

Temanotat

**Burundi: Helse – hiv/aids, tuberkulose
og diabetes**



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.

Helse: hiv/aids, tuberkulose og diabetes er en notatrekke fra Landinfo som kortfattet beskriver utbredelse, behandlingstilbud og behandlingstkostnader for disse tre sykdommene. Notatrekken skal etter planen omfatte de afrikanske landene sør for Sahara som er mest aktuelle for utlendingsmyndighetene. Kildene som anvendes i notatrekken anses som informative og oppdaterte. På grunn av varierende informasjonstilgang hva angår helsetilbud i ulike områder og i forhold til ulike sykdommer, vil detaljnivået i og mellom de ulike temanotatene i denne serien variere noe.

© Landinfo 2010

Materialet i denne publikasjonen er omfattet av åndsverklovens bestemmelser. Uten særskilt avtale med Landinfo er enhver eksemplarframstilling 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

Temanotat **Burundi: Helse – hiv/aids, tuberkulose og diabetes**

SUMMARY

Poverty and mal-/undernourishment remain the biggest challenges to public health in Burundi. Widespread poverty raises the threshold for seeking medical care in case of illness or suspicion thereof, as both public and private health care is expensive for low income households. Patients who cannot pay for their hospitalization, may experience being forcibly held back at hospitals after ended treatment. Also, medicines are expensive and availability limited. For many, the decision to seek medical assistance represents a difficult prioritisation between health and food. Hiv/aids and tuberculosis are widespread, and treatment availability low. The prevalence of diabetes is increasing, but skilled personnel and technical equipment remain scarce.

SAMMENDRAG

Den største utfordringen for folkehelsen i Burundi er fattigdom og under-/feilernæring. Den utbredte fattigdommen gjør terskelen for å oppsøke lege og annet helsepersonell ved sykdom eller mistanke om sykdom høy, ettersom både offentlige og private helsetjenester er dyre. Pasienter som ikke kan betale for sykehusopphold kan oppleve å bli holdt igjen på sykehuset over lengre tid. Videre er medisiner kostbare og tilgangen generelt begrenset. For mange vil valget om å oppsøke medisinsk hjelp, eventuelt kjøpe nødvendige medisiner ved etablert diagnose, i realiteten være et valg mellom helse og mat. Hiv/aids og tuberkulose er svært utbredt, men behandlingsmulighetene er generelt vanskelig tilgjengelige for folk flest. Diabetes øker i omfang, og det finnes kun begrenset med kompetanse og svært lite utstyr for å behandle sykdommen.

INNHold

1. Innledning: Helse i Afrika sør for Sahara	5
1.1 Kort om sammenhengen mellom fattigdom og folkehelse	5
1.2 Tilgang til medikamenter	5
1.3 Sykdommer og behandlingsmuligheter	5
2. Generelle helsefakta for Burundi	6
3. Hiv og aids.....	10
3.1 Utbredelse.....	11
3.2 Behandlingsmuligheter i Burundi.....	11
3.3 Sosiale forhold.....	14
3.3.1 Omfattende seksualisert vold.....	14
3.3.2 Stigmatisering og diskriminering av homofile	15
3.3.3 Fattigdom og underernæring	15
3.3.4 Myter	15
4. Tuberkulose	16
4.1 Utbredelse.....	16
4.2 Behandlingsmuligheter i Burundi.....	16
4.3 Sosiale forhold.....	17
5. Diabetes	17
5.1 Utbredelse.....	18
5.2 Behandlingsmuligheter i Burundi.....	18
5.3 Sosiale forhold.....	19
6. Andre aktuelle helserelevante forhold	19
7. Referanser.....	20

1. INNLEDNING: HELSE I AFRIKA SØR FOR SAHARA

1.1 KORT OM SAMMENHENGEN MELLOM FATTIGDOM OG FOLKEHELSE

De fleste land i Afrika sør for Sahara er preget av utbredt og ekstrem fattigdom. Fattigdom har generelt en negativ innvirkning på innbyggers muligheter til å utdanne seg og barna sine. Fattigdom reduserer dermed også de fattiges muligheter til en stabil jobb og trygg inntektskilde. Fattigdom, lavt utdanningsnivå, og analfabetisme påvirker folkehelsen i berørte land ettersom innbyggerne generelt mangler kunnskap om sykdommer og forebygging av disse. Videre har fattige innbyggere en høyere terskel for å oppsøke lege og/eller annet helsepersonell ved sykdom, på grunn av innhugget slike besøk påfører familiens eller den enkeltes husholdningsbudsjett. Det er også vanskelig for mange fattige å forebygge sykdommer selv når de kjenner til hvilke tiltak som er nødvendige, hvis slik forebygging innebærer en ekstra økonomisk utgift. Med fattigdom følger også under- og/eller feilernæring, som reduserer den enkeltes immunforsvar, og dermed øker sannsynligheten for sykdom.

1.2 TILGANG TIL MEDIKAMENTER

Det kan være en stor utfordring for fattige innbyggere som har fått stilt en diagnose å få tak i nødvendige medikamenter. Dette skyldes ekstra utgiften dette vil påføre husholdningen, eventuelle utgifter forbundet med å reise til og fra et utsalgssted, samt muligheten til å i det hele tatt komme seg til utsalgsstedet gitt avstand og redusert helsetilstand. Problemet i mange afrikanske land er dermed ikke først og fremst hvorvidt et legemiddel er tilgjengelig på markedet:

[1] de fleste tilfeller er legemidler i etablert bruk å få, iallfall i større byer. Utfordringen for afrikanere flest er (...) heller å kunne dekke utgiftene til de medisinene de trenger i forbindelse med sykdom, å få tak i medisiner som virker som de skal og tilgangen på kvalifisert helsepersonell som kan holde oppsyn med at medisinene tas riktig (Landinfo 2007, s. 3-4).

Hvorvidt medisiner virker som de skal, avhenger blant annet av riktig merking, riktig oppbevaring på utsalgssted, riktig oppbevaring under frakt samt kjennskap til og etterlevelse av medikamentets holdbarhetsdato. Falske medisiner er også et utbredt problem i Afrika.¹

1.3 SYKDOMMER OG BEHANDLINGSMULIGHETER

En følge av de ovenfor nevnte faktorene er en relativt høy forekomst av en rekke smittsomme (spesielt hiv/aids og tuberkulose) og ikke-smittsomme sykdommer i de fleste land i Afrika sør for Sahara. Forekomsten av ikke-smittsomme sykdommer som diabetes, astma, kreft og hjerte- og karsykdommer har sammenheng med industrialisering og urbanisering, og øker dermed merkbart flere steder i Afrika sør for Sahara (IDF 2006, s. 19-20). Samtidig er også dødelighetsraten for en rekke sykdommer høy sammenliknet med resten av verden. Dette gjelder også for sykdommer som er relativt enkle å forebygge, behandle og kurere.

¹ For mer informasjon om tilgang på medikamenter, kvalitet på tilgjengelige medisiner, m.m., se Landinfo 2007.

I de tilfeller hvor behandling fordrer sykehusbehandling, gjør igjen økonomiske spørsmål seg gjeldende. For mange vil valget om å gå til lege, kjøpe medikamenter og/eller få nødvendig behandling ved et sykehus, i realiteten være et valg mellom egen (eller familiemedlemmers) helse og muligheten til å dekke utgiftene til mat i husholdningen.

I de land og områder hvor internasjonale hjelpeorganisasjoner står for det meste av helsetilbudet, vil kvaliteten på helsetjenestene de tilbyr generelt være bra. Samtidig har ikke slike hjelpeorganisasjoner kapasitet til å dekke behovet som finnes i hele befolkningen. Det at sykehus driftes av hjelpeorganisasjoner sier i seg selv noe om mangelen på helsetjenester, og også om kvaliteten på det offentlige helsetilbudet i området.

2. GENERELLE HELSEFAKTA FOR BURUNDI

Burundi er et av Afrikas minste og tettest befolkede land, med 8 508 000 innbyggere i 2007 (WHO 2009, s. 132). Burundi er også et av verdens fattigste land og er rangert som nummer 174 av 182 land totalt på FNs utviklingsfond UNDPs *Human Development Index* for 2009 (UNDP 2009, s. 145). Norge er til sammenlikning rangert som nummer én.

