

Temanotat

Etiopia: 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 Justis- og politidepartementet 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 behandlingskostnader 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 **Etiopia: Helse – hiv/aids, tuberkulose og diabetes**

SUMMARY

The health sector's capabilities in Ethiopia are severely limited in terms of coverage, facilities, competency, equipment and medicines. On a national level, the discrepancy between urban and rural areas is large, at the same time, the health services available in the cities are far from accessible to all city dwellers. The extensive and relatively regular drought periods, in combination with high levels of poverty, population growth and challenges pertaining to food security, negatively affect public health in Ethiopia.

In this report, Landinfo provides an account of available country of origin information pertaining to the Ethiopian health sector in general, and to the availability and quality of treatment, as well as prevalence, of HIV/AIDS, tuberculosis and diabetes in particular.

SAMMENDRAG

Helsesektoren i Etiopia er sterkt begrenset hva gjelder fasiliteter, kompetanse, utstyr og medikamenter. Forskjellene mellom helsetjenestetilbudet i urbane og rurale strøk er store, samtidig som helsetjenestene som finnes i byene ikke er tilgjengelige for alle bybeboere. De langvarige og relativt vanlige tørkeperiodene, i kombinasjon med utbredt fattigdom, sterk befolkningsvekst og utilstrekkelig mattilgang, påvirker folkehelsen negativt.

I dette notatet redegjør Landinfo for tilgjengelig landkunnskap om forhold knyttet til helsesektoren generelt, og til utbredelse og behandlingstilbud knyttet til hiv/aids, tuberkulose og diabetes spesielt.

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 Etiopia	6
2.1 Sosioøkonomisk kontekst	6
2.2 Demografi og helse	6
2.2.1 Tilgang på helsetjenester og medisiner	9
2.3 Generell vurdering	10
3. Hiv og aids	10
3.1 Utbredelse	11
3.2 Behandlingsmuligheter i Etiopia	12
3.2.1 Tilgjengelige medikamenter	14
3.2.2 CD4-målinger og resistensutvikling	15
3.2.3 Følgesykdommer - kreftbehandling	16
3.3 Sosiale forhold	16
3.3.1 Fattigdom og underernæring	16
3.3.2 Kjønn	16
3.3.3 Stigmatisering og diskriminering av homofile	17
3.3.4 Yrke	17
4. Tuberkulose	18
4.1 Utbredelse	18
4.2 Behandlingsmuligheter i Etiopia	19
4.3 Sosiale forhold	19
4.3.1 Stigmatisering	19
5. Diabetes	20
5.1 Utbredelse	20
5.2 Behandlingsmuligheter i Etiopia	21
5.3 Sosiale forhold	21
6. Andre aktuelle helserelaterte forhold	21
6.1 Hjerne-/karsykdommer	22
6.2 Kreft	22
6.3 Psykiatrisk helsetilbud	22
6.4 Mennesker med funksjonsnedsettelse	23
7. Referanser	24

1. INNLEDNING: HELSE I AFRIKA SØR FOR SAHARA

1.1 KORT OM SAMMENHENGEN MELLOM FATTIGDOM OG FOLKEHELSE

Det er store regionale forskjeller i Afrika sør for Sahara når det kommer til sosiale, kulturelle, politiske og økonomiske forhold. Tilsvarende varierer kvaliteten og tilgjengeligheten på helsetjenester mellom land og mellom landsdeler i regionen. Imidlertid er de fleste land i Afrika sør for Sahara rammet av utbredt og i mange tilfeller 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 mangler tilgang på 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 ekstrautgiften 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:

[I] 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

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

sykdommer høy sammenliknet med resten av verden. Dette gjelder også for sykdommer som er relativt enkle å forebygge, behandle og kurere.

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.

2. GENERELLE HELSEFAKTA FOR ETIOPIA

2.1 SOSIOØKONOMISK KONTEKST

Etiopia er et av verdens fattigste land, og ifølge svenske Landguiden lever de fleste etiopiere på landsbygda, hvor hverdagen preges av kampen for å overleve. I byene er forholdene generelt sett bedre. Imidlertid vokser slumområdene som følge av urbaniseringen og den høye befolkningsveksten, og mange mangler bolig.

Landets økonomi baseres på jordbruk, som utgjør 45 % av BNP, og som engasjerer 85 % av den totale arbeidsstyrken (CIA World Fact Book 2010). Landet rammes med jevne mellomrom av langvarig tørke som ødelegger avlingene og utsetter den fattige befolkningen for hungersnød. Sammen med krigen mot Eritrea i 1998-2000, har slike alvorlige tørkeperioder begrenset den økonomiske veksten.

Etiopia er rangert som nummer 171 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. I den samme UNDP-rapporten (s. 178) er Etiopia rangert som nummer 130 av 135 land totalt på det som kalles *Human Poverty Index*, som baseres på indikatorene helse og levealder, kunnskapstilgang og levestandard. 36 % av den voksne befolkningen er lese- og skrivekyndige (WHO 2010, s. 161).

2.2 DEMOGRAFI OG HELSE

Etiopia er med sine drøye 85 millioner innbyggere verdens 14. mest folkerike stat (CIA World Fact Book 2010). Landets befolkning er mer enn fordoblet i løpet av de siste 20 årene, og folketallet vokser med 2,6 % i året (WHO 2010, s. 160). Hver kvinne får i snitt 5,3 barn (WHO 2010, s. 161). Den kraftige befolkningsveksten undergraver ifølge en internasjonal, velorientert Addis Abeba-basert kilde den svært positive økonomiske utviklingen i landet. Likevel gis ikke befolknings spørsmål høy prioritet, verken av etiopiske myndigheter, FN eller giverland (e-post, juli 2009).

Gjennomsnittsalderen for begge kjønn er 18 år (WHO 2010, s. 160). Til sammenlikning er gjennomsnittsalderen i Norge 39 år (WHO 2010, s. 162).

Under har Landinfo samlet statistikk knyttet til helsesektoren og folkehelsen i Etiopia, og sammenliknet med tilsvarende tall i Norge der denne informasjonen er tilgjengelig. Tallene er hentet fra Verdens helseorganisasjon (World Health

Organisation, WHO) sin årlige statistiske helserapport (WHO 2010) med mindre annet er angitt.

Tabell 1: Levealder og dødelighet

	Forventet levealder ved fødsel	Barnedødelighet (antall barn som dør før fylte fem år per 1000 levendefødte)	Mødredødelighet (per 100 000 levendefødte)	Voksen dødelighetsrate (sannsynligheten for å dø i aldersspennet 15-50 år per 1000 innbygger) ²
Etiopia	58	109	720	307
Norge	81	3	7	67
Regionalt gjennomsnitt (hele Afrika)	53	142	900	392

Tabell 2: Arbeidsstyrke i helsesektor, sykehussenger

	Leger per 10 000 innbygger (i parentes totalt antall leger)	Sykepleiere/jordmødre per 10 000 innbyggere (i parentes totalt antall sykepleiere)	Sykehussenger per 10 000 innbyggere
Etiopia	< 0,5 (1806) ³	2 (19 158)	2
Norge	39 (18 143) ³	163 (76 173)	39
Regionalt gjennomsnitt (hele Afrika)	2 (174 510)	11 (802 076)	9

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 estimattdispunktet. Den er følgelig korrigert 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.

³ Med et innbyggertall på 80,713 millioner (med WHO's tall fra 2008), vil det si at det er omtrent 44 691 innbyggere for hver lege i Etiopia. Tilsvarende er det i Norge (med WHO's estimat på 4 767 000 innbyggere totalt) ca. 263 innbyggere per lege.

