hadde helseinstitusjonene problemer med å skaffe nok legemidler. Bagdad og provinsene Kirkuk, Ninewah, Diyala og Salahaddin har nå nok lagre av legemidler og blod til å klare å håndtere kritesituasjoner.

Reglene for offentlig godkjenning av legemidler er strenge. Medisin som ikke ha passert offentlig kvalitetskontroll skal ikke bli sertifisert. Personellet ved de offentlige kontrollinstansene er godt kvalifisert og bruker gode teknikker. Samtidig er kapasiteten for lav til at myndighetene klarer å kontrollere alle medisiner som finnes på markedet. Omfanget av medisiner som er tilgjengelige på det åpne marked og som er smuglet inn i landet, er for stort til at myndighetene klarer å begrense tilgangen i tilstrekkelig grad. Den innenlandske produksjonen av medisin er imidlertid i ferd med å hente seg inn igjen. Den statlige medisinfabrikken i Samarra er landets største, og produksjonen er nå økende.

Etter ICRCs oppfatning, som var sammenfallende med WHO's, er kapasiteten til den offentlige kvalitetskontrollen for lav i forhold til helseinstitusjonenes forsyningsbehov. Myndighetene har imidlertid gitt prioritet til produksjonen ved fabrikken i Samarra. Bare siden oktober 2008 har den illegale medisinimporten avtatt betydelig som følge av at den statlige produksjons- og forsyningskapasiteten øker.

6. SYKEHUS I PRIVAT SEKTOR

Ifølge WHO er de fleste private sykehusene deltidsåpne institusjoner. WHO mente at de fleste tilbudene om behandling ved private sykehus finnes innen barsel og kirurgi.

Selv om den private helsesektoren kan synes omfattende, er den dårlig kartlagt både med hensyn til kvalitet, omfang, geografisk dekning og behandlingstilbud. Dette har gjort det vanskelig å skaffe mer systematisk informasjon om denne sektoren.

7. REFERANSER

Skriftlige kilder

- Ministry of Health in Iraq & WHO Iraq (2006a). *Healing Minds. Mental Health progress report 2004 – 2006*. Amman: WHO Iraq. Tilgjengelig fra http://www.emro.who.int/Iraq/pdf/mnh_healingminds_04_06.pdf [lastet ned 1. februar 2010]
- Ministry of Health in Iraq & WHO Iraq (2006b). *Health System Profile Iraq 2006*. Amman: WHO Iraq. Tilgjengelig fra http://www.emro.who.int/iraq/pdf/annualreport_06.pdf [lastet ned 1. februar 2010]
- Leland, John (2010, 31. januar). Iraq mends a system to treat trauma. *New York Times*. Tilgjengelig fra <http://www.nytimes.com/2010/01/31/world/middleeast/31iraqcare.html?pagewanted=print> [lastet ned 1. februar 2010]

Muntlige kilder

- ICRC, dvs. International Committee of the Red Cross. Møte i Amman 28. oktober 2009.
- IMC, dvs. International Medical Corps. Møte i Amman 4. november 2009.
- NCCI, dvs. NGO Coordination Committee for Iraq. Møte i Amman 27. oktober 2009.
- WHO. Møte i Amman 29. oktober 2009.