Den langvarige borgerkrigen som herjet Burundi fra 1993 til 2005, forsterket landets utfordringer knyttet til en svært svak økonomi. Burundis offentlige helsevesen er følgelig fortsatt underbemannet, underfinansiert og dårlig utstyrt (HRW 2006).

Under har Landinfo samlet statistikk knyttet til helsesektoren og folkehelsen i Burundi, og sammenliknet med tilsvarende tall i Norge der denne informasjonen er tilgjengelig. Tallene er hentet fra Verdens helseorganisasjon (World Health Organization, WHO) sin årlige statistiske helse rapport (WHO 2009a) med mindre annet er angitt.

Tabell 1: Levealder og dødelighet

	Forventet levealder ved fødsel	Barnedødelighet (antall barn som dør før fylte fem år pr. 1000 levendefødte)	Mødredødelighet (pr. 100 000 levendefødte)	Voksen dødelighetsrate (sannsynligheten for å dø i aldersspennet 15-50 år pr. 1000 innbygger) ²
Burundi	49	180	1 100	426
Norge	81	4	7	69

Tabell 2: Arbeidsstyrke i helsesektor, sykehussenger

² Voksen dødelighetsrate angir sannsynligheten for at innbyggere mellom 15 og 60 år vil dø før fylte 60 år gitt forholdene som var gjeldende ved estimattpunktet. Den er følgelig korrigeret for barnedødelighetstall. I land der barnedødeligheten er høy, påvirker dette gjennomsnittlig forventet levealder sterkt. Voksen dødelighetsrate sier noe om dødelighetsraten for innbyggere som har overlevd oppveksten.

	Leger pr. 10 000 innbygger (i parentes totalt antall leger)	Sykepleiere/jordmødre pr. 10 000 innbyggere (i parentes totalt antall sykepleiere)	Sykehussenger pr. 10 000 innbyggere
Burundi	< 1 (200) ³	2 (1 348)	7
Norge	38 (17 523) ³	162 (75 326)	40

Tabell 3: Offentlige midler til helse

	Offentlige midler brukt på helse som prosentandel av totale offentlige midler	Offentlige midler brukt på helse som prosentandel av totale midler brukt på helse	Offentlige midler brukt på helse pr. innbygger (tall i parentes er total mengde midler brukt på helse pr. innbygger)
Burundi	2,4	8,6	USD 3 (31)
Norge	17,9	83,6	USD 3779 (4519)

Tabell 4: BNP og fattigdom

	BNP pr. innbygger	Prosentandel av BNP pr. innbygger som brukes på helse ⁴	Prosentandel av befolkningen som lever på under USD 1 pr. dag ^{5, 6}
Burundi	USD 330	8,5	81,3
Norge	USD 53320	1,4	-

³ Med et innbyggertall på 8,5 millioner, vil det si at det er omtrent 42 540 innbyggere for hver lege i Burundi. Tilsvarende er det i Norge (med WHO's estimat på 4 698 000 innbyggere totalt) ca. 263 innbyggere pr. lege.

⁴ Tall basert på privat utgift pr. innbygger i forbindelse med helse (tabell 3: Totalutgift pr. person (31) – offentlige midler brukt pr. person (3)), som andel av BNP pr. innbygger (tabell 4).

⁵ Tallene det vises til er angitt i internasjonale *Purchasing Power Parity*-dollar (PPP). Det vil si at hver USD angir lik kjøpekraftsverdi i begge land, slik at sammenlikningsgrunnlaget er reelt i praksis.

⁶ Ofte oppgis også andel av befolkningen som lever på under USD 2 pr. dag i fattigdomsstatistikk. Forskjellen i levestandard og kjøpekraft som følger av én ekstra dollar dagen er marginal, men andelen av befolkningen som lever for under USD 2 pr. dag er ofte markant høyere enn andelen som lever under USD 1 pr. dag. Dette fattigdomsmålet er derfor kritisert for å gi et forskjøvet (dvs. underdrevet) bilde av andelen fattige i en befolkning. WHO har ikke inkludert andelen av befolkningen som lever på under USD 2 pr. dag i sin rapport. I UNDP (2009, s.178) oppgis det at 93,4 % av befolkningen i Burundi lever på under USD 2 pr. dag.

Tabell 5: Lese- og skrivekyndighet i Burundi⁷

Tallene under er fra UNDP (2008, s. 337).

	Prosentandel lese- og skrivekyndige blant voksne over 15 år	Prosentandel lese- og skrivekyndige blant voksne i aldersspennet 15-24 år
Kvinner	52,2	70,4
Menn	67,3	76,8

Som tallene over viser, er det store kontraster mellom Burundi og Norge i forhold til økonomi, helsetilbud, levealder og dødelighet. Burundi er rangert som nummer 83 av totalt 84 land på International Food Policy Research Institute (IFPRI 2009, s. 13) sin *Global Hunger Index*⁸. 66 % av innbyggerne er underernærte, 46 % er kronisk feilernærte og bare 19 % opplever matsikkerhet⁹ (WFP u.å.). 39 % av barna under fem år er undervektige (UNDP 2009, s. 178). I Burundi går gjennomsnittlig 70 % av et husholds samlede inntekt til innkjøp av mat. Som følge av en økning i globale matvarepriser de seneste år, er flere burundiske familier tvunget til å spise færre måltider om dagen. Dette får direkte konsekvenser for ernæringsstatusen hos særlig kvinner og barn (opplysninger fra UNHCR og OCHA gjengitt i epost fra Leger uten grenser (Médecins Sans Frontières, MSF) i Burundi, august 2009).

Landinfo forstår fattigdom som den største utfordringen for folkehelsen i Burundi. Fattigdom påvirker den enkeltes muligheter til å følge opp sykdom med legebek, nødvendige medikamenter og helsetjenester for øvrig. Både Leger uten grenser og det private hiv/aids-behandlingssenteret ANSS understreket overfor Landinfo at majoriteten av burundiere må foreta en vanskelig prioritering mellom det å oppsøke lege og/eller kjøpe nødvendige medisiner (dersom disse er tilgjengelige) eller det å kjøpe mat dersom de eller noen de forsørger blir syke (intervjuer foretatt på tjenestereise i Burundi, oktober 2009). Fattigdom begrenser også reell mattilgang for den enkelte og hans eller hennes familie. Feil- og underernæring leder til et svekket immunforsvar, som igjen øker risikoen for sykdom. Feil- og underernæring kan også forårsake sykdomsutvikling i seg selv.

I juli 2009 understreket en Burundibasert diplomatkilde overfor Landinfo at mange etablerte medisiner ikke finnes på markedet i landet overhodet. Kilden omtalte videre helsetilbudet og helsesektoren i Burundi som ikke-eksisterende i all praktisk forstand.

En annen velinformert kilde Landinfo snakket med i Bujumbura i 2006, anslo at 50 % av barnedødeligheten skyldes malaria (se Landinfo 2006). Foruten malaria, er andre relativt lett kurerbare sykdommer som tuberkulose, diaré og andre febersykdommer svært utbredt. Disse sykdommene utgjør også viktige dødsårsaker, ettersom de sjelden behandles (tidsnok) eller forebygges (Wakabi 2007, s. 1848).

⁷ Siden 2005 har grunnskoleutdanning vært gratis for alle barn i Burundi (Wakabi 2007, s. 1847). Det innebærer at andelen lese- og skrivekyndige sannsynligvis vil øke fremover.

⁸ I den årlige Global Hunger Index rangeres land hvor sult er utbredt jf tre likt vektete indikatorer: 1) Andelen underernærte som prosentandel av total befolkning; 2) Omfanget av undervektighet blant barn under fem år; og 3) dødelighetsraten til dør under fem år (IFPRI 2009, s. 8).

⁹ Med matsikkerhet menes å ikke være, eller ikke leve i frykt for å bli, sultrammet.

Ifølge ansatte i helsesektoren referert til i Wakabi, skyldes dette sykdomsbildet også overbefolkning, dårlige boligforhold, utilstrekkelige sanitære forhold og utrygt drikkevann.