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 per innbygger (tall i parentes er total mengde midler brukt på helse per innbygger) ⁴
Etiopia	10,2	58,1	USD 17 (30)
Norge	18,3	84,1	USD 4005 (4763)
Regionalt gjennomsnitt (hele Afrika)	9,6	45,3	USD 63 (137)

Tabell 4: BNP og fattigdom

	BNP per innbygger	Prosentandel av befolkningen som lever på under USD 1 per dag	Prosentandel av befolkningen som lever på under USD 2 per dag ⁵
Etiopia	USD 870	39	77,5
Norge	USD 58 500	-	-
Regionalt gjennomsnitt (hele Afrika)	USD 2279 ⁶	52,8	-

Som tallene over viser, er det store kontraster mellom Etiopia og Norge i forhold til økonomi, helsetilbud, levealder og dødelighet. Etiopia er rangert som nummer 79 av totalt 84 land på International Food Policy Research Institute (IFPRI 2009, s. 13) sin *Global Hunger Index (GHI)*⁷. IFPRI vurderer mangelen på matsikkerhet i Etiopia som ekstremt alarmerende (IFPRI 2009, s. 18). I 2002-2007 var 34,6 % av barna under fem år underernærte (IFPRI 2009, s. 41).

46 % av innbyggerne er underernærte og 38 % av barna under fem år er undervektige (World Food Programme u.å.). “Bare i 2009 måtte nesten 14 millioner få hjelp fordi de ikke hadde nok mat deler av året” (Bjergane 2010). Drøye 50 % av barna under fem år er lavere enn alderen deres skulle tilsi på grunn av underernæring (Landguiden; WHO 2010, s. 105).

⁴ Tallene det vises til i disse tabellene 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.

⁵ Forskjellen i levestandard og kjøpekraft som følger av én ekstra dollar dagen er marginal, men andelen av befolkningen som lever for under USD 2 per dag er ofte markant høyere enn andelen som lever under USD 1 per dag. Denne måten å måle fattigdom på 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 per dag i sin rapport. Tallet er hentet fra UNDP (2009, s.178).

⁶ Ifølge UNDP 2009 (s. 174) er gjennomsnittet for landene i Afrika sør for Sahara USD 2031.

⁷ 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 barn under fem år (IFPRI 2009, s. 8).

I en sosioøkonomisk undersøkelse fra månedsskiftet juni-juli 2009 svarte mer enn 60 % av respondentene at helsetjenestene i landet var gode (internasjonal velorientert kilde, e-post juli 2009)⁸.

Etiopiske myndigheter omtaler selv den generelle folkehelsen som dårlig, og peker særlig på smittsomme sykdommer som tilskrives dårlig hygiene, uholdbar søppel-, kloakk- og avfallshåndtering, og manglende tilgang på rent vann (Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office 2008, s. 7). En vanlig dødsårsak er vannbårne parasittsykdommer som resulterer i dødelig diaré og dehydrering (internasjonal, velorientert Addis Abeba-basert kilde, e-post august 2009; Landguiden). Videre understreker etiopiske myndigheter den negative innflytelsen feil- og underernæring, manglende helsekunnskaper og kulturelle tabuer har for helseproblemene i landet (Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office 2008, s. 7).

2.2.1 Tilgang på helsetjenester og medisiner

Helsesektoren i Etiopia preges av manglende fasiliteter, kyndig personell og medikamenter (Geiser 2009, s. 2). Kvalitet, kvantitet, stabilitet og kostnader varierer kraftig mellom byer, mellom rurale og urbane strøk og mellom privat og offentlig sektor (Geiser 2009, s. 1). Videre har Etiopia en av verdens dårligste dekninger av sykehussenger (Geiser 2009, s. 2). Etiopiske myndigheter rapporterer at 45 % av befolkningen har tilgang til helsevesenet, mens tilgangen på spesialiserte helsetjenester for den enkelte omtales som veldig lav (Etiopias ambassade i Storbritannia u.å.). For eksempel er mødredødeligheten i Etiopia omtalt som en av de høyeste i verden, og dette forholdet tilskrives blant annet mangelen på helsetjenester knyttet til reproduktiv helse og manglende muligheter for akutt obstetrisk behandling (Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office 2008, s. 7; Kruk et al. 2009, s. 3).

Såkalt hjerneflukt utgjør en viktig utfordring for det etiopiske helsevesenet. I 2006 forlot 80 % av de nyutdannede etiopiske legene landet for å få arbeid i utlandet (UK Home Office 2008, s. 139).

Per i dag finnes det ikke en allmenn helseforsikring i Etiopia, men 11 000 ansatte i statsadministrasjonen er inkludert i en statlig syketrygdsordning, og det finnes minst syv private helseforsikringer. Fattige etiopiere kan søke om fri behandling fra sin kebbe dersom de ikke når opp til en fastsatt minimumsinntekt (Geiser 2009, s. 3). Etter at det etiopiske ministerrådet nylig godkjente et forslag fra helsedepartementet om å innføre et allment helseforsikringsystem, ventes dette å iverksettes i “nær fremtid”. Helseforsikringspremien skal være inntektsregulert, mens fordelene skal være like for alle. Tannhelse, plastisk kirurgi og dialyse kommer ikke til å være dekket av helseforsikringsordningen (Abate u.å.).

Pasienter som legges inn på offentlige sykehus etter henvisning fra lege vil få gratis behandling dersom de kan fremlegge et såkalt fattigdomssertifikat. Fattigdomssertifikater er tilgjengelige for etiopiere uten jobb eller med en inntekt på under 1 USD/dag. Imidlertid er slike fattigdomssertifikater utilgjengelige for majoriteten av etiopiere ettersom de har en inntekt som ligger like over fattigdomsgrensa. For dem vil behandlingen belastes med et minimumsbeløp. For

⁸ Landinfo er ikke kjent med antall respondenter eller utvalgsmetodikk i undersøkelsen.

pasienter uten fattigdomssertifikat vil utgifter til medikamentene som den enkeltes behandling fordrer, komme i tillegg til behandlingsutgiftene (Ethiopian Diabetes Association, e-post juni 2010).

Per i dag slipper pasienter som deltar i spesialprogrammer knyttet til diabetes, hiv/aids eller tuberkulose å betale for medisiner og ytelser, ifølge Schweizerische Flüchtlingshilfe (Geiser 2009, s. 3).

2.3 GENERELL VURDERING

Etiopias helsesektor er under press fra en stor, svært fattig og hurtig voksende befolkning. Manglende infrastruktur og fasiliteter, store avstander og en svært begrenset arbeidsstokk innen helsesektoren utgjør primære utfordringer. Forskjellene mellom helsetjenestetilbudet i urbane og rurale strøk er store, samtidig som helsetjenestene som finnes i byene ikke er tilgjengelige for alle bybeboere. De langvarige og relativt vanlige tørkeperiodene, i kombinasjon med fattigdom og utilstrekkelig mattilgang, påvirker også folkehelsen negativt. Feil- og underernæring leder til et svekket immunforsvar, som igjen øker risikoen for sykdom. Feil- og underernæring kan også forårsake sykdomsutvikling i seg selv.

3. HIV OG AIDS

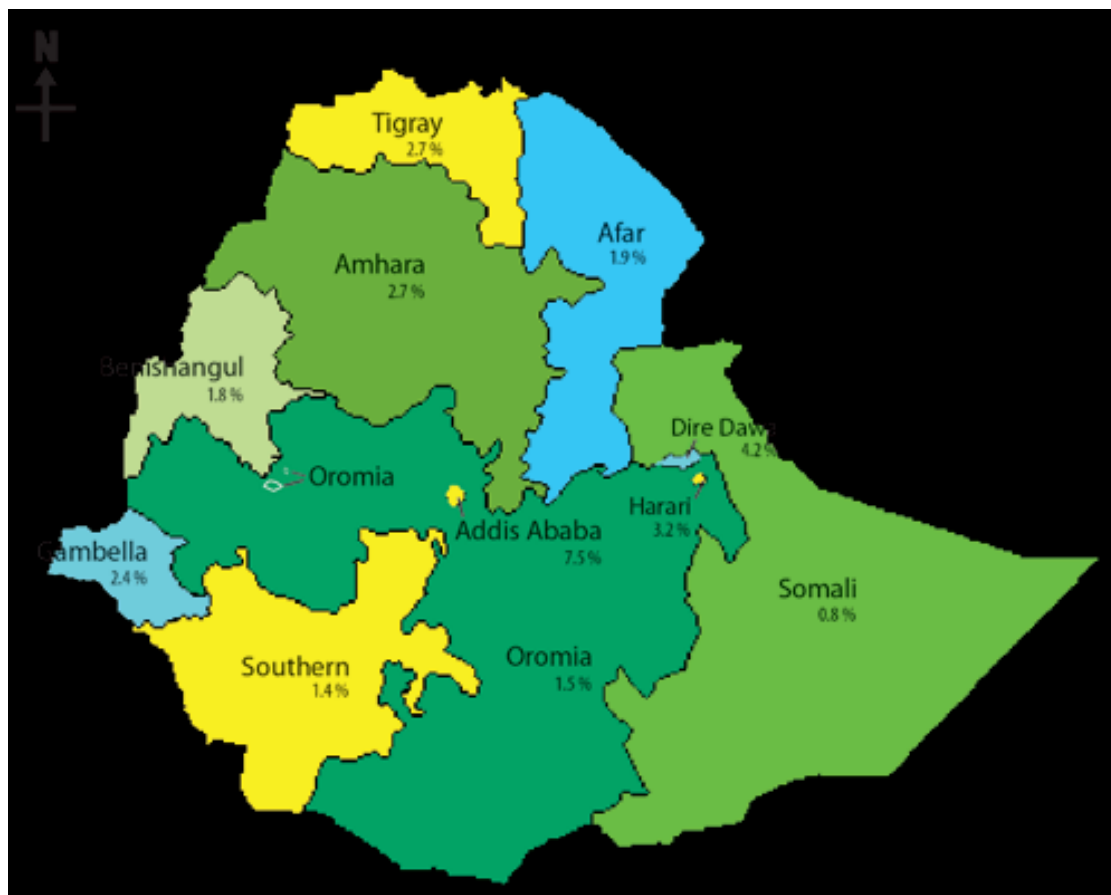
Hiv er en forkortelse for *Human Immunodeficiency Virus*, eller menneskelig immunsviktvirus. Som navnet tilsier, angriper viruset deler av kroppens immunforsvar. Over tid blir immunforsvaret hos hivsmittede gradvis mer svekket, og den smittede blir mer utsatt både for latente infeksjoner som allerede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

De vanligste formene for hivsmitteoverføring 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 hivviruset 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. Hivpositive og aidssyke 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/aidssyke.

3.1 UTBREDELSE

Utbredelsen av hiv/aids i Etiopia er svært heterogen, med markerte kjønnede, regionale og urbane/rurale forskjeller. Ifølge Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office (2010, s. 13) har utbredelsen på nasjonalt nivå vært relativt stabil de siste åtte årene, mens den er synkende i urbane områder. Siste måling som tar høyde for disse forskjellene ble ifølge myndighetene utført i 2007, og viste at 1,8 % av den mannlige befolkningen var smittet, mot 2,8 % av den kvinnelige. Likeledes var urban utbredelse estimert til 7,7 % mot en rural utbredelsesprosent på 0,9. Regionale forskjeller ser ut til å følge graden av urbanisering i regionene. Samtidig understreker Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office i sin 2008-rapport (s. 10) at den rurale utbredelsesraten i noen regioner er høyere enn forventet, og tilskriver dette økt kommunikasjon og samhandling mellom rurale og urbane strøk, og med det også en økt urbanrural hivsmittespredning. Myndighetene uttrykker i rapporten frykt for at noen rurale landsbyer kan ha blitt forbigått i det forebyggende hivarbeidet, og at de i mellomtiden har utviklet seg til det som omtales som “HIV hot spots”. I rurale strøk i Gambella ble utbredelsen estimert til nærmere 6 %.



Utbredelse fordelt på regioner per juni 2007 (Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office 2008, s. 8)⁹.

⁹ Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office sin 2010-rapport inkluderte ikke et tilsvarende kart med oppdaterte data.

Tallene under er hentet fra Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office sin rapport fra 2010 med mindre andre kilder er angitt.

- Utbredelse av hiv/aids blant voksne: 1,4-2,8 %. ¹⁰
- Utbredelse av hiv/aids blant ungdom og voksne i alderen 15-24 år: 3,5 %
- Dødsfall forårsaket av hiv/aids: 81 per 100 000 innbygger (WHO 2010) ^{11 12}
- Dødsfall forårsaket av hiv/aids som andel av total barnedødelighet (barn som dør før fylte fem år): 3 % (WHO 2010)
- Nye hivinfeksjoner i 2009: 131 145
- Antall hivpositive graviditeter i 2009: 84 187
- Antall hivpositive nyfødte i 2009: 14 140
- Antall foreldreløse barn som har mistet minst én av foreldrene på grunn av hiv/aids: 855 720

3.2 BEHANDLINGSMULIGHETER I ETIOPIA

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 livsforlengende. ARV-behandling iverksettes først etter at hiv har utviklet seg til en tilstand der behandling er nødvendig¹³. Når slik behandling er påbegynt, må hivpasienten 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.

¹⁰ Dette tilsvarer 1 116 0216 etiopiere i absolutte tall. Kilden påpeker at utbredelsesestimatet vil oppdateres jf. en nasjonal serumundersøkelse som planlegges fullført ultimo 2010.

¹¹ Det regionale gjennomsnittet for hele Afrika, er 174 dødsfall forårsaket av hiv/aids per 100 000 innbyggere.

¹² I 2007 var det ifølge Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office (2008, s. 9) 71 902 aidsrelaterte dødsfall. I 2009 var det ifølge Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office (2010, s. 13) 44 751 aidsrelaterte dødsfall.

¹³ Det vil si at ikke alle som har fått diagnosen hiv/aids har et umiddelbart behov for ARV-behandling.

Etiopiske myndigheter har utviklet en nasjonal handlingsplan på tvers av aktuelle sektorer, jamfør landets overordnede hiv/aidsstrategi, for å sikre universell tilgang til behandling (Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office 2010, s. 27). Den inneværende femårs strategiplanen gjelder for perioden 2009-2014¹⁴. Hivrelatert rådgivning og testing er gratis. ARV-behandling tilbys også gratis til pasienter som er medisinsk kvalifiserte til det.

Under presenteres statistikk over hivbehandlingstilbudets dekningsgrad i Etiopia. Estimaten er hentet fra en rapport utgitt av Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office fra 2010, og viser til tall fra de siste tre årene.

- Antall hivpositive med behov for ARV-behandling: 336 160¹⁵
- Antall hivpositive som får ARV-behandling: 176 632
- ARV-dekning totalt: 52,5 %
- Andel barn og voksne med hiv som fortsatt er under ARV-behandling ett år etter initiert behandling: 72,5 %
- Antall hivpositive som initierte ARV-behandling i løpet av 2009: 43 130
- Antall hivpositive voksne med behov for ARV-behandling: 315 638
- Antall hivpositive voksne som får ARV-behandling: 166 640
- ARV-dekning for voksne: 52,8 %
- Antall hivpositive barn med behov for ARV-behandling: 20 522
- Antall hivpositive barn som får ARV-behandling: 9992
- ARV-dekning for barn: 48,7 %
- Antall gravide med behov for ARV-behandling for å hindre smitteoverføring fra mor til barn: 84 189
- Antall gravide som får behandling for å hindre smitteoverføring fra mor til barn (såkalt PMTCT-behandling): 6721
- ARV-dekning for gravide for å hindre smitteoverføring fra mor til barn (såkalt PMTCT-behandling): 8 %
- Antall ARV behandlingssteder i 2009: 511 (hvorav 142 sykehus og 369 helsesentre) – en økning fra tre i juni 2005
- Andel skoler som ga “life skills-based hiv education” siste skoleår: 38, 4 %

Mot slutten av 2009 hadde 241 236 personer startet ARV-behandling i Etiopia noensinne, mens 176 632 personer var under behandling (Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office 2010, s. 8). I 2005 fikk færre enn 1000 hivpositive ARV-behandling (WHO 2009c). ARV-dekningsgraden var på 53 % i 2009 mot 46 % i 2008. Samtidig hadde 28 % av de som hadde initiert ARV-behandling hoppet av

¹⁴ Hovedsamarbeidspartnere og -sponsorer for etiopiske myndigheter i kampen mot hiv/aids er FNs Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, Verdensbanken, øvrige FN-organisasjoner og HIV Governance Pool Fund (Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office 2010, s. 30-31). 98 % av finansieringen av nasjonale og lokale tiltak knyttet til hiv/aids kommer fra internasjonale aktører (Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office 2010, s. 32).