Pasienter må betale for både offentlige og private helsetjenester. Offentlige sykehus og helsesentre er i svært dårlig stand i Burundi (Landinfo 2006). En enkelt konsultasjon ved et offentlig helsesenter koster ifølge Leger uten grenser i Burundi 300 burundiske franc (intervju, oktober 2009). Bare 2 % av befolkningen har tilgang til det private helsevesenet. Ifølge en noe eldre undersøkelse utført av Leger uten grenser i Burundi, mangler omtrent én million, eller 17 % av befolkningen, adgang til alle former for helsetjenester, og for 82 % av de utestengte skyldes dette økonomiske årsaker (MSF 2004). 90 % av alle pasientene i Burundi har pådratt seg gjeld og/eller har solgt eiendeler for å betjene utgiftene knyttet til medisinsk behandling (HIV in humanitarian situations u.å.).

Pasienter som ikke kan betale regningen etter et sykehusopphold kan risikere å bli holdt tilbake på sykehuset mot sin vilje, ofte i lengre tid og under svært dårlige forhold. De må selv sørge for mat, og kan måtte gi fra seg sengeplassen til betalende pasienter (Kippenberg, Sahokwasama & Amon 2008; Landinfo 2006). Denne praksisen kan ha stor innvirkning på et husholds mulighet til å generere inntekt, og leder også til frykt for å oppsøke helsesektoren ved sykdom. Følgelig kan sykdommer som i utgangspunktet er enkle å behandle, over tid utvikle seg og bli vanskeligere og mer kostbare å behandle. De økonomiske og helsemessige konsekvensene for den syke og hans eller hennes familie øker tilsvarende.

1. mai 2006 ble det innført gratis helsetjenester for gravide/fødende og barn under fem år. Umiddelbart lettet dette tiltaket situasjonen noe for dem som var begunstiget av ordningen. I sum har kvaliteten på helsetjenester blitt redusert på grunn av ekstrabelastningen dette har påført en allerede underbemannet og svak helsesektor (IRIN News 2006b; BBC News 2009). Dette ble bekreftet av Leger uten grenser i et intervju med Landinfo under tjenestereisen i Burundi i oktober 2009. Leger uten grenser opplyste videre at for at foreldre til barn som omfattes av det gratis helsetjenestetilbudet må fremlegge dokumentasjon på at barnet faktisk er under fem år. Ofte foreligger ikke slik dokumentasjon og for å få utstedt en godkjent fødselsattest må foreldrene betale 1000 burundiske franc. I tillegg stipulerer loven en bot på 1000 til 2000 burundiske franc for de som ikke har sørget for slik dokumentasjon i løpet av barnets 15 første levedager (se også Landinfo 2006, s. 54). Det som i utgangspunktet så ut som en gratis helsetjeneste for en utsatt gruppe, kan dermed vise seg å bli svært kostbar for de som mest behøver den.

Det finnes støtteordninger for de fattigste og for internt fordrevne, samt en sykeforsikringsordning, men ingen av disse ordningene ser ut til å være effektive.

80 % av befolkningen bor innenfor en radius av fem kilometer fra et helsesenter. Transport utgjør likevel et problem for de fattigste, og da særlig når det haster å få hjelp (HRW 2006).

Innbyggere som har råd til det, reiser til Kenya, India eller Sør-Afrika for å få medisinsk behandling. Ekspertisen er generelt sterkt begrenset og helsetilbudet svært mangelfullt. Forholdene er særlig vanskelige utenfor byene (MSF i Burundi, epost august 2009). Kun 11 % av befolkningen lever i urbane strøk (UNDP 2009, s. 193). I hovedstaden finnes det ifølge Leger uten grenser ”et dårlig helsetilbud for akutte,

livstruende sykdommer”. Det er ikke uvanlig at akuttmottakene ved sykehusene i hovedstaden ikke har tilgjengelig røntgenutstyr eller annet livsnødvendig utstyr. Utenfor hovedstaden eksisterer det ikke intensivavdelinger eller akuttmottak som kan behandle akutte, livstruende sykdommer overhodet (Leger uten grenser, intervju, 20. oktober 2009).

I følge en diplomatkilde Landinfo snakket med i Burundi i oktober 2009, er helsesektoren i Burundi preget av stor grad av korrupsjon. Dette gjelder særlig i forhold til medisinsk utstyr og tilgang til medisiner.

For øvrig forekommer streiker blant offentlig helsepersonell i Burundi ofte (ANSS, intervju, oktober 2009; internasjonal diplomatkilde, intervju, oktober 2009; Leger uten grenser, intervju, oktober 2009). I midten av oktober i år avsluttet helsearbeidere i offentlig sektor en streik etter å ha blitt lovet en lønnsøkning på 150 % for leger og 75 % for sykepleiere (Leger uten grenser, intervju, 20. oktober 2009). Før denne lønnsøkningen tjente eksempelvis en lege i Kirundi 120 dollar i måneden.

Under borgerkrigen flyktet over 500 000 burundiere ut av landet. I Tanzania stenges nå flere av flyktningeleirene hvor burundiske flyktninger har oppholdt seg siden, og mange burundiere vender følgelig tilbake. Bare i 2009 ventes 50 000 burundiske flyktninger å returnere til Burundi. Returnerte flyktninger legger ytterligere press på en svak helsesektor (opplysninger fra UNHCR og OCHA gjengitt i epost fra MSF i Burundi, august 2009).

3. HIV OG AIDS

Hiv er en forkortelse for *Human Immunodeficiency Virus*, eller menneskelig immunsviktvirus. Som navnet tilsier, angriper viruset deler av kroppens immunforsvar. Over tid blir immunforsvaret hos hiv-smittede gradvis mer svekket, og den smittede blir mer utsatt både for latente infeksjoner som allerede finnes i kroppen og for sykdomssmitte utenfra.

De vanligste formene for hiv-smitteoverføring mellom mennesker er gjennom seksuell kontakt hvor kroppsvæsker som blod, sæd eller skjedesekret overføres, gjennom blodoverføring med infisert blod, via sprøyter eller sprøytespisser, eller fra mor til barn under svangerskap eller fødsel (HivNorge u.å.a). Kort tid etter smitteoverføringen opplever mange å få symptomer som kan minne om symptomene som oppstår ved influensa eller hjernehinnebetennelse, men dette gjelder ikke alle. Deretter følger den klinisk latente fasen som er symptomfri, men hvor hiv-viruset bryter ned deler av immunforsvaret.

I de fleste tilfeller vil hiv over tid føre til aids. Aids er en forkortelse for *Acquired Immuno Deficiency Syndrome*, eller ervervet immunsviktsyndrom. Begrepet *syndrom* tilsier at aids er en tilstand med en gruppe symptomer som til sammen utgjør lidelsen aids. Følgelig er "[aids] et samlebegrep for en rekke sykdommer som har det til felles at de skyldes et nedsatt immunforsvar som følge av hiv" (HivNorge u.å.b). Det er ingen som dør av hiv/aids i seg selv. Hiv-positive og aids-syke dør av andre sykdommer eller infeksjoner som blir livstruende på grunn av et sterkt nedsatt

immunforsvar. Tuberkulose (TB) er én sykdom som forårsaker mange dødsfall blant hiv/aids-syke.

3.1 UTBREDELSE

Burundi er hard rammet av hiv/aids. Ifølge WHO (2007a) var det en nedgang i anslagene på antall hiv-positive i Burundi fra sent på 1990-tallet og frem til 2005. Etter dette har forekomsten igjen økt i de fleste regionene hvor WHO har foretatt omfangsundersøkelser. Ifølge ANSS er antallet hivsmittede i Burundi i dag økende (intervju, oktober 2009). Tallene under er hentet fra WHO's rapport *World health statistics* (2009a) hvis ikke annet er angitt.