¹⁵ Antallet med behov for ARV-behandling er et estimat. Estimaten er ikke utelukkende et uttrykk for behandlingskøer. Noen hivpositive ikke kjenner til sin diagnose mens andre unngår å oppsøke behandling av ulike årsaker, som økonomiske utfordringer, religiøse overbevisninger, frykt for bivirkninger eller lignende.

behandlingen innen utgangen av 2008 (Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office 2010, s. 8). Ifølge myndighetene skyldes det store frafallet logistikkproblemer, økonomiske utfordringer og religiøse overbevisninger om alternativ behandling – samt frykt for bivirkninger og erfart dårlig pasientbehandling. Afrol News rapporterte i 2008 at 1400 av 7000 hivpositive barn som har initiert ARV-behandling rapporteres å falle ut av programmet.

Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office 2010 (s. 45) utpeker videre det mangelfulle tilbudet og manglende oppfølging av gravide hivpositive som en av de største utfordringene for arbeidet mot hiv/aids i landet. Andre vektlegger frafallet av leger fra offentlig sektor til fordel for NGO'er og andre private helsesentre som en viktig utfordring for myndighetene i hiv/aidsarbeidet (Assefa, Jerene, Lulseged, Ooms & Damme 2009). Alemayehu, Bushen & Muluneh (2009) konkluderer med at ressurstilgang alene ikke er nok for å sikre et godt helsetilbud for hiv/aids pasienter, etter et case-studie av et sykehus¹⁶ som tilbyr gratis hiv- og aidsbehandling.

Ifølge etiopiske myndigheter eksisterer det over 400 foreninger for mennesker som lever med hiv/aids i Etiopia, som igjen er organisert i regionale nettverk og på nasjonalt plan i National Networks of Networks of HIV Positives in Ethiopia (NEP+) (Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office 2010, s. 37).

3.2.1 Tilgjengelige medikamenter

Under følger lister over ARV-medikamenter som er tilgjengelige for medisinsk kvalifiserte hivpasienter i Etiopia per mai 2010, ifølge NARC, National Aids Resource Center (e-post mai 2010a). NARC ble opprettet i 2002 for å være myndighetenes fremste kilde til og ressurs om hiv/aidsinformasjon. Tabell 1 viser det NARC omtaler som foretrukne behandlingsregimer, mens tabell 2 lister opp alternative regimer. Det er verdt å merke at det ikke fremkommer av korrespondansen hvilke av disse ARV-regimene som tilbys gratis under det offentlige ARV-behandlingstilbudet, og hvilke som er tilgjengelige for en gitt kostnad. Imidlertid fremkommer det av korrespondansen mellom NARC og Landinfo at behandlingskombinasjonen som har høyest prioritet hos NARC, Atripla, kun er tilgjengelig i privat sektor mot et gebyr.

Tabell 1: Prioritert liste over foretrukne behandlingsregimer, ifølge NARC (e-post mai 2010a).

Prioritet	Medikamentkombinasjon		
1	Atripla ¹⁷ : Tenofovir	Emtracitabine	Efavirenz
2	Zidovudine	Lamivudine	Efavirenz
3	Zidovudine	Lamivudine	Nevirapine

¹⁶ Felege Hiwot Referral Hospital, et myndighetsdrevet sykehus i nordvestlige Etiopia. Sykehuset har siden 2005 tilbudt gratis hiv/aidsbehandling for pasienter som er medisinsk kvalifiserte til det.

¹⁷ Atripla er en kombinasjonspille som gjør det mulig for pasientene kun å forholde seg til én pille/dag.

Tabell 2: Prioritert liste over alternative behandlingsregimer, ifølge NARC (e-post mai 2010a).

Prioritet	Medikamentkombinasjon		
1	Stavudine	Lamivudine	Nevirapine
2	Tenofovir	Lamivudine	Nevirapine
3	Staduvine	Lamivudine	Efavirenz
4	Abacavir	Lamivudine	Nevirapine
5	Abacavir	Lamivudine	Efavirenz
6	Abacavir	Lamivudine	Zidovudine

Ifølge Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office (2010, s. 51) tilsvarer førstelinjehandlingen som tilbys i Etiopia alternativ 1 i NARCs prioriterte opplisting av tilgjengelige medikamenter (Stavudine + Lamivudine + Nevirapine). Den store majoriteten av hivpositive under ARV-behandling behandles med denne medikamentkombinasjonen. Bare 1 % (1079) av pasientene har gått over på andrelinjehandling.

WHO (2009c, s. 10) anbefaler fire forskjellige behandlingsregimer for førstelinjehandling av hivpasienter. Dette er de tre medikamentkombinasjonene i tabell 1, samt prioritet 2 i tabell 2.

3.2.2 CD4-målinger og resistensutvikling

CD4-målinger er anerkjent som en forutsetning for å gi tilfredsstillende behandling til hiv/aidsbehandlinger. CD4-målinger kontrollerer immunforsvarets styrke, og benyttes for å vurdere om det er behov for å starte behandling (ARV-behandling) og for å vurdere behandlingens effekt etter den er initiert (Ormaasen, e-post oktober 2009)¹⁸.

I november 2009 oppdaterte WHO anbefalingene for hivbehandling 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. Følgelig anbefaler WHO etter november 2009 at ARV-behandling påbegynnes ved CD4-målinger under 350 celler/mm³. Dette gjelder også gravide, og uavhengig av om symptomer har gjort seg gjeldende eller ikke – det vil si uavhengig av den kliniske fasen sykdommen er i (WHO 2009c, s. 10-12).

Ifølge NARC (e-post mai 2010b) følger ikke Etiopia WHO's nye retningslinjer. I Etiopia iverksettes ARV-behandling ved CD4-målinger under 200 celler/mm³, eller

¹⁸ Uten tilgang på CD4-målinger risikerer man i langt større grad at alvorlige og potensielt dødelige hivrelaterte sykdommer utvikler seg (Ormaasen, e-post oktober 2009). Uten CD4-målinger vil eventuell resistensutvikling mot medikamentene som benyttes i ARV-behandlingen først oppdages etter at resistensen gir utslag i kliniske funn – hvilket innebærer at resistens oppdages på et svært sent tidspunkt, som igjen gjør behandling vanskeligere (HivNorge, telefonsamtale desember 2009).

ved CD4-målinger under 350 celler/mm³ dersom hivinfeksjonen har nådd fase tre.¹⁹ Over 80 % av pasientene som initierer ARV-behandling i Etiopia, gjør det ved CD4-målinger under 200 (Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office 2010, s. 51).

3.2.3 Følgesykdommer - kreftbehandling

Kreft blir i stadig større grad anerkjent som en viktig dødsårsak for mennesker med hiv/aids ettersom hiv/aids er forbundet med en økt risiko for å utvikle en rekke kreftsykdommer (Carter 2009; Grulich 2009, s. 183). Kreftbehandlingstilbudet i Etiopia er sterkt begrenset (se kapittel 6.2).