- Utbredelse av hiv/aids blant voksne: ~2 %^{10, 11}
- Dødsfall forårsaket av hiv/aids: 163,4 pr. 100 000 innbygger¹²
- Dødsfall forårsaket av hiv/aids som andel av total barnedødelighet (barn som dør før fylte fem år): 2,6 %
- Antall barn som har mistet foreldrene som følge av aids: 120 000 (UNAIDS 2008)
- Forhold mellom utbredelse av hiv/aids i urbane og rurale strøk: 1:5 (Velayati et al. 2007)

Hiv og aids får relativt stor oppmerksomhet fra myndighetene i Burundi, men det vises ikke i regjeringens budsjettpostfordeling (se tabell 3). Myndighetenes evne til innsats begrenses særlig av landets svake økonomi (Landinfo 2006). Regjeringen utropte i 1999 aids-epidemien til en nasjonal krise, og satte ned en nasjonal aids-komité i 2001. Landet har også en nasjonal strategi- og handlingsplan for årene 2007-2011 som har fått bevilget midler fra Verdensbanken (World Bank 2007). Handlingsplanen har likevel et meget stort underskudd som forhindrer oppfølging av handlingsplanens anbefalinger (HIV in humanitarian situations u.å.). Internasjonale NGOer og institusjoner er involvert i flere prosjekter som har til hensikt å bedre helsetilbudet for hiv-smittede og forebygge hiv/aids i Burundi. Verdensbanken vedtok nylig (juni 2009) å bevilge 25 millioner USD til Burundis helsesektor. Noen av midlene var øremerket tiltak mot hiv og aids blant gravide og barn under fem år (World Bank 2009).

3.2 BEHANDLINGSMULIGHETER I BURUNDI

Hiv kan ikke kureres, men med riktig behandling kan viruset holdes i sjakk. Viruset finnes i svært mange varianter og muterer ofte. For å hindre at viruset skal utvikle resistens, brukes flere typer medikamenter samtidig i behandlingen (HivNorge u.å.c). Antiretroviral (ARV) behandling kan forskyve sykdomsforløpet og virke

¹⁰ WHO (2009a, s. 49) anslår at 1908 pr. 100 000 voksne over 15 år er hiv-smittet.

¹¹ ANSS anslår at 3 % av befolkningen over 1,5 år er hivsmittet. Dette utgjør omtrent 250 000 mennesker (intervju, oktober 2009).

¹² 34,4 av disse dødsfallene blant aidssyke skyldes tuberkulose.

livsforlengende. Når slik behandling er påbegynt, må hiv-pasienten bruke bestemte medisiner hver dag resten av livet for at de skal være effektive. HivNorge utdyper:

Hensikten med å ta legemidler som hemmer hiv, er å bremse kroppens produksjon av virus så mye som mulig og så lenge som mulig. For å lykkes med det, må du ikke bare ta tre eller forskjellige antivirale legemidler hver dag, men du må også ta legemidlene i rett dose, til rett tid og på rett måte. Legemidler som hemmer hiv, kalles antivirale legemidler.

Det finnes tre hovedkategorier medisiner som forhindrer viruset i å spre seg (...). Alle tre blir brukt samtidig hos de som blir behandlet for hiv. Hver av disse kategoriene har flere undergrupper. Her i Norge kan et årsforbruk av medisiner koste opp til 200.000 kroner (HivNorge u.å.c).

ARV-behandling fordrer riktig og omfattende kunnskap om hvordan behandlingen skal gjennomføres, samt tilgang på medisiner i lang tid og til riktig tid i det daglige. Med henvisning til gjennomgangen av generelle helsefakta for Burundi over, er det sannsynlig at dette kan være vanskelig å oppnå i Burundi. Daværende leder for MSF Belgia i Burundi, Fabio Pompetti, påpekte overfor Landinfo i 2006 at Burundi helt mangler den medisinske infrastrukturen som er nødvendig for å følge opp hiv-pasienters behandling på en tilstrekkelig måte.

ARV-behandling er gratis for dem som er tatt opp ved et offentlig ARV-program i Burundi, men dekningsgraden er svært lav (se oversikten under). Et annet aspekt er at mange ikke vet at de er smittet, og at syke unngår å benytte seg av helsetjenestetilbudet som eksisterer, på grunn av nevnte økonomiske begrensninger.

Ifølge ANSS har 30 000 burundiere behov for ARV-behandling i dag, hvorav 16 000 får det (intervju, oktober 2009). Flertallet av de som er under behandling, lever i Bujumbura. Antallet med behov er et estimat og refererer ikke til behandlingsskøer i landet.

Under presenteres videre statistikk over hiv/aids-behandlingstilbudet i Burundi. Estimaten er hentet fra en publikasjon utgitt av WHO, UNAIDS og UNICEF fra 2008, og viser til tall fra 2007.

- Antall gravide som fikk ARV-behandling for å hindre smitteoverføring fra mor til barn (såkalt PMTCT-behandling): 1 102
- Antall gravide som hadde behov for ARV-behandling for å hindre smitteoverføring fra mor til barn: 7 800
- ARV-dekning for gravide: 14 %
- Antall spedbarn med hiv-positive mødre som fikk nødvendig behandling (*co-trimoxazole prophylaxis*) innen to måneder etter fødsel: 814 (en dekningsgrad på 10 %)
- Antall barn under 15 år med hiv/aids: 15 000
- Antall barn under 15 år med hiv/aids som fikk ARV-behandling: 1 198

Ifølge WHO, UNAIDS og UNICEF (2008) finnes det 46 ARV behandlingssteder i Burundi. Ifølge ANSS er dette tallet ikke reelt (intervju i Bujumbura i oktober 2009). Selv om det skulle eksistere 46 såkalte behandlingssteder, har de sjelden eller aldri et lager av medisiner. Videre vil eventuelle laboratorier ha defekt utstyr, mangle

ekspertise, strøm, og/eller være preget av høy grad av korrupsjon, slik at pasienter ikke kan testes på en tilfredsstillende, trygg måte, ifølge ANSS. ANSS opplever også noen ganger selv å ha mangel på viktige medisiner, og må kontinuerlig ”mase og lage bråk” for å få det nødvendige påfyllet av medisiner til lageret. Landinfo vurderer ANSS som en svært pålitelig kilde i dette øyemed.

Medisiner er i følge ANSS primært tilgjengelige hos ANSS, SWAA (Society of women against AIDS in Africa), Nouvelle Espérance (katolsk organisasjon), Centre Hospitalaire Universitaire de Kamenge, og Hopital Prince Regent Charles i Bujumbura.

ANSS har i dag innført inntaksstopp i Bujumbura, og behandler per oktober 2009 1758 pasienter i hovedstaden. ANSS’ avdelinger i Makamba, Gitega og Kirundo har pt ledig kapasitet, men opplever et påtrykk av pasienter som er til behandling i offentlig helsesektor. Ifølge ANSS vil kapasiteten til både ANSS’ avdelinger og det lite tilfredsstillende offentlige helsetilbudet for hiv/aids pasienter raskt bli sprengt dersom flere med behov for behandling søker dette.

Et annet moment er at pasienter under ARV-behandling kan utvikle resistens mot en eller flere av medikamentene, og at tilgangen på alternativ annen- og tredjelinjebehandling er svært begrenset og ofte fraværende. Annenlinjemedikamenter lagerføres ikke i landet, og pga manglende kompetanse og teknisk utstyr er det svært begrensede muligheter til å påvise resistens mot medikamenter underveis i behandlingen (ANSS, intervju, oktober 2009). Ifølge HivNorge øker sannsynligheten for resistensutvikling hvis pasienten ikke har jevn tilgang til de nødvendige medisinene (telefonsamtale, 2. desember 2009).

ANSS kan behandle de vanligste bivirkningene ARV-behandlingen fører til, men det finnes ingen instanser i Burundi som kan behandle alvorlige følgesykdommer. Dersom hiv/aids pasienter utvikler kreft som følge av ARV-behandling, eksisterer ikke muligheten for cellegift eller strålebehandling. Slike pasienter tilbys kun smertelindring. Nødvendig behandling er tilgjengelig i utlandet, men koster flere tusen dollar. Dette er en uoverkommelig sum for den store majoriteten av burundiere.