3.3 SOSIALE FORHOLD

Diskriminering og stigmatisering av hiv/aidssyke er utbredt i Etiopia. 8 % av respondentene i en undersøkelse rettet mot mennesker med hiv/aids hadde opplevd at grunnleggende rettigheter ble fratatt dem, som for eksempel at de ble nektet jobb, kastet ut av hjemmet sitt eller mistet jobben som følge av at hiv/aidsstatusen deres var kjent. 18 % opplevde å få slengt etter seg muntlige fornærmelser fra omgivelsene (Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office 2010, s. 24).

Samtidig viser en nyere studie referert til i Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office (2010, s. 24) at holdningene blant folk flest er i ferd med å endre seg. 30 % av respondentene i den aktuelle undersøkelsen hadde det som omtales som "akseptable holdninger" på fire områder knyttet til mennesker som lever med hiv/aids (vilje til å ha omsorg for mennesker med hiv/aids, til å handle fra mennesker med hiv/aids, til å tillate mennesker med hiv/aids å undervise egne barn, og vilje til å holde familiemedlemmers hivstatus hemmelig). For fem år siden var det tilsvarende tallet 10,7 %.

3.3.1 Fattigdom og underernæring

Mennesker som lever med hiv/aids har behov for mer næring for å kompensere for dårlig opptak av næringsstoffer, virkningen av ARV-behandling, hyppig diarè, kvalme og tilbakevendende infeksjoner (Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office 2010, s. 49). Tatt i betraktning den utbredte fattigdommen i Etiopia, vil økte utgifter til mat kunne være et vanskelig, og for noen, umulig behov å dekke. Etiopiske myndigheter samarbeidet med Verdens Matvareprogram om å tilby mat- og næringsassistanse til 116 161 hivpositive etiopiere i 2009 (World Food Programme Ethiopia 2010).

3.3.2 Kjønn

Jenter og unge kvinner i Etiopia utgjør en spesielt utsatt gruppe i hiv/aidssammenheng ettersom de debuterer tidligere seksuelt, giftes bort tidligere, og har mindre kjennskap til risikofaktorer enn gutter og unge menn. I tillegg er

¹⁹ Hivinfeksjon og det følgende sykdomsforløpet kan deles inn i fire faser, hvor fase tre omtales som den fasen hvor hivinfeksjonen blir symptomatisk, og hvor opportunistiske sykdommer og kreftformer utvikler seg. Denne fasen kjennetegnes av "multi-system disease" og infeksjoner kan oppstå i alle kroppens organer (Avert u.å.).

kjønnsbasert, seksualisert vold utbredt (Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office 2008, s. 12-13)

Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office (2010, s. 18) rapporterer at 20,5 % av etiopiske kvinner i alderen 15-24 år besitter omfattende, korrekt kunnskap om hiv og aids, mot 33,3 % av unge etiopiske menn. Omfattende, korrekt kunnskap forstås som kjennskap til hvordan hivsmitte kan oppstå, avfeiling av de lokalt mest utbredte vrangforestillinger om hivsmitte og anerkjennelse av at også sunt utseende mennesker kan være hivsmittet og dermed smittefarlige. Dersom aldersspennet utvides til å omfatte kvinner i alderen 15-49 år, er kunnskapsnivået enda lavere (12,5-16 %). Kunnskapsnivået har ikke endret seg i takt med myndighetenes økte innsats mot hiv/aids-epidemien.

Risikoen for hivsmitte 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. Etter voldtekt kan en spesiell ARV-behandling kalt PEP (post-exposure prophylaxis) forhindre hivinfeksjon. For at PEP-behandlingen skal virke, må den starte senest 72 timer etter overgrepet, og medisinen må inntas hver dag de 28 påfølgende dagene. Det er derfor svært viktig at voldtatte har kjennskap til muligheten for hivsmitte, vet at det finnes preventiv behandling og har reell tilgang til denne behandlingen (MSF 2009). Ifølge Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office (2008, s. 31) hadde bare 13,4 % av helsesentrene i landet personell med PEP-kunnskap.

3.3.3 Stigmatisering og diskriminering av homofile

Det foreligger ikke mye dokumentasjon om homofiles kår og muligheter i Etiopia²⁰, og dermed heller ikke om utbredelsen av, og behandlingsmulighetene for, hiv/aids i denne befolkningsgruppen. Homoseksuelle handlinger er forbudt ved lov i Etiopia, og straffbart med flere års fengsel (ILGA u.å.; Landinfo 2010, s. 3). Det er sannsynlig at dette hever terskelen homofile har for å oppsøke helseapparatet for hivbehandling eller for testing ved mistanke om hivsmitte.

3.3.4 Yrke

Etiopiske myndigheter stadfester at antallet sexarbeidere i Etiopia vokser, at klientgruppen til den enkelte sexarbeideren blir stadig større og at yngre og yngre jenter blir involvert (Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office 2010, s. 16). En studie av brukergruppene til mobile rådgivnings- og testklinikker i 40 byer langs hovedtransportveiene mellom Addis Abeba og Etiopias grenser, viser at 25,3 % av

²⁰ I Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office sin rapport fra 2008 om hiv/aids-situasjonen i landet omtaler myndighetsorganet homofili på denne måten:

Men who have sex with men (MSM): This population has been essentially unstudied in Ethiopia. After many years of denial, evidence is emerging about MSM populations in other East African countries, so it is likely that such a community exists in Ethiopia, and is probably at even greater risk because of stigma and lack of access to services. In fact a recent exploratory study has proved that MSM exist and practice in Addis Ababa (s. 11).

I rapporten fra 2010 (s. 15) omtales såkalte MSM som en “emerging new risk group” i hiv/aids-sammenheng, ifølge “anecdotal evidence”. Måten homofile omtales på sier noe om hvor marginaliserte homofile i Etiopia kan være.

sexarbeiderne som benyttet seg av dette helsetilbudet, var hivpositive. Studien viser også at sexarbeiderne til tross for risikoforståelse, og kunnskap om og et ønske om å bruke kondom, i noen tilfeller ikke lykkes i å forhandle frem sikrere sex med sine klienter. En annen studie om sexarbeidere i Etiopia, også referert til i Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office sin rapport til FN (2010, s. 16), rapporterer at kondombruken blant sexarbeidere har økt drastisk de siste årene, fra 8,9 % i 1989 til 91,6 % i 2005, til nærmest universell bruk (99,4 %) i 2009.

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 (Folkehelseinstituttet 2010; WHO 2007).

4.1 UTBREDELSE

På verdensbasis synker TB-insidensraten med 1 % 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 Sovjetstater, øker antallet TB-syke, og økningen skyldes primært hivepidemien (Folkehelseinstituttet 2010).

Tallene under, som dekker forekomst av og dødelighet som følge av TB i Etiopia, er hentet fra WHO's rapport *Global tuberculosis control 2009. Epidemiology, strategy, financing* (WHO 2009a, s. 201) med mindre annet er oppgitt.

- Utbredelse av TB: 579 per 100 000 innbygger²¹
- Antall nye TB-diagnoser i 2008: 40 794 (WHO 2010, s. 77)
- Dødsfall forårsaket av TB i 2007 (inkl. hivpositive): 92 per 100 000 innbygger²²
- Dødsfall forårsaket av TB i kombinasjon med hivsmitte: 28 per 100 000 innbygger²³

19 % av de diagnostiserte TB-pasientene i Etiopia har også hiv (WHO 2009a, s. 201).

²¹ En økning fra 312 per 100 000 innbyggere i 1990 og 486 per 100 000 innbyggere i 2000.

²² Tilsvarende 76 241 dødsfall totalt.

²³ Tilsvarende 23 275 dødsfall totalt.

Ifølge WHO (2009a, s. 211) var det noen flere gutter/menn enn jenter/kvinner som ble diagnostisert med TB etter positive spyttprøver i Etiopia i 2007 (485 gutter/menn mot 342 jenter/kvinner per 100 000 innbygger).

4.2 BEHANDLINGSMULIGHETER I ETIOPIA

Aktiv tuberkulose behandles med en kombinasjon av medisiner (isoniazid, rifampicin og pyrazinamide) over seks måneder. Denne behandlingen er del av en internasjonalt anerkjent, 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, 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 2010; WHO 2006).

Ifølge UK Home Office (2009, s. 13) er tuberkulose en av de ledende dødsårsakene i Etiopia. Alle medikamenter som behøves for å behandle TB er ifølge same kilde tilgjengelig i hele landet.

WHO (2009a, s. 205) anslår en påvisningsrate under DOTS i Etiopia på 40 %. Det vil si at to femtedeler av de estimerte TB-syke i landet blir oppdaget og diagnostisert under DOTS-programmet. 84 % av TB-pasientene som behandles under DOTS fullfører programmet og blir friske (WHO 2009a, s. 207; WHO 2009b; WHO).

En femårig, retrospektiv studie fra Gondar University Teaching Hospital i nordvestlige Etiopia, publisert i 2009 konkluderte imidlertid annerledes (Tessema et al. 2009). Blant de 4000 pasienter som har blitt behandlet ved dette sykehuset, var behandlingssuksessraten på 29,5 %, 10 % døde underveis i behandlingen og 18,3 % avbrøt behandlingen. 42 % av pasientene byttet imidlertid behandlingsinstitusjon – og deres status er ikke fulgt opp²⁴.

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 (2010) har WHO estimert at ca. 15 % av de 9 millionene som hvert år blir syke av tuberkulose, også er hivpositive.

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).

4.3.1 Stigmatisering

Det foreligger ikke mye informasjon om graden av stigmatisering rettet mot TB-pasienter i Etiopia. I en artikkel under tittelen *Ethiopian Tuberculosis Cultural*

²⁴ Dersom disse 42 % trekkes fra, vil fortsatt suksessraten for behandlingen til de gjenværende 58 % være tydelig lavere enn gjennomsnittet WHO opererer med.

Profile beskrives stigmatiseringen av TB-pasienter som sterk, med tilhørende sosial isolasjon – og pasientene omtales som utstøtte (Owens u.å.).

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 u.å.).

Diabetes type 1 er mest vanlig i yngre aldersgrupper. Uten daglig tilførsel av insulin, er denne formen for diabetes dødelig (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. 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 u.å.). 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.²⁵ På grunn av fattigdom og manglende insulintilførsel, er diabetes type 1 forbundet med svært høy dødelighetsrate (IDF 2006, s. 21).

²⁵ Tidligere studier viser at forventet levealder for barn født med diabetes type 1 i rurale strøk i Mosambik er syv 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).

IDF (2009) anslår at 826 000 etiopiere i aldersspennet 20-79 år har diabetes i 2010. 16 912 av dem vil dø som følge av sykdommen. Det foreligger ikke tall over omfanget av diabetes type 1. 3000-5000 barn anslås å ha diabetes i Etiopia (Ethiopian Diabetes Association, e-post juni 2010).

5.2 BEHANDLINGSMULIGHETER I ETIOPIA

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.

Ifølge Ethiopian Diabetes Association finnes det to spesialiserte diabetesklinikker i Etiopia; Tikur Anbessa (Black Lion) Specialized Hospital og Yekatit 12 Hospital. Tikur Anbessa tilbyr screening for diabetisk retinopati, men har ikke et behandlingstilbud for eventuell retinopati. Flere regionssykehus har også startet med diabetesbehandling og i den grad Ethiopian Diabetes Association har midler til det, tilbyr de gratis diabetesmedisiner til de aller fattigste medlemmene. Imidlertid er behovet langt større enn hva foreningens kapasitet klarer å dekke (e-post juni 2010).

Behandling for diabetes ved offentlige sykehus er gratis for innbyggere som kan fremlegge et såkalt fattigdomssertifikat. Som nevnt tidligere i notatet er et slikt fattigdomssertifikat utilgjengelig for majoriteten av pasientene ettersom de har en inntekt som ligger over fattigdomsgrensa. Ifølge Ethiopian Diabetes Association må denne pasientgruppen følgelig bruke en stor andel av inntekten på å kjøpe medisiner. Insulin og tabletter til diabetesbehandling er svært dyre i sammenlikning med andre typer medikamenter og må også tas livet ut etter påbegynt behandling.

5.3 SOSIALE FORHOLD

Diabetes påfører individer, familier, helsesystemer og land betydelige økonomiske utgifter. Ifølge IDF (2006, s. 15) kan diabetes for mange være ensbetydende med fattigdom. Uten behandling kan diabetes lede til blindhet og/eller amputasjoner, med påfølgende konsekvenser for den enkelte og hans eller hennes families liv.

Ethiopian Diabetes Association kunne rapportere om individuelle tilfeller av sosial stigmatisering, men anser dette som et begrenset og stadig mindre problem. Et medlem av foreningen mistet jobben da ledelsen i bedriften han var ansatt i ble kjent med vedkommendes diagnose. Imidlertid tok dette medlemmet saken til retten og fikk jobben tilbake etter domfellelse i saksøkers favør (e-post juni 2010).

6. ANDRE AKTUELLE HELSERELATERTE FORHOLD

I det følgende gjør Landinfo kort rede for et utvalg helserelaterte forhold i Etiopia, utover de sosiale forholdene redegjort for i forbindelse med forekomst og behandlingsmuligheter for hiv/aids, tuberkulose og diabetes i tidligere kapitler

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 Etiopia er dødelighetsraten per 100 000 innbygger for ikke-smittsomme sykdommer 817. Av disse utgjør dødsfall som følge av hjerte-/karsykdommer 384, kreft 142, og ulykker/skader 105 (WHO 2009d, s. 48). Tilsvarende tall for Norge er 391 dødsfall per 100 000 innbygger, hvorav 158 skyldes hjerte-/karsykdommer, 140 kreft og 42 skyldes ulykker (WHO 2009d, s. 52). Det regionale gjennomsnittet (for hele Afrika) tilsvarer i stor grad tallene for Etiopia²⁶.

6.1 HJERTE-/KARSYKDOMMER

Ifølge Rick Hodes, lege og leder ved American Jewish Joint Distribution Committee i Etiopia, med over 20 års erfaring fra helsesektoren i landet, finnes det ikke muligheter for å få utført hjertekirurgi i landet. Unntakene er ved sjeldne anledninger når internasjonale, kvalifiserte legeteam er på besøk i landet – men de blir overvældet av pasienter og sannsynlighetene for den enkelte pasient til å få operasjon er forsvinnende små. Dersom Hodes får pasienter med et sykdomsbilde som fordrer hjertekirurgi, vil han anbefale dem å reise til utlandet for kvalifisert behandling (e-post november 2009).

6.2 KREFT

Det finnes kun ett sykehus som tilbyr kreftbehandling i Etiopia, Tikur Anbessa Hospital i Addis Abeba. Sykehuset preges av akutte mangler knyttet til utstyr, et begrenset antall spesialisert medisinsk personell, samt for dyre og for få kreftmedisiner (Ethiopian Cancer Association u.å.). Det finnes én radioterapimaskin i landet, og fem onkologer, som alle jobber ved Tikur Anbessa. Kun 1 % av de kjente krefttilfellene får adekvat behandling. Mange kreftpasienter velger å avslutte behandlingen på grunn av de store økonomiske kostnadene behandlingen er forbundet med. For pasienter som kommer fra landsbygda, tilkommer utgifter knyttet til både reise og opphold under behandling – som ofte kan være langvarig. Den etiopiske kreftforeningen påpeker at etiopiere flest ikke vet at det finnes et behandlingstilbud for kreft, og at 80-90 % av kreftpasientene får diagnosen etter at kreftsykdommen har spredd seg og dermed ikke er mulig å behandle (Ethiopian Cancer Association, e-post mai 2010).