På spørsmål fra Landinfo om såkalte CD4-målinger¹³ er nødvendige for å gi tilfredsstillende behandling til hiv/aids pasienter, svarte avdelingsoverlege Vidar Ormaasen ved infeksjonsmedisinsk avdeling ved Ullevål universitetssykehus at slike målinger er

nødvendige for å vurdere om det er behov for å starte behandling, og for å følge effekten av behandlingen. Særlig viktig er tilgangen for å måle CD4 før behandling starter, slik at en kan starte behandling før CD4 nivået har blitt for lavt, og på den måten unngå alvorlig og potensielt dødelig HIV relatert sykdom. Måling av CD4 er langt mer presis enn å bruke kun kliniske parametre, som blir en veldig grov metode, hvor mange da vil kunne utvikle alvorlig sykdom, som vanskelig lar seg snu (Ormaasen, epost, oktober 2009).

HivNorge underbygde Ormaasens vurdering og understrekte videre at uten tilgang på CD4-målinger vil resistensutvikling først kunne oppdages etter at det gir utslag i kliniske undersøkelser. Det innebærer at resistens oppdages på et svært sent

¹³ Et mål på immunforsvarets styrke

tidspunkt, som igjen gjør behandlingen vanskeligere (telefonsamtale, 2. desember 2009).

I november 2009 oppdaterte WHO anbefalingene for hiv-behandling etter nyere og omfattende forskning på effekten av behandlingen.. De gamle retningslinjene fra 2006 anbefalte at alle pasienter får ARV-behandling når resultatet fra CD4-målingen faller under 200 celler/mm³. Siden den gang har studier entydig vist at dødelighet og risiko for sykdomsutvikling reduseres dersom ARV-behandling startes tidligere. WHO anbefaler nå at ARV-behandlingen påbegynnes ved CD4-målinger under 350 celler/mm³. Dette gjelder også gravide, og uavhengig av om symptomer har gjort seg gjeldende eller ikke. Ifølge WHO (2009b) skisserer de nye retningslinjene et behandlingsregime hvor laboratorieovervåking får en utvidet rolle med sikte på å bedre kvaliteten på hivbehandling -og omsorg.

I Burundi kan CD4-målinger foretas i prinsippet, men kapasiteten er altfor lav. Ifølge en velorientert internasjonal diplomatkilde, finnes omtrent 20 maskiner beregnet for dette formålet i landet, men de fleste fungerer ikke (epost, september 2009). Ifølge ANSS finnes det kun to laboratorier som kan utføre denne testen i Burundi – det ene er ANSS sitt i Bujumbura, det andre er offentlig drevet. Det offentlige fungerer imidlertid bare tidvis, og er i praksis kun operativt to måneder pr år.

For pasienter som er tatt opp på ARV-behandlingsprogrammer påvirker ikke de hyppige streikene tilgangen til medisiner – men under streikene er det bare umiddelbart livstruende tilstander som behandles. Følgelig tas ikke hiv/aids pasienter opp på behandlingsprogrammer i disse periodene.

3.3 SOSIALE FORHOLD

Landinfo understreker fire forhold som gjør at noen grupper er spesielt sårbare for hiv-smitte i Burundi: Omfattende seksualisert vold, sosial og statlig stigmatisering av homofile, fattigdom og underernæring, og myter.

3.3.1 Omfattende seksualisert vold

Kvinner og jenter utgjør en spesielt sårbar gruppe ettersom de i mindre grad enn menn har utdanning, er lesekyndige, eller har økonomiske midler. I tillegg er kjønnsbasert, seksualisert vold svært utbredt i Burundi. Risikoen for hiv-smitte øker ved voldtekt fordi voldtekt ofte innebærer skader og kutt i og rundt vagina. Risikoen øker jo yngre den voldtatte jenta er, ettersom blødninger lettere oppstår når reproduksjonssystemet ikke er ferdig utviklet. Over 65 % av voldtektsofrene som oppsøker Centre Seruka¹⁴, en klinikk for voldtektsofre i Burundi, er under 18 år (Centre Seruka, intervju, 19. oktober 2009). 13 % av brukerne er yngre enn fem år (MSF 2009, s. 22).

Landinfo skriver i en respons om sikkerhetssituasjonen i Burundi i 2009 følgende om omfanget av seksualisert vold mot kvinner:

¹⁴ Centre Seruka ble åpnet av Leger uten grenser i 2003 etter at organisasjonens medisinske personell ble oppmerksomme på det økende antallet voldtektsofre blant pasientene som oppsøkte Leger uten grensers senter for krigsskadde. Leger uten grensers undersøkelser viste at seksualisert vold var et utbredt fenomen, men at et medisinsk hjelpetilbud var fraværende. Fra sommeren 2009 har lokale krefter overtatt driften av Seruka (Centre Seruka, intervju 19. oktober 2009; MSF 2009, s. 21).

I sin årsrapport for 2008 opplyser den lokale menneskerettighetsorganisasjonen Iteka at de og to andre organisasjoner som blant annet arbeider med kvinnerelatert vold, registrerte totalt 3078 voldtekter i løpet av 2008. Til sammenligning ble 940 voldtekter anmeldt i Norge i 2008. Det er mørketall i alle land når det gjelder voldtekt, (...) mange kvinner [vil] unnlata å anmelde voldtekt, både på grunn av frykt for stigmatisering og fordi folk flest har lite tiltro til politiet (Landinfo 2009b).

Etter voldtekt kan en spesiell ARV-behandling kalt PEP (post-exposure prophylaxis) forhindre hiv-infeksjon. For at PEP-behandlingen skal virke, må den starte senest 72 timer etter overgrep, og medisinen må inntas hver dag de 28 påfølgende dagene. Det er derfor svært viktig at voldtatte har kjennskap til muligheten for hiv-smitte, vet at det finnes preventiv behandling og har reell tilgang til denne behandlingen (MSF 2009).

WHO (2009a, s. 24) rapporterer at 30 % av burundiske kvinner i alderen 15-24 år besitter omfattende, korrekt kunnskap om hiv og aids. Omfattende, korrekt kunnskap forstås som kjennskap til hvordan hiv-smitte kan oppstå, avfeieing av de lokalt mest utbredte vrangforestillinger om hiv-smitte og anerkjennelse av at også sunt utseende mennesker kan være hiv-smittet og dermed smittefarlige. Det finnes ikke tilsvarende tall for unge menn.

3.3.2 Stigmatisering og diskriminering av homofile

22. april 2009 signerte og godkjente presidenten i Burundi et lovendringsforslag som gjør seksuelt samvær mellom samtykkende voksne av samme kjønn til kriminell og straffbar atferd (ILGA 2009, s. 15). Det er sannsynlig at dette ytterligere vil heve terskelen for homofile til å oppsøke helseapparatet for hiv-behandling eller for testing ved mistanke om hiv-smitte.

3.3.3 Fattigdom og underernæring

Som nevnt er 46 % av Burundis befolkning kronisk feilernært, og 66 % er underernært. Reell mattilgang er følgelig en utfordring for flertallet av Burundis befolkning. Sult og feilernæring svekker immunforsvaret og påfører hiv-smittede en ekstra belastning. Videre kan ARV-behandling gi økt appetitt, et kroppslig behov mange ikke har råd til å dekke, og som dermed kan bli et argument mot ARV-behandling for den enkelte. Verdens matvareprogram (World Food Programme, WFP) reverserte i 2008 en beslutning fra 2006 om å kutte et spesielt matvareprogram for hiv-positive i Burundi. I dag får hiv-positive som er under ARV-behandling bidrag fra WFP til å dekke matbehovet (IRIN News 2006a; IRIN Plus News 2008).

3.3.4 Myter

Flere mindreårige voldtas i den tro at det vil forhindre eller kurere hiv/aids. Dette gjør mindreårige jenter til en spesielt sårbar gruppe (MSF 2009; U.S. State Department 2009). Ifølge Leger uten grenser anbefaler også noen tradisjonelle healere menn å voldta barn fordi dette vil løse problemer mennene måtte ha (MSF 2009).

Det finnes også myter som tilsier at sex med blinde og/eller døve kvinner kan forebygge eller kurere hiv-smitte. Det foreligger ikke anslag over hvor utbredt slike myter eller voldtekter av kvinner med funksjonsnedsettelse er (IRIN Plus News 2008).