6.3 PSYKIATRISK HELSETILBUD

Ifølge UK Home Office (2009, s. 13) eksisterer det kun et svært begrenset behandlingstilbud for psykiatriske problemer i Etiopia. Ifølge Alexandra Geiser (2009) ved Schweizerische Flüchtlingshilfe²⁷ stiller psykiatriske lidelser nederst på prioriteringslisten til det etiopiske helsevesenet. Anslagsvis 12 millioner mennesker har behov for psykiatrisk hjelp. Ifølge Geiser (2009, s. 2-3) har WHO funnet frem til 53 polikliniske behandlingssentre innenfor psykiatrien, seks stasjonære behandlingssentre og ett psykiatrisk sykehus – Amanuel Hospital. I 2008 var det 34

²⁶ I Afrika er gjennomsnittlig dødelighetsrate per 100 000 innbygger for ikke-smittsomme sykdommer 841. Av disse utgjør dødsfall som følge av hjerte-/karsykdommer 390, kreft 147, og ulykker/skader 126 (WHO 2009d, s. 56).

²⁷ Den sveitsiske Flyktningshjelpen.

psykiatere på landsbasis, hvorav alle jobbet i hovedstaden. Geiser (2009, s. 5) omtaler rehabiliteringssenteret Gefersa Mental Rehabilitation som en institusjon der kronisk syke plasseres og oppbevares, snarere enn rehabiliteres.

Psykiske lidelser forstås på generell basis som et resultat av overnaturlige krefter – gjerne påført noen fordi noen har sett på dem med *Buda* – det onde øyet. Tilsvarende forsøkes også psykiske lidelser å helbredes gjennom tradisjonelle metoder, som bruk av amuletter, hellig vann eller urteekstrakter. Dersom denne behandlingen ikke virker, er det ikke uvanlig at den syke sperres inne, eller overlates til seg selv på gaten. Ethiopian Psychiatrist Association og Ethiopian Mental Health Society rapporteres å arbeide for psykisk sykes muligheter (Geiser 2009, s. 6).

6.4 MENNESKER MED FUNKSJONSNEDESETTELSE

10 %, eller 7 millioner, av den etiopiske befolkningen lever med en eller annen form av funksjonsnedsettelse. 42,2 % av disse har kraftig nedsatt synsevne, mens nedsatt hørsel utgjør nærmere 8 % av funksjonsnedsettelsene og funksjonsnedsettelse forbundet med lepra²⁸ utgjør 6,5 %. Ifølge etiopiske helsemyndigheter er mennesker med funksjonsnedsettelse blant de sosialt og økonomisk mest sårbare i samfunnet. Utover selve funksjonsnedsettelsen, opplever disse menneskene ulike former og grader for stigmatisering og diskriminering, avhengighet og avvisning fra samfunnet. Mennesker som faller inn under denne gruppen har for øvrig og i liten grad tilgang til hiv/aidsinformasjon -og tjenester (Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office 2010, s. 17; Tesfaye 2009).

²⁸ Spedalskhet

7. REFERANSER

Skriftlige kilder

- Abate, G. (u.å.). Gov't to introduce health insurance. *Capital*. Tilgjengelig fra http://www.capitalethiopia.com/index.php?option=com_content&view=article&id=12283:govt-to-introduce-health-insurance&catid=12:local-news&Itemid=4 [lastet ned 26. mai 2010]
 - Afrol News (2008, 25. juni). Ethiopia AIDS patients pull out on treatment. *Afrol News*. Tilgjengelig fra <http://www.afrol.com/articles/29550> [lastet ned 20. mai 2010]
 - Alemayehu, Y. K., Bushen, O. Y. & Muluneh, A. T. (2009). Evaluation of HIV/AIDS clinical care quality: the case of a referral hospital in North West Ethiopia. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(5), 356-362. Tilgjengelig fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2742392/> [lastet ned 7. mai 2010]
 - Assefa, Y., Jerene, D., Lulseged, S., Ooms, G. & van Damme, W. (2009). Rapid Scale-Up of Antiretroviral Treatment in Ethiopia: Successes and System-Wide Effects. *PLoS Med* 6(4). Tilgjengelig fra <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.1000056> [lastet ned 7. mai 2010]
 - Avert (u.å.). *The different stages of HIV infection*. Horsham: Avert. Tilgjengelig fra <http://www.avert.org/stages-hiv-aids.htm> [lastet ned 20. mai 2010]
 - Bjergane, L.B. (2010, april). Store framtidige utfordringer for verdens matsikkerhet. Hvordan øke matproduksjonen med 70 prosent innen 2050? *Bistandsaktuelt* 2010(3), 20-22. Tilgjengelig fra <http://www.bistandsaktuelt.no/attachment/166726/binary/106674?download=true> [lastet ned 28. juli 2010]
- Artikkelen er del av temabilaget til Bistandsaktuelt i april 2010, med overordnet tittel Sult, underernæring og matsikkerhet.
- Carter, M. (2009, 8. oktober). CD4 cell count below 500 increases cancer risk for patients with HIV. *NAM aidsmap*. Tilgjengelig fra <http://www.aidsmap.com/page/1436376/> [lastet ned 26. mai 2010]
 - CIA World Fact Book (2010, 1. april). *Ethiopia*. Washington, DC: CIA. Tilgjengelig fra <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/et.html> [lastet ned 15. april 2010]
 - Etiopias ambassade i Storbritannia (u.å.). *Facts about Ethiopia. Health*. London: Etiopias ambassade i Storbritannia. Tilgjengelig fra www.ethioembassy.org.uk/Facts%20About%20Ethiopia/Facts%20About%20Ethiopia%20Homepage.htm [lastet ned 26. mai 2010]

Informasjon om helsetjenestetilbudet i Etiopia er tilgjengelig via menypunktet "Health" i den vertikale menyen til venstre på nettsiden.

- Ethiopian Cancer Association (u.å.). *Cancer Treatment Status in Ethiopia*. Addis Abeba: Ethiopian Cancer Association. Tilgjengelig fra <http://ye-eca.org/cancer&treatment.html> [lastet ned 25. mai 2010]
- Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office (2008, mars). *Report on Progress towards Implementation of the UN Declaration of Commitment on HIV/AIDS*. Addis Abeba: Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office. Tilgjengelig fra http://data.unaids.org/pub/Report/2008/ethiopia_2008_country_progress_report_en.pdf [lastet ned 26. mai 2010]
- Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office (2010, mars). *Report on progress towards implementation of the UN Declaration of Commitment on HIV/AIDS 2010*. Addis Abeba: Federal Democratic Republic of Ethiopia. Tilgjengelig fra http://data.unaids.org/pub/Report/2010/ethiopia_2010_country_progress_report_en.pdf [lastet ned 28. april 2010]
- Folkehelseinstituttet (2010, 25. mai). *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 25. mai 2010]

Artikkelen ble først publisert 1. desember 2005, men har siden blitt oppdatert.

- Geiser, A. (2009, 10. juni). *Etiopia: Psykiatrisk helsetilbud. En uttalelse fra SFH-landanalyser*. Bern: Schweizerische Flüchtlingshilfe [Sveitsisk flyktninghjelp].

Rapporten er kun internt tilgjengelig i Landdatabasen under Etiopia/Helse. Rapporten er oversatt fra tysk.

- Grulich, A. E. (2009). Cancer: the effects of HIV and antiretroviral therapy, and implications for early antiretroviral therapy initiation. *Current Opinion in HIV & AIDS* 4(3), 183-187. Tilgjengelig fra http://journals.lww.com/co-hivandaids/Abstract/2009/05000/Cancer_the_effects_of_HIV_and_antiretroviral.6.aspx [lastet ned 26. mai 2010]

Artikkelen er tilgjengelig i fulltekst mot betaling/abonnement.