4. TUBERKULOSE

Tuberkulose (TB) er en bakteriesykdom primært forårsaket av *mycobacteria tuberculosis*. TB kan ramme ulike organer, men den vanligste formen for TB rammer lungene. Lungetuberkulose er den eneste smittsomme formen for TB, og smitter gjennom dråpesmitte via utånding, hoste og lignende. Én tredjedel av verdens befolkning har TB-bakterier latent i kroppen, men i gjennomsnitt vil bare én av ti utvikle aktiv tuberkulose. Aktiv lungetuberkulose utvikler seg særlig hos personer med et svekket immunforsvar, og i områder preget av fattigdom, høy befolkningstetthet og utbredt underernæring. På verdensbasis er TB, med rundt to millioner dødsfall årlig, den vanligste dødsårsaken forårsaket av smittsom sykdom. De vanligste symptomene er kraftig hoste, noen ganger med blod, brystmerter, feber og vekttap (Folkehelseinstituttet 2009; WHO 2007b).

4.1 UTBREDELSE

På verdensbasis synker TB-insidensraten med én prosent årlig, men grunnet befolkningsveksten øker det absolutte antallet TB-syke. Særlig i Afrika sør for Sahara, i Asia, i de baltiske landene og i tidligere Sovjet-stater, øker antallet TB-syke, og økningen skyldes primært hiv-epidemien (Folkehelseinstituttet 2009).

Tallene under, som dekker forekomst av og dødelighet som følge av TB i Burundi, er hentet fra WHO's rapport *World health statistics* (2009a).

- Utbredelse av TB: 647 pr. 100 000 innbygger¹⁵
- Antall nye TB-smittede i 2007: 3 595
- Dødsfall forårsaket av TB (ekskl. hiv-positive): 68 pr. 100 000 innbygger
- Dødsfall forårsaket av TB i kombinasjon med hiv-smitte: 34,4 pr. 100 000 innbygger

4.2 BEHANDLINGSMULIGHETER I BURUNDI

Aktiv tuberkulose behandles med en kombinasjon av medisiner (isoniazid, rifampicin og pyrazinamide) over seks måneder. Denne behandlingen er del av en internasjonalt anerkjent og anbefalt strategi for TB-kontroll, kalt DOTS (*Directly Observed Treatment Short-course*). Foruten direkte og overvåket behandling for å sikre at riktig medisin er tatt til riktig tid og gjennom hele behandlingsperioden,

¹⁵ En økning fra 288 pr. 100 000 innbyggere i 1990 og 455 pr. 100 000 innbyggere i 2000.

innebærer DOTS også et krav til politisk og økonomisk satsing, kvalitetssikret diagnostisering, kontinuerlig tilførsel av kvalitetssikrede anti-TB-medikamenter, og standardiserte rutiner for rapportering og dokumentasjon (Folkehelseinstituttet 2009; WHO 2006).

Burundi har et nasjonalt tuberkuloseprogram, *Programme National de Lutte contre la Lèpre et la Tuberculose* (PNLT), som overvåker implementeringen av DOTS i landet. Ifølge RTI International (2008) er PNLNT bekymret over at behandlingssuksessen under DOTS synker. Dette antas å skyldes spredningen av resistente TB-bakterier. Behandling av multiresistent tuberkulose har en varighet på to år og krever omfattende cellegiftbehandling i kombinasjon med sterkere og dyrere medisiner (WHO 2007b).

WHO (u.å.) anslår en påvisningsrate under DOTS i Burundi på 20 %. Det vil si at én femtedel av de estimerte TB-syke i landet blir oppdaget og diagnostisert under DOTS-programmet. 83 % av TB-pasientene som behandles under DOTS fullfører programmet og blir friske (WHO 2009a; WHO u.å.).

4.3 SOSIALE FORHOLD

Aktiv lungetuberkulose utvikler seg lettere hos mennesker med et svekket immunforsvar. Et svekket immunforsvar kan oppstå som følge av for eksempel under- og/eller feilernæring eller hiv/aids. Ifølge Folkehelseinstituttet (2009) har WHO estimert at ca. 15 % av de ni millionene som hvert år blir syke av tuberkulose, også er hiv-positive.

Diabetes type 2 (se neste kapittel) er en sterk risikofaktor for TB. TB-behandling rettet mot TB-pasienter med diabetes type 2 er forbundet med lavere respons på TB-behandling, og en høyere dødelighetsrate (Nijland et al. 2006).

5. DIABETES

Diabetes (også kalt *diabetes mellitus* eller sukkersyke) er en kronisk sykdom. Diabetes oppstår primært fordi bukspyttkjertelen ikke produserer tilstrekkelig med insulin (type 1/insulinavhengig diabetes) eller fordi kroppen ikke klarer å nyttiggjøre insulinet på normal måte (type 2/ikke-insulinavhengig diabetes). Ellers forekommer også svangerskapsdiabetes (Norsk diabetesforbund 2008).

Diabetes type 1 er mest vanlig i yngre aldersgrupper. Uten daglig tilførsel av insulin, er denne formen for diabetes dødelig. Vanlige symptomer er hyppig vannlating, stor urinmengde, tørst, sult, vekttap, synsforstyrrelser og utmattethet. Symptomene kan oppstå plutselig (WHO 2008).

Diabetes type 2 er den mest utbredte formen for diabetes, og skyldes på verdensbasis primært fedme og mangel på fysisk aktivitet. Diabetes type 2 rammer først og fremst voksne mennesker. Symptomene tilsvarer ofte symptomene for type 1, men er gjerne mer diffuse. Sykdommen utvikler seg over tid, og er ofte langt fremskredet før riktig diagnose stilles. Diabetes type 2 er en vanlig medvirkende årsak til hjerte- og karsykdommer, blindhet, nyresvikt, amputasjoner og hjerneslag.

Over 75 % av menneskene som lever med diabetes i mer enn 20 år vil utvikle diabetisk retinopati, som forårsaker blindhet. WHO estimerer at diabetisk retinopati er ansvarlig for 4,8 % av 37 millioner tilfeller blindhet i verden. Kliniske studier viser at riktig behandling kan redusere risikoen for blindhet som følge av diabetes med over 90 % (WHO 2005, s. 1).

5.1 UTBREDELSE

På verdensbasis lever 264 millioner mennesker med diabetes. Dette tallet antas å dobles innen 2025 (Norsk diabetesforbund 2009). I 2005 døde anslagsvis 1,1 millioner mennesker av diabetes, hvilket utgjør ca. 5 % av alle dødsfall. WHO (2008) anslår at dette tallet vil øke med mer enn 50 % innen 2025. 80 % av alle diabetikere lever i middel- eller lavinntektsland, og 80 % av diabetesrelaterte dødsfall forekommer i middel- eller lavinntektsland. Flertallet av verdens diabetikere er i aldersspennet 45-64 år. International Diabetes Federation (IDF 2006, s. 16) anslår at 7,1 millioner afrikanere i alderen 20-79 år har diabetes. Dette tallet ventes å stige til 15 millioner innen 2025.

Diabetes type 1 hadde et omfang på 0,01 % blant barn i alderen 0-14 år i Afrika i 2003. Dette tilsvarer 35 100 mennesker. Det er imidlertid viktig å huske på at dette tallet viser til *diagnostiserte* barn. Mange barn dør uten behandling og uten diagnose.¹⁶ På grunn av fattigdom og manglende insulintilførsel, er diabetes type 1 forbundet med svært høy dødelighetsrate (IDF 2006, s. 21).

World Diabetes Foundation (2008) rapporterer at diabetes er den tredje vanligste årsaken for innleggelse på sykehus i Bujumbura, etter malaria og aids. Omfanget har ifølge organisasjonen økt samtidig med den generelle fattigdommen og en økt forekomst av feilernæring. Frederick Nsabyumva, lederen for CELUCODIA, Burundis eneste spesialiserte klinikk for behandling av diabetes, sa i 2008 at feilernæring var den primære årsaken til diabetes i Burundi, fulgt av arvelig predisponering (Burundi Tribune 2008).

IDF (2009) anslår at 1774 dødsfall i Burundi i 2010 vil skyldes diabetes og at 60 100 burundiere i aldersspennet 20-79 år vil ha diabetes. Det foreligger ikke tall eller anslag på omfanget av diabetes type 1, ei heller omfanget av diabetes i yngre aldersgrupper.