- HivNorge (u.å.a). *Hva er hiv?* Oslo: HivNorge. Tilgjengelig fra <http://www.hivnorge.no/id/150> [lastet ned 2. oktober 2009]
- HivNorge (u.å.b) *Hva er aids?* Oslo: HivNorge. Tilgjengelig fra <http://www.hivnorge.no/id/184> [lastet ned 2. oktober 2009]
- HivNorge (u.å.c) *Hvordan behandler man en hivinfeksjon?* Oslo: HivNorge. Tilgjengelig fra <http://www.hivnorge.no/id/85> [lastet ned 5. oktober 2009]
- IDF, dvs. International Diabetes Federation (2006, november). *The diabetes declaration and strategy for Africa: A call to action and plan of 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 25. mai 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, DC: IFPRI. Tilgjengelig fra <http://www.ifpri.org/sites/default/files/publications/ghi09.pdf>. [lastet ned 26. mai 2010]
- ILGA, dvs. International Lesbian and Gay Association (u.å.). *Ethiopia. Law. What are the laws and policies like for LGBTI people in your country?* New York: ILGA. Tilgjengelig fra <http://ilga.org/ilga/en/countries/ETHIOPIA/Law> [lastet ned 25. mai 2010]
- Kruk, M. E. et al. (2009). Women's preferences for obstetric care in rural Ethiopia: a population-based discrete choice experiment in a region with low rates of facility delivery. *JECH Online First - Journal of Epidemiology and Community Health* 12. oktober 2009. Tilgjengelig fra <http://jech.bmj.com/content/early/2009/10/12/jech.2009.087973.full.pdf> [lastet ned 26. mai 2010]
- Landguiden. *Etiopien: Sociala förhållanden*. Stockholm: Utrikespolitiska Institutet. Tilgjengelig fra <http://www.landguiden.se/> [Elektronisk abonnementstjeneste, lastet ned 14. april 2010]

Tilgang fordrer egen brukerkonto. Landguiden er også tilgjengelig i Landdatabasen under Etiopia/Bakgrunn.
- Landinfo (2007, 15. juni). *Helse – tilgang på medikamenter*. Oslo: Landinfo. Tilgjengelig fra http://www.landinfo.no/asset/601/1/601_1.pdf [lastet ned 26. mai 2010]
- Landinfo (2010, 14. januar). *Etiopia: Forhold for homofile*. Oslo: Landinfo. Tilgjengelig fra http://www.landinfo.no/asset/1101/1/1101_1.pdf [lastet ned 29. juni 2010]
- MSF (2009, mars). *Shattered lives. Immediate medical care for sexual violence victims*. Brussel: MSF. Tilgjengelig fra http://www.doctorswithoutborders.org/publications/reports/2009/MSF_Shattered-Lives_Sexual-Violence.pdf [lastet ned 26. mai 2010]
- Nijland, H.M.J. et al. (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.journals.uchicago.edu/doi/full/10.1086/507543?cookieSet=1> [lastet ned 26. mai 2010]
- Norsk diabetesforbund (u.å.). *Fakta om diabetes*. Oslo: Norsk diabetesforbund. Tilgjengelig fra http://www.diabetes.no/no/Om_diabetes/ [lastet ned 25. mai 2010]

Artikkelen ble første gang publisert 21. oktober 2008, men har siden da blitt oppdatert flere ganger.

- Owens, C. W. (u.å.). *Ethiopian Tuberculosis Cultural Profile*. Washington: EthnoMed. Tilgjengelig fra <http://ethnomed.org/clinical/tuberculosis/ethiopian-tuberculosis-cultural-profile/?searchterm=Ethiopia#section-7> [lastet ned 25. mai 2010]
- Tesfaye, F. (2009, 15. november). Ethiopia: Centre stresses media sensitivity in language, image use of disabled. *Daily Monitor*. Tilgjengelig via AllAfrica <http://allafrica.com/stories/200911170727.html> [lastet ned 25. mai 2010]
- Tessema, B., Muche, A., Bekele, A., Reissig, D., Emmrich, F. & Sack, U. (2009). Treatment outcome of tuberculosis patients at Gondar University Teaching Hospital, Northwest Ethiopia. A five-year retrospective study. *BMC Public Health*, 9(371). Tilgjengelig fra <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/371> [lastet ned 9. mai 2010]
- UK Home Office (2008, 18. januar). *Country of origin information report: Ethiopia*. London: UK Home Office. Tilgjengelig fra <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs08/ethiopia-220108.doc> [lastet ned 25. mai 2010]
- UK Home Office (2009, mars). *Operational Guidance Note: Ethiopia*. London: UK Home Office. Tilgjengelig via Refworld <http://www.unhcr.org/refworld/docid/49c39cc72.html> [lastet ned 25. mai 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 25. mai 2010]
- World Food Programme (u.å.). *Ethiopia*. Roma: World Food Programme. Tilgjengelig fra <http://www.wfp.org/countries/ethiopia> [lastet ned 25. mai 2010]
- World Food Programme Ethiopia (2010). *Annual Report of World Food Programme Ethiopia 2009*. Addis Abeba: WFP Ethiopia. Tilgjengelig fra <http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/newsroom/wfp219084.pdf> [lastet ned 10. mai 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 25. mai 2010]
- WHO (2006, 27. april). *Tuberculosis factsheets. What is DOTS*. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra http://www.searo.who.int/en/Section10/Section2097/Section2106_10678.htm [lastet ned 25. mai 2010]

- WHO (2007, mars). *Tuberculosis*. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/index.html> [lastet ned 2. oktober 2009]
- 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, mars). *Global tuberculosis control 2009. Epidemiology, strategy, financing*. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra http://www.who.int/tb/publications/global_report/2009/pdf/full_report.pdf [lastet ned 26. mai 2010]
- WHO (2009b, juli). Ethiopia extends health to its people. *Bulletin of the World Health Organisation* 87(7). Tilgjengelig fra http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0042-96862009000700009&script=sci_arttext&lng=en [lastet ned 20. mai 2010]
- WHO (2009c, november). *Rapid advice. Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents*. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra http://www.who.int/hiv/pub/arv/rapid_advice_art.pdf [lastet ned 21. mai 2010]
- WHO (2009d). *World health statistics 2009*. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra http://www.who.int/entity/whosis/whostat/EN_WHS09_Full.pdf [lastet ned 25. mai 2010]
- WHO (2010). *World health statistics 2010*. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS10_Full.pdf [lastet ned 25. mai 2010]
- WHO. *Online tuberculosis database*. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra <http://apps.who.int/globalatlas/dataQuery/default.asp> [lastet ned 2. oktober 2009]

Muntlige kilder

- Ethiopian Cancer Association, ved manager Teshome Deressa. E-post 25. mai 2010.
- Ethiopian Diabetes Association, ved program manager Misrak Tarekegn. E-post 4. juni 2010.
- HivNorge. Telefonsamtale 2. desember 2009.
- Hodes, Rick. Leder og lege ved den amerikanske NGOen Jewish Joint Distribution Committee. E-post 17. november 2009.
- Internasjonal, velorientert kilde i Addis Abeba. E-post 7. juli 2009.
- Internasjonal, velorientert kilde i Addis Abeba. E-post 6. august 2009.
- NARC, dvs. National Aids Resource Center, ved koordinator Gashaw Mengistu. E-post 4. mai 2010a
- NARC, ved koordinator Gashaw Mengistu. E-post 6. mai 2010b

- Ormaasen, Vidar. Avdelingsoverlege ved infeksjonsmedisinsk avdeling ved Ullevål universitetssykehus. E-post 27. oktober 2009.