5.2 BEHANDLINGSMULIGHETER I BURUNDI

Diabetes kan ikke kureres, men kan holdes i sjakk med riktig behandling. Slik behandling kan innebære måling av glukosenivå, insulininntak, medisiner, dietter og fysisk aktivitet.

I Afrika sør for Sahara påvirker analfabetisme og fattigdom den enkeltes muligheter til å forstå og forholde seg riktig til en eventuell diabetesdiagnose. For å holde sykdommen i sjakk, er det nødvendig å spise riktig mat til riktig tid. Fattigdom, medikamenttilgang og mattilgang kan være store utfordringer. Helseforsikringer er sjeldne, og for mange familier er utgiftene til insulin og andre medikamenter

¹⁶ Tidligere studier viser at forventet levealder for barn født med diabetes type 1 i rurale strøk i Mosambik er 7 måneder (2005) og at dødeligheten er ekstremt høy andre steder i Afrika. I Mali lå dødeligheten hos barn med type 1 på 50 % i 1999. Innen 2004 var alle barna som deltok i undersøkelsen i Mali døde (IDF 2006, s. 15).

uoverkommelige. Dette øker risikoen for alvorlige komplikasjoner på sikt. Glukosemålingsutstyr er generelt ikke tilgjengelig (IDF 2006, s. 19).

Ifølge World Diabetes Foundation (2008) besitter de ansatte ved CELUCODIA riktig kompetanse, men mangler teknisk utstyr for å kunne tilby tilstrekkelig behandling for diabetes. World Diabetes Foundation skal i 2007-2008 ha gitt CELUCODIA støtte for å sikre bedre utstyr og for å drive opplæring av medisinsk personell fra andre regioner i Burundi. Pt. har ingen av Burundis 17 provinssykehus den nødvendige kompetansen for å behandle diabetes og følge opp diabetespasienter.

5.3 SOSIALE FORHOLD

Diabetes påfører individer, familier, helsesystemer og land betydelige økonomiske utgifter. Ifølge International Diabetes Federation (IDF 2006, s. 15) kan diabetes for mange være ensbetydende med fattigdom. Videre påpekes mulighetene for stigmatisering og diskriminering, og at den enkeltes ekteskapsmuligheter synker. Uten behandling kan diabetes lede til blindhet og/eller amputasjoner, med påfølgende konsekvenser for den enkelte og hans eller hennes families liv.

6. ANDRE AKTUELLE HELSERELATERTE FORHOLD

I mange land i Afrika sør for Sahara er flere smittsomme sykdommer svært utbredt. I tillegg registreres en økende forekomst av ikke-smittsomme sykdommer som diabetes, astma, kreft og hjerte- og karsykdommer – en økning som korrelerer med økt industrialisering og urbanisering (IDF 2006, s. 19).

I Burundi er dødelighetsraten pr. 100 000 innbygger for ikke-smittsomme sykdommer 919. Av disse utgjør dødsfall som følge av hjerte/karsykdommer 429, kreft 158, og ulykker 200 (WHO 2009a, s. 48). Tilsvarende tall for Norge er 391 dødsfall pr. 100 000 innbygger, hvorav 158 skyldes hjerte/karsykdommer, 140 kreft og 42 skyldes ulykker (WHO 2009a, s. 52).

Det eksisterer ikke behandlingsmuligheter for disse sykdommene i Burundi. Dialysebehandlingsmuligheter finnes heller ikke. De som har råd til å oppsøke private klinikker reiser ut av landet, til India, Kenya eller Sør-Afrika, for å få nødvendig hjelp (MSF i Burundi, epost august 2009). Terskelen for å oppsøke medisinsk personell ved sykdom eller mistanke om sykdom er, som redegjort for over, høy. Det gjelder også for andre sykdommer enn de som er redegjort for i dette notatet.

Se for øvrig også Landinfo 2009a for informasjon om behandlingstilbudet for hepatitt C.

7. REFERANSER

Skriftlige kilder

- BBC News (2009, 23. september). Burundi's free healthcare struggle. *BBC News*. Tilgjengelig fra <http://news.bbc.co.uk/2/hi/africa/8271331.stm> [lastet ned 6. januar 2010]
- Burundi Tribune (2008, 13. november). Health: The government and WHO called to help diabetics. *Burundi Tribune*. Tilgjengelig fra http://www.burunditribune.com/news_pdf.cfm?ID=2107 [lastet ned 6. januar 2010]
- Folkehelseinstituttet (2009, 14 juli). *Tuberkulose*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5799&MainArea_5661=5799:0:15,1904:1:0:0:::0:0&MainLeft_5799=5544:56120::1:5800:122:::0:0 [lastet ned 6. januar 2010]
- HIV in humanitarian situations (u.å.). *Burundi - Humanitarian and HIV overview*. Tilgjengelig fra http://www.AIDSandemergencies.org/cms/index.php?option=com_content&task=view&id=58&Itemid=127 [lastet ned 6. januar 2010]
- HivNorge (u.å.a). *Hva er hiv?* Oslo: HivNorge. Tilgjengelig fra <http://www.hivnorge.no/id/150> [lastet ned 6. januar 2010]
- HivNorge (u.å.b) *Hva er aids?* Oslo: HivNorge. Tilgjengelig fra <http://www.hivnorge.no/id/184> [lastet ned 6. januar 2010]
- HivNorge (u.å.c) *Hvordan behandler man en hivinfeksjon?* Oslo: HivNorge. Tilgjengelig fra <http://www.hivnorge.no/id/85> [lastet ned 6. januar 2010]
- HRW, dvs. Human Rights Watch (2006, 7. september). *A high price to pay. Detention of poor patients in Burundian hospitals*. New York: HRW. Tilgjengelig fra http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/burundi0906webwcover_0.pdf [lastet ned 6. januar 2010]
- IDF, dvs. International Diabetes Federation (2006, 4. desember). *The diabetes declaration and strategy for Africa: A call to action and plan for action to prevent and control diabetes and related chronic diseases*. Brussel: IDF. Tilgjengelig fra http://www.idf.org/webdata/docs/Diabetes%20Declaration%20&%20Strategy%20for%20Africa_full.pdf [lastet ned 6. januar 2010]
- IDF (2009). *IDF Diabetes Atlas*. Brussel: IDF. Tilgjengelig fra <http://www.diabetesatlas.org/map> [lastet ned 15. desember 2009]
- IFPRI, dvs. International Food Policy Research Institute (2009, 14. oktober). *2009 Global hunger index. The challenge of hunger: Focus on financial crisis and gender inequality*. Washington: IFPRI. Tilgjengelig fra

<http://www.ifpri.org/sites/default/files/publications/ghi09.pdf>. [lastet ned 6. januar 2010]

- ILGA, dvs. International Lesbian and Gay Association (2009, mai). *State-sponsored homophobia. A world survey of laws prohibiting same sex activity between consenting adults*. New York: ILGA. Tilgjengelig fra http://www.ilga.org/statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2009.pdf [lastet ned 2. oktober 2009]
- IRIN News (2006a, 14. november). Burundi: Food cuts for HIV-positive people worry NGOs. *IRIN News*. Tilgjengelig fra <http://www.irinnews.org/Report.aspx?ReportId=62671> [lastet ned 6. januar 2010]
- IRIN News (2006b, 9. juni). Burundi: Side effects of free maternal, child healthcare. *IRIN News*. Tilgjengelig fra <http://www.irinnews.org/Report.aspx?ReportId=59267> [lastet ned 6. januar 2010]
- IRIN News (2008, 11 november). Burundi: Food "an enormous problem" for people living with HIV. *IRIN News*. Tilgjengelig fra <http://www.irinnews.org/Report.aspx?ReportId=81399> [lastet ned 6. januar 2010]
- IRIN Plus News (2008, 7. mai). Burundi: HIV policy ignores the disabled. *IRIN Plus News*. Tilgjengelig fra <http://www.plusnews.org/Report.aspx?ReportId=78091> [lastet ned 6. januar 2010]
- Kippenberg, J., Sahokwasama, J. B. & Amon, J. J. (2008). Detention of insolvent patients in Burundian hospitals. *Health Policy and Planning*, 23(1), 1-10. Tilgjengelig fra <http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/23/1/14> [lastet ned 6. januar 2010]
- Landinfo (2006, mai). *Rapport. Fact finding reise til Burundi og Nairobi, Kenya 20. mars – 1.april 2006. Sikkerhetssituasjonen, menneskerettighetsspørsmål og forhold knyttet til identitetsdokumenter i Burundi*. Oslo: Landinfo. Tilgjengelig fra http://landinfo.no/asset/185/1/185_1.pdf [lastet ned 6. januar 2010]
- Landinfo (2007, 15. juni). *Helse – tilgang på medikamenter*. Oslo: Landinfo. Tilgjengelig fra http://www.landinfo.no/asset/601/1/601_1.pdf [lastet ned 2. oktober 2009]
- Landinfo (2009a, 7. juli). *Burundi: Behandlingstilbud for hepatitt C*. Oslo: Landinfo. Tilgjengelig fra http://www.landinfo.no/asset/956/1/956_1.pdf [lastet ned 6. januar 2010]
- Landinfo (2009b, 31. juli). *Burundi: Demobilisering og stabilisering?* Oslo: Landinfo. Tilgjengelig fra http://www.landinfo.no/asset/973/1/973_1.pdf [lastet ned 6. januar 2010]
- MSF, dvs. Médecins Sans Frontières (2004, 10. august). *Burundi: a population deprived of basic health care*. Geneve: MSF. Tilgjengelig fra

http://www.msf.org/msfinternational/invoke.cfm?objectid=F0330EE5-7458-4C66-A8B4BEBBDAEC9426&component=toolkit.article&method=full_html
[lastet ned 6. januar 2010]

- MSF (2009). *Shattered lives. Immediate medical care for sexual violence victims*. Geneve: MSF. Tilgjengelig fra http://www.doctorswithoutborders.org/publications/reports/2009/MSF_Shattered-Lives_Sexual-Violence.pdf [lastet ned 6. januar 2010]
- Nijland, H.M.J. (2006). Exposure to Rifampicin is strongly reduced in patients with Tuberculosis and Type 2 Diabetes. *Clinical Infectious Diseases*, 43, 848-854. Tilgjengelig fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16941365> [lastet ned 6. januar 2010]
- Norsk diabetesforbund (2008). *Fakta om diabetes*. Oslo: Norsk diabetesforbund. Tilgjengelig fra http://www.diabetes.no/no/Om_diabetes/ [lastet ned 6. januar 2010]
- RTI International (2008, november). *Country information Burundi*. North Carolina: RTI International. Tilgjengelig fra http://researchafrica.rti.org/index.cfm?fuseaction=home.country_view&country_id=19 [lastet ned 6. januar 2010]
- UNAIDS (2008). *2008 Report on the global AIDS epidemic*. Geneve: UNAIDS. Tilgjengelig fra http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp [lastet ned 6. januar 2010]
- UNDP, dvs. United Nations Development Programme (2008). *Human Development report 2007/2008. Fighting climate change: Human solidarity in a divided world*. New York: UNDP. Tilgjengelig fra http://hdr.undp.org/en/media/HDR_20072008_EN_Complete.pdf [lastet ned 6. januar 2010]
- UNDP (2009). *Human Development Report 2009 Overcoming barriers: Human mobility and development*. New York: UNDP. Tilgjengelig fra http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2009_EN_Complete.pdf [lastet ned 6. januar 2010]
- U.S. State Department (2009, 25. februar). *2008 Human Rights Report: Burundi*. Washington: U.S. State Department. Tilgjengelig fra <http://www.state.gov/g/drl/rls/hrrprt/2008/af/118989.htm> [lastet ned 6. januar 2010]
- Velayati, A-A. (2007). Religious and cultural traits in HIV/AIDS epidemics in Sub-Saharan Africa. *Archives of Iranian Medicine*, 10 (4), 486-497. Tilgjengelig fra <http://www.ams.ac.ir/aim/07104/0012.htm> [lastet ned 6. januar 2010]
- Wakabi, W. (2007). Ethnic war leaves Burundi's health sector in ruins. *The Lancet* 369 (9576), 1847-1848. Tilgjengelig fra [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)60832-0/fulltext#article_upsell](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)60832-0/fulltext#article_upsell) [lastet ned 6. januar 2010]

- WFP, dvs. World Food Programme (u.å.). *Burundi*. Roma: WFP. Tilgjengelig fra <http://www.wfp.org/countries/burundi> [lastet ned 6. januar 2010]
- WHO, dvs. World Health Organization (2005, november). *Prevention of blindness from diabetes mellitus. Report of a WHO consultation in Geneva, Switzerland, 9-11 November 2005*. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra <http://www.who.int/blindness/Prevention%20of%20Blindness%20from%20Diabetes%20Mellitus-with-cover-small.pdf> [lastet ned 6. januar 2010]
- WHO (2006, april). *Tuberculosis factsheets. What is DOTS*. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra http://www.searo.who.int/en/Section10/Section2097/Section2106_10678.htm [lastet ned 6. januar 2010]
- WHO (2007a). *Global HIV prevalence has levelled off*. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr61/en/> [lastet ned 6. januar 2010]
- WHO (2007b, mars). *Tuberculosis*. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/index.html> [lastet ned 6. januar 2010]
- WHO (2008, november). *Diabetes*. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html> [lastet ned 2. oktober 2009]
- WHO (2009a, mai). *World health statistics 2009*. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra http://www.who.int/entity/whosis/whostat/EN_WHS09_Full.pdf [lastet ned 6. januar 2010]
- WHO (2009b, 30. november). *New HIV recommendations to improve health, reduce infections and save lives*. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/world_aids_20091130/en/index.html [lastet ned 6. januar 2010]
- WHO (u.å.). *Online tuberculosis database*. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra <http://apps.who.int/globalatlas/dataQuery/default.asp> [lastet ned 6. januar 2010]
- WHO, UNAIDS & UNICEF (2008, september). *Epidemiological fact sheet on HIV and AIDS. Core data on epidemiology and response*. Geneve: UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. Tilgjengelig fra http://apps.who.int/globalatlas/predefinedReports/EFS2008/full/EFS2008_BI.pdf [lastet ned 6. januar 2010]
- World Bank (2007). *Burundi: The World Bank Approves Grant of US\$15 Million to Reduce Transmission of HIV/AIDS*. Washington og Bujumbura: World Bank. Tilgjengelig fra <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/BURUNDIEXTN/0,,contentMDK:21782173~menuPK:50003484~pagePK:2865066~piPK:2865079~theSitePK:343751,00.html> [lastet ned 6. januar 2010]

- World Bank (2009, 9. juni). *Burundi: World Bank Approves Grant of \$25 Million to Improve Health System Performance. Focus to be on mothers and children*. Washington og Bujumbura: World Bank. Tilgjengelig fra <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/BURUNDIEXTN/0,,contentMDK:22208030~menuPK:50003484~pagePK:2865066~piPK:2865079~theSitePK:343751,00.html> [lastet ned 6. januar 2010]
- World Diabetes Foundation (2008, 24. juli). *Improvement of access to diabetes care, Burundi*. Lyngby, Danmark: World Diabetes Foundation. Tilgjengelig fra <http://www.worlddiabetesfoundation.org/composite-1129.htm> [lastet ned 6. januar 2010]

Muntlige kilder

- ANSS. Intervju i Bujumbura. Oktober 2009.
- Burundi-basert diplomatkilde. Samtale. 27. juli 2009.
- Burundi-basert diplomatkilde. Epost. 28. september 2009.
- Burundi-basert diplomatkilde. Samtale i Bujumbura. Oktober 2009.
- HivNorge. Telefonsamtale. 2. desember 2009.
- MSF i Burundi. Epost. 24. august 2009.
- MSF i Burundi. Intervju i Bujumbura. 20. oktober 2009.
- Ormaasen, Vidar. Epost. 27. oktober 2009.
- Centre Seruka. Intervju i Bujumbura. 19. oktober 2009